

SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE

CHƯƠNG 1 ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus Dengue gây nên. Virus Dengue có 4 type huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Virus truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến tử vong.

CHƯƠNG 2 DIỄN BIẾN LÂM SÀNG

2.1. Giai đoạn sốt:

2.1.1 Lâm sàng:

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu mũi.

2.1.2 Cận lâm sàng:

- Hematocrit (Hct) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên $100.000/mm^3$).
- Số lượng bạch cầu giảm.

2.2. Giai đoạn nguy hiểm: thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

2.2.1 Lâm sàng:

- a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.
- b) Có thể có các biểu hiện sau:
 - Đau bụng nhiều: đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau nhất là ở vùng gan.
 - Vật vã, lừ đừ, li bì.
 - Gan to $> 2cm$ dưới bờ sườn, có thể đau.
 - Nôn ói.

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24-48 giờ).
 - o Tràn dịch màng phổi, mô kẽ (có thể gây suy hô hấp), màng bụng, phù nề mi mắt.
 - o Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu $\leq 20\text{mmHg}$ hoặc tụt huyết áp, không đo được huyết áp, mạch không bắt được, da lạnh, nổi vân tím (sốc nặng), tiểu ít.
- Xuất huyết:
 - o Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạn sườn hoặc mảng bầm tím.
 - o Xuất huyết niêm mạc như chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, đi ngoài (tiêu) phân đen hoặc máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.
 - o Xuất huyết nặng: chảy máu mũi nặng (cần nhét bấc hoặc gạc cầm máu), xuất huyết âm đạo nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng (phổi, não, gan, lách, thận), thường kèm theo tình trạng sốc, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng. Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày - tá tràng, viêm gan mạn.
- Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như tổn thương gan nặng/suy gan, thận, tim, phổi, não. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở người bệnh có hoặc không có sốc do thoát huyết tương.
 - o Tổn thương gan nặng/suy gan cấp, men gan AST, ALT $\geq 1000\text{U/L}$.
 - o Tổn thương/suy thận cấp.
 - o Rối loạn tri giác (sốt xuất huyết Dengue thể não).
 - o Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

2.2.2 Cận lâm sàng

- Cô đặc máu khi Hematocrit tăng $> 20\%$ so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.
Ví dụ: Hct ban đầu là 35%, SXHD có tình trạng cô đặc máu khi Hct hiện tại đo được là 42% (tăng 20% so với ban đầu).
- Số lượng tiểu cầu giảm ($< 100.000/\text{mm}^3$)
- AST, ALT thường tăng.
- Trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.

- Siêu âm hoặc X-quang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.

2.3. Giai đoạn hồi phục: thường vào ngày thứ 7 - 10 của bệnh

2.3.1 Lâm sàng

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.
- Có thể phát ban hồi phục hoặc ngứa ngoài da.
- Có thể có nhịp tim chậm, không đều, có thể có suy hô hấp do quá tải dịch truyền.

2.3.2 Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.
- AST, ALT có khuynh hướng giảm.

Phụ lục 1: Các giai đoạn lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue.

CHƯƠNG 3 CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ

Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (theo Tổ chức Y tế thế giới năm 2009).

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

Lưu ý: Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

Phụ lục 2: Phân độ sốt xuất huyết Dengue.

3.1. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

3.1.1 Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh: tìm kháng nguyên NS1 từ ngày 1 đến ngày 7 của bệnh (ưu tiên trong 5 ngày đầu).
- Xét nghiệm ELISA hoặc test nhanh tìm kháng thể IgM, IgG từ ngày thứ 5 của bệnh nếu NS1 âm tính.

3.1.2 Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút:

Lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do vi rút.

- Tay chân miệng.
- Sốt mò.
- Sốt rét.
- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...
- Sốc nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp, ...

CHƯƠNG 4 ĐIỀU TRỊ

Phụ lục 3: Sơ đồ phân nhóm điều trị người bệnh Sốt xuất huyết Dengue

4.1. Chỉ định nhập viện: xem xét nhập viện trong các trường hợp sau

- Sóng một mình.
- Nhà 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.
- Bệnh mạn tính đi kèm (thận, tim, gan, hen, đái tháo đường, thiếu máu tan máu...).

4.2. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

4.2.1 Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, cởi lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.
- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4 - 6 giờ.

* Chú ý:

- Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24 giờ.
- Không dùng aspirin (acetylsalicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

4.2.2 Bù dịch sớm bằng đường uống:

Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước trái cây (nước dứa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

- Không ăn uống những thực phẩm có màu nâu hoặc đỏ như xá xị, sô cô la, ...
- Lượng dịch khuyến cáo: uống theo nhu cầu cơ bản, khuyến khích uống nhiều.

4.2.3 Theo dõi

- a) Tái khám và làm xét nghiệm hàng ngày. Nếu xuất hiện dấu hiệu cảnh báo cho nhập viện điều trị.
- b) Người bệnh đến khám lại ngay khi có một trong các dấu hiệu sau
 - Người bệnh thấy khó chịu hơn mặc dù sốt giảm hoặc hết sốt.
 - Không ăn, uống được.
 - Nôn ói nhiều.
 - Đau bụng nhiều.
 - Tay chân lạnh, ảm.
 - Mệt lả, bứt rứt.
 - Chảy máu mũi, miệng hoặc xuất huyết âm đạo.
 - Không tiểu trên 6 giờ.
 - Biểu hiện hành vi thay đổi như lú lẫn, tăng kích thích, vật vã hoặc li bì.

4.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Người bệnh được cho nhập viện điều trị.

4.3.1 Điều trị triệu chứng: hạ sốt.

4.3.2 Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

4.3.3 Theo dõi: mạch, HA, những dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch đưa vào, nước tiểu và Hct mỗi 4 - 6 giờ.

4.3.4 Chỉ định truyền dịch

- a. Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau
 - Lừ đừ.
 - Không uống được nước.
 - Nôn ói nhiều.
 - Đau bụng nhiều.
 - Có dấu hiệu mất nước.
 - Hct tăng cao.
- b. Dịch truyền bao gồm: Ringer lactate, Ringer acetate, NaCl 0,9%.

* Lưu ý:

- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh, ảm, thời gian làm đầy mao mạch ≥ 3 giây, lừ đừ hay vật vã, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg: điều trị như sốc SXHD.

- Nếu SXHD cảnh báo kèm chi lạnh (mát), mạch nhanh, HA bình thường: truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 10ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại.

+ Nếu cải thiện lâm sàng, tay chân ấm, mạch chậm lại, HA bình thường: tiếp tục Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 6 - 7ml/kg/giờ x 1 - 3 giờ sau đó 5ml/kg/giờ x 2 - 4 giờ và xử trí tiếp theo như phác đồ SXHD cảnh báo.

+ Nếu có sốc truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ trong 1 giờ và xử trí tiếp sau đó như phác đồ sốc SXHD.

- Thời gian truyền dịch: thường là không quá 24 - 48 giờ.

Phụ lục 4: Sơ đồ xử trí sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo ở trẻ em.

Phụ lục 5: Sơ đồ xử trí sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo ở trẻ thiếu niên.

4.4. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng trẻ em

4.4.1 Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em

a. Chuẩn bị các dịch truyền sau

- Ringer lactate.

