



# **CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN**

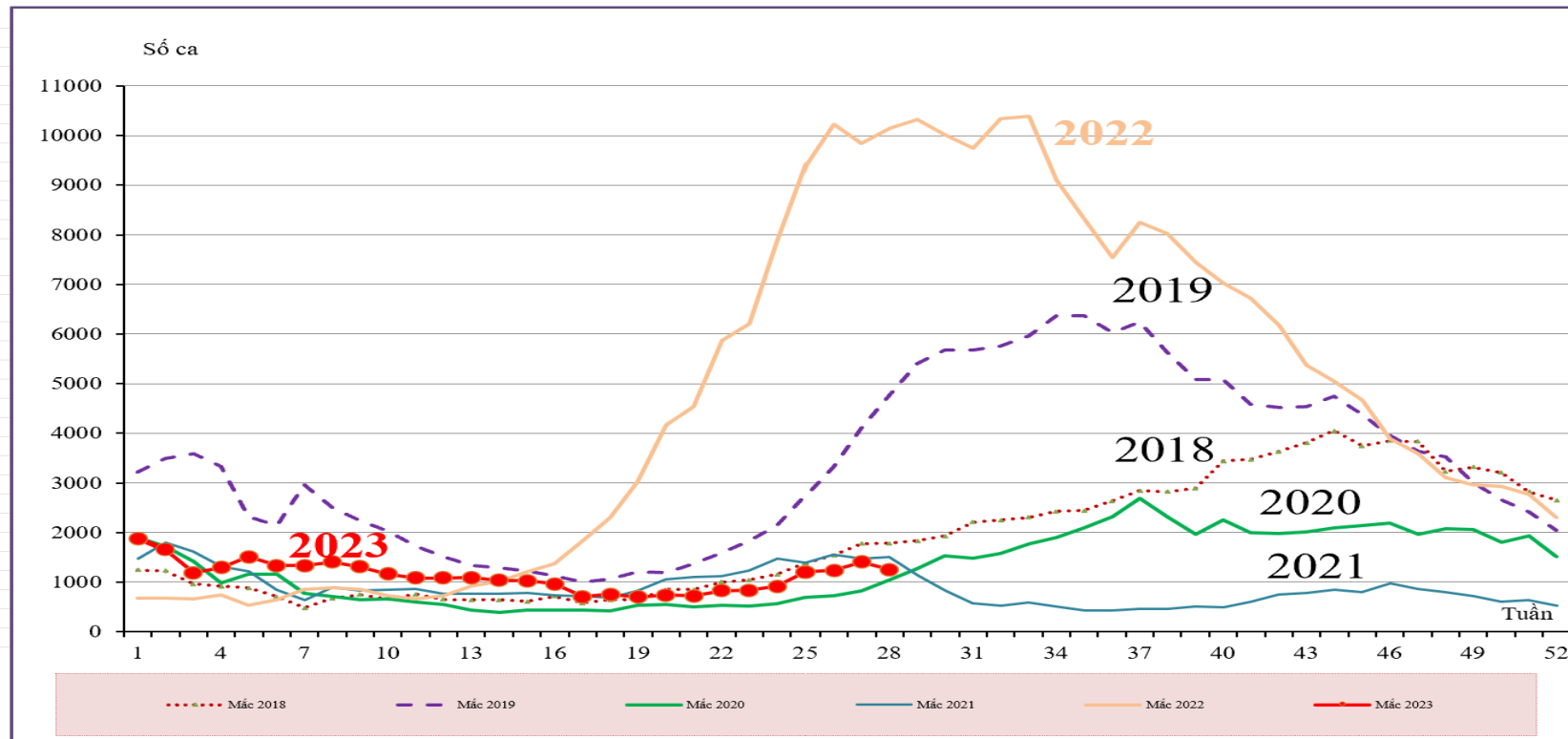
*Phòng Chỉ đạo tuyến – Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới*

*Ngày 28/7/2023*

# Nội dung

- Điểm mới trong phác đồ SXH-D BHYT 2023 (QĐ 2760/QĐ-BYT)
- Lưu ý trong chẩn đoán và điều trị: SXH, sốc SXH
- Điểm khác SXH người lớn so trẻ em

# Khu vực phía Nam



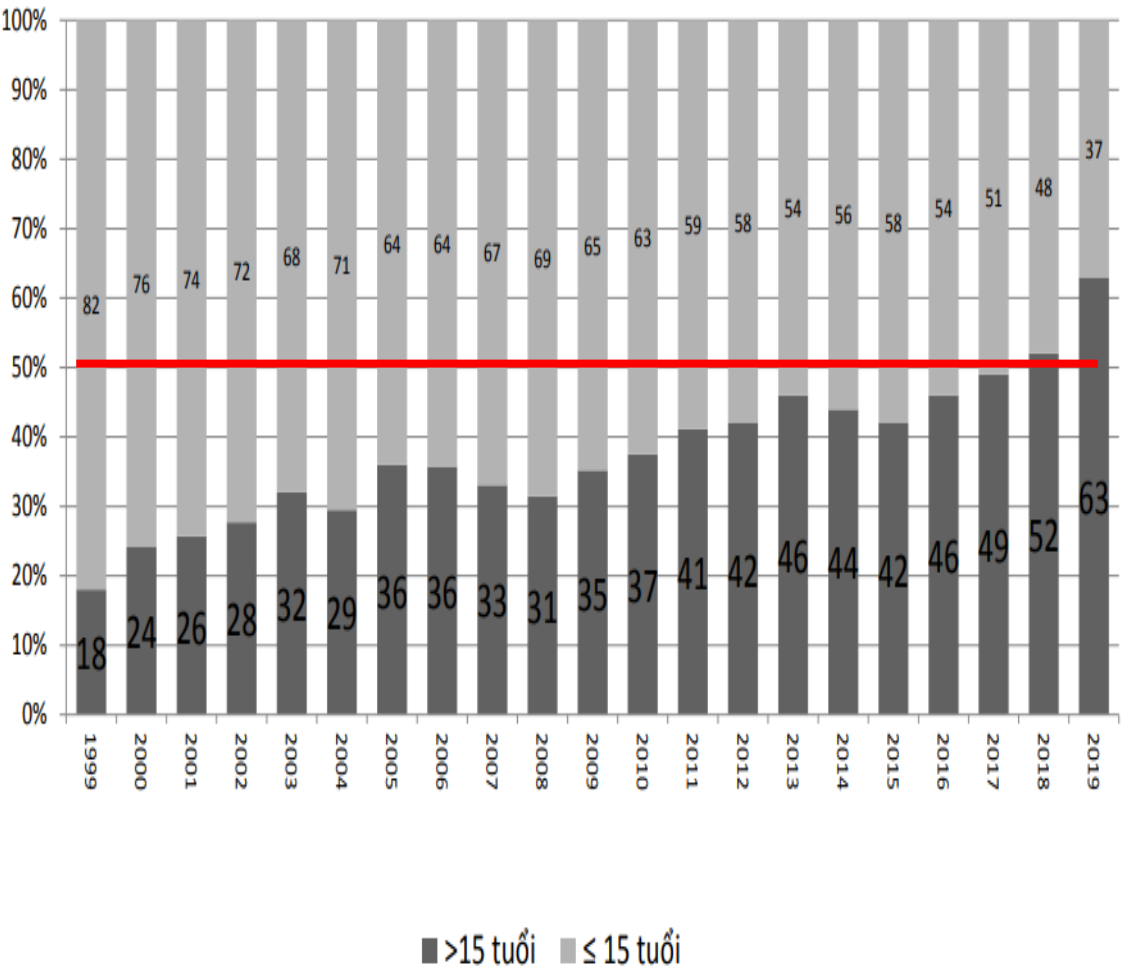
Tính đến tuần 28 (16/07/2023): 31 637 ca, giảm 64,3% so năm 2022, giảm 49,3% so năm 2019. 9 ca tử vong

# Phân tích tử vong

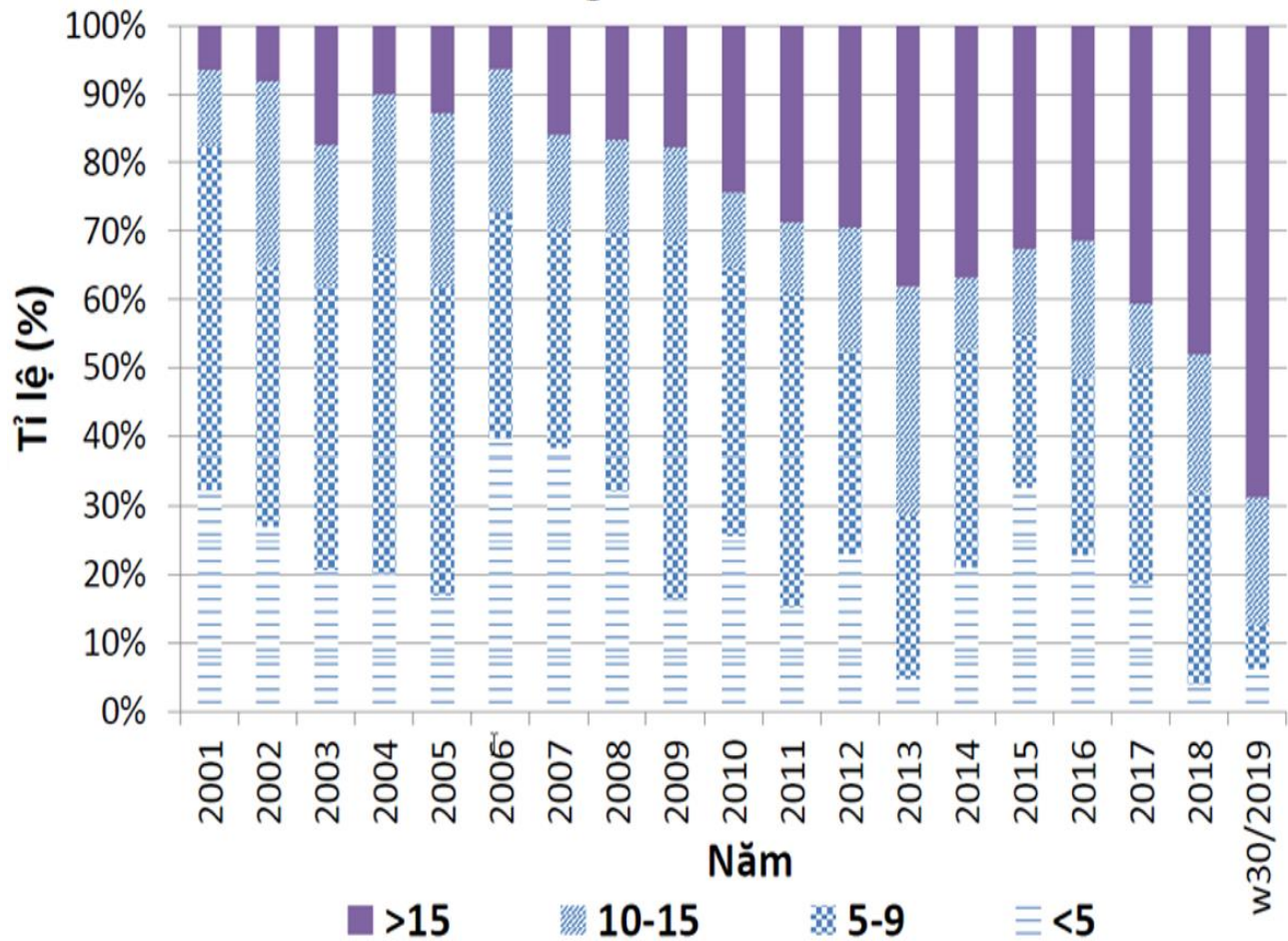
18 ca tử vong NL tại TP HCM (1/2022- 17/8/2022)

