

BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

TS. Nguyễn Văn Hảo

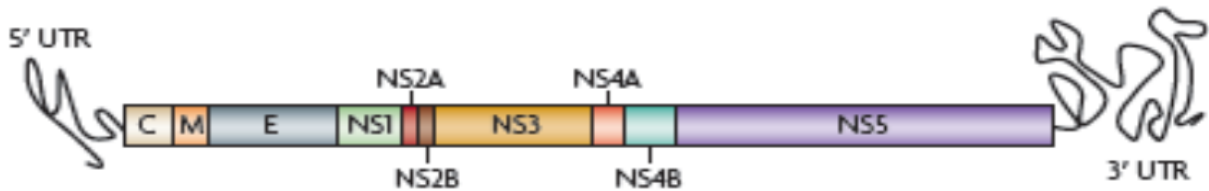
MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được các đặc điểm dịch tễ học chủ yếu
2. Hiểu được cơ chế bệnh sinh chính của bệnh
3. Trình bày được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng qua các giai đoạn bệnh
4. Nêu được ý nghĩa và giá trị của các xét nghiệm cần làm để chẩn đoán xác định.
5. Biết cách phân độ nặng của bệnh và thái độ xử trí ban đầu.
6. Nêu được những nguyên tắc điều trị và các biện pháp xử trí, theo dõi bệnh.
7. Nêu được cách phòng ngừa bệnh sốt xuất huyết Dengue

1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt xuất huyết dengue (SXH-D) (Dengue Haemorrhagic Fever) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính gây bởi siêu vi dengue. Bệnh lây truyền từ người sang người qua trung gian muỗi *Aedes aegypti*. Bệnh thường diễn tiến lành tính. Những trường hợp nặng có thể dẫn tới các biến chứng: sốc giảm thể tích, xuất huyết nặng và rối loạn chức năng đa cơ quan. Nếu không được điều trị thích hợp và kịp thời, người bệnh có thể tử vong.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH



Hình 1. Cấu trúc siêu vi Dengue

- Nhóm *Arbosiêu vi*, họ *Flaviviridae*.
- Cấu trúc siêu vi gồm một bộ gen RNA sợi đơn

Siêu vi dengue thuộc nhóm *Arbovirus*, họ *Flaviviridae*, truyền bệnh từ người bệnh sang người lành qua vết đốt của muỗi. Người là nguồn bệnh duy nhất. Thông thường siêu vi hiện diện trong máu của người bệnh trong giai đoạn cấp tính và mất dần trong giai đoạn hồi phục.

3. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ

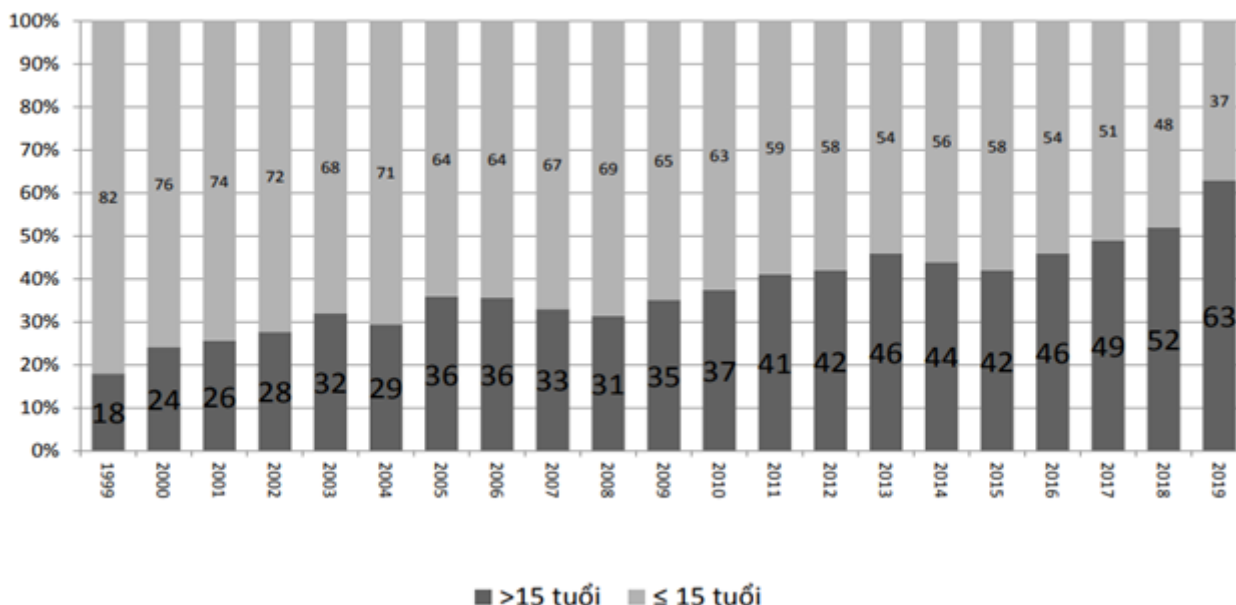
3.1. Trung gian truyền bệnh

Muỗi vằn *Aedes aegypti* là loại muỗi ở những nơi bùn lầy nước đọng quanh nhà hoặc những nơi tối tăm, ẩm thấp trong nhà. Muỗi cái hút máu và truyền bệnh vào ban ngày. Sau khi hút máu người bệnh, *Aedes aegypti* sẽ mang siêu vi và truyền sang cho người khác.

