

Ths Bs Lê Văn Tuấn - Khoa ICU

Tiếp tục cập nhật những thách thức, Hội thảo Sức Củng cố và Chăm sóc Việt Nam gửi
đến các bác sĩ tài liệu tham khảo: **“Hội thảo đổi mới tư duy trong nhiêm khu vực huy động năng lực và sức
nhiêm khu vực năm 2012”** ... Chúng tôi tin rằng những thách thức này

đều có áp dụng song song những nỗ lực chăm sóc và điều trị bệnh nhân đầu tiên, ngay khi bệnh nhân
chưa nhập khoa Hồi sức tích cực, sẽ đem lại hiệu quả cao nhất:

PGS TS BS Nguyễn Gia Bình – CT Hội HSCC-CĐ VN



Hội thảo Hội Sĩ C Cấp Cao Chẩn Đoán toàn quốc lần thứ 13 -TP Đà Nẵng

I. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiêm khuẩn

Nhiêm khuẩn, các ca bệnh nghi ngờ hoặc rõ ràng có từ 2 trở lên trong số các tiêu chuẩn sau:

A. Triệu chứng chung:

1. Sốt > 38,3 độ C
2. Huyết áp < 36 độ C
3. Nhịp tim > 90 lần/phút
4. Thở nhanh
5. Thay đổi ý thức
6. Phù rõ hoặc cân nặng tăng đáng kể (>20 ml/kg/24 giờ)
7. Tăng glucose máu (đường máu > 140 mg/dl hoặc >7,7mmol/l)

B. Dấu hiệu viêm:

1. Tăng bạch cầu > 12000/ μ l
2. Hoặc giảm bạch cầu < 4000/ μ l
3. Số lượng bạch cầu bình thường nhưng tỷ lệ bạch cầu non > 10%
4. Protein C phản ứng (CRP) > 2 lần bình thường
5. Procalcitonin > 2 lần bình thường

C. Thay đổi huyết động:

1. Tụt huyết áp (HA tâm thu < 90 mmhg, HA trung bình < 70 mmhg, hoặc HA tâm thu giảm > 40 mmhg so với bình thường của lứa tuổi đó)

D. Dấu hiệu rối loạn chức năng thận:

1. Giảm oxy máu đáng kể ($pO_2/fiO_2 < 300$)
2. Thiểu niệu cấp ($nồng độ tiểu < 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$ ít nhất trong 2 giờ mặc dù đã bù đắp dịch)
3. Tăng creatinin $> 0,5 \text{ mg/dl}$ hoặc $44,2 \mu\text{mol/l}$
4. Rối loạn đông máu ($INR > 1,5$ hoặc $aPTT > 60$ giây)
5. Giảm tiểu cầu ($số lượng < 100.000/\mu\text{l}$)
6. Bệnh chuyển dạ (không nghe thấy tiếng nhu động ruột)
7. Tăng bilirubin toàn phần $> 4 \text{ mg/dl}$ hoặc $70 \mu\text{mol/l}$

E. Dấu hiệu giảm tưới máu tổ chức:

1. Tăng lactate máu ($> 1 \text{ mmol/l}$)
2. Chấm làm đậy mao mạch (ấn ngón tay vào da nổi da hồng trở lại > 2 giây)

II. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng

- Nhiễm khuẩn gây sốt HA
- Tăng lactate máu
- Thiểu niệu ($nồng độ tiểu < 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$)
- Tỷ lệ thông khí phổi cấp $P/F < 250$ nếu không có viêm phổi
- Tỷ lệ thông khí phổi cấp $P/F < 200$ nếu có viêm phổi kèm theo
- Creatinin $> 2.0 \text{ mg/dl}$ (hoặc $176,8 \mu\text{mol/l}$)

- Bilirubin > 2 mg/dl (34,2 μ mol/l)

- Tế bào bạch cầu < 100.000 μ l

- Rối loạn đông máu (INR > 1,5)

III. Hỗ trợ ban đầu và kiểm soát nhiễm khuẩn

A. Hỗ trợ ban đầu:

1. Cần có kế hoạch hỗ trợ và bắt đầu hỗ trợ ngay khi bệnh nhân có dấu hiệu giảm tưới máu mô gây ra bởi nhiễm khuẩn nặng (tụt huyết áp mặc dù đã bù dịch hoặc lactate máu $\geq$ 4mmol/l). Không nên chờ đợi việc điều trị trong lúc chờ chuyển đến khoa Hồi sức tích cực.

Mục tiêu hỗ trợ trong 6 giờ đầu (1C):

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) 8-12 mmHg

- HA đáng mạch trung bình $\geq$ 65mmHg

- Lượng nước tiểu $\geq$ 0,5 ml/kg/giờ

- Đảm bảo hòa oxy tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch chèn trên) $\geq 70\%$ hoặc tĩnh mạch trên $\geq 65\%$ (1C)

2. Bệnh nhân có tăng lactate máu, mục tiêu là đưa lactate máu về giá trị bình thường (2C)

B. Tầm soát nhiễm khuẩn huyết và các tiến triển kết quả điều trị

1. Tầm soát nguy cơ nhiễm khuẩn huyết để phát hiện và điều trị sớm (1C)
2. Công nghệ làm mờ vi khuẩn trong điều kiện có thể được chấp nhận đó (UG)

