

Cập nhật chẩn đoán và điều trị sốt xuất huyết

Theo QĐ số: 2760/QĐ-BYT, ngày 04 tháng 7 năm 2023

Đại cương

- Virus Dengue: 4 týp DEN-1, 2, 3, 4.
- Tái nhiễm bởi 1 týp Dengue khác, thường có biểu hiện LS nặng hơn lần sơ nhiễm (do phản ứng miễn dịch chéo không bảo vệ được cơ thể, thậm chí phản ứng quá mức).
- 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.

DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

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: 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.
 - XH dưới da: Nốt xh 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.
 - XH niêm mạc như chảy máu chân răng, chảy máu mũi, nôn ra máu, đi ngoài (tiêu) phân đen hoặc máu, xh âm đạo hoặc tiểu máu.
 - XH nặng: chảy máu mũi nặng (cần nhét bấc hoặc gạc cầm máu), xh âm đạo nặng, xh trong cơ và phần mềm, xh 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. XH 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 ≥ 1000 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.

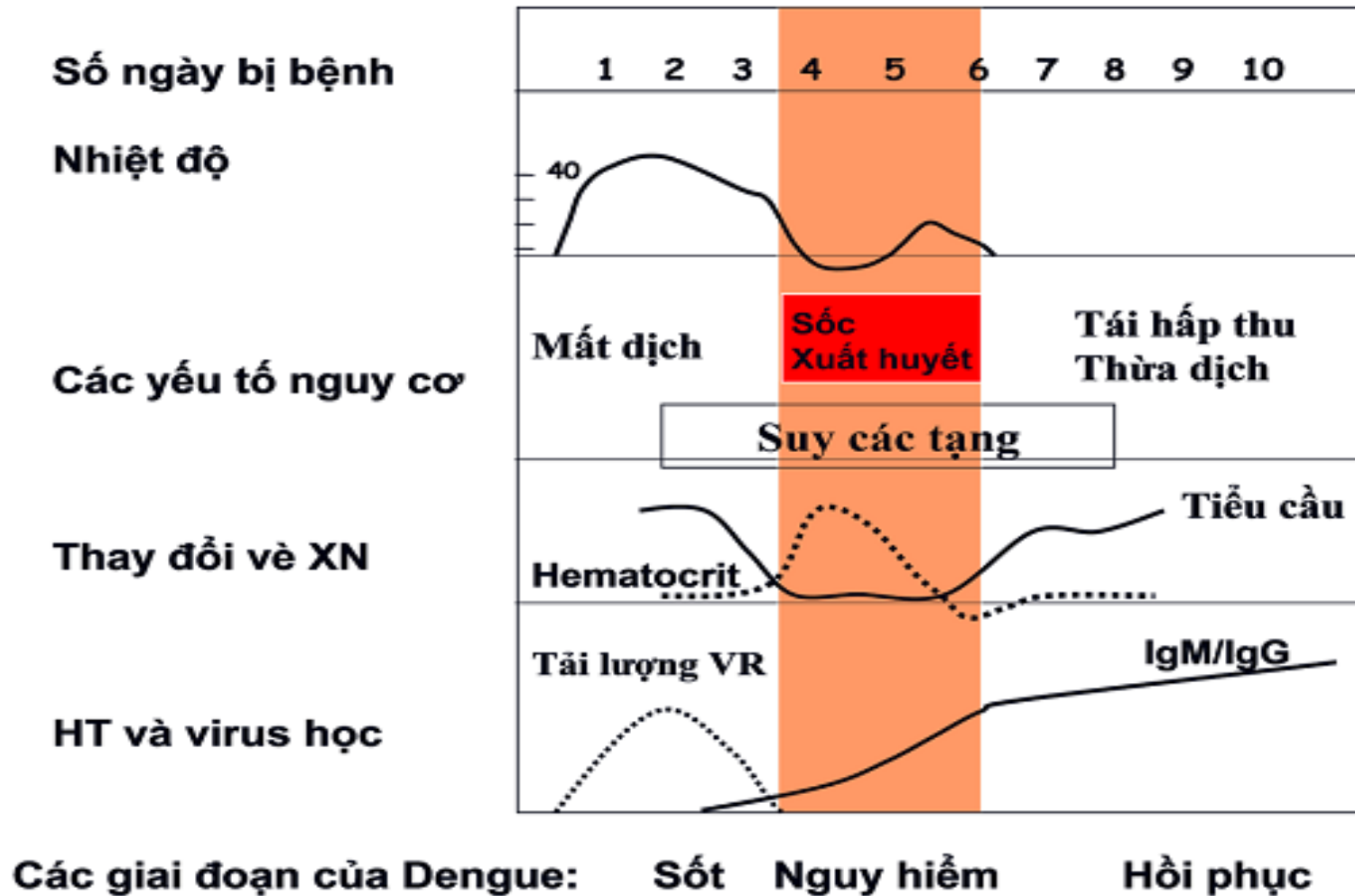
• 3.2. Cận lâm sàng

- 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.

Bệnh diễn tiến qua 3 giai đoạn

CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 458 /QĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

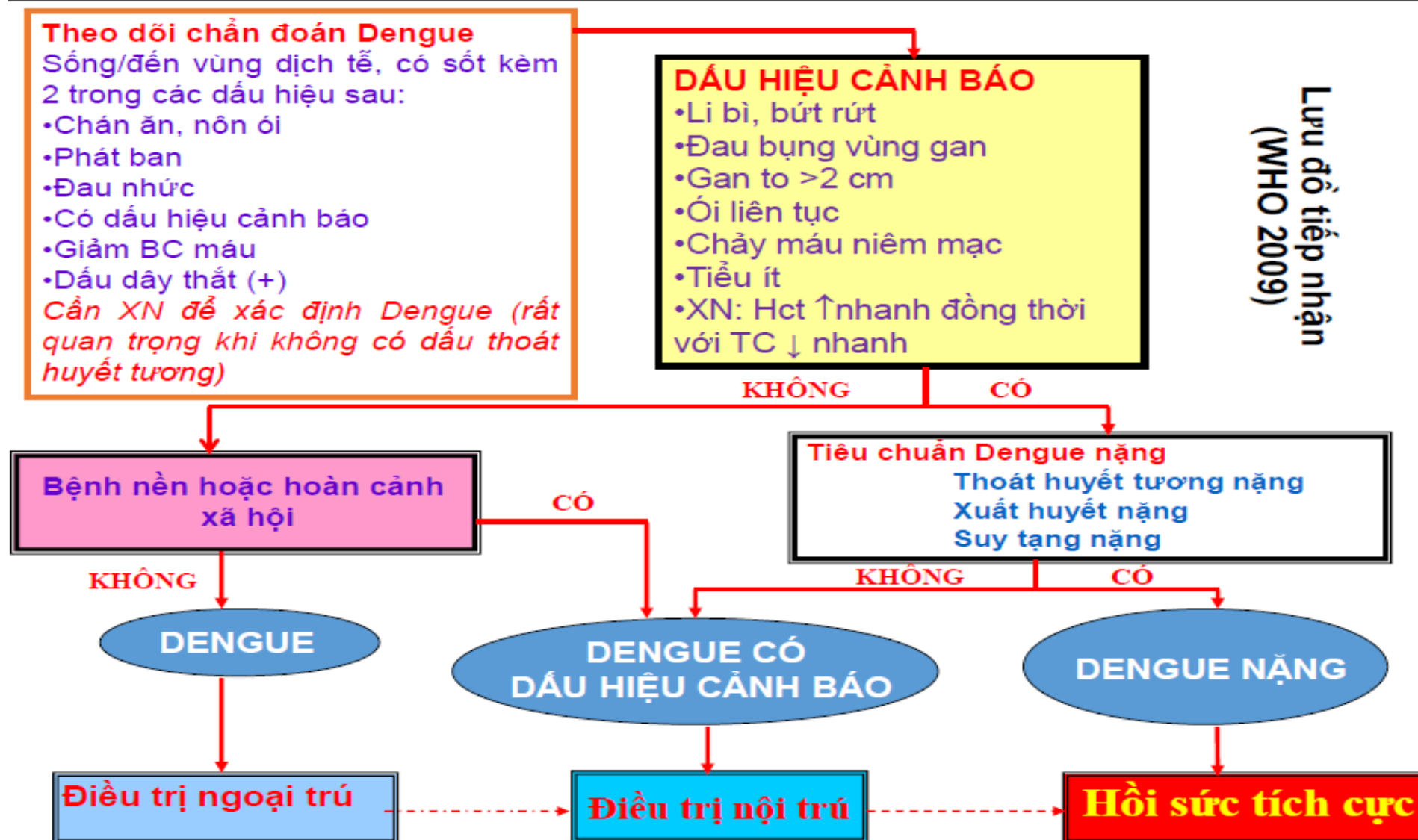


CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ

- 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.

CÁC MỨC ĐỘ CỦA SXH-D



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 > 2cm dưới bờ sườn. - Tiểu ít. - Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh. - AST/ALT ≥ 400U/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 ≥ 1000U/L. - Thần kinh trung ương: rối loạn ý thức. - Tim và các cơ quan khác.

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).

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,...

Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Nguyên tắc điều trị

- 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.
 - Thừa 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, 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.

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.

Điều trị DHF có dấu hiệu cảnh báo: người bệnh ≥ 16 tuổi

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.

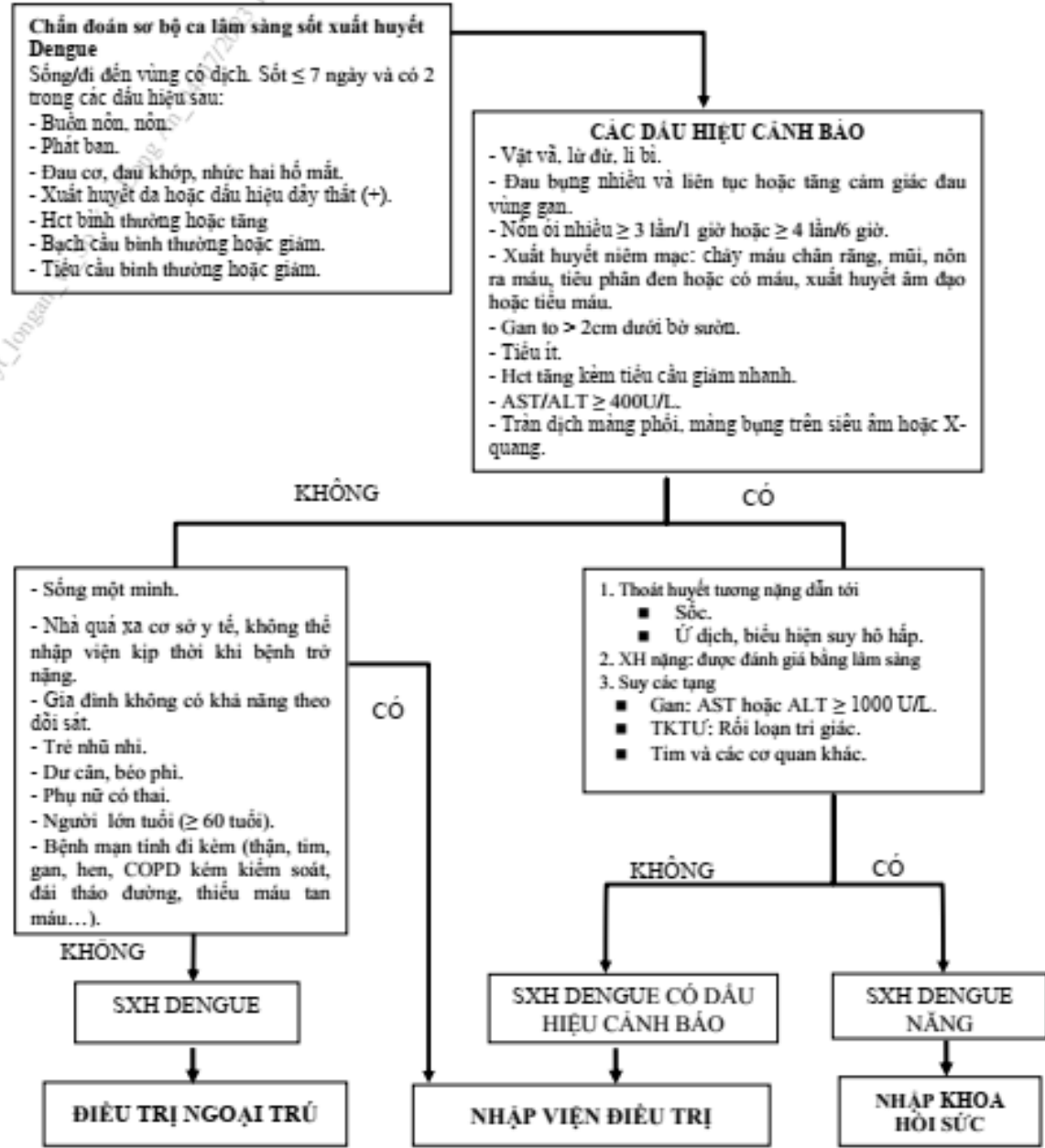
1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống nếu bệnh nhân còn khả năng uống được.

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 BN nôn nhiều, không uống được và Hct cao hoặc có dấu mất nước.

1.5. Phương thức truyền dịch

- Truyền RL, RA 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 RL, RA 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.



Phụ lục 6: Sơ đồ xử trí SXHD có dấu hiệu cảnh báo ở người lớn.

Điều trị DHF nặng người lớn

Người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu!

1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

1.1. Thở oxy qua gọng mũi 1 - 6 lít/phút khi $SpO_2 < 95\%$.

1.2. Bù dịch nhanh theo phác đồ.

Phụ lục 16.1: Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở người lớn.

- Trong 1 giờ đầu, phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng RL 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 mmHg)

- Tiếp tục truyền RL hoặc NaCl 0,9% tốc độ 10ml/kg/giờ x 2 giờ. Nếu người bệnh cải thiện lâm sàng và HCT giảm, giảm tốc độ RL 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 mmHg)

b.1) Nếu hct giảm > 20% hct lúc vào sốc, hoặc hct < 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 RL 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, hct 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 hct như trên, chú ý liều CPT lặp lại lần 2 là 10 ml/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, HCT mỗi 1 hoặc 2 giờ một lần và CVP hoặc các chỉ số đánh giá huyết động học khác (nếu có).
- HCT 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 RL chỉ có tính tương đối, ưu tiên dùng RA 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 HCT 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 HCT.
- **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 + $0,4 \times (\text{CN thực} - \text{CN lý tưởng})$.

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***).

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.

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.

5. Điều trị suy tạng nặng

5.1. 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 $\text{INR} \geq 1,5$.
 - MELD score ≥ 15 .
 - Sử dụng NAC liều 100 mg/kg/24 giờ pha trong 1000 ml G5% hoặc Ncl 0,9%, sử dụng 3 - 5 ngày.
- Lưu ý: phản ứng phản vệ khi sử dụng NAC, không nên sử dụng NAC 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 NAC 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 $\geq 200 \mu\text{mol/l}$, $\text{INR} \geq 2,5$, $\text{NH}_3 \geq 150 \text{ mmol/l}$, lactate máu ≥ 5 kèm sốc không đáp ứng hồi sức nội khoa hoặc $\text{pH} < 7.35$ (xem **Phụ lục 26**).

