

MỘT SỐ CÂU HỎI HSCC

1	Trình bày chẩn đoán và xử trí ngừng tuần hoàn hô hấp nâng cao
2	Trình bày xử trí cấp cứu phản vệ theo thông tư số 51/2017/TT-BYT
3	Các bước tiếp cận nhận, cấp cứu bệnh nhân đa chấn thương
4	Chẩn đoán và xử trí tràn khí màng phổi dưới áp lực do chấn thương
5	Chẩn đoán và cấp cứu ban đầu chấn thương sọ não
6	Trình bày chẩn đoán và xử trí hạ natri máu
7	Chẩn đoán xử trí NMCT cấp ST chênh lên
8	Trình bày chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp
9	Trình bày xử trí sốc giảm thể tích do chấn thương
10	Chẩn đoán, xử trí đợt cấp COPD mức độ nặng
11	Trình bày chẩn đoán và điều trị sốc nhiễm khuẩn theo SSC 2021
12	Trình bày các thông số cơ bản khi cài đặt máy thở
13	Chỉ định, chống chỉ định và biến chứng của thông khí không xâm nhập
14	Chẩn đoán và cài đặt máy thở cho bệnh nhân ARDS theo ARDSnet
15	Trình bày tiêu chuẩn cay thở máy và các phương pháp cai thở máy trên lâm sàng
16	Trình bày chẩn đoán và xử trí phù phổi cấp huyết động
17	Phác đồ điều trị rắn lục xanh đuôi đỏ cắn theo BHYT
18	Trình bày các hội chứng ngộ độc thường gặp
19	Trình bày điều trị ngộ độc Paracetamol
20	Chỉ định, chống chỉ định và biến chứng của rửa dạ dày trong ngộ độc cấp

CÂU 1. TRÌNH BÀY CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGỪNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP NÂNG CAO

1. CHẨN ĐOÁN

1.1 Chẩn đoán xác định

Dựa vào 3 dấu hiệu gồm mất ý thức đột ngột, ngừng thở hay thở ngáp, mất mạch.

1.2 Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ: Cần xem điện tim trên ít nhất 2 chuyển đạo.
- Phân biệt phân ly điện cơ với sốc, trụy mạch: Cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên.
- Phân biệt mất mạch cảnh/mạch bẹn do tắc mạch: Cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên.

1.3 Chẩn đoán nguyên nhân

Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi, cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát. Lưu ý 11 nguyên nhân thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng:

- 6H: Thiếu oxy tổ chức, giảm thể tích tuần hoàn, toan hoá máu, tăng/ hạ Kali máu, hạ thân nhiệt, hạ đường máu.
- 5T: Ngộ độc, chèn ép tim, tràn khí màng phổi áp lực, thuyên tắc phổi, nhồi máu cơ tim

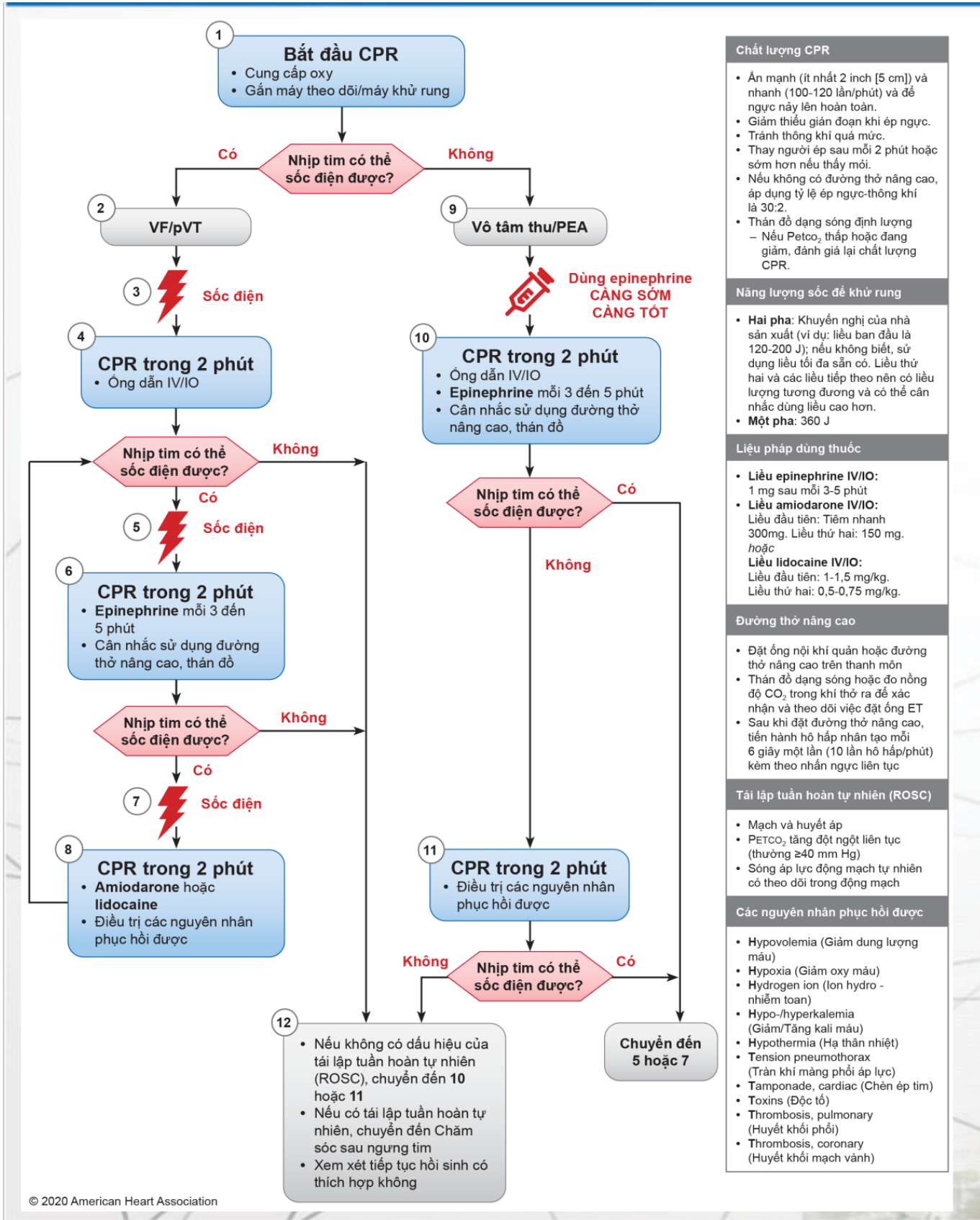
2. XỬ TRÍ NGỪNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP NÂNG CAO

2.1. Nguyên tắc chung

- Xử trí cấp cứu NTH được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ NTH.
- Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.
- Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu.
- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

2.2 Tiến hành

Tiến hành theo sơ đồ sau:



- Chất lượng CPR**
- Ấn mạnh (ít nhất 2 inch [5 cm]) và nhanh (100-120 lần/phút) và để ngực nảy lên hoàn toàn.
 - Giảm thiểu gián đoạn khi ép ngực.
 - Tránh thông khí quá mức.
 - Thay người ép sau mỗi 2 phút hoặc sớm hơn nếu thấy mỏi.
 - Nếu không có đường thở nâng cao, áp dụng tỷ lệ ép ngực-thông khí là 30:2.
 - Thán đở dạng sóng định lượng
 - Nếu Petco₂ thấp hoặc đang giảm, đánh giá lại chất lượng CPR.
- Năng lượng sốc để khử rung**
- **Hai pha:** Khuyến nghị của nhà sản xuất (ví dụ: liều ban đầu là 120-200 J; nếu không biết, sử dụng liều tối đa sẵn có. Liều thứ hai và các liều tiếp theo nên có liều lượng tương đương và có thể cân nhắc dùng liều cao hơn.
 - **Một pha:** 360 J
- Liệu pháp dùng thuốc**
- **Liều epinephrine IV/IO:** 1 mg sau mỗi 3-5 phút
 - **Liều amiodarone IV/IO:** Liều đầu tiên: Tiêm nhanh 300mg. Liều thứ hai: 150 mg. hoặc
 - **Liều lidocaine IV/IO:** Liều đầu tiên: 1-1,5 mg/kg. Liều thứ hai: 0,5-0,75 mg/kg.
- Đường thở nâng cao**
- Đặt ống nội khí quản hoặc đường thở nâng cao trên thanh môn
 - Thán đở dạng sóng hoặc đo nồng độ CO₂ trong khí thở ra để xác nhận và theo dõi việc đặt ống ET
 - Sau khi đặt đường thở nâng cao, tiến hành hô hấp nhân tạo mỗi 6 giây một lần (10 lần hô hấp/phút) kèm theo nhấn ngực liên tục
- Tái lập tuần hoàn tự nhiên (ROSC)**
- Mạch và huyết áp
 - PETCO₂ tăng đột ngột liên tục (thường ≥40 mm Hg)
 - Sóng áp lực động mạch tự nhiên có theo dõi trong động mạch
- Các nguyên nhân phục hồi được**
- Hypovolemia (Giảm dung lượng máu)
 - Hypoxia (Giảm oxy máu)
 - Hydrogen ion (lon hydro - nhiễm toan)
 - Hypo-/hyperkalemia (Giảm/Tăng kali máu)
 - Hypothermia (Hạ thân nhiệt)
 - Tension pneumothorax (Tràn khí màng phổi áp lực)
 - Tamponade, cardiac (Chèn ép tim)
 - Toxins (Độc tố)
 - Thrombosis, pulmonary (Huyết khối phổi)
 - Thrombosis, coronary (Huyết khối mạch vành)

CHẤT LƯỢNG CPR

- Ép tim mạnh 5-6cm và nhanh (100 – 120 lần/phút).
- Bảo đảm lồng ngực nở lại hoàn toàn giữa các lần ép tim.
- Hạn chế tối đa việc gián đoạn ép tim ngoài lồng ngực.
- Thay người ép tim mỗi 2 phút hoặc sớm hơn khi mệt
- Nếu không có đường thở nâng cao thì tỷ lệ ép tim/ thông khí là 30/2
- Tránh tăng thông khí quá mức.

NĂNG LƯỢNG SỐC ĐỂ KHỬ RUNG

- Máy 2 pha: 120 -200j, liều thứ 2 tương đương hoặc cao hơn
- Máy 1 pha : 360j

LIỆU PHÁP DÙNG THUỐC

- Adrenalin 1mg IV mỗi 3-5 phút
- Amiodaron IV đầu tiên 300mg, thứ 2 150mg
- Lidocain IV đầu tiên 1-1,5mg/kg, thứ 2 0,5-0,75mg/kg

NHANH CHÓNG TÌM CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY RA NTH VÀ XỬ TRÍ THEO NGUYÊN NHÂN (5H 5T)

CÂU 2. TRÌNH BÀY XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ THEO THÔNG TƯ SỐ 51/2017/TT-BYT

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. 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.

1.2. Phân độ

Phản vệ có thể phân thành 4 mức độ như sau, mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự.

Nhẹ (độ I): Chỉ có biểu hiện ở da, tổ chức dưới da và niêm mạc như ngứa, nổi mề đay, phù mạch.