- Ringer acetate trong trường hợp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp.

- Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).

- Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES 200.000 dalton)).

- Dung dịch albumin.

b. Thở oxy qua gọng mũi 1 - 6 lít/phút.

Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

Phụ lục 6: Điều trị suy hô hấp cấp.

c. Bù dịch nhanh

Phụ lục 7: Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em.

Lưu ý: Đối với trẻ dư cân hoặc béo phì, sử dụng cân nặng hiệu chỉnh để truyền dịch.

CÂN NẶNG HIỆU CHỈNH Ở TRẺ EM DƯ CÂN HOẶC BÉO PHÌ

(Dựa theo hướng dẫn của CDC 2014)

Tuổi (năm)	Nam (kg)	Nữ (kg)
2	13	12
3	14	14
4	16	16
5	18	18
6	21	20

Tuổi (năm)	Nam (kg)	Nữ (kg)
7	23	23
8	26	26
9	29	29
10	32	33
11	36	37
12	40	42
13	45	46
14	51	49
15	56	52
16	61	54

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng:

- Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/giờ.

- Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/30 phút trường hợp tụt HA nặng (HATT: trẻ < 10 tuổi < (70 + 2 x tuổi) mmHg, trẻ ≥ 10 tuổi < 90 mmHg) Sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct.

* Chỉ định đo CVP

+ Quá tải, nghi ngờ quá tải.

+ Sốc kéo dài, sốc không đáp ứng với bù dịch ≥ 60ml/kg cân nặng.

+ Tái sốc.

+ Sốc kèm bệnh lý tim, phổi, thận.

+ Sốc ở trẻ nhũ nhi, béo phì.

*** Sốc SXH Dengue ở trẻ thiếu niên 13 - 16 tuổi**

- Trẻ thiếu niên có đặc điểm sinh lý giống với người lớn, có tình trạng thất thoát huyết tương ít hơn trẻ em nên lượng dịch truyền có thể ít hơn nhằm tránh tình trạng quá tải dịch.

- Sử dụng cân nặng theo hướng dẫn của Bộ Y tế cho trẻ béo phì.

- Trong 1 giờ đầu, truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 20ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct.

+ Nếu cải thiện về lâm sàng và hematocrit: giảm dịch như phác đồ dành cho trẻ em với thời gian duy trì ở mỗi mức dịch bằng 1/2 trẻ nhỏ; sau đó duy trì 1,5 ml/kg/giờ trong 12 - 18 giờ.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng và hematocrit còn cao hoặc ≥ 40%: chuyển sang dung dịch cao phân tử với tốc độ như trẻ em, nhưng thời gian giảm 1/2 so với trẻ em.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng và hematocrit $< 35\%$ hay giảm 20% so với ban đầu: điều trị như trẻ em.

Phụ lục 8: Sơ đồ xử trí sốc SXHD ở trẻ thiếu niên 13 - 16 tuổi.

Phụ lục 9: Điều kiện chuyển từ dung dịch CPT sang dung dịch điện giải và ngược lại.

*** Sốt SXH Dengue ở trẻ mắc thalassemia**

- So với trẻ bình thường bị SXHD, bệnh nhân thalassemia khi bị SXHD:

+ Có Hct nền thấp, vì thế cô đặc máu khi Hct tăng 20% so với Hct nền.

+ Tôn thương cơ tim, suy tim, gan nhiều hơn.

+ Sốc SXHD ở trẻ thalassemia thường nặng.

- Điều trị SXHD ở bệnh nhân thalassemia:

+ SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo: truyền máu sớm, duy trì Hct 25% đến 30% và sử dụng dung dịch Natri chlorua $0,9\%$, Ringer acetate khi có chỉ định do thường có tổn thương gan.

+ Sốc SXHD:

Lựa chọn ban đầu là Natri chlorua $0,9\%$, Ringer acetate.

Trường hợp sốc nặng: tốc độ dịch chống sốc ban đầu là $15 - 20\text{ml/kg/15} - 30$ phút và theo dõi sát tình trạng quá tải, suy hô hấp.

Truyền máu sớm khi Hct dưới 30% sau khi bù dịch chống sốc.

Đo CVP, huyết áp xâm lấn, siêu âm bụng, tim, phổi, X-quang phổi, khí máu động mạch, ion đồ, men tim, chức năng gan, thận, chức năng đông máu, đo cung lượng tim (nếu có).

Xem xét thuốc vận mạch khi bù đủ dịch mà huyết áp còn thấp.

*** Đối với nữ nhi ≤ 12 tháng tuổi**

- Phát hiện sốc thường trễ do ít nghĩ đến chẩn đoán SXHD và khó đo huyết áp.

- Hematocrit bình thường có thể ở mức thấp ($30 - 35\%$) do có thiếu máu sinh lý.

- Chú ý lượng dịch và tốc độ dịch truyền để tránh nguy cơ dư dịch, suy hô hấp.

- Do ở trẻ nữ nhi rất khó đo áp lực tĩnh mạch trung tâm nên xem xét dùng siêu âm khảo sát sự thay đổi đường kính của tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở để giúp đánh giá thể tích dịch nội mạch thay cho CVP.

4.4.2 Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được ($HA=0$)) hoặc tụt huyết áp nặng (HA tâm thu $< 70\text{mmHg}$ ở trẻ > 1 tuổi) hoặc hiệu áp $\leq 10\text{mmHg}$ thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở oxy.

- Truyền dịch nhanh: dùng bơm tiêm to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% với tốc độ 20ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút.

Phụ lục 10: Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.

Phụ lục 11: Sử dụng thuốc vận mạch trong sốc SXHD

**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 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 furosemide 0,5 - 1mg/kg cân nặng/lần (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.

**Tiêu chuẩn ngưng truyền dịch*

+ Lâm sàng ổn định, chi ấm, mạch rõ, HA ổn định, tiểu khá.

+ Hct ổn định.

+ Thời điểm ngưng truyền dịch thường 24 giờ sau khi hết sốc và bệnh nhân có các dấu hiệu của giai đoạn hồi phục, thường là sau ngày 6 - 7. Tổng dịch truyền thường 120 - 150ml/kg trong trường hợp sốc SXHD. Trường hợp sốc SXHD nặng, thời gian truyền dịch và thể tích dịch truyền có thể nhiều hơn.

+ Ngưng dịch truyền khi có dấu hiệu quá tải hoặc dọa phù phổi.

- 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 diễn tiến 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, động mạch bẹn, đùi.

- 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.

- Khi điều trị sốc, cần phải 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 hoá. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

4.4.3 Điều trị xuất huyết nặng

- Nhịn ăn uống.

- Tránh đặt sonde dạ dày ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa ồ ạt thì nên đặt qua đường miệng.

- Vitamine K1 tĩnh mạch liều 1mg/kg/ngày, tối đa 20mg/ngày.

- Omeprazole 1 mg/kg truyền tĩnh mạch hoặc các thuốc ức chế bơm Proton khác (PPI): Pantoprazol, Esomeprazol nếu nghi viêm loét dạ dày.

- Truyền máu và chế phẩm máu.

