



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ - TẬP 1

Đồng hành

cùng bạn  
vượt cạn an toàn



SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH  
**BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG**  
**HƯỚNG DẪN**  
**ĐIỀU TRỊ**  
**2019**  
Tập 1



**Chủ biên**

TS BS Hoàng Thị Diêm Tuyết

**Ban cố vấn**

TS BS	Hoàng Thị Diêm Tuyết	Giám đốc
BS CKII	Huỳnh Xuân Nghiêm	Phó Giám đốc
ThS BS	Phan Thị Hằng	Phó Giám đốc
DS	Huỳnh Thị Ngọc Hạnh	Phó Giám đốc
PGS TS BS	Vũ Thị Nhung	Cố vấn chuyên môn
GS TS BS	Nguyễn Duy Tài	Cố vấn chuyên môn
PGS TS BS	Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	Trưởng khối Sản Trưởng khoa Sản Bệnh
BS CKII	Nguyễn Đăng Quang	Trưởng khối Phụ Trưởng khoa Cấp cứu Hồi sức tích cực chống độc
BS CKII	Phạm Thị Hải Châu	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp
BS CKII	Nguyễn Thúy Nga	Trưởng phòng Tổ chức cán bộ
BS CKI	Nguyễn Bảo Trị	Phó phòng Kế hoạch tổng hợp
BS CKI	Ngô Trần Minh Thiện	Phó phòng Kế hoạch tổng hợp
DS	Đoàn Thị Ngọc Hân	Nhân viên khoa Dược

**NHÀ XUẤT BẢN**

Chịu trách nhiệm xuất bản

Giám đốc - Tổng biên tập:

Biên tập:

Số Quyết định NXB:

Số ĐK KHXB:

Ngày tháng năm 20

ISBN:

In xong và nộp lưu chiểu tháng /20

## Ban biên soạn

BS CKII	Nguyễn Đăng Quang	TK	Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
ThS BS	Hồ Việt Thắng	PK	Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
BS	Huỳnh Văn Tuyến		Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
BS CKII	Võ Nguyễn Kim Tuyên		Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
BS	Hoàng Thanh Tuấn		Cấp cứu-Hồi sức tích cực-Chống độc
ThS BS	Nguyễn Đình Vũ	TK	Chẩn đoán hình ảnh
BS CKI	Nguyễn Thị Thu Tuyết		Chẩn đoán hình ảnh
ThS BS	Phạm Võ Thùy Linh		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Nguyễn Thị Ngọc Hân		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Quách Thị Hồng		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Giang Hoài Vân		Chẩn đoán hình ảnh
BS CKI	Nguyễn Thị Ngọc Yến		Chẩn đoán hình ảnh
BS CKI	Trần Văn Luân		Chẩn đoán hình ảnh
BS	Nguyễn Thị Hoàng Oanh		Chẩn đoán hình ảnh
BS CKII	Lê Kim Bá Liêm	TP	Chỉ đạo tuyến
ThS BS	Nguyễn Lan Phương		Chỉ đạo tuyến
BS CKII	Phạm Quốc Hùng	TP	Công tác xã hội
BS CKI	Huỳnh Ngọc Phương Thủy		Dinh dưỡng - Tiết chế
ThS BS	Huỳnh Giang Châu	TK	Giải phẫu bệnh - Tế bào - Di truyền
BS CKI	Nguyễn Vạn Thông	PK	Giải phẫu bệnh - Tế bào - Di truyền
BS CKII	Đặng Lê Dung Hạnh	TK	Hậu phẫu
BS CKII	Vương Trọng Hiếu	PK	Hậu phẫu
BS CKI	Lê Phạm Phương Khanh		Hậu phẫu
BS CKII	Lương Bạch Lan	TK	Hậu sản A
BS CKII	Trần Thị Mỹ Phượng	PK	Hậu sản A
BS CKI	Nguyễn Thị Ngọc Thơ		Hậu sản A
BS CKII	Huỳnh Thị Thúy Mai	TK	Hậu sản B
ThS BS	Quách Hoàng Ân	PK	Hậu sản B
BS CKI	Nguyễn Thị Sa Giang		Hậu sản B
BS CKII	Lý Thái Lộc	TK	Hiếm muộn
BS CKI	Vũ Đình Tuân	PK	Hiếm muộn

BS CKI	Lê Nguyễn Trọng Hiền	Hiếm muộn
BS	Trần Thị Thanh Thúy	Hiếm muộn
BS	Nguyễn Thị Vy Phương	Hiếm muộn
BS	Lê Huỳnh Hảo	Hiếm muộn
ThS	Mai Kim Châu	Hiếm muộn
ThS	Nguyễn Nữ Hải Long	Hiếm muộn
CN	Tăng Kim Hoàng Văn	Hiếm muộn
BS CKII	Nguyễn Tấn Phát	TK Kế hoạch hóa gia đình
BS CKII	Lý Thanh Xuân	PK Kế hoạch hóa gia đình
BS CKI	Dương Hoàng Anh	Kế hoạch hóa gia đình
BS	Lê Hiền Liên	Kế hoạch hóa gia đình
BS CKII	Phạm Thị Hải Châu	TP Kế hoạch Tổng hợp
BS CKI	Nguyễn Bảo Trị	PP Kế hoạch Tổng hợp
BS CKI	Ngô Trần Minh Thiện	PP Kế hoạch Tổng hợp
BS CKI	Lê Thị Phương Trang	Kế hoạch Tổng hợp
BS	Trịnh Thị Kim Thảo	Kế hoạch Tổng hợp
BS	Lê Quan Thịnh	Kế hoạch Tổng hợp
BS CKII	Nguyễn Vũ Mỹ Linh	TK Khám bệnh A
ThS BS	Nguyễn Trần Bảo Chi	PK Khám bệnh A
BS CKII	Hoàng Thị Thanh Thảo	PK Khám bệnh A
BS CKI	Nguyễn Thị Hải Yến	Khám bệnh A
BS CKI	Lê Hoàng Gia	Khám bệnh A
ThS BS	Huỳnh Thụy Thảo Quyên	Khám bệnh A
ThS BS	Hồ Phạm Phương Ngân	Khám bệnh A
ThS BS	Mai Thị Phương	Khám bệnh A
ThS BS	Đặng Ngọc Trà Mi	Khám bệnh A
ThS BS	Đỗ Thị Tuyết Nga	Khám bệnh A
BS CKI	Nguyễn Ngọc Thoại	Khám bệnh A
BS CKI	Lương Ngọc Lan	Khám bệnh A
BS CKI	Nguyễn Thị Hảo	Khám bệnh A
BS CKI	Bùi Thị Kim Tuyền	Khám bệnh A

BS CKII	Võ Thị Mỹ Hạnh	TK	Khám bệnh B
ThS BS	Phạm Thị Ý Yên	PK	Khám bệnh B
ThS BS	Trần Thị Bảo Châu		Khám bệnh B
ThS BS	Lê Thị Lục Hà		Khám bệnh B
BS CKI	Lưu Hồng Vân	PK	Kiểm soát nhiễm khuẩn
BS CKII	Hồ Thị Thu Thảo	TK	Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Nguyễn Hữu Nguyên	PK	Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Trương Thị Thùy Trang	PK	Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
ThS BS	Đào Thị Bích Phượng		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
ThS BS	Nguyễn Thị Kim Hà		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS	Nguyễn Quốc Trung		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Đoàn Kỳ Đức Minh		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKI	Đặng Đình Khoa Huân		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS	Nguyễn Trung Thành		Phẫu thuật - Gây mê hồi sức
BS CKII	Nguyễn Thị Kim Anh	TK	Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKII	Hoàng Thị Thu Huyền	PK	Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Lê Ngọc Hải Yến		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Nguyễn Thành Tâm		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Phạm Thị Yến		Phụ ngoại - Ung bướu
ThS BS	La Gia Hiếu		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKI	Đào Duy Quang		Phụ ngoại - Ung bướu
ThS BS	Trương Quang Hưng		Phụ ngoại - Ung bướu
ThS BS	Nguyễn Vũ Hà Phúc		Phụ ngoại - Ung bướu
BS CKII	Đặng Ngọc Yến Dung	TK	Phụ nội - Nội tiết
BS CKII	Nguyễn Thị Minh Tâm	PK	Phụ nội - Nội tiết
ThS BS	Trần Thị Thúy An		Phụ nội - Nội tiết
ThS BS	Phan Thị Hằng	PGD	Quản lý chất lượng
BS CKII	Trần Thị Thanh Thủy	TP	Quản lý chất lượng
PGS TS BS	Huỳnh Nguyễn Khánh Trang	TK	Sản bệnh
BS CKII	Nguyễn Thị Anh Phương	PK	Sản bệnh
ThS BS	Phạm Minh Khôi Nguyên	PK	Sản bệnh

BS CKI	Trần Thị Ngọc Tâm		Sản bệnh
BS CKI	Ngô Thanh Hà		Sản bệnh
BS CKI	Hà Nguyễn Quỳnh Hương		Sản bệnh
BS	Bùi Quang Tùng		Sản bệnh
ThS BS	Lê Xuân Tiên		Sản bệnh
BS CKI	Khuu Thị Ngọc Hương		Sản bệnh
BS CKII	Đặng Thị Hiện	TK	Sanh
ThS BS	Nguyễn Xuân Vũ	PK	Sanh
BS CKI	Trương Thị Ánh Tuyết	PK	Sanh
ThS BS	Ngô Thị Thanh Thảo		Sanh
BS CKI	Võ Thanh Danh		Sanh
BS CKI	Trần Thụy Minh Nguyệt		Sanh
BS CKI	Nguyễn Thị Lựu		Sanh
BS CKI	Nguyễn Thị Tuyết Anh		Sanh
BS	Nguyễn Long Phước		Sanh
BS	Nguyễn Phương Nam		Sanh
BS	Trần Thị Bích Lộc		Sanh
BS CKII	Bùi Thị Thúy Tiên	TK	Sơ sinh
BS CKI	Trương Anh Đào		Sơ sinh
BS	Lê Thị Mộng Linh		Sơ sinh
BS	Nguyễn Thị Hồng Thắm		Sơ sinh
BS CKII	CKII Nguyễn Thúy Nga	TP	Tổ chức Cán bộ
ThS BS	Đoàn Thị Bé Hùng	TK	Xét nghiệm

**Ban thư ký** BS CKI Ngô Trần Minh Thiện  
ThS BS Nguyễn Lan Phương

**Chỉnh sửa bản in** TS BS Hoàng Thị Diễm Tuyết  
**và hiệu đính** BS CKII Huỳnh Xuân Nghiêm  
BS CKII Phạm Thị Hải Châu

CV Vũ Thị Phương Thảo

**Ban hậu cần** HS Trần Thị Tư  
CN Cao Thành Trung  
CN Hoàng Minh Tùng

# MỤC LỤC

## CHƯƠNG 1: CẤP CỨU

01. Cấp cứu ngưng tuần hoàn hô hấp ở người lớn .....	16
02. Chẩn đoán và xử trí phản vệ .....	25
03. Chẩn đoán và điều trị Sản giật .....	36
04. Xử trí phù phổi cấp trong sản khoa .....	41
05. Điều trị sốc giảm thể tích trong cấp cứu sản phụ khoa .....	48