- ✓ Nhập viện trễ
- ✓ Theo dõi chưa sát
- ✓ Nhận định và điều trị sốc, tái sốc, ra sốc chưa đúng phác đồ
- ✓ Xuất huyết nặng: chưa nhận diện sớm
- ✓ Hỗ trợ hô hấp: trễ
- ✓ Chuyển viện không an toàn

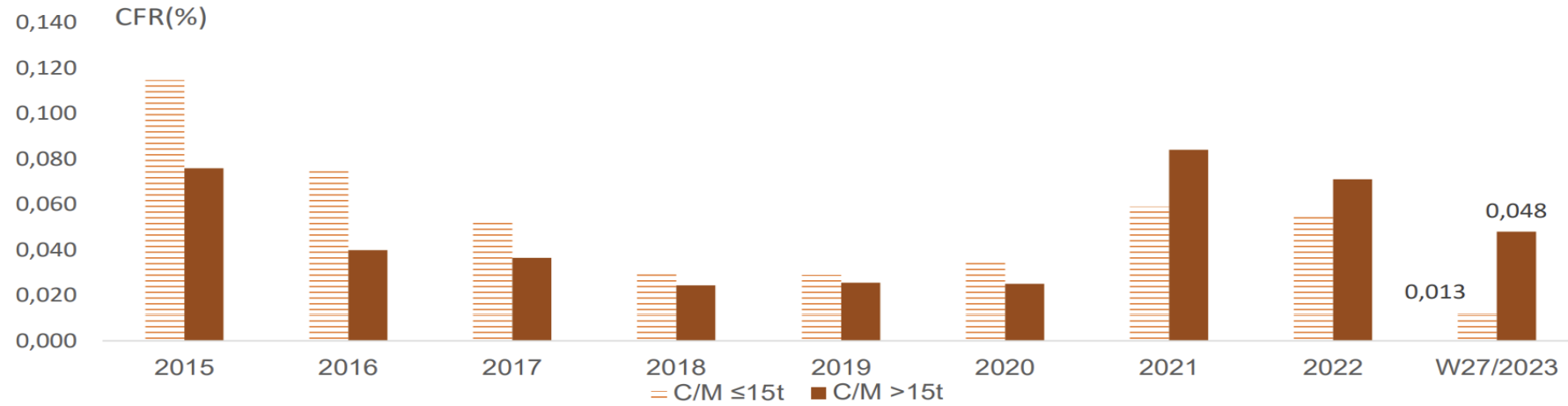
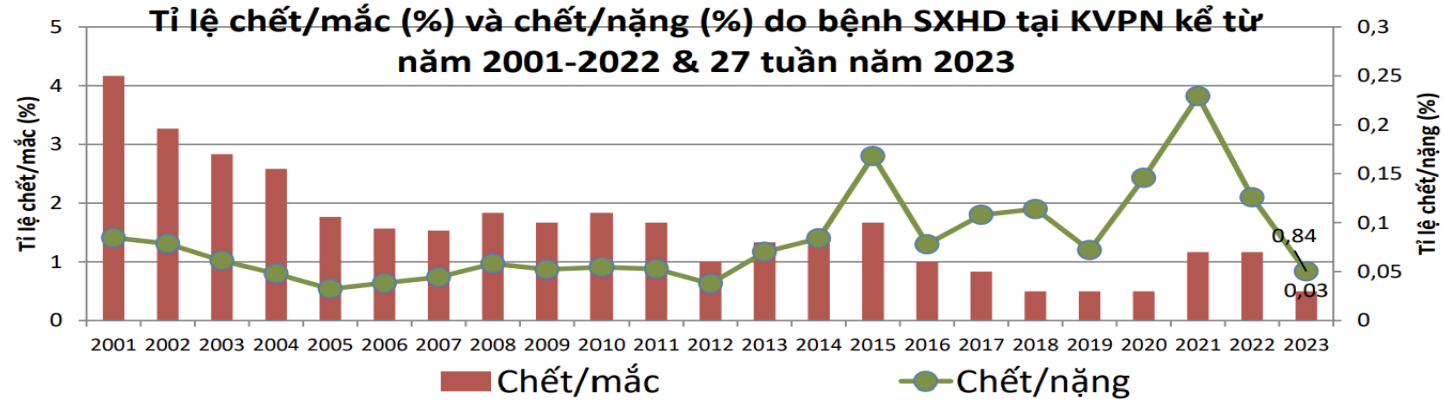
**Phân bố bệnh SXHD theo nhóm tuổi tại KVPN từ năm 1999**



**Phân bố ca tử vong SXHD theo nhóm tuổi ở KVPN**



## TỬ VONG SXH KVPN 2023



Cần biết rằng SXHD là một bệnh lý toàn thân và mang tính động (systemic and dynamic disease)

- **Chẩn đoán sớm**
- **Nhập viện khi có chỉ định**
- **So sánh, động học các đặc điểm (Hct nền)**

Các biểu hiện về huyết học và biểu hiện của tình trạng tính thấm mao mạch) thay đổi liên tục từng ngày (có thể nhanh từng giờ trong giai đoạn nguy hiểm

- **TD sát**
- **Phát hiện đúng thời điểm sốc- tái sốc**
- **Phát hiện sớm XH nặng**

SXH người lớn: các tổn thương tạng cần được nhận định sớm và chính xác

- **Tổn thương tạng: LS-CLS không đi đôi, khó nhận ra**

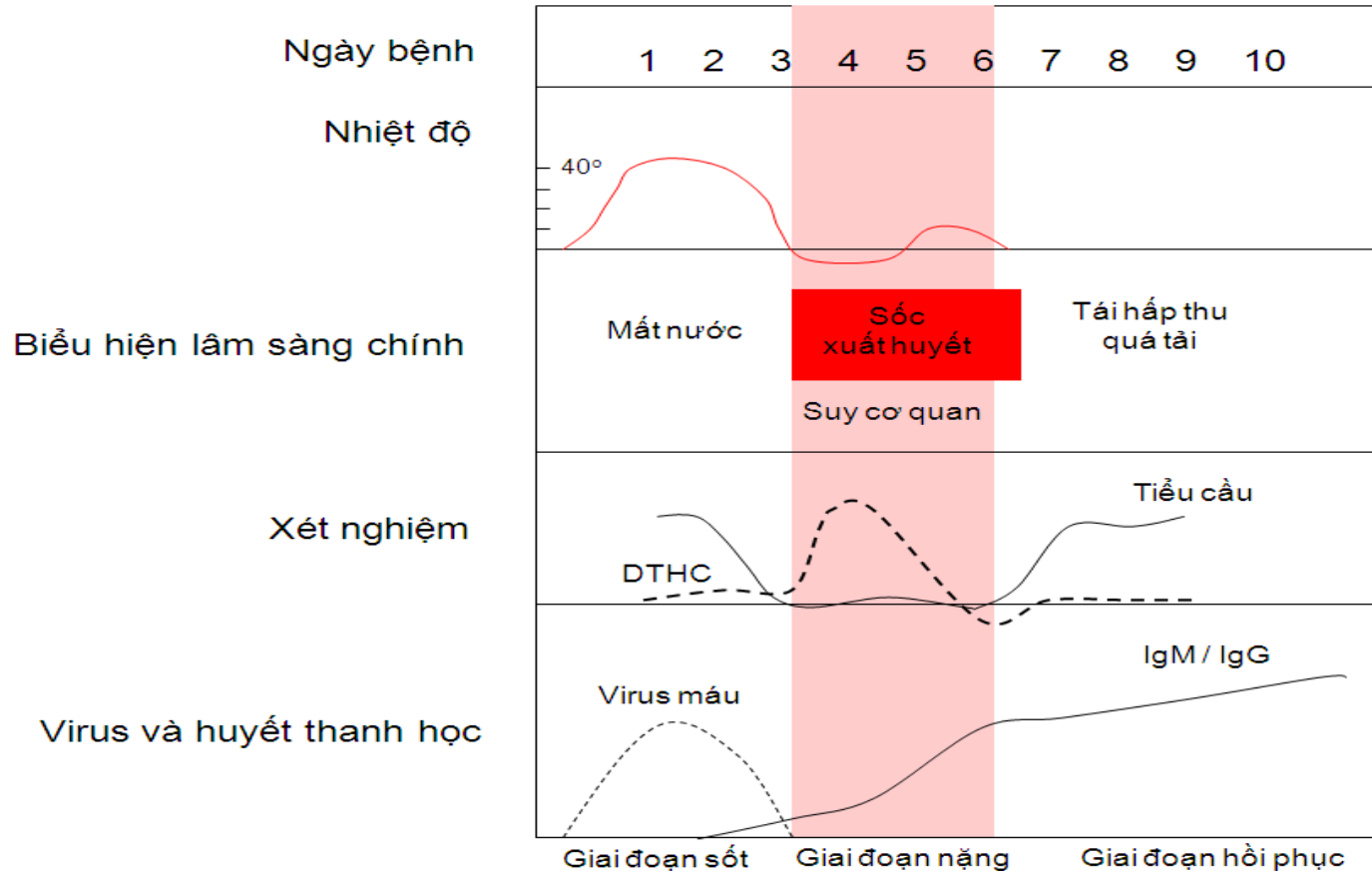
*Nguồn: PGS TS Đ T H Tâm*

# Các nội dung thay đổi phác đồ SXH-D NL 2023 BHYT

- Chẩn đoán: NS1, test nhanh IgM, IgG
- Cân nặng chống sốc (phụ lục 9)
- Điều trị sốc SXH-D nặng (phụ lục 16.2)
- Điều trị tái sốc: chỉ định sử dụng Albumin
- XHTH trên: lưu đồ (phụ lục 17)
- Tổn thương gan nặng: chỉ định TTM N acetyl cysteine, thay huyết tương bn suy gan cấp (phụ lục 26)
- Tổn thương thận cấp: chỉ định thay thế thận
- Điều trị SXH phụ nữ có thai
- SXH có can thiệp ngoại khoa: chỉ định



## DENGUE ± WARNING SIGNS



## Thất thoát huyết tương nặng

- Shock (SS)
- Ứ dịch kèm suy hô hấp

## Xuất huyết nặng

theo nhận định của lâm sàng

## Suy cơ quan nặng

- Gan: AST hoặc ALT  $\geq 1000$
- TKTW: rối loạn tri giác
- Tim và các cơ quan khác

Nguồn : WHO (2009), Dengue guideline for diagnosis, treatment, prevention and control.

