

# **CẬP NHẬT PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở NGƯỜI LỚN**

GS.TS Nguyễn Văn Kính

Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

# TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- Khi có dấu hiệu cảnh báo (thường từ ngày 3 của bệnh trở đi):
- Vật vã, lừ đừ, li bì
- Đau bụng hoặc tăng cảm giác đau vùng gan
- Gan to > 2 cm hoặc **men gan tăng  $\geq 400$  U/l**
- **Nôn ói  $\geq 3$  lần/giờ hoặc 4 lần trong vòng 6 giờ**
- Xuất huyết niêm mạc
- Tiểu ít
- Hct tăng cao, tiểu cầu giảm nhanh chóng  $\leq 100.000/\text{mm}^3$
- \* **Xem xét chỉ định nhập viện trong các trường hợp sau:**
- Nhà quá xa bệnh viện, không thể nhập viện kịp thời khi bệnh trở nặng
- Gia đình không có khả năng theo dõi sát
- Trẻ nhũ nhi hoặc dư cân
- Phụ nữ có thai
- Bệnh mạn tính đi kèm (thận, tim, gan, hen, COPD kém kiểm soát, thiếu máu tan máu...)

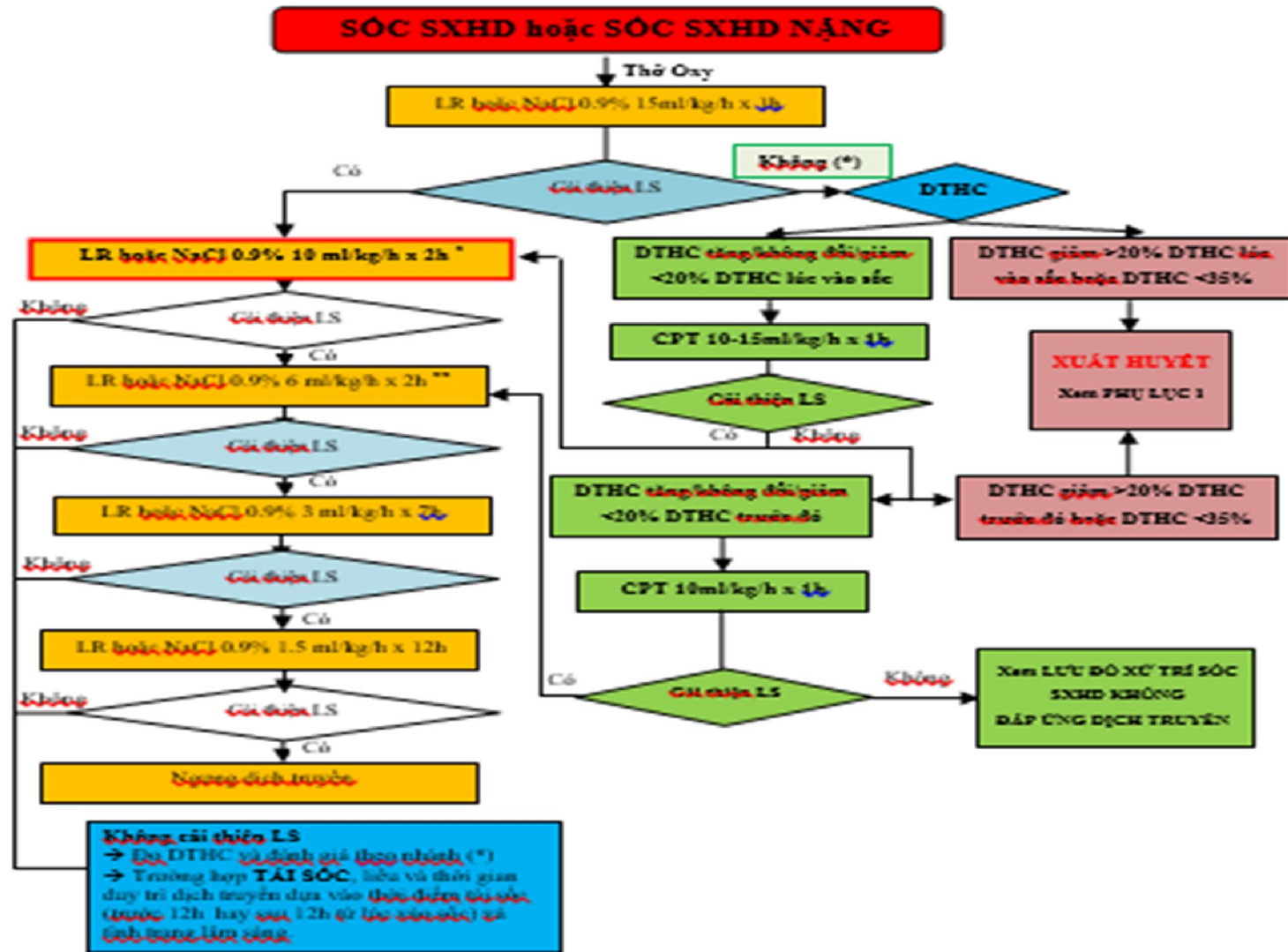
# XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO

- Chỉ định truyền dịch: Khi có ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau
  - Lừ đừ
  - Không uống được nước
  - Nôn ói nhiều
  - Đau bụng
  - Có dấu hiệu mất nước
  - Hct tăng cao
- Thời gian truyền dịch: thường là không quá 24-48 giờ.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo khi kèm chi ấm, lạnh, thời gian làm đầy mao mạch  $\geq 3$  giây, đau bụng vùng gan, lừ đừ hay vật vã, bứt rứt; huyết áp bình thường hoặc hiệu áp = 25 mmHg được điều trị như sốc SXHD.

# ĐIỀU TRỊ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

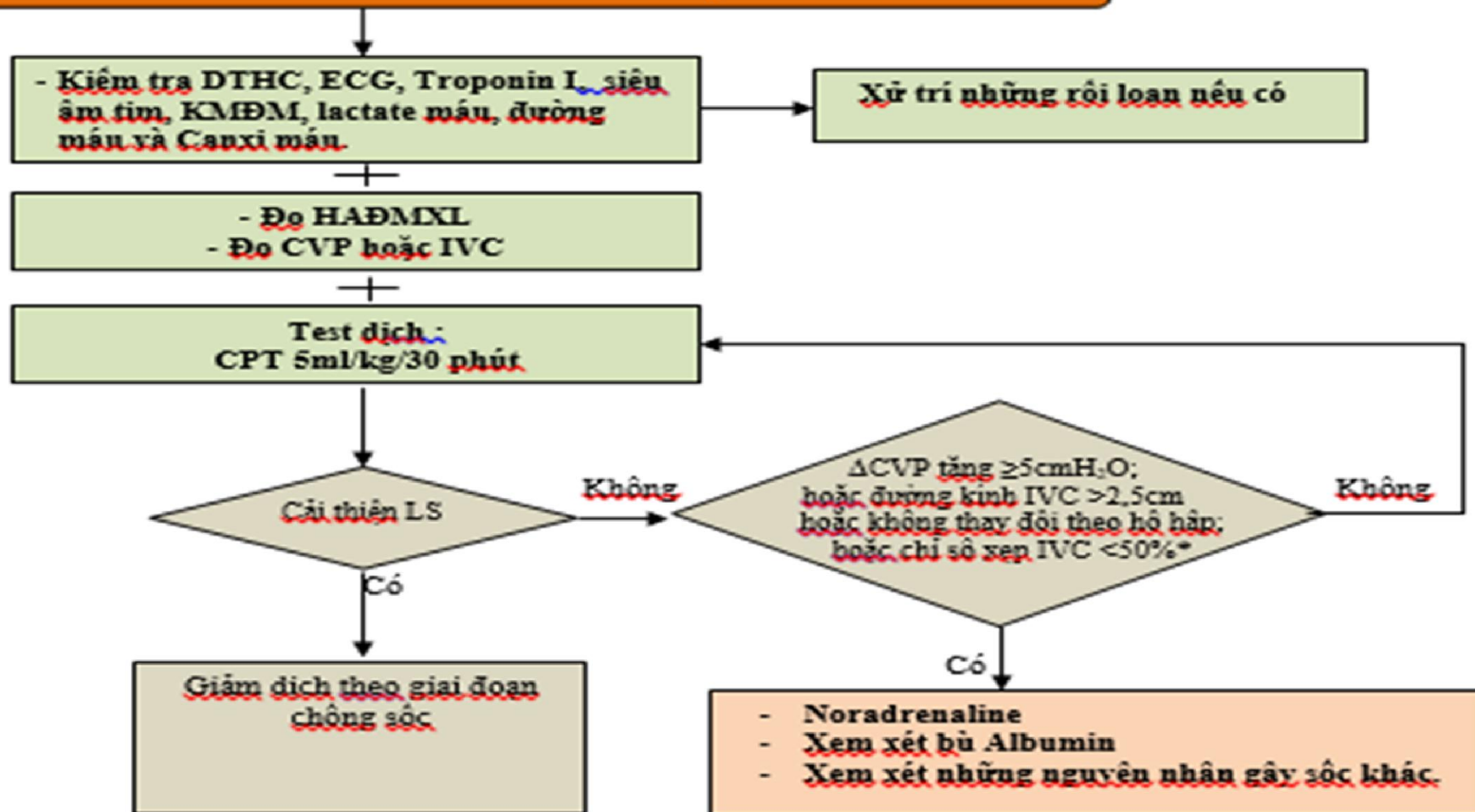
- Bệnh nhân sốc SXHD thường vẫn còn tỉnh táo, nếu không theo dõi sát thời gian đổ đầy mao mạch, và mạch, HA sẽ không phát hiện sớm sốc để điều trị kịp thời.
- Chuẩn bị các dịch truyền sau:
  - Ringer lactat.
  - Ringer acetate trong trường hợp có tổn thương gan nặng hoặc suy gan cấp
  - Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).
  - Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES 200.000 dalton)).
  - Dung dịch Albumin
- Thở oxy qua gọng mũi 1-6 lít/phút
- Bù dịch nhanh

