

KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH

B1: Đọc pH=> Toan/kiềm, còn/mất bù

B2: Tính phần trăm thay đổi của PaCO₂ và HCO₃⁻

% thay đổi ưu thế=> vấn đề chính thuộc hô hấp (PaCO₂) hay chuyển hóa (HCO₃⁻)

HÔ HẤP	CHUYỂN HÓA
B3: ΔpH/ΔPaCO ₂ <ul style="list-style-type: none"> • 0.003: mạn • 0.005-0.006: cấp/mạn • 0.008: cấp B4: PaCO ₂ dự đoán <ul style="list-style-type: none"> • < PaCO₂ thực tế: Toan CH phối hợp • >PaCO₂ thực tế: kiềm CH phối hợp 	B3: AG=Na-HCO ₃ -Cl B4: ΔAG/ΔHCO ₃ ≈ 1 <ul style="list-style-type: none"> • <1: Toan CH khác tăng Cl- • >1: kiềm CH khác kèm theo B5: PaCO ₂ dự đoán <ul style="list-style-type: none"> • < PaCO₂ thực tế: Toan HH phối hợp • >PaCO₂ thực tế: kiềm HH phối hợp

Toan: PaCO₂ dự đoán=1.5HCO₃⁻+8 (+-2)

Kiềm: PaCO₂ dự đoán=0.7HCO₃⁻+21(+/-2)

Điều trị nguyên nhân

Điều trị toan máu bằng NaHCO₃

CD:

- Toan CH trong sốc: HCO₃⁻<15, PaCO₂<25—35mmHg
- Ketoacidosis/tiểu đường: pH<7.1 hoặc HCO₃⁻<5
- Khác: pH<7.2 hoặc HCO₃⁻<8

CCD: có toan HH đi kèm. Chỉ bù khi toan HH đã được giải quyết

Công thức bù Bicarbonat:

HCO₃⁻ cần bù= (18-HCO₃⁻) X CN X 0.4

Hoặc =BE X CN X 0.4

Chỉ bù ½ lượng HCO₃⁻ cần bù pha loãng thành dung dịch đẳng trương truyền chậm trong 6-8h

Nếu chuyển hóa nặng có thể tiêm TM 2 mEq/Kg sau đó truyền duy trì phần còn lại trong 6-8h

- ⇒ Làm lại khí máu sau bù: nếu tCO₂ hoặc HCO₃⁻>15mmol/l không cần bù tiếp vì thận có khả năng bù trừ nếu nguyên nhân gây rối loạn đã được giải quyết
 NaHCO₃ 8.4% 2.5ml/kg/lần tăng HCO₃⁻ 4 mEq/L

Lưu ý: không dùng chung đường truyền với các thuốc khác. Nguy cơ gây kết tủa, cần theo dõi điện giải đồ (tăng Na, giảm k và ca)

Toan hô hấp:

Chỉ định giúp thở kịp thời($PO_2 > 60\text{mmHg}$): vd đặt NKQ bóp bóng với tần số nhanh

Kiểm chuyển hóa nặng:

Bù Cl cho dịch ngoại bào bằng dd NaCl đường uống hoặc truyền TM, chỉ bù khi k máu đã được bù và không có nguy cơ quá tải dịch

Kiểm HH: trấn an bệnh nhân, pp thở lại Oxyqua túi bằng giấy. tránh dùng túi nhựa vì dễ gây ngạt, điều chỉnh máy thở nếu bn đang thở máy