

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

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

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 typ huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút 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 dễ dẫn đến tử vong.

II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục. Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

1. Giai đoạn sốt

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.

1.2. Cận lâm sàng

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

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

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).
 - + Tràn dịch màng phổi, mô kẽ (có thể gây suy hô hấp), màng bụng, phù nề mi mắt.
 - + 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.
 - + 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.
 - + 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.
 - + 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.
 - + Tổn thương gan nặng/suy gan cấp, men gan AST, ALT $\geq 1000\text{U/L}$.
 - + Tổn thương/suy thận cấp.
 - + Rối loạn tri giác (sốt xuất huyết Dengue thể não).
 - + Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

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.

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

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.

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.

III. 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.

1. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

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.

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).

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,...

IV. ĐIỀU TRỊ

A. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

* Xem xét chỉ định nhập viện trong các trường hợp sau

- Sống 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.
- 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...).

1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, nói 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.

2. Bù dịch sớm bằng đường uống: khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước trái cây (nước dừa, 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.

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, ẩm.
- 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.

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

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: người bệnh được cho nhập viện điều trị.

1.1. Điều trị triệu chứng: hạ sốt.

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

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

1.4. Chỉ định truyền dịch: xem xét truyền dịch khi người bệnh nôn nhiều, không uống được và Hct cao hoặc có dấu mất nước.

1.5. Phương thức truyền dịch

Truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 1 -2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 2 - 4 giờ. Theo dõi lâm sàng, Hct mỗi 2 - 4 giờ. Trong quá trình theo dõi:

- Nếu mạch, HA ổn định, Hct giảm, nước tiểu $\geq 0,5 - 1\text{ml/kg/giờ}$, giảm tốc độ truyền Ringer lactate, Ringer acetate hoặc NaCl 0,9% 1,5ml/kg/giờ trong 6 -18 giờ. Nếu lâm sàng tiếp tục cải thiện, có thể ngưng dịch sau 12 - 24 giờ.

Nếu bệnh nhân có biểu hiện sốc (mạch nhanh, nhẹ, khó bắt, huyết áp kẹt, tụt, khó đo và Hct tăng): truyền dịch chống sốc như phác đồ điều trị sốc SXHD ở người lớn với liều chống sốc đầu tiên là cao phân tử 10 - 15ml/kg/giờ. Chú ý điều trị toan hóa máu, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci huyết nếu có.

C. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng: người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

C.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

C.1.1. Thở oxy qua gọng mũi 1 - 6 lít/phút khi $\text{SpO}_2 < 95\%$.

C.1.2. Bù dịch nhanh theo phác đồ.

Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg/giờ sau đó đánh giá lại lâm sàng, Hct.

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp $> 20\text{ mmHg}$)

Tiếp tục truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và hematocrit giảm, giảm tốc độ Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 6ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 5 - 7 giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ trong 12 giờ. Ngưng dịch truyền nếu lâm sàng ổn định.

b) Nếu không cải thiện lâm sàng (mạch nhanh, nhẹ, HA còn tụt, hiệu áp $< 20\text{ mmHg}$)

b.1) Nếu hematocrit giảm $> 20\%$ hematocrit lúc vào sốc, hoặc hematocrit $< 35\%$: xử trí như xuất huyết nặng: xem **Phụ lục 17**: Hướng dẫn xử trí sốc SXHD thể xuất huyết nặng và chỉ định truyền máu, chế phẩm máu.

b.2) Nếu hematocrit tăng, không đổi, hoặc giảm < 20% hematocrit lúc vào sốc: chuyển sang truyền cao phân tử (CPT) 10 - 15ml/kg/giờ trong 1 giờ: (xem nhánh (*) **Phụ lục 16.1**).

+ Nếu cải thiện lâm sàng: tiếp tục Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 6ml/kg/giờ trong 2 giờ, sau đó 3ml/kg/giờ trong 5 - 7 giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ trong 12 giờ. Đánh giá lâm sàng, hematocrit sau mỗi lần chuyển tốc độ truyền. Xem xét ngưng dịch truyền sau 24 - 48 giờ nếu lâm sàng ổn định.

+ Nếu không cải thiện lâm sàng: đánh giá lại hematocrit như trên, chú ý liều CPT lặp lại lần 2 là 10ml/kg/giờ. Nếu vẫn không cải thiện lâm sàng: xử trí như sốc SXHD không đáp ứng dịch truyền. Xem **Phụ lục 18**: Lưu đồ xử trí sốc SXHD không đáp ứng dịch truyền.

*** Lưu ý:**

- Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit mỗi 1 hoặc 2 giờ một lần và CVP hoặc các chỉ số đánh giá huyết động học khác (nếu có).

- Hematocrit nền ở nam 15 - 40 tuổi là 43%, ở nữ 15 - 40 tuổi là 38%.

- Trong trường hợp tổn thương gan, chống chỉ định sử dụng Ringer lactate chỉ có tính tương đối, ưu tiên dùng Ringer acetate nếu men gan AST, ALT ≥ 1000 IU/L.

- Trường hợp tái sốc (tình trạng sốc trở lại sau khi huyết động ổn định hơn 6 giờ) cần được đánh giá hematocrit như trên để xử lý truyền dịch. Tuy nhiên thời gian truyền dịch có thể ngắn hơn tùy vào thời điểm tái sốc, lâm sàng và diễn tiến hematocrit.

- **Cân nặng (CN) chống sốc ở người lớn: xem Phụ lục 9**

a) BMI < 25 kg/m²: sử dụng CN thực.

b) BMI ≥ 25 kg/m²: sử dụng CN hiệu chỉnh.

+ CN lý tưởng (kg)

• Nữ: $45,5 + 0,91 \times (\text{chiều cao (cm)} - 152,4)$.

• Nam: $50,0 + 0,91 \times (\text{chiều cao (cm)} - 152,4)$.

+ CN hiệu chỉnh = CN lý tưởng + $0,4 \times (\text{CN thực} - \text{CN lý tưởng})$.

C.2. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

Trường hợp bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc nặng (mạch không bắt được (M = 0) và HA không đo được (HA=0)) thì khẩn trương truyền nhanh Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg trong vòng 15 phút, rồi chuyển sang truyền cao phân tử 15ml/kg/giờ trong 1 giờ, sau đó đánh giá lại lâm sàng và Hct.

a) Nếu cải thiện lâm sàng (mạch giảm, HA bình thường, hiệu áp > 20mmHg) thì chuyển sang truyền Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% 15ml/kg/giờ x 1 giờ (xem **Phụ lục 16.2**)

b) Nếu không cải thiện lâm sàng thì tiếp tục truyền cao phân tử 15ml/kg/giờ x 1 giờ (xem nhánh (*) **Phụ lục 16.2**).

C.3. Điều trị tái sốc

- Sử dụng cao phân tử để chống sốc, liều từ 10 - 15ml/kg/giờ, sau đó: nếu huyết động cải thiện, chuyển sang Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 1 giờ, sau đó giảm liều còn 6ml/kg/giờ, sau đó 3ml/kg/giờ, sau đó 1,5ml/kg/giờ. Lưu ý thời gian duy trì các liều trên có thể giảm tùy thuộc vào lâm sàng, diễn tiến Hct và giai đoạn sốc.

- Xem xét truyền phối hợp Albumin khi bệnh nhân có albumin máu $\leq 2,5$ g/dL kèm một trong các tình huống sau:

- + Sốc SXHD có huyết động không ổn định ≥ 6 giờ chống sốc.
- + Sốc SXHD có huyết động không ổn định sau truyền dịch 40 - 60 ml/kg.
- + Sốc SXHD tái sốc ≥ 2 lần.

- Sử dụng Albumin truyền tĩnh mạch liều 1 g/kg trong 4 - 6 giờ. Nếu diễn tiến lâm sàng không thuận lợi, cần kiểm tra lại Albumin máu trước khi quyết định truyền thêm Albumin.

C.4 Điều trị xuất huyết nặng

a) Các tình huống gợi ý xuất huyết nặng

- Bệnh nhân có xuất huyết lượng lớn hoặc tiến triển kèm huyết động không ổn định.
- Sau khi điều trị chống sốc nhưng huyết động không ổn định kèm hematocrit giảm nhanh ($> 20\%$ so với hematocrit lúc vào sốc) hoặc hematocrit $< 35\%$.
- Sốc không cải thiện sau khi truyền dịch 40 - 60ml/kg.
- Hematocrit thấp khi vào sốc.
- Toan chuyển hóa kéo dài hoặc tiến triển xấu mặc dù huyết áp tâm thu bình thường, đặc biệt khi có đau bụng, chướng bụng.

b) Chỉ định truyền máu, chế phẩm máu: xem **Phụ lục 17**: Hướng dẫn xử trí sốc SXHD thể xuất huyết nặng và chỉ định truyền máu, chế phẩm máu.