Nặng (độ II): Có biểu hiện từ 2 hoặc nhiều cơ quan:

- Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- Huyết áp chưa tụt 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: Rít thanh quản, phù thanh quản
- Nhịp thở: Thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở
- Rối loạn ý thức: Vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn
- Tuần hoàn: Sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngưng tuần hoàn

1.3. Chẩn đoán phân biệt

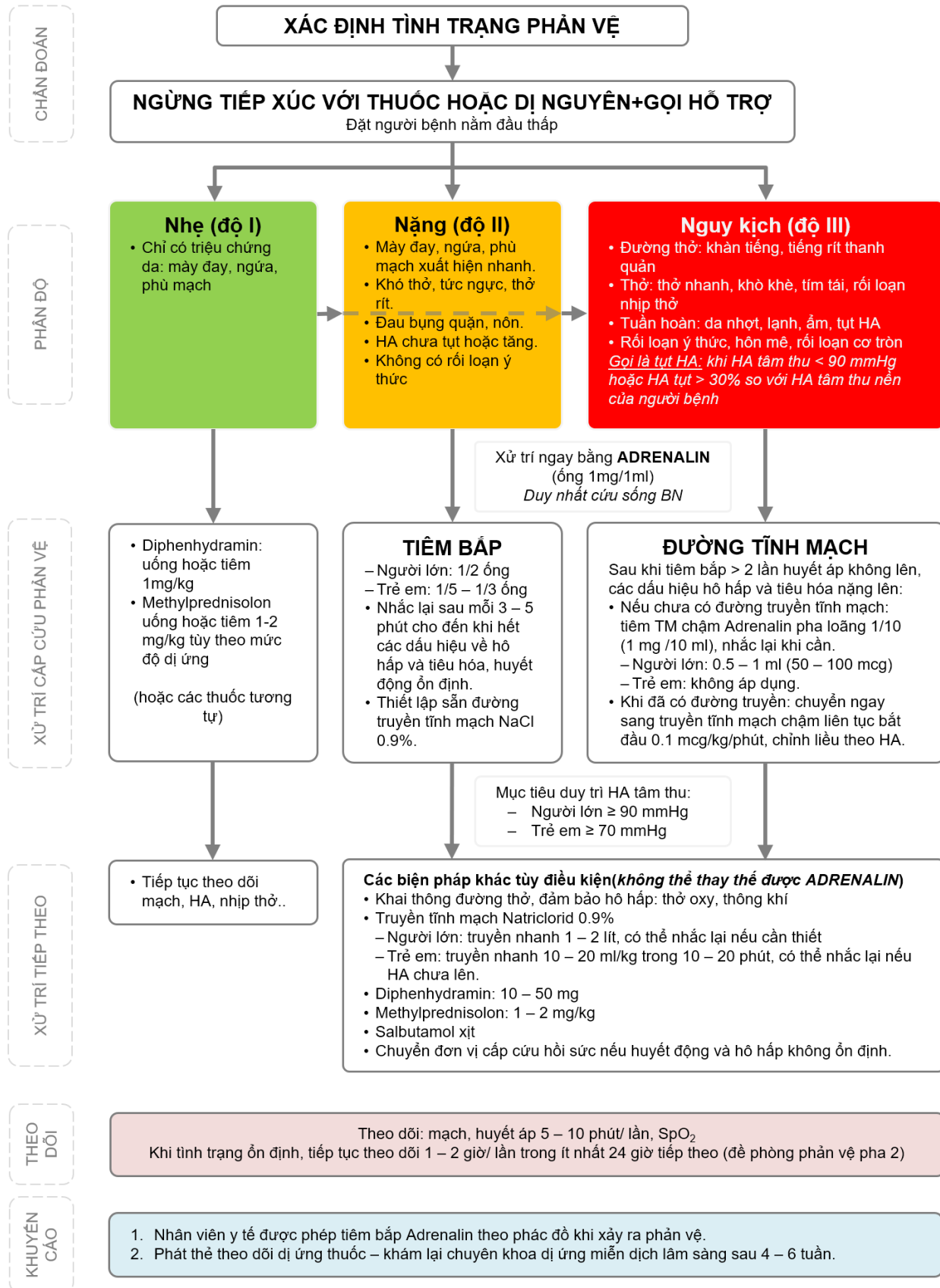
- Các trường hợp sốc: Sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn
- Tai biến mạch máu não
- Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản
- Các bệnh lý ở da: Mày đay, phù mạch
- Các bệnh lý nội tiết: Cơn bão giáp, hội chứng carcinoid, hạ đường máu
- Các ngộ độc: Rượu, opiat.

2 ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc chung

- Tất cả các trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
- Bác sĩ, điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên, nhân viên y tế phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
- Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống bệnh nhân bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên

2.2 Xử trí cấp cứu theo phác đồ



CÂU 3. CÁC BƯỚC TIẾP CẬN NHẬN, CẤP CỨU BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

I. NGUYÊN TẮC

- Điều trị tổn thương đe dọa tính mạng nhất trước
- Không để việc thiếu chẩn đoán xác định ngăn cản thực hiện điều trị
- Bệnh sử chi tiết chưa phải là cốt yếu trong đánh giá bệnh nhân chấn thương cấp

II. TRÌNH TỰ TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

Chuẩn bị

- Trước viện: liên hệ với bệnh viện chuyển đến, duy trì đường thở, kiểm soát chảy máu ngoài và sốc, bất động bệnh nhân, chuyển đến trung tâm chấn thương gần nhất
- Tại bệnh viện: chuẩn bị đầy đủ để hồi sức nhanh

III. ĐÁNH GIÁ ABCDE BƯỚC 1

Hồi sức tập trung nguyên nhân đe dọa tính mạng

1. **A (airway):** tắc nghẽn đường thở là nguyên nhân gây tử vong ngay tức khắc ở bệnh nhân đa chấn thương do đó cần khám và đánh giá kĩ:
 - Hạn chế di động cột sống cổ
 - Đánh giá đường thở : khả năng mở miệng, máu trong miệng, dịch nôn, chất tiết, dị vật, âm thanh thở, tụt lưỡi, tiên lượng khai thông đường thở dễ hay khó
 - Cần chuẩn bị đầy đủ các phương tiện để kiểm soát đường thở cơ bản cũng như đường thở nâng cao đặc biệt là ở những bệnh nhân có chấn thương vùng hàm mặt cổ
2. **B (breathing) hô hấp:** Đánh giá tình trạng hô hấp để xem bệnh nhân thở có hiệu quả hay không hiệu quả:
 - Nhịp thở tự nhiên
 - Di động của lồng ngực
 - Sử dụng cơ hô hấp phụ
 - Âm thở
 - Độ sâu, kiểu thở, tần số thở
 - SpO₂, khí máu
3. **C (circulation) tuần hoàn:** Đánh giá tình trạng tuần hoàn của bệnh nhân:
 - Tình trạng chảy máu có kiểm soát được hay không
 - Màu sắc da niêm mạc
 - Mạch, HA, áp lực tĩnh mạch trung tâm, gan, TM cổ, đường kính TM chủ dưới
 - Cần theo dõi kỹ các dấu hiệu sinh tồn đặc biệt cần theo dõi duy trì HATT >90 mmHg
4. **D (disability):** Đánh giá nhanh tình trạng ý thức, các dấu thần kinh khu trú
 - Điểm Glasgow
 - Đồng tử, các tổn thương vùng mắt, tai, mũi họng
 - Tình trạng yếu cơ, cơ lực
5. **E (exposure):** tháo gỡ quần áo, thắt lưng để bộc lộ toàn bộ tổn thương của bệnh nhân

6. **F (fluid):** đánh giá tình trạng mất dịch mất máu
7. **G (gastro- intestinal):** đánh giá tình trạng bụng
 - Bụng chướng, phản ứng thành bụng
 - Điểm đau
 - Khám đánh giá gan, lách, thận, tụy để phát hiện các tổn thương tạng đặc biệt
8. **H (hematology):** đánh giá CTM, chức năng đông máu, các bất thường về máu
9. **I (index):** đánh giá các chỉ số về nhiệt độ, BMI
10. **K (kidney) :** đánh giá cấu trúc và chức năng thận
11. **L (liver):** đánh giá cấu trúc và chức năng gan
12. **M, N:** đánh giá dinh dưỡng và khoáng chất
13. **Xét nghiệm hỗ trợ bước 1:**

- + ECG, SPO2, ETCO2, tần số thở, khí máu
- + Sonde tiểu, sone dạ dày
- + Lactac, xquang ngực, chậu
- + Fast

Cân nhắc chuyển tuyến: bác sĩ tiếp cận bệnh nhân cần đánh giá nhanh để quyết định có chuyển tuyến hay không, chỉ làm các xét nghiệm cần thiết cho việc hồi sức, ổn định và đảm bảo quá trình vận chuyển, tránh làm các XN chuyên sâu

IV. ĐÁNH GIÁ ABCDE BƯỚC 2

- Khám kỹ tiền sử, bệnh sử
- Đánh giá cơ chế, bối cảnh chấn thương
- Khám lâm sàng từ đầu đến chân tránh bỏ sót tổn thương

XN hỗ trợ bước 2

- Xquang cột sống, chi
- CT scanner : sọ, ngực, bụng, cột sống, xem xét chụp có thuốc để đánh giá tổn thương mạch máu
- Siêu âm qua thực quản
- Nội soi phế quản, thực quản
- Các xn khác: công thức máu, điện giải đồ, creatinin, đông máu, độc chất nước tiểu, cồn, thử thai ở phụ nữ tuổi sinh đẻ

V. THEO DÕI LIÊN TỤC SAU HỒI SỨC:

- Phát hiện tổn thương mới hoặc bỏ sót
- Diễn biến bệnh nhân xấu đi
- Phát hiện các tổn thương đe dọa mạng sống mới xuất hiện
- Giảm đau cho bệnh nhân

VI. ĐIỀU TRỊ TRIỆT ĐỂ

CÂU 4. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI DƯỚI ÁP LỰC DO CHẤN THƯƠNG

1. CHẨN ĐOÁN:

- Suy hô hấp cấp tính: thở nhanh, tím môi và đầu chi, SpO₂ giảm
- Rối loạn huyết động: nhịp tim nhanh, tụt huyết áp, tĩnh mạch cổ nổi
- Triệu chứng thực thể tràn khí màng phổi:
 - + lồng ngực căng phồng một bên
 - + Rì rào phế nang giảm hoặc mất
 - + Gõ vang
 - + Có thể thấy tràn khí dưới da
- Khí quản bị đẩy lệch sang bên đối diện trên Xquang ngực

2. XỬ TRÍ TẠI KHOA CẤP CỨU

- Đánh giá và xử trí theo trình tự ABCDE, lưu ý cần dẫn lưu khí ngay trước khi đặt nội khí quản (nếu có chỉ định đặt nội khí quản)

A. Bảo vệ đường thở

- Đảm bảo đường thở luôn thông thoáng: ngửa cổ - nâng cằm, lấy bỏ dị vật, đặt airway miệng. Đặt NKQ, mask thanh quản khi có chỉ định

B. Hỗ trợ hô hấp

- Thở oxy tùy mức độ suy hô hấp
- Chọc giảm áp màng phổi:
 - + Sử dụng kim cỡ lớn (10-16 G) nối với bơm tiêm chọc vào khoang màng phổi
 - + Điểm chọc ở khoang liên sườn 2 đường giữa đòn
 - + Hướng kim đi vuông góc với mặt da
 - + Hút chân không trong tay cho đến khi thấy khí tràn vào bơm tiêm
 - + Nối kim với hệ thống hút áp lực thấp hoặc để hở
- Dẫn lưu màng phổi tối thiểu
- Hút liên tục áp lực thấp

C. Tuần hoàn

- Kiểm soát chảy máu, băng ép, bất động chi..
- Xử trí sốc: + hồi sức dịch bằng các dung dịch tinh thể, duy trì MAP > 65mmHg
- + Sử dụng vận mạch nâng huyết áp sau khi đã bù đủ dịch
- + Đầu thấp chân cao

D. Giảm đau cho bệnh nhân

Sau khi xử trí ABC cần bộc lộ bệnh nhân, khám toàn diện xử trí các tổn thương khác

CÂU 5. CHẨN ĐOÁN VÀ CẤP CỨU BAN ĐẦU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

I. CHẨN ĐOÁN

1. LÂM SÀNG

- **Có yếu tố chấn thương vào đầu (bệnh sử):** biết được do bệnh nhân hoặc người đưa vào viện khai. Cơ chế chấn thương thể là bị té ngã, bị tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ẩu đả..; hoàn cảnh, thời gian xảy ra chấn thương, ý thức sau chấn thương.
- **Ý thức của bệnh nhân:** dựa vào thang điểm Glasgow để phân độ
 - + Nhẹ: GCS 14 – 15 điểm
 - + Vừa: GCS 9 – 13 điểm
 - + Nặng: GCS 3 – 8 điểm
- **Có tổn thương ở đầu:**
 - + Tổn thương da đầu: có vết rách lóc da đầu, máu tụ dưới da đầu
 - + Có tổn thương xương sọ: như vỡ xương sọ, lún xương sọ, hở sọ thấy nhu mô não.
 - + Có dấu hiệu vỡ nền sọ: chảy máu dịch não tủy qua tai, mũi; bầm tím ở hai hốc mắt, dấu hiệu đeo kính râm; bầm tím vùng xương chũm.
- **Đồng tử:** 2 bên không đều là có máu tụ nội sọ, 2 bên giãn phản xạ ánh sáng âm tính nghĩ đến thoát vị não.
- **Dấu hiệu thần kinh khu trú:** liệt nửa người, liệt dây thần kinh sọ, co giật
- **Các dấu hiệu lâm sàng khác:** co cứng mất vỏ, duỗi cứng mất não, các tổn thương kết hợp như vỡ tạng đặc, chấn thương ngực kín..

2. CẬN LÂM SÀNG

- X quang sọ thường quy phát hiện có vỡ xương sọ hay không
- Chụp cắt lớp vi tính sọ não phát hiện các dấu hiệu sau: vỡ xương sọ, nền sọ không; phát hiện máu tụ ngoài màng cứng, dưới màng cứng, trong nhu mô não, trong não thất, dập não..
- Xquang ngực, chậu, cột sống cổ phát hiện các tổn thương kết hợp
- Siêu âm ổ bụng, màng phổi phát hiện tổn thương kết hợp.
- Xét nghiệm: công thức máu, KMDM, điện giải đồ, đông máu, đường máu, máu chéo.. hỗ trợ chẩn đoán và điều trị.

