

SƠ CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU BỆNH NHÂN BỎNG TẠI QUÂN Y ĐƠN VỊ

Nguyễn Như Lâm^{1*}, Trần Đình Hùng¹

TÓM TẮT

Bỏng là tai nạn thường gặp trong sinh hoạt, lao động, huấn luyện và chiến đấu. Quân y đơn vị là lực lượng y tế đầu tiên tiếp cận, sơ cấp cứu bệnh nhân bỏng khi tai nạn xảy ra. Sơ cấp cứu và điều trị bước đầu bệnh nhân bỏng có ảnh hưởng rất lớn đến tiên lượng và kết quả điều trị bệnh nhân bỏng. Sơ cấp cứu bệnh nhân bỏng cần tuân thủ theo các bước: loại bỏ tác nhân gây bỏng; đánh giá và bảo đảm các chức năng sống; làm lạnh vùng bỏng; che phủ tạm thời tổn thương bỏng; ủ ấm nạn nhân; bù nước, điện giải; vận chuyển về cơ sở y tế. Tại quân y đơn vị, bệnh nhân bỏng cần được tiếp nhận, đánh giá và xử trí khẩn trương, phù hợp, phát hiện và xử trí sốc bỏng kịp thời trước khi vận chuyển bệnh nhân về tuyến chuyên khoa. Quân y đơn vị chỉ giữ lại điều trị những bệnh nhân bỏng nhẹ, không có bỏng sâu, bỏng ở những vị trí ít ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng vận động...

Từ khóa: Cấp cứu đầu tiên, bệnh nhân bỏng, quân y đơn vị.

ABSTRACT

Burns are common accidents in daily life, work, training and combat. The military medical unit is the first medical force to approach and provide first aid for burn patients when an accident occurs. First aid for burn patients must follow these steps: remove the cause of burn; assess and ensure vital functions; cooling the burned area; temporarily cover the burn injury; keep the victim warm; providing fluid and electrolytes; and transport to a medical facility. At the military healthcare facility, burn patients must be received, assessed and treated promptly and appropriately, and burn shock must be detected and treated promptly before being transported to a specialized facility. The military medical unit only retains patients with minor burns, partial injury and that have little impact on aesthetics and function.

Keywords: Burn injury, first aid and initial treatment

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Như Lâm, Email: lnsk86@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/8/2024; mời phản biện khoa học: 8/2024; chấp nhận đăng: 16/8/2024.

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là tai nạn thường gặp trong sinh hoạt, lao động, huấn luyện và chiến đấu. Các loại hình tổn thương bỏng bao gồm bỏng da (là chủ yếu), bỏng đường hô hấp, bỏng đường tiêu hóa, bỏng mắt. Bỏng có thể kết hợp với các chấn thương hoặc nhiễm độc khác. Có 4 nhóm tác nhân gây bỏng thường gặp gồm sức nhiệt, hóa chất, điện năng và bức xạ. Bỏng hàng loạt được xác định khi có từ 3 nạn nhân trở lên trong cùng một vụ.

Tiên lượng bệnh nhân bỏng phụ thuộc nhiều yếu tố, như hoàn cảnh gây bỏng, tác nhân gây bỏng, vị trí bỏng, diện tích bỏng, độ sâu tổn thương bỏng, tuổi bệnh nhân, tình trạng sức khỏe bệnh nhân trước khi bị bỏng, quá trình cấp cứu, điều trị bệnh nhân bỏng...

Sơ cấp cứu và điều trị bước đầu bệnh nhân bỏng có ảnh hưởng rất lớn đến tiên lượng và kết quả điều trị bệnh nhân bỏng. Chúng tôi giới thiệu khái quát một số nội dung về sơ cấp cứu, điều trị

bước đầu bệnh nhân bỏng và điều trị bệnh nhân bỏng nhẹ tại quân y đơn vị để các đồng nghiệp cùng trao đổi, tham khảo.

2. SƠ CẤP CỨU BỆNH NHÂN BỎNG

Sơ cấp cứu (còn gọi là cấp cứu đầu tiên) bệnh nhân bỏng phải được thực hiện tại hiện trường ngay sau khi nạn nhân bị bỏng. Mục đích nhằm nhanh chóng loại bỏ tác nhân gây bỏng ra khỏi cơ thể; hỗ trợ khẩn cấp các chức năng sống; hạn chế mức độ ô nhiễm tổn thương bỏng.