C.5. Điều trị suy tạng nặng

C5.1. Tổn thương gan nặng, suy gan cấp

- Theo dõi hỗ trợ hô hấp sớm và chống phù não.
- Tránh dùng các thuốc gây tổn thương gan.
- Điều trị hạ đường huyết, rối loạn điện giải nếu có.
- Điều chỉnh rối loạn đông máu theo chỉ định (xem **Phụ lục 17**).
- Kháng sinh khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- Điều trị bệnh lý não gan:
 - + Lactulose và/hoặc thụt tháo.
 - + Kháng sinh: metronidazol hoặc rifaximin.
- Xem xét truyền tĩnh mạch N Acetyl Cystein khi bệnh nhân có biểu hiện suy gan cấp, gồm một trong các tình huống sau:
 - + Có bệnh cảnh não gan và INR $\geq 1,5$.
 - + MELD score ≥ 15 .

Sử dụng N Acetyl Cystein liều 100 mg/kg/24 giờ pha trong 1000 ml Glucose 5% hoặc Natriclorid 0,9%, sử dụng 3 - 5 ngày.

* Lưu ý: phản ứng phản vệ khi sử dụng N Acetyl Cystein, không nên sử dụng N Acetyl Cystein ở phụ nữ có thai hoặc cơ địa thiếu men G6PD.

- Xem xét thay huyết tương và/hoặc điều trị thay thế thận liên tục khi bệnh nhân thất bại điều trị với N Acetyl Cystein sau 24 - 48 giờ (không cải thiện về tri giác và/hoặc MELD score) hoặc có biểu hiện suy gan cấp kèm một trong các yếu tố như tổn thương thận cấp, Bilirubin toàn phần $\geq 200 \mu\text{mol/l}$, INR $\geq 2,5$, $\text{NH}_3 \geq 150 \text{ mmol/l}$, lactate máu ≥ 5 kèm sốc không đáp ứng hồi sức nội khoa hoặc pH < 7.35 (xem *Phụ lục 26*).

C.5.2. Tổn thương thận cấp

- Chẩn đoán tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn KDIGO 2012: khi có 01 trong các tiêu chuẩn sau:

- + Creatinine máu tăng $\geq 0,3 \text{ mg\%}$ ($26,5 \mu\text{mol/L}$) trong 48 giờ.
- + Creatinine máu tăng $\geq 1,5$ lần giá trị nền hoặc trong 07 ngày trước đó.
- + Nước tiểu $< 0,5 \text{ ml/kg/giờ}$ trong 06 giờ.

- Điều trị:

- + Chống sốc nếu có.
- + Cân bằng dịch xuất - nhập.
- + Tránh thuốc gây tổn thương thận.
- + Xem xét chỉ định điều trị thay thế thận trong các tình huống sau:
 - Bệnh nhân có toan chuyển hóa mất bù (pH $< 7,35$ và $\text{HCO}_3^- < 17$) kèm một trong các yếu tố như Lactate động mạch $\geq 4 \text{ mmol/l}$, Lactate động mạch tăng hơn so với trị số trước đó, huyết động không ổn định hoặc tổn thương tạng khác (gan, thận, tim...)
 - Bệnh nhân cần truyền dịch, máu và/hoặc chế phẩm máu nhưng có nguy cơ phù phổi cao (tràn dịch đa màng lượng lớn, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ hoặc $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$, $\text{A-aDO}_2 \geq 250$ hoặc có dấu hiệu suy tim cấp) mà thất bại hoặc không thể điều trị nội khoa (thuốc lợi tiểu, dẫn mạch).

Bệnh nhân tổn thương thận cấp có biến chứng không đáp ứng điều trị nội khoa.

C.5.3. 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 nếu có giảm oxy máu.
- + Đặt nội khí quản bảo vệ đường thở các trường hợp mê sâu.
- + Chống co giật (nếu có).
- + Điều trị hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan (nếu có).
- + Hạ sốt (nếu có).

C.5.4. Viêm cơ tim, suy tim

- Chẩn đoán: đau ngực, khó thở, tim nhanh, sốc, tăng men tim, thay đổi điện tâm đồ, hình ảnh học (siêu âm, X-quang).

- Điều trị:

+ Theo dõi và hỗ trợ hô hấp sớm.

+ Đo CVP hoặc các biện pháp đánh giá huyết động khác để hỗ trợ điều chỉnh huyết động nếu có rối loạn.

+ Sử dụng vận mạch noradrenalin, dobutamin, dopamine, adrenalin.

+ Chú ý điều chỉnh điện giải.

+ Xem xét chỉ định ECMO.

C.6. Điều trị SXHD ở phụ nữ có thai (PNCT)

1. Đặc điểm SXHD ở PNCT so với phụ nữ không mang thai

- Thay đổi sinh lý 3 tháng cuối: mạch nhanh (tăng 10 - 15 lần/phút), HA thấp (HA tâm thu giảm 5 - 10 mmHg), tăng cân nhanh và Hct giảm.

- Thường diễn biến nặng hơn, nhiều biến chứng, sinh non, nhẹ cân, nhất là xuất huyết khi sinh và sau sinh.

- Biến chứng xuất huyết nặng thường gặp khi sinh hoặc phẫu thuật ở giai đoạn nguy hiểm từ ngày 3 đến ngày 6 do giảm tiểu cầu.

- SXHD không phải là lý do chấm dứt thai kỳ.

- Trẻ sơ sinh có thể mắc SXHD do mẹ lây truyền.

* Lưu ý: dung tích hồng cầu thay đổi sinh lý như sau

3 tháng đầu	3 tháng giữa	3 tháng cuối
31 - 41%	30 - 39%	28 - 40%

2. Điều trị SXHD ở PNCT

Mức độ	Điều trị
SXHD	- 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 tiểu cầu giảm kèm Hct tăng >10%). - Hct tăng khi > 38 - 40% (nếu không có Hct nền ở N1/N2).
SXHD cảnh báo	- 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	- 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: ▪ 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).

Mức độ	Điều trị
	- Cần chẩn đoán phân biệt tình trạng giảm tiểu 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	- 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 ...

3. Can thiệp sản khoa

+ Nếu có chỉ định bắt buộc cần chấm dứt thai kì thì có thể cân nhắc trong giai đoạn đầu của bệnh (≤ 3 ngày đầu) khi tiểu cầu $\geq 130.000/\text{mm}^3$.

+ Trong giai đoạn nguy hiểm:

▪ Tránh khởi phát chuyển dạ hoặc mổ lấy thai. Tốt nhất là nên trì hoãn cho đến giai đoạn hồi phục bằng thuốc cắt cơn co tử cung (nếu không có chống chỉ định sản khoa).

▪ Khi tính mạng mẹ bị đe dọa cần hội chẩn đa chuyên khoa để đưa ra quyết định chấm dứt thai kỳ.

▪ Nếu có chỉ định do thai cần hội chẩn đa chuyên khoa để đưa ra quyết định có can thiệp hay không.

+ Nếu có dấu hiệu chuyển dạ cần:

▪ Dự trữ máu, truyền máu khi có chỉ định.

▪ Truyền tiểu cầu đậm đặc trong vòng 6 giờ trước khi chuyển dạ và trong khi sinh, duy trì số lượng tiểu cầu $> 50.000/\text{mm}^3$ nếu sinh đường âm đạo và $> 75.000/\text{mm}^3$ nếu mổ lấy thai.

+ Nếu thai lưu:

▪ Cần loại trừ các bệnh lý không thể trì hoãn khởi phát chuyển dạ như tiền sản giật, sản giật, hội chứng HELLP, nhiễm trùng, xuất huyết do nguyên nhân sản khoa.

▪ Có thể trì hoãn chấm dứt thai kỳ ≥ 1 tuần nếu tổng trạng sản phụ tốt, ối còn, không kèm các nguyên nhân trên. Lưu ý, nếu trì hoãn chấm dứt thai kỳ > 48 giờ, cần xét nghiệm đông máu ≥ 2 lần/tuần.

4. Trẻ sinh từ mẹ bị SXHD

- Trẻ sinh từ mẹ SXHD có thể mắc SXHD ngay do mẹ lây truyền trước hoặc khi sinh (tỉ lệ khoảng 6%). Trẻ cần được xét nghiệm công thức máu và huyết thanh chẩn đoán.

- Phần lớn SXHD ở trẻ sơ sinh là thể bệnh nhẹ, sốt thường xuất hiện sớm từ ngày 1 đến ngày 6 sau sinh), vì thế trẻ cần được theo dõi sát trong những ngày đầu tiên.

- Tiếp tục cho bú mẹ.

- Chuyển khoa sơ sinh khi trẻ có dấu hiệu nặng, suy hô hấp.

C.2.7. Can thiệp ngoại khoa

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

D. Các vấn đề khác

1. Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue theo **Phụ lục 19**. Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue.

2. 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/lần (ở trẻ em); 30 - 60 phút/lần ở người lớn.

- Đo hematocrit sau 1 giờ bù dịch chống sốc và sau đó mỗi 1 - 2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.

- Ghi nhận 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.

- Xét nghiệm lactate máu, đường huyết, điện giải đồ.

- Xét nghiệm khí máu động mạch khi có suy hô hấp, tái sốc, sốc kéo dài, tổn thương gan nặng/suy gan.

3. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt ít nhất 2 ngày.

- Tỉnh táo.

- Ăn uống được.

- Mạch, huyết áp bình thường.

- Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi.

- Không xuất huyết tiến triển.

