

SỐC NHIỄM KHUẨN

I. CHẨN ĐOÁN SỐC NHIỄM KHUẨN

1. Chẩn đoán xác định: có đủ 3 tiêu chuẩn sau

- Nhiễm khuẩn nặng có nguồn nhiễm khuẩn
- Rối loạn chức năng ít nhất 1 cơ quan
- Hạ huyết áp không đáp ứng với bù dịch

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc giảm thể tích:
- Sốc tim:
- Sốc phản vệ:

II. XÉT NGHIỆM

1. Công thức máu: Giảm bạch cầu: Tiên lượng nặng

Tiểu cầu giảm, PT và Fib giảm

2. Sinh hóa máu: Ure, Creatine tăng, Lactat > 4 mmol/L

3. Cây máu: Dương tính nhưng cũng có thể âm tính

III. ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN

A. Xử trí cấp cứu

1. Kiểm soát, duy trì đường thở và hô hấp.

- Cho thở Oxy đảm bảo $SpO_2 > 92\%$

- Đặt NKQ sớm và thở máy cho các BN có RL ý thức, tím hoặc không cải thiện với thở Oxy, không khôi phục được huyết động.

2. Khôi phục tuần hoàn

- Đặt Catheter TMTT: Truyền dịch theo CVP.
- Cấp cứu tích cực trong 6h đầu cho SNK bằng: Dịch truyền, Khôi hồng cầu, Dopamin, Dobutamin hoặc Noradrenalin
- + Duy trì ALTMTT 8-12cmH₂O
- + Duy trì H.A trung bình > 65mmHg

3. Kháng sinh và kiểm soát ổ nhiễm khuẩn

- Lấy bệnh phẩm làm XN vi khuẩn trước khi dùng KS
 - Dùng KS sớm, đường TM trong 1-3h đầu
- KS ban đầu theo kinh nghiệm: Cephalosporine thế hệ 3,4 + Aminoglycoside hoặc Quinolone
- Điều trị ngoại khoa/dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn sớm nếu có thể

4. Các điều trị hỗ trợ

- Kiểm soát đường máu: Duy trì Glucose máu ở mức 6-10mmol/l
- Corticoid: Nếu nghi tới suy thượng thận cấp hoặc sốc kém đáp ứng với thuốc vận mạch

- Phòng tổn thương ống tiêu hoá do stress: thuốc ức chế bơm Proton hoặc kháng H₂

5. Một số điều trị khác

- Dự phòng huyết khối tĩnh mạch, điều trị D.I.C

- Lọc máu liên tục, tim phổi nhân tạo nếu cần