TIẾP CẬN ABCDE TRONG NHẬN DIỆN VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH KHÔNG ỔN ĐỊNH TẠI KHOA CẤP CỨU

Lê Quang Trí

Trung tâm Cấp cứu A9,
Bệnh viện Bạch Mai

Tác giả chịu trách nhiệm
Lê Quang Trí
Trung tâm Cấp cứu A9,
Bệnh viện Bạch Mai
Email: lequangtri1980@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/08/2026
Ngày phản biện: 30/09/2026
Ngày đồng ý đăng: 19/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0105

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trình bày có cấu trúc các bước đánh giá và xử trí ban đầu theo ABCDE ở người bệnh trưởng thành không ổn định hoặc đang diễn biến xấu tại khoa Cấp cứu.

Phương pháp: Tổng quan tường thuật có định hướng, kết hợp các tài liệu nền với rà soát bổ sung nguồn hướng dẫn chính thống và công bố liên quan đến ABCDE, hồi sinh tim phổi, oxy liệu pháp, nhận diện diễn biến xấu, đánh giá thần kinh và bàn giao.

Kết quả: ABCDE tạo khung ưu tiên đánh giá đường thở, hô hấp, tuần hoàn, thần kinh và bộc lộ toàn thân; bất thường đe dọa tính mạng được xử trí ngay khi phát hiện, kết hợp gọi hỗ trợ sớm và tái đánh giá. Phương pháp có vai trò bổ trợ cho phân loại cấp cứu và hệ thống cảnh báo sớm, không phải công cụ dự báo độc lập.

Kết luận: ABCDE có thể hỗ trợ chuẩn hóa đánh giá và xử trí ban đầu người bệnh không ổn định. Việc áp dụng cần phù hợp năng lực, phạm vi hành nghề và phác đồ của cơ sở. Tổng quan này không đánh giá có hệ thống chất lượng bằng chứng hoặc định lượng hiệu quả lâm sàng của ABCDE.

Từ khóa: *ABCDE; người bệnh nặng; diễn biến lâm sàng xấu; cấp cứu; đánh giá ban đầu*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh đến khoa Cấp cứu thường chưa có chẩn đoán xác định, trong khi rối loạn sinh lý có thể tiến triển nhanh và đe dọa tính mạng. Ở giai đoạn này, ưu tiên quan trọng không phải là hoàn tất ngay mọi thăm khám chuyên khoa mà là nhận ra bất thường nguy hiểm, can thiệp kịp thời và duy trì các chức năng sống. Tiếp cận ABCDE đáp ứng yêu cầu đó bằng cách sắp xếp đánh giá theo thứ tự: đường thở, hô hấp, tuần hoàn, thần kinh và bộc lộ toàn thân [1,2].

ABCDE được sử dụng ở hiện trường, khu tiếp nhận cấp cứu, buồng bệnh và đơn vị hồi sức để tổ chức đánh giá và can thiệp ban đầu [2–4]. Phân loại cấp cứu xác định mức ưu tiên tiếp nhận; hệ thống cảnh báo sớm như NEWS2 hỗ trợ theo dõi mức độ bất thường sinh lý và kích hoạt đáp ứng; ABCDE hướng dẫn hành động tại giường khi phát hiện bất ổn [5]. Các công cụ này bổ trợ lẫn nhau. Không chờ tính đủ điểm cảnh báo nếu có bất thường đe dọa tính mạng, và không để điểm thấp làm trì hoãn gọi hỗ trợ khi nhân viên y tế lo ngại tình trạng người bệnh.

Bài viết nhằm trình bày có cấu trúc các bước đánh giá và xử trí ban đầu theo ABCDE ở người bệnh trưởng thành không ổn định hoặc đang diễn biến xấu tại khoa Cấp cứu, hướng tới điều dưỡng và nhân viên y tế. ABCDE là khung hành động tại giường, không phải thang điểm dự báo nguy cơ độc lập.