- AST, ALT < 400 U/L.

- Hct trở về bình thường và số lượng tiêu cầu khuynh hướng hồi phục $> 50.000/\text{mm}^3$.

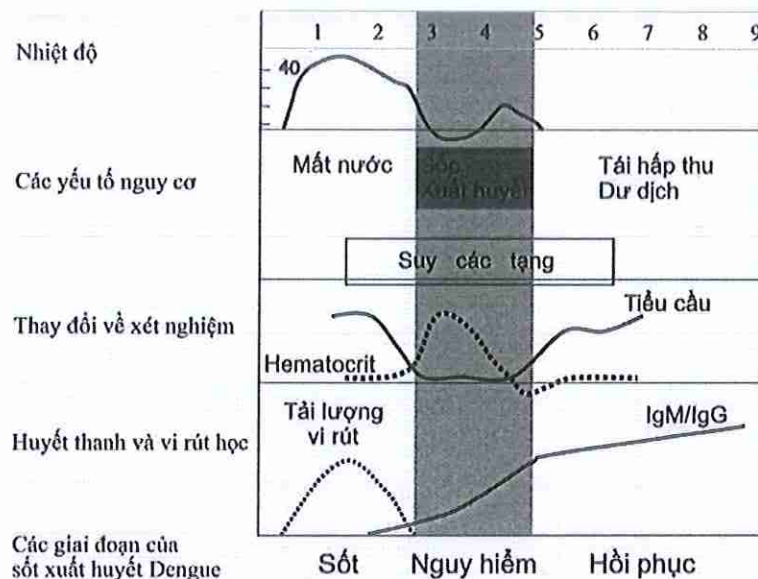
4. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.

- Vắc xin phòng bệnh đang tiếp tục được đánh giá.

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

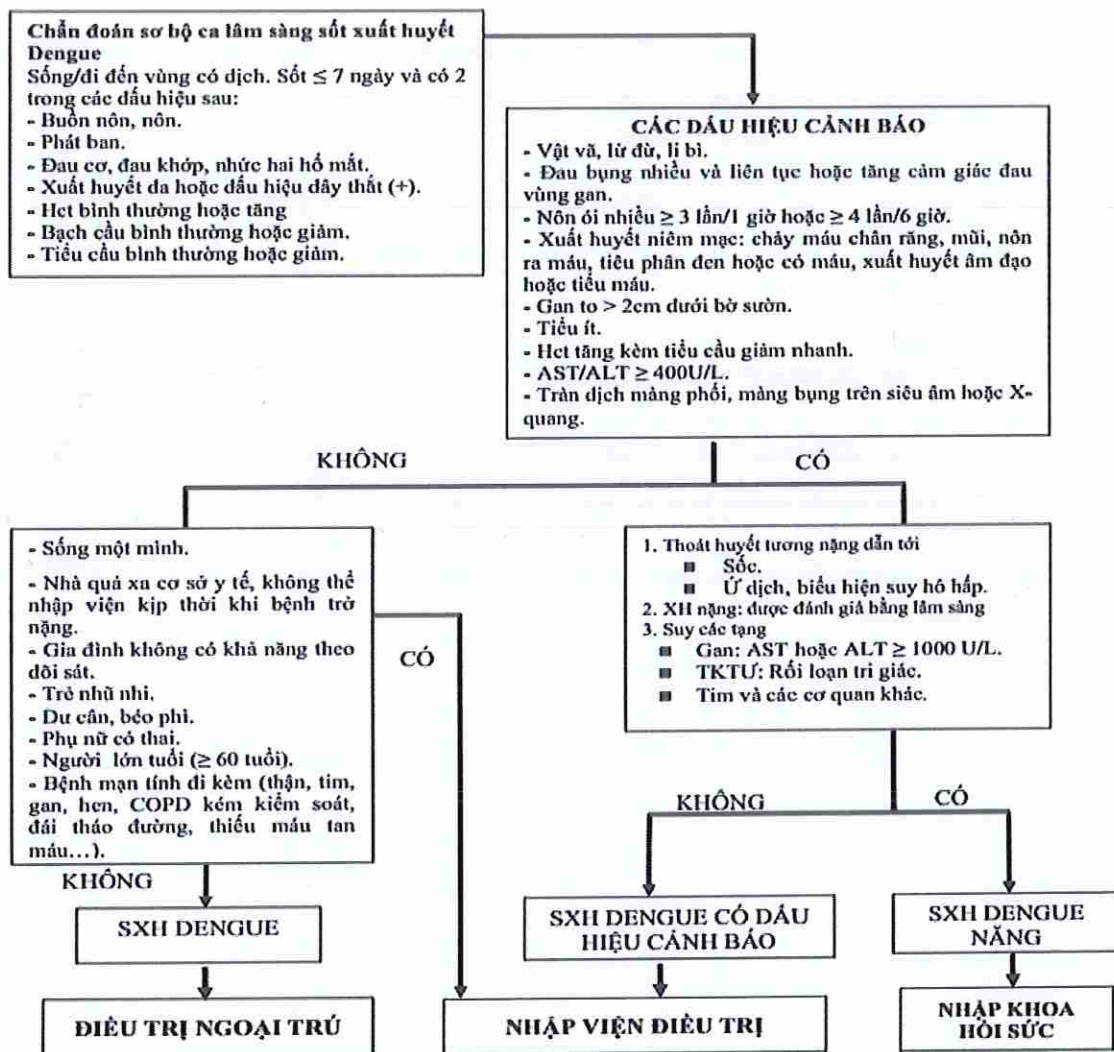


PHÂN ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

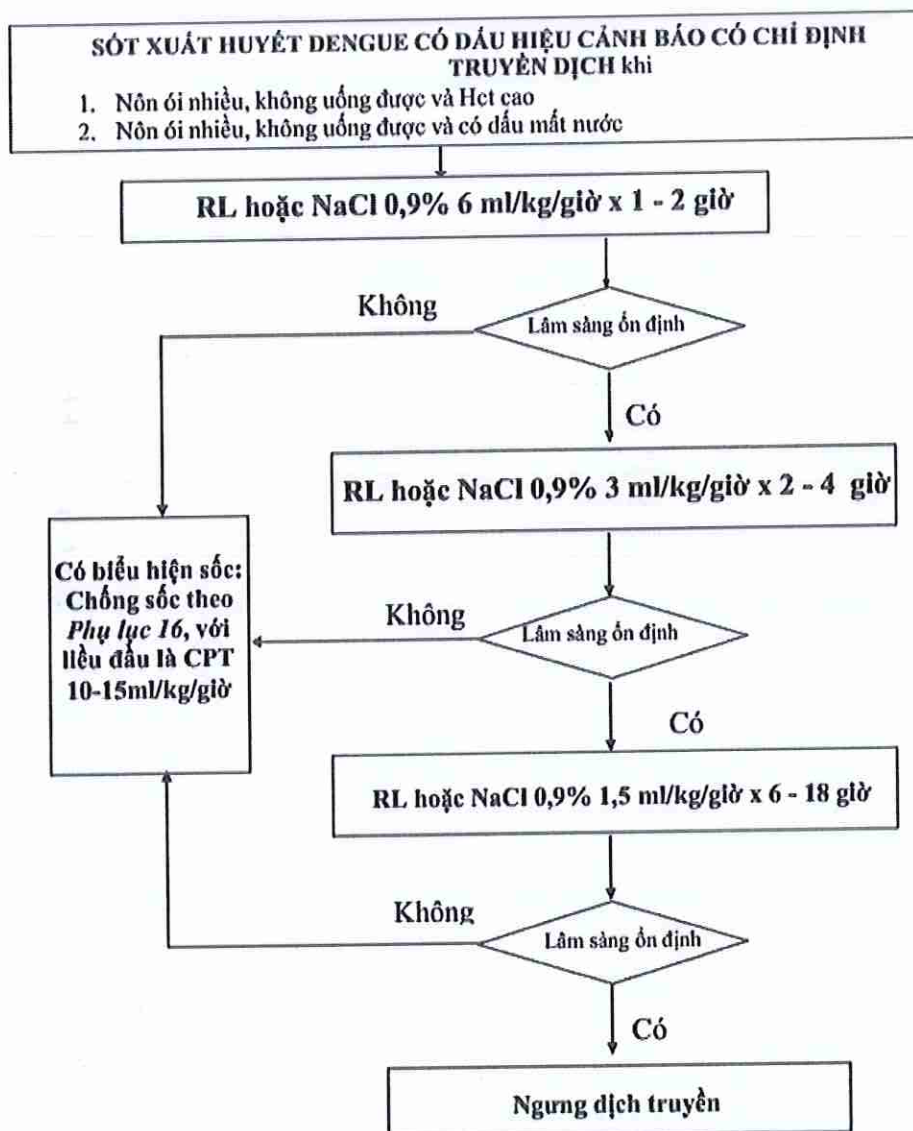
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	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 (+). - Hct bình thường hoặc tăng. - Bạch cầu bình thường hoặc giảm. - Tiểu cầu bình thường hoặc giảm.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau - 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 (*) Nếu có điều kiện thực hiện.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau 1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới - Sốc SXHD, sốc 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.

