

## SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

### I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm siêu vi Dengue là một bệnh cấp tính do Siêu vi Dengue với 4 type huyết thanh gây ra. Chẩn đoán và điều trị SXH – D (Sốt xuất huyết Dengue) dựa trên hướng dẫn của WHO 2009 và Phác đồ điều trị của Bộ Y Tế Việt Nam năm 2011.

### II. LÂM SÀNG

#### 1. Bệnh sử:

- Sống hoặc có đi tới vùng dịch tễ Dengue
- Sốt cao đột ngột, liên tục kéo dài từ 2-7 ngày

#### 2. Triệu chứng cơ năng và thực thể:

- Chán ăn và buồn nôn
- Xung huyết da
- Đau đầu, đau cơ
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính

#### 3. Các dấu hiệu cảnh báo:

- Đau bụng
- Nôn ói
- Xuất huyết niêm mạc
- Lừ đừ, li bì, bứt rứt
- Gan to trên 2 cm
- Ứ dịch trên lâm sàng

### III. CẬN LÂM SÀNG

- Công thức máu:
  - + Hct (Hematocrit) thường tăng từ ngày thứ 3 của bệnh
  - + Bạch cầu thường giảm trong những ngày đầu
  - + Tiểu cầu thường giảm nhanh (dưới 100000)
- Căn nguyên Virus Dengue
  - + Giai đoạn sớm (N1-N4 còn sốt):
    - PCR và nuôi cấy Virus: thường chỉ làm trong các trường hợp nghiên cứu
    - Kháng nguyên NS1
  - + Giai đoạn từ N5 trở đi:
    - Huyết thanh chẩn đoán bằng Phương pháp ELISA: IgM, IgG
- Các xét nghiệm hỗ trợ:
  - + Chức năng gan, thận, ion đồ, đường huyết, bicarbonate hoặc lactate, men tim
  - + Chức năng đông máu
  - + Siêu âm các màng
  - + X-Quang ngực

+ ECG

#### IV. CHẨN ĐOÁN, ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN BỆNH VÀ MỨC ĐỘ NẶNG

##### 1. Chẩn đoán giai đoạn bệnh:

###### - Giai đoạn sốt:

- + Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày
- + Biểu hiện xuất huyết: XH dưới da, chảy máu chân răng, chảy máu cam,...
- + Đau cơ, đau khớp, đau hai hố mắt
- + Có thể nổi hạch
- + Nghiệm pháp dây thắt (+)
- + Xét nghiệm:
- + Hct bình thường
- + Bạch cầu thường giảm
- + Tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm

###### - Giai đoạn nguy hiểm:

- + Từ ngày 3 đến ngày 7 của bệnh
- + Tăng tính thấm thành mạch dẫn đến thoát huyết tương:
- + Phù nề mi mắt và da
- + Tràn dịch màng phổi, màng bụng
- + Thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến Sốc với các biểu hiện : vật vã, bứt rứt, li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt hoặc hạ (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20$  mmHg), thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài  $> 2$  giây, tiểu ít.
- + Xuất huyết:
- + Xuất huyết dưới da dạng chấm, dạng nốt
- + Xuất huyết niêm mạc: mũi, nướu răng, tiểu ra máu, có kinh bất thường
- + Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não
- + Một số trường hợp nặng có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim,...
- + Xét nghiệm:
  - Hct tăng  $\geq 20\%$  giá trị bình thường của bệnh nhân
  - Tiểu cầu giảm nhanh  $< 100000/\text{mm}^3$
  - Đạm máu giảm
  - Men gan tăng
  - Rối loạn đông máu
  - Siêu âm bụng phát hiện tràn dịch các màng

###### - Giai đoạn hồi phục:

- + Hết sốt, thèm ăn, tổng trạng tốt lên
- + Huyết động ổn định, tiểu nhiều
- + Tái hấp thu dịch trở về lòng mạch, nếu truyền dịch quá mức trong giai đoạn này có thể gây phù phổi cấp hoặc suy tim.

