

**CASE SỐT XUẤT HUYẾT**  
**GIẢNG VIÊN BS NGUYỄN HUY LUÂN**  
**BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2**



### **III. BỆNH SỬ:**

- Em sốt từ 1-2 giờ sáng T3( 18/2/2020 ) → 21/2/2020 giữa ngày 4
- N1: Em sốt cao liên tục 39-40oC, đáp ứng kém với thuốc hạ sốt , nôn # 2 lần/ ngày lượng ít, không máu ,chảy máu mũi ít, 1 lần, tự cầm, kèm đau mỗi cơ khắp người → Khám BS tư , điều trị thuốc uống không rõ
- N2- N3 : Em còn sốt cao liên tục, buồn nôn, nôn **2-3** lần, ra thức ăn, không lẫn máu, chảy máu mũi lượng ít tự cầm,

Ở Lâm Đồng xuống chơi, mắc bệnh rồi vô Bình Thạnh

Trẻ sốt ngồi phòng khám có hai tác nhân quan trọng cần loại trừ liên

- Nhiễm trùng
- Sốt XH
- Sốt siêu vi

Ngoài những tác nhân nhiễm trùng thì mình cần phân loại bệnh lý nội / ngoại

- Nội: Tác nhân gây bệnh là gì, lao sốt rét sốt xuất huyết kst nhầm bệnh lý miễn dịch ung thư nội tiết
- Ngoại:

Học từ những từ gợi nhớ: Sốt xuất huyết.

- Sốt

+ Bắt buộc 100% phải có sốt

+ Sốt có đặc trưng sốt cao liên tục đáp ứng kém với thuốc hạ sốt. Sốt khác uống hạ sốt thì hạ và hạ về nhiệt độ bình thường

+ Sốt xuất huyết hạ 37 38 và đứng không xuống nữa và sau đó lại sốt lại

+ Sốt liên tục trong khoảng 1 tuần lễ thôi.

+ Thường ngày thứ 3-5 triệu chứng sẽ nặng hơn

- Và xuất huyết

+ Do giảm tiểu cầu

+ Da niêm nội tạng

- Còn đặc trưng khác trong cơ chế bệnh ngoài sốt : thoát huyết tương. Cô đặc máu do tăng tính thấm mạch máu. Về sau có tràn dịch đa màng thường trong giai đoạn sau.

- Khám cô đặc máu trên lâm sàng

+ Vạch niêm mạc mắt da dờm

+ Thì sẽ coi được thiếu máu không

+ Hai là cô đặc máu

+ Khám ở lúc đưa nhỏ **không bị sốt** vì khi bị sốt thì niêm mạc mắt xung huyết.

- Không sốt mà niêm mạc mắt xung huyết thì coi chừng đó là dấu hiệu của cô đặc máu.

- Nhìn màu sắc da của những em bị sốt xuất huyết thấy không hồng hào như trẻ bình thường. Thất thoát mạch giảm thể tích lòng mạch cộng cô đặc máu giảm tuần hoàn mao mạch. → Nhìn màu kỳ kỳ hơi sậm tái tái do tuần hoàn kém.

- Lúc vô sốc của sốt xuất huyết tình trạng sốc XH khác sốc nhiễm trùng. Rõ ràng khám lâm sàng khá quan trọng

+ Hướng tới bệnh cảnh. TH chúng ta không có chắc chắn lắm thì ở trên lâm sàng, bác sĩ sẽ làm

- Lâm sàng chúng ta làm

+ CTM

+ NS1

+ Ít làm men gan

- Ngày 1

+ CTM chưa định hướng SXH được nhưng hướng được nhiễm trùng hay không.  
Đồng thời cho thấy Hct căn bản

- Ngày 3

+ Xác định được đứa bé này có cần nhập viện hay không

- Xác định những yếu tố cảnh báo

→ Người bs phòng khám giúp giảm nguy cơ bn vô nặng

NS1 dương tính không đồng nghĩa với sốt xuất huyết. Nhưng nếu NS1 âm thì không loại trừ được.



### III. BỆNH SỬ:

- N4 : Sốt nhẹ, 4-5 lần, dịch lẫn thức ăn, không máu, kèm đau vùng hạ sườn phải, âm ỉ, liên tục, không lan, không yếu tố tăng giảm, tiểu vàng sậm, lượng ít, em mệt nhiều
- → NV BV Bình Thạnh: Em đỡ, hết sốt, Mạch nhẹ, **HA 70/50 mmHg**, **PLT 30 k/ul**, **NS1 Ag (+)**
- Trong suốt đợt bệnh, em không ho, không đau đầu, không đau tai, không chảy mủ tai, không tiêu chảy, không tiêu máu, không tiểu gắt buốt, không loét miệng, không co giật

