

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS IN THE FIRST 6 HOURS AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Le Thi Huong Lan*, Nguyen Van Dao

Thai Nguyen Central Hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 22/5/2022 Revised: 24/6/2022 Published: 24/6/2022 KEYWORDS Septic shock in the first hour Clinical symptoms Sofa points Average blood pressure Treatment	The study describes the clinical and subclinical characteristics of septic shock in the first 6 hours and evaluates the results of septic shock treatment. The study subjects included 36 septic shock patients, using a cross-sectional descriptive study method. The results show that the proportion of septic shock patients is more male (61.1%) than female; the average age is 64.5 ± 16.04 years old, the lowest age is 23 years old, the highest age is 97 years old. Primary infection from the respiratory tract is the most common, accounting for 41.67%. Most of the patients with septic shock were hospitalized late when their condition had progressed more than 24 hours, accounting for 55.6%. Patients coming to the hospital awake and alert, slow exposure accounted for 74.8%; the remaining consciousness disorder at the level of glassgow score is very low, there are 3 patients comatose. Most patients have a high fever; There were 02 cases of hypothermia; dyspnea accounted for 86.1%; tachycardia > 90 beats/min in most patients (94.4%); Skin with purple veins accounted for 52.8%, the average SOFA score of the study was 11.2. The number of patients who achieved the treatment goal to keep the mean BP ≥ 65 mmHg accounted for 91.7% after 6 hours.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN TRONG 6H ĐẦU TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Thị Hương Lan*, Nguyễn Văn Đào

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 22/5/2022 Ngày hoàn thiện: 24/6/2022 Ngày đăng: 24/6/2022 TỪ KHÓA Sốc nhiễm khuẩn giờ đầu Triệu chứng lâm sàng Điểm sofa Huyết áp trung bình Điều trị	Mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sốc nhiễm khuẩn trong 6 giờ đầu và đánh giá kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn. Đối tượng nghiên cứu gồm 36 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nam (61,1%) nhiều hơn nữ; trung bình $64,5 \pm 16,04$ tuổi, thấp nhất 23, cao nhất 97 tuổi. Ổ nhiễm khuẩn tiên phát từ đường hô hấp là hay gặp nhất chiếm 41,67%, đường tiêu hóa, tiết niệu, da tỷ lệ thấp hơn. Đa số bệnh nhân nhập viện muộn khi tình trạng bệnh đã diễn biến nặng > 24h chiếm 55,6%. Bệnh nhân đến viện tỉnh, tiếp xúc chậm chiếm 74,8%; còn lại rối loạn ý thức ở mức độ điểm glassgow rất thấp, có 3 bệnh nhân hôn mê. Hầu hết bệnh nhân có sốt cao; có 02 trường hợp hạ nhiệt độ; khó thở chiếm 86,1%; nhịp tim nhanh > 90 lần /phút ở hầu hết các bệnh nhân (94,4%); Da nổi vân tím chiếm 52,8%, điểm SOFA trung bình của nghiên cứu 11,2. Kết quả sau 6h đạt được đích điều trị giữ HA trung bình ≥ 65mmHg chiếm 91,7%.