3.2. Tình hình bệnh SXH-D trên thế giới

Bệnh SXH-D xảy ra trên 100 quốc gia, ảnh hưởng tới sức khỏe khoảng 2,5 – 3 tỉ người trên toàn thế giới. Hàng năm trên thế giới có khoảng 50-100 triệu người mắc bệnh, với khoảng 15.000 – 25.000 trường hợp tử vong.

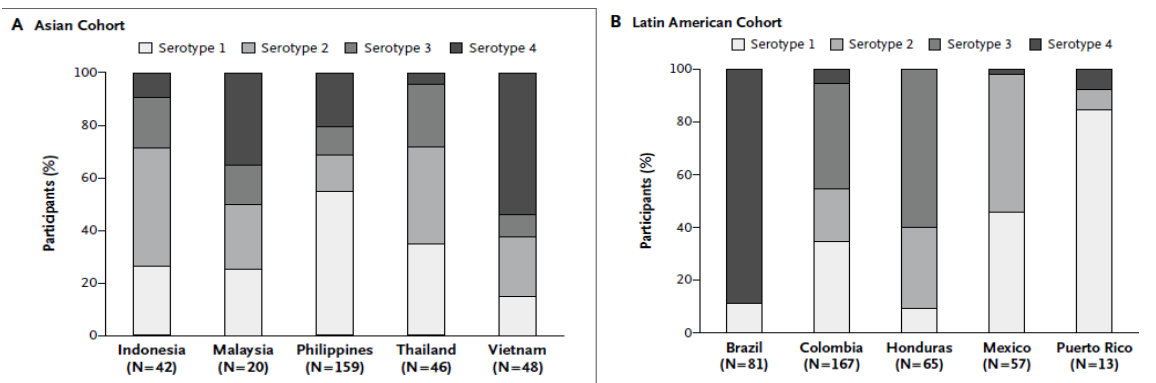
3.3. Tình hình bệnh SXH-D ở Việt Nam: Khuynh hướng gia tăng lứa tuổi mắc bệnh



Hình 2: Phân bố theo lứa tuổi mắc bệnh tại các tỉnh phía Nam
(Viện Pasteur TP. Hồ Chí Minh- 2019)

Số trường hợp người lớn nhập Bệnh viện Bệnh nhiệt đới (BV BNĐ) trong năm 1999 chỉ 225/1146 (19,6%) nhưng trong năm 2008 tăng vọt lên 7.262 /10.811 (67,2%). Theo thống kê tại BV BNĐ TP.HCM trong vòng 10 năm: số ca người lớn nhập viện tăng 32,3 lần so với số ca trẻ em vào viện chỉ tăng 3,8 lần. (Ng Trần Chính, 2009)

3.4. Sự lưu hành các týp huyết thanh (serotype)



Ở các quốc gia Đông Nam Á Ở các quốc gia Châu Mỹ La – tinh
Hình 3. Sự lưu hành của các týp huyết thanh siêu vi dengue

*Việt Nam có sự lưu hành cả 4 týp huyết thanh.

4. CƠ CHẾ BỆNH SINH

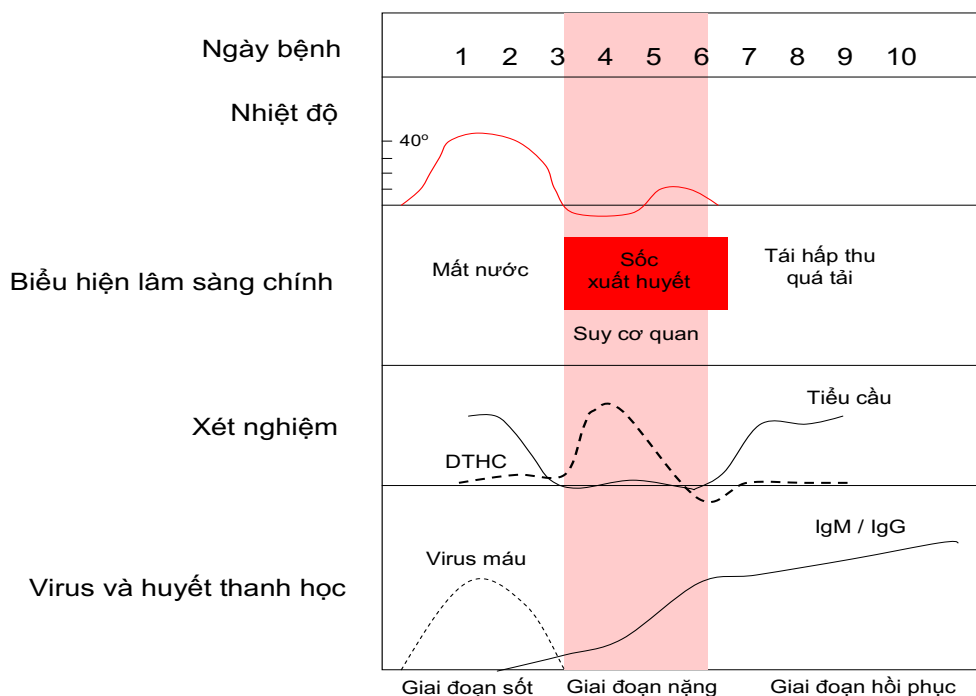
Hai cơ chế gây rối loạn sinh học quan trọng trong bệnh SXH-D giải thích các biểu hiện lâm sàng là: tình trạng tăng tính thấm thành mạch và rối loạn đông máu.

