

# ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG

Bệnh nhân Sốt xuất huyết (SXH) Dengue tử vong do sốc kéo dài, xuất huyết ồ ạt (thường là xuất huyết tiêu hoá), suy hô hấp, SXH dạng não, suy gan. Đánh giá đúng các biến chứng nặng này và điều trị tích cực có thể cứu sống bệnh nhân, giảm tỉ lệ tử vong trong SXH.

## I. SỐC KÉO DÀI TRONG SXH:

### 1. Nguyên nhân:

- Phát hiện trễ sốc hoặc tiền sốc để bệnh nhân diễn tiến qua giai đoạn sốc sâu rồi đến sốc không phục hồi.
- Điều trị sốc SXH không đúng phác đồ, không sử dụng đúng loại dịch thích hợp, liều lượng dịch truyền không đúng.
- Không theo dõi sát bệnh nhân để tái sốc nhiều lần.

**Hậu quả của sốc kéo dài:** Bệnh nhân bị sốc kéo dài tiến triển sang giai đoạn bất bù gây tổn thương đa cơ quan dẫn đến suy hô hấp, rối loạn đông máu trầm trọng gây xuất huyết ồ ạt đặc biệt là xuất huyết tiêu hoá (XHTH), toan chuyển hoá... và cuối cùng dẫn đến tử vong nếu không được điều trị tích cực.

### 2. Đánh giá bệnh nhân sốc kéo dài:

#### 2.1. Xem xét:

- Ngày bệnh, ngày vào sốc ?
- Độ nặng khi vào sốc (độ III, IV) ?
- Quá trình điều trị: Thời gian ra sốc, tái sốc, có XHTH, có run tiêm truyền?
- Dịch truyền: - Lượng dịch trung bình ml/kg/ 24 giờ.  
- Loại dịch (điện giải, cao phân tử (CPT), máu).
- Nước tiểu ?
- Thay đổi giá trị Hct, tiểu cầu trong quá trình điều trị?

#### 2.2. Đánh giá lâm sàng:

- Tri giác: Trờ tỉnh táo, hay bứt rứt, li bì, hôn mê?
- Tình trạng hô hấp: Đếm nhịp thở, có khó thở, suy hô hấp, ran ở phổi không?
- Tuần hoàn: Mạch; HA; tĩnh mạch cổ nổi; dấu hiệu giảm tưới máu mô ở da, thời gian hồi phục màu da?
- Bụng có căng? Gan to ?

#### 2.3. Các xét nghiệm cần làm:

- Hct, ion đồ, khí máu, SaO<sub>2</sub>, đường huyết, chức năng đông máu; chức năng gan, thận.
- XQ tim phổi, Echo bụng.