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.6030>

* Corresponding author. Email: lanhuong.bvtutn@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Nhiễm khuẩn huyết là một bệnh cảnh gây ra do nhiễm trùng nặng hay gặp đến bệnh viện trong tình trạng cấp cứu, trong đó rối loạn chức năng đa cơ quan đe dọa tính mạng người bệnh là biểu hiện thường gặp [1], [2]. Trên lâm sàng, rối loạn chức năng các cơ quan có thể được biểu thị bằng sự gia tăng số điểm đánh giá suy tạng (SOFA) từ 2 điểm trở lên, có liên quan đến tỷ lệ tử vong tại bệnh viện lớn hơn 10% [1], [3], [4]. Nhiễm khuẩn huyết là một vấn đề cộng đồng lớn, chiếm hơn 20 tỷ đô la (5,2%) tổng chi phí bệnh viện tại Hoa Kỳ năm 2011 [1], [5]. Qua một số các nghiên cứu người ta ước tính nhiễm khuẩn huyết là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và là bệnh hiểm nghèo trên thế giới [5], [6]. Nhiễm khuẩn huyết nếu không được phát hiện và điều trị sớm thì khả năng gây ra tình trạng sốc nhiễm khuẩn rất nhanh [1], [2]. Sốc nhiễm khuẩn là một tập hợp các triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết và tình trạng suy tuần hoàn cấp tính, trong đó các rối loạn đặc biệt về tuần hoàn [6]-[8], tế bào và chuyển hóa, có liên quan đến nguy cơ tử vong cao hơn nhiều so với nhiễm khuẩn huyết đơn thuần [1], [2]. Điều trị sốc nhiễm khuẩn phụ thuộc vào khả năng chẩn đoán sớm hay muộn, phác đồ điều trị là hỗ trợ hô hấp, bù dịch, kháng sinh, vận mạch, kiểm soát đường nhiễm khuẩn và corticoid là chủ yếu và theo dõi sát người bệnh để điều chỉnh đem lại kết quả tốt nhất. Các biểu hiện khác nhau của nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn khiến chẩn đoán khó khăn, ngay cả đối với các bác sĩ lâm sàng có kinh nghiệm, mặc dù những tình trạng này đòi hỏi phải được chẩn đoán sớm và chính xác ngay từ giai đoạn đầu để có can thiệp kịp thời nhằm làm giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn không có xét nghiệm nào là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán mà cần dựa vào tập hợp các triệu chứng lâm sàng và các thăm dò khác. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sốc nhiễm khuẩn trong 6 giờ đầu*

2. *Đánh giá kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn trong 6 giờ đầu tại khoa Cấp Cứu Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.*

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn nhập viện điều trị trong 6 giờ đầu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo SEPSIS-3 (SCC 2016) [2]; đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ngừng tuần hoàn trước khi vào Khoa Cấp cứu; phụ nữ có thai; bệnh nhân dưới 18 tuổi; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả, chọn tất cả bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Địa điểm tại Khoa Cấp cứu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

2.5.1. Chỉ tiêu nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

* **Đặc điểm chung:** Tuổi, giới tính, bệnh kèm theo; vị trí ổ nhiễm khuẩn tiên phát, thời gian nhập viện từ khi có triệu chứng lâm sàng.

* **Triệu chứng lâm sàng**

+ Rối loạn thân nhiệt: Sốt cao $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, sốt $> 37,5^{\circ}\text{C}$, hạ thân nhiệt $\leq 36^{\circ}\text{C}$

+ Nhịp tim: Nhanh > 90 lần/p, Chậm < 60 lần/p

+ Huyết áp tâm thu (HATT): Tụt huyết áp : HATT < 90 mmHg

+ Huyết áp trung bình (HATB): Tụt huyết áp: HATB < 65 mmHg

+ Khó thở; da xanh, nổi vân tím; điểm Glasgow

* **Triệu chứng cận lâm sàng**

+ Tiểu cầu: Giảm $< 100\text{G/l}$ (Cần truyền máu: Hb $< 70\text{g/l}$)

+ Rối loạn đông máu: IRN $> 1,5$ hoặc APTT > 60 giây

+ Creatinin máu, Ure máu; Lactat máu; CRP máu định lượng;

+ Procalcitonin máu: tăng, giá trị tham chiếu bình thường: PCT $< 0,05$ ng/ml

+ Đường máu: 3,6-5,9 mmol/L; Chỉ số PaO₂/ FiO₂; Điểm SOFA

2.5.2 Một số chỉ tiêu liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

+ Đạt mục tiêu điều trị trong 6 giờ đầu theo SSC khuyến cáo (Lựa chọn sử dụng mục tiêu HATB ≥ 65 mmHg) [1], [2]; CVP 8-12 cmH₂O; MAP ≥ 65 mmHg; Giảm lactat máu < 2 mmol/; Số lượng nước tiểu $> 0,5$ ml/kg/h.