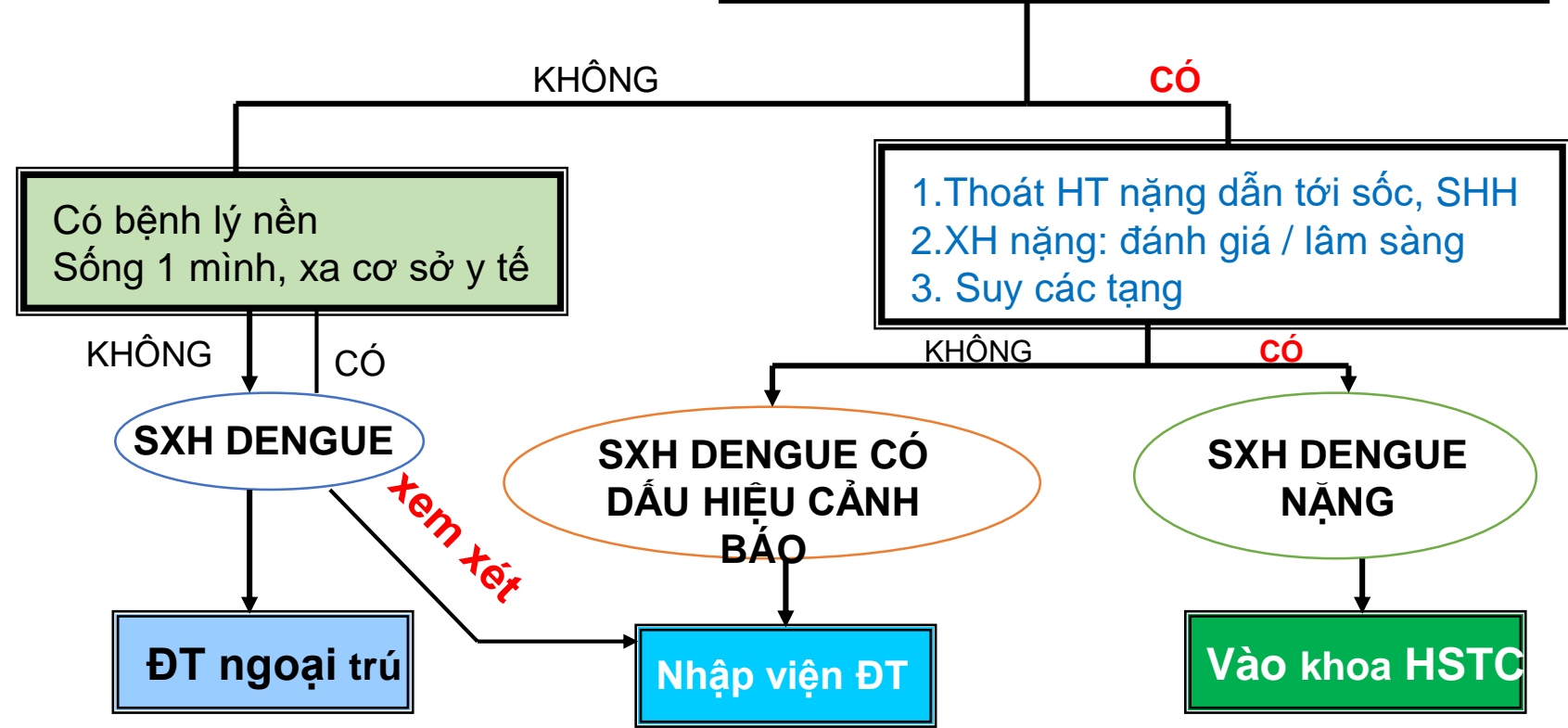
# CHẨN ĐOÁN

- Sống một mình.
- Nhà quá xa cơ sở y tế, không thể nhập viện kịp thời khi bệnh trở nặng.
- Gia đình không có khả năng theo dõi sát.
- Trẻ nhũ nhi
- Dư cân, béo phì
- Phụ nữ có thai.
- Người lớn tuổi ( $\geq 60$  tuổi).
- Bệnh mạn tính đi kèm (tim, gan, thận, hen, COPD kém kiểm soát, ĐTĐ, thiếu máu tán huyết ...).

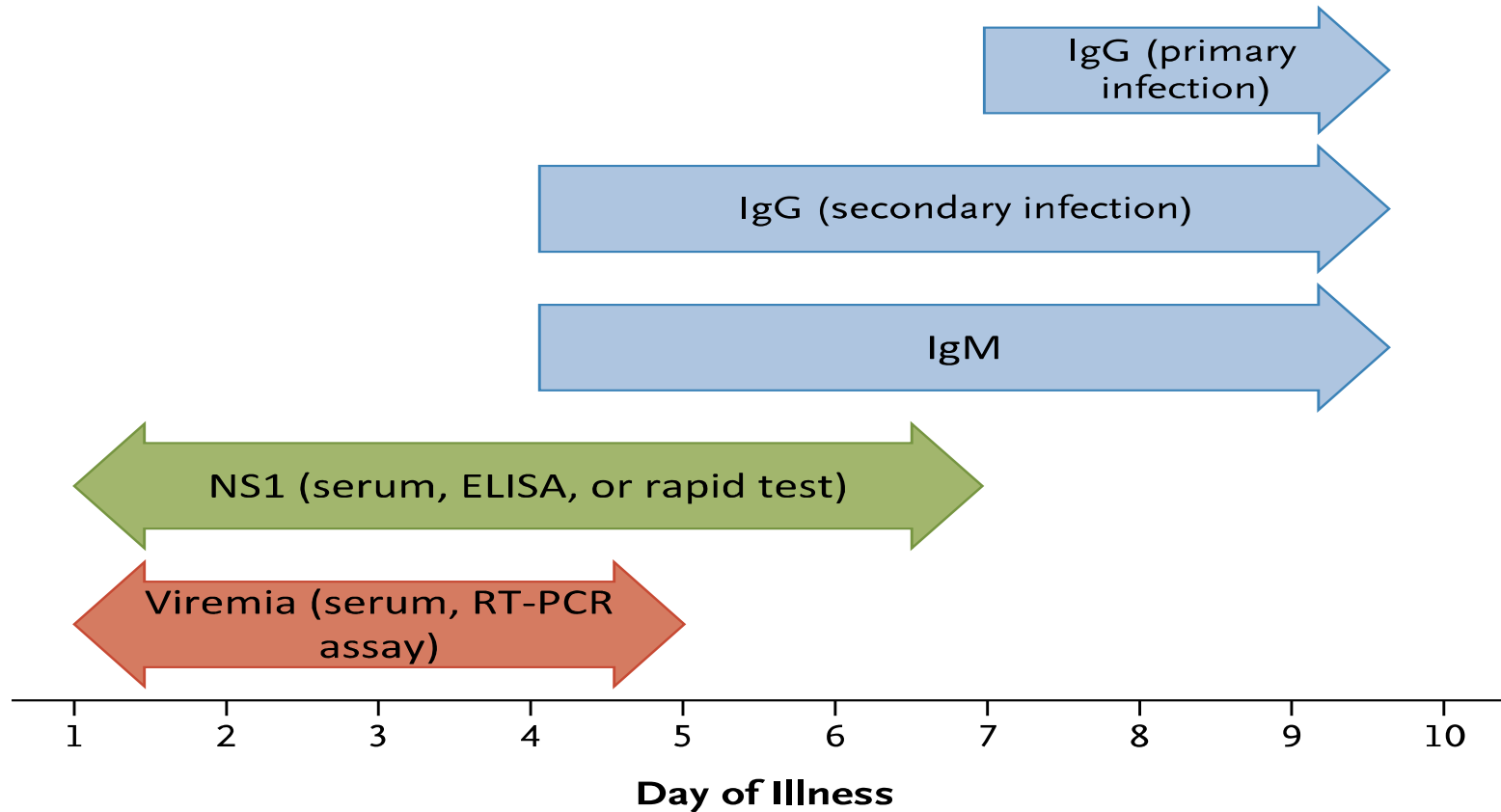
**Chẩn đoán sơ bộ SXHD**  
Sống/đi đến vùng có dịch  
Sốt  $\leq 7$  ngày và có 2 trong các DH sau:  
Buồn nôn, nôn  
Phát ban  
Đau cơ, khớp, 2 hố mắt  
Xuất huyết da / dấu dây thắt (+)  
BC bình thường hoặc giảm  
Hct bình thường hoặc tăng  
TC bình thường hoặc giảm

**CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO**

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan.
- Nôn ói nhiều  $\geq 3$  lần/1 giờ hoặc  $\geq 4$  lần/6 giờ.
- Xuất huyết niêm mạc:
- Gan to  $> 2$ cm dưới bờ sườn.
- Tiểu ít.
- Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh.
- AST/ALT  $\geq 400$ U/L.
- Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc Xquang.