## CHƯƠNG 2: SẢN KHOA

06. Dọa sẩy thai – Sẩy thai .....	56
07. Quy trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh .....	63
08. Phác đồ Fetocide .....	71
09. Chẩn đoán và điều trị Thai hành .....	73
10. Quy trình khám thai .....	79
11. Lượng giá sức khỏe thai - Non-stress Test .....	86
12. Tiếp cận thai phụ có những rối loạn dạ dày ruột thường gặp .....	91
13. Tầm soát và điều trị dự phòng nguy cơ tiền sản giật .....	96
trong tam cá nguyệt đầu	
14. Ngoại xoay thai cho ngôi mông đú tháng .....	103
15. Vết mổ cũ trên tử cung .....	106
16. Chẩn đoán và điều trị Thuỷ đậu trên phụ nữ mang thai .....	110
17. Chẩn đoán và điều trị Nhiễm trùng tiểu trong thai kỳ .....	118
18. Chẩn đoán và điều trị Viêm gan siêu vi B và thai kỳ .....	123
19. Chẩn đoán và điều trị Rubella và thai kỳ .....	129
20. Giảm tiểu cầu trong thai kỳ .....	137
21. Bệnh lý Thalassemia ở thai phụ .....	145
22. Thai kỳ với mẹ Rhesus âm .....	152
23. Chẩn đoán và điều trị bệnh lý giang mai và thai kỳ .....	156

---

24. Điều trị Đái tháo đường trong thai kỳ .....	160
25. Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp thai kỳ .....	187
26. Chẩn đoán và điều trị Bệnh tim và thai kỳ .....	217
27. Chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS khi có thai .....	235
28. Chẩn đoán và điều trị bệnh lý tuyến giáp trong thai kỳ .....	248
29. Chẩn đoán và xử trí Sốt xuất huyết dengue trong thai kỳ .....	256
30. Thai quá ngày .....	266
31. Chẩn đoán và điều trị thai chậm tăng trưởng trong tử cung .....	268
32. Thai lưu - Thai dị dạng .....	281
33. Chẩn đoán và xử trí nhau tiền đạo .....	283
34. Chẩn đoán và điều trị Nhau cài răng lược trong thai kỳ .....	287
35. Nhau bong non .....	291
36. Thiếu ối .....	295
37. Chẩn đoán và điều trị Đa ối .....	298
38. Chuyển dạ sinh non .....	302
39. Đẻ khó do kẹt vai .....	320
40. Thủ nghiệm đánh giá sức khỏe thai .....	327
41. Khởi phát chuyển dạ .....	333
42. Sa dây rốn .....	345
43. Màng ối vỡ non .....	348
44. Theo dõi nhịp tim thai trong chuyển dạ .....	351
45. Song thai từ 34 tuần chuyển dạ .....	360
46. Xử trí băng huyết khi mổ sanh .....	364
47. Xử trí băng huyết sau sanh .....	367
48. Sử dụng oxytocin trong chuyển dạ .....	376
49. Chẩn đoán và điều trị vỡ tử cung .....	379

# MỤC LỤC

50. Chẩn đoán và xử trí thai trình ngưng tiến .....	383
51. Chẩn đoán và điều trị Bí tiểu sau sanh .....	387
52. Nhiễm khuẩn hậu sản .....	392
53. Chẩn đoán và điều trị Nhiễm khuẩn vết mổ .....	400
54. Chăm sóc hậu sản .....	413
bệnh nhân Tăng huyết áp thai kì và Tiền sản giật, Sản giật	
55. Chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường trong thời gian hậu sản .....	416
56. Chẩn đoán và xử trí tổn thương đường niệu .....	419
trong phẫu thuật sản phụ khoa	
57. Hướng dẫn xử trí tổn thương胎 sinh môn độ 3, 4 sau sanh .....	425

## CHƯƠNG 3: SƠ SINH

58. Hồi sức sơ sinh tại Khoa Sanh .....	433
59. Chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng huyết sơ sinh .....	438
60. Nuôi trẻ nhẹ cân .....	447
61. Vàng da sơ sinh .....	450
62. Xử trí suy hô hấp sơ sinh .....	452
63. Xử trí trẻ có mẹ tiểu đường hoặc trẻ cực to ( $\geq 4000$ g) .....	455
64. Xử trí trẻ sơ sinh của bà mẹ giang mai .....	456
65. Xử trí trẻ sặc sữa .....	457
66. Nhiễm trùng rốn .....	468
67. Lịch tiêm chủng .....	460
68. Lưu đồ xử trí cơn ngưng thở ở trẻ sơ sinh .....	463
69. Sử dụng Surfactant .....	465
70. Xử trí trẻ có mẹ nhiễm virus viêm gan siêu vi B .....	467
71. Lưu đồ xử trí trẻ có mẹ bị lao .....	469

---

72. Xử trí hạ đường huyết sơ sinh .....	470
73. Chẩn đoán phân biệt thiếu máu sơ sinh .....	472
74. Điều trị viêm phổi hít phân su .....	473
75. Điều trị cao áp phổi ở trẻ sơ sinh .....	474
76. Choáng ở trẻ sơ sinh .....	476
77. Bệnh phổi mạn ở trẻ non tháng .....	479
78. Dinh dưỡng qua ống thông dạ dày ở trẻ sơ sinh .....	482
79. Dinh dưỡng đường tĩnh mạch trẻ sơ sinh .....	485
80. Phác đồ kháng sinh dự phòng .....	490
81. Viêm ruột hoại tử ở sơ sinh .....	491
82. Viêm phổi sơ sinh .....	494
83. Viêm màng não mủ sơ sinh .....	497
84. Xuất huyết do thiếu vitamin k .....	501
85. Chẩn đoán và điều trị liệt đám rối thần kinh cánh tay .....	503
86. Phác đồ điều trị vật lý trị liệu hô hấp .....	507
87. Phác đồ điều trị Ponseti-điều trị chân khoèo bẩm sinh .....	510
88. Chẩn đoán và điều trị vẹo cổ do tật cơ ức đòn chũm .....	514

#### **CHƯƠNG 4: GÂY MÊ HỒI SỨC**

89. Gây mê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa .....	519
90. Gây mê tủy sống trong phẫu thuật lấy thai .....	526
91. Gây mê toàn diện trong phẫu thuật lấy thai .....	532
92. Phương pháp vô cảm .....	536
đối với sản phụ hẹp van tim hai lá trong thai kì	
93. Gây mê tủy sống kết hợp gây mê ngoài màng cứng (CSE) .....	540
trong phẫu thuật cắt tử cung ngã âm đạo	

# MỤC LỤC

94. Gây mê tủy sống trong phẫu thuật phụ khoa .....	545
95. Gây mê tủy sống kết hợp gây mê ngoài màng cứng (CSE) .....	549
trong giảm đau sản khoa	
96. Gây mê – gây mê trong thủ thuật nạo .....	552
97. Gây mê nội khí quản trong phẫu thuật nội soi ổ bụng .....	556
98. Điều trị đau sau mổ .....	561
99. Nhịn ăn uống cho bệnh nhân hoặc sản phụ trước mổ .....	568
100.Truyền máu khối lượng lớn cho bệnh nhân .....	572
101.Xử trí ngộ độc thuốc mê toàn thân .....	578
102.Xử trí tai biến truyền máu .....	583

## CHƯƠNG 5: DINH DƯỠNG

103.Dinh dưỡng tiết chế tiền sản giật .....	591
104.Dinh dưỡng tiết chế đái tháo đường thai kỳ .....	594
105.Dinh dưỡng tiết chế suy dinh dưỡng nặng .....	599
106.Dinh dưỡng tiết chế nhu cầu năng lượng .....	603

BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG





Chương  
**CẤP  
CỨU**

1

# CẤP CỨU NGUNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Ngưng tuần hoàn hô hấp là hiện tượng tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động nhưng không còn hiệu quả tống máu.

Cấp cứu ngưng tuần hoàn hô hấp là tình trạng tối cấp thời gian tính từng giây và phải phối hợp nhịp nhàng của điều dưỡng, bác sĩ mới kịp thời cứu sống bệnh nhân. Trên người mang thai và không mang thai có đôi chút khác nhau nhằm cứu sống cả mẹ lẫn con nếu thai lớn.

## II. CẤP CỨU TRÊN NGƯỜI KHÔNG MANG THAI

### 2.1. Dấu hiệu báo ngưng hô hấp tuần hoàn

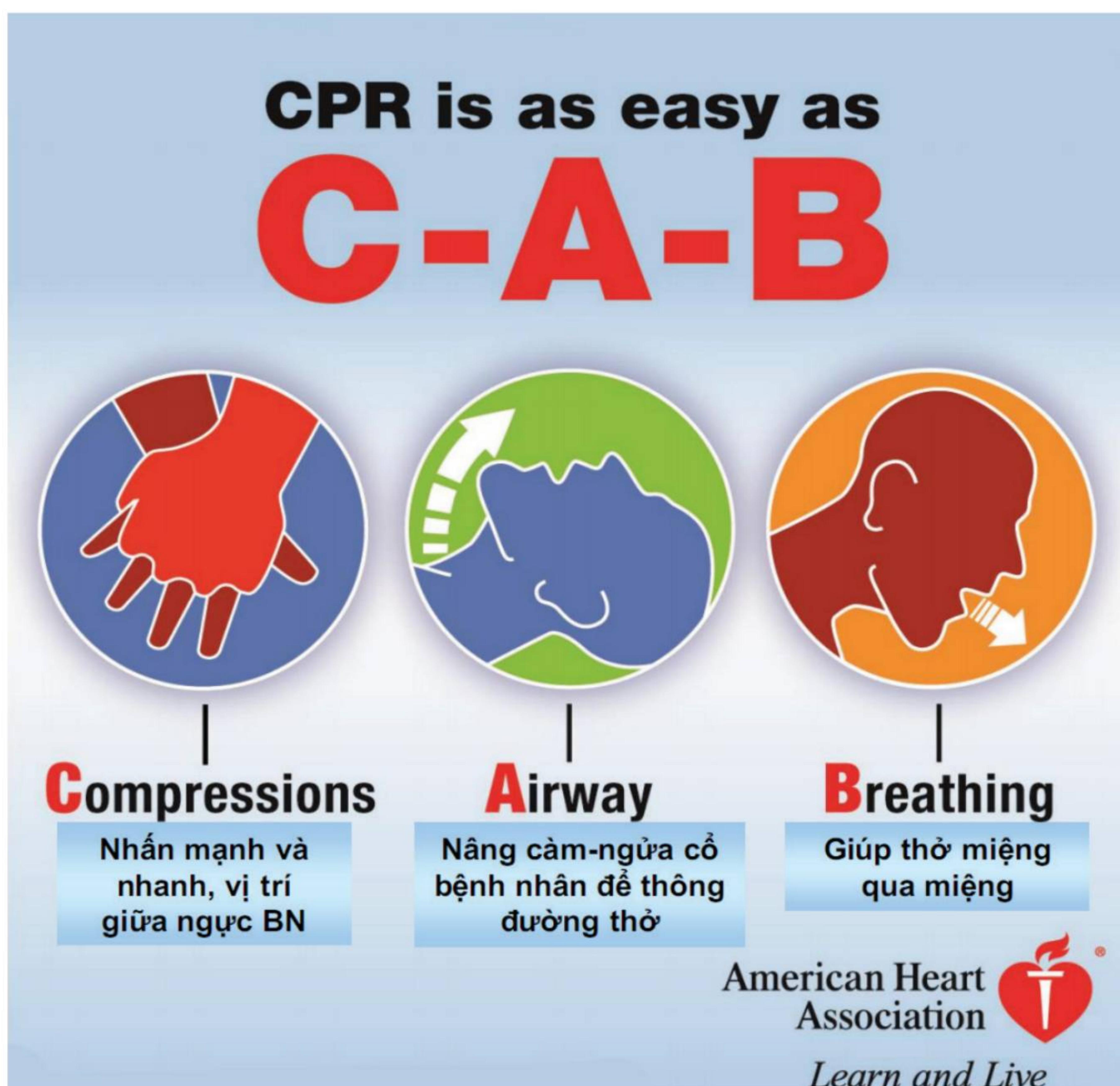
- Mất ý thức đột ngột ở bệnh nhân tỉnh
- Đột ngột ngừng thở hoặc thở ngáp
- Mất mạch cảnh (và/ hoặc mạch bẹn) trong 10 giây

Các triệu chứng khác:

- Da nhợt nhạt hoặc tím ngắt (nếu có suy hô hấp)
- Chảy máu không cầm từ vùng mổ
- Đồng tử giãn to, cố định, mất phản xạ ánh sáng (triệu chứng muộn)

### 2.2. Các bước tiến hành hồi sức tim phổi cơ bản (CPR: cardiopulmonary resuscitation)

**Quy trình xử trí: C-A-B (thay đổi khác với trước đây A-B-C).**



**C - Ép tim (Chest compression):** ngay lập tức khi xác định bệnh nhân ngưng hô hấp tuần hoàn với nguyên tắc “ép mạnh và nhanh”, tỉ lệ 30:2 (30 lần ép tim, 2 lần thông khí), thả ép hoàn toàn, thời gian nhấn bằng thời gian thả ép.

