

# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN SỐT

TS. Lê Bửu Châu

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cách thức chẩn đoán nguyên nhân gây sốt
2. Phân tích được các yếu tố giúp chẩn đoán được mức độ nặng nhẹ của bệnh
3. Áp dụng chẩn đoán nguyên nhân gây sốt
4. Nêu được cách xử trí ban đầu khi tiếp nhận bệnh nhân sốt

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt là hiện tượng gia tăng thân nhiệt trên ngưỡng bình thường của cơ thể kết hợp với việc đặt lại điểm điều nhiệt (set point) của trung tâm điều nhiệt ở vùng hạ đồi. Theo y văn, sốt có nhiều định nghĩa khác nhau, trong đó phổ biến nhất là định nghĩa theo nghiên cứu về sốt không rõ nguyên nhân của tác giả Petersdorf và Beeson năm 1961: sốt được xác định khi thân nhiệt  $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ). Nhiều nguyên nhân khác nhau có thể gây sốt, gồm nguyên nhân nhiễm trùng và không do nhiễm trùng như bệnh lý tự miễn, bệnh ác tính, sốt do thuốc, hoặc sau chích ngừa; trong đó nhiễm trùng là nguyên nhân thường gặp nhất.

## 2. ĐÁNH GIÁ ĐỘ NẶNG CỦA BỆNH

Có nhiều thang điểm đánh giá độ nặng của bệnh như thang điểm EWS hay SOFA tùy theo từng loại nguyên nhân gây sốt. Nói chung, khi người bệnh có biểu hiện sốt kèm theo rối loạn chức năng một hoặc nhiều cơ quan, đe dọa tính mạng là những chỉ dấu cho tình trạng bệnh nặng.

Ngoài các biểu hiện trên, một số triệu chứng khác gợi ý nguyên nhân gây sốt cũng giúp đánh giá mức độ nặng của bệnh như: Hội chứng màng não, co giật, ban xuất huyết (trong bệnh nhiễm não mô cầu hay nhiễm trùng huyết do liên cầu lợn...), các dạng xuất huyết dưới da, vàng da.... Một số cơ địa đặc biệt như người cao tuổi, trẻ sơ sinh, người có bệnh gan thận mạn tính, người sử dụng corticoid kéo dài có thể bị nhiễm trùng nặng nhưng không sốt. Hạ thân nhiệt cũng có thể gặp trong những trường hợp sốc nhiễm trùng.

Tùy vào từng loại bệnh mà cách phân độ nặng nhẹ cũng khác nhau. Tựu trung gồm 2 loại chính: thể bệnh nặng là thể bệnh đe dọa trực tiếp tính mạng người bệnh và thể bệnh nhẹ. Thể bệnh nhẹ nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời thì có thể nhanh chóng diễn tiến đến thể bệnh nặng. Nếu bệnh nhân có biểu hiện nặng, cần nhập viện ngay để chẩn đoán, điều trị và theo dõi thích hợp.

## 3. NGUYÊN NHÂN GÂY SỐT

Nguyên nhân gây sốt gồm nguyên nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng.

### 3.1. Nguyên nhân nhiễm trùng thường gặp

- Do siêu vi: Sốt xuất huyết dengue, bệnh tay chân miệng, cúm, nhiễm HIV/AIDS, viêm não, sởi, quai bị, thủy đậu...

- Do vi khuẩn: nhiễm trùng khu trú các cơ quan, có thể kèm nhiễm khuẩn huyết như viêm phổi, viêm màng não mủ, nhiễm não mô cầu, nhiễm trùng tiêu, nhiễm trùng đường mật, áp xe gan, nhiễm trùng da-mô mềm, viêm họng- amidan, viêm màng não

mủ, nhiễm trùng dịch báng...; lao phổi và ngoài phổi; thương hàn; nhiễm *Leptospira*...

Nhiễm trùng có thể xảy ra trên người trước đó hoàn toàn khỏe mạnh hoặc người đang có bệnh lý nền như đái tháo đường, sử dụng corticoid kéo dài, bệnh gan mạn, xơ gan...

- Do ký sinh trùng: sốt rét, áp xe gan do amíp, nhiễm sán lá gan lớn, viêm màng não do ký sinh trùng...

- Do *Rickettsia* (sốt ve mò).

### 3.2. Nguyên nhân khác nhiễm trùng

- **Bệnh ác tính:** U lympho Hodgkin, U lympho không Hodgkin, bệnh bạch cầu, ung thư các cơ quan trong ổ bụng (như gan tụy, thận, đại tràng...), hội chứng rối loạn sinh tủy (Myelodysplastic syndromes), các khối u của mô liên kết (Sarcomas)...

- **Bệnh tự miễn:** Lupus ban đỏ hệ thống, viêm khớp dạng thấp, bệnh Still ở người lớn, viêm nút quanh động mạch...

- **Nguyên nhân khác:** như sốt do thuốc, phản ứng sau khi tiêm ngừa, hội chứng thực bào máu, suy tuyến thượng thận, cơn bão giáp... Một số trường hợp sốt là hậu quả của chấn thương, xuất huyết, hay do tổn thương của chính vùng hạ đồi còn gọi là sốt vùng dưới đồi.