5. GIẢI PHẪU BỆNH

Giải phẫu tử thi chết vì SXH-D cho thấy biểu hiện xuất huyết xuất hiện dưới nhiều dạng khác nhau. Xuất huyết thường gặp nhất là ở da và mô dưới da, kể đến là niêm mạc đường tiêu hóa, tim, gan... Xuất huyết não, xuất huyết dưới màng nhện rất hiếm gặp. Tràn dịch lượng lớn với nồng độ albumin cao thường tìm thấy ở màng phổi và xoang bụng. Đôi khi thấy xuất huyết quanh mạch máu, tẩm nhuận tế bào đơn nhân và lympho bào. Trong những trường hợp xuất huyết trầm trọng có thể thấy cục máu đông trong lòng mạch. Sinh thiết các tử ban ngoài da, có thể thấy phù nề quanh các mạch máu, tẩm nhuận lympho bào và các tế bào đơn nhân. Trong một số trường hợp, có thể phát hiện bổ thể, immunoglobulin, fibrinogen ở thành mạch máu.

6. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG QUA CÁC GIAI ĐOẠN BỆNH

6.1. Các giai đoạn bệnh



Hình 4. Diễn biến của bệnh SXH-D

(Hướng dẫn điều trị bệnh SXH-D của Tổ chức Y tế Thế giới- năm 2009)

6.1.1. Giai đoạn sốt

Giai đoạn này thường kéo dài từ 2-7 ngày. Bệnh nhân đột ngột sốt cao kèm với đỏ mặt, sung huyết da niêm, đau nhức toàn thân, đau cơ, đau khớp và nhức đầu. Một vài

bệnh nhân có đau và sung huyết họng. Thường gặp các biểu hiện ăn không ngon, buồn nôn, nôn ói. Những biểu hiện xuất huyết nhẹ có thể xảy ra như ban xuất huyết dưới da, chảy máu răng, chảy máu mũi. Xuất huyết âm đạo lượng nhiều và xuất huyết tiêu hóa có thể xuất hiện ở giai đoạn này, nhưng tương đối ít gặp. Gan thường to và đau sau vài ngày sốt. Bất thường sớm nhất trong công thức máu là giảm bạch cầu, cảnh báo khả năng bệnh nhân bị SXH-D.

6.1.2. Giai đoạn nặng (giai đoạn nguy hiểm)

Trong khoảng thời gian hết sốt, khi nhiệt độ giảm còn $37,5^{\circ}\text{C} - 38^{\circ}\text{C}$, thường vào khoảng ngày thứ 3-7 của bệnh, có hiện tượng tăng tính thấm thành mạch song song với gia tăng Hematocrit. Giảm bạch cầu theo sau giảm nhanh tiểu cầu và thường đi trước hiện tượng thoát huyết tương. Mức độ thoát huyết tương thay đổi tùy thuộc đặc điểm của từng cá nhân. Tràn dịch màng phổi và màng bụng có thể phát hiện trên lâm sàng liên quan với mức độ thoát huyết tương và lượng dịch điều trị. Mức độ gia tăng hematocrit thường phản ánh độ nặng của thoát huyết tương. Sốc xảy ra khi có nhiều huyết tương bị thoát ra ngoài lòng mạch. Bệnh nhân thường có những dấu hiệu cảnh báo trước. Những bệnh nhân cải thiện lâm sàng sau khi hết sốt được xem là bệnh SXH-D nhẹ. Một số bệnh nhân tiến triển tới giai đoạn thoát huyết tương, những thay đổi về công thức máu được dùng để đánh giá khởi phát giai đoạn thoát huyết tương. Những bệnh nhân SXH-D có các dấu hiệu cảnh báo được gọi là SXH-D có dấu hiệu cảnh báo. Đa số trường hợp SXH-D có dấu hiệu cảnh báo sẽ hồi phục với liệu pháp bù dịch tiêm mạch sớm. Một vài trường hợp, trên lâm sàng có thể diễn biến xấu đi thành SXH-D nặng.

6.1.3. Giai đoạn hồi phục

Nếu bệnh nhân vượt qua được giai đoạn thoát huyết tương, dịch dần dần tái hấp thu trở lại vào lòng mạch trong 48-72 giờ kể. Tổng trạng chung cải thiện, ăn ngon, bớt các triệu chứng tiêu hóa, tình trạng huyết động ổn định và tiểu nhiều. Một số bệnh nhân có biểu hiện phát ban gây ngứa toàn thân.

6.2. Biểu hiện lâm sàng

6.2.1. Những dấu hiệu cảnh báo bệnh nhân có tình trạng thoát huyết tương:

- Nôn ói kéo dài
- Đau bụng vùng hạ sườn phải
- Bứt rứt hoặc li bì.
- Cảm giác mệt, choáng váng khi thay đổi tư thế do giảm thể tích tuần hoàn.
- Xuất huyết niêm mạc, triệu chứng này rất thường gặp, cả trong các trường hợp nhiễm dengue không có tăng tính thấm thành mạch
- Mạch nhanh nhẹ, chi mát, thời gian phục hồi màu da > 3 giây
- Tiểu ít
- Cận lâm sàng: htăng, số lượng tiểu cầu giảm

6.2.2. Sốc SXH-D

Khi tình trạng tăng tính thấm thành mạch tiến triển, giảm thể tích máu nặng hơn và dẫn tới sốc. Nó thường xảy ra khi hết sốt, vào khoảng ngày thứ 4 hay 5 (3-7 ngày) của bệnh, đi trước bởi các dấu hiệu cảnh báo. Trong giai đoạn đầu của sốc, cơ chế bù trừ của cơ thể duy trì huyết áp (HA) tạm thu bình thường và gây cho nhịp tim nhanh và co mạch

ngoại biên với giảm tưới máu da, chi lạnh và thời gian phục hồi màu da (CRT) kéo dài. Khi tăng kháng lực mạch ngoại vi, HA tâm trương tăng hướng về HA tâm thu và gây nên hiện tượng HA kẹp. Bệnh nhân bị sốc SXH-D thường tỉnh táo.