SƠ ĐỒ PHÂN NHÓM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)



SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SXHD CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở NGƯỜI LỚN
 (Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



CPT: cao phân tử, RL: Ringer lactate

ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP CẤP

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

Suy hô hấp cấp thường gặp trong sốc nặng, sốc kéo dài.

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, $SpO_2 < 92\%$.

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 (xem phần điều trị dư dịch, phù phổi).
- 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 $SpO_2 \geq 95\%$, (tốc độ dịch $\geq 7ml/kg/giờ$ trong nhiều giờ).
- * SXHD thể não kèm suy hô hấp:
 - + Suy hô hấp thất bại với thở oxy.
 - + Ngưng thở hoặc cơn ngưng thở.

* Thông số ban đầu:

- Chế độ : Kiểm soát áp lực
- Tần số thở:
 - Trẻ nhũ nhi : 25 - 30 lần/phút.
 - Trẻ nhỏ : 20 - 25 lần/phút.
 - Trẻ lớn : 16-20 lần/phút.
- I/E : 1/2
- PEEP : 6 - 8 cmH₂O
- IP : 10-20 cmH₂O

(Điều chỉnh để đạt thể tích khí lưu thông: 6-8ml/kg).

* Khi có tăng áp lực ổ bụng nặng, có thể tăng PEEP $\leq$ áp lực ổ bụng (thường = 1/2 ALOB).

$$PIP = IP + PEEP \leq 30 + 1/2 \text{ áp lực ổ bụng (cmH}_2\text{O)}$$

ARDS: xem xét thở máy với chiến lược bảo vệ phổi (Vt 6ml/kg, PEEP 8-16 cmH₂O).

- Chọc hút màng bụng và chọc hút màng phổi.

+ Cần hạn chế do nguy cơ xuất huyết ổ bụng, tràn máu màng phổi nặng có thể tử vong.

+ Phải điều chỉnh rối loạn đông máu trước khi chọc: truyền huyết tương tươi, kết tủa lạnh, tiểu cầu để phòng ngừa biến chứng chảy máu khi chọc hút.

* **Chọc hút - dẫn lưu màng bụng.**

+ Chỉ định:

(1) Suy hô hấp thất bại với thở NCPAP kèm tràn dịch màng bụng lượng nhiều có dấu hiệu chèn ép (siêu âm bụng: dịch ổ bụng nhiều, cơ hoành nâng cao, kém hoặc không di động) và áp lực ổ bụng cao > 27 cmH₂O.

(2) Bệnh nhân thở máy: Áp lực ổ bụng > 34 cmH₂O kèm áp lực tưới máu ổ bụng < 60 mmHg và thông số thở máy cao (PEEP: 14-16 cmH₂O kèm IP: 28-30 cmH₂O mà Vt < 6 ml/kg).

+ Đo áp lực ổ bụng gián tiếp bằng phương pháp đo áp lực bàng quang qua cột nước hoặc monitor:

▪ Tư thế: nằm ngửa, đầu cao.

▪ Vị trí: đường giữa, 2 - 3cm dưới rốn.

▪ Đâm kim lùn số 16 - 18G có gắn ống tiêm 20ml thẳng góc với mặt da, vừa đâm vừa hút đến khi thấy dịch chảy ra ống tiêm.

▪ Gỡ ống tiêm, rút nòng kim cùng lúc đẩy nhẹ catheter vào sâu trong khoang màng bụng. Gắn ba chia và ống tiêm.

▪ Hút dịch qua ống tiêm sau đó có thể gắn vào hệ thống dẫn lưu ổ bụng kín (dùng túi dẫn lưu kín nước tiểu).

▪ Ngừng dẫn lưu khi không hoặc ít dịch chảy ra.

ĐIỀU KIỆN CHUYỂN TỪ CAO PHÂN TỬ SANG DUNG DỊCH ĐIỆN GIẢI VÀ NGƯỢC LẠI

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

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.

1) Truyền RL hoặc NaCL 0,9% tốc độ ít nhất bằng với tốc độ cao phân tử đang điều trị trong 2 giờ sau đó sẽ giảm tốc độ nếu đáp ứng tốt.

2) Phải theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ và lập lại hematocrit sau 1 giờ trong 2 giờ, sau đó mỗi 4-6 giờ.

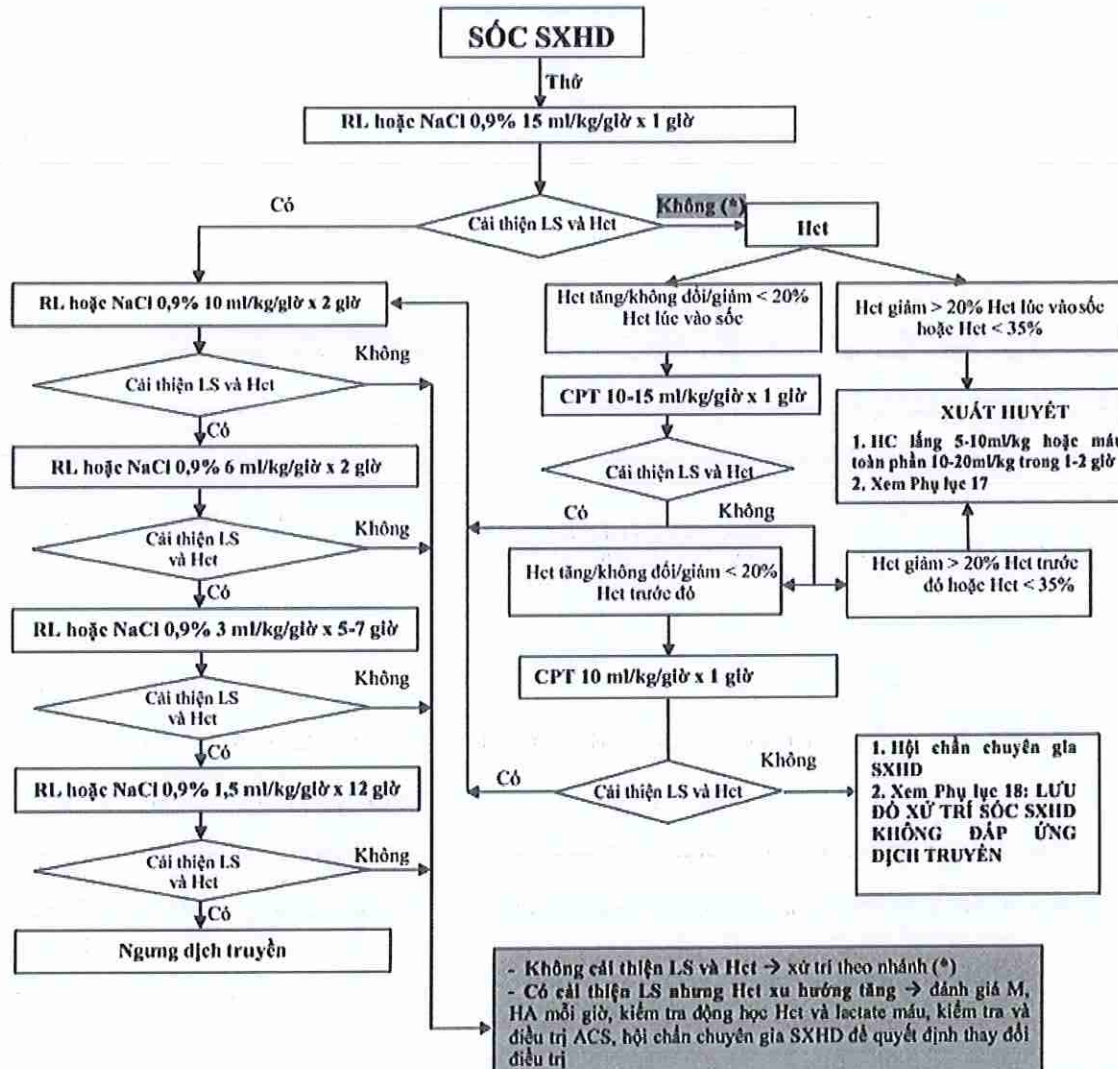
2. Điều kiện chuyển trở lại dung dịch CPT

- Tái sốc.

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

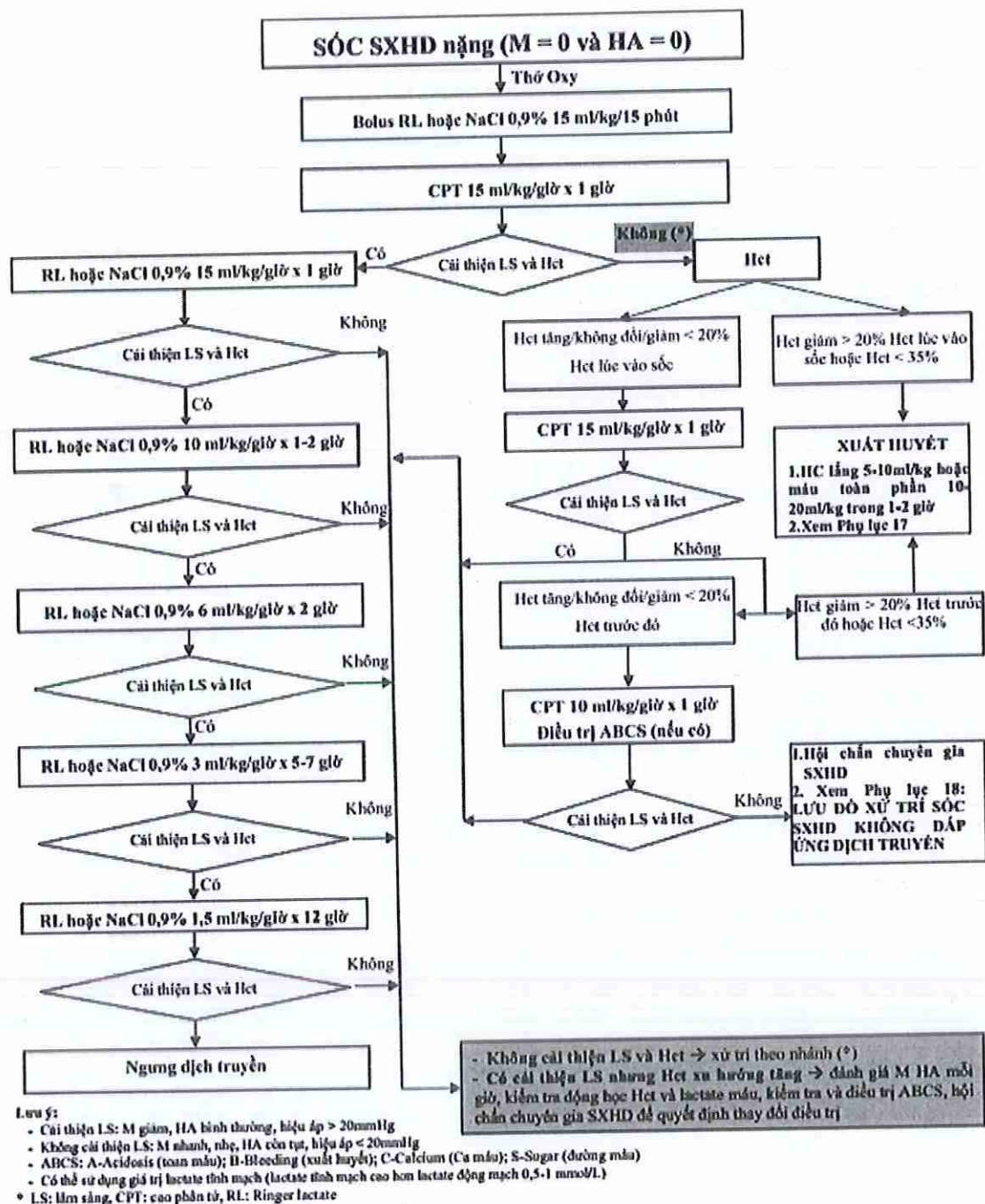
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở NGƯỜI LỚN

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



SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở NGƯỜI LỚN

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



**HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ SỐC SXHD THỂ XUẤT HUYẾT NẶNG
VÀ CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU, CHẾ PHẨM MÁU**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

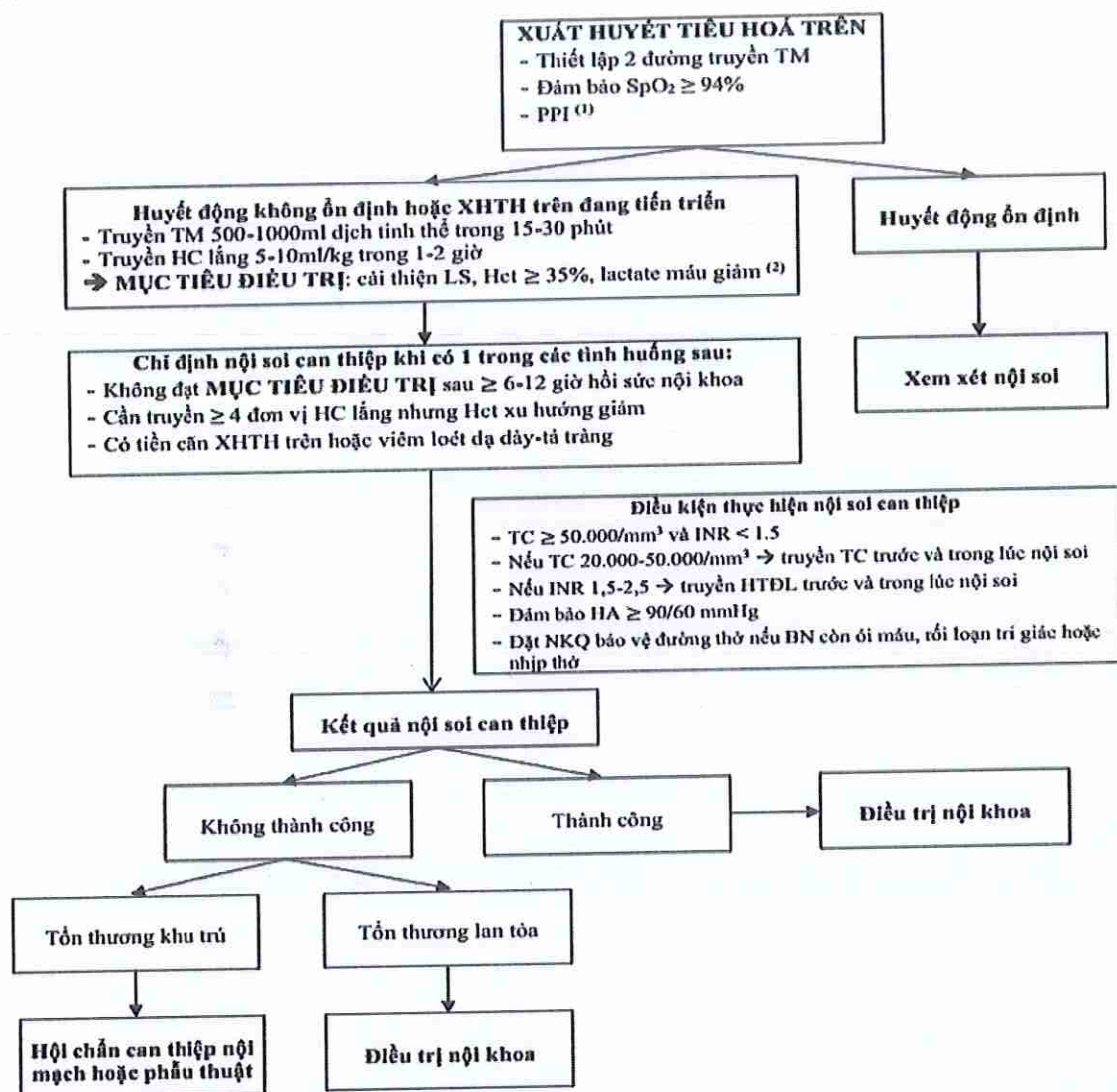
1. Xử trí sốc SXHD có xuất huyết.

- Tiếp tục chống sốc bằng dung dịch điện giải (trong khi chờ có hồng cầu lắng).
- Truyền hồng cầu lắng 5 - 10ml/kg hoặc máu toàn phần 10 - 20ml/kg trong vòng 1 - 2 giờ.
- Điều chỉnh rối loạn đông máu (RLDM).
- Xử trí cầm máu: băng ép tại chỗ, nhét bắc hoặc gạc mũi trước/sau, nội soi can thiệp cầm máu dạ dày, tá tràng...
- Xem xét sử dụng thuốc ức chế bơm proton nếu người bệnh có biểu hiện gợi ý xuất huyết tiêu hóa trên hoặc có tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng.
- Xem xét sử dụng Vitamin K nếu người bệnh có biểu hiện suy gan nặng.

