

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

**BSCK2. NGUYỄN MINH TIẾN,
NHÓM SỐT XUẤT HUYẾT BV NHI ĐỒNG 1-**

BỘ Y TẾ
CỘNG HOÀ 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 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

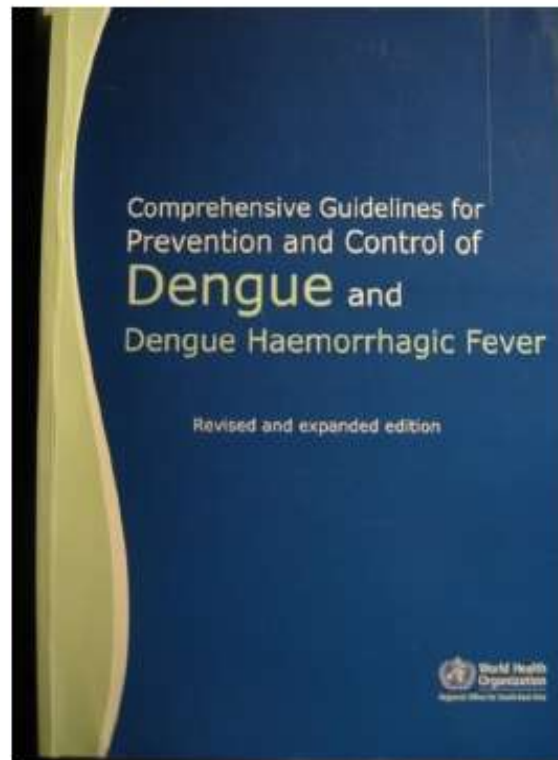
Guidelines WHO

2009



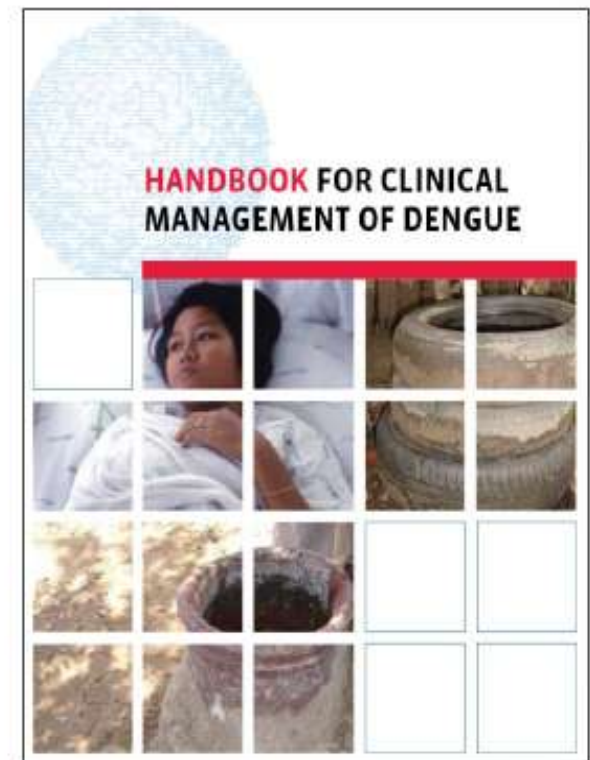
WHO-TDR

2011



WHO-SEARO

2012



WHO-TDR

Diagnosis Case Classification

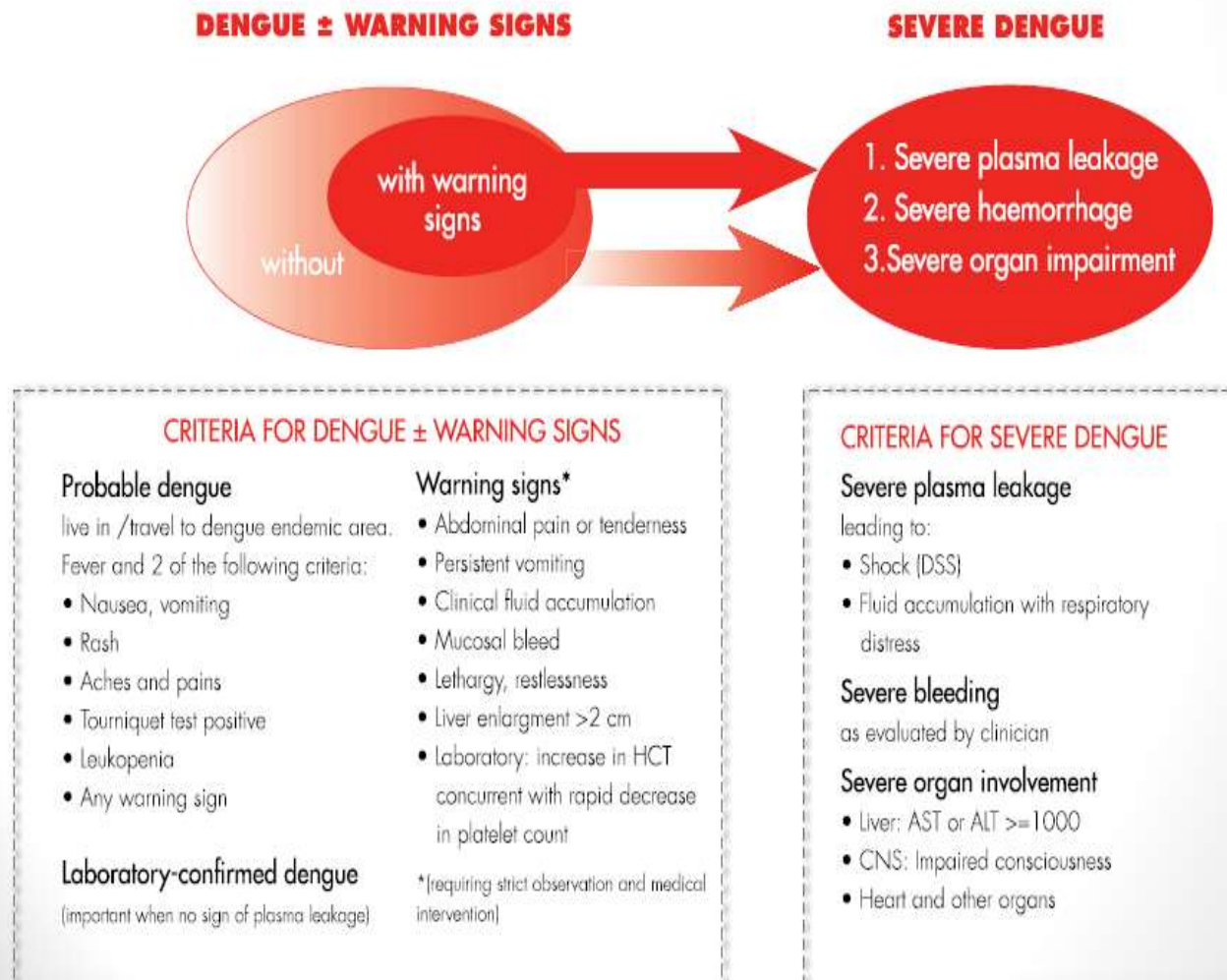
1997	2009	2011
Dengue fever (no plasma leakage)	Dengue without warning signs	Dengue fever (no plasma leakage)
DHF grade I (no shock)	Dengue with warning signs	DHF grade I (no shock)
DHF grade II (no shock, spontaneous bleeding)		DHF grade II (no shock, spontaneous bleeding)
DHF grade III/DSS (dengue shock syndrome)	Severe dengue (severe plasma leakage, hemorrhage, organ involvement)	DHF grade III /DSS (dengue shock syndrome)
DHF grade IV (DSS with profound shock)		DHF grade IV
		Expanded dengue syndrome (unusual manifestation, organ involvement, co-morbidity)
	Adult management	Adult management

