

ĐIỀU TRỊ SỐT DENGUE/ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Nhiễm vi rút Dengue có thể nhẹ không triệu chứng lâm sàng, hoặc có triệu chứng lâm sàng biểu hiện sốt Dengue/ Sốt xuất huyết Dengue.

I. CHẨN ĐOÁN SỐT DENGUE/ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

1. Chẩn đoán lâm sàng sốt Dengue:

Bệnh nhân sốt 2- 7 ngày và có **≥ 2 dấu hiệu** sau:

- Đau đầu.
- Đau sau hốc mắt.
- Đau cơ/ đau khớp
- Rash da
- Buồn nôn và nôn.
- Xuất huyết (dấu dây thắt (+) hoặc xuất huyết tự nhiên(*))
- Bạch cầu giảm

(*) **Xuất huyết tự nhiên** gồm: chấm xuất huyết dưới da, chảy máu mũi, chảy máu nướu răng, xuất huyết tiêu hóa, rong kinh...

2. Chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue:

Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXH) được đặc trưng bởi hiện tượng thất thoát huyết tương dẫn đến sốc giảm thể tích và rối loạn đông máu gây ra xuất huyết. Sốc giảm thể tích và xuất huyết là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ em bị SXH nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị đúng.

2.1. Chẩn Đoán Lâm Sàng:

Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (TCYTGTG), 1997:

Lâm sàng:

- * Sốt cao: Đột ngột, liên tục 2-7 ngày.
- * Xuất huyết: - Dấu dây thắt (+)
 - Chấm xuất huyết dưới da, vết xuất huyết, bầm chỗ chích.
 - Chảy máu mũi, chảy máu nướu răng.
 - Ói ra máu, tiêu ra máu.
- * Gan to
- * Sốc: Thường xảy ra vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 6 của bệnh, biểu hiện bởi trẻ bứt rứt, da lạnh ẩm, thời gian hồi phục màu da tăng > 2 giây, mạch nhanh nhẹ và huyết áp kẹt hoặc tụt huyết áp^(*), nước tiểu giảm < 1ml/kg/ giờ.
(*) **Tụt huyết áp (Hypotension):** Khi huyết áp tâm thu < 80 mmHg ở trẻ < 5 tuổi, < 90 mmHg ở trẻ ≥ 5 tuổi. Huyết áp kẹt được ghi nhận sớm trong quá trình sốc, ngược lại tụt huyết áp được ghi nhận trễ hơn hoặc ở các bệnh nhân bị xuất huyết nặng.

Cận lâm sàng:

* Dấu hiệu thất thoát huyết tương : biểu hiện bởi cô đặc máu (Dung tích hồng cầu (Hct) tăng $\geq 20\%$ giá trị bình thường) ; hoặc tràn dịch màng bụng ; tràn dịch màng phổi.

* Tiểu cầu giảm: $\leq 100.000/mm^3$

Chẩn đoán:

* Sốt xuất huyết Dengue (Dengue Hemorrhagic Fever): Sốt, xuất huyết, cô đặc máu hoặc có dấu hiệu khác của tăng tính thấm thành mạch (tràn dịch màng bụng ; tràn dịch màng phổi) và tiểu cầu giảm.

* Sốc SXH (Dengue Shock Syndrome): Tất cả tiêu chuẩn trên + sốc.

2.2. Chẩn Đoán Cận Lâm Sàng:

* Phân lập siêu vi.

* Huyết thanh chẩn đoán: HI test, MAC-ELISA.

* Phản ứng khuếch đại chuỗi gen (PCR).

2.3. Phân Độ Lâm Sàng: Theo TCYTTC phân 4 độ:

* Độ I: Sốt, dấu hiệu dây thất (+), hoặc bầm chỗ chích.

* Độ II: Độ I + xuất huyết tự phát.

* Độ III: Sốc, biểu hiện bởi chi mát lạnh, bứt rứt, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt hoặc tụt huyết áp.

* Độ IV: Sốc sâu: mạch, huyết áp không đo được.

Cả 4 độ trên đều phải kèm theo cô đặc máu (Hct tăng $\geq 20\%$ giá trị bình thường) hoặc có dấu hiệu khác của tăng tính thấm thành mạch (tràn dịch màng bụng ; tràn dịch màng phổi) và tiểu cầu giảm.

II. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:

Mục đích điều trị SXH: Phát hiện sớm và điều trị kịp thời sốc SXH để giảm tỷ lệ tử vong.

1. Điều trị Sốt Dengue/ SXH không sốc (Độ I, II):

Hầu hết bệnh nhân được điều trị ngoại trú, chủ yếu điều trị triệu chứng, tái khám và theo dõi phát hiện chuyển độ để báo bác sĩ kịp thời, hoặc mang trẻ vào bệnh viện ngay.

1.1. Điều trị triệu chứng:

• Hạ sốt: Paracetamol 10-15 mg/ kg/ lần x 4 lần/ngày; lau mát bằng nước ấm nếu sốt cao $> 39^{\circ}C$ và dọa sốt cao co giật.

• Cho trẻ ăn lỏng, khuyến khích uống nhiều nước chín, nước cam, chanh, nước Oresol.

• Dặn dò bà mẹ cách chăm sóc và theo dõi cho trẻ tại nhà hoặc ở phòng bệnh nhẹ; phát hiện dấu hiệu chuyển độ để báo bác sĩ kịp thời, hoặc mang trẻ vào bệnh viện ngay.

1.2. Chỉ định cho nhập viện:

• Khi trẻ có các dấu hiệu chuyển độ (nêu ở phần II.1.3).

• Khi trẻ có dấu hiệu sốc: Trẻ bứt rứt, tay chân mát lạnh, rối loạn vận mạch, mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt hoặc tụt huyết áp.

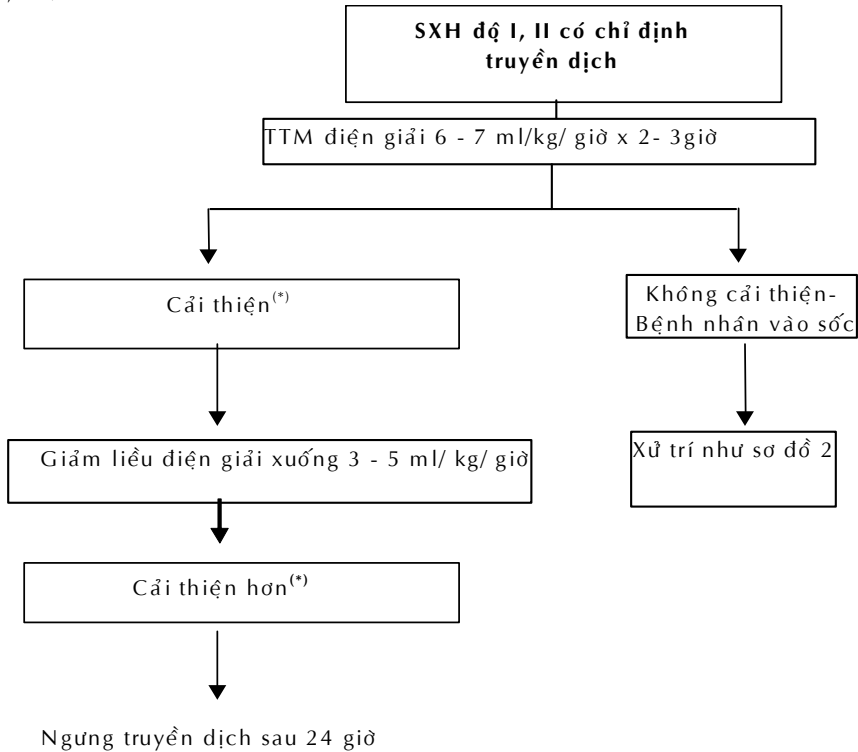
- Nhà bệnh nhân ở quá xa trung tâm y tế không thể nhập viện kịp thời khi bệnh SXH trở nặng.

1.3. Chỉ định truyền dịch:

Ở một số bệnh nhân SXH độ I, II có dấu hiệu chuyển độ:

- Trẻ ói mửa nhiều lần.
- Đau bụng, gan to nhanh.
- Ói máu, tiêu ra máu, chảy máu chân răng.
- Máu cô đặc nhiều, hoặc Hct tăng nhanh.
- Trẻ đờ, tay chân mát lạnh, vã mồ hôi.