Công tác cấp cứu phải bảo đảm an toàn cho cả bệnh nhân và người thực hiện cấp cứu. Các bước sơ cấp cứu đầu tiên bao gồm:

- Bước 1: Loại bỏ tác nhân gây bỏng.

Nhanh chóng tách nạn nhân ra khỏi các tác nhân gây bỏng, như: dập lửa trên người nạn nhân (với bỏng lửa), tách nạn nhân ra khỏi nguồn điện (nếu bỏng điện), cởi bỏ quần áo dính hóa chất gây bỏng (với bỏng hóa chất).

Cần lưu ý: không để người tham gia cấp cứu tiếp xúc trực tiếp với tác nhân gây bỏng và trở thành nạn nhân, đặc biệt với các tác nhân bỏng do dòng điện, do hóa chất...

- Bước 2: Đánh giá và bảo đảm các chức năng sống.

Tiến hành theo nguyên tắc về cấp cứu ban đầu (CABDE):

+ C (Circulation - kiểm soát tuần hoàn): kiểm tra mạch ngoại vi (cổ tay, nếp bẹn, cổ...). Nếu phát hiện ngừng tim, tiến hành ngay các biện pháp cấp cứu ngừng tuần hoàn. Chỉ vận chuyển khi nạn nhân đã thở và tim đập trở lại.

+ A (Airway - kiểm soát đường thở): bảo đảm lưu thông đường thở bằng cách lấy sạch đờm dãi, dị vật; nâng cằm, đẩy hàm, giữ đường thở lưu thông, thẳng trục, tránh tụt lưỡi.

+ B (Breathing - kiểm soát hô hấp): đưa nạn nhân ra khu vực thoáng khí, đánh giá tần số thở, sự gắng sức khi thở; nếu suy hô hấp, tím tái, ngừng thở, phải tiến hành ngay hô hấp nhân tạo.

+ D (Disability - chức năng thần kinh): cần đánh giá nhanh chức năng thần kinh nạn nhân ở các mức độ: tỉnh táo (nạn nhân tỉnh, giao tiếp bình thường); đáp ứng bằng lời khi hỏi (nạn nhân chỉ trả lời và trả lời đúng khi hỏi); đáp ứng bằng kích thích đau (chỉ áp dụng khi nạn nhân không đáp ứng bằng lời nói khi hỏi); hôn mê (nạn nhân không đáp ứng bằng lời khi hỏi, không đáp ứng bằng kích thích đau).

+ E (Eposure - bộc lộ): bộc lộ kiểm tra tổn thương bỏng và các tổn thương kết hợp để xác định ưu tiên xử lý phù hợp, như tình trạng chảy máu, chấn thương sọ não, chấn thương cột sống, chấn thương ngực bụng...

- Bước 3: Làm lạnh vùng bỏng.

Nhanh chóng ngâm vùng bị bỏng vào nước mát càng sớm càng tốt (tốt nhất trong 30 phút từ khi bị bỏng). Sử dụng nước sạch, không dùng nước đá, thời gian ngâm rửa từ 15-30 phút. Với bỏng hóa chất, thời gian ngâm rửa có thể kéo dài đến 60 phút và tốt nhất là dùng biện pháp tưới rửa liên tục, đặc biệt khi có bỏng mắt. Với bệnh nhân bỏng điện cao thế, việc ngâm rửa nước mát ít có tác dụng.

- Bước 4: Che phủ tạm thời tổn thương bỏng.

Che phủ tạm thời tổn thương bỏng bằng các vật liệu mềm, sạch. Có thể sử dụng các khăn vải sạch, gạc y tế...

- Bước 5: Ủ ấm nạn nhân.

Sử dụng chăn, ga, vật dụng có tác dụng sưởi ấm nhằm dự phòng hạ thân nhiệt do mất nhiệt

sau bỏng và do hậu quả của ngâm rửa bằng nước trước đó. Đặc biệt lưu ý ủ ấm phù hợp với nạn nhân là trẻ nhỏ, người già, trong thời tiết mùa đông và trên đường vận chuyển.

- Bước 6: Bù nước, điện giải.

Cho nạn nhân uống các dung dịch điện giải như oresol (chú ý pha đúng theo hướng dẫn), nước hoa quả, cháo loãng; cho trẻ bú mẹ theo nhu cầu. Lưu ý tạm dừng cho uống khi nạn nhân có triệu chứng chướng bụng, nôn.

- Bước 7: Vận chuyển về cơ sở y tế.

Nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến trạm xá đơn vị hoặc cơ sở y tế gần nhất. Trong suốt quá trình vận chuyển, cần tiếp tục theo dõi, đánh giá các chức năng sống của bệnh nhân để kịp thời xử trí.

2. ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU BỆNH NHÂN BỎNG TẠI QUÂN Y ĐƠN VỊ

2.1. Tiếp nhận, đánh giá và xử trí bệnh nhân

Ngay khi tiếp nhận bệnh nhân bỏng, quân y đơn vị cần thực hiện các bước sau:

- Đánh giá sơ bộ toàn trạng; triển khai ngay các biện pháp cấp cứu nếu phát hiện có sốc bỏng hoặc rối loạn chức năng sống.

- Đánh giá nguy cơ bỏng hô hấp.

- Cố định cột sống cổ cho đến khi loại trừ chấn thương cột sống cổ.

- Xác định vị trí tổn thương bỏng.

- Chẩn đoán sơ bộ diện tích, độ sâu tổn thương bỏng và các tổn thương kết hợp.

- Khai thác tiền sử, bệnh kết hợp, dị ứng...

- Thực hiện ngay các biện pháp cấp cứu cần thiết, như cho thở oxy, thiết lập đường truyền dịch, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu... Cụ thể:

+ Cho bệnh nhân thở oxy ngay khi vào viện, đơn giản nhất là thở oxy đường mũi. Khi bệnh nhân có sốc nặng hoặc nghi ngờ nhiễm độc khí CO, cho bệnh nhân thở oxy nồng độ 100%, kết hợp hút đờm dãi, làm sạch đường thở. Khi bệnh nhân có suy hô hấp, cần đặt nội khí quản hoặc mở khí quản và thông khí nhân tạo.

+ Thiết lập đường truyền dịch, ưu tiên sử dụng trước các đường truyền ngoại vi, ở vùng da lành; sau đó mới sử dụng đường truyền trung tâm và ở vùng da bị bỏng.

+ Đặt sonde dạ dày nhằm bù dịch điện giải và nuôi dưỡng sớm đường ruột.

+ Đặt sonde tiểu để theo dõi số lượng và màu sắc nước tiểu.

2.2. Phát hiện và xử trí sốc bỏng

Sốc bỏng có thể dẫn đến suy chức năng tạng nhanh chóng, thậm chí tử vong. Vì vậy, bệnh nhân bỏng cần được đánh giá các yếu tố nguy cơ, phát hiện sớm các dấu hiệu lâm sàng và xử trí kịp thời.

- Đánh giá yếu tố nguy cơ: sốc bỏng có thể xảy ra ở các bệnh nhân trẻ em, người già có diện tích bỏng nông $\geq 10\%$ hoặc diện tích bỏng sâu $\geq 5\%$ (với trẻ dưới 5 tuổi, diện tích bỏng $\geq 5\%$ đã có thể gây sốc bỏng); ở người lớn có diện tích bỏng nông $\geq 20\%$ hoặc bỏng sâu $\geq 10\%$; ở phụ nữ đang mang thai; ở bệnh nhân bỏng vùng mặt, có/nghe ngờ bỏng hô hấp; ở bệnh nhân bỏng có kết hợp các chấn thương nặng (gãy xương, mất máu...) hoặc có bệnh mạn tính nặng (bệnh lí tim mạch, phổi, động kinh...). Một số tác nhân dễ dẫn đến sốc bỏng là bỏng do lửa, do vòi tối nóng, do điện cao thế; bỏng trong sản xuất công nghiệp, thảm họa bỏng (bệnh nhân sốc tâm lí). Sốc bỏng cũng có thể xảy ra khi bệnh nhân bỏng được sơ cấp cứu không đúng, xử trí can thiệp muộn...

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân sốc bỏng:

+ Tâm thần kinh: kích thích, vật vã, tiến triển dần thành thờ ơ, đáp ứng chậm, hôn mê...

+ Toàn thân: vã mồ hôi lạnh, thân nhiệt giảm, trẻ em thường có sốt cao co giật.

+ Tuần hoàn: mạch nhanh nhỏ, huyết áp giảm, da tím nổi vân đá.

+ Hô hấp: thở nhanh nông, suy hô hấp, nghe phổi có tiếng ran ẩm.

+ Tiêu hóa: rối loạn tiêu hóa, buồn nôn, nôn, ỉa chảy hoặc táo bón, chướng bụng, có thể có xuất huyết tiêu hóa.

+ Tiết niệu: nước tiểu vàng đậm, nâu đậm, đỏ, có mùi khét, mùi sừng cháy.

