

HƯỚNG DẪN
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 458/QĐ-BYT
ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

BS. CKI ĐỒNG MINH HÙNG-TK NHIỆM
BV. ĐỒNG NAI

Sốt xuất huyết/Sốt Dengue/SXH Dengue

- Sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên.
- 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 và rối loạn đông máu, nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.
- Theo Danh pháp quốc tế X (International Classification of Diseases 10)
 - Sốt xuất huyết do siêu vi, không xác định **A 99**
 - Sốt Dengue : cần có XN xác định **A 90**
 - Sốt xuất huyết Dengue **A 91**

DENGUE

GUIDELINES FOR DIAGNOSIS,
TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL



New edition
2009



DENGUE

GUIDELINES FOR DIAGNOSIS,
TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL



New edition
2009

A joint publication of the World Health Organization (WHO) and the Special Programme for Research
and Training in Tropical Diseases (TDR)



HƯỚNG DẪN CỦA BỘ Y TẾ 2011

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

HƯỚNG DẪN

Chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp huyết thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. 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.

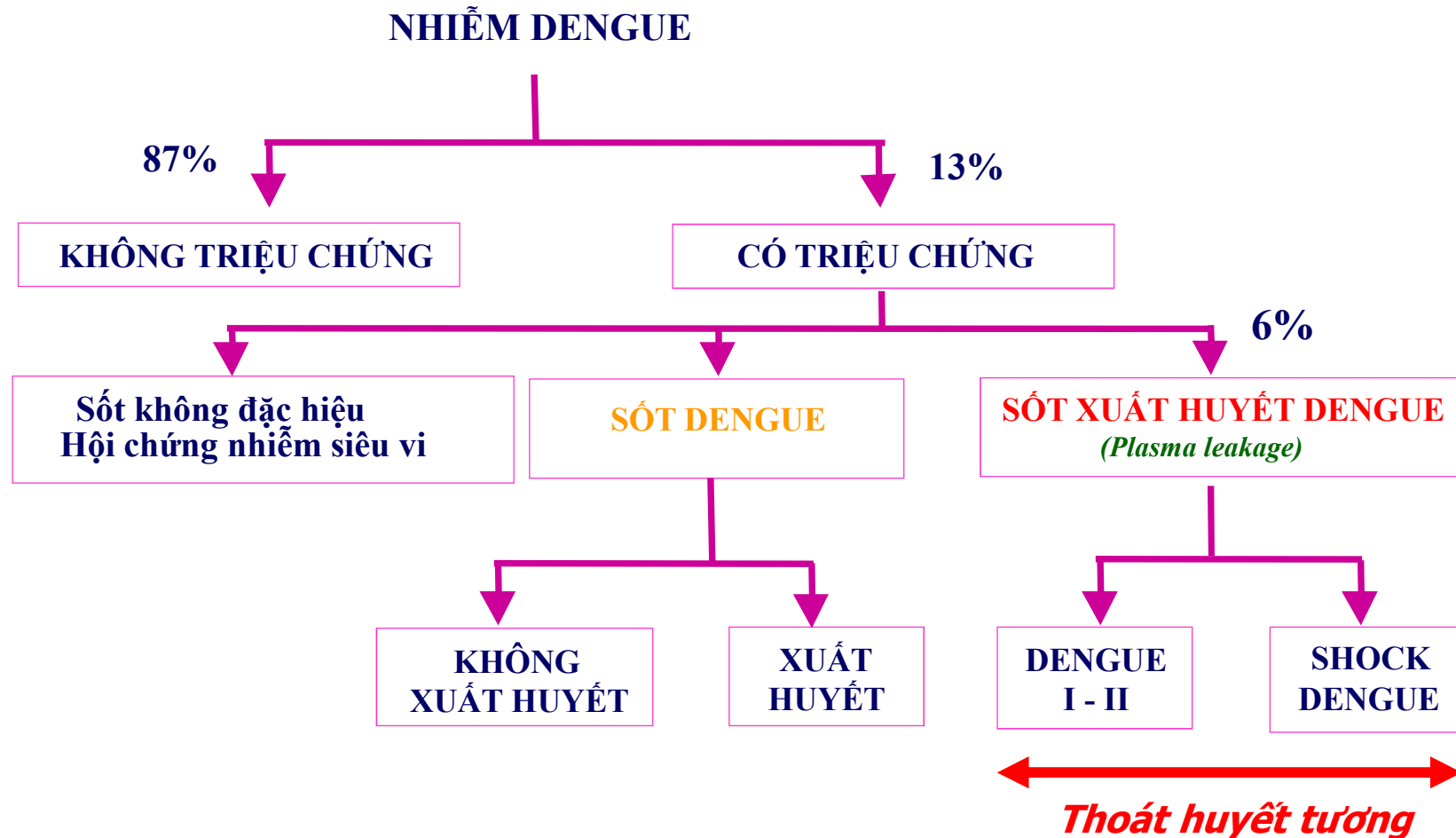
Cơ chế bệnh sinh

- Thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch
 - shock giảm thể tích (hypovolemic shock)

- Rối loạn đông máu
 - xuất huyết (bleeding)