Một trong những nguyên nhân cần loại trừ là sốt nhiễm trùng

	Sốt SXHD	Sốt NT	Sốt/tay chân miệng	Sốt tim
Ngày của bệnh lúc sốt	4-5	1-2	1-3	1-2
Vị trí nhiễm trùng	-	+	-	-
Run gặt cơ	-	-	+	-
Loét miệng/hồng ban bóng nước	-	-	+	-
XH da/niêm mạc	+	-	-	-
Gan to	+ và đau	-	-	+
Band neutrophils	-	+	-	-
PCT	Bình thường	↑	Bình thường	Bình thường
CRP	Bình thường	↑	Bình thường	Bình thường
Tốc độ lắng máu	Bình thường	↑	Bình thường	↑
Hct	↑	Bình thường	Bình thường	Bình thường/↑
PLT	↓	Bình thường	Bình thường	↑
NS1 Ag/MAC ELISA Dengue	+	-	-	-

### Sốt SXHD

- LS: vẻ mặt nhiễm trùng (-)
- Ổ nhiễm trùng (-)
- BC  $\downarrow$ , lymphocyte atypique
- Hct tăng
- CRP/PCT bình thường
- Siêu âm: TDMP, MB, tụ dịch dưới bao gan, phù nề thành túi mật (+)
- Xquang phổi: TDMP P
- NS1, MacELISA dengue (+)

### Sốt nhiễm khuẩn

- LS: vẻ mặt nhiễm trùng (+)
- Ổ nhiễm trùng (+)
- BC tăng, Neutrophile tăng, hạt độc, không bào (+)
- Hct không tăng
- CRP/PCT tăng
- Siêu âm: TDMP, MB, tụ dịch dưới bao gan (-), phù nề thành túi mật ( $\pm$ )
- Xquang phổi: TDMP P (-)
- NS1, MacELISA dengue (-)

Your microphone is muted.

Phân biệt sốt do sốt xuất huyết và sốt do nhiễm trùng

- Đầu tiên là có ổ nhiễm trùng
- Sốt xuất huyết đi từ ngoài vô ánh sáng không tốt không gì bất thường, da hơi xạm tái nhưng đi bình thường: Bs ơi con mệt quá, ngồi xuống khám được. Chi lạnh ngắt, mạch 0 huyết áp 0 mà nó vẫn đi bình thường.
- Trong khi sốt nhiễm trùng giống như mình nói vẻ mặt nhiễm trùng không hề tươi tỉnh, đờ môi khô lưỡi đỏ.
- Có ổ nhiễm trùng hay không
- Có sự khác biệt về mặt huyết áp: Sốt NT HA dẫn mạch nên HA có độ chênh của tâm thu và tâm trương và thường là tâm trương giảm thấp (sốt áp) về sau thì cả hai cái giảm luôn.
- Còn những triệu chứng của bạch cầu: Lympho kh điển hình
- Hct: Có một số tình huống sai khi Hct cơ bản thấp như khi thiếu máu, sốt thì Hct tăng lên tới mức bình thường
- CRP và Procalcitonin tăng, còn bên kia thì thường bình thường.

- TDMP phải:

- + Liên quan tới đường dẫn máu và bạch huyết về tim.
- + Trong SXH thất thoát mạch máu thì bên phải nhiều mạch máu nhiều hơn, thứ 2 áp lực bên phải ít hơn bên trái vì bên trái còn có tim.
- + Bên trái còn có hệ bạch huyết tốt hơn → Thường là bên trái ít bị hơn là bên phải.



## CÁC VẤN ĐỀ TRÊN BỆNH NHÂN TẠI BV BÌNH THẠNH?

Your microphone is muted.

Sốc sốt xuất huyết ngày thứ 4



## TẠI BV BÌNH THẠNH:

- Chẩn đoán sốc sốt xuất huyết ngày 4, **truyền LR 20ml/kg/giờ**, **truyền được 15 phút**, em tỉnh, tiếp xúc được, Mạch nhẹ, chi ấm, CRT 2s, M 100l/p, **HA 80 /50 mmHg** → Chuyển BV Đ2.
- CÂU HỎI??

Your microphone is muted.