# LƯU ĐỒ CHỐNG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN



**LƯU Ý:**  
 LS: lâm sàng, CPT: cao phân tử, LR: Lactate Ringer, DTHC: dung tích bạch cầu.  
 \*: Liều dịch truyền duy trì liều tối thiểu trước 12h từ lúc vào sốc.  
 \*\*: Liều dịch truyền duy trì liều tối thiểu sau 12h từ lúc vào sốc.  
 Ở bệnh nhân người lớn 16 - 40 tuổi, DTHC của Nam cao hơn của Nữ. Khả năng (Giá trị trung bình của DTHC ở Nam là 43% và ở nữ là 38,5%).

**SỐC SXHD KHÔNG ĐÁP ỨNG DỊCH TRUYỀN**



Lưu ý:

(\*) **Chỉ số xẹp IVC:**  $\frac{[IVC \text{ lớn nhất} - IVC \text{ nhỏ nhất}]}{IVC \text{ lớn nhất}} \times 100$

**ΔCVP:** **Chênh lệch chỉ số CVP (cmH<sub>2</sub>O) sau test dịch và chỉ số ban đầu.**

# TIÊU CHUẨN NGỪNG TRUYỀN DỊCH

- + Lâm sàng ổn định, chi ấm, mạch rõ, HA ổn định, tiểu khá.
- + Hematocrit ổn định.
- + Thời điểm ngưng truyền dịch thường 24 giờ sau khi hết sốc và bệnh nhân có các dấu hiệu của giai đoạn hồi phục, thường là sau ngày 6-7. Tổng dịch truyền thường 120-150ml/kg trong trường hợp sốc SXHD. Trường hợp sốc SXHD nặng, thời gian truyền dịch và thể tích dịch truyền có thể nhiều hơn.
- + Ngưng dịch truyền khi có dấu hiệu quá tải hoặc dọa phù phổi.

# CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU

MAU VA CAC CHE PHAM MAU	CHI ĐỊNH	MỤC TIÊU CẦN ĐẠT
Huyết tương tươi đông lạnh	- RLDM (PT hay aPTT >1.5) và đang XH nặng; -RLDM + chuẩn bị làm thủ thuật.	PT/PTc <1,5
<u>Kết tủa lạnh</u>	-XH nặng + Fibrinogen <1 g/l	Fibrinogen >1g/l
<u>Tiêu cầu</u>	- TC <50.000/mm <sup>3</sup> + XH nặng. -TC <5.000/mm <sup>3</sup> , chưa XH: <u>Xem xét tủy tủy từng trường hợp cụ thể.</u> -TC <30.000/mm <sup>3</sup> + <u>chuẩn bị làm thủ thuật xâm lấn (trừ ca cấp cứu)</u>	TC >50.000/mm <sup>3</sup>  TC >30.000K/mm <sup>3</sup>
Hồng cầu lắng, máu tươi (*)	-Đang XH nặng/kéo dài. -Sóc không cải thiện sau bù dịch 40-60ml/kg + Hct <35% hay Hct ↓nhau <20% so với trị số đầu	<u>Hct</u> 35 - 40%

(\*): Nên truyền hồng cầu lắng khi nghi ngờ quá tải dịch truyền.



# HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ SỐC SXHD CÓ XUẤT HUYẾT ĐI KÈM

- Tiếp tục chống sốc bằng dung dịch điện giải

(trong khi chờ có hồng cầu lắng)

- Truyền hồng cầu lắng 5-10ml/kg
- Điều chỉnh rối loạn đông máu
- Xử trí cầm máu: băng ép tại chỗ, nhét mèche mũi trước/sau, nội soi can thiệp cầm máu dạ dày, tá tràng,...
- Xem xét sử dụng thuốc ức chế bơm proton nếu BN có biểu hiện gợi ý xuất huyết tiêu hoá trên hoặc có tiền căn viêm loét dạ dày tá tràng
- Xem xét sử dụng Vitamin K nếu BN có biểu hiện suy gan nặng

# ĐIỀU TRỊ TOAN CHUYỂN HÓA, HẠ ĐƯỜNG HUYẾT, HẠ CALCI HUYẾT, HẠ NATRI MÁU

- Toan chuyển hóa ( $\text{pH} < 7,2$  và/hoặc  $\text{HCO}_3^- < 15$ ): Natri bicarbonate 4,2%  
2ml/kg TMC
- Hạ đường huyết (đường huyết  $< 40$  mg/dl): Dextrose 30% 1-2 ml/kg TMC
- Hạ Calci huyết (Calci ion hóa  $< 1$  mmol/L): Calci clorua 10% 0,1-0,2 ml/kg (tối đa 2-5ml/liều), pha loãng trong Dextrose 5% 10-20ml TMC 5-10 phút.
- Hạ Natri máu nặng kèm rối loạn tri giác (Natri máu  $< 130$  mEq/l):  
Natriclorua 3%: 4ml/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút, lặp lại khi cần.

# SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE THỂ NÃO

- **Chẩn đoán:** rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú

- **Điều trị:**

+ Đầu cao 30°.

+ Thở oxy

+ Chống co giật (nếu có): Diazepam: 0,2 mg/kg TMC, có thể bơm qua đường hậu môn 0,5 mg/kg khi không tiêm mạch được. Nếu không hiệu quả lặp lại liều thứ 2 sau 10 phút, tối đa 3 liều. Nếu thất bại thêm Phenobarbital 10-20 mg/kg TTM trong 15 - 30 phút.

+ Điều trị hạ đường huyết (nếu có): Dextrose 30% 1-2ml/kg (trẻ <1 tuổi Dextrose 10% 2 ml/kg)

+ Điều chỉnh rối loạn điện giải - toan kiềm

+ Chống phù não: chỉ định khi lâm sàng bệnh nhân có dấu hiệu tăng áp lực nội sọ:

Truyền Mannitol 20% 0,5g/kg/lần hoặc/và Natri clorua 3% 4ml/kg/lần TTM 30 phút, lặp lại mỗi 8 giờ

+ Đặt nội khí quản thở máy: tăng thông khí giữ PaCO<sub>2</sub> 30 - 35 mmHg.

+ Thuốc hạ nhiệt đặt hậu môn Paracetamol 10-15mg /kg/lần, ngày 4 lần nếu có sốt

# TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi.

Số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục  $> 50.000/\text{mm}^3$ .

**XIN TRÂN TRỌNG CẢM ƠN!**