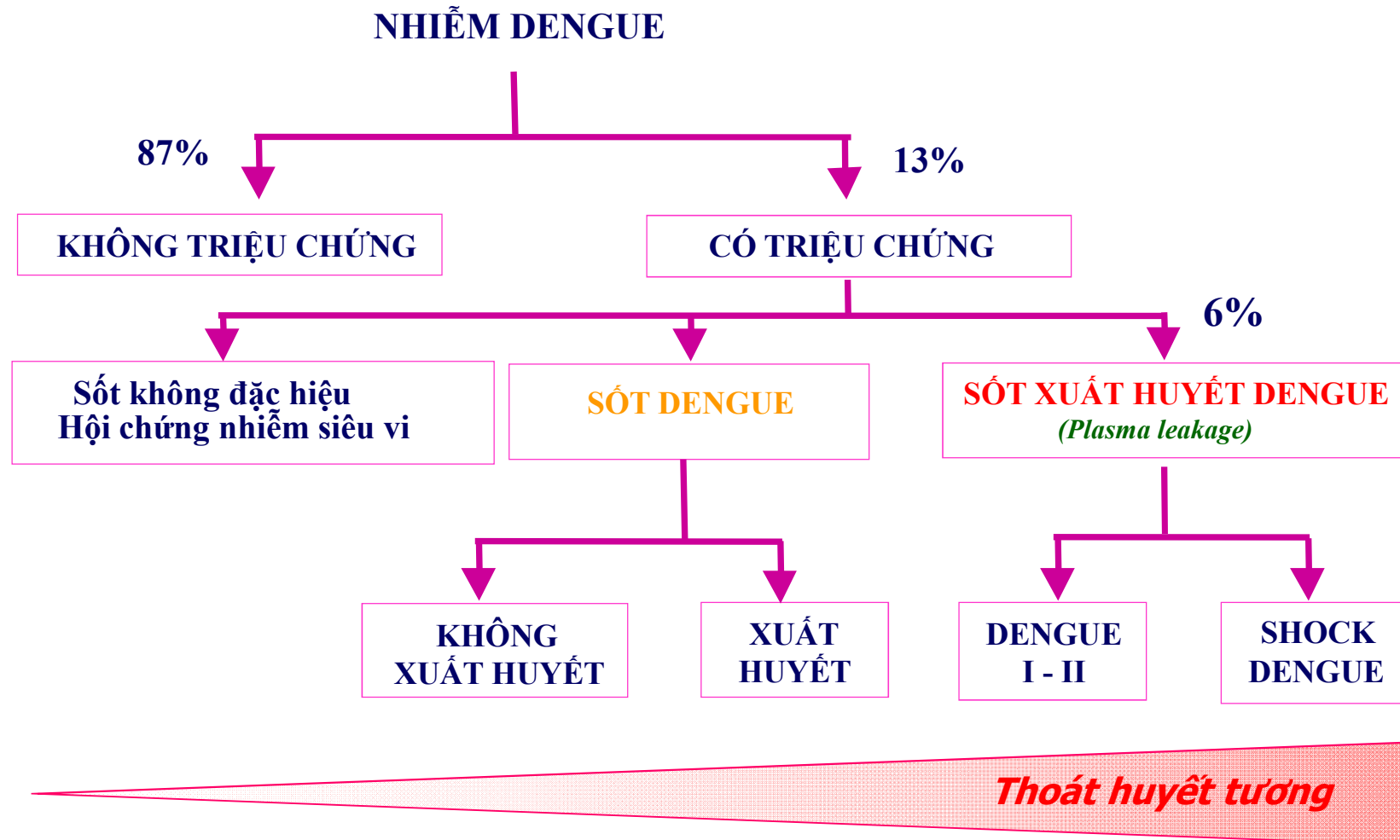
- Rối loạn chức năng các cơ quan (gan, tim, não, thận...)
 - ✓ là hậu quả của các cơ chế trên
 - ✓ do cơ chế tác động trực tiếp của virus dengue

Thoát huyết tương trong nhiễm dengue



(Quan điểm cổ điển, áp dụng trong phác đồ chẩn đoán SXH-D đến 2009)

Thoát huyết tương trong nhiễm dengue



(Quan điểm hiện nay, áp dụng trong phác đồ WHO 2009)

Biểu hiện của thoát huyết tương

- Gián tiếp:
 - Hct gia tăng (biểu hiện tình trạng cô đặc máu)
 - Albumin máu giảm
- Trực tiếp
 - Tràn dịch (màng bụng, màng phổi...)
 - Phù khoảng gian bào
 - Xuất hiện albumine trong nước tiểu (glomerular capillary leak)

Rối loạn đông máu

- Giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen máu xảy ra khi nhiễm dengue.
- Các bất thường này có liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của tình trạng thoát huyết tương.
- Xuất huyết trong nhiễm dengue thường chỉ xuất hiện khi tính toàn vẹn của mô bị phá vỡ (do mọi nguyên nhân) với sự hiện diện của các bất thường trên.
- Kiểu bất thường về rối loạn đông máu này không phù hợp với bệnh cảnh đông máu nội mạch lan tỏa (DIC) cổ điển

(Am. J. Trop. Med. Hyg., 81(4), 2009, pp. 638–644)

Phân loại sốt xuất huyết Dengue (BYT 2011)

Phân loại (trước 2011)	ICD10
Sốt dengue	A90
Sốt xuất huyết dengue	A91
Độ I	A91.1
Độ II	A91.2
Độ III	A91.3
Độ IV	A91.4

Sốt xuất huyết dengue (A91.a)*
(WHO 2009: DENGUE)

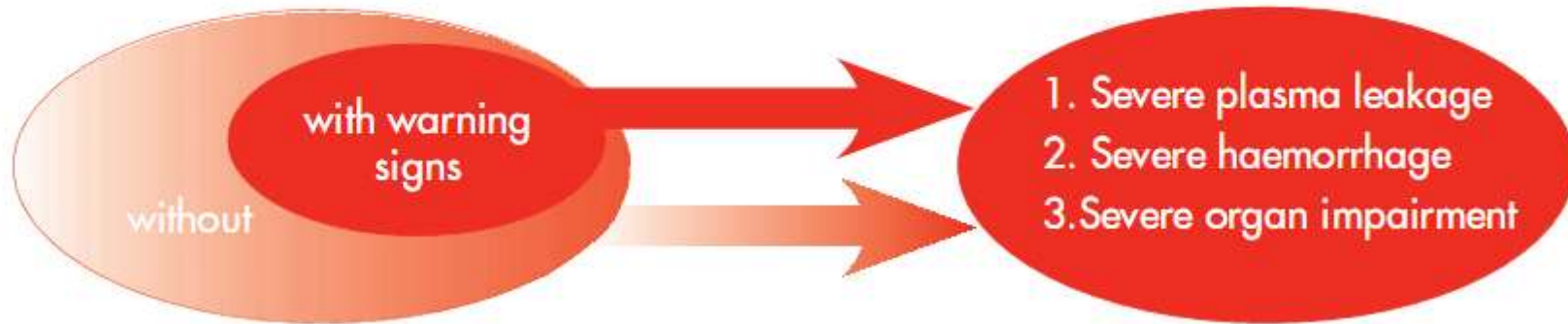
SXH dengue có
dấu hiệu cảnh báo (A91.b)*
(WHO 2009: DENGUE with
Warning signs)

SXH dengue nặng (A91.c)*
(WHO 2009: Severe DENGUE)

***ICD 11 ??? {A91.a A91.b A91.c}**

Phân loại nhiễm Dengue (WHO 2009)

DENGUE ± WARNING SIGNS



SEVERE DENGUE

Nghi ngờ nhiễm dengue

Sống / đến vùng lưu hành dengue

Sốt và có 2 trong số sau:

- Nôn, ói
- Phát ban
- Đau nhức
- Dấu dây thắt (+)
- Giảm bạch cầu máu
- Có dấu hiệu cảnh báo