2. PHƯƠNG PHÁP TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Bài viết là tổng quan tường thuật có định hướng thực hành, sử dụng các tài liệu nền về ABCDE [1–4] kết hợp với hướng dẫn chuyên môn liên quan. Tài liệu được tìm kiếm qua công cụ tìm kiếm web, ưu tiên các trang chính thức của Resuscitation Council UK, World Health Organization (WHO), British Thoracic Society, Royal College of Physicians, Glasgow Coma Scale, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Heart Association (AHA) và American College of Cardiology (ACC). Các từ khóa chính gồm "ABCDE approach", "adult basic life support", "oxygen guideline", "NEWS2 ACVPU", "Glasgow Coma Scale assessment", "SBAR" và "Surviving Sepsis Campaign". Các tài liệu được sử dụng có năm công bố hoặc cập nhật từ 2012 đến 2026, ưu tiên phiên bản hướng dẫn hiện hành.

Tài liệu được lựa chọn dựa trên mức độ liên quan trực tiếp đến đánh giá và xử trí ban đầu người bệnh trưởng thành, tính chính thống của nguồn và khả năng kiểm chứng nội dung. Các nguồn không xác định được xuất xứ, nội dung trùng lặp hoặc khuyến nghị chỉ dành cho trẻ em không được đưa vào tổng quan. Nội dung được tổng hợp theo nguyên tắc chung, từng bước A–B–C–D–E và tái đánh giá, ghi chép, bàn giao; các khuyến nghị chuyên biệt được trình bày trong bối cảnh áp dụng tương ứng. Bài viết không thực hiện tìm kiếm có hệ thống trên cơ sở dữ liệu thư mục, sàng lọc độc lập, đánh giá nguy cơ sai lệch hoặc phân tích gộp.

3. NỘI DUNG TỔNG QUAN

3.1. Nguyên tắc thực hiện

Trước khi tiếp xúc, nhân viên y tế cần xác nhận khu vực làm việc không có nguy cơ gây hại cho người bệnh, người hỗ trợ và chính mình. Tại hiện trường, các mối nguy có thể là giao thông, cháy, điện, hóa chất, công trình mất ổn định hoặc hành vi bạo lực. Trong cơ sở y tế, nguy cơ lây nhiễm vẫn phải được đánh giá để lựa chọn phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp. Vệ sinh tay được thực hiện trước và sau tiếp xúc, kết hợp xử lý dụng cụ theo quy định kiểm soát nhiễm khuẩn [2,3].

Khi tiếp cận, quan sát sắc da, tư thế, kiểu thở và khả năng tương tác. Khả năng trả lời trọn câu gợi ý đường thở đang thông, nhưng không loại trừ rối loạn hô hấp. Nếu người bệnh không đáp ứng, gọi hỗ trợ ngay và đánh giá hô hấp. Không đáp ứng kèm không thở hoặc thở bất thường, kể cả thở ngáp, phải được coi là nghi ngừng tuần hoàn: kích hoạt đội hồi sức, bắt đầu hồi sinh tim phổi và sử dụng máy khử rung sớm theo quy trình [6,7]. Nhân viên đã được đào tạo có thể đánh giá mạch theo quy trình chuyên môn; không để việc tìm mạch hoặc hoàn tất ABCDE làm chậm ép tim khi nghi ngừng tuần hoàn.

Ở người bệnh nguy kịch, nhiều thao tác nên được tiến hành song song nếu nhân lực cho phép: gắn thiết bị theo dõi SpO_2, điện tim và huyết áp; thiết lập đường truyền tĩnh mạch; lấy bệnh phẩm xét nghiệm; chuẩn bị oxy và phương tiện cấp cứu. Phân công rõ nhiệm vụ giúp rút ngắn thời gian nhưng người phụ trách vẫn phải duy trì trình tự ABCDE, thông báo phát hiện và đánh giá lại sau can thiệp [2,3].

3.2. Airway – Đường thở (A)

Mục tiêu ở bước A là xác định đường thở có thông hay không và nhận diện nguy cơ tắc nghẽn tiến triển. Tắc nghẽn hoàn toàn hoặc

một phần đều có thể nhanh chóng gây thiếu oxy, tổn thương cơ quan và ngừng tuần hoàn. Vì vậy, tiếng thở bất thường, thở rít (stridor) gợi ý tắc nghẽn đường thở trên, tiếng ngáy, thay đổi giọng, khó nuốt nước bọt, co kéo, giảm ý thức hoặc không có luồng khí qua miệng–mũi đều phải được coi là dấu hiệu cảnh báo [1,2].