# Kháng nguyên NS1



**NS1: N1-N7, ưu tiên 5 ngày đầu**

ELISA hoặc test nhanh IgM, Ig G từ ngày 5 nếu NS1 âm

## Khác biệt so SXHD trẻ em

- Sốt kéo dài hơn (TB 6-7 ngày), tiêu chảy nổi bật hơn, XH nhiều và nặng hơn
- TC giảm nặng hơn
- Bệnh cảnh: nhiều bệnh nền, nhiều biến chứng phổi hợp (tổn thương cơ quan)

# ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

## Nên làm gì?

- Hạ sốt đúng cách (Paracetamol đơn chất)
- Phòng tránh mất nước (bù dịch đường uống)
- Dinh dưỡng hợp lý (thức ăn có màu đỏ..)
- Hướng dẫn TD các DH cảnh báo, nặng
- Hẹn tái khám mỗi ngày

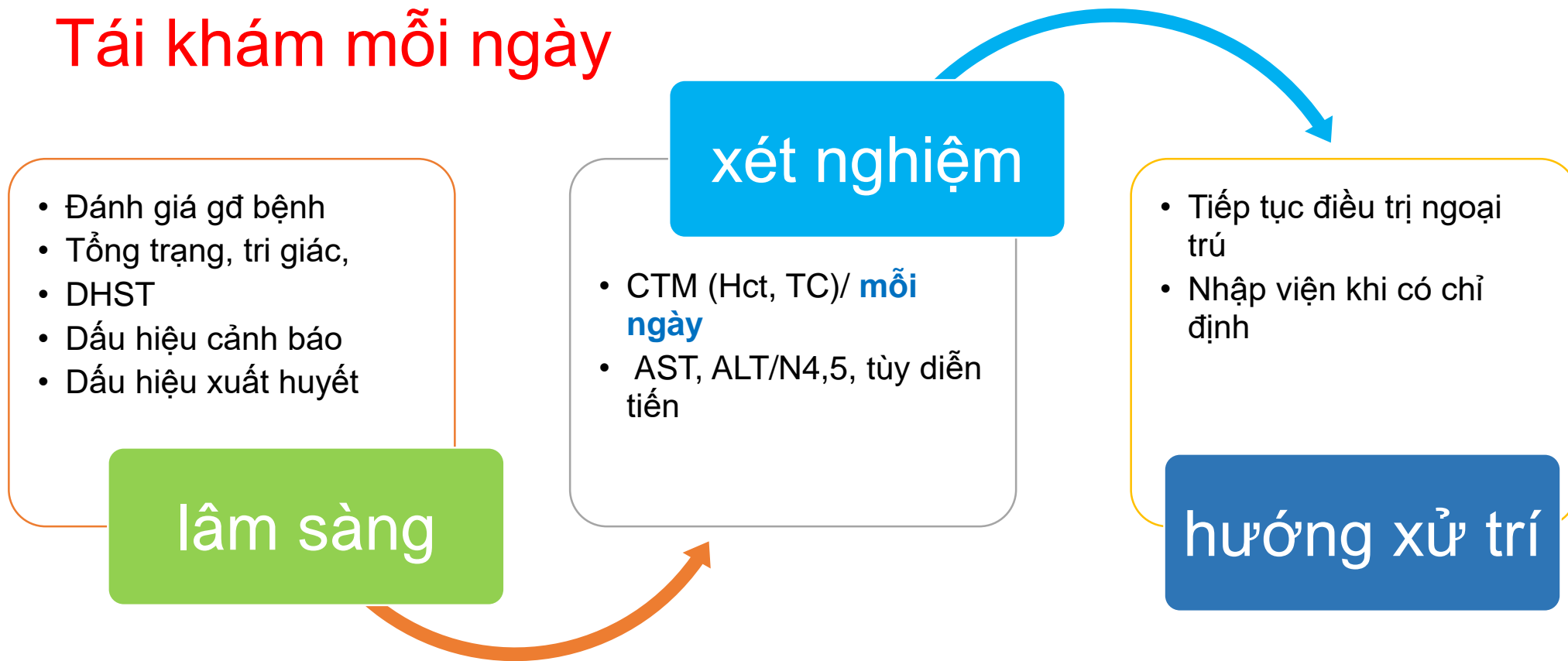
## Nên tránh gì?

- Dùng các thuốc (Aspirin, Ibuprofen,...)
- Kháng sinh - không cần thiết
- TB
- Truyền dịch không đúng



# ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

## Tái khám mỗi ngày



Tái khám ngay khi có một trong các dấu hiệu cảnh báo/ nặng

**SXHD CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO  
CÓ CHỈ ĐỊNH TRUYỀN DỊCH**

**RL hoặc NaCl 0.9%: 6 ml/kg/giờ x 1 - 2 giờ**

Không  
Lâm sàng ổn định

**RL hoặc NaCl 0.9%: 3 ml/kg/giờ x 2 - 4 giờ**

Không  
Lâm sàng ổn định

**RL hoặc NaCl 0.9% : 1.5 ml/kg/giờ x 6 - 18 giờ**

Không  
Lâm sàng ổn định

**Ngưng dịch truyền**

**Có biểu hiện sốc**  
Chống sốc theo *Phụ lục 14*, với liều đầu là **CPT 10-15ml/kg/giờ**

# ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

- + **Chỉ định truyền dịch:**
1. Nôn ói nhiều, **không uống được** + Hct tăng cao
  2. Nôn ói nhiều, **không uống được** + có dấu mất nước



# ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

	<b>SXH N1-2 (GD SỐT)</b>	<b>SXH N3-7 (GD NGUY HIỂM)</b>	<b>SXH sau N7 (GD HỒI PHỤC)</b>	<b>Mục tiêu cần đạt</b>
<b>Đánh giá &amp; theo dõi: TG, DHST, âm sàng</b>	-Mỗi 6h -DH xuất huyết -Chú ý cân đo BN	-Mỗi 1-3h -DH cảnh báo -DH xuất huyết	-Mỗi 6-12h -DH xuất huyết -DH quá tải	-Giữ vững sinh hiệu -Phát hiện sớm DH nặng, biến chứng của bệnh
<b>Xét nghiệm</b>	-Hct,TC/ngày -Theo y lệnh	-Tùy diễn tiến - Theo y lệnh	-Hct,TC/ngày -Theo y lệnh	-Hct,TC trở về trị số bình thường
<b>Báo ngay cho Bác sĩ</b>	-DH cảnh báo -DH xuất huyết -Hct tăng cao	-DH cảnh báo -DH xuất huyết -Biến đổi Hct,TC	-DH quá tải -DH xuất huyết -DH nhiễm trùng	-Xử trí kịp thời các biến chứng xảy ra

## Dấu hiệu nhận biết sốc

- **Tri giác:** bứt rứt
- **Chi:** lạnh, ẩm, CRT > 2s
- **Mạch:** nhanh nhẹ, khó bắt
- **HA:** kẹt, tụt, = 0
- **Nước tiểu:** < 1 ml/kg/h

## Dấu hiệu ra sốc

- **Tri giác:** tỉnh, nằm yên
- **Chi:** ấm, CRT < 2s
- **Mạch:** rõ, chậm theo tuổi
- **HA:** bình thường
- **Nước tiểu:** > 1 ml/kg/h

# CÁC NGUYÊN NHÂN SỐC

- **SXH-D nặng**

- ✓ Sốc SXH (thoát huyết tương)
- ✓ Xuất huyết nặng
- ✓ Viêm cơ tim – sốc tim
- ✓ Hậu quả của quá tải dịch truyền (suy hô hấp)
- ✓ Sốc thần kinh (SXHD thể não)
- ✓ Sốc phổi hợp (mất máu và thoát huyết tương)

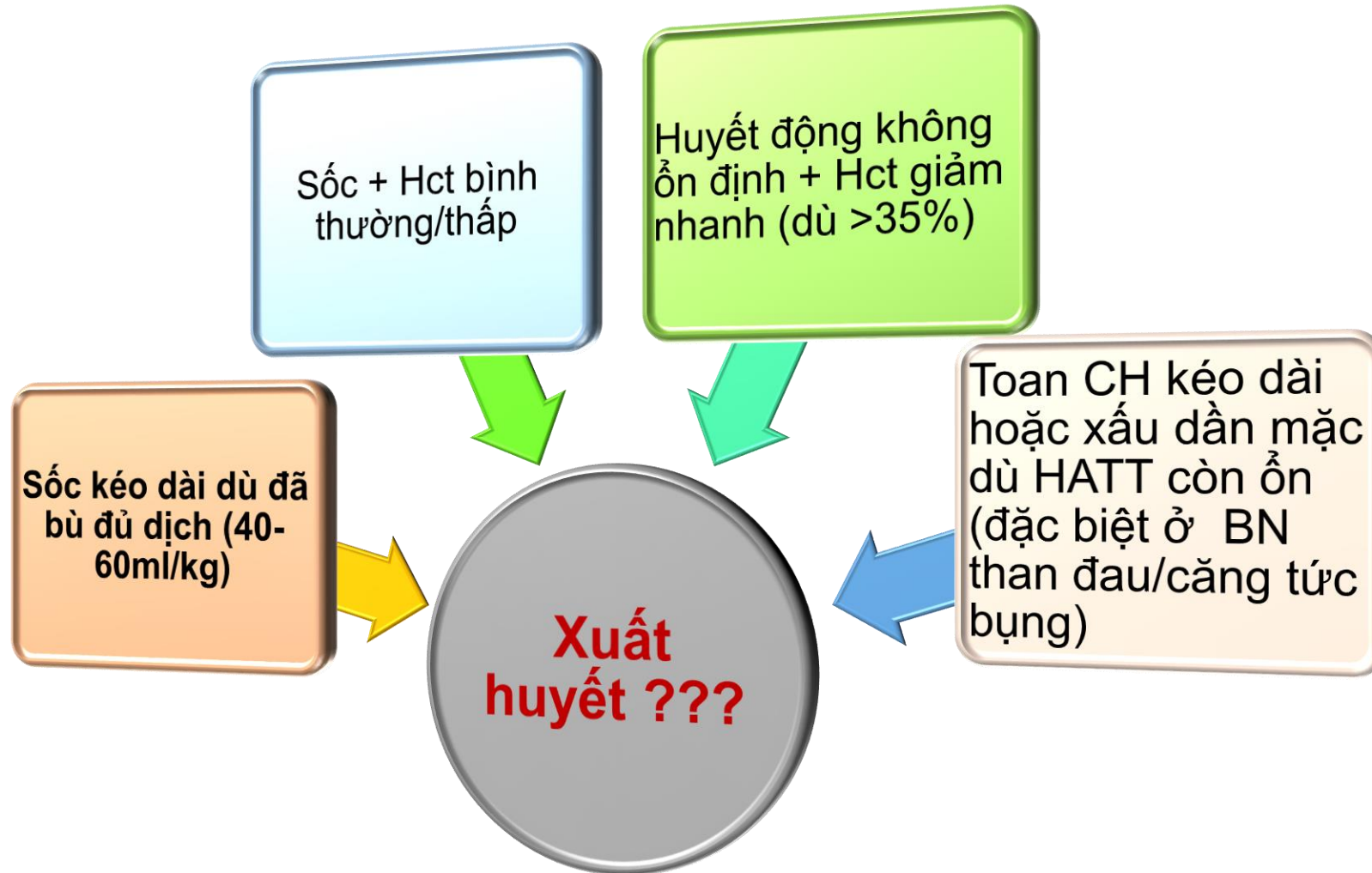
- **Nguyên nhân sốc khác**

- ✓ Tụt HA: hạ đường huyết, cơ địa HA thấp ...
- ✓ Sốc nhiễm trùng (người già, bệnh gan mạn,...)