Dấu hiệu cảnh báo*

- Đau bụng
- Nôn ói liên tục
- Có ứ dịch trên lâm sàng
- Xuất huyết niêm mạc
- Li bì, bứt rứt
- Gan to >2 cm
- XN: tăng HCT cùng với giảm tiểu cầu nhanh

Thất thoát huyết tương nặng gây ra:

- Shock (DSS)
- Ứ dịch kèm suy hô hấp

Xuất huyết nặng

theo nhận định của lâm sàng

Suy cơ quan nặng

- Gan: AST hoặc ALT \geq 1000
- TKTW: rối loạn tri giác
- Tim và các cơ quan khác

Nhiễm dengue xác định bằng XN
(quan trọng khi không có triệu chứng thất thoát huyết tương)

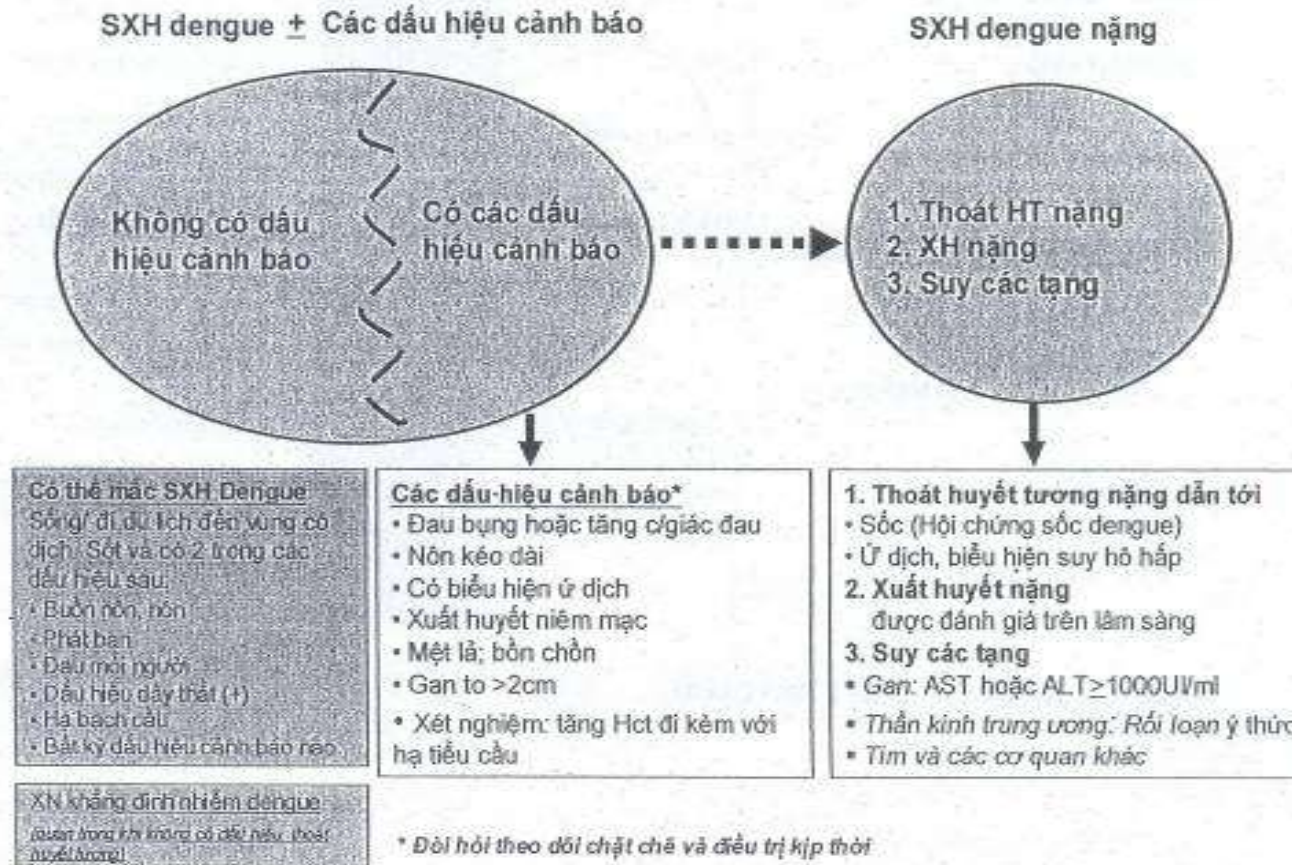
*(cần theo dõi sát và can thiệp điều trị)

Phân loại sốt xuất huyết Dengue (BYT 2011)

Phụ lục 2

CÁC MỨC ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

(Ban hành kèm theo Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)