## 3. Xử trí:

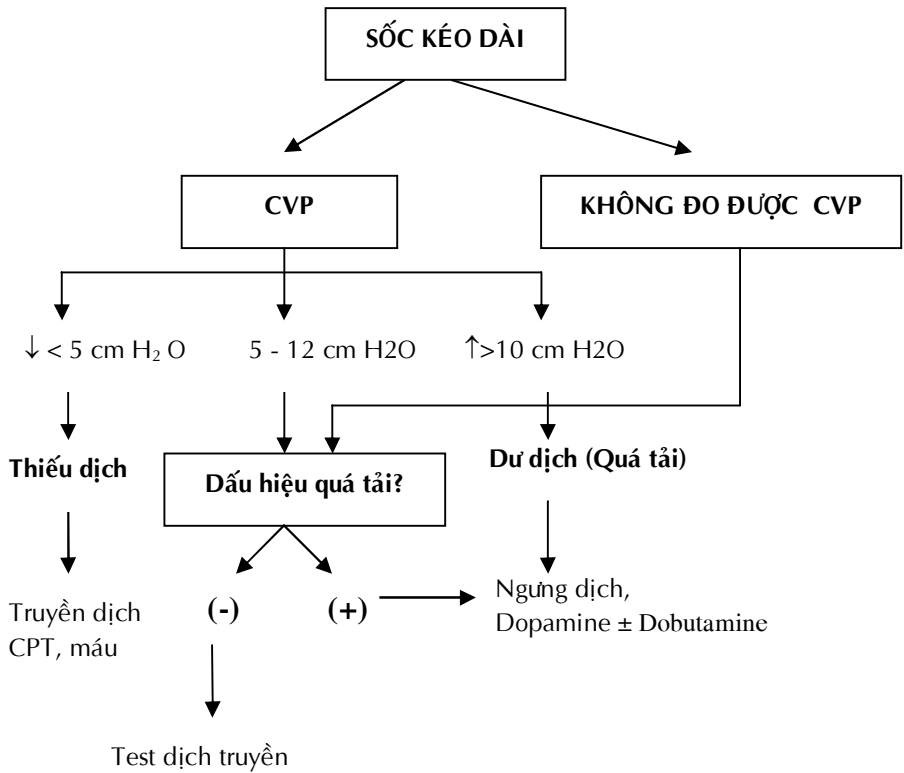
### 3.1. Điều trị suy hô hấp

- Thở oxygen ẩm qua nasal cannula với lưu lượng 1 - 6 L / phút.
- Nếu thất bại với oxygen : Tím tái hoặc SaO<sub>2</sub> < 90 %; thở nhanh, thở co kéo cơ hô hấp phụ → Thở N-CPAP.

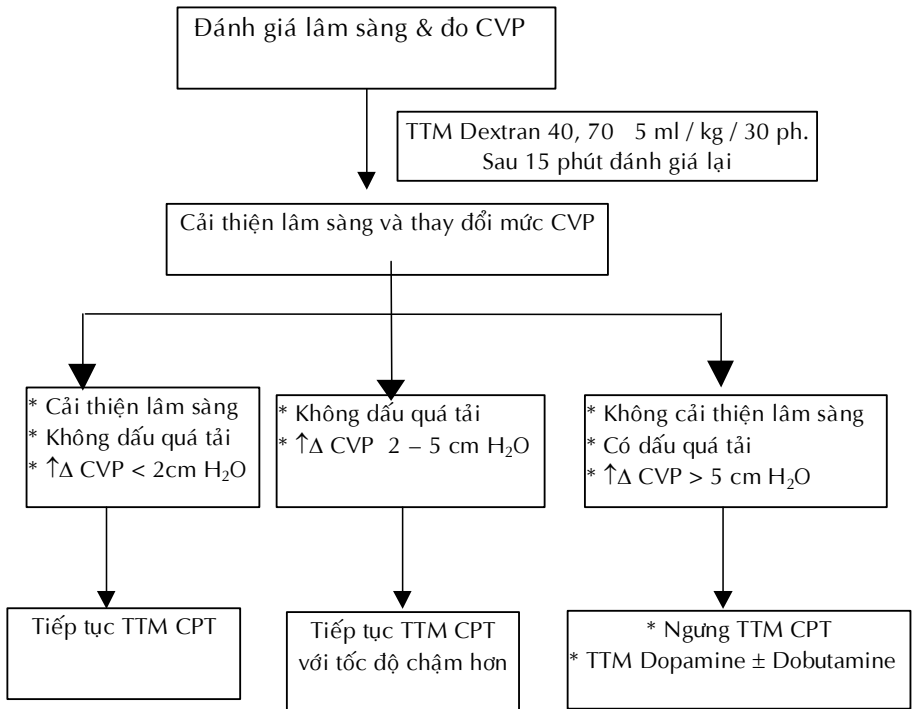
• Tím tái, thở hức không hiệu quả → Đặt nội khí quản giúp thở.

### 3.2. Đánh giá - Xử trí tình trạng sốc

Đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) giúp hướng dẫn điều trị sốc kéo dài.



Lưu đồ xử trí sốc kéo dài trong SXH Dengue.



TTM: Truyền tĩnh mạch;  $\uparrow\Delta CVP$ : Tăng mức CVP

### Test dịch truyền áp dụng qui luật 2 – 5.

- CVP < 5 cm H<sub>2</sub>O và lâm sàng không dấu hiệu quá tải:
  - Truyền dịch CPT (Dextran 40, 70) tốc độ 5- 10 ml/kg/giờ. Theo dõi sát dấu hiệu lâm sàng, CVP mỗi 15- 30 phút.
    - Xem xét truyền máu những ca có XHTH nặng.
- CVP: 5 - 10 cm H<sub>2</sub>O và lâm sàng không có dấu hiệu quá tải:
  - Test dịch truyền:** Dextran 40, 70: 5 ml / kg / 30 phút → Đánh giá tình trạng huyết động học, dấu hiệu quá tải, kiểm tra lại CVP sau 15 phút. Áp dụng **qui luật 2 - 5** nếu:
    - Lâm sàng cải thiện, không dấu quá tải, CVP tăng ( $\uparrow\Delta P_{CVP}$ ) < 2 cm H<sub>2</sub>O → Tiếp tục dịch truyền.
    - Lâm sàng không cải thiện, có dấu hiệu quá tải, CVP tăng ( $\uparrow\Delta P_{CVP}$ ) > 5 cm H<sub>2</sub>O → Ngưng dịch truyền, cho Dopamine ± Dobutamine.

