

# HƯỚNG DẪN VỀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

Theo hội Hội Sốc Cấp Cứu và Chống Độc Việt Nam, cập nhật những phác đồ của thế giới, dựa trên các dữ liệu về y học chứng cứ. Mức độ tin cậy được đánh giá từ A(cao) đến B,C,D(thấp nhất) và mức độ khuyến cáo mạnh (1) hoặc yếu (2).

## 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng

- Nhiễm khuẩn gây tụt HA
- Tăng lactate máu
- Thiểu niệu (nước tiểu < 0,5 ml/kg/giờ)
- Tổn thương phổi cấp PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> < 250 nếu không có viêm phổi
- Tổn thương phổi cấp PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub> < 200 nếu có viêm phổi kèm theo
- Creatinine > 2 mg/dL (hoặc 176,8μmol/ L)
- Bilirubine > 2 mg/dL (34,2μmol/L)
- Tiểu cầu < 100.000 μ/L
- Rối loạn đông máu (INR >1,5)

## 2. Hội sức ban đầu và kiểm soát nhiễm khuẩn

### 2.1. Hội sức ban đầu

1. Bắt đầu hội sức ngay khi BN có dấu hiệu giảm tưới máu mô gây ra bởi nhiễm khuẩn nặng: HA tâm thu < 90mmHg hoặc giảm > 40 mmHg so với trước hoặc tăng lactate máu ≥ 4 mmol/L. Không chậm trễ việc điều trị trong lúc chờ chuyển đến khoa Hồi sức tích cực.

Mục tiêu hội sức trong 6 giờ đầu (1C):

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) 8 – 12 mmHg
- HA động mạch trung bình ≥ 65mmHg
- Lượng nước tiểu ≥ 0,5 ml/kg/giờ
- Độ bão hoà oxy tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch chủ trên) ≥ 70% hoặc tĩnh mạch trộn ≥ 65% (1C)

2. Ở BN có tăng lactate máu, mục tiêu là đưa lactate máu về giá trị bình thường (2C).

### 2.2. Tầm soát nhiễm khuẩn và cải thiện kết quả điều trị

Tầm soát nguy cơ nguy khuẩn nặng để phát hiện và điều trị sớm (1C).

### 2.3. Chẩn đoán

1. Cây máu trước khi sử dụng kháng sinh nhưng không làm chậm trễ (>45 phút) việc sử dụng kháng sinh (1C)

. Cây ít nhất 2 mẫu máu (cả hiệu khí lẫn kỵ khí)

. Cây máu mỗi lần lấy mẫu từ 2 vị trí: lấy qua đường tĩnh mạch và mẫu máu lấy từ catheter nội mạch nếu đã đặt > 48 giờ (1C)

2. Tiến hành các kỹ thuật về chẩn đoán hình ảnh để xác định ổ nhiễm khuẩn và lấy mẫu bệnh phẩm từ ổ nhiễm khuẩn để cấy nếu an toàn (1C)

## 2.4. Liệu pháp kháng sinh

1. Dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong giờ đầu chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (1B) và nhiễm khuẩn nặng (1C)

2. Kháng sinh phổ rộng: một hoặc nhiều kháng sinh theo kinh nghiệm diệt tác nhân vi khuẩn/nấm và có khả năng xâm nhập tốt vào ổ nhiễm khuẩn (1B)

Đánh giá liệu pháp kháng sinh mỗi ngày để xem xét khả năng xuống thang (1B)

3. XN nồng độ procalcitonine và các biomarker tương tự để quyết định ngưng kháng sinh ở những BN không còn bằng chứng nhiễm trùng (2C).

4. Phối hợp kháng sinh ở những BN giảm BC hạt có nhiễm khuẩn huyết (2B) và những BN đáp ứng kém với điều trị, hoặc nhiễm tác nhân đa kháng thuốc như *Acinetobacter* và *pseudomonas* spp (2B).

Ở những BN nhiễm khuẩn nặng kèm suy hô hấp và sốc nhiễm khuẩn, phối hợp kháng bao gồm betalactam phổ rộng kết hợp với hoặc aminoglycoside hoặc fluoroquinolone trong trường hợp do *Pseudomonas aeruginosa* (2B).