- + Nhịp tim chậm.
- + Xét nghiệm:
  - Hct trở về bình thường hoặc có thể thấp do hiện tượng pha loãng máu
  - Bạch cầu tăng nhẹ
  - Tiểu cầu trở về bình thường

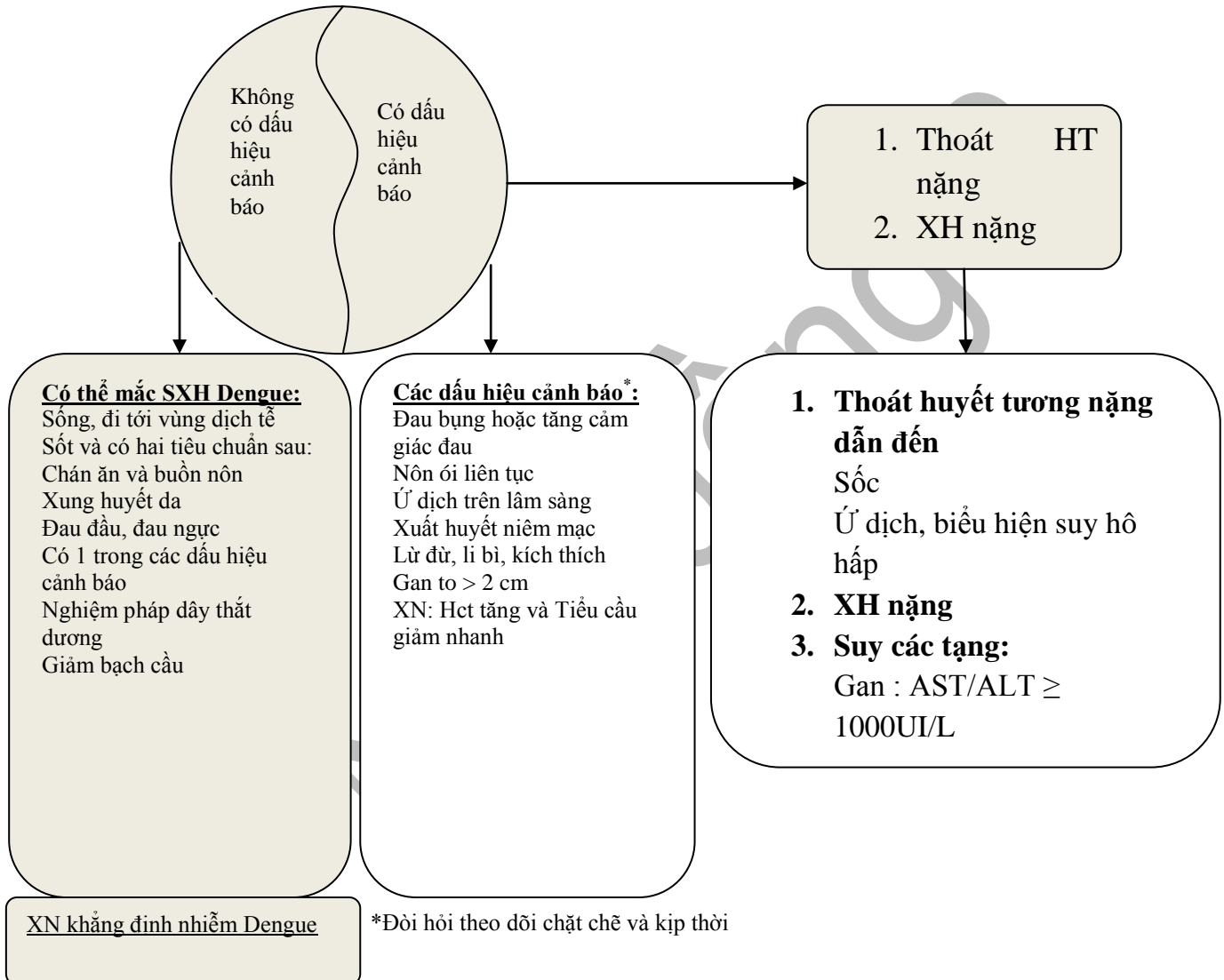
## 2. Chẩn đoán mức độ nặng:

- **Sốt xuất huyết Dengue không có dấu hiệu cảnh báo:** bệnh không có biểu hiện thoát huyết tương và xuất huyết niêm mạc.
- **Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:**
  - + Đau bụng hoặc tăng cảm giác đau
  - + Nôn ói liên tục
  - + Ứ dịch trên lâm sàng
  - + Xuất huyết niêm mạc
  - + Lừ đừ, li bì, vật vã, kích thích
  - + Gan to > 2cm
  - + Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh
- **Sốt xuất huyết Dengue nặng:** có 1 trong các biểu hiện sau:
  - + Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc, ứ dịch kèm biểu hiện suy hô hấp
  - + Xuất huyết nặng tiêu hóa, nội tạng
  - + Suy các tạng:
    - Gan: AST/ALT  $\geq$  1000UI/L
    - Rối loạn ý thức
    - Viêm cơ tim, suy tim, ARDS và suy các chức năng khác

## PHÂN LOẠI DENGUE THEO WHO 2009

SXH-D± Các dấu hiệu cảnh báo

SXH-D nặng



## V. ĐIỀU TRỊ

**1. Nguyên tắc điều trị:** Điều trị theo giai đoạn và độ nặng của bệnh

### 2. Điều trị cụ thể:

#### - Điều trị sốt xuất huyết Dengue nhóm A:

- + Phần lớn các bệnh nhân thuộc nhóm A đều được điều trị ngoại trú, chủ yếu là điều trị triệu chứng, dặn dò những dấu hiệu cảnh báo, theo dõi chặt chẽ để phát hiện sớm sốc.
- + Hạ nhiệt: Paracetamol đơn chất liều 10-15 mg/kg/lần cách nhau 4-6 giờ
- + Cấm dùng Aspirin, Analgin, Ibuprofen để hạ nhiệt vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
- + Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh...) hoặc các dung dịch có chứa điện giải và đường.
- + Tránh dùng các chất có màu đen, màu đỏ.
- + Chỉ nên xem xét truyền dịch khi bệnh nhân nôn nhiều, không uống được, có dấu hiệu mất nước, Hct tăng cao mặc dù mạch, huyết áp vẫn ổn định (Lưu đồ 1).
- + Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm để theo dõi và đưa bệnh nhân đến bệnh viện ngay lập tức.
- + Từ ngày thứ tư trở đi, hẹn tái khám và xét nghiệm máu hằng ngày, đánh giá toàn diện để quyết định cho nhập viện.

#### - Điều trị Sốt xuất huyết Dengue nhóm B:

- + Tiêu chuẩn:
  - Có bất kỳ dấu hiệu cảnh báo nào
  - Có bệnh phối hợp: béo phì, tiểu đường, suy thận, bệnh thận mạn tính
  - Trẻ sơ sinh, nữ nhi
  - Sống xa các cơ sở y tế
- + Điều trị:
  - Cho bệnh nhân nhập viện
  - Xem xét truyền dịch nếu bệnh nhân không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, đau bụng, gan to nhanh, xuất huyết niêm mạc, cô đặc máu nhiều, Hct tăng nhanh mặc dù huyết áp vẫn ổn định. Dịch truyền: Lactate Ringer, Natri Clorua 0,9%

