

BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG



QUY TRÌNH SÀNG LỌC TRẺ BỆNH NẶNG

Mã số: QT.02.NHI

Ngày ban hành: 25 / 6 /2014

Lần ban hành: 01

	Người viết	Người kiểm tra	Người phê duyệt
Họ và tên	Nguyễn Thành Lê	Đặng Thị Thúy	Bùi Vũ Huy
Ký			
Chức danh	Nhân viên khoa Nhi	Phó trưởng khoa Nhi	Trưởng khoa Nhi

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy định này.
2. Mỗi đơn vị được phát 01 bản (có đóng dấu kiểm soát). Các đơn vị khi có nhu cầu bổ sung thêm tài liệu đề nghị liên hệ với thư ký ISO để có bản đóng dấu kiểm soát. Cán bộ công chức được cung cấp file mềm trên mạng nội bộ để chia sẻ thông tin khi cần.

NOI NHẬN:

STT	Nơi nhận	STT	Nơi nhận	STT	Nơi nhận
	Ban giám đốc		TTĐT – NCKH		Phòng Kế hoạch tổng hợp

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (Tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

1. MỤC ĐÍCH:

- Đánh giá nhanh, tránh bỏ sót bệnh nhân nặng.
- Thống nhất các bước sàng lọc bệnh nhi nhập khoa

2. PHẠM VI ÁP DỤNG:

Áp dụng cho toàn bộ nhân viên khoa Nhi trong hoạt động nhận biết, đánh giá ban đầu bệnh nhân nhi vào điều trị tại khoa Nhi.

3. TÀI LIỆU VIỆN DẪN

Hướng dẫn điều trị - Tập III Xử trí cấp cứu Nhi khoa

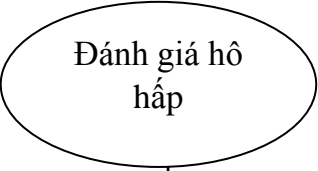
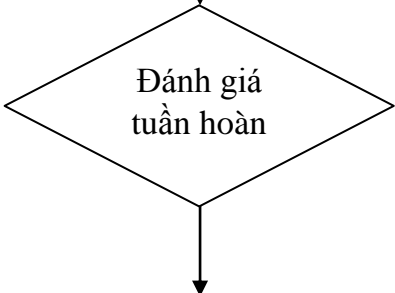
4. TÊN VIẾT TẮT

TTĐT – NCKH: Trung tâm đào tạo và nghiên cứu khoa học

KHTH: kế hoạch tổng hợp

5. NỘI DUNG

5.1 Sơ đồ

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả/ Tài liệu liên quan
Bác sĩ, điều dưỡng chăm sóc		<ul style="list-style-type: none"> - Nhận biết nguy cơ suy hô hấp - Hiệu quả của hô hấp - Hậu quả của hô hấp lên cơ quan khác - Mục 5.2.1 (các dấu hiệu đánh giá, suy hô hấp nếu...)
Bác sĩ, điều dưỡng chăm sóc		<ul style="list-style-type: none"> - Nhận biết nguy cơ suy tuần hoàn. - Hậu quả của suy tuần hoàn lên cơ quan khác. - Đánh giá dấu hiệu suy tim. - Mục 5.2.2

<p>Bác sĩ, điều dưỡng chăm sóc</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Chức năng của thần kinh - Hậu quả tổn thương thần kinh lên cơ quan khác - Mục 5.2.3
<p>Bác sĩ, điều dưỡng chăm sóc</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Nhiệt độ. 2. Phát ban <p>Mục 5.2.4</p>
<p>Bác sĩ, điều dưỡng chăm sóc</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Tờ điều trị - Phiếu chăm sóc - Phiếu theo dõi

5.2 Mô tả quá trình đánh giá trẻ bệnh nặng.

5.2.1 Đánh giá về đường thở và thở

5.2.1.1 Nhận biết trẻ có nguy cơ suy hô hấp: cần đánh giá mức độ thở gắng sức bằng những chỉ số, triệu chứng quan trọng sau:

a. Tần số thở

Tần số thở bình thường của trẻ theo tuổi:

Tuổi	Nhịp thở
<1	30-40
1-2	25-35

2-5	25-30
5-12	20-25
>12	15-20

Khi có biểu hiện rối loạn nhịp thở, thở nhanh để tăng thông khí do bệnh của phổi hoặc có cản trở đường thở, hoặc toan máu. Nhịp thở chậm thể hiện suy yếu sau gắng sức, tăng áp lực nội sọ hoặc giai đoạn gần cuối.

b. Rút lõm lồng ngực

Co rút cơ liên sườn, hạ sườn và các hõm ức đều thể hiện thở gắng sức. Có thể dễ gặp những dấu hiệu này ở trẻ nhỏ hơn vị thành ngực của chúng mềm hơn. Nếu những dấu hiệu này có ở trẻ lớn thì chứng tỏ có suy hô hấp nghiêm trọng. Mức độ rút lõm thể hiện mức độ khó thở. Khi trẻ đã thở gắng sức lâu và suy yếu đi, thì dấu hiệu rút lõm lồng ngực cũng mất đi.

c. Tiếng thở bất thường

- Thở rít thì hít vào: dấu hiệu tắc nghẽn vùng hầu họng, thanh quản. Nếu nặng có thể gặp cả ở thì thở ra
- Thở rên: tiếng thở phát ra do luồng không khí thở ra đối lập với nắp thanh môn đóng lại. Đây là dấu hiệu rất nặng của đường thở và đặc trưng ở trẻ nhỏ bị viêm phổi hoặc phù phổi cấp, tăng áp lực nội sọ, chướng bụng, viêm phúc mạc...
- Thở khò khè: khi tắc nghẽn đường hô hấp dưới, thường nghe thấy ở thì thở ra.
- Sử dụng cơ hô hấp phụ: cơ ức đòn chũm: là đầu gật gù theo nhịp thở
- Phập phồng cánh mũi: hay gặp ở trẻ nhỏ có suy thở
- Thở ngáp: gặp khi thiếu oxy nặng, giai đoạn cuối

5.2.1.2 Hiệu quả của hô hấp:

- Quan sát di động của lồng ngực, thành bụng
- Nghe thông khí 2 phổi, nghe tiếng bất thường
- Đo SpO₂

3.2.1.3 Hậu quả của suy hô hấp lên cơ quan khác

- **Nhịp tim:** Thiếu oxy dẫn đến nhịp tim nhanh. Thiếu oxy máu nặng và kéo dài sẽ làm nhịp tim chậm. Đây là dấu hiệu nặng, giai đoạn cuối.

- **Màu sắc da:** thiếu oxy máu gây co mạch và da nhợt. Tím là dấu hiệu muộn và là dấu hiệu nặng giai đoạn cuối của thiếu oxy máu. Khi thấy được dấu hiệu tím trung tâm là lúc bệnh nhân sắp ngừng thở.

- **Tri giác:** trẻ thiếu oxy sẽ kích thích vật vã hoặc li bì hoặc hôn mê.

* Đánh giá lại thường xuyên để phát hiện xu hướng diễn tiến của bệnh nhân.

5.2.2 Đánh giá ban đầu tình trạng tuần hoàn

5.2.2.1 Phát hiện nguy cơ suy tuần hoàn

a. Tình trạng tim mạch

- Nhịp tim

Nhịp tim bình thường theo tuổi

Tuổi (năm)	Tần số tim/phút
Sơ sinh	140 – 160
< 1	110 – 160
1 - 2	100 – 150
2 - 5	95 – 140
5 - 12	80 – 120
> 12	60 - 100

Nhịp tim nhanh có thể có trong giai đoạn đầu của sốc

Nhịp chậm bất thường hoặc giảm nhịp tim nhanh chóng cùng với biểu hiện suy giảm cấp máu là dấu hiệu nặng ở giai đoạn cuối

- **Độ nảy của mạch:** có thể gặp trong sốc nặng, tăng thể tích tuần hoàn, cầu nối động – tĩnh mạch trung tâm (còn ống động mạch), tăng CO₂ máu. Cần so sánh độ nảy của mạch trung ương và ngoại biên

- **Refill (thời gian đổ đầy mao mạch):** bình thường 2-3 giây.