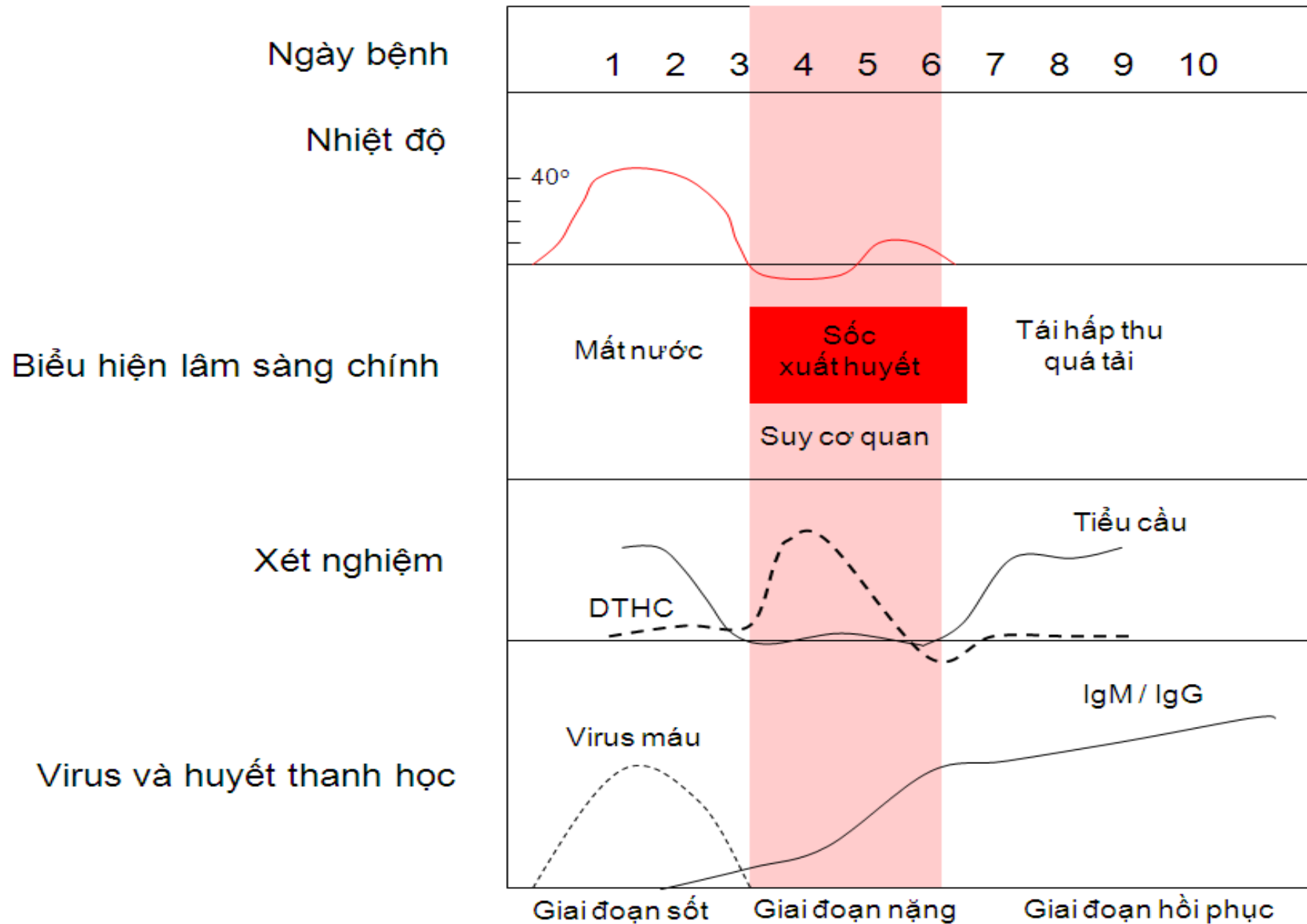
CHẶN ĐOÁN

1

2

3

Diễn tiến nhiễm dengue (WHO 2009 – BHYT 2011)



CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG

	-Lâm sàng	-Xét nghiệm
GĐ sốt	<ul style="list-style-type: none"> -Sốt cao đột ngột, liên tục -Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn -Da xung huyết, phát ban -Đau cơ, đau khớp, đau hố mắt -NFDT (+), tử ban điểm ở da, chảy máu răng, mũi... 	<ul style="list-style-type: none"> -Hct bình thường -Tiểu cầu BT hay giảm nhẹ -Bạch cầu thường giảm - NS1
GĐ nguy hiểm	<p>Có thể có các biểu hiện :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sốc - xuất huyết nặng - suy tạng 	<ul style="list-style-type: none"> - Hct ↑ cao; TC ↓ nặng - AST, ALT ↑ - Rối loạn đông máu - TDMP, TDMB/ SA, Xq - IgG, IgM
GĐ hồi phục	<ul style="list-style-type: none"> -Hết sốt, toàn trạng tốt lên -Huyết động ổn, tiểu nhiều -Nhịp chậm - Có thể phù phổi hay suy tim nếu có quá tải 	<ul style="list-style-type: none"> - Hct BT hay ↓ - BC ↑ trở lại BT -TC dần trở về BT - IgG, IgM

CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ ca lâm sàng SXH-D:

- Sống hoặc đến vùng dịch tễ, sốt 2-7N, kèm:
 - Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn
 - Da xung huyết, phát ban
 - Đau cơ, đau khớp, nhức 2 hố mắt
 - Biểu hiện xuất huyết, dấu dây thắt(+), tử ban điểm, chảy máu răng, mũi...
 - BC máu ↓

CHẨN ĐOÁN

2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

– Bao gồm tr/ch lâm sàng của SXH-D, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Vật vã, li bì, lừ đừ
- Đau bụng vùng gan, ấn đau vùng gan
- Gan to > 2cm
- Nôn ói nhiều
- Xuất huyết niêm mạc
- Tiểu ít
- Hct ↑ cao, TC ↓ nhanh chóng

→ đòi hỏi cần quan sát, và xử trí chặt chẽ
(strict observation and medical intervention)

CHẨN ĐOÁN

3. Sốt xuất huyết dengue nặng:

– Xác định bởi một hoặc nhiều yếu tố sau:

- Thoát HT nặng dẫn đến sốc ↓ thể tích, ứ dịch khoang màng phổi, màng bụng nhiều, Hct ↑ cao và diễn tiến nhanh
 - Sốc SXH-D
 - Sốc SXH-D nặng
- Xuất huyết nặng:
 - Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, XH trong cơ phần mềm, XHTH và nội tạng
- Suy cơ quan:
 - Suy gan cấp
 - Suy thận cấp
 - Rối loạn tri giác
 - Viêm cơ tim, suy tim, suy hô hấp...

CHẨN ĐOÁN CĂN NGUYÊN

- **Xét nghiệm huyết thanh**
 - Test nhanh
 - Tìm KN NS1
 - Tìm KT IgM, IgG
 - XN ELISA
 - HT chẩn đoán Dengue
- **Xét nghiệm PCR, phân lập virus**

TIẾP CẬN XỬ TRÍ SXH-D

- **Bước I:**

- Hỏi bệnh sử:

- Ngày khởi phát, lượng dịch truyền được, dấu cảnh báo, tri giác, nước tiểu, triệu chứng khác...

- Khám thực thể:

- Tình trạng huyết động, tri giác, dấu mất nước...
 - Thở nhanh/toan hô hấp, TDMP, TDMB, đau chướng bụng, gan to
 - Rash và hiện tượng chảy máu