- Nếu CVP tăng ( $\Delta P_{CVP}$ ) từ 2 - 5 cm H<sub>2</sub>O, lâm sàng không có dấu hiệu quá tải thì tiếp tục truyền dịch nhưng với tốc độ chậm hơn.
- CVP > 10 cm H<sub>2</sub>O và lâm sàng thường kèm theo có dấu hiệu quá tải: Ngưng dịch truyền, dùng thuốc vận mạch Dopamine ± Dobutamine.
- Trong những trường hợp không đo được CVP: Phải đánh giá lâm sàng xem bệnh nhân có dấu hiệu quá tải hay không?
  - Nếu bệnh nhân có dấu hiệu quá tải: Ngưng dịch truyền, cho Dopamine ± Dobutamine.
  - Nếu bệnh nhân không có dấu hiệu quá tải: Truyền dịch CPT Dextran 40, 70: 5 ml / kg / 30 phút, và theo dõi sát bệnh nhân mỗi 15- 30 ph.

### **3.3. Xử trí xuất huyết:**

Sốc kéo dài → Đông máu nội mạch lan tỏa (ĐMNMLT) nặng → XHTH trầm trọng → Chỉ định truyền máu, truyền tiểu cầu đậm đặc, huyết tương tươi đông lạnh. (Xem phác đồ XHTH)

### **3.4. Xử trí toan chuyển hóa máu và rối loạn điện giải:**

#### **• Triệu chứng toan chuyển hóa máu:**

- Thở nhanh, sâu.
- Khí máu: pH < 7,2; HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> < 15 mmol/ l.

Liều lượng: Natri Bicarbonate 7,5% (1ml # 1mEq) 1 -2 mEq / kg / liều TM chậm.

#### **• Lưu ý:**

- Toan chuyển hoá luôn luôn có ở bệnh nhân sốc kéo dài, điều trị tốt sốc sẽ cải thiện tình trạng toan máu.
- Dùng Natri Bicarbonate ở bệnh nhân suy hô hấp nặng chưa được thông khí tốt sẽ nguy hiểm vì gây ứ khí CO<sub>2</sub> do  $H^+ + HCO_3^- \leftrightarrow H_2CO_3 \leftrightarrow H_2O + CO_2$ .

## **4. Biện pháp hạn chế sốc kéo dài trong SXH:**

### **4.1. Phát hiện sớm:**

Giáo dục bà mẹ, nhân viên y tế cơ sở nhận biết sớm SXH và phát hiện được những dấu hiệu chuyển độ của SXH để đưa trẻ đến bệnh viện kịp thời.

### **4.2. Điều trị đúng phác đồ điều trị SXH :**

- Điều trị bệnh nhân theo đúng phác đồ của Tổ chức y tế thế giới (TCYTG).
- Chỉ định dùng dung dịch cao phân tử (CPT), truyền máu kịp thời, đúng chỉ định, đúng liều lượng.
- Trang bị đầy đủ phương tiện điều trị sốc SXH : máy quay Hct, dung dịch CPT, catheter đo CVP...

### **4.3. Theo dõi sát bệnh nhân sốc SXH:**

- Tổ chức khoa phòng, phân công tiếp nhận, điều trị bệnh nhân hợp lý.
- Có đủ lực lượng Bác sĩ, điều dưỡng đã được huấn luyện thành thạo trong điều trị SXH.

- Theo dõi sát từng thời điểm diễn tiến bệnh để có hướng xử trí kịp thời tránh tái sốc dẫn đến sốc kéo dài.

## **II. SXH CÓ BIẾN CHỨNG XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ:**

SXH có biến chứng XHTH chiếm tỉ lệ khoảng 10% bệnh nhân SXH, XHTH là biến chứng của sốc kéo dài, toan chuyển hoá và/ hoặc suy gan nặng trong SXH, và nó thường là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong.

### **1. Chẩn đoán:**

Bệnh nhân SXH lúc đầu có thể xuất huyết tiềm ẩn và thường than đau bụng, bụng chướng, niêm mạc, tim nhanh, Hct giảm nhưng không có cải thiện lâm sàng. Do đó ở bệnh nhân SXH được truyền dịch đầy đủ theo đúng phác đồ nhưng lâm sàng vẫn không ổn định phải nghĩ đến nguyên nhân xuất huyết nội mà thường là XHTH. XHTH rõ khi bệnh nhân ói máu, tiêu ra máu.