2.5.3. Các tiêu chuẩn đánh giá được sử dụng trong nghiên cứu

- Huyết áp trung bình (HATB): $\text{HATB} = \text{HATTr} + \frac{1}{3}(\text{HATT} - \text{HATTr})$

* Thang điểm SOFA (hình 1).

Điểm	0	1	2	3	4
Hô hấp PaO ₂ /FiO ₂	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200 Có hỗ trợ hô hấp	≤ 100 Có hỗ trợ hô hấp
Huyết học Tiểu cầu 10 ⁹ /L	> 150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Gan Bilirubin $\mu\text{mol/L}$	< 20	20-32	33-101	102-204	> 204
Tim mạch Tụt HA/ Vận mạch	Không tụt HA	HATB $< 70\text{mmHg}$	Dopamin < 5 hoặc Dobutamin mọi liều	Dopamin > 5 hoặc Adrenalin $\leq 0,1$ hoặc Noradralin $\leq 0,1$	Dopamin > 15 hoặc Adrenalin $> 0,1$ hoặc Noradrenalin $> 0,1$
Não	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Thận Creat $\mu\text{mol/L}$ Nước tiểu	< 110	110-170	171-299	300-440 hoặc < 500 ml/ngày	> 440 hoặc < 200 ml/ngày

Hình 1. Thang điểm SOFA [4]

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được sự đồng ý của hội đồng đạo đức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chấp thuận. Mọi thông tin của đề tài nghiên cứu đều được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo giới, tuổi

Bảng 1. Đặc điểm giới, tuổi của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

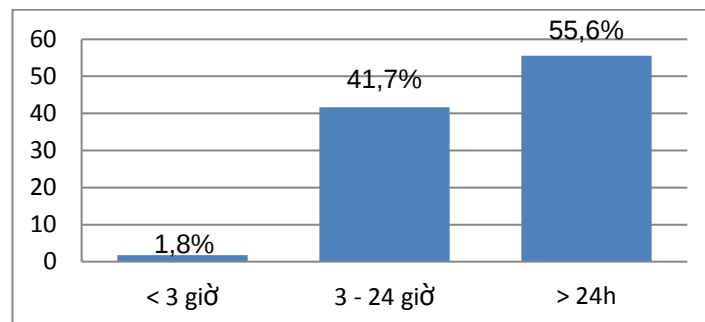
Đặc điểm	Số lượng (n=36)	Tỷ lệ (%)
Nam	22	61,1
Nữ	14	38,9
Tuổi	Trung bình	64,5 ±16,04
	Trung vị	66,5
	Tuổi cao nhất	97
	Tuổi thấp nhất	23

Kết quả bảng 1 cho thấy sốc nhiễm khuẩn ở nhóm nam giới chiếm đa số với 61,1%, nữ giới chiếm 38,9%, tỉ lệ nam/nữ là 1,57. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu khá cao là $64,5 \pm 16,04$, tuổi lớn nhất là 97 và trẻ nhất là 23. Trung vị là 66,5. Các bệnh nhân (BN) đa số là người cao tuổi do có thể tiềm ẩn nhiều bệnh nền, sức đề kháng của cơ thể yếu, khi đã nhiễm khuẩn thì dễ dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo, nghiên cứu tại BV Chợ Rẫy nhận thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn gặp nhiều nhất ở lứa tuổi >60 (chiếm 61%) [3], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Vinh tại bệnh viện (BV) Thống Nhất cũng nhận thấy nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm 81,2% [5]. Kết quả nghiên cứu này khác so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Vinh tỉ lệ nam và nữ gần tương đương (52,1% và 46,9%) [5].

3.1.2. Đặc điểm về ổ nhiễm khuẩn ban đầu

Kết quả nghiên cứu chỉ ra nhiễm khuẩn hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất (41,67%), tiêu hóa 16,7%; da mô mềm 13,69%, nhiễm khuẩn tiết niệu 8,33%, nhiều cơ quan 8,33% và 11,11% các trường hợp nhiễm khuẩn không rõ cơ quan nào. Kết quả này phù hợp với các tác giả Nguyễn Xuân Vinh nhận thấy tỉ lệ sốc nhiễm khuẩn từ đường hô hấp chiếm cao nhất với 31,2%, tiếp theo đường tiêu hóa 25%, đường tiết niệu 18,8%, da mô mềm 9,4%, 15% BN không rõ đường vào [5]. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Ngọc Thảo nhận thấy nhiễm khuẩn hô hấp chiếm cao nhất với 82%, tiếp đó là tiêu hóa với 74%, chưa rõ đường nào chiếm 4% [3].