DENGUE

GUIDELINES FOR DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION AND CONTROL

TDR-WHO 2009

Figure 1.4 Suggested dengue case classification and levels of severity



Comprehensive Guidelines for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever

WHO-SEARO, 2011

Revised and expanded

Table 4: WHO classification of dengue infections and grading of severity of DHF

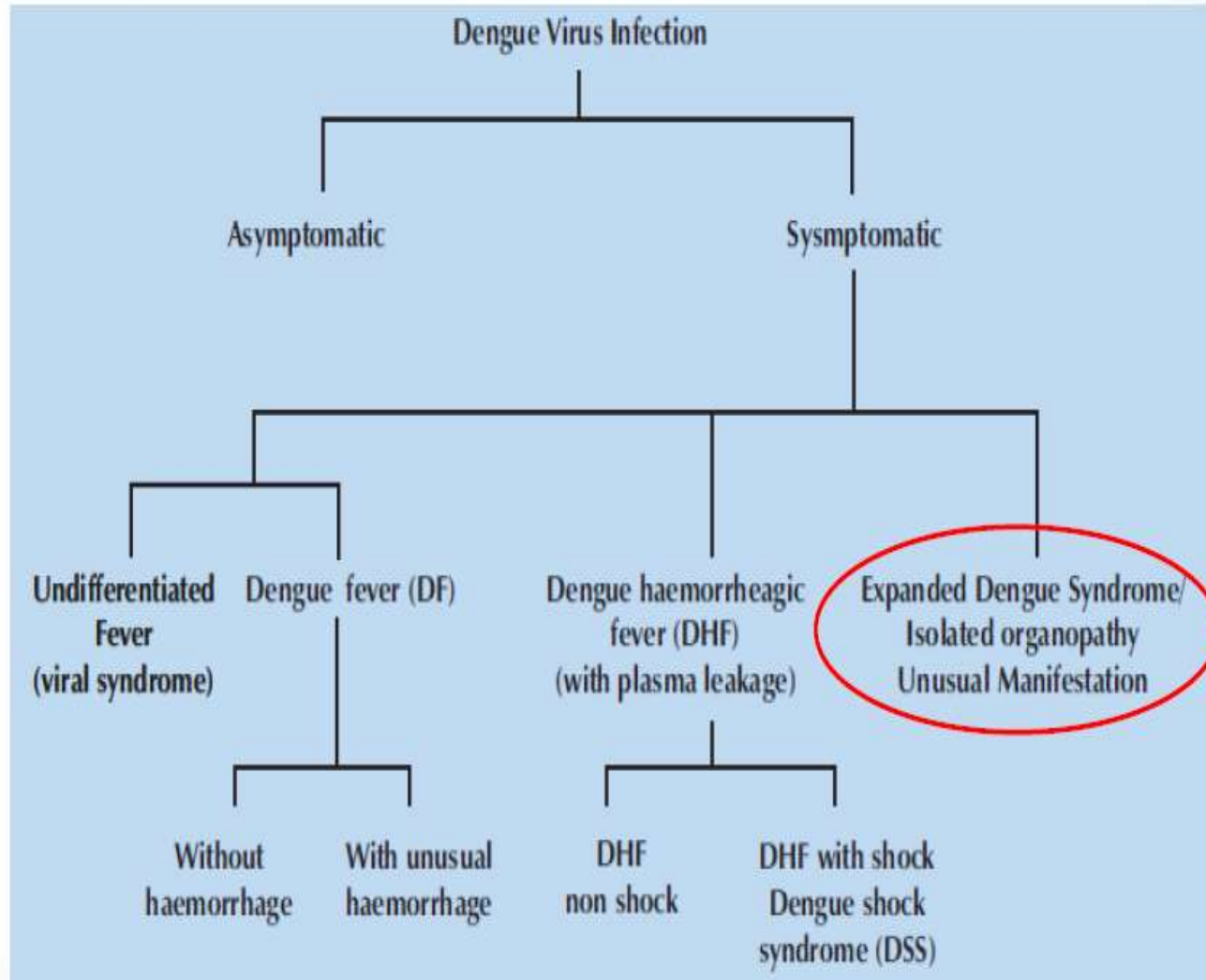
DF/ DHF	Grade	Signs and Symptoms	Laboratory
DF		Fever with two of the following: • Headache. • Retro-orbital pain. • Myalgia. • Arthralgia/ bone pain. • Rash. • Haemorrhagic manifestations. • No evidence of plasma leakage.	• Leucopenia (wbc ≤ 5000 cells/mm³). • Thrombocytopenia (Platelet count $< 150\ 000$ cells/mm³). • Rising haematocrit (5% – 10%). • No evidence of plasma loss.
DHF	I	Fever and haemorrhagic manifestation (positive tourniquet test) and evidence of plasma leakage	Thrombocytopenia $< 100\ 000$ cells/mm ³ ; Hct rise $\geq 20\%$
DHF	II	As in Grade I plus spontaneous bleeding.	Thrombocytopenia $< 100\ 000$ cells/mm ³ ; Hct rise $\geq 20\%$.
DHF [#]	III	As in Grade I or II plus circulatory failure (weak pulse, narrow pulse pressure (≤ 20 mmHg), hypotension, restlessness).	Thrombocytopenia $< 100\ 000$ cells/mm ³ ; Hct rise $\geq 20\%$.
DHF [#]	IV	As in Grade III plus profound shock with undetectable BP and pulse	Thrombocytopenia $< 100\ 000$ cells/mm ³ ; Hct rise $\geq 20\%$.

