

# Phát hiện sớm, ngăn ngừa biến cố ngừng tuần hoàn tại Khu vực khám bệnh



**BẢN TIN AN TOÀN NGƯỜI BỆNH**  
**SỐ 2. 2025**



Bảng kiểm nhận diện người bệnh nguy cơ cao

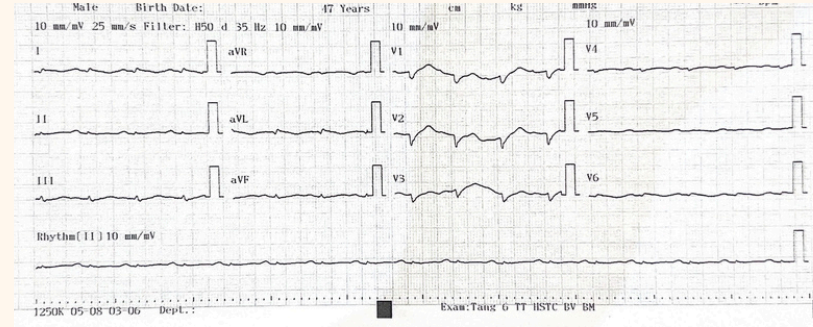
Phòng Quản lý chất lượng và an toàn người bệnh  
Trung tâm Quản lý chất lượng khám, chữa bệnh

Tài liệu ban hành nội bộ. Nghiêm cấm sao chép và phát tán dưới mọi hình thức



# MÔ TẢ TRƯỜNG HỢP

- Người bệnh thường xuyên đau đầu vùng chẩm có lúc lan lên đỉnh đầu, không buồn nôn, không nôn, không sốt, đã chụp cộng hưởng từ não vào tháng 9/2025 kết quả bình thường, điều trị đỡ, chưa khám lại theo hẹn.
- 9h ngày 10/11 người bệnh đi khám lại tại đơn vị A, đã được chụp Xquang, điện não, siêu âm Doppler mạch cảnh không phát hiện bất thường
- Khoảng 13h30 ngày 10/11, nhân viên y tế phát hiện người bệnh nằm sấp trên ghế, tím tái, hôn mê, gọi hỏi không trả lời, mạch cảnh mạch bẹn không bắt được, tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- 14h00 cùng ngày chuyển cấp cứu, tiếp tục cấp cứu ngừng tuần hoàn, siêu âm tim tại giường: Tim không co bóp, không tràn dịch màng ngoài tim, thất phải không giãn, phổi nhiều Bline, không tràn dịch màng phổi
- 14h30 vào xong ECMO, quá trình can thiệp người bệnh không có mạch trở lại, tiếp tục cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- 17h chuyển Hồi sức tích cực. Khám toàn thân:
  - + Da niêm mạc nhợt, phù nhẹ toàn thân, không xuất huyết dưới da, tuyến giáp không to, hạch ngoại vi không sờ thấy
  - + Thần kinh: Người bệnh hôn mê, Glasgow; 3 điểm, đồng tử 2 bên 5 mm, PXAS âm tính
  - + Tuần hoàn: Mạch rời rạc, MAP 40 mmHg (duy trì Adrenalin), ECMO-VA VQ 2500, CO 1.6, CI 0.9, Gasflow 2l/ph.
  - + Hô hấp: Phổi giảm thông khí 2 bên, đờm lẫn máu nhiều qua ống nội khí quản, rale ẩm 2 bên.



## KẾT QUẢ

Kỹ thuật: Siêu âm doppler hệ thống động mạch cảnh và đốt sống đoạn ngoài sọ

	Bên trái			Bên Phải		
	Vs	Vd	RI	Vs	Vd	RI
<b>ĐM cảnh trong</b>	109	44	0,60	93	39	0,58
<b>ĐM Đốt sống</b>	54	20	0,62	48	16	0,66

Nhịp tim không đều trong lúc làm siêu âm.