3.1.3. Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện

**Hình 2.** Thời gian của bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện (n = 36)

Qua hình 2 kết quả cho thấy thời gian bệnh nhân đến viện muộn >24h chiếm tỷ lệ cao chiếm 55,6%, bệnh nhân có triệu chứng đến viện trong khoảng 3 – 24 giờ với tỷ lệ 41,7%, bệnh nhân nhập viện sớm dưới 3 giờ khi khởi phát chiếm rất ít chỉ có 1,8%. Điều này cho thấy đa số BN nhập viện khi tình trạng nhiễm khuẩn đã rất nặng nề, ảnh hưởng đến tiên lượng và kết quả điều trị sau này, có thể một phần do tâm lý chủ quan cố gắng chữa trị tại nhà hoặc theo dõi khi bệnh đã diễn biến nặng mới đến bệnh viện.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Tình trạng ý thức thời điểm nhập viện theo thang điểm Glasgow

Điểm Glasgow (GCS)	Tần suất	Tỉ lệ % (n=36)
15 điểm	15	41,7
13 – 14 điểm	12	33,3
10 – 12 điểm	3	8,3
6 – 9 điểm	3	8,3
< 6 điểm	3	8,3
Tổng	36	100%

Theo kết quả ở Bảng 2 cho thấy, tình trạng ý thức của bệnh nhân khi nhập viện trong tình trạng tỉnh táo với điểm Glasgow 15 chiếm nhiều nhất với 41,7%. Số BN tỉnh, tiếp xúc chậm với điểm GCS 13 – 14 điểm chiếm 1/3 mẫu nghiên cứu. Có 3 BN hôn mê sâu GCS < 6 điểm chiếm 8,3%. Tình trạng thay đổi ý thức có thể do giảm tưới máu não là hậu quả của hạ huyết áp trong sốc nhiễm khuẩn, đồng thời do tình trạng nhiễm trùng nên bệnh nhân mệt mỏi, ý thức chậm chạp. Ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn đầu tiên các động mạch và tiểu động mạch giãn ra làm giảm sức cản động mạch ngoại vi dẫn đến cung lượng tim tăng lên. Giai đoạn này người ta gọi là sốc nóng, sau đó thì cung lượng tim có thể giảm xuống, biểu hiện trên lâm sàng huyết áp giảm và các biểu hiện điển hình của tình trạng sốc xuất hiện [6]-[8]. Ngay cả ở giai đoạn tăng cung lượng tim, các chất trung gian vận mạch gây ra dòng máu chảy vòng qua các mao tĩnh mạch trao đổi. Dòng chảy mao mạch kém từ vị trí shunt này cùng với sự tắc nghẽn mao mạch do cục máu đông làm giảm cung cấp oxy và giảm thải cacbon dioxit và các chất thải của cơ thể. Tình trạng giảm tưới máu gây ra rối loạn chức năng và đôi khi suy một hoặc nhiều cơ quan, bao gồm thận, phổi, gan, não và tim [1], [2], [6]-[8].

Triệu chứng và dấu hiệu nhiễm khuẩn huyết có thể là không dễ phát hiện và thường dễ nhầm lẫn với các biểu hiện của các rối loạn khác (mê sảng rối loạn chức năng tim mạch nguyên phát, tắc mạch phổi), đặc biệt ở bệnh nhân sau phẫu thuật. Với nhiễm khuẩn huyết, bệnh nhân thường bị sốt, nhịp tim nhanh, vã mồ hôi và thở nhanh; huyết áp vẫn duy trì bình thường. Các dấu hiệu khác của nguyên nhân nhiễm trùng có thể xuất hiện. Khi nhiễm khuẩn nặng hơn hoặc sốc nhiễm khuẩn phát triển, dấu hiệu sớm xuất hiện, đặc biệt ở người già hoặc rất trẻ, có thể là tình trạng lú lẫn hoặc giảm sự tỉnh táo. Huyết áp giảm, nhưng da vẫn ấm. Sau đó, các chi thường trở nên lạnh và nhợt nhạt, nổi vân tím ngoại biên. Rối loạn chức năng của các cơ quan gây ra nhiều triệu chứng và biến đổi cụ thể của các chỉ số đánh giá chức năng của các cơ quan có liên quan khi thăm dò [6]-[8].

