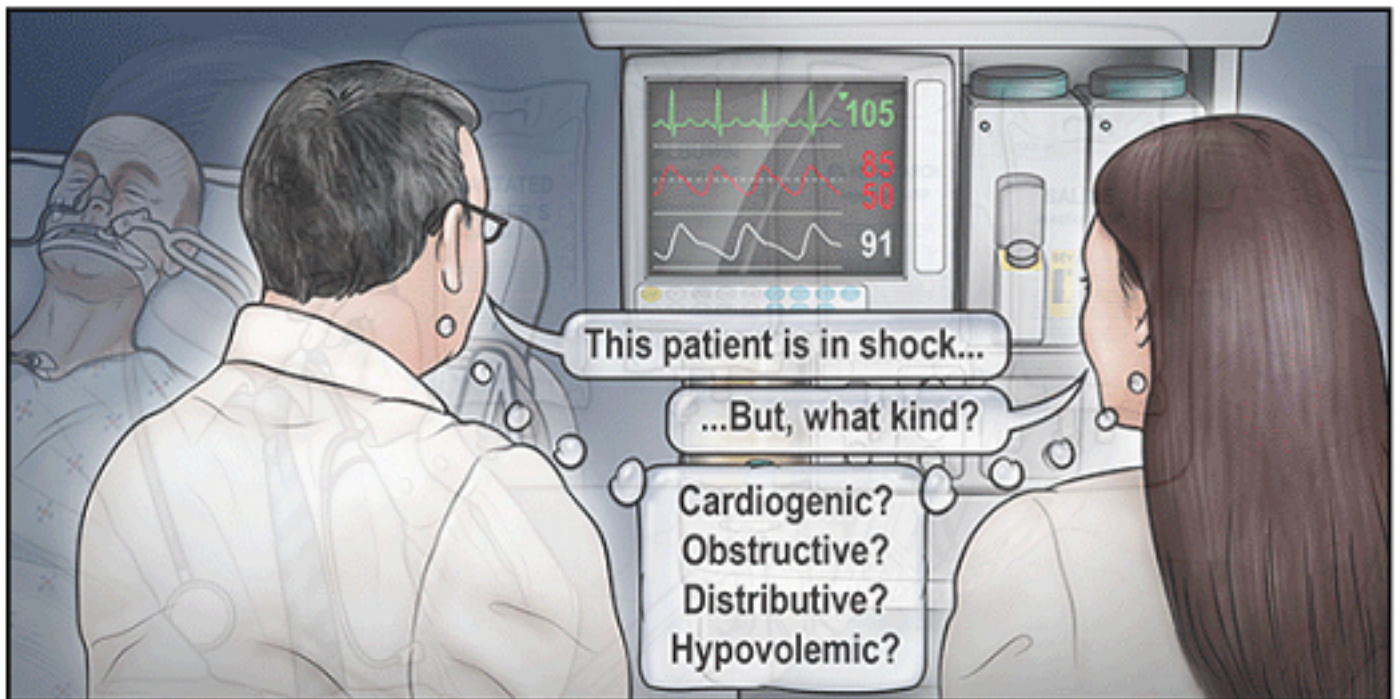


Bs Nguyễn Tìn Hồng - Khoa ICU

Mở Đầu:

Sốc là một tình trạng suy tuần hoàn đe dọa tính mạng thông qua xảy ra với biểu hiện hạ huyết áp, ngoài ra bệnh nhân còn có thể có sự thay đổi các dấu hiệu sinh tồn cũng như gia tăng nồng độ lactat máu. Sốc có thể hội chứng nhưng cũng có thể nhanh chóng tiến triển đến không hội chứng nếu không được điều trị thích hợp. Vì vậy, khi bệnh nhân vào viện trong bối cảnh hạ huyết áp chưa rõ nguyên nhân hay nghi ngờ có sốc, điều quan trọng là các bác sĩ lâm sàng phải nhanh chóng xác định nguyên nhân và đưa ra những phương pháp xử trí thích hợp để ngăn ngừa tử vong hoặc di chứng suy đa cơ quan và tàn phế.

Bài viết này sẽ tóm lược các biểu hiện lâm sàng cũng như chẩn đoán ban đầu và tiếp cận điều trị đối với những bệnh nhân có biểu hiện hạ huyết áp hay nghi ngờ sốc chưa rõ nguyên nhân.



ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

Sốc được xác định bệnh nhân là mất giai đoạn cân bằng oxy tissue và mô do suy giảm oxy hóa, gia tăng nhu cầu oxy cũng như dòng oxy không hợp lý. Bệnh trạng này hầu hết xảy ra khi có hiện tượng suy tuần hoàn bị ức chế hoặc do hiện tượng huyết áp.

