

## SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

**I. CHẨN ĐOÁN:** Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ:

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

### **I.1. Chẩn đoán sơ bộ**

#### ***I.1.1. Sốt xuất huyết Dengue***

- Lâm sàng
  - + Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:
  - + Biểu hiện xuất huyết có thể như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.
  - + Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
  - + Da xung huyết, phát ban.
  - + Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Cận lâm sàng:
  - + Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.
  - + Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm.
  - + Số lượng bạch cầu thường giảm.

#### ***I.1.2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo***

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan.
- Gan to > 2 cm.
- Nôn - nhiều.
- Xuất huyết niêm mạc.
- Tiểu ít.
- Xét nghiệm máu:
  - + Hematocrit tăng cao.

+ Tiểu cầu giảm nhanh chóng.

### **I.1.3. Sốt xuất huyết Dengue nặng**

– Sốt sốt xuất huyết Dengue

+ Vật vã; bứt rứt hoặc li bì

+ Lạnh đầu chi, da lạnh ẩm

+ Mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu  $\leq 20$  mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp;

+ Tiểu ít.

Sốt sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ:

◇ Sốt sốt xuất huyết Dengue: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.

◇ Sốt sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốt nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.

– Xuất huyết nặng

+ Chảy máu cam nặng, rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng.

– Suy tạng nặng

+ Suy gan cấp, men gan AST, ALT  $\geq 1000$  U/L.

+ Suy thận cấp.

+ Rối loạn tri giác (Sốt xuất huyết thể não).

+ Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

### **I.2. Chẩn đoán phân biệt**

– Tình trạng nhiễm siêu vi khác: không cô đặc máu, không sốc, có thể kèm theo triệu chứng viêm đường hô hấp trên

– Sốt nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết do não mô cầu: vận tốc lắng máu cao, tiểu cầu không giảm nhiều và DTHC không cao.

- Xuất huyết giảm tiểu cầu: DTHC không tăng, không có các dấu hiệu khác của tăng tính thấm thành mạch

### 1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.
- Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.
- Xét nghiệm ELISA:
  - + Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ năm của bệnh.
  - + Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).
- Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút: lấy máu trong giai đoạn sốt.

## II. ĐIỀU TRỊ

Không có điều trị đặc hiệu

### II.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị chính: bù nước, điện giải và hạ nhiệt.
- Cần phân độ và xác định ngày bệnh để bù nước, điện giải.
- Theo dõi sát diễn tiến để điều chỉnh cách xử trí.

### II.2. Sốt xuất huyết Dengue

#### a. Hạ sốt

- Paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ. Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24h. Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
- Nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

#### b. Bù dịch sớm bằng đường uống:

- Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

### II.3. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

- Nhập viện điều trị nội trú. Điều trị như SXH-D
- Chỉ định truyền dịch:

- + Không uống được, nôn nhiều
- + Có dấu hiệu mất nước
- + Lừ đừ
- + Hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%. Sơ đồ truyền dịch như trong sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

**Lưu ý:**

- + Ở người bệnh  $\geq 15$  tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền khi hết nôn, ăn uống được.
- + Cơ địa đặc biệt như phụ nữ mang thai, trẻ nhũ nhi, người béo phì, người cao tuổi; có các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường, viêm phổi, hen phế quản, bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, ...; người sống một mình hoặc nhà ở xa cơ sở y tế nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị.

**II.4. Sốt xuất huyết Dengue nặng**

– Nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

**II.4.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue**

**a. Sốc sốt xuất huyết Dengue:**

- Phải thay thế nhanh chóng lượng huyết thanh mất đi bằng Ringer lactat hoặc dung dịch NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ.
- Đánh giá lại tình trạng người bệnh sau 1 giờ; truyền sau 2 giờ phải kiểm tra lại hematocrit:

- $\alpha$ . Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc, huyết áp hết kẹt, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn, thì giảm tốc độ truyền xuống 10 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ; sau đó giảm dần tốc độ truyền xuống 7,5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 1-2 giờ; đến 5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-5 giờ; và 3 ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-6 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng và hematocrit.
- $\beta$ . Nếu sau 1 giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (mạch nhanh, huyết áp hạ hay kẹt, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch

cao phân tử. Truyền với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1 giờ.

