

Hướng dẫn quy trình sơ cấp cứu và hồi sức quốc tế 2016

Dành cho cán bộ quản lý chương trình sơ cấp cứu của Hội quốc gia, nhóm cố vấn khoa học, hướng dẫn viên sơ cấp cứu và những người tham gia ứng phó đầu tiên.



**Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế,
Geneva, 2016**

Việc sao chép tất cả hoặc một phần tài liệu này có thể được thực hiện cho việc sử dụng phi thương mại, nhưng cần nêu rõ nguồn tài liệu. Hiệp hội rất mong nhận được nội dung chi tiết việc sử dụng tài liệu. Các yêu cầu sao chép cho mục đích thương mại cần được chuyển đến Hiệp hội thông qua secretariat@ifrc.org.

Các ý kiến và kiến nghị nêu ra trong nghiên cứu điểm này không nhất thiết đại diện cho chính sách của Hiệp hội hay của một Hội Quốc gia trong Phong trào Chữ thập đỏ hoặc Trăng lưỡi liềm đỏ. Ký hiệu và bản đồ được sử dụng không có hàm ý đưa ra ý kiến từ phía Hiệp hội hay Hội Quốc gia liên quan đến tình trạng pháp lý về lãnh thổ hoặc quyền hạn. Tất cả hình ảnh được sử dụng trong nghiên cứu này đều có bản quyền của Hiệp hội trừ trường hợp có các quy định khác liên quan. Ảnh bìa: Hội Chữ thập đỏ Mỹ

P.O. Box 372
CH-1211 Geneva 19
Thụy Sĩ
Điện thoại: +41 22 730 4222
Fax: +41 22 733 0395
E-mail: secretariat@ifrc.org
Web site: <http://www.ifrc.org>

***Hướng dẫn Quy trình Sơ cấp cứu và Hồi sức
quốc tế 2016 1303500 05/2016 E***

Theo dõi thông tin trên



Hướng dẫn quy trình sơ cấp cứu và hồi sức quốc tế 2016

dành cho cán bộ quản lý chương trình sơ cấp cứu của Hội quốc gia, nhóm cố vấn khoa học, hướng dẫn viên sơ cấp cứu và những người tham gia ứng phó đầu tiên

Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế (Hiệp hội) là một mạng lưới hoạt động nhân đạo dựa trên tình nguyện viên lớn nhất trên thế giới. Với 190 Hội quốc gia Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ thành viên trên khắp thế giới, chúng tôi có mặt ở tất cả các cộng đồng tiếp cận được 160,7 triệu người hàng năm thông qua các chương trình dịch vụ và phát triển dài hạn, và 110 triệu người thông qua chương trình cứu trợ thảm họa và phục hồi sớm. Chúng tôi hoạt động trước, trong và sau các tình huống thảm họa và liên quan đến sức khỏe khẩn cấp để đáp ứng nhu cầu và cải thiện cuộc sống của những người dễ bị tổn thương. Chúng tôi thực hiện các hoạt động này trên cơ sở vô tư không phân biệt quốc tịch, sắc tộc, giới tính, tín ngưỡng tôn giáo, đẳng cấp và quan điểm chính trị.

Được định hướng bởi Chiến lược 2020 – kế hoạch hành động chung của chúng tôi nhằm giải quyết các thách thức lớn về cứu trợ nhân đạo và phát triển trong thập kỷ này – chúng tôi cam kết hành động để bảo vệ mạng sống và thay đổi tư duy.

Thế mạnh của chúng tôi nằm ở mạng lưới tình nguyện viên mà còn bao gồm năng lực thực hiện hoạt động dựa vào cộng đồng và khả năng hoạt động độc lập và trung lập. Chúng tôi hoạt động nhằm cải thiện các tiêu chuẩn cứu trợ nhân đạo, là đối tác trong chương trình phát triển, và trong ứng phó thảm họa. Chúng tôi thuyết phục những người ra quyết định để hành động hướng tới lợi ích của người dễ bị tổn thương ở bất kỳ thời điểm nào. Kết quả: chúng tôi hỗ trợ cộng đồng để họ trở nên an toàn và khỏe mạnh, giảm thiểu tình trạng dễ bị tổn thương, nâng cao khả năng chống chịu thiên tai và thúc đẩy một nền văn hóa hòa bình trên khắp thế giới.

Mục lục

Lời cảm ơn	6
Lời nói đầu	8
Các từ viết tắt	10
Giới thiệu	11
Giới thiệu về cuốn tài liệu này	12
Mối liên hệ với Chiến lược 2020	12
Tài liệu hướng dẫn này phù hợp với chính sách của Hiệp hội như thế nào?	13
Định nghĩa, xu hướng và thông tin thực tế và số liệu	15
Định nghĩa về sơ cấp cứu	15
Tiến trình và xu hướng về sơ cấp cứu: Chăm sóc sức khỏe và sơ cấp cứu dựa vào cộng đồng	15
Số người đã được hỗ trợ	16
Tiến trình xây dựng tài liệu hướng dẫn này	17
Tóm tắt cơ sở khoa học	18
Các điều chỉnh của địa phương	20
Phát triển trong tương lai	20
Các nguyên tắc chung	21
Chuẩn bị của người dân để ứng phó với thiên tai và các tình huống khẩn cấp hàng ngày	21
Phòng ngừa	22
An toàn cá nhân	22
Liên kết với các cơ quan chăm sóc sức khỏe khác	23
Cập nhật và đào tạo lại	23
Nhóm đích và người hỗ trợ họ	24
Đạo đức	24
Đào tạo, tập huấn	25
Giới thiệu	25
Đào tạo sơ cấp cứu hiệu quả là gì?	28
Cơ sở của việc đào tạo sơ cấp cứu	29
Hiệu quả của việc đào tạo sơ cấp cứu so với kết quả sức khỏe cuối cùng của người bị thương	32
Động lực của người học	33
Hiệu quả của việc sử dụng các mô hình học khác nhau	34
Hoàn cảnh và tình huống giả định trong học tập sơ cấp cứu	37
Đào tạo sơ cứu cho trẻ em	38
Đo kết quả đầu ra	39
Kết luận	40
Cách tiếp cận chung	42
Giới thiệu	42
Đánh giá	43
Cách đặt người bị thương	44
Gọi trợ giúp, lực lượng cấp cứu y tế	45
Cho dùng thuốc	46

Sơ cứu cho các trường hợp bị bệnh	47
Dị ứng và tiêm liều epinephrine thứ hai trong trường hợp bị quá mẫn cảm	48
Ngộ độc	50
Khó thở	54
Đau ngực	55
Đột quỵ	57
Mất nước và các vấn đề về đường tiêu hoá	60
Co giật, động kinh	63
Sốt	64
Tiểu đường và giảm đường huyết	66
Dùng ôxy	68
Sốc và các vị trí cần đặt người bị sốc	69
Tình trạng không có đáp ứng và thay đổi trạng thái tinh táo	71
Ngất xỉu	72
Viêm tắc phế quản	72
Sơ cấp cứu cho các trường hợp bị thương	74
Dị vật đường thở	74
Bỏng	79
Chảy máu	81
Cụt chi	84
Bất tỉnh, chấn thương não	84
Chấn thương, gãy xương cổ	87
Chấn thương ngực và vùng bụng	89
Chấn thương ở chi	90
Vết thương và các vết trầy xước	91
Gãy răng	93
Chấn thương do phơi nhiễm với hoá chất	94
Các vấn đề sức khoẻ môi trường	97
Các vấn đề sức khoẻ do khí hậu lạnh	97
Các vấn đề về sức khoẻ do độ cao	100
Các trường hợp khẩn cấp liên quan tới phóng xạ	101
Sơ cấp cứu cho các chấn thương do động vật gây ra	104
Động vật cắn	104
Rắn cắn	105
Sứa độc	107
Các vết côn trùng cắn, đốt	110
Đuối nước và các bệnh do áp suất khí lặn	113
Đuối nước	113
Chấn thương đốt sống cổ ở các ca đuối nước	118
Các bệnh do áp suất khí lặn	119
Cấp cứu hồi sức	122
Giới thiệu	122
Ngưng tim	122
Sớm dùng thiết bị trợ rung tim	125
Hồi sức ở trẻ em	125
Hoãn không làm hồi sức cấp cứu cho ca bị ngưng tuần hoàn có chấu thương trước khi tới bệnh viện	130
Phương pháp làm không đường thở	131

Sơ cứu hỗ trợ tâm lý	135
Giới thiệu	135
Nguyên tắc sơ cứu hỗ trợ tâm lý	137
Các kỹ thuật làm giảm hành vi bạo lực	138
Hoảng loạn	140
Căng thẳng tột độ và các vấn đề liên quan tới căng thẳng tâm lý sau chấn thương	141
Ý tưởng tự sát	143
Phụ lục	145
Dữ liệu khảo sát toàn cầu về SCC	145

Lưu ý: Thông tin y học thay đổi liên tục và do đó, không nên được coi là thông tin hiện hành, đầy đủ hoặc bao gồm đầy đủ khía cạnh. Bạn không nên tin tưởng vào thông tin ở trong hướng dẫn này để đưa ra phác đồ điều trị cho bản thân hoặc bất kỳ cá nhân nào khác; nếu bạn vẫn quyết định dựa vào các thông tin đó thì phải hoàn toàn chịu trách nhiệm với các rủi ro có thể xảy ra.

Hướng dẫn này cung cấp các thông tin chung chỉ dành cho mục đích đào tạo. Hướng dẫn này không được thiết kế để đưa ra và cũng không đưa ra lời khuyên về y học, chuẩn đoán chuyên khoa, ý kiến, phương pháp chữa trị hoặc dịch vụ. Hướng dẫn không nhằm thay thế cho chăm sóc y tế hoặc chuyên nghiệp, và thông tin này không nên được sử dụng như là một phương pháp thay thế cho việc đi khám bệnh, gọi điện, nhận tư vấn hoặc lời khuyên từ thầy thuốc hoặc đơn vị chăm sóc sức khỏe khác. Hiệp hội Chũ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế không có nghĩa vụ và trách nhiệm đối với bất kỳ lời khuyên, phác đồ điều trị, chuẩn đoán hoặc bất kỳ các thông tin, dịch vụ hoặc sản phẩm khác mà bạn nhận được thông qua cuốn tài liệu hướng dẫn này.

Lời cảm ơn

Ủy ban chỉ đạo Mạng lưới hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế của Hiệp hội Chũ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế:

- David Markenson, MD Chũ thập đỏ Mỹ
- Philippe Vandekerckhove, MD PhD, Chũ thập đỏ Bỉ
- Pascal Cassan, MD Trung tâm Sơ cấp cứu toàn cầu của Hiệp hội

Ngoài ra, còn có: Ủy ban chỉ đạo, đội ngũ cán bộ sau đã tham gia điều phối Mạng lưới sơ cứu dựa trên bằng chứng thực tế

- Jeffrey L. Pellegrino, PhD, MPH Chũ thập đỏ Mỹ
- Susanne Schunder-Tatzber, MD Chũ thập đỏ Áo
- Emmy De Buck, PhD, TT Thực hành dựa trên bằng chứng thực tế Chũ thập đỏ Bỉ
- Viv Armstrong, MD Chũ thập đỏ Anh
- Emily Oliver Chũ thập đỏ Anh
- Andrew MacPherson, MD Chũ thập đỏ Canada
- Daniel Meyran, MD Chũ thập đỏ Pháp
- Gabor Göbl, MD Chũ thập đỏ Hungary

Nhóm cán bộ của Hiệp hội đã tham gia vào Ủy ban Phối hợp về Hồi sức cấp cứu quốc tế (ILCOR), đã phát triển được các điểm thống nhất về bằng chứng khoa học:

- Richard Bradley, MD Chũ thập đỏ Mỹ
- David Markenson, MD Chũ thập đỏ Mỹ
- Jeffrey L. Pellegrino, PhD, MPH Chũ thập đỏ Mỹ
- Linda Quan, MD Chũ thập đỏ Mỹ
- Richard Rusk, MD, MPH Chũ thập đỏ Mỹ
- S. Robert Seitz Chũ thập đỏ Mỹ
- Nici Singletary, MD Chũ thập đỏ Mỹ
- Christina Hafner, MD Chũ thập đỏ Áo
- Susanne Schunder-Tatzber, MD Chũ thập đỏ Áo
- Emmy De Buck, PhD, TT Thực hành dựa trên bằng chứng thực tế Chũ thập đỏ Bỉ
- Philippe Vandekerckhove, MD, PhD Chũ thập đỏ Bỉ
- Andrew MacPherson, MD Chũ thập đỏ Canada
- Gabor Göbl, MD Chũ thập đỏ Hungary
- Pascal Cassan, MD TT Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu của Hiệp hội

Các đại diện sau đến từ Phong trào Chũ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ đã tham gia vào hoạt động của Mạng lưới hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế như là thành viên hoặc đóng góp ý kiến và/hoặc tham gia một số cuộc họp được tổ chức để chuẩn bị cho việc xây dựng tài liệu hướng dẫn này:

- Fitzmorris T. Martin Chũ thập đỏ Antigua và Barbuda
- Melisa Pasquali Chũ thập đỏ Argentine
- Cornel Binder-Kriegelstein, PhD Chũ thập đỏ Áo
- Christina Hafner, MD Chũ thập đỏ Áo
- Supriya Saha Trăng lưỡi liềm đỏ Bangladesh
- Denis Larger, MD Bataillon de Marins Pompiers de Marseille
- Vere Borra, PhD Chũ thập đỏ Bỉ
- Matthieu Clarysse Chũ thập đỏ Bỉ
- Sylvie Libotte Chũ thập đỏ Bỉ
- Axel Vande Veegaete Chũ thập đỏ Bỉ
- Hans Van Remoortel, PhD Chũ thập đỏ Bỉ
- Maggi Aslet Chũ thập đỏ Anh
- Andrew Farrar Chũ thập đỏ Anh
- Piers Flavin Chũ thập đỏ Anh
- Jane Hasler Chũ thập đỏ Anh

- David McKinney Chữ thập đỏ Anh
- Joe Mulligan Chữ thập đỏ Anh
- Tracey Taylor Chữ thập đỏ Anh
- Pencho Penchev Chữ thập đỏ Bulgarian
- Charles Manirambona Chữ thập đỏ Burundi
- Don Marentette Chữ thập đỏ Canada
- Grace Lo Chữ thập đỏ Trung Quốc – Hồng Kông
- Yuet Chung Axel Siu, MD Chữ thập đỏ Trung Quốc – Hồng Kông
- Thompson Leung Chữ thập đỏ Trung Quốc – Hồng Kông
- Kristiina Myllyrinne Chữ thập đỏ Phần Lan
- Augustin Baulig, PhD Chữ thập đỏ Pháp
- Hripsimé Torossian Chữ thập đỏ Pháp
- Christoph Müller, Diploma Education Scientist Chữ thập đỏ Đức
- Eric Bernes, MD Ủy ban quốc tế Chữ thập đỏ
- Nana Wiedemann Trung tâm hỗ trợ tâm lý của Hiệp hội
- Niamh O’Leary Chữ thập đỏ Ireland
- Eun Young Park Chữ thập đỏ Cộng hoà Triều Tiên
- Rosabelle B. Chedid, MSc Lebanon . Chữ thập đỏ
- Alick Msusa Chữ thập đỏ Malawi
- Khin Khin Shein Chữ thập đỏ Myanmar
- Natasja Oving Chữ thập đỏ Hà Lan
- Cees van Romburgh Chữ thập đỏ Hà Lan
- Peter Paul Tenthof van Noorden Chữ thập đỏ Hà Lan
- Amna Khan, MD Chữ thập đỏ Pakistan
- José Manuel Almeida do Couto Chữ thập đỏ Bồ Đào Nha
- Ljubica Aleksic, MD Chữ thập đỏ Serbia
- Lars Adamsson Chữ thập đỏ Thụy Điển
- Christoph Bosshard Chữ thập đỏ Thụy Sĩ
- Paul Bitex Okot, MPH Chữ thập đỏ Uganda
- Ayikanying Morris Chữ thập đỏ Uganda
- Barbara Juen, PhD Đại học Innsbruck
- Mohammed Al Fakeeh Chữ thập đỏ Yemen

Sự tham gia và/hoặc hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế trong quá khứ và hiện tại của các tổ chức và cơ quan sau là vô giá đối với quá trình phát triển cuốn tài liệu hướng dẫn này:

- Trung tâm thực hành dựa vào bằng chứng Hội Chữ thập đỏ Bỉ
- Hội đồng Hồi sức sơ cứu Châu Âu
- Mạng lưới Đào tạo Sơ cấp cứu của Châu Âu
- Trung tâm Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu của Hiệp hội (GFARC)
- Trung tâm Hỗ trợ tâm lý của Hiệp hội
- Hội đồng cố vấn khoa học quốc tế về Sơ cấp cứu
- Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế (ILCOR)
- Hội đồng cố vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ

Chúng tôi muốn gửi lời cảm ơn tới các đồng nghiệp sau cho những nỗ lực không biết mệt mỏi của họ trong việc chuyển tải các đánh giá khoa học thành hướng dẫn thực hiện trong cuốn tài liệu này:

- Emmy De Buck, PhD . . . TT Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu, Chữ thập đỏ Bỉ
- Emily Oliver Chữ thập đỏ Anh
- Salomé Boucif Chữ thập đỏ Pháp
- Jean-Daniel Féraud Trung tâm Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu của Hiệp hội

Chúng tôi cũng mong muốn gửi lời cảm ơn đến các cán bộ quản lý chương trình sơ cấp cứu, tập huấn viên và tình nguyện viên sẽ sử dụng thông tin trong tài liệu này để thiết kế và thực hiện chương trình của họ và rất nhiều cá nhân sẽ sử dụng tài liệu hướng dẫn này và kỹ năng để bảo vệ mạng sống.

- David McKinney Chữ thập đỏ Anh
- Joe Mulligan Chữ thập đỏ Anh
- Tracey Taylor Chữ thập đỏ Anh
- Pencho Penchev Chữ thập đỏ Bulgarian
- Charles Manirambona Chữ thập đỏ Burundi
- Don Marentette Chữ thập đỏ Canada
- Grace Lo Chữ thập đỏ Trung Quốc – Hồng Kông
- Yuet Chung Axel Siu, MD Chữ thập đỏ Trung Quốc – Hồng Kông
- Thompson Leung Chữ thập đỏ Trung Quốc – Hồng Kông
- Kristiina Myllyrinne Chữ thập đỏ Phần Lan
- Augustin Baulig, PhD Chữ thập đỏ Pháp
- Hripsimé Torossian Chữ thập đỏ Pháp
- Christoph Müller, Diploma Education Scientist Chữ thập đỏ Đức
- Eric Bernes, MD Ủy ban quốc tế Chữ thập đỏ
- Nana Wiedemann Trung tâm hỗ trợ tâm lý của Hiệp hội
- Niamh O’Leary Chữ thập đỏ Ireland
- Eun Young Park Chữ thập đỏ Cộng hòa Triều Tiên
- Rosabelle B. Chedid, MSc Lebanon . Chữ thập đỏ
- Alick Msusa Chữ thập đỏ Malawi
- Khin Khin Shein Chữ thập đỏ Myanmar
- Natasja Oving Chữ thập đỏ Hà Lan
- Cees van Romburgh Chữ thập đỏ Hà Lan
- Peter Paul Tenthof van Noorden Chữ thập đỏ Hà Lan
- Amna Khan, MD Chữ thập đỏ Pakistan
- José Manuel Almeida do Couto Chữ thập đỏ Bồ Đào Nha
- Ljubica Aleksic, MD Chữ thập đỏ Serbia
- Lars Adamsson Chữ thập đỏ Thụy Điển
- Christoph Bosshard Chữ thập đỏ Thụy Sĩ
- Paul Bitex Okot, MPH Chữ thập đỏ Uganda
- Ayikanying Morris Chữ thập đỏ Uganda
- Barbara Juen, PhD Đại học Innsbruck
- Mohammed Al Fakeeh Chữ thập đỏ Yemen

Sự tham gia và/hoặc hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế trong quá khứ và hiện tại của các tổ chức và cơ quan sau là vô giá đối với quá trình phát triển cuốn tài liệu hướng dẫn này:

- Trung tâm thực hành dựa vào bằng chứng Hội Chữ thập đỏ Bỉ
- Hội đồng Hồi sức sơ cứu Châu Âu
- Mạng lưới Đào tạo Sơ cấp cứu của Châu Âu
- Trung tâm Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu của Hiệp hội (GFARC)
- Trung tâm Hỗ trợ tâm lý của Hiệp hội
- Hội đồng cố vấn khoa học quốc tế về Sơ cấp cứu
- Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế (ILCOR)
- Hội đồng cố vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ

Chúng tôi muốn gửi lời cảm ơn tới các đồng nghiệp sau cho những nỗ lực không biết mệt mỏi của họ trong việc chuyển tải các đánh giá khoa học thành hướng dẫn thực hiện trong cuốn tài liệu này:

- Emmy De Buck, PhD . . . TT Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu, Chữ thập đỏ Bỉ
- Emily Oliver Chữ thập đỏ Anh
- Salomé Boucif Chữ thập đỏ Pháp
- Jean-Daniel Féraud Trung tâm Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu của Hiệp hội

Chúng tôi cũng mong muốn gửi lời cảm ơn đến các cán bộ quản lý chương trình sơ cấp cứu, tập huấn viên và tình nguyện viên sẽ sử dụng thông tin trong tài liệu này để thiết kế và thực hiện chương trình của họ và rất nhiều cá nhân sẽ sử dụng tài liệu hướng dẫn này và kỹ năng để bảo vệ mạng sống.

Lời nói đầu

Một tình nguyện trẻ tuổi điều trị cho một người lính bị thương trong một cuộc chiến tranh ác liệt. Một tình nguyện viên băng bó đầu cho một cô gái trẻ tuổi sau một trận động đất. Một nhóm tình nguyện viên chăm sóc những người sống sót trong một vụ sập nhà.

Sơ cấp cứu là hoạt động trung tâm, mang tính nhân diện của chúng ta trên khắp thế giới. Rất nhiều người khi nghĩ về Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ, họ thường nghĩ đến hình ảnh các tình nguyện viên đi đầu trong các khủng hoảng nhân đạo, chữa trị cho người bị thương và bị ốm, hoặc tổ chức các khóa tập huấn ở trong trường học, trung tâm cộng đồng, và nơi làm việc.

Thành viên của Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế (Hiệp hội) là một trong những tổ chức hàng đầu về sơ cấp cứu trên thế giới. Với hơn 150 năm hoạt động, sơ cấp cứu đã trở thành một trong các dịch vụ chính được cung cấp bởi tình nguyện viên của Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ cho những người bị thương.

Mỗi năm, Hội quốc gia trong Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ tập huấn cho hơn 15 triệu lượt người về sơ cấp cứu. Hiện tại có hơn 180.000 tập huấn viên sơ cấp cứu đang hoạt động cung cấp dịch vụ cho cộng đồng, mang sơ cấp cứu đến với tất cả người dân.

Tại sao sơ cấp cứu lại quan trọng đến như vậy? Lý do đó là khi một thảm họa xảy ra, không có người tham gia ứng phó nào có thể ứng phó nhanh như là một người hàng xóm hoặc thành viên trong gia đình. Và khi người đó biết về sơ cấp cứu, khủng hoảng có thể được ngăn chặn, và mạng sống có thể được bảo vệ.

Với hơn 100 năm, Hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ đã trở thành tổ chức đi đầu trên thế giới trong việc thiết lập tiêu chuẩn cho tập huấn và xây dựng quy trình và hướng dẫn. Dựa trên kinh nghiệm sâu rộng, chúng tôi đã hỗ trợ định hình được sự hiểu biết và phương pháp tiếp cận với sơ cấp cứu trên thế giới.

Hướng dẫn quy trình sơ cấp cứu và hồi sức quốc tế 2016 được thiết kế để hỗ trợ Hội quốc gia mở rộng hoạt động của Hội tới lĩnh vực quan trọng này. Hướng dẫn được xây dựng dựa trên kinh nghiệm sâu rộng của chúng tôi, và dựa trên bằng chứng thực tế đã được thu thập trong vòng hai thập kỷ đã qua, bằng chứng được rút ra từ các tài liệu, báo cáo đánh giá chương trình, và lời khuyên từ các chuyên gia.

Tài liệu hướng dẫn năm 2016 được xây dựng hướng tới các cán bộ quản lý chương trình sơ cấp cứu của Hội quốc gia và các bộ phận tư vấn về sơ cấp cứu của Hội quốc gia. Hội quốc gia có thể sử dụng cuốn tài liệu hướng dẫn này để cập nhật thêm vào tài liệu sơ cấp cứu, chương trình đào tạo đào tạo và kỹ năng phù hợp với các tiêu chuẩn quốc tế mới nhất được dựa trên bằng chứng từ thực tế. Mỗi chủ đề trong tài liệu này bao gồm nội dung giới thiệu và tổng hợp các phát hiện khoa học, hướng dẫn dựa trên bằng chứng thực tế và lưu ý khi thực hiện cho Hội quốc gia để điều chỉnh và áp dụng phù hợp với nhu cầu, bối cảnh và quy định luật pháp ở quốc gia của mỗi Hội quốc gia. Tài liệu này trình bày giai đoạn đầu tiên trong nỗ lực hiện tại của Hiệp hội nhằm cung cấp cho Hội quốc gia hướng dẫn về sơ cấp cứu, hồi sức và đào tạo dựa trên bằng chứng thực tế thông qua Mạng lưới Hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế.

Chiến lược 2020 kêu gọi tất cả chúng ta cần làm nhiều hơn, làm tốt hơn và hỗ trợ nhiều hơn. Sơ cấp cứu vẫn là hoạt động quan trọng để giảm thiểu các ca tử vong và chấn thương, và xây dựng các cộng đồng an toàn hơn và có sức chống chịu tốt hơn.



Elhadj As Sy
Tổng thư ký Hiệp hội

Từ viết tắt

AMS	Hội chứng nghiêm trọng do độ cao
ABCDE	Đường thở, sự thở, tuần hoàn, khuyết tật, môi trường xung quanh
AED	Máy khử rung tim bên ngoài
AGE	Tắc (nghẹt) đường thở
BVM	Mặt nạ thở có van
BLS	Hỗ trợ sinh tồn
CPR	Ép tim phổi hồi sức
CEBaP	Trung tâm Thực hành dựa trên bằng chứng thực tế của Chữ thập đỏ Bỉ
CPSS	Thiết bị đo dự đoán mức độ đột quỵ ngoài bệnh viện
CBHFA	Chăm sóc sức khoẻ và sơ cấp cứu dựa vào cộng đồng
DOI	Thiết bị dò dị vật tự động
DAN	Hệ thống cảnh báo cho lái xe
EMS	Dịch vụ cấp cứu y tế
FAST	Mặt, tay, nói và thời gian
FBAO	Dị vật đường thở
GCS	Thang đánh giá mức độ tỉnh táo Glasgow
GFARC	Trung tâm nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu
HACE	Sưng não do độ cao
HAPE	Sưng phổi do độ cao
IASC	Ban thường trực liên cơ quan
ICRC	Ủy ban Chữ thập đỏ quốc tế
IFRC	Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế
ILCOR	Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế
KPSS	Thang đánh giá về đột quỵ ngoài bệnh viện Kurashiki
LAPSS	Thang đánh giá về đột quỵ ngoài bệnh viện Los Angeles
mTBI	Tổn thương não nhẹ
OPSS	Thang đánh giá về đột quỵ ngoài bệnh viện Ontario
ORS	Muối uống chống mất nước
PLR	Đặt chân lên cao thụ động
ROSIER	Phòng cấp cứu cho người bị đột quỵ
SAMPLE	Dấu hiệu, triệu chứng, dị ứng, y tế, tiền sử bệnh lý, bữa ăn gần nhất, và sự việc
Phong trào	Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ
TIA	Mất tuần hoàn máu
TTM	Mô hình Lý thuyết liên kết về thay đổi hành vi
VF	Tăng tần số tim đập

01.

Giới thiệu

Sơ cấp cứu vẫn là lĩnh vực cốt lõi trong hoạt động của Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế (Hiệp hội). Hiệp hội là tổ chức lớn chuyên cung cấp dịch vụ sơ cấp cứu và đào tạo sơ cấp cứu chính trên thế giới. Hầu hết 190 Hội quốc gia trong Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ coi sơ cấp cứu là hoạt động cốt lõi của Hội, và sơ cấp cứu chính là hành động để bảo vệ mạng sống, là trọng tâm của các Nguyên tắc cơ bản.

Hiệp hội tin rằng sơ cấp cứu là bước khởi đầu quan trọng để thực hiện hoạt động can thiệp hiệu quả và kịp thời để có thể giúp giảm thiểu các ca chấn thương và nỗi đau khổ và nâng cao được cơ hội sống sót cho người bị thương. Thực hiện hành động tức thì và áp dụng phương pháp sơ cấp cứu đúng kỹ thuật và phù hợp có thể tạo ra sự khác biệt. Chương trình đào tạo sơ cấp cứu có chất lượng tốt và dựa trên bằng chứng thực tế cho tất cả mọi người trên toàn thế giới có thể đóng góp vào việc xây dựng cộng đồng an toàn hơn và có sức khỏe tốt hơn thông qua việc ngăn chặn và giảm thiểu rủi ro có thể xảy ra trong tình huống khẩn cấp và thảm họa.

Hiệp hội vận động để tất cả mọi người và ít nhất một người trong mỗi hộ gia đình đều có thể tiếp cận được với các khóa học sơ cấp cứu bất kể tình trạng kinh tế xã hội của họ hoặc các yếu tố phân biệt đối xử khác.

Quay lại
mục lục

02.

Giới thiệu về cuốn tài liệu này

Quay lại
mục lục

Tài liệu này đánh giá và báo cáo các phát hiện khoa học đằng sau các kỹ năng sơ cấp cứu và sơ cứu hồi sức. Tài liệu Hướng dẫn Sơ cấp cứu hồi sức quốc tế (gọi là tài liệu hướng dẫn) đã được xây dựng với mục đích chính để thúc đẩy việc làm thống nhất các cách thực hành sơ cấp cứu giữa các Hội quốc gia trong Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ và cung cấp nền tảng dựa trên bằng chứng thực tế cho các hoạt động của họ. Đây là một phần của hoạt động kiểm soát chất lượng để đảm bảo rằng công chúng và tình nguyện viên được tham gia tập huấn sơ cấp cứu theo đúng tiêu chuẩn của Hiệp hội và từ đó nhận được Chứng chỉ Sơ cấp cứu quốc tế của Hiệp hội.

Tài liệu hướng dẫn này không thay thế sổ tay sơ cấp cứu và tài liệu đào tạo mà phục vụ như là một nền tảng để xây dựng và cập nhật sổ tay sơ cấp cứu, chương trình sơ cứu hồi sức, ứng dụng, thông tin chung và tài liệu tập huấn. Hội quốc gia cần điều chỉnh tài liệu hướng dẫn tùy thuộc vào bối cảnh trong nước của Hội quốc gia (văn hóa, ngôn ngữ, tập quán, v.v...), pháp luật hiện hành, loại chấn thương hoặc bệnh tật phổ biến ở trong nước và năng lực của chính Hội quốc gia (xem phần [Các điều chỉnh của địa phương](#)). Bên cạnh đó, hướng dẫn này và các bằng chứng được xem xét có thể được dùng như là nguồn tham khảo hữu ích cho các hướng dẫn viên sơ cấp cứu, cán bộ tham gia ứng phó khẩn cấp và tổ chức của họ.

Mối liên hệ với Chiến lược 2020

Theo [Chiến lược 2020](#), Hội quốc gia trong Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ cam kết làm nhiều hơn, làm tốt hơn và hỗ trợ nhiều hơn. Hướng dẫn này cùng cấp cho Hội quốc gia một nền tảng vững chắc để cung cấp dịch vụ sơ cấp cứu tốt hơn.

Với khuynh hướng toàn cầu hướng tới đô thị hóa ở quy mô lớn hơn, tác động tiêu cực lên sức khỏe đang tăng lên, đặc biệt đối với các cộng đồng dễ bị tổn thương. Khuyến khích tham gia tập huấn sơ cấp cứu và sử dụng các kỹ thuật phòng ngừa đã được chứng minh để giải quyết các thách thức này có thể giúp xây dựng năng lực cho cộng đồng địa phương và Hội quốc gia cả trong phòng ngừa và ứng phó. Nỗ lực này giúp làm cầu nối cho các hoạt động ứng phó ban đầu của tình nguyện viên thực hiện sơ cấp cứu và cộng đồng với hệ thống chăm sóc sức khỏe chính thống nhằm bảo vệ mạng sống.

Tài liệu hướng dẫn này phù hợp với chính sách của Hiệp hội như thế nào?

Sơ cấp cứu cần được thực hiện sử dụng tài liệu hướng dẫn mới nhất và đã được chứng minh trong thực tế và áp dụng các bài học thực tiễn tốt nhất. Hiệp hội hỗ trợ Hội quốc gia và tham gia vào quá trình xây dựng các kỹ thuật sơ cấp cứu phù hợp với các nghiên cứu khoa học, tiêu chuẩn quốc tế, hướng dẫn dựa trên thực tiễn tốt và các biện pháp để cung cấp dịch vụ chất lượng. Tất cả điều này được kết hợp cùng với chính sách hoạt động phù hợp được xây dựng thông qua quá trình tham vấn liên chính phủ và liên tổ chức ở cấp độ khu vực và quốc gia.

Để thực hiện việc này, Hiệp hội thiết lập quan hệ hợp tác với các tổ chức khoa học, chuyên gia về y tế cộng đồng và chuyên gia trong lĩnh vực đào tạo sơ cấp cứu. Kết quả thu được bao gồm phân tích xu hướng và tình hình và phát triển dựa trên bằng chứng thực tế mới nhất trong lĩnh vực đào tạo sơ cấp cứu. Hướng dẫn này cùng với Thống nhất Bằng chứng khoa học trong sơ cấp cứu đã được xây dựng theo quy trình này.

Hội nghị quốc tế của Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ lần thứ 32 (ngày 08-10 tháng 12 năm 2015) đã thông qua [nghị quyết](#) liên quan đến các vấn đề về pháp lý đối với sơ cấp cứu:

- Khuyến khích các quốc gia thúc đẩy hoạt động đào tạo nhắc lại về sơ cấp cứu thường xuyên trong suốt cuộc đời của người dân, cụ thể là thông qua chương trình đào tạo bắt buộc đối với trẻ em và giáo viên, đào tạo sơ cấp cứu phù hợp với năng lực của các nhóm này và đối với những người xin cấp bằng lái xe.
- Khuyến khích chính phủ của các nước phê duyệt và cập nhật thường xuyên tài liệu hướng dẫn chính thức như là một nội dung tối thiểu dành cho các chương trình đào tạo về sơ cấp cứu, cần cân nhắc các tiêu chuẩn đang được áp dụng, bao gồm tài liệu hướng dẫn về sơ cấp cứu và hồi sức của Hiệp hội, cũng như là kết quả từ các đợt đánh giá tác động.
- Khuyến khích chính phủ các nước xem xét tất cả các bước cần thiết để khuyến khích những người không chuyên trang bị dụng cụ dùng cho sơ cấp cứu cùng với việc tham gia các khóa tập huấn phù hợp, bao gồm cả việc, nếu phù hợp, đưa ra các quy định nhằm bảo vệ trách nhiệm của họ đối với các hành động hỗ trợ của họ và đảm bảo rằng họ biết được các quy định này.
- Mời chính phủ các nước tham gia trao đổi các thực tiễn tốt trong lĩnh vực này và yêu cầu Hội quốc gia và Hiệp hội hỗ trợ các quốc gia mong muốn thực hiện đánh giá, nếu cần thiết, và cải thiện khung pháp lý hiện tại liên quan đến sơ cấp cứu của họ.

Như đã được thống nhất ở trong [nghị quyết](#), tài liệu hướng dẫn này là một công cụ tham khảo nhằm đóng góp vào việc thống nhất các chương trình đào tạo và tập huấn về sơ cấp cứu trên thế giới và đảm bảo rằng các chương trình này được xây dựng dựa trên bằng chứng và thông tin mới được cập nhật nhất.

Cần phân biệt giữa việc *thống nhất và chuẩn hóa*. Tài liệu hướng dẫn này không hướng tới việc đưa ra một kỹ thuật cho mỗi tình huống, mà hướng tới việc đạt được sự thống nhất về các nguyên tắc tối thiểu đã được chấp thuận dựa trên nghiên cứu.

Một số yếu tố định hướng cho hoạt động làm hài hòa các nội dung. Yếu tố chính bao gồm như sau:

- Khuyến khích và lồng ghép kỹ thuật sơ cấp cứu, hồi sức dựa trên bằng chứng và các các tiếp cận trong đào tạo.
- Sự cần thiết đối với việc tiếp tục tuyên truyền các kỹ thuật thống nhất về sơ cấp cứu và hồi sức, kỹ thuật và thực hành.
- Đặt trọng tâm đào tạo lên việc tiếp nhận được các kỹ năng và dần cảm thấy tự tin để thực hiện các kỹ năng đó.
- Các chương trình trao đổi xuyên biên giới đang diễn ra do:
 - hoạt động di cư, dẫn tới việc pha trộn trong dân số;
 - du lịch và đi lại công tác đặt mọi người vào các môi trường khác nhau;
 - sử dụng mạng internet, có hỗ trợ cho việc tự học và so sánh giữa các khu vực.
- Sự khác nhau giữa các kỹ thuật mà vẫn chưa được chứng minh bởi khoa học cũng như từ kinh nghiệm từ thực tế.
- Sự cần thiết của việc kết nối kiến thức khoa học và ứng dụng các kiến thức đó vào các bối cảnh đa dạng có thể khác với môi trường nghiên cứu.

03.

Định nghĩa, xu hướng, thông tin thực tế và số liệu

Định nghĩa sơ cấp cứu

Sơ cấp cứu đó là hỗ trợ tức thì cho người bị ốm hoặc bị thương cho tới khi có được sự hỗ trợ từ các chuyên gia. Sơ cấp cứu không chỉ liên quan đến chấn thương ở cơ thể hoặc bệnh tật mà còn liên quan đến cả các hoạt động chăm sóc ban đầu, bao gồm hỗ trợ tâm lý cho những người hứng chịu đau đớn về cảm xúc do trải qua hoặc chứng kiến sự kiện gây chấn thương. Can thiệp sơ cấp cứu nhằm “bảo vệ mạng sống, giảm thiểu nỗi đau khổ, ngăn ngừa việc bị ốm hoặc chấn thương nặng hơn và giúp cho việc phục hồi”¹

Tài liệu này đề cập tới những người thực hiện sơ cấp cứu, sơ cứu viên: được hiểu là người dân bình thường, có kiến thức và kỹ năng sơ cấp cứu cơ bản.

Tài liệu này cũng đề cập tới những người bị thương. Hội quốc gia cần sử dụng thuật ngữ phù hợp với bối cảnh ở quốc gia của các Hội quốc gia để mô tả những người cần chăm sóc (bệnh nhân, nạn nhân, v.v...)

Mức độ phát triển và xu hướng phát triển đối với sơ cấp cứu: chăm sóc sức khỏe và sơ cấp cứu dựa vào cộng đồng

Ngoài việc vận động tổ chức các khóa tập huấn sơ cấp cứu cơ bản để bảo vệ mạng sống, Hiệp hội tin tưởng rằng sơ cấp cứu cần là một phần không thể tách rời trong các kế hoạch phát triển rộng hơn. Kế hoạch này cần tập trung vào phòng ngừa, để xây dựng cộng đồng an toàn hơn và có khả năng chống chịu tốt hơn, và nâng cao năng lực trong dài hạn trong các chương trình về chăm sóc sức khỏe và phát triển cộng đồng. Công cụ dùng cho chăm sóc sức khỏe và sơ cấp cứu dựa vào cộng đồng (CBHFA) bao gồm hướng dẫn thực hiện, hướng dẫn cho hướng dẫn viên, sổ tay hướng dẫn tình nguyện viên và công cụ dùng cho cộng đồng có thể được sử dụng một cách dễ dàng ở thực địa.

1. Ủy ban Phối hợp Sơ cứu hồi sức cứu quốc tế (IL-COR), 2015

Số lượng người đã được hỗ trợ

Trong năm 2009, có 21 Hội quốc gia ở Châu Âu đã tổ chức tập huấn cho hơn 2,3 triệu người. Cũng trong năm đó, 7 triệu người đã được tập huấn trong các khóa tập huấn được công nhận trên toàn thế giới.

Trong năm 2014, khoảng 15 triệu người đã được tập huấn về sơ cấp cứu do Hội quốc gia tổ chức ở 116 quốc gia trên toàn thế giới và được hướng dẫn bởi hơn 180.000 tập huấn viên sơ cấp cứu (Xem Phụ lục 1: [Dữ liệu khảo sát toàn cầu về sơ cấp cứu](#)).

Hàng năm, hơn 50 Hội quốc gia có hoạt động hưởng ứng Ngày Sơ cấp cứu thế giới được tổ chức hàng năm vào ngày thứ 7 tuần thứ hai của tháng 9. Hơn 20 triệu người đã tham gia mỗi năm trên toàn cầu, và hơn 700.000 tình nguyện và cán bộ đã được huy động.

Các Hội quốc gia đã có lịch sử lâu dài trong thực hiện các chương trình và cung cấp dịch vụ về chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Chăm sóc sức khỏe và sơ cấp cứu dựa vào cộng đồng là một phương pháp tiếp cận được thực hiện bởi 109 Hội quốc gia. Công cụ Chăm sóc sức khỏe và sơ cấp cứu dựa vào cộng đồng (viết tắt là CBHFA) được điều chỉnh và dịch sang 46 ngôn ngữ. CBHFA trao quyền cho cộng đồng và tình nguyện viên để tự chịu trách nhiệm cho chính sức khỏe của họ thông qua việc áp dụng các phương pháp dựa vào cộng đồng để nâng cao chăm sóc sức khỏe, thay đổi hành vi, dự phòng tuyến đầu tiên, huy động xã hội và đào tạo kỹ năng chăm sóc sức khỏe. Từ năm 2011 đến 2014, Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ quốc gia đã tập huấn cho 127.703 tình nguyện viên và 5.148 hướng dẫn viên về CBHFA ở các cấp và cộng đồng và hỗ trợ cho 20 triệu người thông qua dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng.

Do đó, mỗi năm hơn 46 triệu người đã được hỗ trợ bởi Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ quốc gia thông qua hoạt động sơ cấp cứu và các thông điệp về y tế dự phòng.

04.

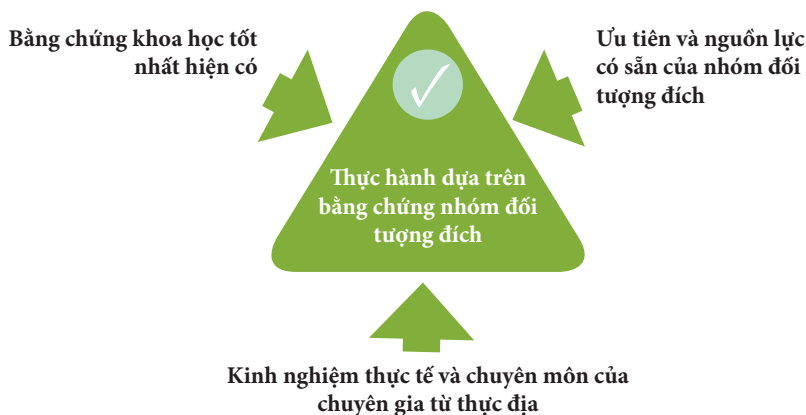
Quy trình phát triển tài liệu hướng dẫn này

Hướng dẫn sơ cấp cứu cấp quốc gia đã được xây dựng bởi Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ trong hơn 100 năm. Trong hơn 20 năm qua, một số Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ có quy trình thực hiện dựa trên các bằng chứng từ thực tế và xuất bản các tài liệu hướng dẫn cũng được xây dựng dựa trên bằng chứng thực tế. Trong năm 2011, Hiệp hội đã xuất bản tài liệu hướng dẫn sơ cấp cứu dựa trên bằng chứng thực tế từ kinh nghiệm của Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ.

Quá trình xây dựng tài liệu được bắt đầu trong năm 2013. Quy trình bao gồm việc xác định điều phối viên trong các lĩnh vực, xác định danh mục các chủ đề cần hướng dẫn, lựa chọn cán bộ tham gia rà soát các bằng chứng, phân loại quy trình dựa trên bằng chứng đang có, rà soát bởi Hội Chữ thập đỏ và tổ chức các cuộc họp lập kế hoạch. Ngoài ra, trong năm 2013, Hiệp hội tham gia vào cộng tác cấp chiến lược cùng với Ủy ban Phối hợp Sơ cứu hồi sức quốc tế (ILCOR), cụ thể là trong Nhóm Sơ cấp cứu, cùng với một số nhóm khác, bao gồm Nhóm Hỗ trợ Cấp cứu cơ bản (BLS), GFARC và Trung tâm Thực hành dựa trên bằng chứng thực tế của Chữ thập đỏ Bỉ (CEBaP) đã cộng tác với các chuyên gia của Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm từ Hội Chữ thập đỏ Mỹ, Hội Chữ thập đỏ Áo, Hội Chữ thập đỏ Canada, Hội Chữ thập đỏ Pháp, Hội Chữ thập đỏ Hungary trong nhóm Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế.

Tài liệu hướng dẫn này đã được xây dựng dựa trên các nguyên tắc mang tính thực tiễn dựa trên bằng chứng thực tế, được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Phương pháp xây dựng tài liệu hướng dẫn dựa trên bằng chứng thực tế



Đầu tiên, bằng chứng khoa học tốt nhất hiện có được thu thập thông qua tìm kiếm từ cơ sở dữ liệu các nghiên cứu khoa học. Tiếp đó, kinh nghiệm thực tế và năng lực và ưu tiên của chuyên gia từ thực địa và nguồn lực sẵn có của nhóm đối tượng đích (người cung cấp dịch vụ sơ cấp cứu và người được hỗ trợ sơ cấp cứu) được lồng ghép để đưa ra các kiến nghị.

Sau khi xây dựng danh sách các chủ đề và các câu hỏi cần được giải quyết, bước đầu tiên trong việc phát triển tài liệu hướng dẫn dựa trên bằng chứng thực tế là thu thập các bằng chứng khoa học tốt nhất hiện có. Phong trào đã có những nhà lãnh đạo hoạt động trong khoa học sơ cấp cứu, bao gồm quy trình sơ cứu hồi sức do bị đuối nước, đào tạo và thực hành. Ở Hội quốc gia, chuyên gia hồi sức cấp cứu với cách làm riêng, đã hoạt động theo mô hình truyền thống trong việc hợp tác với các hội đồng sơ cứu hồi sức ở địa phương và trung ương, với Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế về ép tim phổi hồi sức (trong tài liệu kể từ đây sẽ viết tắt là CPR), khử rung tim bên ngoài (viết tắt tiếng Anh là AED) và hỗ trợ sinh tồn (viết tắt tiếng Anh là BLS).

Bên cạnh việc rà soát bằng chứng sơ cấp về các chủ đề, tài liệu tóm tắt từ CEBaP, Hội đồng cố vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ và Mạng lưới hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế của Hiệp hội cũng được xem xét như là cơ sở để đưa ra kiến nghị cho tài liệu hướng dẫn này. Cuối cùng, lực lượng sơ cấp cứu của Ủy ban Hợp tác về Sơ cứu hồi sức quốc tế đã xem xét 22 câu hỏi nghiên cứu khác nhau liên quan đến sơ cấp cứu được lồng ghép vào cuốn tài liệu hướng dẫn này.

Như là một phần của quy trình, Mạng lưới Hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế đã tổ chức hai cuộc họp đầu tiên, một tại Luân-đôn (được tổ chức bởi Hội Chữ thập đỏ Anh, tháng 03/2014) và một tại Paris (được tổ chức bởi Hội Chữ thập đỏ Pháp, tháng 10/2014), với mục tiêu:

- (1) Bắt đầu quá trình xây dựng tài liệu hướng dẫn;
- (2) Tập huấn cho thành viên mới trong Mạng lưới Hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế về phương pháp dựa trên bằng chứng thực tế; và
- (3) Xây dựng phần tài liệu tóm tắt các bằng chứng.

Dựa trên các bằng chứng sẵn có, dự thảo các kiến nghị đã được xây dựng bởi các cán bộ điều phối trong các lĩnh vực khác nhau của Mạng lưới Hoạt động dựa trên bằng chứng thực tế. Các cuộc họp hàng tháng đã được tổ chức thông qua điện thoại để báo cáo tiến độ. Trong tháng 10/2015, một cuộc họp đã được tổ chức tại Praha với sự tham gia của các điều phối viên của các phân nhóm (được tổ chức bởi GFARC cùng với sự hợp tác của Hội Chữ thập đỏ Séc) để xem xét các kết luận dựa trên bằng chứng và kinh nghiệm thực tế và để thảo luận về các kiến nghị được đề xuất, cần nhắc đến nhóm đối tượng đích của cuốn tài liệu hướng dẫn này.

Trong tháng 01/2016, một cuộc họp cuối cùng để thống nhất đã được tổ chức tại Mechelen (do Hội Chữ thập đỏ Bỉ tổ chức), để xem xét đến việc những người sử dụng đích khác nhau trong các bối cảnh khác nhau trên khắp thế giới sẽ áp dụng cuốn tài liệu hướng dẫn này như thế nào. Nhằm thu thập ý kiến từ thực địa và đảm bảo rằng tài liệu hướng dẫn này là phù hợp đối với người sử dụng cuối cùng, ba đại diện từ mỗi khu vực (Châu Phi, Châu Mỹ, Châu Á và Thái Bình Dương, Châu Âu, Trung Đông và Bắc Phi) đã tham dự cuộc họp này. Việc này mang lại nhiều đóng góp có giá trị cho quá trình xây dựng tài liệu và thể hiện rằng tài liệu hướng dẫn được xây dựng dựa trên các ý kiến từ cấp cơ sở khi xem xét đến việc áp dụng vào thực tiễn. Khía cạnh này về cơ bản rất quan trọng đối với Phong trào. Cùng với đại diện từ các khu vực khác nhau, các điểm thực tiễn tốt và nội dung hướng dẫn thực hiện đã được thống nhất. Bước này trong quá trình đã thừa nhận giá trị, chất lượng và tầm quan trọng của liên kết giữa khoa học và thực tiễn.

Tóm tắt cơ sở khoa học và hướng dẫn

Đối với mỗi chủ đề, một bản tóm tắt cơ sở khoa học đã được xây dựng. Trong quá trình tìm kiếm bằng chứng:

- (1) Nghiên cứu trên người được ưu tiên tìm kiếm hơn là các nghiên cứu trên động vật;
- (1) Nghiên cứu về các can thiệp được cung cấp bởi những người không chuyên (những người tham gia ứng phó đầu tiên, những người điều dưỡng không chuyên, và/hoặc cán bộ làm việc trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cộng đồng) được ưu tiên hơn là các can thiệp được thực hiện bởi những chuyên gia về chăm sóc sức khỏe; và

04 Quy trình phát triển tài liệu hướng dẫn này

(3) Nghiên cứu về các can thiệp đòi hỏi phải có trang thiết bị hoặc trình độ đặc biệt được loại bỏ.

Để chuyển từ cơ sở khoa học sang việc xây dựng tài liệu hướng dẫn cụ thể, chất lượng của bằng chứng, lợi ích, điều bất lợi, rủi ro, ưu tiên và chi phí đều được xem xét tới. Chất lượng của bằng chứng được dựa trên các hạn chế trong quá trình thiết kế nghiên cứu (các nghiên cứu được thiết kế tốt, nghiên cứu có định hướng, nghiên cứu lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên đòi hỏi chất lượng cao hơn so với các nghiên cứu quan sát), các điểm không thống nhất giữa các nghiên cứu và bằng chứng thiếu rõ ràng.

Tất cả các khuyến nghị trong tài liệu hướng dẫn được phân loại thành: ** (nên thực hiện) hoặc * (phần nào khuyến nghị) hoặc hoặc điểm thực hành tốt. Đối với kiến nghị nên thực hiện, bằng chứng về lợi ích rõ ràng hơn rất nhiều so với bằng chứng về tác hại. Đối với kiến nghị chỉ nên phần nào thực hiện, các bằng chứng về lợi ích có thể kém thuyết phục hoặc nghiên cứu chỉ được thực hiện ở quy mô nhỏ. Những nghiên cứu không có bằng chứng nào hoặc rất ít bằng chứng về tác hại làm suy giảm độ thuyết phục của các bằng chứng về lợi ích của nghiên cứu hoặc bao hàm yếu tố không chắc chắn về mức độ lợi ích và rủi ro. Bảng 1 mô tả khái quát các loại tài liệu hướng dẫn và mục đích dành cho thực hành.

Khi không thu thập được hoặc thiếu bằng chứng rõ ràng nhưng có thực hành lâm sàng hoặc ý kiến của chuyên gia, thì được coi là điểm thực hành tốt, và được xây dựng dựa trên kinh nghiệm của Hội quốc gia trên khắp thế giới.

Bảng 1. Mô tả khái quát các loại tài liệu hướng dẫn và mục đích dành cho thực hành

Mức độ của khuyến nghị và từ ngữ sử dụng	Mô tả và mức độ của bằng chứng	Mục đích
** Từ ngữ sử dụng cho kiến nghị: cần phải/ cần (hoặc không cần phải/ không cần)	<ul style="list-style-type: none"> • Kiến nghị nên làm • Lợi ích hơn so với tác hại • Kiến nghị này là một hành động phù hợp nhất 	Cần phải tuân theo trừ khi có một cơ sở rõ ràng và thuyết phục khác
* Từ ngữ sử dụng cho kiến nghị: có thể (hoặc không được khuyến khích)	<ul style="list-style-type: none"> • Kiến nghị phần nào • Lợi ích, rủi ro và gánh nặng cùng tồn tại ngang nhau, và ghi nhận yếu tố không chắc chắn về mức độ lợi ích và rủi ro • Có một số yếu tố không chắc chắn liên quan đến hành động phù hợp nhất và những lựa chọn khác nhau có thể thích hợp 	Cần cân trọng khi tuân theo, tuy nhiên chúng ta cũng cần cảnh giác với những bằng chứng mới được công bố nhằm làm rõ sự cân bằng giữa lợi ích và tác hại.
Điểm thực hành tốt: cũng có thể bao gồm những từ ngữ tích cực như là ‘ nên ’, ‘ phải ’	<ul style="list-style-type: none"> • Dựa trên ý suy nghĩ logic, thực tiễn tốt hoặc bằng chứng có chất lượng (rất) thấp, ý kiến chuyên gia, v.v... • Một điểm thực hành quan trọng mà hội đồng chuyên gia đạt được sự đồng thuận và không ai có thể đặt câu hỏi về quan điểm đó. 	Điểm thực hành tốt được dựa suy nghĩ logic và sự đồng thuận, tuy nhiên có thể cần nhạy cảm, tùy thuộc vào bối cảnh.

Các điều chỉnh của địa phương

Khi sử dụng các hướng dẫn này, Hội quốc gia cần xem xét một số nghiên cứu dịch tễ cụ thể, hệ thống chăm sóc ngoài bệnh viện và cơ sở pháp lý liên quan đến sơ cấp cứu. Vấn đề về sức khỏe chung và chấn thương được xác định ở các cộng đồng cụ thể hoặc nhóm đối tượng đích cần được đáp ứng với sự quan tâm đặc biệt đến văn hóa và tín ngưỡng của họ cũng như là nguồn lực có sẵn tại đó. Việc này cần được thực hiện cùng với hội đồng cố vấn khoa học của Hội quốc gia. Thí dụ, trong cuốn tài liệu này, hội đồng cố vấn khoa học có thể bao gồm nhà khoa học, chuyên gia y học, nhà nghiên cứu, hướng dẫn viên sơ cấp cứu và bác sĩ, nhà giáo và đại diện của cộng đồng địa phương. Việc này có thể đạt được hiệu quả cao thông qua hợp tác với các đối tác khác, bao gồm cả các Hội quốc gia khác.

Phát triển trong tương lai

Hiệp hội cam kết không chỉ xây dựng các kỹ năng về sơ cấp cứu trong các nhóm dễ bị tổn thương mà còn cả việc xây dựng các cộng đồng an toàn hơn và khỏe mạnh hơn. Hiệp hội sẽ tiếp tục làm việc cùng với các đối tác về các kỹ thuật sơ cấp cứu và các yếu tố ảnh hưởng đến sự sẵn sàng của những người dân đối với thực hiện hỗ trợ sơ cấp cứu. Hiệp hội mong muốn phát triển các cách thức hiệu quả hơn để người dân có thể học được sơ cấp cứu và cảm thấy tự tin hơn khi thực hiện, cũng như là sử dụng các phương pháp tốt nhất để tác động đến thay đổi hành vi trong việc ngăn chặn chấn thương và áp dụng lối sống tốt cho sức khỏe. Với những lý do này, nội dung đào tạo là một nội dung quan trọng trong tài liệu hướng dẫn này.

Chắc chắn là cuốn tài liệu vẫn chưa bao quát được tất cả các chủ đề. Các nội dung về sơ cấp cứu chưa được rà soát đã không được bao gồm trong tài liệu này. Trong phiên bản này, các chủ đề đang thịnh hành và phù hợp được yêu cầu bởi Hội quốc gia và các đối tác khác đã được đề cập. Hội quốc gia cần thông báo cho GFRARC nếu có nội dung nào cần có cơ sở bằng chứng. Mạng lưới hoạt động dựa trên bằng chứng thực tiễn sẽ xem xét các yêu cầu cho các hoạt động trong tương lai.

Tham khảo

05.

Quy tắc chung

Quay lại
mục lục

Sự chuẩn bị của người dân trước thảm họa và các tình huống khẩn cấp thường ngày

Lũ lụt, cháy, bão, động đất, tuyết lở, đợt nắng nóng, tai nạn công nghiệp, v.v... có thể gây ra hậu quả thảm khốc đến người dân. Rủi ro thảm họa và công nghệ thường ảnh hưởng tới một số lượng lớn người dân (gây ra thương tích hoặc tử vong) và đang có xu hướng thu hút được nhiều sự quan tâm của cộng đồng. Tuy nhiên, vẫn còn có rất nhiều tình huống nguy hiểm ảnh hưởng đến cá nhân, gia đình, và cộng đồng hàng ngày. Các tình huống đó bao gồm ngắt xiu, bùng, ngã, nhiễm độc, đuối nước, tai nạn giao thông, v.v... có thể xảy ra ở trong nhà, trường học, nơi làm việc, nhà kho và trên đường hoặc ở các địa điểm khác. Hậu quả đối với những người bị ảnh hưởng và người thân của họ (gia đình, bạn bè, hàng xóm, đồng nghiệp, v.v...) thường bao gồm cả thể chất lẫn tinh thần; điều này cũng đúng đối với cả những người chứng kiến những tình huống khẩn cấp, chính quyền địa phương và thành viên của các tổ chức cung cấp dịch vụ chăm sóc và trợ giúp.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Hầu hết các dữ liệu về cách thức tốt nhất để đánh giá và giám sát cách thức chuẩn bị của người dân trước các tình huống khẩn cấp hàng ngày hoặc rủi ro thảm họa được trình bày dưới dạng các báo cáo hoặc là ý kiến của chuyên gia. Các nghiên cứu có đối tượng nghiên cứu được xác định rõ mà có đánh giá việc nhiều phương pháp đào tạo sơ cứu hồi sức. Việc thiếu nhất quán trong sử dụng các phương pháp có nghĩa là sẽ không thể rút ra được các kết luận.

Hướng dẫn

- Không có đầy đủ dữ liệu để đưa ra kiến nghị chính thức cho phương pháp tập huấn hoặc tuyên truyền cụ thể cho việc chuẩn bị của người dân. Tuy nhiên, các thông điệp chính có thể được nhấn mạnh trong đào tạo tại cấp cộng đồng. Trước tiên, cần thừa nhận là người dân là trọng tâm của hệ thống phòng ngừa và ứng phó trong các tình huống khẩn cấp. Do đó, người dân cần phải ở vị trí chủ động trong hệ thống này, cùng với chính quyền và các tổ chức hoạt động cứu nạn, cung cấp dịch vụ chăm sóc và trợ giúp. Người dân có thể đóng góp vào hệ thống tự bảo vệ bằng việc bắt đầu chia sẻ và xác định rủi ro và năng lực của họ để kiểm soát các rủi ro và để xử lý các tình huống khẩn cấp.

Cần nhắc thực hiện

Để giúp phổ biến ý tưởng về tự bảo vệ, các thông điệp chính trong đào tạo cộng đồng để giảm thiểu rủi ro thảm họa cần được lồng ghép vào tất cả các khóa tập huấn chính thức của Hiệp hội, bao gồm tập huấn và đào tạo về sơ cấp cứu.

Để khảo sát mức độ hiệu quả của hành vi tự bảo vệ của người dân, cần có các nghiên cứu được thiết kế phù hợp để so sánh khóa tập huấn áp dụng phương pháp thực hành hoặc phương pháp sư phạm khác, đặc biệt là các khóa tập huấn dành cho người dân. Các nghiên cứu được thiết kế phù hợp cũng cần được thực hiện để xem xét mức độ hiệu quả của khóa tập huấn này trong việc giảm nhẹ tác động của thảm họa trong cộng đồng. Hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ các quốc gia có thể sử dụng các nghiên cứu như vậy để xác định mức độ hiệu quả của các khóa đào tạo về phòng ngừa thảm họa và các tính huống khẩn cấp thường ngày trên khắp thế giới.

Người dân cần phải chuẩn bị để tự bảo vệ trước, trong và sau các tình huống khẩn cấp theo các cách như sau:

- Trước các tình huống khẩn cấp cần thu thập thông tin và xác định các rủi ro liên quan, thực hiện các hành vi phù hợp, thực hiện các biện pháp phòng ngừa, và nếu cần thiết thực hiện các biện pháp sửa sai, tham gia các khóa tập huấn (vd. các kỹ thuật để bảo vệ mạng sống), hiểu và tôn trọng các hướng dẫn an ninh và an toàn và tham gia vào các chương trình quản lý tình huống khẩn cấp (như là phân tích rủi ro, thực hành diễn tập, v.v...).
- Trong các tình huống khẩn cấp cần tự bảo vệ bản thân khỏi các hậu quả tức thì và cả các rủi ro hoặc tai nạn khác sau đó, thực hiện các kỹ thuật sơ cấp cứu phù hợp, tuân thủ theo các hướng dẫn (như sơ tán), khôi phục kết nối xã hội (ví dụ: gia đình, bạn bè, họ hàng, thành viên của cộng đồng địa phương, v.v...) và tham gia tình nguyện và phối hợp trong việc cứu nạn, dịch vụ và tổ chức hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc và trợ giúp.
- Sau các tình huống khẩn cấp cần nhận được đầy đủ trợ giúp (chăm sóc, nước, lương thực, nhà ở, v.v...), cần được khôi phục tâm lý và đền bù về mặt vật chất, tham gia tình nguyện trong các chương trình trợ giúp cho cộng đồng địa phương và áp dụng hành vi và trang thiết bị dựa trên kinh nghiệm thu được và các bài học đúc kết được.

Phòng ngừa

Trong khi tài liệu hướng dẫn này tập trung vào đào tạo và chuẩn bị về sơ cấp cứu, phòng ngừa thương tích hoặc bệnh tật luôn luôn tốt hơn là chữa bệnh. Tất cả các chương trình đào tạo về sơ cấp cứu cần lồng ghép các thông điệp quan trọng về phòng ngừa khi phù hợp, chia sẻ với học viên trực tiếp hoặc gián tiếp tùy theo bối cảnh phù hợp, dựa trên nhu cầu và năng lực của họ. Có rất nhiều Hội quốc gia thực hiện các chương trình dự phòng rất hiệu quả ngoài việc đào tạo sơ cấp cứu (ví dụ: an toàn dưới nước, phòng ngừa thảm họa, an toàn và vi phạm giao thông, phòng chống bạo lực và lạm dụng).

An toàn cá nhân

Khi thực hiện sơ cấp cứu, an toàn cho người cung cấp sơ cấp cứu cần luôn luôn được cân nhắc. Khi xây dựng chương trình đào tạo sơ cấp cứu, bao gồm thông tin phù hợp về an toàn cá nhân là việc bắt buộc. Thông tin liên quan đến an toàn cá nhân cần tổng thể và áp dụng tất cả các tình huống, và nguồn lực khác nhau trên các khu vực. Các nguyên tắc chung thường đưa ra hướng dẫn và vấn đề cân nhắc khi thực hiện có thể áp dụng cho tất cả các can thiệp. Các nội dung này không được lặp lại trong các hướng dẫn của cuốn tài liệu này nhằm duy trì được việc tập trung vào các thông tin cụ thể liên quan đến mỗi kiến nghị.

05 Quy tắc chung

Hai nội dung quan trọng nhất về an toàn cá nhân đó là vấn đề an toàn tổng thể và từng tình huống và phòng ngừa lây truyền bệnh dịch trong quá trình chăm sóc.

Trong quá trình những người hỗ trợ chăm sóc thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân, họ cần đảm bảo rằng họ không đặt bản thân vào vị trí nguy hiểm, và có thể trở thành một nạn nhân khác. Người hỗ trợ sơ cấp cứu cần chấp nhận rủi ro (ví dụ: nhảy xuống nước, nhảy vào lửa, v.v...) chỉ khi nào họ đã được tập huấn đặc biệt để tham gia cứu nạn trong các hoàn cảnh đó. Điều này là do môi trường ban đầu có thể là an toàn, tuy nhiên vẫn có thể trở nên nguy hiểm hơn hoặc khu vực chỉ an toàn trong một khoảng thời gian ngắn. Sơ cứu viên có thể cần đưa những người bị thương (nếu được đào tạo để thực hiện việc này) đến khu vực an toàn hơn trước khi thực hiện hoạt động chăm sóc.