4.4.4 Điều trị toan chuyển hóa, hạ đường huyết, hạ Calci huyết, hạ Natri máu.

- Toan chuyển hóa ($\text{pH} < 7,35$ và/hoặc $\text{HCO}_3^- < 17$): Natri bicarbonate 4,2% 2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ đường huyết (đường huyết $< 40\text{mg/dl}$): Dextrose 30% 1 - 2ml/kg tĩnh mạch chậm.

- Hạ Calci huyết (Calci ion hóa $< 1\text{mmol/L}$): Calci clorua 10% 0,1 - 0,2 ml/kg (tối đa 2 - 5ml/liều), pha loãng trong Dextrose 5% 10 - 20ml tĩnh mạch chậm 5 -10 phút.

- Hạ Natri máu nặng kèm rối loạn tri giác (Natri máu $< 125\text{mEq/l}$): Natri clorua 3% 4ml/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút, lặp lại khi cần.

4.4.5 Điều trị suy tạng nặng

a) Tổn thương gan, suy gan cấp

* Phân độ tổn thương gan cấp trong SXHD.

+ (1) Nhẹ: AST, ALT: 120 - $< 400\text{U/L}$.

+ (2) Trung bình: AST, ALT: 400 - $< 1000\text{U/L}$.

+ (3) Nặng hoặc suy gan cấp: AST, ALT $\geq 1000\text{U/L}$, có hoặc không có bệnh lý não gan.

* Điều trị tổn thương gan cấp trung bình

- Nhập viện điều trị.

- Tránh dùng các thuốc hại gan.

- Truyền dịch nếu có chỉ định.

+ Tránh dùng dung dịch Ringer lactate, paracetamol trong trường hợp tổn thương gan mức độ trung bình, nặng.

- + Dung dịch được chọn: NaCl 0,9% hoặc Ringer acetate, Dextrosaline.
- + Hạn chế dùng dung dịch HES.

*Điều trị tổn thương gan nặng, suy gan cấp. Điều trị tương tự tổn thương gan trung bình kèm

- Hỗ trợ hô hấp khi cần.
- Điều trị hạ đường huyết nếu có.
- Hạn chế dịch 2/3 - 3/4 nhu cầu.
- Điều trị rối loạn điện giải nếu có.
- Vitamin K1 1mg/kg tĩnh mạch chậm, tối đa 20mg/ngày.
- Điều trị rối loạn đông máu: truyền huyết tương đông lạnh.
- Kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.

* *Lưu ý:* điều trị hỗ trợ tổn thương gan cần lưu ý chống sốc tích cực nếu có, hô hấp hỗ trợ sớm nếu sốc không cải thiện, theo dõi điện giải đồ, đường huyết nhanh, khí máu động mạch, amoniac máu, lactate máu, đông máu toàn bộ mỗi 4 - 6 giờ để điều chỉnh kịp thời các bất thường nếu có.

b) Tổn thương thận cấp.

- Chẩn đoán tổn thương thận cấp:
 - + Tiêu ít < 0,5ml/kg/giờ, và
 - + Creatinine máu tăng $\geq 1,5 - 2$ lần trị số bình thường hoặc độ thanh thải Creatinine (eCrCl) giảm $\geq 50\%$.
- Điều trị:
 - + Chống sốc: dịch truyền, vận mạch, hạn chế dùng HES, xem xét chỉ định dùng Albumin.
 - + Điều trị bảo tồn tổn thương thận: hạn chế dịch nhập, tránh thuốc tổn thương thận.
 - + Theo dõi cân nặng và cân bằng dịch xuất - nhập.
 - + Xem xét chọc dẫn lưu ổ bụng khi có tăng áp lực ổ bụng nặng (áp lực bàng quang > 27 cmH₂O).
 - + Thận nhân tạo (lọc máu chu kỳ) khi suy thận cấp kèm quá tải hoặc hội chứng ure huyết, toan chuyển hóa nặng, tăng kali máu thất bại điều trị nội khoa ở bệnh nhân huyết động ổn định.
 - + Lọc máu liên tục khi suy thận cấp hoặc tổn thương đa cơ quan ở bệnh nhân huyết động không ổn định.

c) Sốt xuất huyết Dengue thể não.

- Chẩn đoán: rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú, loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não do nguyên nhân khác.

- Điều trị:

+ Đầu cao 30°.

+ Thở oxy.

+ Chống co giật (nếu có): Diazepam 0,2mg/kg tĩnh mạch chậm, có thể bơm qua đường hậu môn 0,5mg/kg khi không tiêm tĩnh mạch được. Nếu không hiệu quả lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều. Nếu thất bại thêm Phenobarbital 10 - 20mg/kg TTM trong 15 - 30 phút.

+ Điều trị hạ đường huyết (nếu có): Dextrose 30% 1 - 2ml/kg (trẻ < 1 tuổi Dextrose 10% 2ml/kg).

+ Điều chỉnh rối loạn điện giải - toan kiềm.

+ Chống phù não, chỉ định khi lâm sàng bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ: phản xạ mắt búp bê, dấu hiệu mất vỏ (tay co chân duỗi) hoặc mất não (duỗi tứ chi), đồng tử giãn một hoặc hai bên, phù gai thị, thở Cheynes- Stokes hay cơn ngừng thở hoặc tam chứng Cushing (mạch chậm, huyết áp cao, nhịp thở bất thường).

- Điều trị tăng áp lực nội sọ: Mannitol 20% liều 0,5g/kg/lần TTM nhanh 30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ, có thể phối hợp xen kẽ Natri chlorua 3% 4ml/kg/30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ.

+ Đặt nội khí quản thở máy: tăng thông khí giữ PaCO₂ 30 - 35mmHg.

+ Thuốc hạ nhiệt đặt hậu môn paracetamol 10 - 15mg/kg/lần, ngày 4 lần nếu có sốt.

d) Viêm cơ tim, suy tim.

- Đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

- Xét nghiệm: X-quang ngực, đo điện tâm đồ, siêu âm tim, điện giải đồ.

- Điều trị: vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin, milrinon. Xem xét chỉ định ECMO.

4.4.6 Dự dịch

a) Chẩn đoán: khám lâm sàng tìm dấu hiệu

- Dự dịch ngoài lòng mạch: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng, không phù phổi.

- Dự dịch trong và ngoài lòng mạch kèm quá tải dịch, hoặc phù phổi: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng to, thở nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, có thể kèm phù phổi: khó thở, ran rít, tràn bọt hồng, phổi có ran ẩm, nổ, nhịp tim Gallop.

- X-quang phổi, đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

b) Điều trị

*Dur dịch, không phù phổi, kèm sóc N4 - N5.

- Hct cao: truyền cao phân tử hoặc Albumine 5% 10ml/kg/1-2 giờ.
- Hct bình thường hoặc thấp: truyền máu, hồng cầu lắng 5ml/kg/1 giờ.

*Quá tải dịch, không phù phổi kèm huyết động học bình thường và Hct bình thường hoặc thấp ở ngày tái hấp thu (N6 - N7).