II. XỬ TRÍ CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

1. **Đánh giá ban đầu:** Ý thức, đường thở, hô hấp, tuần hoàn
2. Luôn duy trì các phương tiện cố định cột sống cổ cho đến khi loại trừ tổn thương cột sống cổ.
3. **Bảo vệ đường thở:** Nghiêng an toàn, canuyn miệng, đặt nội khí quản bảo vệ đường thở khi có chỉ định
4. **Hỗ trợ hô hấp:** Thở oxy, bóp bóng ambu hoặc thông khí nhân tạo bằng máy thở nếu cần.
5. **Hỗ trợ tuần hoàn:**

- Băng ép cầm máu.
- Hội sức dịch bằng các dung dịch NaCl 0,9% duy trì HATB > 65 mmHg.
- Truyền máu và các chế phẩm máu nếu cần.
- Sử dụng các thuốc vận mạch nâng huyết áp sau khi đã bù đủ dịch.
- Có thể đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm để theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và bù dịch.

6. Giảm đau, chống co giật

7. Sau khi xử trí ABC cần bộc lộ bệnh nhân, khám toàn thân, tránh bỏ sót tổn thương.

8. Cần lưu ý loại trừ các nguyên nhân gây hôn mê khác như hạ đường huyết, ngộ độc.

9. Xử trí vết thương: Băng ép, cầm máu.

10. Khi có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, có thể sử dụng Mannitol 0,5 – 1 g/kg truyền tĩnh mạch trong 10 – 20 phút.

11. Đối với các vết thương xuyên thấu, tuyệt đối không rút các vật xuyên thấu ra khỏi hộp sọ tại khoa cấp cứu..

12. Chụp X quang, CT Scanner khi tình trạng bệnh nhân cho phép.

13. Hội chẩn bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật thần kinh, tiến hành phẫu thuật khi có chỉ định.

ĐÍCH CẦN ĐẠT

	Thông số	Đích
Lâm sàng	HATT	100 -160 mmHg
	Nhiệt độ	36 - 38°C
Cận lâm sàng	Glucose	80 - 180 mg/dL
	Hb	7 - 9g/dL
	INR	≤ 1,4
	Na ⁺	135 - 145 mEq/dL
	PaO ₂	100 - 200mmHg
	PaCO ₂	35 - 40 mmHg
	pH	7,35 - 7,45
	Tiểu cầu	≥ 75 G /L
Theo dõi	ALTMN	60 - 70 mmHg
	ALNS	5 -15 mmHg
	SpO ₂	≥ 95%

CÂU 6. TRÌNH BÀY CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HẠ NATRI MÁU

Nồng độ natri trong máu bình thường là từ 135 đến 145 mEq/L.

Hạ natri máu xảy ra khi natri trong máu giảm xuống dưới 135 mEq/L

I. Lâm sàng, chẩn đoán hạ Natri máu

1. Lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng của hạ natri máu không đặc hiệu, phụ thuộc vào mức độ và tốc độ giảm nồng độ natri máu.
- Trong hạ natri máu cấp tính, nồng độ natri giảm nhanh chóng dẫn đến các tác động nguy hiểm, như phù não có thể dẫn đến hôn mê và tử vong.
- Các dấu hiệu và triệu chứng hạ natri máu bao gồm:
 - + Buồn nôn và nôn
 - + Đau đầu
 - + Lú lẫn
 - + Mệt mỏi, buồn ngủ
 - + Bồn chồn và cáu kỉnh
 - + Yếu cơ, co thắt hoặc chuột rút
 - + Co giật
 - + Hôn mê

2. Cận lâm sàng

Natri máu < 135 mmol/l và áp lực thẩm thấu huyết tương < 280 mOsmol/l.

3. Chẩn đoán mức độ

Hạ natri máu được đánh giá là nặng khi Natri máu < 120 mmol/l và hoặc có triệu chứng thần kinh trung ương.

II. XỬ TRÍ HẠ NATRI MÁU

Điều trị phải theo nguyên nhân gây hạ natri máu. Trong quá trình điều trị cần theo dõi chặt chẽ bilan nước vào-ra, cân người bệnh hàng ngày, xét nghiệm điện giải máu 3 - 6 giờ/lần để quyết định việc điều trị.

ĐIỀU CHỈNH NATRI MÁU

1. Nguyên tắc điều chỉnh

- Trong hạ natri máu không có triệu chứng hoặc xảy ra mạn tính (> 2 ngày): điều chỉnh natri máu tăng lên không quá 0,5 mmol/l trong 1 giờ hoặc 8- 12 mmol/l trong 24 giờ.
 - Trong hạ natri máu cấp tính (< 2 ngày), hạ natri máu có kèm theo triệu chứng thần kinh trung ương: điều chỉnh natri máu tăng lên 2 - 3 mmol/l trong 2 giờ đầu, sau đó điều chỉnh tăng lên không quá 0,5 mmol/l trong 1 giờ hoặc 12 mmol/l trong 24 giờ.
- Cần lưu ý là điều chỉnh nồng độ natri máu lên quá nhanh có nguy cơ gây nên tình trạng tiêu myelin ở trung tâm cầu não, biểu hiện bởi một tình trạng liệt mềm, rối loạn vận ngôn, rối loạn ý thức, có thể dẫn tới tử vong.

3. Cách tính lượng natri chlorua cần bù

Na cần bù = Tổng lượng nước cơ thể ước tính x (Na cần đạt - Na người bệnh)

3. Loại dung dịch natri chlorua được lựa chọn

- Truyền dung dịch Natri chlorua 0,9% để bù cả nước và natri.
- Khi có hạ natri máu nặng: dùng thêm dung dịch natri chlorua ưu trương (dung dịch 3% hoặc 10%).

CÂU 7. CHẨN ĐOÁN XỬ TRÍ NMCT CẤP ST CHÊNH LÊN

I. Chẩn đoán

Theo định nghĩa toàn cầu lần thứ 4: thuật ngữ nhồi máu cơ tim được sử dụng khi có tình trạng tổn thương cơ tim cấp với bằng chứng lâm sàng của thiếu máu cơ tim cục bộ cấp và sự tăng troponin với ít nhất một giá trị trên bách phân vị thứ 99, kèm theo ít nhất một trong các yếu tố sau:

- Triệu chứng cơ năng của thiếu máu cơ tim cục bộ
- Thay đổi điện tâm đồ kiểu thiếu máu cơ tim cục bộ mới
- Có sóng Q bệnh lý
- Có bằng chứng hình ảnh mới của cơ tim mất chức năng sống hoặc rối loạn vận động vùng trong bệnh cảnh phù hợp với thiếu máu cục bộ
- Ghi nhận có huyết khối động mạch vành khi chụp mạch vành hoặc khi tử thiết

II. Xử trí

Ưu tiên điều trị ở nhóm bn này là tái tưới máu sớm nhất có thể.

Cần điều trị song song các biện pháp sau:

1. Ổn định tình trạng bn và các biện pháp điều trị nội khoa ban đầu

- Cho bn nghỉ ngơi yên tĩnh tại giường
- Mặc monitor theo dõi nhịp tim, mạch, HA, SpO₂
- Lập đường truyền TM

2. Oxy liệu pháp

- Chỉ nên cho thở oxy khi SpO₂ < 92%
- Cung cấp oxy bằng canunla mũi, mask..

3. Xử trí tụt HA

- Nên bù sớm ở bn có sốc tim, trừ trường hợp bn có phù phổi
- Bù dịch thận trọng bolus 250-500ml đánh giá đáp ứng thông qua tần số tim, HA.
- Nếu có sốc tim thì dùng các thuốc vận mạch như Noadreanlin, Adrenalin...liều lượng vận mạch phải điều chỉnh để tối ưu hoá áp lực tưới máu vành đồng thời giảm thiểu sự tăng nhu cầu oxy cơ tim.
- Nếu tưới máu mô vẫn chưa đủ, cần dùng trợ tim Dobutamin

- Đạt bóng đối xung là giảm hậu gánh trong thì tâm thu và làm tăng áp lực máu trong thì tâm trương, tăng cung lượng tim, cải thiện lưu lượng máu vành mà không làm tăng nhu cầu oxy.

- Các kỹ thuật khác như VA-ECMO

4. Giảm đau

- Morphin 2-5mg TM, nếu chưa giảm có thể nhắc lại mỗi 5-10 phút

5. Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu

- Aspirin liều nạp 150-300mg, hoặc TM 75-250mg, sau đó duy trì 75-100mg/ngày trong thời gian dài
- Nên phối hợp Aspirin với thuốc ức chế thụ thể P2Y12, bắt đầu liều nạp sau đó duy trì trong 12 tháng trừ khi có nguy cơ chảy máu
 - +Clopidogrel nạp 300-600mg, duy trì 75mg/ngày
 - +Ticagrelor nạp 180mg, duy trì 90mg x2 lần/ngày
 - +Prasugrel nạp 60mg, duy trì 10mg/ngày

6. Thuốc chống đông

- Heparin không phân đoạn < 75t: 30 đv, Bivalirudin 0,75mg/kg bolus TM

7. Tái tưới thông mạch vành

Là mục tiêu quan trọng nhất trong điều trị NMCT cấp, giúp làm giảm tối đa kích thước vùng nhồi máu, bảo tồn chức năng thất trái, giảm thiểu tình trạng tái cấu trúc cơ tim về sau. Có 3 phương pháp là

- Dùng thuốc tiêu huyết khối
- Can thiệp (nong, đặt stent) động mạch vành
- Phẫu thuật cầu nối chủ vành (CABG)

KHUYẾN CÁO

- Can thiệp mạch vành qua da thì đầu từ lúc được chẩn đoán đến khi can thiệp < 120 phút.

- Nếu không được can thiệp mạch vành qua da thì đầu kịp thời < 120 phút => điều trị tiêu sợi huyết trong vòng 12 giờ từ khi khởi phát với bn không có chống chỉ định của thuốc tiêu sợi huyết

Liều dùng: Alteplase 15 mg bolus TM, sau đó truyền TM 0,75 mg/kg trong 30 phút (không quá 50 mg), tiếp theo truyền 0.5 mg/kg trong 60 phút (không quá 35 mg)

- Nếu thời gian từ khi khởi phát triệu chứng > 12h: can thiệp mạch vành qua da thì đầu được khuyến cáo khi bn vẫn còn các triệu chứng thiếu máu cơ tim, rối loạn huyết động, rối loạn nhịp đe dọa tính mạng.

CÂU 8. TRÌNH BÀY CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP

1. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

Theo quy định của bộ y tế 2016 khi có 2/3 tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: lâm sàng có cơn đau với tính chất điển hình

- Đau liên tục, đột ngột
- Đau vùng thượng vị, lan ra sau lưng
- Đau giảm khi cúi người về trước
- Có thể kèm theo buồn nôn và nôn

Tiêu chuẩn 2: Amylase và /hoặc lipase máu tăng cao trên 3 lần so với giá trị bth

Tiêu chuẩn 3: Chẩn đoán hình ảnh có hình ảnh điển hình của VTC trên siêu âm hoặc chụp CT

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT: Thủng dạ dày, Tắc ruột, Cơn đau bụng gan, Viêm phúc mạc, Nhồi máu mạc treo, Nhồi máu cơ tim, Phình tách động mạch chủ bụng.

3. CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ:

-Giai đoạn sớm (tuần đầu): VTC nặng khi người bệnh có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và/hoặc suy tạng dưới 48 giờ. VTC trên cơ địa suy thận, bệnh lý tim mạch, suy giảm miễn dịch đều được coi là VTC nặng.

- Giai đoạn sau 1 tuần: Viêm tụy cấp nặng khi có suy ít nhất 1 tạng và kéo dài trên 48 giờ.

- Có nhiều thang điểm đã được xây dựng để đánh giá mức độ nặng, nhẹ của VTC gồm:

+ Thang điểm Ranson: bệnh nhân có < 3 yếu tố trong 11 yếu tố là VTC nhẹ. Nếu có > 3 yếu tố là viêm tụy cấp nặng, càng nhiều yếu tố thì tình trạng càng nặng và tiên lượng càng xấu.

+Thang điểm APACHE II: < 8 là VTC nhẹ, APACHE II > 8 là VTC nặng

+Bảng điểm SOFA: > 3 điểm là VTC nặng có biến chứng suy tạng, càng cao thì tiên lượng viêm tụy cấp càng nặng.

+Dựa vào áp lực ổ bụng: không có tăng áp lực ổ bụng hoặc tăng nhưng ở độ I (< 21 cmH₂O) là VTC nhẹ và bệnh nhân tăng áp lực ổ bụng từ độ II trở lên (≥ 21 cmH₂O) là VTC nặng.

+Thang điểm Bisap: nếu có 3điểm là VTC nặng

4. ĐIỀU TRỊ

- **Hồi sức dịch , hồi sức tuần hoàn**

+ Bù dịch với khối lượng lớn trong 24 giờ đầu (6 - 8 lít) qua đường tĩnh mạch trung tâm, đảm bảo CVP 10 - 15 cmH₂O. Lưu ý tránh quá tải thể tích, phù phổi và hội chứng tăng áp lực ổ bụng.