Ngay khi ta chia ra 4 loại sốc như sau:

Sốc phân bố	Sốc tim	Sốc giảm thể tích	Sốc tắc nghẽn
Sốc nhiễm trùng SIRS Sốc thần kinh Sốc phản vệ Sốc chất độc Sốc nội tiết Bệnh gan giai đoạn cuối	Nhồi máu cơ tim Rối loạn nhịp Bệnh lý van tim	Sốc mất máu Sốc không mất máu	Thuyên tắc phổi Tăng áp phổi Tràn khí màng phổi áp lực Viêm màng ngoài tim co thắt Bệnh cơ tim hạn chế

KHI NÀO NÊN NGHĨ ĐẾN SỐC

Biểu hiện lâm sàng: Bệnh nhân biểu hiện lâm sàng liên quan đến sốc tùy thuộc vào các nguyên nhân khác nhau và giai đoạn của sốc (tiền sốc, sốc, rối loạn chức năng cơ quan).

Các biểu hiện giúp chúng ta nghĩ đến sốc bao gồm:

Đánh giá, tiếp cận ban đầu và xử trí bệnh nhân nghi ngờ sốc

Vị trí biên tập viên

Thứ ba, 27 Tháng 8 2019 17:40 - Lần cập nhật cuối: Chủ nhật, 01 Tháng 9 2019 09:08

Huyết áp: huyết áp xảy ra ở phần lớn các bệnh nhân sốc. Huyết áp có thể thấp (HATT < 90 mmHg, MAP < 65 mmHg); tăng (HATT giảm > 40 mmHg), huyết áp thấp (giảm HATT > 20 mmHg hay HATr > 10 mmHg ít thường) hay huyết áp rất thấp phải phụ thuộc vào thu nhập của mỗi bệnh nhân.

Tuy nhiên, bệnh nhân ở giai đoạn đầu của sốc có thể có huyết áp bình thường hoặc tăng; ngược lại, cũng có bệnh nhân có huyết áp nhưng không có sốc (Huyết áp mất tính, huyết áp do thu nhập, rối loạn thần kinh trung ương, bệnh mạch máu ngoại vi...).

Nhịp nhanh: đây là một cơ chế bù trừ sớm ở bệnh nhân sốc, nó cũng có thể xảy ra đáng kể với huyết áp. So với bệnh nhân già, bệnh nhân trẻ tuổi thường có nhịp rất nhanh và dài đáng kể khi chuyển sang huyết áp ở giai đoạn sau của sốc. Sự xuất hiện của nhịp nhanh thường dễ gây chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý khác ở nhóm bệnh nhân này.

Thiêu niệu: thiêu niệu trong sốc có thể do các shunt nội tạng đưa máu đến các cơ quan sống còn, thận thường trở tiếp nhận thận (các thuốc đưa cho thận như aminoglycosid) hay do suy giảm thể tích lòng mạch (nôn mửa, tiêu chảy, xuất huyết).

Thay đổi ý thức: thay đổi ý thức trong sốc thường do tình trạng giảm tưới máu não cũng như hiện tượng toàn chuyển hóa trong hệ thần kinh trung ương. Nó là một quá trình liên tục kích thích đến lúc lú lẫn và sau cùng là hôn mê.

Thở nhanh: thở nhanh cũng là một trong các cơ chế bù trừ sớm ở bệnh nhân sốc và thường gặp ở hầu hết trong các trường hợp nhiễm toan chuyển hóa. Vì nhịp thở thường được đánh giá thường xuyên ở bệnh nhân nhiễm toan, nó là một công cụ hữu ích để đánh giá nguy cơ diễn tiến xấu trên lâm sàng. Với tầm quan trọng của nó, nhịp thở đã được sử dụng như là một trong những tiêu chí để đánh giá thang điểm qSOFA trong nhiễm khuẩn huyết.

Làn da chi, vã mồ hôi, xanh tím da: da lạnh, ẩm ướt thường do hiện tượng co mạch ngoại vi để tăng tưới máu do các cơ quan sống còn. Da xanh tím, lan rộng trên da thường xuất hiện muộn và có thể là dấu hiệu tiên lượng trong sốc. Tuy nhiên các biểu hiện trên có thể xuất hiện trong các bệnh lý mạch máu ngoại vi biên; mặt khác, trong giai đoạn sớm của sốc phân bố (chưa có hiện tượng bù trừ) hay sốc tiến cùng (suy giảm khả năng co mạch bù trừ) bệnh nhân có thể

có các biểu hiện như, sung huyết da.

