



BỆNH VIỆN 199

KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

PHIẾU TÓM TẮT THÔNG TIN ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN

Sốc nhiễm khuẩn (Septic Shock) là trạng thái nặng nhất của nhiễm khuẩn huyết, dẫn đến tụt huyết áp nghiêm trọng và rối loạn chuyển hóa tế bào. Đây là một cấp cứu y khoa có tỉ lệ tử vong cao nếu không được xử trí kịp thời.

1	TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG	Có	Không
	Dấu hiệu nhiễm khuẩn: Sốt cao run rẩy hoặc hạ thân nhiệt ($< 36^{\circ}\text{C}$), môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.		
	Rối loạn huyết động: Huyết áp tụt (Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm > 40 mmHg so với mức bình thường) dù đã bù đủ dịch.		
	Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt.		
	Rối loạn tri giác: Lờ đờ, vật vã, kích thích hoặc hôn mê.		
	Thay đổi ở da: Da lạnh, ẩm, nổi vân tím (do thiếu máu nuôi dưỡng) hoặc da đỏ rực trong giai đoạn đầu (sốc nóng).		
	Thiểu niệu: Lượng nước tiểu giảm mạnh (< 0.5 ml/kg/giờ) do suy chức năng thận.		
2	CẬN LÂM SÀNG		
	Các xét nghiệm giúp đánh giá mức độ suy đa tạng và tìm tác nhân gây bệnh: Xét nghiệm máu: * Bạch cầu tăng cao (hoặc giảm nặng), tiểu cầu giảm.		
	Lactate máu: Tăng cao (> 2 mmol/L), phản ánh tình trạng thiếu oxy tổ chức.		
	Procalcitonin (PCT) hoặc CRP: Tăng cao, chỉ điểm tình trạng nhiễm khuẩn nội tạng.		
	Cấy máu/dịch: Tìm vi khuẩn gây bệnh và làm kháng sinh đồ (rất quan trọng để chọn kháng sinh trúng đích).		
	Chức năng tạng: Men gan tăng, Creatinine tăng (suy thận), rối loạn đông máu (PT, APTT kéo dài).		
	Khí máu động mạch: Toan chuyển hóa nặng, giảm oxy máu.		
	Chụp Xquang, Cắt lớp vi tính: Đánh giá vị trí nhiễm khuẩn		
3	CHẨN ĐOÁN		
	Dựa trên tiêu chuẩn Sepsis-3: Nhiễm khuẩn huyết (Sepsis): Có ổ nhiễm khuẩn kèm theo thang điểm SOFA tăng từ 2 điểm.		
	Sốc nhiễm khuẩn: Khi tình trạng nhiễm khuẩn huyết kèm theo: Tụt huyết áp cần dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình (MAP) ≥ 65 mmHg. Nồng độ Lactate huyết thanh ≥ 2 mmol/L mặc dù đã hồi sức bù dịch đủ.		
4	PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ		
	Nguyên tắc là "giờ vàng" - can thiệp càng sớm càng tốt: Hồi sức dịch: Truyền dịch tĩnh mạch nhanh (thường là dịch tinh thể) để nâng huyết áp.		
	Dùng thuốc vận mạch: Thường dùng Norepinephrine để duy trì tưới máu tạng.		

	Kháng sinh liệu pháp: Sử dụng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch ngay trong giờ đầu tiên.		
	Kiểm soát nguồn nhiễm khuẩn: Dẫn lưu ổ mủ, cắt bỏ mô hoại tử hoặc rút các sonde/catheter nghi ngờ nhiễm khuẩn.		
	Hỗ trợ hô hấp: Thở oxy hoặc đặt nội khí quản thở máy nếu có suy hô hấp.		
	Corticosteroid: Có thể cân nhắc nếu huyết áp vẫn không ổn định sau khi đã bù dịch và dùng vận mạch.		
5	TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG		
	Suy đa tạng (MODS): Suy thận cấp, suy gan, suy tim cấp, hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS).		
	Rối loạn đông máu: Đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) gây xuất huyết khó cầm.		
	Hoại tử chi: Do co mạch kéo dài hoặc hình thành cục máu đông nhỏ ở ngoại vi.		
	Xuất huyết tiêu hóa: Do stress.		
	Tử vong		
6	HƯỚNG DẪN CHĂM SÓC, GIÁO DỤC SỨC KHỎE		
	Chăm sóc tại viện:		
	Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn (Mạch, HA, nhịp thở, SpO2) mỗi 15-30 phút trong giai đoạn cấp cứu.		
	Đảm bảo vệ sinh vô khuẩn tuyệt đối khi chăm sóc các đường truyền, sonde tiểu, vết mổ.		
	Chăm sóc vệ sinh, chăm sóc dự phòng loét tì đè		
	Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoặc ăn qua sonde sớm để bảo vệ niêm mạc ruột.		
	Giáo dục sức khỏe:		
	Phòng ngừa: Điều trị triệt để các ổ nhiễm trùng khu trú (viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, mụn nhọt).		
	Nhận biết: Hướng dẫn bệnh nhân và người nhà nhận biết sớm các dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, mệt mỏi tăng dần) để đi khám ngay.		
	Tiêm chủng: Tiêm phòng cúm, phế cầu (đặc biệt ở người già, người suy giảm miễn dịch) để giảm nguy cơ nhiễm trùng nặng dẫn đến sốc.		