### **2. Đánh giá bệnh nhân:**

- Tình trạng huyết động học: Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tim, phổi, bàng bụng...
- Mức độ XHTH: Bệnh nhân ói máu, hay tiêu máu; lượng máu ói, tiêu ra.
- Lượng dịch, loại dịch đã tiêm truyền cho bệnh nhân.

### **3. Các xét nghiệm cần làm:**

Kiểm tra Hct, đếm tiểu cầu, chức năng đông máu toàn bộ.

### **4. Xử trí:**

Bệnh nhân cần được bồi hoàn thể tích đầy đủ, điều chỉnh toan chuyển hoá, cung cấp oxygen, và chỉ định truyền máu, truyền tiểu cầu đậm đặc, hoặc huyết tương tươi đông lạnh kịp thời.

**4.1. Bồi hoàn thể tích tuần hoàn đầy đủ cho bệnh nhân:** Tiêm truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải, cao phân tử theo đúng phác đồ (Xin xem phác đồ điều trị SXH).

#### **4.2. Chỉ định truyền máu:**

- Khi bệnh nhân XHTH ở ạt.
- Hct giảm < 30%.
- Hct giảm nhanh mà lâm sàng vẫn không ổn định- bệnh nhân vẫn còn sốc dù đã bù đủ dịch.
- Liều lượng: Truyền máu tươi cùng nhóm 10- 20 ml/kg/lần. Tốc độ truyền máu tùy theo tình trạng lâm sàng của bệnh nhân. Phải theo dõi sát bệnh nhân để tránh nguy cơ quá tải do truyền máu.

#### **4.3. Chỉ định truyền tiểu cầu và huyết tương tươi đông lạnh:**

##### **a) Truyền tiểu cầu:**

Chỉ định truyền tiểu cầu khi tiểu cầu giảm < 50.000/ mm<sup>3</sup> và bệnh nhân đang XHTH mà không kiểm soát được bằng truyền máu tươi toàn phần.

Liều lượng: Tiểu cầu đậm đặc 10-20 ml/kg / lần, truyền nhanh trong vòng 2 giờ.

##### **b) Truyền huyết tương tươi đông lạnh:**

Chỉ định khi bệnh nhân có ĐMNMLT nặng gây XHTH ở ạt.

Liều lượng: Huyết tương tươi đông lạnh 10- 20 ml / kg/ lần.

### **5. Một số điểm cần lưu ý:**

- Rất khó khăn trong nhận biết và đánh giá chính xác xuất huyết nội trong đó có XHTH khi bệnh nhân SXH có tình trạng cô đặc máu.
- Đặt sonde dạ dày có thể gây chấn thương và xuất huyết niêm mạc mũi và dạ dày nên chỉ đặt cho các trường hợp xuất huyết dạ dày ồ ạt cần theo dõi sát lượng máu mất, hoặc để giải áp dạ dày khi XHTH gây căng cứng bụng và suy hô hấp cho bệnh nhân. Trong những trường hợp cần đặt sonde dạ dày nên đặt qua đường miệng.
- Rửa dạ dày bằng nước muối sinh lý và dùng các thuốc antacid (Phosphalugel, Maalox..), các thuốc Anti-H2 (Ranitidin, Cimetidin..) không có hiệu quả trong điều trị XHTH trong SXH do đó không nên dùng.
- Khi bệnh nhân SXH có XHTH ở giai đoạn tái hấp thu thì Hct có thể giảm thấp nhưng lâm sàng ổn định thì không cần truyền máu.

## **III. SXH CÓ BIẾN CHỨNG SUY HÔ HẤP:**

### **1. Nguyên nhân suy hô hấp trong SXH:**

- Quá tải dịch: Do truyền dịch lượng nhiều, đặc biệt là nhiều cao phân tử, hoặc truyền dịch tốc độ quá nhanh. Quá tải dịch thường xảy ra trong giai đoạn tái hấp thu dịch có thể dẫn đến phù phổi cấp.
- Hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS): Hậu quả của tổn thương phổi trong sốc kéo dài.
- Tràn dịch màng phổi, màng bụng nhiều gây chèn ép khoang màng phổi, giảm cử động cơ hoành.
- Toan chuyển hóa.
- Tổn thương hệ thần kinh trung ương, ức chế hoạt động của trung tâm điều hòa hô hấp trong bệnh nhân SXH dạng não.