- Thường do Hct bị pha loãng do tái hấp thu.
- Giảm tốc độ dịch truyền.
- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn.
- Sử dụng vận mạch dopamine hoặc dobutamine.
- Xem xét furosemide vào N7 của bệnh, liều thấp 0,5mg/kg tĩnh mạch chậm sau đó xem xét truyền furosemide liên tục.
- Theo dõi sát, xem xét ngưng dịch.

*Phù phổi

- Ngưng dịch.
- Nằm đầu cao thở NCPAP hoặc thở máy không xâm lấn hoặc xâm lấn.
- Dobutamine 5 - 10 μ g/kg/phút.
- Furosemide 0,5 - 1mg/kg tĩnh mạch chậm lặp lại sau 1 giờ khi cần và tình trạng huyết động cho phép.

*Lưu ý:

Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO₂ 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.

4.5. Chỉ định hội chẩn tại khoa, hội chẩn bệnh viện:

- Sóc SXH Dengue nặng.
- Tái sóc.
- SXH Dengue cảnh báo kèm hematocrit tiếp tục tăng sau bù dịch điện giải theo phác đồ.
- Sóc SXH Dengue thất bại với bù dịch điện giải giờ đầu.
- Khó thở xuất hiện khi truyền dịch.
- Hematocrit tăng quá cao $\geq 50\%$ hoặc $\leq 35\%$.
- Xuất huyết tiêu hóa: nôn ra máu, đi ngoài ra máu.
- Có tổn thương gan (men gan ≥ 400 U/l).
- Rối loạn tri giác.

- Chẩn đoán phân biệt nhiễm khuẩn huyết.
- Nữ nhi < 1 tuổi hoặc dư cân.
- Bệnh lý tim, phổi, thận, mãn tính.
- Bác sĩ lo lắng hoặc không an tâm khi điều trị.

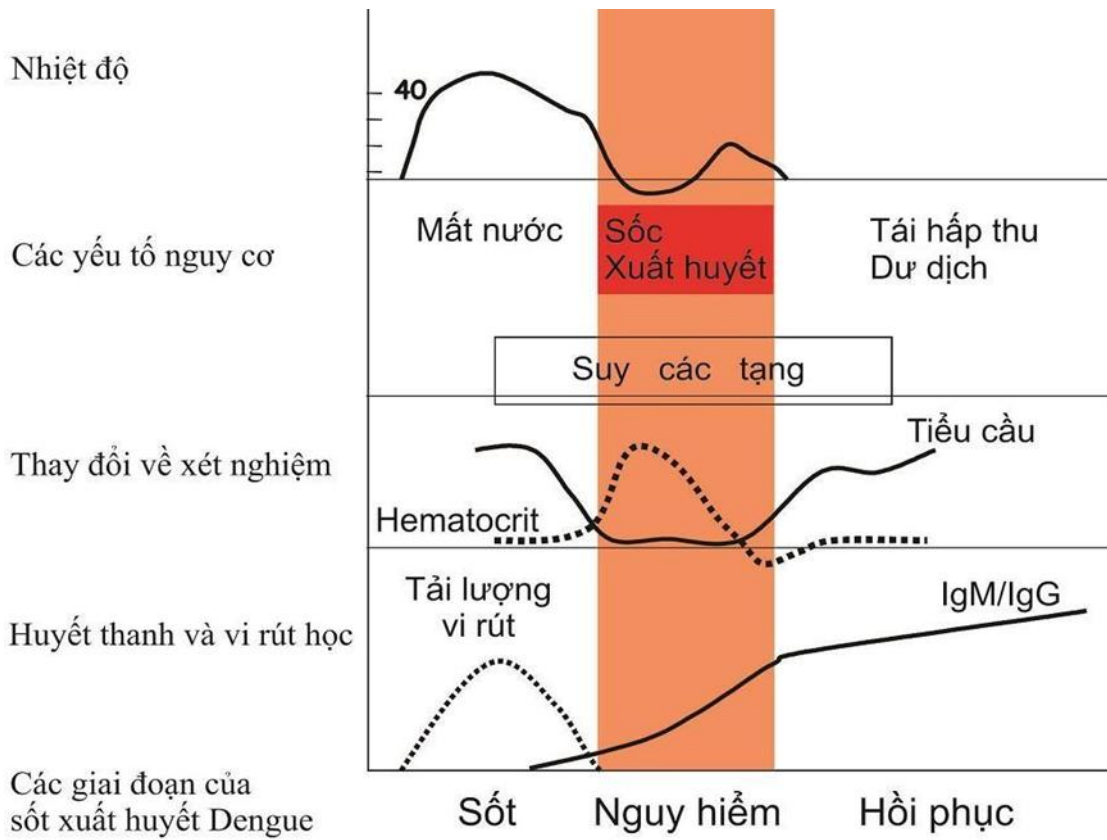
4.6. Chỉ định hội chẩn với bệnh viện tuyến trên

- Sốc kéo dài thất bại với cao phân tử > 100ml/kg và thuốc vận mạch, tăng co cơ tim.
- Tái sốc nhiều lần (≥ 2 lần).
- Suy hô hấp thất bại với thở máy.
- Hội chứng ARDS.
- Suy thận cấp.
- Suy gan cấp.
- Hôn mê/co giật.
- Xuất huyết tiêu hóa nặng thất bại với bù máu và sản phẩm máu.
- Có chỉ định lọc máu.
- Trước chuyển đến bệnh viện tuyến trên.
- Theo ý kiến hội chẩn cần tham vấn tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue.