# Sốc thoát huyết tương

- Ngày vào sốc: ngày 5-6, lưu ý cuối ngày 3 → đầu ngày 7
  - Tri giác: thường tỉnh táo
  - HA: kẹt, mạch: tăng vừa phải, da: sung huyết
  - TC: thường giảm nhiều
  - Hct: tăng 20% nền
- không giống các đặc điểm này, cần nghĩ nguyên nhân sốc khác hay phối hợp, sốc thoát huyết tương mất bù

# XUẤT HUYẾT NẶNG



- **BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>: sử dụng CN thực.**
- **BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>: sử dụng CN hiệu chỉnh.**

CN lý tưởng (kg)

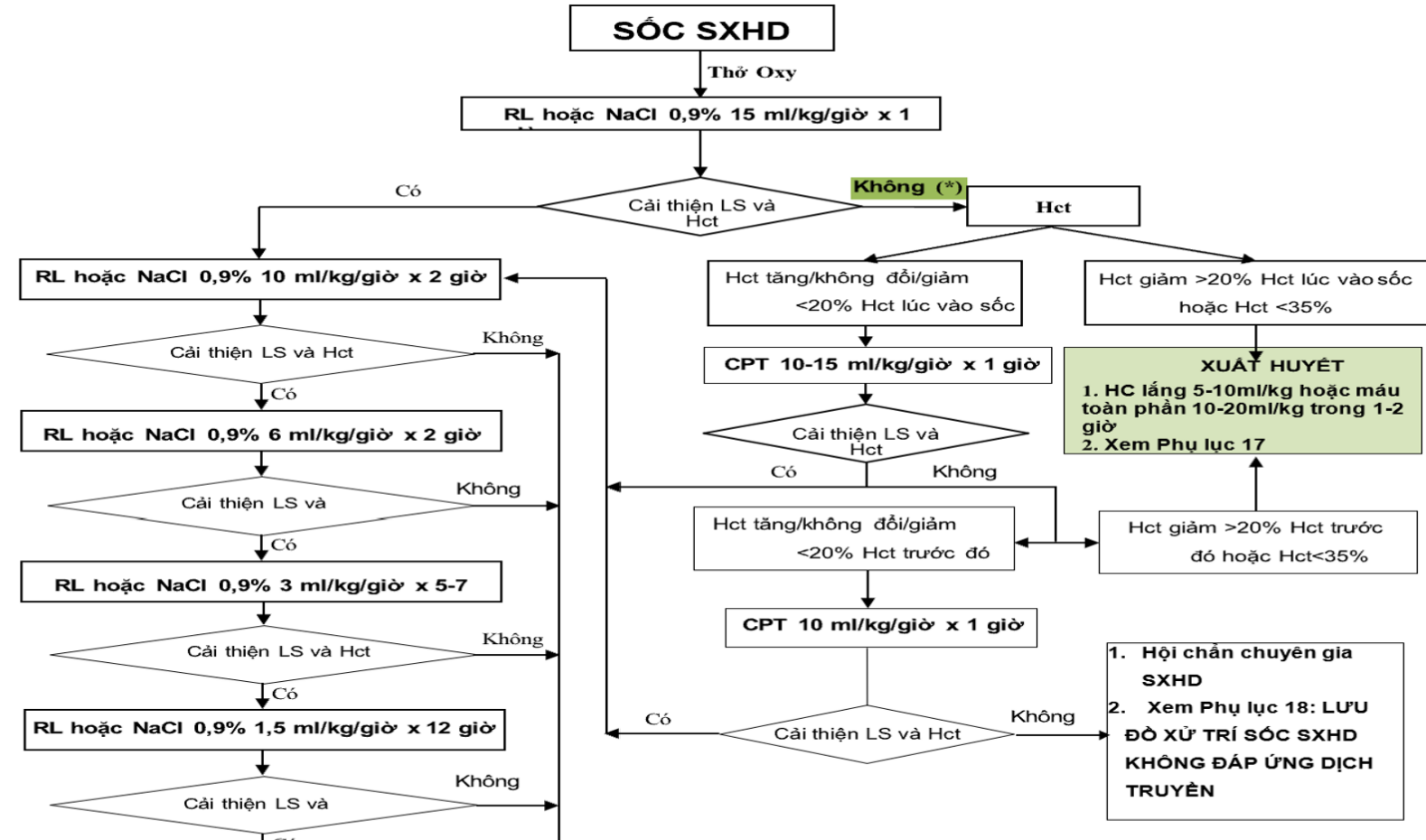
Nữ:  $45,5 + 0,91 \times (\text{chiều cao(cm)} - 152,4)$

Nam:  $50,0 + 0,91 \times (\text{chiều cao(cm)} - 152,4)$

**CN hiệu chỉnh = CN lý tưởng + 0,4 x (CN thực - CN lý tưởng)**

PNCT 3 tháng đầu và 3 tháng giữa: CN chống sốc như người lớn bình thường.

PNCT 3 tháng cuối: CN hiệu chỉnh để chống sốc (với CN thực là CN tại thời điểm nhập viện).



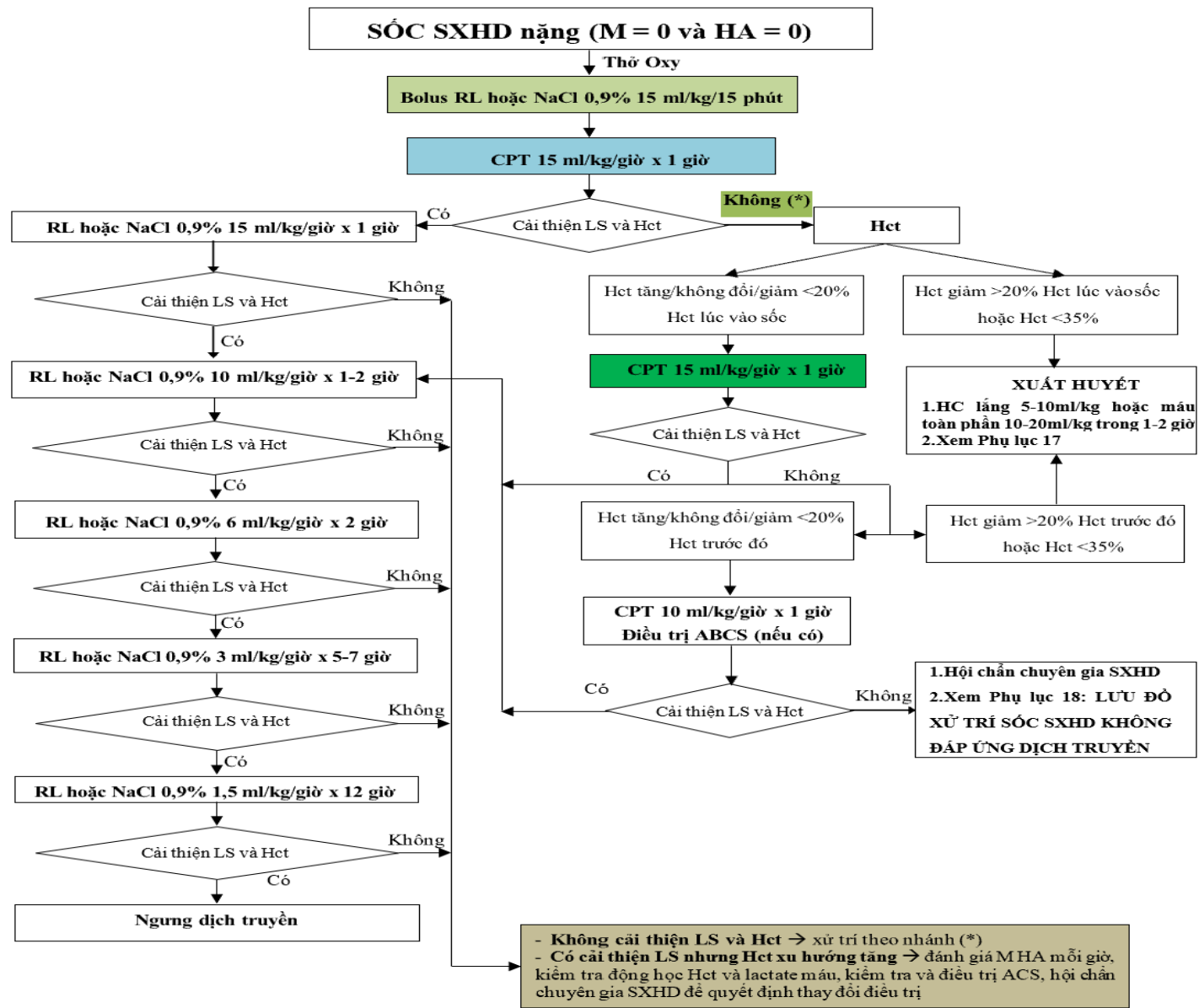
**Lưu ý:**

- Cải thiện LS: M giảm, HA bình thường, hiệu áp >20mmHg
- Không cải thiện LS: M nhanh, nhẹ, HA còn tụt, hiệu áp <20mmHg
- ACS: A-Acidosis (toan máu); C-Calcium (Ca máu); S-Sugar (đường máu)
- Có thể sử dụng giá trị lactate tĩnh mạch (lactate tĩnh mạch cao hơn lactate động mạch 0,5-1 mmol/L)

LS: lâm sàng, CPT: cao phân tử, RL: Ringer lactate

- Không cải thiện LS và Hct → xử trí theo nhánh (\*)

- Có cải thiện LS nhưng Hct xu hướng tăng → đánh giá M HA mỗi giờ, kiểm tra động học Hct và lactate máu, kiểm tra và điều trị ACS, hội chẩn chuyên gia SXHD để quyết định thay đổi điều trị





# TÁI SỐC

## NGUYÊN NHÂN:

- Tăng TTTM nhưng không được bù đủ dịch

## ĐỊNH NGHĨA:

- Tình trạng sốc xảy ra sau khi huyết động đã ổn định tối thiểu **6 giờ** + Hct không thay đổi hoặc tăng so với Hct gần nhất trước đó

## Các yếu tố liên quan tái sốc:

- Sốt lúc vào sốc, nhất là sốt  $>39^{\circ}\text{C}$  [1,2]
- Rối loạn tri giác có nguy cơ tử vong cao [4]
- Xuất huyết tiêu hóa [1, 3-5]
- Ngày vào sốc sớm, khoảng ngày 4 - 5 của bệnh [2, 3, 5]
- Mạch  $>120/\text{ph}$ , HA kẹt  $\leq 10\text{mmHg}$  lúc vào sốc lần đầu [1, 3-4]
- Thời gian mạch, huyết áp trở về bình thường kéo dài [1]
- Thời gian từ lúc sốc đến khi tiểu được lần đầu  $> 8$  giờ [4]
- Chênh lệch DTHC T0 - T6  $\leq 10\%$  [1, 5]

# SỐC KÉO DÀI

## NGUYÊN NHÂN:

- Tăng TTTM nhưng **không được** bù đủ dịch
- Xuất huyết **không được** phát hiện sớm
- Tổn thương tạng: toan máu, hạ đường huyết, viêm cơ tim,...