Bảng 1. Đánh giá tình trạng huyết động

Các thông số	SXH-D	Sốc SXH-D	Sốc SXH-D nặng
Tri giác	Tươi tỉnh	Tươi tỉnh	Thay đổi (bứt rứt, li bì)
Thời gian phục hồi màu da	Tức thì (< 2 giây)	Kéo dài (>2 giây)	Rất dài, da nổi bông
Tưới máu đầu chi	Ấm và hồng	Mát	Lạnh, ẩm ướt
Thể tích mạch ngoại vi	Nảy mạnh	Yếu và nhỏ	Không rõ, hoặc mất mạch
Nhịp tim	Bình thường theo tuổi	Nhịp tim nhanh	Rất nhanh hoặc chậm ở giai đoạn sốc muộn
Huyết áp	Bình thường theo tuổi	HA kẹp Hạ HA tư thế	HA kẹp <20 mmHg Tụt HA tâm thu Không đo được HA
Nhịp thở	Bình thường theo tuổi	Thở nhanh	Thở nhanh sâu (thở kiểu Kussmaul)

Sốc xảy ra khi một lượng lớn huyết tương bị thoát ra ngoài lòng mạch. Các dấu hiệu cảnh báo thường đi trước sốc. Những bệnh nhân SXH-D có dấu hiệu cảnh báo có thể hồi phục với liệu pháp bù dịch sớm, một vài trường hợp sẽ diễn biến xấu đi thành SXH-D nặng. Bệnh SXH-D có một tiến trình động, tình trạng thoát dịch xảy ra từ từ hoặc cấp tính tùy thuộc vào nhiều yếu tố mà hiện nay cơ chế bệnh sinh vẫn còn nhiều bàn cãi. Chúng ta rất khó ước tính lượng dịch thoát ra tại một thời điểm nhất định trong tiến trình bệnh, chủ yếu phải dựa vào diễn biến của các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng như: các dấu hiệu sinh tồn, tri giác, nước tiểu, dấu phục hồi màu da,...và hematocrit. Sự biến đổi của hematocrit và các thông số huyết động theo thời gian giúp đánh giá khuynh hướng diễn biến của bệnh.

6.2.3. Rối loạn đông máu và biểu hiện xuất huyết nặng

Ngoài tình trạng thoát huyết tương, một số bệnh nhân SXH-D có tình trạng xuất huyết đi kèm do rối loạn đông máu. Bệnh nhân SXH-D nặng thường có các bất thường đông máu, nhưng biểu hiện này hiếm khi đủ nặng để gây chảy máu nhiều. Khi xuất huyết nặng xảy ra, hầu như luôn luôn đi kèm với sốc sâu vì điều này kết hợp với giảm tiêu cầu, giảm Oxy và toan máu có thể dẫn đến suy đa cơ quan và đông máu nội mạch lan tỏa (DIC). Trong các trường hợp dùng thuốc có tác dụng chống kết tập tiểu cầu như aspirin, ibuprofen hoặc corticoids, xuất huyết ồ ạt có thể xảy ra dù không có sốc kéo dài.

Xuất huyết được xem là nặng khi nó gây nên tình trạng huyết động không ổn định. Thường gặp xuất huyết từ niêm mạc miệng, mũi, âm đạo và ban xuất huyết dưới da nhưng hiếm khi nặng và thường tự cầm. Xuất huyết nặng xảy ra khi bệnh nhân rơi vào vòng lẩn quẩn của sốc trợ, phải truyền dịch ồ ạt, quá tải dịch truyền, rối loạn chuyển hóa.

Sau cùng, xuất huyết là hậu quả của rối loạn chức năng đa cơ quan. Hồi sức dịch kịp thời và đầy đủ khi sốc được ghi nhận sớm có thể ngừa vòng xoắn bệnh lý này và ngừa xuất huyết nặng.

Hiếm gặp, xuất huyết nặng cần truyền máu trong SXH-D (<1% tất cả trường hợp nhập viện). Trước đây tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa nặng được báo cáo nhiều hơn hiện nay. Không tránh khỏi sự tập trung của thầy thuốc vào hiện tượng xuất huyết gây xao lãng hiện tượng tăng tính thấm thành mạch và xử trí sốc.

6.2.4. Tổn thương tạng

- a) Tổn thương gan, suy gan cấp: Phân độ tổn thương gan cấp trong SXH-D.
 - Nhẹ: AST, ALT 120 - < 400 U/L.
 - Trung bình: AST, ALT 400 - < 1000 U/L.
 - Nặng hoặc suy gan cấp: AST, ALT \geq 1000 U/L, có hoặc không có bệnh lý não gan.
- b) Tổn thương thận cấp: tiểu ít < 0,5 ml/kg/giờ, và creatinine máu tăng \geq 1,5-2 lần trị số bình thường hoặc độ thanh thải creatinine (eCrCl) giảm \geq 50%.
- c) Sốt xuất huyết dengue thể não: bệnh nhân có biểu hiện rối loạn tri giác, co giật hoặc có dấu thần kinh khu trú. Cần loại trừ các nguyên nhân khác: hạ đường huyết, rối loạn điện giải, kiềm toan, giảm oxy máu nặng, xuất huyết não, màng não, viêm não, màng não.
- d) Viêm cơ tim, suy tim: bệnh nhân cần được đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn. Nên thực hiện các xét nghiệm: X quang ngực, đo điện tâm đồ, siêu âm tim, men tim CK-MB, Troponin I.
- e) Suy đa cơ quan và hội chứng thực bào máu: bệnh SXH-D gây tăng tỷ lệ tử vong, liên quan với các thể bệnh như bệnh lý não, suy gan cấp, và suy đa cơ quan.