+ Loại dịch được ưu tiên là Ringerlactac hơn là Nacl 0.9 % , có thể sử dụng thêm dung dịch cao phân tử, Albumin

- + Viêm tụy cấp không nặng, không hoại tử, không có tiêu chuẩn tiên lượng nặng bù dịch theo nhu cầu hàng ngày ≥ 2 lít/ ngày
- + Thuốc vận mạch Noradrenalin, Dopamin, Adrenalin sử dụng khi đã bù dịch CVP 8 - 12 mmHg mà HATB chưa đạt ≥ 65 mmHg
- + Theo dõi và đánh giá tuần hoàn nên dựa vào các dấu hiệu tưới máu đầy đủ, lượng nước tiểu (da ấm, hết vân tím, lượng nước tiểu $>0,5$ ml/kg/giờ)

- **Hồi sức hô hấp.**

- + Cung cấp oxy, đảm bảo độ bão hòa oxy máu $> 92\%$
- + Các biện pháp hỗ trợ hô hấp bao gồm: thở oxy mũi, oxy mặt nạ, thở máy không xâm nhập, thở máy xâm nhập đặc biệt với ARDS (chiến lược thông khí bảo vệ phổi)..
- + Chọc dẫn lưu dịch màng phổi, dịch tụy giảm tăng áp lực ổ bụng

-**Hồi sức thận:**

- + Bồi phụ đủ dịch sớm, đảm bảo tưới máu thận
- + Dùng thêm lợi tiểu khi đã đảm bảo đủ dịch
- + Lọc máu liên tục: Áp dụng ở giai đoạn sớm trong 3 ngày đầu của VTC nặng, hoặc giai đoạn muộn hơn có biến chứng suy đa tạng

Chỉ định lọc máu trong một số trường hợp như sau:

- VTC nặng: APACHE II > 8 , Balthazar > 7 .
- Tăng áp lực ổ bụng > 20 cmH₂O.
- Suy đa tạng: SOFA > 8 .
- Viêm tụy cấp do tăng Triglycerid: Thay huyết tương phổi hợp lọc máu liên tục
- Thừa dịch.

- **Giảm đau :**

+ Thường dùng paracetamol, opioid. Không dùng thuốc giảm đau NSAID. Hạn chế dùng morphin vì có thể gây co thắt cơ vòng Oddi.

- **Kiểm soát đường máu:**

- **Kháng sinh:** Không dùng kháng sinh cho VTC nặng, dùng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn rõ hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn cao (tụy hoại tử hoặc nghi ngờ áp xe tụy..)

+ Viêm tụy cấp nhẹ: Cephalosporin thế hệ 3 phối hợp Aminozide hoặc Quinolon Phối hợp Metronidazol khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí

+ Viêm tụy cấp nặng: Carbapenem phối hợp Metronidazol và có thể kết hợp thêm Quinolon

- **Dinh dưỡng**

+ VTC nhẹ: Cho ăn sớm (trong vòng ít nhất 48 giờ sau nhập viện)

+ VTC nặng: Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trong vòng 24 - 48 giờ đầu

Tập ăn sớm qua đường miệng, qua ống thông dạ dày với số lượng tăng dần. Nuôi dưỡng đảm bảo đủ năng lượng 25 - 30 kcal/kg/24 giờ

Chế độ ăn được khuyến cáo: Cho ăn theo thứ tự nước chín, nước đường, cháo đường, cơm thường. Tỷ lệ protid và glucid cao, còn tỷ lệ lipid thấp.

- Điều trị hỗ trợ khác:

- + Giảm tiết dịch tiêu hóa và ức chế men tụy : Somatostatin, Stilamin
- + Thuốc chống đông
- + Kháng tiết Acid
- + Điều chỉnh nước điện giải , kiềm toan
- + Hút dịch dạ dày thực hậu môn để giảm áp lực ổ bụng
- Dẫn lưu ổ bụng qua da
- Phẫu thuật: để giảm áp , VTC có chảy máu ổ bụng, áp xe tụy, nang giả tụy
- Điều trị nguyên nhân VTC như chít hẹp đường mật do sỏi, VTC sỏi túi mật, VTC do tăng triglycerid

CÂU 9. TRÌNH BÀY XỬ TRÍ SỐC GIẢM THỂ TÍCH DO CHẤN THƯƠNG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

- Mạch nhanh, nhỏ, huyết áp hạ.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp, tĩnh mạch cổ xẹp.
- Da niêm mạc nhợt nhạt, lạnh.
- Thiểu niệu, vô niệu.
- Vật vã, lơ đờ, rối loạn ý thức.
- Các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân của mất máu: chấn thương mạch máu, vỡ tạng đặc..

2. Chẩn đoán mức độ

Phân độ	V máu mất	Huyết áp	Mạch	Hô hấp	Ý thức
Độ I	750	Bình thường	<100	Bình thường	Bình thường
Độ II	750-1500	Bình thường hoặc giảm ít	>100	Tăng	Lo lắng
Độ III	1500-2000	HA tâm thu <90mmHg	>120	Khó thở	Vật vã kích thích
Độ IV	>2000	HA tâm thu <70mmHg	>120	Suy hô hấp	Lơ mơ hôn mê

3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: Hồng cầu giảm, hematocrite giảm

- Siêu âm: phát hiện dịch ổ bụng, màng phổi, màng ngoài tim
- Xquang phát hiện tổn thương xương

II. XỬ TRÍ

Nguyên tắc:

- Đảm bảo cung cấp oxy.
- Bù dịch, giảm đau và điều trị nguyên nhân.
- Điều trị phổi hợp.

III. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

1. Đảm bảo cung cấp oxy

- Kiểm soát đường thở.
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm đầu thấp hai chân nâng cao.
- Thở oxy qua kính mũi 4 -5 lít/phút hoặc mặt nạ 6-10 lít/phút.
- Đặt nội khí quản nếu người bệnh có nguy cơ trào ngược vào phổi hoặc suy hô hấp hoặc rối loạn ý thức.
- Nếu người bệnh có chỉ định thở máy, cần tránh thở máy áp lực dương cao.

2. Bù dịch và kiểm soát huyết động

- Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch, nên đặt đường truyền trung tâm
- Truyền tĩnh mạch nhanh 1-2lít NaCl 0,9% hoặc Ringerlactat (trẻ em 20ml/kg cân nặng).
- Theo dõi đáp ứng bù dịch qua ALTMTT
- + Nếu ALTMTT < 8mmHg: truyền nhanh dịch nhắc lại ít nhất 20ml/kg
- + Nếu ALTMTT ≥ 8mmHg và HATB < 60mmHg: dùng thuốc vận mạch noradrenalin hoặc dopamine.
- + Nếu ALTMTT ≥ 8mmHg và HATB ≥ 60mmHg: kết thúc quá trình bù dịch.

3. Kiểm soát nguồn chảy máu

- Băng ép đối với vết thương hở đang chảy máu.
- Cố định vùng chi bị chấn thương, chảy máu
- Mổ thăm dò để phát hiện và kiểm soát nguồn chảy máu từ vết thương trong ổ bụng, trong lồng ngực.

4. Giảm đau

- Giảm đau đường tĩnh mạch Paracetamol, Fentanyl, Morphin..

5. Điều trị hỗ trợ

- Nếu có mất máu, truyền ngay khối hồng cầu để đảm bảo hemoglobin ≥ 8g/l.
- Làm ấm cho người bệnh: chăn đắp, chăn nhiệt, đèn tỏa nhiệt...
- Kháng sinh: dự phòng và điều trị các vết thương hở nhiễm bẩn. SAT TB
- Hội chẩn khoa ngoại chấn thương điều trị

CÂU 10. CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD MỨC ĐỘ NẶNG

1. CHẨN ĐOÁN

Theo tiêu chuẩn Anthonisen, đợt cấp COPD thường xảy ra ở các bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trước đó và đột nhiên xuất hiện một hoặc nhiều triệu chứng sau:

- Khó thở tăng.
- Khạc đờm tăng.
- Thay đổi màu sắc của đờm.
- Có hoặc không có những triệu chứng toàn thân khác như: sốt, đau ngực, rối loạn ý thức...

2. CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ

Phân loại mức độ nặng theo tiêu chuẩn Anthonisen

Đợt cấp COPD nhẹ:

Có 1 trong 3 triệu chứng nặng là khó thở, số lượng đờm, màu đục/vàng và các triệu chứng đi kèm khác như: ho, tiếng rít, sốt không lý do. Trong 5 ngày trước đó bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn đường hô hấp. Nhịp thở, nhịp tim tăng > 20% so với ban đầu.

Đợt cấp COPD trung bình:

Có 2 trong 3 triệu chứng nặng sau: khó thở, số lượng đờm, màu đục/vàng hơn. Lúc này, người bệnh nên sử dụng kháng sinh nếu màu sắc của đờm thay đổi (màu vàng, xanh...).

Đợt cấp COPD nặng:

Có cả 3 triệu chứng nặng sau: Khó thở, số lượng đờm, màu đục/vàng hơn. Bệnh nhân được khuyến cáo dùng kháng sinh

3. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SUY HÔ HẤP

- Không suy hô hấp:

- + Nhịp thở 20 – 30 lần/phút
- + Không co kéo cơ hô hấp phụ
- + Không rối loạn ý thức
- + Tình trạng oxy hoá máu được cải thiện khi được thở oxy với FiO₂ 28 – 35%
- + Không tăng PaCO₂.

- Suy hô hấp cấp không có dấu hiệu đe dọa tính mạng:

- + Nhịp thở > 30 lần/phút
- + Co kéo cơ hô hấp
- + Không rối loạn ý thức
- + Tình trạng giảm oxy máu cải thiện khi thở oxy với FiO₂ 35-40%
- + PaCO₂ 50-60 mmHg;

- Suy hô hấp cấp có dấu hiệu đe dọa tính mạng:

- + Nhịp thở > 30 lần/phút
- + Co kéo cơ hô hấp phụ
- + Rối loạn ý thức
- + Tình trạng giảm oxy máu cải thiện khi được thở oxy với $FiO_2 > 40\%$
- + $PaCO_2 > 60$ mmHg hoặc có toan máu ($pH < 7,25$).

4. XỬ TRÍ ĐỢT CẤP COPD MỨC ĐỘ NẶNG

4.1. Thở oxy

- Thở oxy 1 – 2 lít/phút sao cho SpO_2 đạt 90-92%. Dựa vào khí máu động mạch để điều chỉnh liều oxy:

- + Khi SpO_2 90-92%, $PaCO_2 < 45$ mmHg: Giữ nguyên liều oxy đang dùng.
- + Khi $SpO_2 < 90\%$, $PaCO_2 < 45$ mmHg: Tăng liều oxy tối đa không quá 3 lít/phút.
- + Khi $SpO_2 > 92\%$, $PaCO_2 > 45$ mmHg: Giảm liều oxy và làm lại khí máu động mạch sau 30 phút.
- + Khi $SpO_2 < 90\%$, $PaCO_2 > 55$ mmHg và/hoặc $pH \leq 7.35$ Chỉ định thở máy không xâm nhập.

4.2. Giãn phế quản

- Khí dung thuốc giãn phế quản nhóm cường beta 2 adrenergic hoặc dạng kết hợp cường beta 2 adrenergic với kháng cholinergic.
- Nếu không đáp ứng với các thuốc khí dung thì dùng salbutamol, terbutalin truyền tĩnh mạch với liều 0.5-2~mg/giờ, điều chỉnh theo đáp ứng của bệnh nhân. Truyền bằng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch.

4.3. Corticoid

- Methylprednisolon 1-2 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch.
- Thời gian dùng không quá 5 – 7 ngày

4.4. Kháng sinh

- Cefotaxim 1-2g x3 lần/ngày hoặc ceftriaxon 2 g/ lần x 1-2 lần/ngày hoặc ceftazidim 1-2gx3 lần/ ngày; phối hợp với nhóm aminoglycosid 15 mg/kg/ngày hoặc quinolon (levofloxacin 750 mg/ngày, moxifloxacin 400 mg/ngày...).
- Thời gian trung bình điều trị kháng sinh từ 7-10 ngày hoặc hơn tùy thuộc vào đáp ứng của người bệnh

4.5. Thông khí nhân tạo không xâm nhập

Chỉ định khi có ít nhất 2 tiêu chuẩn sau:

- Khó thở vừa tới nặng có co kéo cơ hô hấp phụ và hô hấp nghịch thường.
- Toan hô hấp: $pH < 7,35$ và/hoặc $PaCO_2 \geq 45$ mmHg.
- Tần số thở > 25 lần/phút.

Nếu sau 60 phút thông khí nhân tạo không xâm nhập, $PaCO_2$ tăng và PaO_2 giảm hoặc các triệu chứng lâm sàng xấu đi thì cần chuyển sang thông khí nhân tạo xâm nhập.

