SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do virus Dengue gây ra. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thất thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, hội chứng thực bào máu nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

I. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG

I.1. Chẩn đoán:

I.1.1. Chẩn đoán có thể:

Lâm sàng:

– Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2 – 7 ngày kèm một trong các dấu hiệu sau:

• Dấu hiệu xuất huyết da hoặc niêm: nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam, xuất huyết tiêu hóa.

• Dấu hiệu thất thoát huyết tương.

• Dấu hiệu tổn thương hoặc suy tạng.

– Các biểu hiện khác có thể gặp: nhức đầu, chán ăn, buồn nôn, da sung huyết, phát ban, đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

Cận lâm sàng:

– Thể tích khối hồng cầu (Hematocrit) bình thường hoặc tăng.

– Số lượng tiểu cầu giảm.

– Số lượng bạch cầu thường giảm.

I.1.2. Chẩn đoán xác định:

Chẩn đoán có thể + một trong các xét nghiệm sau dương tính:

ϖ Xét nghiệm huyết thanh

Xét nghiệm nhanh:

– Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.

– Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.

ϖ Xét nghiệm ELISA:

– Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ 5 của bệnh.

– Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm hiệu giá kháng thể (tăng gấp 4 lần).

ϖ Xét nghiệm PCR, phân lập virus: Lấy máu trong giai đoạn sốt.

Chú ý: xét nghiệm tìm kháng thể IgM, IgG chỉ nên thực hiện ở bệnh nhân nội trú.

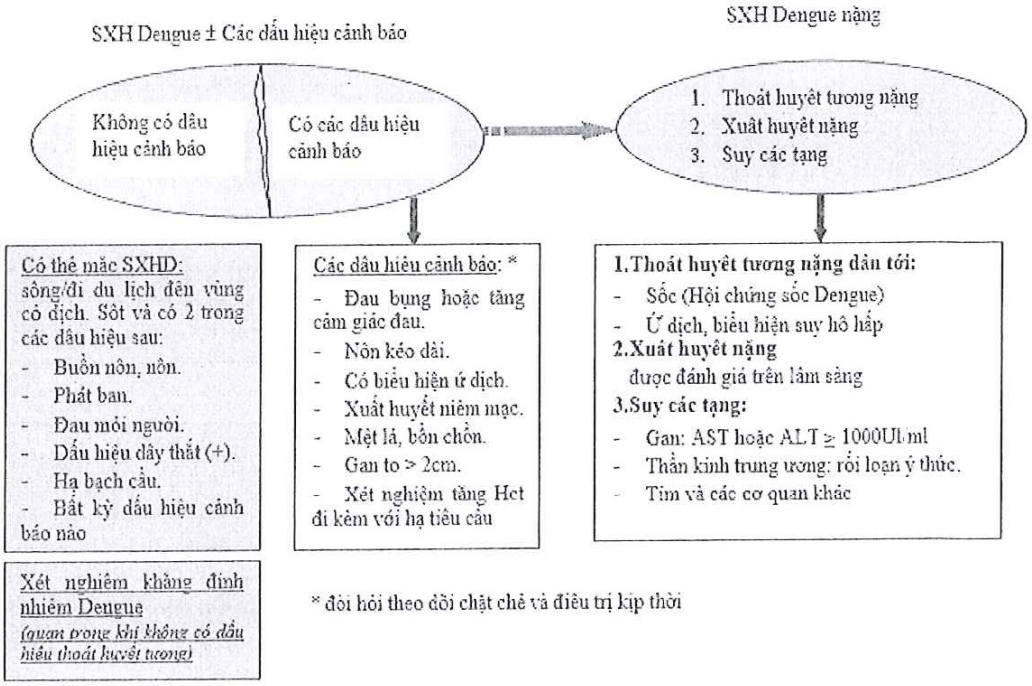
I.2. Phân độ:

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.



II. ĐIỀU TRỊ

II.1. Nguyên tắc điều trị:

– Điều trị triệu chứng.

– Phát hiện sớm và điều trị biến chứng kịp thời.