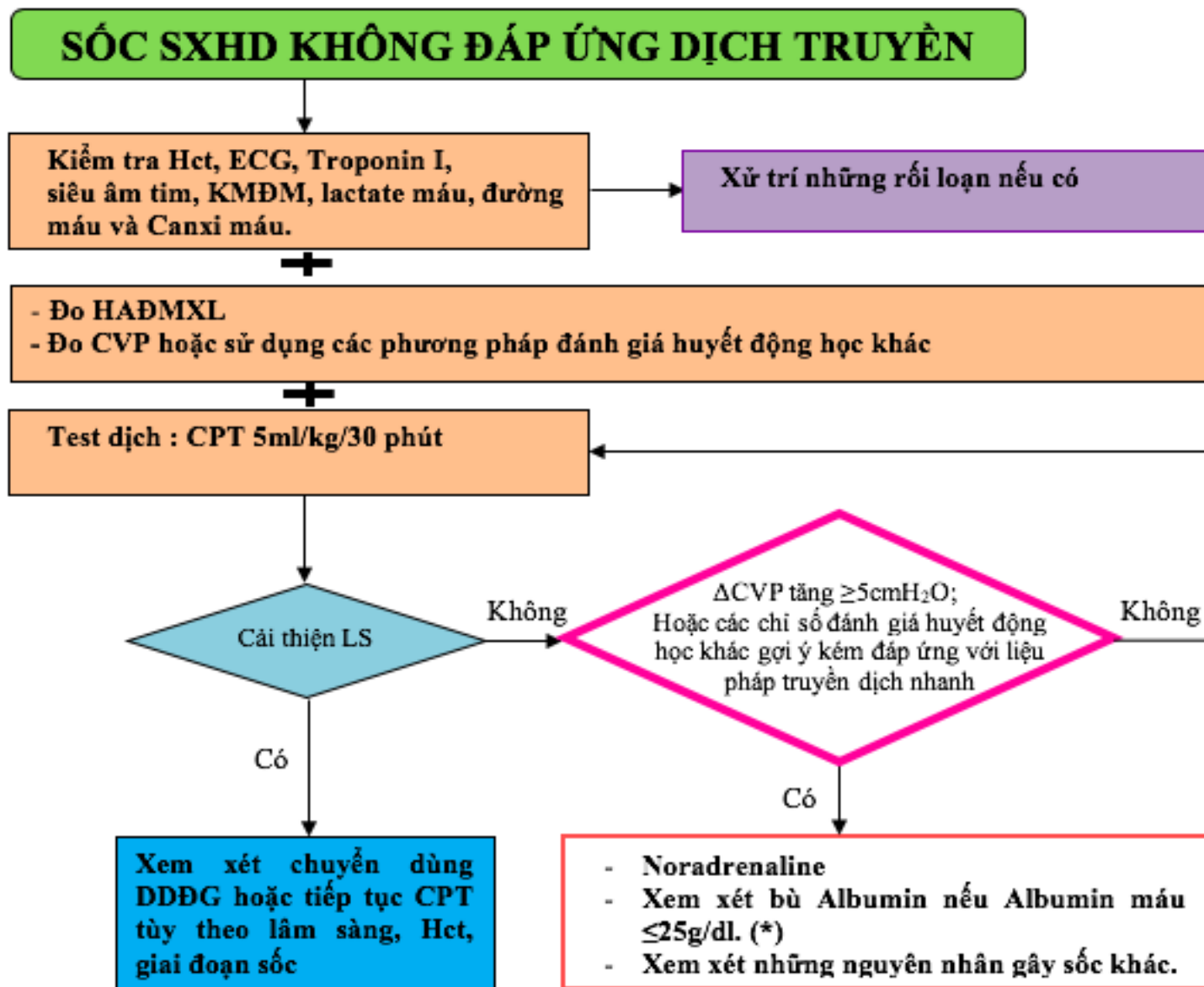
## ĐỊNH NGHĨA:

- Tình trạng huyết động không ổn định  $\geq 6$  giờ hoặc đã bù đủ dịch 40-60ml/kg hoặc tái sốc nhiều lần

# ĐIỀU TRỊ CHỐNG SỐC

Xem xét Albumin khi albumin máu  $\leq 2,5$  g/dL kèm một trong các tình huống sau:

- + Sốc SXHD có huyết động không ổn định  $\geq 6$  giờ chống sốc.
- + Sốc SXHD có huyết động không ổn định sau truyền dịch 40-60 ml/kg.
- + Sốc SXHD tái sốc  $\geq 2$  lần.



(\*): Liều albumin: 1g/kg TTM trong 4-6 giờ. Kiểm tra lại sau truyền.

## Tái sốc hoặc sốc kéo dài

- Nhận định đúng tái sốc: CPT 15-10 ml/kg/h
- Không duy trì CPT trong nhiều giờ
- Có thể dùng CPT nhiều lần (3-4 lần/24h)
- Sau nhiều lần không đáp ứng, dùng vận mạch
- Lưu ý Hct trước và sau khi bù dịch chống sốc: phân biệt thoát dịch/xuất huyết
- Giảm tốc độ từ từ sau lần sốc đầu tiên
- Các lần chống sốc sau: duy trì mức độ vừa phải tùy huyết động, hct, gđ bệnh, tổng lượng dịch

- Khi nghi ngờ bn xuất huyết nội ở bn sốc: **truyền lượng nhỏ HCL (5-10 ml/kg) trong 1-2 h**, truyền máu thêm nếu có đáp ứng LS và có biểu hiện xuất huyết ồ ạt.
- Xem xét chỉ định truyền máu cho những bn không cải thiện LS sau hồi sức thích hợp, đặc biệt khi Hct có xu hướng giảm nhanh và bụng chướng căng, đau.

## SXH phụ nữ có thai

- 3 tháng cuối: M nhanh (tăng 10-15 lần/ph), HA thấp (HATT giảm 5-10 mmHg), tăng cân nhanh, Hct giảm.
- Hct: 31-41% 3 tháng đầu, 30-39% 3 tháng giữa, 28-40% 3 tháng cuối. **Hct tăng khi > 38-40%.**
- Diễn tiến nặng hơn, xuất huyết nặng thường gặp khi sinh hoặc PT ngày 3-6 do giảm TC.
- Trẻ sơ sinh có thể mắc SXH do mẹ lây.

# Điều trị SXHD ở PNCT

- Tương tự như PN không mang thai, NV sản, sản nhi, hoặc đa khoa.
- NV sớm, nên biết Hct ngày 1 hoặc 2.
- Phân biệt giảm TC với các bệnh lý sản khoa HELLP, bệnh gan thoái hóa mỡ cấp,..
- XH nặng: cần loại trừ bệnh lý sản khoa gây XH như nhau bong non, nhau tiền đạo, thai ngoài tử cung vỡ...



## SXHD PNCT: can thiệp sản khoa

- **HC đa CK** để đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ.
- **Nếu chuyển dạ:** dự trữ máu, TCĐĐ trong vòng 6 giờ trước chuyển dạ và trong khi sinh, duy trì TC > 50k nếu sanh ngã âm đạo, > 75k nếu MLT.
- **Thai lưu:**
  - Cần loại trừ các bệnh lý không thể trì hoãn khởi phát chuyển dạ tiền sản giật, HELLP, xuất huyết do nguyên nhân sản khoa, nhiễm trùng.
  - Có thể trì hoãn chấm dứt thai kỳ  $\geq 1$  tuần nếu tổng trạng sản phụ tốt, ối còn, không kèm các nguyên nhân trên.

# TIÊU CHUẨN HỘI CHẨN

## Hội chẩn tại khoa, Nội viện

- SXHD cảnh báo + Hct tiếp tục tăng sau bù DDĐG theo phác đồ.
- **Sốc SXHD nặng.Tái sốc**
- **Sốc SXHD thất bại với bù DDĐG giờ đầu.**
- Khó thở xuất hiện khi truyền dịch.
- Hct tăng quá cao  $\geq 50\%$  hoặc  $\leq 35\%$ .
- XH tiêu hoá: nôn ra máu, tiêu ra máu.
- Có tổn thương gan (men gan  $\geq 400U/l$ ).
- Rối loạn tri giác.
- Chẩn đoán phân biệt nhiễm khuẩn huyết.
- Nhũ nhi < 1 tuổi hoặc dư cân.
- Bệnh lý tim, phổi, thận, mãn tính.
- BS lo lắng hoặc không an tâm khi điều trị