Chống chỉ định:

- Ngừng thở, ngủ gà, rối loạn ý thức, không hợp tác.

- Rối loạn huyết động: Tụt huyết áp, loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim.
- Nguy cơ hít phải dịch dạ dày, đờm nhiều, dính.
- Mỏi phẫu thuật răng hàm mặt hoặc mổ dạ dày.
- Bỏng, chấn thương đầu, mặt, béo phì quá nhiều.

4.6. Thông khí nhân tạo xâm nhập

Chỉ định

- Thông khí nhân tạo không xâm nhập thất bại.
- Co kéo cơ hô hấp và di động thành bụng nghịch thường.
- Nhịp thở > 35 lần/phút.
- Ngưng thở hay suy hô hấp cấp thể nguy kịch: Giảm oxy nghiêm trọng ($\text{PaO}_2 < 40 \text{ mmHg}$ hoặc $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$).
- Toan hô hấp nặng ($\text{pH} < 7,25$) và tăng CO_2 ($\text{PaCO}_2 > 60 \text{ mmHg}$).
- Tim mạch: Tụt huyết áp, sốc, suy tim nặng...
- Rối loạn ý thức rõ.

CÂU 11. TRÌNH BÀY CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN THEO SSC 2021

ĐN: Sốc nhiễm khuẩn là giai đoạn nặng của quá trình diễn biến liên tục bắt đầu từ đáp ứng viêm hệ thống do nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng.

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

- Các biểu hiện của nhiễm khuẩn nặng.
- Rối loạn chức năng cơ quan tiến triển thành suy chức năng cơ quan không đáp ứng với bù dịch và phải dùng thuốc vận mạch.
- Lactat > 2 mmol/L

2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốc giảm thể tích: Mất nước hoặc mất máu, áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp, sốc đáp ứng tốt với bù dịch hoặc máu.
- Sốc tim do nhiều nguyên nhân: Từ màng ngoài tim, cơ tim với nhiều tác nhân như chèn ép tim cấp, viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim..., với đặc trưng cung lượng tim giảm nhiều.
- Sốc phản vệ: Thường liên quan đến các dị nguyên với các biểu hiện quá mẫn.

3. Chẩn đoán nguyên nhân

Tiến hành khám lâm sàng toàn diện các cơ quan để xác định ổ nhiễm khuẩn.

- Phối hợp các biện pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp x quang. chụp cắt lớp vi tính...
- Cây các bệnh phẩm nghi ngờ của nhiễm khuẩn như mủ, chất tiết đờm dãi, dịch, mù màng phổi, màng tim, dịch não tủy, máu và nước tiểu hay mù hoặc dịch dẫn lưu ổ áp xe...

4. Chẩn đoán mức độ

- Có tiến triển suy đa tạng là yếu tố tiên lượng nặng.

- Lactat máu tăng dần và tụt huyết áp không đáp ứng với thuốc vận mạch là biểu hiện nặng của sốc.

5. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Hồi sức huyết động
- Kiểm soát nhiễm khuẩn
- Liệu pháp kháng sinh

2. Cần thực hiện trong 1h đầu điều trị sốc nhiễm khuẩn theo SSC 2021

- + Xét nghiệm lactate , đo lại nếu > 2mmol/l
- + Cấy máu trước khi dùng kháng sinh
- + Cho kháng sinh phổ rộng
- + Bù dịch nếu huyết áp tụt hoặc lactate > 4mmol/l
- + Dùng thuốc co mạch duy trì MAP > 65 mmHg

3. Đích cần đạt

- HATB > 65 mmHg
- CVP > 8 mmHg
- Nước tiểu > 0,5 ml/kg/h
- ScvO₂ > 70%
- Hb > 7g/L
- Đã cấy máu, kháng sinh
- Đã điều chỉnh rối loạn điện giải nặng
- Kiểm soát đường máu 8-10mmol/L

4. Điều trị cụ thể

4.1 Bù dịch

- Đạt 2-3 đường truyền, nên đạt đường truyền trung tâm
- Truyền dịch tinh thể 30 ml/kg/3 giờ, duy trì áp lực trung tâm 8 – 12 cmH₂O
- Không dùng dịch keo tổng hợp
- Theo dõi các thông số động để bù dịch
- Dùng albumin khi bù nhiều dịch

4.2 Vận mạch

- Nên dùng sớm sau khi bù dịch
- Noradrenalin là lựa chọn đầu tiên, bắt đầu liều thấp 0,1mcg/kg/phút (chỉnh liều theo HA) mục tiêu đạt huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg.
- Adrenalin có thể phối hợp thêm nếu đã tăng Noadre mà HA ko lên và nhịp tim không cao
- Dopamin chỉ dùng khi có mạch chậm
- Dobutamin nếu có suy tim

3. Dùng kháng sinh

Cho KS phổ rộng, đường TM, theo kinh nghiệm

- Cho KS sớm giảm tỷ lệ BC và tử vong

- KS dùng đường TM, phối hợp kháng sinh
- Sử dụng KS theo vị trí NK và phổ KS tại đơn vị điều trị
- Xuống thang KS theo KSD

Căn cứ lựa chọn kháng sinh

- Loại vi khuẩn thường gặp
- Nguồn gốc nhiễm khuẩn: Cộng đồng vs BV
- Mức độ đề kháng của vi khuẩn tại BV
- Mức độ nặng của bệnh nhân
- Điều chỉnh kháng sinh khi có kết quả KSD
- Giải quyết ổ nhiễm khuẩn bằng chọc hút, dẫn lưu hoặc phẫu thuật..

4. Corticoid

Chỉ dùng khi sốc kém đáp ứng với vận mạch hoặc chưa cắt được vận mạch sau 48 giờ (không dùng thường quy)

Thuốc được lựa chọn hydrocortison liều 50 mg mỗi 6 giờ tiêm tĩnh mạch. Giảm liều và ngừng khi bệnh nhân thoát sốc và cắt được thuốc co mạch.

5. Hồi sức hô hấp

- Thở oxy canula , mask
- HFNC
- NIV : đích điều trị PaO₂ 55-70 mmHg , SpO₂ 88- 92 %
- IV thông khí bảo vệ phổi ARDS

6. Kiểm soát đường máu

Sử dụng insulin tĩnh mạch , đích 8- 10 mmol/l

7. Lọc máu liên tục

- Lọc máu liên tục sớm nhất nếu có thể ngay sau khi có chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn và lưu ý phải kiểm soát được ổ nhiễm khuẩn.
- Chỉ lọc máu khi đã nâng được huyết áp tâm thu > 90 mmHg.
- Ngừng lọc máu liên tục khi cắt được các thuốc co mạch ít nhất 12 giờ và huyết áp ổn định và chuyển lọc máu ngắt quãng nếu còn chỉ định.

8. Các biện pháp điều trị hỗ trợ

- Cân bằng nước điện giải ,toan kiềm
- Điều trị suy tạng : đông máu , liệu pháp thay thế chức năng thận
- Nuôi dưỡng
- Chống loét dạ dày
- Truyền máu khi Hb < 7g/L
- Truyền tiểu cầu khi TC < 10 nếu ko có chảy máu, < 20 khi có chảy máu.

CÂU 12. TRÌNH BÀY CÁC THÔNG SỐ CƠ BẢN KHI CÀI ĐẶT MÁY THỞ

1. THỂ TÍCH KHÍ LƯU THÔNG

Thể tích khí lưu thông (Vt) là lượng thể tích khí hít vào hoặc thở ra trong 1 lần thở

- Phần lớn cài đặt ban đầu $Vt = 6 - 8 \text{ mL/kg}$
- Nếu PaCO_2 tăng: tăng tần số máy thở (F) để tăng thông khí phút (V_m)
- Nếu PaCO_2 giảm: giảm Vt nếu có kiềm hô hấp
- Có thể áp dụng công thức sau: $Vt \text{ điều chỉnh} = (\text{PaCO}_2 \text{ hiện tại} \times Vt \text{ hiện tại}) / \text{PaCO}_2 \text{ mong muốn}$.
- Nên để Vt thấp ở bệnh nhân tổn thương phổi cấp

2. MỨC ÁP LỰC ĐƯỜNG THỞ

Là áp lực đường thở cài đặt để đưa vào phổi một thể tích lưu thông (Vt) mong muốn (6 - 8 mL/kg).

Đối với mode kiểm soát áp lực

- Phần lớn khởi đầu cài mức áp lực là 15 cmH₂O, sau đó tăng hoặc giảm để đạt Vt mong muốn
- Hoặc chọn mức kiểm soát áp lực = áp lực bình nguyên (P_{plateau})
- Hoặc mức kiểm soát áp lực = áp lực đỉnh (PIP) - 5 cmH₂O

Đối với mode hỗ trợ áp lực

- Cài đặt mức áp lực hỗ trợ $P_s = P_{\text{plateau}} - \text{PEEP}$
- Hoặc khởi đầu bằng 10 cmH₂O tăng mỗi lần 2 - 3 cmH₂O cho đến khi đạt được Vt mong muốn

3. TẦN SỐ THỞ

Là số lần thở trong một phút.

- Thường cài đặt $F = 12 - 16 \text{ lần/phút}$
- Cài đặt F cao hơn nếu dùng Vt thấp
- Tăng F có PaCO_2 cao, giảm F khi PaCO_2 thấp
- Nếu bệnh nhân thở nhanh quá gây auto-PEEP cần cho an thần hoặc giãn cơ
- Công thức: Tần số thở điều chỉnh = $(\text{PaCO}_2 \text{ đo được} \times F \text{ hiện tại}) / \text{PaCO}_2 \text{ mong muốn}$

4. TỈ LỆ THỜI GIAN HÍT VÀO THỞ RA

- Đối với máy thở chu kỳ thời gian hoặc sử dụng thông khí áp lực, I/E khởi đầu = 1/2.
- Nếu PaCO_2 tăng hoặc có auto-PEEP, cài I/E = 1/3-1/4.
- Đối với máy thở thể tích, tốc độ dòng (flow), Vt, F quyết định I/E.

5. TỐC ĐỘ DÒNG

- Gồm có các dạng tốc độ dòng hình vuông, hình chữ nhật, dòng tăng dần, dòng giảm dần

- Máy thở chu kỳ thể tích: Cài đặt tốc độ dòng sẽ tùy thuộc vào tỉ lệ I/E mong muốn, ví dụ: $V_t = 500 \text{ ml}$, $F = 20 \text{ lần/phút}$, $L/E = 1/2$. $T_i = 1 \text{ giây}$, flow cần cài đặt là $500 \text{ mL/giây} = 30 \text{ lít/phút}$.

- Máy thở chu kỳ thời gian: Đa số máy tự động tính flow dựa vào V_t , T_i , tỉ lệ I/E cài đặt.

6. CÀI ĐẶT TRIGGER/SENSITIVITY

- Đối với mode A/C hoặc SIMV, nếu sau thời gian qui định bởi tần số cài đặt (f), nếu bệnh nhân không trigger máy, máy thở sẽ tự khởi phát nhịp thở của máy đã cài đặt.

+ Trigger áp lực: Thường cài ở mức từ - 1 đến - 2 cmH_2O .

+ Trigger dòng: Thường cài ở mức 3 - 5 lít/phút, tối đa 10 lít/phút.

7. NỒNG ĐỘ OXY TRONG KHÍ THỞ VÀO

- Nên để nồng độ oxy trong khí thở vào (FiO_2) = 100%, sau đó giảm dần

- Điều chỉnh FiO_2 dựa vào PaO_2 hoặc SaO_2 , SpO_2

- Có thể áp dụng công thức: $\text{FIO}_2 \text{ điều chỉnh} = (\text{PaO}_2 \text{ mong muốn} \times \text{FiO}_2 \text{ hiện tại}) / \text{PaO}_2 \text{ hiện tại}$

8. ÁP LỰC DƯƠNG TÍNH CUỐI THÌ THỞ RA

Áp lực dương tính cuối thì thở ra (PEEP) là một áp lực dương được tạo ra vào cuối thì thở ra nhằm mục đích tránh xẹp phổi và cải thiện tình trạng oxy hóa máu.

- Cài đặt PEEP khởi đầu ở mức 5 cmH_2O .

- Tăng dần 2 - 3 cmH_2O tới mức tối đa là 15 cmH_2O để giảm FiO_2 xuống còn $\leq 60\%$, nâng SpO_2 lên $\geq 90\%$ mà không làm tụt huyết áp hoặc tăng áp lực đường thở quá mức

9. THỞ SÂU

Thở sâu hay còn gọi là thở dài (sigh) là các nhịp thở với thể tích lớn được cài đặt xen kẽ trong các nhịp thở thông thường nhằm tránh xẹp phổi.

- Thể tích của thở sigh bằng 1,5 - 2 lần của V_t cài đặt.