Source: <http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/Denguepublication/en/>

[#]: DHF III and IV are DSS

WHO-SEARO

dengue case classification 2011



Source: Comprehensive guideline for prevention and control of dengue and dengue haemorrhagic fever.
Revised and expanded edition. Regional office for South-East Asia, New Delhi, India 2011.

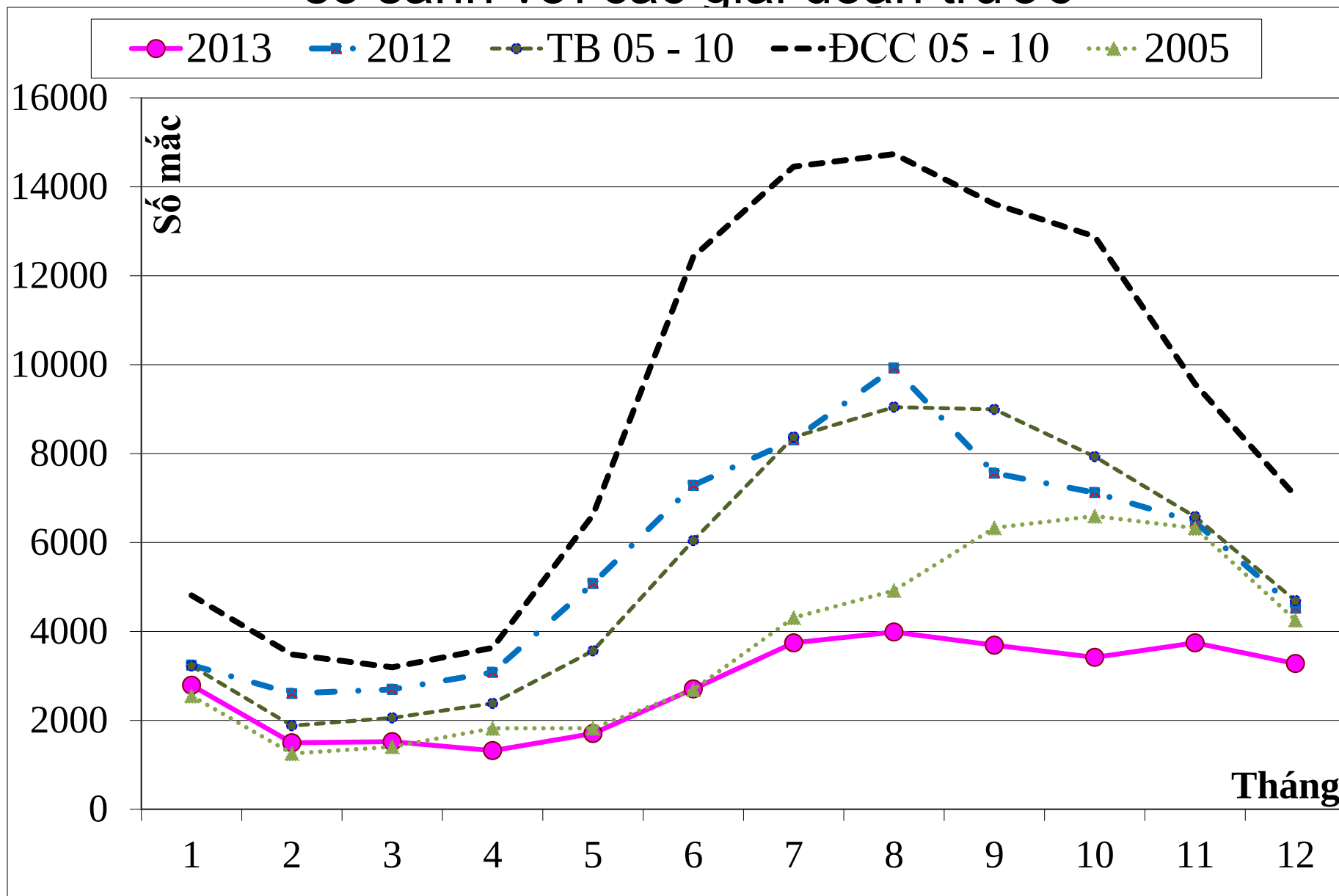
Expanded dengue syndrome

(unusual or atypical manifestations)