## Hội chẩn tuyến trên

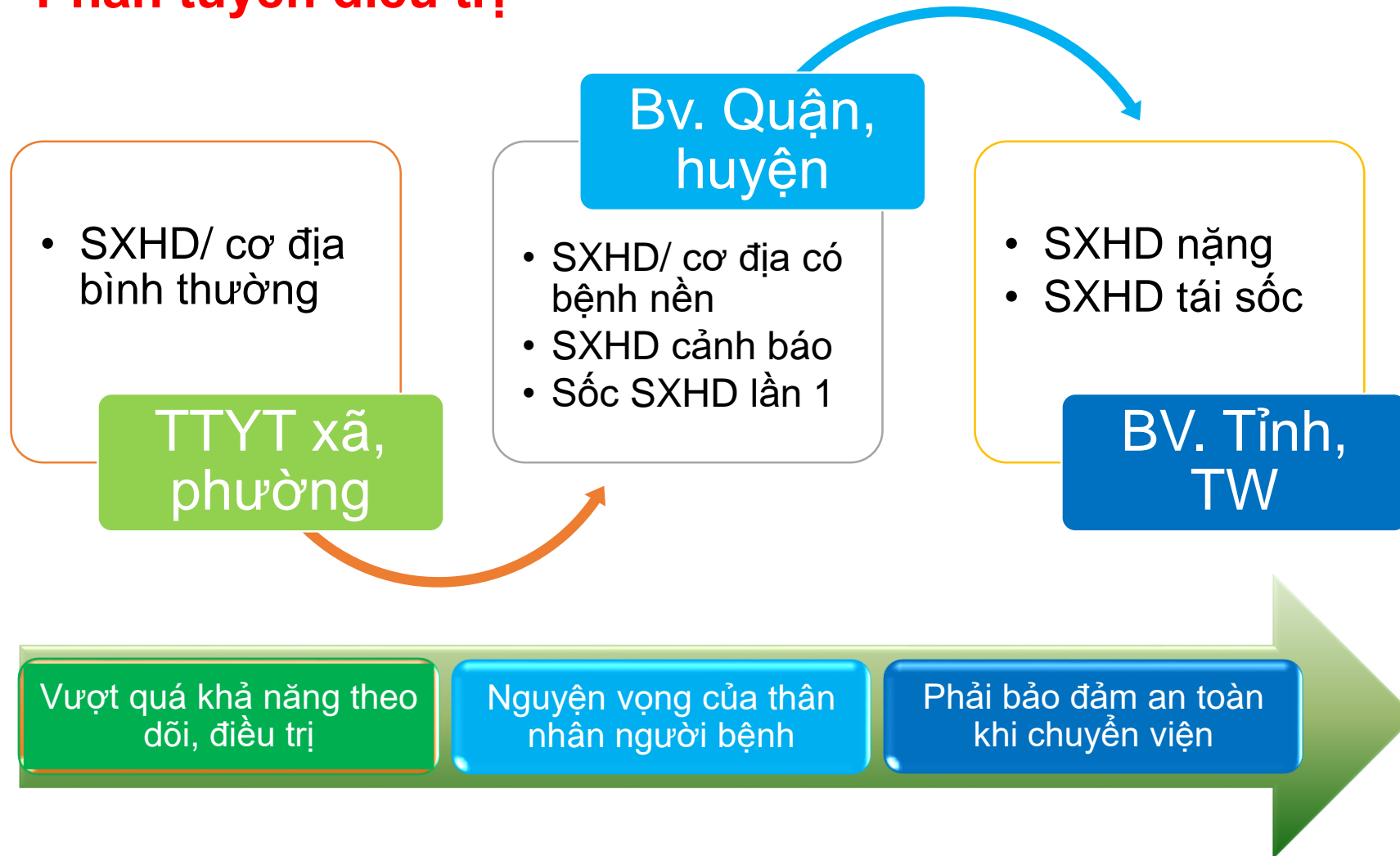
- Sốc kéo dài thất bại với CPT > 100ml/kg và thuốc vận mạch, tăng co cơ tim.
- Tái sốc nhiều lần ( $\geq 2$  lần).
- Suy hô hấp thất bại với thở máy.
- Hội chứng ARDS.
- Suy thận cấp.
- Suy gan cấp.
- Hôn mê/co giật.
- XHTH nặng thất bại với bù máu và CP máu.
- Có chỉ định lọc máu.
- Trước chuyển đến BV tuyến trên.
- Theo ý kiến h/chẩn cần tham vấn tuyến trên.

# TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Hết sốt ít nhất 2 ngày
- Tỉnh, ăn uống được
- M, HA BT, không khó thở, không XH tiến triển
- AST, ALT < 400 U/L
- Hct về BT, TC khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm<sup>3</sup>

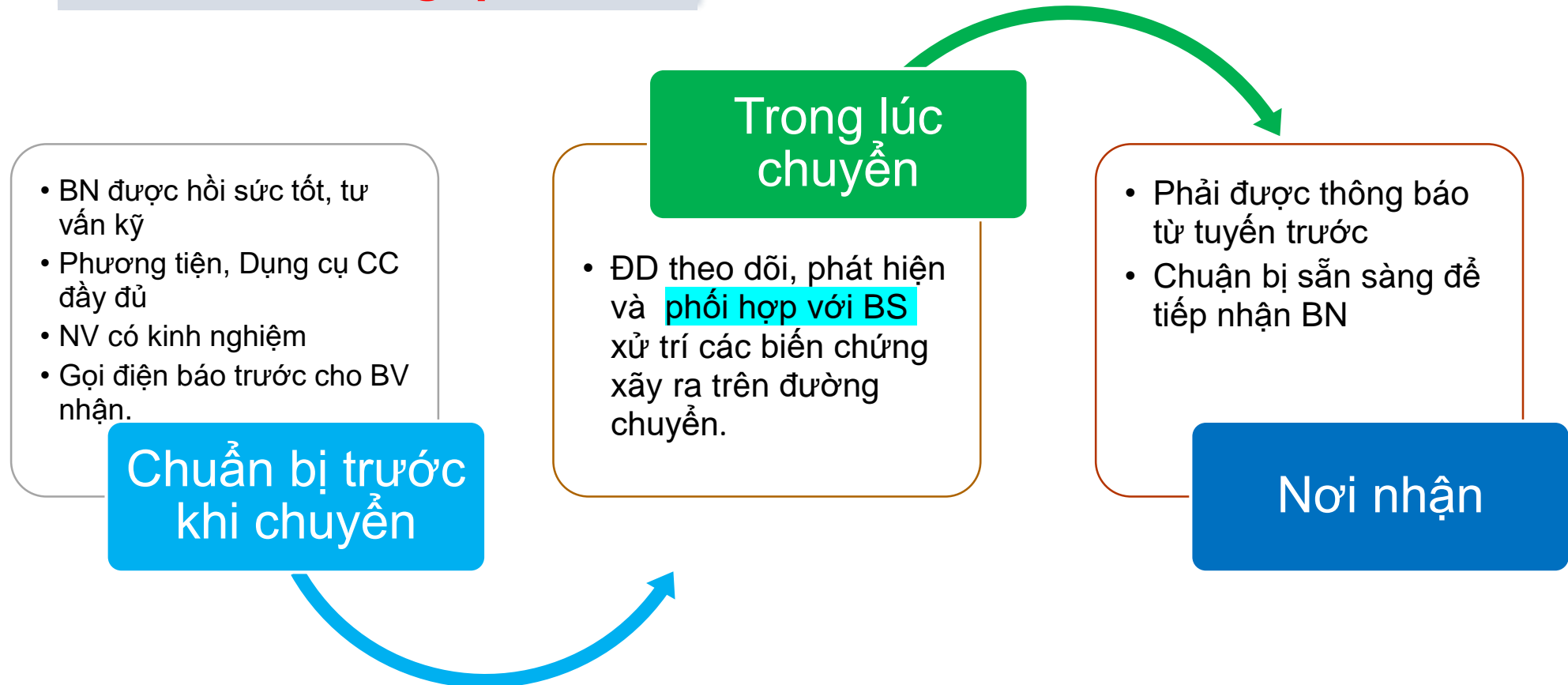
# CHUYỂN VIỆN AN TOÀN

## Phân tuyến điều trị



# CHUYỀN VIỆN AN TOÀN

## Tuân thủ đúng qui trình

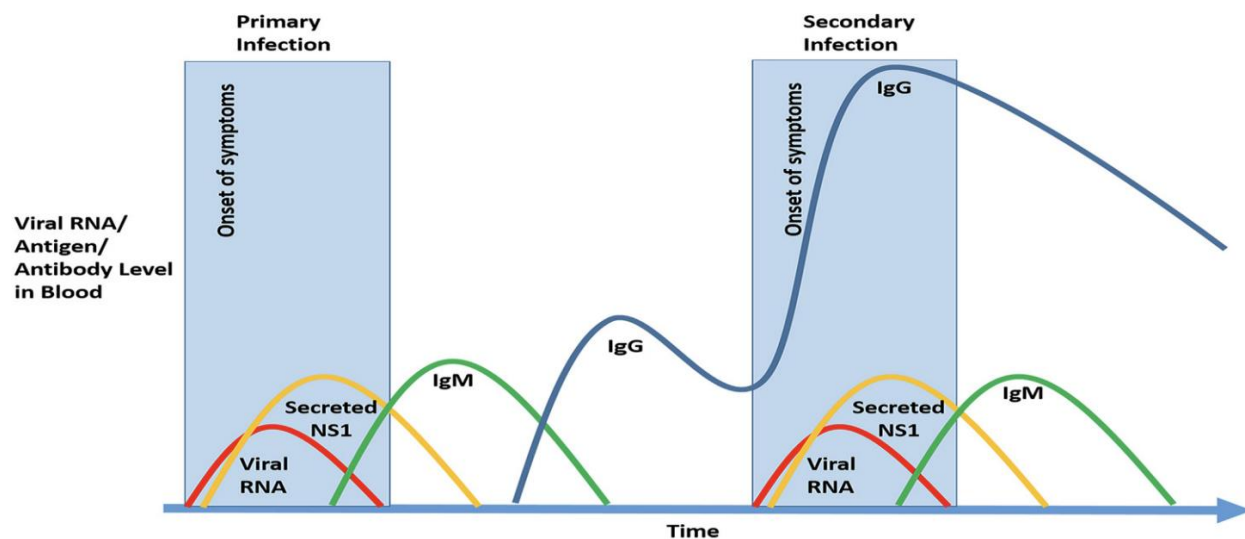




## Tình huống 1

- BN nam, 41 tuổi, TP Vũng Tàu, DTH: làm rẫy Lâm Hà- LĐ 3 tháng nay
- Uống rượu nhiều, mỗi ngày
- N4: sốt cao, mệt mỏi, đau cơ, không tử ban điểm, hạch cổ-bẹn 2 bên
- XN: BC máu 5900, Hct 35%, TC 58k/ul, AST/ALT/GGT:96/57/29, NS1 âm
- N7: còn sốt cao, tim nhanh 105
- BC 21100, L 45%, Hct 34%, TC 7k/ul, KSTST âm, AST/ALT 110/86, SA tràn dịch màng phổi, bụng, tim ít, EF 50%, Troponin I BT.
- Rx: KS imipenem, Pred 50 mg/ngày, TCĐĐ 18 đv (TC thử lại: 5k/ul), HC CK nhiễm, CK HH
- CK nhiễm: MAC Elisa Dengue
- CK HH: Huyết đồ, tủy đồ, ferritin, điện di Hb, LDH, beta 2 macroglobulin, HIV, CMV, EBV, ANA, anti ds DNA.