PHỤ LỤC
PHỤ LỤC 1. CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

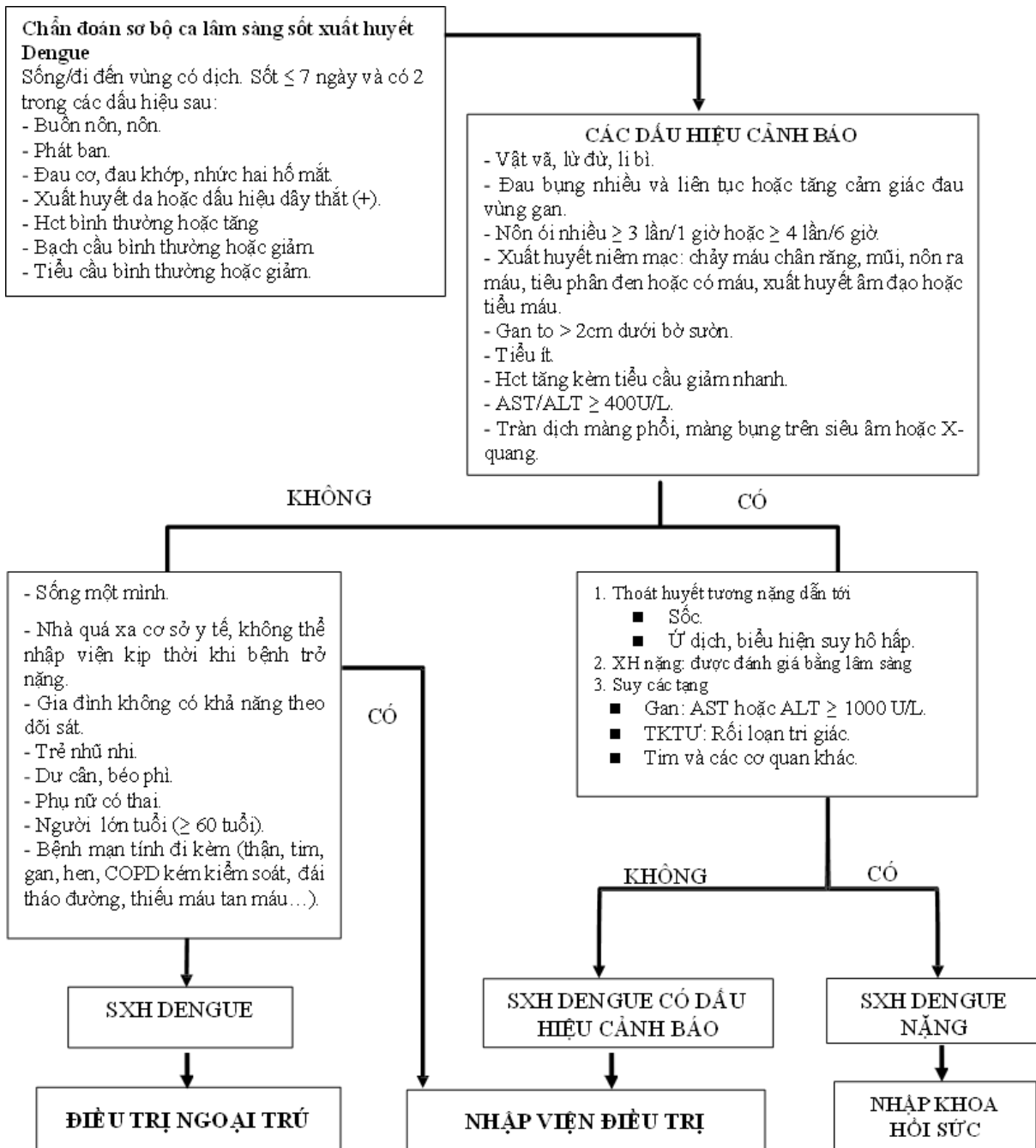


PHỤ LỤC 2. PHÂN ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
<p>Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng</p>	<p>Sống/đi đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buồn nôn, nôn. - Phát ban. - Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt. - Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+). - Hct bình thường hoặc tăng. - Bạch cầu bình thường hoặc giảm. - Tiểu cầu bình thường hoặc giảm. 	<p>Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu. - Gan to $> 2\text{cm}$ dưới bờ sườn. - Tiểu ít. - Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh. - $\text{AST/ALT} \geq 400\text{U/L}^*$. - Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc X- quang <p>(*) Nếu có điều kiện thực hiện.</p>	<p>Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới - Sóc SXHD, sóc SXHD nặng. - Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp. 2. Xuất huyết nặng 3. Suy các tạng - Gan: AST hoặc ALT $\geq 1000\text{U/L}$. - Thần kinh trung ương: rối loạn ý thức. - Tim và các cơ quan khác.

PHỤ LỤC 3

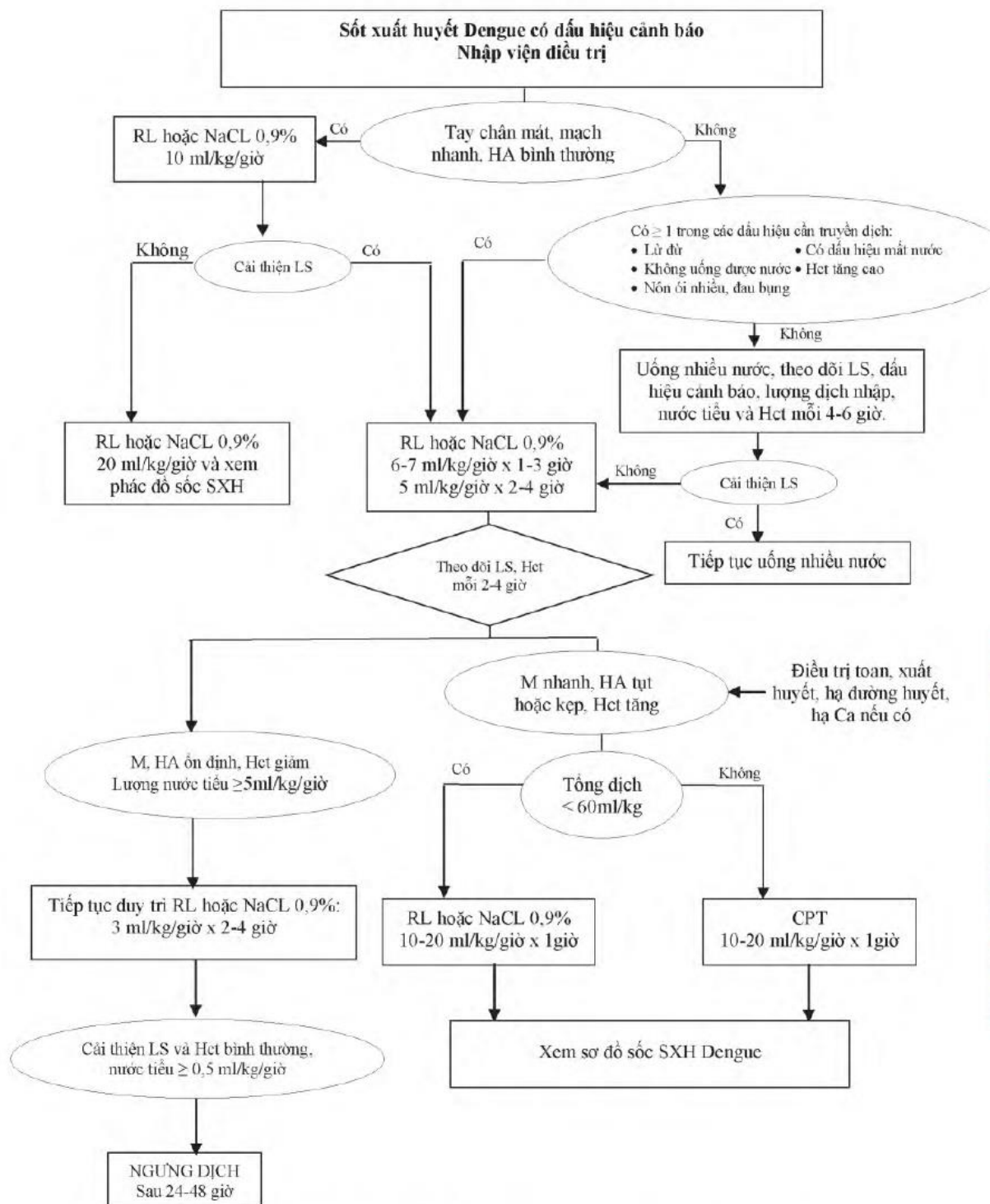
SƠ ĐỒ PHÂN NHÓM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SXH DENGUE



