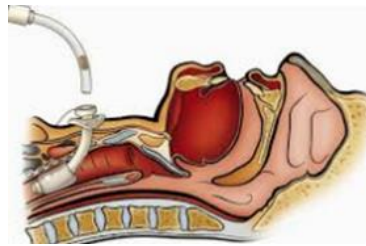




TẬP BÀI GIẢNG HỒI SỨC CẤP CỨU NUR 313



NỘI DUNG

1. Cấp cứu ban đầu và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phải cấp cứu/cấp cứu ban đầu và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

2. Sốc phản vệ và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc phản vệ và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

3. Sốc tim và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc tim và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

4. Ngộ độc cấp và chăm sóc điều dưỡng

Các loại ngộ độc cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

5. Suy hô hấp cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý suy hô hấp cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

6. Phù phổi cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phù phổi cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

7. Hôn mê và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý hôn mê và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

8. Đặt nội khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật đặt nội khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

9. Thở máy và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật thở máy và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

10. Khai thông đường thở và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khai thông, bảo vệ đường thở và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

11. Khí dung và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khí dung và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

12. Đặt CVC, đo CVP và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật VCV, CVP và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

13. Mở khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật mở khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

14. Đáp án câu hỏi lượng giá

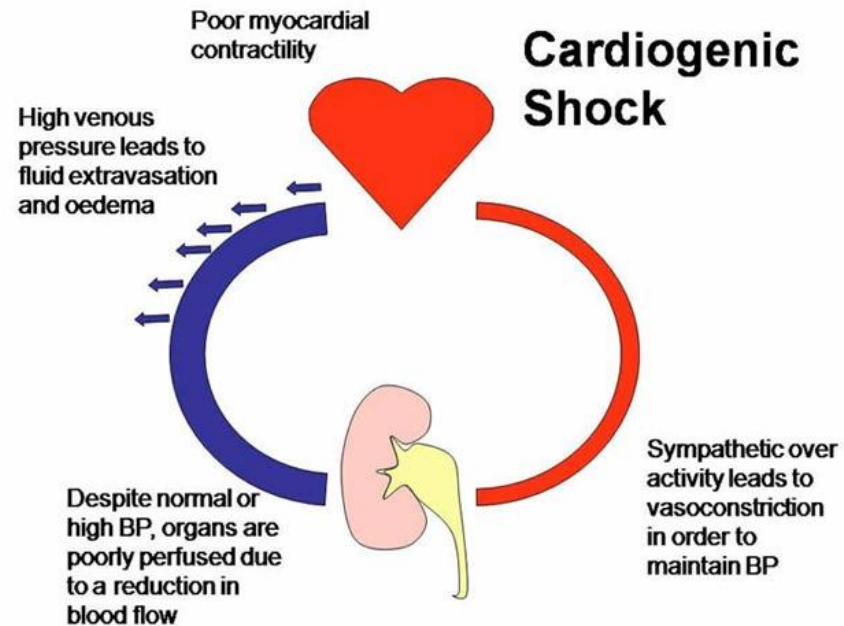
Đáp án của các câu hỏi lượng giá trong các Software Testing



SỐC TIM & CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, kể tên được các nguyên nhân, triệu chứng và sinh lý bệnh của sốc tim.
2. Trình bày được các bước nhận định, chẩn đoán điều dưỡng đối với bệnh nhân sốc tim
3. Trình bày được các bước lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện chăm sóc người bệnh sốc tim



NỘI DUNG

I. PHẦN TỔNG QUAN BỆNH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

- 1.1 Định nghĩa
- 1.2 Nhắc lại phân loại các loại sốc
- 1.3 Đặc điểm chính của sốc tim

2. NGUYÊN NHÂN

- 2.1. Giảm sức co bóp cơ tim
- 2.2. Tăng hậu gánh
- 2.3. Ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim cấp
- 2.4. Tổn thương cơ học của tim
- 2.5. Rối loạn nhịp tim

3. TRIỆU CHỨNG

- 3.1. Triệu chứng lâm sàng
- 3.2. Cận lâm sàng

4. CHẨN ĐOÁN

- 4.1. Chẩn đoán xác định
- 4.2. Chẩn đoán phân biệt
- 4.3. Chẩn đoán nguyên nhân
- 4.4. Chẩn đoán mức độ: Tiêu chuẩn của ACC/AHA 2007

5. XỬ TRÍ

- 5.1. Nguyên tắc chung
- 5.2. Xử trí ban đầu và vận chuyển cấp cứu
- 5.3. Xử trí tại bệnh viện

6. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

7. PHÒNG BỆNH

II. PHẦN CHĂM SÓC

([Nursing Care Plan | NCP Cardiogenic Shock](#))

1. NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:
2. CHẨN ĐOÁN CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:
3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:
4. THỰC HIỆN CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:
5. ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:
6. HƯỚNG DẪN KHI RA VIỆN VÀ CHĂM SÓC TẠI NHÀ