### Bên phải:

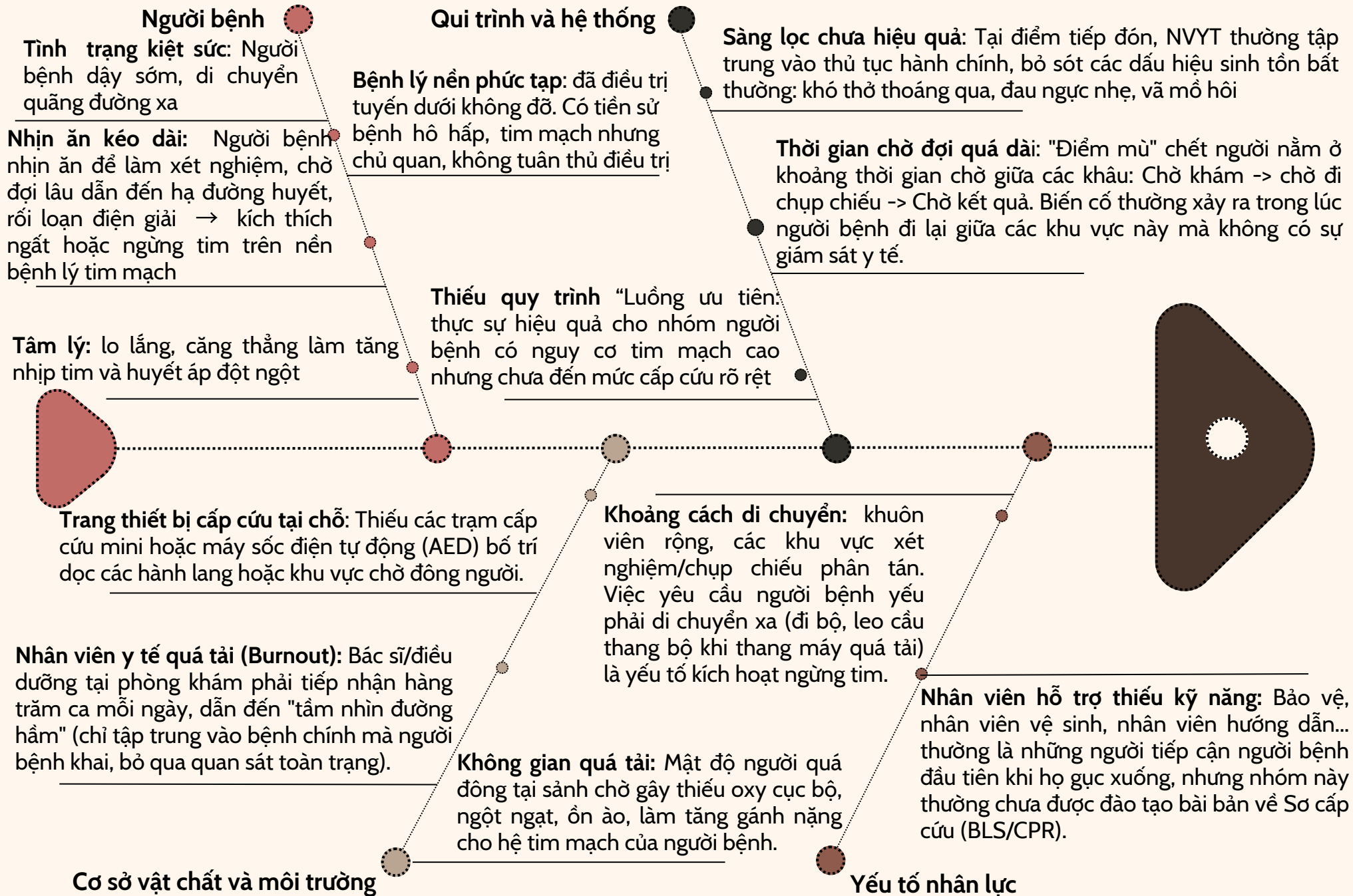
- DM cảnh chung, DM cảnh trong, DM đốt sống: khẩu kính bình thường, thành đều, không thấy xơ vữa thành mạch. Tốc độ dòng chảy và phổ doppler trong giới hạn bình thường
- TM cảnh trong: ấn xẹp hoàn toàn, không có huyết khối.

### Bên trái:

- DM cảnh chung, DM cảnh trong, DM đốt sống: khẩu kính bình thường, thành đều, không thấy xơ vữa thành mạch. Tốc độ dòng chảy và phổ doppler trong giới hạn bình thường
- TM cảnh trong: ấn xẹp hoàn toàn, không có huyết khối.