II.2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue: phần lớn điều trị ngoại trú. Sốt xuất huyết Dengue trên cơ địa đặc biệt: nhũ nhi, béo phì, bệnh lý đi kèm hoặc gia đình không thể theo dõi diễn tiến bệnh tại nhà nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị.

II.2.1. Hạ sốt

Sốt cao ≥ 38.5oC: cho thuốc hạ sốt, nới lỏng quần áo.

Lau mát bằng nước ấm khi nhiệt độ ≥ 39.5oC.

Paracetamol, liều dùng từ 10-15 mg/kg/lần mỗi 4 – 6 giờ.

Chú ý: Tổng liều paracetamol không quá 60 mg/kg/24giờ.

Không dùng aspirin, analgin, ibuprofen.

II.2.2. Bù dịch sớm bằng đường uống: khuyến khích uống nhiều nước chín, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh), Oresol; tránh thức ăn, nước uống màu đỏ, đen, nâu.

II.2.3. Dặn dò:

– Cách chăm sóc tại nhà: hạ sốt, ăn thức ăn lỏng dễ tiêu, uống nhiều nước.

– Tái khám mỗi ngày hoặc sáng chiều từ ngày 4, 5.

– Tái khám ngay khi phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo nặng.

II.3. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: điều trị nội trú

II.3.1. Hạ sốt

II.3.2. Bù dịch:

ϖ Bù dịch bằng đường uống.

ϖ Truyền dịch:

– Chỉ định: bệnh nhân không uống được, nôn nhiều lần, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

– Loại dịch: Ringer lactat, NaCl 0,9%.

– Tốc độ truyền: khởi đầu 6-7ml/kg/giờ (theo sơ đồ 1). Đối với những bệnh nhân có dấu hiệu đau bụng kèm gan to hoặc chi mát kèm mạch nhanh mặc dù huyết áp bình thường, xem xét truyền Ringer lactat, NaCl 0,9% khởi đầu 10ml/kg/giờ.

– Thời gian truyền dịch: thường là 24 giờ. Xem xét ngừng dịch truyền sớm hơn khi trẻ có tổng trạng tốt, hết nôn, ăn uống được.

Chú ý: Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo khi kèm chi ẩm, mát, CRT ≥ 3", đau bụng vùng gan, lừ đừ hay vật vả, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg được điều trị như sốc SXHD.

II.3.3. Theo dõi:

Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác, tưới máu da, CRT mỗi 2 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó mỗi 4- 6 giờ.

Nước tiểu mỗi 8-12 giờ.

Hct mỗi 2-4 giờ, sau đó mỗi 4-6 giờ.

II.4. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng: điều trị cấp cứu.

II.4.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

II.4.1.1. Sốc sốt xuất huyết Dengue

a. Ringer lactat hoặc NaCl 0,9%: 15-20ml/kg/giờ TTM. Đánh giá lại sau 1 giờ; phải kiểm

tra lại Hematocrit sau 1 giờ truyền dịch:

o Nếu huyết áp hết kẹp, mạch quay rõ và chậm hơn, chi ấm, CRT < 3 giây, Hct bớt cô đặc: LR hoặc NS 10ml/kg/giờ × 1-2 giờ; sau đó 7,5 ml/kg/giờ × 2-4 giờ; 5 ml/kg/giờ × 4-8 giờ; và 3 ml/kg/giờ × 6-12 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng và Hematocrit.

o Nếu không cải thiện: dung dịch cao phân tử (HES 6% 200/0,5 hoặc Dextran 40 hoặc Dextran 70), 15-20 ml/kg/giờ × 1 giờ. Sau đó đánh giá lại:

• Nếu cải thiện: CPT 10 ml/kg/giờ × 1-2giờ. Sau đó 7,5ml/kg/giờ × 2-3giờ; 5ml/kg/giờ × 3-4 giờ. Xem xét đổi qua LR hoặc NS khi tình trạng bệnh nhi ổn định (xem chi tiết trong sơ đồ 2).

• Nếu sốc vẫn chưa cải thiện, thì đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP), huyết áp động mạch xâm lấn để quyết định xử trí tiếp theo.