Đối với nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn do *Streptococcus pneumonia* nên phối hợp betalactam và macrolide (2B)

Liệu pháp kháng sinh kết hợp theo kinh nghiệm không nên kéo dài quá 3 – 5 ngày. Nên xuống thang kháng sinh đơn trị liệu thích hợp khi có thể dựa trên kết quả cấy (2B).

5. Thời gian điều trị kháng sinh trung bình từ 7 – 10 ngày; thời gian điều trị cần dài hơn trong trường hợp: đáp ứng lâm sàng chậm, hoặc không dẫn lưu được ổ nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết do *S. aureus*, nhiễm nấm và virus, suy giảm miễn dịch, giảm BC hạt (2C).

6. Ở BN nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn gây ra do virus, điều trị kháng virus cần khởi đầu càng sớm càng tốt (2C).

## 2.5. Kiểm soát ổ nhiễm khuẩn

1. Ổ nhiễm khuẩn cần được chẩn đoán xác định hoặc loại trừ nhanh nhất có thể và can thiệp trong vòng 12 giờ đầu (1C).

2. Khi can thiệp vào ổ nhiễm khuẩn nên lựa chọn phương pháp ít xâm lấn nhất.

3. Nếu nguồn gốc nhiễm khuẩn có khả năng là catheter nội mạch nên rút bỏ ngay sau khi đặt lại bằng catheter mới.

F. Phòng ngừa nhiễm khuẩn

1. Sát khuẩn miệng và sát khuẩn chọn lọc đường tiêu hoá để giảm tần suất viêm phổi liên quan đến thở máy (2B).

2. Sát trùng hầu họng bằng chlorhexidine gluconate để giảm nguy cơ viêm phổi thở máy (2B).

## 2.6. Truyền dịch

1. Dịch tinh thể được chọn lựa đầu tiên trong hồi sức BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (1B).

2. Không nên sử dụng hydroxyethyl starches trong bù dịch cho BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (1B).
3. Albumine được sử dụng để bù dịch cho BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn khi BN cần truyền một lượng quá lớn dịch tinh thể (2C).
4. Test dịch ở BN giảm tưới máu mô và nghi ngờ giảm thể tích cần tối thiểu là 30 ml/kg dịch tinh thể (hoặc dịch albumin tương đương). Một số BN cần truyền dịch nhanh hơn và nhiều hơn (1C).

### **2.7. Thuốc vận mạch**

1. Mục tiêu sử dụng thuốc vận mạch để nâng HA trung bình  $\geq 65$  mmHg (1C).
2. Norepinephrine (Noradrenaline) được lựa chọn đầu tiên (1B).
3. Dùng thêm Epinephrine (Adrenaline) khi HA không duy trì được chỉ với norepinephrine (2B).
4. Không sử dụng Dopamine liều thấp nhằm mục tiêu bảo vệ thận (1A).

### **3. Thuốc tăng co bóp cơ tim**

1. Sử dụng dobutamine truyền tĩnh mạch có thể lên tới 20 microgram/kg/ phút kết hợp với thuốc vận mạch trong trường hợp: rối loạn chức năng cơ tim gây tăng áp lực đổ đầy và giảm cung lượng tim, vẫn còn dấu hiệu của giảm tưới máu mô mặc dù đã truyền đủ dịch và đạt được mục tiêu HA trung bình (1C).
2. Không sử dụng dobutamine để tăng cung lượng tim vượt quá mức bình thường (1B).

### **J. Corticosteroids**

1. Không sử dụng hydrocortisone đường tĩnh mạch để điều trị BN người lớn sốc nhiễm khuẩn nếu bù dịch và vận mạch có thể ổn định huyết động. Nếu huyết động không ổn định có thể sử dụng hydrocortisone đường tĩnh mạch 200mg/ ngày (2C).
2. Không sử dụng test kích thích ACTH để xác định BN nào cần sử dụng hydrocortisone (2B).
3. Giảm dần liều hydrocortisone khi đã ngưng thuốc vận mạch (2D).
4. Corticosteroids không được dùng để điều trị nhiễm khuẩn nếu không có sốc (1D).
5. Khi sử dụng hydrocortisone, nên truyền liên tục (2D).

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn huyết nặng và sốc nhiễm khuẩn 2012. Hội Hôi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam.
2. Tiếp cận phác đồ HSCC “ The Washington Manual of Critical Care 2ed ” do PGS.TS. Nguyễn Đạt Anh và PGS.TS. Đặng Quốc Tuấn dịch tiếng Việt, ấn bản lần hai – 2012.