- Unusual manifestations
 - uncommon
 - neurological (encephalopathy): convulsions, changes in consciousness, transient paresis
 - hepatic, renal, heart, other isolated organ involvement
- Complication of severe profound shock
 - Recurrent shock
 - Prolonged shock
 - Fluid overload
 - Severe haemorrhages

TÌNH HÌNH MẮC SXHD NĂM 2013

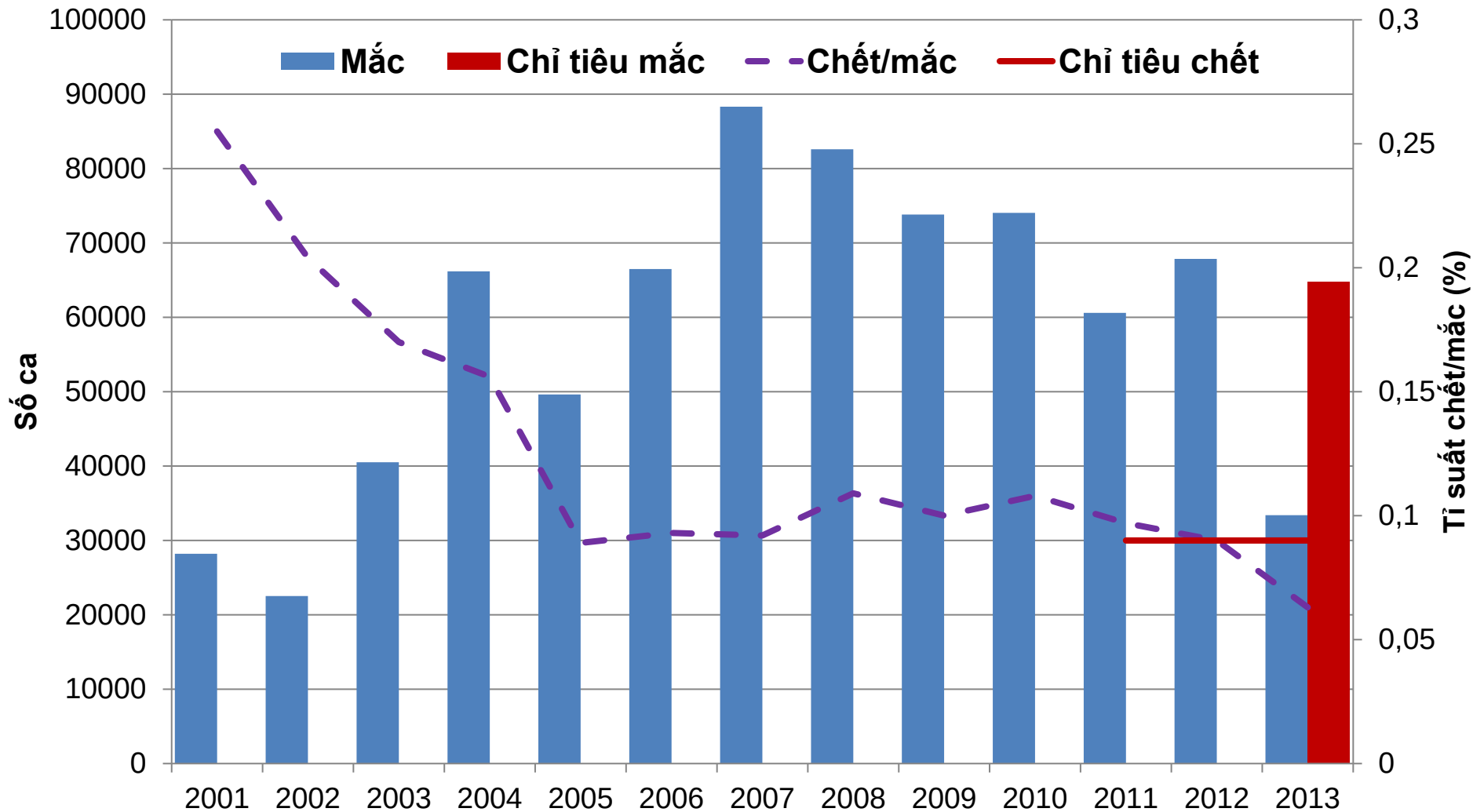
Tình hình mắc SXHD khu vực phía Nam 2013 so sánh với các giai đoạn trước