Chú ý: nếu sốc 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 10ml/kg/1giờ.

b. Theo dõi:

o Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác, tưới máu da, CRT mỗi giờ trong 6 giờ đầu, sau đó mỗi 4- 6 giờ.

o Nước tiểu mỗi 8-12 giờ.

o Hct mỗi 2-4 giờ, sau đó mỗi 4-6 giờ.

II.4.1.2. Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

a. Thở oxy.

b. Truyền dịch:

ϖ Ringer lactat hoặc NaCl 0,9%: TTM 20ml/kg/15 phút. Sau đó đánh giá lại:

• Nếu mạch rõ, huyết áp hết kẹp: cao phân tử (HES 6% 200/0,5 hoặc Dextran 40 hoặc Dextran 70) TTM 10 ml/kg/giờ và xử trí tiếp theo như sốc xuất huyết Dengue (theo mục II.4.1.1).

• Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹp: cao phân tử TTM 15-20ml/kg/giờ, sau đó đánh giá lại:

o Nếu mạch rõ, huyết áp hết kẹp: cao phân tử TTM 10 ml/kg/giờ và xử trí tiếp theo như sốc xuất huyết Dengue (theo mục II.4.1.1).

o Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹp: lập lại cao phân tử TTM 15-20 ml/kg/giờ, đặt CVP, catheter động mạch đo huyết áp xâm lấn (HAĐMXL), điều chỉnh dịch theo lâm sàng, trị số CVP, HAĐMXL và phương tiện theo dõi khác.

• Nếu mạch nhanh nhẹ, huyết áp hạ hoặc không đo được:

o Cao phân tử TTM 20ml/kg/15-30 phút.

o Đặt CVP và phương tiện theo dõi khác để điều chỉnh dịch.

Sau đó, dựa theo lâm sàng, trị số CVP, HAĐMXL, xét nghiệm và phương tiện theo dõi khác để quyết định: tốc độ dịch truyền, Dopamin, máu và chế phẩm máu.

Những lưu ý khi điều trị sốc SXHD:

ϖ Các yếu tố nguy cơ liên quan đến diễn tiến nặng, dẫn đến tử vong cần điều trị tích cực:

– Ngày vào sốc 3,4.

– Cơ địa dư cân, nhũ nhi, bệnh lý kèm: tim bẩm sinh, viêm phổi, suyễn, hội chứng thận hư.

– HA lúc vào sốc: HA kẹp ≤ 15mmHg, tụt (= 0; 70 + 2n, n = 1-10 tuổi; < 90, trẻ ≥ 10 tuổi).

– Hct lúc vào sốc: Hct ≥ 40%: nhũ nhi; Hct ≥ 45%: 1-5 tuổi; Hct ≥ 48-50%: > 5 tuổi.

– Hct còn cao sau nhiều giờ bù dịch.

– Sốt trong diễn tiến sốc.

– Mạch vẫn nhanh sau bù dịch nhiều giờ.

– Tràn dịch màng bụng, màng phổi nhanh trong vòng 6-12 giờ: Bụng phình, vòng bụng tăng, phế âm giảm bên phải.

– Xuất huyết tiêu hóa, chảy máu răng, mũi.

– Tái sốc ≥ 2 lần.

ϖ Trong sốc SXHD sau truyền dịch chống sốc 1 giờ đầu với điện giải (LR/NS), Hct thường giảm trị số tuyệt đối 5% (ví dụ Hct từ 45% → 40%). Do đó, nếu Hct chỉ giảm < 5% (ví dụ Hct từ 45% → 42%): tình trạng thất thoát huyết tương cao. Nếu Hct giảm > 5% (ví dụ Hct từ 45% → 38%): có thể nghi ngờ xuất huyết tiêu hóa.

ϖ Đối với trẻ có tổn thương gan, dung dịch được lựa chọn là NS hoặc Ringerfundin hoặc Ringer acetate.

Chỉ định ngưng dịch truyền:

ϖ Chỉ định ngưng dịch truyền trong sốc SXHD không có yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng:

• Quá tải (lưu ý theo dõi sát tình trạng sốc, Hct, trị số hay thay đổi trị số CVP để có thể truyền dịch lại).