Sau đó đánh giá lại:

- + Nếu sốt cải thiện, hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 10 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ. Sau đó nếu sốt tiếp tục cải thiện và hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 7,5 ml/kg cân nặng/giờ, rồi đến 5 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 2-3 giờ.

Theo dõi tình trạng người bệnh, nếu ổn định thì chuyển truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải (xem chi tiết trong phụ lục).

- + Nếu sốt vẫn chưa cải thiện, thì đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) để quyết định cách thức xử trí.

Nếu sốt vẫn chưa cải thiện mà hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%) thì cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội tạng và xem xét chỉ định truyền máu. Tốc độ truyền máu 10 ml/kg cân nặng/1 giờ.

## **b. Sốt sốt xuất huyết Dengue nặng**

– Nằm đầu thấp.

– Thở oxy.

– Truyền dịch:

- + **Đối với người bệnh dưới 15 tuổi:** Lúc đầu dùng bơm tiêm to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch Ringer lactat hoặc dung dịch mặn đẳng trương với tốc độ 20 ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút. Sau đó đánh giá lại người bệnh, có 3 khả năng xảy ra:

- ◇ Nếu mạch rõ, huyết áp hết kẹt, cho dung dịch cao phân tử 10 ml/kg cân nặng/giờ và xử trí tiếp theo như sốt xuất huyết Dengue còn bù.
- ◇ Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹt hoặc huyết áp hạ: Truyền dung dịch cao phân tử 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, sau đó xử trí theo điểm ( $\beta$ ) ở trên.
- ◇ Nếu mạch, huyết áp vẫn không đo được: Bơm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch cao phân tử 20 ml/kg cân nặng/15 phút. Nên đo CVP để có phương hướng xử trí. Nếu đo được huyết áp và mạch rõ, thì truyền dung dịch cao phân tử 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, sau đó xử trí theo điểm ( $\beta$ ) ở trên.

- + **Đối với người bệnh trên 15 tuổi:** xem phụ lục.

- + Những lưu ý khi truyền dịch

- ◇ Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch nữa sau khi hết sốc 24 giờ.
- ◇ Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm). Cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemid 0,5-1 mg/kg cân nặng/1 lần dùng (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.
- ◇ Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc). Cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.
- ◇ Nếu người bệnh người lớn có biểu hiện tái sốc, chỉ dùng cao phân tử không quá 1.000 ml đối với Dextran 40 và không quá 500 ml đối với Dextran 70. Nếu diễn biến không thuận lợi, nên tiến hành:
  - Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.
  - Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tìm xuất huyết nội để chỉ định truyền máu kịp thời.
  - Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn.
- ◇ Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:
  - Hạ đường huyết
  - Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.
  - Xuất huyết nội.
  - Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.
- ◇ Chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: Hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hóa.

**c. Điều trị xuất huyết nặng**

– Truyền máu và các chế phẩm máu

+ Khi người bệnh có sốc cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.

+ Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần:

◇ Sau khi đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%).

◇ Xuất huyết nặng

– Truyền tiểu cầu

+ Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới  $50.000/\text{mm}^3$  kèm theo xuất huyết nặng.

+ Nếu số lượng tiểu cầu dưới  $5.000/\text{mm}^3$  mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

– Truyền plasma tươi, tủa lạnh: khi có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.

**d. Điều trị suy tạng nặng**

– **Tổn thương gan, suy gan cấp**

+ Hỗ trợ hô hấp: Thở oxy nếu thất bại thở NCPAP, xem xét đặt nội khí quản thở máy sớm nếu người bệnh có sốc kéo dài.

+ Hỗ trợ tuần hoàn:

◇ Nếu có sốc: chống sốc bằng NaCl 9% hoặc dung dịch cao phân tử, không dùng Lactat Ringer.

◇ Nếu không sốc: bù dịch điện giải theo nhu cầu hoặc 2/3 nhu cầu khi người bệnh có rối loạn tri giác.

+ Kiểm soát hạ đường huyết: Giữ đường huyết 80-120mg%, tiêm tĩnh mạch chậm 1-2ml/kg glucose 30% và duy trì glucose 10-12,5% khi truyền qua tĩnh mạch ngoại biên hoặc glucose 15-30% qua tĩnh mạch trung ương (lưu ý dung dịch có pha điện giải).