Tình hình mắc, chết SXHD khu vực phía Nam 2013 so sánh với các giai đoạn trước

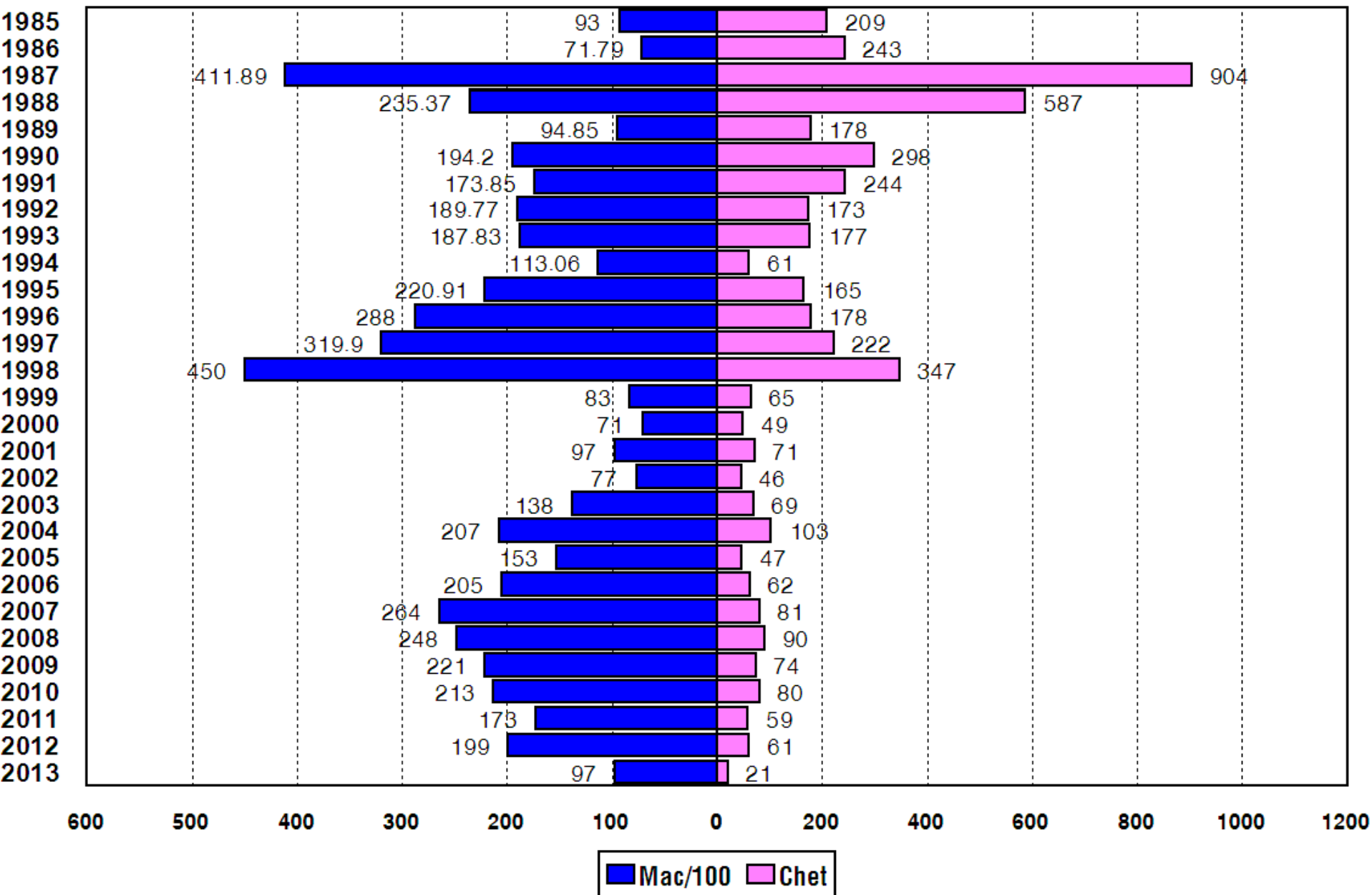
NĂM	SỐ MẮC	SỐ MẮC/ 10 ⁵ dân	SỐ CHẾT	C/M (‰)
2006	66896	205	62	0,93
2007	88244	264	81	0,92
2008	82592	248	90	1,09
2009	73816	221	74	1,00
2010	74040	213	80	1,08
2011	60418	173	59	0,98
2012	67852	199	61	0,89
2013	33390	97	21	0,63
TB 06 – 10	77118	228	77	1,00
SS với 2011	↓50,79%	↓51,26%	↓65,57%	↓26%
SS với TB 06-10	↓56,7%	↓57,5%	↓27,73%	↓37%

