

BS Phạm Văn Thanh -

Liều pháp dịch truyền, dùng để khôi phục và duy trì thể tích máu mô là một phần của quản lý thể tích quy cho hầu hết các bệnh nhân nguy kịch. Tuy nhiên, vì quá nhiều hoặc quá ít dịch có thể có tác động tiêu cực đến kết cục của bệnh nhân, nên việc truyền dịch phải được hiểu chính xác hơn cho từng bệnh nhân. “Cứu hộ, tưới u hóa, nên dừng, xu hướng thang” (SOSD) là một gợi ý nên được sử dụng như một hướng dẫn chung để hiểu dịch và quản lý dịch nên được điều chỉnh theo diễn biến bệnh. Trong giai đoạn cứu hộ ban đầu, dịch cứu hộ không nên được sử dụng tối thiểu. Sau khi thiết lập phương pháp theo dõi huyết động, nên tưới u hóa việc truyền dịch bằng cách xác định tình trạng dịch của bệnh nhân và nhu cầu cần truyền dịch thêm. Tuy nhiên, quy trình này có thể khó khăn; các chuyên gia lâm sàng của giám đốc, chuyên gia nhân viên sơ tim, huyết áp, và liều lượng nước tiểu, có thể không cho thấy sự mất cân bằng thể tích, và phù là dấu hiệu của tình trạng quá tải dịch. Các nghiên cứu pháp động và khả năng đáp ứng bù dịch như áp lực mạch hoặc biến thiên thể tích nhất bóp có thể được sử dụng để hỗ trợ bệnh nhân nguy kịch và do đó, kết quả test nước tiểu động được sử dụng để đánh giá nhu cầu và dịch. Một khi bệnh nhân đã nên dừng, các nước nên bắt đầu tập trung vào việc loại bỏ dịch thừa. Loại dịch nào nên được sử dụng vẫn là vấn đề tranh luận. Các dung dịch tinh thể rõ hơn so với các dung dịch keo, nhưng các dung dịch keo thì tồn tại trong khoảng nội mạch một thời gian dài hơn, làm giảm khả năng phù nề. Do đó, dịch tinh thể và dịch keo nên được sử dụng cùng nhau, đặc biệt là những bệnh nhân có khả năng cần thể tích dịch lớn. Albumin người là một dịch keo tự nhiên và có thể có tác động lợi ích ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết ngoài hiệu quả thể tích của nó. Các loại dịch nên được kê đơn như là các loại thuốc khác, có tính đến các yếu tố bệnh nhân, quá trình bệnh, và các phương pháp điều trị khác.

[Xem tiếp tại đây](#)