+ Điều chỉnh điện giải:

◇ Hạ natri máu:

- Natri máu < 120 mmol/L kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3% 6-10 ml/kg truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.
- Natri máu từ 120-125 mmol/L không hoặc kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3%/6-10ml/kg truyền tĩnh mạch trong 2-3 giờ.
- ◇ Hạ kali máu: bù đường tĩnh mạch qua dịch pha hoặc đường uống.
- + Điều chỉnh rối loạn thăng bằng toan kiềm: Toan chuyển hóa: bù bicarbonate 1-2mEq/kg tiêm mạch chậm (TMC).
- + Điều chỉnh rối loạn đông máu/xuất huyết tiêu hóa (XHTH):
  - ◇ Huyết tương tươi đông lạnh 10-5 ml/kg: XHTH + rối loạn đông máu.
  - ◇ Kết tủa lạnh 1 đv/6kg: XHTH + fibrinogen < 1g/L.
  - ◇ Tiểu cầu đậm đặc: XHTH + số lượng tiểu cầu < 50000/mm<sup>3</sup>.
  - ◇ Vitamin K1: 1mg/kg/ngày (tối đa 10mg) TMC x 3 ngày.
  - ◇ Điều trị/phòng ngừa XHTH: Ranitidine 2mg/kg x 3 lần/ngày hoặc omeprazole 1 mg/kg x 1-2 lần/ngày.
- + Rối loạn tri giác/co giật:
  - ◇ Chống phù não: mannitol 20% 2,5ml/kg/30 phút x 3-4 lần/ngày.
  - ◇ Chống co giật: diazepam 0,2-0,3 mg/kg TMC hoặc midazolam 0,1 - 0,2mg/kg TMC. Chống chỉ định: phenobarbital.
- + Giảm amoniac máu: Thụt tháo bằng nước muối sinh lý ấm, lactulose, metronidazol, neomycin (gavage).
- + Kháng sinh toàn thân phổ rộng.
- + Không dùng paracetamol liều cao vì gây độc tính cho gan.
- **Suy thận cấp:**
  - + Điều trị bảo tồn và chạy thận nhân tạo khi có chỉ định và huyết động ổn định.
  - + Lọc máu liên tục nếu có biểu hiện suy đa tạng đi kèm hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định.
  - + Chỉ định chạy thận nhân tạo trong sốt xuất huyết suy thận cấp.
    - ◇ Rối loạn điện giải kiềm toan mà không đáp ứng điều trị nội khoa.
    - ◇ Tăng kali máu nặng > 7mEq/L.
    - ◇ Rối loạn Natri máu nặng đang tiến triển ([Na] > 160 hay < 115 mmol/L).



- ◇ Toan hóa máu nặng không cải thiện với bù Bicarbonate (pH < 7,1).
- ◇ Hội chứng urê huyết cao: Rối loạn tri giác, nôn, xuất huyết tiêu hóa, Urê máu > 200 mg% và hoặc creatinine trẻ nhỏ > 1,5 mg% và trẻ lớn > 2mg%.

**– Quá tải dịch không đáp ứng điều trị nội khoa**

- + Suy tim ứ huyết, cao huyết áp.
- + Phù phổi cấp.
- + Chỉ định lọc máu liên tục trong sốt xuất huyết: Khi có hội chứng suy đa tạng kèm suy thận cấp hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định.

**– Sốt xuất huyết Dengue thể não, rối loạn tri giác, co giật**

- + Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, nếu thất bại CPAP áp lực thấp 4-6cmH<sub>2</sub>O, nếu thất bại thở máy.
- + Bảo đảm tuần hoàn: Nếu có sốc thì điều trị theo phác đồ chống sốc và dựa vào CVP.
- + Chống co giật.
- + Chống phù não.
- + Hạ sốt.
- + Hỗ trợ gan nếu có tổn thương.
- + Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan.
- + Bảo đảm chăm sóc và dinh dưỡng.
- + Phục hồi chức năng sớm.

**– Viêm cơ tim, suy tim:** vận mạch dopamine, dobutamine, đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

**d. Thở oxy:** Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

**e. Sử dụng các thuốc vận mạch.**

- Cần phải đo CVP để quyết định thái độ xử trí.
- Nếu đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và áp lực tĩnh mạch trung ương đã trên 10 cm nước thì truyền tĩnh mạch.
  - + Dopamin, liều lượng 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.
  - + Nếu đã dùng dopamin liều 10 mcg/kg cân nặng/phút mà huyết áp vẫn chưa lên thì nên phối hợp dobutamin 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.

**f. Các biện pháp điều trị khác**

- Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO<sub>2</sub> giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.
- Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue theo.

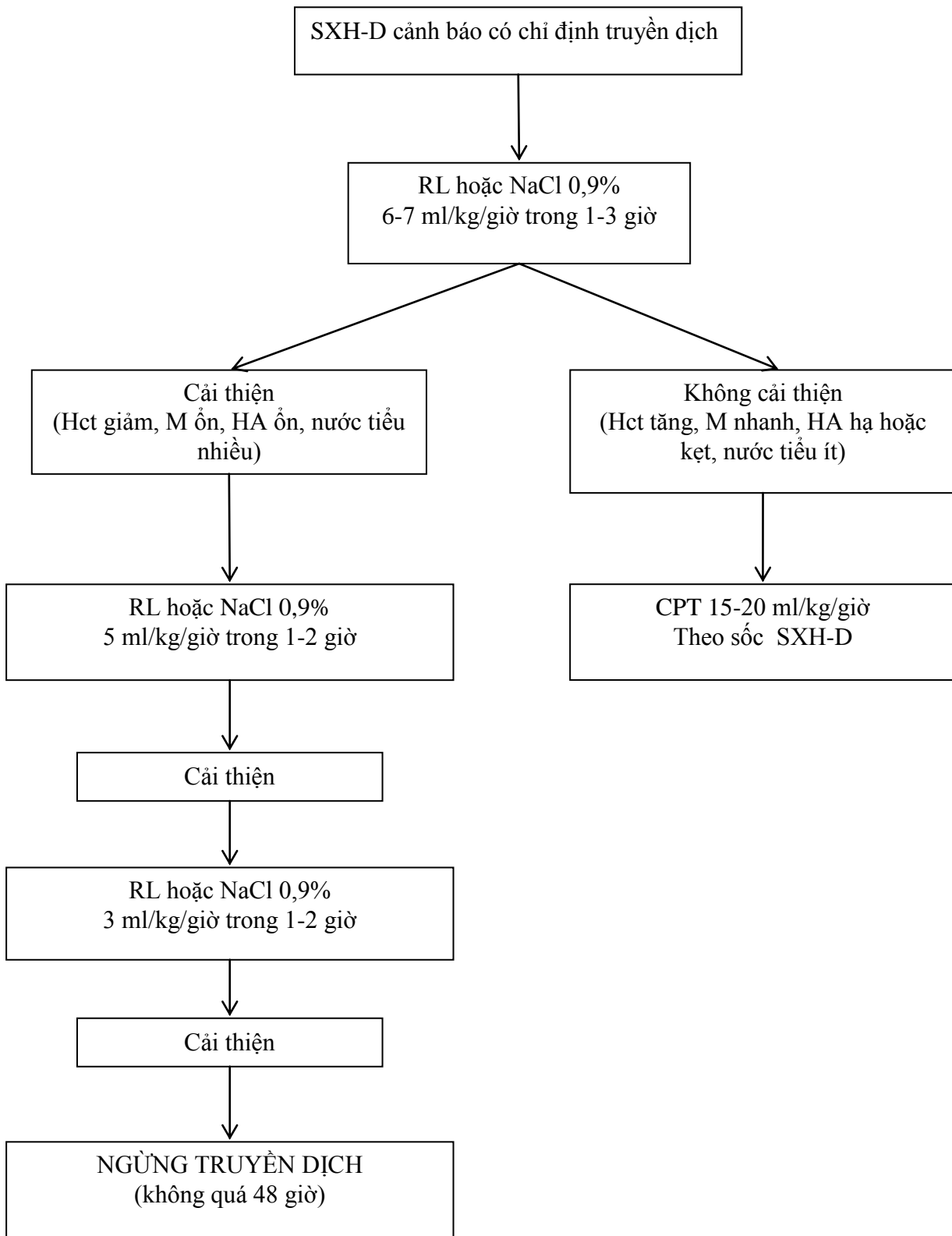
**g. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốc**