Nếu người bệnh nói rõ và liên tục, có thể tạm coi đường thở còn thông nhưng vẫn cần theo dõi. Khi nghi tắc nghẽn, quan sát khoang miệng để phát hiện dị vật, dịch tiết, máu hoặc phù nề. Dị vật nhìn thấy và có thể lấy an toàn mới được loại bỏ; không móc mù. Dịch tiết được hút khi có chỉ định và phương tiện. Với người bệnh giảm ý thức không nghi chấn thương cột sống cổ, có thể mở đường thở bằng ngửa đầu–nâng cằm. Trường hợp có nguy cơ chấn thương, cần ưu tiên kỹ thuật phù hợp với kiểm soát cột sống cổ và gọi người có chuyên môn hỗ trợ [3,7].

Canuyn miệng hầu thường được cân nhắc ở người bệnh giảm ý thức sâu, không còn phản xạ hầu; không dùng ở người còn phản xạ hầu do nguy cơ nôn và hít sặc. Canuyn mũi hầu cần được cân nhắc chống chỉ định, đặc biệt khi nghi tổn thương nền sọ hoặc chấn thương vùng mặt. Chỉ nhân viên được đào tạo thực hiện theo quy trình của cơ sở [3]. Không duy trì được đường thở, phù nề tiến triển hoặc mất khả năng bảo vệ đường thở là chỉ định gọi hỗ trợ để kiểm soát đường thở nâng cao. Sau can thiệp, kiểm tra lại độ thông đường thở, di động lồng ngực và đáp ứng lâm sàng.

3.3. Breathing – Hô hấp (B)

Bước B đánh giá cả hiệu quả thông khí và tình trạng oxy hóa máu. Quan sát tần số, độ sâu, nhịp điệu thở, sự cân đối của lồng ngực và mức độ sử dụng cơ hô hấp phụ. Đồng thời ghi nhận vã mồ hôi, tím trung tâm, phập phồng cánh mũi, tư thế gắng sức và khả năng nói. Nhịp thở tăng dần hoặc trên 25 lần/phút là dấu hiệu cảnh báo theo hướng dẫn ABCDE [2], không phải tiêu chí chẩn đoán tuyệt đối; cần xem xét xu hướng, bệnh nền và các dấu hiệu đi kèm. Tuy nhiên, nhịp thở quá chậm hoặc thở nông cũng có thể phản ánh suy hô hấp nặng [2].

Khám lồng ngực cần phối hợp nhìn, sờ, gõ và nghe. Giảm hoặc mất rì rào phế nang một bên, gõ vang, gõ đục, đẩy lệch khí quản, tĩnh mạch cổ nổi hay tụt huyết áp có thể gợi ý bệnh lý đe dọa tính mạng như tràn khí màng phổi áp lực hoặc tràn máu màng phổi. SpO_2 phải được ghi nhận cùng tình trạng có hay không đang thở oxy; chỉ số bình thường khi đang hỗ trợ oxy không loại trừ giảm thông khí hoặc tăng CO_2 [2,3].

Người bệnh ngừng thở hoặc thở không hiệu quả cần hỗ trợ thông khí bằng bóng–mặt nạ bởi nhân viên y tế đã được đào tạo, đồng thời gọi hỗ trợ. Bảo đảm đường thở thông, mặt nạ kín và bóp bóng đủ để thấy lồng ngực nâng lên, tránh thông khí quá mức [3,6,7]. Liệu pháp oxy cải thiện oxy hóa máu nhưng không thay thế hỗ trợ thông khí khi người bệnh thông khí không hiệu quả. Theo BTS, mục tiêu SpO_2 thường là 94–98% ở người bệnh cấp tính không có nguy cơ suy hô hấp tăng CO_2; ở người có nguy cơ này, thường hướng tới 88–92% trong khi chờ khí máu, sau đó điều chỉnh theo đánh giá lâm sàng và phác đồ [8]. Không trì hoãn oxy và hồi sức cần thiết ở người nguy kịch. Giải áp màng phổi, dẫn lưu ngực và kiểm soát đường thở nâng cao phải do người có năng lực, thẩm quyền thực hiện.