### **2. Đánh giá bệnh nhân SXH suy hô hấp:**

#### **2.1. Đánh giá lâm sàng:**

- Tri giác: Bệnh nhân tỉnh, hay bứt rứt, hay hôn mê ?.
- Mức độ suy hô hấp:
  - Đếm nhịp thở; xem bệnh nhân có thở gắng sức, tím tái; do SaO<sub>2</sub>.
  - Nghe phổi: Xem mức độ tràn dịch màng phổi, ran phổi.
  - Khám xem mức độ tràn dịch màng bụng: Bụng có tràn dịch nhiều căng cứng không?
- Đánh giá tình trạng huyết động học: Bệnh nhân có sốc?; CVP, Hct? .

#### **2.2. Xét nghiệm cần làm:**

- Khí máu: Đánh giá tình trạng oxy máu và các rối loạn thăng bằng kiềm toan.
- Xquang phổi.
- Siêu âm ngực, bụng.

### **3. Xử trí:**

#### **3.1. Thở oxygen:**

- **Chỉ định:** - Sốc kéo dài.  
- Suy hô hấp: Thở nhanh, rút lõm ngực, tím tái.
- **Phương pháp:** Thở oxygen qua sonde hai mũi (Nasal cannula) với lưu lượng: 1-6 L/ph, cho nồng độ  $FiO_2 = 30-40\%$ .  
Một số trường hợp bệnh nhân bị chảy máu mũi đã được nhét mèche mũi hai bên thì cho thở oxygen qua mask (có hoặc không có túi dự trữ) với lưu lượng 6-8 L/ph, cho  $FiO_2 = 40 - 60\%$ .
- **Thất bại với oxygen:** Khi thở oxygen 6 L/ph mà trẻ còn:
  - Tím tái, hoặc  $SaO_2 < 90\%$ .
  - Thở nhanh, cơ kéo cơ hô hấp phụ.
 Khi thất bại với oxygen cho thở oxygen qua mask với túi dự trữ ( $FiO_2 = 60-100\%$ ), hoặc CPAP qua mũi. Trong trường hợp quá tải nên chọn CPAP.

### **3.2. Thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP):**

- **Chỉ định:**
  - Quá tải, doạ phù phổi, hoặc phù phổi cấp.
  - Thất bại với oxygen qua cannula.
- **Chọn lựa  $FiO_2$  và áp lực CPAP ban đầu:**
  - $FiO_2$  100% sau đó giảm dần để  $SaO_2 = 92-96\%$ .
- **Theo dõi:** Theo dõi lâm sàng và  $SaO_2$  để tăng / giảm  $FiO_2$  và áp lực CPAP cho phù hợp, tốt nhất  $FiO_2 < 60\%$  và áp lực CPAP 4-6 cm H<sub>2</sub>O. Tuy nhiên trong những trường hợp nặng có thể tăng  $FiO_2$  lên 60 - 100% nếu bệnh nhân có đáp ứng.
- **Thất bại với CPAP:**
  - Với  $FiO_2$  100% và áp lực > 10 cm H<sub>2</sub>O mà bệnh nhân vẫn còn tím tái hoặc  $SaO_2 < 90\%$ . Nếu:

- Bụng căng cứng và dịch ổ bụng, dịch màng phổi nhiều (trên XQuang, siêu âm): Chọc dò màng bụng hoặc màng phổi để giải áp và tiếp tục thở NCPAP.
  - Tràn dịch màng bụng, màng phổi không nhiều: Đặt nội khí quản giúp thở.
- Lưu ý: Chọc dò màng bụng, màng phổi trong SXH dễ gây tai biến chảy máu nên hết sức hạn chế chỉ dùng trong một số ít trường hợp bệnh nhân thất bại với thở oxygen qua cannula hoặc NCPAP ( $SaO_2 < 90\%$ ) và bụng căng cứng, lượng dịch ổ bụng, dịch màng phổi nhiều.