2. Chỉ định truyền máu và chế phẩm máu.

Máu và các chế phẩm máu	Chỉ định	Mục tiêu cần đạt
Huyết tương tươi đông lạnh	- RLDM (PT hay aPTT > 1,5) và đang xuất huyết nặng; - RLDM + chuẩn bị làm thủ thuật.	PT/PTc < 1,5
Kết tủa lạnh	Xuất huyết nặng + Fibrinogen < 1 g/l	Fibrinogen > 1 g/l
Tiểu cầu (TC)	- Tiểu cầu < 50.000/mm ³ + xuất huyết nặng. - Tiểu cầu < 5.000/mm ³ , chưa xuất huyết: xem xét tùy từng trường hợp cụ thể. - Tiểu cầu < 30.000/mm ³ + chuẩn bị làm thủ thuật xâm lấn (trừ ca cấp cứu).	TC > 50.000/mm ³ TC > 30.000/mm ³
Hồng cầu lắng, máu toàn phần	- Đang xuất huyết nặng/kéo dài. - Sốc không cải thiện sau bù dịch 40- 60ml/kg + Hct < 35% hay Hct giảm nhanh trên 20% so với trị số đầu	Hct 35 - 40%

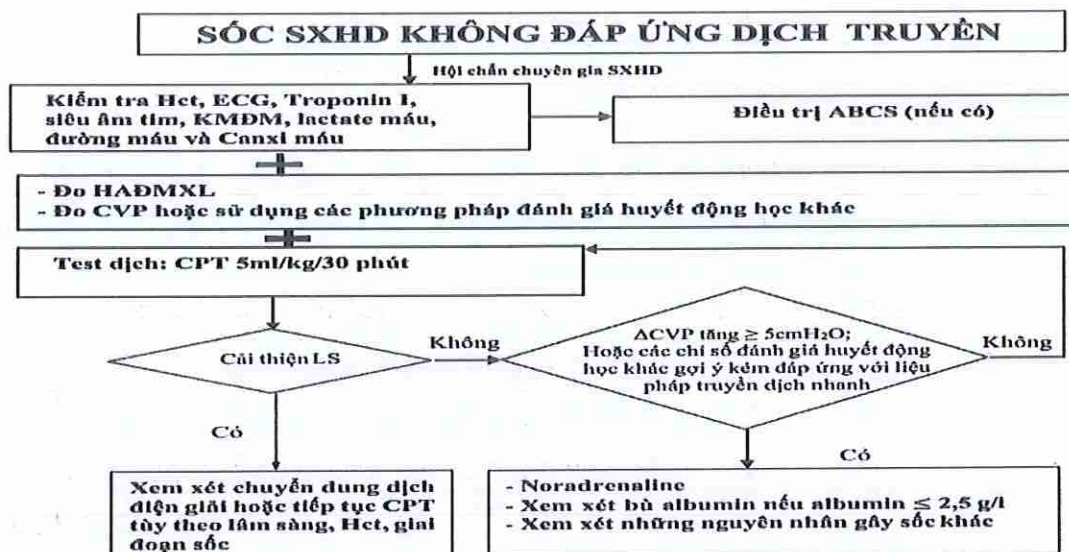
3. Lưu đồ xử trí xuất huyết tiêu hoá trên



(1) PPI (Omeprazole, Pantoprazole, Esomeprazole) bolus 80mg, TM 40mg mỗi 12h trong 3 ngày

(2) Nếu không đạt **MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ**, tiếp tục truyền máu ± chế phẩm máu và nội soi can thiệp

LƯU ĐỒ XỬ TRÍ SỐC SXHD KHÔNG ĐÁP ỨNG DỊCH TRUYỀN
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



(*) Liều albumin: 1g/kg TTM trong 4-6 giờ. Kiểm tra lại sau truyền.

ABCS: A-Acidosis (toan máu); B-Bleeding (xuất huyết); C-Calcium (Ca máu); S-Sugar (đường máu)

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

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

1. Nhu cầu dinh dưỡng cho người bệnh sốt xuất huyết Dengue

1.1. Đặc điểm.

- Tăng quá trình dị hóa, tăng sử dụng năng lượng, mất các chất dinh dưỡng.
- Chán ăn, tiêu hóa chậm (đặc biệt là người bệnh biến chứng xuất huyết tiêu hóa), không ăn bằng miệng được (người bệnh biến chứng não).
- Cách ăn tùy thuộc diễn biến của bệnh.

1.2. Chế độ ăn.

- Năng lượng (E):

$E = \text{Nhu cầu sinh lý} + (20\% \rightarrow 60\%) \text{ nhu cầu sinh lý hoặc}$

$E = \text{Nhu cầu sinh lý} \times K (1,2 \rightarrow 1,6).$

- Protein: thường nhu cầu cao hơn bình thường nhưng khả năng ăn uống không đáp ứng được nên trong giai đoạn cấp thăng bằng Nitơ thường âm tính. Tỷ lệ Protein trong khẩu phần tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý của người bệnh:

Mức nhiễm khuẩn	Tổng E: nito	Kcal do protein so với tổng E
Nặng	100:1	25%
Vừa	120:1	21%
Nhẹ	150:1	16%

Nên dùng Protein có giá trị sinh học cao: trứng, sữa, thịt, cá

- Lipid và cacbohydrat: là nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu, tăng tỉ lệ đường đơn, đôi (nước đường, nước trái cây) và lipid thực vật.

- Đủ nước, giàu sinh tố và muối khoáng: nước trái cây, rau quả, mật ong.

- Bữa ăn: chia nhỏ làm nhiều bữa trong ngày (trẻ em: 6 - 8 bữa/ngày, người lớn 4 - 6 bữa/ngày)

- Thực phẩm: mềm, lỏng, nhiều nước, không màu như sữa, bột cháo mì, phở.

2. Chế độ ăn

2.1. Sốt xuất huyết Dengue không biến chứng

- Hạn chế ăn kiêng, nên ăn thức ăn lỏng hoặc mềm.

- Chế độ ăn chủ yếu là sữa, nước đường, nước trái cây, tăng dần năng lượng bằng cháo thịt, súp, sữa chua, phở, cơm mềm có canh tùy theo nhu cầu ăn uống của người bệnh.

- Tăng đường đơn giản: fructose, saccarose như mật ong, trái cây, mía, nếu không có bệnh tiểu đường kèm theo.

- Khuyến khích trẻ ăn nhiều bằng những món ăn hấp dẫn hơn là ép ăn những gì trẻ không thích.

2.2. Sốc sốt xuất huyết Dengue

- Trong giai đoạn hồi sức sốc, chú ý theo dõi đường huyết. Điều trị Glucose ưu trương tĩnh mạch khi có hạ đường huyết.

- Khi bệnh nhân ra sốc, cho ăn sớm qua đường miệng với thức ăn lỏng. Xem xét dinh dưỡng tĩnh mạch một phần khi cung cấp không đủ năng lượng.

1.3. Sốt xuất huyết Dengue có xuất huyết tiêu hóa: Nhịn ăn, nuôi bằng đường tĩnh mạch cho đến khi hết xuất huyết tiêu hóa.

Chú ý:

- Dung dịch nuôi chủ yếu là Glucose 5 - 10 % và Acid amin 10%.

- Khả năng cung cấp chỉ đạt khoảng 50% nhu cầu.

- Cần quan tâm tới sự quá tải và toan chuyển hóa.

- Khi có dấu hiệu xuất huyết ổn định: thử cho ăn lại bằng nước đường lạnh một ngày, sau đó thay dần bằng những thức ăn mềm lạnh, đơn giản tới nhiều chất để theo dõi sự tái xuất huyết.

1.4. Sốt xuất huyết Dengue có biến chứng gan: chế độ ăn viêm gan: đạm bình thường là 1,1 - 1,3 g/kg cân nặng, giảm lipid dưới 15% so với tổng E (nếu không có suy giảm), giảm đạm (nếu có hôn mê gan), giảm Protein 0,3 → 0,6 g/kg cân nặng, giảm lipid dưới 10% so với tổng E.

1.5. Sốt xuất huyết Dengue có biến chứng não (Hôn mê)

- Nuôi ăn qua ống thông và phối hợp với đường tĩnh mạch.

- Chú ý cẩn thận trọng khi chỉ định đặt ống thông dạ dày và nếu thời gian hôn mê lâu (> 7 ngày) thì phải nuôi dưỡng đủ nhu cầu theo lứa tuổi, khi người bệnh hồi tỉnh tập ăn bằng miệng.

1.6. Giai đoạn hồi phục

- Tăng lượng, tăng đậm, ăn bù một bữa một ngày như tăng bữa phụ (chè, cháo, sữa chua, trái cây).
- Vẫn nên ăn thực phẩm mềm sau 3 ngày để phòng xuất huyết tiêu hóa.

CÁC DẤU HIỆU CẦN THEO DÕI
KHI HỒI SỨC SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

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

1. Mạch.

2. HA.

3. Hiệu áp (mục tiêu là duy trì hiệu áp ở mức $\geq 30\text{mmHg}$ suốt giai đoạn nguy hiểm).

4. Thời gian đổ đầy mao mạch (CRT).

5. Độ ẩm/lạnh của chi.