## 4. CHẨN ĐOÁN CĂN NGUYÊN SỐT

Để chẩn đoán nguyên nhân, ngoài biểu hiện sốt, cần khai thác kỹ bệnh sử, tiền sử, yếu tố dịch tễ, đặc điểm các triệu chứng cơ năng và thực thể của người bệnh đồng thời phải kết hợp với kết quả các xét nghiệm phù hợp cho từng loại bệnh. Trước một trường hợp sốt, đầu tiên cần chú ý đến các nguyên nhân cần can thiệp ngoại khoa như đau bụng cấp trong viêm phúc mạc thứ phát, viêm ruột thừa; cơn đau quặn gan trong tắc mật nhiễm trùng, cơn đau quặn thận trong sỏi hệ niệu nhiễm trùng... Sau khi loại trừ các bệnh lý ngoại khoa, tiếp tục tìm kiếm các nguyên nhân gây sốt khác bao gồm nguyên nhân nhiễm trùng và nguyên nhân không phải do nhiễm trùng. Cũng cần lưu ý thêm rằng nhiễm trùng có thể xảy ra trên người mắc bệnh lý nền có khả năng gây sốt.

## 5. XỬ TRÍ MỘT BỆNH NHÂN SỐT

Xử trí một trường hợp sốt bao gồm điều trị nguyên nhân gây sốt, điều trị các triệu chứng và biến chứng của bệnh cũng như chăm sóc điều dưỡng phù hợp. Điều trị thử như là một phương thức chẩn đoán gián tiếp nguyên nhân gây sốt, hiện nay rất ít khi sử dụng do lo ngại cản trở việc chẩn đoán xác định bệnh. Đối với sốt do các bệnh truyền nhiễm, cần đặc biệt chú ý thực hiện những biện pháp hạn chế, ngăn chặn nhanh chóng nguồn lây nhiễm tại gia đình, cộng đồng nơi người bệnh sinh sống.

### 5.1. Xử trí sốt cao

Khi bệnh nhân sốt cao có thể gây ra những biến chứng như co giật (nhất là ở trẻ em) hay suy đa cơ quan (đặc biệt khi nhiệt độ cơ thể  $>41^{\circ}\text{C}$ ). Những trường hợp người bệnh có bệnh lý tim, phổi mạn cũng cần hạ sốt tích cực vì sốt kéo dài có thể ảnh hưởng bất lợi lên bệnh lý nền. Hạ sốt không làm chậm tiến trình hồi phục của bệnh nhân với điều trị đặc hiệu. Khi sốt giảm, các triệu chứng như nhức đầu, đau cơ và đau khớp cũng giảm theo. Tuy nhiên nếu lạm dụng thuốc hạ sốt sẽ gây khó khăn trong việc đánh giá đáp ứng của điều trị và tác động bất lợi của thuốc hạ sốt trên các cơ quan, nhất là gan và dạ dày.

Các biện pháp hạ sốt:

+ Lau mát với nước ấm hay nước thường, uống nhiều nước, nói rộng quần áo, nằm nơi thoáng mát, không đắp chăn mền.

+ Thuốc hạ sốt: Thuốc hạ sốt được sử dụng phổ biến nhất là Acetaminophen. liều dùng như sau:

Trẻ em: Paracetamol 10 -15 mg/kg cân nặng/lần, uống x 4-6 lần/ngày.

Người lớn: Paracetamol 500 mg-1g/lần x 3-4 lần/ngày, uống.

Trường hợp không uống được, có thể dùng chế phẩm truyền tĩnh mạch hoặc tọa dược.

Một số thuốc khác cũng có tác dụng hạ sốt như thuốc kháng viêm non steroid (Non steroidal anti-inflammatory drugs- NSAIDs) hay Aspirin. Tuy nhiên những thuốc này có tác dụng phụ trên tiêu cầu và đường tiêu hóa. Ngoài ra, Aspirin có liên quan đến hội chứng Reye's ở trẻ em bị thủy đậu và cúm. Do vậy cần thận trọng nếu muốn sử dụng các thuốc này khi chưa chẩn đoán được nguyên nhân gây sốt.

## **5.2. Xử trí nguyên nhân và mức độ nặng của bệnh**

Tùy thuộc khả năng chẩn đoán và điều trị nguyên nhân gây sốt của cơ sở y tế tiếp nhận bệnh nhân, các hướng xử trí như sau được áp dụng:

- Cho toa về, hướng dẫn bệnh nhân trong thời gian điều trị ngoại trú. Hẹn tái khám hoặc tái khám ngay khi bệnh trở nặng. Khi người bệnh tái khám cần đánh giá lại như lần tiếp nhận đầu tiên.

- Cho nhập viện: khoa thường, khoa Hồi sức tích cực hoặc khu vực cách ly tùy theo từng loại bệnh truyền nhiễm.

- Chuyển tuyến trên hoặc tuyến chuyên khoa: Chú ý các biện pháp chuyển viện an toàn.

## **6. KẾT LUẬN**

Chẩn đoán nguyên nhân gây sốt thường phải dựa vào 3 yếu tố: yếu tố dịch tễ - tiền căn, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, nhất là xét nghiệm vi sinh. Mặc dù ngày nay có nhiều phương tiện giúp chẩn đoán nguyên nhân gây sốt nhưng cũng không thể đầy đủ để chẩn đoán nguyên nhân của tất cả các thể bệnh không điển hình. Vì vậy vai trò của các thầy thuốc lâm sàng rất quan trọng trong việc thăm khám, chỉ định cũng như lý giải các kết quả xét nghiệm trong chẩn đoán căn nguyên gây sốt. Từ đó giúp chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng cũng như ngăn chặn bệnh lây lan, phát triển thành dịch đối với những bệnh truyền nhiễm.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Charles A.D, Reuven P (2018). *Fever*. In: Harrison's principles of internal medicine, 20<sup>th</sup> Ed, McGraw-Hill Companies, Inc., Part 2, Section 2, pp. 102-104.
2. Mohammad M. Sajadi, Andrej A. Romanovsky (2020). *Temperature Regulation and the Pathogenesis of Fever*. In: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9<sup>th</sup> ed, Elsevier Saunders, Philadelphia, Chapter 55, pp.777-789.