- Giữ ấm.
- Khi đang có sốc cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút 1 lần.
- Đo hematocrit cứ 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.
- Ghi lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.
- Đo lượng nước tiểu.
- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

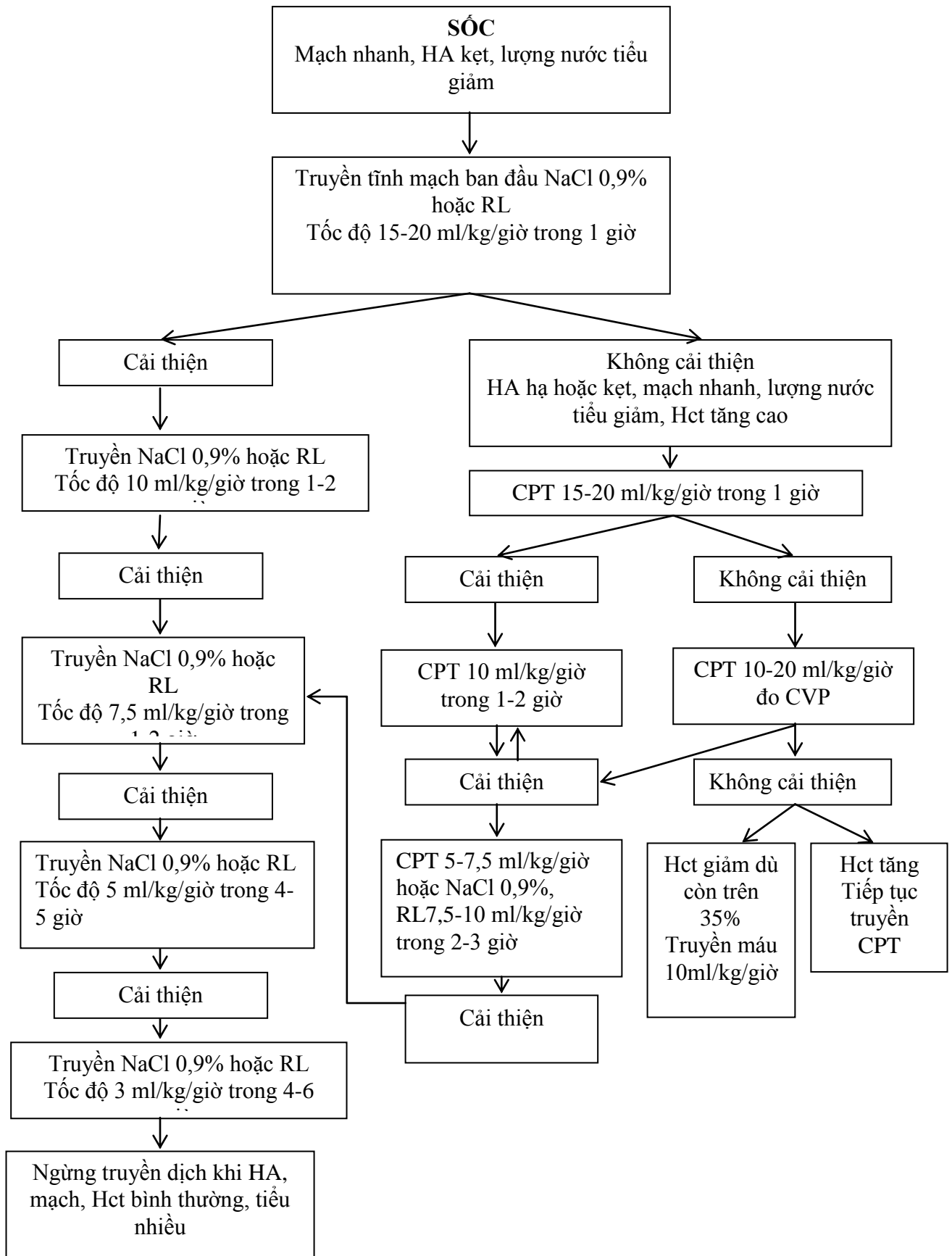
**III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:**

- Hết sốt 2 ngày, tinh táo.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Số lượng tiểu cầu > 50.000/mm<sup>3</sup>.