C. Chọn đoán:

1. Công nghệ phù hợp để phát hiện khi sốc nặng kháng sinh nặng không làm chậm trễ (>45 phút) việc sử dụng kháng sinh (1C). Công nghệ máu ít nhất hai mẫu máu (cấy máu khí lỏng khí) trước khi sốc nặng kháng sinh với ít nhất một mẫu máu lấy qua da và một mẫu qua catheter nếu có, ngay khi bắt đầu điều trị catheter mới ít nhất < 48 giờ (1C)
2. Nếu nghi ngờ tác nhân nhiễm khuẩn huyết là nấm candida, nên sử dụng xét nghiệm 1,3-beta-D-glucan (2B), mannan và anti-mannan antibody (2C) để chẩn đoán phân biệt
3. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh như chụp CT để nhận biết cách hợp lý để xác định nguồn gốc nhiễm khuẩn (UG)

D. Liều pháp kháng sinh

1. Sử dụng kháng sinh để tăng tính mạch trong giai đoạn chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (1B) và nhiễm khuẩn nặng (1C) như là một mục tiêu điều trị
2. (a) Sử dụng một hoặc nhiều kháng sinh theo kinh nghiệm ban đầu có hoạt tính chống lại tác nhân nghi ngờ (vi khuẩn và/hoặc vi nấm hoặc virus) và có khả năng thâm nhập vào vị trí nhiễm khuẩn (1B). (b) Nên đánh giá liều pháp kháng sinh mỗi ngày để xem xét khả năng xuống thang (1B)
3. Sử dụng nồng độ procalcitonin và các biomarker để ngừng điều trị cho việc ngừng kháng sinh nếu bệnh nhân không còn bằng chứng nhiễm khuẩn (2C)
4. (a) Công nghệ hợp kháng sinh nếu bệnh nhân giảm bớt chứng候 có nhiễm khuẩn huyết (2B) và bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị, hoặc nhiễm tác nhân đa kháng thuốc

nh Acinetobacter và Pseudomonas spp. (2B). nh ng b nh nhân nhi m khu n n ng kèm suy hô h p và s c nhi m khu n, ph i h p kháng sinh bao g m betalactam ph r ng k t h p v i ho c aminoglycoside ho c fluoroquinolone trong tr ng h p do Pseudomonas aeruginosa (2B). Đ i v i nhi m khu n huy t và s c nhi m khu n da Streptococcus pneumonia nên ph i h p betalactam và macrolide (2B). (b) Li u pháp kháng sinh k t h p theo kinh nghi m không nên kéo dài quá 3-5 ngày. Nên xu ng thang kháng sinh đ n tr li u thích h p khi có th d a trên k t qu c y (2B).

5. Th i gian đ u tr kháng sinh trung bình t 7-10 ngày; th i gian đ u tr c n dài h n trong tr ng h p: đáp ng lâm sàng ch m, ho c không đ n l u đ c c nhi m khu n, nhi m khu n huy t do S.aureus, nhi m n m và virus, suy gi m mi n d ch, gi m b ch c u h t (2C).

6. Đ u tr kháng virus c n kh i đ u càng s m càng t t b nh nhân nhi m khu n huy t n ng ho c s c nhi m khu n gây ra do virus (2C).

7. Kháng sinh không nên đ c s d ng b nh nhân có tri u ch ng viêm nh ng không ph i do nguyên nhân nhi m khu n (UG)

E. Ki m soát c nhi m khu n

1. c nhi m khu n c n đ c ch n đoán xác đ nh ho c lo i tr nhanh nh t có th và can thi p trong vòng 12 gi đ u (1C)

2. N u ngu n g c nhi m khu n là viêm t y ho i t nhi m khu n, can thi p nên trì hoãn cho đ n khi mô ho i t và mô bình th ng có gi i h n rõ (2B)

3. Khi can thi p vào c nhi m khu n nên l a ch n ph ng pháp ít xâm l n nh t (VD: áp xe nên đ c đ n l u qua da h n là ph u thu t) (UG)

4. N u ngu n g c nhi m khu a n rcos kh n ng là catheter n i m ch nên rút b ngay sau khi đ t l i catheter m i (UG)

F. Phòng ng a nhi m khu n

1. (a). Sát khu n mi ng và sát khu n ch n l c đ ng tiêu hóa nên đ c xem xét đ gi m t n su t viêm ph i liên quan đ n th máy (2B). Các bi n pháp ki m soát nhi m khu n c n đ c xây d ng và th c hi n đ y đ tùy theo m i c s n u th y hi u qu (2B). (b). Nên sát trùng h u h ng b ng chlorhexidine gluconate đ gi m nguy c viêm ph i th máy cho nh ng b nh nhân nhi m khu n huy t n ng t i ICU (2B)

IV. M t s m c tiêu c th trong 6 gi đ u

A. Chăm sóc hoàn thành trong 3 giờ đầu

1. Đo lactate máu
2. Lấy máu trước khi dùng kháng sinh
3. Sử dụng kháng sinh phổ rộng
4. Truyền dịch 30 ml/kg khi tình trạng huyết áp hoặc sốc

B. Chăm sóc hoàn thành trong 6 giờ đầu:

1. Sử dụng thuốc vận mạch (tăng HA sau khi đã truyền dịch, duy trì HA trung bình > 65 mmHg)
2. Trong trường hợp sốc (lactate > 4 mmol/l hoặc tăng HA sau khi bù dịch)
 - i. Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP)
 - ii. Đo độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung tâm (ScvO₂)
3. Đo lactate máu nếu lactate ban đầu cao

[Xem tiếp tại đây](#)

Nguồn: Hội Hồi Sốc Cấp Cứu và Chăm sóc Đa Khoa Việt Nam