Phần thứ hai của an toàn cá nhân đó là phòng ngừa lây lan bệnh dịch, có thể đạt được thông qua việc tuân thủ theo các bước phòng ngừa chung. Mặc dù các bước này có thể khác nhau giữa các Hội quốc gia, tùy thuộc vào bối cảnh và nguồn lực hiện có, các bước thực hiện cần được chuẩn hóa và dựa trên bằng chứng tốt nhất có sẵn. Khi tiếp xúc hoặc có thể phải tiếp xúc với máu và dịch ở cơ thể, việc sử dụng mang găng tay nitrile được khuyến khích thực hiện (sử dụng găng nhựa sẽ thiếu tính đàn hồi và găng cao su có thể gây dị ứng). Một khía cạnh quan trọng nhất trong việc kiểm soát lây nhiễm đó là vệ sinh tay sạch sẽ, bao gồm việc rửa tay thường xuyên, và tối thiểu là trước và sau khi thực hiện chăm sóc bệnh nhân. Bàn tay cần được rửa sạch với xà phòng và nước. Nếu không có xà phòng và nước, dung dịch rửa tay bằng cồn có thể được sử dụng.

Liên kết với các hoạt động chăm sóc sức khỏe khác

Mặc dù sơ cấp cứu có thể tiếp cận dễ dàng nhất và hỗ trợ chăm sóc nhanh nhất cho những người bị ốm hoặc chấn thương, tuy nhiên sơ cấp cứu mới chỉ là một phần trong quá trình chăm sóc. Nguồn lực về y tế khác nhau từ quốc gia này tới quốc gia khác và tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc cũng có thể khác nhau. Đào tạo sơ cấp cứu cần phải giải quyết được khi mà nhu cầu về chăm sóc là đầy đủ, khi thảo luận với những người thực hiện sóc ban đầu (hoặc tương đương trong bối cảnh và Hội quốc gia) và/hoặc khi dịch vụ vận chuyển khẩn cấp tới trung tâm chăm sóc y tế cuối cùng (hoặc tương đương trong bối cảnh và Hội quốc gia) được đòi hỏi cần thiết. Những khuyến nghị này sẽ khác nhau cho mỗi khu vực và Hội quốc gia.

Cập nhật và đào tạo lại

Một nội dung được cập nhật về các cơ sở khoa học và thực nghiệm về đào tạo sơ cấp cứu, thiết kế khóa học, đánh giá kết quả và nguyên tắc được bao gồm trong tài liệu hướng dẫn này (xem phần [Đào tạo](#)). Khía cạnh khoa học và kinh nghiệm trong các khái niệm về đào tạo vẫn tiếp tục phát triển. Hiệp hội vẫn nỗ lực để tiếp tục cung cấp khóa đào tạo hiệu quả, phù hợp và được thiết kế cho tất cả đối tượng học viên.

Mặc dù các khóa đào tạo ban đầu là một bước đầu tiên quan trọng để hỗ trợ người dân và bảo vệ mạng sống, tuy nhiên việc duy trì cập nhật kỹ năng mới và dựa trên các thông tin cập nhật mới nhất thông qua các khóa tập huấn nhắc lại cũng cần được quan tâm. Cách thức cập nhật và tổ chức tập huấn nhắc lại có thể khác nhau tùy thuộc vào loại hình đào tạo sơ cấp cứu, môi trường, kỹ năng cần đào tạo và nguồn lực của Hội quốc gia. Cấp độ và loại hình đào tạo nhắc lại cũng có thể khác nhau tùy thuộc và mức độ chuyên sâu và số lượng kiến thức cần đào tạo về sơ cấp cứu.

Cộng đồng đích và những người hỗ trợ họ

Cùng với tất cả nỗ lực trong đào tạo sơ cấp cứu, phòng tránh chấn thương và bệnh tật và nâng cao sức khỏe cộng đồng, nhu cầu của cộng đồng đích và dễ bị tổn thương, bao gồm cả những người có vấn đề về việc tiếp cận và nhu cầu về khám chữa bệnh, cũng cần phải được cân nhắc. Yêu cầu đối với mỗi thành phần trong cộng đồng cần được xem xét ở cả hai khía cạnh là đối tượng đích cho đào tạo và tập huấn sơ cấp cứu và là đối tượng được hỗ trợ sơ cấp cứu. Do Hội quốc gia sử dụng tài liệu hướng dẫn này để xây dựng chương trình đào tạo sơ cấp cứu, điều quan trọng đó là cần thiết kế chương trình đặc biệt dành cho những người mà không được tiếp cận với các khóa tập huấn. Ví dụ những người có hạn chế về ngôn ngữ, kinh tế xã hội hoặc đào tạo, và người khuyết tật hoặc các vấn đề khác. Ví dụ về cách thức mà các Hội quốc gia đã vượt qua được các thách thức này được đề cập ở trong chương đào tạo (xem Đào tạo). Ngoài ra, khi các khóa đào tạo được thiết kế và thực hiện, nội dung khóa tập huấn cần bao gồm các thông tin liên quan đến nhu cầu đặc biệt và các cá nhân dễ bị tổn thương mà những người hỗ trợ chăm sóc có thể gặp phải.

Đạo đức

Quy tắc đạo đức đối với sơ cấp cứu không được đề cập đến trong các ấn phẩm khoa học hoặc thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên. Các quy tắc đạo đức được đề cập đến ở trong các nguyên tắc rộng hơn, ví dụ như là Nguyên tắc cơ bản của Phong trào: Nhân đạo, Vô tư, Trung lập, Độc lập, Tự nguyện, Thống nhất và Toàn cầu. Nhằm tuân thủ theo các nguyên tắc, chúng ta nỗ lực hỗ trợ cho những người bị ảnh hưởng theo một cách nhân đạo và đạo đức nhất.

Tham khảo

06.

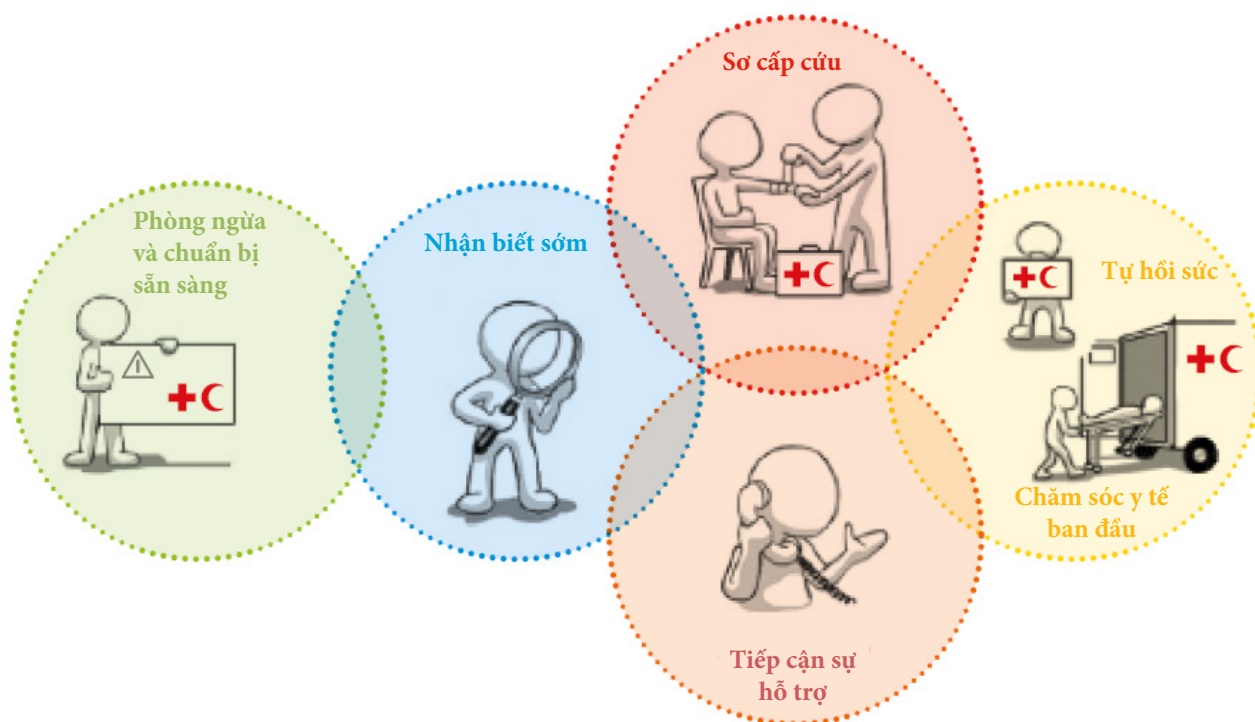
Đào tạo

Chương này đề cập đến tính hiệu quả và bền vững của đào tạo về hồi sức và sơ cấp cứu (SCC) theo phương pháp pháp lấy người học làm trọng tâm trong môi trường học chính qui và không chính qui.

Giới thiệu

Điều cốt lõi trong việc tự phục hồi của cá nhân và cộng đồng là khả năng ứng phó một cách hiệu quả trong một tình huống khủng hoảng. Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế coi SCC là một trong những hành động mang tính nhân đạo nhất và đào tạo về SCC là một phần không thể thiếu trong nỗ lực xây dựng cộng đồng an toàn. Chính vì vậy, nhiệm vụ của Phong trào CTĐ-TLLĐ là vận động chính sách và cung cấp đào tạo SCC hiệu quả cho mọi đối tượng và khuyến khích người học sao cho họ có thể ứng phó một cách phù hợp với tình huống khẩn cấp. Tổng quan của các hoạt động đào tạo khái quát các lĩnh vực được trình bày trong chuỗi các hành vi sinh tồn tại hình 2. Lĩnh vực thứ nhất bao gồm phòng ngừa và chuẩn bị sẵn sàng. Lĩnh vực thứ hai tập trung vào nhận biết sớm.

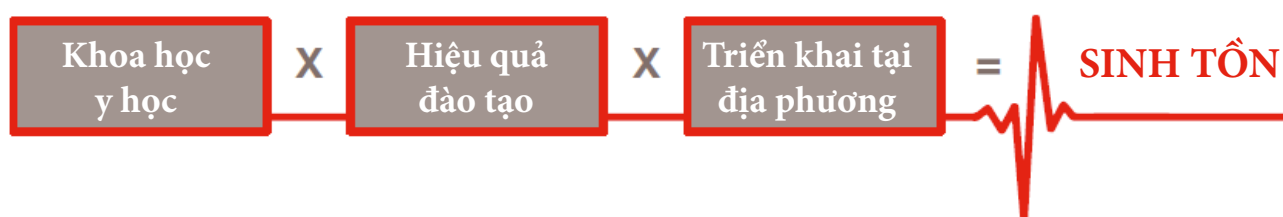
Hình 2. Chuỗi các hành vi sinh tồn



các mối nguy hại trong môi trường xung quanh và với những người bệnh hoặc bị thương. Lĩnh vực thứ ba của ứng phó gồm hai hành động có thể thực hiện cùng lúc, đó là thực hiện sơ cứu và/hoặc gọi sự trợ giúp, tùy thuộc vào số lượng sơ cứu viên và nguồn lực. Lĩnh vực cuối cùng trong chuỗi hành động là phục hồi, mà có thể được thực hiện khi có hoặc không có sự chăm sóc tích cực. Các hoạt động đào tạo nhằm xây dựng các kỹ năng sống sót này bao gồm các chiến dịch nâng cao nhận thức, tập huấn và cấp chứng nhận, và các công cụ sử dụng kịp thời trong tình huống thảm họa và khủng hoảng. Chương này nhằm nâng cao vai trò và hướng dẫn các Hội Quốc gia vận dụng sáng tạo và linh hoạt trong các hoạt động đào tạo SCC dành cho sơ cứu viên trong khi luôn luôn đặt người học và nâng cao vai trò của họ trong hỗ trợ sơ cứu là trọng tâm của tất cả các hoạt động đào tạo SCC. Mục tiêu của việc làm này nhằm đáp ứng các khía cạnh quan trọng của tính hiệu quả trong đào tạo SCC và triển khai ở cấp địa phương.

Công thức Utstein về sinh tồn là mô hình cho Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế và các chính phủ trong việc điều phối các nỗ lực nhằm khuyến khích hành vi trợ giúp trong cộng đồng một cách rộng rãi. Ba yếu tố nhằm tăng cường cơ hội sống sót trong công thức này bao gồm: khoa học y tế, hiệu quả đào tạo và thực hiện ở cấp địa phương. Đây chính là khung cơ sở để xây dựng các can thiệp hỗ trợ. Các yếu tố này tồn tại trong mối quan hệ cấp số nhân có nghĩa là tất cả các yếu tố cần tồn tại để tối đa hóa cơ hội sống sót.

Hình 3. Công thức Utstein về sinh tồn²



Do phạm vi và tác động, Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế đóng vai trò định hướng và đóng góp vào từng yếu tố của công thức Utstein. Mỗi yếu tố được mô tả tại các phần trong chương này trình bày cơ sở khoa học đòi hỏi các phương pháp đào tạo và thực hiện ở cấp địa phương một cách phù hợp để đạt được hiệu quả phù hợp với điều kiện và bối cảnh.

Bắt đầu vào năm 2005, lãnh đạo các Hội CTĐ và TLLĐ được mời cùng tham dự với các chuyên gia về sơ cấp cứu (SCC) để đạt được sự Đồng thuận đối với các Khuyến nghị về Khoa học và Điều trị đối với SCC trên phạm vi toàn cầu, nhằm góp phần thực hiện đầy đủ yếu tố khoa học y tế này. Hoạt động này vẫn tiếp tục triển khai cho đến nay, với trọng tâm hướng đến tính hiệu quả của đào tạo và tính khoa học của việc triển khai, chính là cơ sở để xây dựng nội dung của hướng dẫn này.

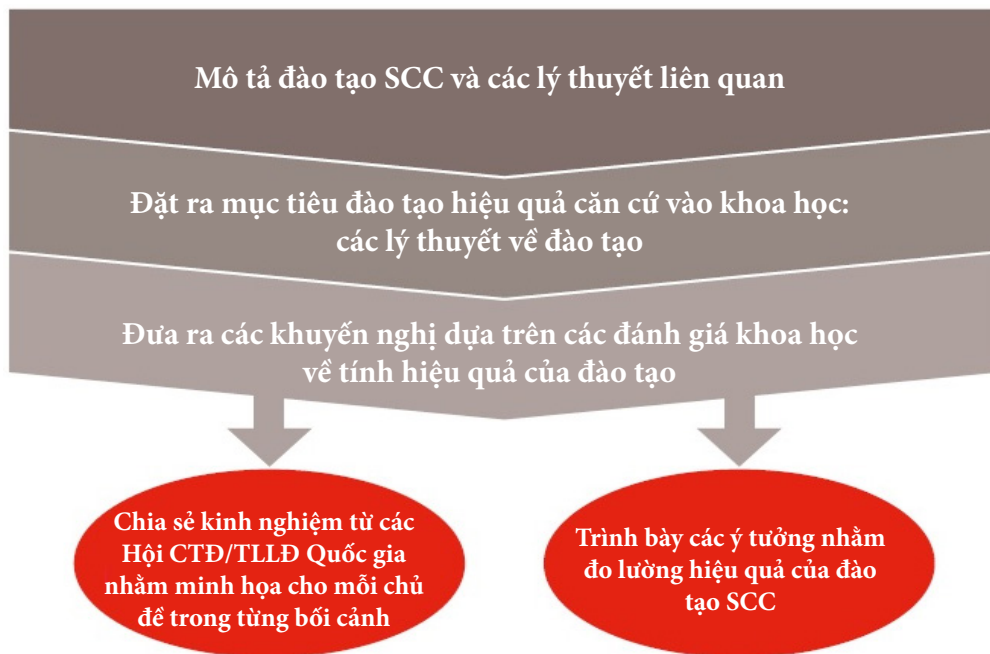
Hiệp hội CTĐ-TLLĐ Quốc tế phối hợp và hỗ trợ với các Hội Quốc gia thành viên nhằm gây dựng sự nhận thức toàn cầu về đào tạo SCC nâng cao thông qua xây dựng mối quan hệ đối tác với các trung tâm nghiên cứu và các văn phòng trong khu vực. Bên cạnh đó, Trung tâm Nghiên cứu SCC Toàn cầu (GFARC) đóng vai trò chủ đạo trong các nỗ lực hợp tác nhằm xây dựng các chiến lược vận động chính sách và truyền thông trên toàn cầu nhằm thúc đẩy

2. Søreide, E. Morrison, LJ, Hillman K, Monsieurs K, Sunde K, Zideman, D, Eisenberg M, Sterz F, Nadkani VM, Soar J, Nolan JP. The formula for survival in resuscitation in Resuscitation. 84:1487–1493, 2013.

Các khuyến nghị đề cập trong chương này rút ra từ đánh giá mang tính khoa học độc lập về các vấn đề gọi là đánh giá khoa học ILCOR năm 2015, và các nghiên cứu điển do các chuyên gia trong Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế cung cấp với mục đích tìm ra các bằng chứng xác đáng nhằm thúc đẩy đào tạo SCC hiệu quả. Do bản chất khoa học và tính chính xác của quy trình, một số ít nghiên cứu được xem là phù hợp để đưa vào khuyến nghị. SCC trong các Hội Quốc gia thành viên của Hiệp hội dựa vào bằng chứng cập nhật nhất. Các nỗ lực nhằm dung hòa giữa đào tạo giảng viên SCC và phát triển thực hành dựa vào bằng chứng, tập trung vào việc áp dụng ở cấp địa phương.

Trong trường hợp không có bằng chứng, nhưng vẫn có câu hỏi, các chuyên gia đào tạo về SCC trong Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế đưa ra lời khuyên về kinh nghiệm tốt cũng như các lý thuyết và phương pháp đào tạo hiện có. Hình 4 minh họa qui trình được sử dụng để xây dựng các hướng dẫn đào tạo SCC.

Hình 4. Qui trình xây dựng hướng dẫn đào tạo SCC



Một số thông điệp chính mang tính cốt lõi của đào tạo có chất lượng được rút ra từ quá trình này. Các thông điệp này không phải lúc nào cũng rõ ràng trong phạm vi khoa học này; tuy nhiên, các thông điệp này phản ánh một phát hiện chung phù hợp với lý thuyết mang tính khoa học và kinh nghiệm của các chuyên gia trong lĩnh vực này. Cụ thể, các câu chuyện và thí dụ từ các Hội Quốc gia được trình bày trong chương này rất hữu ích cho các cán bộ quản lý SCC khi thiết kế các chương trình đào tạo. Các câu chuyện này đã được đúc kết từ kinh nghiệm qua một số chương trình của các Hội Quốc gia.

Các thông điệp chính dành cho những người chịu trách nhiệm xây dựng tài liệu SCC

- > Tạo ra bối cảnh phù hợp để học viên muốn tham gia vào bài học và cố gắng khai thác những trải nghiệm thực tế trong cuộc sống của học viên để nội dung bài học sinh động.
- > Đảm bảo các hoạt động tập huấn lôi cuốn được học viên cũng như cách thức mà học viên có thể học một cách chủ động nhất, tạo điều kiện cho học viên thể hiện kiến thức, kỹ năng hoặc hành vi mà họ tiếp thu được.
- > Thiết kế riêng các hình thức tập huấn đa dạng (thí dụ: sử dụng công nghệ, trò chơi, đóng vai...) nhằm phát triển kiến thức, kỹ năng và hành vi nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và duy trì kiến thức của học viên.
- > Giới hạn các nội dung cần thiết và phù hợp đối với học viên – và điều chỉnh nội dung phù hợp với nhu cầu của học viên.
- > Xây dựng đội ngũ tập huấn viên và hướng dẫn viên có kiến thức SCC phù hợp với trình độ của học viên.
- > Dành thời gian cho học viên để suy ngẫm và khám phá thái độ giúp đỡ của chính họ trong các hoàn cảnh khác nhau.
- > Xác định kết quả học viên đạt được (thí dụ: kỹ năng, kiến thức và sự tự tin) và cách thức đo lường đào tạo hiệu quả (như sử dụng các hình thức khảo sát).

Chương này:

- Mô tả đào tạo SCC và các lý thuyết liên quan.
- **Đặt ra mục tiêu đào tạo hiệu quả căn cứ vào khoa học:** bối cảnh ý nghĩa của đào tạo SCC hiệu quả được đúc kết từ các lý thuyết đào tạo về chiến lược học hiệu quả dẫn tới thay đổi hành vi.
- **Đưa ra các khuyến nghị căn cứ vào các đánh giá mang tính khoa học về hiệu quả của đào tạo.**
- Chia sẻ các kinh nghiệm từ các Hội Quốc gia để minh họa từng chủ đề trong bối cảnh của từng chủ đề.
- **Trình bày các ý tưởng nhằm đo lường tính hiệu quả của đào tạo SCC.**

Đào tạo SCC hiệu quả là gì?

Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế là tổ chức cung cấp đào tạo SCC hàng đầu thế giới, cả về nâng cao nhận thức trong công chúng và thúc đẩy tình nguyện viên đã được đào tạo SCC ứng phó với và trong tình huống khẩn cấp một cách chuyên nghiệp. **Cung cấp đào tạo SCC hiệu quả nhất là một thách thức đối với các Hội Quốc gia trong việc xây dựng các can thiệp nhằm nâng cao kiến thức, kỹ năng và sự tự tin của học viên và thái độ sẵn sàng áp dụng các kỹ năng SCC. Những yếu tố này có khả năng tác động tới thay đổi hành vi.** Các can thiệp có thể thực hiện theo nhiều hình thức như tổ chức các chiến dịch nâng cao nhận thức, các khóa đào tạo chính thức và các khóa tập huấn chỉ một lần.

Các can thiệp SCC là nhằm mục đích “bảo vệ sự sống, giảm thiểu khổ đau, ngăn ngừa bệnh hoặc thương tật, và thúc đẩy hồi phục”.³ Trong khi các tình nguyện viên đã được đào tạo về SCC được mong đợi và mong chờ ứng phó trong thực tế, thì mục tiêu của đào tạo SCC cho cộng đồng là nhằm trang bị kiến thức, kỹ năng và thái độ sẵn sàng và tự tin khi ứng phó trong một tình huống khẩn cấp. Do vậy, đây chính là mục tiêu của toàn bộ đào tạo SCC, bất kể học viên là đối tượng nào, đào tạo SCC đều nhằm trang bị cho học viên:

- Nhận biết, đánh giá và lập ưu tiên các nhu cầu SCC.
- Thực hiện chăm sóc sử dụng kỹ năng SCC phù hợp, thí dụ: kiến thức, kỹ năng và hành vi SCC.
- Nhận biết giới hạn và tìm kiếm sơ cứu thêm thêm khi cần thiết.

Do vậy, hiệu quả mà đào tạo mang lại cho học viên có ý nghĩa quan trọng đối với hiệu quả trong ứng phó của họ.

Cơ sở đào tạo năng lực SCC gồm:

- Kiến thức: nhận thức về dấu hiệu và triệu chứng của người bệnh hoặc bị thương, các rủi ro từ môi trường xung quanh đối với cá nhân đó và những người khác, và các điều trị SCC có bằng chứng.
- Kỹ năng: ứng phó về tâm thần vận động thích hợp để đáp ứng với ca bệnh hoặc bị thương, thí dụ: mở đường thở hoặc ấn trực tiếp vào chỗ chảy máu.
- Hành vi: hàng loạt các ứng phó đối với một tình huống khẩn cấp thông qua nhận thức về tình huống và thái độ sẵn sàng hành động, bao gồm:
 - Nhận biết sớm về xác định các tình huống khẩn cấp và đánh giá rủi ro;
 - Kêu gọi thêm sự trợ giúp nếu cần và cung cấp chăm sóc phù hợp, áp dụng kiến thức và kỹ năng
 - Đánh giá sự trợ giúp thêm bằng cách tham gia vào hệ thống ứng phó khẩn cấp với khả năng tốt nhất
 - Hỗ trợ hồi phục

3. Thống nhất khoa học, ILCOR, 2015.

06 Đào tạo

Có thể xây dựng những năng lực này một cách độc lập; tuy nhiên, sẽ rất hữu ích nếu xây dựng các năng lực này cùng với nhau. Những năng lực này cũng góp phần giúp người học hình thành thái độ tích cực và tự tin khi áp dụng các kỹ năng của mình trong một tình huống khẩn cấp thực tế. Xem hình 2 minh họa về các hành vi sống sót.

Đào tạo SCC hiệu quả là gì?

Có ba hợp phần cần được đề cập trong tất cả cấp độ đào tạo SCC để tạo đòn bẩy về phát triển kiến thức và kỹ năng:

- Hợp phần nhận thức hoặc dựa vào trí não là hợp phần ghi nhận kinh nghiệm học trước đây của một cá nhân hay một cộng đồng và xây dựng năng lực trên cơ sở này.
- Hợp phần học hỏi mang tính xã hội trong đó xác định mối quan hệ giữa rào cản và và đòn bẩy nhằm khuyến khích và hỗ trợ hành động cấp cứu phù hợp.
- Hợp phần mang tính môi trường trong đó giúp các cá nhân xác định và sử dụng các nguồn lực để hỗ trợ (thí dụ: luật, máy khử rung tim bên ngoài, hệ thống điều động trong tình huống khẩn cấp).

Bảng 2. Một số lý thuyết chính

Khái niệm	Lý thuyết
Hiệu ứng bàng quan và thái độ miễn cưỡng giúp đỡ người khác	Thông thường, người ta có xu hướng ít giúp đỡ ai đó mà mình không biết hoặc không có mối quan hệ; và thường hay giúp đỡ ai đó mà mình cảm thông hoặc những người mà mình cảm thấy thương hại. Các nghiên cứu cũng cho thấy hiệu ứng bàng quan là rào cản chính đối với việc giúp đỡ người khác, trong đó lý do của sự bàng quan có thể được chia thành nhiều nhóm như do sự phân tán trách nhiệm (có quá nhiều người xung quanh, một ai đó mặc nhiên là người có trách nhiệm giúp đỡ người khác) hoặc sự cần thiết phải hành xử theo cách được xã hội chấp nhận (thí dụ: nếu thấy người khác không giúp đỡ, có nghĩa là không phù hợp nếu mình giúp đỡ). Bằng chứng chỉ ra rằng những người nhận thức được hiệu ứng bàng quan là những người có xu hướng đưa ra sự giúp đỡ. Nhưng cũng có bằng chứng chỉ ra rằng chỉ nhận thức được vấn đề có lẽ chưa đủ mà đôi khi phải chủ động và thảo luận vấn đề để có thể xác định liệu mọi người có nên cảnh báo về hành vi của mình hay không và bằng cách nào.
Hiệu được hành vi ứng phó khẩn cấp của một cá nhân	Theo mô hình tích hợp về dự đoán hành vi của Fishbein và Yzer: các cá nhân, những người nhận thức được tình trạng khẩn cấp sắp xảy ra hoặc đang ở trong một tình trạng khẩn cấp sẽ khác nhau tùy theo đặc điểm nhân khẩu học, văn hóa, thái độ trước đó đối với trường hợp khẩn cấp, cũng như sự tiếp xúc với các yếu tố khác (ví dụ phương tiện truyền thông). Đào tạo SCC phải cân nhắc sao cho các hợp phần này phù hợp với thay đổi hành vi ngắn hạn và lâu dài. Gắn với các mô hình tích hợp về dự đoán hành vi là những lý thuyết về hành động lý luận và lý thuyết hành vi hoạch định, trong đó các yếu tố quyết định hành vi bao gồm thái độ, các chuẩn mực mang tính chủ quan, và kiểm soát nhận thức. Coi toàn bộ cộng đồng là nhóm đối tượng đích, các can thiệp xây dựng được kinh nghiệm dù ít ỏi trong việc cung cấp hỗ trợ SCC hoặc trong tình huống khẩn cấp. Kiểm soát nhận thức hình thành sự tự tin và niềm tin hiệu quả tự có đối với các hành vi SCC. Sự tự tin là một thuật ngữ chung có thể ảnh hưởng đến tự hiệu quả, đó là tự thẩm định của việc hoàn thành một năng lực cụ thể, trong đó các yếu tố hình thành ý định và hành vi.
Xây dựng khung hỗ trợ thay đổi hành vi	Mô hình liên lý thuyết về thay đổi hành vi cung cấp khung cơ sở cho đào tạo SCC thông qua tổ chức hoạt động về các giai đoạn để hỗ trợ thay đổi hành vi. Đánh giá học viên trước khi thiết kế của một can thiệp giúp xây dựng các mục tiêu khả thi trong bối cảnh liên quan đến kinh nghiệm SCC dựa trên bằng chứng. Các giai đoạn mô hình liên lý thuyết về thay đổi hành vi bao gồm suy ngẫm trước, suy ngẫm, chuẩn bị, hành động, và duy trì thực hiện hành vi. Các vấn đề về chi phí, khả năng đọc, tiếp cận công nghệ, yêu cầu công việc, vv cũng cần xem xét và tạo động lực để tiến triển qua các giai đoạn của mô hình này.
Phản hồi và rút kinh nghiệm	Hattie trong lý thuyết học hữu hình vận động phương pháp học phải đứng vị trí hàng đầu trong giảng dạy. Chuẩn bị cho việc giảng dạy một cách thích hợp, xác định mục tiêu học tập, đo lường kết quả và sự hợp tác giữa giảng viên và học viên là những chủ đề quan trọng, mỗi chủ đề tùy thuộc vào sự linh hoạt và điều chỉnh cho phù hợp với bối cảnh mà giảng viên thực hiện để phù hợp với khả năng của học viên và tăng dần mức độ thách thức đối với học viên một cách thích hợp. Phản hồi và rút kinh nghiệm tạo điều kiện cho sự hiểu biết hiệu quả của những gì đã đạt được bởi các kinh nghiệm học tập.

Hiện có một loạt phương pháp và mô hình về hành vi và cách thức tác động đối với các phương pháp này trong việc hỗ trợ những ai đang thực hiện xây dựng các chương trình đào tạo SCC. Mặc dù không nằm trong qui trình đánh giá chính thức nhưng các lý thuyết chính đã được tóm tắt trong Bảng 2 nhằm hỗ trợ các phương pháp để có được đào tạo hiệu quả.

Ai là học viên?

Mặc dù hầu hết ai cũng có thể sơ cứu cho bản thân hoặc cho người khác, nhưng những đặc điểm của học viên sẽ giúp những người làm công tác đào tạo (bao gồm cả giảng viên, những người xây dựng nội dung đào tạo...) điều chỉnh kinh nghiệm sao cho đáp ứng được mục đích của học viên. Các đặc điểm có thể bao gồm loại tình huống mà học viên sẽ ứng phó (tại nhà riêng, tại nơi công cộng, trong trường học hoặc tại nơi làm việc), nhân khẩu học (lứa tuổi và giới) hoặc khả năng tiếp cận nguồn lực. Bên cạnh đó, một số học viên có thể bị chi phối bởi yêu cầu phải học về SCC vì cơ quan, trường học hoặc bản thân công việc yêu cầu. Các Hội Quốc gia có thể đã có chia đào tạo SCC thành nhiều cấp độ:

- Cấp độ dành cho người dân thường (bao gồm cả trẻ em) – đào tạo một cách không chính thức thông qua các chiến dịch ra quân về chăm sóc sức khỏe cộng đồng, thông qua phương tiện truyền thông đại chúng, hoặc thông qua học tự nghiên cứu chỉ một lần hoặc thông qua tập huấn cộng đồng.
- Cấp độ dành cho người dân thường, có cấp chứng chỉ – hoàn tất giáo trình đào tạo được phê duyệt trong phạm vi có thực hành (cũng có thể bao gồm cả các tập huấn viên hoặc tình nguyện viên SCC).
- Cấp độ dành cho sơ cứu viên chuyên nghiệp – hoàn tất giáo trình đào tạo được phê duyệt trong phạm vi có thực hành và có nhiệm vụ ứng phó được pháp luật công nhận (cũng có thể bao gồm các tập huấn viên hoặc tình nguyện viên SCC).

Những người đang xây dựng các chương trình đào tạo SCC cần thấy mình được trao quyền để suy nghĩ một cách tổng quan về cách thức hiệu quả nhất để tác động đến việc học tập ở bất kỳ cấp độ nào. Thí dụ, học viên đáp ứng công nghệ như thế nào, học viên phải chuẩn bị như thế nào khi bắt đầu khóa học, những chuẩn mực văn hóa cần được xem xét, hoặc khả năng tương tác với tài liệu tập huấn hoặc với các học viên khác của học viên là gì?

Đánh giá có bằng chứng và các khuyến nghị

Phí tổn của người bị thương trong tình huống cấp cứu y tế tạo ra sức mạnh của bằng chứng về cách thức tốt nhất để hỗ trợ đào tạo SCC như thế nào. Những người thiết kế chương trình đào tạo sử dụng các hướng dẫn dựa vào bằng chứng, như được trình bày trong hướng dẫn này, nhằm tăng cường hành vi, kỹ năng và kiến thức SCC để phục vụ nhu cầu của người bệnh hay bị thương một cách tốt nhất. Kết quả đào tạo của học viên cũng là một nguồn bằng chứng cần được xem xét khi thiết kế giáo trình và các can thiệp đào tạo SCC. Đánh giá có bằng chứng đối với đào tạo nhằm xác định sự tiến bộ về năng lực SCC (kiến thức, kỹ năng và hành vi) và thái độ sẵn sàng giúp đỡ, coi đây là kết quả của đào tạo SCC để so sánh với những người không được đào tạo về SCC hoặc với nhóm không phải đối tượng đích. Tài liệu này đánh giá tác động của các yếu tố độc lập khác nhau:

- động cơ học tập
- hình thức học (sử dụng hình thức học tập khác nhau, chẳng hạn như trực tuyến, gặp mặt trực tiếp vv)
- các kỹ thuật dựa vào kịch bản

Sử dụng qui trình đánh giá có bằng chứng được mô tả trong phần [Giới thiệu về cuốn tài liệu này](#), 2.909 bài báo được xác định có khả năng phù hợp với kết quả của đào tạo SCC và hồi sức từ năm 1968 đến năm 2015. Tính chính xác của qui trình đánh giá có bằng chứng, được áp dụng đối với các kết quả học tập, nhìn chung đã cho thấy một phần không đủ bằng chứng để hỗ trợ các khuyến nghị mạnh mẽ. Các nghiên cứu nhỏ và không đủ mạnh hạn chế khả năng khái quát và sự tự tin để tạo ra các tiêu chuẩn khi đơn lẻ diễn giải. Để tăng cường sự tự tin và khả năng khái quát, Hiệp hội CTĐ-TLĐ Quốc tế đã huy động các chuyên gia hoạt động trong lĩnh vực SCC trên toàn thế giới cùng với kinh nghiệm của các Hội Quốc gia khi xây dựng các hướng dẫn này.

06 Đào tạo

Các hạn chế về cơ sở bằng chứng cũng thể hiện một thách thức thường có khi xem xét sở thích học tập cá nhân và đặc điểm văn hóa. Các Hội Quốc gia có thể sử dụng bằng chứng và kinh nghiệm mà hỗ trợ các hình thức học tập khác nhau, hoặc phương pháp kết hợp, để đảm bảo kết quả học tập hiệu quả nhất cho mỗi học viên. Phương pháp đào tạo cũng liên tục phát triển, như công nghệ để hỗ trợ sự phát triển này. Phong trào CTĐ-TLLĐ, về mặt tổng thể, hướng đến hiện đại hóa cách thức đào tạo của mình, điều chỉnh các mô hình sự phạm phù hợp với các bằng chứng khoa học mới nhất và các kinh nghiệm hay nhất, đáp ứng nhu cầu của các cá nhân và cộng đồng.

Phong trào CTĐ-TLLĐ hợp tác chặt chẽ với các động đồng địa phương và lãnh đạo quốc gia đặt các Hội Quốc gia vào vị trí để học hỏi và đứng đầu trong lĩnh vực đào tạo SCC. Trong các tình huống xung đột và bạo lực khác, Ủy ban Quốc tế Chữ thập đỏ (ICRC) cung cấp hỗ trợ SCC, bao gồm cả đào tạo cho người dân và các tình nguyện viên CTĐ-TLLĐ, cũng như các thành phần khác có khả năng xuất hiện tại hiện trường của tình huống khẩn cấp (người mang vũ khí, người biểu tình, các nhóm tôn giáo và nhân viên y tế trong số những người khác). Mục tiêu chung đối với đào tạo SCC của Phong trào CTĐ-TLLĐ Quốc tế là trợ giúp những người bị thương và bị bệnh cấp trong tình huống khẩn cấp nhận được hỗ trợ SCC một cách hiệu quả, vô tư và mang tính nhân đạo, được các sơ cứu viên có kỹ năng và tự tin, những người được truyền cảm hứng bởi các nguyên tắc và giá trị nhân đạo, thực hiện một cách an toàn.

Thí dụ, thời gian, nguồn lực tại địa phương và các bối cảnh đặc biệt mà Ủy ban Quốc tế CTĐ hoạt động khi hỗ trợ người dân địa phương trong tình trạng khủng hoảng và chuẩn bị để ứng phó với khủng hoảng đặt ra thách thức đối với việc thực hiện từng hướng dẫn căn cứ vào bằng chứng một cách đầy đủ và hoàn hảo. Các hướng dẫn này hỗ trợ sự phát triển về đào tạo và lâm sàng của Hội Quốc gia trong việc chuẩn bị cho người dân sẵn sàng đáp ứng các nhu cầu của người bệnh và bị thương. Căn cứ của các nguyên tắc này là sự tôn trọng tập quán và kinh nghiệm của địa phương - những thứ có thể trở thành nguồn lực chính trong tình huống khủng hoảng và không nên để lãng phí nguồn lực này do việc không áp dụng. Học hỏi và chia sẻ những kinh nghiệm này sẽ đóng góp tư liệu cho các hướng dẫn về SCC trong tương lai.

Trong bối cảnh chiến tranh hoặc các tình huống bạo lực khác, các can thiệp SCC chuẩn không phải lúc nào cũng khả thi hoặc các dụng cụ SCC chuẩn không phải lúc nào cũng sẵn có. Tuy nhiên, xem xét đặc điểm của người dân và bối cảnh của họ, các kinh nghiệm địa phương đóng vai trò quan trọng trong bối cảnh như vậy. Một số cách thực hành chưa chuẩn song có bằng chứng đã được đưa vào chương liên quan.

Việc nghiên cứu và lượng giá các nguồn lực và cơ chế ứng phó của địa phương cần được tiếp tục xây dựng nhằm tìm ra các bằng chứng xác đáng về tính hiệu quả. Điều này quan trọng, nhất là khi các cơ chế ứng phó và nguồn lực địa phương có thể là yếu tố tác động chính tới lòng tin và việc trao quyền thực hiện can thiệp cho người dân khi có tình huống khẩn cấp, đồng thời thể hiện các nguyên tắc và giá trị nhân đạo của hỗ trợ SCC trong CTĐ-TLLĐ.

Đặt trọng tâm vào kết quả của người học sẽ giúp những người thiết kế giáo trình đào tạo, những người ra chính sách và các nhà tài trợ quyết định cách thức để thiết kế một can thiệp phù hợp nhất. Kết quả của đào tạo phải đo được và được đo cụ thể. Các kết quả đào tạo có thể bao gồm: thái độ sẵn sàng giúp đỡ, biết cách cầm máu, hoặc làm mát vết bỏng bằng nước. Cho tới nay, phần lớn kết quả đo lường đều tập trung vào kiến thức thu được và khả năng trình diễn một vài kỹ năng. Là một Phong trào, chúng ta có cơ hội nghiên cứu về hiệu quả đào tạo SCC và chia sẻ kết quả đào tạo giữa các hợp phần trong Phong trào cũng như với các đối tác và chính phủ. Đào tạo SCC cần hiệu quả và hiệu suất về chi phí. Ngoài ra, mỗi Hội Quốc gia đều có cơ hội để đo lường tính hiệu quả của chương trình SCC (như thời gian, chi phí và nguồn lực) vì lợi ích của Hội mình cũng như để chia sẻ các phát hiện. Phần này tập hợp cơ sở khoa học và sử dụng các thí dụ thực tế để minh họa cho việc xem xét việc thực hiện.

Tính hiệu quả của đào tạo SCC đối so với kết quả sức khỏe cuối cùng của người bị thương

Câu hỏi nền tảng của phần này là: “Liệu nhận hỗ trợ SCC từ một người được đào tạo thì kết quả có tốt hơn từ người không được đào tạo hay không?” đã xuất hiện ngay từ đầu của đánh giá đối với cả quy trình của Hiệp hội CTĐ-TLLĐ Quốc tế và Ủy ban Hợp tác về Sơ cứu hồi sức quốc tế (ILCOR). Mặc dù đây là câu hỏi cơ bản, nhưng do các yếu tố đạo đức, câu hỏi này không được nghiên cứu bằng thực nghiệm và khó có thể kiểm soát từ quan điểm về hậu cần và tính hợp lệ trong các nghiên cứu đã thực hiện trên thực thể sống.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Đồng thuận về Khoa học và khuyến nghị điều trị của Ủy ban cấp phép ép sơ cứu hồi sức quốc tế năm 2015 và các đánh giá trước đó của các Hội Quốc gia CTĐ-TLLĐ cho thấy tỉ lệ sống sót tăng lên và thời gian xử trí các triệu chứng cho người bệnh hay bị thương sau giảm đi khi sơ cứu viên được tập huấn về SCC. Các nghiên cứu bao gồm giáo trình đào tạo SCC chính thức và các chiến dịch chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Hướng dẫn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội Chữ thập đỏ Mỹ năm 2015 chỉ ra rằng “đào tạo SCC có thể được thực hiện thông qua một loạt phương tiện, bao gồm các khóa học trực tuyến, các khóa học trực tiếp và các chiến dịch chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Đào tạo SCC có thể làm tăng tỷ lệ sống sót, giảm mức độ nghiêm trọng của chấn thương và xử trí các triệu chứng bằng nhiều phương pháp, bao gồm cả các chiến dịch chăm sóc sức khỏe cộng đồng, các chủ đề sức khỏe trọng tâm hoặc các khóa học cấp chứng chỉ”.

Các đánh giá về đào tạo ép tim phổi (CPR) theo phương pháp chỉ ép với phần thông tin bổ sung được cung cấp dưới mục [Hồi sức](#), không chỉ đáp ứng phần kỹ thuật, mà cả về nguyên tắc đào tạo. Theo quan điểm đào tạo, bằng chứng ủng hộ việc giảng dạy CPR theo phương pháp chỉ ép là khá lẫn lộn.

Hai nghiên cứu qua quan sát ghi nhận ca sống sót sau khi xuất viện đối với người lớn nhận CPR từ người qua đường (bằng chứng chất lượng rất thấp) cho thấy không có sự khác biệt về khả năng sống sót mà không bị ảnh hưởng về thần kinh giữa những người nhận CPR truyền thống với những người nhận CPR theo phương pháp chỉ ép trong một cộng đồng có nhiều nguồn lực. Trong một nghiên cứu tập trung chỉ vào thái độ sẵn sàng thực hiện CPR theo phương pháp chỉ ép, kỹ thuật của các học viên của khóa tập huấn này không có khác biệt nhiều so với những học viên của tập huấn CPR truyền thống. Mặc dù nhiều người tin rằng phương pháp CPR chỉ ép có thể có kết quả tương đương với CPR truyền thống và ngày càng có nhiều người qua đường có kỹ năng về SCC sử dụng phương pháp này, nhưng các bằng chứng này không hỗ trợ luận điểm này. Tuy không được các bằng chứng khẳng định CPR chỉ ép là một kỹ thuật chính, nhưng kỹ thuật này có thể là sự lựa chọn thay thế trong các bối cảnh nhất định cho những người làm công tác đào tạo.

Hướng dẫn

- Các Hội Quốc gia nên sử dụng phương pháp đo lường kết quả cuối cùng về sức khỏe của người bị thương để xây dựng các chương trình đào tạo và vận động chính sách hiệu quả hơn.
- Sơ cứu viên không thể hoặc không sẵn sàng cung cấp CPR truyền thống khi xử lý ca bị thương ở người lớn hoặc trẻ em trong tình trạng tim ngừng đập nên sử dụng phương pháp CPR chỉ ép. (**)

4. Circulation. 132: S574–S589, 2015. doi:10.1161/CIR.0000000000000269 page 575

Động cơ của người học

Nhằm tăng số lượng học viên SCC, việc tìm hiểu mong muốn tham gia khóa tập huấn của học viên là điều hợp lý. Liệu học viên lựa chọn tham gia tập huấn để có kinh nghiệm mới (thí dụ như sắp trở thành cha, mẹ hoặc sắp làm người giữ trẻ) hoặc bắt buộc phải học (thí dụ như tập huấn tại cơ quan) có thể tác động đến cam kết của học viên đối với việc học tập và vì vậy, sẵn sàng tiếp thu những điều được học. Do vậy, các Hội Quốc gia có thể xem xét động cơ của người học để thúc đẩy hình ảnh của Hội cũng như tính hiệu quả của đào tạo. Hiểu rõ tác động của học tập có động cơ riêng sẽ giúp thiết kế các can thiệp đào tạo hiệu quả.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Chỉ có duy nhất một nghiên cứu so sánh trực tiếp đo lường tác động của động cơ học tập. Trong tập huấn CPR, những người có hiểu biết về SCC mà có động lực học về nội dung này xuất phát từ mối quan tâm về sức khỏe của gia đình mình được so sánh với những người phải học về SCC do yêu cầu của cơ quan. Kết quả cho thấy sự hài lòng về khóa học cũng như ý định áp dụng vào thực tế, khi cần thiết, trong những học viên có động cơ học thường cao hơn. Trong một nghiên cứu khác do Lim và cộng sự thực hiện, họ thấy là đào tạo SCC được điều chỉnh phù hợp trong một hoạt động cụ thể hoặc thích hợp với người học sẽ có hiệu quả trong việc làm tăng thêm thái độ sẵn sàng trợ giúp người khác của sơ cứu viên; nhưng nghiên cứu này không có nhóm so sánh. ILCOR cũng tìm ra các phát hiện tương tự.

Hướng dẫn

- Mặc dù bằng chứng kém chất lượng nhưng các nghiên cứu cho thấy việc học tập có mục tiêu rõ ràng trong một bối cảnh phù hợp có thể cải thiện kết quả đào tạo cho học viên. (*)

Thông điệp chính

- > Tạo ra bối cảnh phù hợp để học viên muốn tham gia vào bài học và cố gắng khai thác những trải nghiệm thực tế trong cuộc sống của học viên để nội dung bài học sinh động.
- > Đảm bảo các hoạt động tập huấn lôi cuốn được học viên cũng như cách thức mà học viên có thể áp dụng kỹ năng của họ nhiều nhất.
- > Giới hạn khối lượng nội dung ở mức cần thiết và phù hợp đối với học viên – và điều chỉnh nội dung phù hợp với nhu cầu của học viên

Thí dụ từ các Hội Quốc gia về sử dụng động cơ của người học để nâng cao hiệu quả đào tạo

Xây dựng khóa học lấy học viên làm trọng tâm tại Thụy Điển/Learner-led course development in Swede

Hội CTĐ Thụy Điển điều chỉnh một khóa học SCC nhằm trao quyền cho những người di cư và hỗ trợ hòa nhập cộng đồng. Dự án tập trung vào các thành phố lớn nơi tồn tại thái độ loại trừ và phân biệt đối xử, đồng thời sử dụng nhóm cán bộ dự án thực hiện các cuộc thảo luận nhóm trọng tâm và phân phát phiếu khảo sát cho dân cư nhằm hiểu được phương pháp đào tạo phù hợp nhất. Kết quả là can thiệp đào tạo SCC dựa vào phương pháp có sự tham gia trong đó tất cả các hoạt động được lập kế hoạch và xây dựng với sự tham gia của học viên. Khía cạnh cốt lõi nhất của dự án này là nhằm mang đến sự thôi thúc thu hút tất cả học viên trở thành tình nguyện viên CTĐ và thông qua việc trao quyền, khuyến khích học viên sau này trở thành lãnh đạo cộng đồng.

Phương pháp lấy gia đình làm trọng tâm tại CHLB Đức

Hội CTĐ Đức đã thiết kế riêng các khóa học về SCC đặc biệt dành cho các bậc cha mẹ, ông bà và những người mong muốn được chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với tình huống khẩn cấp trong đó có liên quan đến trẻ em. Một phần của nội dung tập huấn tập trung vào phòng ngừa tình huống khẩn cấp và tai nạn với trẻ em: các vị trí quan trọng ngôi nhà? Tôi có thể làm gì để không gian sống của tôi được an toàn? Bên cạnh đó, giáo trình của khóa học dành đủ thời gian để trao đổi các câu hỏi, các trải nghiệm, các bài học hay... giữa các học viên.

Khi thích hợp, những học viên có động cơ học rõ ràng này được tách riêng khỏi những học viên buộc phải đi học do yêu cầu của cơ quan. Các giảng viên đã xác định rằng kết quả học tập của những học viên học có động cơ tốt hơn, mặc dù không có số liệu chắc chắn.

Điều gì tác động đến động cơ học SCC của bạn, một câu trả lời từ Anh

Hội CTĐ Anh tiến hành một số nghiên cứu thị trường nhằm tìm hiểu liệu hoàn cảnh của mỗi cá nhân có tác động đến động cơ học SCC của họ hay không. Câu hỏi được đưa ra trong công chúng một cách ngẫu nhiên là: hoàn cảnh cá nhân có tác động đến động cơ học về SCC của anh/chị hay không? Tỷ lệ % dưới đây cho thấy người dân xếp hạng hoàn cảnh đã tác động đến mối quan tâm học về SCC của họ như thế nào:

- 63% có trẻ em dưới 5 tuổi
- 27% phải chăm sóc người lớn khác
- 19% người chơi thể thao
- 27% người có tương tác với công chúng trong công việc

Hiệu quả của việc sử dụng các mô hình học khác nhau

Các tổ chức chuyên cung cấp đào tạo SCC chuẩn hóa nhiều chương trình tập huấn bao gồm tài liệu tập huấn, khung thời gian cho đào tạo và phương pháp sư phạm, nhằm đúc kết kinh nghiệm chung cũng như có thể đạt được kết quả tập huấn chung. Các hướng dẫn viên phải tuân thủ với giả định rằng điều này đảm bảo tiêu chuẩn chung về cách thức giảng dạy. Tuy nhiên, hình thức học tự nghiên cứu (theo cách thức người học chọn lựa nội dung và thời gian học trên các chương trình học trực tuyến) đang ngày càng trở nên phổ biến, và có thể mang đến cho các Hội Quốc gia cơ hội đạt được các mục tiêu chiến lược như truyền thông các thông điệp cơ bản tới càng nhiều người càng tốt, hoặc có thể tiếp cận các nhóm đối tượng đích cụ thể như các bậc cha mẹ có con còn bé. Hình thức học tự nghiên cứu cũng mở ra nhiều cơ hội mới trên thị trường bằng cách cho phép các tổ chức cung cấp các lựa chọn hình thức học khác nhau và thực hiện đào tạo theo cách thức mà nhiều người có thể sẵn sàng đầu tư hơn.

Do các cơ hội đối với hình thức học tự nghiên cứu đang ngày càng trở nên phổ biến với sự gia tăng của công nghệ nên nhu cầu tham gia các khóa học trực tiếp giảm bớt, việc đặt câu hỏi về tính phù hợp của chuẩn hóa các khóa học là điều cần thiết. Xác định điểm mạnh và điểm yếu của các hình thức học giúp Hội Quốc gia có sự lựa chọn có căn cứ.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Các nghiên cứu về so sánh kết quả giữa phương pháp học trực tiếp do hướng dẫn viên thực hiện với học tự nghiên cứu (thí dụ: học trực tuyến, hướng dẫn qua trò chơi hoặc video) cho thấy chỉ có 06 trong số 34 nghiên cứu được xác định từ đầu tập trung vào kỹ năng và kiến thức mà học viên nhận được, và không có nghiên cứu nào đo lường sự tự tin của học viên. Khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu cũng được ghi nhận. Ở Sarac, nghiên cứu thu được kết quả học thấp của học viên qua hướng dẫn trực tuyến, có sử dụng mô hình mini tại nhà

06 Đào tạo

để tự phát triển kỹ năng CPR. Trong một nghiên cứu khác, Lippman, Livingston, và Craike đã đánh giá khóa học trực tiếp hai ngày với khóa học lý thuyết trực tuyến một ngày theo hình thức tự nghiên cứu kết hợp với một ngày học trực tiếp. Kết quả cho thấy điểm về hỗ trợ sinh tồn (BLS) của học viên khóa học trực tiếp cao hơn, nhưng không có sự khác biệt đáng kể về kỹ năng SCC giữa hai nhóm học viên. Charlier sử dụng trò chơi với các phần trình bày truyền thống, và kết quả cho thấy phương pháp kết hợp này có hiệu quả, trong đó phần trình bày giúp tăng cường kiến thức, trong khi trò chơi giúp lôi cuốn sự tham gia của học viên và làm cho học viên thích thú với khóa học. Có 03 nghiên cứu khác cho thấy không có sự khác biệt giữa hình thức học trực tiếp và trực tuyến.

Một nghiên cứu xem xét đến khía cạnh các ý kiến của học sinh trung học cho thấy đối với những khóa học được xem là thú vị hơn và được đánh giá là có chất lượng hơn, học sinh có khả năng thu được kiến thức về các chủ đề nhất định (như nhận biết dấu hiệu ngừng tim) cao hơn.

Về sự tự tin, Oliver, Cooper và McKinney đã xem xét các hoạt động đào tạo khác nhau nhằm tăng thêm sự tự tin của học viên trong một khóa học trực tiếp. Kết quả chỉ ra rằng tự hiệu quả và thái độ sẵn sàng giúp đỡ có thể tăng lên khi so sánh với khóa học chuẩn, thông qua lồng ghép các hoạt động phi lâm sàng như thảo luận nhóm về tác động của người đi qua đường và chất lượng của hành vi giúp đỡ vào nội dung tập huấn.

Ngoài bằng chứng này, hướng dẫn của Ủy ban Hợp tác về Sơ cứu hồi sức quốc tế (ILCOR) đưa ra các phát hiện trong đánh giá này. Hướng dẫn này còn chỉ ra rằng “Tập huấn nên được thiết kế phù hợp với nhu cầu của các đối tượng học viên khác nhau và nên sử dụng các phương pháp dạy khác nhau nhằm đảm bảo học viên tiếp thu và lưu giữ được các kiến thức và kỹ năng về hồi sức. Các chương trình tự hướng dẫn có phần thực hành bằng tay đồng bộ hoặc không đồng bộ (thí dụ: video, DVD, tập huấn trực tuyến, phản hồi qua máy vi tính trong khóa học) có thể là lựa chọn hiệu quả cho các khóa đào tạo có hướng dẫn viên dành cho người có kỹ năng về SCC cũng như những người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe học các kỹ năng hỗ trợ sinh tồn”.

Hướng dẫn

- Việc các Hội Quốc gia xác định đặc điểm của người học và mục tiêu của giáo trình đào tạo nhằm xây dựng các hình thức và công cụ đào tạo đa dạng và có sự lồng ghép để học viên đạt kết quả tốt là điều phù hợp.

Thông điệp chính

- > **Đo lường kết quả mong muốn (kiến thức, kỹ năng và hành vi)** xuyên suốt các hình thức đào tạo là cần thiết để giải trình hiệu quả đầu tư vào can thiệp.
- > **Đa dạng hóa hình thức học** (như công nghệ, trò chơi, đóng vai ...) hoặc tăng cường các công cụ tập huấn để lôi cuốn học viên, qua đó mang lại cho học viên hoặc người làm công tác đào tạo sự lựa chọn trong phát triển kiến thức, kỹ năng và hành vi.
- > **Đảm bảo** các hình thức và hoạt động của tập huấn luôn cuốn *học viên*.
- > Phát triển hướng dẫn viên và huấn luyện viên có kỹ năng và nguồn lực về đào tạo SCC nhằm đáp ứng nhu cầu của người học.

Thí dụ về sử dụng các hình thức học khác nhau từ các Hội Quốc gia

Phương pháp học mới: Hội CTĐ Đức

Hội CTĐ Đức đã điều chỉnh khóa đào tạo SCC dành cho người có kỹ năng từ 16 xuống còn 09 mô-đun học. Khối lượng thông tin chuyên về y học được cung cấp cho học viên được giảm bớt sau một đánh giá về nội dung tập huấn liên quan đến tính phù hợp và khả năng lưu giữ kiến thức của học viên.

Một loạt hoạt động đóng vai và chia thành nhóm theo chủ đề được bổ sung nhằm giúp học viên học hiệu quả trong khi sử dụng các kiến thức sẵn có để đối phó với các tình huống khẩn cấp và tai nạn, cho phép huấn luyện viên đóng vai trò là hướng dẫn viên hơn là chuyên gia hoặc giáo viên. Những đoạn phim ngắn về rủi ro tai nạn tại nhà, ở nơi làm việc và trong lúc nghỉ ngơi thúc đẩy thảo luận vấn đề và giải pháp giữa các nhóm nhỏ, để học viên thực hành làm việc theo nhóm. Thẻ học bằng đồ họa mới, hiện đại được thiết kế để hỗ trợ các học viên không nói tiếng Đức tiếp cận các thông tin quan trọng. Lượng giá được tiến hành ngay sau chương trình thí điểm cho thấy kết quả tổng thể rất tích cực, trừ phân hồi từ một nhóm nhỏ các huấn luyện viên thiên về mô hình học truyền thống có nhiều nội dung về y khoa và lấy giảng viên làm trọng tâm.

Phương pháp lấy người học làm trọng tâm: Hội CTĐ Anh

Giới thiệu về SCC Hàng ngày do Hội CTĐ Anh xuất bản năm 2012 cho phép người học lựa chọn các kỹ năng SCC mà phù hợp nhất đối với họ chứ không phải theo một chương trình chuẩn. Phương pháp này cho phép học viên có nhiều thời gian để thực hành các kỹ năng mà họ nghĩ sẽ sử dụng nhiều nhất. Bài kiểm tra kiến thức học viên trước và sau khóa học cho thấy sự tự tin của học viên học theo phương pháp linh hoạt này tăng lên rất nhiều so với học viên học theo phương pháp SCC quản trị chuẩn.

Sử dụng phương pháp kể chuyện: Hội CTĐ Ca-na-đa

Hội CTĐ Ca-na-đa sử dụng hiệu quả phương pháp kể chuyện trong các khóa tập huấn với phụ nữ Inuit, nơi mà sách vở và các khóa học do huấn luyện viên làm trọng tâm ít hiệu quả. Điều chỉnh cho phù hợp với văn hóa địa phương và sử dụng các phương pháp quen thuộc với học viên đã giúp Hội CTĐ Ca-na-đa lôi cuốn được các học viên và được họ tham gia. Thí dụ, một học viên kể câu chuyện mà chính cô đã trải qua khi cứu một em bé trong một trận lở tuyết có nhiều người chết. Giảng viên có thể sử dụng câu chuyện này và điều chỉnh cách hướng dẫn về cách ép tim phổi để diễn tả cảm xúc và chấn thương tinh thần mà người phụ nữ này trải qua trong tình huống đó. Công cụ hữu ích này giúp học viên và hướng dẫn viên xây dựng sự tin tưởng lẫn nhau trong quá trình học các kỹ năng và kiến thức nhằm cải thiện sức khỏe.

Phương pháp học lồng ghép, sử dụng các khóa học trực tiếp và trực tuyến: Hội CTĐ Thụy Điển

Hội CTĐ Thụy Điển đã triển một khóa SCC với khái niệm học lồng ghép. Phần lý thuyết và kiến thức của khóa học có thể học trực tuyến. Sau đó, trên lớp, các học viên học và thực hành tất cả kỹ năng SCC sử dụng các trường hợp thực tế trong môi trường học thân thiện nhằm phát triển các hành vi phù hợp. Các học viên được nhận phản hồi ngay từ các học viên khác trong lớp thay vì nhận ý kiến của hướng dẫn viên về phương pháp đúng hay sai.

Kết quả của phương pháp này là:

- Học viên có động lực để học và thực hành SCC hơn.
- Sự tham gia của học viên vào phần thao tác kỹ năng thực tế có chất lượng hơn
- Học viên tự tin hơn về kiến thức và kỹ năng.

Sử dụng ứng dụng điện thoại trong các khóa tập huấn: Hội CTĐ Ác-hen-ti-na

Hội CTĐ Ác-hen-ti-na đã lồng ghép phần mềm ứng dụng SCC trên điện thoại thông minh trong tất cả các khóa tập huấn SCC và khuyến khích các học viên chia sẻ ứng dụng này với gia đình và bạn bè họ. Một học viên đã kể câu chuyện cô ta đã hướng dẫn cho con trai về ứng dụng này, và sau đó chỉ một tuần, cậu ta đã sử dụng ứng dụng này để giúp cha mình, người bị cấp cứu vì bệnh tiểu đường. Cậu thanh niên đã nhớ lại những gì cậu được mẹ chia sẻ, và sau đó kiểm tra ứng dụng khi tình huống khẩn cấp xảy ra.

Thời lượng của khóa tập huấn: Một trong những câu hỏi mà các chính phủ và những người thiết kế tập huấn SCC thường gặp nhất là thời lượng của một khóa tập huấn SCC bao lâu là phù hợp nhất? Không có bằng chứng nào trực tiếp giải đáp câu hỏi này vì sự đa dạng về sở thích, khả năng kinh nghiệm của học viên, địa điểm, nội dung tập huấn và các kỹ năng của hướng dẫn viên, những yếu tố tác động đến kết quả học tập của học viên. Nhu cầu cá nhân của người học hoặc theo nhóm sẽ ảnh hưởng đến nội dung của khóa tập huấn, và do vậy tác động đến thời lượng của tập huấn. Lý thuyết đào tạo nghiêng về giáo trình tập huấn trong đó xem xét nhu cầu của học viên và kết quả học tập được thể hiện. Thí dụ, nắm được độ dài thời gian mà học viên sẵn sàng tham gia tập huấn sẽ giúp định hướng cho khóa tập huấn và khối lượng nội dung có thể đề cập đến.

Khuyến khích các Hội Quốc gia mà xây dựng giáo trình cho nhóm đối tượng đặc biệt, đo lường kết quả kết quả học và các hình thức học khác nhau nhằm xác định hình thức và khung thời gian tập huấn hiệu quả nhất.

Duy trì kiến thức và tập huấn nhắc lại: Tương tự, do sự đa dạng về kết quả học tập, học viên và nội dung tập huấn, chưa có nghiên cứu nào khái quát hóa được lượng kiến thức về SCC mà học viên duy trì được hay khi nào cần tập huấn nhắc lại.

Thái độ sẵn sàng giúp đỡ có xu hướng tăng lên ngay sau khóa tập huấn và bắt đầu giảm đi theo thời gian. Tập huấn nhắc lại, bao gồm cả hình thức trực tuyến hoặc sử dụng ứng dụng điện thoại, là cách thức duy trì kiến thức và thái độ sẵn sàng giúp đỡ. Đối với đào tạo về hồi sức, hình thức đào tạo thường xuyên, mỗi lần trong thời gian ngắn (thí dụ: gửi video nhắc hai lần/tuần) đã chứng minh được sự gia tăng về thái độ sẵn sàng áp dụng CPR.

Học theo hình thức diễn tập và dựa vào kịch bản

Các phương pháp học theo hình thức diễn tập và dựa vào kịch bản được sử dụng rộng rãi trong nhiều tình huống học về SCC do tính thực tế và cơ hội được quan sát kết quả học tập. Có giả thuyết cho rằng việc kết hợp đặt người học vào một tình huống thực tế gắn với kích thích mô phỏng (thí dụ máu, khói, các thiết bị...) trong quá trình học sẽ giúp học viên học kỹ hơn và hiểu rõ hơn về một khái niệm. Đối với đánh giá này, học theo hình thức diễn tập và dựa vào kịch bản được định nghĩa là sự giới thiệu về một thiết bị mô phỏng hoặc sự điều chỉnh về phương pháp để người học được thực hành các tình huống thao diễn thông qua đóng vai và bắt chước.

Tóm tắt cơ sở khoa học

2 nghiên cứu tập trung vào phát triển các hành vi quản lý tình huống cấp cứu của các sinh viên y khoa. Wyatt, Archer và Fallows tập trung nghiên cứu việc sử dụng mô hình có các chức năng gần như thật, và được các học viên đánh giá cao. Vincent xác định sự tự tin trong các học viên mà có “các bệnh nhân coi họ là sơ cứu viên hiệu quả”⁵ được tăng thêm. Cả 2 nghiên cứu đều mang tính mô tả và không so sánh kết quả cuối cùng về sức khỏe của người bị thương được nhận sơ cứu.

Hướng dẫn

- Các Hội Quốc gia có thể hưởng lợi từ việc kết hợp phương pháp học dựa vào kịch bản và thao diễn dành cho sơ cứu viên chuyên nghiệp - những người cần thao diễn kỹ năng thành thạo của mình.

5. Vincent, D.S., Burgess, L., Berg, B. W., Connolly, K.K. Teaching Mass Casualty Triage Skills Using Iterative Multi-manikin Simulations in Prehospital Emergency Care. Volume 13: 241–246, Page 244, 2009.