- Vị trí: 1/3 dưới xương ức. Dùng bàn tay trái áp vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, bàn tay kia đặt lên trên và lồng các ngón vào nhau. Hai cánh tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực.
- Biên độ: 5 - 6 cm
- Đổi người nhấn ngực mỗi 2 phút (tương đương 5 chu kỳ ép tim) và hạn chế tối đa việc gián đoạn nhấn ngực, mỗi lần gián đoạn không quá 10 giây.

- Tránh thông khí quá mức. Khi xác định do bệnh lý tim mạch thì ép tim và thông khí theo chu kỳ 15:2.
- Khi đặt được nội khí quản thì không còn chu kỳ 30:2 mà ép tim liên tục từ 100 - 120 lần/phút (trên mặt phẳng cứng) và bóp bóng 10 lần/phút qua nội khí quản.
- Mục đích: Huyết áp tâm trương > 25 mmHg, EtCO<sub>2</sub> > 20 mmHg (EtCO<sub>2</sub> thấp <10mmHg trên 20 phút có giá trị tiên lượng CPR thất bại)

**A - Kiểm soát đường thở (Airway):** Trong khi một người ép tim thì người thứ hai kiểm soát đường thở, nhanh chóng móc họng lấy hết dị vật, lau sạch miệng, mũi, để người bệnh nằm ngửa, ưỡn cổ, hàm dưới đẩy ra trước. Đặt đường thở nhân tạo: canule, mask, nội khí quản (<20 giây) và chuẩn bị cung cấp 2 lần thông khí ngay lập tức sau khi người ép tim hoàn tất 30 lần ép tim.

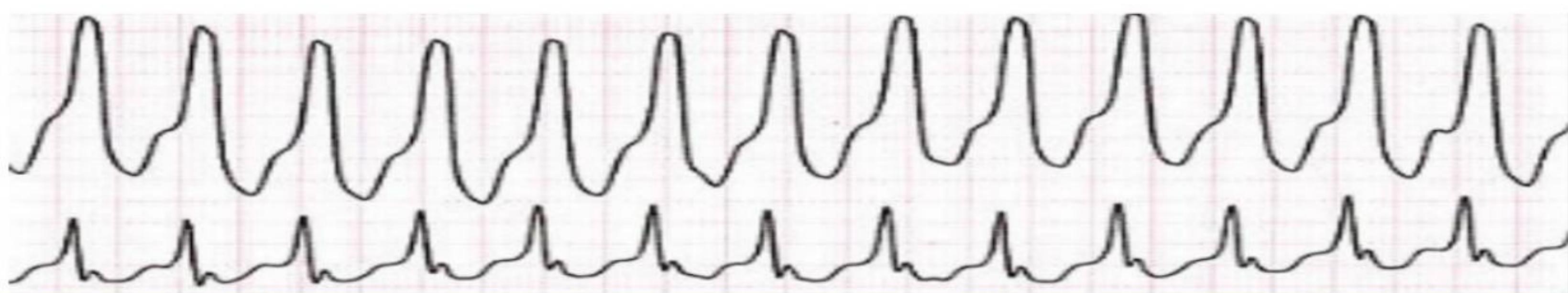
### **B - Thông khí (Breathing):**

- Miệng qua miệng
- Bóp bóng bằng mask: Áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh.
- Bóp bóng với oxy 100%. Kết hợp bóp bóng qua mặt nạ với ép tim theo chu kỳ 30:2. Khi có nội khí quản bóp bóng 10 lần/phút và không theo chu kỳ 30:2.

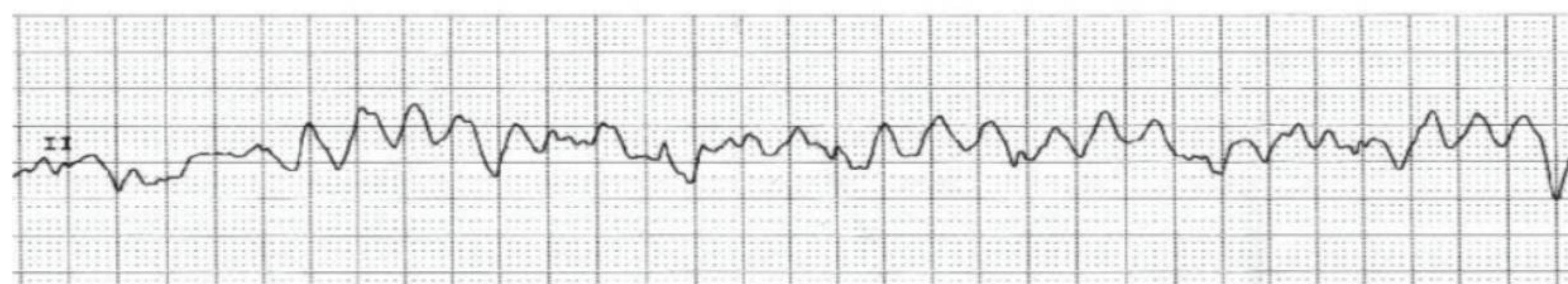
## **2.3. Hồi sức tim mạch nâng cao (ACLS: Advanced Cardiac Life Support)**

Đồng thời với C-A-B một điều dưỡng khẩn trương đặt máy monitor theo dõi ECG để bác sĩ trưởng nhóm xác định ngưng tuần hoàn hô hấp thuộc nhóm nào để xử trí thích hợp. Có hai trường hợp xảy ra:

- **Trường hợp Shock điện:** Rung thất (VF: ventricular fibrillation): ECG hình sin méo mó; Nhịp nhanh thất vô mạch (VT: pulseless ventricular tachycardia): ECG hình sin tương đối đều đặn.



**Nhịp nhanh thất**

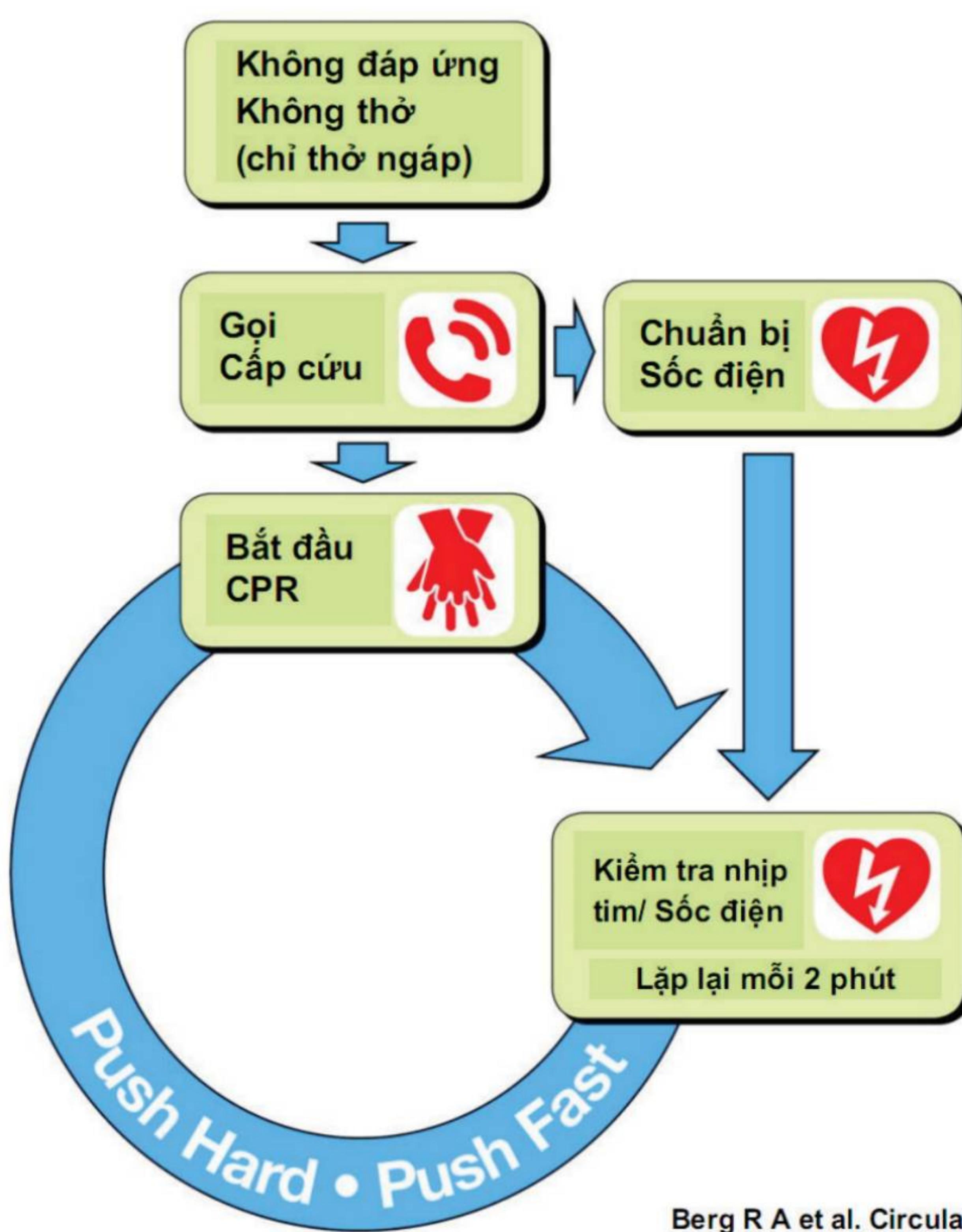


## Rung thất

- Trường hợp không Shock điện:** Vô tâm thu (Asystole): ECG đường thẳng hoặc thỉnh thoảng có một nhịp tự thất; Phân ly điện cơ (PEA: pulseless electrical activity): ECG có hoạt động nhưng không có mạch.