- XN thường quy và đặc hiệu

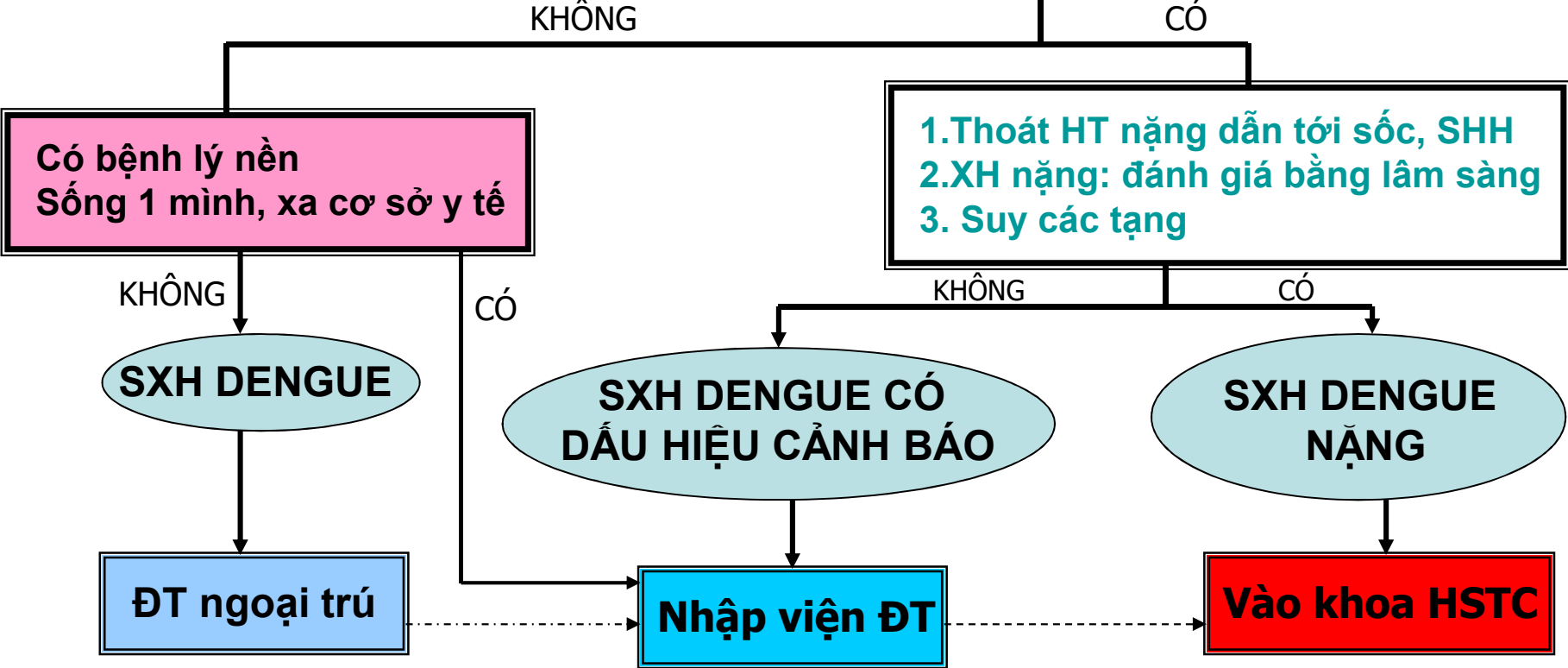
- CTM
 - Chức năng gan thận, ion đồ, khí máu, lactate máu, TPTNT, men tim, ECG...

TIẾP CẬN XỬ TRÍ SXH-D

- **Bước II:**
 - Chẩn đoán xác định giai đoạn bệnh
 - Chẩn đoán mức độ nặng
- **Bước III:**
 - Xử trí tùy thuộc vào mức độ lâm sàng:
 - Điều trị tại nhà
 - Khuyến cáo nhập viện
 - Điều trị cấp cứu, tích cực

Δ SƠ BỘ CA LÂM SÀNG SXH-D
Sống/ đi tới vùng dịch tễ và có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn:
-Chán ăn, buồn nôn
-Xung huyết da
-Đau đầu, đau người
-Có 1 trong các dấu cảnh báo
-Nghiệm pháp dây thắt (+)
-Giảm bạch cầu

CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO
-Vật vã, lừ đừ, li bì
-Đau bụng vùng gan
-Gan to > 2 cm
-Nôn nhiều
-Xuất huyết niêm mạc
-Tiểu ít
-Xét nghiệm máu: Hct ↑ cao
TC ↓ nhanh



ĐIỀU TRỊ

ĐIỀU TRỊ SXH-D

- Điều trị triệu chứng
- Bù dịch bằng đường uống
- Theo dõi chặt chẽ, phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo, nặng để xử trí kịp thời

ĐIỀU TRỊ SXH-D CÓ DẤU CẢNH BÁO

- **KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ ĐỐI VỚI BN CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO:**
 - Khuyến khích uống nước, chỉ truyền dịch khi nào bn không uống được, nôn nhiều, có dấu mất nước, Hct ↑ cao.
 - Đánh giá lâm sàng
 - Theo dõi sát: triệu chứng, bilan nước xuất nhập, Hct, TC, BC
 - Xét nghiệm khác(chức năng gan thận)
 - Duy trì HA bằng lượng dịch truyền tối thiểu(24 – 48g) để đảm bảo lượng nước tiểu 0.5ml/kg/giờ
- đòi hỏi cần quan sát và xử trí chặt chẽ
(strict observation and medical intervention)

**SXH-D CẢNH BÁO
CÓ CHỈ ĐỊNH TRUYỀN DỊCH**

**Truyền TM ban đầu
LR hoặc NaCl 0,9%
6-7ml/kg/g(1-3g)**

**CẢI THIỆN
(Hct↓, M, HA ổn, tiểu nhiều)**

↓ lượng dịch truyền TM
5ml/kg/g(1-2g)

CẢI THIỆN

↓ lượng dịch truyền TM
3ml/kg/g(1-2g)