- Dự phòng và điều trị cấp cứu bệnh nhân sốc bỏng:

+ Hồi sức dịch thể: tiến hành càng sớm càng tốt. Đây là biện pháp điều trị quan trọng nhất để bù đắp khối lượng máu lưu hành, giữ huyết áp, chống thiếu niệu và vô niệu, giảm các rối loạn chuyển hóa, điện giải và cân bằng kiềm toan. Khi cần có thể duy trì 2-3 đường truyền cùng lúc. Lượng dịch truyền tính theo công thức Parkland, trong đó tổng lượng dịch truyền 24 giờ đầu sau bỏng gồm dung dịch ringer lactat 2-4 ml/kg cân nặng/% diện tích bỏng (một nửa lượng dịch truyền trong 8 giờ đầu sau bỏng,

nửa còn lại truyền trong 16 giờ tiếp theo); từ ngày thứ 2 trở đi, truyền thêm dung dịch glucose 5% để nuôi dưỡng và các loại dung dịch keo (hoặc huyết tương nếu có) để duy trì sự ổn định của huyết động và tránh tình trạng quá tải dịch.

Hồi sức dịch thể được coi là bảo đảm khi lượng nước tiểu đạt 0,5-1 ml/kg/giờ ở người lớn và 1-2 ml/kg/giờ ở trẻ em hoặc bệnh nhân bỏng điện cao thế. Nếu bài niệu nhiều hơn hoặc ít hơn so với chỉ tiêu trên thì nên điều chỉnh tốc độ dịch truyền giảm hoặc tăng 20% so với ban đầu.

+ Giảm đau, trấn tĩnh: quân y đơn vị có thể sử dụng các nhóm thuốc giảm đau, như nhóm giảm đau không gây nghiện (paracetamol 15 mg/kg, giãn cách liều 4-6 giờ), lưu ý tuân thủ liều và giãn cách liều; nhóm giảm đau gây nghiện (nên dùng liều nhỏ, nhắc lại và cần theo dõi hô hấp, nhất là trẻ em và người già; có thể phối hợp với thuốc kháng histamin để giảm liều, tăng hiệu quả). Không nên dùng đường dưới da hoặc bắp thịt do tình trạng co mạch lúc đầu gây kém hấp thu nhưng lại giãn mạch về sau gây nguy hiểm.

+ An thần, trấn tĩnh: có thể chỉ định seduxen 0,5-1 mg/kg hoặc midazolam (hypnovel). Thận trọng khi dùng aminazin ở tuyến trước do tác dụng phụ gây tụt huyết áp khi thay đổi tư thế, nhất là khi vận chuyển hoặc làm thủ thuật.

+ Kháng histamin: sử dụng nhóm thuốc kháng histamin trên thụ thể H1 thế hệ 1 hoặc 2, như phenergan, pypolphen, dimedrol liều dùng từ 1-2 mg/kg cân nặng, tiêm tĩnh mạch có tác dụng giảm lượng dịch truyền, thoát sốc nhanh.

Không nên sử dụng phương pháp gây mê ở tuyến quân y đơn vị nếu không đủ điều kiện theo dõi và xử trí.

2.3. Các biện pháp điều trị hỗ trợ khác

Tại quân y đơn vị, có thể sử dụng các biện pháp điều trị hỗ trợ khác nhằm giúp bệnh nhân thoát sốc bỏng nhanh hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho tuyến sau điều trị có hiệu quả, giảm thiểu các biến chứng và di chứng về sau. Cụ thể:

- Điều chỉnh rối loạn điện giải, chống rối loạn toan kiềm: sử dụng dung dịch Natri bicarbonat 4,2%, pha mỗi 100ml vào 1 lít dung dịch ringer lactat để truyền cho bệnh nhân trong quá trình điều trị sốc bỏng.

- Dự phòng loét do stress: dùng các thuốc ức chế H2 như cimetidin, famotidin hoặc thuốc ức chế bơm proton như nexium, losec.

- Nuôi dưỡng sớm đường ruột: cho bệnh nhân ăn qua sonde sớm bằng sữa công thức hoặc soup, cháo xay...

- Ủ ấm bệnh nhân.

2.4. Xử lý tổn thương bỏng

Xử lý tổn thương bỏng chỉ được tiến hành khi bệnh nhân đã ổn định về hô hấp, huyết động với điều kiện giảm đau, theo dõi và cấp cứu tốt.

Thường tiến hành đánh giá nhanh tổn thương bỏng, rạch hoại tử giải phóng chèn ép (trong bỏng điện cao thế), làm sạch và băng vết thương bỏng.