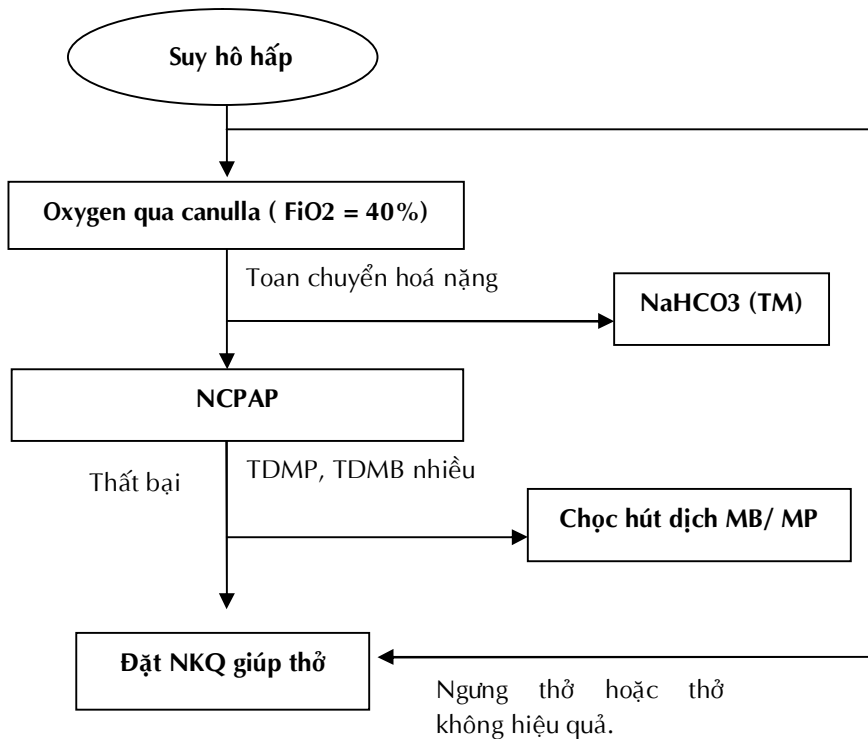
### **3.3. Đặt nội khí quản (NKQ) giúp thở:**

- **Chỉ định:**
  - Thất bại với NCPAP.
  - Bệnh nhân ngưng thở, hoặc thở không hiệu quả.
- **Đặt nội khí quản:**
  - Nên cho diazepam( 0,25 mg/kg TM) + Vecuronium ( 0,1 mg/kg TM) trước khi đặt.
  - Nên đặt NKQ qua đường miệng để tránh tai biến chảy máu mũi khi đặt qua mũi.

- Cho bệnh nhân thở máy (Mode thở: Pressure control) hoặc bóp bóng giúp thở.

### 3.4. Toan chuyển hóa:

Xử trí toan chuyển hoá (xin xem ở phần sốc kéo dài).



- TDMP: Tràn dịch màng phổi.
- TDMB: Tràn dịch màng bụng.
- NKQ: Nội khí quản.

### Lưu đồ xử trí suy hô hấp trong SXH



## **IV. SXH CÓ BIẾN CHỨNG QUÁ TẢI (OVERLOAD):**

### **1. Nguyên nhân quá tải:**

- Do truyền dịch quá nhiều không đúng phác đồ, đặc biệt là khi dùng nhiều dung dịch CPT.
- Truyền dịch tốc độ quá nhanh có thể gây quá tải.
- Một số trường hợp sốc sâu, sốc kéo dài phải truyền nhiều dịch (trong đó có nhiều CPT, máu) sẽ có hiện tượng quá tải do tái hấp thu ở giai đoạn hồi phục.

Bệnh nhân có bệnh lý tim, phổi, thận kèm theo SXH có nguy cơ cao bị quá tải khi truyền dịch không cẩn thận.

### **2. Đánh giá bệnh nhân quá tải:**

#### **2.1. Đánh giá căn cứ vào:**

- Ngày bệnh: Thường quá tải xảy ra vào ngày thứ 6, 7, 8 của bệnh (Giai đoạn tái hấp thu).
- Lượng dịch: Lượng dịch trung bình/kg/ 24 giờ (Thường >120 ml/ kg/ 24 giờ), lượng CPT?.
- Dấu hiệu lâm sàng:
  - Bệnh nhân khó thở: Thở nhanh, ỉ ạch, thở co kéo, tím tái...
  - Phổi: Phế âm giảm nhiều, ran phổi.
  - Bụng căng, tràn dịch màng bụng nhiều.
  - Bệnh nhân có thể sốc hoặc không sốc (Mạch nhanh, nảy mạnh, HA tốt).
  - Đo SaO<sub>2</sub>.
  - CVP cao > 10 cm H<sub>2</sub>O.

#### **2.2. Xét nghiệm cần làm:**

- Kiểm tra Hct: Bình thường hoặc giảm.
- Khí máu khi có suy hô hấp.
- XQ phổi; Echo bụng, ngực.
  - \* Bệnh nhân có quá tải kèm theo sốc thì nên đo CVP để hướng dẫn điều trị.