CẢI THIỆN

**Ngưng truyền khi
M, HA ổn. Tiểu tốt
(Thường không quá 24 – 48 g)**

**KHÔNG CẢI THIỆN
(Hct ↑, M nhanh,
HA kẹt, Tiểu ít)**

**Chỉ định truyền CPT
15 – 20ml/kg/g**



**ĐIỀU TRỊ
SXH-DENGUE NẶNG**

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

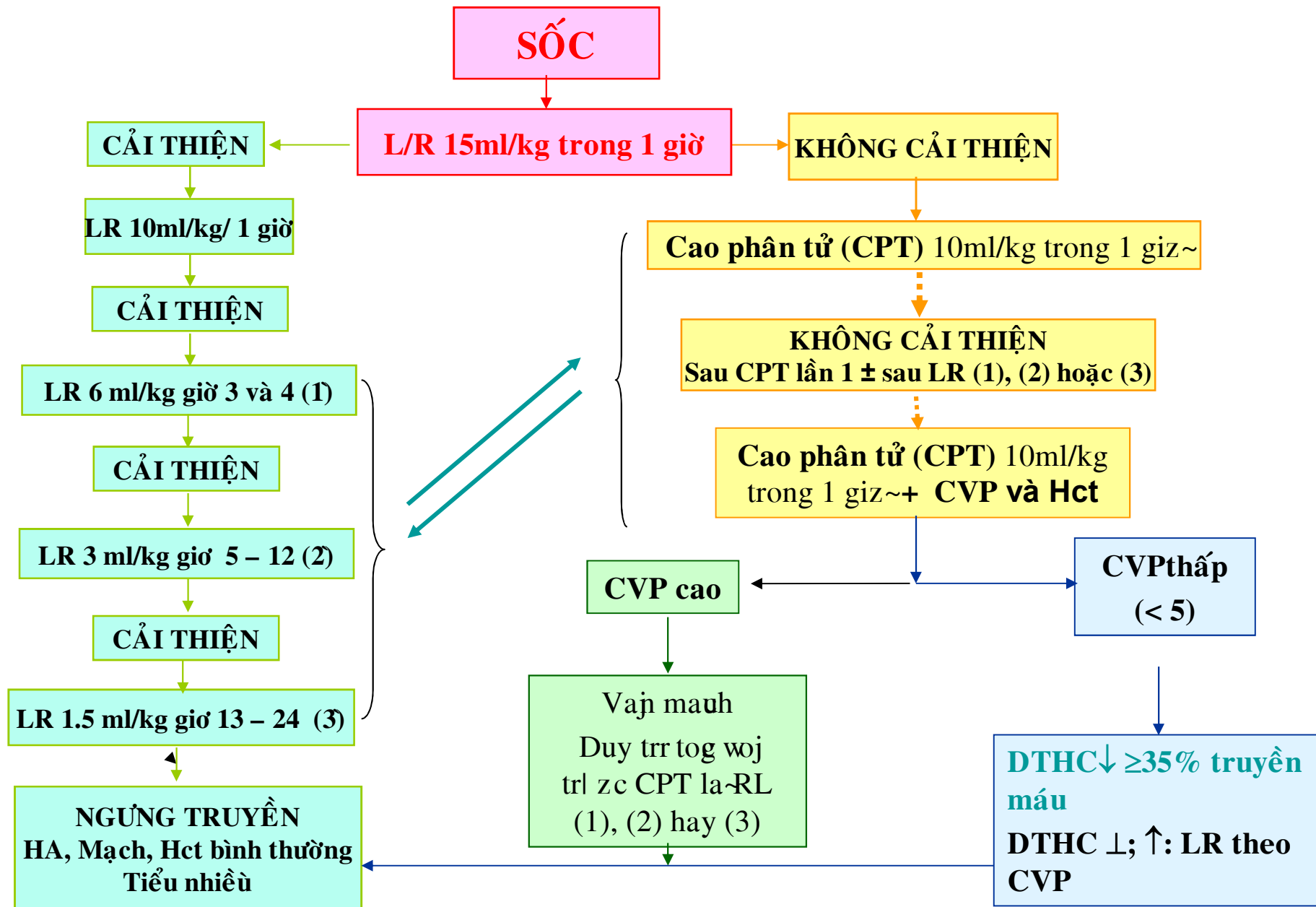
- **Nguyên tắc:**
 - Khám hỏi kỹ tiền sử của bệnh nhân
 - Chẩn đoán chính xác sốc do thất thoát huyết tương
 - Tìm và loại trừ nguyên nhân gây sốc khác

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **Mục tiêu:**

- Thay thế dịch đã mất → cải thiện tuần hoàn trung ương và ngoại biên → giảm nhịp tim, cải thiện HA, tăng cường độ mạch, chi ấm và hồng lại, CRT < 2", nước tiểu đạt $\geq 0,5$ ml/kg/h
- Duy trì dịch tiếp tục mất

SƠ ĐỒ CHỐNG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN



ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **Theo dõi liên tục:**

- Hct $\downarrow \geq 35\%$ + huyết động không ổn định (mặc dầu chưa thấy XH trên lâm sàng) → đăng ký xin máu, truyền sớm.

- Các yếu tố khác:

- cân bằng nước xuất nhập
- Sinh hiệu(M, HA, nhịp tim, nhịp thở, tưới máu ngoại biên, nước tiểu) mỗi 15-30 ph cho đến khi ra khỏi sốc, tiếp tục theo dõi 1-2 giờ
- Đặt HA ĐM sớm
- TD ECG, SpO₂, khí máu ĐM, lactate máu mỗi 30ph-1h
- Đường máu
- XN chức năng gan, thận, đông máu

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý:**

- Ngừng truyền dịch 24 giờ sau sốc nếu bệnh nhân cải thiện (nên lưu kim TM)
- Bệnh nhân đã được chống sốc từ tuyến trước, vẫn còn sốc thoát dịch khi chuyển lên tuyến trên:
 - Chống sốc như một trường hợp tái sốc bằng cao phân tử.
 - Lưu ý số lượng dịch truyền ở tuyến trước.
 - Nên làm CVP cùng lúc chống sốc. CVP cao, HA thấp → vận mạch.

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý**

- Chú ý quá tải giai đoạn hồi phục do tái hấp thu (sau ngày 7) → theo dõi sát tình trạng tim, phổi. Xem xét chỉ định lợi tiểu.

- Phù nhiều nhưng không suy hô hấp:
Lợi tiểu uống: 1 – 2 viên (20mg)/ ngày
- Phù + suy hô hấp nặng hoặc OAP:
Lợi tiểu TM: 0.5 – 1mg/Kg/ 1 lần

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý**

- Số lượng cao phân tử không quá 1000 ml đối với người lớn.
- Nếu HA kẹt hoặc thấp trở lại sau một thời gian ổn định cần phân biệt các nguyên nhân sau:
 - Tái sốc do không bù đắp lượng dịch tiếp tục thoát mạch
 - Xuất huyết nội
 - Quá tải dịch truyền
 - Hạ đường huyết.

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **Cơ địa béo phì:**

¹ l lượng dịch choáng sốc/ kg cân nặng lý tưởng không khác cz wa bình thường \rightarrow l lượng dịch choáng sốc/ kg cân nặng thì u teghag hzn.

¹ Cân tsnh trong l lượng lý tưởng khi choáng sốc.

- Nữ: $45,5\text{kg} + 0,91(\text{chiều cao} - 152,4)\text{cm}$

- Nam : $50,0\text{kg} + 0,91(\text{chiều cao} - 152,4)\text{cm}$

ĐIỀU TRỊ SỐC SXH-D

- **NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý**
 - Cơ địa tim bẩm sinh, bệnh tim phổi mạn tính:
 - Đặt CVP sớm và chống sốc dựa theo CVP.

