

SỐT RÉT NẶNG

I. ĐẠI CƯƠNG:

Sốt rét (SR) nặng thường do *Plasmodium falciparum* gây ra.

II. CHẨN ĐOÁN:

1. Công việc chẩn đoán

a) Hỏi bệnh:

- Có đến hoặc sống trong vùng dịch tễ sốt rét.
- Tiền căn bản thân và gia đình bị sốt rét.
- Ngày sốt, sốt liên tục hay sốt cơn.
- Co giật, lượng nước tiểu, tiểu đen.

b) Khám lâm sàng:

- Dấu hiệu sinh tồn, mức độ tri giác.
- Thở nhanh, khó thở.
- Dấu mất nước.
- Dấu hiệu thiếu máu.
- Màu da và niêm mạc, bầm máu.
- Khám tim phổi, bụng tìm dấu hiệu gan lách to, dấu hiệu màng não.

c) Cận lâm sàng:

- CTM, KSTSR nếu (-) có thể lập lại mỗi 6 giờ.
- Dextrostix, đường huyết, ion đồ, chức năng gan thận.
- TPTNT, Hemoglobin nước tiểu nếu nước tiểu đen, đỏ hay sậm màu.
- Xquang phổi, khí máu khi có suy hô hấp.
- Chức năng đông máu khi có rối loạn đông máu.
- Xét nghiệm giúp chẩn đoán phân biệt:
 - Chọc dò tuỷ sống, xét nghiệm chẩn đoán viêm não nhật bản nếu rối loạn tri giác.
 - Huyết thanh chẩn đoán viêm gan siêu vi nếu vàng da.

2. Các thể lâm sàng sốt rét nặng:

Ở trẻ em sốt rét nặng thường gặp: sốt rét thể não, thiếu máu nặng, hạ đường huyết, vàng da và tiểu huyết sắc tố.

THỂ LÂM SÀNG	TRIỆU CHỨNG
Thể não	- Hôn mê kéo dài trên 1 giờ sau cơn co giật
Hạ đường huyết	- Hôn mê kèm đường huyết < 45 mg%.
Thiếu máu nặng	- Hct ≤ 18%.
Vàng da	- Vàng da niêm + Bilirubine/ máu > 3 mg%.
Tiểu huyết sắc tố	- Tiểu đen + Hb niệu (+).
Suy thận cấp	- Nước tiểu < 0,5 ml/kg/giờ và creatinine > 3 mg%.
Trụy tim mạch	- HA hạ hay kẹt, mạch nhanh, tay chân lạnh.
Xuất huyết	- Chảy máu mũi, lợi răng, xuất huyết tiêu hóa ± Đông

	máu nội mạch rải rác (DIC)
Phù phổi cấp hoặc hội chứng ARDS	- Thở nhanh, khó thở, phổi có ran rít, ẩm.

III. ĐIỀU TRỊ :

1. Nguyên tắc điều trị

- Tất cả mọi trường hợp hôn mê nghi ngờ sốt rét kể cả KSTSR âm tính mà không tìm được nguyên nhân khác cần phải điều trị như sốt rét.
- Thuốc kháng sốt rét đường tĩnh mạch
- Điều trị biến chứng

2. Điều trị

2.1. Thuốc kháng sốt rét đường tĩnh mạch:

a) Artesunate:

- Liều lượng: Liều đầu tiên 2,4 mg/kg TMC, sau đó 1,2 mg/kg ở giờ thứ 12 và thứ 24. Sau đó lập lại liều tiêm Artesunate 1,2 mg/kg mỗi ngày 1 lần cho đủ 6 ngày hoặc đến khi bệnh nhân tỉnh.
- Khi bệnh nhân tỉnh có thể chuyển sang uống Artesunate viên 50mg liều 4mg/kg/ngày, ngày 1 lần trong 4 ngày, sau đó giảm còn 2mg/kg/ngày cho đủ 6 ngày.
- Cách pha Artesunate tiêm mạch: Lấy một ống dung môi 0,6ml Natri bicarbonate 5% pha vào lọ 60mg Artesunate. Sau đó thêm 5,4 ml NaCl 9% cho đủ 6ml: 1ml chứa 10 mg Artesunate.

b) Quinine: trong trường hợp không có Artesunate:

- Liều tấn công 20 mg/kg pha trong 10ml/kg dung dịch Dextrose 5% hoặc Normal saline truyền trong vòng 4 giờ. Trong trường hợp có nguy cơ quá tải, có thể sử dụng bơm tiêm với thể tích dịch ít hơn.
- Liều duy trì 10 mg/kg/mỗi 8 giờ pha trong 10ml/kg dung dịch Dextrose 5% hoặc Normal saline truyền trong vòng 2-4 giờ.
- Nếu kèm suy gan hay suy thận, sau 48 giờ cần giảm liều còn 1/2-2/3.
- Khi bệnh nhân tỉnh chuyển sang uống Quinine sulfate 30mg/kg/ngày, ngày 3 lần cho đủ 7 ngày.