Thông điệp chính

- > Tạo ra bối cảnh phù hợp để học viên muốn tham gia vào kịch bản và cố gắng khai thác những trải nghiệm thực tế trong cuộc sống của học viên để nội dung bài học sinh động.
- > Xác định và tìm hiểu những rào cản khiến học viên không sẵn sàng đưa ra sự giúp đỡ có thể hữu ích trong việc bồi dưỡng sự tự tin và xây dựng các phương thức giúp đỡ có thể sử dụng trong tương lai.
- > Trước các hoạt động lập kế hoạch, cùng các học viên tìm hiểu các loại rào cản mà học viên cảm thấy cản trở họ bước lên để giúp đỡ người khác trong một tình huống cấp cứu. Nên xem xét cả cách thức để phá bỏ rào cản này. Ví dụ:
 - Lòng ghép thực hành đóng vai có kịch bản.
 - Sử dụng thao diễn các ca bị thương.
 - Thực hành can thiệp tại những không gian khó như trong ô tô thay vì trong lớp học.

Thí dụ từ các Hội Quốc gia về việc sử dụng phương pháp học có thao diễn và dựa vào kịch bản

Các vùng xa xôi và SCC từ xa: Hội CTĐ Mỹ

Khi giúp người dân chuẩn bị sẵn sàng ứng phó với các tình huống cấp cứu mà họ ở trong tình huống đó một mình hoặc sự trợ giúp bị chậm trễ, ứng phó một cách có hệ thống sẽ thúc đẩy người dân xử trí được với các tình huống nguy hiểm. Chương trình Vùng xa xôi và SCC từ xa xây dựng năng lực cho người học thông qua các kịch bản sử dụng thực hành đóng vai và bắt chước. Các kịch bản kéo dài từ 10 đến 15 phút, đủ thời gian để thực hành toàn bộ các kỹ năng SCC. Điều quan trọng là đưa ra cơ hội để chia sẻ trải nghiệm về mặt cảm xúc và thực hành, sao đó thực hành thêm lần nữa để cải thiện. Càng thẳng có từ kinh nghiệm thực hành giúp huấn luyện viên và học viên đưa ra phản hồi về việc lồng ghép kiến thức, kỹ năng và hành vi.

Kỹ năng và ý chí: Hội CTĐ Anh

Hội CTĐ Anh giới thiệu các hoạt động mới trong tập huấn lấy kỹ năng làm trọng tâm, phương pháp được thiết kế để thúc đẩy sự tự tin. Một trong những hoạt động này, được đặt tên là Bạn không Đơn độc giúp người học hiểu được chuỗi sống sót và vai trò của họ trong chuỗi đó. Bài tập sử dụng một bức hình về hiện trường một vụ tai nạn. Người học đặt mình (sử dụng ảnh, hoặc tên của mình, hoặc chỉ là một chiếc nhãn viết chữ đây là bạn) vào vị trí trung tâm. Sau đó, nhóm học viên trao đổi với nhau về điều gì xảy ra khi người ở vị trí ở giữa kêu gọi dịch vụ y tế khẩn cấp, và cả nhóm cùng nhau rút kinh nghiệm về cách thức mà mình trở thành một phần không thể tách rời trong mạng lưới tại cộng đồng và sơ cứu viên những người làm việc cùng nhau để cứu những người bị thương

Đào tạo SCC cho trẻ em

Trẻ em là bộ phận quan trọng trong cộng đồng có thể hưởng lợi từ đào tạo SCC. Khả năng và cơ hội của các em trong việc học về ứng phó trong tình huống khẩn cấp hoặc về các hành vi sức khỏe trực tiếp hoặc gián tiếp mở rộng các nguyên tắc và hình thức đào tạo. Hiểu rõ khả năng phát triển về kỹ năng SCC của trẻ em giúp các Hội Quốc gia chuẩn bị các chương trình đào tạo hiệu quả trong và ngoài trường học.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Trung tâm Nghiên cứu về Thực hành dựa trên bằng chứng của Hội CTĐ Bỉ gần đây đã phân tích 5.822 bài báo nhằm xác định khả năng SCC nào có thể phát triển được trong trẻ em lứa tuổi học đường theo khối lớp. Không có kết luận chung rõ ràng về điều này do dữ liệu phân tán.

06 Đào tạo

Sự đồng thuận về phát triển kỹ năng SCC phù hợp cho mỗi khối lớp đã đạt được thông qua hội đồng chuyên gia đa ngành gồm các giáo viên tiểu học và trung học cơ sở, những người làm công tác đào tạo về SCC, bác sĩ và chuyên gia tâm lý trẻ em. Nội dung trong các bài báo được xem như công cụ biện minh cho chương trình và thiết kế theo khối lớp.

Hướng dẫn

- Các Hội Quốc gia nên cố gắng xây dựng các chương trình đào tạo về SCC dành cho trẻ em theo khả năng về hành vi, xã hội và nhận thức như được mô tả theo hành trình giáo dục được đề cập bởi Trung tâm Nghiên cứu CEBaP (**).

Đo lường kết quả

Dẫn chứng từ nhiều nghiên cứu được đánh giá trong chương này cho thấy có rất ít dữ liệu về đo lường kết quả về đào tạo cấp cứu hiệu quả chung của cấp toàn cầu.

Hướng dẫn

- Khuyến khích các Hội Quốc gia tìm ra cách thức để đánh giá tính hiệu quả trong đào tạo SCC của mình, hoặc thông qua đo lường sự chuyển biến trong kết quả bài kiểm tra trước và sau khóa tập huấn của học viên hoặc thông qua tiến hành các nghiên cứu mang tính thực nghiệm ở các khu vực mà khóa tập huấn được tổ chức nhằm đo lường kết quả sức khỏe của cộng đồng (điểm thực hành tốt).

Thông điệp chính

- > **Xác định các kết quả đạt được của người học (thí dụ kỹ năng, kiến thức và sự tự tin) và các cách đo lường tính hiệu quả của đào tạo sơ cấp cứu (thí dụ thông qua khảo sát).**

Thí dụ từ các Hội Quốc gia về đo lường kết quả

Lượng giá nhất quán: Hội CTĐ Anh

Dưới đây là một nghiên cứu điển từ Anh nhằm minh họa qui trình đang áp dụng để có được sự lượng giá nhất quán trong đào tạo SCC. Qui trình này đo lường kết quả học tập của học viên và quan trọng hơn là đo lường mức độ hiệu quả của những người hoạt động trong lĩnh vực đào tạo SCC hiệu quả như thế nào.

Hội CTĐ Anh sử dụng phương pháp tự học viên đánh giá nhằm đo lường thái độ sẵn sàng và sự tự tin khi hỗ trợ SCC trước và sau khóa tập huấn theo thang điểm 10. Thang điểm này dựa theo hướng dẫn của Bandura về xây dựng và phát triển thang điểm đo lường hiệu quả. Các thang điểm tự đánh giá như vậy đã được sử dụng rộng rãi và thành công trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe về đánh giá và quản lý cơn đau.

Học viên được yêu cầu đánh giá mức độ sẵn sàng và tự tin của mình từ mức 0 đến 10 trước và sau khóa tập huấn. Điều này giúp đo lường sự tự tin và thái độ sẵn sàng giúp đỡ trước và sau can thiệp đào tạo. Điểm số về cảm giác mà học viên đánh giá trước khóa tập huấn chính là dấu hiệu cho thấy tiềm năng học tập của học viên mà khóa tập huấn cần tập trung. Chúng tôi gọi đó là tiềm năng cho sự thay đổi. Mức độ kết quả mà chúng ta có thể giúp học viên đạt được cho chúng ta biết khóa tập huấn có hiệu quả như thế nào.

Mức độ đáp ứng tiềm năng của học viên thông qua khóa tập huấn có thể được sử dụng là chỉ số của tính hiệu quả của đào tạo được thực hiện nhằm giúp người học đạt được kết quả.

Giả sử, một học viên đạt điểm hai khi bắt đầu khóa tập huấn và kết thúc bằng điểm 8. Tiềm năng là 80% (hai trong 10). Mức độ biến chuyển là 60% trên thang điểm (sáu trong 10). Học viên đó tăng sáu điểm. Điều này có nghĩa là khóa đào tạo hiệu quả 75% ($60/80=75$).

Những chỉ số này có thể được sử dụng để đánh giá hiệu suất của những người hoạt động trong lĩnh vực đào tạo. Bằng việc sử dụng thông tin trước can thiệp đào tạo và phân chia theo hạng về sự chuyển biến có thể để đưa ra một bức tranh về tác động của khóa tập huấn đối với sự tự tin và thái độ sẵn sàng giúp đỡ của các học viên. Chỉ số hiệu quả trung bình có thể được làm đúng bằng các sai số chuẩn tương đối từ các phân chia theo hạng về sự chuyển biến, đưa ra một công cụ thực hiện hoàn toàn khả thi để hỗ trợ phát triển.

Lượng giá dựa vào phương pháp Kirkpatrick: Hội CTĐ Đức và Hội CTĐ Thụy Sĩ

Căn cứ để lượng giá các khóa tập huấn SCC của Hội CTĐ Đức và Hội CTĐ Thụy Sĩ được áp dụng theo mô hình của Kirkpatrick. Ý tưởng chính của mô hình gồm bốn cấp độ lượng giá:

1. Phản ứng: Học viên có chấp nhận khóa tập huấn không? Học viên xếp hạng khóa tập huấn như thế nào?
2. Học tập: Học viên có thu được kiến thức và kỹ năng trong khóa tập huấn không (Kỹ năng)
3. Hành vi: Khóa tập huấn có tác động đến hành vi của học viên không (Ý chí)
4. Kết quả: Có tác động nào có thể đo lường được trong môi trường, cơ quan hoặc cộng đồng mà học viên sinh sống?

Một điều không may mắn là lượng giá các khóa tập huấn SCC thường vẫn chỉ ở mức độ đầu tiên. Hội CTĐ Đức đã phối hợp với 02 trường đại học để thiết kế 02 nghiên cứu nhằm tìm hiểu về cấp độ thứ hai: học tập.

Câu hỏi đầu tiên là: “Các học viên của khóa tập huấn SCC có thêm kiến thức sau khóa học hay không?”. Hội CTĐ Đức đã thiết kế một bộ câu hỏi trực tuyến và khuyến khích các học viên trả lời chính xác câu hỏi này sau khóa học. Hội CTĐ Đức muốn biết liệu kiến thức mà học viên thu được có kéo dài hay không. Vì vậy, sau 03 và 06 tháng, Hội CTĐ Đức tiếp tục yêu cầu học viên điền vào phiếu câu hỏi.

Câu hỏi thứ hai là: “Học viên của khóa tập huấn SCC có thêm kiến thức sau khóa học hay không?”. Để trả lời câu hỏi này, Hội CTĐ Đức đã thiết kế một công cụ lượng giá nhỏ, gồm một bộ câu hỏi và một nghiên cứu điển hình được giới thiệu khi khóa tập huấn bắt đầu. Hai yếu tố này được nhắc lại ngay sau khóa tập huấn để so sánh kết quả.

Kết luận

Cần thêm nghiên cứu để đưa ra bằng chứng thuyết phục hơn về cách thức tốt nhất để nâng cao tính hiệu quả của đào tạo SCC. Đặc biệt khuyến khích các Hội Quốc gia đo lường tính hiệu quả của các chương trình đào tạo SCC thông qua sử dụng các khuyến nghị nêu trong chương này. Trong vai trò giảng dạy sơ cấp cứu, mục tiêu chính là thay đổi hành vi của sơ cứu viên, đạt được mục tiêu của SCC; thí dụ hạn chế thương tổn do nhiệt và đau đớn do bị bỏng. Để làm được điều này, các hướng dẫn viên phải hiểu rõ nguồn lực và bối cảnh địa phương, nỗ lực thực hiện những phương pháp hay được khoa học hỗ trợ. Sự lựa chọn một can thiệp đào tạo, hoặc cuối cùng là can thiệp lâm sàng phụ thuộc vào qui trình tư duy phản biện của các bên liên quan tại địa phương (cộng đồng, người chăm sóc, lãnh đạo cộng đồng và chính quyền địa phương) dựa trên các thông số cần thiết, như khả năng duy trì, tiếp cận, chi trả, an toàn và hiệu quả của các giải pháp. Việc đánh giá lại điều trị tốt nhất nên được thực hiện sau khi rút kinh nghiệm từ những tình huống khẩn cấp đã gặp phải, diễn biến của bối cảnh, và điều chỉnh đào tạo cho phù hợp.

Mặc dù thiếu bằng chứng khoa học, nhưng các Hội Quốc gia phải đã đưa ra các cách thức khéo léo và hiệu quả, vừa để đào tạo SCC hấp dẫn hơn đối với học viên và vừa nâng cao chất lượng của đào tạo SCC. Các cách thức này có thể truy cứu từ lý thuyết về đào tạo được liệt kê trong phần này. Hiệp hội CTĐ-TLLĐ Quốc tế kêu gọi các Hội Quốc gia xem xét các thông điệp chính được trình bày trong chương này và sử dụng các thông điệp này

06 Đào tạo

khi xây dựng các chương trình đào tạo SCC. Đối với các Hội Quốc gia cần tìm ra lý do hoặc bằng chứng để thúc đẩy đào tạo SCC trong dân chúng, có thể sử dụng nguồn tài liệu quan trọng sẵn có là báo cáo của Hiệp hội mang tên [Luật và SCC: Nâng cao và bảo vệ hành động bảo vệ sự sống](#). Tài liệu này ghi lại tác động của Luật về Nhân hậu (thuật ngữ tiếng Anh: Samaritan Laws), và đào tạo SCC tại trường học, đối với mục đích cấp giấy phép lái xe, và tại nơi làm việc, dẫn chứng các tình huống trong nước thông qua đưa ra các ví dụ để sử dụng cho các nỗ lực vận động chính sách.

Các thông điệp chính dành cho những người xây dựng chương trình đào tạo SCC

- > **Tạo ra bối cảnh phù hợp** để học viên muốn tham gia vào bài học và cố gắng khai thác những trải nghiệm thực tế trong cuộc sống của học viên để nội dung bài học sinh động.
- > **Đảm bảo các hoạt động tập huấn lôi cuốn được học viên** cũng như cách thức mà học viên có thể học một cách chủ động nhất, tạo điều kiện cho học viên thể hiện kiến thức, kỹ năng hoặc hành vi mà họ tiếp thu được.
- > **Thiết kế riêng các hình thức tập huấn đa dạng** (thí dụ: sử dụng công nghệ, trò chơi, đóng vai...) nhằm phát triển kiến thức, kỹ năng và hành vi nhằm tăng cường khả năng tiếp cận và duy trì kiến thức của học viên.
- > **Giới hạn các nội dung cần thiết và phù hợp đối với học viên – và điều chỉnh nội dung phù hợp với nhu cầu của học viên.**
- > **Xây dựng đội ngũ tập huấn viên và hướng dẫn viên** có kiến thức SCC phù hợp với trình độ của học viên.
- > **Dành thời gian cho học viên để suy ngẫm và khám phá** thái độ giúp đỡ của chính họ trong các hoàn cảnh khác nhau.
- > **Xác định kết quả học viên đạt được** (thí dụ: kỹ năng, kiến thức và sự tự tin) và cách thức đo lường đào tạo hiệu quả (như sử dụng các hình thức khảo sát)

Tham khảo

07.

Phương pháp chung

Quay lại
mục lục

Giới thiệu

Có một số bước chung khi sơ cứu bất kỳ ca bị thương nào. Mặc dù có những bằng chứng chứng minh việc áp dụng những bước này trong SCC, nhưng hướng dẫn này không đề cập cụ thể đến nội dung này. Khi thiết kế những chương trình đào tạo, nên đặc biệt quan tâm đến những điểm sau khi sơ cứu người bị nạn. Mặc dù các bước ứng phó thường được thực hiện theo trình tự song trên thực tế, các bước sơ cứu có thể được thực hiện đồng thời. Ví dụ, nơi có sẵn điện thoại di động thì cho phép gọi Dịch vụ cấp cứu y tế bằng loa ngoài cùng lúc với bắt đầu sơ cứu.

Những bước sau cần được thực hiện khi tiếp cận nạn nhân:

1. Đánh giá:

- Đánh giá hiện trường: là đánh giá ban đầu bao gồm tính an toàn, sự bảo vệ cá nhân, phương thức gây tai nạn
- Đánh giá tình trạng nạn nhân: đường thở, sự thở, tuần hoàn, khuyết tật, môi trường xung quanh (viết tắt tiếng Anh: ABCDE)

Nếu cần thiết, bắt đầu ngay qui trình sơ cứu khẩn cấp: thông đường thở, hô hấp nhân tạo, ép tim phổi (CPR) và kiểm soát chảy máu nghiêm trọng.

2. Tư thế nạn nhân

3. Gọi trợ giúp, gọi Dịch vụ cấp cứu y tế (EMS) hoặc các trợ giúp thêm nếu chưa làm trong phần đánh giá ban đầu

- Gọi trước - để yêu cầu trợ giúp
- Gọi nhanh - dịch vụ cấp cứu khẩn cấp sau khi đã đánh giá xong

4. Đánh giá thứ cấp (đường thở, sự thở, tuần hoàn, khuyết tật, môi trường xung quanh – ABCDE) tiếp tục đánh giá thêm sử dụng các câu hỏi đơn giản hoặc bằng qui trình phức tạp đánh giá tiền sử, dấu hiệu sống, triệu chứng, dị ứng, y tế, tiền sử bệnh lý, bữa ăn gần nhất và sự việc (SAMPLE) (xem bên dưới) và những dấu hiệu sinh tồn, phụ thuộc vào mức độ huấn luyện của sơ cứu viên.

5. Sơ cấp cứu thêm tùy theo tình huống đòi hỏi.

Lưu ý khi thực hiện

Tùy thuộc hoàn cảnh và cấp độ của học viên, không phải tất cả những bước sau đều được đề cập trong một khóa đào tạo sơ cứu. Giảng viên cần chú ý tới nhu cầu và năng lực của mỗi học viên để đảm bảo những chiến lược hiệu quả và thiết thực có thể được đưa ra tùy theo tình hình.

Giới thiệu

Trong mọi ca chăm sóc cấp cứu bao gồm cả sơ cứu, sơ cứu viên cần kiểm tra hiện trường để đánh giá:

An toàn

Sơ cứu viên cần nhận thức được tình trạng an toàn của mình và đảm bảo những nguyên tắc an toàn chung- những quy tắc này có thể thay đổi tùy theo bối cảnh cụ thể. Rủi ro có thể đến từ:

• Môi trường

Trong một số trường hợp, môi trường xung quanh có thể không an toàn do: dây điện, lửa, nguy cơ gây nổ, hàng hóa nguy hiểm hoặc nạn nhân ở nơi không an toàn như trong hoặc gần nước hoặc băng. Cần quan tâm đặc biệt tới những nơi bị đóng hoặc bị ngăn cách vì có thể xảy ra tình trạng thiếu ô xi và/hoặc phát thải khí độc, hoặc không có khả năng thoát hiểm khi cần. Xem xét yếu tố này, sơ cứu viên cần quyết định xem:

- Nên tiếp tục hay chờ lực lượng cứu hộ (như lính cứu hỏa, dịch vụ cấp cứu y tế, đội dò mìn)
- Nên chỉ tiếp cận khi có sự hỗ trợ hoặc hộ tống của lực lượng cứu hộ kỹ thuật
- Nên chỉ tiếp cận trong một thời gian ngắn để di chuyển nạn nhân (tốt hơn nếu có hỗ trợ kỹ thuật) đến nơi an toàn hơn để công tác cứu hộ được hiệu quả.
- Cảm thấy nạn nhân sẽ an toàn hơn khi ở vị trí hiện tại.

• Người bị thương

- Người bị thương có thể trở nên hung hăng do tác dụng của cơn hoặc chất kích thích
- Có thể tồn tại nguy cơ nhiễm bệnh do tiếp xúc với dịch cơ thể: đây là một nguy cơ phổ biến (xem Nguyên tắc chung).

Phương pháp đánh giá tai nạn hoặc bệnh

Sơ cứu viên nên hiểu những thương tích nào có thể xảy ra. Điều này không chỉ áp dụng cho các ca bị chấn thương mà còn áp dụng cho những ca cấp tính khác (ví dụ: vết thương có thể rất khác nhau nếu một người ngã trên giường so với ngã trên sàn gạch).

Tất cả nạn nhân nên được đánh giá một cách kỹ lưỡng để đảm bảo rằng tất cả nhu cầu sơ cứu được nhận diện. Để cho công việc đánh giá được hiệu quả, sẽ rất có ích nếu có một qui trình chuẩn hóa để nhớ và tuân thủ những ưu tiên trong việc nhận diện và chữa trị.

Điều này cho phép:

- Ưu tiên các vấn đề đòi hỏi gấp về thời gian trước; và
- Cung cấp sơ cứu sau khi nhu cầu được xác định rõ ràng.

Phương pháp phổ biến thường dùng là đường thở, sự thở, tuần hoàn, khuyết tật, môi trường xung quanh - ABCDE, trong đó:

- A:** Đường thở
- B:** Sự thở
- C:** Tuần hoàn: kiểm tra tình trạng chảy máu ngoài
- D:** Thương tật: trạng thái tâm thần và hệ thần kinh ngoại vi
- E:** Chuyển tiếp nạn nhân đánh giá tiếp và điều trị.

Nếu bất kì vấn đề nào trong lúc đánh giá ABCD được nhận diện sau khi những sơ cứu cần thiết ban đầu được thực hiện, cần gọi ngay Dịch vụ cấp cứu y tế. Khi nguồn lực và tình hình cho phép, đánh giá sâu hơn nạn nhân bằng cách xem tiền sử của nạn nhân và thực hiện đánh giá thể trạng từ đầu đến chân một cách chi tiết. Bất kỳ vấn đề nào được phát hiện thêm cần phải được điều trị.

Có một số triệu chứng tiêu biểu mà được nhận diện trong lần đánh giá ban đầu sẽ cho phép sơ cứu viên xác định ưu tiên những nguyên nhân của tình huống khẩn cấp. Việc kiểm soát được tình hình theo phương pháp trên có lợi cho nạn nhân. Ngoài ra, tất cả nạn nhân cần được đánh giá nếu có sốc và xác định nguyên nhân gây sốc. (xem Sốc).

Lưu ý khi thực hiện

Đường thở, sự thở, tuần hoàn, khuyết tật, môi trường xung quanh - ABCDE được sử dụng rộng rãi như một phương pháp dễ nhớ trong quá trình đánh giá tổng quát. Theo đó, cũng cần nhấn mạnh rằng đường thở, sự thở (AB) và tuần hoàn (C) có thể hàm ý cần hành động tức theo trình tự sắp xếp các từ khoá chính này. Ví dụ nếu đường thở bị tắc (A), cần thông ngay trước khi kiểm tra đến sự thở (B), vì sự thở không thể có được nếu đường thở không thông (xem Hồi sức). Khuyết tật (D) và môi trường xung quanh (E) chỉ được đánh giá chỉ khi tình trạng AB và C về mức chấp nhận được sau những biện pháp can thiệp phù hợp. ABCDE là một phương pháp phổ biến dựa theo tiếng bản địa, song có thể cần các phương thức tiếp cận khác để theo dõi mức độ ưu tiên trong đánh giá và kiểm soát tình hình.

Trong giáo dục hoặc huấn luyện, bài giảng nên được điều chỉnh phù hợp với đối tượng học viên và/hoặc mức độ hiểu biết về sơ cấp cứu. Ví dụ, trong trường hợp nghi ngờ ngừng tim, đánh giá về C có thể được bỏ qua vì học viên có kỹ năng được dạy để tìm những dấu hiệu của sự tuần hoàn để đánh giá việc ngừng tim. Nếu sự thở không bình thường, ta có thể giả thiết rằng nạn nhân đang trong trạng thái ngừng tim (xem Hồi sức).

Nếu nguồn lực cho phép, bên cạnh phương pháp ABCDE, cũng nên lấy tiền sử bệnh án. Tuy nhiên, nếu nguồn lực không cho phép, tiền sử bệnh nên tuân theo ABCDE. Trong tập huấn nâng cao, học viên có thể được dạy những phương pháp khác như SAMPLE- là từ viết tắt giúp nhớ được những điểm quan trọng sau:

- S:** Dấu hiệu và triệu chứng
- A:** Dị ứng
- M:** Y tế
- P:** Tiền sử bệnh lý
- L:** Bữa ăn gần nhất
- E:** Sự việc

Tư thế nạn nhân

Tóm tắt cơ sở khoa học

Đã có một đánh giá bằng chứng khoa học được thực hiện về nội dung này, tuy nhiên, chưa tìm ra bằng chứng được xuất bản nào liên quan đến đặt nạn nhân từ tư thế nằm sấp sang tư thế nằm ngửa. Vì vậy những hướng dẫn sau được đưa ra dựa trên ý kiến chuyên môn.

Hướng dẫn

- Sơ cứu viên nên tiếp cận nạn nhân từ phía bên cạnh, ngang mặt của họ. Bằng cách này, nạn nhân không bị buộc phải di chuyển đầu. (Kinh nghiệm tốt).
- Cần kiểm tra nhanh sự thở nếu nạn nhân bị bất tỉnh. Nếu không nhận thấy dấu hiệu thở bình thường trong tư thế hiện tại, nhẹ nhàng đặt nạn nhân nằm ngửa. Nếu nạn nhân đang thở bình thường, nên đặt nạn nhân trong tư thế phục hồi nằm nghiêng (Kinh nghiệm tốt).
- Nếu nạn nhân đang mang thai, nên đặt tư thế phục hồi nằm nghiêng bên trái (Kinh nghiệm tốt).

Lưu ý khi thực hiện

Trong một vài trường hợp, nạn nhân cần giữ nguyên tư thế cho đến khi có trợ giúp chuyên môn.

Trong những trường hợp khác, tư thế nạn nhân có thể cần thay đổi. Điều này cần thiết bởi vì nạn nhân có thể cần được đưa ra khỏi nơi nguy hiểm hoặc vì sơ cứu viên cần gọi trợ giúp thêm, để lấy dụng cụ hoặc để đánh giá và/hoặc sơ cứu nạn nhân tốt hơn. Những quy tắc chung sau cần được quan sát:

- Nếu khu vực đó không an toàn cho sơ cứu viên hoặc nạn nhân, nạn nhân nên được dời tới nơi an toàn hơn nếu có thể (xem [Đánh giá An toàn và Môi trường](#)).
- Nếu nạn nhân mặt úp xuống và bất tỉnh (tư thế nằm sấp), sơ cứu viên cần đặt nạn nhân ngửa mặt lên (tư thế nằm ngửa) và kiểm tra sự thở (xem [Hồi sức](#)).
- Nếu nạn nhân bất tỉnh và thở bình thường nhưng có thể có vết thương cột sống, không nên di chuyển nạn nhân.
- Nếu nạn nhân bất tỉnh và có vấn đề về thở vì chảy máu, tiết dịch nhiều hay nôn mửa hoặc nếu sơ cứu viên chỉ có một mình và cần rời hiện trường để tìm sự trợ giúp, nạn nhân nên được đặt nằm nghiêng với đường hô hấp được thông (tư thế hồi phục)
- Nếu nạn nhân còn tỉnh nhưng khó thở, tư thế tốt nhất cho việc hô hấp hiệu quả là đặt nạn nhân ngồi thẳng hoặc ngả nhẹ về phía trước

Gọi trợ giúp y tế hoặc các trợ giúp chuyên biệt

Sơ cứu là tối quan trọng, song đây đó chỉ là một phần của chuỗi liên tục trong công tác chăm sóc sức khỏe. Tất cả các lớp sơ cứu nên dạy:

- **Làm thế nào để gọi trợ giúp chuyên biệt.** Ở một vài quốc gia có thể gọi cho các số điện thoại cố định khẩn cấp toàn quốc; song ở những quốc gia khác cách thức để gọi trợ giúp bên ngoài có thể không được chuẩn hóa như vậy. Ở các nước châu Âu số điện thoại khẩn cấp chung 112 đã được áp dụng. Ở Hoa Kỳ và Canada số này là 911. Các quốc gia khác có những số khác nhau. Yêu cầu trợ giúp chuyên biệt ngoài Dịch vụ cấp cứu y tế có thể bao gồm: cứu hỏa, cảnh sát, những dịch vụ y tế khác, trung tâm kiểm soát chống độc v.v.
- **Nên gọi cứu hộ hay sơ cứu nạn nhân trước?** Trong một vài trường hợp, sơ cứu ban đầu có thể không cần thiết hoặc không cần thực hiện ngay mà nên liên lạc ngay với cơ quan chuyên môn chăm sóc sức khỏe của nạn nhân. Nếu tình huống đòi hỏi trợ giúp bên ngoài, quyết định giữa sơ cứu hay gọi cứu hộ có thể khác nhau tùy vào Hội Quốc gia, môi trường, mức độ huấn luyện SCC và những điều kiện cụ thể khác. Tuy nhiên, với sự phổ biến của điện thoại di động, có thể không cần thiết gọi trợ giúp trước vì sơ cứu viên có thể bật điện thoại loa ngoài để gọi trong khi thực hiện sơ cứu.

- Nếu chỉ có sơ cứu viên một mình với nạn nhân đang ngừng tim, nguyên tắc gọi trước cần được tuân thủ (xem Ép tim phổi CPR - cần nhận thức sự khác nhau giữa ngừng tim người lớn và trẻ em/ trẻ sơ sinh). Hoặc nên thực hiện gọi nhanh, nghĩa là gọi cứu hộ nhanh ngay khi phát hiện ra tình huống cấp cứu. Trong nhiều trường hợp, có thể bắt đầu cuộc gọi khẩn cấp và đặt điện thoại chế độ loa ngoài, cho phép người sơ cứu vừa nói chuyện với các dịch vụ cấp cứu cùng lúc sơ cứu cho nạn nhân.
- Nếu có nhiều nạn nhân ở hiện trường (tai nạn có nhiều nạn nhân), có thể cần phải gọi Dịch vụ cấp cứu y tế trước để thông báo cho họ về tình huống cấp bách có thể xảy ra và liên lạc lại khi có nhiều thông tin hơn.

Dùng thuốc

Thông thường, sơ cứu viên là dân thường hoặc chuyên nghiệp không được phép kê đơn hoặc cấp thuốc. Ở một số quốc gia, những giới hạn về mặt pháp lý này ngày càng được áp dụng chặt. Tùy thuộc vào phạm vi thực hành, đối tượng học viên của chương trình, giám sát y tế, quy mô và chiều sâu của chương trình đào tạo được cung cấp, việc sử dụng thuốc có thể phù hợp và được áp dụng trong các tình huống SCC chọn lọc.

Ở một số quốc gia, có một số loại thuốc và/hoặc trường hợp cụ thể thì sơ cứu viên là người dân thường được phép cấp thuốc (như ống tiêm có sẵn epinephrine hoặc naloxone). Các quốc gia có những quy định khác nhau về loại thuốc sơ cứu viên được phép sử dụng có hoặc không có sự chỉ định của bác sĩ. Ví dụ, một số quốc gia cho phép bất kỳ sơ cứu viên nào cũng có thể sử dụng aspirin, trong khi điều này bị cấm ở một số nước khác. Vì vậy, điều quan trọng là những quy định trên cần được thẩm định dựa trên bối cảnh từng địa phương để đảm bảo việc tuân thủ pháp luật trước khi thực hiện.

Dưới đây là một số ví dụ khi sơ cứu viên có thể được dùng thuốc. Điều này phụ thuộc vào mỗi quốc gia, quy định pháp luật, thủ tục y tế địa phương, bối cảnh, trách nhiệm và năng lực của mỗi Hội Quốc gia:

- Tình trạng được xác định cụ thể (ví dụ chứng giảm áp suất ở thợ lặn, nhồi máu cơ tim, hen suyễn,...). Nhu cầu sử dụng thuốc là cấp bách và sơ cứu viên cần có kiến thức và kinh nghiệm trong việc:
 - nhận diện tình huống
 - hiểu biết về chống chỉ định và những nguy cơ của việc sử dụng thuốc
 - Cho người bị thương dùng thuốc chính xác theo đúng chỉ định.
- Nạn nhân đang chịu đựng chứng bệnh kinh niên trầm trọng (ví dụ dị ứng hoặc hen suyễn) và được bác sĩ điều trị kê đơn thuốc cụ thể. Nếu thuốc có sẵn và nạn nhân muốn (hoặc phải) sử dụng, sơ cứu viên có thể hỗ trợ nạn nhân sử dụng thuốc.

07 Phương pháp chung

Sơ cứu viên trong những trường hợp sau có thể được cấp thuốc:

- Giúp nạn nhân dùng thuốc đã được chỉ định cho:
 - cơn đau ngực nghi ngờ từ xuất phát từ bệnh tim: aspirin, nitroglycerin
 - hen suyễn: thuốc phun vào phế quản
 - quá mẫn cảm: epinephrine
- Sơ cứu viên đã được tập huấn đặc biệt có thể được tự cấp một số loại thuốc nhất định nếu luật địa phương cho phép (bao gồm những trường hợp liệt kê dưới đây)
 - bệnh giảm áp suất, gặp ở thợ lặn: bình oxy
 - thuốc ngủ quá liều: Naloxone

Trong khi ô xy cũng được coi là một thuốc chỉ định thì ở nhiều khu vực theo những qui định khác nhau có thể cho sơ cứu viên dùng. Nếu luật địa phương cho phép, sơ cứu viên có thể được huấn luyện cách sử dụng bình trợ thở ô xy và được sơ cứu viên sử dụng trong những trường hợp nạn nhân được cho là thiếu ô xy (xem [Sử dụng ô xy](#)).

Danh mục này là không đầy đủ và toàn diện; có thể khác nhau theo quy định của mỗi địa phương.

08.

Sơ cấp cứu cho những người có sẵn bệnh

Quay lại
mục lục

Dị ứng và tiêm liều epinephrine thứ hai trong trường hợp bị quá mẫn cảm

Giới thiệu

Chúng ta thường gặp nhiều loại dị ứng song trong tình huống khẩn cấp, một số ít người xuất hiện dị ứng quá mẫn cảm gây nguy hiểm tới tính mạng. Dị ứng quá mẫn cảm được phân biệt so với dị ứng thông thường ở điểm chúng đi kèm các triệu chứng nguy hiểm tới tính mạng như:

- Khó thở (thở dốc, thở khò khè, sưng đường thở).
- Các triệu chứng về hệ tuần hoàn (tụt huyết áp, ngất, sốc).

Sau đây là các triệu chứng nguy hiểm tới tính mạng đi kèm với dị ứng:

- Dấu hiệu trên da (phát ban, sưng tấy; gồm cả những biểu hiện này trên mặt).
- Các triệu chứng về tiêu hoá (đau bụng, tiêu chảy) xuất hiện khá phổ biến; là khi người bệnh tiêu hoá phải một số chất gây dị ứng.

Các loại dị ứng quá mẫn cảm đặc biệt có thể dẫn tới tử vong nhanh chóng. Sử dụng học-môn anaphylactic (tiêm vào cơ, sử dụng ống tiêm có sẵn thuốc) với trường hợp bị dị ứng mẫn cảm có thể cứu tính mạng người bệnh. Việc sử dụng không đúng cách ống tiêm tự động (do chẩn đoán sai, tiêm không đúng mạch, tiêm động mạch ấu, hoặc tiêm quá liều epinephrine) có thể gây ra phản tác dụng. Phần hướng dẫn phía dưới được cập nhật từ bằng chứng được nghiên cứu vào năm 2011.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Nhiều người có tiền sử dị ứng quá mẫn cảm luôn mang theo ống tiêm có sẵn epinephrine. Nghiên cứu cho thấy, nếu cha mẹ trẻ bị bệnh được đào tạo đúng cách thì họ có thể sử dụng đúng ống tiêm có sẵn epinephrine cho con mình. Tiếc rằng, trong phần lớn các trường hợp, thì người sử dụng hoặc người nhà của người bệnh không biết cách sử dụng ống tiêm chứa sẵn epinephrine.

Biết khi nào thì sử dụng ống tiêm chứa sẵn epinephrine phụ thuộc vào việc có khả năng nhận biết và đánh giá triệu chứng dị ứng quá mẫn cảm. Bằng chứng từ 07 nghiên cứu thuộc chủ đề này cho thấy rất khó nhận biết và đánh giá triệu chứng, ngay cả với cán bộ y tế. Song có một nghiên cứu cho thấy cha mẹ của trẻ bị dị ứng mẫn cảm với nhiều chất có thể nhận biết các triệu chứng và dấu hiệu chính xác, cũng như biết cách sử dụng ống tiêm chứa sẵn thuốc; tuy vậy họ cần được tập huấn và phải có kinh nghiệm xử lý tình huống.

08 Sơ cấp cứu vì mục đích y tế

Bằng chứng từ 01 nghiên cứu hồi quy nhỏ, 01 khảo sát các bệnh nhân và ý kiến chuyên gia cho thấy người bệnh mắc chứng dị ứng mẫn cảm đặc biệt có thể cần được tiêm 02 liều epinephrine nếu liều thứ nhất không có tác dụng giảm nhẹ các triệu chứng. Cũng ủng hộ ý kiến này, 01 nghiên cứu hồi quy khác cho thấy có tới 20% ca dị ứng quá mẫn cảm có xuất hiện hiện tượng 02 giai đoạn, trong đó các triệu chứng xuất hiện cách nhau trung bình 10 tiếng. Cũng có 04 nghiên cứu khác ghi nhận phản tác dụng của thuốc, gồm: tử vong do chẩn đoán sai về dị ứng quá mẫn cảm, tiêm không đúng mạch, và tiêm quá liều epinephrine.

Tham khảo**Hướng dẫn**

- KHÔNG nên mong đợi là sơ cứu viên biết về dấu hiệu và triệu chứng của dị ứng quá mẫn cảm nếu họ không được tập huấn và không có kinh nghiệm (**)
- Sơ cứu viên nên được tập huấn và cung cấp kinh nghiệm nhận biết dấu hiệu và triệu chứng dị ứng quá mẫn cảm (**)
- Epinephrine chỉ được dùng để tiêm tĩnh mạch nhằm điều trị dị ứng quá mẫn cảm (**). Trừ phi bác sỹ kê đơn khác, còn lại với ca bệnh là người lớn, trẻ em nặng trên 30kg, khuyến cáo nên tiêm 1 liều 0.3mg tĩnh mạch cho người bị dị ứng quá mẫn cảm. Với trường hợp trẻ em nặng từ 15 tới 30kg, khuyến cáo nên dùng 01 liều tiêm 0.15mg epinephrine.
- Chỉ được sử dụng ống tiêm sẵn chứa epinephrine cho người có triệu chứng dị ứng quá mẫn cảm; với những người không được kê đơn bác sỹ thì chỉ được sử dụng khi được tập huấn đúng mức (*)
- Với người có triệu chứng dị ứng quá mẫn cảm, được điều trị với epinephrine song không có phản ứng tích cực và xe cứu thương dự đoán sẽ không tới hiện trường trong vòng 5 tới 10 phút tiếp theo thì có thể cân nhắc tiêm liều thứ hai (*)
- Sơ cứu viên nên gọi xe cứu thương khi gặp trường hợp dị ứng quá mẫn cảm hoặc nghi ngờ ca dị ứng nghiêm trọng. (Là kinh nghiệm tốt)
- Chỉ dùng epinephrine khi thấy có triệu chứng người bệnh bị dị ứng quá mẫn cảm. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên nên làm quen với ống tiêm chứa sẵn epinephrine để có thể giúp các ca được chỉ định tự tiêm epinephrine. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên có thể được phép sử dụng tiêm chất chứa epinephrine cho người bệnh nếu họ không tự làm được, trong trường hợp người bệnh có đơn thuốc chỉ định của bác sỹ và được luật pháp cho phép. (Là kinh nghiệm tốt)

Với ca **khó thở** và **sốc** – Xem phần hướng dẫn liên quan phía dưới.

Lưu ý khi thực hiện sơ cứu

Việc sử dụng epinephrine cho ca dị ứng mẫn cảm đặc biệt phụ thuộc vào luật pháp, quy định, quy trình và trách nhiệm bảo vệ tính mạng/sức khỏe của địa phương. Hội CTĐ TLLĐ quốc gia có thể cần thực hiện nhiều phương pháp khác nhau, tùy thuộc vào cơ hội cung cấp đào tạo, tập huấn theo hoàn cảnh trong nước của họ.

Liên quan tới việc sử dụng ống tiêm chứa sẵn thuốc, cần phải cân nhắc các điểm sau:

- Có nhiều loại ống tiêm khác nhau, ví dụ:
 - Loại có sẵn kim tiêm lắp vào đầu xilanh (chỉ cần tháo nắp bọc kim tiêm, tiêm vào cơ người bệnh bằng cách ấn cán xilanh).

- Một số loại xilanh khác thì đầu kim tiêm được đặt không lộ ra ngoài: sau khi tháo nắp đầu xilanh, đặt ống tiêm sát vào da và ấn thiết bị tiêm vào da, kim tiêm sẽ xuyên qua phần đầu của thiết bị, đâm vào da. Người thực hiện thao tác tiêm cần giữ thiết bị ấn vào da trong khoảng 10 giây để thuốc được tiêm hết vào mạch người bệnh.
- Vị trí tiêm thông thường là điểm giữa mắt ngoài của đùi.
- Kim tiêm có thể xuyên qua quần áo, trong trường hợp ca bệnh bị dị ứng mẫn cảm đặc biệt nghiêm trọng, và vải quần áo của người bệnh đang mặc không dày.
- Không được tiêm nếu thấy dung dịch bên trong kim tiêm biến đổi màu sắc hoặc đã quá hạn sử dụng thuốc.
- Huỷ bỏ ống tiêm theo quy định về quản lý rác thải và dụng cụ y tế thải.

Có thể hướng dẫn nhanh cho sơ cứu viên chưa được tập huấn sử dụng ống tiêm có chứa sẵn thuốc chống dị ứng mẫn cảm đặc biệt cách sử dụng. Trong thực tế, sơ cứu viên có thể không có đủ thời gian đọc hướng dẫn sử dụng trước khi thao tác.

Các tác dụng phụ thường gặp do epinephrine (một số trường hợp có thể là do hậu quả của mẫn cảm đặc biệt với thuốc):

- Tim đập nhanh (thình thịch), nhịp đập thất thường
- Đau đầu dữ dội
- Hồi hộp, bồn chồn, hoảng sợ
- Mệt và run rẩy
- Chóng mặt
- Xanh xao
- Buồn nôn và nôn
- Toát mồ hôi

Ngộ độc

Giới thiệu

Có nhiều ca ngộ độc với các hoá chất xuất hiện tại nhà hoặc tại nơi làm việc. Ngộ độc với carbon monoxide và carbon dioxide cũng có thể xuất hiện trong môi trường gia đình hoặc nơi làm việc. Quan trọng là cần hiểu biết về tính chất của các chất hoá học trong môi trường và các dụng cụ và quy trình sơ cứu khẩn cấp phù hợp khi gặp ca ngộ độc hoá chất. Trong nhiều trường hợp, ngộ độc hoá chất xuất hiện do hít phải, hoặc nuốt phải hoá chất, tuy nhiên có một số hoá chất có thể thẩm thấu qua da vào cơ thể. Ở hầu hết các nước đều có trung tâm kiểm soát ngộ độc (hoặc một đơn vị có chức năng tương đương) có nhiệm vụ đưa ra các hướng dẫn xử trí với ca nuốt phải hoặc phơi nhiễm với hoá chất. Quan trọng là cần phải thông báo cho trung tâm này nội dung, thời điểm và tên hoá chất hoặc sản phẩm gây ngộ độc hoá chất.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Chủ đề này được Hội đồng thống nhất về cơ sở khoa học xem xét nghiên cứu năm 2010 và được xây dựng dựa trên cơ sở các bằng chứng khoa học sẵn có. Nhiễm độc carbon monoxide và carbon dioxide không được Hội đồng đánh giá khoa học kết luận trong các nghiên cứu năm 2010 và 2015. Cơ quan phụ trách Y tế công cộng Anh và Trung tâm nguồn của Canada cung cấp các thông tin thêm do chủ đề này thuộc về quản lý y tế và an toàn trong môi trường làm việc.

Tiếp xúc bên ngoài

Rửa bằng nước

Dùng nước rửa trôi hoá chất trên da hoặc mắt có thể giúp giảm mức độ nguy hiểm do tổn thương tế bào và là cách xử lý sơ cứu chính. Bằng chứng từ nhiều nghiên cứu về phơi nhiễm, tiếp xúc với alkali và acid ở vị trí mắt, da cho thấy dùng nước sạch rửa nhanh sơ cứu người bị thương cho kết quả điều trị cải thiện. Trong một nghiên cứu trường hợp mẫu chọn không ngẫu nhiên so sánh việc sơ cứu ngay lập tức cho ca bị nhiễm hoá chất trên da bằng cách dùng nước rửa (do sơ cứu viên làm) và sơ cứu chậm (chờ cán bộ y tế thực hiện) cho thấy độ dày của các vết bỏng giảm và thời gian nằm viện giảm 50% ở trường hợp được sơ cứu ngay bằng cách dùng nhiều nước rửa chỗ da bị hoá chất làm bỏng. Nhiều bằng chứng từ nghiên cứu trên động vật cũng củng cố bằng chứng về việc dùng nước rửa làm giảm vùng da và mắt bị phơi nhiễm với acid. Ở một nghiên cứu trên chuột về bỏng da do acid cho thấy dùng nước rửa sạch trong vòng 1 phút ở vùng da bị bỏng làm cho tế bào ít bị giảm kiểm, trong khi việc chậm trễ dùng nước rửa vùng bị bỏng sẽ làm giảm độ kiểm của tế bào đáng kể.

Nội tạng cơ thể bị tiếp xúc hoá chất

Tư thế nằm về bên trái

Trong 01 nghiên cứu có chứng về hiện tượng cấp do dùng thuốc quá liều (tiêu thụ khoảng 80mg/kg acetaminophen dưới dạng viên 160mg cho trẻ em), họ cho thấy tư thế nằm nghiêng về bên trái giúp giảm đáng kể mức độ tiếp thụ acetaminophen.

Trung hoà hoá chất bằng cách uống sữa hoặc nước

Không có nghiên cứu trên người về tác dụng của việc điều trị phơi nhiễm hoá chất bằng cách uống các dung dịch nước lỏng. 05 nghiên cứu trên động vật cho thấy lợi ích lâu dài với tế bào động vật phần họng, đường nuốt khi cho động vật bị nhiễm hoá chất alkali hoặc acid qua đường thực quản uống dung dịch nước. Trong một nghiên cứu về sinh hoá tế bào cho thấy không có lợi ích từ việc dùng nhiều nước trong trường hợp bị nhiễm hoá chất hoặc acid nặng.

Dung dịch chiết xuất từ cây ipeca

Các nghiên cứu xem xét kết quả lâm sàng phù hợp không tìm thấy lợi ích từ việc uống dung dịch chiết xuất từ cây ipeca đối với trường hợp nghi ngộ độc hoá chất. Ngoài ra các nghiên cứu khác cũng cho thấy việc dùng dung dịch này gây phản tác dụng, gây nôn khi dùng thuốc, làm chậm quá trình phản ứng của than hoạt tính. Trong một nghiên cứu phi lâm sàng dịch tế kết quả về dùng dung dịch ipeca được cho là không liên quan gì tới việc giảm tác dụng của các thuốc men, hoá chất trị bệnh. Do vậy, dung dịch ipecac không được khuyến cho các trường hợp nuốt phải hoá chất độc hại.

Than hoạt tính

Có bằng chứng hạn chế về việc cho nạn nhân nuốt than hoạt tính (than y tế) sau khi bị ngộ độc hoá chất: kết quả cho thấy than hoạt tính gây ra sụt giảm tác dụng thuốc nghiêm trọng so với việc không dùng than hoạt tính cho nạn nhân.

Bằng chứng từ việc dùng than hoạt tính chất lượng kém gây ra hiện tượng tăng biến chứng (như nôn) đáng kể ở bệnh nhân so với việc không dùng than hoạt tính.

Carbon monoxide

Carbon monoxide không gây dị ứng, không màu, là chất khí không màu và rất khó phát hiện. Là khí gây cháy và có phản ứng dữ dội với các hoá chất và nguồn năng lượng khác và có thể gây nổ khi tương tác với các nguồn, chất hoá chất khác. Nguồn carbon monoxide thường gặp là dạng khí nén nò, đánh lửa, lò sưởi, những nơi được sưởi bằng hệ thống máy sưởi và những nơi không thoáng khí. Carbon monoxide có gắn kết với hồng cầu bền vững hơn ôxy, do vậy làm giảm lượng ôxy đi qua máu tới các bộ phận cơ thể như tim và não.

nơi không thoát khí. Carbon monoxide có gắn kết với hồng cầu bền vững hơn oxy, do vậy làm giảm lượng oxy đi qua máu tới các bộ phận cơ thể như tim và não.

Triệu chứng thường gặp khi bị ngộ độc monoxide là đau đầu, buồn nôn, yếu cơ (đặc biệt là chân), ngất, bất tỉnh hoặc tai biến. Không giống các trường hợp giảm oxy trong máu khi người bị nạn bị ngộ độc carbon monoxide hầu như không bị xanh xao hoặc tím tái da. Thường thì da của nạn nhân sáng hồng và hơi đỏ ửng.

Carbon dioxide

Carbon dioxide là khí không mùi, không vị, không màu có trong khí quyển. Là chất không gây cháy và không độc hại. Khí này tự sinh ra bởi các thực thể sống và được hút ra khỏi cơ thể khi rút hết khí ra khỏi người. Khí này thường xuyên được tái xuất và triệt tiêu trong môi trường đại dương và thực vật trong quá trình tái sử dụng carbon. Hoạt động của con người, ví dụ như: đốt than, dầu, khí ga sản sinh ra khí carbon dioxide; do vậy khí này có thể thâm nhập vào môi trường do khí phác thải từ nhà máy, trạm điện, hoặc do đốt các nguồn năng lượng hoá thạch. Các loại động cơ đốt dùng dầu và khí ở tại nhà nhằm làm nóng, ấm cũng sản sinh ra chất carbon dioxide và là nguồn gây hiện tượng làm ấm dần khí hậu toàn cầu.

Nhiều lượng lớn khí carbon dioxide được sinh ra trong quá trình lên men rượu ở các xưởng rượu, bể chứa rượu lên men nổi hoặc chìm dưới đất, đặc biệt là khi những bể chứa này không có hệ thống thoát khí tốt. Chất này nặng hơn không khí, và sẽ xuất hiện ở khắp mọi nơi trong khu lên men rượu, những chỗ chật chội, và có thể hoà tan vào oxy trong không khí và làm cho chất lượng không khí xuống dưới mức có thể tồn tại cho con người.

Nồng độ khí carbon dioxide thấp có thể làm tăng sự thở và đau đầu. Nếu nồng độ khí này cao sẽ gây hiện tượng thiếu oxy nghiêm trọng – mặc dù không phải là hiện tượng hít phải khí độc song nhiều người có thể bị tử vong nếu thiếu oxy trong môi trường có toàn khí carbon dioxide. Các triệu chứng gồm: mất vận động, bất tỉnh, chóng mặt, ù rĩ, buồn nôn. Ngoài ra, việc da có tiếp xúc với khí carbon dioxide đông lạnh (đá khô) cũng gây tê cóng bộ phận cơ thể.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Với tất cả các ca ngộ độc
 - Khi thực hiện sơ cấp cứu cho ca bị nạn, ưu tiên hàng đầu là sự an toàn của người sơ cứu, nghĩa là cần phải tránh tiếp xúc trực tiếp với khí, dung dịch, hoặc tất cả các vật chất có nhiễm khí độc. (Là kinh nghiệm tốt)
 - Nếu có các yếu tố đe dọa tính mạng, cần gọi cấp cứu y tế để được giúp đỡ. (Là kinh nghiệm tốt)
 - Nếu không có các yếu tố đe dọa tính mạng, thì gọi trung tâm xử lý chống độc để được hướng dẫn. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu nuốt phải chất độc
 - Chỉ nên sử dụng than hoạt tính y tế nếu được trung tâm xử lý chống độc hoặc cơ quan chức năng tương đương hướng dẫn. (**)
 - Người thường không được sử dụng tinh dầu Ipecac làm biện pháp sơ cứu trong các trường hợp ngộ độc cấp tính. (**)

08 Sơ cấp cứu vì mục đích y tế

- Nếu người bị nạn nuốt phải chất độc, thì việc cho nạn nhân uống các chất chất dung dịch thông thường không được khuyến cáo. (*) Tuy nhiên, nếu ở vùng hẻo lánh, và việc tới cơ sở y tế là mất thời gian; cộng với khi được trung tâm xử lý chống độc, trung tâm cấp cứu y tế khuyên dùng; thì có thể cho nạn nhân uống dung dịch nước (sữa hoặc nước uống) (*)
- Nên để nạn nhân nằm nghiêng về phía trái (*)
- Ngộ độc khí ga
 - Cảnh báo về cháy: Trong phòng có chứa khí carbon monoxide thì nên để phòng và không được cho tiếp xúc với lửa, dụng cụ điện, hoá chất oxy hoá, khói thuốc (Là kinh nghiệm tốt)
 - Di chuyển nạn nhân ra khỏi vùng có khí độc ngay lập tức, nhưng chỉ thực hiện khi môi trường không gây nguy hiểm cho sơ cứu viên (Là kinh nghiệm tốt). Trong hầu hết các trường hợp, việc sơ cấp di chuyển nạn nhân phải do lực lượng cấp cứu đặc biệt thực hiện.
 - Chỉ những sơ cứu viên được tập huấn mới được thực hiện sơ cứu cấp oxy cho người bị độc khí carbon monoxide và carbon dioxide. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý thực hiện

Với ca bị nhiễm hoá chất độc, hành động cần thực hiện là gọi cứu trợ và tuân thủ theo hướng dẫn của trung tâm xử lý chống độc hoặc trung tâm cấp cứu y tế, nếu có. Quyết định gọi cứu trợ từ trung tâm nào phụ thuộc vào việc nạn nhân có những triệu chứng nguy hiểm tới tính mạng gì. Nếu nạn nhân có dấu hiệu bị đe dọa về tính mạng thì sơ cứu viên nên gọi trung tâm cấp cứu y tế thì việc cứu chữa cho nạn nhân đòi hỏi phải kiểm soát các triệu chứng. Với các trường hợp khác, thì nên gọi trung tâm xử lý chống độc là tốt nhất.

Nhìn chung về cách xử lý, bước đầu tiên là ngừng hoặc hạn chế tác động của chất độc bằng cách ngừng không phơi nhiễm với nguồn khí, chất độc.

- Với trường hợp hít phải khí độc, thì nạn nhân nên được di chuyển ra khỏi hiện trường; song chỉ thực hiện nếu không có nguy hiểm gì và an toàn cho sơ cứu viên được đảm bảo.
- Trong trường hợp tiếp xúc ngoài ra hoặc bên trong với các chất độc:
 - Hoá chất kho hoặc chất tẩy rửa nên được mang ra khỏi hiện trường trước khi rửa nạn nhân.
 - Bề mặt cơ thể nạn nhân cần được rửa, chất độc sẽ bị hoà tan và trôi đi
 - Chất độc trong dạ dày hoặc ruột có thể được loại bỏ hoặc đẩy ra khỏi cơ thể (chỉ được thực hiện bởi cán bộ y tế có chuyên môn).

Nên đeo dụng cụ bảo hộ (găng tay, kính) trong quá trình loại bỏ chất độc.

Không nên thực hiện hà hơi thổi ngạt cho nạn nhân nếu có các chất độc như: cyanide, hydrogen sulphide, chất ăn mòn hoặc thuốc trừ sâu. Nên dùng mặt nạ thở có van (viết tắt tiếng Anh là: BVM) song chỉ dùng nếu người thực hiện đã được tập huấn về cách sử dụng.

Các Hội quốc gia nên quyết định liệu hoạt động tập huấn sơ cấp cứu có nên bao gồm việc sử dụng các thiết bị như dụng cụ trợ thở hoặc mặt nạ thở có van khi thực hiện sơ cứu đường thở không. Quyết định này nên dựa vào mức độ chuyên môn của cơ quan cung cấp dịch vụ đào tạo, nguồn lực, hướng dẫn y tế, quy chuẩn về kiểm soát nhiễm trùng, các cách tiếp cận của ngành cấp cứu y tế, nguồn lực của y tế công cộng và hoàn cảnh cụ thể của quốc gia (ví dụ: yêu cầu về y đức, thực hành và tập tục địa phương vv).

Sơ cứu viên và sinh viên y tế thường nhầm lẫn dấu hiệu nhiễm độc khí carbon monoxide và carbon dioxide. Do vậy, cần giúp học viên hiểu rõ và kỹ sự khác biệt.

Đào tạo sơ cấp cứu về các chủ đề ngộ độc hoá chất nên đưa ra các lời khuyên cho người học về việc để người có bằng cấp đăng ký hành nghề điện máy kiểm tra bảo dưỡng thường xuyên bảo dưỡng, kiểm tra các dụng cụ nấu ăn và sưởi nhà có dùng năng lượng hoá thạch (gas, dầu và than).

Người học nên được thông báo về lợi ích của việc lắp đặt các thiết bị phát hiện khí carbon monoxide và carbon dioxide.

Khó thở

Các hiện tượng khó thở có thể do chỉ là do nạn nhân nói ra hoặc có thể đi kèm số lần hít thở rất cao (trên 20 lần/phút với người lớn và thanh niên; hơn 30 lần/phút với trẻ em; hơn 40 lần/phút với trẻ em dưới 2 tuổi và 60 lần/phút với trẻ mới sinh) hoặc rất thấp (ít hơn 10 lần/phút với người lớn và thanh niên; ít hơn 15 lần/phút với trẻ em; ít hơn 25 lần/phút với trẻ em dưới 2 tuổi và 40 lần/phút với trẻ mới sinh), đi kèm với các biểu hiện như: khó thở, thở nặng nề, khô khè. Trong số rất nhiều nguyên nhân gây khó thở thì nguyên nhân quan trọng nhất là bị nghẹt đường thở trên (xem phần Sơ cứu đường thở), tổn thương ngực, suy tim, bệnh về phổi, chấn thương ngực, suy tim, các bệnh mãn tính về phổi, phế quản, hen suyễn, ho cấp tính (trẻ em và trẻ sơ sinh) và bệnh phế quản (trẻ em và sơ nhỏ).

Hen

Giới thiệu

Số ca bị bệnh hen cấp tính (và dẫn tới tử vong) đang ngày càng tăng đặc biệt ở ở vùng đô thị và ở các quốc gia công nghiệp hoá. Nhiều người bị hen được kê đơn và cho phép tự dùng các thuốc giãn phế quản. Các thuốc hít vào phế quản an toàn và thường không gây tác dụng phụ. Theo một số nghiên cứu, liệu pháp điều có sử dụng thiết bị bơm, xịt thuốc vào phế quản không làm tăng đáng kể nhịp tim, huyết áp và dung lượng kali. Chỉ có một nghiên cứu chứng minh được việc sử dụng các thiết bị này làm tăng nhịp tim mang tính khác biệt về thống kê. Các hướng dẫn hiện tại đã được cập nhật để phản ánh bằng chứng mới này.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Vị trí, tư thế của bệnh nhân có giúp làm giảm các hiện tượng khó thở (thở khó, thở nặng nhọc, cảm thấy hụt hơi, thiếu khí, co thắt ngực, cảm thấy nghẹt thở). Hầu hết bệnh nhân mắc chứng khó thở (gồm cả những người lên cơn hen suyễn) muốn được ở tư thế thẳng đứng hơn là tư thế nằm ngửa. Một nghiên cứu cho thấy bằng chứng về việc bệnh nhân thích tư thế ngồi ngả về trước. Nghiên cứu này cho thấy việc ngồi ngả về phía trước giúp tăng số lần người bệnh giảm triệu chứng khó thở so với tư thế đứng.

Các dụng cụ bơm, xịt thuốc vào phế quản giúp tăng chức năng hô hấp, tăng luồng khí vào phổi và giảm các triệu chứng mệt mỏi liên quan tới đường hô hấp. Có nhiều nghiên cứu về sử dụng bơm xịt vào khí quản. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên, áp dụng phương pháp hai không (người nghiên cứu và bệnh nhân đều không biết họ đang tham gia vào nghiên cứu) cho thấy các dụng cụ bơm thuốc vào khí quản giúp cải thiện chức năng của đường thở, có khác biệt về thống kê. Một nghiên cứu khác ở trẻ em cho thấy việc dùng các thiết bị này sớm trong hoàn cảnh khẩn cấp giảm mức độ nguy hại của cơn nguy kịch về thở và hậu quả cần nằm viện điều trị. Ngoài ra, các nghiên cứu khác cũng cho thấy những người được tập huấn sơ đẳng cũng có thể nhận biết cơn hen suyễn cấp và có thể can thiệp giúp bệnh nhân sử dụng thuốc giãn đường thở cho người bệnh hen cấp. Việc cải thiện tỷ lệ thở cũng cho thấy tác dụng của thuốc giãn đường thở trong điều trị trước khi tới bệnh viện với các ca hen phế quản.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Người gặp triệu chứng khó thở có thể được chuyển sang các tư thế thoải mái, cởi bớt quần áo. (*)
- Sơ cứu viên có thể cho nạn nhân ngồi ngả đầu về phía trước. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên cần làm quen với các dụng cụ bơm thuốc, dung dịch thuốc vào phế quản bệnh nhân để giúp họ sử dụng các thiết bị này khi họ lên cơn khó thở. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên nên mang theo thiết bị bơm, xịt thuốc vào phế quản nạn nhân; sơ cứu viên cần được tập huấn cách sử dụng thiết bị và tùy theo sự cho phép của luật địa phương, thì nên sử dụng thiết bị sơ cứu cho nạn nhân nếu được luật cho phép. (*)
- Sơ cứu viên có thể hỗ trợ cho người bị thương dùng dụng cụ bơm, xịt thuốc vào phế quản nếu luật cho phép họ thực hiện và họ được tập huấn cách sử dụng. (*)
- Nếu sơ cứu viên không có thiết bị này hoặc thiết bị không hoạt động trong khi nạn nhân khó thở nghiêm trọng (thay đổi về thần thái, dịch kềm, thở chậm) thì sơ cứu viên nên gọi ngay cấp cứu y tế và tiếp tục quan sát, hỗ trợ nạn nhân cho tới khi lực lượng cấp cứu tới hiện trường. (Là kinh nghiệm tốt)
- Với một số trường hợp cụ thể, sơ cứu viên cần được tập huấn riêng về cách cung cấp ôxy cho nạn nhân khó thở. (Là kinh nghiệm tốt)

Nên đeo dụng cụ bảo hộ (găng tay, kính) trong quá trình loại bỏ chất độc.

Xem phần [Dùng ôxy](#)

Lưu ý khi thực hiện

Việc sử dụng các thiết bị bơm, xịt, hít vào đường phế quản cho người bị hen suyễn tùy thuộc vào luật, quy định và quy trình của địa phương, bao gồm cả việc bảo vệ trách nhiệm. Các Hội quốc gia có thể cần nhiều phương pháp thực hiện tùy theo cơ hội về đào tạo trong nước.

Việc sơ cứu viên dùng, áp dụng thiết bị nói trên trong sơ cứu người bị khó thở yêu cầu người sơ cứu viên phải được tập huấn, có năng lực kỹ năng cụ thể về nhận biết cơn co thắt phế quản, liều dùng của thiết bị hoặc ống phun và sự sẵn có của thiết bị.

Đau ngực

Giới thiệu

Đau ngực có thể là triệu chứng của nhiều bệnh (tim, phổi, thành ngực vv). Với sơ cứu viên, một trong các yếu tố quan trọng nhất là cân nhắc khả năng người bệnh bị truy tim. Các yếu tố nguy cơ cao dẫn tới truy tim là hút thuốc, cao huyết áp, tiểu đường và quá cân. Thông thường thì truy tim do biến chứng nguy hiểm của xơ vữa động mạch (vón cục máu trong động mạch) ở các mạch máu dẫn tới tim. Điều trị truy tim cần phải thực hiện càng sớm càng tốt. Các biến chứng do truy tim gây nên gồm: hụt hơi, sốc, ngừng tuần hoàn. Ngừng tuần hoàn có thể đi kèm theo đó là truy tim và có thể do các nguyên nhân về xáo trộn nhịp tuần hoàn, chủ thiếu là do việc dừng tim hoặc tim ngừng đập. Áp dụng ngay CPR (ép tim phổi hồi sức) là biện pháp tốt nhất giúp người bệnh sống sót. Hướng dẫn về phần này cập nhật từ việc xem xét bằng chứng khoa học năm 2011.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Nên cho người bệnh uống aspirin càng sớm càng tốt để phòng ngừa và nâng cao kết quả điều trị vón cục máu trong động mạch thì. Sơ cứu viên cần mang theo aspirin khi làm việc.

Bằng chứng từ 02 thử nghiệm ngẫu nhiên mẫu tham gia lớn cho bằng chứng rõ ràng về việc dùng aspirin trong vòng 24 tiếng kể từ lúc bị đau ngực ở bệnh nhân có hội chứng động mạch vành giúp giảm tỷ lệ tử vong. Bằng chứng từ một nghiên cứu hồi quy dựa trên số liệu bệnh viện cho thấy có mối liên quan giữa việc dùng aspirin trước khi nạn nhân tới bệnh viện và tỷ lệ tử vong thấp do truy tim. Một nghiên cứu hồi quy khác cũng cho thấy việc dùng aspirin trước khi nạn nhân được chuyển tới bệnh viện là an toàn và nghiên cứu này không chỉ gợi ý là việc dùng aspirin cho nạn nhân trước khi tới bệnh viện có thể giúp cho việc phản ứng tích cực với điều trị và giá trị của việc dùng aspirin cho nạn nhân trong quá trình sơ vữa động mạch vành cấp.