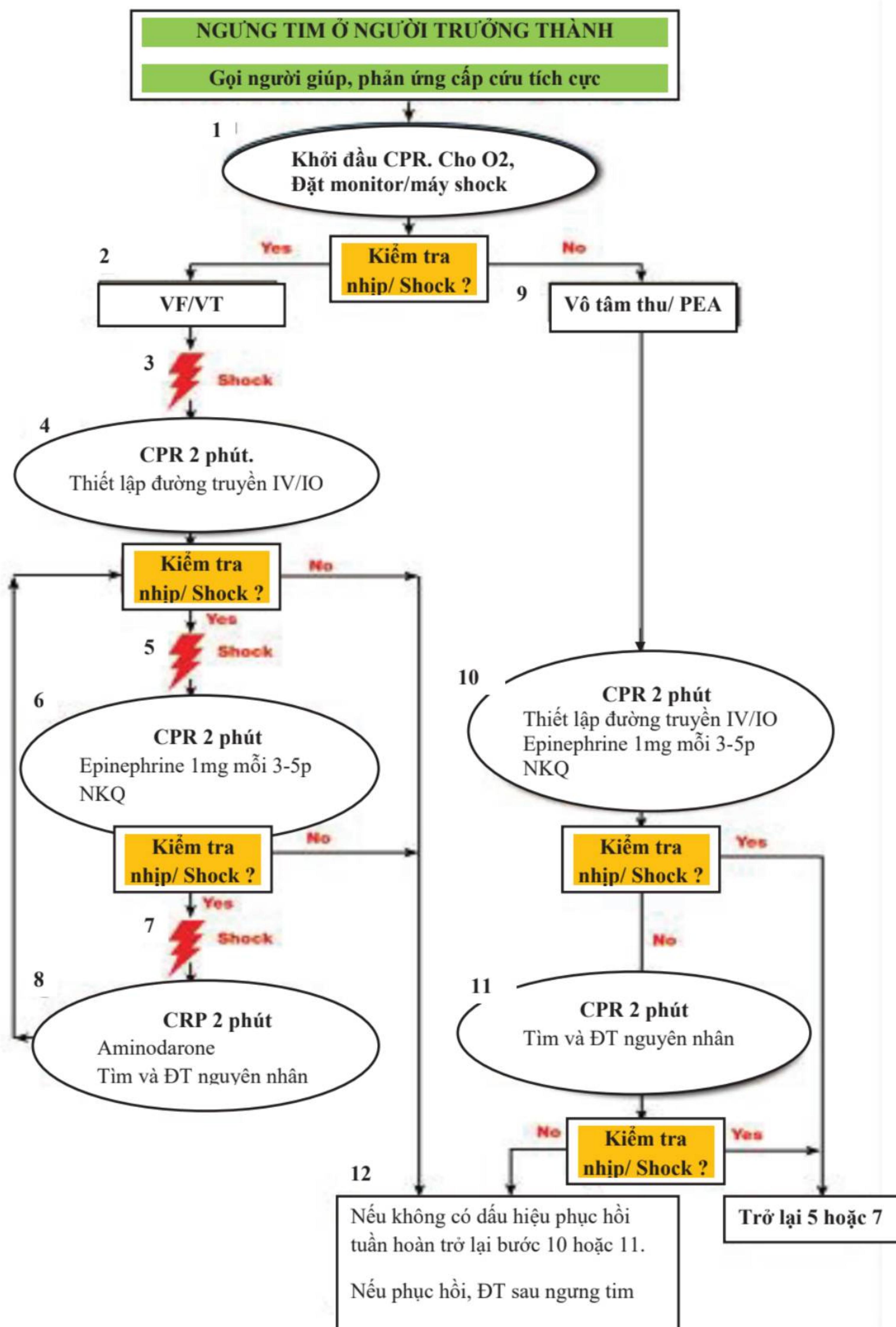


## Vô tâm thu



Berg R A et al. Circulation 20

## SƠ ĐỒ CẤP CỨU NGUNG HÔ HẤP, TUẦN HOÀN (Chi tiết)



## **Giải thích sơ đồ:**

- (1) Khi một bệnh nhân bị ngưng tim, điều đầu tiên là CPR (các bước CAB), cho thở oxy 100%, thiết lập đường truyền TM hoặc trong xương đồng thời mắc monitor (máy shock điện).
- (2) Ghi điện tim xem tình trạng bệnh nhân có cần shock điện hay không.

### **A / Trường hợp shock điện (VF, VT)**

- (3) Shock điện với năng lượng shock, hai pha: 200 J; một pha: 360 J
- (4) CPR 2 phút theo tỉ lệ 30:2, đồng thời lập đường truyền. Xác định nhịp nếu tình trạng nặng thêm, vô tâm thu hoặc phân ly điện cơ vào bước 10 hoặc 11 của cấp cứu vô tâm thu.
- (5) Shock điện.
- (6) CPR 2 phút đồng thời tiêm TM 1mg Epinephrine mỗi 3-5 phút, nếu thành lập đường TM không kịp có thể tiêm vào thanh quản 2-3 ml Epinephrine, đặt nội khí quản bóp bóng 10 lần/phút và ép tim 100-120 lần/phút.

**Kiểm tra nhịp tim:** Nếu vô tâm thu hoặc PEA bước 10 hoặc 11  
(Không shock)

- (7) Nếu ECG cho phép thì shock điện
- (8) CPR 2 phút (khoảng 200-240 lần ép tim, 16-20 lần bóp bóng)  
Nếu nhịp tim không cải thiện dùng: Aminodaron liều đầu 300 mg (5mg/kg) bolus, liều 2 là 150 mg, tiếp tục truyền liên tục 900 mg trong 24g. Lidocain được dùng thay thế Aminodaron hoặc khi dùng Aminodaron không cải thiện, liều 1-1,5mg IV, nếu chưa có kết quả dùng 0,5-0,75 mg/kg mỗi 5-10 phút, liều tối đa 3mg/kg.

*Bicarbonat (NaHCO3) 8,4%: 1 mL = 1 mEq, 4,2%: 1mL= 0,5 mEq: Dùng khi khí máu động mạch có toan chuyển hóa, Kali máu tăng, ngộ độc thuốc tâm thần 3 vòng. Liều dùng 1 mEq/kg.*

Tìm và điều trị nguyên nhân (giảm oxy, tăng/hạ K+ máu, nhiễm toan nặng, ngộ độc thuốc, hạ thân nhiệt, giảm thể tích, chèn ép tim, tràn khí màng phổi, hạ thân nhiệt,...).

Nếu tuần hoàn, hô hấp phục hồi tiếp tục điều trị sau ngừng tim ngừng thở (**12**).

Nếu tuần hoàn chưa hồi phục trở lại bước (**5**).

(CRP - shock điện - thuốc - CRP - shock điện - thuốc).

## B / Trường hợp không shock (Vô tâm thu, PEA) (9)

(10) Tương đương với bước (**6**).

(11) Tương đương với bước (**8**) .

Hồi sức 30 phút mà Mạch = 0, HA = 0, đồng tử giãn tối đa, mất phản xạ, ECG đẳng điện thì ngưng hồi sức, xác nhận bệnh nhân tử vong.

**Lưu ý:** Trong khoảng thời gian 30 phút vẫn theo dõi ECG và in kết quả ECG ra giấy từng thời điểm. Sau 30 phút mà nhịp đẳng điện thì kết thúc, không hồi sức nữa.

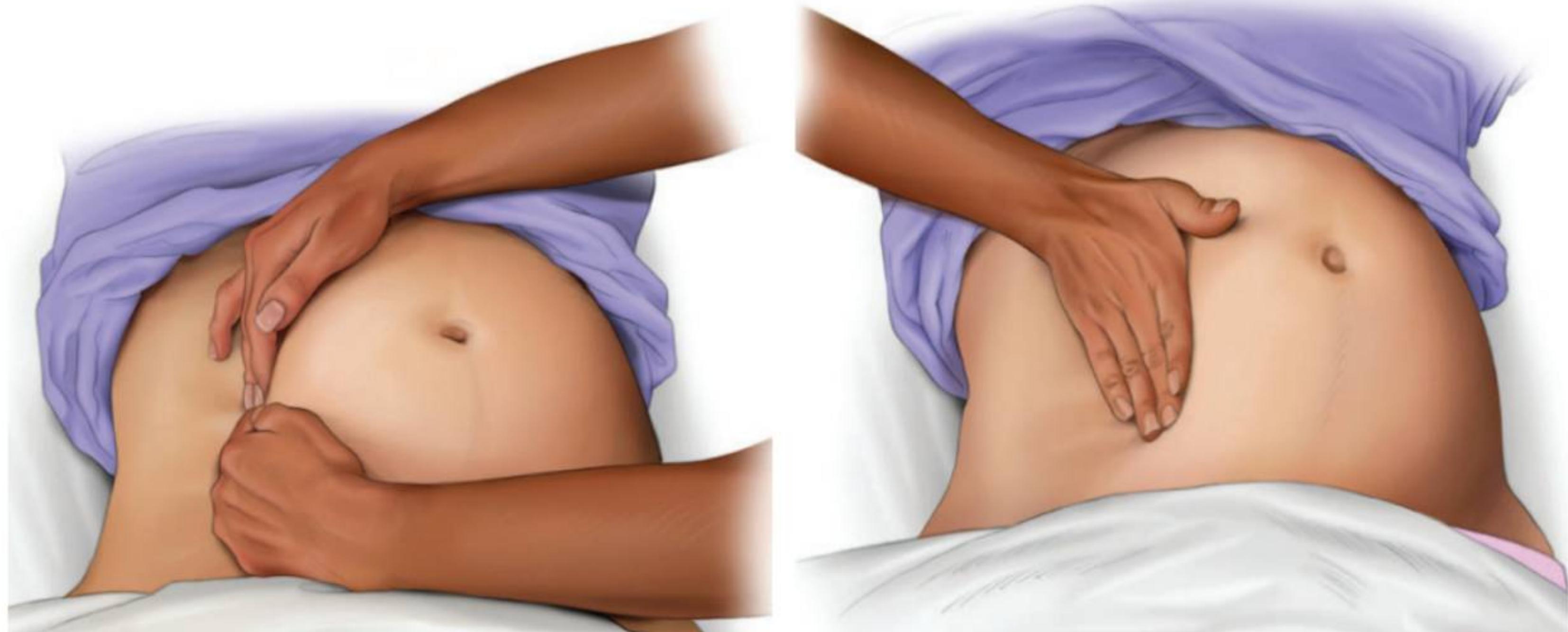
### 2.4. Tổ chức hồi sức: gồm 5 người: 2 bác sĩ và 3 điều dưỡng.

- Bác sĩ 1 chỉ huy: Ép tim, quyết định shock điện hoặc không, dùng thuốc, ngừng hồi sức chuyển qua giai đoạn khác.
- Bác sĩ 2: phụ trách về hô hấp thông đường thở úp mask, đặt nội khí quản, cài đặt máy thở. Thay thế BS 1 ép tim xen kẽ mỗi 2 phút, thực hiện thủ thuật đặt CVP, chọc hút dịch, khí...
- Điều dưỡng 1: Ép tim ngay trước khi có bác sĩ, thiết lập đường truyền, tiêm thuốc.
- Điều dưỡng 2: Giúp bác sĩ 2 bóp bóng, giúp đặt NKQ, hút đàm, đặt đường truyền.
- Điều dưỡng 3: lắp monitor theo dõi ECG, mở máy và shock điện, giải thích với người nhà, chạy vòng ngoài...

## III. HỒI SỨC NGUNG TIM NGUNG THỞ TRÊN NGƯỜI MANG THAI

- Các bước tiến hành như cấp cứu người bình thường với những thai < 20 tuần.
- Thai từ 20 tuần: tư thế nằm ép tim bệnh nhân nghiêng trái khoảng  $30^{\circ}$  (hình dưới) để thai không đè lên tĩnh mạch chủ bàng gối lót hoặc đẩy tử cung qua trái.

- Nếu sản phụ đang dùng Sulphate magnesium thì ngưng truyền, tiêm TM Calci chloride 10% 10ml.
- Nếu hồi sức mẹ không hiệu quả, tiên lượng mẹ tử vong mà bé có khả năng sống độc lập thì mổ lấy thai khẩn.