HA tâm thu tối thiểu  $70 + 2n$  với  $n$  là tuổi

HA tối thiểu của bé này là  $70 + 2 \times 9 = 90$

Bệnh nhân này chưa đạt huyết áp tối thiểu nên chuyển chưa an toàn

## TÌNH TRẠNG LÚC NHẬP VIỆN TẠI BVĐ2:



- Em tỉnh
  - Môi hồng/oxy (cannula 3l/ph) SpO2 95%
  - Chi ấm vừa, CRT >2s . **Mạch bắt nhẹ 125l/p**
  - **HA 80/60 mmHg**
  - Nhiệt độ: 37.5oc
- Chuyển tới nhi đồng 2 mạch nhanh nhẹ huyết áp kẹp trở lại.
- Vẫn còn sốc, chưa ra sốc nên không phải là tái sốc

- Điểm đặc biệt là SpO2 95% với ngạnh mũi → Không phải đưa vào sổ SpO2 cũng giảm, vẫn đảm bảo với oxy qua cannula.
- Sổ giảm lưu lượng tưới máu, SpO2 lại là lưu lượng tới máu tới mô. Mặc dù sổ nhưng tình trạng oxy chuyên chở tới mô vẫn còn chứ không phải là sụt giảm hoàn toàn

## TÌNH TRẠNG LÚC NHẬP VIỆN TẠI BVND 2



- Tim đều rõ 125l/p
- Thở đều êm
- Bụng mềm, gan 3cm dưới HSP
- Cổ mềm
- Chấm xuất huyết ở 2 cẳng chân
- Hct 51%

Your microphone is muted.



### Chẩn đoán lúc nhập viện

- Sổ sốt xuất huyết Dengue ngày thứ 4 giờ thứ 2

### Xử trí

- Thở oxy
- Nằm đầu thấp
- Truyền dịch RL
- Chăm sóc cấp 1
- CLS
- + Đường huyết



- ## IV. Tiền căn

1/ **Bản thân:**

  - Sản khoa : con 2/3, đủ tháng ,thai kì phát triển bình thường, sanh thường, cân nặng lúc sanh 4 kg, sau sanh khóc ngay, không phải nằm dưỡng nhi
  - Tâm thần- vận động: bé học lớp 3, học tập, sinh hoạt phù hợp với lứa tuổi.
  - Chưa ghi nhận dị ứng thức ăn, thuốc, vaccine
  - Chứng ngừa: tiêm chủng mở rộng
  - Bệnh lý : chưa ghi nhận tiền căn Sốt xuất huyết, bệnh lý khác.

2/ **Gia đình :** sống trong vùng dịch tễ Sốt xuất huyết



**1/ Bản thân:**

- Sản khoa : con 2/3, đủ tháng ,thai kì phát triển bình thường, sanh thường, cân nặng lúc sanh 4 kg, sau sanh khóc ngay, không phải nằm dưỡng nhi
- Tâm thần- vận động: bé học lớp 3, học tập, sinh hoạt phù hợp với lứa tuổi.
- Chưa ghi nhận dị ứng thức ăn, thuốc, vaccine
- Chủng ngừa: tiêm chủng mở rộng
- Bệnh lý : chưa ghi nhận tiền căn Sốt xuất huyết, bệnh lý khác.

**Gia đình :** sống trong vùng dịch tễ Sốt xuất huyết

- Cái này là tiên phát hay thứ phát ?
- + Tiên phát chưa có kháng thể
- + Thứ phát mới có phức hợp kháng nguyên kháng thể
- + Đã có triệu chứng thì là thứ phát
- + Riêng ở nhũ nhi thì có thể nặng ngay lần tiên phát
- Coi bài tiêm chủng vì y6 sẽ thi những cái đó

## V. Khám ( 1/3/2020)



### 1. Tổng trạng:

- Em tỉnh
- Môi hồng/ khí trời
- SpO2 98%
- Chi ấm,
- Mạch quay đều rõ. CRT < 2s
- Hematoma khuỷu tay T, bầm máu rải rác
- Không vàng da, vàng mắt
- Cân nặng 22kg, CC 125 cm
- Phù nhẹ 2 chân

Sinh hiệu:

Mạch 140 lần/phút,  
Nhiệt độ 38.2 độ C,  
HAXL: 140/80mmHg  
Nhịp thở 30 l/p

tról

- Từ ngày thứ hai phải coi chừng quá tải dịch

+ Mạch nhanh

+ HA quá cao

### 2. Khám từng vùng

#### a. Đầu mặt cổ:

- Cân đối, không biến dạng.

#### b. Ngực:

- Lồng ngực cân đối, di động theo nhịp thở
- Tim: đều rõ không âm thổi, 140 l/p
- Phổi: Phế âm đều 2 bên, ít ran ẩm 2 đáy

#### c. Bụng:

- Bụng mềm, báng vừa.
- Gan 2 cm dưới HSP

d. Cơ xương khớp: Không sưng đỏ các khớp,

e. Thần kinh, cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

Your microphone is muted.