**KẾT LUẬN:** Hình ảnh siêu âm Doppler động mạch cảnh - đốt sống đoạn ngoài sọ không thấy bất thường

# NGUYÊN NHÂN GỐC RỄ



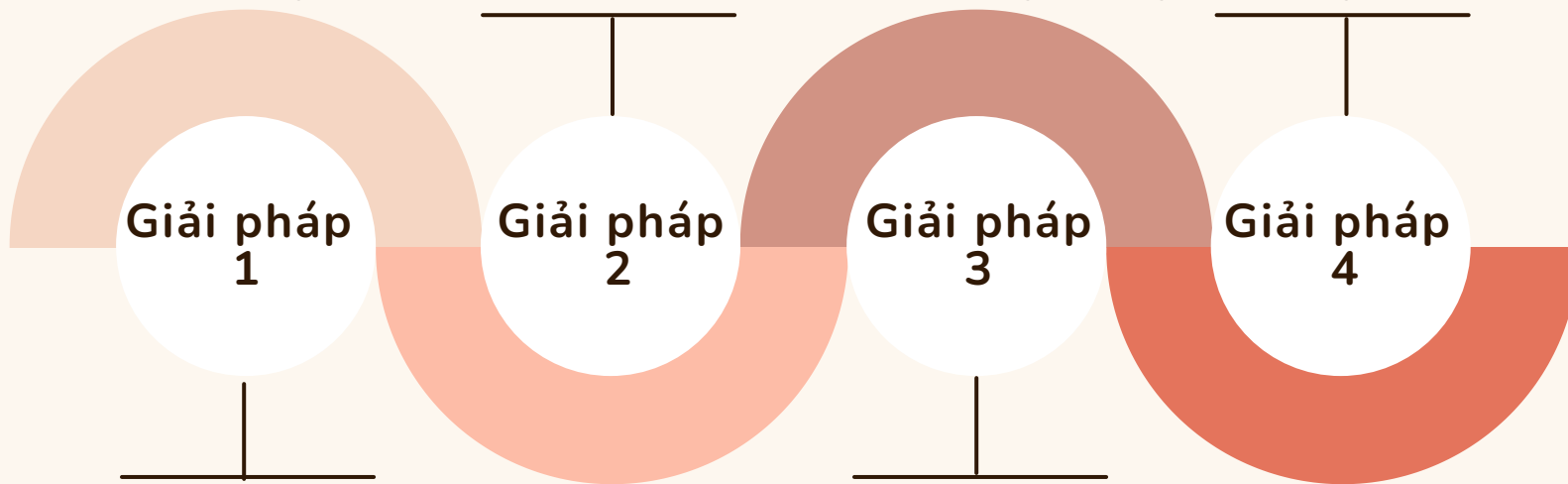
# GIẢI PHÁP NGĂN NGỪA VÀ CẢI TIẾN CHẤT LƯỢNG

## Cải tiến Quy trình Sàng lọc (Re-Triage)

- Tăng cường sàng lọc 2 lớp: Lớp 1 (Cửa vào): Đo huyết áp/SpO2 nhanh cho các đối tượng >60 tuổi hoặc có tiền sử bệnh nền, bất kể họ đến khám vì lý do gì. Lớp 2 (Tại phòng chờ): Điều dưỡng/CSKH đi tuần (rounding) để quan sát sắc mặt người bệnh đang chờ.
- Sử dụng thang điểm cảnh báo sớm (EWS - Early Warning Score) sửa đổi: Áp dụng cho ngoại trú. Ví dụ: Nếu người bệnh kêu đau ngực + vã mồ hôi --> Kích hoạt quy trình ưu tiên ngay lập tức (bỏ qua xếp hàng lấy số).

## Tối ưu hóa môi trường và Giảm tải vận động

- Hỗ trợ di chuyển: Tăng cường xe lăn và nhân viên đẩy xe cho người cao tuổi/yếu ngay từ cổng. Tuyệt đối không để người bệnh có dấu hiệu đau ngực tự đi bộ đi làm xét nghiệm.
- Xét nghiệm tại chỗ (Point-of-Care Testing): Với các khu vực khám bệnh, nên trang bị máy xét nghiệm nhanh (Troponin T/I, đường máu, điện tim) ngay tại phòng khám để sàng lọc nguy cơ tim mạch trước khi cho người bệnh đi các khu vực khác.
- Khu vực chờ tiện nghi: Đảm bảo thông gió, nước uống và đồ ăn nhẹ (sữa/bánh) phòng hạ đường huyết cho người bệnh chờ lâu.



## Thiết lập hệ thống "Code Blue" (Báo động đỏ)

- Tiếp tục triển khai các đội Phản ứng nhanh (RRT): Thành lập đội cấp cứu lưu động túc trực ngay tại tòa nhà, không phải đợi gọi từ khoa Cấp cứu sang.
- Quy trình kích hoạt: Bất kỳ ai (kể cả bảo vệ) khi thấy người bệnh gục xuống đều có thể bấm nút báo động hoặc gọi một số hotline nội bộ ưu tiên (ví dụ: 911) để đội RRT có mặt trong vòng 3 phút.
- Trang bị AED: Lắp đặt máy khử rung tim tự động (AED) công khai tại các sảnh chờ lớn, có biển báo rõ ràng.

## Đào tạo và Nâng cao năng lực

- Đào tạo đại trà (Mass Training): Duy trì tập huấn kỹ năng Hồi sinh tim phổi cơ bản (BLS) cho 100% nhân viên bao gồm: Bảo vệ, Thu ngân, Hộ lý, Nhân viên vệ sinh. Họ là "mắt thần" của bệnh viện.
- Diễn tập tình huống (Mock Code): Định kỳ hàng tháng diễn tập tình huống ngừng tuần hoàn bất ngờ tại sảnh chờ để đo lường thời gian phản ứng của đội ngũ.