Không có nghiên cứu nào đánh giá độ an toàn và hiệu quả của việc dùng sơ cứu viên hoặc người thường cho người bệnh bị đau ngực dùng aspirin. Song bằng chứng ngoại suy từ các nghiên cứu về khả năng chẩn đoán và nguyên nhân chứng đau ngực do cán bộ sơ cứu y tế sẽ không quá khác biệt so với sơ cứu viên. Dựa trên việc ngoại suy này và ý kiến của chuyên gia, việc dùng aspirin trước khi chuyển nạn nhân tới bệnh viện được cho là an toàn và hiệu quả.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Một người bị đau ngực phải được cho uống aspirin có kê đơn. (**)
- Nếu 1 người bị đau ngực mà có liên quan tới nguyên nhân chính là bệnh tim, chưa uống aspirin thì người sơ cứu viên nên cho người bệnh uống 150-300mg aspirin hoặc lượng dung dịch aspirin với liều lượng tương đương hoặc hướng dẫn người bệnh nhai thuốc trong chỉ chờ lực lượng cấp cứu y tế chuyên nghiệp tới hiện trường; trừ phi trường hợp có cấm chỉ định dùng thuốc này hoặc dị ứng, mắc bệnh gây chảy máu. (**)
- Sơ cứu viên nên giúp người bệnh ở tư thế thoải mái (thường thì ở vị trí nửa nằm nửa ngồi, dựa trên hướng dẫn của địa phương) và yêu cầu người bệnh hạn chế, không vận động. (*)
- Sơ cứu viên có thể cho người bệnh nhân thở ôxy nếu người bệnh bị đau ngực và bị suy giảm chức năng hít thở; tuy nhiên sơ cứu viên cần được đào tạo kỹ thuật này và cần có bình ôxy sẵn sàng. Việc hỗ trợ người bệnh thở ôxy không nên làm chậm trễ các thao tác hỗ trợ khác. (*) Xem phần Cách dùng hỗ trợ thở ôxy
- Sơ cứu viên nên gọi cứu trợ y tế ngay khi nghi ngờ người bệnh bị truy tim. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên nên hỗ trợ cho người bệnh dùng các loại nitrate được kê theo đơn. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu sơ cứu viên được tập huấn, thì họ có thể cho người bị đau ngực dùng nitrate. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

6. http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/WarningSigns-of-a-Heart-Attack_UCM_002039_Article.jsp#.VtF50ZMrLow

Các dấu hiệu cảnh báo truy tim có thể gồm những dấu hiệu sau⁶:

Khó chịu trong ngực

Hầu hết các trường hợp truy tim cảm thấy khó chịu ở giữa lồng ngực trong vài phút, triệu chứng đỡ rồi lại tái phát. Người bệnh có thể cảm thấy bị chèn, ép khó chịu, đầy, nóng hoặc đau.

Khó chịu ở các bộ phận ở thân trên khác

Các triệu chứng có thể gồm đau, khó chịu ở 1 hoặc 2 tay, lưng, cổ, hàm hoặc dạ dày.

Hụt hơi

Có thể đi kèm hoặc không với triệu chứng khó chịu ở ngực.

Các dấu hiệu có thể xuất hiện khác

Xanh xao, toát mồ hôi lạnh, chóng mặt, nhức đầu nhẹ.

Một số trường hợp truy tìm xuất hiện đột xuất và bị nặng song nhiều trường hợp khác thì bệnh xuất hiện từ từ, triệu chứng nhẹ hoặc chỉ khó chịu. Thường thì người bệnh không biết là bị bệnh gì và chờ quá lâu trước khi gọi cấp cứu, cứu trợ. Mặc dù sơ cứu viên có thể không chắc chắn là người bệnh bị truy tìm song sơ cứu viên không nên chờ quá 5 phút để gọi lực lượng cấp cứu y tế yêu cầu vận chuyển tới phòng cấp cứu và điều trị cho người bệnh gấp. Việc tiếp cận y tế nhanh chóng với ca bị truy tìm giảm nguy cơ bị tổn thương cơ, tăng khả năng sống sót, và hồi phục sau cơn truy tìm. Lực lượng cấp cứu y tế được chuẩn bị và tổ chức để cứu cho người bệnh tim đã ngừng đập.

Mặc dù loại aspirin nhai cho trẻ em được khuyến cáo sử dụng song trong một số trường hợp bất cứ dạng viên nén, viên nhộng aspirin nào cũng có thể được sử dụng. Quan trọng là cần nêu rõ trong tài liệu đào tạo là người bệnh phải nhai viên aspirin để cho dù thuốc ở dạng nào thì cơ thể họ cũng hấp thụ được nhanh.

Việc sơ cứu viên dùng aspirin, nitrate và ôxy cho các trường hợp bị đau ngực tùy thuộc vào luật, quy trình và quy định địa phương, bao gồm cả việc bảo vệ trách nhiệm. Các hội quốc gia có thể cần phải dùng nhiều phương pháp thực hiện tùy theo cơ hội đào tạo và hoàn cảnh trong nước. (xem [Hướng dẫn sử dụng thuốc](#)).

Đột quy

Giới thiệu

Đột quy là sự gián đoạn về tuần hoàn não (thông thường là mất tuần hoàn, và trong một số ít trường hợp là chảy máu não) và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho người trên 60 tuổi, và là nguyên nhân thứ 2 gây khuyết tật (mất thị lực, khả năng nói, liệt một phần hoặc toàn bộ cơ thể).

Việc nhập viện sớm các ca đột quy tăng tiên lượng về tiến triển bệnh, và cho thấy nhu cầu cần sơ cứu viên và người thường có khả năng nhận biết dấu hiệu bệnh đột quy sớm và gọi lực lượng cấp cứu y tế nhanh chóng trong lúc vận chuyển người bệnh tới trung tâm điều trị đột quy. Mục tiêu là để người bệnh được nhận điều trị chuyên môn kịp thời cũng như được hưởng lợi từ các phương pháp điều trị mới. Trong hầu hết các trường hợp, điều này đồng nghĩa với việc người bệnh được nhận điều trị làm tan phần động máu trong não (giải quyết phần tắc tụ máu trong não) trong vòng từ 3-5 giờ kể từ khi có triệu chứng đột quy. Trong trường hợp bị chảy máu não, thường thì cần can thiệp phẫu thuật là hiệu quả nhất. Mục tiêu của việc điều trị trong vòng 3 tiếng hoặc sớm hơn từ lúc có triệu chứng là quy tắc chuẩn. Có một số thủ tục mới ở một vài trung tâm điều trị về đột quy như dùng máy để loại bỏ những chỗ máu tụ và liệu trình này có tác dụng ngay kể cả khi thực hiện hơn 3 tiếng sau khi nạn nhân có biểu hiện triệu chứng. Hướng dẫn trong phần này cập nhật từ bằng chứng xem xét năm 2011.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Một phương pháp chính xác, chuẩn, nhanh chóng được dùng để đánh giá các cá nhân đã từng có triệu chứng, biểu hiện bị đột quỵ qua các công cụ đánh giá về mức độ đột quỵ là mong muốn của giới chuyên môn và được bắt đầu triển khai từ những năm 1980. Để đánh giá hiệu quả của các công cụ này, cần trả lời 2 câu hỏi cụ thể như sau:

- Công cụ để sàng lọc chức năng của Mặt, tay, khả năng nói, và thời gian (viết tắt tiếng Anh là FAST) có hiệu quả đối với sơ cứu viên không?
- Công cụ đánh giá hiệu quả nhất về đột quỵ hiện tại dành cho sơ cứu viên là gì?

Để trả lời câu hỏi về công cụ đánh giá đột quỵ dành cho sơ cứu viên, Hội đồng Tư vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ tập trung nghiên cứu thang đo mức độ đột quỵ cũng như tính hợp lệ, chính xác của phương pháp đo, gồm Thang đo mức độ đột quỵ trước bệnh viện Cincinnati (viết tắt tiếng Anh là CPSS), Thang đo mức độ đột quỵ trước bệnh viện Los Angeles (viết tắt tiếng Anh là LAPSS) và chức năng của Mặt, tay, khả năng nói, và thời gian.

Cụm từ gộp 3 khái niệm Nghiên cứu sức khoẻ - Thang đo đột quỵ - Ngoài bệnh viện được Viện nghiên cứu về sức khoẻ dùng với ý nghĩa là một công cụ chẩn đoán đột quỵ có 15 chỉ tiêu đánh giá. Mô hình này sử dụng hoạt động trên nguyên tắc: nếu xuất hiện 03 yếu tố liệt mặt và vận động 02 tay không đồng đều nhau và động kinh thì mô hình có mức đo nhạy 100% cho các ca có khả năng bị đột quỵ cần can thiệp và có độ dự báo chính xác 92%. Do dễ nhầm lẫn về hội chứng nhầm lẫn về ngôn ngữ và hội chứng mất khả năng nói, một chỉ tiêu được tạo ra để xác định các dấu hiệu bất thường về khả năng nói. Công cụ này có độ nhạy 100% và độ chính xác 88% với các ca có xuất hiện các bất thường chức năng thần kinh của mặt và cử động tay, cộng với biến dạng giọng nói. Công cụ đo này được xác định là có khả năng sử dụng cho các người thuộc chuyên môn khác với chuyên môn y tế và người bình thường nhằm phát hiện các trường hợp đột quỵ. Viện Y tế về đột quỵ xác định và cung cấp bằng chứng về độ chuẩn xác và hợp lệ của 15 chỉ tiêu đánh giá người bệnh. Công cụ xác định ca đột quỵ nhanh này kết hợp các thang đo của CPSS, LAPSS và FAST được xây dựng từ năm 2003 trong đó có chỉnh sửa phần ngôn từ đánh giá và bỏ chỉ tiêu đánh giá mức độ đường máu. Đây là công cụ đánh giá ban đầu dùng cho các ca bệnh ngối, nhằm phát hiện các chức năng vận động suy yếu, suy yếu chức năng vận động tay và biến đổi chức năng nói.

Một nghiên cứu khác vào năm 2005 nhằm xác định khả năng các cá nhân, sự suy giảm chức năng của họ, và báo cáo chính xác về các phát hiện cho người làm nghiên cứu. Sử dụng các chỉ tiêu đánh giá suy yếu chức năng của mặt, tay, giọng nói được mô tả bởi những người sống sót sau khi bị đột quỵ cùng xem xét các triệu chứng khác chưa giải quyết được, người tham gia thực hiện đúng hướng dẫn CPSS với thời gian trung bình 94 giây theo tỷ lệ lần lượt là: 96%, 99% và 98%. Nhìn chung người lớn có khả năng thực hiện đúng CPSS là 98%. Độ chính xác của đánh giá suy yếu chức năng mặt có độ nhạy là 94%. Độ nhạy của đánh giá suy yếu chức năng vận động tay là 92% và độ chính xác là 72%. Độ nhạy và độ chính xác của đánh giá khả năng nói cùng là 96%. Các phát hiện này kết luận khả năng rút ngắn thời gian can thiệp sơ cứu kịp thời của người thường cho người bệnh có các triệu chứng đột quỵ trước khi tới bệnh viện.

Tóm lại, các nghiên cứu này cho thấy việc tập huấn cho các sơ cứu viên dùng các hệ thống đánh giá mức độ đột quỵ cho phép họ nhận biết đột quỵ ở người bệnh sớm, giảm khoảng thời gian từ lúc có biểu hiện đột quỵ cho tới khi tới bệnh viện và được điều trị chuyên khoa cũng như nâng cao kết quả điều trị y tế. Theo những nghiên cứu này, nếu không có đào tạo về hệ thống đánh giá đột quỵ thì có 76,4% người thường nhận biết được triệu chứng, dấu hiệu đột quỵ. Nhưng nếu có tập huấn, thì 94,4% người thường có thể nhận biết được dấu hiệu đột quỵ, và kiến thức này tiếp duy trì sau 3 tháng và lâu hơn kể từ khi tập huấn.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Khuyến cáo sơ cứu viên nên áp dụng hệ thống đánh giá đột quỵ. (**)
- Với người có biểu hiện đột quỵ và bị đột quỵ, sơ cứu viên cần:
 - Gọi cấp cứu y tế càng sớm càng tốt. (Là kinh nghiệm tốt)
 - Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái, và hỏi người bệnh hạn chế, không vận động, thường xuyên kiểm tra mức độ tỉnh táo và sự thở. (*)
 - Nếu người bệnh không có đáp ứng nhưng thở bình thường thì sơ cứu viên đặt người bệnh ở tư thế phục hồi, và duy trì đường thở thông thoáng bằng cách đặt ngửa đầu, cằm ở tư thế nâng cao. (*)
- Việc áp dụng FAST là phù hợp cho sơ cứu viên và người thường. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Liên quan tới sơ cấp cứu, quan trọng nhất là:

- Nhận biết dấu hiệu cảnh báo, dấu hiệu sớm của cơn đột quỵ.
- Ghi nhớ thời gian bắt đầu xuất hiện triệu chứng bệnh
- Ngay lập tức gọi cấp cứu y tế để có sự trợ giúp chuyên môn.

Khả năng xảy ra đột quỵ có thể dễ dàng được xác định bằng cách đánh giá các dấu hiệu bệnh sau:

- Đột nhiên cảm thấy tê, mất cảm giác mặt, tay, chân, đặc biệt là 1 phía của cơ thể: khả năng bị đột quỵ thường là cao nếu người bệnh có các biểu hiện sau:
 - Khi bảo nhe răng, một góc miệng của người bệnh bị méo, trễ xuống.
 - Nâng 2 tay và bàn tay trong khi nhắm mắt thì 1 tay bị tụt xuống, hoặc rơi hẳn xuống.
- Đột nhiên lú lẫn, khó khăn khi nói hoặc hiểu: khả năng bị đột quỵ cao khi người bệnh:
 - Khi yêu cầu nhắc lại 1 câu đơn giản, từ của người bệnh nói ra không rõ ràng, nói lắp, khó phát âm.
- Đột nhiên một mắt hoặc cả 2 mắt bị khó nhìn.
- Đi lại khó khăn, chóng mặt, mất thăng bằng hoặc kết hợp các động tác cơ thể.
- Đột nhiên bị đau đầu nặng mà không có nguyên nhân.
- Tai biến ở trường hợp người không bị bệnh động kinh.

Các hệ thống đánh giá đột quỵ đơn giản (ví dụ như: CPSS hoặc FAST) thường dễ sử dụng, và tiếp tục cho thấy độ nhạy cao với việc nhận biết cơn đột quỵ. Độ chính xác của các hệ thống này tăng lên khi sơ cứu viên có thể đo mức đường máu (không đo gluco trong máu) và dùng các hệ thống đánh giá đột quỵ hiện đại nhất (ví dụ LAPSS, Thang đánh giá mức độ đột quỵ Ontario – viết tắt tiếng Anh là OPSS), Nhận biết đột quỵ trong phòng cấp cứu (viết tắt tiếng Anh là ROSIER), thang đánh giá đột quỵ trước bệnh viện (viết tắt tiếng Anh là KPSS).

Các triệu chứng giống đột quỵ có thể là đột quỵ nhẹ và tạm thời có thể là dấu hiệu thiếu máu cục bộ (viết tắt tiếng Anh là TIA). Đây là dấu hiệu hoặc là cơn đột quỵ nhẹ mà không gây tổn thương não lâu dài. Các triệu chứng biểu hiện với thời gian ngắn và não không bị tổn thương vĩnh viễn là sự khác biệt căn bản giữa thiếu máu cục bộ và đột quỵ. Tuy nhiên, việc nhận biết khả năng bị TIA là rất quan trọng để cho phép việc điều trị sớm và giảm nguy cơ bị đột quỵ nặng.

Xem phần [Bất tỉnh](#) và [Tai biến](#) phần nói về các biến chứng của đột quỵ.

Mất nước và các vấn đề về đường tiêu hoá

Giới thiệu

Mất nước có thể là hậu quả của nhiều loại vấn đề về sức khoẻ (do nôn, tiêu chảy, say nắng, sốt v.v...) hoặc do vận động quá mức, lao động quá mức trong điều kiện nóng ẩm hoặc thực hiện các hoạt động nặng nhọc ở trong môi trường lạnh hoặc/và mặc quá nhiều quần áo. Các hoạt động này không chỉ dẫn tới mất nhiều nước cơ thể do toát mồ hôi, mất dịch cơ thể mà còn làm mất chất điện giải vốn cần cho cơ thể để duy trì các chức năng bình thường. Hậu quả lên cơ thể có thể ở mức cơ rút đau đớn cho tới mức nguy hiểm là thay đổi chức năng nhận thức, sốt, gây nguy hiểm tính mạng và có thể dẫn tới tử vong nếu không có can thiệp y tế, đặc biệt là trong trường hợp trẻ nhỏ và người già.

Các triệu chứng khác về đường tiêu hoá có thể bao gồm: đau bụng, buồn nôn hoặc nôn, tiêu chảy và bị sốt.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Chủ đề này được xem xét vào năm 2010 tới năm 2015 bởi nhóm làm việc Thống nhất cơ sở khoa học và họ đã thực hiện việc xem xét tra cứu nguồn tài liệu khoa học lớn, trong đó gồm nhiều nghiên cứu so sánh việc dùng đồ uống nói chung và nước cho người bệnh. Trung tâm thực hành dựa trên bằng chứng khoa học của Hội Chữ thập đỏ Bỉ (viết tắt tiếng Anh là CE-BaP) cũng đã đánh giá lại một số khía cạnh của những xem xét này.

Năm 2015 hệ thống nghiên cứu sơ cấp cứu của Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế (viết tắt tiếng Anh là ILCOR) xem xét bằng chứng từ 12 nghiên cứu cho thấy việc nuốt 5-8% dung dịch carbohydrate-electrolyte giúp bổ sung nước sau khi mất nước do vận động quá mức và dung dịch có tác động tích cực. Nếu không có dấu hiệu sốt, người bệnh trong tình trạng không tỉnh táo, và không có khả năng nuốt thì sơ cứu viên nên giúp người bệnh uống/ nuốt dung dịch carbohydrate-electrolyte để bù nước. Các đồ uống khác như: nước dừa, sữa, trà chanh, trà xanh có caffeine là những dung dịch có tác dụng bù nước sau khi bị mất nước do vận động quá mức song những dung dịch này mất thời gian chuẩn bị và có thể không có sẵn. Nếu những đồ uống thay thế này không có sẵn thì nên sử dụng nước uống an toàn hoặc nước uống có carbohydrate electrolyte loại thông dụng cho người bệnh.

Các kết quả từ nghiên cứu liên quan tới mất nước do yếu tố môi trường bên ngoài hoặc vận động thường có giá trị yếu về mặt khoa học. Tuy nhiên, có một số nghiên cứu báo cáo rõ ràng về mặt phương pháp và điều trị bệnh đường tiêu hoá dựa vào phương pháp bù nước. Hầu hết nghiên cứu có số lượng người tham gia nhỏ, thường chỉ từ 6-8 người. Một nghiên cứu mô phỏng trong môi trường nhiệt độ tăng cao gây ra mất nước, làm người tham gia mất nước khoảng dưới 2%. Tuy nhiên mức độ mất nước này thì chưa làm cho con người bị các triệu chứng suy kiệt, nghiêm trọng. 02 nghiên cứu khác cho thấy các dung dịch lỏng như dung dịch nước để truyền có hiệu quả đối với các ca mất nước. Liên quan tới nghiên cứu mô phỏng về người mất nước do vận động nhẹ và ở trong môi trường nhiệt độ cao, có 10 nghiên cứu cho thấy carbohydrate hoặc dung dịch electrolyte có tác dụng hồi phục lượng nước trong cơ thể hơn là nước uống thường. Một nghiên cứu khác cho thấy dung dịch carbohydrate nồng độ 12.5% chứa đường glucose và fructose giúp chuyển dung dịch vào cơ thể nhanh hơn là dung dịch chỉ chứa glucose. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy dung dịch glucose hypertonic có tác dụng duy trì lượng nước trong cơ thể sau khi bị mất nước. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy dung lượng muối trong cơ thể có vai trò quan trọng hơn tổng dung lượng thẩm thấu vào cơ thể vì muối giúp tăng lượng huyết tương khi cơ thể trong trạng thái nghỉ ngơi. Một nghiên cứu khác lại quan sát thấy sữa giúp bổ sung nước cho cơ thể tốt hơn là nước ở những người bị mất nước cơ thể. Lượng dung dịch bổ sung so với dung lượng nước cơ thể bị mất phải là

08 Sơ cấp cứu vì mục đích y tế

cho bệnh nhân uống dung dịch glucose electrolyte hay còn gọi là Dung dịch bù nước (viết tắt tiếng Anh là (ORS)⁷ vì đây chứa trị đơn giản, hiệu quả và rẻ tiền⁷.7 Khảo cứu tài liệu chuyên môn cũng cho thấy sự khác nhau trong thành phần dung dịch bổ sung nước giữa sản phẩm thương mại dành cho người chơi thể thao và dung dịch bù nước dạng uống.

Tuy có ít bằng chứng song nghiên cứu cho thấy ít nhất 03 trong số các biểu hiện lâm sàng có giá trị chẩn đoán bệnh do mất tiêu chảy cấp (có độ nhạy và chính xác tốt nhất): da giảm đàn hồi, toàn bộ thể trạng của người bệnh xấu đi, không có nước mắt, thờ bất thường (sâu và nhanh), dịch mồm miệng khô, mắt trũng, mạch đập bất thường (yếu và không rõ ràng).

Tham khảo

Hướng dẫn

- Với các trường hợp mất nước, sơ cứu viên nên cho người bệnh uống bổ sung dung dịch muối bù nước ORS (**)
- Cả dung dịch muối bù nước ORS dạng thương mại hoặc dạng muối bù nước ở dạng túi đóng gói sẵn đều đáp ứng theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới dành cho dung dịch bổ sung nước cho cơ thể bị mất nước. (**)
- Sơ cứu viên nên dùng đồ uống carbohydrate- electrolyte loại từ 3 tới 8% cho những ca bị mất nước do lao động quá sức. (*)
- Nếu không có sẵn đồ uống carbohydrate electrolyte hoặc người bệnh không chịu được carbohydrate electrolyte thì đồ uống thay thế cho người mất nước là nước, dung dịch carbohydrate electrolyte 12%, nước dừa, sữa 2%, trà carbohydrate- electrolyte, các loại trà không có caffeine. (*)
- Nếu không có các dung dịch loại pha chế sẵn thì nên dùng các dung dịch bù nước tự chế ở nhà cho người bị mất nước (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu người bệnh có các dấu hiệu bệnh đường tiêu hoá đột xuất, nghiêm trọng hoặc đi kèm mất nước (hoặc chỉ có hiện tượng mất nước), cần mang người bệnh tới cơ sở y tế để điều trị khẩn cấp. Ngay cả các ca bị bệnh đường tiêu hoá dạng nhẹ cũng cần thăm khám y tế mặc dù việc thăm khám này không nhất thiết phải thực hiện khẩn cấp. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Các dạng dung dịch bù nước để uống có nhiều loại, tùy theo từng nước. Do vậy các tài liệu về giáo dục sức khỏe cần phản án các loại sản phẩm sẵn có trong nước, và cách chuẩn bị các loại dung dịch uống thay thế trong trường hợp không có các loại sản phẩm đóng gói sẵn. Dung dịch bù nước qua đường uống nhìn chung giúp điều trị các ca tiêu chảy mất nước, và khác so với các đồ uống bổ sung nước dành cho người mất nước do chơi thể thao vì dạng bổ sung dành cho người chơi thể thao chỉ được thiết kế bổ sung lượng nước, độ ẩm của cơ thể bị mất đi do vận động.

Để phòng mất nước:

- Đưa lời khuyên về phòng tránh mất nước cơ thể, ví dụ: không nên để đầu trần hoặc để cơ thể phơi nhiễm với nhiệt nắng nóng, đặc biệt là ở những nơi có khí hậu nóng (ví dụ: một khách du lịch đi từ nơi có khí hậu ôn đới sang vùng nhiệt đới).
- Đội mũ (cho trẻ em, trẻ nhỏ).
- Mặc quần áo thoáng mát.
- Uống đủ nước mỗi ngày, tăng lượng dung nạp chất lỏng, tối thiểu từ 1-2L với người lớn.
- Tránh các hoạt động thể thao đòi hỏi vận động quá sức vào buổi trưa và vào thời điểm giữa ngày.
- Bảo vệ da bằng các loại sản phẩm chống nắng có số cao.
- Để cơ thể thích nghi dần với môi trường, đặc biệt là với người chưa quen với khí hậu nóng, ẩm.

7. http://www.who.int/maternal_child_adolesent/documents/fch_cah_06_1/en/

Trong tài liệu thông tin sức khoẻ nên đưa thông tin về các triệu chứng mất nước và các bệnh về đường tiêu hoá – đặc biệt là ở vùng hay bị tiêu chảy. Nên nêu rõ hiện tượng mất nước cơ thể là thường gặp ở vùng nắng nóng, và những người tới từ vùng khí hậu lạnh có thể sẽ bị ốm mệt do các hoạt động đòi hỏi vận động nặng hoặc do làm việc, mặc quá nhiều quần áo.

Các triệu chứng mất nước gồm có:

- da xanh và khô
- mồm và lưỡi khô
- yếu mệt
- mao mạch chậm làm đầy trở lại
- thay đổi trạng thái tinh thần (khi hiện tượng mất nước trở nên nghiêm trọng).
- các biểu hiện bệnh về đường tiêu hoá gồm có:
 - buồn nôn hoặc nôn
 - tiêu chảy
 - đau bụng
 - các dấu hiệu mất nước
 - sốt

Nếu các hiện tượng này xuất hiện đột ngột, nghiêm trọng và đi kèm mất nước (hoặc chỉ có hiện tượng mất nước), thì nên cho người bệnh tới cơ sở y tế để điều trị ngay lập tức. Ngay cả các ca bị bệnh đường tiêu hoá dạng nhẹ cũng cần thăm khám y tế mặc dù việc thăm khám này không nhất thiết phải thực hiện khẩn cấp.

Các bước chuẩn bị dung dịch muối bù nước cho ca bệnh bị mất nước cơ thể gồm:

- Rửa tay với xà phòng và nước sạch.
- Theo hướng dẫn sử dụng in trên vỏ gói dung dịch bù nước.
- Đổ 1L nước vào bình sạch
- Hoà 01 gói dung dịch muối bù nước bằng cách khuấy tan dung dịch trong nước.

Nếu không có sẵn các gói dung dịch muối bù nước, thì nên chuẩn bị các dung dịch tự chế ở nhà (hoặc các loại khác nếu có sẵn) bằng cách pha:

- Nửa thìa cà phê muối
- 06 thìa đường
- 1l nước.

Xem thêm phần [Sốc](#)

Co giật, động kinh

Giới thiệu

Khi bị chấn thương, bệnh tật, sốt, ngộ độc hoặc nhiễm trùng thì chức năng điện giải bình thường của não bị gián đoạn và hoạt động điện giải của não trở nên thất thường. Hoạt động thất thường của não này gây ra hiện tượng mất kiểm soát cơ thể, co giật cơ, bất bình hoặc ú ớ, mê sảng. Đây gọi là hiện tượng động kinh. Bệnh động kinh mãn tính là bệnh về não, và cần phải điều trị thuốc. Một số trẻ em và trẻ sơ sinh bị co giật khi bị tăng nhiệt độ đột ngột. Hướng dẫn trong phần này được cập nhật dựa trên bằng chứng khoa học xem xét năm 2011.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Không có bằng chứng khoa học liên quan tới việc để bệnh nhân động kinh đứng hoặc nhét các vật chèn vào miệng của họ.

Hướng dẫn

- Sơ cứu viên có thể đặt người bị động kinh nằm xuống sàn để tránh cho người đó bị tổn thương (Là kinh nghiệm tốt)
- Khi hết cơn động kinh, sơ cứu viên nên kiểm tra đường thở và sự thở của bệnh nhân (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Tiến triển của các triệu chứng:

- Người bệnh có thể có các cảm thấy các cảm giác bất thường ở cơ thể (ví dụ như ảo giác về thị giác và khứu giác).

Khi đánh giá các cơn động kinh cần kiểm tra, phát hiện các triệu chứng sau:

- Co cơ đột ngột, không kiểm soát được (ví dụ: co giật).
- Giảm độ tỉnh táo, phản xạ
- Thở bất thường hoặc ngưng thở
- Chảy dãi
- Trợn mắt
- Cơ thể co cứng
- Mất kiểm soát thận và đại tràng
- Cắn vào lưỡi hoặc cắn vào phía trong má
- Trợn trừng mắt

Chăm sóc người bệnh:

- Chấn an bệnh nhân là họ sẽ được chăm sóc, điều trị
- Trong cơn động kinh:
 - Chuyển các đồ vật xung quanh có thể làm bệnh nhân bị thương
 - Đặt đầu dưới đầu bệnh nhân một cái khăn hoặc quần áo gấp; song không được hạn chế đường thở của họ.
 - Không được giữ hoặc ghì người bệnh
 - Không được đặt các vật vào miệng chèn giữa hàm răng của họ. Người bệnh sẽ không nuốt lưỡi của họ.

Khi đã qua cơn động kinh, thì cần kiểm tra xem đường thở của người bệnh có thông thoáng không, kiểm tra sự thở và các chấn thương.

Chấn an và ở với người bệnh cho tới khi họ tỉnh táo hoàn toàn.

Một số người bị động kinh thường xuyên dù họ vẫn đang điều trị bằng thuốc. Hậu quả của việc bị động kinh là họ có thể không tới bệnh viện được do tần suất của các cơn động kinh. Nếu sơ cứu viên không chắc chắn về các chăm sóc y tế thường xuyên của người bệnh, thì nên gọi cấp cứu y tế.

Gọi cấp cứu y tế khẩn cấp (theo số chính thức của cấp cứu y tế địa phương) nếu gặp các trường hợp sau:

- Cơn động kinh kéo dài hơn 5 phút và tái phát các cơn động kinh tiếp sau.
- Người bệnh không tỉnh táo trở lại sau 5-10 phút.
- Bệnh nhân bị tiểu đường hoặc bị chấn thương.
- Bệnh nhân chưa bao giờ bị động kinh trước đây
- Xuất hiện các biểu hiện đe dọa tính mạng người bệnh.

Cần kiểm tra y tế nếu: người bệnh có bị động kinh song đây là cơn động kinh dạng khác và xuất hiện thường xuyên hơn.

Sốt

Giới thiệu

Sốt xảy ra khi nhiệt độ cơ thể quá 38°C. Sơ cứu viên có thể tiến hành các thao tác giúp giảm nhiệt độ cơ thể cho người bệnh và giúp họ cảm thấy thoải mái. Tuy nhiên sơ cứu viên nên cảnh giác với các nguyên nhân gây sốt cao và đưa người bệnh tới cơ sở y tế nếu gặp phải các tình huống như nêu ở phía dưới. Đây là phần thông tin mới và dựa vào kết quả của các nguồn thông tin khoa học xem xét năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Bằng chứng khoa học từ nghiên cứu tổng hợp kết quả nghiên cứu cho thấy paracetamol giúp giảm các triệu chứng sốt sau 2 tiếng so với các biện pháp khác hoặc so với placebo (giả dược). Chưa có so sánh tác dụng giảm sốt của uống paracetamol sau 1 tiếng và các biện pháp khác. Không có khác biệt khi so sánh paracetamol với các biện pháp giảm sốt khác và giả dược. Bằng chứng chỉ ở mức trung bình do chất lượng độ chính xác của bằng chứng khoa học.

Hai thử nghiệm ngẫu nhiên có chứng cho thấy việc lau người bằng nước ấm cho kết quả giảm sốt trong vòng 2 tiếng mang tính khác biệt về thống kê so với các can thiệp dạng khác. Tuy nhiên nghiên cứu không cho thấy tác dụng mang tính khác biệt về thống kê của việc lau nước ấm sau 1 giờ cũng như giảm sự khó chịu cho người bệnh so với giả dược. Do vậy, không thể chứng minh sự khác nhau giữa việc lau người bằng nước ấm và dùng paracetamol.

Một thử nghiệm ngẫu nhiên cho kết quả khác biệt về thống kê y tế về lau người bằng nước lạnh có tác dụng giảm nhiệt cơ thể sau 30 phút so với dùng paracetamol, song kết quả này không chứng minh được ở các nghiên cứu quan sát lặp lại. Trái ngược với kết quả này, các nghiên cứu khác cho thấy dùng paracetamol giúp giảm nhiệt độ cơ thể đáng kể sau từ 90 tới 120 phút. Hơn nữa, các bằng chứng cũng cho thấy việc lau nước lạnh làm tăng đáng kể (khác biệt về thống kê y tế) sự khó chịu cho người bệnh so với dùng paracetamol. Tuy nhiên bằng chứng này chỉ có chất lượng khoa học thấp do việc sai số và không chính xác.

Một khảo cứu các nghiên cứu đã phát hành cho thấy việc lau người bằng nước ấm kết hợp dùng paracetamol cho kết quả giảm nhiệt cơ thể đáng kể (khác biệt về thống kê), khi đo tác dụng của biện pháp sau 1 tới 2 tiếng, so với việc chỉ dùng paracetamol. Tuy nhiên việc lau nước ấm kết hợp với dùng paracetamol dẫn tới hiện tượng tăng nguy cơ xấu so với việc chỉ dùng paracetamol. Hơn thế nữa, việc dùng cồn hoặc dùng nước đá kết hợp với dùng paracetamol đã làm tăng số ca có các triệu chứng khó chịu ở trẻ em. Tuy nhiên bằng chứng này chỉ có chất lượng khoa học thấp do việc sai số và không chính xác.

Không có bằng chứng ủng hộ việc cũng như bác lại việc cho người bệnh uống nước để trị sốt.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Nếu người bệnh bị sốt, nên cho họ uống paracetamol hoặc acetaminophen. (**)
- Có thể kết hợp paracetamol hoặc acetaminophen với lau người bằng nước ấm (nước có nhiệt độ từ 29°C tới 33°C) miễn là người bệnh không thấy khó chịu hoặc run lạnh, rùng mình. (**)
- Không dùng nước lạnh lau người cho người bị sốt do gây cảm giác khó chịu cho người bệnh. (**)
- Không dùng nước lạnh lau người cho người bị sốt do gây phản ứng nước cho người bệnh, ví dụ: làm tăng nhiệt độ cơ thể cao hơn. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nên đưa trẻ sơ sinh, trẻ em và người lớn bị sốt tới cơ sở y tế để can thiệp điều trị ngay nếu ở các trường hợp sau (Là kinh nghiệm tốt):
 - Trẻ sơ sinh dưới 2 tháng tuổi bị sốt
 - Trẻ em dưới 2 tuổi bị sốt cao hơn
 - Người già trên 65 tuổi
 - Người bị bệnh ung thư, hệ miễn dịch suy giảm, mắc bệnh về tế bào, đang dùng thuốc liên quan tới hệ miễn dịch.
 - Bệnh nhân không giảm sốt
 - Sốt đi kèm phát ban
 - Sốt đi kèm ho kéo dài
 - Sốt đi kèm đau bụng
- Những đối tượng sau cần phải chữa trị y tế ngay lập tức:
 - Sốt và có thay đổi về mặt nhận thức, tri giác của bệnh nhân
 - Sốt đi kèm khó thở
 - Sốt đi kèm cứng cổ hoặc đau đầu
 - Sốt đi kèm đau bụng
 - Sốt đi kèm bất cứ biểu hiện sốc nào
- Người bị sốt nên nghỉ ngơi, uống nhiều nước để bù lượng nước bị mất do toát mồ hôi. (Là kinh nghiệm tốt)
- Người bị sốt nên mặc quần áo rộng, thoáng, nhẹ và nên tránh không đắp chăn hoặc che, bọc kín người bệnh. (Là kinh nghiệm tốt)

Cần nhắc khi thực hiện

Khuyến cáo cho trẻ em uống paracetamol loại 8mg tới 15mg/ mỗi cân nặng cơ thể, mỗi liều cách nhau 4 tiếng (tối đa 100mg/ mỗi cân trọng lượng cơ thể/ngày) hoặc 10mg tới 15mg acetaminophen/mỗi cân trọng lượng cơ thể, mỗi liều cách nhau 4 tiếng (tối đa của 1 liều là 650mg).

Không nên để bệnh nhân lạnh quá vì như vậy họ có thể sẽ bị cảm lạnh. Không nên kỳ co người bệnh bằng nước lạnh vì sẽ gây phản tác dụng. Các mạch máu dưới da sẽ bị co lại và cơ thể sẽ không thể thoát nhiệt được. Người bệnh sẽ bị rùng mình run do lạnh nếu dùng nước lạnh và họ thậm chí có thể bị sốt cao hơn.

Người bị sốt có đi kèm các triệu chứng khác, có vấn đề hoặc triệu chứng bệnh lý hoặc các triệu chứng cần phải điều trị y tế ngay lập tức thì cần phải được đưa tới cơ sở y tế chuyên nghiệp. Hướng dẫn liệt kê phía trên đã đưa ra các triệu chứng, dấu hiệu và bệnh lý mà người sơ cứu phải chú ý.

Ở một số khu vực (ví dụ khu vực có lưu hành sốt rét) người bị sốt nên được chuyển tới cơ sở y tế cho dù họ chỉ bị sốt mà không đi kèm các triệu chứng khác. Trong các tập huấn ở địa phương, cần làm rõ chi tiết này.

Việc triển khai hướng dẫn sử dụng paracetamol hoặc acetaminophen cho các ca bị sốt còn tùy thuộc vào luật pháp, quy định và quy trình ở địa phương bao gồm cả trách nhiệm bảo vệ. Các hội quốc gia có thể cần phải dùng nhiều phương pháp thực hiện tùy theo cơ hội đào tạo và hoàn cảnh trong nước.

Tiểu đường và giảm đường huyết (giảm glucoza huyết)

Giới thiệu

Bệnh tiểu đường có thể gây tổn hại các mạch máu. Người bị tiểu đường có thể bị các biến chứng nghiêm trọng như: Trụy tim hoặc Đột quy. Với những ca biến chứng này (cả ở bệnh nhân tiểu đường và không tiểu đường) thì mức đường huyết bị thay đổi nghiêm trọng – giảm hoặc tăng đường huyết – có thể làm bệnh nhân gặp phải các hậu quả nghiêm trọng. Ở các ca bệnh khác, đặc biệt là ở trẻ em thì các biến chứng này có thể dẫn tới giảm đường huyết tới mức nguy hiểm tính mạng hoặc gây biến chứng như co giật hoặc bất tỉnh.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Vào năm 2015, Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học đã xem xét các bằng chứng về chủ đề này trong đó cho thấy nên dùng các loại đường ăn uống thông thường so hoặc đường glucose tiêu chuẩn (15g tới 20g) khi sơ cấp cứu cho người bị giảm đường huyết. 4 nghiên cứu được tìm thấy trong đó họ so sánh việc dùng các viên đường glucose, sucrose, fructose, nước cam, viên kẹo dẻo, kẹo bạc hà và sữa. Hầu hết các nghiên cứu này chỉ cho kết quả kém thuyết phục.

Ngoài ra, Hội đồng tư vấn khoa học Mỹ cũng nghiên cứu rà soát chủ đề này. Kết quả của họ cho thấy nhiều nghiên cứu so sánh các loại đường dùng để ăn uống với các liều lượng khác nhau quyết định việc có bình thường được lượng glucose trong máu mà không gây ra tăng đường huyết hoặc không cần bổ sung thêm liều đường thứ hai. Những nghiên cứu là cơ sở để xây dựng hướng dẫn and khuyến cáo về cách trị hiện tượng giảm đường huyết. Với người lớn, cân bổ sung từ 15g tới 20g đường hoặc carbohydrate để làm tăng lượng glucose trong máu của người bị tiểu đường giảm đường huyết. Glucose dạng viên thường được dùng để điều trị cho các ca giảm đường huyết khi nạn nhân còn tỉnh táo, và có khả năng phản xạ và nuốt được. Nhiều người bị tiểu đường thương mang viên glucose bên người và các viên nén này hay được bán ở dạng 4g/viên, và người bệnh cần uống từ 4-5 viên. Các loại đường kém hiệu quả song cho kết quả chấp nhận được là glucose dạng nước, glucose dạng gel, nước cam (360ml) hoặc viên đường, đường hạt (4 thìa nhỏ) và mật ong (4 thìa nhỏ). Có bằng chứng cho thấy các loại thực phẩm hoặc đồ uống chứa lượng fructose cao (ví dụ hoa quả khô hoặc nước hoa quả) hoặc các loại chứa gelatine hoặc chất béo có thể có hiệu quả làm tăng lượng đường glucose hoặc sucrose. Liên quan tới khả năng hấp thụ glucose qua đường ăn uống, nếu đặt glucose vào trong miệng hoặc dưới lưỡi và người bệnh không nuốt thì sẽ có tác dụng hạn chế, do vậy không khuyến cáo thực hiện.

08 Sơ cấp cứu vì mục đích y tế

Với trẻ em, khuyến cáo nên dùng 15g đường. Tương tự như trên, nên dùng viên glucose song các nghiên cứu gần đây cho thấy kẹo chứa 15g sucrose-containing candies cũng có tác dụng hiệu quả và là giải pháp thay thế tốt nếu không có viên glucose.

Khoảng thời gian tiêu hoá đường tới lúc lượng glucose trong máu quay lại bình thường và giảm nhẹ các triệu chứng bệnh ở các ca giảm đường huyết là 15 phút. Nếu các triệu chứng bệnh vẫn xuất hiện ở những bệnh nhân bị giảm đường huyết và đã tiêu hoá đường sau 15 phút thì cần phải cho người bệnh dùng thêm liều lượng đường.

Không có bằng chứng cho thấy phản ứng của viên glucose gây ra biến chứng hoặc làm tăng thời gian nằm viện của bệnh nhân.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Sơ cứu viên nên dùng viên nén glucose 15g tới 20g để điều trị các ca bị giảm đường huyết, tỉnh táo. (**)
- Sơ cứu viên nên dùng viên nén glucose 15g tới 20g cho các ca trẻ em bị giảm đường huyết, tỉnh táo. (**)
- Nên cho người bệnh dùng thêm liều glucose nếu các triệu chứng bệnh không thuyên giảm sau 15 phút. (**)
- Nếu không có sẵn viên glucose dạng nén, nên dùng các loại đường ăn uống thường sẵn có như: kẹo đường, kẹo bạc hà, viên đường, kẹo dẻo, nước cam cho các ca bị giảm đường huyết, tỉnh táo. (*)
- Nếu không chắc chắn về dấu hiệu bệnh giảm đường huyết hay tăng đường huyết thì cách can thiệp hợp lý là làm tương tự như ca giảm đường huyết. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Tài liệu tập huấn sơ cấp cứu nên tập trung vào các ca bị tăng đường huyết có diễn tiến bệnh từ từ và có thể người bệnh không có triệu chứng bệnh trong nhiều giờ đồng hồ hoặc nhiều ngày. Giảm đường huyết thường xuất hiện đột ngột, có các triệu chứng nguy hiểm tới tính mạng (xuất hiện theo chu trình):

- Đói, đau đầu
- Run người
- Có các biểu hiện tâm lý (thường là hành vi tương tự như bị say rượu)
- Mất tỉnh táo
- Co giật (xuất hiện cuối)

Việc nhận biết các ca bị giảm đường huyết là quan trọng nhất vì người bệnh cần phải được điều trị nhanh. Não bộ cần đường để tồn tại, do vậy nếu thiếu đường chuyển lên não thì có thể gây co giật và tổn thương não. Nên giữ người bệnh tỉnh táo, và họ có thể ăn uống đường (dạng thức ăn hoặc chất uống lỏng) bình thường nếu vẫn tự ăn uống được hoặc ăn uống đường dưới sự giúp đỡ của sơ cứu viên. Nếu người bệnh có triệu chứng mệt mỏi, không tỉnh táo, và việc ăn uống có thể gây nguy hiểm do người bệnh hít đồ ăn uống vào đường thở thì nên gọi cấp cứu y tế ngay lập tức. Điểm quan trọng cần lưu ý là việc điều trị giảm đường huyết thường hiếm khi làm lượng đường huyết của người bệnh tăng lên và giúp giảm hoặc điều trị các triệu chứng nguy hiểm tới tính mạng. Nếu không chắc người bệnh bị tăng hay giảm đường huyết thì nên điều trị cho họ như thể họ bị giảm đường huyết. Cho người bị tăng đường huyết ăn, uống đường hiếm khi làm nguy hại cho họ nhưng nếu bỏ qua không chữa cho người bị giảm đường huyết thì có thể gây cho họ các hậu quả về sức khoẻ lâu dài. Xem thêm phần [Bất tỉnh và làm suy giảm trạng thái tỉnh táo, co giật](#) và [Đột quỵ](#).

Dùng ôxy

Giới thiệu

Cho người bệnh bị các loại bệnh hoặc tổn thương cấp tính dùng trợ thở ôxy thường được chấp nhận và thực hành mặc dù không có bằng chứng cho thấy cách can thiệp này là hiệu quả. Mặc dù trong hầu hết các trường hợp thì người bệnh cần lượng ôxy bình thường, song không phải tất cả các trường hợp khẩn cấp bệnh nhân bị thiếu ôxy trong máu (là trường hợp nguy hiểm, cơ thể hoặc một bộ phận cơ thể bị thiếu ôxy). Ngoài ra, việc bổ sung thêm ôxy cho người bệnh có thể dẫn tới hiện tượng lượng ôxy trong máu cao; mà theo một số nghiên cứu thì trong một số trường hợp bệnh việc tăng lượng ôxy trong máu sẽ làm chấn thương phần mềm (ví dụ: hồi sức trẻ sơ sinh, bệnh nhồi máu cơ tim, một số ca đột quỵ, vv). Việc hít thở ôxy không được coi là hoạt động phổ biến của sơ cấp cứu song trong một số trường hợp cụ thể có thể được tập huấn cho sơ cứu viên. Bảng chứng của chủ đề này được xem xét nghiên cứu năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Không có bằng chứng phản bác lại việc sơ cứu viên thực hiện cho nạn nhân thở ôxy. Tuy nhiên, có bằng chứng ủng hộ việc cho nạn nhân thở bình ôxy trong các trường hợp bị bệnh về sức ép.

Bổ sung ôxy làm tăng độ axit huyết (SpO₂ cao hơn 90%) ở các bệnh nhân bị bệnh nhồi máu cơ tim làm tổn thương về cơ tim và cơ của nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên, có mối liên quan giữa các bệnh về sức ép (lực ép) và các hậu quả sức khoẻ xấu. Việc đo mức độ bão hoà ôxy cần có thiết bị đo ôxy đặt xuyên qua mạch và cần phải đào tạo người sử dụng thiết bị này.

Với các trường hợp điều trị bệnh tại nhà do ung thư giai đoạn cuối, việc cho thở ôxy không có lợi ích gì cho bệnh nhân về mặt y tế song giúp thuyên giảm ở các bệnh nhân mắc chứng khó thở hoặc giảm ôxy huyết.

Với ca có phơi nhiễm với monoxide, có thể có ích nếu cho bệnh nhân thở ôxy càng sớm càng tốt trong khi chờ lực lượng cấp cứu y tế tới hiện trường.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Việc áp dụng trợ thở ôxy là kỹ thuật chỉ áp dụng hạn chế đối với sơ cứu viên và chỉ dùng cho những người đã được tập huấn về hỗ trợ cho người bệnh thở ôxy. (**)
- Sơ cứu cho người lặn bị các bệnh về áp suất là một kỹ thuật hợp lý áp dụng cho các sơ cứu viên được đào tạo cụ thể về kỹ thuật này. (*)
- Việc hỗ trợ thở ôxy cho các bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối bị khó thở hoặc giảm ôxy huyết là kỹ thuật hợp lý cho các sơ cứu viên được đào tạo về kỹ thuật này. (*)
- Hỗ trợ thở ôxy cho các ca bệnh hít phải khí độc carbon monoxide cho tới khi lực lượng cấp cứu y tế tới hiện trường là kỹ thuật hợp lý cho các sơ cứu viên đã được tập huấn. (*)
- Khi cho người bệnh thở ôxy, nên điều chỉnh cho lượng SpO₂ ở mức cao hơn 94% (cao hơn mực nước biển) nếu sơ cứu viên đã được đào tạo dùng thiết bị đo ôxy bằng đường mạch. (*)

Lưu ý khi thực hiện

Việc triển khai hướng dẫn này còn tùy thuộc vào luật pháp, quy định và quy trình ở địa phương bao gồm cả trách nhiệm bảo vệ. Các Hội quốc gia có thể cần phải dùng nhiều phương pháp thực hiện tùy theo cơ hội đào tạo và hoàn cảnh trong nước. Cần cân nhắc việc bảo dưỡng duy tu thiết bị, nơi lưu kho, ống khí nén, quy định về kiểm tra và thử nghiệm của địa phương. Nên tập huấn cho sơ cứu viên trong các khoá tập huấn chuyên biệt về cách sử dụng thiết bị hỗ trợ thở ôxy, nếu họ cần triển khai và sử dụng các thiết bị này.

Sốc và các vị trí cần đặt người bị sốc

Giới thiệu

Sốc là khái niệm chung chỉ hiện tượng thiếu máu ở các cơ quan và phần mềm chính của cơ thể, do vậy dẫn tới hiện tượng thiếu ôxy. Tài liệu này đề cập tới các ca sốc thường gặp như giảm lưu lượng máu, có vấn đề về tuần hoàn máu, phân bố máu (thường là do quá mất cảm hoặc nhiễm trùng) và tắc nghẽn mạch. Nguyên nhân gây ra sốc rất nhiều và có thể là do mất máu, thương tổn, nhồi máu tim, quá mất cảm, tắc nghẽn mạch máu chính hoặc do chất độc. Những người bị sốc thường hay bị yếu, mệt mỏi, chóng mặt và có thể bị thay đổi trạng thái nhận thức, tỉnh táo (hưng phấn quá mức, trầm cảm hoặc không có đáp ứng). Sơ cứu viên có thể quan sát thấy ở người bệnh hiện tượng da lạnh, da ướt, xanh xao, tái xám, tim đập nhanh và thở nhanh.

Khi xác định được các nguyên nhân cụ thể gây sốc trong giai đoạn đánh giá ban đầu, sơ cứu viên nên tập trung vào việc xử lý các nguyên nhân này (đặc biệt là cầm máu) và hỗ trợ tuần hoàn. Có nhiều biểu hiện của sốc mà sơ cứu viên không thể xử lý và người bệnh cần có chăm sóc của lực lượng có chuyên môn cao hơn. Để hỗ trợ tuần hoàn, đặt người bệnh vào vị trí đúng là nhiệm vụ quan trọng đối với sơ cứu viên.

Bảng chứng khoa học của chủ đề này được xem xét vào năm 2015 và hướng dẫn phía dưới đã được cập nhật.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Một cuộc nghiên cứu tổng hợp các bài báo khoa học về chủ đề đặt đúng vị trí cho người bị sốc được thực hiện vào năm 2015. Phần còn lại của chủ đề là tầm quan trọng của việc đào tạo sơ cấp cứu và áp dụng các hướng dẫn dựa trên ý kiến chuyên môn.

Mặc dù bằng chứng khoa học là yếu song việc đặt người bệnh vào tư thế đúng – tư thế nằm ngửa – có khả năng giúp người bệnh cải thiện các dấu hiệu sinh tồn và chức năng tim tốt hơn so với các tư thế khác.

Nâng cao chân người bệnh (viết tắt tiếng Anh là PLR) có thể giúp cải thiện tuần hoàn mạch với những ca không có dấu hiệu bị chấn thương. Tuy nhiên, biện pháp này không mang lại những cải thiện sức khoẻ lớn một cách chắc chắn. Không xác định được góc nên nâng chân để mang lại kết quả tối đa và nghiên cứu cho thấy ngưỡng này nằm ở mức góc từ 30 độ tới 60 độ. Cũng không có nghiên cứu nào cho thấy tác dụng có hại của việc nâng chân người bệnh. Các khuyến nghị nêu rõ tầm quan trọng của giá trị của thao tác nâng chân song những giá trị này không có cơ sở chắc chắn về tác dụng về lâm sàng, cải thiện dấu hiệu sinh tồn và chức năng tim với các ca đặt chân nạn nhân bị sốc nằm ngửa (có hoặc không nâng chân) so với các nguy cơ nếu di dời nạn nhân.

Các vị trí đặt nạn nhân kiểu khác thì tùy thuộc vào dấu hiệu sinh tồn và quy trình sơ cấp cứu.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Với người bị sốc hoặc có nguy cơ bị sốc, nên giữ ấm cơ thể để phòng cơ thể bị mất nhiệt. (**)
- Sơ cứu viên nên đặt nạn nhân về vị trí nằm ngửa. (**)
- Sơ cứu viên nên đặt nạn nhân không có đáp ứng, thở bình thường về tư thế nằm nghiêng để giữ cho đường thở của họ mở (vị trí phục hồi). (**)
- Sơ cứu viên có thể nâng cao chân người không bị chấn thương ở vị trí từ 30 độ tới 60 độ nếu làm như vậy giúp người bệnh cảm thấy dễ chịu hơn; và thao tác này có thể giúp cải thiện dấu hiệu sống trong vài phút. (*)
- Sơ cứu viên nên gọi cấp cứu khẩn cấp nếu nạn nhân có vẻ xuất hiện các triệu chứng xấu đi đe dọa tính mạng do sốc hoặc có các triệu chứng bị sốc. (Là kinh nghiệm tốt)
- Với những người bị sốc do nhồi máu cơ tim, nên cân nhắc đặt họ ở tư thế khác (gống như tư thế nằm ngửa với chân được nâng cao). (Là kinh nghiệm tốt)
- Với trường hợp nạn nhân bị khó thở và không chịu được tư thế nằm ngửa, thì sơ cứu viên nên đặt họ ở tư thế mà họ thấy chịu được, thoải mái (thường là ở tư thế nửa ngồi nửa nằm hoặc tư thế gối, đầu ngả về phía trước. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Khi giảng sơ cấp cứu về phần này cần phải nhấn mạnh các can thiệp ở cấp độ sơ cứu gồm đánh giá phản xạ, kiểm tra sự thở xem có bình thường không. Với những bệnh nhân không có đáp ứng khi kiểm tra phản xạ và không thở bình thường, thì cần thực hiện CPR (ép tim phổi hồi sức). Nếu không phải là trường hợp không có đáp ứng và nghi ngờ người bệnh bị sốc thì cần đặt họ về vị trí phù hợp, kiểm soát sự thở và bảo vệ cho thân nhiệt của họ không bị hạ thấp.

Đặt người bệnh về tư thế nằm ngửa là hướng dẫn chung song thường thì người bệnh bị khó thở không chịu được tư thế này. Nếu ở trường hợp này thì sơ cứu viên nên đặt người bệnh về tư thế dễ chịu nhất cho họ (thường là tư thế nửa nằm nửa ngồi hoặc gối ngả đầu về phía trước). Nếu người bệnh thở bất thường và thay đổi độ tỉnh táo theo chiều hướng xấu, thì nên đặt người bệnh về tư thế nằm ngửa, tư thế phục hồi.

Các thao tác thêm tiếp theo đòi hỏi phải có kiến thức kỹ năng và dụng cụ y khoa. Can thiệp ở mức độ sơ cấp cứu chỉ có tác dụng điều trị hạn chế. Trong trường hợp ngoại lệ, với bệnh nhân bị sốc do quá mất cảm thì cho người bệnh dùng epinephrine (hóc-môn vô thương thận).

Tình trạng không có đáp ứng và thay đổi trạng thái tỉnh táo

Giới thiệu

Không có đáp ứng là khi người bệnh không phản ứng lại bằng lời nói hoặc cử động khi được kích thích. Sơ cứu viên cần thao tác hiệu quả để tìm ra nguyên nhân và xem người bệnh còn thở không, sau đó quyết định hành động phù hợp nhất. Hướng dẫn dựa trên bằng chứng khoa học của phần này được cập nhật vào năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Phân khảo cứu tài liệu khoa học cho thấy các cách tiếp cận xử lý ca không có đáp ứng không dựa trên các nghiên cứu hồi quy có chất lượng cao nhằm trực tiếp nghiên cứu về chủ đề này. Có nhiều nguyên nhân gây ra hiện tượng mất tỉnh táo ở nhiều mức độ từ góc độ khoa học giúp chúng ta tìm ra một số cách tiếp cận chính về chủ đề này. Sơ cứu viên nên tập trung tìm ra các nguyên nhân có thể can thiệp sơ cứu được, gọi cấp cứu y tế và vận chuyển người bệnh tới cơ sở chăm sóc y tế cấp cao hơn và đặt người bệnh ở vị trí an toàn.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Nếu người bệnh bất tỉnh, sơ cứu viên nên kiểm tra và đảm bảo họ thông thoáng đường hợp và xem xét nếu bệnh nhân có triệu chứng thở bất thường. (**)
- Sơ cứu viên nên triển khai CPR nếu cần thiết. Cần lưu ý là với ca ngừng tim thì người bệnh có thể có các biểu hiện bệnh giống như ca co giật, động kinh trong thời gian ngắn. (**)
- Cần nhắc các nguyên nhân khác như: ngộ độc, tiểu đường nguy cấp, giảm đường huyết và chấn thương đầu. (*)
- Sơ cứu viên nên đặt người bệnh về vị trí phục hồi và gọi cấp cứu y tế. (*)

Lưu ý khi thực hiện

Một người bị bất tỉnh bất ngờ (ví dụ: bất tỉnh là do hậu quả của ngừng tim, đột quỵ, giảm đường huyết, chất độc, chấn thương đầu, bị điện giật) hoặc bất tỉnh diễn tiến chậm (ví dụ: hậu quả của việc bị ngộ độc, trúng độc, hoặc tăng đường huyết). Bất tỉnh có thể sẽ dẫn tới thay đổi trạng thái nhận thức, và sơ cứu viên có thể phải can thiệp sớm ngay khi phát hiện ra người bệnh có dấu hiệu thay đổi trạng thái nhận thức.

Khi 1 người bị bất tỉnh, đường thở của họ bị nghẽn. Do vậy cần làm thông thoáng đường thở và đặt người bệnh vào vị trí phục hồi (nằm nghiêng) (xem phần [Sốc](#))

Ngất xỉu

Giới thiệu

Ngất xỉu là khi 1 người bị bất tỉnh trong thời gian ngắn và đây là hiện tượng não bộ bị thiếu hụt máu, và người bệnh nhanh chóng phục hồi trạng thái tỉnh. Hiện tượng này xuất hiện ở các nơi công cộng khá thường xuyên và cần đào tạo sơ cấp cứu về chủ đề này. Hướng dẫn thuộc chủ đề này là phần hoàn toàn mới bổ sung của tài liệu.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Nghiên cứu xem xét các bằng chứng khoa học về chủ đề này đã được thực hiện song không phát hiện được các nghiên cứu cụ thể về sơ cấp cứu cho các trường hợp bị ngất xỉu.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Nếu 1 người thờ bình thường song không có đáp ứng, thì cần duy trì đường thở bằng cách đặt họ vào vị trí phục hồi - ngửa cằm, đầu ngả ra sau. (**)
- Nếu có hiện tượng thờ bất thường hoặc không thờ, thì cần thực hiện hồi sức tim phổi ngay lập tức. (**)
- Cần kiểm tra ca không có đáp ứng nhanh để xem họ có dấu hiệu sự thờ, tuần hoàn và tràn dịch phổi không (nếu sơ cứu viên được tập huấn làm kỹ năng này). (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu người bệnh úp mặt (nằm sấp), không có phản ứng thì sơ cứu viên phải lật mặt họ lên và kiểm tra sự thờ. (Là kinh nghiệm tốt) (xem thêm Hồi sức tim phổi).
- Sơ cứu viên nên gọi cấp cứu y tế ngay nếu người bệnh bất tỉnh do các nguyên nhân khác nhau, từ không nghiêm trọng tới nghiêm trọng đe dọa tính mạng. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên nên cân nhắc xem người bị bất tỉnh có bị bất tỉnh do lượng đường máu thấp, đột quy hoặc co giật, động kinh hoặc các bệnh nguy hiểm khác không. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Một người bị bất tỉnh bất ngờ (ví dụ: bất tỉnh là do hậu quả của ngừng tim, đột quy, giảm một số nguyên nhân gây ra việc thay đổi trạng thái nhận thức mà sơ cứu viên có thể xác định được thì cần phải can thiệp phù hợp (xem thêm phần Tiểu đường và Giảm đường huyết, Đột quy, Sang chấn não, Ngộ độc). Mặc dù là hiện tượng ngất xỉu thường xảy ra, song biện pháp đồng loạt trong hầu hết các trường hợp là gọi cấp cứu y tế.

Viêm tắc phế quản

Giới thiệu

Viêm tắc phế quản là một bệnh về đường hô hấp, thường bắt đầu bởi hiện tượng viêm nghiêm trọng phần phía trên của đường thở. Việc viêm nhiễm, sưng họng và phần trên của đường thở làm cản trở việc thở bình thường và làm cho người bệnh ho dữ dội, khó khè và khàn giọng. Các triệu chứng này thường bị xấu hơn vào ban đêm. Chủ đề và hướng này là phần mới xây dựng của tài liệu và dựa trên bằng chứng.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Phun sương là cách điều trị cho các ca trẻ em bị viêm phế quản. Bằng chứng từ một nghiên cứu tổng hợp bằng chứng khoa học và một thử nghiệm có chứng ngẫu nhiên ở trẻ em bị viêm phế quản cho thấy không khí ẩm không làm giảm nhịp tim (khác biệt về thống kê), nhịp thở, mức độ ho và thời gian điều trị bệnh viện hoặc tăng bão hoà ôxy. Bằng chứng này chỉ ở mức độ chất lượng khoa học kém do nguy cơ sai số và không chính xác.

Không có bằng chứng cho thấy nên phải đặt trẻ em bị viêm phế quản vào tư thế cụ thể nào.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Nên đặt trẻ ở bất cứ tư thế nằm nào, miễn là trẻ cảm thấy dễ chịu và dễ thở nhất. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu trẻ bệnh bị thở dốc thì phải gọi cấp cứu y tế ngay, hoặc đem trẻ tới cơ sở y tế hoặc thăm khám bác sỹ ngay. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Cách xử trí truyền thống với ca viêm phế quản là làm ẩm không khí hoặc dùng thiết bị phun sương nóng. Tuy nhiên, không có bằng chứng về hiệu quả của các cách làm này. Ngoài ra, việc phun hơi sương nóng có thể làm bỏng người bệnh.

09.

Sơ cấp cứu cho các trường hợp bị thương

Quay lại
mục lục

Dị vật đường thở

Giới thiệu

Dị vật đường thở (viết tắt tiếng Anh là: FBAO) là một trong những tình huống nguy hiểm đe dọa tính mạng song có thể xử lý được ngay cả bởi người thường. Có bằng chứng cho thấy rất nhiều loại kỹ thuật khác nhau có thể áp dụng để sơ cứu cho người bị nạn; tùy theo lứa tuổi, khối lượng cơ thể, và có tỉnh táo hay không. Các bằng chứng khoa học mới về chủ đề này được xem xét năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Dị vật đường thở do đồ ăn uống tiêu được (ví dụ: hạt, cà rốt) hoặc đồ không tiêu hoá được (ví dụ: nam châm) là nguyên nhân gây các tình huống khẩn cấp về đường thở, đặc biệt là ở trẻ em nhỏ và gây ra tỷ lệ cao các bệnh về đường thở và biến chứng mãn tính khác. Tỷ lệ tử vong do dị vật đường thở là điểm nhấn chính giải thích tầm quan trọng phải thực hiện các biện pháp phòng ngừa và sơ cấp cứu cho vấn đề này.

Cuộc khảo cứu năm 2010 của Ủy ban Phối hợp về Hồi sức cấp cứu quốc tế cho thấy có một số nghiên cứu nên tập trung vào việc gấp, loại bỏ dị vật trước với trường hợp nạn nhân còn tỉnh. Có một số kỹ thuật có thể áp dụng để giải thoát tình trạng nghẹt thở và các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công cao hơn khi áp dụng các kỹ thuật khác chứ không phải kỹ thuật gấp dị vật. Tuy nhiên, đã có báo cáo về các biến chứng trong bụng do việc ép bụng, thậm chí cả với trường hợp thực hiện kỹ thuật ép bụng đúng cách. Các biến chứng gồm có: tổn thương mạch máu, gãy xương sườn, tổn thương, dập các cơ quan nội tạng, và dập cơ hoành. Các chấn thương về mạch máu được báo cáo gồm: laceration động mạch chủ, dập van động mạch, làm tụ cục máu trong động mạch (ở cả phần phình ra và không phình ra của đại mạch).

Với trường hợp bệnh nhân không tỉnh táo, hướng dẫn của Ủy ban Phối hợp về Hồi sức cấp cứu quốc tế năm 2010 cho thấy thao tác ép tim phổi hồi sức tạo ra sức ép lớn hơn tới đường thở thay vì ép bụng nhằm loại bỏ dị vật. Việc dùng tay gấp bỏ dị vật trong trường hợp người lớn bất tỉnh và trẻ em nhỏ hơn 1 tuổi có thể tạo ra hiệu quả song có khả năng gây hại cho người bị thương và sơ cứu viên.