3.4. Circulation – Tuần hoàn (C)

Ở bước C, trọng tâm là nhận biết giảm tưới máu và tìm nguyên nhân có thể đảo ngược. Đánh giá màu sắc và nhiệt độ đầu chi, thời gian làm đầy mao mạch, tần số và tính chất mạch, huyết áp, tri giác và lượng nước tiểu. Các dấu hiệu như đầu chi lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, thở nhanh, vã mồ hôi, thiểu niệu hoặc thay đổi ý thức gợi ý tưới máu mô không bảo đảm [2,3].

Thời gian làm đầy mao mạch (capillary refill time, CRT) được đánh giá bằng cách giữ đầu ngón tay ngang mức tim, ấn đủ lực làm vùng da nhợt màu trong khoảng 5 giây, sau đó thả tay và đo thời gian để màu da trở về như trước khi ấn. Theo hướng dẫn ABCDE của Hội đồng Hồi sức Vương quốc Anh, CRT bình thường thường dưới 2 giây [2]. CRT kéo dài gợi ý giảm tưới máu ngoại vi, nhưng cần diễn giải cùng các dấu hiệu lâm sàng, có xét đến tuổi, nhiệt độ môi trường và điều kiện ánh sáng.

Huyết áp cần được đánh giá đồng thời theo trị số hiện tại, xu hướng thay đổi và mức huyết áp nền, đặc biệt ở người có tiền sử tăng huyết áp. Huyết áp còn trong giới hạn bình thường không loại trừ sốc [2]. Trong đánh giá sốc tim, tụt huyết áp được xác định khi huyết áp tâm thu <90 mmHg, huyết áp trung bình <60–65 mmHg hoặc huyết áp tâm thu giảm >30 mmHg so với nền, kéo dài >30 phút; sốc tim vẫn có thể xảy ra khi huyết áp còn bình thường [9]. Nhận diện sốc phải kết hợp với các biểu hiện giảm tưới máu như thay đổi tri giác, đầu chi lạnh, CRT kéo dài và thiểu niệu; không chờ đủ thời gian trên mới đánh giá và xử trí người bệnh không ổn định.

Tìm dấu hiệu chảy máu ngoài và mất máu kín ở ngực, bụng, vùng chậu hoặc đường tiêu hóa; đồng thời xem xét sốc giảm thể tích, sốc phân bố, sốc tim và sốc tắc nghẽn [3]. Theo dõi liên tục thay đổi của mạch, huyết áp, tri giác, tưới máu ngoại vi và nước tiểu thay vì chỉ dựa vào một lần đo. Thiết lập đường truyền, lấy xét nghiệm và theo dõi điện tim sớm theo nhiệm vụ được phân công. Dịch truyền, chế phẩm máu và thuốc vận mạch phải có chỉ định dựa trên nguyên nhân sốc, bệnh nền, phác đồ và thẩm quyền chuyên môn; không áp dụng cùng một chiến lược cho mọi người bệnh. Hướng dẫn SSC 2026 nhấn mạnh tái đánh giá thường xuyên trong hồi sức dịch ở người bệnh nhiễm khuẩn huyết để tránh thiếu hoặc quá tải dịch [10]. Sau can thiệp, đánh giá lại huyết động và tình trạng hô hấp; nếu tưới máu không cải thiện hoặc xuất hiện khó thở, cần gọi bác sĩ đánh giá lại ngay.

3.5. Disability – Thần kinh (D)

Bước D nhằm phát hiện suy giảm ý thức và định hướng nguyên nhân có thể xử trí ngay. Trước hết kiểm tra lại A, B, C để tìm dấu hiệu thiếu oxy, thông khí không hiệu quả hoặc giảm tưới máu; đo đường huyết tại giường sớm [2,3]. Ở người bệnh cận ngừng tuần hoàn, ưu tiên mẫu máu tĩnh mạch hoặc động mạch vì kết quả từ máu mao mạch có thể không tin cậy [2]. ACVPU dùng để đánh giá nhanh mức độ ý thức và lú lẫn mới xuất hiện, phù hợp theo dõi diễn biến và ghi nhận trong NEWS2 [5]. Khi cần mô tả chi tiết, có chấn thương đầu hoặc ý thức thay đổi, sử dụng thang điểm hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale, GCS), ghi riêng đáp ứng mở mắt, lời nói và vận động [11]. Ghi nhận các yếu tố gây nhiễu như sử dụng thuốc an thần, đặt nội khí quản hoặc rào cản ngôn ngữ; không diễn giải máy móc tổng điểm khi một thành phần không đánh giá được.