Bảng 3. Biểu hiện về triệu chứng khó thở, nổi vân tím, nhịp tim

Triệu chứng	Tần suất	Tỉ lệ % (n=36)
Khó thở	Có	31
	Không	5
	Tổng	36
Da xanh, nổi vân tím	Có	19
	Không	17
	Tổng	36
Nhịp tim	Nhanh (>90 l/p)	34
	Bình thường	1
	Chậm (<60 l/p)	1
	Tổng	36

Qua Bảng 3 cho thấy, triệu chứng khó thở cũng thường gặp ở các BN sốc nhiễm khuẩn với tỉ lệ 86,1%, một phần do đường vào hô hấp chiếm đa số và tình trạng giảm tưới máu các tạng, trong đó có cơ quan hô hấp gây nên. Tình trạng nổi vân tím gặp ở khoảng một nửa số BN sốc nhiễm khuẩn

(tỉ lệ 52,8%). Hầu hết BN sốc nhiễm khuẩn chiếm 94,4% có nhịp tim nhanh do phản ứng cơ thể với tình trạng tụt huyết áp và tình trạng sốt, số BN không tăng nhịp tim hoặc nhịp tim chậm chỉ chiếm số ít là 2,8%. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với Phạm Thị Ngọc Thảo [3].

Bảng 4. Đặc điểm về rối loạn thân nhiệt ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Thân nhiệt	Tần suất	Tỉ lệ % (n=36)
Sốt cao (>38,5 độ C)	12	33,3
Sốt nhẹ (>37,5 độ C)	9	25
Bình thường	7	19,4
Hạ thân nhiệt (<36 độ C)	8	22,2
Tổng	36	100%

Số liệu Bảng 4 cho thấy, tình trạng rối loạn thân nhiệt BN sốc nhiễm khuẩn có sốt chiếm 58,3%, trong đó BN sốt cao >38,5°C chiếm nhiều nhất với 33,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Vinh, sốt chiếm 68,8% [5]. Sốt là tình trạng đáp ứng của cơ thể với tình trạng viêm cấp do vậy thường rất mạnh mẽ ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn.

Bảng 5. Đặc điểm huyết áp trung bình lúc nhập viện (n=36) ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

HATB	Tần suất	Tỉ lệ %
≥65	5	13,9
<65	31	86,1
Tổng	36	100

Kết quả ở bảng 5 chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân có HA trung bình khi vào viện ≥ 65 mmHg chỉ có 5/36 (13,9%). Huyết áp trung bình lúc nhập viện là $52,42 \pm 11,828$. Đa số BN có huyết áp trung bình lúc nhập viện ≤ 65 mmHg (chiếm 86,1%). Triệu chứng huyết áp tụt là biểu hiện tình trạng sốc rõ rệt ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Kết quả nghiên cứu chỉ ra hầu hết bệnh nhân có tụt huyết áp, đích điều trị mục tiêu nâng huyết áp giữ ở mức HA trung bình ≥ 65mmHg [1], [2].

3.2.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 6. Đặc điểm một số chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Thông số	Mean ± SD	Min	Max
SOFA	11,22 ± 2,799	4,5	14,7
INR	1,37 ± 0,399	0,64	3,45
Ure máu (mmo/L)	13,68 ± 7,55	6,68	23,03
Creatinin máu (μmol/L)	185,17 ± 112,58	73,9	398,0
Lactat máu (mmo/L)	5,77 ± 3,52	2,23	10,9

Điểm SOFA trung bình trong nghiên cứu khá cao 11,2 điểm, chứng tỏ tình trạng bệnh nhân đến viện là rất nặng. Thực tế cho thấy, quan trọng nhất là phát hiện ra rối loạn chức năng của cơ quan càng sớm càng tốt ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn để can thiệp điều trị. Ngoài ra, điểm đánh giá suy giảm cơ quan tuần hoàn tiến triển (điểm SOFA) còn có giá trị về dự báo nguy cơ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn [4].

Bảng 7. Tỷ lệ thay đổi nồng độ ure, creatinin ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn 6h đầu

Nồng độ ure, creatinin	Tần suất	Tỉ lệ %
Tăng ure, creatinin	23	63,8
Không tăng ure, creatinin	13	36,2
Tổng	36	100

Kết quả bảng 6, 7 cho thấy, BN trong nhóm nghiên cứu có rối loạn đông máu với INR trung bình $1,37 \pm 0,399$. Rối loạn đông máu có thể phát triển do đông máu nội mạch cùng với việc tiêu thụ các yếu tố đông máu chủ yếu, phản ứng ly giải fibrin quá mức và thường gặp hơn là kết

hợp cả hai nguyên nhân này làm cho tình trạng bệnh nhân rất nặng thậm chí tử vong khi có triệu chứng này. Thêm vào đó, bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn có tình trạng suy đa tạng rõ; trong đó, đa số BN có suy thận cấp, tăng ure, creatinin tần suất gặp 23/36 (63,8%), trong đó mức tăng Ure máu trung bình là $13,68 \pm 7,55$ mmol/L, Creatinin máu trung bình là $185,17 \pm 112,58$ μ mol/L. Có tình trạng nhiễm trùng, giảm tưới máu tổ chức lactate máu tăng cao.

3.3. Kết quả điều trị bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

Bảng 8. *Huyết áp trung bình sau 6 giờ điều trị (n=36)*

HATB	Tần suất	Tỉ lệ %
Đạt đích ≥ 65 mmHg	33	91,7
Không đạt	3	8,3
Tổng	36	100

Bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn được áp dụng phác đồ điều trị sốc nhiễm khuẩn theo phác đồ tăng hồi phục tưới máu mô bằng việc bù dịch đường tĩnh mạch, dùng thuốc vận mạch (một số trường hợp); thở oxy; kháng sinh phổ rộng; kiểm soát nguồn nguyên nhân gây sốc nhiễm khuẩn và các biện pháp hỗ trợ khác (ví dụ, corticosteroids, insulin).. [1], [2], [8]-[10]. Có thể đặt ống thông khí quản và thông khí cơ học ngay khi có suy hô hấp xuất hiện. Lưu ý kháng sinh đường tĩnh mạch nên được dùng càng sớm càng tốt sau khi lấy mẫu máu, chất dịch cơ thể và vết thương nên xét nghiệm nhuộm gram, nuôi cấy và làm kháng sinh đồ. Sau đó, nguồn lây nhiễm cần được kiểm soát càng sớm càng tốt. Đường truyền tĩnh mạch và ống thông tiểu, ống nội khí quản nên được loại bỏ nếu có thể hoặc thay đổi. Áp - xe phải được dẫn lưu và các mô hoại tử và viêm nhiễm (ví dụ, hoại tử túi mật, hoại tử mô mềm) phải được phẫu thuật cắt bỏ, nếu không thể cắt bỏ có thể dẫn lưu. Nếu nguồn không thể kiểm soát thì tình trạng bệnh sẽ tiến triển xấu đi mặc dù có dùng kháng sinh. Kiểm soát glucose máu cải thiện ở những bệnh nhân nặng, thậm chí ở những bệnh nhân không bị bệnh đái tháo đường, bởi vì tăng glucose máu làm suy giảm phản ứng miễn dịch đối với nhiễm trùng. Liệu pháp corticoid có thể có lợi ở những bệnh nhân bị tụt huyết áp mặc dù đã điều trị bằng truyền dịch, kiểm soát nguồn, kháng sinh và thuốc vận mạch [1], [2], [8]. Kết quả hầu hết BN trong nhóm nghiên cứu đạt được đích điều trị giữ HA trung bình ≥ 65 mmHg với tỉ lệ 91,7% (bảng 8). Có 3 BN sốc kém đáp ứng chiếm 8,3%. Việc duy trì được mức huyết áp trung bình thỏa đáng ≥ 65 mmHg đảm bảo tưới máu mô, giảm nguy cơ vòng xoắn bệnh lý suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn, cải thiện được phần nào tiên lượng so với các BN sốc kém đáp ứng với thuốc vận mạch.

4. Kết luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn

- Tỷ lệ bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nam (61,1%) nhiều hơn nữ; trung bình $64,5 \pm 16,04$ tuổi, tuổi thấp nhất 23, cao nhất 97 tuổi. Ổ nhiễm khuẩn tiên phát từ đường hô hấp là hay gặp nhất chiếm 41,67%, tiêu hóa, da mô mềm tỷ lệ thấp hơn.

- Đa số bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn nhập viện muộn khi tình trạng bệnh đã diễn biến nặng >24h chiếm 55,6%.

- Đặc điểm lâm sàng khi đến viện: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc chậm chiếm tỷ lệ rất cao; còn lại rối loạn ý thức ở mức độ điểm glasgow rất thấp và hôn mê. Hầu hết bệnh nhân có sốt cao hoặc hạ nhiệt độ; khó thở là triệu chứng chủ yếu chiếm 86,1%; nhịp tim nhanh > 90 lần /phút ở hầu hết các bệnh nhân (94,4%); Da nổi vân tím chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt ở bệnh nhân nặng. Tình trạng suy tuần hoàn nặng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn biểu hiện điểm SOFA trung bình trong nghiên cứu cao 11,2 điểm.

4.2. Kết quả điều trị sau 6 giờ tại khoa Cấp Cứu

Số BN đạt được đích điều trị giữ HA trung bình ≥ 65 mmHg chiếm 91,7%, chỉ có 03 bệnh nhân đáp ứng kém không đạt đích điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] C. Q. Ngo and A. Q. Nguyen, *Guidelines for the diagnosis and treatment of internal diseases*. Medical Publishing House, 2012.
- [2] R. S. Hotchkiss, L. L. Moldawer, S. M. Opal *et al.*, "Sepsis and septic shock," *Nat Rev Dis Primers*, vol. 2, p. 16045, 2016.
- [3] T. N. T. Pham, "Characteristics of patients with sepsis treated at the Emergency Department of Cho Ray Hospital," *Journal of Medical - Ho Chi Minh city*, vol. 14, pp. 348-352, 2010.
- [4] J.-L. Vincent, R. Moreno, J. Takala *et al.*, *The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure*, Springer – verlag, 1996.
- [5] Q. V. Hoang and V. X. Nguyen, "Clinical and subclinical characteristics in patients with septic shock at the Intensive Care Unit against Poisons at Thong Nhat Hospital," *Journal of Medical - Ho Chi Minh city*, vol. 19, no. 5, pp. 135-141, 2015.
- [6] M Doddi, "Sepsis and the heart," *British Journal of Anaesthesia Hunter J.D*, vol. 104, no. 1, pp. 3-11, 2010.
- [7] K. McCarthy, M. M. Parker, F. P. Ognibene *et al.*, "Right ventricular dysfunction and dilatation, similar to left ventricular changes, characterize the cardiac depression of septic shock in humans," *Chest*, vol. 97, pp. 126-131, 1990.
- [8] G. D. Rubenfeld, V. M. Ranieri, B. T. Thompson *et al.*, "Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition," *JAMA*, vol. 307, pp. 2526-2533, 2012.
- [9] C. W. Seymour, V. X. Liu, T. J. Iwashyna *et al.*, "Assessment of clinical criteria for sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)," *JAMA*, vol. 215, no. 8, pp. 762-774, 2016.
- [10] E. Bellissant, D. Annane, P. E. Bollaert *et al.*, "Corticosteroids in the treatment of severe sepsis and septic shock in adults: A systematic review," *JAMA*, vol. 301, pp. 2362- 2375, 2009.