2.5. Vận chuyển về tuyến chuyên khoa

Hầu hết các bệnh nhân bỏng ở quân y đơn vị đều được vận chuyển về tuyến chuyên khoa để điều trị. Quân y đơn vị chỉ nên giữ điều trị những bệnh nhân bỏng nông, diện tích hẹp và ít có nguy cơ để lại những di chứng về chức năng và thẩm mỹ.

Đối với các bệnh nhân sốc bỏng, chỉ nên vận chuyển khi đã có thể kiểm soát được tình trạng hô hấp và huyết động.

Cần theo dõi sát các chức năng sống của bệnh nhân trên đường vận chuyển. Liên hệ chặt chẽ với tuyến chuyển đến để có tư vấn kịp thời trước và trong quá trình vận chuyển, bàn giao đầy đủ hồ sơ bệnh nhân.

3. ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG NHẸ TẠI QUÂN Y ĐƠN VỊ

Quân y đơn vị chỉ giữ lại điều trị những bệnh nhân bỏng nhiệt (nhiệt ướt hoặc nhiệt khô) với diện tích bỏng nông (độ II đến độ III) dưới 5% diện tích cơ thể, không có bỏng sâu, bỏng ở những vị trí ít ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng vận động, bệnh nhân không có bệnh lý nền, tình trạng toàn thân ổn định.

Trong quá trình điều trị, nếu bệnh nhân có triệu chứng nhiễm khuẩn, tổn thương bỏng diễn biến không thuận lợi (như tiết dịch, xung huyết, chuyển độ sâu), cần phải chuyển bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa để điều trị.

- Điều trị toàn thân:

+ Thuốc kháng sinh: chỉ nên sử dụng kháng sinh đường uống, như kháng sinh nhóm betalactam đơn thuần hoặc có thể phối hợp với kháng sinh nhóm quinolon.

+ Giảm đau: đa số các bệnh nhân bỏng nhẹ không phải sử dụng thuốc giảm đau thường xuyên, chỉ sử dụng giảm đau khi thay băng. Tại quân y đơn vị, chỉ nên sử dụng nhóm giảm đau

không gây nghiện. Trong quá trình thay băng, nếu bệnh nhân đau nhiều thì có thể cân nhắc sử dụng morphin liều thấp.

+ Tăng cường dinh dưỡng: bảo đảm chế độ dinh dưỡng đủ calo, cung cấp năng lượng cho cơ thể tái tạo biểu mô. Cần đặc biệt quan tâm tăng thành phần protein trong khẩu phần ăn, bổ sung khoáng chất, vitamin.

- Điều trị tại chỗ tổn thương bỏng:

+ Thay băng: thực hiện thay băng hàng ngày hoặc cách ngày, cho đến khi các tổn thương khỏi hoàn toàn.

+ Sử dụng các thuốc điều trị tại chỗ thuộc nhóm kháng khuẩn, như Sulfadiazin bạc, dung dịch Berberin 0,1%.

+ Sau thay băng, cần tiếp tục theo dõi tình trạng toàn thân, tại chỗ để phát hiện và kịp thời xử trí các bất thường, như chảy máu, sốt cao, phản ứng, dị ứng...

4. KẾT LUẬN

Quân y đơn vị là lực lượng y tế đầu tiên tiếp cận, sơ cấp cứu bệnh nhân bỏng khi tai nạn xảy ra trong sinh hoạt, huấn luyện, chiến đấu... Sơ cấp cứu và điều trị bước đầu đúng sẽ làm giảm nhẹ tổn thương và các tai biến, biến chứng bệnh, tạo điều kiện thuận lợi cho tuyến chuyên khoa điều trị, góp phần giảm nhẹ di chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sau điều trị bỏng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Học viện Quân y (2018), *Bỏng - Giáo trình dành cho đào tạo trình độ đại học*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân.
2. ISBI Practice Guidelines Committee (2016), *ISBI Practice Guidelines for Burn Care*, Burns; 42(5): 953-1021.
3. Cartotto R, Johnson L.S, Savetamal A, et al, (2024), "American Burn Association Clinical Practice Guidelines on Burn Shock Resuscitation", *J Burn Care Res*; 45(3): 565-589.
4. Mc Caughey P, McAllister S (2016), *Initial assessment and management of Burns*, BMJ; 352: h5583.
5. Sheridan L.D (2024), *Initial Evaluation and Management of the Burn Patient*. Medscape. <https://emedicine.medscape.com/article/435402-overview?form=fpf>. Accessed 15/8/2024. □