Nhiễm toan chuyển hóa: nhìn chung, tình trạng nhiễm toan chuyển hóa tăng anion gap thường giúp nghĩ nhiễm độc trên lâm sàng. Tuy nhiên, biểu hiện này cũng không đặc hiệu và có thể gặp trong tình trạng thận cấp cũng như ngộ độc thuốc, hóa chất.

Gia tăng nồng độ lactat máu: có thể liên quan với nhiễm toan chuyển hóa hoặc không. Sự gia tăng nồng độ lactat máu có ý nghĩa tiên lượng mức độ nặng. Mối liên quan giữa gia tăng lactat máu và tình trạng đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu về các tình trạng bệnh lý khác nhau, bao gồm chấn thương, nhiễm khuẩn huyết hay sau ngừng tuần hoàn hô hấp.

“Hiện tại các biểu hiện lâm sàng trên có thể nhẹ và đặc hiệu không cao trong việc chẩn đoán sốc. Tuy nhiên, hiện tượng biểu hiện lâm sàng cũng là có thể cung cấp cho chúng ta manh mối để xác định nguyên nhân bên dưới cũng như thu hẹp các chẩn đoán phân biệt và cuối cùng, giúp chúng ta đưa ra được một phương pháp xử trí thích hợp tại thời điểm thăm khám”.

TIẾP CẬN BAN ĐẦU

Đánh giá đường thở, nhịp thở, tuần hoàn:

Sơ cứu tiên hàng đầu là phải nhận định đường thở và cách thở của bệnh nhân với oxy và/hoặc thông khí cơ học khi cần thiết. Nhận định đường thở truyền thống là nhìn cổ họng để đánh giá đường thở và cách thở của bệnh nhân với oxy và/hoặc thông khí cơ học khi cần thiết. Nhận định đường thở truyền thống là nhìn cổ họng để đánh giá đường thở và cách thở của bệnh nhân với oxy và/hoặc thông khí cơ học khi cần thiết.

Nhận định bệnh nhân có suy hô hấp và/hoặc huyết động không ổn định cần được đặt nội khí quản. Truồng hô hấp ngoài là tràn khí màng phổi áp lực (nhau chóng giải phóng khí từ màng phổi có thể nhanh chóng cải thiện sốc và tránh được việc đặt nội khí quản vì thông khí nhân tạo có thể làm nặng thêm mức độ tràn khí và có thể gây ngừng tim). Nhận định thuốc làm giảm kích thích khi đặt nội khí quản, thuốc có thể dùng bao gồm etomidate (0.3 mg/kg tiêm tĩnh mạch), ketamine (1-2 mg/kg tiêm tĩnh mạch) hay các thuốc ức chế thần kinh nhanh như succinylcholine (1 mg/kg tiêm tĩnh mạch), rocuronium (1-1.5 mg/kg tiêm tĩnh mạch). Nhận định thuốc làm nặng thêm tình trạng huyết áp như midazolam, propofol không nên được sử dụng.