Theo Hướng dẫn về Sơ cấp cứu và hồi sức quốc tế từ năm 2011 không có các cuộc điều tra lâm sàng nào lớn được phổ biến kết quả nghiên cứu liên quan tới kỹ thuật loại bỏ (gấp, rút) dị vật đường thở. Chỉ có một vài báo cáo về nghiên cứu ở động vật và một nghiên cứu hồi quy về chủ đề này được xuất bản.

09 Sơ cấp cứu cho các trường hợp bị thương

04 báo cáo trường hợp mô tả về biến chứng sau khi thực hiện thao tác ép phần dưới cơ hoành: một ca bị tràn máu màng ruột gây tử vong do rách vách ngăn thuộc rốn, thủng dạ dày ở một người bệnh bị ung thư họng, dập cơ hoành ở một ca trẻ em và tràn khí phổi ở vùng trung thất-cổ do ở ca bị dị vật nhọn đâm.

Trong một nghiên cứu trên động vật so sánh lực ép lên đường thở và màng phổi do thao tác ép bụng, trên ngực và ép ngang ngực. Thao tác ép ngang lồng ngực tạo ra nhiều lực nhất, sau đấy là thao tác ép trên ngực và ép phần thân trên. Không có động vật nào tham gia vào nghiên cứu bị tổn thương nội tạng. Tuy nhiên, cần có nghiên cứu trên người trước khi có thể đưa ra các thay đổi về hướng dẫn của phần này.

Một báo cáo phân tích tổng hợp về dị vật đường thở dự tính về các tổn thương do dị vật đường thở tính theo giới tính, tuổi, loại hình dáng cơ thể, vị trí bị dị vật đường thở, biểu hiện lâm sàng, các quy trình chẩn trị hoặc điều trị và biến chứng trong 30 năm từ 1978 tới 2008. Nghiên cứu tìm ra 174 bài báo khoa học có các phân tích. Dị vật đường thở thường gặp ở trẻ nhỏ (20% số trẻ em ở lứa tuổi từ 0 tới 3 tuổi). Các dị vật là đồ ăn, ví dụ các loại hạt, là loại dị vật được ghi nhận nhiều nhất và nam châm là loại đồ vật không ăn được bị trẻ nuốt nhiều nhất. Các triệu chứng không rõ ràng hoặc hoàn toàn không có triệu chứng gì là việc hay gặp ở các trường hợp nuốt dị vật và lý giải tại sao các chẩn đoán hay bị sai hoặc chậm. Các biến chứng cấp và mãn tính xuất hiện trong 15% số ca bệnh. Kết quả nghiên cứu về việc dị vật lọt vào đường thở ở trẻ em nêu ra tầm quan trọng của việc áp dụng các biện pháp để phòng và sơ cứu.

Vào năm 2014, một nghiên cứu xem xét về kết quả điều trị cuối cùng của 138 ca dị vật đường thở không có đáp ứng hoặc không có đáp ứng sau khi tiến hành các thao tác sơ cứu ban đầu trước khi lực lượng cấp cứu y tế tới hiện trường. Nghiên cứu này cho thấy người qua đường thực hiện thao tác ép ¼ ngực với ca bị nghẽn đường thở giúp cải thiện kết quả đầu ra về sức khoẻ ở các trường hợp không có đáp ứng và bất tỉnh.

Năm 2015, Hội đồng tư vấn khoa học Mỹ hoàn thành một cuộc khảo cứu về dị vật đường thở. 05 nghiên cứu cho kết quả về tác dụng của biện pháp ép bụng. Nghiên cứu có giá trị khoa học nhất là của tác giả Soroudi và các cộng sự. Họ xem xét dữ liệu của bệnh viện vùng San Diego, bang California, Mỹ về tất cả các ca người lớn được xử trí ngoài bệnh viện về sơ cứu tắc đường thở. Họ tìm được 513 ca. Trong số các kỹ thuật sử dụng để làm thông đường thở gồm thì kỹ thuật ép dưới cơ hoành là được sử dụng nhiều nhất. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật là 86.5%. Tác giả Day và cộng sự đã xuất bản nghiên cứu với các bằng chứng không rõ ràng về việc ưu tiên sử dụng thao tác ép dưới cơ hoành hơn so với vỗ lưng. Nghiên cứu này gộp phần ghi chép của nhiều nghiên cứu nhỏ lại với nhau. Áp dụng biện pháp ép dưới cơ hoành với 04 trường hợp tình nguyện viên tham gia nghiên cứu khoẻ mạnh thì cho kết quả tạo ra nhiều lực lên đường thở hơn là biện pháp vỗ lưng. Lực ép cũng kéo dài (khác biệt về thống kê). 03 nghiên cứu khác cũng ủng hộ lợi ích của việc ép ngực với các ca nghẽn đường thở. Langhelle và cộng sự cho thấy trong một nghiên cứu so sánh ở 12 xác nghiên cứu, thì việc ép ngực tạo ra nhiều lực lên đường thở hơn là ép bụng. Vào năm 1976, Guildner và cộng sự tổ chức một nghiên cứu trên 06 tình nguyện viên khoẻ mạnh and bị gây mê. Nghiên cứu của họ cho thấy việc ép ngực tạo ra nhiều lực và luồng khí hơn là việc ép bụng. Cũng có 01 báo cáo trường hợp về việc dùng thao tác ép ngực loại bỏ dị vật đường thở thành công trong khi phương pháp ép bụng là thất bại. Có 2 báo cáo ủng hộ việc vỗ lưng với ca bị nghẽn đường thở. Ruben và Macnaughton báo cáo về nghiên cứu bệnh nhân có sử dụng các phẫu thuật chọn lọc. Họ cho thấy việc ép xương ức và vỗ ngực tạo ra lực ép lên đường thở tương đương nhau song những lực ép này cao hơn so với lực ép do việc ép dưới cơ hoành. Gordon và cộng sự tổ chức một nghiên cứu trên 10 con chó, 04 con khi đầu chó và 06 người. Họ phát hiện ra la lực ép lên đường thở ở mức cao nhất khi thực hiện thao tác vỗ lưng trong khi thao tác ép ngực và ép bụng lại tạo ra luồng khí mạnh nhất lên đường thở.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Các thao tác: ép ngực, vỗ lưng và ép bụng đều có tác dụng như nhau với các ca dị vật đường thở, với người bị thương tình, với cả người lớn và trẻ em lớn hơn 1 tuổi. (**)
- Với người bị thương là người lớn và trẻ em lớn hơn 1 tuổi, bất tỉnh thì nên thực hiện thao tác ép ngực để loại bỏ dị vật. (**)
- Với trẻ sơ sinh và trẻ dưới 1 tuổi bất tỉnh thì nên áp dụng phối hợp cả thao tác vỗ lưng, tiếp theo là ép ngực hoặc chỉ thao tác ép ngực để loại bỏ dị vật đường thở. (**)
- Kết hợp vỗ lưng và ép ngực có thể áp dụng với ca trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ hơn 1 tuổi bị dị vật đường thở, còn tỉnh táo. (*)
- Dùng tay gấp, rút dị vật có thể áp dụng với ca bị dị vật đường thở là người lớn, trẻ lớn hơn 1 tuổi bất tỉnh và chỉ áp dụng khi nhìn thấy dị vật là chất rắn ở đường thở. (*)
- Không có đủ bằng chứng khoa học về hiệu quả của việc áp dụng các biện pháp khác nhau với ca bị dị vật đường thở là người béo phì và phụ nữ mang thai. (*)
- Trong trường hợp người bị thương còn tỉnh, sơ cứu viên phải có khả năng phân biệt dấu hiệu người bị thương bị nghẹt thở hoàn toàn (nếu người bị thương không có khả năng nói, ho yếu và khó khăn hoặc không thở được) và ca bị nghẹt thở nhẹ (người bị thương có khả năng nói, ho và thở được). (*)
- Người bị dị vật đường thở nhẹ cần được theo dõi giám sát cho tới khi người này có các dấu hiệu cải thiện hiện thương khó thở. (Là kinh nghiệm tốt)
- Mặc dù có các báo cáo về việc các ca xử trí bằng phương pháp ép bụng gây chấn thương song chưa có đủ bằng chứng xác định việc áp dụng kỹ thuật ép ngực, vỗ lưng, hoặc ép bụng nên thực hiện trước ở ca người lớn và trẻ em hơn 1 tuổi còn tỉnh. (Là kinh nghiệm tốt)
- Các kỹ thuật này nên được áp dụng nhanh, theo chuỗi kết hợp cho tới khi đường thở thông thoáng trở lại; có thể áp dụng nhiều hơn 1 kỹ thuật ở ca người lớn và trẻ em hơn 1 tuổi còn tỉnh. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Dấu hiệu bị nghẹt đường thở:

- Ho, ho mạnh hoặc ho yếu
- Ôm họng bằng 1 hoặc 2 tay
- Không có khả năng ho, nói, khóc hoặc thở
- Tạo ra các tiếng kêu ở phần trên của cổ họng và thở nặng nề.
- Hoảng loạn
- Da xanh xao
- Bất tỉnh nếu không làm thông đường thở.

Các sơ cứu viên cần ghi nhớ về các dấu hiệu của việc bị nghẹt đường thở song không nên can thiệp trừ khi đường thở của người bị nạn bị nghẹt hoàn toàn; bởi vì cơ thể có cơ chế tự làm thông đường thở và cơ chế này có thể còn hiệu quả hơn so với các kỹ thuật can thiệp.

09 Sơ cấp cứu cho các trường hợp bị thương

Một người bị nghẹn hoàn toàn đường thở không thể ho, nói hoặc thở được. Tuy nhiên, người đó có thể ho yếu hoặc gây ra các tiếng kêu ở phần trên của họng, và đây là các dấu hiệu đường thở của người này bị nghẹn hoàn toàn. Đôi khi, người bị thương có thể ho yếu, tạo ra các tiếng kêu, âm thanh ở phần trên của họng, và đây là các dấu hiệu cho thấy người này không có đủ không khí để tồn tại. Sơ cứu viên cần phải hành động ngay trong các trường hợp này. Nếu có người đi đường xung quanh, nên yêu cầu họ gọi sơ cấp cứu y tế gấp để chăm sóc cho người bị thương.

Dị vật đường thở tuy không hay xảy ra song có thể can thiệp để cứu người bị thương không bị tử vong do tai nạn. Thường thì, có cơ hội để can thiệp sớm khi mà người bị thương vẫn còn có đáp ứng. Nguyên nhân thường gặp nhất của hiện tượng nghẹt thở ở người lớn là do thức ăn. Ở trẻ em và trẻ sơ sinh, các ca nghẹt thở thường là do ăn hoặc nuốt phải các đồ vật như đồng xu, đồ chơi nhỏ. Nếu người bị thương còn tỉnh thì nên hỏi xem họ có bị nghẹt thở, nghẹn không.

Trong tất cả các trường hợp, việc nhận biết dấu hiệu nghẹn đường thở có vai trò quan trọng tạo ra kết quả cuối cùng với người bị thương. Không được nhầm các ca bị dị vật đường thở với ca bị ngất, trụy tim, co giật, và các ca bị dị ứng quá mẫn cảm hoặc các bệnh có thể gây khó thở, xanh tím người hoặc bất tỉnh đột xuất. Dị vật có thể gây ra nghẹt thở từ nhẹ tới nặng.

Dị vật đường thở có thể xuất hiện khi người bị thương đang ăn hoặc uống. Những người có nguy cơ cao bị dị vật đường thở là những người có mức độ tỉnh táo thấp, bị ngộ độc thuốc hoặc chất cồn, chức năng thần kinh bị tổn thương vĩnh viễn gây vấn đề cho cơ giãn cơ khi nuốt và ho (ví dụ: đột quỵ, bệnh Parkinson, bại liệt, mất trí nhớ) các bệnh về đường hô hấp, rụng răng hoặc bộ nhai kém và tuổi già.

Với người lớn và trẻ hơn 1 tuổi:

Nếu thấy 1 người có dấu hiệu bị nghẹn đường thở nhẹ:

Khuyến khích người này tiếp tục ho, và không thực hiện các biện pháp nào khác. Các thao tác can thiệp ví dụ như vỗ lưng, ép bụng và ép ngực có thể gây các biến chứng nguy hiểm và làm cho người bị thương bị nghẹt thở hơn. Người có dấu hiệu bị nghẹt thở nhẹ nên được tiếp tục theo dõi cho tới khi bớt hẳn các dấu hiệu do tình trạng nghẹn thở có thể tiến triển xấu theo thời gian.

Nếu một người có các dấu hiệu bị nghẹn đường thở hoàn toàn và còn tỉnh thì:

Gọi cấp cứu y tế. Áp dụng vỗ lưng 5 lần theo các bước sau:

1. Đứng sang phía bên, hơi gần phía sau lưng lưng của người bị thương.
2. 1 tay đỡ ngực và ngả người bị thương về phía trước để cho khi dị vật long ra khỏi đường thở thì sẽ rơi ra từ đường miệng thay vì tụt sâu hơn xuống đường thở.
3. Dùng phần thịt của lòng bàn tay vỗ 5 lần mạnh, dứt khoát vào phần giữa hai xương vai;
4. Kiểm tra xem sau mỗi lần vỗ lưng thì có giúp cải thiện việc nghẹt đường thở không. Mục tiêu là giúp giải thoát dị vật khỏi đường thở bằng một cái đập vào lưng, do vậy, không nhất thiết phải vỗ tới 5 lần.

Nếu sau 5 lần vỗ lưng mà người bị thương vẫn bị nghẹn thở thì làm tiếp 05 lần ép bụng theo hướng dẫn phía dưới:

1. Đứng phía sau người bị thương, 2 tay vòng xung quanh phần trên của bụng;
2. Hơi ngả người về phía trước
3. Nắm tay thành nắm đấm, đặt giữa phần rốn và phần đáy của xương sườn (phần rốn và mũi ức)
4. Dùng bàn tay còn lại (tay không nắm) bọc lên tay nắm và kéo ngược vào trong, đi lên phía trên
5. Lặp lại 5 lần

6. Nếu dị vật vẫn không di chuyển thì tiếp tục làm 05 lần vỗ lưng và 05 lần ép bụng.

Bất cứ khi nào thấy người bị thương có dấu hiệu xỉu đi hoặc bất tỉnh:

1. Đỡ người bị thương trong khi từ từ hạ người bị thương nằm xuống đất.
2. Nếu lực lượng cấp cứu y tế chưa tới hoặc chưa gọi, thì tiến hành gọi cấp cứu ngay
3. Tiến hành làm ép tim ngực hồi sức theo chu trình.

Dùng tay rút dị vật đường thở:

Tránh không cho tay vào miệng của người bị thương để dò, tìm dị vật. Chỉ được dùng tay rút dị vật khi đây là những dị vật thuộc chất rắn và có thể nhìn thấy bằng mắt thường trong đường thở của người bị thương.

Với người béo phì và phụ nữ mang thai:

1. Chỉ thực hiện ép ngực khi người thực hiện sơ cứu không có khả năng vòng tay qua ngực của người bị thương.
2. Nếu người bị dị vật, nghẹn đường thở là người đang mang thai thì sơ cứu viên nên làm ấn ngực thay cho thao tác ép bụng.
3. Ấn ngực thực hiện thương tự như ép ngực song mạnh hơn và thực hiện chậm hơn.

Trẻ sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi

Nếu trẻ sơ sinh có những dấu hiệu bị nghẹn đường thở nhẹ:

Tiếp tục quan sát trẻ song không làm gì cả. Các thao tác đập lưng và ép ngực có thể gây nên biến chứng nặng và làm cho dị vật vào sâu hơn.

Nếu trẻ có dấu hiệu bị ngạt đường thở hoàn toàn và vẫn tỉnh:

Gọi cấp cứu y tế ngay và thực hiện 05 lần vỗ lưng.

1. Đặt trẻ nằm sấp ngang qua tay người lớn, đầu thấp hơn thân. Đỡ đầu trẻ để phần đầu chúc xuống dưới đất, tư thế nằm sấp, để cho trọng lực giúp đẩy dị vật ra khỏi cơ thể.
2. Sơ cấp cứu viên nên ngồi hoặc quỳ để đỡ trẻ nằm ngang qua đùi.
3. Đỡ đầu trẻ bằng cách đặt 1 ngón tay ở phần góc của cằm dưới, và 1-2 ngón tay đỡ phía bên kia của cằm. Không được ấn vào phần cơ mềm dưới cằm;
4. Dùng phần lòng bàn tay (phần thịt) vỗ 5 lần mạnh, dứt khoát giữa phần xương vai;
5. Kiểm tra nếu sau mỗi lần vỗ, dị vật đã rơi ra ngoài chưa. Mục tiêu của việc vỗ lưng là chỉ cần sau 1 lần vỗ, dị vật rơi ra ngoài; do vậy, không cần vỗ đủ 5 lần.

Nếu thực hiện vỗ lưng 5 lần không làm dị vật rơi ra ngoài thì phải thực hiện ép ngực 5 lần:

1. Trở người cho trẻ để trẻ nằm sấp, đầu chúc xuống đất. 1 tay đặt xuôi theo lưng của trẻ, có thể với tới cả vùng đầu và lưng của trẻ. 1 tay đỡ người trẻ nằm ngang, sấp trên đùi người lớn.
2. Tìm điểm để nhấn ngực, 02 ngón tay đặt dưới đường núm vú.
3. Ấn ngực (ấn xuống khoảng 1/3 chiều dày của ngực trẻ). Giống như ép ngực, song mạnh hơn và chậm hơn.
4. Lặp lại 5 lần.
5. Nếu trẻ vẫn bị nghẹn và dị vật chưa thoát được, thì tiếp tục vỗ lưng 5 lần và ấn ngực 5 lần.

Nếu trẻ xỉu dẫn hoặc bất tỉnh:

1. Đỡ trẻ, và đặt trẻ nằm xuống mặt phẳng cứng.
2. Nếu cấp cứu y tế chưa tới thì ngay lập tức gọi họ
3. Mở đường thở
4. Thổi hơi cho trẻ từ 2 tới 5 hơi. Nếu những lần thổi đầu không làm ngực phồng lên thì đặt lại đầu của trẻ và tiếp tục thổi ngạt.
5. Tiến hành CPR theo đúng chu trình.

Dùng tay rút dị vật:

Nhìn chung, không nên dùng tay rút dị vật khỏi đường thở với trẻ sơ sinh. Những dị vật là chất rắn ở trong đường thở mà có thể nhìn thấy bằng mắt thường thì có thể dùng tay để rút, móc ra.

Chăm sóc sau khi bị dị vật đường thở và chuyển tuyến tới cơ sở y tế:

Sau khi điều trị ca dị vật đường thở thành công, dị vật có thể vẫn còn trong đường thở - phần trên hoặc dưới - và gây ra biến chứng. Trẻ sơ sinh bị ho liên tục, khó nuốt, hoặc vẫn cảm thấy dị vật tắc trong đường thở thì cần được chuyển tuyến tới cơ sở điều trị y tế. Một trong những lý do cần phải khám y tế là người bị thương có thể bị tổn thương phía trong cơ thể nghiêm trọng do ép bụng hoặc bị tổn thương đường thở do ở chỗ dị vật tắc và chỗ rút dị vật.

Bỏng

Giới thiệu

Đã có nhiều nghiên cứu ủng hộ việc điều trị bỏng ngay lập tức bằng việc dùng nước lạnh làm mát các vết bỏng (do hoá chất, điện v.v). Sau khi làm mát ngay lập tức vết bỏng, thì có thể tiến hành băng bó vết thương.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Các bằng chứng khoa học được công bố về phương pháp, thời gian và nhiệt độ lạnh hiệu quả nhất để sơ cứu ca bị bỏng được Hội đồng thống nhất về bằng chứng khoa học xem xét năm 2015. Hội đồng này cũng xem xét các bằng chứng khoa học về các loại chất nên dùng khi bị bỏng.

Kết quả từ một nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên với 24 bệnh nhân và một nghiên cứu quan sát ở 48 bệnh nhân cho thấy không thể chứng minh được là việc làm lạnh chủ động có tác dụng giảm đau ở vết bỏng. Tuy nhiên, hai nghiên cứu quan sát ở 45 và 695 người bệnh cho thấy tác dụng giảm độ sâu của vết bỏng mang tính khác biệt về thống kê. Ở 2 nghiên cứu khác (1 nghiên cứu có chứng ngẫu nhiên, và 1 nghiên cứu quan sát) thì cho thấy không thể chứng minh được tác dụng giảm độ sâu của vết bỏng. 2 nghiên cứu quan sát ở 244 và 125 bệnh nhân cho thấy việc làm lạnh vết bỏng có tác dụng giảm thời gian nằm viện và tỷ lệ nhập viện do bỏng. Ở 01 nghiên cứu quan sát khác thì không chứng minh được việc giảm nhu cầu chăm sóc y tế chuyên sâu sau khi bỏng da do làm lạnh vết bỏng. Ở 1 nghiên cứu quan sát trên bệnh nhân, kết quả cho thấy việc chườm lạnh không có tác dụng giảm thời gian tái tạo mô ở các bệnh nhân được chườm lạnh 20 phút hoặc lâu hơn so với những người không được chườm lạnh.

Các bằng chứng kém chất lượng khoa học khác từ 01 nghiên cứu quan sát cho thấy không có tác dụng giảm tái tạo mô ở những bệnh nhân được làm lạnh vết bỏng với thời gian 20 phút hoặc lâu hơn so với những người không được làm lạnh vết bỏng.

Tóm lại, các bằng chứng hiện tại cho thấy việc làm lạnh vết bỏng ngay lập tức có tác dụng giảm đau, giảm phù nề, giảm tỷ lệ nhiễm trùng và độ sâu của vết bỏng. Ngoài ra, việc làm lạnh ngay vết bỏng có thể làm giảm số bệnh nhân cần nhập viện do bỏng.

Tuy nhiên, không có các khuyến cáo khoa học về nhiệt độ cụ thể cần làm lạnh cho vết bỏng, phương pháp làm lạnh (ví dụ: miếng dán gel, máy làm và đo độ lạnh hoặc nước) cũng như thời gian cần làm lạnh vết bỏng. Việc sử dụng đá để điều trị vết bỏng không có tác dụng và có thể làm tổn thương phần mềm. Chỉ có bằng chứng hạn chế từ 1 nghiên cứu thử nghiệm trong đó ủng hộ việc giữ nguyên các vết phỏng nước và có thể làm giảm khả năng bị nhiễm trùng.

Một nghiên cứu rà soát toàn bộ bằng chứng khoa học từ 04 nghiên cứu có can thiệp dùng lô hội điều trị vết bỏng (Maenthaisong và cộng sự, 2007) và 1 nghiên cứu rà soát toàn bộ bằng chứng từ các nghiên cứu can thiệp dùng mật ong điều trị vết bỏng (Jull và cộng sự, 2008) cho thấy những chất này có thể làm rút ngắn thời gian làm lành vết thương.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Nên làm mát các vết bỏng bằng nước lạnh càng sớm càng tốt, trong vòng tối thiểu 10 phút. (**)
- Nên dùng nước sạch, nước sạch từ vòi để làm lạnh vết bỏng. (Là kinh nghiệm tốt)
- Không nên dùng đá hoặc nước đá áp, đắp lên vết bỏng. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sau khi chườm mát, khuyến cáo nên băng vết bỏng bằng băng đã được tiệt trùng, tùy theo hướng dẫn về điều trị ca bỏng của địa phương. (Là kinh nghiệm tốt)
- Trong trường hợp bị các vết bỏng nhỏ, và không đi khám ở cơ sở y tế, thì có thể dùng lô hội hoặc mật ong bôi lên vết bỏng. (*)
- Không được bôi các chất, thuốc lên vết bỏng trước khi được bác sĩ chuyên môn thăm khám. (Là kinh nghiệm tốt)
- Cần chăm sóc cho các ca bị bỏng lớn hoặc ca bị bỏng là trẻ em sơ sinh, trẻ em nhỏ để giảm nhiệt. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên không được làm vỡ các vết phỏng nước do bỏng. (*)

Cần nhắc khi thực hiện

Thông điệp trong các lớp tập huấn chính là cần làm lạnh các vết bỏng. Nếu không có sẵn nước mát thì nên sử dụng các biện pháp làm lạnh vết bỏng khác nếu các biện pháp này giúp không làm mất nhiệt vết bỏng. Cần có thêm các nghiên cứu về việc bôi và bó các chất có sẵn ở địa phương lên vết bỏng. Với các vết bỏng nghiêm trọng, cần được chăm sóc y tế.

Chảy máu

Giới thiệu

Cầm máu là một kỹ năng chính của sơ cứu viên. Có các bằng chứng khoa học ủng hộ các can thiệp sơ cứu khác nhau áp dụng trong các hoàn cảnh khác nhau để cầm máu cho người bị thương. Mục tiêu của sơ cứu viên là dừng máu càng nhanh càng tốt. Hướng dẫn ở phía dưới được cập nhật dựa trên các bằng chứng được Hội đồng xem xét các bằng chứng khoa học và Hội đồng tư vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ nghiên cứu năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Ép trực tiếp

Vào năm 201, Hội đồng thống nhất bằng chứng khoa học về kiểm soát chảy máu nghiên cứu về hiệu quả của việc ép trực tiếp lên vết thương để cầm máu.

Mặc dù sơ cấp cứu và kiểm soát mất máu là kỹ năng cứu mạng người song chỉ có 02 nghiên cứu báo cáo về hiệu quả của việc băng ép thẳng cho các ca bị thương trước bệnh viện và tại hiện trường. Trong cả 2 nghiên cứu này băng ép được thực hiện bởi lực lượng được tập huấn về y tế. Một nghiên cứu trường hợp mô tả về việc kiểm soát mất máu do những người sơ cứu viên có đào tạo thực hiện. Kiểm soát mất máu thực hiện được bằng cách băng cuốn bằng loại băng co dãn trực tiếp lên vết thương, có lót lớp gạc 10x10cm trên bề mặt vết thương. Cuốn băng xung quanh bề mặt vết chảy máu trong tới khi máu ngừng chảy. Lực ép lên chỗ quấn băng giúp ngừng chảy máu ở tất cả các trường hợp mà không gây biến chứng nào. Ở 01 nghiên cứu trường hợp thứ 2 trong điều kiện bệnh viện đã chiến cho thấy tác dụng của việc băng trực tiếp bằng băng thun co dãn do người có đào tạo chuyên môn thực hiện giúp kiểm soát mất máu thành công ở 50 ca bị thương gồm: cụt chi được so sánh với kỹ thuật buộc cầm máu của 18 ca bị cụt chi do nổ, sập hầm. Kỹ thuật băng ép cho kết quả mất máu ít hơn, tỷ lệ sống cao hơn, và tiếp nhận sắt trong máu cao hơn với 50 ca được băng ép trực tiếp so với 18 ca chúng áp dụng kỹ thuật buộc cầm máu.

4 nghiên cứu về ống thông mạch máu tim và 01 nghiên cứu trên động vật cho thấy băng ép trực tiếp có tác dụng tốt và an toàn để cầm máu.

4 nghiên cứu rà soát so sánh các thiết bị đóng mạch máu với việc băng ép cầm máu. Những nghiên cứu này không thể chứng minh sự khác biệt mang tính thống kê về nguy cơ tụ máu háng, chảy máu háng, chảy máu khớp, thiếu máu lưu thông ở chân tay, hẹp van tim, truyền máu, biến chứng van tim, cần phẫu thuật động mạch tim, và tỷ lệ biến chứng tổng thể. Tuy nhiên, một nghiên cứu rà soát các bằng chứng cho thấy thao tác ép bằng tay giúp giảm nhiễm trùng và tăng thời gian cầm máu so với việc dùng thiết bị giúp ngừng chảy máu. Ở các nghiên cứu này, thao tác ép do các nhân viên y tế có tập huấn chuyên môn thực hiện.

Dùng đá, nâng cao chỗ bị vết thương, băng ga-rô

Năm 2015, Hội đồng thống nhất bằng chứng khoa học tổ chức nghiên cứu so sánh các biện pháp xử lý chảy máu bằng cách chườm đá, nâng chi hoặc băng ga-rô so với biện pháp băng ép thì thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong, mất máu, chảy máu nguy hiểm, biến chứng và thời gian nằm viện.

Chỉ có bằng chứng chất lượng thấp từ 1 nghiên cứu có chứng ngẫu nhiên cho thấy tác dụng của biện pháp chườm lạnh hơn so với băng ép. Một nghiên cứu khác cho thấy lợi ích giảm vết tụ máu ở các bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành dưới da được nhận can thiệp túi lạnh (ép mạch để tăng lưu thông máu) so với những người chỉ được nhận can thiệp dùng túi cát (ép mạch).

Bằng chứng chất lượng thấp từ 1 nghiên cứu có chứng ngẫu nhiên cho thấy lợi ích của băng ép lạnh so với băng ép thường trong các phẫu thuật chỉnh hình. Cuối cùng, 01 nghiên cứu có chứng ngẫu nhiên khác cho bằng chứng kém chất lượng về việc giảm biến chứng do dùng phương pháp băng lạnh.

Băng ga-rô

Việc áp dụng băng ga-rô phần chi bị thương để giảm chảy máu được xem xét lần đầu tiên bởi Hội đồng thống nhất bằng chứng khoa học năm 2010; vào năm 2015 chủ đề này lại được xem xét lại do vẫn còn những ý kiến trái chiều về tác dụng/tác hại tiềm năng của phương pháp này, đặc biệt với trường hợp dùng phương pháp băng ga-rô phần chi bị thương do sơ cứu viên thực hiện để giảm chảy máu. Các nghiên cứu đã tìm hiểu xem liệu việc áp dụng phương pháp băng ga-rô chi bị chảy máu ở trẻ em và người lớn có làm thay đổi về Kết quả điều tra về việc áp dụng băng ga-rô chi với người lớn và trẻ em bị chảy máu chi ngoài da cho thấy có làm thay đổi việc cầm máu, tỷ lệ tử vong nói chung, dấu hiệu sống, khả năng hồi phục chức năng chi, biến chứng, mất máu, và tai nạn ngưng tim so với việc không áp dụng phương pháp băng ga-rô.

Một nghiên cứu trên bệnh nhân có chứng (chất lượng bằng chứng thấp) có 70 người bệnh tham gia cho thấy 83% số người bệnh có sử dụng kỹ thuật băng ga-rô chi có tỷ lệ cầm máu đạt 61% so với những người không được áp dụng phương pháp này. Có bằng chứng (kém chất lượng) từ 06 nghiên cứu trường hợp ở 750 bệnh nhân cho thấy 74.7% ca bị thương áp dụng kỹ thuật băng ga-rô chi giúp cầm máu.

Bằng chứng (kém chất lượng) từ 03 nghiên cứu trên người bệnh trong tổng số 1.768 bệnh nhân tham gia nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt, 12% bệnh nhân được áp dụng phương pháp băng ga-rô chi tử vong so với 9% tử vong trong tổng số không áp dụng phương pháp này. Ngoài ra, các bằng chứng kém chất lượng khác từ nghiên cứu trường hợp ở 903 bệnh nhân cho thấy tác dụng của biện pháp này, chỉ có 10% số bệnh nhân áp được nhận phương pháp băng ga-rô bị tử vong.

Một nghiên cứu trên người (bằng chứng kém chất lượng) so sánh lợi ích của việc áp dụng băng ga-rô ở 165 bệnh nhân; trong đó 6% nhận phương pháp này gặp biến chứng trong khi 9% không nhận phương pháp này bị biến chứng. Bằng chứng chất lượng rất thấp từ 04 nghiên cứu trên ca bệnh của tổng số 846 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ biến chứng trong các ca được áp dụng phương pháp băng ga-rô chi là 4.3% của tổng số ca người bị thương. Tuy nhiên có thể sai số đã xuất hiện trong những nghiên cứu này, do việc nghiên cứu thực hiện trong những bối cảnh có chiến tranh hoặc tương tự.

Các chất cầm máu

Hội đồng thống nhất bằng chứng khoa học năm 2015 thực hiện nghiên cứu xem sự thay đổi của tỷ lệ tử vong, dấu hiệu sống, chảy máu, biến chứng, mất máu, chảy máu nghiêm trọng và tai nạn ngưng tim đối với ca bị chảy máu ngoài do việc áp dụng băng bó dùng chất cầm máu kết hợp với thực hiện sơ cứu chuẩn so với việc chỉ thực hiện sơ cấp cứu chuẩn.

Bằng chứng (chất lượng rất thấp) từ 01 nghiên cứu trường hợp bệnh cho thấy 7.7% số người bị thương được băng dùng chất cầm máu chết (không có nhóm so sánh. Ngoài ra, bằng chứng (chất lượng rất thấp) từ 07 nghiên cứu trên động vật cũng cho thấy 29.1% số bị thương được băng dùng chất cầm máu chết, so với 65.8% số ca được không được băng theo phương pháp này. 04 nghiên cứu trên bệnh nhân (chất lượng nghiên cứu rất thấp) ở 130 bệnh nhân được

09 Sơ cấp cứu cho các trường hợp bị thương

bằng dùng chất cầm máu cho thấy cầm máu xuất hiện ở 90.8% số người tham gia. Bằng chứng rất kém chất lượng từ 03 nghiên cứu trên động vật cho thấy cầm máu xuất hiện ở 74.2% số động vật được nhận bằng dùng chất cầm máu. Bằng chứng chất lượng rất thấp từ 01 nghiên cứu bệnh nhân trên người cho thấy 73% số người tham gia cầm máu trong vòng dưới 3 phút khi được băng có chất cầm máu.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Sơ cứu viên phải kiểm soát chảy máu ngoài bằng cách băng ép trực tiếp lên vết thương. (**)
- **KHÔNG** khuyến cáo việc ép/ấn các điểm cùng của chi và nâng chi. (*)
- Nếu băng ép không giúp kiểm soát các vết chảy máu bên ngoài ở chi, hoặc không kiểm soát được các dấu hiệu nguy hiểm đe dọa tính mạng (ví dụ: đa chấn thương, các vết thương sâu, tai nạn thương tích hàng loạt), có thể cân nhắc thực hiện băng ga-rô chi trong các trường hợp đặc biệt (ví dụ: thảm họa, điều kiện tương tự như chiến tranh, vùng sâu xa, hoặc trong trường hợp chỉ có sơ cứu viên chăm sóc cho người bị thương). (*)
- Phương pháp làm lạnh tại chỗ có hoặc không ép có thể đem lại hiệu quả cầm máu cho những chỗ thương ở phần cùng chi. (*) Phải cẩn thận khi áp dụng phương pháp này cho trẻ em do khả năng bị giảm thân nhiệt.
- Việc áp dụng các chất cầm máu ở ngoài bệnh viện để giảm máu ở các trường hợp bị thương đe dọa tính mạng không theo phương pháp chuẩn, chỉ do các sơ cứu viên đã được tập huấn và chỉ áp dụng trong tình huống không thể thực hiện các phương pháp cầm máu chuẩn. (*)

Cân nhắc khi thực hiện

Trước tiên, tập huấn sơ cấp cứu nên tập trung nhấn mạnh phương pháp băng ép trực tiếp để cầm máu cho người bị thương.

Phương pháp băng ga-rô chi bị chảy máu đã bị loại khỏi các chương trình sơ cấp cho cộng đồng ở nhiều vùng do hiện có ít bằng chứng về tác dụng của phương pháp này khi do sơ cứu viên thực hiện cũng như các quan ngại khác về nguy cơ. Trong các hoạt động của quân đội và trong các hoàn cảnh dân sự có liên quan tới khủng bố cho thấy những lo lắng về phương pháp này có thể không xác đáng, do vậy có thể có lợi ích nếu áp dụng phương pháp này.

Quyết định áp dụng phương pháp băng ga-rô chi trong chương trình tập huấn sơ cấp cứu do người sơ cứu viên thông thường thực hiện phải dựa trên tình huống thực tế về hệ thống y tế, đặc biệt là sự tồn tại và khả năng hệ thống chăm sóc y tế khẩn cấp.

Có thể là hợp lý cho Hội quốc gia cân nhắc dựa trên khả năng thực tế của chương trình sơ cấp cứu để chỉ bổ sung 01 phương pháp (băng ga-rô hay băng dùng chất cầm máu).

Việc bổ sung băng dùng chất cầm máu vào chương trình tập huấn sơ cấp cứu nên dựa trên cơ sở khả năng sẵn có của các băng có sẵn chất cầm máu ở trong nước và liệu người dân bình thường có được phép sử dụng các chất này không.

Nếu Hội quốc gia quyết định bổ sung phương pháp băng ga-rô chi và sử dụng băng có chất cầm máu vào chương trình sơ cấp cứu, Hội cần thực hiện tập huấn các kỹ thuật và đánh giá đúng mức mức độ chảy máu nghiêm trọng. Người học nên nhận thức là các kỹ năng này chỉ nên áp dụng trong các tình huống người bị thương bị đe dọa tính mạng và khi kỹ thuật băng ép trực tiếp không thể áp dụng.

Xem thêm [Sổc](#)

Cụt chi

Giới thiệu

Cụt chi là khi chi hoặc một phần của chi bị cắt rời ra khỏi cơ thể. Cụt chi 1 phần là phần còn lại của chi vẫn dính liền với cơ thể. Cụt chi không nhất thiết dẫn tới việc mất hẳn phần chi bị cụt. Sơ cứu kịp thời có thể nâng cao khả năng hồi phục phần chi bị tổn thương. Bằng chứng của phần này được nghiên cứu vào năm 2015.

Tóm tắt bằng chứng khoa học

Không có bằng chứng ủng hộ việc giữ phần chi bị cụt trong đá. Việc làm lạnh/làm đông phần chi bị đứt rời có thể làm hại phần chi bị rời ra.

Hướng dẫn

Trong trường hợp bị đứt, gãy hoàn toàn chi

- Nếu một phần của chi bị gãy, đứt hoàn toàn, thì khuyến cáo là nên bọc phần chi này bằng băng hoặc gạc vô trùng. Sơ cứu viên nên đặt phần chi bị gãy vào túi nilong sạch, không bị ngấm nước và buộc/bó chặt túi. Nên dùng 1 túi nilong thứ hai chứa đá và nước – sau đó để túi nilong chứa phần chi bị đứt rời vào trong nilong đựng nước đá, đảm bảo nước, và đá không tiếp xúc trực tiếp với phần chi bị đứt rời. (Là kinh nghiệm tốt)
- Gửi kèm túi đựng đoạn chi bị gãy, đứt đi cùng người bị thương tới bệnh viện. (Là kinh nghiệm tốt)

Cần nhắc khi thực hiện

Trong trường hợp bị cụt chi, ưu tiên là cầm máu (xem phần Chảy máu). Quan trọng là không được làm tổn hại thêm cho phần chi đã bị đứt, gãy.

Mặc dù không có nghiên cứu nào cho thấy tác dụng của việc giữ phần chi bị đứt vào đá, song việc giữ lạnh này có thể giúp duy trì chức năng của phần chi bị đứt rời. Nhằm để phòng các tổn thương phần mềm do đặt trực tiếp phần chi bị gãy lên đá, nên bọc phần bị gãy này vào túi nilong trước khi cho vào túi nước đá.

Hiện trên thị trường có bán các bộ túi chăm sóc cho các ca bị gãy cụt, đứt chi gồm có các vật dụng và hướng dẫn cách giữ và vận chuyển đúng cách phần chi bị gãy, cụt.

Bất tỉnh, chấn thương não

Giới thiệu

Các loại chấn thương đầu có thể là nghiêm trọng, gây bất tỉnh, mất kiểm soát đường thở và gây chấn thương não tạm thời. Trong các trường hợp còn lại thì người bị thương do chấn thương đầu song vẫn tỉnh táo. Chấn thương đầu không gây bất tỉnh thường gặp ở người lớn và trẻ em. Do các triệu chứng và dấu hiệu của chấn thương đầu rất phức tạp, sơ cứu viên có thể bị khó khăn khi xác định chấn thương não. Việc này có thể dẫn tới tình huống người bị thương được hỗ trợ kiểm soát chấn thương não muộn cũng như việc tư vấn, chữa trị tiền chấn thương não muộn. Bằng chứng của chủ đề này được xem xét năm 2015 do Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học và Hội đồng tư vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ thực hiện. Hướng dẫn của phần này được cập nhật dựa theo các phát hiện của đợt xem xét bằng chứng năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Năm 2015, Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học xuất bản các bằng chứng về chủ đề này. Tuy nhiên, chỉ có 1 nghiên cứu trước bệnh viện có dùng thang đo mô-tơ đơn giản so sánh với thang đo độ chấn thương não Glasgow (GCS) để đánh giá mức độ chấn thương tạm thời, và cho kết quả không khác biệt giữa hai cách đo về độ bất tỉnh tạm thời.

Về khả năng phân biệt chấn thương đầu và không bị bất tỉnh tạm thời (không chấn thương đầu), có 1 nghiên cứu quan sát (chất lượng thấp) trên 19.408 bệnh nhân có hồ sơ ghi bất tỉnh và nghiên cứu tiến hành phân tích lại mức độ chấn thương đầu dùng thang Glasgow cho kết quả không khác biệt giữa kết quả đo bằng mô-tơ đơn giản và phương pháp đo Glasgow nhằm xác định chấn thương não.

Thời gian nhận biết người bị thương xui dẫn có liên quan tới kết quả cuối cùng về sức khỏe, trong đó tỷ lệ sống trong vòng 30 ngày cho kết quả về hệ thần kinh tốt. Không có bằng chứng nào về khả năng xấu của hệ thần kinh.

Tuy nhiên, đo công cụ đo đòi hỏi phải đánh giá ở 02 giai đoạn – trước khi thi đấu và sau khi chấn thương tạm thời; tuy nhiên cách đánh giá này được khuyến là không nên dùng cho người sơ cứu viên là người dân thông thường.

Hội đồng tư vấn kỹ thuật của Hội Chữ thập đỏ Mỹ nhấn mạnh việc các sơ cứu viên phải nhận biết các dấu hiệu nhỏ của chấn thương não, được gọi là chấn thương não tạm thời (viết tắt tiếng Anh là mTBI) là giống với dấu hiệu bị chấn thương não, xét về mặt nguyên nhân và biểu hiện. Tùy thuộc vào nhiều yếu tố ảnh hưởng, mà biểu hiện và dấu hiệu của các chấn thương về thể chất có thể rất khác nhau và khó hình dung cho sơ cứu viên. Việc chẩn đoán chấn thương não tạm thời gồm có đánh giá nhiều lĩnh vực, không chỉ giới hạn bởi việc đánh giá triệu chứng, dấu hiệu, hành vi, thăng bằng, khả năng điều khiển các bộ phận cơ thể, giấc ngủ, khả năng nhận thức và phân tích và phản xạ khi thử phản ứng; mỗi công cụ đánh giá đưa ra thông tin về trạng thái tổn thương của người bị thương bằng cách đánh giá riêng rẽ từng chức năng của não. Tuy nhiên, các công cụ đánh giá về chức năng tâm lý của não, chức năng thần kinh, cân bằng, và phối hợp các bộ phận cơ thể thường được dùng hơn cả và những công cụ này cung cấp các kết quả đánh giá khách quan về chức năng nhận thức của người bị thương; sự giao động của kết quả đánh giá mang tính cá nhân và kết quả đánh giá sơ ban đầu thường gây khó khăn cho sơ cứu viên khi thực hiện các công cụ đánh giá và đọc kết quả.

Để nhận ra hiện tượng tổn thương não tạm thời, sơ cứu viên cần kiểm tra 02 dấu hiệu ở người bị thương. Thứ nhất, người bị tổn thương não tạm thời thường thấy bị một cú đập, thổi hoặc vỗ mạnh vào đầu hoặc người do bị tác động mạnh vào đầu và não. Thứ hai, sơ cứu viên cần xem người bị thương có dấu hiệu bị thay đổi về chức năng cơ thể, nhận thức, cảm xúc hoặc chu kỳ giấc ngủ. Cần lưu ý là những dấu hiệu này có thể xuất hiện ngay lập tức hoặc không và một số người bị thương có thể không nhận thấy hoặc không nói ra họ bị các hiện tượng này, đặc biệt là ở các vận động viên đang trong thời gian thi đấu.

Tổn thương não tạm thời có thể là rất nhẹ và khó chẩn đoán. Bất cứ người bị thương nào bị chấn thương ở đầu, và gặp phải các triệu chứng, dấu hiệu như liệt kê ở bảng phía dưới nên tạm ngừng các hoạt động và chuyển tới khám ở cơ sở có bác sỹ chuyên môn để được kiểm tra và điều trị chấn thương não tạm thời.

Bảng 3: Dấu hiệu và triệu chứng bị tổn thương não tạm thời

Cơ thể	Nhận thức	Cảm xúc	Giấc ngủ
Nhức đầu	Không nghĩ được	Khó chịu, cáu gắt	Lờ đờ
Buồn nôn hoặc nôn	Đầu óc lơ mơ	Buồn	Thường buồn ngủ
Thăng bằng	Không tập trung được	Bồn chồn	Khó ngủ
Chóng mặt	Giảm khả năng xử lý thông tin	Cảm xúc mãnh liệt	
Mờ mắt hoặc hoa mắt	Khó nhớ	Lo lắng, bồn chồn	
Nhạy cảm với ánh sáng và tiếng ồn	Khó nhớ các sự kiện đã xảy ra trong quá khứ		
Ù tai	Cảm thấy chậm chạp		
Mệt mỏi, ốm			
Cảm thấy không ổn			
Bất tỉnh			

Tham khảo**Hướng dẫn**

- Bất cứ người bị thương nào có nghi ngờ bị chấn thương kéo dài (bị một cú đập, thổi hoặc vỗ mạnh vào đầu hoặc người do bị tác động mạnh vào đầu và não), đi kèm với các dấu hiệu liệt kê phía trên thì có cơ sở để dự đoán là bị chấn thương não tạm thời. (**)
- Bất cứ người nào bị chấn thương não tạm thời thì phải ngừng mọi hoạt động (ví dụ: thể thao, giải trí) và được chuyển tới bác sĩ chuyên môn để đánh giá và điều trị. (**)
- Nếu một người có dấu hiệu bị thay đổi trạng thái nhận thức như: bất tỉnh, thờ bất thường, co giật, khả năng nhìn bị thay đổi, suy giảm chức năng thần kinh, chảy máu mũi, mồm, tai, thì cần phải gọi cấp cứu y tế ngay. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu người bị thương nghi bị chấn thương não tạm thời đã có đánh giá ban đầu về chấn thương não dành cho người chơi thể thao (viết tắt tiếng Anh là SCAT3) thì cán bộ y tế có thể dùng công cụ này để nhận biết dấu hiệu bị chấn thương não tạm thời trong phần xử lý điều trị tiếp theo. (Là kinh nghiệm tốt)

Xem thêm Bất tỉnh và thay đổi trạng thái nhận thức và Chấn thương và bị rách, cắt da

Lưu ý khi thực hiện

Mặc dù không có công cụ dựa trên bằng chứng dành cho sơ cứu viên song tài liệu giảng dạy sơ cấp cứu nên bổ sung thêm phần nguyên nhân và triệu chứng bị chấn thương đầu. Nếu Hội quốc gia xây dựng chương trình riêng về sơ cấp cứu dành cho thể thao thì Hội nên tham khảo ý kiến các chuyên gia trong nước về chấn thương não tạm thời để xác định công cụ đánh giá chấn thương dành cho người sơ cứu viên.

Chấn thương, gãy xương cổ

Giới thiệu

Các đội ứng phó y tế khẩn cấp thường hay gặp các trường hợp bị chấn thương, gãy xương cổ mà cần phải cố định xương sống từ lưng tới cổ và đặt máng/nẹp cố định lưng và cố định xương sống, hạn chế tối đa di chuyển phần xương sống để tránh bị tổn thương thêm. Có rất ít bằng chứng ủng hộ hoặc bác bỏ biện pháp sơ cứu phân loại người bị thương và áp dụng các kỹ năng sơ cấp cứu cho người bị chấn thương cột sống mà không gây hậu quả không mong muốn. Phần hướng dẫn phía dưới dựa trên các bằng chứng khoa học được xem xét năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học vào năm 2015 xem xét tất cả các bằng chứng liên quan tới việc áp dụng khung cố định xương sống cho các ca bị chấn thương xương cổ. Trong một nghiên cứu không ngẫu nhiên với 5.138 ca bị chấn thương do ngã xe máy, không chứng minh được lợi ích của việc áp dụng khung cố định xương sống cổ. Trong một nghiên cứu không ngẫu nhiên với 18 ca trẻ em bị chấn thương đầu, và 13 nghiên cứu không ngẫu nhiên khác trên xác chết hoặc tình nguyện viên khoẻ mạnh, việc dùng khung cố định xương cổ giúp giảm đáng kể (khác biệt thống kê) việc cử động cổ. Tuy nhiên, 04 nghiên cứu trên bệnh nhân cho thấy việc sử dụng khung cố định cổ làm tăng cao (khác biệt thống kê) áp lực lên xương đầu; và ở 02 nghiên cứu khác thì không chứng minh được lợi ích của việc sử dụng khung cố định xương cổ. Ở 02 nghiên cứu khác thì không tìm thấy tác dụng lên dung tích không khí hít vào phổi và giúp giảm khó chịu cho người bị thương.

Với khung cố định xương cổ loại mềm, ở 3 nghiên cứu với tình nguyện viên khoẻ mạnh hoặc xác chết, việc dùng khung cố định mềm giúp giảm đáng kể việc vận động xương cổ. Kết quả tương tự cũng được tìm thấy ở 1 nghiên cứu không ngẫu nhiên về tác dụng của việc dùng túi cát sơ cứu với băng dính.

Liên quan tới việc cố định xương cổ bằng cách dùng nẹp và dây hoặc các dụng cụ tương tự nhằm cố định lưng được Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học thuộc Ủy ban Phối hợp về Sơ cứu hồi sức quốc tế xem xét năm 2010 và Ủy ban tư vấn khoa học của Hội Chũ thập đỏ Mỹ xem xét cập nhật năm 2015. Hai uỷ ban này không tìm thấy nghiên cứu được xuất bản về lợi ích của việc dùng nẹp, dây để cố định lưng do sơ cứu viên thực hiện. Ở một nghiên cứu hồi quy, không ngẫu nhiên và có lẽ không nghiên cứu đầy đủ về cố định xương cổ do các nhân viên y tế khẩn cấp dùng các dụng cụ cố định xương sống không chứng minh được tác dụng về thần kinh của việc cố định xương sống so với không thao tác cố định xương sống. Ở 02 nghiên cứu hồi quy xem xét số liệu từ thời gian kỹ thuật cố định xương sống và thời gian không áp dụng thường xuyên và thời gian kỹ thuật này được áp dụng thường xuyên cho thấy việc áp dụng kỹ thuật này gây ra chấn thương xương sống phụ cao hơn với 3 tới 25% bệnh nhân bị chấn thương cột sống. Một nghiên cứu rà soát bằng chứng khoa học được xuất bản dự tính từ 0.03 tới 0.16% bệnh nhân có thể giảm hạn chế xương sống. Kết luận của 1 nghiên cứu năm 200 cho thấy không có bằng chứng thuyết phục ủng hộ hoặc bác bỏ việc cố định xương sống. Do vậy, khuyết cáo hạn chế cử động xương sống là hợp lý ở những ca có nguy cơ bị chấn thương xương sống cổ.

Hội đồng Tư vấn khoa học của Hội Chũ thập đỏ Mỹ cập nhật hướng dẫn năm 2015 về các thực hành phổ biến và có tính lặp lại trong các bối cảnh cấp cứu y tế trước bệnh viện. Hội đồng này cũng tìm ra là vẫn còn thiếu bằng chứng khoa học có tính thuyết phục cao áp dụng cho sơ cấp cứu trước bệnh viện cho các ca cần bảo vệ xương sống cổ. Xu hướng hiện nghiêng về bằng chứng từ 02 cuộc nghiên cứu rà soát gồm có:

1. Các câu hỏi tiếp theo về nhu cầu và hiệu quả của các kỹ thuật hiện đại cố định xương sống với bằng chứng chất lượng thấp, cũng như câu hỏi về hiệu quả của khung cố định xương sống loại mềm và loại cứng nhằm bảo vệ người bị thương khỏi các chấn thương thêm và hạn chế cử động xương sống.
2. Bằng chứng kém chất lượng về khả năng làm tăng sức ép phía trong xương sống cổ khi sử dụng khung cố định xương sống cổ và làm tổn thương thêm vết chấn thương. Không có nghiên cứu liên quan tới sơ cứu viên là người bình thường song có nghiên cứu liên quan tới sơ cứu viên là lực lượng cấp cứu y tế chuyên nghiệp. Không có các công trình khoa học có ích về việc sử dụng các khối chặn đầu như là công cụ nhằm cố định xương sống.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Sơ cứu viên có thể nghi ngờ 1 ca bị chấn thương xương sống khi người bị thương có các triệu chứng nguy cơ sau (*)
 - Trên 65 tuổi
 - Là người có va chạm khi đang là lái xe, hành khách, người đi bộ, đi xe máy, xe có gắn động cơ, xe đạp.
 - Ngã từ độ cao cao hơn chiều cao của người đó
 - Cảm thấy buồn buồn, tê tê ở các chi
 - Đau hoặc cảm thấy căng ở cổ hoặc lưng
 - Suy giảm các giác quan, yếu cơ liên quan tới phần thân hoặc phần chi trên.
 - Không tỉnh táo, hoặc bị ngộ độc
 - Có các chấn thương gây đau, đặc biệt ở phần đầu và cổ
 - Trẻ em bị chấn thương đầu và cổ
- Với người sơ cứu viên là người dân thông thường thì **không** khuyến cáo dùng khung cố định cổ (*).
- Sơ cứu viên **không** nên buộc đầu hoặc cổ người bị thương. (*)
- Trong các trường hợp nghi chấn thương xương sống, khuyến cáo nên dùng tay đỡ đầu ở tư thế hạn chế nghiêng đầu cho tới khi lực lượng y tế chuyên nghiệp tới hiện trường. (Là kinh nghiệm tốt).

Lưu ý khi thực hiện

Hạn chế vận động xương sống được định nghĩa là suy giảm hoặc hạn chế cử động xương sống có sử dụng khung cố định cổ hoặc túi cát sơ cứu kết hợp với băng dính cố định vào nẹp dài cố định lưng. Ở một số nước, họ có thể áp dụng các định nghĩa khác về hạn chế vận động xương sống do một số tổ chức chuyên môn đưa ra.

So việc áp dụng khung cố định nẹp cổ có thể gây ra tổn thương thêm và có bằng chứng cho thấy việc dùng khung/nẹp có thể gây ra hậu quả xấu (ví dụ: tăng độ chèn ép lên hộp sọ); do vậy, khuyến cáo không nên áp dụng phương pháp dùng nẹp cổ cho người thực hiện sơ cấp cứu là dân thường. Ngoài ra, đối với người sơ cứu viên thuộc lực lượng sơ cứu y tế, đã có bằng chứng về tác hại của việc dùng nẹp dài không cần thiết. Việc sử dụng đúng nẹp cố định đòi hỏi phải tập huấn, thực hành thường xuyên và năng lực phân biệt người bị thương có nguy cơ tử thấp tới cao của sơ cứu viên.

Chấn thương ngực và vùng bụng

Giới thiệu

Sự tham gia của sơ cứu viên sơ cứu cho các trường hợp bị chấn thương nặng ở vùng bụng hoặc ngực không thường xảy ra, song sơ cứu viên nên có khả năng nhận biết các vết thương hở ở vùng bụng và ngực và các chấn thương có khả năng đe dọa tính mạng nhằm cung cấp các thao tác sơ cứu đúng. Một nghiên cứu rà soát bằng chứng khoa học gần đây về chủ đề này được thực hiện và hướng dẫn ở phần phía dưới phản ánh các cập nhật từ nghiên cứu này.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Giới nghiên cứu khoa học đặt câu hỏi về các vết thương hở ở vùng ngực lẫn và được Hội đồng thống nhất bằng chứng khoa học xem xét lần đầu tiên vào năm 2015.

Ở một nghiên cứu ở động vật (có bằng chứng chất lượng thấp) đưa ra các câu hỏi về lợi ích của việc dùng các dụng cụ hỗ trợ không làm bít/nút vết thương nhằm làm đầy ôxy của phổi, dung lượng không khí hít vào và các dấu hiệu sinh tồn. Không có bằng chứng thuyết phục về các kết quả quan trọng liên quan tới khả năng cứu sống, ngừng tuần hoàn và ngưng thở.

CEBaP đã tìm kiếm các bằng chứng khoa học về việc xử lý các vết thương vùng bụng song không tìm thấy bằng chứng về vấn đề quan tâm là đặt lại ruột vào ổ bụng, ép lên vết thương và vị trí nào nên đặt người bị thương.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Với các ca bị vết thương hở ở ngực, sơ cứu viên nên để nguyên vết thương và không băng bó. (*)
- Nếu cần phải băng vết thương, nên dùng loại băng không làm bít vết thương (loại băng mà không làm bít kín vết thương) (*)
- Với các vết thương ở ngực và bụng, sơ cứu viên nên xử lý sốc, và đặt người bị thương ở vị trí thoải mái nhất có thể. (Là kinh nghiệm tốt)
- Với các vết thương bụng hở, sơ cứu viên có thể đặt các băng khử trùng lên vết thương. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên không nên đặt các phần nội tạng bị sổ ra ngoài vào trong cơ thể người bị thương (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên nên cố định các dị vật đâm qua người bị thương. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu người bị thương bị chảy máu ngoài nghiêm trọng, nên băng ép trực tiếp lên vết thương ở ngực hoặc dùng tay ép lên vết thương. Cần chăm sóc cho người bị thương để cho vết thương mở không bít lại. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Các nghiên cứu được xuất bản nêu ra tầm quan trọng của việc quản lý đúng cách các vết thương hở ở ngực. Tập huấn cho sơ cứu viên về chủ đề này nên nhấn mạnh tầm quan trọng của việc không được băng bít vết thương hở để phòng các biến chứng đe dọa tính mạng của người bị thương do tràn khí phổi.

Trước đây, cách xử lý tiêu chuẩn với vết thương ở ngực bị hút vào là đặt băng chống bít vết thương 03 cạnh lên ngực. Tuy nhiên, nếu vết thương bị bít, máu có thể bị đông và làm bít vết thương, làm cho không khí bị tích tụ lại ở ngực, và dẫn tới hiện tượng tràn khí phổi.

Chấn thương ở chi

Giới thiệu

Mặc dù các vết thương ở chi (chân, tay) không làm đe dọa tính mạng song có thể làm cho người bị thương bị cụt chi. Ngoài ra, các vết gãy ở chi cũng thường gây đau đớn và chảy máu cho người bị thương. Các vết chảy máu trong ở các chỗ bị gãy xương hoặc vết chảy máu ngoài trong trường hợp bị gãy xương lòi ra bên ngoài; nếu bị gãy xương lớn, ví dụ như xương đùi, thường gây ra chảy máu gây đe dọa tính mạng. Tùy theo vị trí bị gãy xương chi, và loại chấn thương mà có thể khó khăn trong việc vận chuyển người bị thương. Mục tiêu của sơ cứu viên là bảo vệ chi, hạn chế đau và chảy máu cho người bị thương và gọi cứu trợ y tế. Hội đồng khoa học đã xem xét bằng chứng khoa học thuộc chủ đề này vào năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

CEBaP đã tìm kiếm câu trả lời cho nhiều câu hỏi khoa học song không tìm thấy bằng chứng về lợi ích của việc áp dụng băng đeo, nẹp hoặc kê chân bị gãy hoặc bị trật khớp.

Một số bằng chứng được tìm thấy liên quan tới việc có nên băng ép hay không nên ép và giải pháp nào đem lại kết quả là căng chi hoặc bong gân. Hiện có một số bằng chứng hạn chế thiên về giải pháp không ép lên vết gãy. Các bằng chứng cho thấy không ép lên vết gãy đem lại kết quả giảm (khác biệt thống kê) phù nề và đau (hoặc giảm đau) so với việc áp dụng giải pháp ép.

Có các bằng chứng hạn chế ủng hộ giải pháp dùng đá hoặc làm lạnh. Các kết quả này cho thấy việc dùng đá hoặc làm lạnh vết gãy giảm đáng kể (khác biệt thống kê) thời gian phục hồi sau 7 ngày và điều trị cơn đau so với giải pháp không dùng đá và chườm lạnh vết thương. Tuy nhiên, không chứng minh được giải pháp dùng đá làm tăng (khác biệt thống kê) việc sưng phần mềm và khả năng mang sức nặng so với giải pháp không làm gì cả.

Trong trường hợp áp dụng 02 biện pháp chườm đá lạnh và ép; không chứng minh được giải pháp này giúp giảm đáng kể (khác biệt thống kê) cơn đau khi nghỉ ngơi, đi lại và chạy, khả năng vận động và thời gian hồi phục, so với không can thiệp.

Vào năm 2015, Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học tập trung nghiên cứu câu hỏi liệu việc sắp xếp lại đúng các vết gãy xương trước khi nẹp định so với nẹp định cho thấy việc sắp xếp lại vết gãy giúp giảm chấn thương thần kinh, chấn thương mạch máu, đặt nẹp, đau, và thời gian vận chuyển tới cơ sở y tế. Hội đồng tìm ra nhiều nghiên cứu về chủ đề này song không thể xem xét đưa vào hướng dẫn được do các nghiên cứu này không đáp ứng các tiêu chí lựa chọn và không đưa ra bằng chứng về câu hỏi quan tâm.

Không có bằng chứng nào được tìm thấy ủng hộ hay bác bỏ việc sắp xếp lại các vết gãy xương ở các xương dài trong các bước sơ cấp cứu; cũng như không có bằng chứng về chấn thương thần kinh, mạch máu, đau và thời gian vận chuyển tới cơ sở y tế. Không có bằng chứng ủng hộ hay bác bỏ việc dùng băng đeo, dụng cụ cố định chi có nẹp hoặc không nẹp trong sơ cứu cho người bị gãy xương hoặc trật xương so với việc không dùng băng đeo, cũng như tác dụng về phục hồi chức năng, đau, biến chứng và thời gian làm hết các triệu chứng.

Hướng dẫn

- Với các ca bị vết thương hở ở ngực, sơ cứu viên nên để nguyên vết thương và không băng
- Sơ cứu viên có thể làm lạnh phần khớp bị trật hoặc các vết thương phần mềm. (*)
- Sơ cứu viên nên suy luận là các vết thương ở chi có thể bao gồm gãy xương và cần dùng tay làm ổn định các vết thương ở đúng vị trí phát hiện ra vết thương. (Là kinh nghiệm tốt)
- Hiện không có đủ thông tin để đưa ra khuyến cáo về việc làm thẳng các vết gãy xương. Ở tình huống người bị thương ở vùng sâu xa, ở chỗ hoang dã, hoặc trong hoàn cảnh đặc biệt thì việc sơ cứu viên đã được tập huấn có thể cân nhắc áp dụng việc xếp thẳng vết xương gãy nếu thấy chỗ chi gãy bị lạnh và xanh. (Là kinh nghiệm tốt)
- Không nên thực hiện chườm lạnh, chườm bằng đá lâu hơn 20 phút. (Cách thực hành tốt)
- Sơ cứu viên nên đánh giá chảy máu ở các chỗ gãy xương và xử lý sốc cho các ca bị gãy xương dài, đặc biệt là xương đùi, do khả năng bị chảy máu trong. (Là kinh nghiệm tốt)
- Dựa vào các tình huống và nội dung tập huấn sơ cấp cứu, sơ cứu viên có thể di chuyển chi bị gãy hoặc người bị thương. Trong tình huống này, sơ cứu viên nên bảo vệ người bị thương bằng cách nẹp, bó vết gãy để giảm đau, giảm khả năng bị chấn thương thêm, giúp người bị thương tới chỗ an toàn và nhanh chóng được vận chuyển tới cơ sở y tế. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Do các bằng chứng không đưa ra các khuyến cáo về cách sử dụng dành cho sơ cứu viên trong trường hợp sơ cứu người bị gãy gãy xương nghiêm trọng, các sơ cứu viên nên liên hệ với các chuyên gia chính hình và các tổ chức cứu nạn để thống nhất xây dựng hướng dẫn cho phần sơ cứu cho các ca gãy gãy xương – đặc biệt là tình huống bị nạn ở vùng hẻo lánh, miền núi có lực lượng cứu hộ hoạt động.

Hiện không có đủ thông tin để đưa ra khuyến cáo về tần suất sử dụng, thời gian và thời điểm cần bắt đầu áp dụng việc áp lạnh cho các ca bị chấn thương chi cấp. Nhiều sách kỹ thuật viết về phần này song nội dung không thống nhất trong phần khuyến cáo về thời gian, tần suất và độ dài của việc áp lạnh song hiểu biết về ý nghĩa của việc thay đổi giai đoạn là quan trọng.

Xem phần [Vết thương và các vết trầy xước](#)

Vết thương và các vết trầy xước

Giới thiệu

Một trong các chấn thương thường gặp trong sơ cấp cứu đặc biệt là các chấn thương tại nhà, là vết thương và các vết trầy xước. Sơ cứu viên cần thường phải chăm sóc cho các vết thương như vậy tại nhà mà không cần tới cơ sở y tế. Nên áp dụng các cách xử lý dựa trên bằng chứng khoa học. Các sơ cứu viên nên nhận biết khi có các dấu hiệu nghiêm trọng và việc đánh giá cần phải thực hiện bởi cán bộ y tế chuyên môn. Bằng chứng khoa học liên quan tới chủ đề này được nghiên cứu vào năm 2015 và được cập nhật trong phần hướng dẫn liệt kê phía dưới.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Năm 2010, Hội đồng thống nhất bằng chứng khoa học xem xét chủ đề này và đã bổ sung thêm các bằng chứng khoa học mới.