Tình hình Mắc & Chết SXHD KVPN , 2001 – 2013

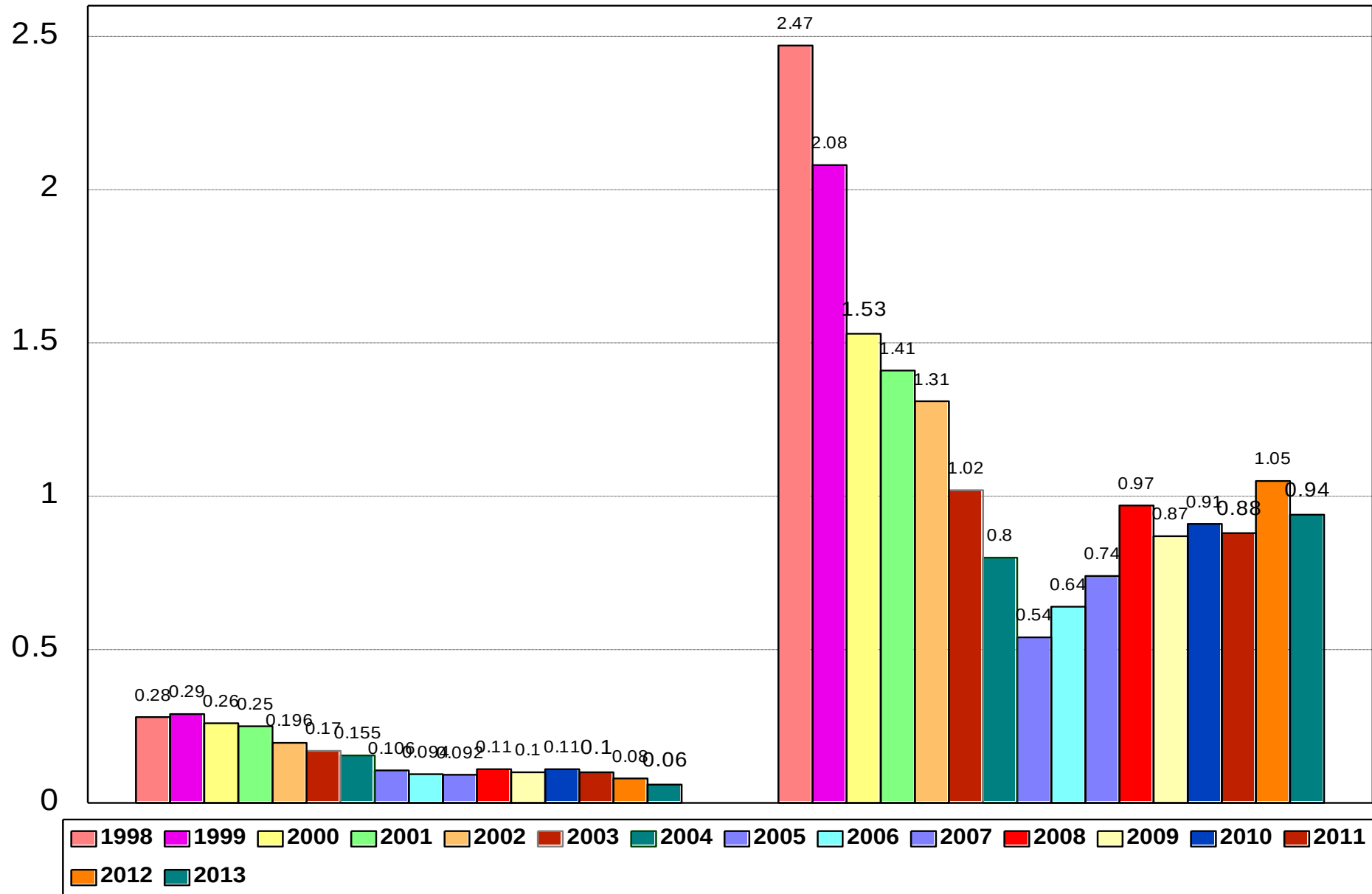


Năm 2013: có số M thấp nhất kể từ 2003 & số chết thấp nhất từ trước đến nay.

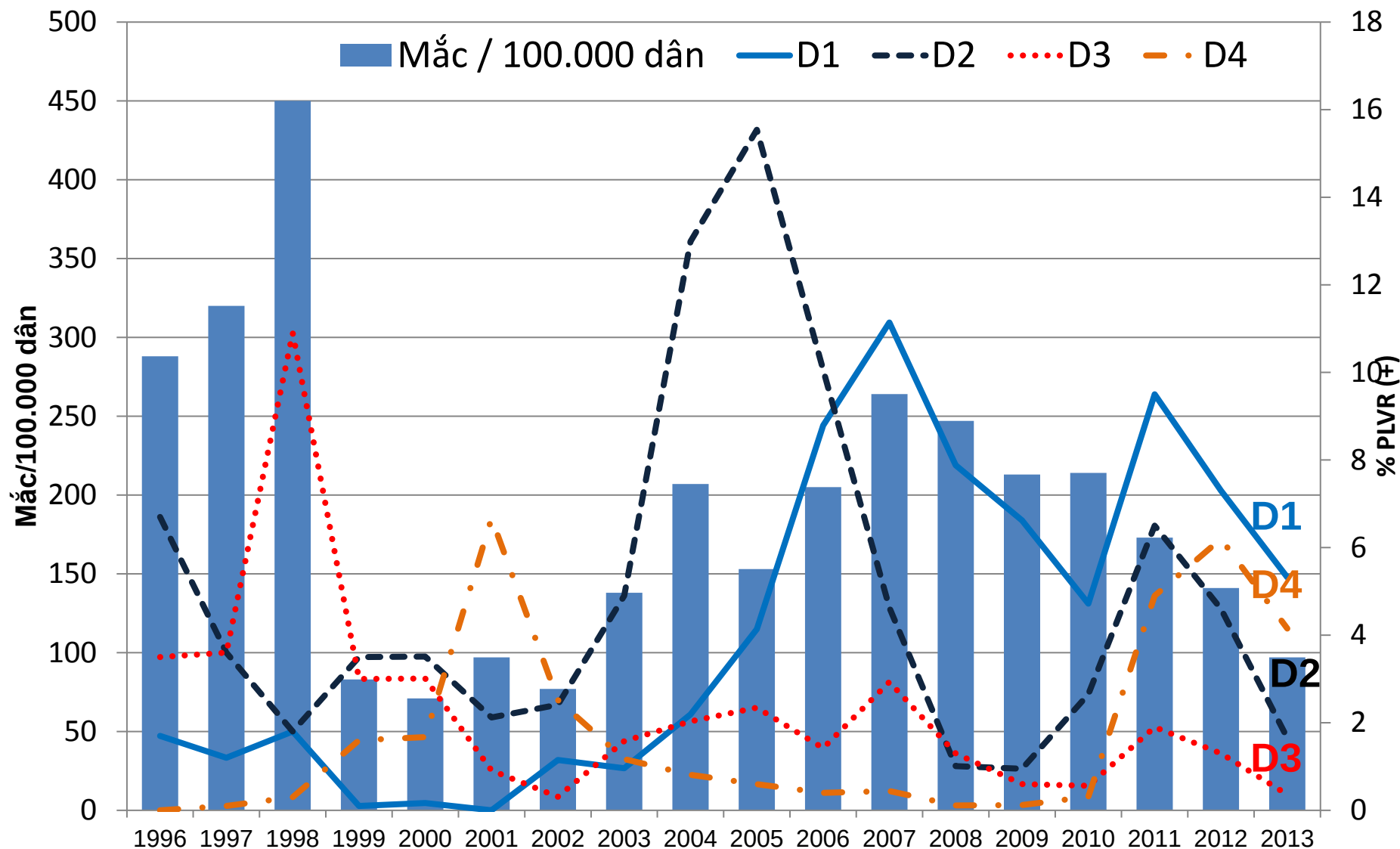
Tình hình Mắc/100.000 dân & Chết SXHD KVPN giai đoạn 1985-2013