2.2. Điều trị triệu chứng và biến chứng:

a) Điều trị co giật:

- Diazepam 0,2-0,3 mg/kg TMC.

b) Suy hô hấp

- Thở oxy.
- Đặt nội khí quản giúp thở.

c) Thiếu máu:

- Khi Hct < 20% có chỉ định truyền máu, tốt nhất là hồng cầu lắng 10ml/kg, nếu không có sẵn hồng cầu lắng có thể truyền máu toàn phần 10-20 ml/kg.

- Khi bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ suy tim, quá tải: nếu truyền máu toàn phần phải bỏ phần huyết tương, truyền tốc độ chậm, có thể cho Furosemide 1mg/kg TMC trước khi truyền máu.

d) Hạ đường huyết:

- Tất cả các trường hợp sốt rét kèm rối loạn tri giác đặc biệt gồng mắt não, đặc biệt trẻ dưới 3 tuổi phải nghĩ đến nguyên nhân hạ đường huyết và thử ngay Dextrostix.
- Glucose 30% 1-2 ml/kg TM chậm, sau đó truyền duy trì glucose 5-10%.

e) Rối loạn nước, điện giải và toan kiềm:

- Điều trị mất nước và rối loạn điện giải nếu có
- Ở bệnh nhân sốt rét nặng truyền quá nhiều dịch dễ gây phù phổi, phù não, trái lại truyền thiếu dịch dễ gây suy thận. Để tránh biến chứng này cần theo dõi huyết áp, ran phổi, gallop, dấu hiệu tĩnh mạch cổ nổi, lượng nước tiểu. Trẻ sốt rét thể não cần hạn chế dịch nhập 2/3 nhu cầu cơ bản.
- Chỉ bù Bicarbonate trong trường hợp toan chuyển hóa nặng khi pH < 7.1 hoặc $\text{HCO}_3^- < 5 \text{ mEq/l}$. Liều Bicarbonate 7,5% 1ml/kg TMC.

f) Sốt rét thể não:

- Tất cả những trường hợp sốt rét có rối loạn tri giác từ nhẹ (vật vã hay lừ đừ) đến nặng (co giật, hôn mê) cần điều trị như sốt rét thể não sau khi loại trừ nguyên nhân hạ đường huyết và viêm não màng não.
- Lượng dịch bằng 2/3 nhu cầu và điều chỉnh các rối loạn nước điện giải nếu có.
- Dinh dưỡng sớm qua sonde dạ dày bằng sữa và bột mỳ 10%.
- Chăm sóc bệnh nhân hôn mê: tư thế, xoay trở, hút đàm.
- Corticoide không có hiệu quả.

g) Tiểu huyết sắc tố:

- Có thể do mật độ KST cao, độc lực mạnh hoặc thiếu men G6PD.
- Điều trị: Truyền hồng cầu lắng 10ml/kg, trong trường hợp nghi do thiếu men G6PD thì chọn bạch máu có G6PD bình thường và để tránh nguy cơ suy thận do thiếu dịch, tất cả bệnh nhân cần phải được đo và duy trì CVP 5 - 6 cm H₂O và lượng nước tiểu $\geq 1 \text{ ml/kg/h}$. Thuốc kháng sốt rét được chọn là Artesunate.

h) Suy thận cấp:

Suy thận cấp hiếm gặp ở trẻ em và thường là suy thận chức năng sẽ hồi phục sau khi bù dịch. Nếu suy thận tại thận thì hạn chế dịch, điều chỉnh rối loạn điện giải, lọc thận hoặc thẩm phân phúc mạc (xem phác đồ suy thận cấp).

i) Trụy tim mạch:

Hiếm gặp, có thể do sốt rét hoặc do nhiễm trùng kết hợp.

- Truyền dung dịch điện giải 20ml/kg trong giờ đầu, nếu thất bại nên đổi sang dung dịch đại phân tử 10-20 ml/kg/giờ.
- Cho kháng sinh sau khi cấy máu: Cephalosporine thế hệ III tiêm tĩnh mạch.

j) Rối loạn đông máu

- Vitamine K1 10 mg TM.
- Truyền huyết tương tươi đông lạnh (DIC) hoặc tiểu cầu (giảm tiểu cầu).

k) Hạ nhiệt:

Hạ nhiệt bằng Paracetamol dạng uống hoặc tọa dươc. Liều 15 mg/kg/lần, ngày 3-4 lần. Ở trẻ có tiền căn co giật trước đây thường sử dụng Phenobarbital 20 mg/kg TB giữa co giật, nhưng hiện nay không khuyến cáo.

3. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi 6 giờ trong 48 giờ đầu.
- Mức độ tri giác, lượng xuất nhập.
- Hct, đường huyết mỗi 3-6 giờ cho đến khi trẻ tỉnh.
- KSTSR mỗi 6 giờ ít nhất trong 24 giờ nếu kết quả ban đầu âm tính.
- Ure, creatinin, ion đồ mỗi ngày trong trường hợp suy thận.

Vấn đề	Mức độ chứng cứ
Artemisinin có tác dụng tương đương như Quinin trong sốt rét nặng, biến chứng	I Cochrane 1/2000
Không có bằng chứng cho rằng truyền máu có thể làm giảm tử vong ở trẻ bị SR nặng nhưng ổn định về mặt lâm sàng	I Cochrane 1/2000
Chưa có chứng cứ cho thấy hiệu quả của corticoides trong SR thể não	I Cochrane 1999