6. Nhịp thở.

7. Hct.

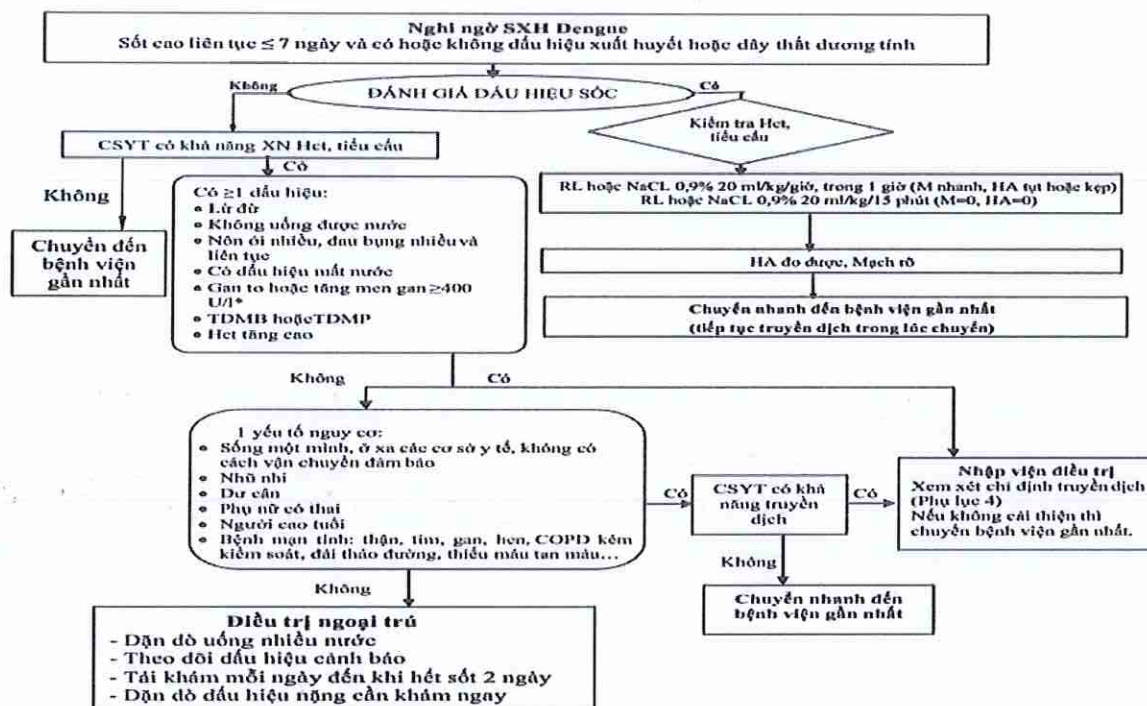
+ Nếu sau truyền dịch chống sốc mà lâm sàng cải thiện thì sau 2 giờ thử lại Hct, nếu không cải thiện thì thử lại ngay sau 1 giờ.

+ Khi bệnh nhân ra sốc, theo dõi Hct mỗi 2 - 4 giờ và sau đó có thể cách mỗi 4 - 6 giờ.

8. Nước tiểu ml/kg/giờ theo cân nặng như lúc tính để truyền dịch (mục tiêu là lưu lượng nước tiểu từ 0,5 - 1ml/kg/giờ).

PHÁT HIỆN VÀ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TUYẾN CƠ SỞ KHI CÓ DỊCH

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



HƯỚNG DẪN
CHĂM SÓC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN (≥ 16 TUỔI)
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. CHĂM SÓC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE KHÔNG SỐC Ở NGƯỜI LỚN

1. Đại cương

- Sốt xuất huyết Dengue ở người lớn có một số khác biệt với trẻ em, tuy ít diễn tiến đến biến chứng sốc hơn nhưng các biểu hiện xuất huyết thường nhiều hơn và đôi khi đe dọa tính mạng của người bệnh.

- Hiện tượng phát ban hồi phục là triệu chứng thường gây lo lắng cho người bệnh và đôi khi cho cả thầy thuốc, dẫn đến chỉ định truyền dịch không cần thiết và là nguyên nhân gây quá tải tuần hoàn.

2. Theo dõi

2.1. Tại khoa Khám bệnh

- Đa số người bệnh đến khám bệnh được chỉ định điều trị ngoại trú. Khi người bệnh có các biểu hiện đe dọa trở nặng hoặc các dấu hiệu khiến người bệnh và người nhà lo lắng thì nên cho nhập viện để điều trị. Các dấu hiệu đó bao gồm:

- Sốt cao liên tục, không giảm mặc dù người bệnh đã uống thuốc hạ sốt.

- Xuất hiện các triệu chứng xuất huyết như chấm hay mảng xuất huyết ở da, chảy máu cam, chảy máu răng miệng hoặc rong kinh (ở phụ nữ).

2.2. Điều trị nội trú

a) Theo dõi lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn được theo dõi 3 hoặc 6 giờ tùy chỉ định bác sĩ điều trị:

+ Mạch: bắt mạch quay, ghi nhận số lần mạch đập/phút, biên độ.

+ Huyết áp: nên đo với ống nghe.

+ Nhiệt độ.

+ Nhịp thở: đếm số lần/phút, quan sát nhịp thở (dễ, co kéo nhẹ liên sườn, co kéo nhiều liên sườn hay hõm ức, gồng sức).

+ Nước tiểu: lượng nước tiểu trong ngày, màu sắc (để phát hiện có máu hay không).

- Toàn trạng: Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, giọng nói rõ ràng, vẻ mặt hơi lạnh lợi hoặc lừ đừ, mệt mỏi.

- Da, niêm mạc: Chi ấm, móng tay hồng hay da và đầu chi tái, ẩm mồ hôi, chi mát lạnh. Niêm mạc mắt xung huyết, môi đỏ. Thời gian làm đầy mao mạch < 2 giây.

- Kiểm tra và theo dõi dấu hiệu xuất huyết da, niêm mạc:

+ Chấm xuất huyết, mảng bầm tím hay khối máu tụ xuất hiện tự nhiên hay sau sang chấn, sau tiêm chích. Các biểu hiện xuất huyết đó tăng thêm, nếu có mức độ tăng nhanh hay chậm. Ngoài ra có thể chảy máu mũi, răng, miệng.

+ Biểu hiện xuất huyết nội như nôn ra máu, đi ngoài ra máu, tiểu ra máu. Nếu có các

biểu hiện xuất huyết nội như trên thì người bệnh cần chuyển khoa Hồi sức cấp cứu.

- Biểu hiện tiêu hóa: biểu hiện tiêu hóa hay gặp trong sốt xuất huyết Dengue người lớn như nôn, tiêu chảy, do vậy cần ghi chú số lần nôn, số lượng và tính chất của dịch nôn, phân tiêu chảy.

- Theo dõi tổng kê lượng nước xuất-nhập:

- + Nước nhập: nước người bệnh uống được, thức ăn người bệnh ăn được (lỏng và đặc), lượng dịch truyền vào (nếu có).

- + Nước xuất gồm: nước tiểu, phân, dịch nôn, máu xuất huyết.

- + Ghi nhận tất cả các thông số trên vào phiếu chăm sóc và theo dõi điều dưỡng. Báo bác sĩ điều trị ngay nếu thấy bất cứ triệu chứng nào trong số các triệu chứng bất thường kể trên.

b) Theo dõi xét nghiệm

Theo dõi, lấy kết quả và báo ngay bác sĩ các xét nghiệm sau: Hct, tiểu cầu. Kết quả phù hợp sốt xuất huyết Dengue nếu có một hoặc các kết quả sau:

- Hct tăng $> 20\%$ so với trị số bình thường (nam 43% , nữ 38%).

- Tiểu cầu $\leq 100.000/\text{mm}^3$.

3. Chăm sóc

Bên cạnh việc thực hiện y lệnh của bác sĩ, người bệnh cần được chăm sóc các vấn đề sau:

3.1. Khuyến người bệnh uống nước nhiều

- Uống nước để bù vào lượng nước đã mất trong quá trình bệnh lý do sốt cao, ăn uống kém. Ngoài ra uống các loại nước dinh dưỡng từ trái cây, sữa không những bù nước mà còn cung cấp thêm vitamin, yếu tố vi lượng (chất khoáng), năng lượng (đường) một cách sinh lý nhất và để phòng nguy cơ hạ đường huyết trong trường hợp người bệnh chán ăn hoặc ăn ít không bảo đảm năng lượng.

- Chỉ bù dịch qua đường tĩnh mạch khi thật cần thiết.

3.2. Giảm sốt

- Thuốc giảm sốt chỉ làm cơ thể giảm nhiệt chứ không thể đưa nhiệt độ trở về bình thường. Do vậy, ngoài việc thực hiện y lệnh cho uống thuốc giảm sốt, người bệnh và người nhà cần được hướng dẫn cách hạ sốt bằng phương pháp vật lý như lau mát với khăn nước ẩm. Nước ẩm sẽ làm cho người bệnh cảm thấy dễ chịu và dễ bốc hơi. Khi bốc hơi, hơi nước sẽ nhanh chóng mang theo nhiệt độ của bề mặt da cơ thể giúp nhanh chóng hạ nhiệt.

- Lau mát có kết quả khi nhiệt độ cơ thể giảm $< 38^{\circ}\text{C}$ thì có thể ngừng lau mát. Lau mát liên tục cũng là cách phòng ngừa mê sảng, co giật.

3.3. Chăm sóc về xuất huyết

- Hạn chế tiêm, thủ thuật: do dễ xuất huyết nên việc tiêm truyền và làm các thủ thuật xâm lấn (đặt ống thông tĩnh mạch, đặt ống thông tiểu) đối với bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue người lớn cần phải hạn chế tối đa. Nếu phải thực hiện y lệnh tiêm truyền của bác sĩ nên sử dụng các tĩnh mạch ngoại biên, vị trí dễ cầm máu. Tránh sử dụng các tĩnh mạch lớn, khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch bẹn.

- Biến chứng xuất huyết ở sốt xuất huyết Dengue người lớn thường xảy ra sớm hơn và kéo dài hơn so với trẻ em. Do vậy, nếu người bệnh có biểu hiện xuất huyết, cần tìm mọi cách để hạn chế xuất huyết nặng hơn, cụ thể như sau:

- + Chảy máu mũi: nhét bấc có tẩm adrenalin từ mũi trước đến mũi sau.
- + Băng ép khối máu tụ và vị trí chảy máu do tiêm chích.
- + Rong kinh: theo dõi sát lượng máu mất.
- Khuyên người bệnh nghỉ tại giường, tránh đi lại nhiều và tránh xúc động.
- Trấn an người bệnh.