Rửa vết thương thường được thực hiện cho người bị thương trước khi tới bệnh viện và tại bệnh viện nhằm làm sạch vết thương. Có bằng chứng rõ ràng từ các nghiên cứu trên người và động vật về việc rửa sạch vết thương bằng nước sạch, nước chảy từ vòi có hiệu quả và hiệu quả do việc rửa vết thương bằng nước muối pha loãng có thể tốt hơn. Trong một nghiên cứu xem xét các bằng chứng khoa học do Cochrane thực hiện, có 1 nghiên cứu ngẫu nhiên trên người cho thấy việc rửa vết thương bằng nước sạch đem lại hiệu quả tốt hơn rửa bằng nước muối và giúp vết thương nhanh lành, và giảm tỷ lệ nhiễm trùng. Trong một nghiên cứu ngẫu nhiên nhỏ khác trên người cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng do rửa vết thương bằng nước sạch ngang với rửa bằng nước muối. Mặc dù những nghiên cứu này được thực hiện trong môi trường cơ sở y tế song sơ cứu viên thường có sẵn nước sạch khi thực hiện sơ cứu ở môi trường ngoài bệnh viện. Không thể chứng minh được sử dụng nước sạch giúp giảm nhiễm trùng hơn so với sử dụng nước muối. Trong một nghiên cứu nhỏ trên động vật khác, việc dùng dung dịch rửa vết thương ở nhiệt độ cơ thể đem lại kết quả tốt hơn so với dùng dung dịch rửa vết thương lạnh.

Ngoài ra, những nghiên cứu này cho thấy nước sạch có tác dụng ngang bằng dung dịch rửa vết thương ở khía cạnh tỷ lệ xuất hiện nhiễm trùng. Trong một nghiên cứu lâm sàng, không chứng minh được hiệu quả của việc rửa vết thương bằng xà phòng so với rửa bằng nước không. Ngoài ra, có nhiều nghiên cứu khác và 1 thí nghiệm phân lập tế bào cho thấy khả năng bị nhiễm độc tế bào khi để vết thương tiếp xúc trực tiếp với xà phòng và nước. Nghiên cứu này có thể nghiên cứu việc sát khuẩn xà phòng lên vết thương mở. Có nhiều tài liệu ủng hộ việc dùng xà phòng và nước sạch giúp giảm số vi trùng đối với vết thương kín (không rách da). Trong 2 nghiên cứu ngẫu nhiên, hồi quy so sánh hiệu quả của việc dùng thuốc mỡ kháng sinh 3 lần và 1 lần trong các điều kiện tương đương mà sơ cứu viên hay gặp. Trong 1 nghiên cứu trên các tình nguyện viên cho thấy việc áp dụng các thuốc mỡ kháng sinh lên các vết bỏng truyền khuẩn tụ cầu, các vết phỏng bị nhiễm trùng được điều trị bởi 03 liều thuốc mỡ kháng sinh giúp làm lành vết thương nhanh hơn, có tỷ lệ nhiễm trùng thấp hơn so với các ca bị thương chỉ được bôi 1 lần mỡ kháng sinh hoặc không được bôi mỡ kháng sinh. Việc bôi thuốc mỡ kháng sinh 1 lần hay 3 lần đều cho kết quả lành thương tốt hơn so với không bôi thuốc mỡ kháng sinh cho các vết phỏng bị nhiễm trùng.

Nhiều nghiên cứu bị phức tạp do dùng dung dịch khử trùng trước khi rửa vết thương và các nghiên cứu này có thể bị sai số so kết quả dùng thuốc mỡ kháng sinh có thể bị sai lệch do được hỗ trợ bởi việc dùng dung dịch sát trùng trước. Trong 1 nghiên cứu trên 59 trẻ em nông thôn tại cơ sở y tế cho thấy việc dùng 03 liều kháng sinh mỡ ở những vùng da tổn thương nhỏ (ví dụ vết muỗi cắn hoặc vết trầy xước da) cho tỷ lệ nhiễm trùng da thấp hơn so với trẻ không được bôi thuốc kháng sinh (15% so với 47%). Thuốc mỡ kháng sinh có thể có thể loại bỏ khuẩn âm khuẩn tụ cầu dưới da, song những nghiên cứu này không thể đưa ra phân tích ngoại suy về tác dụng giảm nhiễm khuẩn và làm lành vết thương.

Kết quả từ 03 nghiên cứu trên người và 02 nghiên cứu trên động vật cho thấy băng kín, dùng kháng sinh vết trầy xước da giúp lành vết thương nhanh hơn so với dùng kháng sinh và không băng. Kết quả này tuy không chứng minh được trong trường hợp thực tế, song những nghiên cứu về các vết thương nhân tạo ủng hộ việc dùng các chất chống nhiễm trùng. Hai trong số các nghiên cứu về việc sử dụng 03 lần bôi thuốc mỡ kháng sinh cho kết quả tốt hơn so với việc không dùng thuốc mỡ kháng sinh, để lại ít sẹo hơn và ít thay đổi hắc tố trên da. Tuy nhiên 1 trong số các nghiên cứu này đưa ra kết quả đáng ngờ về kết quả nghiên cứu tương tự trong tình huống vết thương trong thực tế do nghiên cứu của họ thực hiện trên các vết thương phẫu thuật được thực hiện trong môi trường vô trùng.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Các vết thương nhân tạo hoặc vết trầy xước nên được rửa bằng nước sạch, do lợi ích ép khuẩn ra khỏi vết thương. (**)
- Sơ cứu viên có thể bôi thuốc kháng sinh mỡ lên các vết xước da và vết thương nhằm làm lành vết thương nhanh hơn và giảm nguy cơ bị nhiễm trùng da. (*)
- Sơ cứu viên có thể có bôi hoặc không bôi kháng sinh và băng kín vết thương và các vết trầy xước. (*)
- Việc dùng 03 lần mỡ, kem kháng sinh có thể đem lại kết quả tốt hơn so với dùng 2 hoặc 1 lần. (*)
- Nếu không sử dụng kháng sinh, nên dùng chất sát khuẩn. (*)
- Có bằng chứng về việc dùng 1 cách sử lý dân gian như bôi mật ong có thể đem lại kết quả tốt với các vết thương. (*)
- Những người có vết thương màu đỏ, nóng, hoặc đau hoặc người bị thương bị sốt nên được chuyên gia y tế kiểm tra. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Việc thực hiện hướng dẫn về dùng thuốc mỡ kháng sinh phụ thuộc vào luật pháp, quy định y tế và bảo vệ trách nhiệm của người liên quan. Các Hội quốc gia có thể áp dụng các phương pháp thực hiện khác nhau tùy theo cơ hội tập huấn trong nước. Các giải pháp thay thế cho băng kín vết thương nên được thảo luận trong các chương trình tập huấn.

Gãy răng

Giới thiệu

Các chấn thương răng, đặc biệt ở trẻ em hay gặp phải trong sơ cấp cứu. Hiện có nhiều câu hỏi liên quan tới việc trồng răng và các nhu cầu tập huấn liên quan. Nếu không có dịch vụ trồng răng thì phương pháp tốt nhất để bảo quản răng gãy là gì? Chủ đề này được Hội đồng khoa học xem xét vào năm 2015 và xây dựng hướng dẫn theo nội dung phía dưới.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Chỉ có 3 nghiên cứu về hiệu quả của việc bảo quản răng gãy trong 1 loại dung dịch đặc hiệu. Ngoài ra có 11 nghiên cứu cứu khác nghiên cứu các ca nhổ răng mà răng gãy vẫn còn sống, được bảo quản và răng vẫn còn sống sau khi được lưu giữ trong môi trường dung môi đặc hiệu. trong những nghiên cứu này, không có bài nào đề cập tới tỷ lệ nhiễm trùng, đau và suy giảm chức năng răng.

Trong 05 nghiên cứu có đưa ra bằng chứng về việc ngâm răng trong lòng trắng trứng, nước gạo, nước dừa, keo mật ong, phosphate pha muối, dung dịch muối cân bằng Hank, và so sánh những dung dịch này với sữa để xem khả năng sống của tế bào răng sau 15 phút tới 3 giờ ngâm trong dung dịch. Trong 1 nghiên cứu khác, có bằng chứng ủng hộ việc ngâm răng trong sữa trong 45 phút giúp giữ sống tế bào răng so với ngâm trong nước muối.

Bằng chứng chỉ ở mức độ chất lượng thấp do nguy cơ sai số, nghiên cứu không trực tiếp và không chính xác.

Tham khảo

Hướng dẫn

- **Không** khuyến cáo sơ cứu viên trông lại răng bị nhổ/gãy . (Là kinh nghiệm tốt)
- Nên cầm răng bị gãy ở phần ngọn răng, không nên cầm/chạm vào phần gốc răng . (Là kinh nghiệm tốt)
- **Không** nên làm sạch răng bị gãy do có thể làm tổn thương phần cơ mềm vẫn còn dính vào răng. (Là kinh nghiệm tốt)
- Răng bị gãy có thể được đặt trong dung dịch muối cân bằng Hank. Nếu không có sẵn dung dịch này thì có thể đặt trong keo ong, lòng trứng trắng, nước dừa, nước gạo, sữa toàn phần, nước muối và nước muối trung hoà phosphate. (*)
- Nên chuyển người bị thương tới nha sỹ càng sớm càng tốt. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Việc trồng răng bị gãy là 1 thủ thuật khó và sơ cứu viên không được tập huấn để thực hiện kỹ năng này. Do vậy, sơ cứu viên cần đưa người bị gãy răng và chiếc răng bị gãy tới nha khoa.

Nếu chỉ dựa trên bằng chứng thì chưa quyết định được giải pháp nào cho răng gãy là tốt hơn. Tuy nhiên, dựa vào các bằng chứng khoa học đã được đánh giá, thực hiện cũng như tính khả thi của chúng, các dung dịch liệt kê phía dưới có thể dùng để ngâm răng bị gãy trong thời gian ngắn. Một số dung dịch có thể không có sẵn ở hiện trường do vậy sơ cứu viên nên chọn ra loại dung dịch nào có sẵn ở hiện trường

Việc thực hiện những hướng dẫn về sử dụng dung dịch để ngâm răng gãy phụ thuộc vào luật pháp, quy định và quá trình của địa phương, bao gồm cả trách nhiệm bảo vệ. Hội quốc gia có thể cần làm phong phú các phương pháp thực hiện tùy theo cơ hội tập huấn trong nước.

Ghi chú: phần ngọn của răng được men bao phủ tới phần cổ răng. Phần chân răng ở phía dưới cổ răng (nằm chìm trong lợi).

Chấn thương do phơi nhiễm với hoá chất

Giới thiệu

Các chất hoá học công nghiệp hoặc tại nhà có thể gây bỏng và người thực hiện sơ cứu cần có khả năng chăm sóc cho người bị thương và tự bảo vệ mình. Hiện đã có bằng chứng điều trị theo hình thức rửa vết thương, song với các ca phơi nhiễm hoá chất, cần liên lạc ngay với các dịch vụ khẩn cấp. Bằng chứng của chủ đề này được xem xét năm 2015 và hướng dẫn ở phần dưới đã được cập nhật theo kết quả xem xét.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Vào năm 2015, Nhóm làm việc về Sơ cấp cứu của ILCOR đã xem xét các giải pháp có thể so sánh với nước dùng cho các ca bị hoá chất hoặc các chất khác gây tổn thương ở mắt. Việc tìm kiếm các công trình nghiên cứu dùng nước thường cho các ca này là rất khó khăn, không tìm ra được bất cứ thử nghiệm so sánh trên người nào. Do vậy, nhóm làm việc mở rộng và bổ sung nghiên cứu trên động vật, và có 1 nghiên cứu so sánh trên động vật đáp ứng tiêu chí tìm kiếm của nhóm làm việc.

Các vùng khác của da tiếp xúc với các chất gây mòn da không được Hội đồng xem xét, do vậy vẫn dùng thông tin từ kết quả thực hiện năm 2010.

Rửa mắt bằng nước muối so với nước

Chỉ xác định được 1 nghiên cứu trên mắt 16 con thỏ về mức pH tối đa của cầu mắt phía trước sau bôi alkali (NaOH) vào thủy tinh thể; lưu ý là độ kiềm là rất quan trọng với chủ đề này. Công trình này cho thấy có sự khác biệt thống kê trong đó việc dùng nước muối với nồng độ 0.9% với dung lượng 0.5l hoặc 1.5l cho độ kiềm cao tối đa so với việc dùng 0.5l nước thường.

Tiếp xúc da

Bằng chứng từ nhiều nghiên cứu về phơi nhiễm da với alkali và acid cho thấy có kết quả cải thiện khi sơ cứu nhanh chóng bằng cách rửa nước vùng bị tiếp xúc hoá chất. Trong 1 nghiên cứu trường hợp không ngẫu nhiên so sánh với chăm sóc rửa vết thương trên da ngay lập tức bằng cách dùng nhiều nước thường rửa vết bỏng do hoá chất (sơ cấp cứu) với chăm sóc được cung cấp chậm (do cán bộ y tế thực hiện), thì việc rửa bằng nước cho kết quả thấp hơn về độ sâu của vết bỏng và thời gian điều trị bệnh viện ngắn hơn tới 50%. Bằng chứng từ nghiên cứu trên động vật cũng ủng hộ việc dùng nước sạch rửa vết bỏng nhằm giảm tiếp xúc da với acid. Trong 1 nghiên cứu về các vết bỏng do acid trên chuột, việc rửa ngay bằng nước trong vòng 1 phút bị bỏng phòng ngừa việc lún phần mềm, trong khi đó nếu chờ lực lượng y tế sẽ giảm độ pH của phần mềm thấp hơn.

Tiếp xúc bên trong (ăn, uống, nuốt v.v...)

Không có nghiên cứu trên người về tác dụng của việc dùng các chất làm loãng hoá chất chữa cho các ca có cơ quan nội tạng tiếp xúc với hoá chất. 05 nghiên cứu trên động vật cho thấy lợi ích về mô với phần mềm trong thực quản của con vật thí nghiệm khi cho con vật nuốt các chất làm loãng hoá chất để điều trị nuốt phải acid hoặc alkali. Trong 1 nghiên cứu hoá học cho kết quả về việc nuốt 1 lượng lớn chất làm loãng hoá chất cho ca bị nuốt acid mạnh.

Hướng dẫn

- Trong trường hợp bị phơi nhiễm tiếp xúc với hoá chất, cần liên lạc dịch vụ cấp cứu hoặc trung tâm phòng chống độc càng sớm càng tốt. (Là kinh nghiệm tốt)
- Có thể bị dị ứng mắt khi tiếp xúc với 1 lượng lớn nước sạch, ưu tiên dùng lọ chứa dung dịch rửa mắt, bồn rửa mắt hoặc vòi hoa sen. (*)
- Sơ cứu viên có thể dùng 1 lượng nước lớn, liên tiếp rửa các chỗ bị tiếp xúc với hoá chất ở các bộ phận khác của cơ thể. (*)

Cần nhắc khi thực hiện

Trong chương trình huấn luyện sơ cấp cứu, cần nhấn mạnh với người học là họ cần tự bảo vệ bản thân khi tiến hành rửa các vết thương cho người bị thương ở mắt và da. Sơ cứu viên nên dùng găng tay, và cần đảm bảo rằng các loại chất làm loãng hoá chất không làm tổn hại cho họ.

Khi rửa vết thương ở mắt, nên cẩn thận giữ cho mắt còn lại không bị ảnh hưởng bởi dung dịch làm loãng hoá chất, không được đổ dung dịch quá mạnh, nhanh vào mắt bị tổn thương và sơ cấp cứu viên cần phải cẩn thận khi mở mí mắt của người bị thương. Khi tập huấn rửa bất cứ phần nào của người bị thương, cần luyện cho người học cách tránh để các phần cơ thể khác của người bị thương tiếp xúc với hoá chất, dung dịch làm loãng hoá chất.

Những người được tập huấn dùng dung dịch giải độc cụ thể có thể dùng các dung dịch này để rửa vết thương và theo hướng dẫn của trung tâm phòng độc.

10.

Các vấn đề sức khỏe môi trường

Quay lại
mục lục

Môi trường có thể gây tác động lớn tới sức khỏe, cuộc sống, đặc biệt là với đối tượng thanh thiếu niên, những người bị bệnh mãn tính. Huấn luyện sơ cấp cứu cần hướng dẫn người học về cách thích ứng với các yếu tố môi trường và nhu cầu cần mở rộng thêm các yếu tố mang tính thích ứng của địa phương đặc biệt là ở vùng sâu xa và vùng hoang dã.

Các vấn đề sức khỏe do khí hậu lạnh

Cơ thể bị phơi nhiễm lạnh có thể gây hại trực tiếp tới phần mềm, ví dụ: lạnh cóng, và giảm nhiệt cơ thể nói chung.

Lạnh cóng (hoá đá)

Giới thiệu

Lạnh cóng có thể không xuất hiện thường xuyên song lại gây hậu quả nghiêm trọng tới sức khỏe; gây tổn thương tại chỗ ở vùng [da](#) và [phần mềm](#) do bị quá lạnh. Các bộ phận cơ thể ở xa [tím](#) và những vùng bị phơi nhiễm ra bên ngoài là những bộ phận cơ thể dễ bị lạnh cóng nhất. Khi nhiệt độ xung quanh xuống tới [0°C](#) các [mạch máu](#) trên bề mặt của da bắt đầu co lại. Phản ứng tương tự có thể là do da bị tiếp xúc với gió mạnh. Co mạch máu giúp cơ thể giữ nhiệt độ cần thiết để hoạt động. Khi ở những nơi quá lạnh, hoặc khi cơ thể bị phơi nhiễm với nhiệt độ thấp trong thời gian dài thì việc mạch máu co lại có thể làm giảm lưu thông máu ở 1 số bộ phận cơ thể xuống tới mức thấp nguy hiểm. Bằng chứng cho thấy lợi ích của việc làm ấm trở lại cho người bị thương song nạn nhân có thể bị nguy hiểm do bị lạnh trở lại. Bằng chứng thuộc chủ đề này được xem xét năm 2015 và hướng dẫn phía dưới được cập nhật theo các xem xét này.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Năm 2010, chủ đề này đã được nghiên cứu và phân tích bởi Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học In 2010; chủ đề giảm nhiệt cơ thể và chảy máu cũng được đánh giá xem xét. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc làm ấm trở lại nhanh cho người bị thương bằng cách tắm trong nước ấm từ 37°C tới 42°C trong vòng 20-30 phút đem lại kết quả cải thiện. Nhiều mô hình mô phỏng trên động vật và nhiều nghiên cứu trường hợp về việc giảm mất phần mềm cũng ủng hộ phương pháp làm ấm trở lại cho người bị thương. Ghi nhớ là các nghiên cứu mô phỏng về việc dùng các thiết bị hoá nhiệt cho tay và chân đem lại nhiệt độ ở ngưỡng cao hơn hẳn (69°C tới 74°C). 02 nghiên cứu trường hợp cũng chỉ ra các cảnh báo nguy hiểm do việc phần mềm bị tái lạnh sau khi được làm ấm.

Nhiều nghiên cứu trong đó sử dụng chất chống viêm và các thuốc thông thường không đưa ra bằng chứng rõ ràng về lợi ích của việc điều trị.

Trong 12 nghiên cứu quan sát trên bệnh nhân bị chảy máu hoặc chấn thương nặng cho thấy yếu tố cơ thể bị giảm nhiệt có liên quan tới tử vong, mất máu và biến chứng như: sốc, bất tỉnh, triệu chứng nhiều chức năng cơ thể bị suy giảm chức năng, các triệu chứng suy hô hấp, suy phổi, triệu chứng viêm, nhiễm trùng và ngưng tim (chất lượng nghiên cứu thấp).

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Những người bị chảy máu nghiêm trọng và chấn thương nặng cần được giữ ấm. (**)
- Khi sơ cứu cho người bị lạnh cóng, chỉ thực hiện làm ấm cho bộ phận cơ thể bị hoá đá khi không có nguy cơ bị lạnh trở lại. (*)
- Việc làm ấm trở lại cho người bị thương cần được thực hiện bằng cách cho người bị thương nằm trong nước ấm từ 37°C tới 40°C trong vòng 20-30 phút. (Là kinh nghiệm tốt)
- Với các ca bị lạnh nghiêm trọng, cần làm ấm cho bệnh nhân trong vòng 24 giờ (Là kinh nghiệm tốt)
- Các chất làm ấm **không** được đặt trực tiếp lên chỗ cơ thể bị hoá đá do có thể làm bỏng da người bị thương và các chất này có thể làm nóng vượt quá nhiệt độ cần thiết. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sau khi làm ấm trở lại, cần bảo vệ các bộ phận cơ thể của người bị thương khỏi bị lạnh trở lại và nhanh chóng chuyển người bị thương tới cơ sở chăm sóc tuyến trên. (Cách thực hành tốt)
- Phần cơ thể bị lạnh của người bị thương có thể được băng bằng băng tiệt trùng và đặt các miếng gạc vào giữa kẽ chân tay của người bị thương cho tới khi vận chuyển tới cơ sở điều trị. (Là kinh nghiệm tốt)
- **Không** khuyến cáo việc dùng các thuốc chống viêm không có chứa steroid để điều trị cho các ca bị lạnh cóng trong thao tác sơ cứu do những thuốc này có thể gây tác dụng phụ (ví dụ: dị ứng, chảy máu dạ dày) (*)

Cần nhắc khi thực hiện

Do việc lạnh cóng (hoá đá bộ phận cơ thể) không thường xảy ra và chỉ hay xảy ra ở vùng núi An-pơ, sơ cứu viên cần biết nên kiểm tra các triệu chứng gì và trong các lớp tập huấn nên sử dụng hình ảnh minh hoạ bộ phận cơ thể bị lạnh cóng/hoá đá.

Giảm nhiệt độ cơ thể

Giới thiệu

Khi cơ thể bị phơi nhiễm với lạnh, có thể dẫn tới hiện tượng giảm nhiệt độ cơ thể; hiện tượng này được định nghĩa là trạng thái cơ thể khi nhiệt độ của cơ thể bị giảm xuống dưới cho các chức năng tiêu hoá, các bộ phận hoạt động bình thường, ví dụ giảm xuống dưới 35°C. Bằng chứng hiện có ủng hộ việc áp dụng các kỹ thuật khác nhau làm ấm cho người bị thương tùy thuộc vào trạng thái của người đó. Bằng chứng thuộc chủ đề này được xem xét năm 2015, và hướng dẫn ở phần phía dưới đã được cập nhật theo kết quả xem xét này.

Tóm tắt cơ sở khoa học

01 nghiên cứu ủng hộ việc làm ấm chủ động bằng cách dùng chăn nhiệt với lớp tráng thiếc giữ nhiệt với các bệnh nhân bị giảm thân nhiệt không bị run rẩy. 01 nghiên cứu khác cũng ủng hộ việc sử dụng các dụng cụ làm ấm chủ động thay vì dùng các dụng cụ làm ấm bị động đối với các bệnh nhân bị giảm thân nhiệt. Tuy nhiên, trong 1 nghiên cứu khác, kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa tỷ lệ làm ấm trở lại ở bệnh nhân bị giảm thân nhiệt nhẹ khi sử dụng chăn nhiệt hoặc một dụng cụ làm ấm chủ động khác.

Hướng dẫn

- Khi 1 người bị giảm thân nhiệt - có đáp ứng, run rẩy nhiều nên được làm ấm thụ động bằng cách quấn chăn bông polyester. (**)
- Với người bị giảm thân nhiệt, không run rẩy, nên chủ động làm ấm cho người đó bằng cách dùng chăn nhiệt (nếu có sẵn). (**)
- Khi làm ấm thụ động, nếu không có chăn bông polyester, và người bị thương có đáp ứng, bị run rẩy thì nên sử dụng các biện pháp khác gồm: dùng chăn khô, quần áo ấm, hoặc tấm thiết giữ nhiệt hoặc tấm nilong (loại để quấn chống vỡ, va đập). (*)
- Khi làm ấm chủ động, nếu không có chăn nhiệt và người bị thương không run rẩy thì có thể dùng các biện pháp khác, như: dùng chai nước nóng, các miếng cao nóng, hoặc các viên đá nóng để áp vào các bộ phận chính của người bị thương. Không được áp trực tiếp vào da của người bị thương để phòng gây bỏng cho họ. (*)
- Với tất cả các ca bị giảm nhiệt cơ thể, nên gọi cấp cứu khẩn cấp và nên kiểm tra đường thở, sự thở và tuần hoàn của người bị thương. (Là kinh nghiệm tốt)
- Với tất cả các trường hợp bị giảm nhiệt thân thể, nên điều trị cho người bị thương 1 cách nhẹ nhàng, an ủi người bị thương và cởi các lớp quần áo ướt của họ. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nên chăm sóc cho người bị giảm nhiệt cơ thể, và dùng 1 máy phun sương ấm nếu có sẵn để giảm tối đa dẫn nhiệt, đối lưu, mất nhiệt do bốc hơi. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Tập huấn sơ cấp cứu nên bao gồm các thông tin sau:

- Thực hành các biện pháp an toàn khi đi núi, hoặc khi tham gia các môn thể thao mùa đông hoặc dưới nước để phòng giảm nhiệt cơ thể hoặc bị lạnh cóng.
- Các biện pháp an toàn trong vùng có tuyết lở nhằm giảm nguy cơ và giúp người học làm quen với các biển báo và thực hành an toàn (ví dụ: không đi dốc núi cấm hoặc đóng cửa với các hoạt động trượt tuyết).
- Cách gọi cấp cứu khẩn cấp ở vùng núi.
- Lưu ý là giảm nhiệt cơ thể có thể xuất hiện ở vùng nhiệt độ ấm do các hoạt động cụ thể: như mặc quần áo ướt vv.

Nếu cơ thể bị phơi nhiễm lạnh, người bị thương có thể bị giảm thân nhiệt, và nhiệt độ trong cơ thể có thể giảm tới mức thấp không đủ nhiệt cần thiết cho chức năng [tiêu hoá](#) và hoạt động bình thường của cơ thể, được quy định là ở mức 35°C. Nếu bị phơi nhiễm lạnh, các chức năng nội tạng cơ thể có thể không có khả năng bù vào nhiệt đã bị mất, và nhiệt độ bên trong cơ thể bị giảm. Khi nhiệt độ cơ thể giảm, có các biểu hiện chính như: [run rẩy](#), mạch đập nhanh, và [thở nhanh](#) – là những phản xạ sinh lý của cơ thể để duy trì nhiệt. Người bị thương có thể có dấu hiệu bị nhầm lẫn, không minh mẫn. Sau đó, chức năng của các bộ phận cơ thể không phối hợp được với nhau, các cử động trở nên chậm chạp, mệt nhọc và đi kèm với biểu hiện bị ngã dúm, hoặc lơ mơ. Người bị thương trở nên xanh xao; môi, tai, ngón tay chân có thể bị tím tái. Ở giai đoạn sau, người bị thương có thể bị quên, và không có khả năng sử dụng bàn tay. Phần da bị phơi nhiễm lạnh trở nên xanh, tím tái, phù, và các bộ phận cơ thể không phối hợp chức năng, không đi lại được và người bị thương có triệu chứng nói lung tung, nôn nóng, đào bới đất, trốn nấp vào góc, [gầm](#) hoặc bị [ngẩn ngơ](#).

Các vấn đề về sức khỏe do độ cao

Giới thiệu

Độ cao vốn không được cho là nguy hiểm với sức khỏe song có thể gây các vấn đề nghiêm trọng. Với những người có vấn đề về sức khỏe sẵn, khi đi tới vùng có độ cao đột ngột (ví dụ: khi đi cáp treo lên đỉnh núi) họ có thể gặp các vấn đề cấp về độ cao. Các triệu chứng có thể xuất hiện ở những người leo núi chuyên nghiệp khi họ đi tới những vùng có độ cao lớn, như ở vùng Himalaya. Các nỗ lực quá sức hoặc các bệnh mãn tính làm tăng độ nguy hiểm của các triệu chứng leo núi cấp và do độ cao. Bảng chứng thuộc chủ đề này được xem xét, cập nhật và thể hiện trong phần hướng dẫn phía dưới.

Cụm từ bệnh do độ cao bao gồm: triệu chứng cấp khi leo núi (viết tắt tiếng Anh là AMS), tích nước trong phổi (phù phổi) do độ cao (HAPE) và phù não do độ cao (HACE). Những hiện tượng này là biểu hiện bệnh lý của độ cao gây ra bởi phơi nhiễm cấp với sức ép ô-xy thấp ở độ cao lớn.

Các bệnh do độ cao xuất hiện khi một người không có đủ ô-xy trong máu do áp suất không khí quá thấp. Khi tăng độ cao, không khí loãng hơn và có ít ô-xy được hít vào trong phổi. Bệnh thường gặp do độ cao là triệu chứng núi cao cấp. Bệnh này thường xuất hiện ở những người đi lên độ cao 1.980m tới 2.440m. Nếu xuất hiện hiện tượng và dấu hiệu bị triệu chứng núi cao cấp khi ở những độ cao thấp, thì người bị thương có thể bị các bệnh khác, ví dụ như mất nước cơ thể hoặc các bệnh liên quan tới nhiệt (nắng nóng). Nếu không chữa trị cho những ca bị bệnh do độ cao, bệnh có thể tiến triển xấu, ví dụ như bị phù phổi hoặc phù não. Phù não do não bị tích dịch ở phần mềm của não. Phù phổi là do tích dịch ở phổi. Khi có quá nhiều dịch bị tích lũy ở phổi, thì người bệnh không thể thở bình thường và có thể bị tử vong.

Với hầu hết các trường hợp bị bệnh do độ cao, các triệu chứng nhẹ gồm:

- Chóng mặt, đầu lâng lâng, nhức đầu, nôn nao, mệt mỏi
- Nôn hoặc buồn nôn
- Mạch nhanh, nhịp đập tim nhanh, thở gấp tiến triển thành kiệt sức.

Với các ca bị ốm do độ cao nặng, nhiều dịch tích trong phổi (sưng phổi) và gây ra thở gấp nghiêm trọng. Sưng não có thể xuất hiện. Hiện tượng này có thể làm cho người bệnh bị lẫn lộn, bất tỉnh và nếu không có can thiệp y tế phù hợp có thể dẫn tới tử vong. Các triệu chứng nói chung có thể liên quan tới nhiều loại bệnh liên quan tới độ cao, gồm có:

- Da chuyển màu xanh tím tái
- Co thắt ngực hoặc sung huyết
- Ho và ho ra máu
- Lẫn lộn, mất tỉnh táo
- Giảm tỉnh táo, hoặc giảm phản xạ
- Không thể đi thẳng hoặc đi liên tục

Tóm tắt cơ sở khoa học

CEBaP cùng với nhóm làm việc của Hiệp hội Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ Quốc tế đã đánh giá các bằng chứng khoa học hiện có về chủ đề này.

01 nghiên cứu với chất lượng khoa học thấp cho bằng chứng hạn chế về việc đưa người bị thương xuống độ cao dưới 2.250m để giảm các triệu chứng; 01 nghiên cứu chất lượng kém mô tả về việc cải thiện hội chứng cấp khi leo núi bằng cách cho người bị thương dùng 3L/phút ô-xy trong vòng 10 phút.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Người bị thương do triệu chứng cấp do leo núi, phù phổi và phù não cần phải dùng ngay việc tiếp tục lên độ cao hơn và/hoặc giảm độ cao. (**)
- Với các sơ cứu viên được đào tạo cách sử dụng thì có thể cho người bị triệu chứng cấp do leo núi, phù phổi và phù não thở ô-xy. (*)
- Không khuyến cáo tiếp tục cho người bị thương leo cao hơn (Cách thực hành tốt)
- Sơ cứu viên có thể hỗ trợ người bị thương uống các thuốc trị hội chứng do độ cao được kê đơn, ví dụ như acetazolamide hoặc dexamethasone, dựa trên hướng dẫn in trên bao bì. (Là kinh nghiệm tốt)
- Những sơ cứu viên được đào tạo đặc biệt và trong điều kiện luật pháp, quy định địa phương cho phép có thể cho người bị hội chứng độ cao uống các thuốc như acetazolamide hoặc dexamethasone, dựa theo hướng dẫn của địa phương. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên không nên để cho người bị các hội chứng do độ cao bị lạnh hoặc không được giữ ấm quá. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Nếu chương trình tập huấn sơ cấp cứu có bao gồm nội dung này thì sơ cứu viên nên liên lạc ngay với các chuyên gia và đội cứu hộ núi hoặc các tổ chức hoạt động trong vùng núi để tuân theo hướng dẫn của địa phương.

Ô-xy được coi là thuốc ở 1 số quốc gia và chăm sóc cho người bệnh bằng ô-xy cần tuân theo luật pháp trong nước đó. Nếu luật pháp cho phép dùng thì chỉ nên thực hiện cho người bệnh thở ô-xy khi người thực hiện đã được tập huấn bài bản. Ngoài ra, người thực hiện sơ cứu cũng phải tuân theo luật pháp và quy định địa phương về cách hỗ trợ cho những bệnh nhân đã có sẵn thuốc kê đơn.

Các trường hợp khẩn cấp liên quan tới phóng xạ

Giới thiệu

Tình huống khẩn cấp về sóng phóng xạ được thông báo khi có tai nạn xảy ra và được cho là thảm họa do con người bị phơi nhiễm với nguồn phóng xạ. Các nguồn phóng xạ được dùng trong nhiều lĩnh vực, ví dụ như: công nghiệp, thuốc, nghiên cứu và các tình huống khẩn cấp liên quan tới sóng phóng xạ có thể xuất hiện ở bất cứ nơi nào, như:

- Các nguồn phóng xạ không được kiểm soát (vị trí bỏ hoang, mất dấu, bị ăn trộm hoặc do tìm được)
- Dùng trái phép gây nguy hiểm trong công nghiệp và thuốc (ví dụ như sử dụng để chụp, chiếu)
- Người dân bị nhiễm và phơi nhiễm với nguồn phóng xạ không rõ nguồn gốc
- Đe dọa khủng bố hoặc hành động làm hại
- Vận chuyển khẩn cấp

Nếu không kiểm soát các vật liệu phóng xạ thì sẽ làm tăng phơi nhiễm đủ mức gây các tác động lên sức khoẻ, trong đó hậu quả có thể bao gồm các tổn thương cấp mãn tính, đặc biệt là với những người dân không nhận thức được mình bị phơi nhiễm. Phơi nhiễm với phóng xạ có thể dẫn tới nhiễm độc bên ngoài và nội tạng hoặc tác động do phơi nhiễm phóng xạ i-ôn hoá hoặc cả hai.

Cách ứng phó tới sóng phóng xạ và hoá chất là tương tự như nhau. Trong cả 2 trường hợp, thì giác quan con người không có khả năng phát hiện ra mức độ của vật gây hại.

Các nguồn phóng xạ kín có thể gây nguy cơ bị nhiễm tia phóng xạ (trong quá trình phơi nhiễm với phóng xạ). Các nguồn phóng xạ không kín có thể gây nguy cơ nhiễm phóng xạ bên ngoài hoặc nội tạng do các thành phần phóng xạ bị phân tán.

Do vậy, ứng phó đầu tiên là tìm ra các nguồn thông tin thứ cấp như nhãn mác, dấu hiệu, bao bì có ghi các vật liệu gây nguy hiểm, cũng như sự xuất hiện các triệu chứng y bệnh trong số những người bị phơi nhiễm hoặc đọc các hướng dẫn chuyên môn đặc biệt.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Các tài liệu khoa học không đưa ra bằng chứng về các trường hợp khẩn cấp liên quan tới phóng xạ. Các khuyến cáo thuộc phần này dựa trên ý kiến của các chuyên gia.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Tránh động chạm vào các vật nhiễm phóng xạ. (Là kinh nghiệm tốt)
- Giữ khoảng cách và không tiếp cận các vật nhiễm phóng xạ hoặc hiện trường. (Là kinh nghiệm tốt)
- Di dời người bị thương ra khỏi hiện trường càng nhanh càng tốt. (Là kinh nghiệm tốt)
- Tránh tới những chỗ có lửa hoặc có thể bị nổ trong vòng 100m để tránh các nguồn tia nguy hiểm. (Là kinh nghiệm tốt)
- Không được đưa tay lên miệng, không được hút thuốc, ăn, uống cho tới khi tay và mặt được rửa sạch (phòng tránh nuốt phải hoá chất) (Là kinh nghiệm tốt)
- Phơi nhiễm với nguồn phóng xạ kín không đòi hỏi phải tẩy độc. Để giảm phơi nhiễm, nên ở xa và mang các loại tư trang bảo vệ (ví dụ như áo chì) cách ly giữa nguồn phóng xạ và người bị phơi nhiễm. (Là kinh nghiệm tốt)
- Các lực lượng chuyên môn đặc biệt nên thực hiện việc tẩy độc song nguy cơ những người này bị nhiễm độc là có thể do vậy họ cần được hướng dẫn tự tháo bỏ quần áo trong khi chờ lực lượng khác tới hiện trường. (Là kinh nghiệm tốt)
- Các chuyên gia y tế phải khám tất cả những người có thể bị phơi nhiễm phóng xạ càng sớm càng tốt. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Hội quốc gia cần quyết định xem có nên cho chủ đề này vào nội dung huấn luyện sơ cấp cứu của mình không. Quyết định này nên dựa vào mức độ tập huấn của sơ cứu viên, nguồn lực và hướng dẫn y tế cũng như cách tiếp cận của lực lượng ứng phó khẩn cấp trong nước, y tế công cộng và điều kiện hoàn cảnh cụ thể của quốc gia (ví dụ: quy định về đạo đức, phong tục và thực hành địa phương v.v...).

Dù ở mức độ nào thì người tham gia cũng nên làm quen với các chất nguy hiểm để nhận biết dấu hiệu khi kích hoạt, cũng như nắm được về các tình huống khẩn cấp khi có nguy cơ bị nhiễm phóng xạ.

11.

Sơ cấp cứu cho các chấn thương do động vật gây ra

Quay lại
mục lục

Động vật có thể gây ra nhiều thương tích cho con người, và tài liệu sơ cấp cứu nên đưa chủ đề này vào nội dung tập huấn sau khi có các cân nhắc về tình hình bệnh dịch của địa phương. Ví dụ: tập huấn về các bệnh viêm não do ve/bọ hút máu (hoặc con bét) và bọ chét gây ra chỉ được cho vào nội dung tập huấn nếu những bệnh này gây tác động thực sự tới sức khỏe của người dân địa phương. Tuy nhiên, do có nhiều câu chuyện truyền miệng ly kỳ về rắn cắn nên có thể cho nội dung điều trị rắn cắn vào tài liệu sơ cấp cứu ngay kể cả ở những nơi không hay xảy ra rắn cắn để tránh các cách can thiệp có hại hoặc không cần thiết lên sức khỏe con người.

Động vật cắn

Giới thiệu

Việc quản lý các vết cắn do động vật bao gồm: phòng, điều trị các vết thương và cân nhắc việc làm nhiễm trùng vết thương (ví dụ: làm dính vi khuẩn clostridium tetani gây uốn ván và staphylococcus aureus gây nhiều loại bệnh nhiễm trùng da). Tuy hiếm bằng chứng, song việc rửa vết thương và chuyển người bị thương tới cơ sở y tế có thể mang lại lợi ích cho sức khỏe của người bị thương.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Năm 2010, Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học đã xem xét chủ đề rửa vết thương được thực hiện trong các nghiên cứu trên động vật để phòng các bệnh như bệnh dại và 01 nghiên cứu trên người về phòng nhiễm trùng. Nước sạch, nước muối, xà phòng và nước là những chất rửa vết thương đem lại lợi ích, tuy nhiên, không có so sánh trực tiếp lợi ích của các chất này với nhau. Mặc dù có nhiều khuyến cáo về dùng povidon-iodine để rửa vết thương do động vật cắn song không có bằng chứng về chủ đề này. Ngoài ra, các tài liệu khoa học thuộc phần Các vết thương cũng ủng hộ việc rửa vết thương để phòng nhiễm trùng. Những nghiên cứu này được thực hiện đã lâu và hiện không có thêm nghiên cứu mới.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Nên rửa các vết cắn do người và động vật để giảm nguy cơ bị nhiễm trùng và bị bệnh dại. (*)
- Nên điều trị các vết chảy máu do động vật cắn theo hướng dẫn trong phần Kiểm soát chảy máu. (Là kinh nghiệm tốt)

11 Sơ cấp cứu cho các chấn thương do động vật gây ra

- Nên cho người bị thương tới cơ sở y tế càng sớm càng tốt để phẫu thuật, tiêm vắc-xin hoặc uống thuốc nếu cần. (Là kinh nghiệm tốt)
- Người bị động vật cắn có xuất hiện các vết đỏ, nóng, và đau ở vùng bị cắn trong thời gian từ lúc bị cắn tới khi lành bệnh thì cần phải đi khám bác sỹ chuyên môn. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Một trong các nội dung thuộc phần quản lý vết cắn do động vật là dùng thuốc phòng (tiêm phòng) dại. Việc có dùng loại thuốc này không tùy thuộc người bị thương bị loại động vật nào cắn và bệnh dại có phổ biến trong các loài gia súc ở địa phương không. Các tài liệu tập huấn nên đề cập tới các thảo luận của ngành y tế công cộng về việc cần thiết dùng prophylaxis (thuốc điều trị phòng) cho các trường hợp cắn phòng bệnh dại.

Rắn cắn

Giới thiệu

Ở nhiều nước, rắn độc cắn là 1 trong các vấn đề sức khoẻ. Ngoài ra, nhiều người rất sợ rắn và sợ bị rắn cắn. Thậm chí ở những nước mà không có rắn độc, nhiều người vẫn bị hoảng loạn khi bị rắn cắn và việc sơ cứu cho các ca như vậy có thể gây hại hơn là giúp đỡ người bị thương. Bằng chứng của chủ đề này được xem xét năm 2015 và hướng dẫn phía dưới được cập nhật tương ứng.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Năm 2011, Mạng lưới nghiên cứu dựa trên bằng chứng của Hiệp hội Chũ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ Quốc tế đã xem xét chủ đề này và các tài liệu liên quan.

Hút nọc

Hầu hết các dữ liệu chứng minh là việc hút nọc không mang lại lợi ích và có thể gây hại. Trước đây, người ta tin là hút nọc sẽ đẩy nọc ra khỏi người song những nghiên cứu gần đây cho thấy đây là thông tin sai; chỉ ít, trong 01 nghiên cứu cho thấy chỉ có 1 lượng nọc độc không đáng kể được hút ra (khoảng 0.04%). Dựa trên các nghiên cứu trường hợp và nghiên cứu trên động vật, người ta thấy rằng hút nọc không đem lại lợi ích và trong 01 nghiên cứu trên động vật khác thì người ta thấy rằng khi thực hiện nút nọc, thì làm con vật thí nghiệm chết nhanh hơn. Ngoài ra, các nghiên cứu sử dụng thiết bị cũng cho thấy bằng chứng nhìn được bằng mắt về các nguy cơ tổn thương phần mềm.

Tham khảo

Băng ép hoặc cố định (bất động phần bị cắn)

Việc sử dụng ấn (dùng băng co giãn, hoặc gọi là băng ép cố định) đi kèm cố định chi bị rắn cắn cũng được cho là phòng việc lan độc hoặc nhiễm độc xa hơn vào hệ thống cơ thể.

Cách tiếp cận bằng cách băng ép và cố định phần chi bị rắn cắn được 02 nghiên cứu trên động vật ủng hộ. 01 trong những nghiên cứu này cho thấy lợi ích của việc băng ép với áp lực 55mmHg. 01 nghiên cứu mô phỏng trên động vật cho thấy giảm lưu thông bạch cầu và việc lây lan nọc độc. Ngoài ra, chỉ có băng chứng hạn chế từ 02 thử nghiệm mô phỏng cho thấy giảm chất nọc độc giả lây lan khi sử dụng băng co giãn và nẹp. Một khía cạnh khác là chỉ có băng chứng hạn chế từ 04 thử nghiệm mô phỏng ủng hộ việc băng có lót gạc, dùng băng không co giãn. 01 thử nghiệm khác cho thấy chỉ có băng chứng hạn chế ủng hộ việc cố định chi bị cắn (bằng cách dùng băng co giãn và nẹp cố định chi) giúp làm giảm việc truyền nọc độc đi sâu vào cơ thể.

Ngoài các bằng chứng về lợi ích của băng ép, có các bằng chứng về tính thực tế của việc dùng băng ép co dân bởi người sơ cứu là người dân bình thường. Trong 02 nghiên cứu có chứng ngẫu nhiên, người ta chứng minh được người thường có tập huấn có thể băng ép với lực ép tối ưu cao hơn (khác biệt mang tính thống kê) so với những người chỉ được đọc hướng dẫn. Tuy nhiên, trong 01 thử nghiệm không ngẫu nhiên thì họ chứng minh được các tình nguyện viên là người dân không có khả năng băng ép đúng, thành công (khác biệt mang tính thống kê) cao hơn so với những người tình nguyện viên y tế.

Tham khảo

Đánh giá

Không có nghiên cứu có chứng nào trên người và động vật đánh giá lợi ích của việc nâng cao chân sau khi bị rắn cắn. Chỉ có bằng chứng duy nhất từ các nghiên cứu hồi quy không có chứng xem xét việc chăm sóc sau khi rắn cắn trong đó có sử dụng nhiều phương pháp khác nhau để nâng chi. Tất cả các nghiên cứu này cho thấy người bị thương hồi phục tốt khi được chăm sóc hỗ trợ đơn giản (so với dùng thuốc chữa rắn cắn) song không có nghiên cứu cụ thể nào xem xét riêng việc nâng chân hoặc so sánh giải pháp nâng chân với các biện pháp khác.

Tham khảo

Áp lạnh

Chỉ có 1 nghiên cứu thử nghiệm trên động vật so sánh việc áp và kiểm soát lạnh với trường hợp bị rắn độc cắn. Tuy nhiên nghiên cứu này không chứng minh được (có ý nghĩa thống kê) sự khác biệt giữa tỷ lệ chết và mức tổn thương phần mềm.

Tham khảo

Băng ga-rô

Có 03 nghiên cứu quan sát không chứng minh được tác dụng giảm (khác biệt thống kê) số bị chết, phù nề, suy hô hấp, suy thận, nhiễm độc, hoại tử và tàn tật. Ở 1 nghiên cứu, họ chứng minh được băng ga-rô làm tăng đáng kể (có ý nghĩa thống kê) thời gian nằm viện.

Tham khảo

Rửa vết thương

Không có nghiên cứu được xuất bản về việc rửa vết rắn cắn.

Hướng dẫn

- Không khuyến cáo hút nọc rắn do không hiệu quả và có thể gây hại. (**)
- Không khuyến cáo băng ga-rô cho các ca bị rắn cắn do có thể làm người bị thương phải ở viện lâu hơn. (**)
- Có thể giữ im các vết thương ở chân, tay hoặc dùng băng không co giãn để băng cố định chi. (*)
- Sơ cứu viên có tập huấn có thể băng ép với các trường hợp cụ thể, như ở vùng sâu xa và môi trường hoang dã. (*)
- Người bị thương nên hạn chế vận động. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Trong các hướng dẫn sơ cấp cứu trước đây có khuyến cáo băng ép, cố định cho các ca bị rắn cắn, dựa trên các tác dụng tích cực tìm thấy trong các nghiên cứu trên động vật và nghiên cứu dùng chất nọc độc giả. Tuy nhiên, trong những hướng dẫn này, bằng chứng về tính khả thi khi người thực hiện băng ép là người dân. Dựa trên các bằng chứng thêm liên quan tới người không thể băng ép đúng cách và cân nhắc hậu quả của việc băng ép dẫn tới các cử động không cần thiết của chi và khả năng làm lan truyền nọc độc sâu hơn vào cơ thể, không khuyến cáo thực hiện băng ép cố định.

Với tài liệu tập huấn sơ cấp cứu, giảng viên nên liên lạc với các trung tâm sinh học để lấy ý kiến về loại rắn sống ở địa phương và độc tính của các loại nọc. Do nhiều người chỉ có hiểu biết hạn chế về rắn và nguy cơ tiềm năng, khuyến cáo nên dùng tranh minh họa các loại rưans trong vùng tại lớp tập huấn.

Các hướng dẫn sau đây nên áp dụng tại các vùng có rắn độc:

- Liên lạc với các trung tâm sinh học địa phương để tìm ra địa điểm và cách thức xin thuốc trị rắn độc cho các ca bị rắn cắn và các liệu pháp điều trị cụ thể.
- Tại các lớp tập huấn sơ cứu, nên bao gồm những nội dung về cách tiếp cận trung tâm sinh học và đường dây nóng (nếu có) cho những trường hợp cần tìm thông tin và lời khuyên về cách điều trị rắn độc cắn.

Sứa độc

Giới thiệu

Sứa sinh sống ở đại dương và biển. Hầu hết là sứa không độc song một số loài có thể gây ra các phản ứng tại chỗ hoặc toàn thân. Tiếp xúc với sứa độc có thể gây đau đớn, và dị ứng. Vấn đề thường gặp ở nhiều bãi biển trên thế giới là khi tham gia vào các môn thể thao dưới nước thì người đi biển bị sứa đốt. Trong hầu hết các trường hợp, thì vết đốt chỉ gây ngứa rát (tương tự như vết bỏng), song ở các trường hợp nguy hiểm, ví dụ bị sứa Bồ Đào Nha (tên khoa học [Physalia physalis](#)), dạng hộp (tên khoa học [Carybdea alata](#)), loại xúc tu biển màu đỏ/sứa đỏ (tên khoa học [Chrysaora quinquecirrha](#)) là những loài sinh sống ở nhiều nơi trên thế giới. Các vết sứa đốt gồm các vết đốt bởi loài thủy sinh, hoặc vết xước bởi san hô do các loài thủy sinh này tiết ra liên tục hàng ngàn nang độc kích cỡ chỉ nhìn được bởi kính hiển vi gọi là các nang trâm. Mỗi nang chứa 1 lượng chất độc nhỏ và khi tiếp xúc với người thì gây cháy da.

Phản ứng ban đầu với các vết sứa đốt là đỏ, ngứa, tê, và rát râm ran ở những chỗ bị sứa đốt, hình thành các nốt mụn hoặc vết phát ban dưới dạng phơi nhiễm với loài có xúc tu. Các phản ứng toàn thân có thể xuất hiện, gồm đau cơ, nôn, toát mồ hôi, kích động, cao huyết áp, đau ở ngực và bụng. Các bằng chứng thuộc chủ đề này được xem xét năm 2015 và hướng dẫn phía dưới được cập nhật phù hợp.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Vào năm 2010, chủ đề này được Hội đồng thống nhất các bằng chứng khoa học xem xét. Hội đồng tư vấn khoa học của Hội Chũ thập đỏ Mỹ, CEBaP đã xem xét chủ đề này và cùng hợp tác với nhóm làm việc về sơ cấp cứu của Hiệp hội Chũ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ Quốc tế để đánh giá lại các tài liệu khoa học hiện có về chủ đề này.

Các chất trị độc

Các chất trị độc do sứa đốt nói chung được xem xét về tác dụng để phòng việc tiết ra các nang của sứa và giảm đau cấp do sứa đốt. Bằng chứng trong 02 nghiên cứu tác dụng của dấm trong điều trị vết sứa cắn trên động vật và bột sô-da trong một nghiên cứu khác có tác dụng phòng hoặc giảm việc tiết ra các nang độc.

Dấm nước (có thành phần acid acetic hoạt tính từ 4 tới 6%) được chứng minh là có tác dụng gây ức chế nang độc đối với loại sứa hộp và các loài thủy sinh có độc tính gây chết người. Việc dùng dấm điều trị cho chất độc của sứa do loài sứa chai xanh gây ra (tên khoa học là [Physalia](#)) có thể đem lại hiệu quả tốt.

Các vết sứa cắn ở vùng biển Bắc Âu không có đáp ứng với sứa. Trong 1 nghiên cứu hệ thống thực hiện năm 2012 xem xét các cách điều trị cho các ca sứa độc cắn và các thực thể sống liên quan ở biển Bắc Mỹ và Hawaii. Nghiên cứu này tìm ra 19 nghiên cứu sơ bộ đúng nội dung gnafy và cho thấy các ca bệnh có đáp ứng điều trị, song thường cho các kết quả trái ngược, tùy theo loài thủy sinh nghiên cứu. Nghiên cứu cũng cho thấy là dấm có thể gây đau hơn, hoặc làm cho tiết nang độc ở hầu hết các loài sứa. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy loại sứa chai xanh (tên khoa học là [Physalia utriculus](#)), thì việc điều trị bằng dấm làm cho cho chất độc từ nang sứa phát tán xa hơn.

Có bằng chứng hạn chế từ 01 nghiên cứu thử nghiệm trên động vật mà kết quả không phản bác cũng như không ủng hộ việc dùng nước biển rửa vết sứa cắn. Dùng nước biển có tác dụng giảm (khác biệt mang tính thống kê) đau so với dùng nước ngọt; song không có so sánh giữa sử dụng nước biển so với dùng dung dịch rửa vết côn trùng cắn hoặc chất làm mềm thịt Adolph.

Các bằng chứng kém chất lượng và kết quả từ nghiên cứu này là không chính xác do mẫu hạn chế và do kết quả phân tán.

Các nghiên cứu kém chất lượng khác cũng cho thấy dùng **methanol hoặc ethanol, ammonia và acetic acid** có thể làm tăng các triệu chứng đau đớn. **lidocaine** (4%) có thể giúp giảm các triệu chứng; với trường hợp cơn đau kéo dài trong vài ngày có thể dùng **chất steroids** để điều trị.

Ngâm vết cắn trong nước nóng lạnh

Một nghiên cứu hệ thống xem xét về các cách điều trị sứa đốt gợi ý việc dùng các gói nước nóng, lạnh thông thường có thể làm giảm độc, và giảm đau. Lợi ích của việc dùng các gói nước nóng giảm đau sau khi bị sứa đốt cũng được chứng minh trong 04 nghiên cứu khác. Các nghiên cứu này cũng cho thấy việc dùng gói nước nóng giúp giảm đau (có ý nghĩa thống kê) so với dùng gói đá, dấm, hoặc chất làm mềm thịt. Tuy nhiên, nghiên cứu không chứng minh được tác dụng ngừng đau.

11 Sơ cấp cứu cho các chấn thương do động vật gây ra

Tác dụng của việc dùng nước lạnh với ca bị sữa đốt được tìm thấy trong 1 nghiên cứu, song 02 nghiên cứu khác lại báo cáo dùng nước lạnh không có tác dụng giảm đau đáng kể do chỉ gây lạnh.

Băng ép cố định

Băng chứng ủng hộ việc tránh dùng băng ép từ 02 nghiên cứu động vật do làm chất độc phát tán xa hơn, cho dù có loại bỏ hết các nang độc.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Dùng nước biển, bột baking soda, dấm và áp nhiệt nóng cho tác dụng vô hiệu hoá các nang độc. Nước ngọt có thể làm chất độc phát tán xa. Việc lựa chọn chất điều trị vết sữa đốt nên tùy thuộc vào vùng địa lý cụ thể, và loại sữa cụ thể: (**)
 - Với hầu hết các loại sữa, cần loại bỏ xúc tu và rửa vết thương bằng nước biển. Rửa bằng nước ngọt có thể làm phát tán xa hơn chất độc.
 - Với các loại sữa, sữa đở, nên bôi bột baking soda;
 - Với vết sữa do sữa hộp đốt, nên dùng dấm trong 30 giây
 - Nếu xác định được vết cắn do sữa chai xanh physalia utriculus, không được dùng dấm vì sẽ gây cho chất độc phát tán xa.
- Nên ngâm vết cắn trong nước nóng cho tới khi hết đau hoặc ngâm tối thiểu từ 20 tới 30 phút. (**)
- Không nê băng ép cho các vết sữa đốt. (**)
- Dùng các chất như nhôm sulphate, chất làm mềm thịt hoặc nước không nên sử dụng nhằm mục đích giảm đau. (**)
- Sau khi điều trị để loại bỏ và/hoặc vô hiệu hoá các nang độc, nên ngâm vết cắn trong nước nóng để giảm đau. (*)
- Nên nhặt các xúc tu bám vào da bằng tay hoặc có thể dùng các thanh mỏng như thẻ tín dụng để gạt ra. Người sơ cứu phải mang dụng cụ bảo vệ cá nhân thích hợp. Vết cắn cần được rửa kỹ bằng nước biển và loại bỏ các tế bào của xúc tu có thể nhìn thấy bằng mắt thường. (Là kinh nghiệm tốt)
- Không nên cho người bị thương gãi, dụi vùng bị sữa đốt. (Là kinh nghiệm tốt)
- Ở những vùng có sữa gây chết người, sơ cứu viên nên gọi ngay cấp cứu y tế khẩn cấp và kiểm tra đường thở, làm thông đường thở, kiểm tra sự thở, tuần hoàn trong khi thực hiện các thao tác sơ cứu khác. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Khi xây dựng tài liệu tập huấn sơ cấp cứu, nên liên lạc với các viện nghiên cứu đại dương, hàng hải hoặc cơ quan cứu nạn đường thủy để tập trung tài liệu học vào các loại sữa nguy hiểm nhất tại địa phương. Chỉ các thao tác sơ cứu cho loại sữa có hiện diện ở địa phương mới nên cho vào tài liệu.

Nếu trong tài liệu sơ cứu có chủ đề này thì sơ cứu viên nên được thông báo về các loại sữa hiện diện ở địa phương và các biện pháp phòng chống, ví dụ như: chăm sóc cho các dấu hiệu cụ thể hoặc mang các bộ bảo hộ. Với mục đích giảng dạy, thì nên dùng hình ảnh các con sữa trong nước và các thông tin về sinh học cơ bản, ví dụ như sữa sống ở vùng nào và các vết do sữa đốt.

Các các tổ chức nghiên cứu về biển khuyến cáo nên dùng các sản phẩm dược ví dụ: thuốc mỡ chứa steroid, gel lidocaine gels vv thì nên áp dụng đúng hướng dẫn sử dụng các sản phẩm này theo quy định trong nước.

Các vết côn trùng cắn, đốt

Giới thiệu

Một số loài côn trùng không có hại song lại là loài trung gian truyền bệnh cho người ví dụ như sốt rét, hoặc bệnh viêm não do bọ hút máu gây ra. Ngoài ra các vết côn trùng cắn có thể gây ra tổn thương và nhiễm trùng. Một số vết cắn do côn trùng có thể gây dị ứng ở những người chưa từng bị loại côn trùng đó cắn. Mục tiêu của sơ cứu viên là loại bỏ các vòi cắn hoặc côn trùng hút máu ra khỏi người bị thương sao cho gây tổn thương thấp nhất có thể và tránh làm chất độc truyền sâu vào cơ thể. Bằng chứng về chủ đề này được nghiên cứu vào năm 2015 và được thể hiện trong phần hướng dẫn phía dưới.

Tóm tắt cơ sở khoa học

CEBaP đã tổ chức nghiên cứu các bằng chứng về chủ đề này.

Chỉ có rất hạn chế các bằng chứng ủng hộ việc dùng kéo gấp y tế gấp chất độc ra so với di chuyển kéo gấp y tế để rút các con trùng ra khỏi da. Trong 01 nghiên cứu, họ đã chứng minh được việc dùng kéo y tế rút côn trùng giúp giảm (khác biệt có ý nghĩa thống kê) số con bọ bị vỡ phần vòi độc so với thao tác xoay kéo gấp y tế. Bằng chứng chất lượng thấp và kết quả từ những nghiên cứu này là không chính xác do cỡ mẫu nhỏ và kết quả phân tán.

Có các bằng chứng hạn chế ủng hộ việc xoay 1 thiết bị có móc nhọn để loại bỏ bọ (tên sản phẩm thương mại là O'Tom Tick). Kết quả nghiên cứu không ngẫu nhiên cho thấy việc xoay thiết bị này làm giảm việc vỡ vòi độc của côn trùng, và dễ gấp được côn trùng, không cần lực để rút côn trùng ra khỏi da so với dùng các loại thiết bị hoặc nhíp gấp khác. Trong 01 nghiên cứu thử nghiệm không ngẫu nhiên khác cho thấy việc xoay móc ở thiết bị gấp côn trùng giúp giảm (khác biệt có ý nghĩa thống kê) phần vòi của côn trùng, so với việc kéo hoặc kẹp có móc. Không chứng minh được sự khác nhau giữa việc dùng nhíp gấp côn trùng so với bút kẹp hoặc thẻ kẹp. Tuy nhiên, nghiên cứu không chứng minh được tác dụng giảm thất bại (không có khác biệt thống kê) khi loại bỏ côn trùng bằng cách xoay phần móc so với việc kéo bằng kéo gấp y tế. Bằng chứng chất lượng kém và những kết quả nghiên cứu này không chính xác do thiếu dữ liệu.

Không thể chứng minh việc dùng hoá chất có chứa xăng, cồn methylate, dung dịch cồn, cồn isopropyl 70% hoặc diêm giúp giảm việc làm vỡ vòi độc của côn trùng và làm côn trùng tự rơi ra khỏi da. Liên quan tới việc dùng thuốc đánh móng tay chân để loại bỏ côn trùng, hiện có các bằng chứng trái chiều từ 02 nghiên cứu thực nghiệm. Trong 1 nghiên cứu nhỏ, không chứng minh được tác dụng (mang tính khác biệt thống kê) khi dùng máy rút côn trùng sau khi bôi thuốc đánh móng tay vào chỗ bị côn trùng đốt. Trong 1 nghiên cứu khác, họ chứng minh được việc dùng thuốc đánh móng tay giúp giảm (khác biệt thống kê) việc làm vỡ vòi côn trùng sau khi dùng máy loại bỏ côn trùng so với việc không dùng thuốc đánh móng tay. Những bằng chứng trái chiều này có thể là do việc thí nghiệm trên các loại côn trùng khác nhau. Bằng chứng kém chất lượng và không chính xác từ các nghiên cứu này do thiếu dữ liệu.

11 Sơ cấp cứu cho các chấn thương do động vật gây ra

Hầu hết những người bị ong đốt sẽ bị vết sưng, nhiễm trùng nổi hẳn lên. Chỉ có bằng chứng hạn chế ủng hộ việc rút ngòi/vòi ong. Trong 1 nghiên cứu có chứng ngẫu nhiên, việc rút vòi ong đốt ra khỏi da làm tăng (mang tính thống kê) vùng bị sưng và thời gian bị sưng. Bằng chứng chất lượng thấp và kết quả của nghiên cứu không chính xác do mẫu nghiên cứu hạn chế.

Không có bằng chứng nào được tìm thấy liên quan tới việc rút, hút vòi của côn trùng hoặc dùng dấm, đá lạnh cho những chỗ bị côn trùng cắn, đốt.

Tham khảo**Hướng dẫn**

- Nên tránh dùng xăng, dầu, các chất hoà tan hữu cơ để làm ngạt côn trùng, hoặc không được đốt côn trùng. (**)
- Trong trường hợp bị ong đốt, cần rút vòi ong ra khỏi da càng sớm càng tốt. (**)
- Để rút bọ ra khỏi da, cần dùng nhíp, kẹp vào chỗ sát vào da, càng sát da càng tốt, rút ra từ từ song cầm chắc và rút côn trùng ra khỏi da. (*)
- Nếu sử dụng các dụng cụ như nhíp, kẹp thông thường để kéo côn trùng ra khỏi da, và nếu phần đầu nhíp có phần móc để rút côn trùng thì nên sử dụng theo hướng dẫn của nhà sản xuất. (*)
- Vùng bị côn trùng cắn cần được sát khuẩn kỹ bằng cồn y tế hoặc các dung dịch sát khuẩn khác. Sơ cứu viên nên tránh việc nặn côn trùng ra khỏi da do có thể nặn vỡ chất độc trong côn trùng ở dưới da (Thực hành tốt).
- Nếu xuất hiện phát ban, nóng, hoặc đau xung quanh vùng bị côn trùng đốt, cắn và dẫn tới sốt, thì nên đưa người bị thương tới khám bác sỹ để dùng kháng sinh hoặc tiêm vắc-xin nếu cần. (Là kinh nghiệm tốt)
- Sơ cứu viên nên nhận biết được các dấu hiệu dị ứng hoặc dấu hiệu bị quá mẫn cảm để xử lý. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Sơ cứu viên nên tuân theo các hướng dẫn của trung tâm y tế địa phương để xem các bệnh phổ biến do côn trùng gây ra tại địa phương mình và các biện pháp phòng chống. Các biện pháp phòng có thể bao gồm:

- Dùng chất chống côn trùng
- Dùng màn
- Mặc quần dài, áo dài tay, đặc biệt vào lúc xẩm tối khi côn trùng hoạt động.

Giảng viên sơ cấp cứu nên lấy lời khuyên từ các cán bộ y tế địa phương về cách phòng các bệnh do côn trùng đốt, ví dụ: tiêm vắc-xin phòng bộ đốt gây viêm não, hoặc các sản phẩm được khác để phòng sốt rét.

Giảng viên sơ cấp cứu nên dùng tranh ảnh để minh họa các loại côn trùng phổ biến tại đại phương và các vấn đề y tế do côn trùng gây ra, ví dụ như: bệnh do vi khuẩn lây truyền từ bọ chét (borreliosis), và giúp người học xác định được cách nhận biết.