PHỤ LỤC 4

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



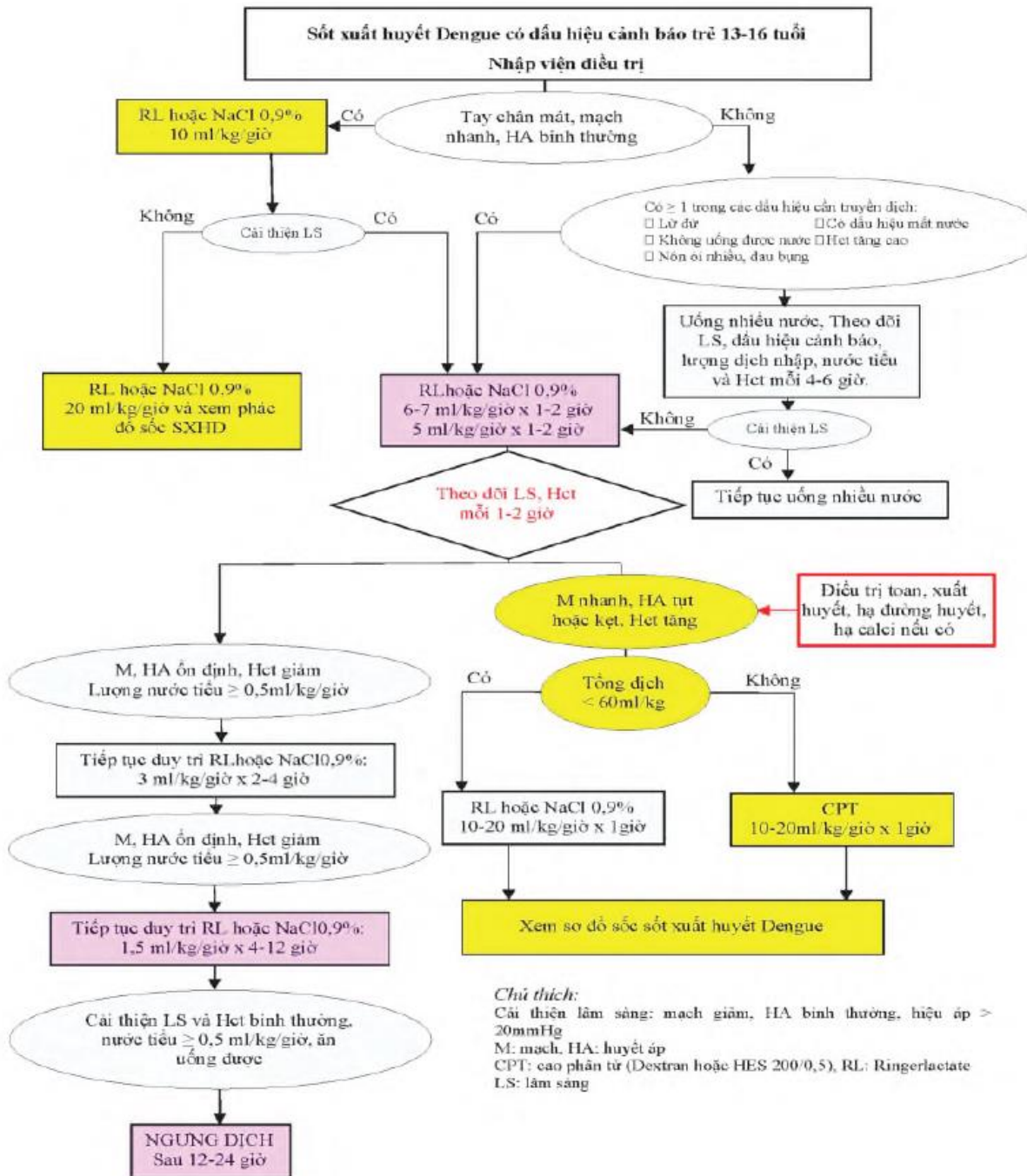
Cải thiện lâm sàng: mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20mmHg

M: mạch, HA: Huyết áp, CPT: Cao phân tử (Dextran hoặc HES 200/0,5), RL: Ringer lactate, LS: Lâm sàng

PHỤ LỤC 5

SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở TRẺ THIỂU NIÊN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Chú thích:
 Cải thiện lâm sàng: mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20mmHg
 M: mạch, HA: huyết áp
 CPT: cao phân tử (Dextran hoặc HES 200/0,5), RL: Ringerlactate
 LS: lâm sàng

PHỤ LỤC 6

ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP

1. Nguyên nhân

- (1) Toan chuyển hóa.
- (2) Quá tải, phù phổi.
- (3) Tràn dịch màng phổi - màng bụng lượng nhiều.
- (4) Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).
- (5) SXHD thể não.

2. Triệu chứng

Bệnh nhân có dấu hiệu thở nhanh, rút lõm ngực, tím tái, SpO₂ < 92%.