Đẩy tử cung sang trái = 2 tay

Đẩy tử cung sang trái = 1 tay



Cấp cứu sản phụ trên phản cứng kê nghiêng 30 độ

### Các nguyên nhân thường gặp gây ngưng tim ở người mang thai: BEAU-CHOPS:

- B (Bleeding): chảy máu /DIC
- E (Embolism): thuyên tắc mạch vành, phổi, thuyên tắc ối.
- A (Anesthetic complications): biến chứng gây mê
- U (Uterine atony): đờ tử cung
- C (Cardiac disease): bệnh tim như nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ

- tim cục bộ, bóc tách động mạch chủ, bệnh cơ tim phì đại
- H (Hypertension): cao huyết áp, tiền sản giật, sản giật
  - O (Other): các nguyên nhân khác trong phần hồi sức nâng cao ở người lớn
  - P (Placenta): nhau bong non, nhau tiền đạo
  - S (Sepsis): nhiễm trùng huyết

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

1. Phác đồ cấp cứu ngừng tim ngừng thở BV 115.
2. Cập nhật xử trí ngừng tuần hoàn hô hấp ILCOR (2015). TS Hồ Huỳnh Quang Trí - Viện Tim.
3. Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản. NXB Y học. Bộ Y Tế (2014), trang 39 - 46.
4. Tài liệu đào tạo hồi sức cấp cứu sản khoa. Bộ Y Tế, trang 3.
5. Highlights of the 2015 AHA guidelines update for CPR and ECC
6. Corey Foster (2010). The Washington Manual of Medical Therapeutic, Appendix C Advanced Cardiac life Support Algorithms, 33rd edition, trang 1014.
7. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science (2010).
8. Obstetric Intensive Care Manual (2011).
9. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation (2015).

# CẤP CỨU CHOÁNG PHẢN VỆ

## I. GIỚI THIỆU

### 1.1. Định nghĩa

**Phản vệ** là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

**Sốc phản vệ** là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản, có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

### 1.2. Nguyên nhân

- Thuốc:
  - Kháng sinh: tất cả các loại kháng sinh đều có thể gây ra dị ứng, hay gặp nhất là nhóm betalactam, aminoglycoside...
  - Các thuốc giảm đau, an thần, vitamin, giãn cơ, gây mê.
  - Các thuốc cản quang có chứa iod
  - Các chế phẩm máu, vaccin, huyết thanh
- Nọc của một số loại sinh vật: nọc ong, bò cạp ...
- Thức ăn: thủy hải sản, nhộng, trứng, dứa, phấn hoa...
- Đôi khi không tìm thấy ngay được nguyên nhân, phải nghĩ đến phản vệ sau khi loại trừ các nguyên nhân khác gây sốc.

## II. CHẨN ĐOÁN - TRIỆU CHỨNG PHẢN VỆ

---

### 2.1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- Mày đay, phù mạch nhanh.
- Khó thở, tức ngực, thở rít.
- Đau bụng hoặc nôn.
- Tụt huyết áp hoặc ngất.
- Rối loạn ý thức.

### 2.2. Mức độ

- **Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.
- **Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:
  - Mày đay, phù, mạch nhanh.
  - Khó thở nhanh nồng, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
  - Đau bụng, nôn, tiêu chảy.
  - Huyết áp chưa giảm hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.
- **Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn:
  - Đường thở: tiếng rít thanh quản do phù thanh quản.
  - Thở nhanh ( $\geq 30$  lần/ phút), khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
  - Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, tiêu tiểu không tự chủ.
  - Tuần hoàn: sốc (mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp).
- **Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

## III. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

---

- Các trường hợp sốc: sốc do tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
- Tai biến mạch máu não.
- Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
- Các bệnh lý ở da.

- Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
- Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin.

## IV. XỬ TRÍ

### 4.1. Xử trí độ I

- Ngừng tiếp xúc với thuốc hoặc dị ứng nguyên (nếu có).
- Methylprednisolon (Fastcort 4mg/viên uống hoặc Solu-Medrol 40mg/ống).
  - Liều uống: 2-60mg/ngày
  - Liều tiêm: 1-2mg/kg tùy theo mức độ dị ứng, ở trẻ em tối đa 50mg
- Diphenhydramine (Dimedrol 10mg/ml): Tiêm bắp hoặc tĩnh mạch với liều:
  - + Người lớn: 25-50mg/ngày
  - + Trẻ em: 10-25mg/ngày
- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

### 4.2. Xử trí độ II, III

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

- Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục 4.3 dưới đây). Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (14G hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh.
- Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
- Thở ô-xit: người lớn 6-10 lít/phút, trẻ em 2-4 lít /phút qua mặt nạ thở.
- Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
- Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

- Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

### **4.3. Thuốc Adrenalin và truyền dịch**

**Mục tiêu:** nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên ≥ 90mmHg, trẻ em ≥ 70mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

- Thuốc adrenalin 1mg /1ml / 1 ống, tiêm bắp: (Phụ lục 3)
  - Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).
  - Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
  - Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
  - Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
  - Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).
- Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần. Tiêm nhắc lại adrenalin cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.
- Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:
  - Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều dùng:
    - + Người lớn: 0,5-1 ml (50-100 $\mu$ g) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.
    - + Trẻ em: Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.
  - Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1  $\mu$ g/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin (mỗi lần 0,1-0,15  $\mu$ g/kg/phút) tùy theo đáp ứng của người bệnh.
- Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9%: 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em, có thể nhắc lại nếu cần thiết.

- Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

#### 4.4. Xử trí tiếp theo

- Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:
  - Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em.
  - Bóp bóng AMBU có oxy.
  - Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin.
  - Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản.
  - Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophyllin 1mg/kg/giờ (Diaphylline 4,8%, 240mg/5ml/ống) hoặc Salbutamol 0,1µg/kg/phút (Salbutamol 0,5mg/ml/ống) hoặc Terbutaline 0,1 µg/kg/phút (Bricanyl 0,5mg/ml/ống) qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch.
  - Có thể thay thế Aminophyllin bằng Salbutamol (5mg/2,5ml/ống) phun khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng với Salbutamol 100µg 2-4 nhát/lần đối với người lớn, 2 nhát/lần đối với trẻ em, 4-6 lần/ngày.
- Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).
- Thuốc khác:
  - Methylprednisolon (Solu-medrol 40mg/ống), 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc Hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cổ sọ).
  - Kháng histamin H1 như Diphenhydramine (Dimedrol 10mg/ml/ống) tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg/ngày, trẻ em 10-25mg/ngày.

- Kháng histamin H<sub>2</sub> như Ranitidin (50mg/2ml/ống): ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.
- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: Dopamin, Dobutamin, Noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sức nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

#### **4.5. Theo dõi**

- Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.
- Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo và đề phòng phản vệ pha 2.
- Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả.

### **V. PHẢN VỆ TRÊN ĐỐI TƯỢNG SỬ DỤNG THUỐC ĐẶC BIỆT**

#### **5.1. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt**

##### **5.1.1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta**

- Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.
- Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.
- Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: Ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).
- Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

### 5.1.2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật

- Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.
- Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.
- Chú ý khai thác kĩ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.
- Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.
- Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20% 250ml, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:
  - + Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.
  - + Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.
  - + Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

### 5.1.3. Phản vệ với thuốc cản quang

- Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.
- Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

## **5.2. Các trường hợp đặc biệt khác**

### **5.2.1. Phản vệ do gắng sức**

- Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.
- Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.
- Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo mục 4.
- Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng để sàng lọc nguyên nhân.

### **5.2.2. Phản vệ vô căn**

- Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân. Điều trị theo mục 4.
- Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ ( $> 6$  lần/năm hoặc  $> 2$  lần/2 tháng).
- Điều trị dự phòng theo phác đồ:
  - + Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó
  - + Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó
  - + Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
  - + Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2015). "Methylprednisolon", Dược thư quốc gia Việt Nam, tr. 969-971.
2. Bộ Y tế (2017). Thông tư số 51/2017/TT-BYT về Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

## PHỤ LỤC 1:

### HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ

#### I. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

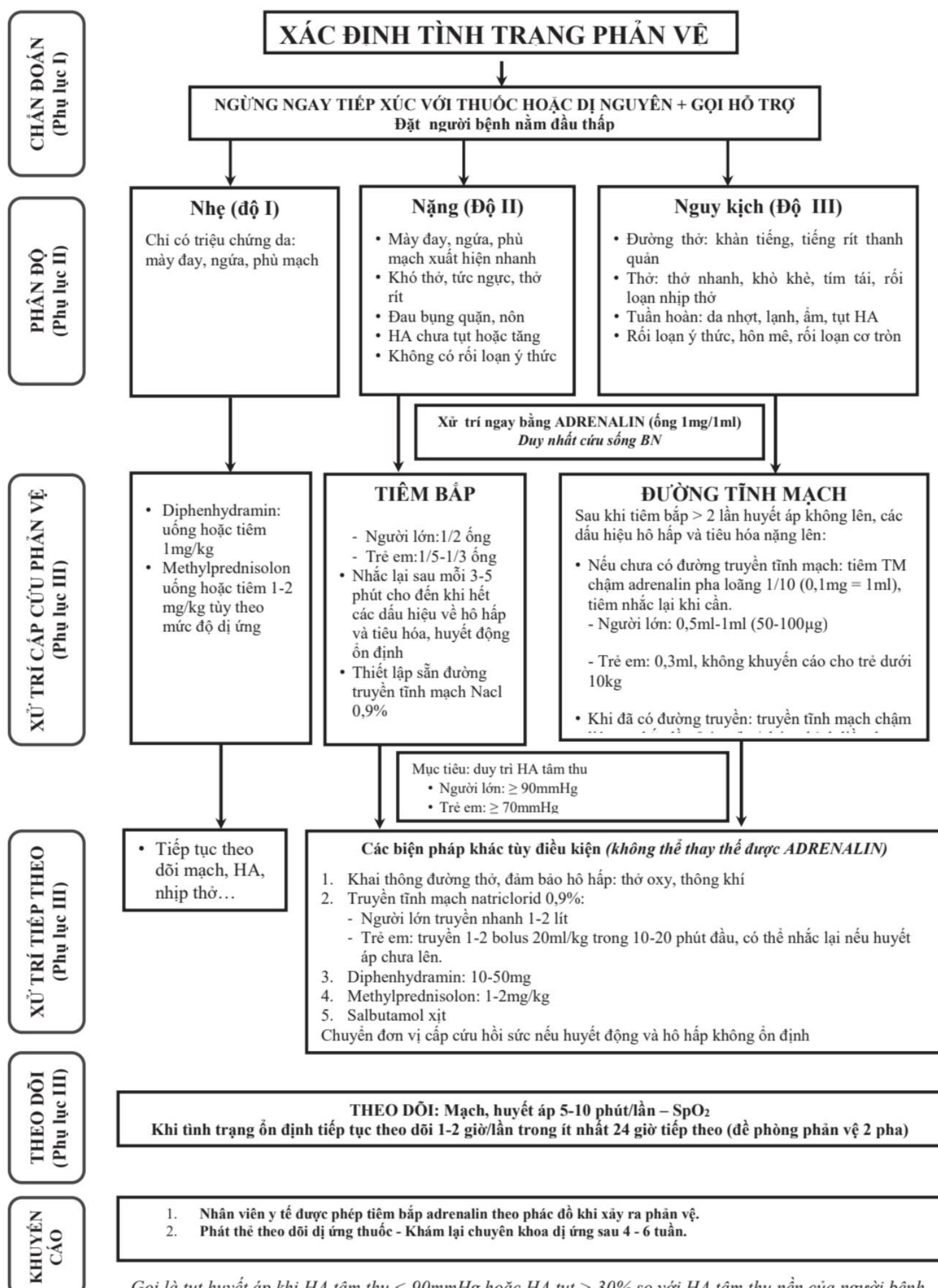
#### II. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- 1.Oxy.
- 2.Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
- 3.Bơm xịt salbutamol.
- 4.Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
- 5.Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây mê, gây mê.
- 6.Các thuốc chống dị ứng đường uống.
- 7.Dịch truyền: natriclorid 0,9%.