- Phổi có ran ẩm gợi ý thất thoát dịch vào phổi
- SXH là thất thoát dịch. Khi điều trị SXH dùng dung dịch tinh thể, chảy tốt qua những lỗ lủng. Đồ dịch vô cơ thể còn 1/4 trong lòng mạch còn đâu là ra khoảng gian bào nằm ở đó.
- Từ từ nó tích lại thì đưa nhỏ phù nề lên. Chauw kể lượng dịch thất thoát những ngày trước. Lúc này sẽ tới một nghịch lý đồ dịch vô dịch thất thoát vô phổi. Nhưng không đồ dịch thì sốc.
- Cao phân tử vô giảm được thất thoát dịch nhưng vẫn phù
- + Vẫn thất thoát dịch
- + Nó tăng kháng lực phổi → tăng đẩy dịch ra nữa
- + Vận mạch chỉ có tác dụng co mạch lại làm tăng kháng lực ngoại biên làm tăng huyết áp. Nhìn về mặt đại thể thì ngon có mạch HA tăng nhưng đồng nghĩa với chuyện tưới máu mô được không ? VÌ khi co mạch tăng thì lượng máu tới mô giảm đi mạch HA có nhưng bn ngày càng xấu đi.
- Cái mình cần làm là
- + Đặt nội khí quản
- + Thở cpap làm áp lực tăng đẩy nước từ phế nang ra ngoài khoang kẽ
- Kiểm soát được hô hấp. Trong khi đó đồ thêm dịch và dùng vận mạch vừa đủ thôi.
- Lọc máu
- + Khi nào nặng thì có thể lọc máu
- + Có nhiều biến chứng nên chỉ sử dụng cho bệnh nhân nặng . Thí dụ nếu phù phổi nhiều quá đặt nkq kiểm soát hô hấp không được luôn thì đôi khi cần phải lọc máu cho bệnh nhân hoặc là ECMO tuần hoàn ngoài cơ thể.



## TÓM TẮT BỆNH ÁN??

### VI. Tóm tắt bệnh án Tại thời điểm NVNĐ2



Bé trai, 9 tuổi, nv vì BV quận Bình Thạnh chuyển với chẩn đoán Sốc SXH Dengue  
Ngày 4,

#### TCCN:

- Sốt cao liên tục 4N
- Nôn ói
- Đau hạ sườn phải
- Xuất huyết da niêm

#### TCTT

- BV quận: Em đừ, Mạch nhẹ, **HA 70/50 mmHg**, **PLT 30 k/ul**, **NS1 Ag (+)**, dịch truyền **LR 20ml/kg/h -15 phút**
- BV NĐ2: Em tỉnh, Mạch bắt nhẹ **125l/p**, **HA 80/60 mmHg**,
- Gan to 3cm dưới hạ sườn phải
- Giảm âm phế bào phổi P
- Petechia +



## ĐẶT VẤN ĐỀ??



## X. Cận lâm sàng

- Hct khẩn. Hct/ giờ
- CT ?????
- Ion đồ, CaTp, Ca<sup>2+</sup>, đường huyết. Lactate máu, Khí máu động mạch
- AST, ALT, Ure, Creatinine, Albumin . CRP
- Chức năng đông máu: PT, PT%. INR, aPTT Fibrinogen
- X-quang ngực thẳng, Siêu âm ngực bụng.
- Nhóm máu

- Xn ta cần làm giai đoạn đầu



## XI. Kết quả CLS

1/ KMĐM 10h ( 21.2)

pH	7.437
pCO <sub>2</sub>	20.7
pO <sub>2</sub>	174.9
BE	-10.4
HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	13.8
AaDO <sub>2</sub>	99.3
FiO <sub>2</sub>	30%

- Đọc theo nội khoa
- Oxy 3l/ph 20+4n → FiO<sub>2</sub> 32% → pO<sub>2</sub> 160
- Giờ ca này lớn hơn tại sao ?
- + 1 đo không đúng.

- + 2 lúc chuyển vô cấp cứu thở oxy 3l mà trên đường sẽ tăng lên 4-5l nên
- + FiO2 thì mình tính theo công thức chứ có thể ra hơn cho nên con số này có thể sai cũng có thể đúng. Ít ra nó nói cho mình là thông khí bệnh nhân này ổn.
- + Trao đổi khí tốt thì mới ra được con số này chứ. Sốc bệnh nhân kh quá mức vẫn vận chuyển được tới chỗ thở nên vẫn còn ngon lành
- Toan hay kiềm
- + 7.4 vẫn là bình thường hơi kiềm xúu
- + pCO2 giảm kiềm
- + HCO3- giảm toan + BE -10 < -2 thì chắc chắn là toan chuyển hóa không cần biết mấy con số kia
- Toan chuyển hóa, HCO3 giảm kéo CO2. Tính ra bù trừ quá
- Toan chuyển hóa + Kiềm hô hấp
- AaDO2 chứng tỏ trao đổi máu qua màng phế nang mao mạch giảm. Về học tính shunt

