

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN



KHOA NỘI NHIỄM

NỘI DUNG

- ĐIỂM MỚI TRONG PHÁC ĐỒ SXH –DENGUE BYT2023
- LƯU Ý TRONG CHẨN ĐOÁN- ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE



CÁC NỘI DUNG THAY ĐỔI TRONG PHÁC ĐỒ SXH DENGUE 2023-BYT

- CHẨN ĐOÁN: NS1, test nhanh IgM, IgG
- Cân nặng chống sốc
- Điều trị sốc SXH Dengue nặng
- Điều trị tái sốc: chỉ định sử dụng albumin
- XHTH trên: lưu đồ
- Tổn thương gan nặng: chỉ định TTM N acetylcysteine, thay huyết tương bn suy gan cấp
- Tổn thương thận cấp: chỉ định thay thế thận
- Điều trị SXH phụ nữ có thai
- SXH có can thiệp ngoại khoa: chỉ định



CHẨN ĐOÁN

trường Bộ Y tế)

Chẩn đoán sơ bộ ca lâm sàng sốt xuất huyết Dengue

Sống/đi đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Buồn nôn, nôn.
- Phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+).
- Hết bình thường hoặc tăng
- Bạch cầu bình thường hoặc giảm.
- Tiểu cầu bình thường hoặc giảm.

CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan.
- Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ.
- Xuất huyết niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiểu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.
- Gan to > 2 cm dưới bờ sườn.
- Tiểu ít.
- Hết tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh.
- AST/ALT ≥ 400 U/L.
- Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc X-quang.

KHÔNG

CÓ

- Sống một mình.
- Nhà quá xa cơ sở y tế, không thể nhập viện kịp thời khi bệnh trở nặng.
- Gia đình không có khả năng theo dõi sát.
- Trẻ nhũ nhi.
- Dư cân, béo phì.
- Phụ nữ có thai.
- Người lớn tuổi (≥ 60 tuổi).
- Bệnh mạn tính đi kèm (thận, tim, gan, hen, COPD kém kiểm soát, đái tháo đường, thiếu máu tan máu...).

KHÔNG

SXH DENGUE

ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

CÓ

1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới
 - Sốc.
 - Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp.
2. XH nặng: được đánh giá bằng lâm sàng
3. Suy các tạng
 - Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000 U/L.
 - TKTU: Rối loạn tri giác.
 - Tim và các cơ quan khác.