Tỉ lệ Chết/mắc & Chết/Sốc KVPN giai đoạn 1998-2013



Diễn biến vi rút Dengue KVPN giai đoạn 1996-2013



SO SÁNH TỈ LỆ MẮC/CHẾT SXHD VỚI CÁC NƯỚC TRONG KHU VỰC

Table 1: Dengue cases reported from countries of the SEA Region, 1985–2009

Country	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	273	5533	2430	6104	406	3934	1040	2198	466	1181	474
Bhutan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2579	11	116	120	37	351
India	NA	NA	NA	N			6291	2683	11125	7484	7847	16317	1177	707	941	650	3306	1926	12754	4153	11985	12317	5023	11476	15535
Indonesia	13585	16529	23864	44573	10362	22807	21120	17620	17418	18783	35102	44650	30730	72133	21134	33443	45904	40377	51934	79462	95279	106425	157442	135607	156052
Maldives	0	0	0	2054	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1750	118	180	73	27	38	742	1126	2768	1680	1476	774
Myanmar	2666	2092	7231	1178	1196	5242	6772	1685	2279	11647	2477	1854	4500	13002	5828	1884	15695	16047	7907	7389	17454	11383	15285	14480	24287
Nepal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	3	6	30
Sri Lanka				10	203	1330	1048	656	750	582	440	1208	980	1275	1688	3348	4304	8931	4746	15463	5994	11580	7314	6555	35010
Thailand	80076	27837	174285	26936	74391	92002	48511	41125	67017	31688	60330	37929	101689	128954	24826	18617	139327	114800	62767	38367	45893	42456	62946	89626	25194
Timor-Leste																				484	1128	162	227	108	175
SEA Region	96330	46468	205380	74741	86152	121401	70742	63769	98589	90194	106196	102240	139079	218821	54811	63672	211029	188212	140615	152903	179918	189830	250909	280552	232530

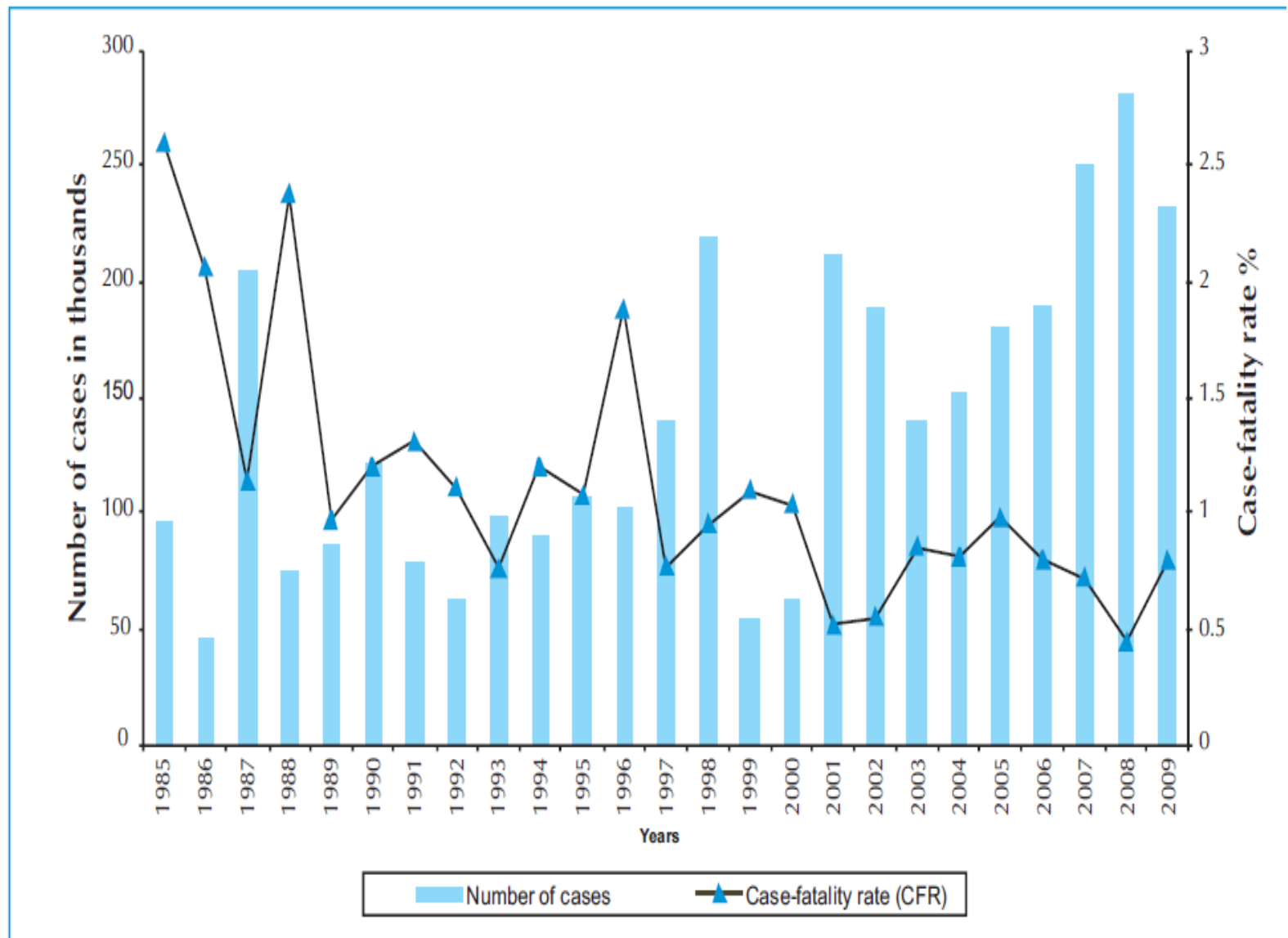
Source: WHO-SEARO, 2009.