Các thông tin thêm về các loại bệnh do bọ hút máu có thể giúp ích cho công việc giảng dạy. Ở Châu Âu và Bắc Mỹ, nhiều loại bọ Ixodes là trung gian gây bệnh truyền nhiễm. Các bệnh chính là: Lyme borreliosis, hoặc bệnh Lyme do vi khuẩn *Borrelia burgdorferi*. Các triệu chứng điển hình là: sốt, đau đầu, mệt mỏi, và các vết phát ban điển hình trên da. Nếu không điều trị, thì các vết nhiễm trùng có thể lây lan ra vùng khớp, tim, và hệ thống thần kinh. Trong hầu hết các trường hợp, bệnh Lyme có thể điều trị được bằng kháng sinh.

Các bước phòng bệnh Lyme gồm có: dùng thuốc chống côn trùng, nhanh chóng gắp côn trùng ra khỏi người, và thực hiện các biện pháp xác định khu vực và tiêu diệt côn trùng.

Các loại bọ cũng có thể truyền bệnh Lyme gồm bọ gây viêm não.

Xem thêm phần [Các vết thương và trầy xước](#)

12.

Đuối nước và các bệnh do áp suất khí lặn

Quay lại
mục lục

Đuối nước

Giới thiệu

Đuối nước là nguyên nhân hàng thứ 3 gây các tổn thương tự phát trên thế giới và gây ra khoảng 400.000 ca tử vong mỗi năm.⁸

Sơ cứu viên nên có kiến thức về lĩnh vực này. Đuối nước là quá trình bị hạn chế hô hấp do chìm trong nước, chất lỏng.

Hậu quả của đuối nước thường được ghi là chết, gây gánh nặng bệnh tật hoặc không gây gánh nặng bệnh tật. Quá trình đuối nước liên tiếp bắt đầu bằng việc -1 người bị chìm xuống dưới nước (chất lỏng), và người này tự động nín thở. Tiếp theo là người này bị nước tràn vào đường thở. Nếu không được cứu hộ và cấp cứu thì các dấu hiệu sẽ tiến triển xấu nhanh và làm giảm mạnh ô-xy trong máu và dẫn tới suy thoái toàn bộ chức năng cơ thể.

Ở các nước có thu nhập cao, chăm sóc cho người bị ngập nước thường được cung cấp bởi nhiều cơ quan, nhiều phương thức khác nhau, và nhiều tổ chức chịu trách nhiệm độc lập cho từng phần chăm sóc cho ca bị thương, từ việc cứu hộ nước cho tới chăm sóc phục hồi.

Bảng chứng thuộc chủ đề này được xem xét năm 2015 và phần hướng dẫn phía dưới đã được cập nhật tương ứng.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Quản lý đường thở

Liên quan tới quản lý đường thở, các tài liệu ủng hộ việc làm thông đường thở để cho ô-xy vào các phần mềm chức năng của phổi; việc giảm thiểu việc lưỡi đè vào làm tắc đường thở là 01 thách thức lớn trong quá trình làm tỉnh người bị đuối nước, do vậy phải làm thông đường thở càng sớm càng tốt. Ý kiến chuyên môn và dữ liệu nghiên cứu để ủng hộ quan điểm cần thiết lập và duy trì đường thở trên trong quá trình hồi sức cấp cứu cho ca bị chết đuối, và việc làm người bị thương thở lại, ngay cả khi thao tác giúp làm tỉnh người bị thương khi còn ở trong nước là an toàn, hiệu quả và có thể thực hiện được bởi thành viên đội cứu hộ có tập huấn cứu nạn cho tai nạn đuối nước ở hồ, sông, biển vv (môi trường mở). Phép ngoại suy cho thấy là việc giúp nạn nhân thở, tỉnh lại ngay cả khi còn ở trong nước cũng đóng vai trò tích cực trong việc sơ cứu hồi sức cho người bị đuối nước ở bể bơi.

8. Global Report on Drowning Preventing a leading killer, WHO, 2014.

Tham khảo

Hút nước ra khỏi người bị thương

Hiệu quả của việc hút nước ra khỏi người bị đuối, chìm nước chưa được nghiên cứu kỹ song các ý kiến chuyên môn thống nhất là sơ cứu nên bắt đầu bằng việc rút nước ra khỏi đường thở và phổi của người bị thương. Tiến trình xuất hiện khi con người hít nước vào phổi là 01 quá trình phức tạp. Việc hút nước vào gồm: co thắt thanh quản, dịch chuyển khắp màng, túi phổi, phá huỷ các hoạt tính bề mặt phổi, gây xẹp phổi, gây sung mạch trong phổi, và làm phù phổi. Việc hút nước khỏi đường thở là không cần thiết và sẽ làm chậm việc thực hiện thao tác hồi sức tim phổi. Việc điều chỉnh tình trạng giảm ô-xy trong máu có thể làm cho người bị thương nôn oẹ và có thể gây tổn thương ruột và mạch máu. Ngoài ra, hút nước ra bằng đường miệng hầu như không loại bỏ được nước, dịch trong phổi mà chỉ rút được dịch từ họng và miệng. Cuối cùng, có sự nhất trí cao là kỹ thuật ép, hút nước khỏi phổi được thực hiện bởi các thao tác: hút/mút nước từ đường thở, ép bụng, dốc người bị đuối nước hầu như không hoặc chỉ hút được 1 chút dịch ra khỏi phổi; nguyên do là chỉ sau một vài phút bị chìm trong nước, thì nước đã được được hệ tuần hoàn hấp thụ. Tuy vậy, ở 1 vài bệnh nhân, các chất nôn, dạng hạt hoặc các dị vật có thể làm tắc đường thở làm cho việc hồi sức cấp cứu trở nên khó khăn. Trong những trường hợp này thì có thể thực hiện nhiều kỹ thuật, bao gồm: làm thông thoáng các chất nôn, chất vụn nếu các chất này làm cản trở việc quản lý đường thở cho người bị thương.

Tham khảo

Hồi sức cấp cứu cho ca bị đuối nước

Khi bị đuối nước, hồi sức cấp cứu bằng cách ấn bụng trên có thể tạo ra nguy cơ các chất nôn ra bị trào ngược và kết tủa, hút lại vào bên trong dạ dày và có thể làm chậm hoặc làm phức tạp cho việc thực hiện hồi sức tim phổi hiệu quả. Cố gắng rút nước từ đường thở bằng cách ép bụng là không cần thiết và có thể gây nguy hiểm. Các nghiên cứu đã chỉ ra việc không cần thiết phải làm thông thoáng đường thở khi bị tràn ngập nước. Nghiên cứu cho thấy không cần thiết hút nước đã bị nạn nhân uống phải ra khỏi đường thở của họ. Phần lớn người bị đuối nước hít vào phổi 01 lượng nước nhỏ và nước nhanh chóng bị hấp thụ bởi hệ tuần hoàn trung ương. Do vậy, nước không phải vật cản làm nghẹt khí quản. Thao tác loại bỏ vật cản đường thở chỉ được áp dụng khi đường thở bị nghẽn hoàn toàn do có dị vật cứng. Xem thêm bài Dị vật đường thở.

Liên quan tới đặt vị trí nạn nhân, bằng chứng khoa học ủng hộ việc đặt người bị thương về vị trí gần với vị trí nằm nghiêng nhất có thể, để đầu sao cho nước và dịch thoát ra dễ dàng nhất. Vị trí nằm của nạn nhân cần phải ở chỗ vững, cân bằng, không có lực ép lên ngực để có thể dễ dàng lật nghiêng người bị thương sang bên còn lại một cách an toàn.

Nghiên cứu tài liệu cho thấy việc giúp người bị thương khôi phục lại sự thở ở trong môi trường nước nông là an toàn và hiệu quả và có thể thực hiện bởi sơ cứu viên có đào tạo, được trang bị thiết bị nổi và thao tác này giúp nạn nhân tăng cao khả năng sống sót.

Bằng chứng và cơ chế hoạt động sinh lý của con người ủng hộ luận điểm: trong quá trình hồi sức cho người bị thương cần có đủ ôxy sinh lý để duy trì hoạt động; tuy nhiên, không có các nghiên cứu ủng hộ việc cần thiết phải cung cấp thêm ô-xy trong quá trình hồi sức cho ca đuối nước nhằm đạt mức ô-xy bình thường. Đã có các nghiên cứu được phát hành chứng minh được việc thổi không khí bình thường (16% ô-xy) hoặc không khí ở điều kiện trong phòng (21% ô-xy) cho các ca hồi sức cấp cứu đạt được mức ô-xy máu sinh lý bình thường. Ở trong những nghiên cứu này, họ thực hiện sơ cứu cho nhiều dạng thương tích khác nhau chứ không chỉ sơ cứu hồi sức cho các ca bị đuối nước. Ngoài ra, các nghiên cứu có sử dụng thở ô-xy phụ trợ trong hồi sức cấp cứu cho thấy người bị thương có mức ô-xy sinh lý cao. Những nghiên cứu này và một số nghiên cứu khác cũng chứng minh được mức độ ôxy máu sinh lý có liên

12 Đuối nước và các bệnh do áp suất khi lặn

quan tới các kết quả xấu về thần kinh. Nghiên cứu đã chứng minh được việc dùng trợ thở ô-xy khi hồi sức cấp cứu cho người bị đuối nước có liên quan tới kết quả sức khỏe có hại cho người bị thương, họ sử dụng thở ô-xy lâu hoặc nghiên cứu các ca bị thương không do đuối nước. Mặc dù thiếu bằng chứng nghiên cứu, một số chuyên gia viết trong trường hợp các ca bị đuối nước, ô-xy nồng độ cao ở mức cao hơn 16% tới 21% thường được dùng để trợ thở hoặc khi sử dụng máy trợ thở đi kèm mặt nạ thở mà không có ô-xy bổ sung thêm. Tài liệu có sẵn về hồi sức cấp cứu và các phòng đoán logic ủng hộ ưu tiên hồi sức cấp cứu với các ca bị đuối nước là thiết lập và làm thông thoáng đường thở. Ngoài ra, các nghiên cứu về hồi sức và các phòng đoán logic khác cũng ủng hộ việc cần phải đạt được mức ô-xy sinh lý bằng cách hà hơi thổi ngạt hoặc dùng máy trợ thở. Tuy vậy, cũng có ý kiến chuyên gia ủng hộ việc sơ cứu biển thực hiện trợ thở ô-xy cho nạn nhân trong quá trình hồi sức cấp cứu.

Vào năm 2015, ILCOR xem xét các bằng chứng về yếu tố dự đoán kết quả sức khỏe ở các ca đuối nước, ví dụ: thời gian bị chìm, tuổi của người bị nạn, độ mặn của nước, nhiệt độ nước và so sánh với các ca đuối nước không có các yếu tố kể trên.

Có bằng chứng kết chất lượng và trái ngược qua điểm về kết quả cuối cùng liên quan tới hệ thần kinh và khả năng sống sót của người bị thương dựa trên phân tích 03 yếu tố: tuổi, độ mặn và nhiệt độ của nước.

Bằng chứng về thời gian bị chìm dưới nước cho thấy:

- Nếu bị chìm với các chu kỳ ngắn (ngắn hơn 5 hoặc 6 phút) có bằng chứng khoa học ở chất lượng trung bình cho thấy nạn nhân có kết quả khả quan hơn về thần kinh song chỉ có bằng chứng kém chất lượng cho kết quả sống sót của người bị thương. Tất cả các nghiên cứu ghi nhận kết quả thần kinh xấu đi ở các ca bị chìm lâu hơn 5 phút. Tất cả các nghiên cứu cũng ghi nhận nạn nhân có cơ hội sống sót thấp hơn nếu bị chìm lâu trong nước hơn so với những người bị chìm ngắn.
- Với các ca bị chìm thời gian trung bình, ít hơn 10 phút, có bằng chứng khoa học ở chất lượng trung bình cho thấy nạn nhân có kết quả khả quan hơn về thần kinh song chỉ có bằng chứng kém chất lượng cho kết quả sống sót của người bị thương. Tất cả các nghiên cứu ghi nhận là các ca bị chìm lâu có kết quả về thần kinh xấu hơn các ca bị chìm trong thời gian trung bình.
- Với các ca bị chìm lâu, từ 15 tới 25 phút, có bằng chứng khoa học chất lượng thấp từ 03 nghiên cứu quan sát cho thấy các ca nay có kết quả thần kinh nguy kịch và có bằng chứng chất lượng thấp từ 01 nghiên cứu cho thấy chìm lâu liên quan tới khả năng sống sót thấp. Chìm dưới 20 hoặc 25 phút liên quan tới các kết quả cuối cùng về hệ thần kinh tốt hơn so với những ca là người hoặc trẻ em bị giảm thân nhiệt bị chìm lâu hơn. Nhìn chung, các ca bị chìm dưới 15 phút có tỷ lệ sống sót cao hơn các ca bị chìm lâu hơn.

ILCOR năm 2015 không nghiên cứu các báo cáo về các ca hiếm hoặc đặc biệt, mặc dù các báo cáo này ghi nhận nạn nhân bị chìm trong nước đá, băng lâu có kết quả sức khỏe khả quan.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Quản lý đường thở trong quá trình cứu nạn, hồi sức cấp cứu là kỹ năng phải được đưa vào tài liệu sơ cấp cứu. (**)
- Hồi sức cấp cứu cho các trường hợp đuối nước phải thực hiện quản lý đường thở trên và ưu tiên nhanh chóng khôi phục sự thở cho người bị thương. (**)
- Hồi sức cấp cứu cho người bị thương khi đang ở dưới nước gồm: quản lý đường thở và làm thông thoáng đường thở, song chỉ thực hiện ở môi trường nước nông, do sơ cứu viên có đào tạo và được cấp thiết bị phao nổi với điều kiện nước sâu không sóng và có hơn 02 sơ cứu viên có đào tạo thực hiện sơ cứu. (**)
- Không nên thực hiện hút nước ra bằng đường miệng khi thực hiện hồi sức cấp cứu cho ca bị đuối nước. (**)
- Trong trường hợp bị đuối nước, chỉ nên thực hiện các thao tác rút, hút nước cho nạn nhân bằng tay khi đường thở bị tắc các chất nôn hoặc các mảnh vụn thức ăn và làm cản trở sự thông thoáng của đường thở. (**)
- Nếu phải thực hiện hồi sức cấp cứu song không thể thực hiện hiệu quả ngay ở môi trường nước, thì nên đưa nạn nhân ra khỏi nước và dùng các biện pháp nhanh nhất có thể để thực hiện hồi sức cho họ. (**)
- Nếu không thể khôi phục đường thở và không thể làm thông thoáng đường thở ở dưới nước, thì ngay cả với ca bị thương bị tổn thương xương sống cũng cần đưa nạn nhân ra khỏi môi trường nước. (**)
- Thời gian nạn nhân bị chìm dưới nước được dùng như 1 chỉ số dự báo phục vụ việc ra quyết định liên quan về nguồn lực và triển khai hoạt động tìm kiếm và cứu hộ. (**)
- Nếu người bị thương bị ngưng tim, có thể thực hiện thổi ngạt cho nạn nhân trước khi thực hiện ép ngực. (*)
- Với ca người bị thương bất tỉnh hoặc đang hồi phục hoặc đang trong quá trình vận chuyển, thì nên đặt nạn nhân nằm nghiêng ở tư thế càng tự nhiên càng tốt, để đầu nghiêng giúp chảy dịch và nước. Cần tránh bất cứ lực, sức ép lên ngực nạn nhân do sẽ làm cản trở sự thở của họ. (*)
- Có thể dùng hỗ trợ thở ô-xy cho quá trình hồi sức cấp cứu cho người bị đuối nước, song không được để thao tác làm làm chậm thao tác hồi sức cấp cứu cho nạn nhân, gồm: mở đường thở, làm thông thoáng đường thở và ép ngực nếu cần thiết. (*)
- Không nên thực hiện hồi sức trong nước: không nên thực hiện hỗ trợ đường thở và làm thông thoáng đường thở ở môi trường nước sâu, chỉ có 01 sơ cứu viên và không có phao. Trong trường hợp nước sâu, cần mang nạn nhân lên bờ. (Là kinh nghiệm tốt)
- Không nên thực hiện ép ngực khi đang còn ở trong nước. (Là kinh nghiệm tốt)
- Có thể thực hiện ép ngực trên đường vào bờ, nếu đặt được nạn nhân trên các bề mặt cứng như là thuyền cứu hộ. (Là kinh nghiệm tốt)

Lưu ý khi thực hiện

Cứu hộ dưới nước

Hành động cứu nạn nhân bị đuối nước là cần thiết của sơ cứu viên và người dân thường trong cộng đồng.

Nếu có thể, sơ cứu viên nên cố gắng cứu nạn nhân bị đuối nước mà không cần phải nhảy xuống nước. Nói chuyện với nạn nhân, dùng các vật dụng kéo họ, ví dụ như que, gậy hoặc quần áo, hoặc quăng dây thừng hoặc phao cứu sinh cho họ nếu người bị chìm nước ở gần với chỗ đất khô ráo.

Sơ cứu viên chỉ nhảy xuống nước nếu cần thiết và họ đã được tập huấn. Nếu sơ cứu viên có thể nhảy xuống nước nếu họ: dùng phao, dụng cụ nổi, hoặc thuyền, và có từ 2 người trở nên và an toàn (trong trường hợp nạn nhân đuối nước là trẻ em chẳng hạn).

Không được nhảy cắm đầu xuống nước khi cứu hộ, do có thể bị mất định vị, vị trí của nạn nhân và có thể gây tổn thương xương sống cho người sơ cứu.

12 Đuối nước và các bệnh do áp suất khí lặn

Các đội cứu hộ có tập huấn và chuyên nghiệp của các Hội quốc gia Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ nên dùng các thiết bị đặc biệt phục vụ việc tìm kiếm và cứu hộ đuối nước. Khi việc cứu hộ đòi hỏi thời gian, các đội cứu hộ cần phải tìm kiếm sự hướng dẫn, chỉ đạo về khả năng sống sót của nạn nhân. Nếu chìm dưới 10 phút thì việc cấp cứu thường đem lại kết quả khả quan, việc chìm hơn 25 phút thường liên quan tới khả năng thấp hơn về kết quả cấp cứu.

Bị chìm trong môi trường nước băng có thể làm thời gian sống sót của nạn nhân dài hơn và trong hoàn cảnh này thì đội cứu hộ có thể kéo dài các hoạt động tìm kiếm và cứu hộ.

Hồi sức cấp cứu trong nước

Nếu nạn nhân ở trong nước, đặc biệt là nếu người sơ cứu viên đã được tập huấn đặc biệt và có thiết bị làm việc cần thiết thì có thể thực hiện thao tác làm thông thoáng đường thở cho nạn nhân ở trong nước trước khi chuyển họ lên chỗ khô ráo hoặc các thuyền cứu hộ. Việc thực hiện làm thông thoáng đường thở cho nạn nhân ngay từ khi còn ở trong nước có tỷ lệ sống sót cao, song quyết định thực hiện làm thông thoáng đường thở cho nạn nhân hay nhanh chóng đưa họ vào bờ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: đáp ứng của nạn nhân với thao tác làm thông thoáng đường thở, điều kiện biển, khoảng cách tới bờ, hỗ trợ của đội cứu hộ và sẵn có thuyền và trực thăng cứu hộ.

Sơ cứu viên nên tiếp tục thực hiện thao tác làm thông thoáng đường thở cho nạn nhân khi thuyền hoặc trực thăng cứu hộ tới hiện trường và sẽ tiếp quản nạn nhân. Giải pháp này dường như là giúp cho nạn nhân có khả năng sống sót cao hơn.

Đưa nạn nhân vào bờ

Trong trường hợp nạn nhân bị ngưng tim, thì cần đưa họ ra khỏi nước nhanh chóng và thực hiện ép tim phổi hồi sức càng sớm càng tốt.

Ở các trường hợp khác (nếu nạn nhân không bị ngưng tim) thì sơ cứu viên hoặc đội cứu hộ có thể chuyển nạn nhân lên bờ theo phương thẳng đứng. Các thao tác cần trọng với xương sống của nạn nhân khi đưa họ ra khỏi nước như hạn chế gập hoặc kéo cổ là không cần thiết trừ phi đó là trường hợp lặn trong môi trường nước nông, nạn nhân có dấu hiệu bị tổn thương nghiêm trọng dưới nước và việc di chuyển không làm chậm việc tiến hành các biện pháp xử lý các dấu hiệu đe dọa tính mạng của nạn nhân.

Hồi sức cấp cứu sau khi đưa nạn nhân ra khỏi nước

Với người dân thường và sơ cứu viên mới chỉ có tập huấn sơ đẳng, có thể sử dụng chu trình sơ cứu dành cho người lớn khi ca bị nạn đuối nước, không thở bình thường sau khi đã được đưa lên bờ.

Sơ cứu viên là những người được tập huấn cấp cứu cho các ca bị đuối nước (ví dụ: sơ cấp cứu trên biển) là thành viên của đội cứu nạn của Hội quốc gia Chữ thập đỏ và trăng lưỡi liềm đỏ hoặc cảm thấy tự tin thực hiện thao tác thì có thể thực hiện các thao tác hồi sức cấp cứu có điều chỉnh áp dụng cho ca bị nạn là người lớn.

Sau khi nhận thấy người bị thương bị ngưng tim:

1. Thổi ngạt 2-5 lần trước khi thực hiện ép ngực;
2. Nếu chưa gọi lực lượng cấp cứu y tế thì nên tiến hành gọi ngay; nhưng nếu chỉ có 1 người sơ cứu viên thì nên thực hiện ép tim phổi hồi sức trong vòng khoảng 1 phút rồi sau đó gọi cấp cứu;
3. Tiếp tục ép tim phổi hồi sức như hướng dẫn cho người lớn và trẻ em;
4. Nếu có máy khí rung tim, thì lau khô ngực người bị thương trước khi đặt miếng lót lên ngực người bị thương và tiến hành thực hiện sốc tim;
5. Nếu có máy trợ thở thì đặt chế độ thổi ô-xy cao (từ 10-15L/phút) trong khi thực hiện ép tim phổi hồi sức và dùng mặt nạ thở với túi khí dự trữ sau khi đã phục hồi tuần hoàn cho người bị thương.

Ép ngực

Một số nghiên cứu về ép ngực trong môi trường nước chứng minh được là thao tác ép ngực không thể thực hiện hiệu quả được khi nạn nhân vẫn còn ở môi trường nước. Sơ cứu viên nên sử dụng máy trợ thở dùng dưới nước chỉ trong trường hợp nạn nhân không thể thở bình thường được.

Chất lỏng trong phổi và các chất nôn từ dạ dày

Nên tiến hành sơ cứu hồi sức ngay lập tức trừ phi có các chất lỏng làm nghẽn đường thở. Sơ cứu viên phải tiếp tục phục hồi sự thở và làm thông đường thở cho tới khi lực lượng cấp cứu tới hiện trường. Trong khi tập huấn, cần phải nhấn mạnh điểm: các chất lỏng không thể hút ra khỏi phổi và các nỗ lực hút chất lỏng ra chỉ làm chậm quá trình thao tác cứu sống người bị thương.

Nếu người bị thương nôn ra các chất trong dạ dày, thì ngay lập tức lật họ nằm nghiêng, cố gắng lấy các chất dịch ra ở mức cao nhất có thể, sau đó, đặt người bị thương lại vị trí nằm ngửa và tiếp tục thực hiện hồi sức cấp cứu. Chỉ khi đường thở của người bị nạn bị nghẽn hoàn toàn thì mới tiến hành thao tác loại bỏ dị vật trong đường thở.

Vị trí đặt người bị thương

- Nếu người bị thương bị ngưng tim, phải đặt họ về tư thế nằm ngửa và tiến hành thao tác cấp cứu phục hồi.
- Nếu người bị thương không có đáp ứng và vẫn thở bình thường, thì nên đặt họ nằm nghiêng, để đầu tự nghiêng cho các chất dịch chảy ra.
- Nếu cần thiết phải lật người bị thương thì sơ cứu viên cần phải chú ý là có thể gây tổn thương xương sống cổ của người bị thương.

Ô-xy

Bình thường thì sơ cứu viên chỉ thực hiện thao tác sơ cứu hồi sức cho người bị thương mà không cho họ thở ô-xy vì không có sẵn các thiết bị.

Song nếu có thiết bị hỗ trợ, và không có hiện tượng giảm ô-xy trong máu ở giai đoạn đầu của đuối nước, thì những sơ cứu viên đã được tập huấn có thể cho người bị nạn thở ô-xy theo hướng dẫn sử dụng. Xem thêm phần Sử dụng bình thở ô-xy.

Chấn thương đốt sống cổ ở các ca đuối nước

Giới thiệu

Tài liệu này cung cấp cách nhận biết các dấu hiệu bị chấn thương đốt sống cổ ở các ca đuối nước dựa theo các bằng chứng ngoại suy, và có nhiều hạn chế. Không có thay đổi về mặt bằng chứng khoa học thuộc chủ đề này từ năm 2010. Xem thêm phần Hạn chế vận động đốt sống cổ.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Hầu hết các bằng chứng ngoại suy từ chủ đề các chấn thương xương sống, và không có liên quan tới đuối nước. Việc xuất hiện chấn thương xương sống ở các ca đuối nước là hiếm gặp. Ý kiến chuyên môn thống nhất khuyến cáo hạn chế và cố định xương sống cổ cho các ca đuối nước chọn lọc, gồm: những người có lịch sử bị hoặc dễ bị hoặc có nguy cơ cao về tổn thương xương sống (ví dụ: những người tham gia lặn, trượt ván, sóng, bị hành hung, hoặc sử dụng

12 Đuối nước và các bệnh do áp suất khi lặn

các loại mô tô lái nước ở vùng biển có nhiều sóng) và những người có dấu hiệu lâm sàng bị chấn thương hoặc bị suy giảm chức năng thần kinh rõ rệt. Dù đã được các ý kiến chuyên gia thống nhất năm 2010 song chỉ có bằng chứng hạn chế áp dụng cho trường hợp chấn thương xương sống cổ trong các hoạt động có liên quan tới nước. Do vậy, sơ cấp cứu trong các trường hợp này cần tính tới:

- Nguy cơ cho người sơ cứu viên khi thực hiện cố định cho người bị thương ở môi trường không hoặc khó kiểm soát (nước).
- Chưa có nghiên cứu song có khả năng di chuyển xương sống trong khi đặt ván cố định xương sống.
- Bằng chứng cho thấy chỉ có kết quả rất thấp với việc cố định xương sống do sơ cứu viên là thành viên đội cấp cứu khẩn cấp thực hiện.
- Có bằng chứng gần đây về việc làm tổn thương cho nạn nhân do việc cố định xương sống.
- Những di chuyển do trong thời gian trước khi tới bệnh viện.

Dựa trên các cân nhắc trên và do thiếu bằng chứng nên hiện tại các hệ thống sơ cứu chọn không thực hiện cố định xương sống dưới nước mà thiên về hướng dùng máng trực chuyển nạn nhân lên bờ. Sau khi đưa nạn nhân lên bờ thì tiến hành cố định xương sống theo hướng dẫn. Các sơ cứu viên có thể dùng cáng dài làm công cụ trực nạn nhân ra khỏi nước mà vẫn cố định xương sống.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Nếu không thể phục hồi và làm thông đường thở khi ở dưới nước thì ngay kể cả với trường hợp nạn nhân bị có thể bị chấn thương xương sống, nên đưa họ lên bờ. (**)
- Hạn chế vận động xương sống và cố định nạn nhân trong khi vận chuyển với những người bị chấn động xương sống mạnh hoặc ở nhóm có nguy cơ cao bị chấn thương xương sống (ví dụ: lặn, trượt ván, sóng ở vùng bờ biển có sóng lớn) hoặc những người có dấu hiệu chấn thương. (*)
- Nếu nạn nhân có nguy cơ bị chấn thương xương sống cổ, sơ cứu viên nên dùng tay đỡ đầu nạn nhân khi đánh giá ban đầu sao cho không cản trở đường thở của nạn nhân và để đường thở thông thoáng. (Là kinh nghiệm tốt)

Các bệnh do áp suất khi lặn

Giới thiệu

Trong vòng 20 năm qua môn lặn đã trở thành môn thể thao phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới. Giống như nhiều môn thể thao khác, môn lặn có thể gây nhiều vấn đề sức khỏe. Tuy nhiên chủ đề này chưa được Ủy ban thống nhất bằng chứng khoa học xem xét cũng như chưa được đánh giá về mặt khoa học. Mạng lưới cảnh báo lặn là một mạng lưới y tế có hoạt động cụ thể nghiên cứu các vấn đề liên quan tới lặn đã cung cấp cho nhóm biên soạn tài liệu các thông tin về chủ đề này.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Một nghiên cứu hồi quy với quy mô lớn cho thấy các thợ lặn bị chấn thương do áp suất cần có can thiệp có khả năng phục hồi cao nếu sơ cứu viên sử dụng bình thở ô-xy có áp suất tương đương với mực nước biển.

Hướng dẫn

- Trong trường hợp bị các bệnh do áp suất (xem danh sách phía dưới), sơ cứu viên nên cho nạn nhân thở ô-xy (nếu có sẵn) sẽ giúp giảm đáng kể các triệu chứng. (**)
- Sơ cứu viên nên gọi lực lượng cấp cứu y tế ngay lập tức và nêu rõ nạn nhân bị bệnh do áp suất để họ vận chuyển bình giảm áp kịp thời; bình giảm áp là thiết bị điều trị duy nhất cho các ca bị áp suất. (**)
- Với trường hợp lặn thì có thể dùng bình ô-xy trong sơ cứu hồi sức. (Là kinh nghiệm tốt)

Cần nhắc khi thực hiện

Sơ cứu viên nên có thông tin về các nguồn cứu trợ khẩn cấp và cách tiếp cận điều trị trợ thở. Mạng lưới cảnh báo lặn hoạt động 365 ngày/năm, mở cửa suốt ngày, và có thể liên lạc bằng số +1-919-684-9111 (số trợ giúp quốc tế). Mạng lưới này hỗ trợ quản lý các ca là người lặn và có thể giúp quyết định xem nạn nhân có cần giảm áp cũng như cấp thông tin về các địa chỉ gần nhất có thể tiếp cận các thiết bị giảm áp và giúp thu xếp vận chuyển bệnh nhân.

Các bệnh liên quan tới áp suất

Bệnh do áp suất là hậu quả của việc giảm lực ép lên xung quanh người. Bệnh này bao gồm 2 nhóm: bệnh giảm áp suất và tắc khí động mạch. Bệnh giảm áp suất được cho là do tăng các bóng nước trong cơ và gây ra tổn thương cục bộ; tắc khí động mạch do các bong bóng thâm nhập vào hệ tuần hoàn, đi qua động mạch và gây tổn thương phần mềm làm tắc máu không lưu thông tới được các mạch máu nhỏ.

Yếu tố nguy cơ chính của các bệnh do áp suất là giảm sức ép, song các yếu tố nguy cơ các là do lặn sâu và lâu, nước lạnh, vận động nhiều ở chỗ nước sâu và giảm độ sâu nhanh.

Các bệnh do áp suất

Bệnh do áp suất do ở vào chỗ có sức ép không phù hợp và bị phơi nhiễm với sức ép cao. Khi lặn, phần mềm của cơ thể tiếp thụ nitrogen từ khí thở tương ứng với lực ép xung quanh. Miễn là người lặn duy trì lực ép, sẽ không có vấn đề gì về khí. Song nếu giảm lực ép quá nhanh, nitrogen thoát khỏi dung dịch và hình thành các bong bóng trong phần mềm và mạch máu. Hiện tượng này thường xuất hiện khi lặn quá bất ngờ hoặc tiếp cận đáy lặn quá nhanh, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện ngay cả khi người lặn theo đúng hướng dẫn.

Dấu hiệu và triệu chứng thường xuất hiện từ 15 phút tới 12 giờ sau khi lặn xong, song ở các trường hợp nặng, các triệu chứng có thể xuất hiện ngay sau khi nổi lên mặt nước hoặc ngay sau khi lặn xong. Các triệu chứng gồm:

- Mệt mỏi bất thường
- Ngứa da
- Đau ở các khớp và cơ tay, chân, phần thân trên
- Chóng mặt, ù tai, choáng đầu
- Tê cứng, cảm thấy râm ran trên da, hoặc liệt tạm thời
- Thở gấp

Tắc khí động mạch

Nếu người lặn nổi lên khỏi mặt nước mà không thở ra, không khí trong phổi sẽ nở ra và làm vỡ phần mềm trong phổi và làm thoát ra các bóng khí đi vào hệ tuần hoàn động mạch. Các bóng khí này đi vào khắp các phần mềm cơ thể theo mạch máu. Do não nhận được nhiều máu nhất, não là bộ phận cơ thể có nhiều các bóng bị kẹt lại trong các động mạch nhỏ và làm cản trở hệ tuần hoàn. Dấu hiệu của hiện tượng bị tắc khí động mạch gồm:

12 Đuối nước và các bệnh do áp suất khi lặn

- Chóng mặt
- Đau ngực
- Mất phương hướng
- Trào máu miệng, mũi
- Liệt hoặc cảm thấy yếu cơ
- Co giật
- Bất tỉnh

Trợ thở ô-xy được khuyến cáo bởi hầu hết các tổ chức lặn trên thế giới cho các ca bị bệnh về áp suất. Luật ở một số nước yêu cầu các tổ chức cung cấp dịch vụ lặn dự trữ sẵn ô-xy (ví dụ: trung tâm đào tạo lặn, các tổ chức lặn chuyên nghiệp) do vậy bình ô-xy hay có ở những địa điểm có tổ chức lặn. Các sơ cứu viên nên chủ động tìm hiểu và liên lạc với họ.

Khi liên lạc với các trung tâm lặn hoặc các dịch vụ thuê bình ô-xy, sơ cứu viên cần nắm được các hướng dẫn liên quan tới các bệnh do áp suất, và cách chăm sóc.

Các Hội quốc gia nên liên lạc với Trung tâm Sơ cứu cứu toàn cầu của Hiệp hội để tìm hiểu về các chương trình tập huấn cứu hộ dưới nước và phòng đuối nước.

13.

Cấp cứu hồi sức

Quay lại
mục lục

Giới thiệu

Các khuyến cáo trong phần này của tài liệu dựa trên các bằng chứng được ILCOR tập hợp cũng như được Hội đồng tư vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ xem xét về nội dung hỗ trợ sinh tồn và sử dụng máy trợ rung tim. Các tài liệu do ILCOR đưa ra năm 2015 gồm các hướng dẫn xử lý cho các ca người lớn và trẻ em. ILCOR cũng xem xét 23 chủ đề dẫn tới 32 khuyến nghị liên quan tới việc đánh giá sớm và phòng ngừa ngưng tim, ép tim phổi sớm và trợ rung tim sớm.

Ngưng tim

Các bằng chứng khoa học cho thấy khả năng sống sót sau khi ngưng tim phụ thuộc vào yếu tố: nhanh chóng nhận ra dấu hiệu ngưng tim nhằm:

- Gọi cứu trợ
- Thực hiện ép tim phổi
- Trợ rung tim sớm

Hướng dẫn cũng nêu bật tầm quan trọng của việc tương tác giữa các yếu tố:

- Nhanh chóng điều động đội cấp cứu y tế
- Người thường thực hiện ép tim phổi
- Dùng máy trợ rung tim

Nhanh chóng nhận biết dấu hiệu bị ngưng tim

Việc nhận ra ngay dấu hiệu bất tỉnh bình thường hoặc bất tỉnh không thờ giúp nhận biết ca bị ngưng tim. Trong 1 nghiên cứu cho thấy hiện tượng thờ hấp hối xuất hiện ở 30% ca bị ngưng tim. Trong 10 nghiên cứu khác họ đề cập hiện tượng thờ hấp hối như là dấu hiệu xấu nhận biết ở các ca ngưng tim.

Nhanh chóng gọi trợ giúp

Nên gọi lực lượng cấp cứu y tế bằng số cấp cứu. Việc nhận biết sớm dấu hiệu ngưng tim giúp:

- Điều động đúng lực lượng cấp cứu với ưu tiên đáp ứng cao
- Hướng dẫn ép tim phổi qua điện thoại
- Kích hoạt đội sơ cứu viên có máy trợ rung tim

Trong 01 nghiên cứu quan sát, các trường hợp ngưng tim bị bỏ sót không đề cập tới ở khâu gọi điện cấp cứu có kết quả sức khỏe tệ nhất (chỉ 5% năng sống sót so với 14% ở ca có đề cập nạn nhân bị ngưng tim). Hầu hết các trung tâm cấp cứu sử dụng các câu hỏi theo hướng dẫn để xác định xem nạn nhân bị bất tỉnh, không thờ hay không thờ bình thường. 04 nghiên cứu so sánh trước và sau can thiệp cho thấy việc có các câu hỏi hướng dẫn này giúp nhận ra ca

13 Cấp cứu hồi sức

bị ngưng tim. Trong 01 nghiên cứu, họ báo cáo tỷ lệ nhận ra ca bị ngưng tim cao hơn khi có câu hỏi hướng dẫn trong khi 03 nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ được nhận hướng dẫn ép tim phổi qua điện thoại tăng cao khi các trung tâm cấp cứu có bộ câu hỏi hướng dẫn đánh giá tình trạng nạn nhân.

Sớm thực hiện ép tim phổi

Ở hầu hết mọi nơi, người đi đường ít khi sẵn lòng thực hiện ép tim và thổi ngạt cho nạn nhân. Việc hướng dẫn thực hiện ép tim thổi ngạt qua điện thoại được chứng minh là giúp nâng cao khả năng sẵn sàng thực hiện thao tác này ở người qua đường. Một số nghiên cứu đánh giá lợi ích của việc thực hiện hướng dẫn cách ép tim thổi ngạt và so sánh tác dụng ở những nơi có sử dụng, không bao giờ và chỉ thỉnh thoảng sử dụng hệ thống hướng dẫn này. Các nghiên cứu khác cũng so sánh cách ép tim thổi ngạt so với việc chỉ ép ngực, và ép tim thổi ngạt được hướng dẫn qua điện thoại. Nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm trả lời câu hỏi về cách chỉ ép ngực, chỉ ép tim thổi ngạt và ép tim thổi ngạt hồi sức đầy đủ. Các nghiên cứu này chỉ cho bằng chứng chất lượng thấp, song ILCOR thống nhất khuyến nghị là sơ cứu viên từ trung tâm nên hướng dẫn người gọi thực hiện chỉ ép ngực với ca người lớn nghi ngờ ngưng tim.

Thực hiện CPR

Chỉ các các nghiên cứu trên hình nộm về việc có nên hay không nên bắt đầu CPR bằng cách ép ngực hoặc làm thông đường thở song bằng chứng về chủ đề này chỉ ở mức chất lượng thấp. Do vậy, khuyến cáo nên thực hiện CPR với thao tác ép ngực dựa trên hướng dẫn thực hiện CPR và giá trị do việc áp dụng CPR kịp thời mang lại.

So sánh chỉ ép ngực với CPR theo cách truyền thống

Hiện nay người ta thống nhất là người qua đường thực hiện CPR là yếu tố chính giúp ca bị ngưng tim sống sót. Một nghiên cứu thống kê lớn xem xét kết quả từ 79 công trình nghiên cứu trên 142.740 bệnh nhân khẳng định là việc người qua đường thực hiện CPR giúp nâng cao khả năng sống sót cho nạn nhân từ 3.9% lên 16.1%. Mặc dù nhiều nghiên cứu nên ra việc chỉ ép ngực dẫn tới kết quả xấu lên hệ thần kinh, song so sánh kết quả sau 12 tháng, 30 ngày và ngay sau khi bệnh nhân xuất viện giữa việc chỉ ép ngực và thực hiện CPR cũ chỉ đưa ra được sự khác biệt rất thấp (chất lượng khoa học thấp).

Trong 1 nghiên cứu quan sát có chất lượng khoa học tương đối, họ thấy thực hiện CPR tăng khả năng sống sót trước khi tới bệnh viện ở tất cả các ca bị ngưng tim trẻ sơ sinh và trẻ em. Chỉ ép ngực dẫn tới kết quả sống sót cao sau 1 tháng sau khi xuất viện và có kết quả tốt về hệ thần kinh 1 tháng sau khi xuất viện.

Ép ngực chỉ được thực hiện với các ca bị ngưng tim. Khuyến cáo là sơ cứu viên nên thổi ngạt cho nạn nhân là trẻ sơ sinh và trẻ em trừ phi sơ cứu viên không sẵn sàng thực hiện thao tác này.

CPR trước khi sử dụng máy trợ rung tim

Nhiều nghiên cứu cho thấy không có lợi ích gì từ việc thực hiện CPR ngắn trước khi dùng máy trợ rung tim. Những nghiên cứu này cho thấy bằng chứng khoa học chất lượng kém song gợi ý là không có lợi ích gì từ việc thực hiện CPR trong vòng 90-180 giây trong khi chờ máy trợ rung tim khởi động và lắp vào người nạn nhân.

Vị trí tay khi thực hiện ép ngực

Không có nghiên cứu nào báo cáo về các kết quả thuộc hệ thần kinh, khả năng sống sót và phục hồi tuần hoàn liên quan tới vị trí tay khi thực hiện ép ngực. Có 03 nghiên cứu chất lượng thấp về các điểm cuối thuộc về sinh lý được phát hiện. Trong 01 nghiên cứu về hồi sức lâu dài với các ca ngưng tim không có chấn thương người lớn và 01 nghiên cứu về ngưng tim trẻ em học quan sát thấy chất lượng ép ngực được cải thiện khi ép ở vị trí 1/3 ngực so với vị trí giữa ngực. 01 nghiên cứu khác quan sát thấy không có khác biệt trong kết quả khi đặt tay ép ngực ở cả 02 vị trí kể trên. Do vậy, không có thay đổi (ví dụ: ép ở phần dưới xương ngực) về khuyến nghị liên quan tới ép ngực ở vị trí giữa ngực (hướng dẫn hiện tại).

Tỷ lệ ép ngực

Trong nhiều nghiên cứu quan sát trên một lượng ca bệnh lớn song các nghiên cứu này đều có nguy cơ bị sai số và cho kết quả trái ngược. Do vậy, không có bằng chứng mới về tỷ lệ ép ngực, và hướng dẫn hiện tại là ép từ 100-200 lần/phút.

Mức độ ấn sâu khi ép ngực

Trong 01 nghiên cứu quan sát, họ gọi ý là ép ngực sâu hơn 6cm ở người lớn liên quan tới tỷ lệ cao bị chấn thương so với ép ở mức từ 5cm tới 6cm. Nghiên cứu này tìm ra 170 trong tổng số 353 bệnh nhân và tỷ lệ chấn thương là 63% khi thực hiện ép sâu hơn 6cm so với 31% khi ép dưới 6cm. Các chấn thương thêm được báo cáo là 28%, 27% và 49% tương ứng với các thao tác ép ngực ít hơn 5cm, từ 5-6cm và hơn 6cm. Khuyến nghị của phần này là nên ép ngực ở mức khoảng 5cm và tránh ép ngực sâu hơn 6cm.

Thành ngực phồng trở lại

03 nghiên cứu quan sát báo cáo về hiện tượng giảm ép động mạch khi thành ngực không phồng trở lại như bình thường. 03 nghiên cứu này gồm: 02 nghiên cứu khác trên động vật và 01 nghiên cứu trên trẻ em bị gây mê không ngưng tim. 01 nghiên cứu phân tích tác động của lực ép lên ngực tương ứng với 10% và 20% trọng lượng cơ thể. Kết quả là có sự giảm đáng kể sức ép lên động mạch. Trong nghiên cứu mô hình thì việc đè lên ngực làm giảm sức ép trong động mạch.

Khuyến cáo là sơ cứu viên không nên đè lên ngực nạn nhân khi thực hiện ép ngực để cho thành ngực phồng trở lại bình thường giữa các lần ép.

Tỷ lệ ép ngực và thổi ngạt

Không có bằng chứng mới về tỷ lệ này do vậy vẫn giữ tỷ lệ 30:2.

Giảm thiểu thời gian ngắt quãng giữa các lần ép ngực

Một số hướng dẫn về CPR cho thấy không nên dừng quá 5 giây giữa các lần thổi ngạt. Tuy nhiên, việc áp dụng cứng nhắc việc thổi mạnh vào phổi nạn nhân đi kèm nguy cơ và có thể không khả thi khi thực hiện thổi ngạt bằng miệng. Bằng chứng khoa học chất lượng thấp và không thống nhất từ 03 nghiên cứu quan sát trên 3.327 bệnh nhân cho thấy có kết quả tốt khi thực hiện ngừng giữa trước và sau sốc ngắn hơn. ILCOR thống nhất khoa học do vậy khuyến nghị việc ngừng ép ngực để thực hiện 02 lần thổi ngạt không nên quá 10 giây và tổng thời ngừng giữa trước và sau sốc càng ngắn càng tốt.

Tác hại do thực hiện CPR với ca không bị ngưng tim

Nhiều sơ cứu viên lo lắng khi thực hiện ép ngực cho người không bị ngưng tim có thể dẫn tới biến chứng nguy hiểm và miễn cưỡng không thực hiện CPR. Có 04 nghiên cứu quan sát trên 762 bệnh nhân không bị ngưng tim. 03 nghiên cứu xem xét hồ sơ y tế và 01 nghiên cứu dựa trên gọi điện thoại kiểm tra kết quả điều trị. Dữ liệu từ 345 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ gãy xương là 1.7%, đau vùng bị ép ngực là 8.7% và không có chấn thương nội tạng. nghiên cứu thứ 4 quan sát các ca do bộ phận chữa cháy thực hiện tại hiện trường và cho thấy không có chấn thương nào được báo cáo từ 417 bệnh nhân. Do vậy, tài liệu kết luận là có giá trị cao khi người dân thường thực hiện CPR cho các ca bị ngưng tim và thao tác này chỉ gây nguy cơ chấn thương thấp cho các ca không bị ngưng tim.

Sớm dùng thiết bị trợ rung tim

Khái niệm dùng sớm thiết bị trợ rung tim được khẳng định là giúp nâng cao kết quả sống sót cho các ca bị ngưng tim và không có bằng chứng mới nào chống lại kết luận này.

ILCOR xem xét việc sử dụng thiết bị này và tìm ra 15 nghiên cứu phù hợp thực hiện từ năm 2002 tới năm 2013. Với kết quả hệ thần kinh tốt sau 1 năm điều trị, 01 nghiên cứu quan sát trên 1.394 bệnh nhân cho thấy họ có kết quả sức khỏe cuối cùng tốt hơn nếu người dân được sử dụng máy trợ rung tim. Với kết quả liên quan tới sự sống sót của hệ thần kinh sau 30 ngày, 03 nghiên cứu quan sát trên 4.581 bệnh nhân cho thấy họ có khả năng sống sót cao hơn sau khi được dùng máy. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự song bằng chứng khoa học chỉ ở mức độ chất lượng thấp với kết luận là người dân nên được tiếp cận máy trợ rung tim càng sớm càng tốt với các ca bị ngưng tim và sơ cứu tại cộng đồng trước khi tới bệnh viện.

Tài liệu này ghi nhận việc dùng máy trợ rung tim rộng rãi ở cộng đồng là điều không thể trong bối cảnh của các Hội quốc gia song ở các giai đoạn phát triển cao hơn thì Hội quốc gia có thể áp dụng và nguyên tắc chung là sớm dùng máy trợ rung tim là mục tiêu cho bất cứ ca bị ngưng tim nào.

Hồi sức ở trẻ em

Các ca ngưng tim do thiếu ô-xy thường gặp ở trẻ em và hiện không có bằng chứng mới cho thấy cần phải thay đổi hướng dẫn hiện tại về thổi ngạt trước khi ép ngực. 01 nghiên cứu quan sát có chất lượng vừa phải cho thấy các ca ngưng tim trẻ em và trẻ sơ sinh việc áp dụng CPR bình thường giúp cải thiện khả năng sống trước khi tới bệnh viện. Chỉ có 01 nghiên cứu dựa trên sinh bệnh học về ngưng tim trẻ em và trẻ sơ sinh cho là sơ cứu viên nên thổi ngạt trước khi ép ngực ở ca trẻ sơ sinh và trẻ em. Nếu sơ cứu viên không thể thổi ngạt thì cần thực hiện ép ngực. Câu hỏi về ép ngực sâu bao nhiêu cũng được nghiên cứu này trả lời song bằng chứng khoa học chỉ ở mức chất lượng thấp. Do vậy, khuyến cáo với ca sơ sinh sơ cứu viên nên ép ngực 1/3 chiều dày của ngực hoặc khoảng 4cm. Với trẻ em sơ cứu viên nên ép ngực ở mức sâu 1/3 so với bề dày của ngực hoặc khoảng 5cm.

Việc sử dụng điện tim không phổ biến với ca trẻ em và chỉ có ¼ được sử dụng ở phòng khám nhi ngoài bệnh viện và ¼ ở trong môi trường bệnh viện cho ca bị ngưng tim. Quan trọng là việc sống sót và sống với kết quả hệ thần kinh tốt dùng điện tim so với dùng asystole. Hiện các khoa nghi đã có máy trợ rung tim cho nhi; nhiều nghiên cứu đã chứng minh được máy trợ tim cho người lớn có thể xác định điện tim đúng cho ca trẻ sơ sinh và trẻ em. Lượng điện tối đa cho ca trẻ sơ sinh và trẻ em ở khía cạnh hiệu quả và an toàn là chưa rõ ràng. Do vậy, khuyến nghị hiện tại là dùng mức từ 2 tới 4 joules cho 1 kg cơ thể dựa trên 01 nghiên cứu hồi quy ở 27 trẻ em. Dữ liệu hạn chế cho thấy có thể dùng mức điện cao hơn ở trẻ em và trẻ sơ sinh. Tuy nhiên do sự khác nhau trong kết quả đầu ra giữa ca có can thiệp và không, sốc tim ở mức cao là có thể chấp nhận được. Điện 2 pha có khả năng gây ra ít hơn chấn thương về động mạch – dựa trên dữ liệu hạn chế và không có dữ liệu về trẻ sơ sinh.

Hướng dẫn

- Tất cả các sơ cứu viên được điều động phải được tập huấn nhận biết các ca ngưng tim qua điện thoại. (**)
- Tất cả các sơ cứu viên nên coi người được mô tả là bất tỉnh thờ bất thường và không thờ tiềm năng là ca bị ngưng tim trong các cuộc gọi tới trung tâm sơ cấp cứu. (**)
- Tất cả các sơ cứu viên phải cung cấp hướng dẫn cho người gọi cách làm CPR cho ca nghi bị ngưng tim. (**)
- Trong tình huống sơ cứu viên thực hiện CPR theo hướng dẫn từ điện thoại với ca bị thương là người lớn, thì CPR chỉ nên gồm ép ngực. Ở trẻ em thì nên thực hiện đầy đủ CPR. (**)
- Sơ cứu viên không sẵn sàng hoặc không có khả năng thực hiện đầy đủ CPR khi điều trị nạn nhân là người lớn bị ngưng tim thì chỉ nên làm CPR với ép ngực. (**)
- Sơ cứu viên được đào tạo bài bản (nhân viên y tế) điều trị cho người lớn thì ép ngực phối hợp thổi ngạt nên được thực hiện. (**)
- Nên bắt đầu CPR cho người lớn bằng ép ngực càng sớm càng tốt. (**)
- Nên thực hiện ép giữa ngực, ví dụ: ép dưới xương ngực. (**)
- Ép ngực theo tỷ lệ 100-120 cái/phút. (**)
- Với người lớn, ép ngực nên sau khoảng 5cm song không nên sâu hơn 6cm. (**)
- Sơ cứu viên không nên tỷ lên ngực giữa những lần ép để cho ngực phồng trở lại bình thường. (**)
- Khoảng cách giữa các lần ép ngực để thổi ngạt không nên lâu hơn 10 giây và thời gian gián đoạn trước và sau sốc càng ngắn càng tốt. (**)
- Với ca bị ngưng tim nên dùng máy trợ rung tim càng sớm càng tốt. (**)
- Sơ cứu viên nên hỏi xem có sẵn máy rung tim (**)
- Khi có sẵn máy trợ rung tim sơ cứu viên phải thực hiện CPR trong khi chờ máy khởi động. (**)
- Nên sử dụng máy trợ rung tim theo hướng dẫn chuẩn cho ca bệnh là người lớn và trẻ em từ 8 tuổi trở lên. (**)
- Với trẻ sơ sinh và trẻ em dưới 8 tuổi, phải sử dụng máy trợ rung tim nhi. Nếu không có sẵn, nên dùng máy trợ rung tim bình thường với miếng dán ngực là loại dành cho trẻ em. Nếu không có sẵn miếng này thì nên dùng theo thiết bị trợ rung tim bình thường. (**)

13 Cấp cứu hồi sức

- Với trẻ sơ sinh, trẻ em, và các ca bị thương do đuối nước thì CPR gồm ép ngực và thổi ngạt. (**)
- Với trẻ sơ sinh và trẻ em bị ngưng tim song người cấp cứu là người không có đào tạo sơ cấp cứu hoặc không sẵn sàng thực hiện CPR bình thường thì nên ép ngực cho người bệnh. (**)
- Sơ cứu viên nên sử dụng tỷ lệ ép ngực và thổi ngạt là 30:2 với ca ngưng tim người lớn và trẻ em, trẻ sơ sinh. (*)
- Sơ cứu viên có thể sử dụng tỷ lệ ép ngực, thổi ngạt là 15:2 với ca ngưng tim là trẻ em và trẻ sơ sinh khi có 02 sơ cứu viên cùng lúc. (*)
- Với trẻ sơ sinh và trẻ em có thể nên sử dụng mặt sau của miếng dán ngực cho thiết bị trợ rung tim. (*)
- Với trẻ sơ sinh, trẻ em và các ca bị đuối nước, thổi ngạt nên thực hiện trước khi ép ngực. (**) Có thể thực hiện thổi từ 2-5 hơi. (*)

Lưu ý khi thực hiện

Việc thực hiện hướng dẫn hồi sức cấp cứu và sử dụng máy trợ rung tim phụ thuộc vào quy định trong nước, tầm ảnh hưởng của Hội quốc gia tới việc ra quy định, trách nhiệm bảo vệ và năng lực của Hội quốc gia, trình độ học vấn và năng lực của sơ cứu viên trong hoàn cảnh địa phương.

Liên quan tới CPR, hướng dẫn sử dụng các định nghĩa về đối tượng như sau:

- Người lớn là người ở độ tuổi cao hơn tuổi dậy thì.
- Trẻ em ở độ tuổi từ 1 tới trước khi độ tuổi dậy thì.
- Trẻ sơ sinh là trẻ dưới 1 tuổi.

Khi sử dụng máy trợ rung tim, trẻ em được định nghĩa là trẻ dưới 7 tuổi.

Đánh giá nạn nhân

1. Đảm bảo là mọi người liên quan tới tai nạn được an toàn;
2. Kiểm tra đáp ứng bằng cách lay nhẹ vai nạn nhân, hỏi lớn, rõ ràng các câu hỏi như: ông/bà ổn không? Nếu nạn nhân là trẻ em thì vỗ vai. Nếu nạn nhân là trẻ sơ sinh thì vỗ vào lòng bàn chân.

Nếu nạn nhân có đáp ứng:

1. Để nạn nhân ở vị trí không có nguy hiểm;
2. Xác định vấn đề
3. Gọi cấp cứu nếu cần
4. Đánh giá lại các dấu hiệu chính cho tới khi lực lượng hỗ trợ tới hiện trường hoặc cho tới khi nạn nhân tỉnh.

Nếu nạn nhân không có đáp ứng:

1. Kiểm tra sự thở
2. Hô hoán cứu giúp nếu chỉ có 1 mình
3. Nếu cần thiết, lật nạn nhân nằm ngửa và làm thông đường thở;
4. Đặt 01 tay lên trán và hơi ngửa đầu nạn nhân về phía sau, miệng nạn nhân sẽ tự mở ra;
5. Đặt tay còn lại vào cằm nạn nhân và nâng nhẹ cằm
6. Giữ đường thở mở, nhìn, nghe và cảm thấy hơi thở bình thường không quá 10 giây;
7. Xem ngực và/hoặc cử động bụng
8. Nghe hơi thở của nạn nhân
9. Cảm nhận hơi thở bằng má
10. Với lực lượng chuyên nghiệp thì nên kiểm tra mạch.

Ghi chú: trong vòng vài phút đầu sau khi bị ngưng tim, người bệnh hầu như không thở hoặc thở khó khè ngắt quãng. Đây gọi là thở hấp hối và không được nhầm lẫn dấu hiệu này với thở bình thường. Nếu có bất cứ nghi ngờ là nạn nhân thở không bình thường thì nên coi là nạn nhân thở không bình thường. Với lực lượng cấp cứu chuyên nghiệp thì nếu không chắc chắn về mạch của nạn nhân thì nên coi như là nạn nhân không có mạch.

Nếu nạn nhân thở bình thường:

1. Song không có đáp ứng, đường thở mở và thở liên tục; nghi ngờ nạn nhân bị chấn thương xương sống, do vậy không nên vận chuyển nạn nhân;
2. Gọi trợ giúp, lực lượng cấp cứu y tế;
3. Kiểm tra lại các dấu hiệu chính cho tới khi lực lượng cứu trợ tới hiện trường hoặc khi nạn nhân tỉnh.

Nếu nạn nhân không thở bình thường:

1. Ngay khi có thể nhờ người gọi lực lượng cấp cứu y tế và có máy trợ rung tim sẵn sàng. Nếu chỉ có 1 người sơ cứu viên thì nên tự gọi cấp cứu trước.
2. Bắt đầu ép ngực ngay (trừ trường hợp với trẻ em, trẻ sơ sinh, và ca bị đuối nước; bắt đầu bằng 02 lần thổi ngạt)
3. Sử dụng thiết bị trợ rung tim càng sớm càng tốt.

Thực hiện ép ngực:

1. Quỳ bên cạnh ngực nạn nhân
2. Đặt lòng bàn tay vào giữa ngực nạn nhân, phần dưới xương ngực;
3. Đặt lòng bàn tay kia lên mu bàn tay trước. kiểm tra để lực không ép lên xương sườn, bụng và phần đầu xương ngực;
4. Đè lên nạn nhân, cánh tay thẳng đứng xuống ngực nạn nhân. Ấn sâu vào ngực khoảng 5cm.
5. Thả lực mà không nhấc tay khỏi người nạn nhân. Để ngực nạn nhân phồng lại bình thường trước khi ép tiếp;
6. Ép ngực theo tỷ lệ 100-120 lần/phút. Giữ đều nhịp mỗi lần ép và ngưng.

Ghi chú: với trẻ em và trẻ sơ sinh thì kỹ thuật áp dụng như nhau song trẻ em thì dùng 1 tay ép ngực và trẻ em sơ sinh thì dùng 2 ngón tay (kỹ thuật tốt nhất là thực hiện bởi 02 người) hoặc 02 ngón tay ở giữa ngực. ép sau 1/3 ngực của đứa trẻ hoặc trẻ sơ sinh.

Kết hợp ép ngực và thổi ngạt

CPR kết hợp ép ngực và thổi ngạt với tỷ lệ 30 lần ép 2 lần thổi là phương pháp chuẩn dành cho sơ cứu viên.

1. Sau 30 lần ép, mở đường thở bằng cách ngửa đầu và nâng cằm;
2. Véo nhẹ phần da mềm của mũi nạn nhân;
3. Để miệng mở và giữ cằm ngửa;
4. Hít hơi và đặt miệng lên miệng nạn nhân, đảm bảo không có kẽ hở ở giữa;
5. Thổi vào miệng nạn nhân và xem ngực phồng lên;
6. Nếu ngực không phồng lên thì có thể điều chỉnh vị trí đầu của nạn nhân;
7. Giữ đầu ngửa, cằm ngửa, miệng rời miệng nạn nhân và xem ngực có xẹp xuống không. Nếu ngực phồng và xẹp xuống thì nghĩa là thao tác thổi ngạt hiệu quả;
8. Mỗi lần thổi nên trong khoảng 1 giây
9. Thổi lần thứ 2;

13 Cấp cứu hồi sức

10. Không được thở hơn 2 lần và phải tiếp tục ép ngực;
11. Tiếp tục ép ngực 30 lần
12. Tiếp tục vòng thao tác: 30 lần ép ngực, 02 lần thổi ngạt cho tới khi lực lượng cấp cứu y tế tới hiện trường hoặc nạn nhân có dấu hiệu tỉnh như ho, mở mắt, nói, hoặc cử động, hoặc thở bình thường;
13. Nếu có 2 sơ cứu viên thì nên thay ca nhau từ 1-2 phút để đảm bảo sức khoẻ cho sơ cứu viên. Mỗi lần thay ca thì động tác phải liên tiếp, không được gián đoạn. với trẻ sơ sinh và trẻ em thì nếu có 02 sơ cứu viên có thể thực hiện ép, thổi với tỷ lệ 15:2.

CPR khi có máy trợ rung tim:

1. Chuẩn bị, khởi động máy trợ rung tim càng sớm càng tốt;
2. Nếu có 02 sơ cứu viên thì 1 người chuẩn bị máy, 1 người liên tục làm CPR cho tới khi máy sẵn sàng hoạt động. Nên nối miếng dán vào ngực nạn nhân để máy đánh giá nhịp đập tim;
3. Đặt thiết bị vào theo như hướng dẫn. Không cần chú ý miếng dán ngược hay xuôi. Nếu điều chỉnh bóc dán lại miếng dán sẽ làm phí thời gian và miếng dán có thể không còn đủ dính vào ngực nạn nhân;
4. Không ai được chạm vào nạn nhân khi máy đang đo nhịp tim;
5. Nếu có sốc, thì không ai được chạm vào nạn nhân;
6. Ấn nút tạo sốc (nếu máy tự động hoàn toàn thì chức năng sốc sẽ tự kích hoạt);
7. Tiếp tục theo hướng dẫn máy đọc;
8. Nếu không có sốc thì ngay lập tức tiếp tục làm CPR
9. Theo hướng dẫn đọc từ máy
10. Tiếp tục làm CPR cho tới khi lực lượng y tế cấp cứu tới hiện trường hoặc khi nạn nhân có dấu hiệu phục hồi như nói, ho, cử động, mở mắt hoặc thở bình thường.

Ghi chú: Nếu không có máy trợ rung tim thì nên tiếp tục làm CPR cho tới khi lực lượng cấp cứu y tế tới hiện trường và tiếp quản nạn nhân hoặc khi nạn nhân có dấu hiệu phục hồi như nói, ho, cử động, mở mắt hoặc thở bình thường.

Dùng máy trợ rung tim cho trẻ em và trẻ sơ sinh

Hướng dẫn dùng máy trợ rung tim nhi cho trẻ em dưới 7 tuổi. Nếu không có sẵn máy thì dùng máy trợ rung tim thường với miếng dán là dạng dành cho nhi. Nếu không có máy lần miếng dán nhi thì có thể dùng loại bình thường cho người lớn.

CPR chỉ ép ngực

1. Nếu sơ cứu viên không sẵn sàng hoặc không có khả năng thực hiện thổi ngạt thì chỉ nên ép ngực;
2. Thực hiện ép ngực liên tục theo tỷ lệ 100-120 lần/phút;
3. Tiếp tục ép ngực cho tới khi lực lượng y tế cấp cứu tới hiện trường hoặc khi nạn nhân có dấu hiệu tỉnh.

Quản lý các cuộc gọi cấp cứu cho ca bị ngưng tim

Trung tâm cấp cứu đóng vai trò quan trọng trong việc xử lý các ca bị ngưng tim bằng cách nhận biết dấu hiệu, hướng dẫn qua điện thoại thao tác CPR cho người gọi và điều động lực lượng trợ giúp mang theo máy trợ rung tim.

Quan trọng là điện thoại viên phải nhận biết dấu hiệu ngưng tim càng sớm càng tốt.

1. Sử dụng bộ câu hỏi hướng dẫn giúp khẳng định nạn nhân bất tỉnh, không thở bình thường để nhận biết ca bị ngưng tim;
2. Đào tạo để nhận biết dấu hiệu thở hấp hối;
3. Điện thoại viên nên hướng dẫn người gọi thực hiện CPR cho ca người lớn bị ngưng tim;
4. Điện thoại viên nên hướng dẫn người gọi thổi ngạt và ép tim nếu nạn nhân là trẻ em hoặc trẻ sơ sinh.

CPR cho trẻ em, trẻ sơ sinh và các trường hợp bị đuối nước

Những nhóm này bị ngưng tim thường do thiếu ô-xy và do vậy nên thổi ngạt 2 lần trước khi ép ngực.

1. Hít vào, kê sát miệng vào miệng nạn nhân và thổi mạnh cho tới khi ngực phồng lên;
2. Giữ đầu ngửa, cầm ngửa, nâng đầu mình lên chờ cho tới khi ngực nạn nhân xẹp xuống;
3. Đây là dấu hiệu cho thấy thao tác có hiệu quả và chỉ nên mất khoảng 1 giây;
4. Bắt đầu ép ngực và áp dụng tỷ lệ 30 lần ép ngực, 2 lần thổi ngạt;
5. Nếu chỉ có 1 mình thì thực hiện CPR trong 1 phút rồi gọi lực lượng cấp cứu y tế;
6. Tiếp tục thực hiện CPR cho tới khi cấp cứu tới hiện trường hoặc nạn nhân có dấu hiệu phục hồi
7. Nếu có 02 sơ cứu viên có thể thực hiện CPR theo tỷ lệ 15:2. Thay người thực hiện sau mỗi 102 phút để tránh làm sơ cứu viên quá mệt. Đảm bảo là tiếp tục ép ngực ngay cả khi thay người thực hiện.