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NẶNG/ SXH-D

- **Truyền máu:**

Khi BN có sốc cần phải tiến hành xác định nhóm máu ngay

→ Truyền hồng cầu lắng hay máu toàn phần

– Lưu ý sau khi đã bù đủ dịch, nhưng sốc không cải thiện, Hct ↓ nhanh (mặc dầu Hct > 35%)

– Xuất huyết nặng(chảy máu cam nặng cần nhét gạc vách mũi, rong kinh nặng, XH trong cơ và phần mềm, XHTH và nội tạng...)..Hct<35%

(→ Điều trị/ phòng ngừa XHTH: Ranitidine 2mg/kg * 3 lần/ N hoặc omeprazol 1mg/kg * 2 lần/N)

ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NẶNG/ SXH-D

- **Chế phẩm máu:**

- Tiểu cầu

- TC < 50.000/mm³ + XH nặng
- TC < 5000/mm³ → tùy từng trường hợp cụ thể

- Plasma tươi, Kết tủa lạnh

- Xem xét truyền khi người bệnh có **RLDM** dẫn đến XH nặng
 - Plasma tươi: 10 – 15 ml/kg
 - Kết tủa lạnh: 1 đv/6kg
 - Vitamine K1 0,1mg/kg/Ngày(Max: 10mg) TMC **x** 3N

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU/ SXH-D

MÁU, CHẾ PHẨM MÁU	CHỈ ĐỊNH	MỤC TIÊU CẦN ĐẠT
Huyết tương tươi đông lạnh	<ul style="list-style-type: none"> -Đang XH nặng + RLĐM (PT hay aPTT > 1.5 so với chứng) -RLĐM + chuẩn bị làm thủ thuật -Truyền máu TP/HCL khối lượng lớn (≥50% thể tích máu cơ thể) 	PT/PTc < 1,5
Kết tủa lạnh	XH nặng + Fibrinogen < 1 g/l	Fibrinogen > 1g/l
Tiểu cầu	<ul style="list-style-type: none"> - XH nặng + TC < 50.000/mm³ - TC < 5000/mm³, chưa XH (tùy case) - Chuẩn bị làm thủ TTxâm lấn + TC < 30.000/mm³ (trừ case cấp cứu) 	TC > 30.000/mm ³
Hồng cầu lắng, máu tươi	<ul style="list-style-type: none"> -Đang XH nặng/ kéo dài -sốc không cải thiện sau bù dịch ≥40-60ml/kg theo phác đồ + Hct > 35% hoặc Hct ↓ nhanh < 20% so với trị số đầu (nên truyền HC lắng khi nghi ngờ có quá tải) 	Hct 35%-40%

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU/ SXH-D

- **Theo dõi:**

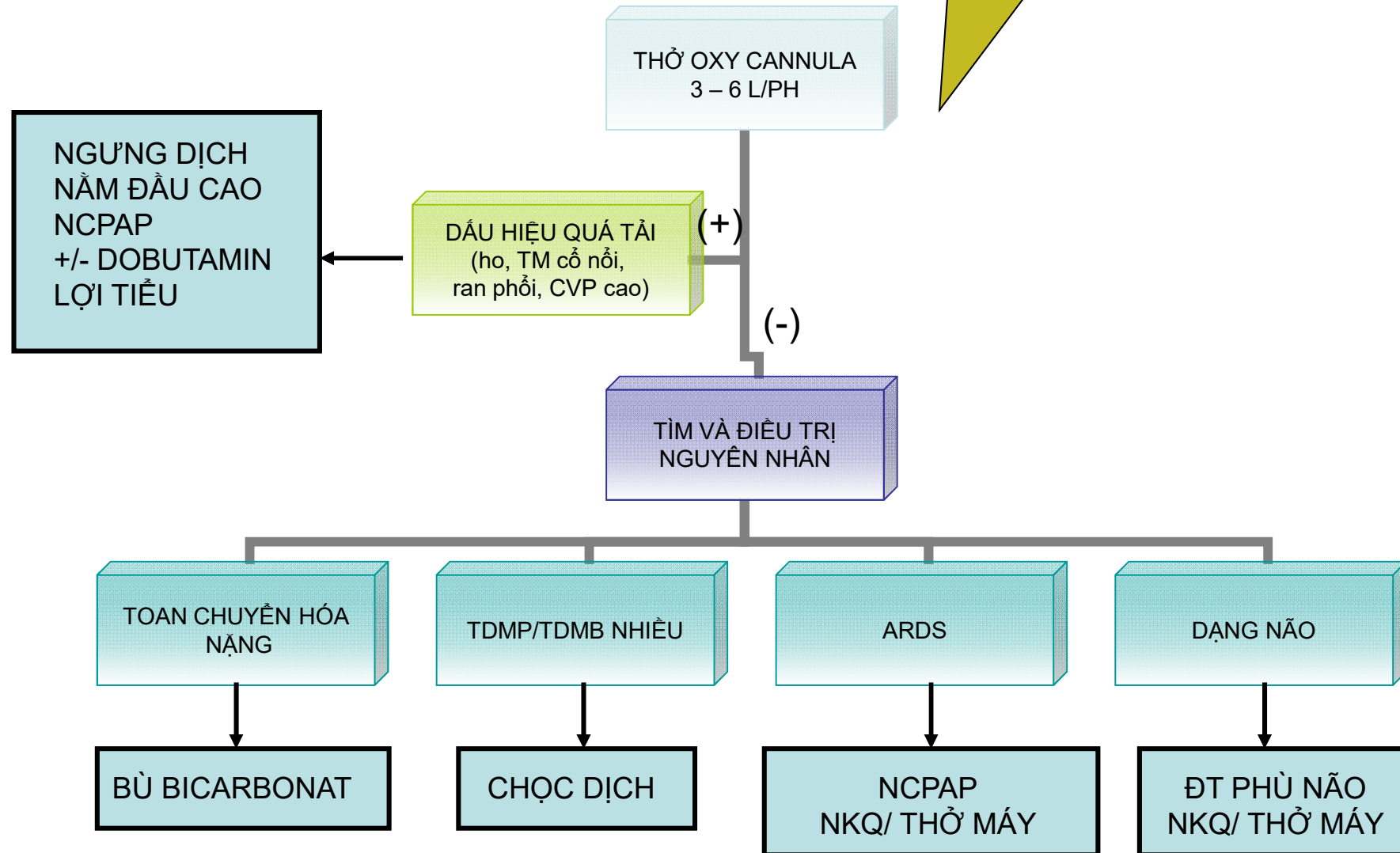
- Lâm sàng: sinh hiệu/30-60ph, nước tiểu, dấu XH mới, bilan nước xuất nhập, tổng lượng máu, chế phẩm máu đã truyền
- Cận lâm sàng: Hct, TC, khí máu ĐM, ion đồ, đường huyết/ ngay sau kết thúc truyền máu
- Chức năng đông máu: trước khi truyền, sau khi truyền xong/ 30-60ph, và mỗi 6-8 giờ trong vòng 24 giờ đầu tùy theo diễn tiến lâm sàng