## XI. Kết quả CLS

1/ KMĐM 10h ( 21.2)

pH	7.437
pCO2	20.7
pO2	174.9
BE	-10.4
HCO3-	13.8
AaDO2	99.3
FiO2	30%





- Lactate máu ( 10h 21/2) 6.4 mmol/l
- Men gan tăng cao AST > 1000 U/L

CRP	4.8	mg/l
AST	1424	U/L
ALT	466	U/L
Ure	8.4	mmol/l
Creatinine	66	Umol/l
Protein	47	g/l
ALbumin	25	g/l
Na	126	mmol/l
K	4.1	mmol/l
Cl	99	mmol/l
Ca Tp	1.83	mmol/l

- Lactate >2 là đủ tiêu chí sốc đó
- Men gan tăng cao gần tiêu chuẩn suy gan
- Hạ natri máu
- + Trước mắt nâng muối thì NaCl trong nước muối
- + Nghĩ tới chuyện khi truyền vô cơ thể ngoài yếu tố lượng dịch cần để ý tình thể trong đó là gì. Nghĩ tới chuyện truyền nhiều cl quá thì có thể toan hóa. Nhưng nãy pH nghiêng kiềm chứng tỏ vẫn cân bằng được
- + Cho nên ở đây mình xài NaCl giai đoạn đầu thì ok hơn là Lactate nhưng tùy nếu sốc kéo dài nó vẫn còn toan thì RL . Tuy nhiên khi đổ Nacl vô mà sốc cải thiện thì toan sẽ được cải thiện cũng không lo lắng.
- Canxi có vai trò gì trong sốt xuất huyết
- + Sốc thì liên quan tim mạch ảnh hưởng tới sức co bóp cơ tim
- + Canxi liên quan tới co bóp cơ tim. **Về coi lại.**
- + Con đường đông máu



PT	23.6	T = 12.9s
Taux de prothrombin	45	T = 100%
TCK	59.5	T = 30.5 s
Fibrinogen	1.06	2-4
INR	1.84	
WBC	5.63	K/ul
%NEU	56.6	
%LYM	27.5	
% MONO	23.7	
%EOS	0.8	
#NEU	3.19	K/ul
#LYM	1.55	K/ul
RBC	5.65	M/ul
HGB	15.1	g/dl
HCT	43.2	%
MCV	76.5	Fl
MCH	26.8	pg
PLT	34	K/ul

- Fibrinogen giảm
- INR tăng
- TC 34k

Thầy hỏi mấy cái này

*Chỉ định truyền tiểu cầu khi:*

Tiểu cầu giảm nhanh < 50.000/mm<sup>3</sup> kèm theo xuất huyết nặng

Tiểu cầu < 5.000/mm<sup>3</sup> mặc dù chưa có xuất huyết, tùy trường hợp nhẹ trẻ sơ sinh, nhũ nhi < 12 tháng

Liều lượng: tiểu cầu đậm đặc 10-20 ml/kg/lần truyền nhanh trong vòng 1 giờ.

+ *Chỉ định truyền huyết tương đông lạnh khi:*

Có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng

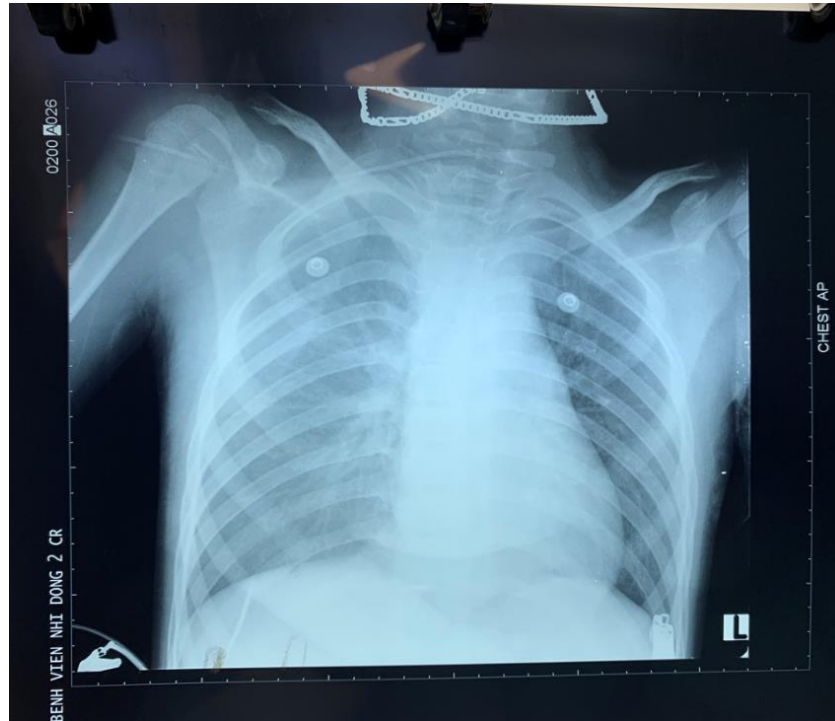
Liều lượng: huyết tương đông lạnh 10-20 ml/kg/lần.