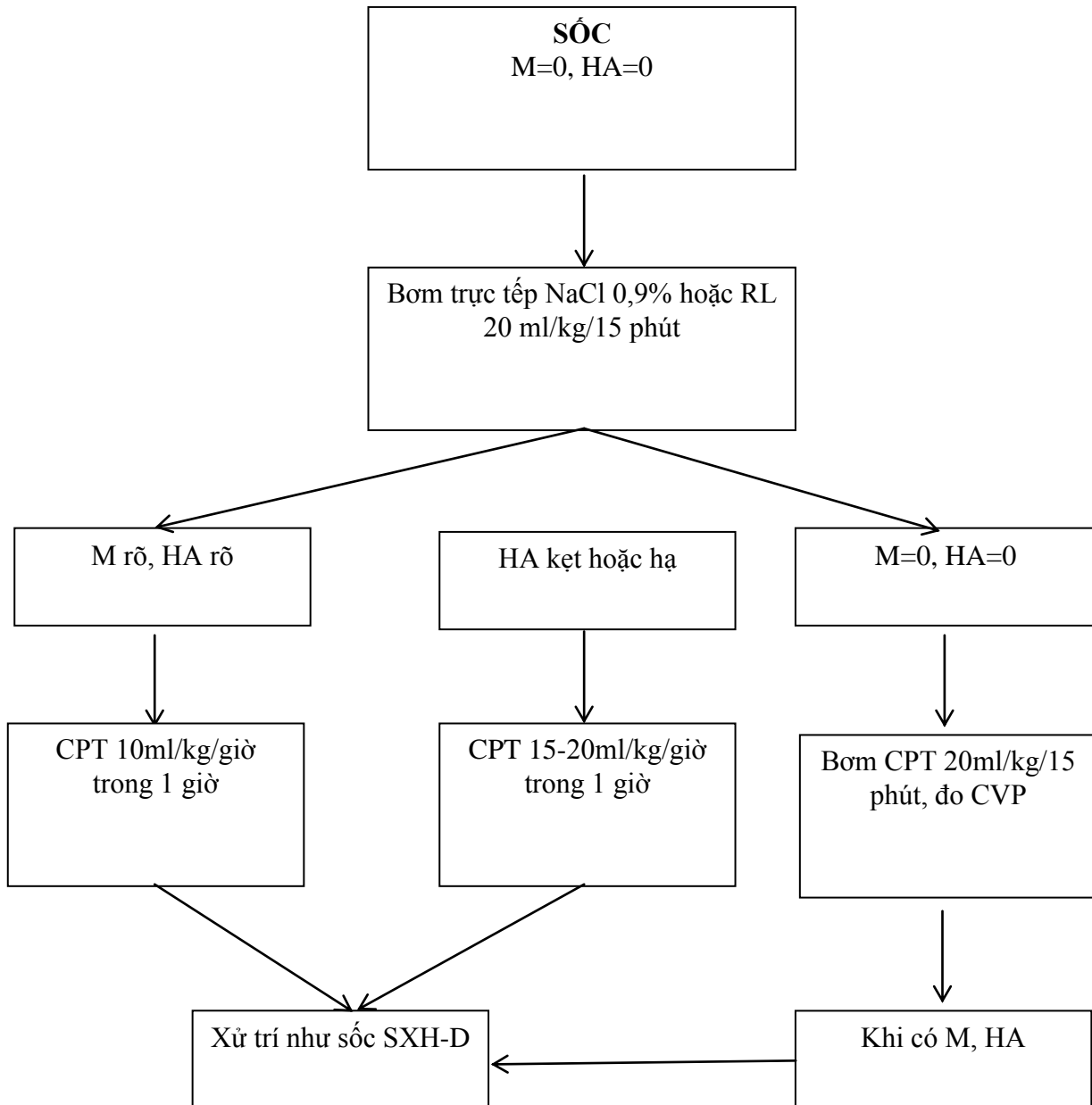
## SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SXH-D CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO



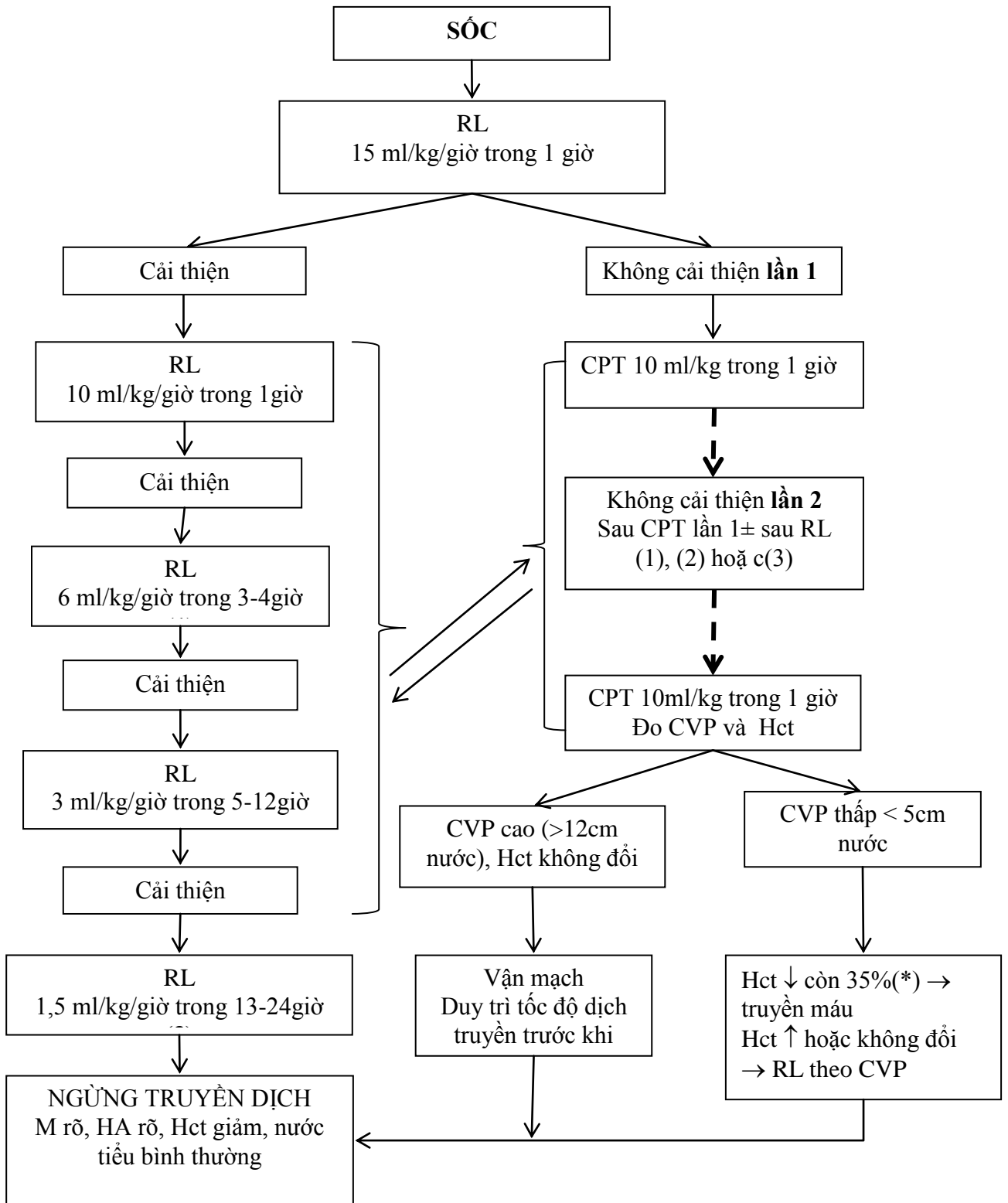
## SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SXH-D Ở TRẺ EM



## SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SXH-D NẶNG Ở TRẺ EM



## SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SXH-D NGƯỜI LỚN



(\*) Truyền máu khi M tăng, HA kẹt hoặc thấp, chi mát dù Hct  $\geq 35\%$ , có hoặc không có xuất huyết trên lâm sàng