## PHỤ LỤC 2:

### SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



### PHỤ LỤC 3:

#### BẢNG THAM KHẢO CÁCH PHA LOĀNG ADRENALIN VỚI DUNG DỊCH NACL 0,9% VÀ TỐC ĐỘ TRUYỀN TĨNH MẠCH CHẬM

- 02 ống adrenalin 1mg pha với 500 ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loāng có 4 $\mu$ g adrenalin)
- 01 ống adrenalin 1mg pha với 20 ml Nacl 0,9% truyền bơm tiêm điện (1ml dung dịch pha loāng có 50  $\mu$ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 $\mu$ g/kg/phút)	
	Truyền bơm tiêm điện (ml/h)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	9,6 ml/h	40 giọt
Khoảng 70	8,4 ml/h	35 giọt
Khoảng 60	7,2 ml/h	30 giọt
Khoảng 50	6 ml/h	25 giọt
Khoảng 40	4,8 ml/h	20 giọt
Khoảng 30	3,6 ml/h	15 giọt
Khoảng 20	2,4 ml/h	10 giọt
Khoảng 10	1,2 ml/h	5 giọt

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sản giật là một cấp cứu sản khoa hiếm gặp nhưng đe dọa tính mạng bệnh nhân (1/2000 ca sinh) đặc trưng bởi sự xuất hiện đột ngột của cơn co giật, không có nguyên nhân khác, trên sản phụ có triệu chứng lâm sàng của tiền sản giật (TSG).

Sản giật có thể xuất hiện trước sinh (38-53%), trong chuyển dạ (18-36%) hay sau sinh (11-44%). Tất cả các trường hợp co giật trong lúc mang thai, nhất là từ 20 tuần đều cần xem là sản giật cho đến khi có đủ chứng cứ để loại trừ.

Những trường hợp sản giật không điển hình có thể xuất hiện trước 20 tuần, dù bệnh nhân đã đủ liều magnesium sulfate hoặc dùng đến 48 giờ sau sinh. Tỷ lệ tử vong mẹ ở các nước phát triển và đang phát triển lần lượt là 1.8% và 14%.

**II. CHẨN ĐOÁN****2.1. Lâm sàng**

Mỗi cơn giật trải qua 4 giai đoạn

- Giai đoạn xâm nhiễm: co giật ở miệng, mặt, kéo dài vài giây.
- Giai đoạn co cứng toàn thân: kéo dài 15-20 giây.
- Giai đoạn co giật tay chân và toàn thân: co giật từng cơn, mặt tím do ngưng thở, miệng sùi bọt mép lăn máu, hàm dưới đóng mở từng hồi (nguy cơ cắn lưỡi, chảy máu tràn vào đường hô hấp), kéo dài khoảng 1 phút.
- Giai đoạn hôn mê: các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi ngưng. Bệnh nhân rơi vào hôn mê, thở lại, nhịp thở nhanh đều. Giai đoạn này có thể ngắn hay dài nhưng khi tỉnh lại, bệnh nhân hoàn toàn không nhớ gì trước khi co giật cả.

Trong và sau cơn giật, bệnh nhân có tình trạng toan huyết, các rối loạn chức năng nặng thêm. Các biến chứng nặng thường xảy ra, dễ gây tử vong.

## 2.2. Cận lâm sàng

Các chỉ số Hct, acid uric huyết thanh, men gan, chức năng thận tăng. Chức năng đông máu rối loạn với tiểu cầu giảm  
Nước tiểu: Đạm niệu gia tăng.  
Đôi khi cần thực hiện khí máu động mạch.

CT Scan hay MRI hệ thần kinh trung ương cần xem xét thực hiện trong các trường hợp sau (có hội ý với chuyên khoa Thần kinh):

- Vẫn tồn tại sự suy giảm chức năng thần kinh sau sản giật.
- Mất tinh túng kéo dài.
- Co giật xảy ra trong 48 giờ sau sanh.
- Co giật trước 20 tuần.
- Co giật tái phát mặc dù đã dùng đủ liều Magnesium sulfat.

## 2.3. Mục đích

Kiểm soát sản giật và ngừa co giật tái phát

- Khống chế, ngừa cơn giật và đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.
- Kiểm soát huyết áp.
- Đánh giá trạng thái thần kinh.
- Điều chỉnh thiếu oxy máu và toan máu (nếu có).
- Cân nhắc chấm dứt thai kỳ.

# III. XỬ TRÍ

## 3.1. Khi xảy ra cơn giật

- Báo động, gọi giúp đỡ, không để bệnh nhân một mình.
- Nghiêng bệnh nhân sang trái.
- Thở Oxy 100% qua mask 6 – 8 l/phút.
- Thực hiện: ngáng lưỡi, không giữ chặt bệnh nhân.
- Thông đường hô hấp: Hút sạch nhớt, nước bọt, máu, chất nôn ở miệng nếu có.
- Mắc máy đo sinh hiệu, monitor sản.
- Ghi nhận thời gian khởi phát, biểu hiện, tiến trình và thời gian kết thúc cơn giật, tri giác, dấu hiệu tím tái.

Đồng thời điều trị Magnesium Sulfate ngay:

- a. Liều tấn công: 4 – 6g TTM (truyền tĩnh mạch) trong 15-20 phút (4-5g nếu cân nặng ≤ 60kg, 6g nếu cân nặng >60kg)
- b. Liều duy trì 2g/giờ trong 2 giờ + xét nghiệm chức năng gan thận và Mg<sup>2+</sup>/ máu. Giảm liều duy trì 1g/giờ sau đó tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm.

### Lưu ý:

Tiêu chuẩn trước khi truyền Magnesium sulfate ngừa co giật:

- + Phản xạ gân xương còn.
- + Nhịp thở > 12 lần/ phút.
- + Lượng nước tiểu >100ml/ 4 giờ.
- + Ghi nhận mạch, huyết áp.

Cần có chất đối kháng Calcium Gluconate 10% 10ml khi dùng Magnesium Sulfate để xử trí khi có dấu hiệu ngộ độc.

Bên cạnh đó cần điều trị ổn định huyết áp

- Mục đích: để tránh mất cơ chế tự điều hòa ở não và phòng ngừa suy tim tiến triển làm giảm tươi máu não và nhau thai.
- Mục tiêu: Huyết áp tâm thu 140 -160 mmHg và huyết áp tâm trương trong giới hạn 90-105 mmHg. Thuốc hạ áp có thể dùng để đạt được huyết áp mục tiêu là:
  - Hydralazine (5-10mg) hoặc labetalol (20-40mg tiêm mạch chậm) mỗi 15 phút.
  - Hoặc Nicardipine 10 mg/10ml pha loãng bơm tiên điện hoặc truyền tĩnh mạch với liều bắt đầu 2,5 mg/giờ (tăng mỗi lần 1,25 mg/giờ).

### 3.2. Theo dõi sau cơn giật

Mỗi cơn giật trải qua 4 giai đoạn:

- Đo mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub>/ monitor, phản xạ gân xương mỗi 15 phút trong 1 giờ đầu, sau đó mỗi 30 phút trong 2 giờ và mỗi giờ 1 lần nếu tạm ổn định.
- Dấu hiệu tri giác, nhiệt độ.
- Tim thai, cơn gö/ CTG.
- Chấm dứt thai kỳ khi cơn giật ổn định.
- Duy trì Magnesium sulfate ít nhất 24 giờ.

- a. Ngưng truyền Magnesium sulfate trong khi mổ sinh không làm giảm khả năng tương tác giữa Magnesium sulfate với các thuốc mê nhưng lại làm giảm nồng độ Magnesium sulfate trong huyết thanh dưới ngưỡng điều trị, tăng nguy cơ sản giật sau sinh tại phòng hồi sức. Do đó, tiếp tục Magnesium sulfate trong lúc mổ ở các thai phụ bị sản giật hay tiền sản giật nặng mổ sinh để ngừa sản giật hiệu quả hơn (khuyến cáo).
- b. Sản giật tái phát: Mặc dù đang điều trị với Magnesium sulfate nhưng vẫn có 10% tái phát co giật lần 2, lúc đó cần lặp lại liều tấn công Magnesium sulfate TTM 4g trong 5-10 phút, liều duy trì 2g/ giờ. Xét nghiệm nồng độ Mg<sup>2+</sup> trong huyết thanh sau khi hết cơn giật.
- c. Nếu vẫn còn co giật, bệnh nhân co giật nhiều lần cần tiến hành hội chẩn bác sĩ gây mê hồi sức, chuyên khoa thần kinh và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương hệ thần kinh trung ương.  
Cân nhắc phương pháp ngừa co giật khác nếu bệnh nhân có chống chỉ định Magnesium sulfate (khi đã có dấu ngộ độc Magnesium Sulfate hay suy chức năng thận nặng hay vô niệu) như các thuốc an thần họ -zepam hoặc thiopenton (phối hợp Gây mê - Hồi sức).
- Theo dõi khi truyền Magnesium sulfate trong Sản giật:
  - a. Phản xạ gân xương mỗi giờ: nếu mất phản xạ gân xương → ngưng truyền Magnesium sulfate và định lượng Magnesium sulfate
  - b. Lượng nước tiểu mỗi giờ: nếu thiểu niệu hoặc ure/máu >10, định lượng Magnesium sulfate/ 6 giờ  
Duy trì ngưỡng điều trị nồng độ Magnesium huyết thanh từ 2-4mmol/l  
Nếu nồng độ Magnesium sulfate >4mmol/l → ngưng truyền Magnesium sulfate
  - c. Tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp mỗi giờ: nếu nhịp thở < 12 lần/ phút hoặc SpO<sub>2</sub><95% → ngưng truyền Magnesium sulfate, hồi sức tim phổi
  - d. Đo ECG khi đau ngực hoặc nghi ngờ rối loạn nhịp tim

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

1. ACOG (2013) Hypertension in pregnancy.
2. Royal College of Physicians of Ireland (2011) The diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia, clinical practice guideline of Obstetricians and Gynaecologists.
3. King Edward Memorial Hospital (2012) Management of the woman with eclampsia, clinical guidelines.
4. King Edward Memorial Hospital (2014) Magnesium Sulfate anticonvulsant therapy, clinical guidelines.
5. MOJ Womens Health (2016) Eclampsia: an overview clinical presentation, diagnosis and management; 3(2),pp.182-187
6. ACOG (2019), "ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia". *Obstetrics & Gynecology*, 133 (1), pp.e1-e25.

# XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP TRONG SẢN KHOA

## I. ĐẠI CƯƠNG

Phù phổi cấp là một tình trạng tràn ngập đột ngột thanh dịch từ huyết tương thẩm qua mao mạch phổi vào phế nang rồi vào hệ thống phế quản, là tình trạng tích lũy dịch ở mô kẽ và phế nang.

Phù phổi cấp là cấp cứu số một nội khoa có thể gặp trong thực hành sản khoa.

- 25% xảy ra trong thai kỳ, 50% xảy ra trong thời kỳ chuyển dạ và sổ nhau, 25% xảy ra ở thời kỳ hậu sản.
- Tỷ lệ phù phổi cấp chiếm 10-15% các biến cố tim- sản và tử vong chiếm 50% các biến cố tim sản- tỷ lệ tử vong của phù phổi cấp còn cao (68%).

## II. NGUYÊN NHÂN

**2.1. Trong phù phổi huyết động:** do mất cân bằng áp lực hai phía của màng phế nang mao mạch gây tăng lọc nước khoảng kẽ rồi tràn vào phế nang

- Hẹp van hai lá.
- Tăng huyết áp, tiền sản giật, sản giật.
- Nhồi máu cơ tim cấp.
- Đợt mất bù của suy tim trái mạn tính.
- Ú dịch cấp: truyền dịch, suy thận cấp, mạn.
- Nguyên nhân khác: xơ gan, nhồi máu phổi, sau hút khí, dịch màng phổi làm nở phổi quá nhanh...

**2.2. Trong phù phổi tổn thương:** do các tổn thương của màng phế nang - mao mạch, hậu quả cũng gây tăng lọc nước qua màng mao mạch phế nang bị tổn thương, không có thay đổi thông số huyết động.