- MAC Elisa Dengue (+)
- N10 tủy đồ: có hiện tượng thực bào, histiocyte 7%.
- Cây máu: âm





## Tình huống 2

- BN nam, 75 tuổi, Q Bình Tân, THA
- Ngày 1: (bv quận) sốt cao, ho đàm, khó thở 26 lần/phút, phổi ran nổ đáy phải, SpO2 89%, BC máu 7570, N77%, Hct 44%, TC 101, AST/ALT 58/18
- XQ phổi: đám mờ đáy phổi phải, bóng tim to, CRP 30, PCR cúm âm, cấy máu âm
- SA tim: EF 65%, Troponin I 16, ECG nhịp xoang 90, ngoại tâm thu
- N4: giảm sốt, BC 2460, Hct 47%, TC 20

**Tình huống 3:** Bn nữ, 24 tuổi, ngày 6. NS1 dương

Thời điểm	LS	CLS	Xử trí
PK tự	M 58, HA 79/48	Hct 33%	NaCl 0,9% 1000 ml nhanh
BV tỉnh, 16h30	M 58, HA 80/50	Hct 38%, troponin I 5,3, lactate 1,2	HES 6% 10 ml/kg/h
BV tỉnh, 17h30	M 57, HA 80/50	Hct 33%	HES 6% 10 ml/kg/h HCL 1 đv 350 ml
BV tỉnh, 18h30	M 52, HA 90/60		LR 6 ml/kg/h x 2
BV tỉnh, 20h30	M 50, HA 90/60		LR 3 ml/kg/h
BV BNĐ, 22h30	M 60, HA 90/60, rõ, chi ấm, CRT < 2s	Hct 35%	<b>XỬ TRÍ ??</b>

**Tình huống 4:** Bn nữ, 25 tuổi, N2, NS1 (+), **BMI 25**, Hct 40%, TC 110 → **NV**

	M	HA	ĐỘ ẤM CHI, CRT	NƯỚC TIỂU	DTHC	Dịch
N2					40%	
N5					48%	
<b>N6 (T0)</b>	<b>95 nhẹ</b>	<b>90/70</b>	<b>mát, CRT 3"</b>		<b>52%</b>	<b>LR 15</b>
T1	78 rõ	100/75	ấm, CRT < 2"		48%	LR 10
T2	75 rõ	100/70	ấm, CRT < 2"	100		LR 10
T3	80 rõ	100/60	ấm, CRT < 2"		44%	LR 6
...						LR 6
<b>T8</b>	<b>100 nhẹ</b>	<b>100/80</b>	<b>mát, CRT 3"</b>		<b>54%</b>	<b>Xử trí?</b>

**Tình huống 5:** bn nữ, 24 tuổi, NS1(+), BMI 22,8, ngày 4, chảy máu răng, AST/ALT 157/62, TC 23

Thời điểm	LS	CLS	Xử trí
N4-T0	M nhẹ 90, HA 100/85, chi mát, CRT 3	Hct 51%	LR 15
T1-2	M rõ 72, HA 105/80, chi ấm, CRT < 2	Hct 42%	LR 10 x 2
T3	M rõ 78, HA 110/80, chi ấm, CRT < 2	Hct 40%	LR 6 x 2
T5	M rõ 78, HA 110/80, chi ấm, CRT < 2	Hct 41%	LR 3 x 7 LR 1,5 x 5
N5- T18	M rõ vừa, HA 100/80, chi mát, CRT 2,5	Hct 45%	<b>Xử trí?</b>

## Tình huống 6: BN nữ, 35 tuổi, BMI 26, NS1 (+), N6

Thời điểm	LS	CLS	Xử trí
N5-T0-T30 BV huyện	95, 110/90, 3s, tái sốc 1 lần T12	49%--41%	160 ml/kg/30h LR 80, HES 80
N6- T35 BV tỉnh	M121 rõ vừa, HA 110/85, chi hơi mát, CRT < 2s, NT 24, lĩnh phình	51% kđm, lactate, troponin I BT	<b>Xử trí?</b>

**Tình huống 7:** Bn nam, 30 tuổi, BMI 23, ngày 4, NS 1 (+), HIV ARV 2 năm

Thời điểm	LS	CLS	Xử trí
N3	Chưa sóc	Hct 51%, TC 156	
N4-T0	M 110, HA 110/90	Hct 47%, TC 39	LR 15, 10 x 2
T3	M112, HA 110/90, 3s, chi mát, bụng lành phình, đau	Hct 45%, TC 19 KM	HES 15
...	M99, 110/70, > 2s	Hct 35% T4, , 30% T6, 30% T8	LR 10 x2, 6 x2, 3 x 7
T14	M99, HA 95/70, 3s, chi mát, bụng căng đau	35%	<b>Xử trí??</b>

- BN nghi ngờ XH: thăm trực tràng, hematoma chỗ tiêm, SA: chú ý XH các nơi khác như màng bụng, bao lách, cơ thắt lưng chậu, khai thác TC loét dd-tt, kháng đông...
  - XN: theo dõi sát Hct, đông máu, TC, AST/ALT, lactate
  - Cần loại trừ sốc tim: ECG, troponin, SA tim
  - Mục tiêu: TC > 50k, Hct > 35-40%, INR > 1,5. Fibrinogen > 1g/l
  - Chống sốc bằng dd điện giải và HCL
- bn này SA lần 2 phát hiện XH ổ bụng, đông máu bình thường, men tim bình thường
- Truyền 5 đv HCL, 12 TCĐĐ, 6 đv HTĐL, HC ngoại mạch máu và ngoại tổng quát

**Tình huống 8:** Bn nam, 16 tuổi, N6, NS 1 dương, không TC covid-19

- BV tỉnh: M 126, HA 80/50, Hct 37% (hct ngày 2 40%), tuyền trước chống sốc LR + HES # 50 ml/kg/6h.
- BV BNĐ: M rõ vừa 120, HA 80/50, chi còn ấm, CRT < 2s, Hct 43%
- Xử trí tiếp???



- IVC xẹp, troponin 13, SA tim EF 62%, không dẫn gốc ĐM vành (3mm), CRP KMĐM bt , lactate 2,8
- sau 2h bù dịch tinh thể, noradrenalin 8 mcg/phút, HA 110/60, M 88, Hct 43%. 4h sau: EF 50%, troponin 3000 12h sau: EF 30%, troponin I > 31 000

**Tình huống 9:** Bn nữ, 70 tuổi, TC hen, bệnh ngày 3, sốt, NS1 dương, BC 5210, Hct 40,8%, TC 91, PCT 0,3. M 105, HA 70/50. NaCl 0,9% 15 → 10 → 6 → 6 ml/kg/h → chuyển BV BNĐ

- M 100, HA 120/80, NT 22, CRT < 2s, phổi ran ngáy, chi ấm, CRT < 2s, Hct 45%, TC 62, NS1 dương

→ **Xử trí??**

- KMĐM BT, lactate 1,2, AST/ALT 117/64, crea 61, troponin I 7340 pg/ml, ECG: ST chênh lên V2-V4, T âm aVR, nhịp xoang 105, SA tim: rối loạn vận động vùng, EF 50%

## TÌNH HUỐNG 10: BN nữ N2, sốt ói, thai 8 tuần, BMI 26,2

	Lâm sàng	Xét nghiệm	Xử trí
N2	Sốt cao M HA ổn	NS1+ AST/ALT 21/19 Hct 31% TC 45k/uL	Oresol TD M HA/6h
N3	Còn sốt cao M HA ổn	Hct 30.5% TC 18k/ul	Oresol TD M HA/6h
N4 (thứ 6)	M HA ổn	Hct 31.2% TC 17k/ul	
N5 (thứ 7)	M HA ổn	Hct 37% TC 11k/ul	
N6 (CN)	M HA ổn Tiêu phân dính ít máu	5h: Hct 41.4% TC 10k/ul 17h: Hct 37.8% TC 4k/ul	Truyền TCĐĐ
N7 (thứ 2)	M 76, HA 12/8 Ra ít huyết âm đạo	5h: Hct 34.2% TC 11k/ul 17h: Hct 33.8% TC 10k/ul ĐHTG 50mg%	Truyền TCĐĐ Truyền Glucose 10%
N8	Lơ mơ M 120, HA 9/6 Thở 30 lần/ph, SpO2 90%	5h: Hct 25.8% TC 36k/ul	Chuyển ICU

## Tình huống 11: BN nữ, 27 tuổi, N5, BMI 22, TĐ2 3 năm, bỏ trị 2 tháng nay

	Lâm sàng	Xét nghiệm	Xử trí
T1	M nhẹ 84, HA 95/80, CRT 2,5s, chi mát, NT 20, tử ban điểm	Hct 53%, ĐH 300	LR 15 ml/kg/h (750 ml)
T2	M 90, chi ấm hơn, CRT 2s, HA 100/75, NT 24	- Hct 47%, ĐH 309 -BC 4.7, TC 42, AST/ALT 489/200, cre 66, NS1 (+), pH 7,2, HCO3 9,7, lactate 2.5, Na 137, K 4,5, AG= 34, ceton 5,6	LR 1000 ml/1h (CCC giọt/ph) Actrapid 5 UI/h
T3	M 88, HA 110/80, CRT < 2s, NT 24, Chi ấm, tiểu 400 ml	ĐH 327	LR 1000 ml/1h (CCC giọt/phút) Bù Kali (2 ống+ 500 ml NaCl 0,9%) XXX giọt/phút
T4-5	M 100, HA 110/80	Hct 47%, ĐH 310	LR 6ml/kg x 2 Tăng Actrapid 7.5 UI/h
T6	M 97, HA 110/80	Hct 47%, ĐH 222 AG 16, pH 7,42, HCO3 19, K 3,6	LR 3 ml/kg/h x 7h Actrapid 3 UI/h
T13- 24	M 100, HA 110/80, Tiểu 2500 ml/12h	ĐH 190- 220, K 3,7	Bù Kali, LR 1,5 ml/kg/h, G 5% XXX giọt/ph
T24	M 95, HA 115/85, tiểu 4,9 lít/24h Σ tinh thể 5990 ml (120 ml/kg/24h), G5% 1500 ml	ĐH 143, Hct 49%, ceton 0,67, TC 18k, pH 7,48, HCO3 19, AG 10	Ngưng dịch, Mixtard TDD
T30-36 (N6)	M rõ vừa, 108, HA 90/70, CRT 2,5 s, NT 24, bụng hơi linh phình	Hct 51%, ĐH 230, Albumin 30	HES 6% 10 -> 6 -> 3x 2 -> 1,5 x 2 ml/kg/h → ngưng

# THÔNGIỆP

- Chẩn đoán sốc đúng thời điểm, điều trị đúng, tránh sốc kéo dài.
- Điều trị sốc SXH-D chủ yếu bằng dung dịch tinh thể  $\pm$  dd keo. Đôi khi xem xét chỉ định truyền máu.
- Chú ý các dấu hiệu tổn thương tạng/ SXH-D NL
- Các trường hợp khó: phác đồ chỉ có tính tham khảo, cần hội chẩn tổ chuyên gia, hội chẩn nhiều chuyên khoa