### **3. Xử trí:**

- Ngừng ngay dịch truyền.
- Nằm đầu cao, xử trí suy hô hấp (Xem phần xử trí suy hô hấp).
- Nếu bệnh nhân quá tải có:
  - Huyết động học ổn định (không sốc): Nếu:
    - + Bệnh nhân có dấu hiệu phù phổi cấp hoặc đe dọa phù phổi cấp: Xử trí phù phổi cấp, đặc biệt quan trọng cho Furosemide 1-2mg/kg TMC, có thể lặp lại mỗi 15 phút nếu cần.
    - + Bệnh nhân không có dấu hiệu đe dọa phù phổi cấp: Dùng Furosemide 0,5 -1 mg / kg/ lần TB hoặc uống.

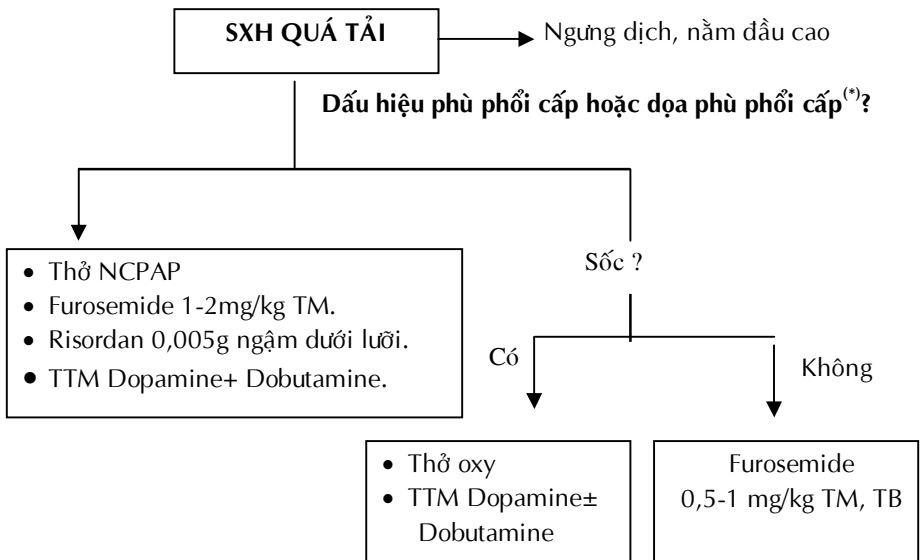
- Quá tải kèm theo sốc: Đo CVP và dùng thuốc vận mạch Dopamine ± Dobutamine. Đây là sốc tim do quá tải tuần hoàn nên có thể xem xét dùng thêm Furosemide TB, TM.

**4. Phòng ngừa:**

- Chỉ định truyền dịch đúng, điều trị theo đúng phác đồ tránh sốc kéo dài.
- Chỉ định và dùng đúng liều lượng CPT tránh lạm dụng truyền quá nhiều dung dịch CPT.

Theo dõi sát bệnh nhân, bảo đảm đúng tốc độ dịch truyền, đặc biệt các trường hợp có bệnh lý tim, phổi, thận kèm theo.

**LƯU ĐỒ XỬ TRÍ SXH QUÁ TẢI**



*(\*) Dấu hiệu phù phổi cấp hoặc dọa phù phổi cấp: Bệnh nhân hốt hoảng, khó thở, ho khạc bọt hồng, ran phổi nhiều, tĩnh mạch cổ nổi/ 45°, mạch nhanh, HA bình thường hoặc kẹt, tụt.*

**V. SXH DẠNG NÃO (DENGUE ENCEPHALOPATHY):**

SXH dạng não là một thể lâm sàng nặng của SXH, ngày càng được báo cáo nhiều có thể gây tử vong cho bệnh nhân nếu không được chẩn đoán và xử trí đúng.

**1. Nguyên nhân SXH dạng não:**

- Phù não, xuất huyết não, thiếu máu nuôi não.
- Suy gan.

- Hạ natri máu.
- Toan chuyển hoá.
- Tổn thương não do virus Dengue xâm nhập trực tiếp hệ thần kinh gây ra.

## 2. Chẩn đoán SXH dạng não:

SXH dạng não có thể xảy ra ở bệnh nhân SXH có sốc hoặc không sốc, ở bệnh nhân tái nhiễm cũng như sơ nhiễm virus Dengue.