#### - Điều trị bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue nhóm C:

Bệnh nhân phải nhập viện điều trị cấp cứu

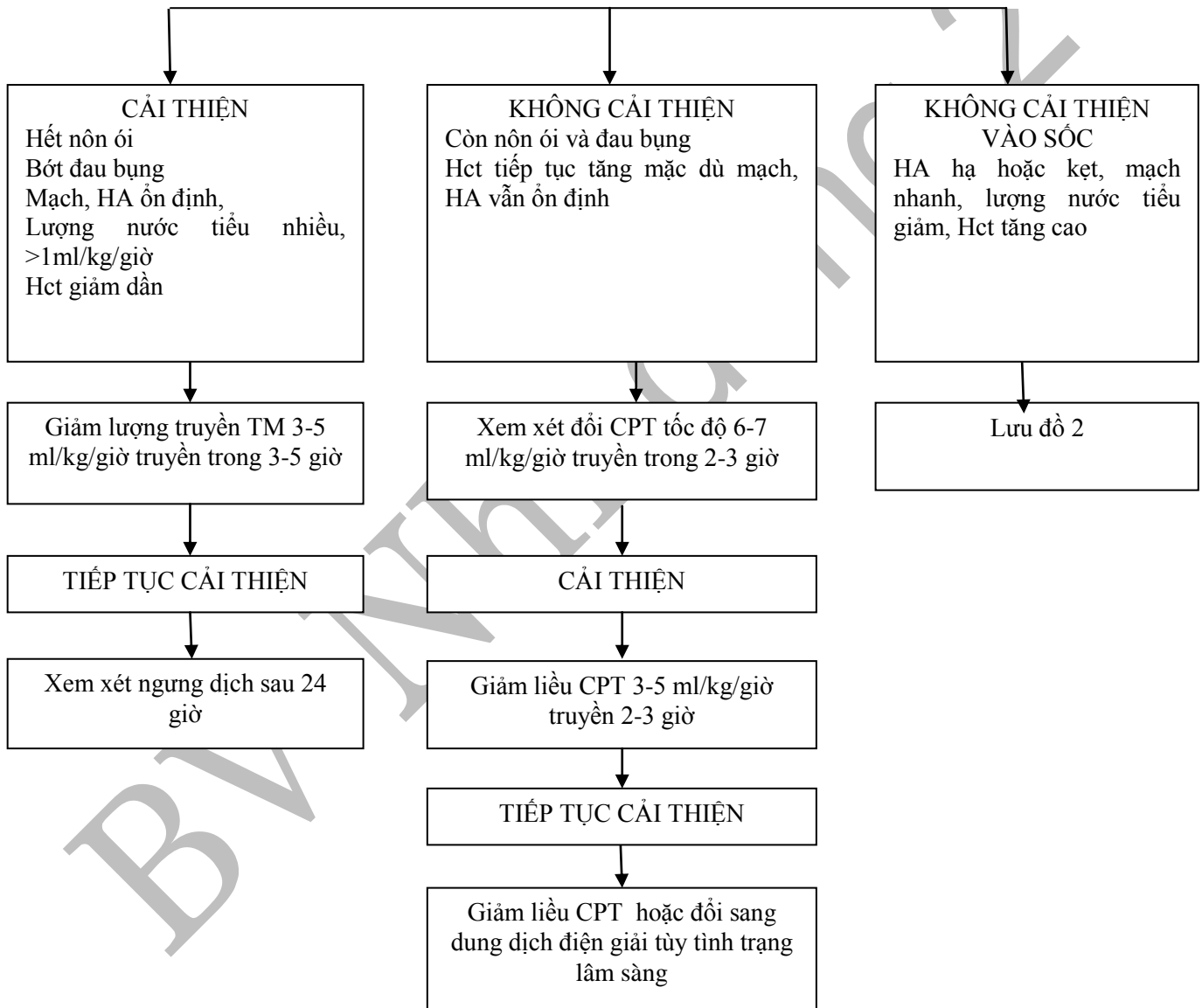
##### + Sốc sốt xuất huyết Dengue:

- Thường xảy ra vào ngày 3-7 của bệnh với các biểu hiện: vật vã, kích thích, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, nổi bông, thời gian phục hồi màu sắc da kéo dài > 2 giây, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20$  mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc huyết áp không đo được, tiêu ít.
- Chia hai mức độ:
  - ✓ Sốc SXH-D: có dấu hiệu suy tuần hoàn như trên, mạch nhanh nhẹ, HA kẹt hoặc tụt.

✓ Sốc SXH-D nặng: sốc nặng, mạch nhẹ khó bắt, HA không đo được.

### Lưu đồ truyền dịch 1 trong SXH-D ở trẻ em

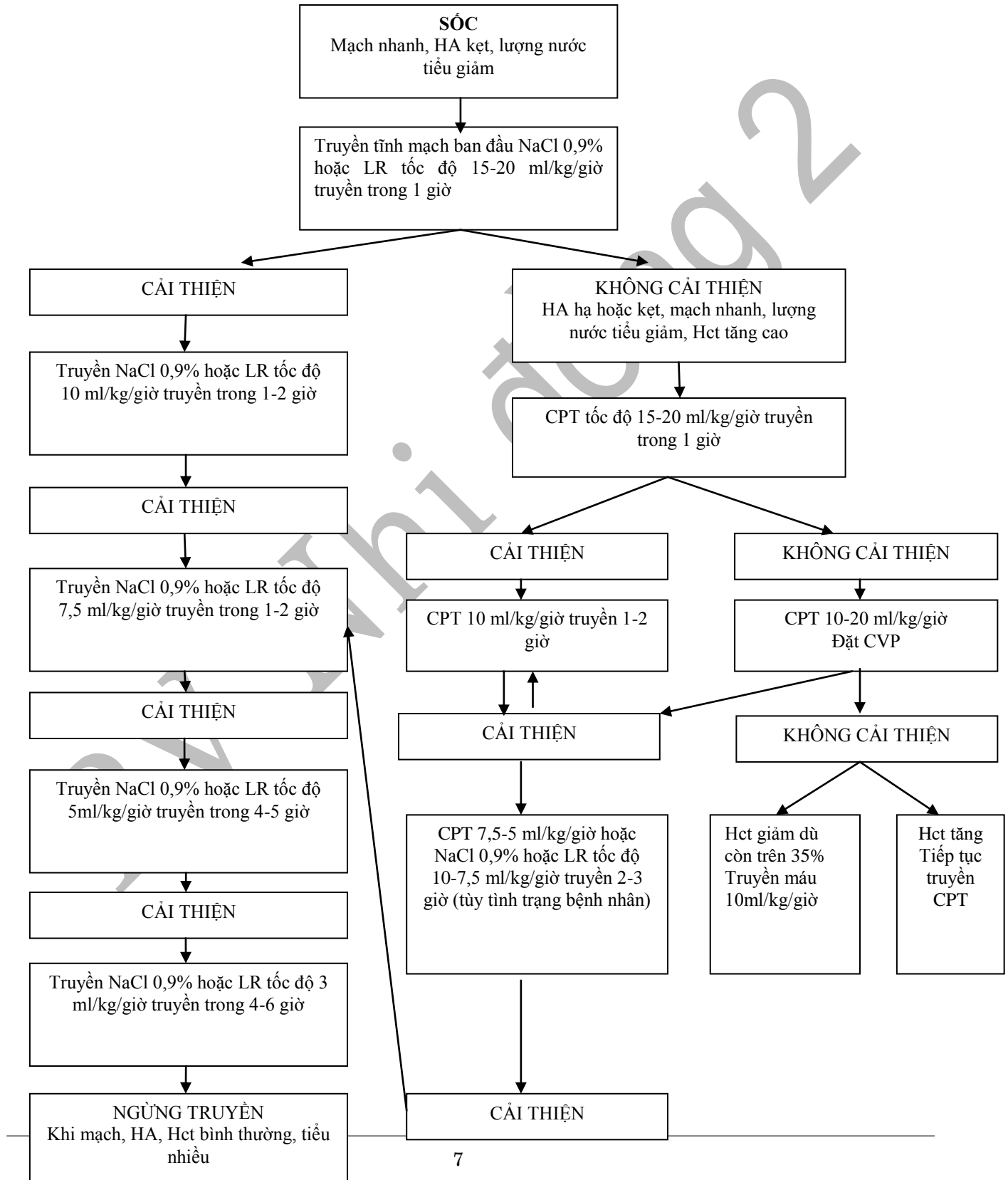
SXH D cảnh báo có chỉ định truyền dịch  
 Truyền tĩnh mạch ban đầu NaCl 0,9% hoặc LR tốc độ 6-7 ml/kg/giờ truyền trong 2-3 giờ

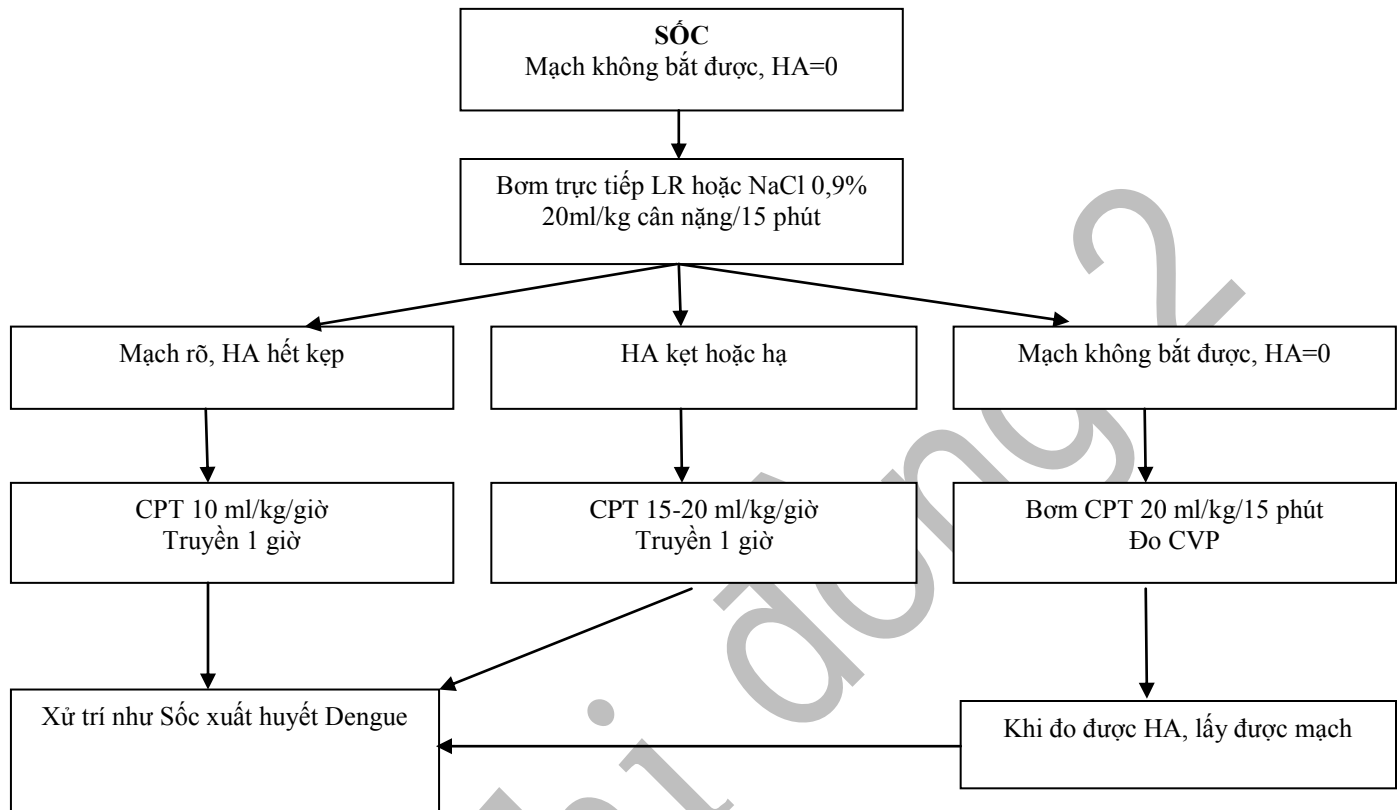


### Lưu đồ truyền dịch 2 trong sốc SXH-D ở trẻ em

Dung dịch điện giải: Lactate Ringer (LR), Natri Clorua 0,9%

Dung dịch cao phân tử (CPT): Dextran 40 hoặc 70, Hydroxyethyl Starch (HES)



**Lưu đồ truyền dịch 3 trong sốc SXH-D ở trẻ em****❖ Những lưu ý khi truyền dịch:**

- Ngưng truyền dịch khi mạch, huyết áp trở về bình thường, tiểu nhiều, bệnh nhân ra sốc 24 giờ.
- Chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch. Nếu còn tiếp tục truyền dịch, cần theo dõi triệu chứng Phù phổi cấp. Khi có hiện tượng bù dịch qua tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần ngưng dịch truyền ngay và điều trị với Furosemide 0,5-1 mg/kg/lần dùng tiêm tĩnh mạch.
- Nếu bệnh nhân đến trong tình trạng sốc đã được chống sốc tại tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (dùng Cao phân tử).
- Nếu HA kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường, cần phân biệt các nguyên nhân sau:
  - + Hạ đường huyết
  - + Tái sốc
  - + Xuất huyết muện
  - + Quá tải do truyền dịch hoặc tái hấp thu
- Chú ý điều chỉnh các rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan. Toan chuyển hóa nếu không được điều chỉnh sẽ dẫn đến đông máu nội mạch lan tỏa và làm bệnh nặng hơn.



**+ Xuất huyết nặng:**

- Chảy máu cam nặng cần phải nhét gạc, xuất huyết tiêu hóa và nội tạng, rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm... cần phải truyền máu và các chế phẩm của máu
- Có thể xảy ra ở các bệnh nhân dùng Aspirin, Ibuprofen hoặc Corticoids, có tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng, viêm gan mạn.

**▪ Điều trị xuất huyết nặng:****✓ Chỉ định truyền hồng cầu lắng hoặc máu toàn phần khi:**

- Sau khi đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, Hct giảm nhanh mặc dù còn trên 35%
- Xuất huyết nặng
- Liều lượng: 10-20 ml/kg/lần
- Lưu ý: tốc độ truyền máu tùy tình trạng lâm sàng của bệnh nhân, có thể truyền song song với dịch truyền nếu tình trạng mạch, huyết áp của bệnh nhân chưa ổn định.

**✓ Chỉ định truyền tiểu cầu khi:**

- Tiểu cầu giảm nhanh < 50000/mm<sup>3</sup> kèm theo xuất huyết nặng
- Tiểu cầu < 5000/mm<sup>3</sup> mặc dù chưa có xuất huyết, tùy trường hợp như trẻ sơ sinh, nữ nhi < 12 tháng
- Liều lượng: Tiểu cầu đậm đặc 10-20 ml/kg/lần truyền nhanh trong vòng 1 giờ.

**✓ Chỉ định truyền huyết tương tươi đông lạnh khi:**

- Có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng
- Liều lượng: Huyết tương tươi đông lạnh 10-20 ml/kg/lần.

**✓ Chỉ định truyền kết tủa lạnh khi:**

- Fibrinogen < 1g kèm xuất huyết nặng
- Liều lượng 1 đơn vị/6 kg cân nặng.