+ *Chỉ định truyền kết tủa lạnh khi:*

Fibrinogen < 1 g kèm xuất huyết nặng

Liều lượng 1 đơn vị/6 kg cân nặng





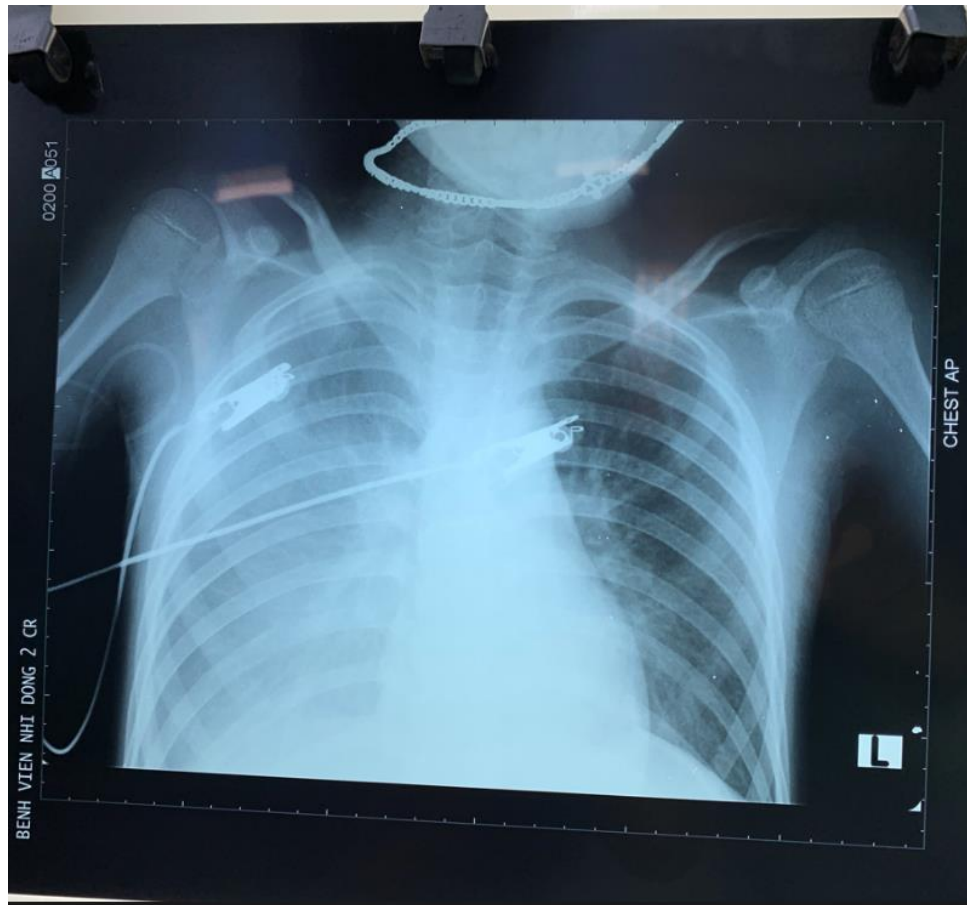
**@VUONGYDS**  
**TIẾP CẬN NHI KHOA**  
**DRAFT VERSION**

Một sản phẩm của team  
[Youtube.com/VuongYDS](https://www.youtube.com/VuongYDS).

Tài liệu được thực hiện  
bởi những bạn sinh viên  
nên không tránh khỏi sai  
sót. Mong người đọc tự  
đánh giá nội dung. Xin  
chân thành cảm ơn.

Saigon 2020.

- Xquang tia hơi mềm hình ảnh hơi mờ không rõ hình ảnh phổi nên thấy mm có vẻ nhiều hơn bình thường. Góc tâm hoành phải hơi mờ. Bóng tim không to + Rốn phổi kh đậm (phù phổi cấp). Kh có tràn dịch màng phổi. Phù mô kẽ.



- Coi chừng có tràn dịch màng phổi phải
- Mờ đều vì bé đang nằm



# Siêu âm bụng

- Gan : bờ đều, đồng nhất, to nhẹ, tụ dịch dưới bao gan
- Mật : túi mật vách dày #14mm, đường mật trong và ngoài gan không giãn
- Dịch ổ bụng : dịch tự do ổ bụng, lượng vừa, hồi âm thuần nhất
- Dịch màng phổi: tràn dịch màng phổi 2 bên lượng ít

- Biểu hiện khá thường là thành túi mật dày
- Tụ dịch đa màng
- Khi siêu âm coi thử dịch gì, hỏi người đọc siêu âm coi dịch thường hay dịch lợn cợn.



**CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG SỐC SẴN NẶNG**

**Khi có một trong các tiêu chuẩn sau đây\*:**

1. Ngày vào sốc 3,4
2. Cơ địa béo phì, nhũ nhĩ, bệnh lý kèm: TBS, VP, suyễn, HCTH,...
3. HA lúc vào sốc: HA kẹp  $\leq 15\text{mmHg}$ , tụt ( $< 70 + 2n$ ,  $n=2-10$  tuổi;  $< 90$ ,  $> 10$  tuổi), = 0 (độ IV)
4. Hct lúc vào sốc: Hct  $\geq 40\%$ : nhũ nhĩ; Hct  $\geq 45\%$ : 1-5 tuổi; Hct  $\geq 48-50\%$ :  $> 5$  tuổi.
5. Hct còn cao sau nhiều giờ bù dịch.
6. Sốt trong diễn tiến sốc
7. Mạch vẫn nhanh sau bù dịch nhiều giờ.
8. Tràn dịch màng bụng, màng phổi nhanh trong vòng 6-12 giờ: Bụng phình, VB tăng, PẢ ↓P.
9. XHTH, chảy máu răng, mũi

Những yếu tố tiên lượng nặng

- Vô sốc sớm

- Hct cao: Bé này vô sốc ngày 4 và Hct lúc vô cao là những yếu tố nguy cơ nặng
- Tràn dịch nhiều ....

*Độ SXH, ngày, M, HA, Hct lúc vào sốc, lúc chuyển,  
**ĐIỀU TRỊ TRƯỚC***

- *Tổng dịch, thời gian*
- *Loại: L/R (ml/kg), CPT (ml/kg), máu (ml/kg), FFP*
- *Dopamin, Dobutamin*
- *Tái sốc, sốc kéo dài*
- *SHH, XHTH, co giật, mê*
- *Điều trị / vận chuyển: Dịch.....lượng dịch còn / chai.....ml, tốc độ.....g/ ph lúc chuyển, lúc nhận*

*Cơ địa: BL TBS, viêm phổi, suyễn, HCTH, nhũ nhi, dư cân  
Giấy chuyển viện: ghi diễn tiến điều trị*

- Cần đánh giá những điểm này trước khi bù dịch
  - Và phải đánh giá coi ngày hôm nay là ngày thứ mấy, ngày 6 rồi thì kh cần truyền nhiều
  - Tổng lượng dịch nhiều rồi thì chuyển cao phân tử ....
  - Chút sẽ có tiêu chí thiếu dịch hay không.
- Phải đánh giá dựa trên nhiều yếu tố. Coi xài cái gì và tốc độ bao nhiêu. Bệnh này như lũng lổ, nhiệm vụ đổ dịch nhưng không được nhiều quá gây quá tải. Các bạn duy trì cho nó qua được những ngày bệnh nặng tới ngày 6-7 lổ dịch được bít lại cho nó hết bệnh. Đây là một quá trình

Thầy nói slide những yếu tố liên quan tử vong

## NGUYÊN NHÂN CHÍNH LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG

- Sốc nặng, sốc kéo dài
- XH nặng: XHTH, XH phổi, XH não...
- Suy hô hấp, ARDS
- Suy đa cơ quan: tổn thương gan, tổn thương thận cấp...
- Phát hiện trễ
- Điều trị không đúng phác đồ
- Chuyển viện không an toàn
- Nhiễm trùng bệnh viện

?

- Nhiễm trùng bệnh viện vì phải nằm lâu, can thiệp nhiều ....

- 6h 5t sẽ ra những nguyên nhân khi điều trị có thể đảo ngược tình trạng bệnh nhân  
6H Hypoglycemia 5T như là Trauma ....



## Chọn lựa dung dịch ĐPT/SKD

Loại	Gelatine	Dextran40	Dextran70	HES 200
TLPT	35000	40000	70000	200000
↑%V	90-110	180-200	150	100-140
T.gian (h)	3	3-4	👉	4-6
RLĐM	(-)	(+) / S.thận	(++)	(+)

Your microphone is muted.

SKD: DEXTRAN 70/HES 200

- Có tiêu chuẩn chuyển dịch qua cao phân tử

## Điều kiện chuyển CPT sang DD điện giải

Tốc độ CPT 5 ml/kg /giờ trong 1-2 giờ kèm :

- **Lâm sàng :**
  - Tỉnh táo
  - Huyết động học ổn định :
    - + Tay chân ấm , CRT bình thường < 2 giây
    - + Mạch, HA bình thường theo tuổi
    - + HA trung bình (MAP):