- Tần số sigh: 6 - 12 lần/giờ hoặc cứ 100 lần thở bình thường có 1 lần thở sigh.

Thường được cài trên các bệnh nhân có bệnh lý thần kinh-cơ hoặc bệnh nhân bị xẹp phổi.

10. CÀI ĐẶT BẢO ĐỘNG VÀ GIỚI HẠN ÁP LỰC

- Bảo động áp lực thấp: 10 cmH_2O dưới áp lực định đường thở (PIP).

- Báo động áp lực cao: 10 cmH_2O trên PIP, tối đa 50 cmH_2O trừ khi có co thắt phế quản nặng mức này có thể cài tới 75 cmH_2O .

- Báo động thông khí phút thấp: 90% thông khí phút cài đặt.

- Báo động V_t thở ra (V_{te}) thấp: 80% V_t cài đặt (thở máy thể tích) hoặc 80% V_t mong muốn (thở máy áp lực).

- Giới hạn áp lực cao: Chỉnh van giới hạn áp lực cao, thường không để $\text{PIP} > 35 \text{ cmH}_2\text{O}$, giúp tránh được chấn thương do áp lực, nhưng V_t sẽ thấp hơn mức cài đặt.

BOLUS

1. MODE VCV

+Thể tích khí lưu thông(Vt)

Phổi lành: 6-8 ml/kg cân nặng lý tưởng

ARDS: 4-6 ml/kg

+Trigger: 1l/ph (trigger dòng), hoặc -1 cmH₂O (trigger áp lực)

+ Tần số máy thở: 14-16 l/ph

+ I/E: Tùy mục đích, thông thường 1:2

+ FiO₂: 100% trong 30ph sau đó giảm dần 60%

+PEEP: 5cmH₂O (phù phổi cấp 8-10, ARDS theo chiến lược riêng, COPD: 2/3

autoPEEP)

2. MODE PVC

+ Áp lực đẩy vào PC: Cài đặt PC để đạt được Vt như sau

Phổi lành: 6-8 ml/kg cân nặng lý tưởng

ARDS: 4-6 ml/kg

Lưu ý: tổng PC + PEEP không quá 30 cmH₂O

+Trigger: 1l/ph (trigger dòng), hoặc -1 cmH₂O (trigger áp lực)

+ Tần số máy thở: 14-16 l/ph

+ I/E: Tùy mục đích, thông thường 1:2

+ FiO₂: 100% trong 30ph sau đó giảm dần 60%

+PEEP: 5cmH₂O (phù phổi cấp 8-10, ARDS theo chiến lược riêng, COPD: 2/3

autoPEEP)

3. MODE PSV

+ FiO₂: trước cai thở máy

+ PS (áp lực hỗ trợ) 10-14 cmH₂O (hoặc bằng áp lực đỉnh đường thở của bệnh nhân khi cai thở máy - PEEP)

+ PEEP: 5 CmH₂O

Áp lực đỉnh = PS + PEEP

+ Chế độ back up

4. SIMV

+Thể tích khí lưu thông(Vt): đặt bằng Vt của phương thức thở máy đang được thực hiện trước khi chuyển sang SIMV

+Trigger: 1l/ph (trigger dòng), hoặc -1 cmH₂O (trigger áp lực)

+ Tần số máy thở: cài đặt thấp hơn tần số của phương thức thở máy đang được thực hiện trước khi chuyển sang SIMV 2-4 nhịp/ph

+ I/E: Tùy mục đích, thông thường 1:2

+ FiO₂: giữ nguyên như đang đặt

+PEEP: 5cmH₂O

+ Áp lực hỗ trợ (PS) cho các nhịp tự thở 10-14 cmH₂O

CÂU 13. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ BIẾN CHỨNG CỦA THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP

Thở máy không xâm nhập với áp lực dương được định nghĩa là sử dụng áp lực dương ngắt quãng qua đường hô hấp trên để làm tăng thông khí phế nang

1. Chỉ định

- Sau phẫu thuật tim phổi.
- Sau gây mê phẫu thuật.
- Suy tim.
- Hội chứng ngưng thở khi ngủ.
- Mức độ nhẹ của đợt cấp COPD, tổn thương phổi cấp, phù phổi cấp.
- Suy hô hấp cấp tiến triển mức độ nhẹ và trung bình.
- Sau rút nội khí quản có phù nề và hẹp nhẹ thanh quản.
- Biểu hiện suy hô hấp với các tiêu chuẩn sau:
 - + Nhịp thở > 25 lần/phút.
 - + Sử dụng cơ hô hấp phụ, di động thành bụng nghịch đảo.
 - + pH < 7,35 với PaCO₂ > 50 mmHg.

2. Chống chỉ định

- Bệnh nhân ngưng thở, ngưng tim.
- Hôn mê với Glasgow < 10 điểm.
- Chảy máu tiêu hóa trên nặng.
- Huyết áp không ổn định và rối loạn nhịp tim.
- Biến dạng, phẫu thuật hoặc chấn thương đầu, hàm mặt.
- Tắc nghẽn đường thở: Dị vật, đờm...
- Bệnh nhân không hợp tác với thở không xâm nhập.
- Không có khả năng bảo vệ đường thở, ho khạc kém.

3. Biến chứng

- Liên quan đến mask: Chặt quá gây tổn thương da, lỏng quá hở nhiều dò khí nhiều không đạt Vt
- Căng dạ dày, hít dịch vị và viêm phổi
- Sung huyết mũi họng, kích thích mắt, đỏ da, loét da vùng mũi.
- Không dung nạp, kéo dài thời gian thở vào giúp bệnh nhân dễ dung nạp hơn nhưng có thể làm giảm Vt
- Giảm cung lượng tim, giảm huyết áp.

CÂU 14. CHẨN ĐOÁN VÀ CÀI ĐẶT MÁY THỞ CHO BỆNH NHÂN ARDS THEO ARDSNET

1. Chẩn đoán xác định theo định nghĩa ARDS

- Thời gian: khởi phát cấp tính trong vòng 1 tuần sau khi xuất hiện các yếu tố nguy cơ hoặc có các triệu chứng hô hấp mới xuất hiện, tiến triển tồi đi.
- Phù phổi: không giải thích được do suy tim trái hay quá tải dịch.
- Đặc điểm xquang: thâm nhiễm 2 bên trên xquang ngực hoặc CT hoặc siêu âm phổi (bởi một chuyên gia được đào tạo), không giải thích được bằng các nốt, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi.
- Phân tầng mức độ nghiêm trọng dựa vào thiếu oxy máu:
 - + Nhẹ: PaO_2/FiO_2 , từ 201 – 300 với NIV/CPAP, PEEP ≥ 5 cmH_2O
 - + Vừa: PaO_2/FiO_2 , từ 101 – 200 với PEEP ≥ 5 cmH_2O
 - + Nặng: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ với PEEP ≥ 5 cmH_2O
- Thiếu oxy máu SpO_2 / FiO_2 : ≤ 315 với $SpO_2 \leq 97\%$

2. Chẩn đoán phân biệt:

- Phù phổi cấp huyết động: do suy tim trái cấp hoặc quá tải dịch, trên XQ hình cánh bướm tiến triển nhanh và thoái lui nhanh.
- Xuất huyết phế nang lan tỏa: suy hô hấp cấp có kèm theo mất máu nhanh, ho ra đờm lẫn máu hoặc soi hút phế quản có máu.

3. Điều trị

Nguyên tắc chung:

- Thở máy với chiến lược bảo vệ phổi
- Điều trị bệnh lí nguyên nhân
- Các biện pháp hỗ trợ

4. Cài đặt máy thở cho BN ARDS

Chiến lược thông khí trong ARDS

-Giảm thiểu bẫy khí (căng giãn phổi)

- +Vt < 6ml/kg IBW
- +Pplat < 30 cmH_2O , áp lực đẩy < 15 cmH_2O

-Chống xẹp phổi, cải thiện oxy máu

- +Huy động phế nang
- +PEEP tối ưu

-Tránh ngộ độc oxy

-Tăng CO_2 chấp nhận

5. CÀI ĐẶT THÔNG SỐ: CHỌN MODE A/CMV

- Vt 6 mL/kg IBW
- Duy trì Pplateau < 30 cmH_2O
- + Nếu Pplat > 30 cmH_2O : giảm Vt 4 mL/kg

- Tần số (f): Tăng lên để duy trì thông khí phút (MV) của bệnh nhân (tối đa 35 l/p)
 - I/E: 1/1-1/3
 - FiO₂ /PEEP theo bảng
 - + ARDS P/F > 200: Chọn Low PEEP
 - + ARDS P/F < 200: Chọn High PEEP
- Mục tiêu: SpO₂ = 88 – 95% (PaO₂ 55 – 80mmHg)

Low PEEP						
FiO ₂	0.3-0.4	0.4-0.5	0.5-0.7	0.7-0.8	0.8-0.9	1.0
PEEP (cm H ₂ O)	5-8	8-10	10-12	14	16-18	18-24
High PEEP						
FiO ₂	0.3-0.4	0.5	0.5-0.8	0.8	0.9	1.0
PEEP (cm H ₂ O)	5-16	16-18	20	22	22	22-24

CÂU 15. TRÌNH BÀY TIÊU CHUẨN CAY THỞ MÁY VÀ CÁC PHƯƠNG PHÁP CÀI THỞ MÁY TRÊN LÂM SÀNG

1. TIÊU CHUẨN CÀI THỞ MÁY

- Bệnh nhân tỉnh, Glasgow > 13 điểm.
- Không thiếu máu nặng (Hb > 100 g/L).
- Kiểm soát nhiễm khuẩn (T < 38°C).
- Huyết động ổn định.
- Dinh dưỡng tốt (P > 80% thể trọng, albumin máu > 40 g/L).
- Điện giải máu bình thường.
- Thể tích khí lưu thông (Vte): 4 - 5 mL/kg hoặc hơn 50% dung tích sống lí thuyết.
- Dung tích sống (VC) > 10 mL/kg.
- NIF (negative inspiratory force) < - 20 CmH₂O trong 20 giây.
- Thông khí phút (MV) < 10 lít/phút.
- Nhịp thở < 30 lần/phút.
- F/Vt (RSR) < 100 (80% thành công).
- PaO₂ > 60 mmHg với FiO₂ < 50%, PEEP < 5 CmH₂O.

2. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ ỔN ĐỊNH SAU KHI CÀI THỞ MÁY

- Bệnh nhân dễ chịu.
- Nhịp thở không quá 30 lần/phút.

- Nhịp tim < 100 chu kì/phút.
- Điện tim không có loạn nhịp.
- Không có vã mồ hôi, co kéo cơ hô hấp, thở bụng nghịch đảo.
- SpO₂ ổn định và > 92%.
- Nếu nghi ngờ thì kiểm tra khí máu không thấy tăng PaCO₂ và giảm PaO₂
- Chụp X-quang phổi không có xẹp phổi.

3. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ THẤT BẠI KHI CAI THỞ MÁY

Trong quá trình cai thở máy xuất hiện một trong các dấu hiệu dưới đây:

- Rối loạn ý thức.
- Tăng co kéo cơ hô hấp và di động bụng nghịch thường.
- Nhịp thở tăng lên 10 lần/phút so với lúc bắt đầu cai thở máy. Hoặc < 15 lần/phút.
- Nhịp tim tăng lên 10 lần/phút so với lúc bắt đầu cai thở máy. Hoặc < 60 lần/phút.
- Huyết áp < 90/60 mmHg.
- Ứ đọng đờm, mất khả năng họ khạc.
- SpO₂ < 92%.
- PaO₂ < 50mmHg.
- PaCO₂ > 65 mmHg.
- pH < 7,30.
- Xuất hiện tràn khí màng phổi.
- Bệnh nhân từ chối tiếp tục hợp tác.

Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm khí máu không cải thiện 1 bốn giờ thở cai thở máy.

4. CÁC PHƯƠNG THỨC CAI THỞ MÁY

4.1. Khi còn lưu ống nội khí quản

- Chuyển thở qua T-tube.
- Chuyển phương thức thở máy SIMV.
- Chuyển phương thức thở máy hô hấp hỗ trợ áp lực.
- Chuyển phương thức thở máy hô hấp hỗ trợ thể tích.

4.2. Sau rút ống NKQ

- BiPAP qua mặt nạ (mask).
- CPAP qua mặt nạ.

Lựa chọn chiến lược cai thở máy phụ thuộc vào từng bệnh nhân và bác sỹ điều trị. Điều quan trọng là:

- Cho bệnh nhân nghỉ qua đêm.
- Không cai thở máy cho đến khi bệnh nhân kiệt sức.

BOLUS

1. PHƯƠNG THỨC CAI THỞ MÁY BẰNG BIPAP, CPAP

-**Chỉ định:** có ý thức tốt, hợp tác toàn diện; có khả năng bảo vệ đường thở tốt; tổn thương nhu mô phổi không nặng lắm, chủ yếu do mệt cơ.