Bệnh nhân SXH dạng não có đầy đủ tiêu chuẩn lâm sàng chẩn đoán SXH theo TCYTGG và có biểu hiện đau đầu, ói mửa, rối loạn tri giác như lơ đãng, lú lẫn, la hét, hôn mê; có các dấu hiệu thần kinh như co giật, liệt nửa người, liệt tứ chi, dấu hiệu Babinski dương tính.

Xét nghiệm dịch não tủy (DNT): Nồng độ protein, glucose, tế bào trong giới hạn bình thường.

### Tiêu chuẩn chẩn đoán SXH dạng não:

Bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của SXH và:

- Rối loạn tri giác.
- Dấu hiệu thần kinh bất thường.
- DNT bình thường.

## 3. Xét nghiệm cần làm:

Ngoài các xét nghiệm để chẩn đoán xác định SXH cần làm thêm:

- Chức năng gan: Thường có tăng cao bất thường các men gan: AST, ALT; Bilirubin có thể tăng, tỉ lệ Prothrombin giảm.
- Chức năng đông máu toàn bộ.
- Đường huyết, ion đồ, khí máu.
- Chọc dò tủy sống: Gửi DNT thử:
  - Sinh hóa, tế bào.
  - PCR tìm RNA virus Dengue, tìm kháng thể IgM chống virus Dengue và viêm não Nhật Bản.
- Siêu âm não xuyên thóp ở trẻ nhỏ.

## 4. Xử trí:

Xử trí SXH dạng não chủ yếu là điều trị theo phác đồ điều trị SXH, sẵn sàng bệnh nhân hôn mê.

- Đưa bệnh nhân ra khỏi sốc càng nhanh càng tốt, ổn định huyết động học; truyền máu, huyết tương tươi đông lạnh khi có xuất huyết nặng.
- Xử trí tình trạng suy hô hấp, bảo đảm cung cấp đầy đủ oxygen cho não và các mô.
- Điều chỉnh các rối loạn thăng bằng kiềm toan, rối loạn điện giải, hạ đường huyết.

## **VI. SXH BIẾN CHỨNG VIÊM GAN TỐI CẤP ( FULMINANT HEPATITIS):**

Viêm gan tối cấp (VGTC) trong SXH đã được báo cáo từ nhiều năm nay gây suy gan cấp và là nguyên nhân qua trọng dẫn đến SXH dạng não. Suy gan trực tiếp dẫn đến xuất huyết trầm trọng và gián tiếp làm tình trạng đông máu nội mạch lan tỏa nặng hơn.

### **1. Các yếu tố dẫn đến VGTC trong SXH:**

- Virus Dengue xâm nhập trực tiếp gây hoại tử lan toả tế bào gan.
- Sốc kéo dài và xuất huyết dẫn đến thiếu máu nuôi, hoại tử ở gan, thận.
- Hội chứng Reye.
- Ngộ độc thuốc: paracetamol, salicylates, thuốc chống nôn.
- Bệnh gan có sẵn trước như viêm gan, bệnh lý hemoglobin

### **2. Chẩn đoán VGTC trong SXH:**

- Bệnh nhân SXH có rối loạn tri giác ( SXH dạng não), có thể có vàng da.
- Xét nghiệm chức năng gan:
  - Các men gan AST, ALT tăng cao bất thường.
  - Thời gian Prothrombin kéo dài.
  - Bilirubin có thể tăng cao, hoặc bình thường.
- Đường huyết giảm.
- Tử thiết mẩu gan: Giải phẫu bệnh cho thấy hoại tử lan toả tế bào gan, xuất hiện thể Councilman, thoái hoá mỡ ở gan. Hoá miễn dịch mô và PCR in situ có thể phát hiện antigen, RNA virus Dengue trong tế bào gan và tế bào Kupffer.

### **3. Xử trí:**

- Truyền dịch, truyền máu, huyết tương tươi đông lạnh đầy đủ theo phác đồ điều trị SXH để duy trì tưới máu mô và cung cấp đầy đủ oxygen cho mô.
- Duy trì đường huyết bình thường bằng dung dịch chứa glucose.
- Cho vitamin K1 (TM) 1 mg/ kg/ ngày x 3 ngày.  
Một số tác giả đã sử dụng phương pháp thay máu (Exchange blood transfusion) thấy có kết quả khả quan.

### **4. Phòng ngừa:**

- Tránh dùng các thuốc gây độc cho gan trong bệnh nhân SXH, phải dùng paracetamol đúng liều lượng.
- Điều trị tốt sốc SXH tránh để sốc kéo dài và xuất huyết trầm trọng gây tổn thương gan.