6.2.5. Dự dích

Chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu:

- Dự dích ngoài lòng mạch: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng, không phù phổi.
- Dự dích trong và ngoài lòng mạch kèm quá tải dịch, hoặc phù phổi: phù nhẹ mi mắt, mặt, chi, bụng báng to, thở nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, gan to, có thể kèm phù phổi với các biểu hiện khó thở, ran rít, trào bọt hồng, phổi có ran ẩm, nổ, nhịp tim Gallop.
- X quang phổi, đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

6.2.6. Bệnh cảnh nhiễm dengue ở người già và những người có bệnh nền

Người già có tỷ lệ mắc các triệu chứng sốt, đau bụng, phát ban, đau nhức cơ xương thấp hơn nhưng tần suất các biểu hiện nhiễm trùng huyết phối hợp, xuất huyết tiêu hóa, suy thận cấp, và tràn dịch màng phổi cao hơn, prothombine time kéo dài hơn, và nồng độ hemoglobin trung bình thấp hơn khi so với người trưởng thành trẻ (nghiên cứu ở Đài loan). Nguy cơ bệnh SXH-D nặng, thoát huyết tương và tử vong ở người già cao hơn người trẻ (Cuba, Puerto Rico, Đài loan).

6.2.7. Thiếu máu tán huyết- thalassaemia, thiếu men G6PD, và các bệnh lý haemoglobin khác

Bệnh SXH-D có thể tạo thuận lợi cho tán huyết nội mạch hoặc tán huyết nội mô ở những người có bệnh lý thiếu máu tán huyết bẩm sinh (như thiếu men G6PD). Bệnh nhân có biểu hiện xanh xao và vàng da. Tăng hồng cầu lưới, một đáp ứng bình thường của tủy xương đối với tình trạng tán huyết có thể không xuất hiện ở bệnh nhân SXH-D do tình trạng ức chế tủy xương.

6.2.8. Nhiễm dengue ở phụ nữ mang thai

Có rất ít nghiên cứu về các vấn đề liên quan tới bà mẹ mang thai bị SXH-D. Trong trận dịch nhiễm dengue năm 1988 ở Bắc Ấn Độ khi so với nhóm chứng trong quá khứ, số em bé có dị dạng ở ống thần kinh gia tăng gấp ba lần. Lây chéo từ mẹ qua con là chủ đề nghiên cứu của nhiều báo cáo trường hợp. Một ca suy hô hấp, xuất huyết nội sọ, và chết lúc sơ sinh. Thường gặp hơn, lây chéo của siêu vi dengue liên quan với sốt nhẹ và giảm tiểu cầu vào ngày thứ 39 sau sinh.

7. CẬN LÂM SÀNG

7.1. Các xét nghiệm thường quy

- Số lượng bạch cầu ngoại biên trong giới hạn bình thường hoặc có thể giảm nhiều từ ngày 4 - ngày 5 của bệnh. Trên lame máu ngoại biên có thể thấy sự gia tăng các tế bào lympho không điển hình.

- Tiểu cầu giảm $< 100.000/\text{mm}^3$ gặp vào ngày 3 đến ngày 7 và hematocrit (Hct) gia tăng - biểu hiện tình trạng thoát huyết tương. Khi trị số này tăng trên 20% trị số bình thường thì được gọi là cô đặc máu. Dấu hiệu này thường gặp trong SXH-D, ngay cả khi không sốc.

- Xét nghiệm siêu âm giúp phát hiện sớm tình trạng tăng tính thấm mao mạch với các biểu hiện: dày thành túi mật, tràn dịch màng phổi hoặc tràn dịch màng bụng. Ngoài ra, tình trạng giảm protid máu toàn phần, giảm albumin máu cũng giúp đánh giá tình trạng thoát huyết tương. Những biểu hiện trên càng trở nên rõ rệt hơn khi người bệnh được xử trí truyền nhiều dịch.

- Các xét nghiệm về chức năng đông máu bất thường như giảm các yếu tố đông máu, fibrinogen máu giảm, D-Dimer dương tính, thời gian prothrombin và APTT kéo dài. Hiện tượng đông máu nội mạch lan tỏa thường hiện diện trong các thể có xuất huyết nặng và tỷ lệ cao hơn ở những trường hợp có sốc so với không sốc. Hệ thống kháng đông cũng bị ảnh hưởng (giảm protein C và protein S trong máu). Ngoài ra, một số trường hợp có tăng trị số men AST-ALT.

- Khảo sát về hệ thống phản ứng miễn dịch cho thấy có tăng TNF- α , IFN- γ , Interleukine -10 và Interleukine 6.

7.2. Các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm siêu vi dengue

- Tìm siêu vi dengue hoặc kháng nguyên hoặc RNA của siêu vi dengue trong máu, huyết tương và các mẫu mô sinh thiết. Phân lập siêu vi được thực hiện bằng cách nuôi cấy trong tế bào, tìm kháng nguyên của siêu vi dengue bằng phản ứng miễn dịch huỳnh quang và tìm RNA bằng phản ứng khuếch đại RNA (RT-PCR).