- Hít phải dịch dạ dày trong rặn sanh và gây mê gây hội chứng Mendelson, làm tổn thương màng phế nang, viêm phổi hít; thiếu ôxy rất nặng, tỷ lệ tử vong cao.
- Hít phải các khí độc: phốt pho, NO<sub>2</sub>, thuốc trừ sâu, các loại acide bay hơi mạnh.
- Các bệnh phổi cấp tính: Biểu hiện của các bệnh lý nhiễm khuẩn cấp tính ở phổi: Cúm ác tính, Cytomegalovirus do phế cầu, lao kê và do Legionellose, sốt rét ác tính thể phổi, Pneumocytose.
- Các tổn thương gián tiếp: Các tình trạng choáng nhiễm trùng, chấn thương và phản vệ.
- Các bệnh lý nhiễm khuẩn nặng: nhiễm trùng gram âm, viêm phúc mạc.
- Tình trạng ngộ độc các thuốc: heroin, an thần, aspirin, toan ceton do đái tháo đường và các chất cản quang.

### **III. CHẨN ĐOÁN**

---

#### **3.1. Phù phổi cấp huyết động**

##### *3.1.1. Lâm sàng*

- Cơn phù phổi cấp thường xuất hiện đột ngột, tiến triển nhanh, hay gặp về đêm.
- Bệnh nhân lo lắng, hoảng hốt, vã mồ hôi.
- Khó thở, thở nhanh (trên 30 lần/phút), phải ngồi dậy để thở, tím môi và đầu chi.
- Có thể khạc ra đờm bọt hồng.
- Nghe phổi đầy ran ẩm cả hai phổi, bắt đầu ở hai đáy phổi, dần dần lên như nước triều dâng.
- Nhịp tim nhanh (100-140 lần/phút), có thể nghe thấy nhịp ngựa phi trái, tĩnh mạch cổ nổi.
- Huyết áp có thể bình thường hoặc tăng.
- Phù phổi cấp kéo dài, muộn, bệnh nhân sẽ suy hô hấp nặng, tụt HA, rối loạn ý thức.
- Các triệu chứng lâm sàng của bệnh lý nguyên nhân phù phổi cấp: rung tâm trương, tim ngựa phi, phù...
- SpO<sub>2</sub> <92% (tương đương với PaO<sub>2</sub> <60%).

### 3.1.2. Cận lâm sàng

- Khí máu:  $\text{PaO}_2$  giảm,  $\text{PaCO}_2$  bình thường hoặc giảm.
- Đánh giá huyết động: áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) tăng  $15\text{cmH}_2\text{O}$ .
- XQ phổi: nhiều đám mờ hai bên phổi, nhiều ở hai rốn phổi, lan từ rốn phổi ra (hình cánh bướm); có thể thấy bóng tim to (chỉ số tim- ngực  $> 50\%$ ).
- Điện tâm đồ: có thể thấy dấu hiệu NMCT, dãy thất trái...
- Các xét nghiệm tuỳ theo nguyên nhân phù phổi cấp: tăng ure, creatinin trong suy thận; tăng CKMB, troponin trong nhồi máu cơ tim. Tăng bilirubin, men gan, giảm PT trong xơ gan...

### 3.1.3. Chẩn đoán phân biệt

- Cơn hen phế quản: Phổi nhiều ran rít và ran ngáy, gõ vang lồng ngực căng.
- Viêm phổi - phế quản: Có nhiều loại ran: rít, ngáy, ran nổ, và ran ẩm, có vùng gõ đục.
- Suy tim do thiếu B1: Có nhiều dấu hiệu giống phù phổi nhưng không có ran ẩm dâng lên nhanh. Đáp ứng nhanh với B1, phản xạ gân gối và gân gót mất.
- Hen tim: Cũng rất dễ nhầm với phù phổi, thường có khó thở thì thở ra, ran rít, thứ phát sau phù quanh phế nang.
- Phù phổi cấp tổn thương.

## 3.2. Phù phổi cấp tổn thương

### 3.2.1. Lâm sàng

- Khó thở xanh tím, tím nhiều hơn tái, tiến triển từ vài giờ đến vài ngày tuỳ theo nguyên nhân gây bệnh (vài giờ vài ngày trong ngạt nước và ngạt hơi; 1-3 ngày trong hội chứng Mendelson).
- Thở nhanh, khó thở nặng dần, phổi có ran ẩm nhưng không dâng lên nhanh.
- $\text{SpO}_2 < 92\%$  (tương đương với  $\text{PaO}_2 < 60\%$ ).
- Bệnh nhân vật vã, tím, thở oxy hoặc thông khí hỗ trợ với áp lực dương ngắt quãng (PPI hoặc IPPV: Intermittent Positive Pressure Ventilation/ Pressure Positive Intermittente) vẫn không cải thiện.
- Tĩnh mạch cổ thường không nổi, không có phản hồi gan tĩnh

mạch cổ.

- Mạch nhanh huyết áp tăng sau đó sẽ trụy mạch.
- Các rối loạn nhịp tim có thể xảy ra.

### 3.2.2. Cận lâm sàng

- Khí máu:  $\text{PaO}_2$  (áp lực riêng phần của  $\text{O}_2$  máu động mạch) giảm, hỗ trợ hô hấp với PPI mà  $\text{PaO}_2$  không tăng.
- Các chỉ số huyết động không thay đổi: áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) không cao, có khi thấp; trong khi phù phổi do huyết động các chỉ số này đều cao.
- Dịch phế quản có Rivalta (+) (Protein > 30-50g/l).
- Xquang phổi: tổn thương khoảng kẽ lan toả hai bên, phổi trắng.
- Điện tim không thay đổi.

### 3.2.3. Chẩn đoán phân biệt

#### + Đợt cấp của suy hô hấp:

Bệnh nhân tím nhiều hơn tái, ran rít, ran ngáy nhiều. Có dấu hiệu suy tim phải, gan lớn, tĩnh mạch cổ nổi, có tiền sử và có sốt.

#### + Nhồi máu phổi sau sanh:

Tiền sử cá nhân về bệnh thuyên tắc, nằm lâu khi có thai hoặc sau đẻ. Đột nhiên đau ngực dữ dội, trụy mạch khó thở. Khạc ra máu

#### + Thuyên tắc ối:

Triệu chứng báo trước không đặc hiệu, xuất hiện đột ngột có thể xảy ra trong chuyển dạ sau khi vỡ ối, coen co cường tính, trong khi mổ lấy thai hoặc thủ thuật, trên các sản phụ sanh nhiều...

Chẩn đoán dựa trên 3 hội chứng cơ bản: suy hô hấp cấp - suy tuần hoàn - chảy máu do rối loạn đông máu.

## IV. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP DO HUYẾT ĐỘNG

### 4.1. Nguyên tắc

- Đảm bảo thông khí cho bệnh nhân.
- Giảm tiền gánh và hậu gánh.
- Tăng co bóp cơ tim.
- Điều trị nguyên nhân.

## 4.2. Nội khoa

- Để bệnh nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi, hai chân thông (mục đích giải phóng cơ hoành, giảm hồi lưu tĩnh mạch).
- Thở oxy qua mặt nạ có bóng hoặc Mapleson C 5- 10 lít/phút.
- + Nếu không đáp ứng (thể hiện:  $\text{SpO}_2 < 92\%$  tương đương với  $\text{PaO}_2 < 60\%$ ) thì chuyển qua thở máy có hỗ trợ áp lực hoặc đặt nội khí quản thở máy (điều chỉnh  $\text{FiO}_2$  để duy trì  $\text{SpO}_2 > 92\%$  hoặc  $\text{PaO}_2 > 60\%$ ).
- Nitroglycerine (tác dụng nhanh) ngâm dưới lưỡi (0,3-0,4mg trong 10-15 phút), hoặc xịt dưới lưỡi (2-4 nhát), hoặc truyền tĩnh mạch (Nitroglycerin truyền tĩnh mạch 5 - 20 mcg/phút tùy thuộc vào huyết áp, chỉ sử dụng khi huyết áp tâm thu  $\geq 100\text{mmHg}$ ). Phải giảm liều hoặc ngưng nếu huyết áp tụt hoặc nhịp tim quá nhanh. Nếu không có nitroglycerine có thể dùng Isosorbid.
- + Cách pha: 10mg/10ml pha trong 40ml glucose 5%, truyền qua bơm tiêm điện 0,15ml/giờ-0,6ml/giờ.
- Lợi tiểu (tác dụng chậm hơn, nhưng kéo dài): Furosemid tiêm tĩnh mạch 40mg/lần có thể tiêm nhắc lại sau 15 phút nếu chưa cải thiện, có thể dùng đến 200mg (trong trường hợp suy thận).
- Hạn chế dịch truyền.
- Morphine 5 - 10mg tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch.
- Thuốc giãn phế quản: Aminophylin 240mg tiêm tĩnh mạch chậm
- Nếu tăng HA: Nicardipin truyền tĩnh mạch (1-5mg/giờ) (phác đồ tăng huyết áp) hoặc Nitroglycerine.
- Tăng co bóp cơ tim: Digoxin 0,5-1mg tiêm TM (rung nhĩ nhanh, suy tim trái cấp); Dopamin: nếu HA tụt; Dobutamin: nếu suy tim trái cấp; liều 5-20mcg/kg/phút.

## 4.3. Xử trí sản khoa: Xử trí sản khoa khi cơn phù phổi cấp được kiểm soát

- Nên chấm dứt thai kỳ: xem xét mổ sanh ở những trường hợp chưa chuyển dạ (có hay không kết hợp triệt sản).
- Trong lúc chuyển dạ:
- + Rút ngắn chuyển dạ: có thể phá ối sớm.
- + Giúp sanh Forceps khi đủ điều kiện, tránh cho bệnh nhân rặn sanh.

- + Hạ thấp chân sau sanh.
- + Tư vấn triệt sản.

## V. PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP TỐN THƯƠNG

---

### 5.1. Nội khoa

- Tư thế nửa ngồi.
  - Đặt nội khí quản, hút đờm dãi để khai thông hô hấp.
  - Thở máy với áp lực dương cuối thi thở ra PEEP (positive end expiratory pressure) khoảng + 5-10cmH<sub>2</sub>O, điều chỉnh FiO<sub>2</sub> sao cho SpO<sub>2</sub> >92% hoặc PaO<sub>2</sub>>60%.
  - Đảm bảo huyết động bằng cách truyền Dopamin hoặc Dobutamin (5-20mcg/kg/phút truyền TM liên tục).
- Điều trị nguyên nhân gây bệnh:
- Kháng sinh mạnh.
  - Hạn chế diễn tiến phù phổi bằng Corticoide với Methylprednisolon 30- 60 mg mỗi 4 giờ.

### 5.2. Xử trí sản khoa:

- Nguy cơ sẩy thai, sanh non do bệnh lý mẹ.
- Nếu điều trị hiệu quả có thể giữ thai .
- Nếu điều trị không kết quả mà thai vẫn sống và phát triển thì phải xử trí như phù phổi cấp do huyết động.

## VI. DỰ PHÒNG

---

### 6.1. Phù phổi cấp huyết động

Phối hợp cả các biện pháp nội khoa và sản khoa: với những bệnh nhân có nguy cơ:

- Giảm đau tốt trong chuyển dạ, chú ý tránh các thuốc có thể làm tăng nhịp tim.
- Thở đầy đủ oxy trong chuyển dạ và sau sanh.
- Tránh để chảy máu quá mức sau sanh vì rất khó hồi sức, hạn chế sử dụng thuốc co bóp tử cung ở giai đoạn này nếu không có tình trạng chảy máu.
- Các bệnh nhân tim sản độ III và IV không cho con bú.
- Tư vấn sau sanh các biện pháp tránh thai.