• Sốc SXHD N6 (tính ngày 24 giờ), HA ổn 24 giờ.

• Sốc SXHD N6, HA ổn 12 giờ + báo động quá tải.

• Sốc SXHD N5, HA ổn 24 giờ + báo động quá tải.

Thường ngưng dịch khi dịch truyền 120 – 160ml/kg/24 giờ (LR, DX, HES 200 6%,), tốc độ 3ml/kg/giờ trong nhiều giờ.

ϖ Chỉ định ngưng dịch truyền trong sốc SXHD nặng, sốc SXHD có yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng, sốc kéo dài:

• Quá tải (lưu ý theo dõi sát tình trạng sốc, Hct, trị số hay thay đổi trị số CVP để có thể truyền dịch lại).

• Ngày ≥ 6 (tính ngày 24 giờ).

• Tổng dịch ≥ 160-200ml/kg.

• Thời gian truyền dịch chống sốc ≥ 24-48 giờ.

• Đạt được các mục tiêu M, HA, nước tiểu, Hct, Lactate, khí máu.

• Tốc độ dịch giảm dần liều 3ml/kg/g (≥6g), 2ml/kg/g × 3-4 giờ, 1ml/kg/g × 3-4 giờ.

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 ngày bệnh, thời gian và số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến các rối loạn ABCS (Acidosis, Blood, Calcium, Sugar): điều chỉnh toan, truyền máu, rối loạn điện giải, đường huyết.

c. Thực hiện kỹ thuật đánh giá tiền tải và chức năng co bóp cơ tim (CVP và/hoặc siêu âm tim):

ϖ Chỉ định: SXHD kèm các triệu chứng sau:

• Sốc SXHD nặng thất bại liều LR 20mg/kg/15phút hoặc thất bại CPT liều đầu 15-20mg/kg/giờ.

• Sốc SXHD:

– Kèm bệnh lý tim, phổi, thận.

– Cơ địa dư cân, nhũ nhi diễn tiến không thuận lợi.

– Thất bại với liều đầu 15-20mg/kg/ giờ .

• Sốc SXHD đã truyền dịch trước đó:

– Sốc kéo dài.

– Đang sốc kèm suy hô hấp.

– Quá tải hoặc nghi ngờ quá tải.

– Bệnh nhân đang truyền cao phân tử với tổng lượng cao phân tử > 80ml/kg hoặc phải duy trì dịch truyền cao phân tử ≥ 5ml/kg/giờ trên 4 giờ.

– SXHD nặng đang dùng thuốc vận mạch hoặc khi xem xét chỉ định dùng thuốc vận mạch.

• SXHD có dấu hiệu cảnh báo diễn tiến xấu (phân loại thành SXHD nặng): sốc, rối loạn tri giác: bứt rứt vật vã, la hét, suy hô hấp, xuất huyết niêm:xuất huyết tiêu hóa.

d. Chăm sóc và theo dõi bệnh nhân sốc SXHD:

– Giữ ấm.

– Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2/15-30 phút trong 1-2 giờ đầu, sau đó mỗi 1-2 giờ khi bệnh nhân ổn định, sau đó mỗi 2-6 giờ.

– Hct sau 1 giờ đầu sau đó mỗi 2 giờ trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó mỗi 2-4 giờ cho đến khi sốc ổn định.

– Nước tiểu mỗi 2-4 giờ đầu sau đó mỗi 8-12 giờ.

– Tổng dịch nhập xuất / 24 giờ.

– Tình trạng thoát dịch vào màng bụng (đo vòng bụng), màng phổi, màng tim.

II.4.2. Điều trị xuất huyết nặng

ϖ Truyền máu và các chế phẩm máu

– Khi bệnh nhân sốc có chỉ định truyền cao phân tử cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.

– Truyền hồng cầu lắng hoặc máu toàn phần khi không có hồng cầu lắng:

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

• Xuất huyết nặng.

– Liều lượng: hồng cầu lắng hoặc máu tươi cùng nhóm 10 – 20 ml/kg/lần, tốc độ tùy theo tình trạng lâm sàng của bệnh nhân.