- Huyết thanh chẩn đoán: khảo sát đáp ứng miễn dịch của bệnh nhân sau khi bị nhiễm siêu vi Dengue; kết quả có thể là phản ứng chéo giữa các tác nhân khác nhau, mà không cho biết týp huyết thanh mắc phải; tuy nhiên có thể cho biết bệnh cảnh sơ nhiễm hoặc tái nhiễm. Các kỹ thuật của huyết thanh chẩn đoán có thể là:

- Test chẩn đoán nhanh SXH-D: thuộc loại phản ứng miễn dịch sắc ký dựa vào nguyên lý phản ứng miễn dịch men, cho kết quả nhanh trong vòng 5 phút. Trên lâm sàng hiện đang lưu hành các xét nghiệm test nhanh tìm kháng nguyên NS1 và / hoặc kết hợp tìm kháng thể IgM.

8. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN ĐỘ

8.1. Chẩn đoán xác định

- Xét nghiệm chẩn đoán nhanh: NS1, IgM
- Xét nghiệm ELISA: IgM, IgG
- Xét nghiệm PCR, phân lập siêu vi

Thực tế lâm sàng: các xét nghiệm chẩn đoán xác định được chỉ định trong những trường hợp: khó chẩn đoán, bệnh cảnh lâm sàng nặng, phức tạp, có nguy cơ tử vong cao.

8.2. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do siêu vi.
- Tay chân miệng.
- Sốt mò.
- Sốt rét.
- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...
- Sốc nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp...

8.3. Phân độ

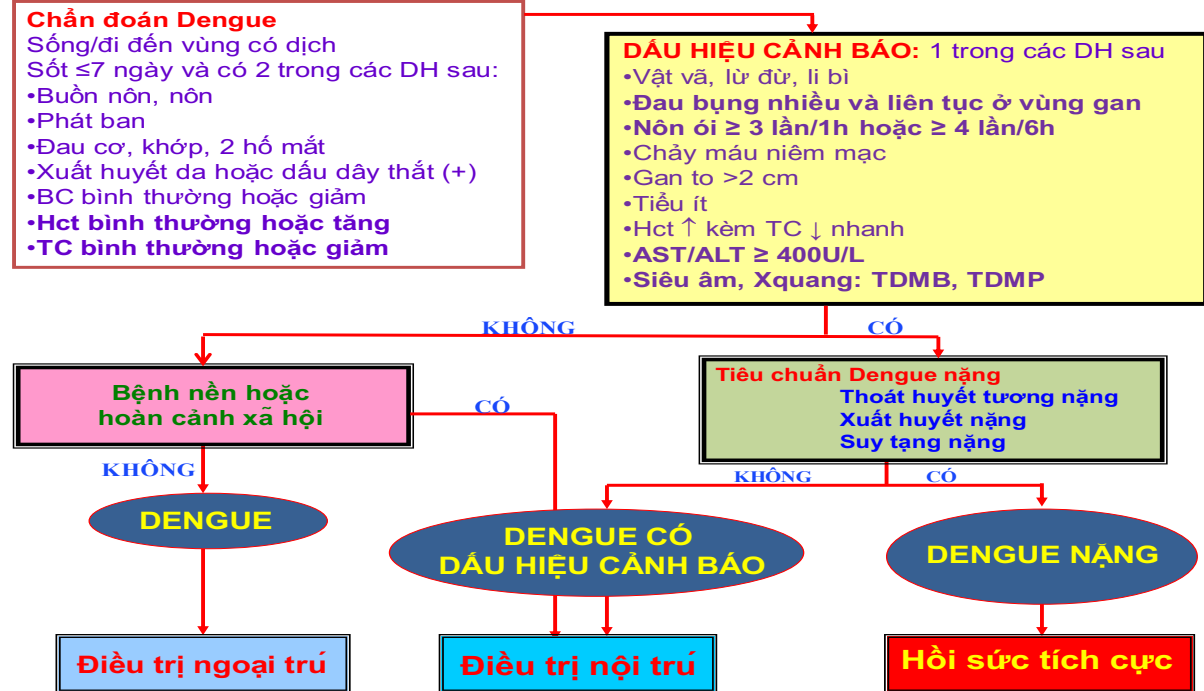
Bệnh SXH-D được chia làm 3 mức độ:

- Sốt xuất huyết dengue.
- Sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết dengue nặng:
 - Sốc, sốc nặng
 - Xuất huyết nặng
 - Suy tạng nặng

9. ĐIỀU TRỊ

Ngoài việc xử trí các triệu chứng, nguyên tắc điều trị SXH-D dựa vào những hiểu biết về sinh bệnh học: đó là bồi hoàn nhanh chóng và hiệu quả số lượng huyết tương bị mất do thoát mạch bằng các dung dịch điện giải và dung dịch keo, cải thiện nhanh chóng tình trạng rối loạn tuần hoàn, giảm nguy cơ đông máu nội mạch rải rác qua việc truyền máu nếu có xuất huyết nhiều. Tiên lượng của bệnh phụ thuộc vào việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời và đúng đắn.