Bảng 1. Mức đáp ứng theo ACVPU [5]

Ký hiệu	Mức đáp ứng
A – Alert	Tỉnh táo, tương tác phù hợp.
C – Confusion	Lú lẫn mới xuất hiện hoặc sảng.
V – Voice	Chỉ đáp ứng khi gọi hoặc kích thích bằng lời.
P – Pain	Chỉ đáp ứng với kích thích đau.
U – Unresponsive	Không đáp ứng với lời gọi hoặc kích thích đau.

Lú lẫn mới xuất hiện, đặc biệt ở người cao tuổi, có thể là biểu hiện sớm của bệnh cấp tính nặng và không nên quy đơn thuần cho tuổi tác. Đường huyết thấp hoặc quá cao cần được xử trí theo quy trình của bệnh viện. Đồng tử không đều, phản xạ ánh sáng bất thường, dấu hiệu thần kinh khu trú, co giật hoặc ý thức giảm nhanh là các lý do phải báo bác sĩ và huy động hỗ trợ chuyên khoa khẩn cấp. Không quy giảm ý thức cho nguyên nhân thần kinh trước khi đánh giá các bất thường A, B, C và glucose; đánh giá các nguyên nhân này không được làm chậm xử trí đồng thời tình trạng thần kinh cấp tính [2,3].

Bảng 2. Các nội dung đánh giá nhanh ở bước D [2,11]

Thành phần	Nội dung đánh giá nhanh
Glucose – Đường huyết	Đo đường huyết và xử trí bất thường theo phác đồ.
ACVPU/GCS	Đánh giá tri giác; dùng GCS khi cần đánh giá chi tiết.
Đồng tử	So sánh kích thước, tính đối xứng và phản xạ ánh sáng của đồng tử.

3.6. Exposure – Bộc lộ và đánh giá toàn thân (E)

Bộc lộ đủ để khám toàn thân giúp phát hiện tổn thương bị che khuất, nhưng phải bảo đảm riêng tư và hạn chế mất nhiệt. Đo nhiệt độ, quan sát da và niêm mạc, tìm phát ban, chảy máu, vết cắn, dấu nhiễm trùng, biến dạng chi hoặc dấu gợi ý huyết khối tĩnh mạch sâu. Khám mặt sau cơ thể khi tình trạng cho phép, đồng thời che phủ lại ngay sau khi hoàn tất từng vùng [2,3].

Khai thác bệnh sử ngắn gọn theo SAMPLE giúp bổ sung thông tin trong khi tiếp tục ổn định người bệnh [3]. Dữ liệu có thể được lấy từ người bệnh, thân nhân, hồ sơ hoặc nhân viên chuyển đến. Cần xem lại thuốc đang sử dụng, kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh, diễn biến dấu hiệu sinh tồn và mức chăm sóc dự kiến.

Bảng 3. Khai thác bệnh sử theo SAMPLE [3]

Yếu tố	Thông tin cần thu thập
S – Signs and symptoms	Biểu hiện hiện tại và diễn biến triệu chứng.
A – Allergies	Tiền sử dị ứng và phản ứng đã gặp.
M – Medications	Thuốc đang dùng, thuốc mới dùng và thay đổi liều.
P – Past medical history	Bệnh nền, phẫu thuật hoặc sự kiện y khoa liên quan.
L – Last oral intake	Thời điểm ăn hoặc uống gần nhất.
E – Events	Sự kiện xảy ra trước khi bệnh hoặc chấn thương xuất hiện.

3.7. Tái đánh giá, ghi chép và bàn giao

ABCDE là một chu trình, không phải bảng kiểm thực hiện một lần. Sau mỗi can thiệp, kiểm tra trước tiên bước vừa xử trí, sau đó quay lại từ bước đầu để xác nhận tình trạng đã cải thiện hay chưa. Nếu người bệnh xấu đi bất kỳ lúc nào, bắt đầu lại từ A và gọi hỗ trợ khẩn cấp. Dấu hiệu sinh tồn, phát hiện lâm sàng, thời điểm can thiệp và đáp ứng cần được ghi chép rõ ràng, tránh để công việc hành chính làm chậm xử trí cấp cứu [2,3].