Khi trẻ có một trong các dấu hiệu trên, mặc dù huyết áp còn tốt cũng nên truyền dịch sớm bằng dung dịch Lactated Ringer's hoặc Normal Saline (NaCl 0,9%) theo sơ đồ 1.



(*) *Cải thiện*: Bệnh nhân hết nôn ói, bớt đau bụng, mạch chậm lại, huyết áp ổn định, nước tiểu > 1 ml/kg/ giờ, Hct giảm dần về giá trị bình thường.

- Thời gian truyền dịch: 24-48 giờ.

Sơ đồ 1. Lưu đồ bồi hoàn thể tích cho bệnh nhân SXH độ I, II

2. Điều trị SXH có sốc (Độ III, IV):

Nguyên tắc điều trị: Phát hiện sớm sốc, điều trị đúng phác đồ và theo dõi sát bệnh nhân để tránh các biến chứng như tái sốc, sốc kéo dài.

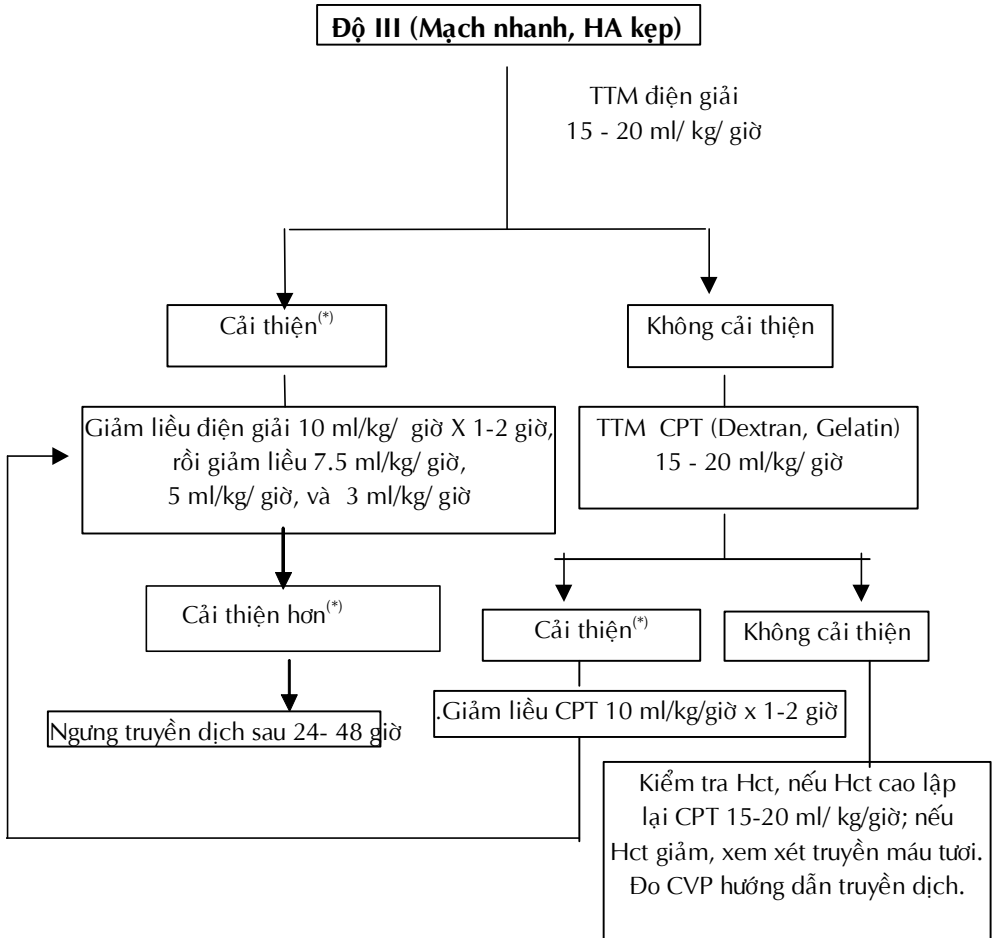
2.1. Sốt xuất huyết độ III: Mạch nhanh, huyết áp (HA) kẹt.