I. PHẦN TỔNG QUAN BỆNH HỌC

3. ĐẠI CƯƠNG

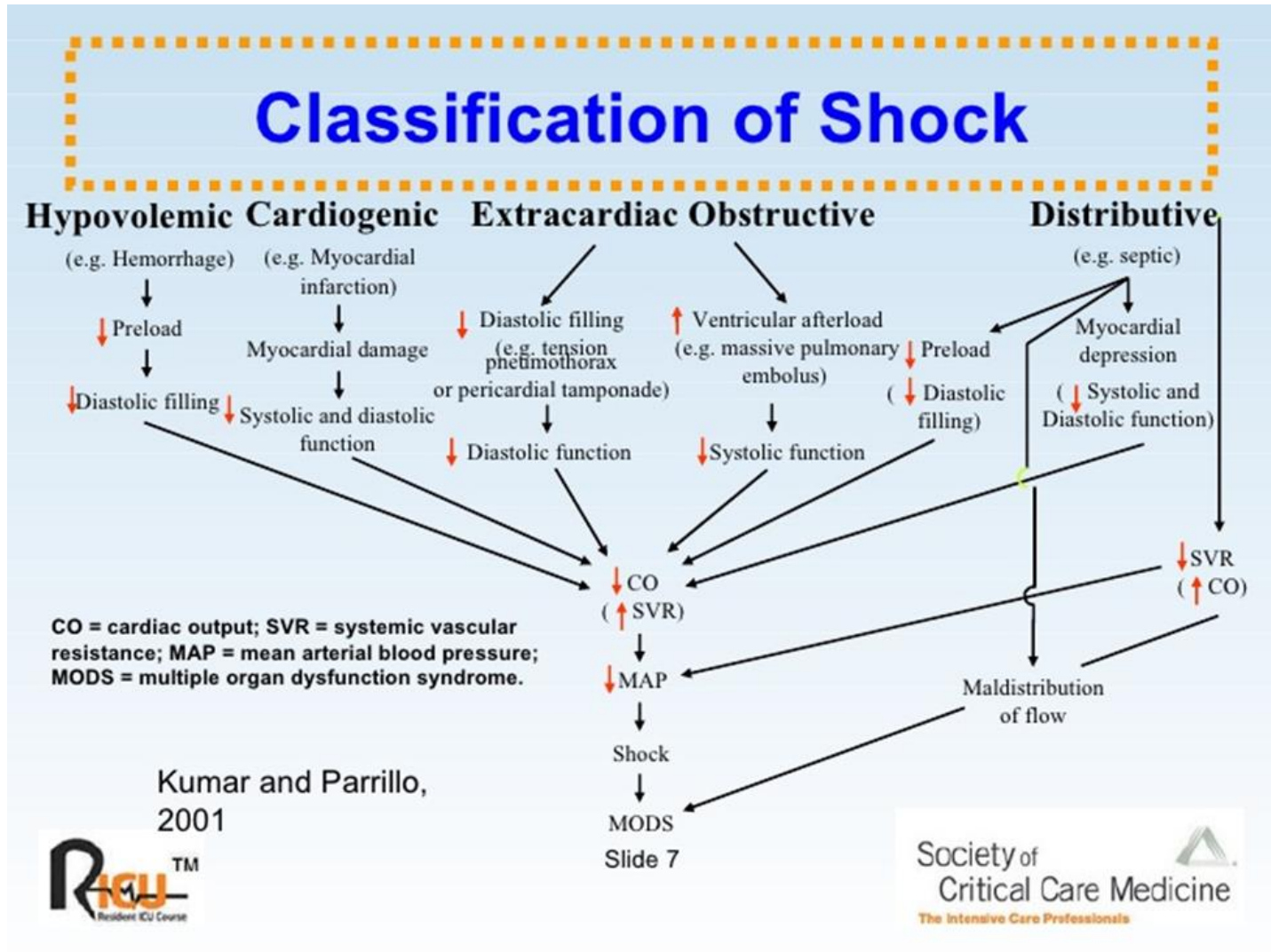
3.1 Định nghĩa

- + Sốc tim là tình trạng giảm cung lượng tim không đáp ứng được nhu cầu oxy của các tổ chức trong cơ thể.
- + Chẩn đoán sốc tim đặt ra sau khi đã loại trừ các sốc khác: sốc giảm thể tích, sốc phản vệ, sốc nhiễm khuẩn.
- + Sốc là một hội chứng lâm sàng (clinical syndrome) phản ánh sự giảm tưới máu do lưu thông kém (hypoperfusion). Một bệnh sử tập trung thực hiện trong một thời gian ngắn và một thăm khám thực thể trọng điểm sẽ giúp xác định là có sốc hay không và nhận diện nguyên nhân gây sốc.
- ❖ Dịch tễ: Tỷ lệ gặp sốc tim trong NMCT cấp 6%-19%, tử vong 50-80%
- ❖ Nguyên nhân: phổ biến nhất của sốc tim là nhồi máu cơ tim cấp tính (MI) khi gây thiệt hại hơn 40% các chức năng cơ tim. Sốc tim xảy ra với 10% đến 20% của tất cả các ca nhập viện do NMCT cấp và mang một tỷ lệ tử vong 80%. Các nguyên nhân khác bao gồm vỡ nhú cơ, tâm thất trái vỡ, thông liên thất cấp tính, suy tim sung huyết nặng, giai đoạn cuối bệnh cơ tim, rối loạn chức năng van tim nặng, chèn ép tim cấp tính, đụng dập tim, thuyên tắc phổi lớn, hoặc quá liều các loại thuốc như beta blockers hoặc thuốc chẹn kênh canxi.

- Sinh lý bệnh của sốc tim do NMCT cấp
 - + Đầu tiên là việc nhồi máu gây mất một vùng cơ tim lớn hoặc nhồi máu nhỏ ở bệnh nhân có giảm chức năng thất trái từ trước dẫn đến giảm thể tích nhát bóp tim và giảm cung lượng tim, việc này cũng dẫn đến giảm dòng máu đến mạch vành đã bị tổn thương tạo nên một vòng xoắn bệnh lý.
 - + Việc giảm cung lượng tim lại càng làm huyết áp tụt và thiếu máu các mô dẫn đến một loạt các đáp ứng ở các mô theo vòng xoắn bệnh lý làm bệnh thêm nặng.
-
- Có bốn giai đoạn của sốc tim: Khởi đầu, bù trừ, tiến triển, và mất bù.
 - + Trong giai đoạn khởi đầu, chỉ giảm cung lượng tim mà không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng.
 - + Trong giai đoạn bù trừ, các baroreceptors (thụ thể áp lực) đáp ứng với lưu lượng tim giảm, kích thích hệ thần kinh giao cảm để giải phóng catecholamine giúp cải thiện sự co bóp của cơ tim và co mạch, dẫn đến tăng trở lại áp lực tĩnh mạch và huyết áp động mạch. Tưới máu thận kích hoạt hệ thống renin-angiotensin, mà sản phẩm cuối cùng, angiotensin II, gây giữ natri và giữ nước cũng như sự co mạch.

- + Giai đoạn tiến triển sau giai đoạn bù trừ nếu không có sự can thiệp hoặc nếu can thiệp không để đảo ngược sự tưới máu mô đầy đủ. Cơ chế bù trừ, nhằm cải thiện cung lượng tim và tưới máu mô, đặt nhu cầu tăng lên trên một cơ tim đã bị tổn hại. Nhưng mô tưới máu vẫn không đủ, các tế bào bắt đầu quá trình chuyển hóa yếm khí, dẫn đến nhiễm toan chuyển hóa và rò rỉ chất lỏng ra khỏi các mao mạch và vào các không gian kẽ. Sự suy giảm về khối lượng và tăng độ nhớt máu lưu thông có thể gây đông máu trong các mao mạch và chết mô.
- + Khi cơ thể giải phóng các tác nhân tiêu sợi huyết để phá vỡ các cục máu, đông máu rải rác nội mạch (DIC) có thể xảy ra. Nhiễm acid lactic gây suy giảm cơ tim và giảm các phản ứng mạch máu với catecholamine, tiếp tục giảm cung lượng tim. Ứ máu và trì trệ trong các mao mạch, và sự gia tăng tiếp tục áp lực thủy tĩnh gây ra chất lỏng rỉ vào khe kẽ.
- + Thiếu máu cục bộ não nghiêm trọng gây ra suy giảm các trung tâm vận mạch và giảm kích thích giao cảm, dẫn đến ứ máu ở ngoại vi, giảm tải trước, và giảm hơn nữa lưu lượng tim.
- + Nếu không có sự can thiệp có hiệu quả vào thời điểm này (giai đoạn bù trừ), sốc sẽ tiến đến giai đoạn mất bù, khi đó cơ hội sống sót là rất hạn chế.

3.2 Nhắc lại phân loại của sốc



3.2.1 Sốc do giảm thể tích (hypovolemic shock) :

– Nếu do thiếu sót của hệ chuyên chở oxy thì đó là sốc giảm thể tích. Ví dụ : Xuất huyết dạ dày ruột, vỡ phình động mạch chủ, và nhiễm axit xeton đái đường thể nặng.

– Sốc do giảm thể tích là dạng sốc thường xảy ra nhất. Thường nhất đó là xuất huyết sau chấn thương, xuất huyết tiêu hóa, mất máu hậu phẫu, vỡ phình động mạch chủ (anévrisme rompu de l'aorte). Có thể đó là mất dịch không phải máu, trong trường hợp mất nước nghiêm trọng (ỉa chảy hay mửa không cưỡng được, những tình trạng hôn mê kéo dài..).

3.2.2 Sốc phân bố (choc distributif) hay sốc do mạch (vasogenic shock)

– Nếu do đảo lộn phân phối máu trong cơ thể thì đó là sốc do phân bố. Ví dụ : sốc nhiễm khuẩn (septic shock), sốc phản vệ, sốc do nguyên nhân thần kinh (neurogenic shock), và sốc do các nguyên nhân được liệt.

– Đó là những bất thường vi tuần hoàn do sự phóng thích các chất trung gian (médiateurs).

3.2.3 Sốc do tắc nghẽn (obstructive shock) :

Nghẽn tắc động mạch phổi (embolie pulmonaire), chèn ép tim (cardiac tamponade) có thể được đặt trong một xếp loại riêng biệt, nhưng có những bệnh cảnh lâm sàng tương tự với những nguyên nhân do tim.

3.2.4 Sốc tim (Cardiogenic shock).

- Nếu do suy yếu tiên phát bơm tim thì đó là sốc do tim. Thí dụ : nhồi máu cơ tim cấp tính, các bệnh cơ tim, các bất thường van (đặc biệt là hẹp và bất túc van động mạch chủ nghiêm trọng), loạn nhịp tim, và nghẽn tắc động mạch phổi (pulmonary embolism).
- Sốc tim thường nhất gây nên bởi nhồi máu cơ tim lan rộng. Người ta cho rằng sốc tim xảy ra khi ít nhất 40% toàn bộ cơ tim đã bị nhồi máu. Đôi khi đó là bệnh tim giai đoạn tiến triển do nguyên nhân khác, những tình trạng giảm lưu lượng tim sau giải phẫu tim, hay do loạn nhịp tim nặng ngăn cản cơ tim co bóp (tim nhịp nhanh thất, loạn nhịp nhanh trên thất rất nhanh)



Các đặc điểm về huyết động của sốc tim cũng như một số loại sốc khác được tóm tắt trong bảng phân loại dưới đây.

Ngày nay mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong việc điều trị NMCT nhưng nếu NMCT mà đã có sốc tim thì tỷ lệ tử vong vẫn còn đặc biệt cao (60-80%).

Loại sốc	CI	SVR	PVR	SvO2	RAP	RVP	PAP	PAWP	Trong đó:
Sốc tim (NMCT, loạn nhịp tim, ép tim cấp)	-	+	#	-	+	+	+	+	– CI: chỉ số cung lượng tim;
Sốc giảm thể (mất máu)	-	+	#	-	-	-	-	-	– SVR: sức cản đại tuần hoàn;
Sốc phân bố (nhiễm khuẩn huyết, phản vệ)	+	-	#	-	#	#	#	#	– PVR: sức cản tiểu tuần hoàn;
Sốc tắc nghẽn (nhồi máu phổi rộng)	-	-	+	-	+	+	+	#	– SvO2: bão hoà ôxy mạch trộn;
		#						--	– RAP: áp lực nhĩ phải;
									– RVP: áp lực thất phải;
									– PAP: áp lực động mạch phổi;
									– PAWP: áp lực động mạch phổi bít.
									– #: Không thay đổi; -: giảm; +: tăng.

3.3 Đặc điểm chính của sốc tim

- Các rối loạn huyết động đặc trưng trong sốc tim:
 - + Cung lượng tim giảm với chỉ số tim < 2,2 lít/phút/m².
 - + Áp lực tĩnh mạch trung tâm cao (> 10 mmHg) và áp lực mao mạch phổi bít cao (> 15mmHg).
 - + Chênh lệch oxy giữa máu mao mạch và máu tĩnh mạch cao (DA-VO₂ lớn hơn 0,55ml O₂/lít) do rối loạn trong sốc tim là do tổn thương chức năng tim không phải do rối loạn ở ngoại vi.
- Trong điều trị sốc tim: một mặt khẩn trương điều trị triệu chứng và hồi sức toàn diện, mặt khác cần tìm và giải quyết nguyên nhân sớm nếu có thể được.
- Suy tim trong bệnh cảnh sốc tim là vấn đề lâm sàng lớn bởi vì tỉ lệ tử vong cao lên tới 30 – 90%. Tiên lượng phụ thuộc nhiều vào nguyên nhân gây ra sốc tim và khả năng can thiệp của thầy thuốc.
- Đây là tình trạng cần được cấp cứu tại chỗ và vận chuyển bằng xe ô tô có trang thiết bị cấp cứu ban đầu đến khoa hồi sức.

4. NGUYÊN NHÂN

2.1. Giảm sức co bóp cơ tim

- Thiếu máu cục bộ cơ tim (đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp).
- Bệnh cơ tim do nhiễm khuẩn (liên cầu nhóm B, bệnh Chagas,...), nhiễm vi rút (enterovirus, adenovirus, HIV, vi rút viêm gan C, parvovirus B19, vi rút Herpes, EBV, CMV).
- Bệnh cơ tim do miễn dịch, do chuyển hóa.
- Bệnh cơ tim do nguyên nhân nội tiết: cường hoặc suy giáp.
- Bệnh cơ tim do ngộ độc.
- Giai đoạn cuối của bệnh cơ tim giãn hay bệnh van tim.

2.2. Tăng hậu gánh (nguyên nhân tắc nghẽn)

- Tắc động mạch phổi nặng.
- Hẹp động mạch chủ.

2.3. Ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim cấp

2.4. Tổn thương cơ học của tim

- Hở van động mạch chủ, hở van hai lá cấp.
- Thủng vách liên thất.

2.5. Rối loạn nhịp tim

- Cơn nhĩ p nhanh, đặc biệt là cơn nhĩ nhanh thất hoặc nhĩ quá chậm do bloc nhĩ thất

3. TRIỆU CHỨNG

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Huyết áp tụt: huyết áp tối đa dưới 90mmHg hoặc giảm so với huyết áp nền trên 30mmHg (ở người cơ tăng huyết áp).
- Da lạnh tái, nổi vân tím trên da, đầu chi tím lạnh.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu, nước tiểu < 0,5 ml/kg/giờ.
- Các dấu hiệu ứ trệ tuần hoàn ngoại vi (gan to, tĩnh mạch cổ nổi), xuất hiện ran ẩm ở phổi.
- Tiếng tim bất thường: tùy theo nguyên nhân gây ra sốc tim, nhịp tim nhanh, tiếng T1 mờ, xuất hiện T3, T4, tiếng ngựa phi nếu viêm cơ tim cấp do nhiễm độc, vi rút.
- Bệnh lý gây sốc tim (tùy theo nguyên nhân): ngộ độc, chuyển hóa, viêm cơ tim cấp, bệnh van tim cấp, rối loạn chức năng thất phải cấp tính.
- Thần kinh: ý thức của bệnh nhân giảm.

3.2. Cận lâm sàng

- Lactat máu tăng trên 1,5 mmol/l. Nồng độ lactate huyết thanh > 4mEq/L được liên kết với tỷ lệ tử vong cao nhất.
- Thăm dò huyết động: áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng, áp lực mao mạch phổi bít tăng (trên 15mmHg), cung lượng tim giảm, chỉ số tim giảm dưới 2,2 lít/phút/m².

Symptoms of Cardiogenic Shock

- Severe shortness of breath and rapid breathing
- Tachycardia (rapid heartbeat)
- Mental alteration
- Loss of consciousness
- Weak/faint pulse

For More Information,
Visit: www.epainassist.com

www.epainassist.com

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Chẩn đoán xác định

a) Chẩn đoán lâm sàng dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Huyết áp tâm thu ≤ 90 mmHg kéo dài hoặc phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg hoặc huyết áp tâm thu giảm trên 30mmHg so với huyết áp tâm thu nền của bệnh nhân.
- Có bằng chứng của giảm tưới máu các cơ quan (nước tiểu dưới 30ml/giờ hoặc chi lạnh/vã mồ hôi hoặc có biến đổi ý thức).
- Bằng chứng tăng áp lực ổ đờ đầy thất trái (phù phổi)

b) Các thông số thăm dò huyết động:

- Chỉ số tim (CI) dưới 2,0 l/ph/m² da khi không sử dụng trợ tim hoặc dưới 2,2 l/ph/m² da khi có sử dụng thuốc trợ tim.

Cardiogenic Shock

- Inadequate tissue perfusion resulting from cardiac dysfunction
- Clinical definition - decreased cardiac output and tissue hypoxia in the presence of adequate intravascular volume
- Hemodynamic definition - sustained systolic BP < 90 mm Hg, cardiac index < 2.2 L/min/m², PCWP > 15 mm Hg

Diagnosis of cardiogenic shock

- History
- Physical examination
- ECG
- Cardiac biomarker
- CXR
- Echocardiography
- Pulmonary artery catheterization
: Swan-Ganz catheter

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt các tình trạng sốc dựa vào: tiền sử bệnh, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

a) Sốc nhiễm khuẩn

- Có tình trạng nhiễm khuẩn kèm theo phải có thời gian xuất hiện kéo dài.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm, áp lực mao mạch phổi bít giảm.
- Chỉ số tim bình thường hoặc tăng.
- Sức cản mạch hệ thống và sức cản mạch phổi giảm.

b) Sốc giảm thể tích

- Hoàn cảnh xuất hiện nhanh: ỉa chảy, nôn nhiều, đái nhiều hoặc viêm tụy cấp nặng.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm, áp lực mao mạch phổi bít giảm.

c) Sốc phản vệ

- Tình huống xuất hiện thường khá đột ngột liên quan đến thuốc hoặc thức ăn.
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm giảm, áp lực mao mạch phổi bít giảm.
- Có thể có các dấu hiệu khác của dị ứng.như đỏ da, sẩn, ngứa...

Differential Diagnosis of Shock

• Hypovolemic

- Hemorrhage
- Fluid loss
- Drugs

• Distributive

- Anaphylactic
- Neurogenic
- Septic

• Cardiogenic

- Myocardial dysfunction
- Dysrhythmia
- Congenital heart disease

• Obstructive

- Pneumothorax, Cardiac Tamponade, Aortic Dissection

• Dissociative

- Heat, Carbon monoxide, Cyanide
- Endocrine

4.3. Chẩn đoán nguyên nhân

a) Siêu âm tim: có thể đánh giá chức năng thất phải và thất trái và phát hiện nguyên nhân

- Hội chứng ép tim cấp. - Rối loạn chức năng van hai lá.
- Thủng vách liên thất. - Phình tách động mạch chủ đoạn gần.
- Rối loạn vận động vùng hoặc toàn bộ của thất phải, thất trái.
- Tăng áp lực động mạch phổi, đo các chênh áp qua các bệnh lý van tim cấp tính.

b) Điện tim: có thể có các biểu hiện của bệnh tim nguyên nhân

c) Xquang ngực:

- Hình ảnh của bệnh tim nguyên nhân.
- Hình ảnh tăng đậm các nhánh mạch phổi.
- Phình tách động mạch chủ.
- Tràn khí trung thất, tràn khí màng phổi áp lực.

d) Các xét nghiệm đặc hiệu khác tùy theo nguyên nhân gây sốc tim

- Men tim, troponin, BNP, LDH, AST tăng trong nhồi máu cơ tim.
- Chụp mạch phổi trong tắc mạch phổi,...

e) Các xét nghiệm phát hiện vi khuẩn hay virus gây viêm cơ tim cấp

- Soi hoặc cấy dịch/máu. - PCR virus gây viêm cơ tim.

f) Thông tim đánh giá mạch vành

- Đánh giá tưới máu mạch vành. - Có biện pháp tái tưới máu sớm.

4.4. Chẩn đoán mức độ: Tiêu chuẩn của ACC/AHA 2007

a) Tiền sốc

- Áp lực mao mạch phổi bít trên 15mmHg.
- Huyết áp tâm thu trên 100mmHg.
- Chỉ số tim dưới 2,5l/ph/m² da.

b) Sốc tim

- Áp lực mao mạch phổi bít trên 15mmHg.
- Huyết áp tâm thu dưới 90mmHg.
- Chỉ số tim dưới 2,5l/ph/m² da.

c) Sốc tim điển hình

- Chỉ số tim dưới 2 l/ph/m² da.
- Áp lực mao mạch phổi bít trên 20mmHg.

5. XỬ TRÍ

5.1. Nguyên tắc chung

- Giai đoạn sớm, hỗ trợ huyết động để phòng ngừa các rối loạn và suy chức năng cơ quan, thậm chí phải giải quyết nguyên nhân gây sốc tim như tái tưới máu sớm trong nhồi máu cơ tim cấp, tạo nhịp cấp cứu trong trường hợp nhịp chậm.

+ Hỗ trợ chức năng tim: Tim phổi nhân tạo tại giường (ECMO), bơm bóng ngược dòng động mạch chủ hoặc thiết bị hỗ trợ thất trái.

+ Hồi sức cơ bản: điều chỉnh các rối loạn do sốc tim gây nên như suy hô hấp, suy thận...

5.2. Xử trí ban đầu và vận chuyển cấp cứu

- Nhanh chóng xác định tình trạng sốc tim của bệnh nhân, loại trừ các nguyên nhân khác gây ra huyết áp thấp.

- Giảm tối đa các gắng sức: giảm đau, giảm căng thẳng lo âu.

- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

- Hỗ trợ thở oxy (nếu có).

- Làm điện tim, xác định chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp và xét chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết nếu thời gian vận chuyển đến trung tâm can thiệp mạch gần nhất trên 3 giờ.

- Vận chuyển bệnh nhân đến các trung tâm cấp cứu và hồi sức gần nhất.

5.3. Xử trí tại bệnh viện

5.3.1. Hỗ trợ thông khí

- Oxy liệu pháp: hỗ trợ oxy nên được tiến hành ngay để tăng oxy vận chuyển và phòng ngừa tăng áp lực động mạch phổi.
- Thông khí nhân tạo: ưu tiên thông khí nhân tạo xâm nhập khi bệnh nhân sốc tim với các lợi ích: nhu cầu oxy của cơ hô hấp và giảm hậu gánh thất trái, chỉ định gồm:
 - + Bệnh nhân khó thở nhiều.
 - + Giảm oxy máu.
 - + pH < 7,30.

5.3.2. Hồi sức dịch

- Hồi sức dịch giúp cải thiện vi tuần hoàn và tăng cung lượng tim.
- Lượng dịch truyền đủ rất khó xác định ở bệnh nhân sốc tim:
- Lựa chọn dịch truyền:
 - + Dịch muối đẳng trương là lựa chọn đầu tiên với ưu điểm dễ dung nạp và giá thành rẻ.
 - + Các dung dịch keo cũng được sử dụng khi có thiếu lượng lớn dịch trong lòng mạch.
 - + Dung dịch albumin cũng được sử dụng trong các trường hợp giảm albumin máu.
- Có thể truyền nhắc lại khi nghi ngờ thiếu dịch ở bệnh nhân sốc tim.

5.3.3. Thuốc vận mạch và trợ tim

- Dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp tối đa trên 90mmhg (hoặc huyết áp trung bình trên 70mmHg). Ưu tiên dùng noradrenalin hơn dopamine vì khả năng ít gây rối loạn nhịp ở bệnh nhân sốc tim.

- Dobutamin được chỉ định trong các trường hợp sốc tim do tổn thương cơ tim.

+ Liều dùng: bắt đầu 5 μ g/kg/ph.

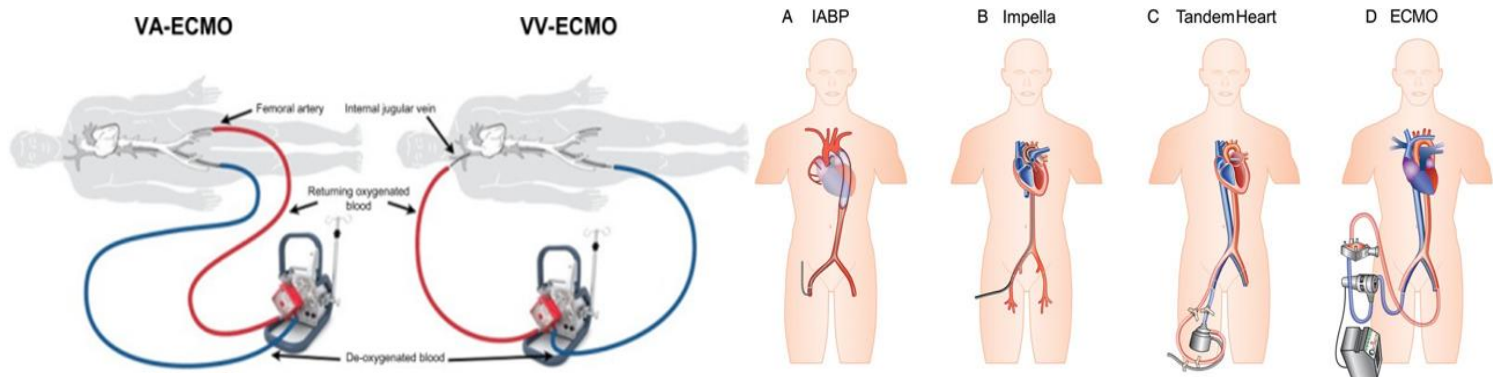
+ Tăng liều mỗi lần 2,5 – 5 μ g/kg/ph tùy theo đáp ứng của bệnh nhân.

+ Liều tối đa 20 μ g/kg/ph.

- Thuốc giãn mạch giúp làm giảm hậu gánh dẫn đến làm tăng cung lượng tim và cũng giúp cải thiện tưới máu vi tuần hoàn và chuyển hóa tế bào ở bệnh nhân sốc tim. Tuy nhiên, thuốc giãn mạch có thể làm tụt huyết áp và làm nặng tình trạng giảm tưới máu mô nên cần được theo dõi sát. Dẫn chất nitrates được chỉ định trong các trường hợp có thiếu máu cục bộ cơ tim (nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực không ổn định).

5.3.4. Các biện pháp hỗ trợ cơ học

- Tim phổi nhân tạo (ECMO – extracorporeal membrane oxygenation) chỉ làm được ở các đơn vị chuyên sâu và được đào tạo:
 - + Để duy trì huyết động nhân tạo thay thế chức năng co bóp của cơ tim, tạo điều kiện cho cơ tim được nghỉ ngơi để hồi phục.
 - + Chỉ định: sốc tim do bệnh lý cơ tim, (EF < 35 % cần cân nhắc chỉ định), do tắc mạch phổi nặng hoặc do rối loạn dẫn truyền chưa hồi phục.
 - + Biện pháp hỗ trợ tim phổi nhân tạo đạt hiệu quả cao trong các bệnh lý cơ tim có khả năng phục hồi sau giai đoạn sốc.
- Bơm bóng ngược dòng động mạch chủ (IABC – intra aortic balloon counterpulsation).
 - + Để làm giảm hậu gánh và tăng tưới máu mạch vành.
 - + Chỉ định trong sốc tim do bệnh lý cơ tim, tắc mạch phổi.
 - + Các nghiên cứu gần đây cho thấy, biện pháp bơm bóng ngược dòng động mạch chủ không đạt hiệu quả rõ ràng ở bệnh nhân sốc tim.



5.3.5. Điều trị nguyên nhân cụ thể

a) Nhồi máu cơ tim

- Xét chỉ định tái tưới máu cơ tim (nong động mạch vành, đặt giá đỡ hoặc dùng thuốc tiêu sợi huyết hoặc phẫu thuật) sớm trong 6 giờ đầu khi nhồi máu cơ tim cấp gây sốc tim.
- Không dùng dẫn chất nitrat khi huyết áp thấp.
- Không chỉ định dùng thuốc nhóm ức chế beta giao cảm.

b) Tắc động mạch phổi lớn

- Duy trì ổn định áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Dùng dobutamin và noradrenalin để nâng huyết áp.
- Xét chỉ định và chống chỉ định dùng thuốc tiêu sợi huyết.

c) Ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim

- Truyền dịch gây tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm (tăng áp lực đổ đầy thất) nhằm chống lại áp lực ép vào từ màng ngoài tim.
- Điều trị quan trọng nhất là dẫn lưu dịch màng ngoài tim và điều trị nguyên nhân gây tràn dịch.

d) Sốc do tổn thương cơ học của tim: cần mổ cấp cứu để giải quyết .

e) Sốc do loạn nhịp tim

- Điều trị loạn nhịp.
- Chỉ định sốc điện khi cơn nhịp nhanh gây nên tụt huyết áp.
- Nhịp chậm: chỉ định đặt máy tạo nhịp.

5.3.7. Một số biện pháp khác

- Kiểm soát tốt các rối loạn nhịp tim kèm theo (nếu có): sốc điện, đặt máy tạo nhịp tạm thời.
- Điều chỉnh các thăng bằng kiềm toan và các rối loạn điện giải (tăng/hạ kali, magie,...).
- Cho vitamin B1 nếu nghi ngờ viêm cơ tim do thiếu vitamin B1, corticoid nếu nghi ngờ tổn thương cơ tim do miễn dịch.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

- Tỷ lệ tử vong trong bệnh viện khoảng 48 – 74%, các yếu tố tiên lượng tử vong: tuổi cao, tiền sử nhồi máu cơ tim trước đó, dấu hiệu lâm sàng khi được chẩn đoán (da lạnh ẩm), vô niệu.
- Biến chứng: suy đa tạng, sốc tim không hồi phục,...

6. PHÒNG BỆNH

Tái tưới máu mạch vành sớm và thích hợp cho vùng nhồi máu động mạch để bảo tồn tối đa cơ tim và giảm kích thước của vùng nhồi máu.

II. PHẦN CHĂM SÓC (Nursing Care Plan | NCP Cardiogenic Shock)

1. NHẬN ĐỊNH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:

Là việc làm rất quan trọng của điều dưỡng đối với người bệnh NMCT. Điều dưỡng cần làm việc này một cách tỉ mỉ, chu đáo và thứ tự để không bỏ sót gồm:

- Khai thác người bệnh (hoặc người nhà) thật kỹ về các triệu chứng cơ năng như: Cơ đau ngực, khó thở, vã mồ hôi... Từng triệu chứng phải hỏi chi tiết về cách khởi phát, cường độ, thời gian kéo dài...
- Khai thác tiền sử: Tăng huyết áp, NMCT cũ và các yếu tố nguy cơ khác.
- Tham khảo bệnh án và nhận định các dấu hiệu thực thể:
 - + Mạch: Đều hay không đều? Tần số ? Có loạn nhịp không ?
 - + Nghe tim: Nhịp tim đều hay không đều? Tiếng tim? Có tiếng ngựa phi, tiếng cọ màng tim , các tiếng thổi...?
 - + Đo huyết áp, chú ý dấu hiệu giảm HA tâm thu.
 - + Hô hấp : Đếm tần số thở, nhận định kiểu thở, tiếng ran ẩm ở phổi.
 - + Các dấu hiệu của suy tim ứ trệ: Phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi...

Đánh giá nhận định bệnh nhân:

- Có thể có tiền sử là các triệu chứng của một NMCT cấp, bao gồm đau bó, đau thắt ngực trái nặng nề lan đến cánh tay, cổ, hoặc hàm, kéo dài hơn 20 phút và không dịu bớt bởi nitroglycerin và phần còn lại.
- Triệu chứng MI khác bao gồm khó thở, buồn nôn, lo âu, và một cảm giác của sự chết sắp xảy ra.
- Bệnh nhân cũng có thể có một lịch sử của các triệu chứng của một trong các nguyên nhân khác đề cập ở trên.
- Có theo dõi RR, và BP mỗi 15 phút để đánh giá phản ứng của bệnh nhân với điều trị và phát hiện suy tim phổi.
- Đánh giá tình trạng hô hấp của bệnh nhân. Việc huy động sử dụng cơ hô hấp phụ và không có khả năng để nói chuyện cho thấy tình trạng xấu đi do tắc nghẽn mạch phổi.
- Đánh giá cho khối lượng chất lỏng dư thừa, có thể làm giảm chức năng cơ tim.

Đánh giá nhận định giai đoạn sốc:

- Trong giai đoạn đầu của sốc: không có dấu hiệu lâm sàng, trừ khi cung lượng tim có thể được đo (bằng kỹ thuật thâm nhập hoặc không xâm nhập).
- Khi bệnh nhân đã bước vào giai đoạn bù trừ: các triệu chứng có thể bao gồm một thay đổi mức độ của ý thức; Nhịp nhanh xoang; sự hiện diện của một nhịp S3 hay S4 ngựa phi nước đại; phồng tĩnh mạch cảnh; hạ huyết áp; thở nhanh sâu; ran nổ phổi; độ bão hòa oxy trong tĩnh mạch (SvO₂) dưới 60%; tím tái; lượng nước tiểu ít hơn 20 ml / giờ; giảm natri trong nước tiểu; tăng độ thẩm thấu nước tiểu; phù ngoại biên; tăng đường huyết; tăng natri máu; lạnh da; và giảm nhu động ruột.
- Khi bệnh nhân đi vào giai đoạn tiến triển: các triệu chứng trở nên rõ rệt hơn và kháng với điều trị. Bệnh nhân trở nên tinh thần không đáp ứng; hạ huyết áp trở nên tồi tệ hơn, đòi hỏi phải dùng liều cao thuốc co bóp dương (positive inotropic agents); trao đổi chất và toan hô hấp trở nên rõ ràng; thiếu niệu hoặc vô niệu có thể xảy ra sau đó; và triệu chứng của DIC có thể có mặt.
- Khi sốc đạt tới giai đoạn mất bù: suy đa cơ quan là rõ ràng, với các triệu chứng trên không đáp ứng với điều trị.

2. CHẨN ĐOÁN CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:

Dựa trên các dữ kiện đã thu thập được qua phần nhận định, các chẩn đoán chăm sóc chính ở bệnh nhân NMCT có thể là :

- Đau ngực do tổn thương cơ tim.
- Giảm lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức do giảm chức năng bơm của tim do có hoại tử cơ tim.
- Giảm trao đổi khí do ứ huyết ở phổi.
- Người bệnh không chịu được hoạt động thể lực do mất cân bằng giữa cung và cầu oxy cơ tim.
- Người bệnh lo lắng về tình trạng bệnh.
- Nguy cơ người bệnh không tôn trọng trình tự chăm sóc do thiếu kiến thức về bệnh.

Chẩn đoán điều dưỡng chính:

- Các dấu hiệu tưới máu tới mô bị giảm (ngoại vi, não, thận và tim phổi) liên quan đến cung lượng tim không đủ.

Chẩn đoán điều dưỡng cho sốc tim do MI

- Giảm cung lượng tim: liên quan đến thay đổi trong tần số nhịp tim
- Giảm tưới máu mô liên quan đến: Giảm cung lượng tim
- Airway không hiệu quả liên quan đến: Tích tụ các chất tiết
- Thở không hiệu quả liên quan đến: sự nở không phải là tối ưu.
- Trao đổi khí không hiệu quả liên quan đến: Phù phổi
- Đau cấp liên quan đến: tăng axit lactic
- Dư thừa dịch liên quan đến: Giữ natri và nước
- Sự mất cân bằng dinh dưỡng, ít hơn yêu cầu cơ thể liên quan đến: Uống không đầy đủ
- Hoạt động không tương xứng: liên quan đến sự mất cân bằng giữa cung cấp oxy của cơ tim và nhu cầu
- Tự Chăm Sóc giảm liên quan đến : suy nhược cơ thể
- Lo lắng liên quan đến: sợ chết
- Kiến thức thâm hụt liên quan đến: thiếu thông tin.

3. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Người bệnh nhanh chóng hết đau ngực.
- Người bệnh cải thiện được lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức.
- Người bệnh hết khó thở, thở bình thường.
- Người bệnh tăng dần được hoạt động thể lực mà không bị đau ngực.
- Người bệnh hết lo lắng.
- Người bệnh tôn trọng và tuân theo chương trình tự chăm sóc.

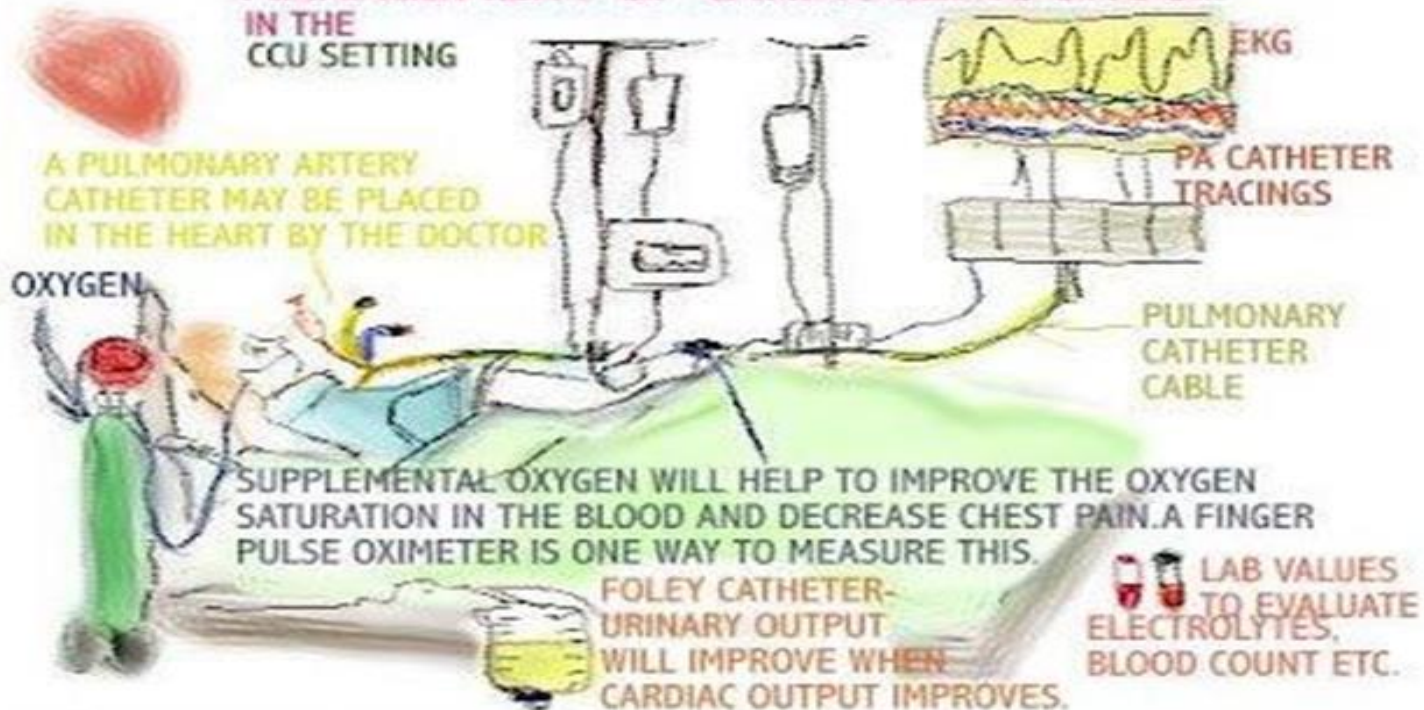
Kế hoạch chăm sóc can thiệp và điều trị chung

- Mục tiêu chính trong điều trị sốc tim là cải thiện tưới máu mô và oxy hóa.
- Để giới hạn kích thích vùng nhồi máu và điều trị khó thở, tắc nghẽn phổi, thiếu oxy, và toan, các bác sĩ có thể kê toa oxy.
- Nếu PaCO₂ một bệnh nhân trước đây của normocapnic giảm dưới 50 mm Hg, sau đó bệnh nhân có thể yêu cầu đặt nội khí quản và thở máy.