II. CHĂM SÓC SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở NGƯỜI LỚN

1. Đại cương

- Người bệnh sốc sốt xuất huyết Dengue người lớn có một số khác biệt với trẻ em khi biến chứng sốc ít khi kéo dài và tái lại nhưng các biểu hiện xuất huyết, nhất là xuất huyết tiêu hóa nếu có thường rất nặng nề dễ dẫn đến tử vong.

- Điều trị chống sốc cần chú ý tính lượng dịch truyền trên cân nặng (thường ít hơn so với trẻ em) và phát hiện để xử trí kịp thời biến chứng xuất huyết tiêu hóa.

2. Theo dõi

Người bệnh sốc sốt xuất huyết Dengue cần được theo dõi và điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu.

2.1. Lâm sàng

a) Dấu hiệu sinh tồn

Phải được theo dõi thật sát trong giai đoạn chống sốc để điều chỉnh dịch truyền thích hợp hoặc giúp phát hiện biến chứng xuất huyết nội, cụ thể:

- Mạch, huyết áp, tần số và biên độ thở 15-30 phút/lần hoặc 1 giờ/lần.

- Nhiệt độ: khi người bệnh vào sốc thì có thể không còn sốt, nhưng thân nhiệt vẫn cần được theo dõi. Nếu người bệnh sốt trở lại thì đó có thể là dấu hiệu của nhiễm trùng bệnh viện. Sau 24 giờ nếu dấu hiệu sinh tồn ổn định dần, khoảng cách theo dõi có thể giãn 3-6 giờ/lần cho đến khi người bệnh hoàn toàn ổn định.

- SpO₂: người bệnh cần được theo dõi liên tục SpO₂. Nếu SpO₂ có dấu hiệu giảm dần hoặc < 92%, cần phải báo ngay cho bác sĩ. Cho thở oxy qua gọng mũi với lưu lượng đến 5 lít/phút (FiO₂ ~ 40%).

- Lượng nước tiểu 1 giờ/lần

- Tổng kê nước xuất nhập (như ở phần III).

b) Theo dõi các biểu hiện

- Toàn trạng: bứt rứt, bất an, lo âu, vật vã, có thể có biểu hiện thiếu oxy mô (sốc, xuất huyết, phù).

- Tri giác: tiếp xúc kém, lơ mơ, hôn mê.

- Da, niêm mạc: da tái tím, chi mát lạnh, thời gian làm đầy mao mạch.

- Dấu hiệu xuất huyết da có tăng thêm, có xuất huyết tiêu hóa, tiểu ra máu và ghi nhận

lượng máu mất theo từng thời điểm.

- Xuất huyết nội (như ở phần I).
- Vàng da, niêm mạc: xuất hiện sớm ở kết mạc mắt.

Tất cả các thông số trên được theo dõi nghiêm ngặt theo y lệnh và cập nhật với bác sĩ thường xuyên, ghi chép chính xác vào bệnh án, để đánh giá diễn tiến bệnh, giúp phát hiện kịp thời tái sốc hoặc sốc mất máu cấp do xuất huyết nặng.

2.2. Cận lâm sàng

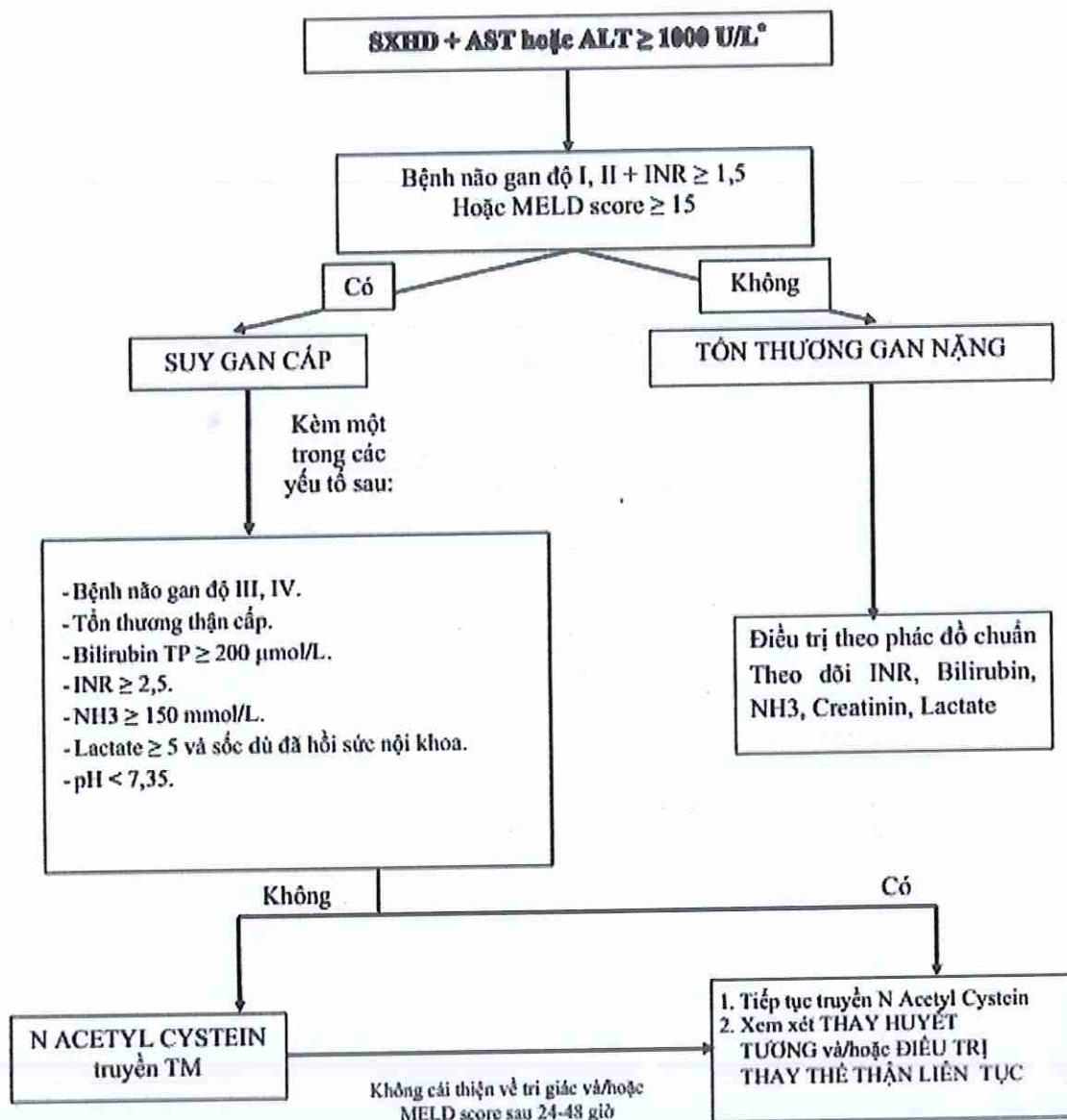
Cần theo dõi và báo bác sĩ ngay khi có bất thường:

- Hct tại giường 1, 2, 3, 6 giờ/lần, tuân tự các bước chống sốc. Báo bác sĩ khi Hct vẫn còn cao hoặc đột ngột giảm nhanh kèm hoặc không kèm xuất huyết.
- Đường huyết tại giường khi bắt đầu sốc và mỗi lần tái sốc. Báo bác sĩ ngay nếu đường huyết giảm thấp.
- Liên hệ phòng xét nghiệm lấy kết quả các xét nghiệm khác và trình bác sĩ: tiểu cầu, chức năng gan, cấy máu, X-quang phổi.

2.3. Chăm sóc

- Khuyến người bệnh uống nhiều nước
- Trấn an người bệnh
- Bảo đảm người bệnh thở oxy liên tục, theo y lệnh của bác sĩ. Trong trường hợp người bệnh bứt rứt dễ làm tụt gọng mũi cần cho thở mask.
- Bảo đảm đường truyền dịch: để thực hiện đúng số lượng, vận tốc dịch truyền theo y lệnh bác sĩ, giữ vệ sinh chỗ tiêm. Chỗ tiêm có chảy máu kéo dài thì thường có nguy cơ nhiễm trùng cao.
- Chăm sóc xuất huyết
- Hút đờm làm thông đường thở nếu người bệnh có rối loạn tri giác gây tăng đờm hoặc thở máy.
- Vệ sinh răng miệng và cơ thể thường xuyên.
- Bảo đảm giường sạch sẽ, đặc biệt ở người bệnh có nôn máu, đi ngoài ra máu để tránh tình trạng bội nhiễm vi khuẩn bệnh viện.
- Dinh dưỡng đầy đủ: Thức ăn dễ tiêu hóa và đủ năng lượng.

**LƯU ĐỒ XỬ TRÍ SUY GAN CẤP Ở
BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)



* Không bao gồm các bệnh lý gan trước đó