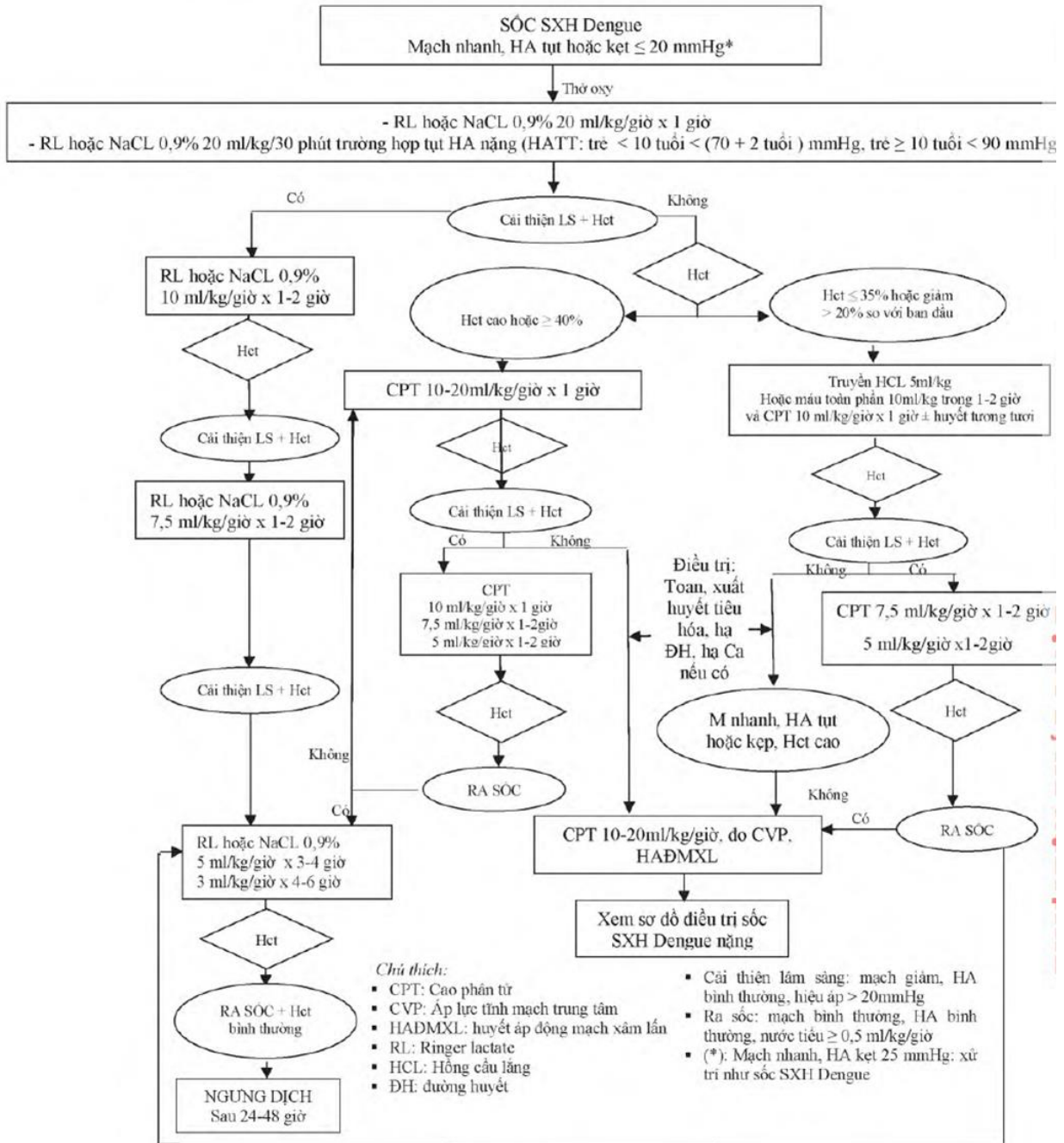
3. Điều trị

- Thở oxy: tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.
- Điều trị quá tải, phù phổi nếu có.
- Điều trị toan chuyển hóa nặng nếu có: Natri bicarbonate 4,2% 2ml/kg tĩnh mạch chậm.
- Thở không xâm lấn áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) hoặc thở máy không xâm lấn khi thất bại oxy (không áp dụng cho xuất huyết thể não). Thông số ban đầu áp lực 4-6cmH₂O và FiO₂ 40-60%, sau đó tăng dần áp lực 10cmH₂O và FiO₂ 100%.
- Đặt nội khí quản thở máy khi:
 - * Sốc SXHD kèm suy hô hấp:
 - + Thất bại với CPAP + dẫn lưu dịch màng bụng theo chỉ định.
 - + Phù phổi/quá tải + thất bại CPAP, vận mạch.
 - + ARDS + thất bại CPAP.
 - + Thất bại CPAP tràn dịch màng bụng hoặc màng phổi lượng nhiều vào N3, 4, đầu N5 của bệnh.
 - + Đang thở CPAP + tổn thương gan nặng (men gan tăng > 1000U/L hoặc tăng dần).
 - + Đang sốc còn thở nhanh, rút lõm ngực với NCPAP kể cả khi SpO₂ ≥ 95%, (tốc độ dịch ≥ 7ml/kg/giờ trong nhiều giờ).
 - * SXHD thể não kèm suy hô hấp:
 - + Suy hô hấp thất bại với thở oxy.
 - + Ngưng thở hoặc cơn ngưng thở.

PHỤ LỤC 7

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

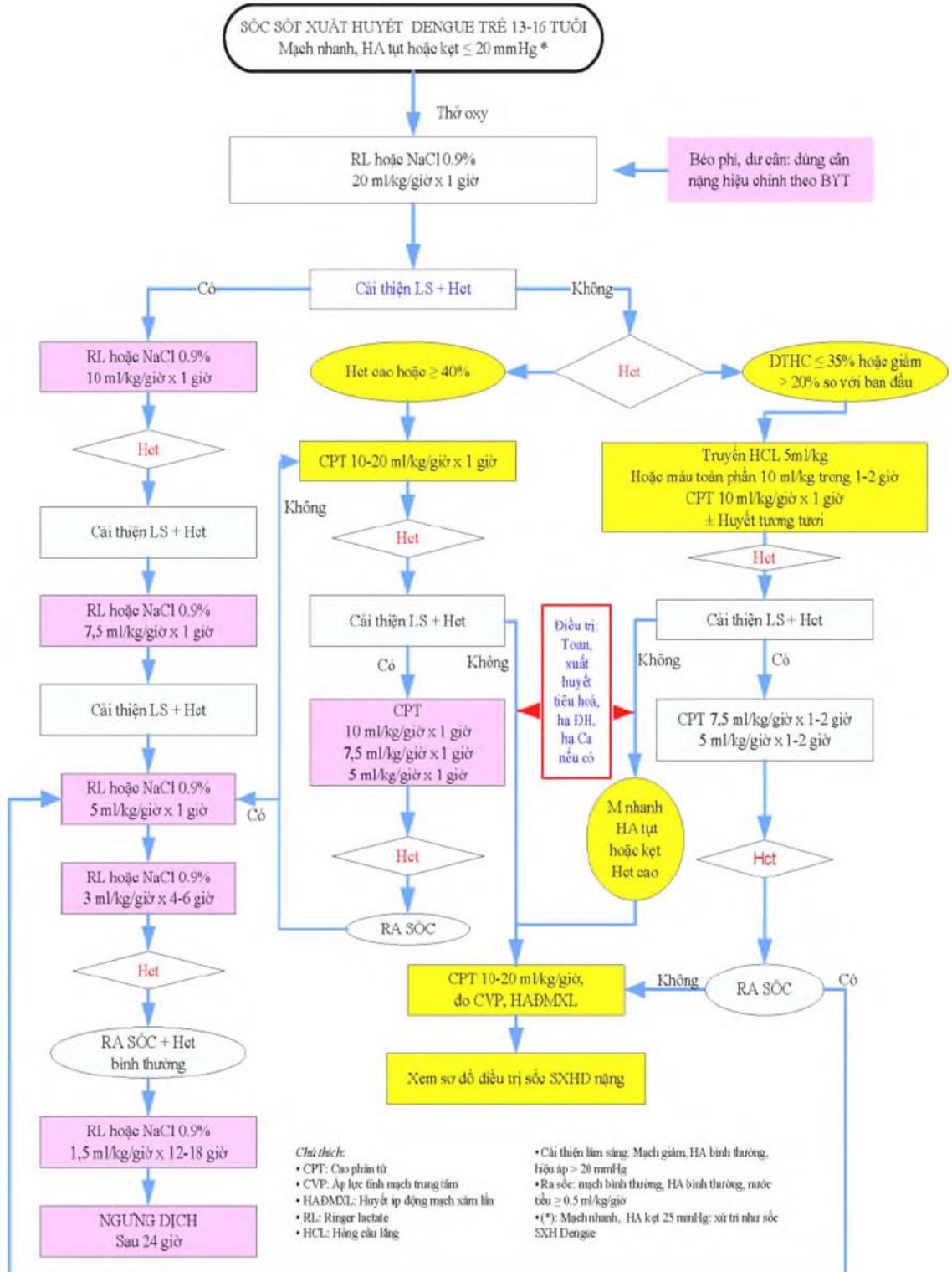
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760 /QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



PHỤ LỤC 8

SƠ ĐỒ XỬ TRỊ SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ THIỂU NIÊN 13-16 TUỔI

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760 /QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



PHỤ LỤC 9. ĐIỀU KIỆN CHUYỂN TỪ CAO PHÂN TỬ SANG DUNG DỊCH ĐIỆN GIẢI VÀ NGƯỢC LẠI

1. Điều kiện chuyển từ dung dịch CPT sang dung dịch điện giải.

- Tốc độ cao phân tử 5ml/kg/giờ trong 1-2 giờ.