Bàn giao có thể sử dụng SBAR: Situation – tình huống hiện tại; Background – thông tin nền; Assessment – đánh giá; Recommendation/ Request – đề xuất hoặc yêu cầu [12]. Nêu rõ người bệnh, bất thường ABCDE, xu hướng dấu hiệu sinh tồn, thời điểm và đáp ứng can thiệp, vấn đề chưa giải quyết, mức hỗ trợ cần thiết và thời điểm cần đánh giá. Người nhận xác nhận thông tin và nhiệm vụ tiếp theo.

Bảng 4. Dấu hiệu cảnh báo, hành động ban đầu và gọi hỗ trợ

Bước	Dấu hiệu cảnh báo	Hành động ban đầu	Gọi hỗ trợ khẩn cấp khi
A	Thở rít, ngáy, dịch tiết; giảm hoặc mất luồng khí	Khai thông đường thở, hút dịch khi có chỉ định; chuẩn bị dụng cụ phù hợp	Không bảo đảm được đường thở hoặc tắc nghẽn đường thở tiến triển.
B	Thở không hiệu quả, gắng sức; SpO_2 giảm hoặc nhu cầu oxy tăng	Liệu pháp oxy theo mục tiêu; bóng–mặt nạ nếu cần và nhân viên y tế đã được đào tạo.	Ngừng thở, kiệt sức hoặc không đáp ứng hỗ trợ ban đầu.
C	Tưới máu kém; huyết áp giảm theo xu hướng; chảy máu	Kiểm soát chảy máu, đường truyền; theo dõi đáp ứng điều trị	Sốc, chảy máu nặng hoặc tưới máu không cải thiện.
D	Lú lẫn mới, ý thức giảm; co giật hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú	Kiểm tra A/B/C, glucose; ACVPU và GCS khi cần	Ý thức giảm nhanh, co giật kéo dài hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú mới xuất hiện.
E	Tổn thương bị che khuất, rối loạn nhiệt độ	Khám đủ toàn thân; giữ ấm, bảo đảm riêng tư	Phát hiện bất thường đe dọa tính mạng hoặc cần can thiệp chuyên khoa.

Bảng được tổng hợp từ [2,3,5–8,11]. Mọi can thiệp phải phù hợp năng lực và phạm vi hành nghề; không chờ đủ dấu hiệu hoặc đủ điểm cảnh báo để gọi hỗ trợ.

3.8. Hạn chế của bài tổng quan

Đây là tổng quan tường thuật, không phải tổng quan hệ thống. Tìm kiếm bổ sung chủ yếu trên các trang hướng dẫn chính thống; số nguồn còn hạn chế, không sàng lọc độc lập và không đánh giá chất lượng bằng chứng bằng công cụ chuẩn hóa, nên có nguy cơ thiên lệch lựa chọn. Bài không tổng hợp trực tiếp hiệu quả của ABCDE đối với tử vong, thời gian xử trí hoặc sai sót; các nhận định về ứng dụng cần được hiểu là định hướng thực hành. Một số ngưỡng phụ thuộc bối cảnh, còn các kỹ thuật và tiêu chí gọi hỗ trợ phải điều chỉnh theo nguồn lực, quy trình và phạm vi hành nghề từng cơ sở. Nội dung không thay thế hướng dẫn chuyên biệt cho trẻ em, thai phụ hoặc các tình huống chấn thương đặc thù.

4. KẾT LUẬN

ABCDE tạo khung ưu tiên để nhận diện và xử trí ban đầu người bệnh không ổn định hoặc đang diễn biến xấu tại khoa Cấp cứu. Áp dụng có cấu trúc, xử trí bất thường đe dọa tính mạng ngay khi phát hiện, gọi hỗ trợ sớm, tái đánh giá và bàn giao rõ ràng có thể hỗ trợ chuẩn hóa đánh giá và hạn chế bỏ sót. ABCDE bổ trợ cho

phân loại cấp cứu và hệ thống cảnh báo sớm, không phải công cụ dự báo độc lập. Tổng quan chưa định lượng hiệu quả lâm sàng của phương pháp; triển khai cần gắn với đào tạo, phạm vi hành nghề và phác đồ của cơ sở.