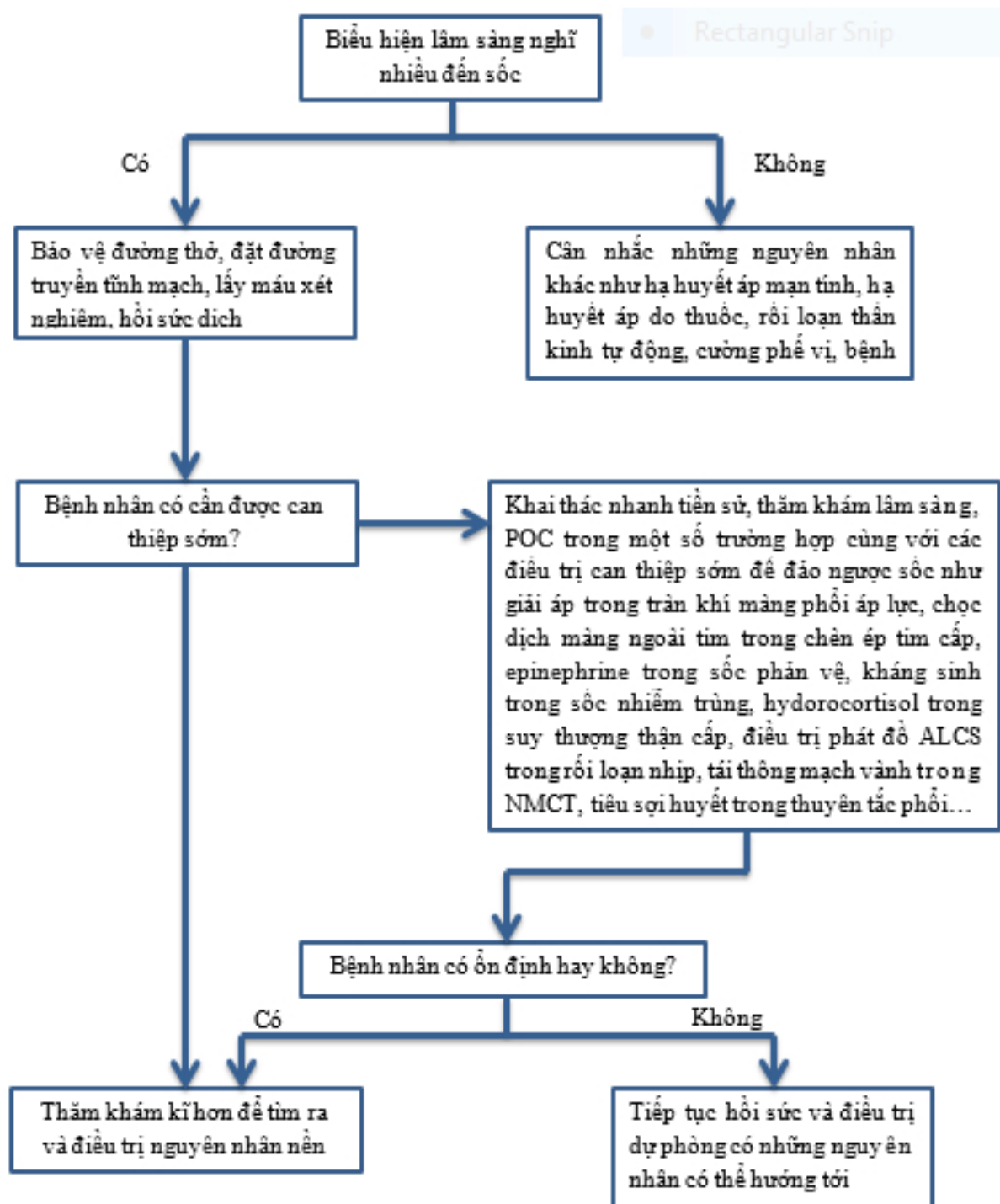
Đường truyền tĩnh mạch ngoại vi biên (14-18 G) hay đường truyền trong xương là đường đi ưu tiên bệnh nhân sốc hay hạ huyết áp. Tuy nhiên, đường truyền tĩnh mạch trung tâm nên được đặt trong trường hợp không lấy được đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, cần phải bù mất số lượng mất do chảy và/hoặc các chấn thương có máu hay trong trường hợp cần sử dụng thuốc vận mạch kéo dài. Đường truyền tĩnh mạch trung tâm cũng hữu ích cho bệnh nhân cần lấy máu thông qua xuyên da làm xét nghiệm hay theo dõi huyết động (CVP, đảm bảo hòa oxy tissue tĩnh mạch trung tâm).

Phân tích nguy cơ

Khi bệnh nhân vào viện với hạ huyết áp chưa rõ nguyên nhân hay sốc, các bác sĩ lâm sàng nên phân loại bệnh nhân dựa trên mức độ nặng của sốc và sử dụng thời gian để có thể can thiệp ngay lập tức để nhanh chóng đưa ra các phương pháp điều trị.

- Cần thực hiện rất nhanh việc khai thác tiền sử cũng như thăm khám lâm sàng cùng với một số xét nghiệm tức thì ngay như ECG... để đánh giá nhanh xem bệnh nhân có cần các phương pháp điều trị sơ mẫn để ngăn ngừa sốc.

- Bệnh nhân bệnh nhân nhẹ hơn hay có huyết động ổn định cần được đánh giá thêm để tìm nguyên nhân bên dưới trong khi hội sốc. Đây là khoảng thời gian phù hợp để làm các xét nghiệm cần lâm sàng cũng như chẩn đoán hình ảnh để đưa ra chẩn đoán chính xác, khi đó sẽ có những phát hiện điều trị phù hợp hơn. Tuy nhiên việc đánh giá này cũng cần được thực hiện rất nhanh vì bệnh nhân có thể nhanh chóng chuyển biến xấu hơn. Do đó có thể chuyển hướng sang các chẩn đoán ban đầu khác và đưa ra các phương pháp điều trị khác phù hợp hơn.



Thứ ba, 27 Tháng 8 2019 17:40 - Lần cập nhật cuối: Thứ ba, 01 Tháng 9 2019 09:08

Bản quy định này có hiệu lực kể từ ngày ban hành.