≤1 tuổi	≥ 50 mmHg
≤10 tuổi	≥ 60 mmHg
>10 tuổi	≥ 65 mmHg
  - Nước tiểu > 0,5ml/kg/giờ (±)
  - ALMTT 10-15 cm H<sub>2</sub>O\*
- **Xét nghiệm :**
  - DTHC giảm về trị số bình thường / hết cô đặc máu
  - ScvO<sub>2</sub> ≥ 70% \*(±)
  - Lactate máu bình thường < 2mmol/L \*(±)
  - Khí máu pH và HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> bình thường \*(±)

\* Nếu có điều kiện: ít nhất phải có 1 tiêu chuẩn

- Theo dõi tình trạng chuyển hóa mô nên phải thử Lactate Khí máu ScvO<sub>2</sub> Độ bão hòa O<sub>2</sub> máu tĩnh mạch trung ương. Cỡ trên 70%. Chứng tỏ lượng oxy chuyên chở tới mô tốt. Lượng oxy còn lại cao.

## TRUYỀN ALBUMIN / SXHD

### KHUYẾN CÁO:

- Albumin không là dung dịch chọn lựa ban đầu trong hồi sức sốc SXH Dengue
- Albumin không chỉ định với mục đích duy nhất là để nâng mức Albumin máu thấp

### CHỈ ĐỊNH TRUYỀN ALBUMIN:

Khi tổng lượng CPT  $\geq 60\text{ml/kg}$  và đang chống sốc với CPT  $\geq 10\text{ml/kg/giờ}$  kèm albumin  $< 2\text{g/dL}$ , hoặc người bệnh suy gan, suy thận, ARDS.

### qua tại

Thiếu dịch	Đủ dịch-dư dịch-quá tải
<ul style="list-style-type: none"><li>• N4,5, đầu 6</li><li>• Tổng dịch <math>&lt; 150\text{ml/kg}</math></li><li>• Th gian truyền dịch <math>&lt; 24\text{g}</math></li><li>• CVP <math>&lt; 16\text{cmH}_2\text{O}</math></li><li>• Hct <math>\geq 40\%</math></li><li>• Nước tiểu <math>&lt; 1\text{ml/kg/g}</math></li><li>• Toan máu: pH <math>&lt; 7.35</math>, <math>\text{HCO}_3^- &lt; 18</math>, BE <math>&lt; -5</math></li><li>• Lactate <math>&gt; 2\text{mmol/L}</math></li><li>• ScvO<sub>2</sub> <math>&lt; 70\%</math></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• N cuối 6, 7</li><li>• Tổng dịch <math>&gt; 150\text{ml/kg}</math></li><li>• Th gian truyền dịch <math>&gt; 24\text{g}</math></li><li>• CVP <math>&gt; 16\text{cmH}_2\text{O}</math></li><li>• Hct <math>\leq 38\%</math></li><li>• Nước tiểu <math>&gt; 1\text{ml/kg/g}</math></li><li>• Không toan máu</li><li>• Lactate máu <math>&lt; 2\text{mmol/L}</math></li><li>• ScvO<sub>2</sub> <math>&gt; 70\%</math></li></ul>

Your microphone is muted.

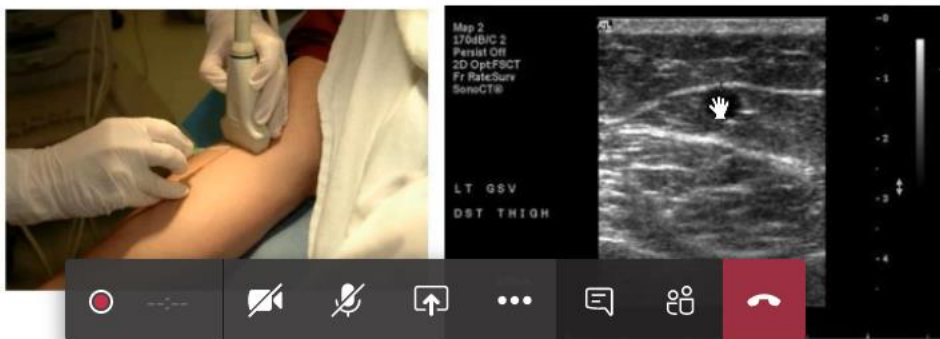


- Gọi ý thôi do những con số này lấy ra từ nghiên cứu
- Nên cũng tùy bệnh cảnh lâm sàng
- Vd tràn dịch nhiều thì CVP sẽ cao. Nhưng cao đâu phải là dư dịch. Phải trừ áp lực khoang mp khoang ổ bụng mới ra CVP chính xác

## KỸ THUẬT ĐO ALIMITU / SXHD NẠNG

### - Xác định chính xác vị trí TM nền:

- Vị trí giải phẫu
- Quan sát dưới siêu âm



- Làm dưới siêu âm thì dễ hơn
- Người lớn đặt dưới đòn cảnh trong
- Còn trẻ con thì mình làm ở tm nền ở tay vì xuất huyết chọc vô cổ thì không băng ép được.