- Mặc dù bệnh nhân cần một huyết áp đầy đủ, hậu tải cũng cần phải được giảm, điều đó có thể được thực hiện với các máy bơm bóng nội động mạch chủ (IABP- intra-aortic balloon pump). Một thiết bị hỗ trợ tâm thất trái (LVAD- left ventricular assist device) có thể được sử dụng để thay thế các chức năng của tim của bệnh nhân trong vài ngày để cung cấp tổng số còn lại cho trái tim.
- Giám sát áp lực tĩnh mạch trung tâm của bệnh nhân cẩn thận.
- Hạn chế tiêu thụ oxy của cơ tim là một mối quan tâm chính. Giảm nhu cầu oxy có thể hạn chế thiếu máu, tổn thương, và nhồi máu. Hạn chế các hoạt động của bệnh nhân, cho nằm nghỉ trên giường.
- Giải nỗi lo lắng của bệnh nhân bằng cách giải thích tất cả các thủ tục. Cho phép các gia đình hoặc những người quan trọng ở lại với bệnh nhân miễn là sự hiện diện của họ không gây ra căng thẳng gia tăng. Duy trì một môi trường yên tĩnh và yên tĩnh, làm trấn an và giảm sự lo lắng, trong đó, lần lượt, sẽ giảm mức tiêu thụ oxy của cơ tim.
- Hoạt động hạn chế có thể dẫn đến loét da, nên cần phải đánh giá và chăm sóc da thường xuyên. Bổ xung đầy đủ protein và calo là rất cần thiết để phòng ngừa hoặc chữa loét da và cần được cung cấp qua miệng, đường ruột, hoặc đường tiêm.

MANAGEMENT OF CARDIogenic SHOCK

IN THE
CCU SETTING



A PULMONARY ARTERY CATHETER IS A VERY VALUABLE TOOL IN MONITORING AND MEASURING THE HEART PRESSURES AND FLUID VOLUME.

DRUGS - NITROGLYCERIN IS USED TO MANAGE CHEST PAIN BY CAUSING VASODILATION (OPENING UP THE BLOOD VESSELS AND THUS BETTER OXYGENATION).

DOBUTREX- IS USED TO IMPROVE CARDIAC OUTPUT .

DOPAMINE , EPINEPHRINE - ARE USED TO INCREASE BLOOD PRESSURE.

MORPHINE -IS USED TO TREAT CHEST PAIN AND ALSO HELPS TO RELAX THE ANXIOUS PATIENT.

4. THỰC HIỆN CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:

4.1 Làm mất cơn đau ngực:

- Giữ người bệnh bất động để làm giảm tiêu thụ oxy cơ tim. Tốt nhất là cho người bệnh nằm nghỉ trong tư thế nửa ngồi.
- Thực hiện y lệnh Morphin Sulfat hoặc Morphin Clohydrat tiêm tĩnh mạch từ 2 mg đến 5 mg một lần là cách tốt nhất để cắt cơn đau (không nên tiêm bắp vì sẽ ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm men). Chú ý theo dõi tần số thở vì thuốc gây ức chế trung tâm hô hấp.
- Nếu thầy thuốc cho các thuốc làm giãn động mạch vành để tăng cung cấp oxy cho cơ tim thì thực hiện y lệnh đó. Chú ý hướng dẫn cho người bệnh cách ngậm Nitroglycerin hoặc Adalat.
- Thực hiện y lệnh thở oxy để làm giàu oxy cho máu động mạch góp phần làm giảm đau ngực.
- Theo dõi cơn đau, theo dõi điện tâm đồ liên tục (đặc biệt quan trọng).

4.2 Cải thiện lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức:

- Nghỉ ngơi thoải đáng nhằm làm giảm tần số tim và do đó cải thiện lưu lượng tim.
- Thực hiện y lệnh thuốc giãn mạch để làm giảm sức cản ngoại biên như: các thuốc Nitrat, thuốc ức chế men chuyển.
- Theo dõi các dấu hiệu của cải thiện lượng máu từ tim tới tổ chức:
 - + Tần số tim trở về bình thường.
 - + Hết hoặc không có loạn nhịp.
 - + HA tâm thu tăng đạt mức bình thường.
 - + Lượng nước tiểu tăng (hết sức cảnh giác với sốc tim nếu lưu lượng nước tiểu < 30 ml/giờ).
 - + Người bệnh hết đau ngực.
 - + Đỡ mệt nhọc.

4.3 Cải thiện trao đổi khí ở phổi:

- Cho người bệnh nằm nghỉ ở tư thế nửa ngồi.
- Cho người bệnh thở oxy theo y lệnh.
- Khi đã hết đau ngực hướng dẫn người bệnh tập thở sâu và thường xuyên thay đổi tư thế để cải thiện thông khí phổi.
- Theo dõi các dấu hiệu của cải thiện hô hấp: Hết rối loạn kiểu thở, hết khó thở, tần số thở dần trở về bình thường, hết ran ẩm ở phổi.

4.4 Tăng dần hoạt động thể lực:

- Lúc đầu khi đau ngực khuyên bất động giảm tiêu thụ oxy cơ tim.
- Khi người bệnh hết đau ngực cho phép hoạt động tăng dần lên:
 - + Cử động tay chân trong khi nằm.
 - + Ngồi dậy trên giường ngày 2-3 lần, mỗi lần 10-20 phút.
 - + Sau đó cho phép người bệnh tham gia các hoạt động tự chăm sóc mỗi ngày một nhiều dần lên.
- Khi cho người bệnh hoạt động phải theo dõi các đáp ứng của người bệnh với các hoạt động đó. Cụ thể là:
 - + Mạch có tăng nhanh quá không ?
 - + Có xuất hiện loạn nhịp không ?
 - + Có khó thở không?
 - + Có đau ngực không?
 - + Có vã mồ hôi không?

4.5 Giảm lo lắng cho người bệnh:

- Giữ cho bệnh phòng thật yên tĩnh để tránh các kích thích người bệnh.
- Tránh mọi sang chấn tinh thần, tránh mọi căng thẳng cho người bệnh.
- ở bên người bệnh càng nhiều càng tốt. Khuyến khích người bệnh giải bày những lo lắng trên cơ sở đó giải thích để làm yên lòng họ.
- Thực hiện y lệnh thuốc an thần.