Liều tấn công lúc đầu: Lactated Ringer's truyền tĩnh mạch (TTM) 15- 20ml/ kg/ giờ. Sau 1 giờ đánh giá lại nếu:

a) *Bệnh nhi ra sốc:* Giảm liều Lactated Ringer's xuống 10ml/ kg/ giờ x 1- 2 giờ, sau đó tiếp tục giảm liều dần 7,5 ml/ kg/ giờ x 3-4 giờ, đến 5 ml/ kg/ giờ x 3-4 giờ, rồi 3ml/ kg/ giờ.

b) *HA vẫn còn kẹt:* Đổi sang dung dịch cao phân tử (Gelatin hoặc Dextran 40, 70) TTM 15- 20 ml/ kg/ giờ, sau đó nếu:

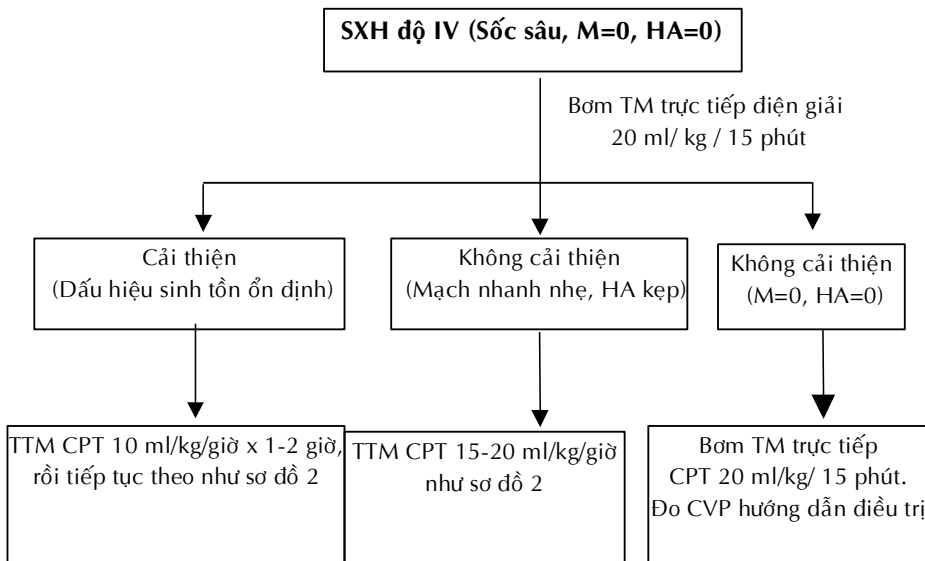
- Nếu HA dần ra: Cao phân tử (CPT) TTM 10 ml/ kg/ giờ x 1- 2 giờ rồi giảm liều CPT 7,5 ml/ kg/ giờ x 2giờ, sau đó nếu tình trạng bệnh nhân tốt chuyển sang điện giải.
- Nếu HA vẫn còn kẹt: CPT TTM 15- 20 ml/ kg/ giờ (lần 2), sau đó nếu HA tốt giảm liều CPT dần rồi đổi sang điện giải giống như b1. Nếu sau CPT lần 2, HA còn kẹt xem xét đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) (Sơ đồ 2).



Sơ đồ 2. Lưu đồ bồi hoàn thể tích cho bệnh nhân sốc SXH Dengue độ III

2.2. Sốt xuất huyết độ IV: (M=0, HA=0)

- Nằm đầu thấp, thở oxygen.
- Bơm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch điện giải Lactated Ringer's 20 ml/ kg/ 15 phút để nhanh chóng đưa bệnh nhi ra khỏi sốc càng nhanh càng tốt. Sau đó đánh giá lại và xử trí theo lưu đồ sau:



Sơ đồ 3. Lưu đồ bồi hoàn thể tích cho bệnh nhân sốc SXH Dengue độ IV

2.3. Theo dõi:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu 15-30 phút / lần cho đến khi bệnh nhi ra khỏi sốc, sau đó theo dõi mỗi 1-2 giờ khi bệnh nhân ổn định.
- Theo dõi Hct mỗi 4-6 giờ cho đến khi ổn định.
- Tổng kết dịch truyền mỗi 24 giờ: số lượng dịch truyền, loại dịch, lượng dịch trung bình / kg/ 24 giờ, lượng CPT; lượng dịch xuất (nước tiểu, ói...)