## 6.2. Phù phổi cấp tổn thương

- Chuẩn bị tiền phẫu tốt (nhịn ăn uống trước mổ)
- Đề phòng các bệnh nhiễm trùng phổi cấp tính.
- Khi chấn thương phải được giảm đau tốt.
- Điều trị sớm và đúng mức các trường hợp nhiễm trùng nặng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

1. The Washington manual of medical therapeutics, 32nd edition, Lippincott Williams & Wilkins 2007.
2. Current Emergency Diagnosis & Treatment, 5th Edition. The McGraw-Hill Companies 2004.

## I. ĐỊNH NGHĨA

Choáng giảm thể tích là tình trạng giảm tưới máu mô, xảy ra khi thể tích nội mạch bị giảm do mất 1 lượng dịch mà cơ thể không thể hồi phục được. Hậu quả nếu kéo dài sẽ dẫn đến thiếu oxy toàn thân và rối loạn các quá trình sinh hóa thiết yếu. Những bất thường này nhanh chóng trở nên không hồi phục và cuối cùng làm chết tế bào, tổn thương cơ quan đích, rối loạn đa cơ quan và dẫn đến tử vong.

## II. NGUYÊN NHÂN

- Nguyên nhân nội khoa: chảy máu thường gặp nhất là:
  - Xuất huyết tiêu hóa
  - Vết thương làm tổn thương mạch máu
- Nguyên nhân sản phụ khoa:
  - Thai ngoài tử cung
  - Sảy thai tự nhiên
  - Bệnh lý tế bào nuôi
  - Bệnh lý xuất huyết: Von Willebrand, bất thường về đông máu
  - Thiếu máu, bệnh sứ về u xơ tử cung, polyp
  - Các bệnh lý liên quan đến thai kỳ: hạ tiểu cầu do thai kỳ, tiền sản giật, hội chứng HELLP
  - Thai có vết mổ cũ
  - Đa thai, đa sản, thai to
  - Chấn thương mẹ
  - Dùng thuốc: kháng viêm không Steriode, Warfarin, Heparin.
  - Nhau tiền đạo
  - Nhau bong non
  - Nhau cài răng lược
  - Nhau không bong
  - Tổn thương âm đạo và cổ tử cung
  - Đờ tử cung
  - Lộn tử cung

### III. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Triệu chứng, chẩn đoán dựa trên mức độ và bù thể tích tuần hoàn trong sốc mất máu

Phân loại độ nặng chảy máu theo American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support

Phân loại độ nặng chảy máu theo ACS/ATLS*	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Máu mất (ml)	< 750	750 – 1500	1500 – 2000	> 2000
Lượng máu mất (% tổng lượng máu)	<15%	15 – 30%	30 – 40%	> 40%
Mạch (mỗi phút)	< 100	> 100	> 120	> 140
Huyết áp (mmHg)	Bình thường	Bình thường	Giảm	Giảm
Nhip thở (mỗi phút)	14 – 20	20 – 30	30 – 40	> 40
Lượng nước tiểu (ml/giờ)	> 30	20 – 30	5 – 15	Không đáng kể
Đầu chi	Bình thường	Tái nhợt	Tái nhợt	Tái nhợt & lạnh
Da niêm	Bình thường	Tái nhợt	Tái nhợt	Xanh tái
Hệ thần kinh trung ương (tình trạng tâm thần)	Lo lắng ít	Lo lắng trung bình	Lo lắng, lú lẫn	Mê
Bù dịch	Tinh thê	Tinh thê	Tinh thê và máu	Tinh thê và máu

\* Giá trị tính cho 1 người trưởng thành 70kg ( tại thời điểm mất máu và loại trừ trường hợp có thiếu máu trước đó) .

### **3.2. Cận lâm sàng**

- Giảm hồng cầu, giảm Hct.
- Giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu ( PT, APTT, Fibrinogen, INR) → nếu mất máu nhiều.
- D – Dimer → nếu nghi ngờ DIC.
- Rối loạn điện giải.
- Rối loạn kiềm toan. Toan chuyển hóa là chủ yếu. Khởi đầu, bệnh nhân choáng giảm thể tích có thể nhiễm kiềm hô hấp, nhưng khi choáng tiến triển, tình trạng nhiễm toan chuyển hóa sẽ xuất hiện, phản ánh sự giảm đào thải lactate của gan, thận. Nếu choáng tiến triển đến suy tuần hoàn và sự thiếu oxy mô kéo dài thì sản xuất lactate sẽ gia tăng do quá trình chuyển hóa yếm khí và làm nặng thêm tình trạng toan máu.

## **IV. XỬ TRÍ**

---

### **4.1. Nguyên tắc xử trí**

- Sớm, nhanh, tích cực, mục tiêu: tránh hội chứng suy đa tạng.
- Cầm máu và bồi hoàn thể tích tuần hoàn là tối quan trọng.
- Đảm bảo hô hấp là điều luôn luôn phải ghi nhớ. Đặt nội khí quản – thở máy cho sản phụ khi có nguy cơ suy hô hấp.

### **4.2. Kiểm soát nguồn chảy máu**

### **4.3 Tiến hành bồi hoàn đủ thể tích tuần hoàn**

- Nằm đầu hơi thấp ( $15^\circ$ ), nâng hai chi dưới lên.
- Đảm bảo các chức năng sống theo nguyên tắc CAB.
  - Circulation: Đặt ngay 2 đường truyền tĩnh mạch chi trên cỡ lớn 16G, 18G và / hoặc CVP để lấy máu làm xét nghiệm, truyền dịch, truyền máu, bảo đảm đường tuần hoàn sẵn sàng.
  - Airway: một đường dẫn khí thông suốt phải được xác lập để đảm bảo oxygen và sự trao đổi khí thích đáng.
  - Breathing: Một ambu bag hay máy thở ở một bệnh nhân không hô hấp tự nhiên đặt ống NKQ và thở máy nếu sản phụ rối loạn huyết động hoặc hôn mê.

- Truyền nhanh ngay 1000ml dịch tinh thể (Acetat Ringer hay Ringer Fundin ) trên mỗi đường truyền TM trong 30-60 phút, nếu không có dấu hiệu suy tim ứ huyết, nhằm đạt được HA mong muốn.
- Đồng thời tiến hành XN: công thức máu, đông máu toàn bộ ( PT, APTT, Fibrinogen, INR) khẩn.
- Nếu như sản phụ có tình trạng chảy máu đang tiếp diễn, tiến hành truyền máu đồng nhóm ngay dựa trên lâm sàng của sản phụ , cũng như số lượng máu nhìn thấy được (thường truyền hồng cầu lắc). Đích truyền là Hb ≥ 9g/dl.
- Mỗi đơn vị khối hồng cầu lắc có khả năng làm tăng nồng độ Hb lên 1g/dL và Hct thêm 3%.
- Điều chỉnh các bất thường đông máu hay giảm tiểu cầu khi được phát hiện qua xét nghiệm máu.
- HTTĐL: được chỉ định phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của sản phụ và điều chỉnh dựa trên PT hoặc APTT( nhiều hơn bình thường 1,5 lần).Liều khởi đầu có thể: 12-15 ml/kg cân nặng và nên chọn HTTĐL phù hợp nhóm máu ABO, truyền càng sớm càng tốt trong vòng 30 phút sau khi rã đông ( $30-37^{\circ}\text{C}$ ).
- Tiểu cầu: chỉ định truyền tiểu cầu khi biết rõ có rối loạn chức năng tiểu cầu hoặc chảy máu vi mạch.
  - Không truyền tiểu cầu khi tiểu cầu  $\geq 100\ 000/\text{mm}^3$ .
  - Chỉ định truyền tiểu cầu khi tiểu cầu  $\leq 50\ 000/\text{mm}^3$ .
  - Khi  $50\ 000 < \text{tiểu cầu} < 100\ 000$ , truyền tiểu cầu xác định bằng nguy cơ chảy máu.
  - 1 đơn vị TCĐĐ/ 10 kg
  - 1 kit = 6 đơn vị chứa tối thiểu  $240 \times 10^9$  TC sẽ nâng TC lên  $20-40 \times 10^9/\text{L}$  trong 2-3 ngày.
  - Truyền ngay sau khi lấy khỏi máy lắc, nên hoàn thành trong vòng 20-30 phút, phù hợp nhóm máu ABO.
- Kết tủa lạnh: chỉ định:
  - Thiếu yếu tố VIII (Hemophilia A, Von Willebrand).
  - Thiếu nhiều yếu tố đông máu: DIC
  - Giảm fibrinogen (số lượng, chất lượng)
  - Liều thường dùng: 2 – 4 đơn vị / 10 kg

- Nên truyền KTL theo nhóm máu ABO
- Tối ưu hóa việc cầm máu:  
Tranexamic acid 1 đến 2g TMC
- Vấn đề dùng thuốc vận mạch
  - Sử dụng trong hai tình huống sau đây:  
Dọa ngừng tim  
Truyền đủ khối lượng dịch mà huyết áp động mạch vẫn còn thấp  
Thuốc dùng gồm:  
1/Noradrenalin: Dạng trinh bày: ống chứa 1mg trong 1ml.  
TM: 0,1-0,5mcg/kg/phút rồi tăng dần từ 0,1 mcg/kg/phút.  
BTĐ: dung dịch 0,1% (2mg/20ml)
  - 2/Dopamine ống 200mg/10ml pha với G 5% thành 50ml → Dd 0,4% (4mg/1ml) bơm tiêm điện  
Liều dùng:
    - 1–5 mcg/kg/ph tác dụng δ trên CLT, tuần hoàn nội tạng nhất là thận.
    - 5 – 10 mcg/kg/ph tác dụng β, tăng co bóp cơ tim, tăng cung lượng tim.
    - 10 – 20mcg/kg/ph tác dụng α, tăng sức cản mạch máu ngoại biên làm ảnh hưởng co bóp cơ tim và tuần hoàn ở thận.
    - 20 –50mcg/kg/ph tác dụng co mạch máu mạnh.
  - 3/Dobutamine ống 250mg/10ml pha với G 5% hay NaCl 0,9% thành 50ml→ Dd 0,5 % (5mg/1ml) bơm tiêm điện.
    - Liều từ: 2 – 40mcg/kg/ph  
Bắt đầu từ 2 – 3mcg/kg/ph, rồi tăng dần từ 3mcg/kg/ph trong mỗi 10 – 30ph cho tới khi đạt được huyết động mong muốn
    - Liều bắt đầu: 10mcg/kg/ph khi tình trạng sốc nặng  
Dung dịch pha nên dùng trong vòng 6 giờ ở nhiệt độ phòng

- Các chỉ tiêu bù đắp TTTH có kết quả
  - Giảm nhịp tim nhanh.
  - Huyết áp động mạch (HA tâm thu tăng, HA tâm trương bình thường, không có hiện tượng HA kẹp), HA động mạch bình thường: 100 – 110 mmHg.
  - Tình hình tri thức bệnh nhân cải thiện.
  - Triệu chứng ở da: Hồng ấm.
  - Lượng nước tiểu > 50ml/giờ.
  - Hct = 30%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kho dữ liệu "Phác đồ điều trị của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh".
2. Bệnh viện Bạch Mai (2013). Cấp cứu sốc giảm thể tích. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nội khoa: 60-62.
3. Bệnh viện Chợ Rẫy (1999). Cẩm nang điều trị HSCC: Choáng giảm thể tích: 149-151.
4. Bệnh viện Chợ Rẫy (1999). Sổ tay hướng dẫn lâm sàng: Choáng giảm thể tích: 617-620.
5. Kollef MH (2012). Hypovolemic Shock. In: Kollef MH, Isakow W. The Washington Manual of Critical Care. The 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins.2:60-65.
6. Louis M. Messina (2002). Current Medical Diagnosis & Treatment: 512-516.
7. Murray Longmore: Oxford Handbook of Clinical Medicine: 776-777.
8. Paul N.Lanken, MD (2001). The Intensive Care Unit Manual: Hemorrhagic Shock and Other Low Preload States: 85-91.