**+ Suy tạng nặng:**

- Suy gan cấp: men gan AST, ALT  $\geq$  1000 UI/L
- Suy thận cấp
- Rối loạn tri giác: SXH-D thể não
- Viêm cơ tim, suy tim hoặc suy chức năng các cơ quan khác
- Điều trị tổn thương gan, suy gan cấp:
  - ✓ Hỗ trợ hô hấp: thở Oxy qua Canula, nếu thất bại thở NCPAP. Xem xét đặt Nội khí quản thở máy sớm nếu bệnh nhân có sốc kéo dài.
  - ✓ Hỗ trợ tuần hoàn:
    - Chống sốc bằng Natriclorua 0.9% hoặc cao phân tử, không dùng Lactate Ringer
    - Nếu không sốc: bù dịch điện giải theo nhu cầu hoặc 2/3 nhu cầu nếu có rối loạn tri giác
  - ✓ Kiểm soát hạ đường huyết: giữ đường huyết 80-120 mg%
  - ✓ Điều chỉnh điện giải:

- Nếu Natri máu < 120 mmol/l kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3% 6-10 ml/kg TTM trong 1 giờ.
- Nếu Natri máu từ 120- 125 mmol/l không hoặc kèm rối loạn tri giác bù NaCl 3% 6-10ml/kg TTM trong 2-3 giờ.
- Nếu Kali máu hạ: bù KCl qua dịch pha hoặc đường uống.
- ✓ Điều chỉnh rối loạn đông máu, xuất huyết tiêu hóa: truyền máu và các chế phẩm của máu + Vitamin K1 1mg/kg/ngày (tối đa 10mg) TMC trong 3 ngày.
- ✓ Điều trị phòng ngừa xuất huyết tiêu hóa : Omeprazole 1mg/kg x 1-2 lần/ngày hoặc Ranitidine 2mg/kg x 3 lần/ngày.
- ✓ Điều trị rối loạn tri giác, co giật:
  - Chống phù não: Manitol 20% 2,5 ml/kg/ 30 phút cách mỗi 8 giờ nếu huyết động ổn định
  - Chống co giật: Diazepam 0,2-0,3 mg/kg TMC hoặc Midazolam 0,1-0,2 mg/kg TMC
  - Chú ý:** Chống chỉ định dùng Phenobarbital
  - Giảm Ammoniac máu: thận thảo bằng nước muối sinh lý ấm, Lactulose, Metronidazole, Neomycin bơm qua thông dạ dày
  - Kháng sinh phổ rộng- Tránh dùng Pefloxacin, Ceftriaxone vì chuyển hóa qua gan
  - Không dùng Paracetamol liều cao vì gây độc cho gan
- ❖ **Chú ý:**
  - Cần chống sốc tích cực nếu còn sốc
  - Hỗ trợ hô hấp sớm nếu sốc không cải thiện
  - Theo dõi : Ion đồ, Đường huyết nhanh, Khí máu động mạch, Ammoniac máu, Lactate máu, Đông máu toàn bộ mỗi 4-6 giờ
  - Lọc máu liên tục là phương pháp cuối cùng để điều trị suy gan nặng đang được bàn cãi.
  - Điều trị suy thận cấp:
    - + Điều trị bảo tồn
    - + Chạy thận nhân tạo khi có chỉ định và huyết động ổn định
    - + Lọc máu liên tục khi có suy đa tạng đi kèm hoặc huyết động không ổn định
  - Điều trị sốt xuất huyết thể não:
    - Biểu hiện rối loạn tri giác, co giật
    - + Hỗ trợ hô hấp: cân nhắc máy thở sớm
    - + Hỗ trợ tuần hoàn: chống sốc tích cực
    - + Chống co giật
    - + Chống phù não
    - + Điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan
    - + Điều chỉnh tổn thương gan nếu có
    - + Bảo đảm chăm sóc và dinh dưỡng
    - + Phục hồi chức năng sớm
  - Điều trị viêm cơ tim, suy tim:

- + Cần phải đo CVP
- + Dừng các thuốc vận mạch: khi đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và CVP > 10 cm nước thì dừng:
- + Dopamine 5-10 mcg/kg/phút
- + Kết hợp Dobutamine 5-10 mcg/kg/phút nếu đã dùng Dopamin 10 mcg/kg/phút mà huyết áp vẫn chưa lên

BV Nhi đồng 2