Các điểm thực hành chính

- Sử dụng ABCDE cho người bệnh không ổn định hoặc có dấu hiệu diễn biến xấu.
- Xử trí bất thường đe dọa tính mạng ngay khi phát hiện, không chờ hoàn thành toàn bộ đánh giá.
- Gọi hỗ trợ sớm và triển khai các nhiệm vụ song song khi có đủ nhân lực.
- Tái đánh giá sau can thiệp; bắt đầu lại từ A khi người bệnh xấu đi.
- Ghi đầy đủ phát hiện, can thiệp, đáp ứng và bàn giao theo cấu trúc thống nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peate I, Brent D. Using the ABCDE approach for all critically unwell patients. *Br J Healthc Assist*. 2021;15(2):84-89. doi:10.12968/bjha.2021.15.2.84
2. Resuscitation Council UK. The ABCDE approach. Published October 2015. Updated July 2024. Accessed October 13, 2026. https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach
3. World Health Organization, International Committee of the Red Cross. *Basic Emergency Care: Approach to the Acutely Ill and Injured*. World Health Organization; 2018.
4. Thim T, Krarup NHV, Grove EL, Rohde CV, Løfgren B. Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, *Circulation*, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *Int J Gen Med*. 2012;5:117-121. doi:10.2147/IJGM.S28478
5. Royal College of Physicians. *National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the Assessment of Acute-Illness Severity in the NHS*. Updated report of a working party. Royal College of Physicians; 2017. Accessed October 13, 2026. https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkkbf/news2-final-report_0_0.pdf
6. Resuscitation Council UK. Adult basic life support guidelines. Published October 27, 2025. Accessed October 13, 2026. https://www.resus.org.uk/professional-library/2025-resuscitation-guidelines/adult-basic-life-support-guidelines
7. Kleinman ME, Buick JE, Huber N, et al. Part 7: Adult basic life support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152(16 suppl 2):S448-S478. doi:10.1161/CIR.0000000000001369
8. O'Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax*. 2017;72(suppl 1):ii1-ii90. doi:10.1136/thoraxjnl-2016-209729
9. Sinha SS, Morrow DA, Kapur NK, Kataria R, Roswell RO. 2025 Concise clinical guidance: an ACC expert consensus statement on the evaluation and management of cardiogenic shock. *J Am Coll Cardiol*. 2025;85(16):1618-1641. doi:10.1016/j.jacc.2025.02.018
10. Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2026. *Crit Care Med*. 2026;54(4):725-812. doi:10.1097/CCM.0000000000007075

11. Cook N, Trout R, Waterhouse C, et al. The Glasgow Coma Scale: an international standard for education and practice with adults. *Br J Neurosci Nurs.* 2025;21(suppl 1c):S1-S36. doi:10.12968/bjnn.2025.21.Sup1c.S1

12. Agency for Healthcare Research and Quality. Tool: SBAR. TeamSTEPPS. Updated November 2019. Accessed October 13, 2026. https://www.ahrq.gov/teamstepps-program/curriculum/communication/tools/sbar.html

ABSTRACT

THE ABCDE APPROACH TO RECOGNITION AND INITIAL MANAGEMENT OF UNSTABLE PATIENTS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Objective: To describe a structured ABCDE approach to the assessment and initial management of unstable or deteriorating adults in the emergency department.

Methods: This focused narrative review combined foundational publications with an additional review of official guidance and relevant publications on ABCDE, cardiopulmonary resuscitation, oxygen therapy, deterioration recognition, neurological assessment, and handover.

Results: ABCDE prioritizes airway, breathing, circulation, neurological status, and whole-body exposure. Life-threatening abnormalities require immediate treatment, early calls for assistance, and reassessment. The approach complements triage and early warning systems and is not a standalone prediction tool.

Conclusion: ABCDE may support standardized assessment and initial management of unstable patients. Implementation should reflect staff competence, scope of practice, and local protocols. This review neither systematically appraised evidence quality nor quantified the clinical effectiveness of ABCDE.

Keywords: *ABCDE; critically ill patient; clinical deterioration; emergency care; initial assessment*