ĐIỀU TRỊ KHÁC

- **Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan:**
 - Hạ Natri máu $< 120 \text{ mmol/l}$ + RLTG: bù NaCl 3% 6-10ml/kg TTM /1 giờ. Natri máu từ 120-125 mmol/l không hoặc kèm RLTG: bù NaCl 3% TTM/2-3 giờ
 - Hạ Kali máu: bù TTM hoặc uống tùy mức độ
 - Toan hoá máu: bù bicarbonate 1-2 mEq/kg

ĐIỀU TRỊ KHÁC

SUY HÔ HẤP



ĐIỀU TRỊ KHÁC

- **SUY THẬN CẤP:**

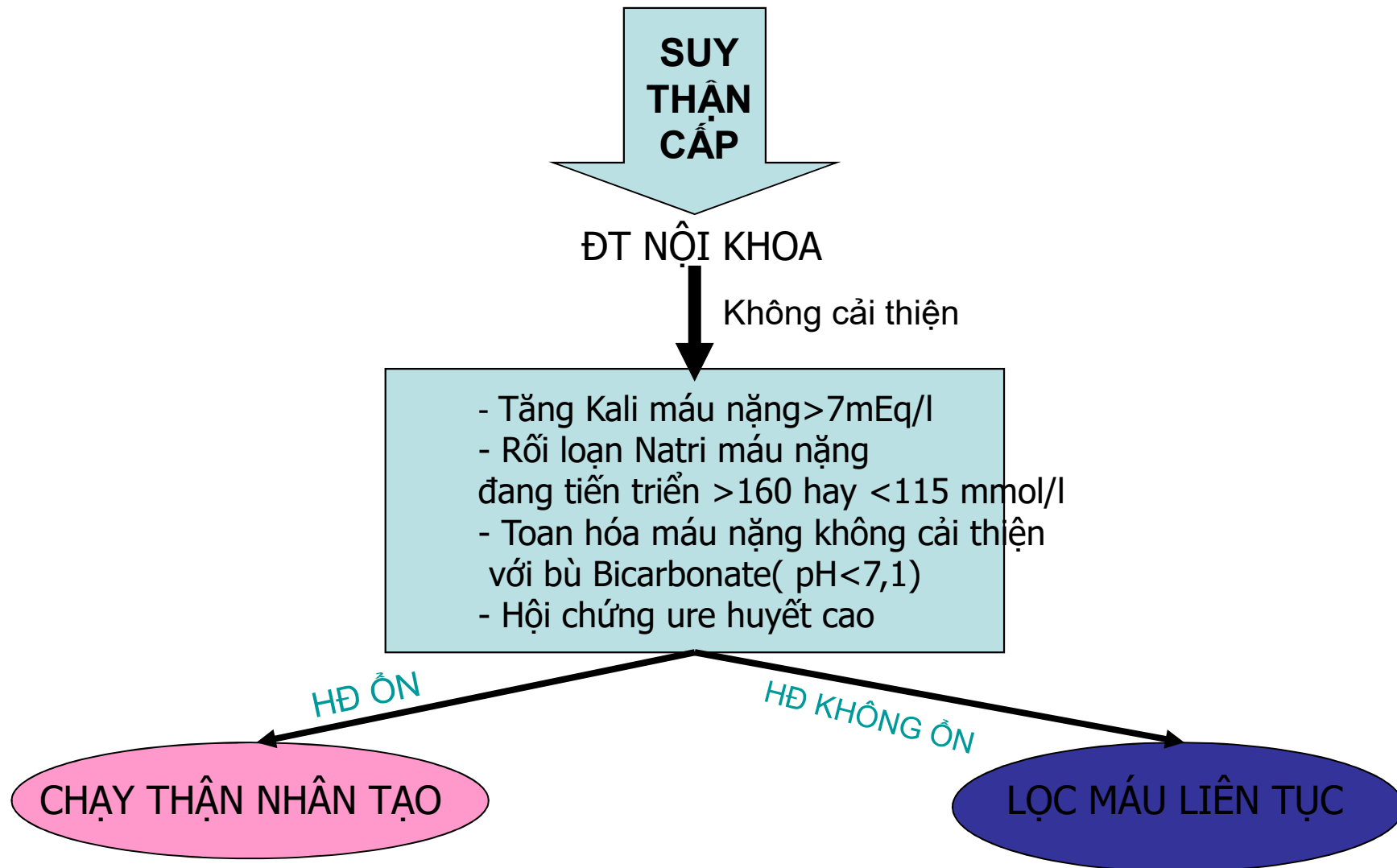
→ *Chạy thận nhân tạo:*

- Tăng Kali máu nặng $>7\text{mEq/l}$
- Rối loạn Natri máu nặng đang tiến triển >160 hay <115 mmol/l
- Toan hóa máu nặng không cải thiện với bù Bicarbonate (pH $<7,1$)
- Hội chứng ure huyết cao

→ *Lọc máu liên tục:*

- suy đa tạng đi kèm suy thận cấp
- suy thận cấp huyết động không ổn định

ĐIỀU TRỊ KHÁC



ĐIỀU TRỊ KHÁC

- **Tràn dịch màng bụng, màng phổi:**
 - Lưu ý:
 - Chỉ định chọc dò phải cân nhắc kỹ(hỗ trợ hô hấp bằng thở NCPAP, lợi tiểu nhẹ → tình trạng suy hô hấp không cải thiện)
 - Trước khi làm thủ thuật nên đánh giá có RLDM ?(nếu có, cần bù TC, HT tươi, ... trước khi làm)

ĐIỀU TRỊ KHÁC

- Chống phù não
- Chống co giật
- Hạ đường huyết
- Kháng sinh khi có bằng chứng bội nhiễm
- Không có bằng chứng hiệu quả của corticoides

TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

- Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo
- M,HA bình thường
- Số lượng TC $>50.000/\text{mm}^3$