KHÔNG

SXH DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO

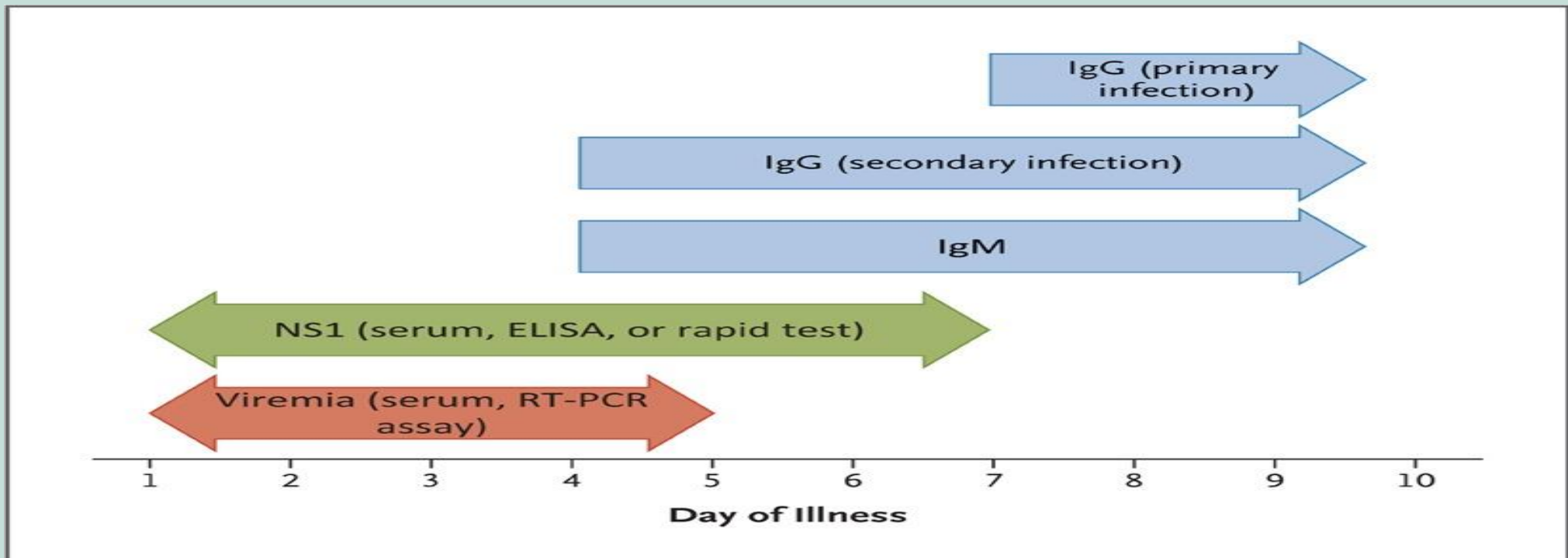
NHẬP VIỆN ĐIỀU TRỊ

CÓ

SXH DENGUE NẶNG

NHẬP KHOA HỒI SỨC





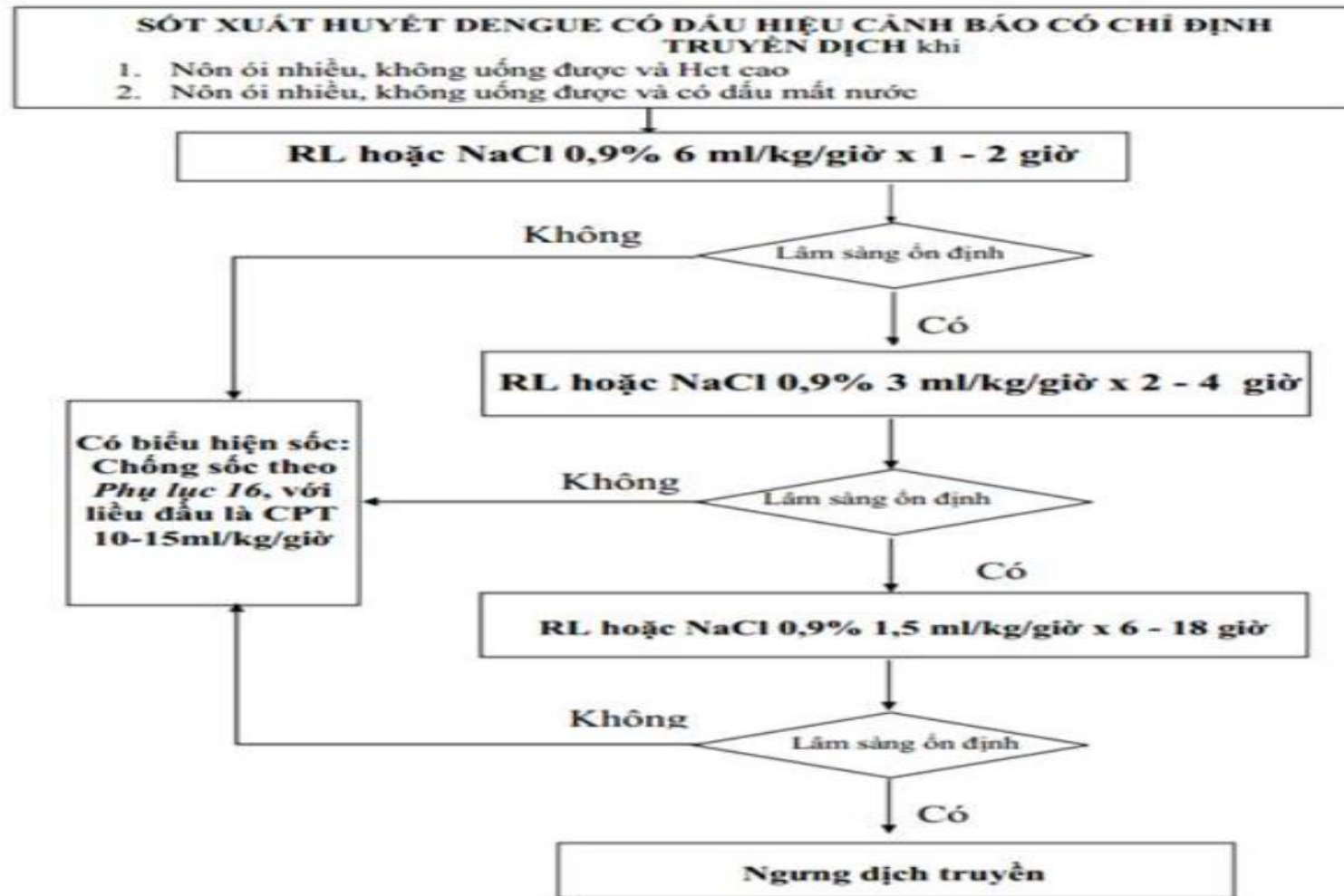
Điểm mới phác đồ SXH Dengue 2023:

NS1: N1-N7, ưu tiên 5 ngày đầu

Elisa hoặc test nhanh IgM và IgG từ ngày 5 nếu NS1 âm



ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ



Dấu hiệu nhận biết sốc:

Tri giác: bứt rứt

Chi: lạnh, ẩm, CRT>2

Mạch: nhanh nhẹ, khó bắt

HA: kẹt, tụt, =0

Nước tiểu: <1ml/kg/g

Dấu hiệu ra sốc:

Tri giác: nằm yên, tỉnh

Chi: ấm, CRT<2s

Mạch: rõ, chậm theo tuổi

HA: bình thường

Nước tiểu: >1ml/kg/giờ

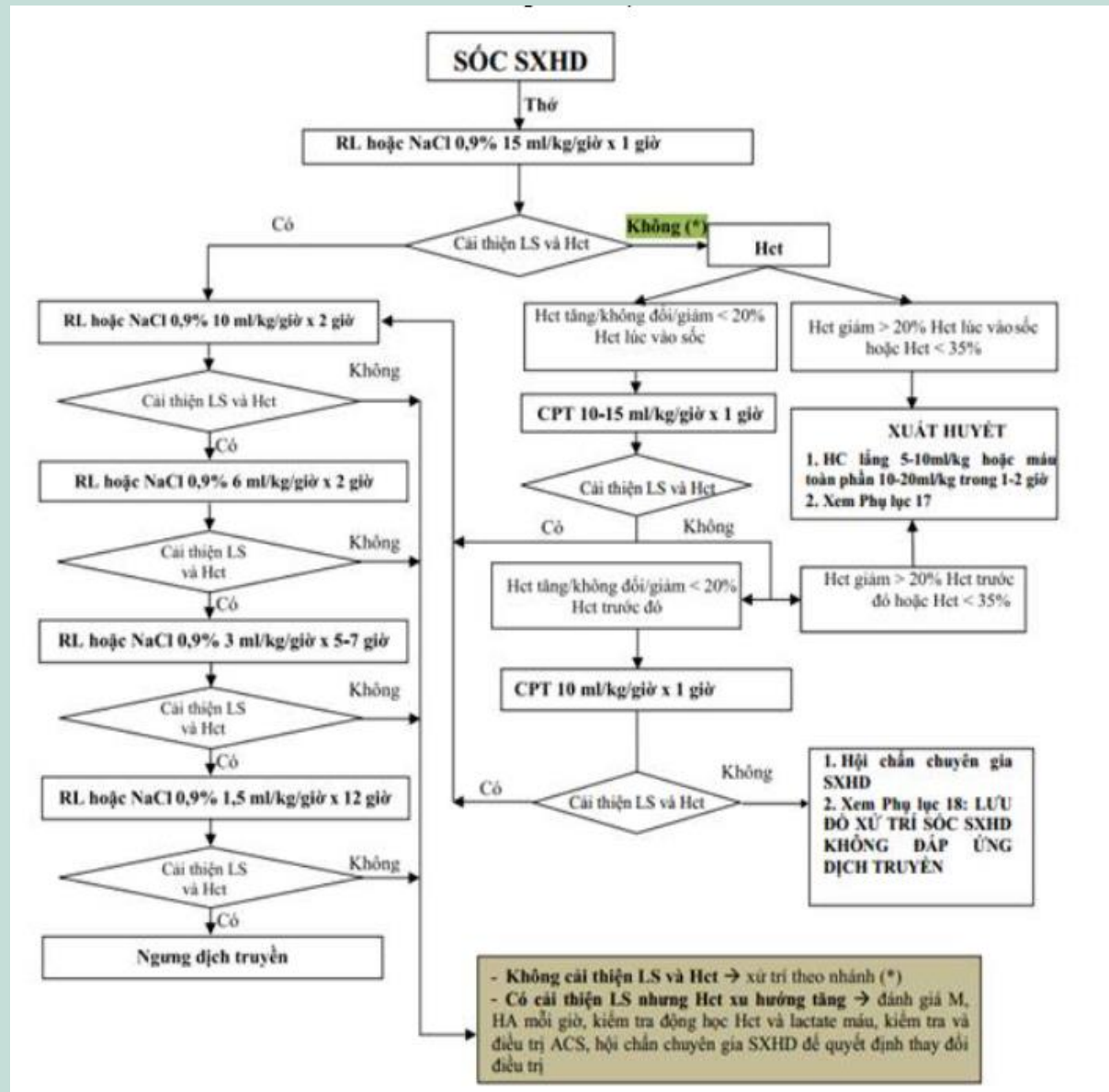


CÂN NẶNG CHỐNG SỐC:

- BMI < 25kg/m²: sử dụng CN thực
- BMI ≥ 25kg/m²: sử dụng CN hiệu chỉnh
CN lý tưởng (Kg)
Nữ: $45.5 + 0.91x$ (Chiều cao(cm)-152.4)
Nam: $50.0 + 0.91x$ (Chiều cao(cm)-152.4)
- CN hiệu chỉnh: CN lý tưởng + 0.4 x (CN thực - CN lý tưởng)
- PNCT 3 tháng đầu và 3 tháng giữa: CN chống sốc như người lớn bình thường
- PNCT 3 tháng cuối: CN hiệu chỉnh để chống sốc



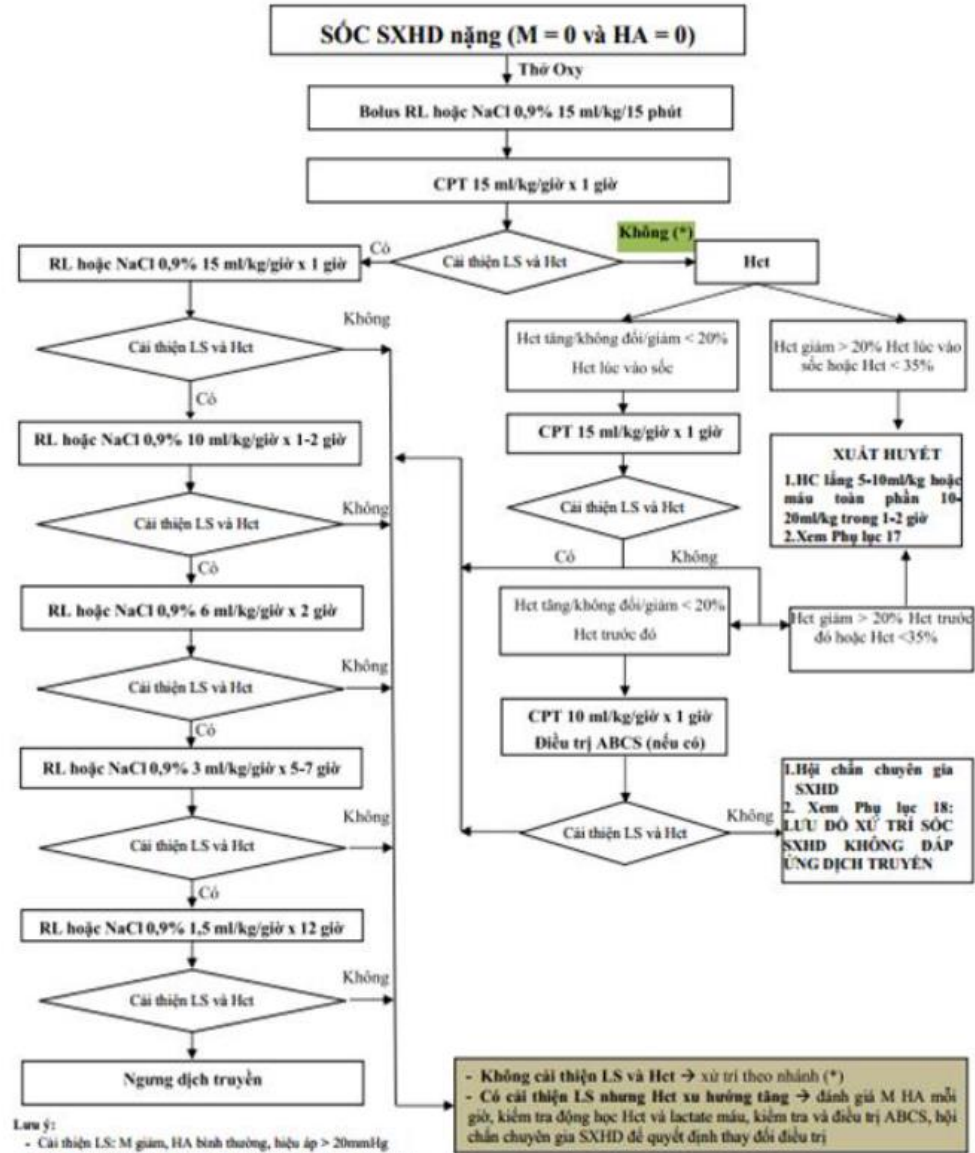
PHÁC ĐỒ CHỐNG SỐC



PHÁC ĐỒ CHỐNG SỐC SXH DENGUE NẶNG



trưởng Bộ Y tế)



TÁI SỐC

- Tình trạng sốc xảy ra sau khi huyết động đã ổn định tối thiểu 6 giờ + Hct không thay đổi hoặc tăng so với Hct gần nhất trước đó



CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TÁI SỐC

- Sốc lúc vào sốc, nhất là sốt trên 39 độ
- Rối loạn tri giác có nguy cơ tử vong cao
- Xuất huyết tiêu hóa
- Ngày vào sốc sớm, thường là ngày 4-5 của bệnh
- Mạch > 120 lần/p, HA kẹt ≤ 10 mmHg lúc vào sốc lần đầu
- Thời gian mạch, huyết áp trở về bình thường kéo dài
- Thời gian từ lúc vào sốc đến khi tiểu được lần đầu > 8 giờ
- Chênh lệch DTTC T0-T6 $\leq 10\%$



SỐC KÉO DÀI

- Tình trạng huyết động không ổn định ≥ 6 giờ hoặc đã bù đủ dịch 40-60ml/kg hoặc tái sốc nhiều lần



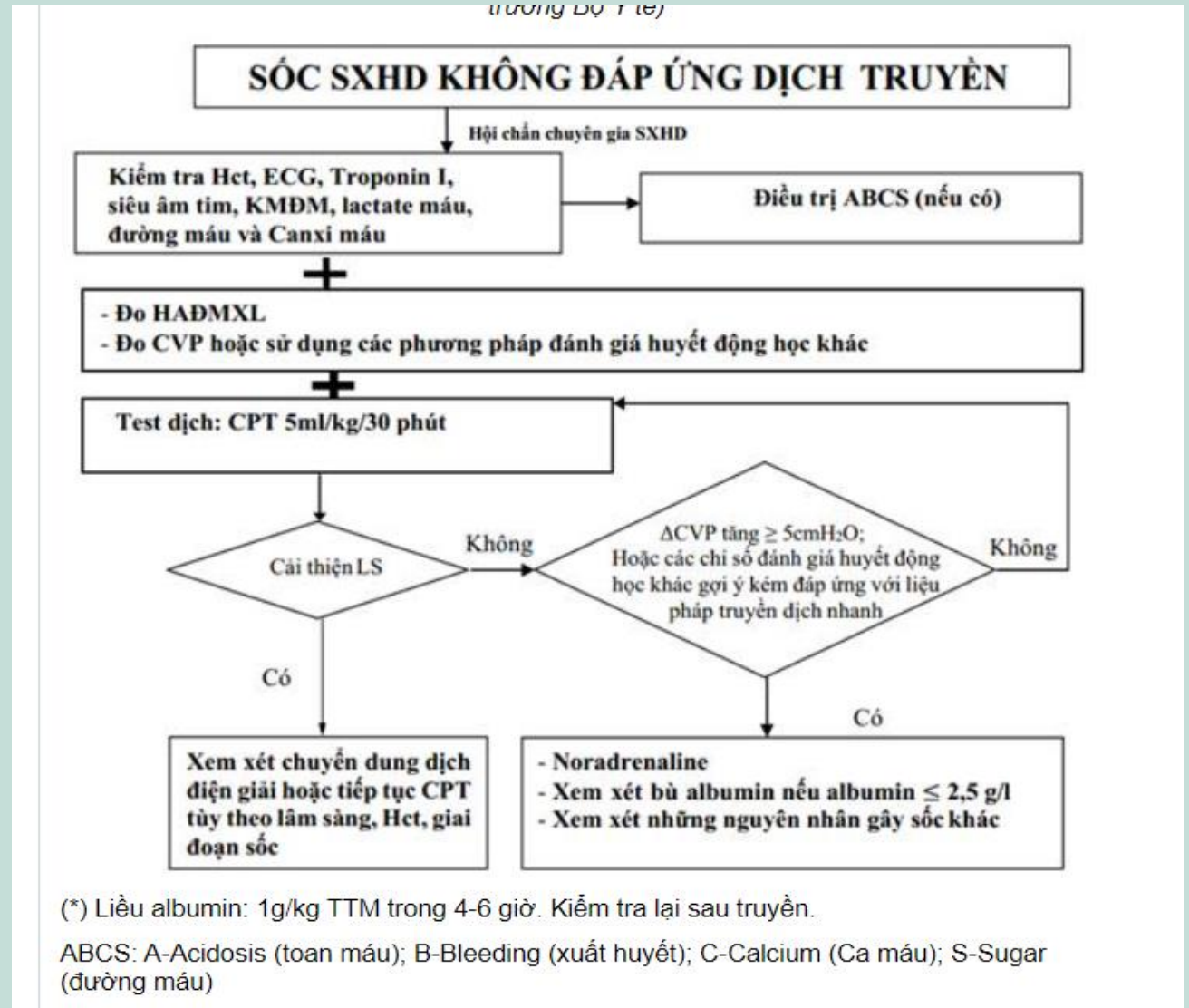
ĐIỀU TRỊ CHỐNG SỐC

Xem xét bù Albumin khi albumin $\leq 2.5\text{g/dl}$ kèm một trong các tình huống:

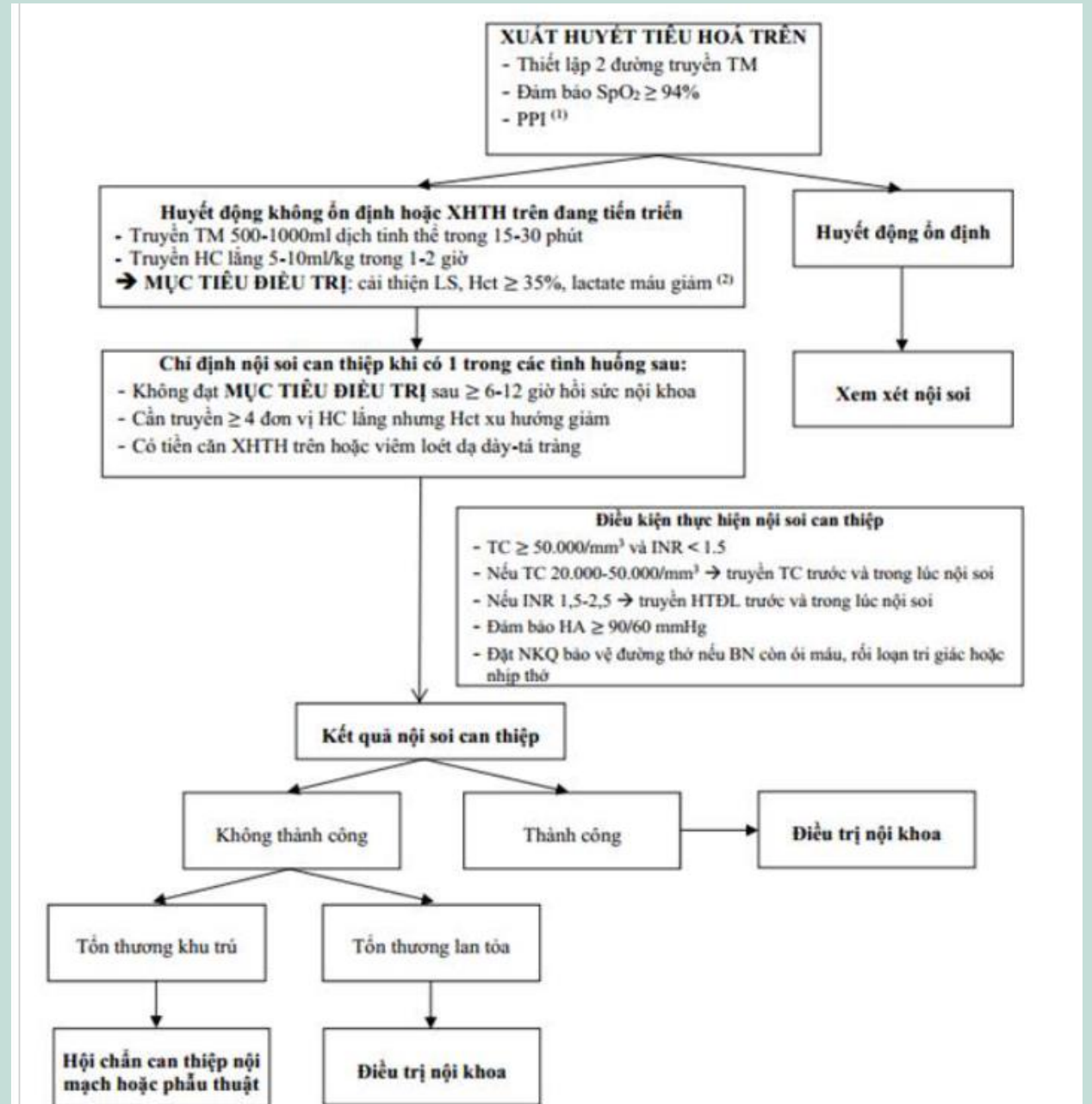
Sốc SXH-D có huyết động không ổn định ≥ 6 giờ chống sốc

Sốc SXHD có huyết động không ổn định sau truyền dịch 40-60ml/kg

Sốc SXH-D tái sốc 2 lần



XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN/SXH-D



TỒN THƯƠNG GAN NẶNG: SXH D NẶNG

- AST tăng ưu thế, giảm về bình thường nhanh hơn
- Transaminase tăng N7-8, giảm nhanh về bình thường 21-28 ngày
- Đỉnh của transaminase sau 2 ngày đỉnh virus máu
- Có thể liên quan hoặc không với thoát huyết tương



TỒN THƯƠNG GAN NẶNG: SXH D NẶNG

- Giá trị tiên đoán khả năng ALF:

AST > 1000UI/L trong 5 ngày đầu kèm 2/3 yếu tố

- Tăng bilirubin huyết thanh
- Tăng phosphatase kiềm
- Buồn nôn và nôn kéo dài

Dự đoán sự tiến triển của ALF: 93.8% độ nhạy, độ đặc hiệu 98.7%, dự đoán dương 83.3% và giá trị tiên đoán âm 99% (Kumarasena et al.2016, predicting acute liver failure in dengue infection)



TỒN THƯƠNG GAN NẶNG: SXH DENGUE

- Xem xét truyền tĩnh mạch N acetylcysteine khi bệnh nhân có biểu hiện suy gan cấp gồm một trong các tình huống:

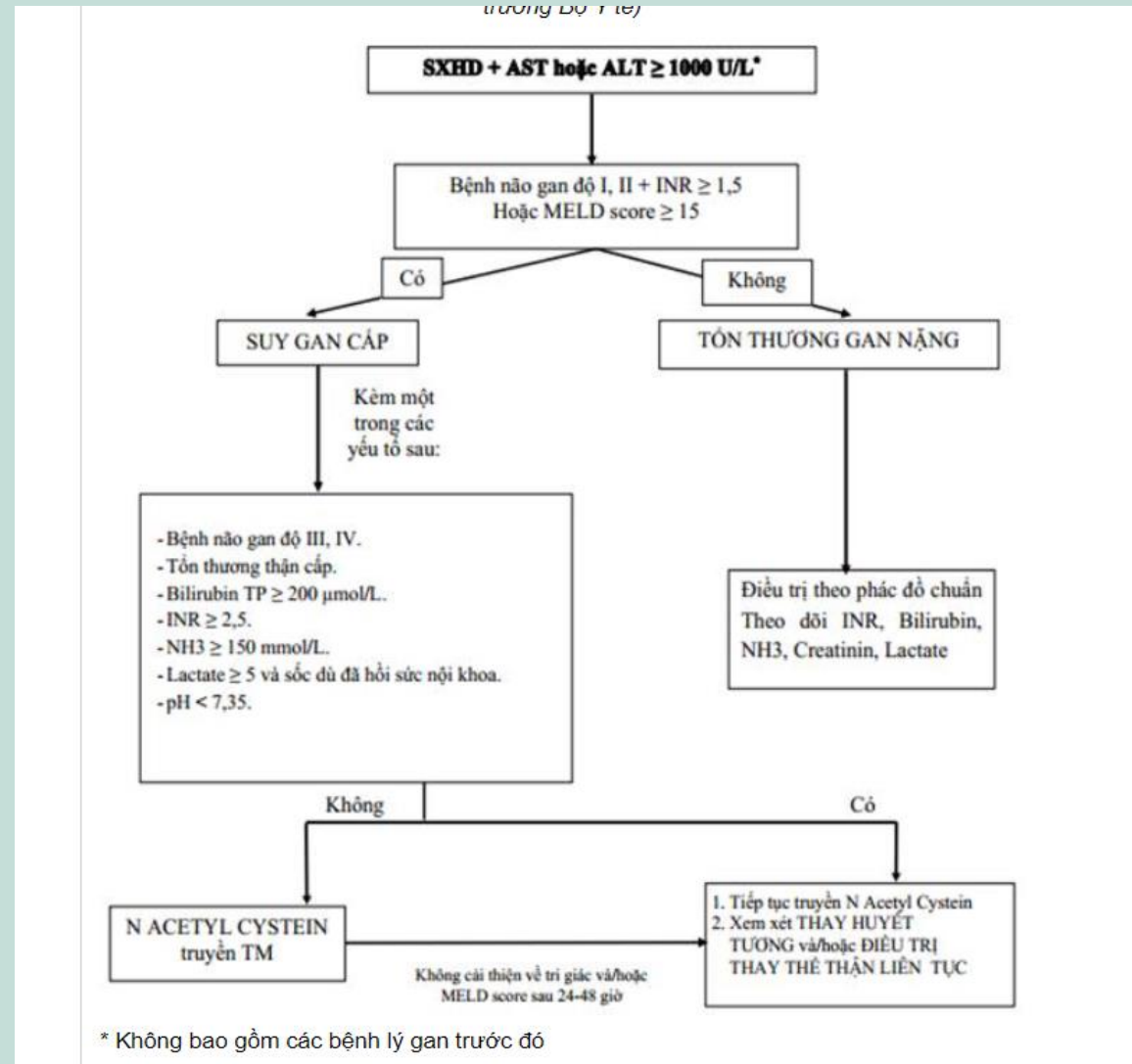
Có bệnh cảnh não gan và $INR \geq 1.5$

MELD score ≥ 15

- Sử dụng N acetyl cysteine liều 100mg/kg/24 giờ pha trong 1000ml glucose 5% hoặc antricoloric 0.9%, sử dụng 3-5 ngày



TỒN THƯƠNG GAN NẶNG: SXH DENGUE



Tổn thương thận cấp: SXH Dengue

Chẩn đoán theo tiêu chuẩn KDIGO 2012: khi có 1 trong các tiêu chuẩn

- Creatinine máu tăng $\geq 0.3\text{mg}\%$ (26.5 umol/L) trong 48 giờ
- Creatinine máu tăng ≥ 1.5 lần giá trị nền trong 7 ngày trước đó
- Nước tiểu $< 0.5\text{ml/kg/giờ}$ trong 6 giờ

Điều trị: chống sốc nếu có, cân bằng dịch xuất nhập, tránh thuốc gây tổn thương thận



TỒN THƯƠNG THẬN CẤP: SXH DENGUE

- Chỉ định thay thế thận trong các tình huống sau:
- Bệnh nhân có toan chuyển hóa mất bù ($\text{pH} < 7.35$ và $\text{HCO}_3^- < 17$) kèm một trong các yếu tố như lactate động mạch ≥ 4 mmol/L, lactate động mạch tăng hơn so với trị số trước đó, huyết động không ổn định hoặc tổn thương tạng khác
- Bệnh nhân cần truyền dịch, máu và/hoặc các chế phẩm máu nhưng có nguy cơ gây phù phổi cao (tràn dịch đa màng lượng lớn, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ hoặc $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$, $\text{AaDO}_2 \geq 250$ hoặc có dấu hiệu suy tim cấp) mà thất bại không thể điều trị nội khoa (lợi tiểu, dẫn mạch)



SXH-D ở PNCT



Mức độ	Điều trị
SXHD	<ul style="list-style-type: none">- Tương tự phụ nữ không mang thai.- Nhập bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.- Xét nghiệm công thức máu và Hct ở ngày 1 hoặc ngày 2 để phát hiện sớm biểu hiện cô đặc máu (nghi SXHD nếu tiêu cầu giảm kèm Hct tăng >10%).- Hct tăng khi > 38 - 40% (nếu không có Hct nền ở N1/N2).
SXHD cảnh báo	<ul style="list-style-type: none">- Tương tự phụ nữ không mang thai.- Nhập bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.- Đau bụng cần phân biệt với đau bụng do chuyển dạ. Tránh chuyển dạ hoặc can thiệp phẫu thuật trong giai đoạn này.- Do mang thai nên khó phát hiện tràn dịch màng bụng.
Sốc SXHD	<ul style="list-style-type: none">- Nhập viện cấp cứu tại bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.- Hội chẩn chuyên gia SXHD.- Truyền dịch chống sốc tương tự phụ nữ không mang thai.- Tính cân nặng khi truyền dịch:<ul style="list-style-type: none">▪ Đối với PNCT 3 tháng đầu và 3 tháng giữa: sử dụng CN chống sốc như người lớn bình thường.▪ Đối với PNCT 3 tháng cuối: sử dụng CN hiệu chỉnh để chống sốc (với CN thực là CN tại thời điểm nhập viện).- Cần chẩn đoán phân biệt tình trạng giảm tiêu cầu với các bệnh lý khác liên quan đến sản khoa như hội chứng HELLP, bệnh gan thoái hóa mỡ cấp, nhiễm trùng ...- Theo dõi sát tim thai.
Xuất huyết nặng	<ul style="list-style-type: none">- Nhập viện cấp cứu tại bệnh viện Sản, Sản Nhi hoặc bệnh viện đa khoa.- Hội chẩn chuyên gia SXHD.- Truyền máu và chế phẩm máu tương tự phụ nữ không mang thai.- Mục tiêu duy trì Hct \geq 35%.- Cần loại trừ các bệnh lý của sản khoa gây xuất huyết như nhau bong non, nhau tiền đạo, nhau cài răng lược, thai ngoài tử cung vỡ, vỡ tử cung, vỡ mạch máu bất thường ...

CAN THIỆP NGOẠI KHOA/SXH-D

Đối với các tình huống ngoại khoa, cần hội chẩn bác sĩ chuyên khoa ngoại và truyền tiểu cầu đậm đặc trong vòng 6 giờ trước và trong khi can thiệp ngoại khoa với mục tiêu số lượng tiểu cầu $> 75.000/\text{mm}^3$.