Nếu kéo dài thể hiện giảm cấp máu ngoại biên. Là dấu hiệu tốt phát hiện sớm sốc nhiễm khuẩn, khi trẻ còn tỉnh táo, chi ấm.

- Huyết áp động mạch

Huyết áp tâm thu được ước tính bằng công thức

$$HA_{TTh} = 80 + 2n$$

n: số tuổi

HA_{TTh} : huyết áp tâm thu

Hạ HA là dấu hiệu muộn của giai đoạn cuối suy tuần hoàn, sắp có nguy cơ ngừng tim.

Tăng HA có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của hôn mê và tăng áp lực nội sọ.

5.2.2.2 Hậu quả suy tuần hoàn lên cơ quan khác

- Hệ hô hấp: nhịp thở nhanh, sâu nhưng không có co kéo lồng ngực
- Da: ẩm, lạnh, nhợt nhạt, vân tím, xanh tái
- Tinh thần: kích thích, vật vã hoặc li bì, hôn mê
- Tiết niệu: dấu hiệu giảm tưới máu thận,
- Lượng nước tiểu ít: <1ml/kg/giờ (trẻ >1 tuổi)
<2 ml/kg/giờ (trẻ bú mẹ)

5.2.2.3 Suy tim

Những dấu hiệu sau gợi ý suy hô hấp do nguyên nhân tim mạch

- Xanh tím, không đáp ứng với oxy
- Nhịp tim nhanh không tương xứng với mức độ khó thở
- Tĩnh mạch cổ nổi
- Tiếng thổi tâm thu / Nhịp ngựa phi
- Gan to
- Mạch bẹn yếu hoặc không bắt được

5.2.3 Đánh giá ban đầu tổn thương thần kinh**5.2.3.1 Nhận biết nguy cơ tổn thương thần kinh trung ương****Chức năng thần kinh**

- **Mức độ tri giác:** đánh giá theo thang điểm AVPU

A: tỉnh táo (**A**lert)

V: Đáp ứng với lời nói (**V**oice)

P: Đáp ứng với đau (**P**ain)

U: không đáp ứng (**U**nresponsive)

- **Tư thế:** đánh giá tư thế đặc biệt của trẻ: bớc vò (tay co, cân duỗi), mắt nảo (tay duỗi, chân duỗi)

- **Đồng tử:** đánh giá kích thích và phản xạ của đồng tử với ánh sáng. So sánh cả 2 bên

5.2.3.2 Hậu quả tổn thương lên các cơ quan khác

- **Hô hấp:** có những kiểu thở bất thường: tăng thông khí, kiểu thở Cheyne – Stokes hoặc ngừng thở

- **Tuần hoàn:** tăng huyết áp, nhịp tim chậm nếu có tăng áp lực nội sọ, tụt kẹt hạnh nhân tiểu não

5.2.4 Đánh giá toàn thân

1. Nhiệt độ: sốt gợi ý trẻ bị nhiễm khuẩn, nhưng cũng có thể là hậu quả của co giật kéo dài.

2. Phát ban:

- Ban sẩn, mề đay liên quan đến dị ứng

- Ban xuất huyết hoại tử, chấm xuất huyết liên quan đến nhiễm khuẩn máu

- Vết bầm dập liên quan đến chấn thương do trẻ bị hành hạ.

6. HỒ SƠ LƯU

TT	Tên hồ sơ lưu	Nơi lưu	Thời gian lưu
1.	Hồ sơ bệnh án	Phòng KHTH	10 năm

7. PHỤ LỤC

- Tờ điều trị MS: 39/ BV - 01

- Phiếu chăm sóc MS: 09/ BV - 01

- Phiếu theo dõi MS: 10/ BV - 01