Tất cả các trường hợp nghi ngờ SXH-D không cần thiết phải nhập viện vì chỉ có 1/3 số bệnh nhân bị sốc, bắt buộc phải điều trị cấp cứu. Đối với các trường hợp điều trị ngoại trú, cần lưu ý gia đình nên đưa bệnh nhân trở lại khám và theo dõi, làm xét nghiệm tiểu cầu và hematocrit. Còn đối với bệnh nhân nghi ngờ, cần được theo dõi hematocrit và



Sơ đồ hướng dẫn theo dõi và thái độ xử trí ban đầu SXH-D

9.1. SXH-D không sốc

Truyền dịch cần đặt ra khi bệnh nhân không thể bù dịch bằng đường uống kèm các vấn đề sau: có dấu mất nước, ói mửa quá nhiều, bị toan huyết, bị cô đặc máu. Theo Hướng Dẫn của Bộ Y tế đưa ra (2019), bù hoàn bằng truyền dịch có thể sử dụng Lactate Ringer, NaCl 0,9% hoặc dung dịch mặn đẳng trương với liều 6-7 ml/kg/giờ, sau đó sẽ từ từ giảm dần vận tốc 5 ml/kg/giờ trong 1 -2 giờ, rồi 3 ml/kg/giờ trong 1-2 giờ... Thời gian truyền dịch có thể thay đổi theo tình trạng đáp ứng của bệnh nhân. Nếu không còn ói mửa, giảm cô đặc máu... có thể chuyển sang đường uống trở lại, cho đến những ngày hồi phục của bệnh.

9.2. SXH-D có sốc

Khi chẩn đoán sốc SXH, nên đưa bệnh nhân vào một khoa cấp cứu hoặc săn sóc đặc biệt để được theo dõi thật sát. Việc truyền dịch thay thế số lượng nước mất ra gian bào cần được thực hiện nhanh chóng. Trong thời gian điều trị chống sốc, việc theo dõi liên tục 24 – 48 giờ là cần thiết. Cần chuẩn bị các loại dịch truyền tinh thể như Lactate Ringer, NaCl 0,9%, các dung dịch cao phân tử như Dextran 40, Dextran 70, hydroxyl ethyl starch và các thuốc vận mạch (dopamine, dobutamine, noradrenaline, adrenaline).

Khởi phát chống sốc với Lactate Ringer hoặc NaCl 0,9% với vận tốc 15-20 ml/kg/giờ.

a) Nếu sau một giờ, người bệnh ra khỏi tình trạng sốc, huyết áp dần ra, mạch quay rõ, tay chân ấm, sẽ giảm vận tốc dịch truyền 10 ml/kg/cân nặng/giờ, truyền trong 1 - 2 giờ. Nếu bệnh nhân vẫn cải thiện tốt, giảm dần vận tốc 7,5 ml/kg/giờ trong 3 - 4 giờ, rồi 5 ml/kg/giờ trong nhiều giờ tiếp, rồi 3 ml – 2 ml/kg/giờ trong các giờ kế. Kiểm tra lại hematocrit cách 2 giờ hoặc 4 hoặc 6 giờ tùy theo trường hợp.

b) Nếu sau một giờ đầu truyền Lactate Ringer hoặc NaCl 0,9% mà không có biểu hiện cải thiện, thì phải thay thế bằng dung dịch cao phân tử. Theo hướng dẫn điều trị của BYT (2019) khuyến cáo sử dụng Dextran 40 hoặc HES (200.000 dalton) với liều 15-20 ml/kg/giờ rồi đánh giá trở lại. Xử trí tiếp theo với dung dịch Lactate Ringer trở lại hoặc dung dịch cao phân tử tùy theo đáp ứng của từng bệnh nhân. Dung dịch cao phân tử được chỉ định trong những trường hợp sốc kéo dài hoặc tái sốc, liều 10 – 15 ml/kg/mỗi giờ.

9.3. Điều chỉnh các rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan

Lưu ý xử trí những rối loạn sinh học khác như giảm Natri huyết, toan huyết biến dưỡng. Khi toan huyết biến dưỡng không điều chỉnh kịp thời sẽ làm cho đông máu nội mạch rải rác nặng hơn và diễn tiến sẽ phức tạp hơn.

9.4. Truyền máu

Nên làm sẵn nhóm máu và phản ứng chéo, chuẩn bị sẵn máu để sử dụng khi cần ở những bệnh nhân sốc có kèm biểu hiện xuất huyết nhiều. Truyền máu được chỉ định khi có xuất huyết ồ ạt hoặc khi nghi ngờ có xuất huyết nội không nhìn thấy được nhưng gây giảm hematocrit nhanh, hoặc lâm sàng không cải thiện dù đã truyền dịch đúng và đầy đủ. Nên truyền hồng cầu lắng hoặc máu tươi toàn phần, với liều 10 - 15 mL/kg/lần truyền. Số lần truyền tùy thuộc vào biểu hiện xuất huyết và tình trạng huyết động của bệnh nhân.

9.5. Dưỡng khí và thuốc an thần

Đối với những bệnh nhân kích động bứt rứt có thể cho thở dưỡng khí để hạn chế sự hủy hoại tế bào do sốc gây nên, hoặc dùng thuốc an thần. Lưu ý nên chọn các thuốc an thần không hại gan.

9.6. Các biện pháp khác cần lưu ý

- Hạn chế các thủ thuật gây chảy máu như hạn chế lấy máu làm xét nghiệm. Thủ thuật đặt CVP cũng phải được tiến hành một cách rất cẩn thận để tránh bị xuất huyết. Nên chọn những vị trí tiêm mạch mà có thể cầm máu được.

- Trường hợp có tràn dịch màng phổi, màng bụng, màng tim lượng lớn, có khuynh hướng chèn ép gây suy hô hấp thì ưu tiên các biện pháp hỗ trợ hô hấp không xâm lấn như NCPAP. Cân nhắc việc chọc tháo dịch giải áp do nguy cơ gây xuất huyết vào khoang màng phổi, màng bụng, màng tim không cầm máu tại chỗ được.

- Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp, cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemide 1 mg/kg/lần tiêm bắp hoặc uống.