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 $\geq 0,3$ 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 ($\text{pH} < 7,35$ và $\text{HCO}_3^- < 17$) kèm một trong các yếu tố như Lactate động mạch ≥ 4 mmol/l, Lactate động mạch tăng hơn so với trị số trước đó, huyết động không ổn định hoặc tổn thương tạng khác (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.

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).

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.

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.

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). - 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 ...
-------------------------------	--

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.

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.

7. Can thiệp ngoại khoa

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

Tóm tắt các chỉ số theo dõi, đánh giá, xử trí

	SXH-N1-2 (GD SỐT)	SXH-N3-7 (GD NGUY HIỂM)	SXH-sau N7 (GD HỒI PHỤC)	Mục tiêu cần đạt
Đánh giá & theo dõi: TG, DHST, Bilan XN	-Lúc nhập viện, mỗi 6h -DH xuất huyết -Bilan XN/24h -Chú ý cân BN	-Mỗi 1-3h/nếu có biến chứng -DH cảnh báo -DH xuất huyết -Bilan XN/24h	-Mỗi 6-12h -Bilan XN/24h -DH xuất huyết -DH quá tải	-Giữ vững sinh hiệu -Phát hiện sớm dấu hiệu nặng, biến chứng của bệnh
Xét nghiệm	-Lúc nhập viện, Hct,TC/ngày -Theo y lệnh	-Tùy diễn tiến, có thể từ 4-24h - Theo y lệnh	-Hct,TC/ngày -Theo y lệnh	-Hct, TC trở về trị số bình thường
Báo ngay cho Bác sĩ	-DH cảnh báo -DH xuất huyết -Hct tăng cao	-DH cảnh báo -DH xuất huyết -Biến đổi Hct,TC	-DH quá tải -DH xuất huyết -DH nhiễm trùng	-Xử trí kịp thời các biến chứng xảy ra

Chăm sóc, theo dõi

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.

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 TC xu hướng hồi phục > 50.000/mm³.

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.

Phụ lục 13: Tiêu chuẩn hội chẩn

1. Chỉ định hội chẩn tại khoa, hội chẩn bệnh viện

- Sốc SXH Dengue nặng.
- Tái sốc.
- SXH Dengue cảnh báo kèm hematocrit tiếp tục tăng sau bù dịch điện giải theo phác đồ.
- Sốc 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 $\geq 400\text{U/l}$).
- Rối loạn tri giác.
- Chẩn đoán phân biệt nhiễm khuẩn huyết.
- Nhũ nhi < 1 tuổi hoặc dư cân.
- Bệnh lý tim, phổi, thận, mãn tính.
- Bác sĩ lo lắng hoặc không an tâm khi điều trị.

2. 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.

PHỤ LỤC 17

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ SỐC SXHD THỂ XUẤT HUYẾT NẶNG VÀ CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU, CHẾ PHẨM MÁU

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 (RLĐM).
- 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/mm³ + xuất huyết nặng. - Tiểu cầu < 5.000/mm³, chưa xuất huyết: xem xét tùy từng trường hợp cụ thể. - Tiểu cầu < 30.000/mm³ + 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%

PHỤ LỤC 19

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

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.

Take home points

- Nghĩ đến DHF cho tất cả các trường hợp sốt, đặc biệt vào mùa mưa
- Đa đa số ca DHF có thể điều trị tại nhà
- Các trường hợp nặng, có nguy cơ cao cần được điều trị tại BV
- Chú ý phát hiện các dấu hiệu cảnh báo
- Bù nước sớm
- Công thức máu là xét nghiệm đặc biệt quan trọng
- Đăng ngại gọi điện cho người thân

TRÂN TRỌNG CẢM ƠN

ĐT: 09 02 21 02 18

Email: anhthe07@gmail.com