ϖ Truyền tiểu cầu

– Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới 50.000/mm3 kèm theo xuất huyết nặng hoặc khi có chỉ định làm thủ thuật xâm lấn chọc dò màng bụng, màng phổi.

– Nếu số lượng tiểu cầu dưới 5.000/mm3 mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

ϖ Truyền huyết tương tươi, kết tủa lạnh

– Huyết tương tươi đông lạnh: khi có rối loạn đông máu nặng kèm đang xuất huyết hoặc khi có chỉ định làm thủ thuật xâm lấn (chọc dò màng bụng, màng phổi). Liều lượng:10-20 ml/kg.

– Kết tủa lạnh: chỉ định khi có rối loạn đông máu và Fibrinogen máu giảm < 1g/L. Liều lượng: 1túi/6kg (1 túi chứa 150mg Fibrinogen).

II.5. Điều trị suy tạng nặng (xem bài điều trị tổn thương gan trong SXHD, SXHD thể não).

III. Tiêu chuẩn cho bệnh nhân xuất viện

– Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.

– Mạch, huyết áp bình thường.

– Ăn ngon miệng.

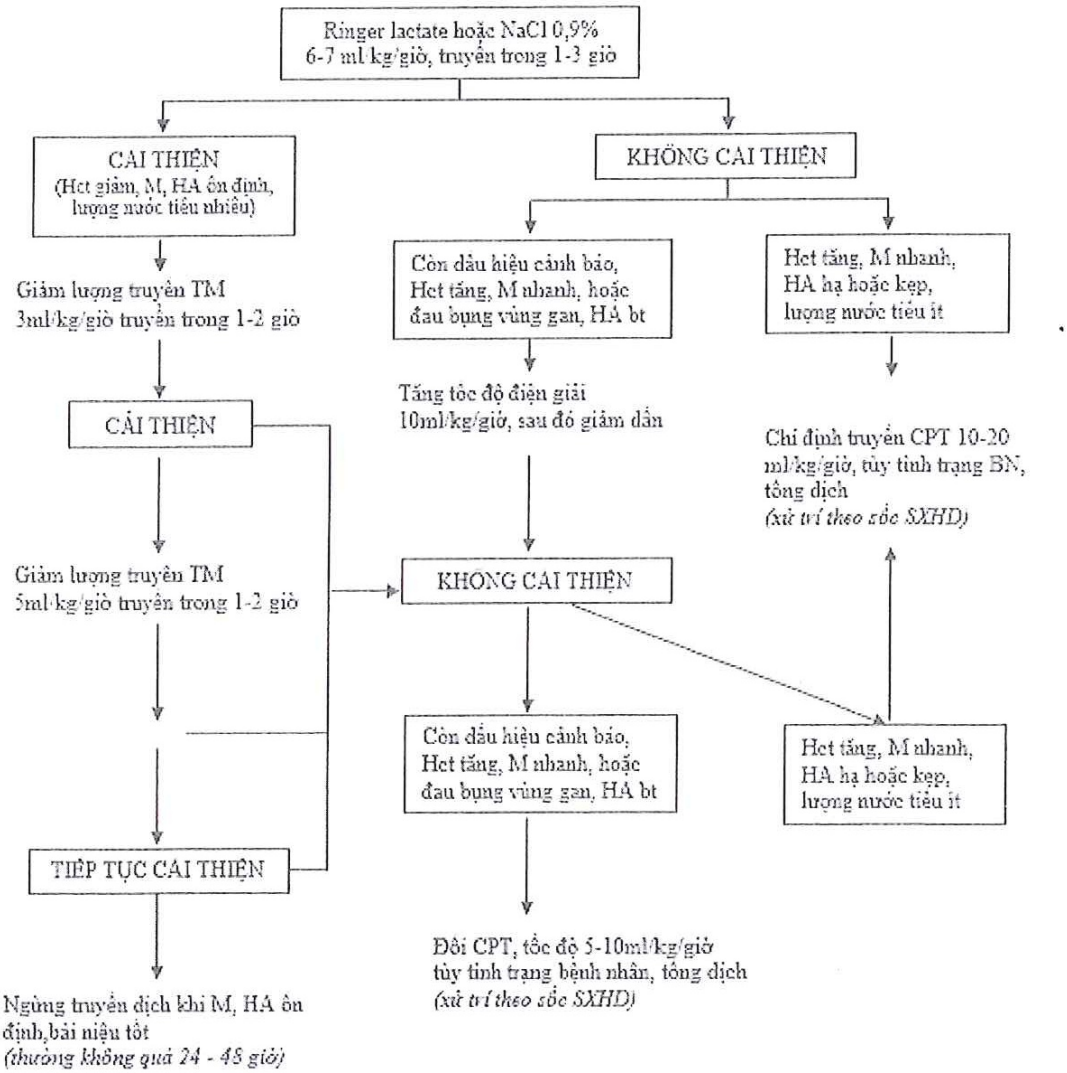
– Tiểu khá.