Ghi chú: nếu sơ cứu viên không sẵn lòng hoặc không có khả năng thực hiện thổi ngạt thì chỉ cần ép ngực. Nếu có các nguyên nhân về tim mạch và trẻ em hoặc trẻ sơ sinh đột nhiên ngưng thở, thì nên xử lý như ca người lớn bị ngưng tim.

Hoãn không làm hồi sức cấp cứu cho ca bị ngưng tuần hoàn có chấn thương trước khi tới bệnh viện

Hoãn không làm hồi sức cấp cứu cho ca bị ngưng tuần hoàn có chấn thương trước khi tới bệnh viện

Giới thiệu

Chấn thương là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và các chấn thương ngưng tim trước bệnh viện được cho là khó dự đoán. Nhằm đảm bảo phẩm giá, tài sản cũng như cơ thể của người bị thương và giảm nguy cơ cho cán bộ y tế thực hiện hồi sức cấp cứu thì sơ cứu viên nên tính toán nguy cơ và lợi ích của việc thực hiện thao tác.

Có thể xác định người ít có khả năng sống sót và trong trường hợp này thì hồi sức cấp cứu không có giá trị, và gây căng thẳng cho người thân, họ hàng, bạn bè và lực lượng y tế, lãng phí thời gian, nguồn lực nếu cố gắng thực hiện cấp cứu hồi sức cho nạn nhân. Đây là 1 chủ đề mới và hướng dẫn dựa trên các bằng chứng được xem xét năm 2015.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Có nhiều dữ liệu về các yếu tố dự đoán khả năng sống sót của nạn nhân từ các nghiên cứu về các ca cấp cứu ở bệnh viện. Nhiều nghiên cứu chứng minh thấy chỉ có dưới 1% sống sót trong số những người bị chấn thương nặng và trong số sống sót thì gần ½ bị suy giảm chức năng thần kinh. Stratton và cộng sự xem xét 497 ca bị chấn thương trong đó chỉ có 4 ca sống sót (tỷ lệ 0.8%) với 1 ca trong tình trạng hệ thần kinh bị huỷ hoại nghiêm trọng. Shimazu và cộng sự nghiên cứu 267 ca bị chấn thương trong đó có 7 ca sống sót với 4 ca bị lại chấn thương thần kinh như ở tai nạn đầu.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Các nỗ lực thực hiện hồi sức cấp cứu có thể bị hoãn/huỷ với ca bị đứt rời đầu hoặc đứt rời phần thân dưới. (*)
- Huỷ việc thực hiện hồi sức cấp cứu với các ca bị chấn thương không thể cấp cứu kể trên có bằng chứng về sai lầm về thời gian do ngưng tim do việc đốn máu ra bên ngoài (máu đốn về các mạch máu ở phần thân thể phụ thuộc) và phân huỷ. (*)
- Huỷ sơ cứu hồi sức với ca bị bỏng cháy dày, cơ thể bị cháy đen tới hơn 95%. (*)
- Hướng dẫn này không áp dụng cho trẻ em, người bị các biến chứng như giảm huyết máu, và có bệnh lý là nguyên nhân gây ngưng tim. (Là kinh nghiệm tốt)
- Hướng dẫn cụ thể này có thể áp dụng cho vùng hoang dã, các quốc gia có hướng dẫn cao cấp và các chỉ dẫn cụ thể về sơ cứu hồi sức; từng Hội quốc gia có trách nhiệm điều chỉnh cho phù hợp với hoàn cảnh trong nước của họ. (Là kinh nghiệm tốt)

Cần nhắc khi thực hiện

Quyết định huỷ không thực hiện hồi sức cấp cứu ở môi trường ngoài bệnh viện là quyết định khó khăn song ở trong 1 số tình huống thì nạn nhân khó có cơ hội sống sót. Có đủ bằng chứng chứng minh được ở những tình huống như vậy thì khuyến cáo nên huỷ không thực hiện sơ cấp cứu. Trong các trường hợp bị ngưng tim thì nên thực hiện hồi sức cấp cứu.

Phương pháp làm thông thoáng đường thở

Giới thiệu

Việc làm thông đường thở được hạn chế trong một số thao tác về hồi sức cấp cứu như khi chỉ làm ép ngực CPR; tuy vậy làm thông đường thở là thao tác quan trọng và là 1 phần kỹ năng của người sơ cứu viên chuyên nghiệp lẫn người dân thường để hồi sức cấp cứu cho trẻ em, trẻ sơ sinh và người lớn. Hướng dẫn thuộc chủ đề ngày không thay đổi so với hướng dẫn năm 2011.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Chủ đề này được Hiệp hội và Hội đồng tư vấn khoa học của Hội Chữ thập đỏ Mỹ xem xét hướng dẫn năm 2011.

Nghiên cứu đầu tiên về phương pháp thổi miệng-mặt nạ cho thấy việc làm thông đường thở hiệu quả ở 09 bệnh nhân. Cán bộ y tế dễ dàng duy trì mức ô-xy và carbon dioxide trong máu ở mức chấp nhận được, các bệnh nhân không bị mệt, khó thở, hoặc chóng mặt. Các tác giả cho là kỹ thuật này có nhiều ưu điểm và có thể hữu ích cho các tình huống khẩn cấp.

Một nghiên cứu xem xét các bằng chứng khoa học sẵn có so sánh phương pháp thổi miệng-mặt nạ thở và túi có van-mặt nạ thở cho thấy nhiều câu hỏi chưa được trả lời về các kỹ thuật cứu sống mạng người tiềm năng này. Ví dụ: nguy cơ nhiễm trùng khi dùng 2 phương pháp này là chưa được trả lời. Cần có thêm nghiên cứu về chủ đề này song một số kết luận tạm thời có thể đưa ra như sau.

Phương pháp thổi miệng-mặt nạ có thể có hiệu quả và cung cấp lượng khí phù hợp mặc dù gây sức ép cao hơn vào đường thở và tăng nguy cơ thổi phồng quá đường thở so với cách áp dụng dùng túi có van- mặt nạ. Kỹ thuật này cũng tốn sức cho sơ cứu viên hơn.

Kỹ thuật thổi miệng-mặt nạ dễ học và thực hiện hơn là kỹ thuật túi có van – mặt nạ. Khi chỉ có 1 sơ cứu viên phải thực hiện cả thổi ngạt và ép ngực thì việc áp dụng kỹ thuật thổi miệng – mặt nạ là đơn giản và nhanh hơn do vậy giảm thời gian gián đoạn với phần ép ngực.

Hầu hết các hãng sản xuất làm 1 cỡ tiêu chuẩn cho người lớn mặt nạ hồi sức. Kích cỡ này không dùng được hiệu quả cho trẻ em. Thiết bị túi có van – mặt nạ và loại dùng cho nhi có đầy đủ các cỡ mặt nạ.

Áp dụng kỹ thuật dùng túi có van- mặt nạ với chỉ 1 người sơ cứu viên là phức tạp, khó học và thực hiện. Để sử dụng kỹ thuật này, sơ cứu viên phải chọn đúng cỡ mặt nạ và túi. Sơ cứu viên dùng 1 tay để mở đường thở của nạn nhân, và lắp mặt nạ vào mặt nạn nhân. Tay kia của người sơ cứu viên cần túm túi và sơ cứu viên đồng thời phải quan sát xem ngực nạn nhân có phồng lên không. Nhiều sơ cứu viên thấy kỹ thuật này khó thực hiện đặc biệt với nạn nhân là người lớn. Thiết kế của mặt nạ và các cách thực hiện thao tác khác nhau gây ảnh hưởng tới kết quả đầu ra cuối cùng của thao tác.

Phương pháp dùng túi có van – mặt nạ do 2 người sơ cứu viên thực hiện có thể giúp đặt mặt nạ chặt và có đủ không khí trong túi, ít sức ép lên đường thở, phồng khí trong đường thở so với phương pháp thổi miệng – mặt nạ. Phương pháp thứ 2 này cũng giúp nạn nhân tiếp nhận nhiều ô-xy hơn và giúp quá trình vận chuyển. Kỹ thuật này có thể dễ học và thực hiện hơn là kỹ thuật thứ nhất.

Nghiên cứu đầu tiên về phương pháp thổi miệng – mặt nạ (Elam và cộng sự năm 1954) phát hiện kỹ thuật này giúp làm thông đường thở hiệu quả ở 09 bệnh nhân. Năm 1974, Safar đánh giá mặt nạ có điều chỉnh mang tên Laerdal Pocket Mask™. Có kích cỡ và quy mô hạn chế song nghiên cứu này đã cho thấy khả năng áp dụng thiết bị mới để cấp ô-xy thêm khi làm thông đường thở cho nạn nhân là người lớn. Harrison và cộng sự (1982) tổ chức 01 so sánh giữa kỹ thuật thổi miệng – mặt nạ và túi có van – mặt nạ trên hình nộm cỡ người lớn. Với phương pháp thổi miệng- mặt nạ, các đối tượng nghiên cứu thổi ra hơi công suất quá 1,000ml. Với kỹ thuật túi có van – mặt nạ 1 người thực hiện, dung tích khí đạt mức 495ml và 509ml. Trong 1 nghiên cứu năm 1983, Elling và Politis sử dụng hình nộm cỡ người lớn để kiểm nghiệm khả năng áp dụng 2 kỹ thuật kể trên của 02 kỹ thuật viên y tế. Kết quả cho thấy các đối tượng đạt mức dung tích khí 800ml khi thực hiện kỹ thuật thổi miệng – mặt nạ. Hơn 50% đối tượng không có khả năng đạt được mức dung tích khí khi sử dụng túi có van – mặt nạ. Hess và Baran năm 1985 tổ chức 01 nghiên cứu khác trên hình nộm cỡ người lớn về thổi miệng – mặt nạ và túi có van – mặt nạ do 1 người thực hiện. Nghiên cứu này không chỉ so sánh 02 phương pháp với nhau mà còn đánh giá

13 Cấp cứu hồi sức

kỹ thuật túi có van – mặt nạ 02 người thực hiện giúp đẩy lượng khí tương ứng với kỹ thuật còn lại, mặc dù ở mức thấp hơn so với mức báo cáo trong các nghiên cứu khác. Túi có van – mặt nạ 1 người thực hiện trung bình tạo ra $\frac{1}{2}$ dung tích so với các kỹ thuật khác. Đáng chú ý là mức độ kinh nghiệm của các đối tượng không tạo ra điểm khác biệt về khả năng tạo ra dung tích khí phù hợp. Lawrence and Sivaneswaran (1985) nghiên cứu về cách các cán bộ y tế đo khả năng của họ làm thông đường thở cho hình nộm cỡ người lớn bằng cả 2 kỹ thuật kể trên. Trước khi thực hiện kiểm tra kỹ năng, họ đánh giá các đối tượng và nhận thấy họ không sẵn lòng áp dụng phương pháp áp miệng trực tiếp lên nạn nhân để thổi ngạt do nhiều lý do khác nhau. Với lựa chọn thực hiện thổi miệng-mặt nạ bằng cách dùng mặt nạ cấp cứu có lọc vi trùng, 100% đối tượng sẵn lòng sử dụng phương pháp này. Các thành viên của đoàn nghiên cứu tìm thấy trong các nghiên cứu trước đây khác, phương pháp miệng – mặt nạ tạo ra lượng khí phù hợp. Sử dụng phương pháp túi có van – mặt nạ do 1 người thực hiện thì chỉ có đối tượng có khả năng thực hiện đúng tạo ra 800ml khí trong đường thở. Kết quả của nghiên cứu này làm các tổ chức ngắt đoạn việc sử dụng túi có van, mặt nạ thở có bệnh nhân cho tới khi đặt đường thở bằng phương pháp hiện đại khác.

Johannigman và các cộng sự năm 1991 tổ chức 01 nghiên cứu trong đó có sử dụng mô hình cỡ người lớn với thiết bị phổi có thể điều chỉnh. Số liệu về tăng áp lực đường thở, dung tích khí, và dung tích khí thổi vào phổi được ghi nhận. Lực lượng bán y tế làm thông đường thở cho mô hình bằng cách dùng miệng thổi ngạt, dùng thiết bị thổi miệng-mặt nạ, và túi có van-mặt nạ. Với các thiết bị bình thường, đối tượng có thể làm thông đường thở thành công với tất cả các thao tác. Khí thổi vào phổi xuất hiện ở cả phương pháp dùng miệng thổi vào phổi, dùng thiết bị thổi miệng có mặt nạ, song không xuất hiện khi dùng túi thổi miệng có van-mặt nạ loại cho 1 sơ cứu viên. Khi khí thổi giảm, dung tích khí thổi vào phổi giảm xuống và khí tràn vào phổi tăng với tất cả các phương pháp. Phương pháp dùng miệng thổi ngạt trực tiếp luôn tạo ra sức ép lên đường thở, dung tích khí và khí tràn vào phổi cao nhất trong khi thao tác dùng túi có van- mặt nạ tạo ra các thông số như trên thấp nhất. Khi quan sát mức độ thổi dù ở mức thấp nhất, sơ cứu viên không có khả năng điều chỉnh lượng khí phù hợp khi sử dụng túi có van-mặt nạ. Terndrup và Warner (1992) so sánh các phương pháp thổi miệng trực tiếp, thổi miệng có mặt nạ và dùng túi có van-mặt nạ loại cho người lớn và trẻ em do các kỹ thuật viên y tế thực hiện trên mô hình cỡ trẻ sơ sinh. Họ thấy là mỗi phương pháp đều làm đường thở thông thoáng. Tuy nhiên, cả loại túi có van-mặt nạ loại dành cho người lớn và trẻ em đều có liên quan tới sức ép lớn lên đường thở. Một nghiên cứu sử dụng mô hình cỡ người lớn khác do Thomas và đồng nghiệp thực hiện năm 1992 so sánh 03 phương pháp kể trên khi làm thoáng đường thở. Sơ cứu viên điều chỉnh kỹ thuật do 01 người thực hiện, dùng 01 tay bóp túi thở, có sự dao động về độ mở của lòng bàn tay khi túi được ép giữa bàn tay, đùi hoặc ngực. Phương pháp mở lòng bàn tay làm tăng dung lượng khí đáng kể cho những sơ cứu viên có bàn tay nhỏ. Phương pháp dùng túi có van-mặt nạ cho 02 người thực hiện, trong đó 01 người mở đường thở, làm kín mặt nạ bằng cả 02 tay, và người thứ 02 dùng cả 2 tay bóp túi thở. Phương pháp do 02 người thực hiện giúp tạo ra dung lượng khí lớn hơn và trong một số trường hợp dung lượng này lớn gấp đôi do với phương pháp chỉ do 01 người thực hiện.

Hackman và cộng sự (1995) so sánh kỹ thuật dùng túi có van-mặt nạ do 01 người và 02 người thực hiện trên mô hình cỡ người lớn trong quá trình thực hiện CPR bởi lính cứu hỏa. Họ tìm thấy khi thao tác bởi 02 người dùng túi có van-mặt nạ và người thứ 03 thực hiện ép ngực, đường thở được thông tốt hơn. Họ cũng quan sát thấy thao tác CPR nói chung là tốt nhất. Sơ cứu viên duy trì vị trí tay tốt hơn, và ép ngực sâu hơn. Kết quả này cho thấy kỹ thuật CPR do người thứ 3 thực hiện có thể hiệu quả và nên cân nhắc nếu có đủ sơ cứu viên tại hiện trường. Năm 2005, Davidovic và cộng sự nghiên cứu về việc sử dụng túi có van-mặt nạ do 01 người và 02 người sử dụng trên mô hình cỡ người lớn và trẻ em. Nhìn chung kỹ thuật do 02 người thực hiện cho kết quả sức ép lên đường thở cao hơn và tạo ra dung tích khí nhiều hơn so với phương pháp chỉ 01 người thực hiện. Nghiên cứu này ủng hộ các phát hiện trước đó về vấn đề này và cung cấp số liệu cụ thể liên quan tới đối tượng là trẻ em.

Tham khảo

Hướng dẫn

- Chỉ có 01 sơ cứu viên thì nên thực hiện thổi ngạt trực tiếp vào miệng hơn là dùng phương pháp túi có van-mặt nạ. (**)
- Có nhiều sơ cứu viên, từ 02 người trở lên thì nên dùng túi có van-mặt nạ nếu được tập huấn đúng cách và có kinh nghiệm sử dụng phương pháp này. (**)

Lưu ý khi thực hiện

Các Hội quốc gia cần quyết định xem nên tập huấn kỹ thuật nào cho các sơ cứu viên xem liệu có giải quyết vấn đề rào cản từ thiết bị hay chỉ sử dụng túi có van-mặt nạ. Ngoài ra, các Hội quốc gia có thể chọn loại thiết bị làm thông đường thở mà không có van cản dựa trên lòng tin và các thực hành thực tế; song điều dùng thiết bị không có van không đáp ứng với các thực hành phòng nhiễm trùng hiện nay.

14.

Sơ cứu hỗ trợ tâm lý

Giới thiệu

Hỗ trợ tâm lý được Trung tâm Hỗ trợ tâm lý của Hiệp hội định nghĩa là các hoạt động nhằm đáp ứng nhu cầu tâm lý, xã hội của cá nhân, gia đình và cộng đồng sau khi xảy ra các sự kiện nghiêm trọng gây tổn thương và nhằm làm tăng cường khả năng chịu đựng với hoàn cảnh của các nhân, nhóm và cộng đồng. Định nghĩa này tương ứng với Ủy ban liên cơ quan về Sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý trong tình huống khẩn cấp và được chấp nhận rộng rãi. Ủy ban này hướng dẫn trong tình huống khẩn cấp thì mọi người bị ảnh hưởng khác nhau và cần được trợ giúp khác nhau. Điểm chính trong hỗ trợ sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý là phát triển một hệ thống nhiều mức để hỗ trợ cho người bị ảnh hưởng, các mức độ khác nhau trong hệ thống này bao gồm các dịch vụ căn bản, và an ninh, hỗ trợ cộng đồng và gia đình tập trung vào hỗ trợ không chuyên biệt và dịch vụ hỗ trợ chuyên biệt.

Các khía cạnh căn bản nhất của can thiệp tâm lý của cách tiếp cận nhiều lớp này là cung cấp các dịch vụ căn bản và an ninh cho người bị ảnh hưởng. Cách tiếp cận tâm lý đảm bảo những dịch vụ này được cung cấp một cách có tôn trọng, phù hợp về mặt xã hội cho người hưởng lợi. Những can thiệp này có thể bao gồm: các dịch vụ căn bản được cung cấp bởi các đơn vị chuyên môn; ghi nhận, tài liệu hoá lại các tác động lên sức khỏe tâm thần và tâm lý; gây ảnh hưởng lên các cơ quan tổ chức nhân đạo để các hoạt động hỗ trợ giúp hỗ trợ tâm lý và sức khỏe tâm thần. Ở mức cộng đồng hoặc gia đình, các can thiệp nhằm hỗ trợ xã hội thông qua việc thiết lập lại mối liên lạc giữa gia đình, và mạng lưới hỗ trợ xã hội. Các tình nguyện viên được tập huấn có thể thực hiện sơ cứu hỗ trợ tâm lý và triển khai các hoạt động hỗ trợ khả năng phục hồi nhanh chóng của nhóm bị ảnh hưởng. Sơ cứu hỗ trợ tâm lý được mô tả trong Hướng dẫn về Sơ cứu hỗ trợ tâm lý năm 2006 là ví dụ của việc cung cấp hỗ trợ tâm lý căn bản. Một số đối tượng bị ảnh hưởng có thể cần các loại hỗ trợ cụ thể đáp ứng các vấn đề cụ thể về tâm lý. Tổ chức Y tế thế giới xuất bản 01 cuốn tài liệu về các tiếp cận trong sơ cứu hỗ trợ tâm lý vào năm 2011.⁹

Các can thiệp hỗ trợ tâm lý có thể là ở dạng cá nhân, gia đình hoặc nhóm và nên được triển khai bởi những người có chuyên môn, được đào tạo. Trong các trường hợp cần có hỗ trợ không đem lại hiệu quả và nghi ngờ xuất hiện các bệnh về tâm thần, thì cần thực hiện chuyển ca điều trị tới cơ sở chuyên môn. Bằng chứng về chủ đề này được xem xét và hướng dẫn vào năm 2015.

9. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International, and Psychological first aid: Guide for field workers, WHO.

Tóm tắt cơ sở khoa học

5 hướng dẫn và 03 nghiên cứu xem xét bằng chứng khoa học được xuất bản từ năm 2007 tới 2015 tập trung vào các can thiệp hỗ trợ sơ cứu tâm lý trong vòng vài giờ hoặc vài ngày sau thảm họa. Tuy nhiên không có các nghiên cứu có chứng về chủ đề này.

Dù không có bằng chứng song có nhu cầu rõ về hỗ trợ tâm lý và các mục tiêu đằng sau việc hỗ trợ tâm lý. Mục tiêu ban đầu của hỗ trợ tâm lý là củng cố khả năng phục hồi nhanh chóng và sức khỏe tâm thần thông qua việc hỗ trợ tâm lý có hệ thống có thể giúp làm giảm các phản ứng trái ngược về tâm lý. Can thiệp về hỗ trợ tâm lý trong tình huống khẩn cấp gồm cung cấp thông tin, hướng dẫn và trợ giúp tình cảm, sơ cứu tâm lý được các chuyên gia và nhiều tài liệu khuyến cáo thực hiện (xem tài liệu Hướng dẫn của NICE năm 2005, Hướng dẫn của IASC năm 2009 and Hướng dẫn của TENTS năm 2009). Dù chỉ có bằng chứng hạn chế về chủ đề này song đây là chủ đề được các chuyên gia thống nhất ý kiến cao. Các khuyến cáo đề nghị là có nhiều cơ quan tham gia vào lập kế hoạch chăm sóc tâm lý, và hỗ trợ nói chung người bị ảnh hưởng tiếp cận các hỗ trợ về xã hội, vật chất, và tâm lý; hỗ trợ tâm lý chuyên môn chỉ được cung cấp nếu có các kết quả đánh giá tổng thể.

Hướng dẫn về Sơ cứu hỗ trợ tâm lý năm 2006 do Mạng lưới hoạt động về Các chấn thương do căng thẳng và căng thẳng tâm lý sau chấn thương nhân mạng hỗ trợ tâm lý là can thiệp được chấp nhận và được thực hiện bởi các tình nguyện viên có tập huấn là những người không có chuyên môn về sức khỏe tâm thần cung cấp cho người bị ảnh hưởng của các sự kiện nghiêm trọng. Tài liệu Hướng dẫn Sơ cứu hỗ trợ tâm lý năm 2006 và Dịch vụ khẩn cấp của Hội Chữ thập đỏ Mỹ thực hiện khoá tập huấn về Sơ cứu hỗ trợ tâm lý (mã DSCLS206A) dành cho tình nguyện viên ứng phó thảm họa cũng là nền tảng ủng hộ cho quan điểm về hỗ trợ tâm lý. Nhiều nhóm chuyên gia quốc tế và trong nước bao gồm: IASC và Sphere cũng ủng hộ việc hỗ trợ tâm lý. Sơ cứu hỗ trợ tâm lý là một giải pháp thay thế cho việc trò chuyện hỗ trợ tâm lý. Năm 2009, Nhóm làm việc về phát triển các hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới đánh giá các bằng chứng về sơ cứu hỗ trợ tâm lý và nói chuyện giải toả tâm lý. Họ kết luận là nên cung cấp sơ cứu hỗ trợ tâm lý chứ không phải nói chuyện giải toả tâm lý cho người bị tổn thương tâm lý nặng sau khi trải qua một sự kiện khó khăn, khủng hoảng.

Hướng dẫn

- Các nguyên tắc chính của hỗ trợ tâm lý nên được đưa vào nội dung tập huấn sơ cấp cứu. (Là kinh nghiệm tốt).

Lưu ý khi thực hiện

Hỗ trợ tâm lý và sơ cứu hỗ trợ tâm lý nên được thực như một phần của các dịch vụ hỗ trợ trong tình huống khẩn cấp và được triển khai bởi những người có chuyên môn về sơ cấp cứu. Hoạt động này nên được hỗ trợ và giám sát bởi các chuyên gia về sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý. Quan trọng là cần quyết định loại can thiệp nào là phù hợp với cộng đồng và đối tượng nào là phù hợp nhất để thực hiện nhiệm vụ hỗ trợ tâm lý cũng như các nguồn lực sẵn có cho hoạt động. Cuối cùng, là cần có thông tin từ cả phía người bị thương và sơ cứu viên.

Nguyên tắc sơ cứu hỗ trợ tâm lý

Các biện pháp nhằm nâng cao khả năng phục hồi và sức khoẻ tâm lý của cộng đồng sau khi trải qua một sự kiện gây chấn thương cho cộng đồng được nghiên cứu bởi nhiều chuyên gia thuộc các nhóm chuyên ngành nhỏ khác nhau về y tế. Sơ cứu viên nên sử dụng các chiến lược can thiệp như liệt kê phía dưới đối với đối tượng là người trải qua một sự kiện khủng hoảng. Tập huấn về sơ cứu tâm lý hoặc các hoạt động hỗ trợ tâm lý khác sẽ giúp cho người được tập huấn biết cách triển khai các can thiệp.

- **An toàn và an ninh:** Đảm bảo yếu tố an ninh và cải thiện yếu tố an toàn tức thì và trong thời gian tiếp theo giúp làm cho đối tượng cảm thấy được an ủi về tình cảm và hỗ trợ một cách thiết thực. Để đối tượng nghỉ ngơi và để họ nói ra cảm xúc, kinh nghiệm tùy theo mức độ tự muốn chia sẻ của người đó. Nếu đối tượng nói về suy nghĩ, cảm xúc, tình cảm liên quan tới sự kiện một cách tự nguyện thì cần lắng nghe một cách bình tĩnh, và không phán xét.
- **Đánh giá nhu cầu:** cung cấp các hỗ trợ thực tế và tình cảm cho người bị ảnh hưởng tùy theo nhu cầu của họ (ví dụ: nhà ở, tài chính, mạng lưới xã hội, y tế, luật pháp).
- **Ổn định:** Trong một số trường hợp, đối tượng có thể cảm thấy mê man, ở vào trạng thái hạn chế tỉnh táo và khả năng tập trung, mất khả năng đáp ứng lại các kích thích về nhận thức (triệu chứng của phản ứng căng thẳng cấp, ví dụ: chỉ có phản ứng ngay lập tức hoặc trong thời gian ngắn đáp ứng lại các yếu tố gây căng thẳng lớn và bất ngờ). Sự bình tĩnh và định tâm là quá mức về mặt cảm xúc với người bị thương. Để cho họ có thời gian và cơ hội tách rời bản thân khỏi sự kiện gây chấn thương. Nếu là trẻ em, thì nên để trẻ được chơi.
- **Thông tin:** Cung cấp thông tin có ích liên quan tới sự kiện gây ra tổn thương cho người hưởng lợi, gồm: tình trạng, và vị trí của những người bị mất tích, nguồn lực của cộng đồng, mọi người có thể tiếp cận hỗ trợ nếu bị các vấn đề về tình cảm, cảm xúc ở đâu. Cung cấp các hỗ trợ về giáo dục tâm lý nhằm hỗ trợ cho quá trình hồi phục của người bị ảnh hưởng: Giải thích phản ứng tâm lý trước các sự kiện gây chấn thương tâm lý là phản ứng bình thường, và giúp người bị ảnh hưởng nhận thức được các tiến triển tâm lý có thể xảy ra trong những ngày, tuần tiếp theo và cách xử lý tốt nhất khi các tình huống này xảy ra.
- **Liên kết các dịch vụ hỗ trợ xã hội:** Hỗ trợ xã hội và giữa các nhóm dân có ích và giúp những người bị ảnh hưởng về tâm lý tìm kiếm sự giúp đỡ từ bên ngoài. Giúp thiết lập mối quan hệ giữa người bị ảnh hưởng tâm lý và người hỗ trợ ở cấp đầu tiên ở cộng đồng hoặc hỗ trợ từ các thành viên gia đình, hoặc bạn bè. Liên kết các mối hỗ trợ này cho người bị ảnh hưởng ở cùng 01 thời điểm hoặc trong tương lai.
- **Trao quyền và hy vọng:** Giúp người bị ảnh hưởng tâm lý hoạt động tích cực, tự ra quyết định khi có thể. Hỗ trợ họ từng bước nhỏ để tiếp tục cuộc sống trong tương lai.
- **Hỗ trợ các hoạt động văn hoá, nghi lễ phù hợp:** Các nghi lễ về khó tang, tiễn biệt người chết có tầm quan trọng đối với việc tăng cường khả năng phục hồi của các nhân, cũng như ở cấp độ văn hoá, xã hội.

Các nguyên tắc căn bản khi phỏng vấn, trò chuyện với người bị ảnh hưởng:

- Thái độ: lắng nghe tích cực.
- Kỹ năng đặt câu hỏi: nhắc lại, đặt câu hỏi vv.

Chủ đề cho can thiệp sơ cấp cứu:

Mô hình BASIC – viết tắt tiếng Anh của cụm từ Bắt đầu – Nhận thức – Cấu trúc – Thông tin – Mạng lưới xã hội có thể dùng để nắm được bức tranh tổng thể của cuộc nói chuyện với người bị ảnh hưởng:

- B – Bắt đầu: đầu tiên tự giới thiệu bản thân, nhiệm vụ của mình và làm rõ yếu tố thời gian và bảo mật thông tin.
- A – Nhận thức: nắm được sự kiện đã xảy ra và các cảm xúc xuất hiện.
- S – cấu trúc: làm cho người bị ảnh hưởng thấy an toàn và cảm thấy nội dung câu chuyện và cảm xúc đi theo một cấu trúc, mạch hội thoại.
- I – thông tin: cung cấp thông tin cho người bị ảnh hưởng về các phản ứng thông thường xảy ra vào các giờ và ngày tiếp theo và có thể các cơn căng thẳng tột độ sẽ xuất hiện, gồm: lo lắng, bồn chồn, sợ hãi, các hình ảnh hồi tưởng xuất hiện, không ngủ được vv. Cần phải truyền tải cho người bị ảnh hưởng biết thông điệp là những phản ứng tâm lý như trên có thể xảy ra song không phải là xuất hiện ở tất cả mọi người.
- S – mạng lưới xã hội: đảm bảo là người bị ảnh hưởng tiếp cận được mạng lưới người hỗ trợ cho họ, ví dụ như thành viên gia đình, bạn bè vv; và suy nghĩ về việc giới thiệu, chuyển người bị ảnh hưởng tới chuyên gia về tâm lý.

Điểm quan trọng cần lưu ý là sức khoẻ tâm thần của sơ cứu viên hỗ trợ tâm lý cũng quan trọng ngang như dịch vụ sơ cứu hỗ trợ tâm lý cho người bị ảnh hưởng; cần quản lý, hỗ trợ, làm cùng tình nguyện viên sơ cứu hỗ trợ tâm lý nếu cần thiết.

Các kỹ thuật làm giảm hành vi bạo lực

Giới thiệu

Sơ cứu viên có thể gặp phải người có hành vi bạo lực tại cộng đồng.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Không có dữ liệu từ các thử nghiệm có chứng đánh giá về tác động và giá trị của các kỹ thuật giảm nhẹ và biện pháp phòng ngừa hành vi bạo lực ngắn hạn. Bằng chứng về hiệu quả của các kỹ thuật giảm hành vi bạo lực tới từ các báo cáo trường hợp, nhiều trường hợp và nghiên cứu thuần tập cũng như ý kiến và quan điểm thống nhất của các chuyên gia.

Tuy nhiên, không có bằng chứng được tìm thấy chống lại về hiệu quả của các kỹ thuật làm giảm hành vi bạo lực cũng như các nguy cơ gây hại cho người có hành vi bạo lực.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Sơ cứu viên nên có kỹ năng can bản về cách xử lý với người có nguy cơ có hành vi bạo lực cho tới khi lực lượng chăm sóc y tế tới hiện trường. (Là kinh nghiệm tốt)
- Đánh giá toàn diện sâu và tổng thể về nguy cơ bạo lực cũng như khả năng bị bệnh về tâm thần với người có hành vi bạo lực chỉ được thực hiện bởi cán bộ y tế chuyên môn. (Là kinh nghiệm tốt)
- Nếu có 01 người bị coi là có nguy cơ thực hiện các hành vi bạo lực, thì sơ cứu viên có thể thực hiện các kỹ thuật giảm nhẹ hành vi bạo lực như là biện pháp ngắn hạn để phòng các hành vi bạo lực xảy ra. (Là kinh nghiệm tốt)

Cần nhắc khi thực hiện

Nguy cơ bạo được đánh giá dựa trên các yếu tố nguy cơ và quá trình, hoàn cảnh của hành vi bạo lực; nếu đánh giá hành vi bạo lực được thực hiện sau khi hành vi bạo lực đã xảy ra. Các yếu tố nguy cơ về hành vi bạo lực gồm có:

- Lứa tuổi (nguy cơ cao hơn nếu đối tượng dưới 30 tuổi)
- Giới tính (nguy cơ cao hơn nếu là nam)
- Không có mối quan hệ lâu dài, bền vững
- Không có công ăn việc làm ổn định
- Có lịch sử thực hiện các hành vi mang tính bộc phát và vấn đề với nhà chức trách
- Có lịch sử có hành vi bạo lực
- Có hiện tượng bị các vấn đề về cá nhân (ví dụ: có hành vi chống phá, bộc phát)
- Có các bệnh về tâm thần (ví dụ bệnh tâm thần phân liệt với các triệu chứng có liên quan tới bạo lực và ghen tuông mù quáng)
- Có tuổi thơ nhiều vấn đề (có vấn đề về hành vi hoặc đạo đức)
- Có lịch sử dụng rượu bia, chất gây nghiện
- Bị chấn thương não
- Bị đau
- Thiếu hỗ trợ xã hội

Hoàn cảnh và tình hình sau khi xảy ra hành vi bạo lực gợi ý các yếu tố nguy cơ cao, gồm:

- Thiếu sự khiêu khích cho hành vi bạo lực
- Hành vi bạo lực kỳ lạ
- Thiếu ăn năn và hối hận
- Tiếp tục từ chối nhận thức sự việc
- Nguy cơ lặp lại hành vi bạo lực
- Các thái độ tiêu cực đối với việc điều trị cho các bệnh tật hoặc bệnh tâm thần đã được xác định
- Khiêu khích hoặc âm ỉ tái xuất hiện hành vi bạo lực (nếu xác định được các yếu tố khiêu khích hoặc âm ỉ bạo lực)
- Sử dụng rượu bia hoặc chất gây nghiện
- Gặp khó khăn về mặt xã hội và thiếu hỗ trợ xã hội

Nếu 01 người bị coi là có hành vi bạo lực, thì mối quan tâm chính là phòng ngừa những hành vi này xảy ra.

Giảm nhẹ hành vi bạo lực được định nghĩa là các giải pháp giảm nhẹ khả năng bạo lực hoặc tình huống gây hấn một cách từ từ thông qua việc sử dụng lời nói, cử chỉ mang tính cảm thông, đồng cảm và không đối đầu và trên cơ sở tôn trọng. Kỹ thuật giảm nhẹ hành vi bạo lực gồm: xoa dịu, hoà giải, đàm phán các mâu thuẫn với mục tiêu cuối cùng là nhận biết dấu hiệu bạo lực có thể tiến triển và phòng ngừa bạo lực xảy ra. Sơ cứu viên có thể sử dụng các kỹ thuật giảm nhẹ bạo lực để tiếp cận với những người có nguy cơ hành vi bạo lực như:

- Có thái độ bình tĩnh, thật thà, thể hiện sự quan tâm chân thành.
- Nhận thức được sự an toàn của sơ cứu viên và của những người khác có mặt ở hiện trường. Luôn cảnh giác với khả năng đối tượng có vũ khí; nếu cần thiết thì cần sơ tán mọi người ra khỏi hiện trường tới nơi an toàn.
- Giữ khoảng cách an toàn với người có nguy cơ bạo lực.
- Đứng ở góc thân thiện với đối tượng, góc đứng 45°.
- Cử chỉ mở (giữ tay ở hai bên người, hướng lòng bàn tay ra phía ngoài).
- Tránh chạm vào người đối tượng.
- Giám sát dấu hiệu bạo lực (quan sát mặt, hành vi cơ thể).
- Nói với đối tượng bằng giọng bình tĩnh, nhẹ nhàng và không gây hấn, không đối đầu với họ (ví dụ: gật đầu để cho họ thấy bạn đang lắng nghe và dùng các câu mở).

- Dùng các câu thể hiện sự đồng cảm “Tôi biết là ông/bà đang trải qua thời gian rất khó khăn làm cho ông/bà cảm thấy rất giận dữ”, song giữ khoảng cách với đối tượng và không được trở nên xúc động hoặc nói quá nhiều về cảm xúc.
- Khuyến khích đối tượng nói về lý do khiến họ phản ứng giận dữ (tập trung vào tình huống, và vấn đề của người đó chứ không tập trung vào dự định hành động của đối tượng).
- Duy trì nói chuyện với đối tượng và khiến đối tượng nói cho tới khi họ tự bình tĩnh lại.
- Lắng nghe đối tượng mà không phán xét.
- Phải quyết đoán và kiên định với đối tượng, nói với họ họ không được phép làm tổn thương bản thân và người khác. Nếu phù hợp, cần đưa ra các giải pháp hoặc gợi ý cách làm mang tính tích cực hơn là hành động bạo lực để giải quyết khó khăn, vấn đề.
- Hỏi đối tượng về hỗ trợ xã hội và mối quan hệ, nguồn hỗ trợ.
- Gọi giúp đỡ sớm, đặc biệt là khi đối tượng xúc động và không thể bình tĩnh được (gọi đội xử lý khủng hoảng, xe cứu thương hoặc cảnh sát).
- Đưa đối tượng tới bệnh viện để đánh giá và xử lý thêm nếu cần thiết.

Điểm quan trọng cần lưu ý là sức khoẻ tâm thần của sơ cứu viên hỗ trợ tâm lý cũng quan trọng ngang như dịch vụ sơ cứu hỗ trợ tâm lý cho người bị ảnh hưởng; cần quản lý, hỗ trợ, làm cùng tình nguyện viên sơ cứu hỗ trợ tâm lý nếu cần thiết.

[Tham khảo](#)

Hoảng loạn

Giới thiệu

Trạng thái hoảng loạn khác với rối loạn lo âu, xuất hiện khi một người bị lo lắng, sợ hãi và bồn chồn cực độ trong vòng từ 10 tới 15 phút. Trong cơn hoảng loạn, người ta có thể có nhiều triệu chứng cơ thể như: tim đập nhanh, hụt hơi, thở gấp, khó chịu ở ngực, toát nhiều mồ hôi, chóng mặt, đầu lâng lâng, buồn nôn, sợ bị chết, sợ bị mất kiểm soát, sợ bị ngất. Tai nạn hoặc các sự kiện gây chấn thương có thể làm cho người ta bị rơi vào trạng thái hoảng loạn. Quan trọng là sơ cứu viên cần biết xử lý tình huống có người bị hoảng loạn.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Việc xem xét bằng chứng khoa học chính thức về chủ đề này chưa được thực hiện, song trong đào tạo, tập huấn sơ cấp cứu, nên đề cập chủ đề này dựa trên ý kiến chuyên gia.

Hướng dẫn

Một người trải qua trạng thái khủng hoảng nên được đánh giá và điều trị bởi chuyên gia về sức khoẻ tâm thần. (Thực hành tốt).

Lưu ý khi thực hiện

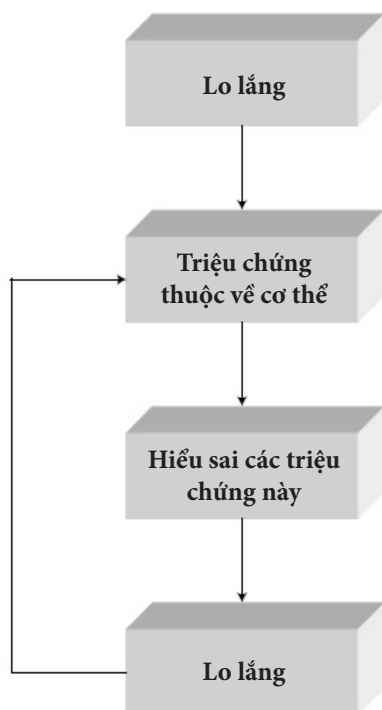
Sơ cứu viên có thể gặp khó khăn trong việc nhận biết, phân biệt triệu chứng rối loạn do lo âu và các bệnh về lý về rối loạn do khủng hoảng tâm lý trong tình huống khẩn cấp. Tuy nhiên, các sơ cứu viên đã được tập huấn có thể áp dụng các cách tiếp cận sau để hỗ trợ người nghi bị hoảng loạn tâm lý.

- Cần nhận biết sự xuất hiện của hiện tượng khó chịu ở ngực, thở gấp có thể do các bệnh lý gây ra như truy tim hoặc bệnh hen; nếu nghi ngờ người bệnh bị các bệnh này thì nên chuyển họ tới bệnh viện.
- Nói chuyện với người bệnh bằng giọng bình tĩnh và chậm rãi. Nói chậm, rõ ràng, sử dụng câu ngắn gọn.

14 Sơ cứu hỗ trợ tâm lý

- Hỏi người bệnh xem họ có bị các triệu chứng của người bị rơi vào trạng thái hoảng loạn tâm lý không.
- Khuyến khích người bệnh hít vào bằng mũi và thở ra bằng đường miệng.
- Chấn an người bệnh là tình trạng lo âu và các triệu chứng khó chịu trong người sẽ giảm từ từ và các triệu chứng này không đe dọa tính mạng.
- Giải thích cho người bệnh là các triệu chứng về thể chất là do tâm lý lo lắng gây ra và các triệu chứng sẽ biến mất khi người bệnh bình tĩnh trở lại. Tuy nhiên, nếu người bệnh hiểu sai là các triệu chứng này là do bệnh nguy hiểm gây ra thì tình trạng lo lắng sẽ càng tồi tệ hơn và sẽ làm các triệu chứng cơ thể trở nên xấu hơn theo chuỗi mô hình phía dưới (Minh hoạ số 5).

Bảng 5. Chu trình của hoảng loạn tâm lý.¹⁰



Căng thẳng tột độ và các vấn đề liên quan tới căng thẳng tâm lý sau chấn thương

Giới thiệu

Các sự kiện nghiêm trọng ngoài phạm vi các tình huống hàng ngày liên quan tới việc cảm thấy bị đe dọa - thực tế hay do trí tưởng tượng, đi kèm với cảm giác bất lực, hoảng sợ hoặc kinh hoàng có thể là hậu quả của hiện tượng bị căng thẳng cực độ hoặc căng thẳng do chấn thương tâm lý.

Các phản ứng thông thường với hiện tượng căng thẳng tột độ có thể bao gồm lo lắng và sợ hãi, thường xuyên cảnh giác đi kèm giật mình, kém tập trung, hay quên, tưởng tượng quá mức, hoặc các giác quan bị kích thích quá mức, khó ngủ, hay gặp ác mộng, cảm thấy tội lỗi, buồn, giận, không có cảm xúc/cảm thấy trống rỗng, thờ ơ, và các hành vi và tâm lý lẩn tránh.

10. IFRC. International first aid and resuscitation guidelines, 2011.

Những phản ứng này có thể đi kèm các hiện tượng bệnh lý như căng cơ, run rẩy, đau, buồn nôn, nôn hoặc đi tiêu chảy, chu kỳ kinh nguyệt thất thường, mất hứng thú tình dục.

Quan trọng là cần nhận biết các phản ứng và triệu chứng này là phản ứng bình thường với một sự kiện bất thường. Thông điệp này nên được đưa cho người bị ảnh hưởng vì họ có thể hiểu là những triệu chứng này là do bệnh lý về cơ thể hoặc tâm thần. Thường thì chúng ta có khả năng tự hồi phục và những triệu chứng này sẽ tự mất, giảm dần. Và quá trình tự phục hồi có thể được hỗ trợ bằng các hình thức hỗ trợ tâm lý, và sơ cứu hỗ trợ tâm lý. Tuy nhiên, một số người có các phản ứng quá mạnh hoặc các triệu chứng này kéo dài hơn và xấu đi. Trong những trường hợp như vậy thì cần can thiệp của chuyên gia có chuyên môn do nếu không can thiệp thì có thể dẫn tới các vấn đề về bệnh tâm thần.

Các triệu chứng căng thẳng sau chấn thương là phản ứng thuộc về bệnh lý kéo dài khi một người bị chấn thương và trong một số trường hợp thì quá trình này bị kéo dài. Nhìn chung thì hiện tượng căng thẳng sau chấn thương không phổ biến (tần xuất hiện bệnh khá thấp). Hiện nay, người ta tập trung vào cách tiếp cận liên quan tới tự hồi phục khi bị các chấn thương tâm lý hơn là cách tiếp cận bệnh về tâm lý sau chấn thương.

Các triệu chứng chính của căng thẳng sau chấn thương tương tự như phản ứng cấp khi bị căng thẳng cực độ nhưng dài hơn và bao gồm các dấu hiệu:

- Bị kích thích quá mức (ví dụ: thường xuyên lo lắng, khó chịu, mất ngủ và kém tập trung)>
- Giác quan bị kích thích quá mức (Ví dụ: tưởng tượng quá mức, vị giác và thính giác bị kích thích quá mức, thường xuyên bị các giấc mơ buồn tái xuất).
- Lảng tránh, hay quên (ví dụ: không nhớ được các sự kiện gây căng thẳng, lảng tránh khi nhắc tới các sự kiện này, tách riêng một mình, không có cảm xúc (thờ ơ), không có quan tâm tới các hoạt động). Bằng việc quan sát các sự kiện gây chấn thương, sơ cứu viên có nguy cơ bị căng thẳng và căng thẳng tâm lý sau chấn thương. Họ cần phải biết về các hiện tượng này và tìm kiếm sự giúp đỡ nếu cần.

Tham khảo

Hướng dẫn

Sơ cứu viên KHÔNG được chẩn đoán các bệnh căng thẳng xuất hiện sau khi chấn thương. Tuy nhiên, trong trường hợp bị căng thẳng cực độ và kéo dài hoặc có các triệu chứng của vấn đề này thì sơ cứu viên nên tìm kiếm sự hỗ trợ từ các chuyên gia y tế có chuyên môn, bao gồm bác sỹ tâm lý và chuyên gia tâm lý (Thực hành tốt).

Lưu ý thực hiện

Mặc dù các bệnh căng thẳng sau chấn thương không phổ biến song một số người có nguy cơ cao bị chấn thương tâm lý sau khi trải qua các biến cố. Các yếu tố nguy cơ cho hiện tượng bị căng thẳng sau chấn thương gồm:

- đã bị chấn thương trước đây
- chủ quan cho là bị đe dọa tính mạng (người đó tin là họ sẽ bị chết)
- thiếu hỗ trợ xã hội tích cực
- đã từng bị các bệnh về tâm lý
- cảm thấy bị mất kiểm soát
- ở quá gần sự kiện, biến cố
- bị chia tách, cô lập khi xảy ra biến cố

14 Sơ cứu hỗ trợ tâm lý

- bị kích thích tâm lý ngay lập tức sau khi bị chấn thương
- bị mất nhiều (nguồn lực, của cải vv) do biến cố

Ý tưởng tự sát

Giới thiệu

Thường thì sơ cứu viên không hay gặp phải đối tượng bộc lộ ý tưởng tự sát. Chuyên gia có chuyên môn y tế cần thực hiện đánh giá kỹ và toàn diện nguy cơ tự sát. Tuy nhiên, sơ cứu viên nên có các kỹ năng cần bản để xử lý người có nguy cơ tự sát cho tới khi lực lượng chuyên môn y tế tới hiện trường.

Tóm tắt cơ sở khoa học

Có người tin là việc hỏi trực tiếp một người xem người đó có ý định tự tử không sẽ làm cho người đó thêm phần muốn tự tử được mô tả là như là một chuyện ly kỳ bởi nhiều người. Không có nghiên cứu nào ủng hộ quan điểm về việc hỏi về suy nghĩ tự tử hoặc dự định tự tử sẽ làm tăng nguy cơ tự tử. Trái lại, trong 01 thử nghiệm ngẫu nhiên có chứng cứ chứng minh được là việc hỏi về ý định tự tử không làm tăng nguy cơ tự tử. Ý kiến chuyên gia cũng ủng hộ phát hiện này và họ cho là việc hỏi 01 người suy nghĩ về tự tử nhìn chung không làm tăng tâm lý buồn bực của người đó và cũng không làm người đó muốn tự tử thêm. Khi hỏi 01 người một cách đúng mực, người đó sẽ cảm thấy mình được hiểu và thông cảm, được chăm sóc.

[Tham khảo](#)

Hướng dẫn

- Khi gặp một người được coi là có ý tưởng tự sát thì sơ cứu viên nên hỏi trực tiếp người đó về suy nghĩ của người này về tự sát. Việc hỏi về tự sát sẽ **KHÔNG** làm gia tăng ý muốn tự tử. Ngược lại, người đó sẽ cảm thấy được chăm sóc nếu được sơ cứu viên hỏi một cách phù hợp (Thực hành tốt).
- Nếu một người có ý tưởng tự sát thì người này nên được chuyên gia tâm thần đánh giá, kiểm tra ngay lập tức hoặc nên gọi cấp cứu y tế (Thực hành tốt).

Lưu ý khi thực hiện

Mức độ chuyên sâu của đánh giá và can thiệp với ca có ý định tự tử cần dựa trên mức độ chuyên sâu và những hỗ trợ mà 01 sơ cứu viên có. Trình độ và hỗ trợ mà sơ cứu viên có rất đa dạng, tùy theo quốc gia và chương trình đào tạo sơ cứu.

Nguy cơ tự tử được đánh giá dựa trên các yếu tố nguy cơ và hoàn cảnh của tình huống muốn tự tử và liệu người đó có sống sau khi định tự tử không. Yếu tố nguy cơ gồm:

- Bị bệnh tâm lý
- Giới tính (tỷ lệ là 2 nam/1 nữ)
- Lứa tuổi (tuổi cao có nguy cơ cao hơn?)
- Độc thân/ly thân/ly hôn/goá bụa
- Nghiện chất cồn hoặc chất gây nghiện
- Đã từng tự tử

- Có kế hoạch tự tử
- Thiếu hỗ trợ xã hội
- Có các bệnh mãn tính (ví dụ đau mãn tính)

Hoàn cảnh của việc tự tử hụt cũng chỉ ra các yếu tố nguy cơ cao:

- Có kế hoạch tự tử từ trước
- Cẩn thận để không bị phát hiện tự tử
- Không có ý định được giúp đỡ sau khi tự tử
- Hành động trước khi chết (viết thư, di chúc, chuyển tài sản tích lũy/tiết kiệm cho người thân, nhờ người chăm sóc con nhỏ)
- Có phương thức nguy hiểm (dùng thuốc độc, dùng các biện pháp mang tính bạo lực).

Quan niệm của từng người về mức độ độc, nguy hiểm của biện pháp tự tử cần được cân nhắc.

Xem [Ngô độc](#)

Những người hỗ trợ sơ cấp cứu có thể áp dụng các cách tiếp cận sau với người có ý định tự tử:

- Nói chuyện bình tĩnh, chậm rãi với đối tượng
- Tổ ra thông cảm
- Nhận thức được về sự an toàn cho người sơ cứu và người xung quanh (người có ý định tự tử có thể có các vật nhọn để tự làm hại bản thân)
- Khuyến khích đối tượng nói về suy nghĩ, ý định tự tử và các vấn đề dẫn tới việc chọn tự tử là cách giải quyết, mâu thuẫn giữa sự sống và cái chết nếu có.
- Lắng nghe không phán xét
- Hỏi người đó về các hỗ trợ và nguồn lực hỗ trợ xã hội
- Khuyến khích đối tượng tìm kiếm sự trợ giúp từ người có chuyên môn
- Không được để đối tượng lại 1 mình, hỏi xem người thân, bạn bè của đối tượng có thể đưa họ tới bệnh viện hoặc cơ sở y tế; nếu không thì phải báo cho lực lượng y tế cấp cứu.
- Nếu đối tượng bị xúc động và không thể bình tĩnh trở lại thì cần gọi trợ giúp (Ví dụ: gọi đội cấp cứu, xe cứu thương, cảnh sát vv).

Một cán bộ y tế chuyên môn nên thực hiện đánh giá kỹ và tổng thể nguy cơ tự sát và khả năng bị bệnh tâm thần.

15.

Phụ lục

Dữ liệu khảo sát toàn cầu về SCC

Năm 2015, Trung tâm Nghiên cứu SCC Toàn cầu của Hiệp hội CTĐ-TLLĐ Quốc tế đã quyết định cập nhật số liệu về sơ cấp cứu thông qua bộ câu hỏi trực tiếp.

Các phát hiện chính của nghiên cứu này gồm:

- 160 Hội Quốc gia trả lời bộ câu hỏi.
- Năm 2014, các Hội Quốc gia CTĐ-TLLĐ đã tập huấn SCC cho 13.,429.,399 người trên toàn thế giới.
- Có khoảng 180.,000 tập huấn viên đang huấn luyện SCC trong tất cả Hội Quốc gia.
- 50% các nước tham gia trả lời khảo sát có luật qui định tập huấn SCC là bắt buộc đối với công nhân và 37% bắt buộc với lái xe chuyên nghiệp. Tỷ lệ này thuộc nhóm những người tại các nước ban hành luật bắt buộc tập huấn SCC cao nhất. Trái lại, chỉ có 16% các nước đã ban hành luật qui định tập huấn SCC là bắt buộc ở trường học và 20% là bắt buộc đối với người về hưu ở nhà.
- 33% các nước có điều luật yêu cầu công dân hành động trong tình huống khẩn cấp. Tuy nhiên, có sự khác biệt lớn giữa các vùng trong hệ thống Hiệp hội: 66% nước có yêu cầu này ở châu Âu, chỉ có 4% các nước ở châu Á và Thái Bình Dương có yêu cầu này.
- Trong 72% các nước không có sự bảo vệ đặc biệt khỏi các vụ kiện hoặc truy tố hình sự đối với những người tự nguyện sơ cứu.
- Chỉ có 38% các nước có điều luật yêu cầu bắt buộc có bộ SCC trong phương tiện xe ô tô riêng. Tuy nhiên, 93% nước ở khu vực châu Á và Thái Bình Dương không bắt buộc điều này.
- 85% các Hội Quốc gia đã áp dụng khung thời gian hiệu lực đối với chứng chỉ SCC do Hội cấp. 19% các nước trên thế giới có khung thời gian hiệu lực chứng chỉ do nhà nước ấn định.

Châu Phi

- Chỉ có 14 Hội Quốc gia tại khu vực châu Phi trả lời bộ câu hỏi khảo sát.
 - Ở châu Phi, 667 giảng viên SCC vẫn đang tham gia giảng dạy đã tập huấn được 62.,623 người vào năm 2014.
 - Năm 2014, các Hội CTĐ – TLLĐ chỉ đào tạo được 0.,01% dân số châu Phi về SCC.
- Trong 14% các nước, luật qui định bắt buộc những người có kỹ năng phải hành động trong hình huống khẩn cấp.
- Trong 36% các nước, có điều luật qui định bắt buộc trang bị bộ SCC trong phương tiện xe ô tô riêng.

- Trong 7% các nước, có điều luật quốc gia qui định việc sử dụng máy khử rung tim bên ngoài (AED).
- Không nước nào có điều luật qui định việc tiếp cận máy khử rung tim công cộng.
- Trong 21% các nước, người dân có thể tiếp cận máy khử rung tim bên ngoài
- 29% các Hội Quốc gia đào tạo người dân sử dụng máy khử rung tim bên ngoài.

Châu Mỹ

- 26 Hội Quốc gia tại châu Mỹ trả lời câu hỏi khảo sát
 - Tại châu Mỹ, 3.409.693 người được đào tạo SCC; 96.672 giảng viên SCC đang hoạt động trong lĩnh vực này; 0,83 dân số được đào tạo về SCC trong năm 2014
- Trong 23% các nước, có điều luật qui định bắt buộc người có kỹ năng phải hành động trong tình huống khẩn cấp
- Trong 70% các nước, trong trường hợp người trợ giúp SCC tự nguyện và nếu có vấn đề gì xảy ra, người hỗ trợ sơ cứu không được bảo vệ khỏi bị truy tố hình sự hoặc kiện về pháp luật.
- Trong 39% các nước, có điều luật qui định bắt buộc trang bị bộ SCC trong phương tiện xe ô tô riêng.
- 85% các Hội Quốc gia cấp chứng chỉ SCC với thời hạn hiệu lực ấn định từ một đến 13 năm. Trong 15% các nước, thời hạn hiệu lực của chứng chỉ do nhà nước quyết định.
- 69% các Hội Quốc gia tổ chức các khóa tập huấn nhắc lại: 73% các Hội tổ chức các buổi tập huấn trực tiếp, 4% Hội Quốc gia tổ chức các buổi hướng dẫn trực tuyến và 8% tổ chức các khóa tập huấn kết hợp hình thức trực tuyến và trực tiếp.
- 92% các nước, việc sử dụng máy khử rung tim bên ngoài được ủy quyền cho tình nguyện viên CTĐ.
- Trong 46% các nước, công chúng có thể tiếp cận máy khử rung tim bên ngoài
- 81% các Hội Quốc gia đào tạo công chúng sử dụng máy khử rung tim bên ngoài.

Châu Á và Thái Bình Dương

- 29 Hội Quốc gia (trong tổng số 35) tại khu vực châu Á và Thái Bình Dương trả lời câu hỏi khảo sát.
 - Các Hội Quốc gia CTĐ – TLLĐ đào tạo 5.727.429 người về SCC.
 - Có 50.322 giảng viên SCC đang hoạt động trong lĩnh vực này tại khu vực.
- Trong 4% các nước, công dân có trách nhiệm bắt buộc theo luật định phải hành động trong tình huống khẩn cấp.
- Trong 50% các nước, trong trường hợp người trợ giúp SCC tự nguyện và nếu có vấn đề gì xảy ra, người hỗ trợ sơ cứu không được bảo vệ khỏi bị truy tố hình sự hoặc kiện về pháp luật
- Không bắt buộc trang bị bộ SCC trong xe riêng, theo luật tại các quốc gia tham gia cuộc khảo sát này.
- 93% các Hội Quốc gia cấp chứng chỉ SCC với thời hạn hiệu lực ấn định từ một đến năm năm. Trong 22% các nước, thời hạn hiệu lực của chứng chỉ do nhà nước quyết định.
- 89% các nước tổ chức các khóa tập huấn nhắc lại: tập huấn trực tiếp (85%), hoặc tập huấn kết hợp hình thức trực tuyến và trực tiếp (11%).
- 61% các nước, việc sử dụng máy khử rung tim bên ngoài được ủy quyền cho tình nguyện viên CTĐ - TLLĐ.
- 18% các nước có điều luật của nhà nước qui định về máy khử rung tim bên ngoài.
- Trong 11% các nước, có luật của nhà nước qui định công chúng có thể tiếp cận máy khử rung tim.
- Trong 36 % các nước, người dân có thể tiếp cận máy khử rung tim bên ngoài.
- 52% các Hội Quốc gia đào tạo công chúng sử dụng máy khử rung tim bên ngoài

Châu Âu

- 41 Hội Quốc gia tại châu Âu trả lời câu hỏi khảo sát.
 - Tại châu Âu, các Hội Quốc gia CTĐ-TLLĐ đào tạo được 4.161.366 người về SCC.
 - Có 31.118 giảng viên SCC đang hoạt động trong lĩnh vực này tại châu Âu.
- Trong 66% các nước, người có kỹ năng SCC có trách nhiệm bắt buộc theo luật định phải hành động trong tình huống khẩn cấp.
- Trong 58% các nước, trong trường hợp người trợ giúp SCC tự nguyện và nếu có vấn đề gì xảy ra, người hỗ trợ sơ cứu không được bảo vệ khỏi bị truy tố hình sự hoặc kiện về pháp luật
- Trong 61% các nước, luật pháp qui định bắt buộc trang bị bộ SCC trong xe riêng
- 81% các Hội Quốc gia cấp chứng chỉ SCC với thời hạn hiệu lực ấn định từ một đến sáu năm. Trong 29% các nước, thời hạn hiệu lực của chứng chỉ do nhà nước quyết định.
- 81% các Hội Quốc gia tổ chức các khóa tập huấn nhắc lại: 73% các Hội Quốc gia tổ chức các buổi tập huấn trực tiếp, hoặc 8% các Quốc gia tổ chức các khóa tập huấn kết hợp hình thức trực tuyến và trực tiếp.
- Trong 71% các nước, việc sử dụng máy khử rung tim bên ngoài được ủy quyền cho nhân viên không có bằng y khoa.
- Trong 68% các nước, việc sử dụng máy khử rung tim bên ngoài được ủy quyền cho tình nguyện viên CTĐ - TLLĐ
- Trong 34% các nước có luật của nhà nước qui định về máy khử rung tim bên ngoài (AED).
- Trong 29% các nước, có luật nhà nước qui định việc sử dụng máy khử rung tim công cộng.
- Trong 44 % các nước, người dân có thể tiếp cận máy khử rung tim bên ngoài (AED).
- 59% các Hội Quốc gia đào tạo công chúng sử dụng máy khử rung tim bên ngoài (AED)

Trung Đông và Bắc Phi

- Chỉ có sáu Hội Quốc gia từ khu vực Trung Đông và Bắc Phi trả lời câu hỏi khảo sát.
 - Trong năm 2014, 1.180 giảng viên SCC đang hoạt động trong lĩnh vực đào tạo đã tập huấn cho 68.288 người; 0,37% dân số được đào tạo về SCC.
- Trong 33% các nước, có điều luật bắt buộc công dân hành động trong tình huống khẩn cấp.
- Trong 50% các nước, trong trường hợp người trợ giúp SCC tự nguyện và nếu có vấn đề gì xảy ra, người hỗ trợ sơ cứu không được bảo vệ khỏi khả năng truy tố hình sự hoặc kiện về pháp luật.
- Trong 67% các nước, có điều luật bắt buộc trang bị bộ sơ cấp cứu trên phương tiện xe riêng.
- Tất cả Hội Quốc gia tổ chức tập huấn nhắc lại theo hình thức trực tiếp.
- Trong 50% các nước, việc sử dụng máy khử rung tim bên ngoài được ủy quyền cho tình nguyện viên CTĐ-TLLĐ.
- Trong 33% các nước, người dân có thể tiếp cận máy khử rung tim bên ngoài.
- 83% các Hội Quốc gia tập huấn cho người dân về cách thức sử dụng máy khử rung tim bên ngoài.

Nguyên tắc cơ bản của Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế

Nhân đạo Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế ra đời từ mong muốn mang lại sự trợ giúp không phân biệt đối xử đối với những người bị thương trên chiến trường, nỗ lực sử dụng khả năng quốc tế và nội tại trong quốc gia của mình để ngăn ngừa và giảm bớt đau thương của nhân loại ở bất cứ nơi nào có thể tìm thấy. Mục đích hoạt động của Phong trào là bảo tính mạng và sức khỏe, đảm bảo sự tôn trọng con người. Phong trào thúc đẩy sự hiểu biết lẫn nhau, tình hữu nghị, sự hợp tác và hòa bình bền vững giữa các dân tộc

Vô tư Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế không phân biệt quốc tịch, sắc tộc, tín ngưỡng, tôn giáo, đẳng cấp và quan điểm chính trị. Phong trào nỗ lực trong triển khai các hoạt động nhằm giảm nhẹ sự đau khổ của mọi cá nhân, theo nhu cầu của họ và ưu tiên trợ giúp những người bất hạnh.

Trung lập Để luôn có được sự tin tưởng của các bên, Phong trào không đứng về phe nào trong các cuộc xung đột hoặc trong các cuộc tranh luận về chính trị, sắc tộc, tôn giáo hay hệ tư tưởng.

Độc lập Phong trào Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế hoàn toàn độc lập. Các Hội Chữ thập đỏ Trăng lưỡi liềm đỏ quốc gia trong khi trợ giúp cho Chính phủ về các hoạt động nhân đạo vừa phải tuân thủ theo pháp luật của nhà nước mình, vừa phải luôn duy trì quyền tự chủ để có thể luôn luôn hành động phù hợp với nguyên tắc của Phong trào.

Tự nguyện Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế là phong trào trợ giúp tự nguyện, không xuất phát từ bất kỳ mong muốn kiếm lợi nào.

Thống nhất Ở mỗi nước, chỉ có duy nhất một Hội Chữ thập đỏ hoặc Trăng lưỡi liềm đỏ. Các Hội Chữ thập đỏ hoặc Trăng lưỡi liềm đỏ quốc gia này phải được mở rộng cho mọi người cùng tham gia. Hội thực thi sứ mệnh nhân đạo của mình trên phạm vi toàn lãnh thổ.

Toàn cầu Phong trào Chữ thập đỏ và Trăng lưỡi liềm đỏ quốc tế có phạm vi toàn cầu, trong đó tất cả các Hội Chữ thập đỏ hoặc Trăng lưỡi liềm đỏ quốc gia có tư cách và vị thế bình đẳng, chia sẻ trách nhiệm và nhiệm vụ một cách bình đẳng trong việc giúp đỡ lẫn nhau.

Để biết thêm thông tin về ấn phẩm này của Hiệp hội, vui lòng liên hệ qua:
Trung tâm Nghiên cứu Sơ cấp cứu toàn cầu
first.aid@ifrc.org

www.ifrc.org
Saving lives, changing minds.