- Sử dụng các thuốc vận mạch khi truyền dịch đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và CVP đã cao.

9.7. Chăm sóc và theo dõi bệnh nhân

Sự theo dõi phải được tiến hành liên tục đến khi bệnh nhân không còn nguy hiểm:

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở mỗi giờ một lần hoặc sát hơn cho đến khi ổn định.

- Đo hematocrit mỗi 2 giờ một lần, ít nhất trong 6 giờ đầu, sau đó nếu ổn định có thể kéo dài khoảng cách theo dõi. Có thể sát hơn nếu bệnh nhân có sốc kéo dài.

- Tính bình quân nước xuất-nhập trong 24 giờ, tránh dư nước cũng như thiếu nước.

- Theo dõi những biểu hiện xuất huyết hoặc lưu ý những xuất huyết không trông thấy được.

9.8. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

Hết sốt ít nhất 2 ngày, tỉnh táo, ăn uống được, mạch, huyết áp bình thường, không khó thở hoặc suy hô hấp do tràn dịch màng bụng hay màng phổi, không xuất huyết tiền triển, AST, ALT < 400 U/L, hematocrit trở về bình thường và số lượng tiểu cầu khuynh hướng hồi phục > 50.000/mm³.

9.9. Những điều cần lưu ý khi điều trị SXH-D

Bảng 2: Những việc nên làm và không nên làm

	Nên làm	Không nên làm
1	Đánh giá và theo dõi bệnh nhân dengue nhẹ Hướng dẫn cho bệnh nhân các dấu hiệu cảnh báo	Khi cho bệnh nhân về nhà không theo dõi và hướng dẫn bệnh nhân dengue nhẹ các dấu hiệu cảnh báo
2	Sử dụng paracetamol khi bệnh nhân sốt cao	Cho aspirin hoặc ibuprofen để hạ sốt
3	Làm Hematocrit trước và sau truyền dịch	Không biết lúc nào làm Hematocrit để đánh giá đáp ứng dịch truyền
4	Đánh giá tình trạng huyết động trên lâm sàng trước và sau bolus dịch	Không đánh giá lâm sàng để ước tính dịch truyền
5	Giải thích Hematocrit kết hợp với sử dụng dịch truyền và đánh giá huyết động	Giải thích Hematocrit độc lập với tình trạng lâm sàng
6	Sử dụng dịch truyền khi nôn ói kéo dài không uống nước được	Sử dụng dịch truyền bù trừ cho bất kỳ bệnh nhân dengue nào
7	Sử dụng dung dịch đẳng trương cho bệnh nhân dengue nặng	Sử dụng dung dịch nhược trương cho bệnh nhân dengue nặng

8	Sử dụng dịch truyền vừa đủ để duy trì thể tích tuần hoàn hiệu quả trong giai đoạn thoát huyết tương đối với dengue nặng	Sử dụng dịch truyền quá nhiều đối với dengue nặng
9	Tránh dùng thuốc tiêm bắp	Sử dụng thuốc tiêm bắp
10	Tốc độ dịch truyền và tần suất theo dõi Hematocrit tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân	Tốc độ dịch truyền và tần suất theo dõi Hematocrit cố định đối với bệnh nhân dengue nặng
11	Ngưng hoặc giảm dịch truyền khi tình trạng huyết động ổn định	Liên tục và không điều chỉnh dịch truyền khi tình trạng huyết động ổn định

10. PHÒNG NGỪA

Hiện nay bệnh SXH-D chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cũng như thuốc chủng ngừa. Ở những vùng có dịch bệnh thường xuyên, có thể sử dụng một số biện pháp như sau:

a. Theo dõi tất cả các trường hợp sốt trên 38⁰C, nếu nghi ngờ SXH-D nên tiến hành khám lâm sàng cẩn thận và làm các xét nghiệm xác định.

b. Đối với những trường hợp mắc bệnh, dựa vào phân độ của Tổ chức Y tế Thế giới để xếp độ và có biện pháp theo dõi và điều trị thích hợp. Đồng thời phải chuẩn bị đầy đủ các trang bị cần thiết để tiếp nhận bệnh nhân. Chuyển sớm bệnh nhân lên tuyến trên nếu cơ sở không đủ những phương tiện hồi sức như đặt CVP, truyền máu.

c. Chú ý các biện pháp vệ sinh môi trường:

- Dọn dẹp các nơi bùn lầy nước đọng chung quanh nhà cũng như trong nhà: thu dọn các vật chứa nước cặn, thông thương cống rãnh, nhà cửa thoáng sạch...

- Diệt trung gian truyền bệnh: dùng hóa chất như Malathion, Temephos phun chung quanh nhà có người bị bệnh với đường kính trung bình là 100 m, dùng cá hay thả mesocyclops diệt lăng quăng...

- Ngăn cản muỗi đốt người: hun khói, dùng nhang đuổi muỗi, thoa hóa chất trên mặt da để ngăn cản muỗi đốt, ngủ màn...

Tất cả những biện pháp trên có những ưu điểm và cũng không ít khuyết điểm, tốt nhất nên áp dụng cùng lúc nhiều biện pháp khác nhau trên một diện rộng, không phân biệt ranh giới địa dư và hành chánh, động viên nhân dân tham gia.

Tóm lại bệnh SXH-D là một bệnh thường gặp ở Việt Nam, dịch lớn ảnh hưởng nặng nề cho xã hội và y tế. Chưa có biện pháp chủng ngừa, do đó chủ yếu là phải chú ý, dồn nỗ lực cho vấn đề vệ sinh môi trường giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong.