



# CASE LÂM SÀNG

**Ths. Bs. NGUYỄN NGỌC TÚ**  
BM Hồi Sức Cấp Cứu – Chống Độc  
Khoa HSCC-D BV Chợ Rẫy



# HÀNH CHÍNH

1. Họ tên: H T K
2. Năm sinh: 1940 (79 tuổi)
3. Giới tính: Nữ
4. Địa chỉ: Biên Hòa, Đồng Nai
5. Vào viện lúc: 18 giờ 56 phút ngày 4/11/2019



# BỆNH SỬ

## Lý do vào viện: Đau bụng

Quá trình bệnh lý : Bệnh khởi phát cách nhập viện 01 ngày với triệu chứng đau bụng vùng thượng vị sau đó lan ra khắp bụng, kèm bí trung đại tiện + nôn ói.

-> đi khám tại BVĐK Đồng Nai



# TIỀN CĂN

a/ Bản thân: - Suy tim, Tăng huyết áp  
- Suy thận mạn

b/ Gia đình: chưa phát hiện bất thường



# TẠI BVĐK ĐỒNG NAI

Bệnh tình, suy kiệt

Tim đều, phổi thô;

Bụng chướng căng, ấn đau và đề kháng khắp bụng.

## Cận lâm sàng:

- Bạch cầu: 8.4 K/uL
- Hồng cầu: 2.49 M/uL
- Hct: 23.1%
- Siêu âm + Ct scan bụng: Dịch và khí tự do ổ bụng



# TẠI BVĐK ĐỒNG NAI

Chẩn đoán: Viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng/ Suy tim – Tăng huyết áp – Bệnh thận mạn giai đoạn cuối.



# TẠI BVĐK ĐỒNG NAI

## Xử trí

- Dịch truyền
- Kháng sinh: Cefotiam 2g; Metronidazole 0.5g
- Giảm đau: Paracetamol 1g/100ml
- Đặt sonde dạ dày: BN không hợp tác
- > Chuyển BV Chợ Rẫy:
  - Bệnh tình
  - M: 90 l/p
  - HA: 110/70 mmHg



# KHOA CẤP CỨU CHỢ RẪY

- Sinh hiệu:
- Nhịp thở: 24 l/p
  - Mạch: 78 l/p
  - HA: 100/60 mmHg
  - Nhiệt độ: 37°C





# KHOA CẤP CỨU CHỢ RẪY

## Khám:

- Tổng trạng: Tỉnh, da niêm hồng nhạt, thể trạng gầy, vệ mắt nhiễm trùng
- Tim mạch: Tim đều
- Hô hấp: Thở nhanh, nông; Phổi không ran
- Thần kinh: Không dấu thần kinh khu trú
- Tiêu hóa: Ấn đau khắp bụng; Đề kháng thành bụng (+)
- Các cơ quan khác: Chưa ghi nhận bất thường



# KẾT QUẢ CT BỤNG

- Gan: không lớn, bờ đều. Không thấy bất thường đậm độ nhu mô gan. Không thấy huyết khối tĩnh mạch cửa
- Mật: không giãn đường mật trong và ngoài gan
- Tụy tạng: Đầu, thân, đuôi tụy xuất hiện bình thường
- Lách: Bình thường - Thận: Sỏi nhỏ thận (P)
- Mạch máu: ĐMC bụng, TMC dưới không phát hiện bất thường
- Không thấy hạch lớn ổ bụng
- Hơi tự do ổ bụng
- Dịch tự do ổ bụng lượng ít – trung bình
- > **Kết luận:** - Hơi tự do ổ bụng nghi do thủng tạng rỗng  
- Dịch tự do ổ bụng lượng ít – trung bình



# KHOA CẤP CỨU CHỢ RẪY

Xét nghiệm:

a/ Huyết học 22:00 ngày 04/11/2019:

- HC: 2.52 T/L
- HGB: 77 g/L                      - HCT: 23.6%
- WBC: 7.7 G/L (%NEU: 81.0)
- PLT: 340 G/L
- Đông máu PT: 12.8 giây
- INR: 1.00                      - FIB: 4.64 g/L   - APTT: 27.3 (s)
- Nhóm máu: O (+)



# KHOA CẤP CỨU CHỢ RẪY

Xét nghiệm:

b/ Sinh hóa 22:00 ngày 4/11/2019:

- Đường huyết: 94 mg/dL
- AST: 79 U/L - ALT: 152 U/L
- Bilirubin (TP): 0.4 mg/dL
- BUN: 35 mg/dL - Creatinin: 1.47 mg/dL
- > *eGFR (CKD-EPI): 33.6 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>*
- Na<sup>+</sup>: 138 mmol/L - K<sup>+</sup>: 5.6 mmol/L
- Cl<sup>-</sup>: 112 mmol/L
- CRP: 87.2 ng/L

Nhận diện nhanh NTH tại giường bệnh  
khi bn có  $\geq 2$  tiêu chuẩn sau:

### Box 4. qSOFA (Quick SOFA) Criteria

---

→ Respiratory rate  $\geq 22/\text{min}$

Altered mentation

→ Systolic blood pressure  $\leq 100$  mm Hg



# KHOA CẤP CỨU CHỢ RẪY

Chẩn đoán: Viêm phúc mạc toàn thể do  
thủng tạng rỗng – Nhiễm khuẩn huyết / Suy  
thận mạn giai đoạn cuối – Suy tim .



# XỬ TRÍ

- Dịch truyền
- Truyền máu
- Kháng sinh : Cefazolin
- Hội chẩn tim mạch, Nội thận
- Mổ cấp cứu



# TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT

*5/11/2019: 0 giờ 30 phút (6 tiếng sau nhập cấp cứu)*

Rạch da 15 cm trên dưới rốn.

Bụng dơ, nhiều mủ + giả mạc

-> cấy + kháng sinh đồ.

Thăm sát gan trơn láng, **tá tràng thủng loét mặt trước # 2.5 cm xâm lấn đến sát cuống gan**, đường thoát dạ dày không hẹp. Dạ dày, ruột non, đại tràng không tổn thương. Tiến hành làm thủ thuật Kocher. Rửa bụng tạm. Cắt lọc mép lỗ thủng gửi giải phẫu bệnh. **Khâu lỗ thủng bằng PDS 4 mũi rời**. Đắp mạc nối lớn. Rửa bụng nhiều lần đến nước trong. Gạc đủ. Dẫn lưu dưới gan.





# TẠI ICU - D

- Bệnh lơ mơ, kích thích đau đáp ứng
- Thở máy qua NKQ
- Mạch : 120 lần/phút, HA : 80/50 mmHg  
( Nor 0.2 mcg/kg/phút )
- SpO2 : 91%
- Phù toàn thân
- Tim đều, phổi thô
- Bụng chướng nhẹ, vết mổ đường giữa không rỉ dịch



# TẠI ICU - D

- Khí máu động mạch:

pH: 7.302; pO<sub>2</sub>: 141.2; pCO<sub>2</sub>: 33.0; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>:  
15.9

-Lactat máu : 3,8 mmol/L

- BUN/Cre: 30/ 1.43

-> eGFR: 34.74 mL/min/1.73m<sup>2</sup>

- Na<sup>+</sup>: 134 mmol/L

- K<sup>+</sup>: 4.4 mmol/L

- Cl<sup>-</sup>: 109 mmol/L



# TẠI ICU - D

- Albumin: 2.3 g/dL
- Troponin I: 0.071 ng/MI
- Hb: 117 g/L
- WBC: 16.1 g/L
- PLT: 110 g/L
- INR: 1.43
- APTT: 60 giây
- Bilirubin: 0.69
- PCT 14,2 ng/mL



# TẠI ICU - D

- Siêu âm tim: Nhịp tim nhanh khi làm siêu âm; Các buồng tim trong giới hạn bình thường; Hở nhẹ van 2 lá  $\frac{1}{4}$  và hở nhẹ van động mạch chủ  $1.5/4$ ; Chưa thấy rối loạn vùng và chưa tăng áp động mạch phổi; Vách liên thất, liên nhĩ còn nguyên vẹn; Chức năng tâm thu thất trái bình thường (EF: 49%); Không tràn dịch màng ngoài tim

**Table 1. Sequential [Sepsis-Related] Organ Failure Assessment Score<sup>a</sup>**

System	Score				
	0	1	2	3	4
<b>Respiration</b>					
Pao <sub>2</sub> /Fio <sub>2</sub> , mm Hg (kPa)	≥400 (53.3)	<400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with <u>respiratory support</u>	<100 (13.3) with respiratory support
<b>Coagulation</b>					
Platelets, ×10 <sup>3</sup> /μL	≥150	<u>&lt;150</u>	<100	<50	<20
<b>Liver</b>					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<u>&lt;1.2 (20)</u>	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
<b>Cardiovascular</b>					
	MAP ≥70 mm Hg	MAP <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) <sup>b</sup>	<u>Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1<sup>b</sup></u>	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 <sup>b</sup>
<b>Central nervous system</b>					
Glasgow Coma Scale score <sup>c</sup>	15	<u>13-14</u>	10-12	6-9	<6
<b>Renal</b>					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	<u>1.2-1.9 (110-170)</u>	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)
Urine output, mL/d				<500	<200

Abbreviations: Fio<sub>2</sub>, fraction of inspired oxygen; MAP, mean arterial pressure; Pao<sub>2</sub>, partial pressure of oxygen.

<sup>a</sup> Adapted from Vincent et al.<sup>27</sup>

<sup>b</sup> Catecholamine doses are given as μg/kg/min for at least 1 hour.

<sup>c</sup> Glasgow Coma Scale scores range from 3-15; higher score indicates better neurological function.

**SOFA : 9 điểm**

**SOFA cấp cứu : 4 điểm**

# ĐỊNH NGHĨA SỐC NHIỄM KHUẨN

---

- SNT là NTH có bất thường về tuần hoàn và chuyển hoá / tế bào.
- chẩn đoán khi bn NTH có
  - ✓ huyết áp thấp cần phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trung bình 65 mmHg **VÀ**
  - ✓ lactate máu > 2 mmol/L (18 mg/dL) dù đã bù dịch đủ.
- tỉ lệ tử vong hơn 40%.



# KHOA CẤP CỨU CHỢ RẪY

Chẩn đoán: Choáng nhiễm khuẩn – Hậu phẫu viêm phúc mạc toàn thể do thủng tạng rỗng / Suy thận mạn giai đoạn cuối – Suy tim .



# TẠI ICU - D

- Thở máy Mode A/C VC

Vt : 380 ml, f : 18 lần/ph,

PEEP : 5cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> : 60%

- Noradrenalin BTĐ 0.3 mcg/kg/phút

(duy trì HATT  $\geq$  65mmHg

- Meropenem 1g x 2 / ngày

- Metronidazole 500mg x 3 / ngày

- Glucose 20% 250 ml x 2 / ngày





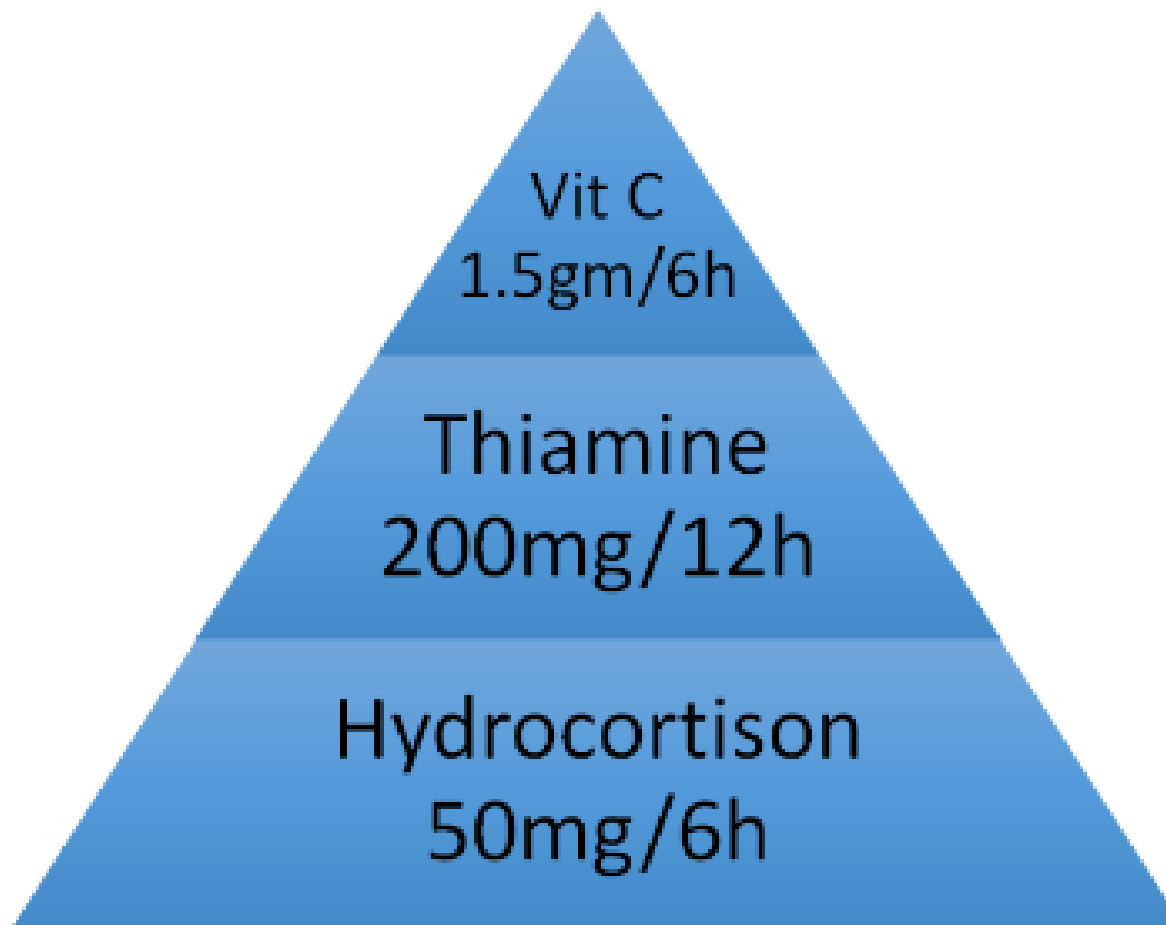
# TẠI ICU - D

- Albumin 20% 50 ml x 2
- Nexium 40 mg 1A (TMC)
- Vitamin C 0,5g 3A X 2 (TMC)
- Vitamin B1 100mg 2A X 2 (TMC)
- Tạm nhịn , chăm sóc cấp 1
- Cấy máu + KSD

# SỬ DỤNG NOREPINEPHRINE TRONG GIAI ĐOẠN SỚM CỦA SỐC NHIỄM KHUẨN

- Norepinephrine tăng cung lượng tim khi sử dụng ở giai đoạn sớm của sốc nhiễm khuẩn
- Cải thiện vi tuần hoàn khi sử dụng sớm
- Truyền sớm có thể ngăn các tác động có hại của quá tải dịch

Hamzaoui O et al. Curr Opin Crit Care 2017, 23:342 - 347



### **Marik cocktail**

- i. All given Intravenous.
- ii. Vitamin C and Thiamine given for 4 days or until ICU discharge.
- iii. Hydrocortison given for 7 days or until ICU discharge.

## Results

Outcome	Control Group	Treatment Group	P value
Hospital Mortality	19/47 (40.4%)	4/47 (8.5%)	<0.001
ICU LOS (days)	4 - 10	3-5	-----
Time on Vasopressors (hrs)	54.9(+/-28.4)	18.3(+/-9.8)	<0.001
CRRT for AKI	11/30 (33%)	3/31(10%)	0.02
Delta SOFA at 72hrs	0.9 (+/-2.7)	4.8 (+/-24)	<0.001
Delta PCT Clearance at 72hrs	33.97(62.4 - 64.3)	86.47 (80.1 - 90.8)	<0.001

Khaled Sewify. New sepsis cocktail – thanks for the new marik protocol. J Anesth Crit Care Open Access. 2018;10(2):73–74



# DIỄN TIẾN LÂM SÀNG

7/11/2019:

Diễn tiến:	Cận lâm sàng:	Xử trí:
<ul style="list-style-type: none"><li>- Bệnh tình, tiếp xúc được</li><li>- Thở máy đều, êm</li><li>- M: 120 l/p</li><li>- HA: 123/70 mmHg (Nor: 0.2 µg/kg/phút)</li><li>- Tim nhanh</li><li>- Phế âm rõ</li><li>- Bụng mềm</li><li>- Tiểu: 1100 ml</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hb: 117 g/L</li><li>- SLBC: 16.1 g/L</li><li>- PLT: 110 g/L</li><li>- INR: 1.43</li><li>- APTT: 60 giây</li><li>- Bilirubin: 0.69</li><li>- BUN/Cre: 34.7/1.66</li><li>- Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>: 132/3.8</li><li>- Lactat máu : 1 mmol/L</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Noradrenalin 4 mg (BTĐ) 5 ml/h -&gt; hết: ngưng</li><li>- Thở máy IPPV</li><li>- Glucose 20%/ 12 giờ</li><li>- Kidmin 7.2%</li><li>- Meronem 1g/ 12 giờ</li><li>- Metronidazole 0.5g/ 8 giờ</li><li>- Điều trị hỗ trợ: Vitamin, PPI</li></ul>



-Kết quả cấy dịch ổ bụng :

*Escherichia coli*

*Nhạy :*

- Meropenem

- Tigercycline

- Amikacin

- Ertapenem

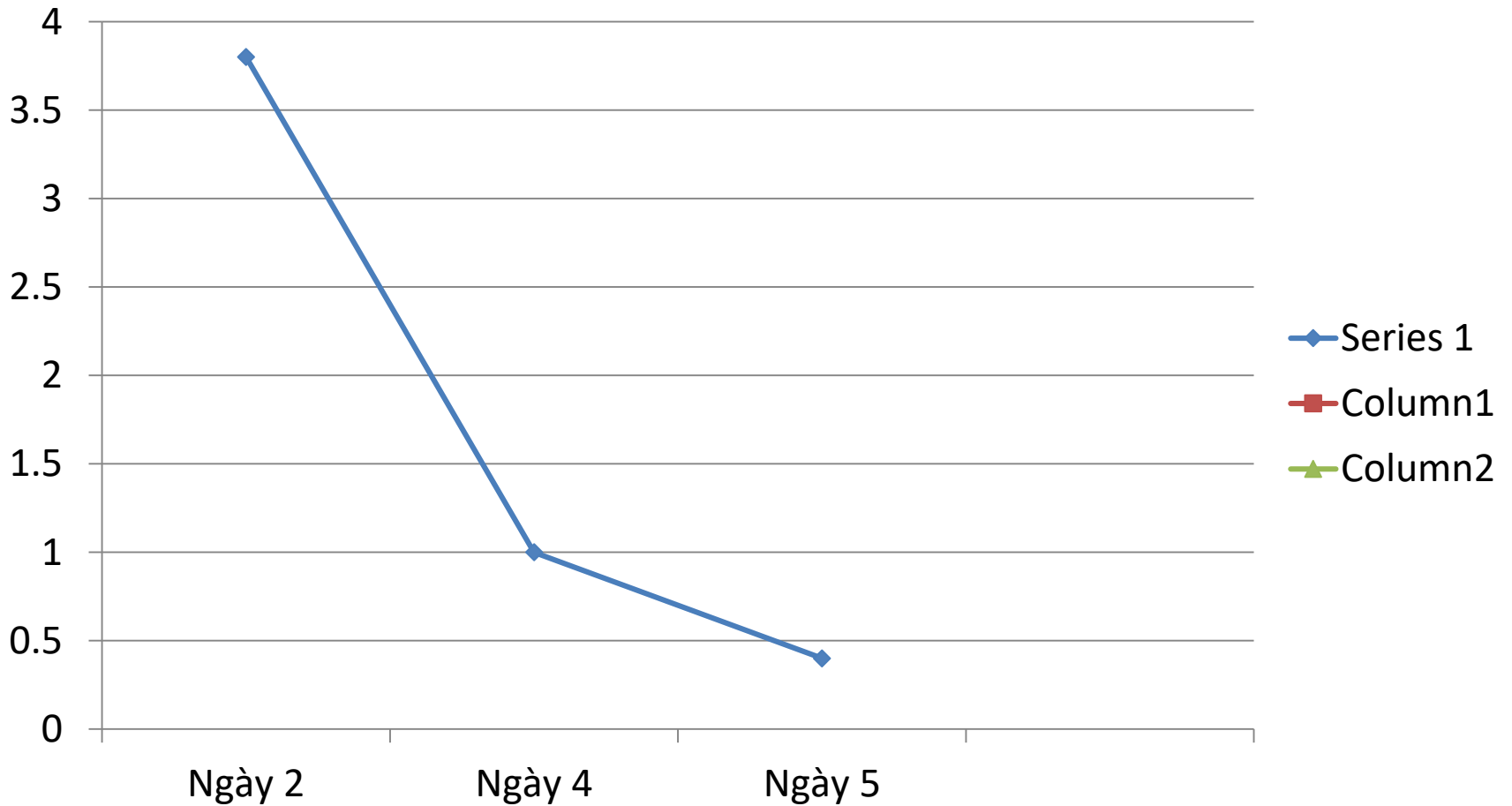
- Imipenem



## Ngày 8/11 (thứ 5 của bệnh)

- Bệnh tình,
- Thở máy êm qua NKQ mode AC/VC
- Vết mổ khô, dẫn lưu ổ bụng không ra dịch, hội chẩn Ngoại tổng quát rút dẫn lưu
- Mạch : 110 lần/ph, HA : 110/70 mmHg ( ngưng vận mạch . Tiêu 1400 ml
- Lactat máu : 0,4 mmol/L
- Tiếp tục kháng sinh, dinh dưỡng, hỗ trợ

# Nồng độ lactat máu ( mmol/L)





Day	Calorie intake (All feeding routes)	Supplements
Day 1	10 kcal/kg/day For extreme cases (BMI < 14 kg/m <sup>2</sup> or no food >15 days) 5 kcal/kg/day Carbohydrate: 50–60% Fat: 30–40% Protein: 15–20%	Prophylactic supplement PO <sub>4</sub> <sup>2-</sup> : 0.5–0.8 mmol/kg/day K <sup>+</sup> : 1–3 mmol/kg/day Mg <sup>2+</sup> : 0.3–0.4 mmol/kg/day Na <sup>+</sup> : <1 mmol/kg/day (restricted) IV fluids-Restricted, maintain “zero” balance IV Thiamine + vitamin B complex 30 minutes prior to feeding
Day 2–4	Increase by 5 kcal/kg/day If low or no tolerance stop or keep minimal feeding regime	Check all biochemistry and correct any abnormality Thiamine + vitamin B complex orally or IV till day 3 Monitoring as required (Table 3)
Day 5–7	20–30 kcal/kg/day	Check electrolytes, renal and liver functions and minerals Fluid: maintain zero balance Consider iron supplement from day 7
Day 8–10	30 kcal/kg/day or increase to full requirement	Monitor as required (Table 3)

If RFS is suspected based on clinical and biochemical assessment or the patient develops intolerance to artificial nutritional support, the energetic intake should be reduced or stopped.

Feeding rate should be increased to meet full requirements for fluid, electrolytes, vitamins, and minerals if the patient is clinically and biochemically stable.



# DINH DƯỠNG

- Hậu phẫu N1 : Glucose ( TTM)
- Hậu phẫu N2,3 : Glucose + Aminoplasma (TTM)
- Hậu phẫu N4 : Nước cháo đường 100ml x 4 ( qua sonde ) + Glucose + Aminoplasma (TTM)
- Từ hậu phẫu N6 : Peptamen 300ml x5 qua sonde + Aminoplasma + Clinoleic + (TTM)

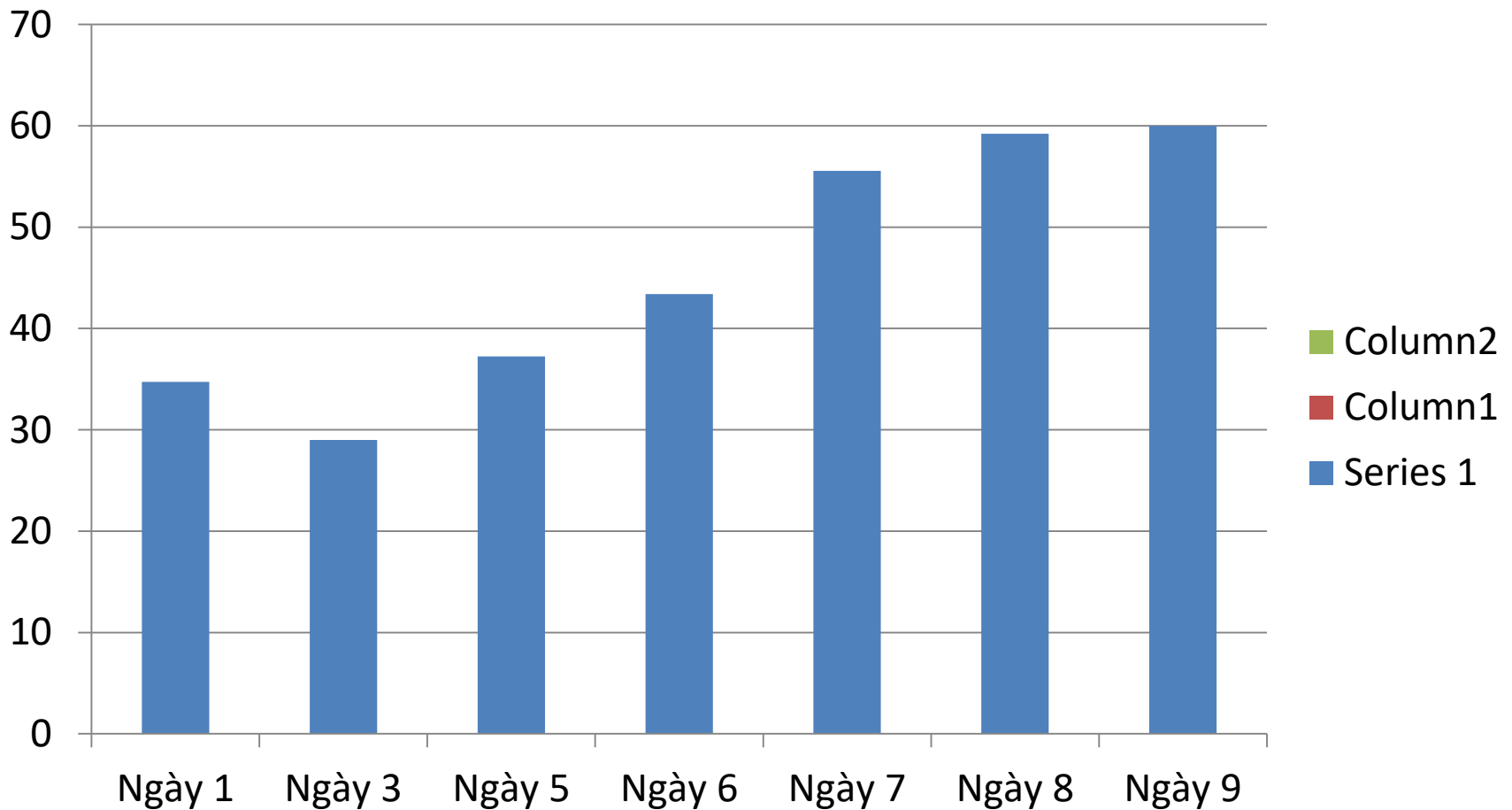


## Ngày 10/11 (thứ 7 của bệnh)

- Bệnh tỉnh, thở máy êm qua NKQ mode AC/VC , chuyển SPONT ( PEEP 5cmH<sub>2</sub>O, P<sub>s</sub> 12 cm H<sub>2</sub>O)
- Mạch : 110 lần/ph, HA:110/70 mmHg. Tiêu 3200 ml
- Hb: 121 g/L; Hct: 36.8 %; BC: 10.9 G/L (%NEU: 63.7); TC: 250 G/L;
- BUN/Cre: 18.6/1.19 (eGFR: 43.39);
- Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>/Cl<sup>-</sup>: 134.32/3.13/105.5
- Albumin: 2.76 g/dL; Protid: 4.72 g/dL;
- PCT: 4.18 ng/mL

Tiếp tục thở máy sinh dinh dưỡng hỗ trợ

# Chức năng thận (ml/phút/1.73m<sup>2</sup>)





## Ngày 12/11 (thứ 9 của bệnh)

- Bệnh tỉnh, rút Nội khí quản, thở oxy qua canula 4l/ph.
- Mạch : 90 lần/ph, HA:115/80 mmHg. Tiểu 2800 ml
- Tim đều phổi trong, bụng mềm , vết mổ khô
- Chuyển tuyến cơ sở**

# YẾU TỐ THÀNH CÔNG

- Chỉ định mổ kịp thời
- Kháng sinh
- Dinh dưỡng
- Hồi sức dịch, vận mạch
- Phối hợp các chuyên khoa

Xin chân thành cảm ơn