-Cài đặt : +CPAP 3-5 CmH₂O

+ Đặt PS để có Vte bằng mức Vte khi còn ở mode A/C, hoặc để đạt Vte 8-10ml/kg

+ Trigger, tần số, FiO₂ cài ngang mode A/C

- **Điều chỉnh:** mỗi 2h nếu bệnh nhân ổn định giảm 2 -3 cmH₂O PS hỗ trợ, cho đến khi PS còn 6 -8 CmH₂O thì bỏ máy

2. PHƯƠNG THỨC CAI THỞ MÁY BẰNG SIMV(TK BẮT BUỘC NGẮT QUÃNG ĐỒNG THÌ)

- **Cài đặt:** Vt, tần số, trigger như mode A/C trước đó. PF dưới mức đã đặt A/C trước đó.

- **Điều chỉnh:** Mỗi 2h nếu bệnh nhân ổn định thì giảm 2 nhịp SIMV.

Giảm nhịp SIMV đến 4 mà tình trạng hô hấp vẫn ổn thì bỏ máy.

3. PHƯƠNG THỨC CAI THỞ MÁY BẰNG THÔNG KHÍ HỖ TRỢ ÁP LỰC PSV

-**Chỉ định:** Bn có nguy cơ suy cơ hô hấp nhưng ý thức tương đối tốt.

- **Cài đặt:** Tần số SIMV 10 - 12 l/p, đặt PS để có Vte = Vt của SIMV (thường 20 - 25 cmH₂O). Đặt tần số sao cho I/E phù hợp nhịp SIMV

- **Điều chỉnh:** Nếu ổn định giảm 2 tần số SIMV và 2 -3 cmH₂O của PS mỗi lần để duy trì Vt thích hợp. Rút NKQ nếu mỗi mức hỗ trợ giảm < 5 can H₂O. Tần số SIMV còn 4 và PS còn 8 thì bỏ máy

4. PHƯƠNG THỨC CAI THỞ MÁY T_TUBE

-**Chỉ định:** ý thức hợp tác tốt, các bn mới thở ngắn ngày, tình trạng dinh dưỡng còn tốt, không nhiễm khuẩn nặng

- **Thực hiện:** Giải thích cho bệnh nhân; Ngưng máy thở, cho thở Oxy qua ống chữ T; Thở T_tube ngắt quãng 15', 30', 1h, 2h, 6h, 12h

- **Theo dõi:** Tần số thở, HA, nhịp tim, mệt mỏi

Thông thường 3 lần cai ngắn trong 1 ngày bắt đầu 5 - 10' tăng dần, có khoảng nghỉ giữa các lần

CÂU 16. TRÌNH BÀY CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHÙ PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG

Phù phổi cấp huyết động là tình trạng tăng đột ngột áp lực dịch trong lòng mạch làm cho huyết tương thoát vào khoảng kẽ và phế nang mà ko có tổn thương phế nang về mặt giải phẫu.

Nguyên nhân

- Hẹp 2 lá
- Tăng huyết áp
- Nhồi máu cơ tim cấp
- Đợt mất bù của suy tim trái mạn tính
- Ứ dịch cấp: truyền dịch, suy thận

- Nguyên nhân khác: xơ gan, nhồi máu phổi, sau hút khí màng phổi

1. CHẨN ĐOÁN PHÙ PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG

1.1 Lâm sàng

- Cơn phù phổi cấp thường xuất hiện đột ngột, tiến triển nhanh, hay gặp về đêm.
- Bệnh lo lắng, hốt hoảng, vã mồ hôi.
- Khó thở, thở nhanh > 30 lần/phút, phải ngồi dậy thở, tím môi và đầu chi.
- Có thể khạc ra đờm bọt hồng.
- Nghe phổi có ran ẩm nổ cả 2 phổi, bắt đầu ở đáy phổi dâng dần lên như nước triều dâng.
- Nhịp tim nhanh 100-140 lần/phút, có thể nghe thấy tiếng nhịp ngựa phi thất trái, tĩnh mạch cổ nổi.
- Huyết áp có thể bình thường hoặc tăng.
- Trường hợp nặng, muộn, kéo dài có thể suy hô hấp, tụt HA, rối loạn ý thức.
- Các triệu chứng bệnh nguyên gây OAP: rung tâm trương, tim ngựa phi, phù..

1. 2. Cận lâm sàng

- Xquang phổi: hình ảnh mờ lan toả 2 bên phổi, lan từ rốn phổi ra hình cánh bướm, có thể thấy bóng tim to.
- KMDM PaO₂ giảm, PCO₂ bt hoặc tăng.
- CVP tăng, áp lực mao mạch phổi bít (PCWC) tăng, CO giảm.
- ECG có thể có dấu hiệu nhồi máu cơ tim, dày thất trái.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- **Phù phổi cấp tổn thương:** Suy hô hấp tiến triển từ từ, thường nặng từ ngày thứ 3 của bệnh, tình trạng suy hô hấp không cải thiện với oxy 100%. Không có dấu hiệu suy tim trái. Khí máu PaO₂, SaO₂, PaCO₂ giảm hoặc bình thường, PaO₂/ FiO₂ < 200. Huyết động: CVP bình thường, PCWP bình thường. XQ phổi hình ảnh mờ khoảng kẽ lan tỏa.
- **Cơn hen phế quản:** tiền sử hen phế quản, ran khô là chính (ran rít, ran ngáy), cải thiện tốt sau dùng thuốc giãn phế quản
- **Đợt cấp VPQP mãn:** tiền sử hút thuốc lá, viêm phế quản phổi mãn, ho khạc đờm, dấu hiệu suy tim phải. Lâm sàng có khó thở kèm ran ngáy, ran rít. Xét nghiệm có PaCO₂ tăng cao.
- **Dị vật đường thở:** bệnh sử (bệnh cảnh sặc thức ăn, dị vật...), thở co kéo hõm ức, tiếng rít thanh quản...

3. ĐIỀU TRỊ

NGUYÊN TẮC

- Đảm bảo thông khí cho bệnh nhân, cải thiện oxy hoá máu
- Giảm tiền gánh và hậu gánh
- Tăng cường co bóp cơ tim
- Điều trị nguyên nhân gây phù phổi cấp huyết động

3.1 Đảm bảo chức năng hô hấp

Mục tiêu đạt SaO₂ > 95%, trên 92% ở BN COPD

- Cho BN nằm tư thế Fowler
- Hỗ trợ oxy, tốt nhất cho thở máy KXN mode CPAP hoặc BiPAP, nếu có rối loạn ý thức thì đạt NKQ thở máy.

3.2 Giảm tiền gánh và hậu gánh

- Thuốc lợi tiểu: Furosemid 20mg TM, tùy mức độ, nhẹ 20mg, vừa nặng 40-80mg có thể nhắc lại tùy đáp ứng lâm sàng.
- Thuốc giãn mạch: Nitroglycerin truyền TM 5-20mcg/phút, chỉ dùng khi HA tâm thu > 110mmHg
- Morphin TMC 1-3mg
- Nicardipin truyền TM 1-5mg/h

3.3 Trợ tim

- Dobutamin truyền TM 2-20mcg/kg/phút
- Digoxin TM 0,5-1mg

3.4 Điều trị sau cấp cứu

Điều trị theo nguyên nhân gây phù phổi cấp, ví dụ hẹp hai lá, tăng huyết áp, suy vành, suy thận cấp...

CÂU 17. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ RẮN LỤC XANH ĐUÔI ĐỎ CẮN THEO BYT

I. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

- Hoàn cảnh bị rắn lục cắn, nhận dạng rắn.
- Vết cắn: dấu móc độc.
- Biểu hiện lâm sàng sưng nề, đau nhức, bầm tím tại chỗ và xuất huyết nhiều nơi do rối loạn đông máu.
- Xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường và xét nghiệm đông máu toàn bộ có rối loạn.

II. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Với các rắn lục cắn khác cũng gây rối loạn đông máu như rắn Chàm quạp, Khô mộc, Lục mũi hếch, Lục núi... Chủ yếu dựa vào nhận dạng rắn và triệu chứng lâm sàng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân bị rắn lục xanh đuôi đỏ cắn cần được sơ cứu thích hợp, vận chuyển nhanh chóng và an toàn tới các khoa Cấp cứu hoặc khoa Hồi sức chống độc.

Các bệnh nhân có chảy máu hoặc có xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường dương tính phải được điều trị bằng huyết thanh kháng nọc rắn lục và/hoặc truyền máu và các chế phẩm máu.

2. ĐIỀU TRỊ CỤ THỂ

2.1. Sơ cứu rắn độc cắn

- Trấn an và giảm lo lắng cho bệnh nhân.

- Rửa vết thương.
- Cởi bỏ đồ trang sức ở chi bị cắn tránh gây chèn ép khi chi sưng nề.
- Băng ép tại chỗ cắn trở lên gốc chi hoặc garô tĩnh mạch, không garô động mạch.
- Không để bệnh nhân tự đi lại. Bất động chi bị cắn bằng nẹp.
- Không chích rạch tại vết cắn. Ngay sau khi bệnh nhân bị cắn có thể nạn, hút máu tại vết cắn để loại trừ bớt nọc độc.
- Nếu đau nhiều: giảm đau bằng paracetamol uống.
- Nếu tụt huyết áp, đe dọa sốc đạt một đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (đặt ở chi khác chi bị cắn) để truyền dịch.
- Phải chuyển nạn nhân đến bệnh viện ngay không được để mất quá nhiều thời gian tìm thầy lang thuốc lá.

2.2. Điều trị tại bệnh viện

a) Sát trùng tại chỗ cắn, chống uốn ván (tiêm SAT), kháng sinh dự phòng.

b) Điều trị bằng huyết thanh kháng nọc (HTKN):

- HTKN được điều trị càng sớm càng tốt, nếu người bệnh đến muộn nhưng vẫn có rối loạn đông máu thì vẫn còn chỉ định HTKN.
- Chỉ định: bệnh nhân được chẩn đoán rắn lục cắn có 1 trong các dấu hiệu sau:
 - + Chảy máu bất thường: chảy máu nhiều nơi tự phát.
 - + Rối loạn đông máu: xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường dương tính, hoặc giảm prothrombin; INR, APTT kéo dài, giảm fibrinogen hoặc tiểu cầu giảm dưới $100 \times 10^9/l$.
 - + Sưng đau lan rộng lên đến hơn một nửa chi bị cắn trong vòng 24 giờ.

- Liều HTKN:

- + Liều ban đầu 5-10 lọ (1000 LD50/lọ) HTKN lục tre tinh chế. Pha trong 250 ml Natriclorua 0,9% (trẻ nhỏ: 20 ml/kg) truyền trong 60-90 phút.
 - + Nếu sau 2 giờ BN vẫn tiếp tục chảy máu hoặc sau 6 giờ tình trạng rối loạn đông máu chưa cải thiện thì chỉ định liều HTKN tiếp theo. Liều nhắc lại 5-10 lọ HTKN.
 - Đánh giá người bệnh đáp ứng tốt với HTKN khi tình trạng lâm sàng cải thiện, đỡ đau tại vết cắn, hết chảy máu tại chỗ thì tạm ngừng HTKN; sau 6 giờ xét nghiệm đông máu trở về bình thường thì ngừng hẳn HTKN.
- c) Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần nếu bệnh nhân mất máu nhiều.
- d) Truyền plasma tươi đông lạnh, tua cryo, khối tiểu cầu nếu có chỉ định.
- e) Truyền dịch phòng suy thận cấp.
- f) Chạy thận nhân tạo khi suy thận cấp tiến triển.
- g) Theo dõi sát đề phòng sốc phản vệ do huyết thanh hoặc truyền máu (nếu có phải xử trí ngay theo hướng dẫn xử trí sốc phản vệ).

3. DỰ PHÒNG

Truyền thông giáo dục phòng chống rắn độc cắn:

- Phát quang bờ cây bụi rậm quanh nhà, không bắc giàn hoa, dây leo... ở sân trước nhà, trồng xả hoặc rắc bột lưu huỳnh quanh nhà là những biện pháp xua đuổi rắn có thể và nên áp dụng nhất là ở những vùng có nhiều rắn.
- Khi vào rừng hoặc những nơi nghi có rắn lục phải đội mũ rộng vành, mặc quần áo dài, đi giày cao cổ và nên khua gậy xua đuổi rắn.

Câu 18. TRÌNH BÀY CÁC HỘI CHỨNG NGỘ ĐỘC THƯỜNG GẶP

1. Các Hội Chứng Ngộ Độc Thường Gặp

1.1. Hội chứng kháng cholinergic (Atropin, Cà độc dược..)

Các thuốc và chất độc ức chế acetylcholin tại thụ thể muscarin gây hội chứng kháng cholinergic.

Đặc điểm lâm sàng bao gồm:

- Tăng thân nhiệt
- Run
- Nói lảm bảm không rõ, vật vã, kích thích, co giật, hôn mê
- Đồng tử giãn
- Mạch nhanh, huyết áp tăng
- Da nóng đỏ, khô
- Cầu bàng quang, giảm nhu động ruột.