– Ban hồi phục

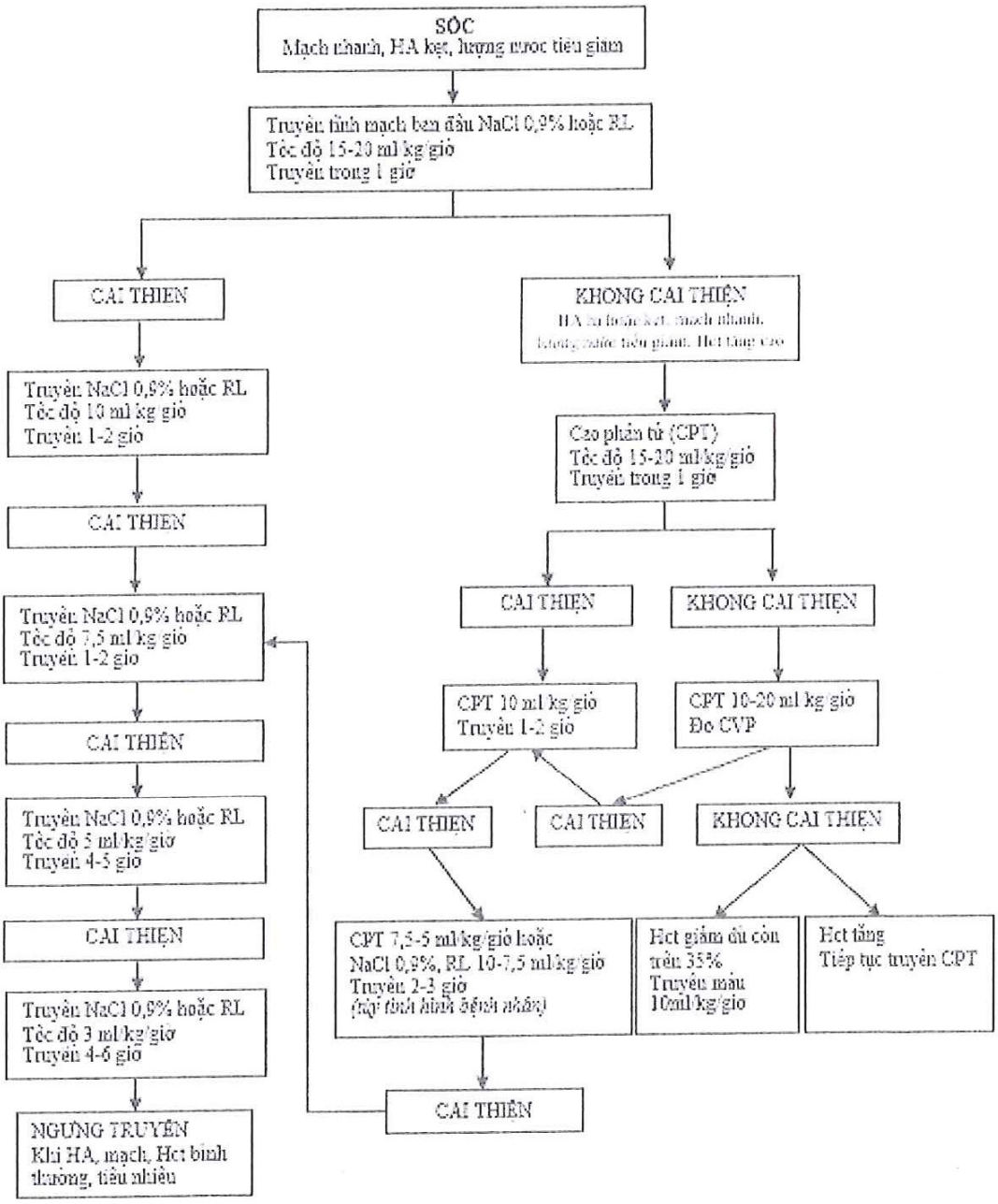
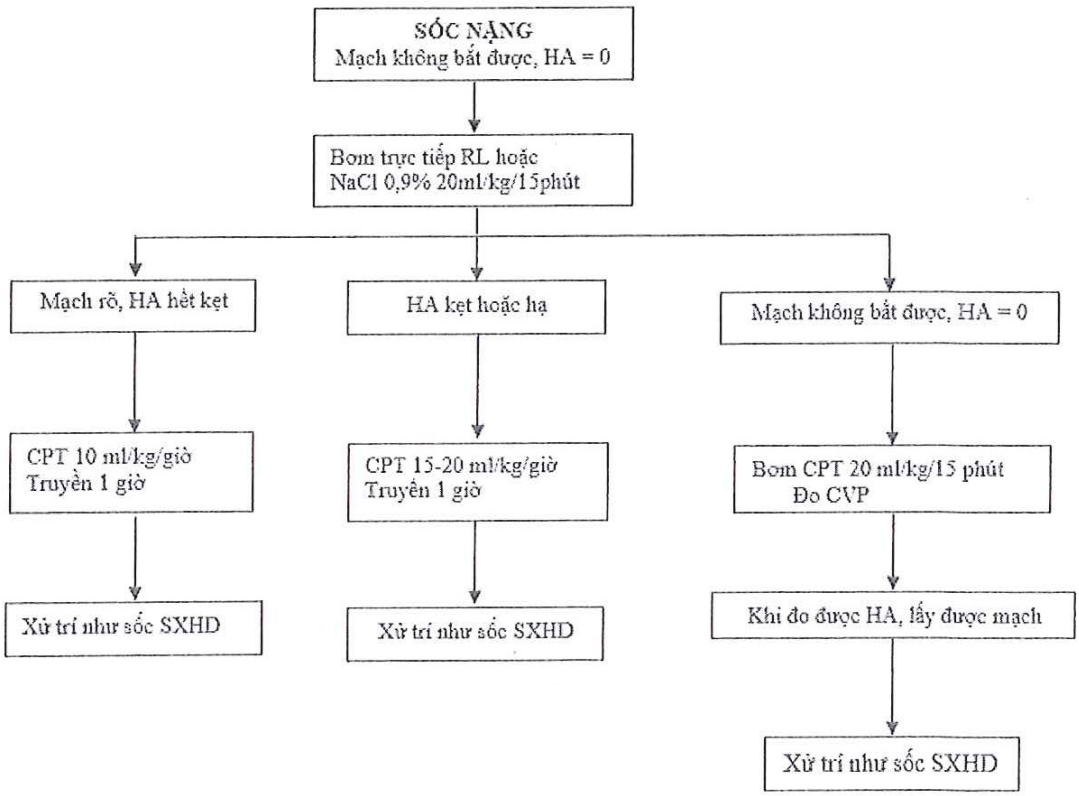
IV. Phòng bệnh

Hiện chưa có vaccin phòng bệnh. Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là tránh muỗi đốt, diệt lăng quăng, diệt muỗi.

Sơ đồ 1. Truyền dịch trong SXHD có dấu hiệu cảnh báo



Sơ đồ 2. Truyền dịch trong sốc SXHD



Sơ đồ 3. Truyền dịch trong sốc SXHD nặng