- KÈM THEO

a) Lâm sàng

- Tỉnh táo.

- Huyết động học ổn định.

+ Tay chân ấm, thời gian đổ đầy mao mạch (CRT) bình thường < 2 giây.

+ Mạch, HA bình thường theo tuổi.

+ Huyết áp trung bình (MAP).

- Trẻ ≤ 1 tuổi: ≥ 50mmHg

- Trẻ ≤ 10 tuổi: ≥ 60mmHg

- Trẻ > 10 tuổi: ≥ 65mmHg

- Nước tiểu > 0,5ml/kg/giờ (±).

- ALTMTT 10 - 15 cmH₂O*

b) Xét nghiệm

- Hematocrit giảm về trị số bình thường hoặc hết cô đặc máu.

- ScvO₂ ≥ 70% * (±).

- Lactate máu bình thường < 2mmol/L * (±).

- Khí máu pH và HCO₃⁻ bình thường * (±).

(*) Ít nhất phải có 1 tiêu chuẩn.

Lưu ý khi chuyển sang truyền điện giải.

2. Điều kiện chuyển trở lại dung dịch CPT

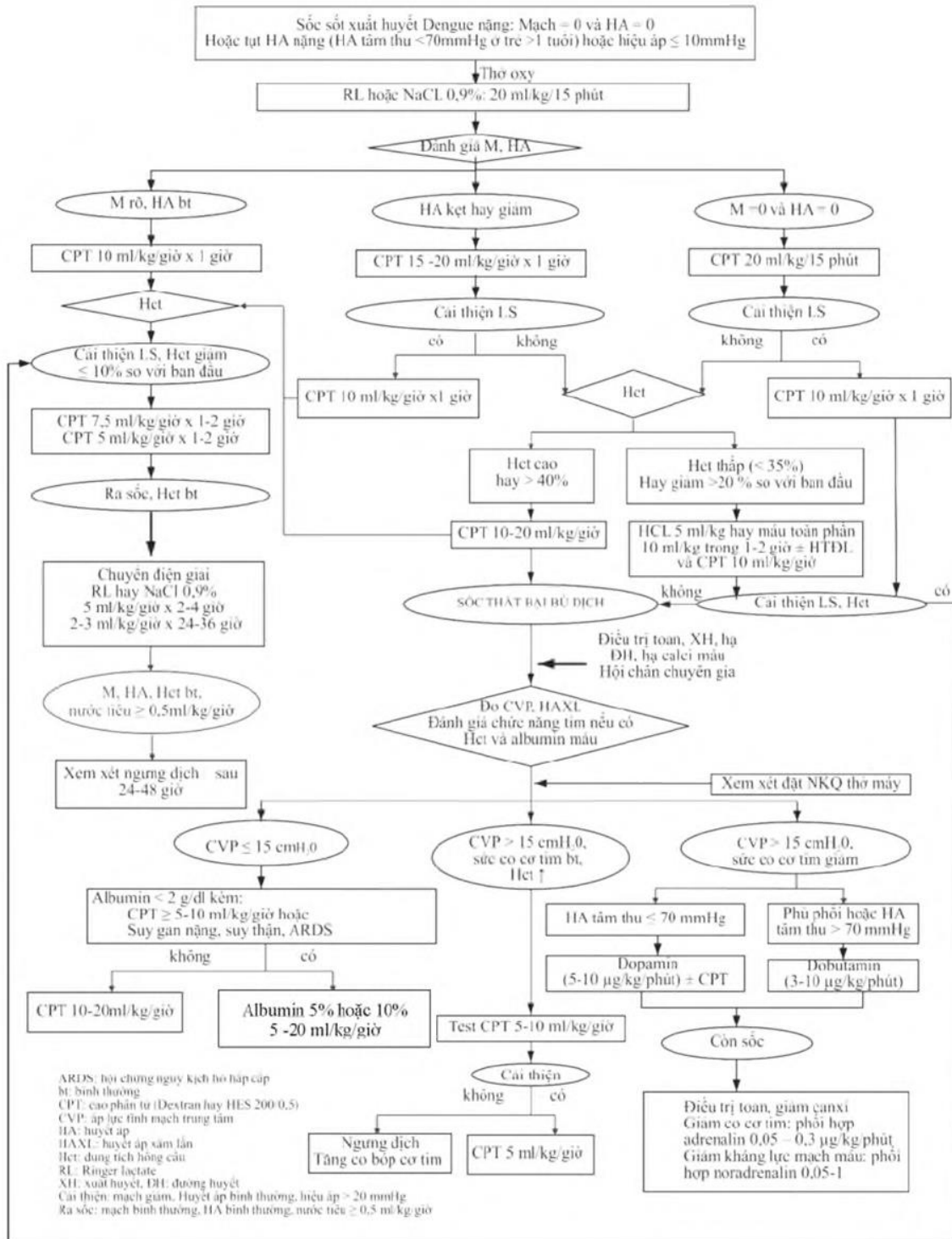
- Tái sốc.

- Hematocrit tăng cao trở lại (> 10% so với trị số ngay trước đó) kèm huyết động học không ổn định.

PHỤ LỤC 10

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỚT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760 /QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



ARDS: hội chứng nguy kịch hô hấp cấp
bt: bình thường
CPT: cao phân tử (Dextran hay HES 200 0,5)
CVP: áp lực tĩnh mạch trung tâm
HA: huyết áp
HAXL: huyết áp xâm lấn
Het: dung tích hồng cầu
RL: Ringer lactate
XH: xuất huyết, DH: đường huyết
Cải thiện: mạch giảm, Huyết áp bình thường, liều áp > 20 mmHg
Ra sọc: mạch bình thường, HA bình thường, nước tiểu ≥ 0,5 ml/kg/giờ

PHỤ LỤC 11. SỬ DỤNG THUỐC VẬN MẠCH TRONG SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

- Khi sốc kéo dài, cần phải đo CVP hoặc siêu âm đo sự thay đổi kích thước đường kính tĩnh mạch chủ dưới theo nhịp thở hoặc đo cung lượng tim (nếu có) 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 tâm đã trên 10 cmH₂O hoặc đường kính tĩnh mạch chủ dưới căng to suốt chu kỳ thở hoặc %PPV/SVV < 15% (khi đo cung lượng tim trên bệnh nhân thở máy không có nhịp tự thở) thì truyền thuốc vận mạch.

+ Dopamin là thuốc vận mạch được chọn lựa đầu tiên trong điều trị sốc SXHD kéo dài ở trẻ em. Liều Dopamin 5 - 10 µg/kg/phút.

+ Dobutamin được chỉ định trong trường hợp suy tim do quá tải hoặc thất bại với Dopamin. Liều Dobutamin 3 - 10 µg/kg/phút.

+ Nếu thất bại với Dopamin và Dobutamin thì nên đo cung lượng tim (nếu có) để hướng dẫn sử dụng vận mạch: phối hợp Noradrenalin 0,05-0,3 µg/kg/phút khi giảm kháng lực mạch máu hệ thống hoặc phối hợp Adrenalin 0,05 - 0,3 µg/kg/phút khi giảm co cơ tim, giảm cung lượng tim.