1.2. Hội chứng cường giao cảm (kích thích giao cảm: Adrenalin, ephedrin, amphetamin)

- Mạch nhanh
- Huyết áp tăng
- Thở nhanh
- Nhiệt độ tăng
- Đồng tử giãn
- Vã mồ hôi, da ướt
- Run, kích thích vật vã, hoang tưởng, nặng có thể loạn nhịp và co giật.

1.3. Hội chứng cường cholinergic (ngộ độc chất kháng acetylcholinesterase: Phospho hữu cơ, carbamat, nấm..)

- Dấu hiệu Muscarin: nhịp chậm, đồng tử co nhỏ, nôn, tăng tiết nước bọt, nước mắt, dịch phế quản, vã mồ hôi, ỉa chảy, co thắt phế quản.
- Dấu hiệu Nicotin: mạch nhanh, máy cơ, yếu và liệt cơ (cơ hô hấp).
- Dấu hiệu thần kinh trung ương: thay đổi ý thức, co giật và hôn mê.

1.4. Hội chứng ngộ độc opi (morphin, ketamin..)

Tam chứng kinh điển của hội chứng ngộ độc opi là

- Giảm ý thức

- Ức chế hô hấp
- Đồng tử co nhỏ như đầu đinh

1.5. Hội chứng ngộ độc thuốc ngủ an thần (benzodiazepin, Rotunda..)

- Hạ huyết áp
- Thân nhiệt giảm
- Đồng tử co
- Thở chậm
- Bệnh nhân lơ mơ và hôn mê, phản xạ gân xương giảm.

1.6. Hội chứng cai (Rượu, Opioid..)

- Kích thích, vật vã
- Mạch nhanh
- Tăng huyết áp
- Buồn nôn
- Tăng tiết nước bọt, giãn đồng tử.

1.7 Hội Chứng Serotonin

- Nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, tăng thân nhiệt, run, nôn ói, tiêu chảy
- Thay đổi trạng thái tâm thần: Lo lắng, kích động và bồn chồn, dễ giết mình, mê sảng
- Tăng trương lực cơ, tăng phản xạ gân xương, giật rung tự phát

1.8 Hội Chứng An Thần Kinh Ác Tính (Haloperidol, Aminazin)

- Sốt cao
- Hội chứng ngoại tháp: Cứng cơ kết hợp rối loạn vận động
- Ra nhiều mồ hôi
- Nhịp thở nhanh nông, suy hô hấp
- Dấu hiệu mất nước: Môi khô, khát nước...
- Rối loạn ý thức
- Rối loạn cơ tròn
- Bạch cầu tăng
- CK tăng

Câu 19. . TRÌNH BÀY ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC ACETAMINOPHEN

1. Nguyên tác

Theo nguyên tắc chung bao gồm đảm bảo chức năng sống hô hấp, tuần hoàn và thần kinh.. hạn chế hấp thu, tăng thải độc chất và điều trị bằng thuốc đặc hiệu.

2. Điều trị cụ thể

2.1 Bảo đảm hô hấp: nghiêng an toàn, thở oxy qua sonde mũi. Đặt nội khí quản hút đờm dãi và thở máy nếu có suy hô hấp .

2.2 Đảm bảo tuần hoàn

Đảm bảo tưới máu tạng (MAP>65 mmHg), xử trí các loạn nhịp, bù dịch vận mạch khi hạ huyết áp.

2.3 Loại bỏ chất độc

2.3.1. Gây nôn, rửa dạ dày

- Tiến hành khi bệnh nhân đến bệnh viện sớm, trong vòng 4 giờ đầu.
- Số lượng dịch rửa 3 - 5 lít, dung dịch nước pha muối ăn 5 gam/lít.

2.3.2. Than hoạt

- Dùng một liều than hoạt khi bệnh nhân đến trong vòng 4 - 6 giờ đầu

2.4 Thuốc giải độc đặc hiệu

2.4.1 NAC (N-acetyl cystein): Áp dụng cho bệnh nhân đến viện trong vòng 24 giờ, quá liều acetaminophen với mức độ trên 140 mg/kg cân nặng và nồng độ ở mức trên đường kẻ báo hiệu “có thể”.

Quy trình dùng NAC đường uống 72 giờ (18 liều NAC):

- +Dùng 1 liều ban đầu là 140mg/kg
- + 17 liều tiếp theo 70mg/kg/1 liều mỗi 4 giờ
- +Có thể pha thuốc với nước thành dung dịch nồng độ 5% hoặc loãng hơn, có thể cho thêm nước hoa quả để dễ uống. Nếu có nôn thì dùng chống nôn, hoặc bơm qua sonde dạ dày hoặc chuyển sang dạng NAC truyền tĩnh mạch.

Quy trình dùng NAC truyền tĩnh mạch 20 giờ:

- +Liều ban đầu là 150mg/kg, truyền trong 15 phút
- + Tiếp theo là 50 mg/kg truyền trong 4 giờ
- +Sau đó là 100 mg/kg truyền trong 20 giờ (tổng liều là 300 mg/kg).

Quy trình dùng NAC truyền tĩnh mạch 48 giờ, 13 liều: NAC dạng truyền tĩnh mạch (0,2 g/ml), pha loãng tỷ lệ 1/5 với glucose 5%, truyền trong 1 giờ cho mỗi lần.

- +Liều ban đầu: 140 mg/kg
- +Tiếp theo 12 liều sau: 70 mg/kg, các liều cách nhau 4 giờ.
- Việc dùng NAC càng hiệu quả khi bệnh nhân đến càng sớm, khi đến muộn thì hiệu quả giảm dần
- Các quy trình dùng NAC có hiệu quả ngang nhau.
- Tác dụng có hại do thuốc bao gồm
 - + NAC đường uống: Buồn nôn, nôn với tỷ lệ cao, sốc phản vệ 2 - 3%.
 - + NAC tĩnh mạch: 3 - 14 % tác dụng có hại là đỏ da vị trí truyền, mẫn ngứa, co thắt phế quản, sốt, phản vệ.

2.4.2. Methionine: 2,5 gam uống/lần và 4 giờ/lần, dùng 4 lần (tổng liều 10 gam/12 giờ)

2.5 Các điều trị hỗ trợ khác: Theo dõi xét nghiệm, lọc máu, ghép gan

CÂU 20. TRÌNH BÀY CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ BIẾN CHỨNG CỦA RỬA DẠ DÀY TRONG NGỘ ĐỘC CẤP

1. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1.1. Chỉ định

Tất cả trường hợp ngộ độc đường uống đến trước 6 giờ, không có chống chỉ định rửa dạ dày và không thể gây nôn được(rối loạn ý thức, giảm hoặc mất phản xạ nôn...). Tuy nhiên có một số điểm cần chú ý:

- + Trong thực tế, thường khó xác định chính xác thời điểm uống vì vậy giới hạn 6 giờ trở thành tương đối.
- + Ngộ độc một số loại thuốc trong đó có các thuốc an thần và thuốc ngủ gây giảm nhu động đường tiêu hoá, vì vậy sau 6 giờ vẫn có thể còn một lượng lớn độc chất nằm trong dạ dày, nhất là trong các trường hợp ngộ độc nặng. Nên đặt ống thông dạ dày thăm dò cho những bệnh nhân được cho là đến muộn, rửa vài chục mililit nước, nếu đục ta sẽ rửa tiếp.
- + Trong các trường hợp nhẹ hoặc bệnh nhân là trẻ em không hợp tác, lợi ích của rửa dạ dày không rõ ràng mà nguy cơ biến chứng cao thì nên thay thế rửa dạ dày bằng cho uống than hoạt.

1.2. Chống chỉ định

1.2.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Uống các chất gây ăn mòn như axit, kiềm mạnh.
- Các chất khi gặp nước tạo ra các phản ứng làm tăng tác dụng độc hại như natri, kali, phosphua kẽm...
- Xăng, dầu hoả, các chất tạo bọt
- Có tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá: Loét nặng, chảy máu, phình mạch thực quản...
- Bệnh nhân có rối loạn ý thức, có nguy cơ sặc mà chưa đặt nội khí quản có bóng chèn để bảo vệ đường thở.

1.2.2. Chống chỉ định tương đối

- Tổn thương niêm mạc miệng: Đặt ống thông đường mũi.
- Trẻ em uống vài viên thuốc loại ít nguy hiểm, không có dấu hiệu ngộ độc.
- Phụ nữ có thai: Cần cân nhắc lợi hại vì dễ gây cơn co tử cung khi đặt ống thông rửa dạ dày.

2. BIẾN CHỨNG

2.1. Nôn

Hay gặp do khi đưa đầu ống thông vào đến họng bệnh nhân có phản xạ buồn nôn và nôn nhất là trẻ em, bệnh nhân lo sợ.

Dự phòng: cần phải giải thích cho bệnh nhân để bệnh nhân được hợp tác trong quá trình làm thủ thuật, và quá trình đặt phải nhẹ nhàng đúng kỹ thuật.

2.2. Viêm phổi do sặc

- Biểu hiện: bệnh nhân khó thở, tím môi và đầu chi, nhịp thở nhanh, nghe phổi có ran ẩm hai bên thường ở bên phải, Xquang phổi có đám mờ thường ở bên phổi phải.

- Dự phòng:

+Đặt nội khí quản cho bệnh nhân có rối loạn ý thức.

+Nằm nghiêng trái đầu thấp trong quá trình làm thủ thuật.

+Kiểm tra lại vị trí ống thông trước khi rửa dạ dày, mỗi lần đưa dịch vào nhỏ hơn hoặc bằng 200ml, hút hết dịch dạ dày khi ngừng thủ thuật .

- Điều trị: tùy theo tình trạng bệnh nhân mà có thể theo dõi và điều trị kháng sinh hoặc kết hợp với đặt nội khí quản, soi hút và bơm rửa phế quản.

2.3. Chấn thương vùng thanh môn

- Gây phù nề thanh môn, hoặc phản xạ gây co thắt thanh môn do đầu sonde đi vào đường khí quản, đặt thô bạo.

- Biểu hiện: bệnh nhân có cảm giác đau vùng họng, nói khó, khàn tiếng. Nặng có khó thở thanh quản có thể gây ngạt thở cấp. Nếu không xử trí kịp thời bệnh nhân có thể tử vong.

- Điều trị: Nhẹ: Cho bệnh nhân khí dung corticoid.

Nặng: Đặt nội khí quản, nếu không được phải mở khí quản một thì

2.4. Chảy máu

- Dự phòng: Phải giải thích để bệnh nhân hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

- Điều trị: Chảy máu nhẹ thường tự cầm nếu bệnh nhân không có rối loạn đông máu. Nặng có thể dùng adrrenalin pha nồng độ 1/10.000 rồi nhỏ vào chỗ chảy máu khi bệnh nhân không có chống chỉ định dùng adrrenalin. Nếu không đỡ có thể phải đặt nút gạc lỗ mũi? Tốt nhất nên mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Trong trường hợp chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, có khi phải truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

2.5. Hạ thân nhiệt

- Biểu hiện: Bệnh nhân rét run, da tím và nổi da gà, nhiệt độ hạ <36°C.

- Dự phòng: thời tiết lạnh phải rửa dạ dày bằng nước ấm, nơi kín gió, dùng máy sưởi trong quá trình rửa.

- Điều trị: Lau khô, ủ ấm cho bệnh nhân, dùng máy sưởi, cho bệnh nhân uống nước gừng-đường nóng (không dùng gừng cho bệnh nhân có huyết áp).

2.6. Rối loạn nước-điện giải

Thường gặp ngộ độc nước do rửa nhiều nước, không pha muối.

- Biểu hiện: Hạ natri, hạ kali máu, phù phổi, hôn mê, có khi co giật dễ gây sặc phổi nếu bệnh nhân không có nội khí quản.

- Dự phòng: Dùng Furosemid tĩnh mạch, bổ sung muối sau khi bệnh nhân đã tiểu nhiều (Natriclorua ống tiêm TM và cho uống).

- Nếu hôn mê, co giật phải dùng thuốc chống co giật, đặt nội khí quản, thở máy, dùng Manitol truyền tĩnh mạch.

2.7. Rối loạn nhịp tim

- Biểu hiện: Thường là do phản xạ, có khi cũng do rối loạn nước điện giải nặng gây ra nhất là hạ Kali máu. đặc biệt ngộ độc một số thuốc tác động lên tim (Digitalis, Chloroquin, Cacabamat...). Có thể gặp nhịp chậm xoang do kích thích dây X, ngoại tâm thu thất do hạ kali máu.

- Điều trị: Nhịp chậm <40 lần/phút tiêm Atropin 0,5mg tĩnh mạch.

- Ngoại tâm thu thất khi có hạ kali phải bù kali bằng pha truyền tĩnh mạch.