2.4. Chỉ định ngưng truyền dịch:

- a) Ngưng truyền dịch ngay khi có nguy cơ phù phổi cấp (khó thở, tím tái, phổi có ran ẩm, rít...).
- b) Đặt vấn đề ngưng tiêm truyền khi:
 - SXH III N5, N6 mà M, HA ổn định liên tục trên 24 giờ.
 - SXH III N5, N6, HA ổn ≥ 12 giờ và:
 - Dịch truyền 120-150 ml/kg/24 giờ
 - Phổi có ran ẩm (+)

- SXH III N5, N6 có:
 - Dịch truyền >150 ml/kg/24 giờ
 - Phổi ran ẩm (++)
 - Thời gian HA ổn định có thể còn ít.
- SXH IV: Sốc sâu nên lượng dịch, thời gian tiêm truyền cao hơn SXH III và chỉ định ngưng truyền dịch tùy thuộc từng bệnh nhân cụ thể.
Nói chung hầu hết các trường hợp sốc SXH thường đòi hỏi tiêm truyền trong vòng 24- 48 giờ.

2.5. Chỉ định do CVP:

SXH III, IV kèm theo các triệu chứng sau:

- Đã dùng cao phân tử 2 lần mà huyết áp còn kẹp.
- Sốc kéo dài, tái sốc.
- Quá tải hoặc nghi ngờ quá tải.
- Sốc SXH kèm bệnh lý tim, phổi, thận.

2.6. Các điều trị khác:

a) *Điều chỉnh rối loạn điện giải, thăng bằng kiềm toan:* Hạ Natri máu và toan chuyển hoá có thể xảy ra ở các trường hợp SXH nặng. Cần thử ion đồ, khí máu ở những bệnh nhân rất nặng để xác định các rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan. Toan chuyển hoá nếu không được điều chỉnh sẽ dẫn đến đông máu nội mạch lan tỏa và làm bệnh nặng hơn. Bồi hoàn thể tích tuần hoàn và điều chỉnh sớm toan chuyển hoá với Natri Bicarbonate dẫn đến dự hậu tốt hơn. (Xin xem thêm bài "Điều trị SXH nặng").

b) *Chảy máu mũi:* Đặt mèche mũi.

- Chảy máu chân răng: Ngậm đá lạnh hoặc cắn chặt gạc tẩm oxy già để cầm máu tại chỗ, truyền dịch sớm.

c) *Chỉ định truyền máu:* Khi

- Xuất huyết tiêu hóa ồ ạt,
 - Hct \leq 30% + lâm sàng không ổn định,
 - Hct giảm nhanh mà lâm sàng không cải thiện \rightarrow Truyền máu tươi cùng nhóm 10-20 ml/ kg/ lần. (Xem thêm bài "Điều trị SXH nặng").
- d) *Lợi tiểu:* Dùng Furosemide 0,5-1 mg / kg/ lần uống hay tiêm bắp hay tiêm mạch vào N6,7 khi có dấu hiệu quá tải, M, HA ổn định.

2.7. Tiêu chuẩn xuất viện:

Bệnh nhân SXH hồi phục phải có đủ các tiêu chuẩn sau khi cho xuất viện:

- Hết sốt ít nhất 24 giờ mà không cần dùng thuốc hạ nhiệt.
- Bệnh nhân thèm ăn.
- Cải thiện lâm sàng rõ rệt.
- Tiểu tốt.
- Hct ổn định.
- Ra sốc ít nhất 2 ngày.
- Không có dấu hiệu suy hô hấp do tràn dịch màng phổi, màng bụng.

- Tiểu cầu $\geq 50.000 / \text{mm}^3$.

III. KẾT LUẬN:

Để điều trị thành công SXH cần:

- Phối hợp tốt giữa Bác sĩ và Điều dưỡng đã được huấn luyện về điều trị SXH.
- Tổ chức tốt lọc bệnh, phân công điều trị hợp lý; được trang bị dịch truyền và các phương tiện cần thiết để theo dõi và điều trị bệnh nhân.
- Giáo dục sức khỏe cho bà mẹ và nhân viên y tế cơ sở giúp phát hiện sớm SXH; điều trị kịp thời đúng phác đồ và theo dõi sát bệnh nhân tránh biến chứng nặng như sốc kéo dài.