4.6 Giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc:

Gồm 2 nội dung chính :

- Hướng dẫn người bệnh cách luyện tập để hồi phục sau NMCT:
 - + Luyện tập sớm & kéo dài với mục đích cải thiện tuần hoàn vành.
 - + Luyện tập với sự tăng dần về thời gian và mức độ. Tốt nhất là tập đi bộ, tập đạp xe đạp, lực kế.
 - + Tránh luyện tập sau bữa ăn.
 - + Phải tự theo dõi mạch trong khi luyện tập. Nếu thấy mạch tăng quá nhiều so với bình thường phải ngừng luyện tập.
- Hướng dẫn người bệnh thay đổi lối sống cho phù hợp với bệnh:
 - + Trước hết phải loại bỏ tất cả các hoạt động gây đau ngực như: Gắng sức, lạnh đột ngột, ăn quá no, bữa lớn, xúc cảm đột ngột...
 - + Khuyến người bệnh ngủ đầy đủ, ăn chậm rãi, ăn bữa nhỏ, nghỉ ngơi thỏa đáng sau bữa ăn, tránh các chất kích thích tim mạch.
 - + Hạn chế đến mức tối đa hoặc loại bỏ tất cả các yếu tố nguy cơ như: Kiểm chế trọng lượng. Kiểm soát HA. Điều chỉnh đường máu. Bỏ thuốc lá. Điều chỉnh lipid máu.
 - + Khuyến người bệnh luôn mang theo Nitroglycerin bên người để cắt cơn đau ngực khi nó xuất hiện.
 - + Đến thầy thuốc ngay nếu: Cơn đau không mất sau ngậm thuốc.
 - . Xuất hiện khó thở. Tim quá nhanh hoặc quá chậm. Tăng cân đột ngột.

5. ĐÁNH GIÁ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG:

Người bệnh cần đạt được các mục tiêu sau:

- Hết đau ngực và cơn đau không tái diễn.
- Cải thiện được lượng máu từ tim tới các cơ quan tổ chức.
- Hết khó thở.
- Tăng dần được hoạt động mà không mệt và đau ngực.
- Hết lo lắng.
- Biết tự chăm sóc sau khi ra viện.

6. HƯỚNG DẪN KHI RA VIỆN VÀ CHĂM SÓC TẠI NHÀ

- Dạy bệnh nhân làm như thế nào để giảm các yếu tố nguy cơ kiểm soát bệnh tim. Nếu các bác sĩ đã giới thiệu bệnh nhân đến một chương trình phục hồi chức năng tim, khuyến khích họ tham dự.
- Hãy chắc chắn bệnh nhân hiểu được cách dùng các loại thuốc theo quy định. Dạy cho bệnh nhân để hạn chế nước uống chỉ 2-2,5 L mỗi ngày, hoặc theo quy định của bác sĩ, và quan sát hạn chế natri.
- Bệnh nhân cần báo cáo một sự tăng cân của hơn 1,8kg trong 2 ngày để các bác sĩ điều chỉnh.
- Cuối cùng, dạy cho các bệnh nhân biết theo dõi khi tăng khó thở và phù nề và báo cáo một trong những dấu hiệu hoặc triệu chứng trên cho bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Đính.(2010) Hồi sức cấp cứu toàn tập; NXB Y-Học
2. Nguyễn Đạt Anh. Điều dưỡng hồi sức cấp cứu (dùng cho đào tạo cử nhân điều dưỡng) Mã số D.34.Z.04 (2011). Nhà xuất bản giáo dục Việt nam.
3. Nguyễn Lâm Việt (2007), Thực hành bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học.
4. Nguyễn Phúc Học (2017), Tập bài giảng hồi sức cấp cứu – NUR 313, Giáo trình nội bộ, Đại học Duy Tân.
5. Shabana A., Moustafa M., Menyar A.E., Thani H.A. (2013), “Cardiogenic Shock Complicating Myocardial Infarction: An Updated Review” British Journal of Medicine & Medical Research 3(3), Pp. 622-53.
6. Reynolds H.R. (2008), “Cardiogenic Shock: Current Concepts and Improving Outcomes”, Circulation, 117: 686-697.
7. Sen M., Sakata Y., Shimizu M. et al. (2010), “Trends in the management and outcomes of cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction”, J Am Coll Cardiol, 55 (10): 942.
8. Onsy Ayad, Ann Dietrich, Leslie Mihalov (2008), “Extracorporeal membrane oxygenation”, Emerg Med Clin N Am, 26: 953 - 959
9. Jean-Louis Vincent, Daniel De Backer (2013), “Circulation shock”, N Engl J Med, 369: 1726-34.
10. H199 software
<http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/h199.exe>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

3.1. Một số nguyên nhân của sốc tim, ngoại trừ:

- A. Nhồi máu cơ tim.
- B. Hở van 2 lá cấp.
- C. Sốt xuất huyết
- D. Ngộ độc thuốc.

3.2. Sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp thường không thấy dấu hiệu này:

- A. Cơ đau ngực điển hình.
- B. Nghe tiếng tim mờ , gan to.
- C. Các men tim tăng
- D. Xuất hiện sóng Q và đoạn ST tăng

3.3. Triệu chứng sốc tim do ép tim cấp, ngoại trừ

- A. Khó thở dữ dội.
- B. Tĩnh mạch cổ nổi.
- C. Tăng HA.
- D. Nghe tiếng tim mờ, gan to.

3.4. Chọn câu đúng nhất ~Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh sốc tim (nội dung quan trọng nhất):

- A. Tiêm thuốc vận mạch hàng ngày.
- B. Đo nhiệt độ cho người bệnh.
- C. Đảm bảo hô hấp cho người bệnh.
- D. Hướng dẫn người bệnh vận động sau sốc.

3.5. Một bệnh nhân nữ 34 tuổi, có tiền sử nhồi máu cơ tim cấp, vào viện với biểu hiện đau ngực, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp 80/60mmHg, nhịp tim 130 lần/phút, thở 30 lần/ phút. Chẩn đoán nào sau đây phù hợp nhất?

- A. Phù phổi cấp
- B. Sốc tim
- C. Hen phế quản
- D. Ngộ độc thức ăn

3.6. Một bệnh nhân nữ 34 tuổi, có tiền sử nhồi máu cơ tim cấp, vào viện với biểu hiện đau ngực, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp 80/60mmHg, nhịp tim 130 lần/phút, thở 30 lần/ phút. Xử trí ban đầu nào cho bệnh nhân trên là đúng

- A. Cho bệnh nhân nằm đầu cao
- B. Truyền tĩnh mạch NaCl 0,9 %
- C. Đặt túi theo dõi nước tiểu
- D. Cho bệnh nhân nằm đầu thấp

3.7. Một bệnh nhân nữ 34 tuổi, có tiền sử nhồi máu cơ tim cấp, vào viện với biểu hiện đau ngực, da xanh tái, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp 80/60mmHg, nhịp tim 130 lần/phút, thở 30 lần/ phút. Thuốc ưu tiên điều trị cho bệnh này là?

- A. Dopamin
- B. Adrenalin
- C. Noadrenalin
- D. Corticoit

3.8 Chọn đúng/sai: Nguyên nhân phổ biến nhất của sốc tim là nhồi máu cơ tim cấp tính (MI) khi gây thiệt hại hơn 40% các chức năng cơ tim. Sốc tim xảy ra với 10% đến 20% của tất cả các ca nhập viện do NMCT cấp và tỷ lệ tử vong 50 - 80%.

- A. Đúng
- B. Sai

3.9 Chọn câu sai ~ Các rối loạn huyết động đặc trưng trong sốc tim:

- A. Cung lượng tim giảm với chỉ số tim < 2,2 lít/phút/m².
- B. Áp lực tĩnh mạch trung tâm thấp và áp lực mao mạch phổi hít cao .
- C. Chênh lệch oxy giữa máu mao mạch và máu tĩnh mạch cao (DA-VO₂ lớn hơn 0,55ml O₂/lít)
- D. Rối loạn trong sốc tim là do tổn thương chức năng tim không phải do rối loạn ở ngoại vi.

3.10 Chọn câu sai ~ Chẩn đoán mức độ sốc tim theo tiêu chuẩn của ACC/AHA 2007 gồm các tiêu chuẩn sau

- A. Áp lực mao mạch phổi hít trên 15mmHg.
- B. Huyết áp tâm thu dưới 90mmHg.
- C. Chỉ số tim dưới 2,5l/ph/m² da.
- D. Lactat máu tăng trên 1,5 mmol/l.