Table 2: Dengue deaths and case-fatality rates (CFR) reported from countries of the SEA Region, 1985–2009

Country	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bangladesh	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	93	44	58	10	13	4	11	1	0	0
Bhutan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	8
India	NA	NA	NA	NA	NA	NA	3	12	36	4	10	545	36	18	17	7	33	33	215	46	157	184	62	79	96
Indonesia	460	608	1105	1527	464	821	578	509	418	471	885	1192	681	1414	422	472	497	533	794	957	1298	1096	1446	940	1386
Maldives	0	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	3	0	10	2	3	2
Myanmar	134	111	227	64	62	179	282	37	67	461	53	18	82	211	88	14	204	176	78	79	189	138	171	100	181
Nepal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sri Lanka	NA	NA	NA	0	20	54	31	15	7	7	11	54	17	8	14	37	54	64	32	88	27	44	25	19	346
Thailand	542	236	1007	179	290	414	137	136	222	140	183	116	253	424	56	32	246	176	73	48	71	99	67	102	2
Timor-Leste																				2	40	0	6	1	0
SEA Region	1 136	955	2339	1 779	836	1468	1 031	789	750	1 083	142	1 925	1 069	2 075	602	656	1 097	1 035	1 302	1 235	1 766	1 532	1 785	1 247	2 031
Case-fatality rate	1.18	2.06	1.14	2.38	0.97	1.21	1.31	1.11	0.76	1.20	1.08	1.88	0.77	0.95	1.10	1.03	0.52	0.55	0.85	0.81	0.98	0.81	0.71	0.44	0.79

Source: WHO-SEARO, 2009.

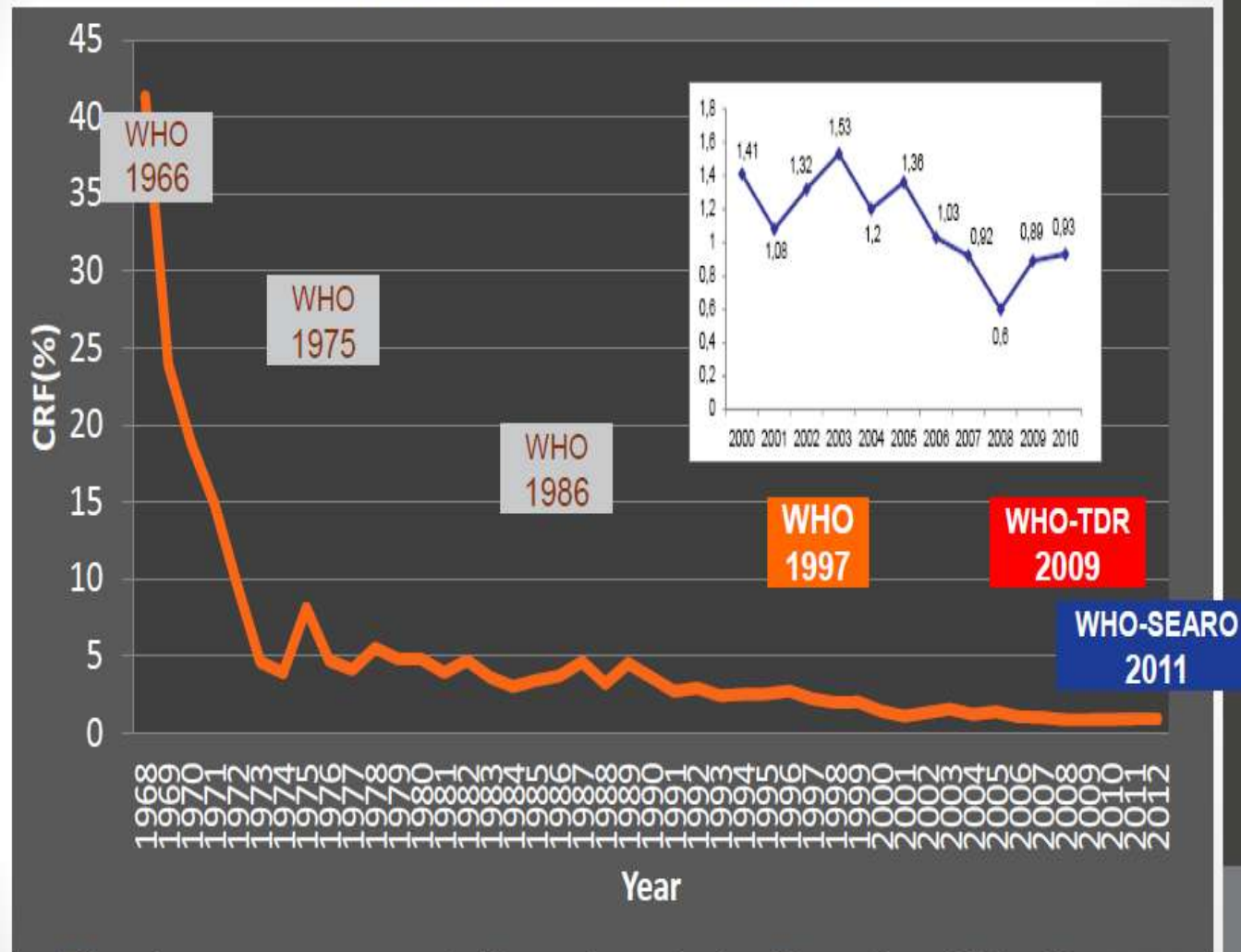
Figure 3: Trends in reported number of dengue cases and case-fatality rates (CFR) reported from countries of the SEA Region, 1985–2009



Source: Country reports

Dengue case mortality, Indonesia 1968-2012

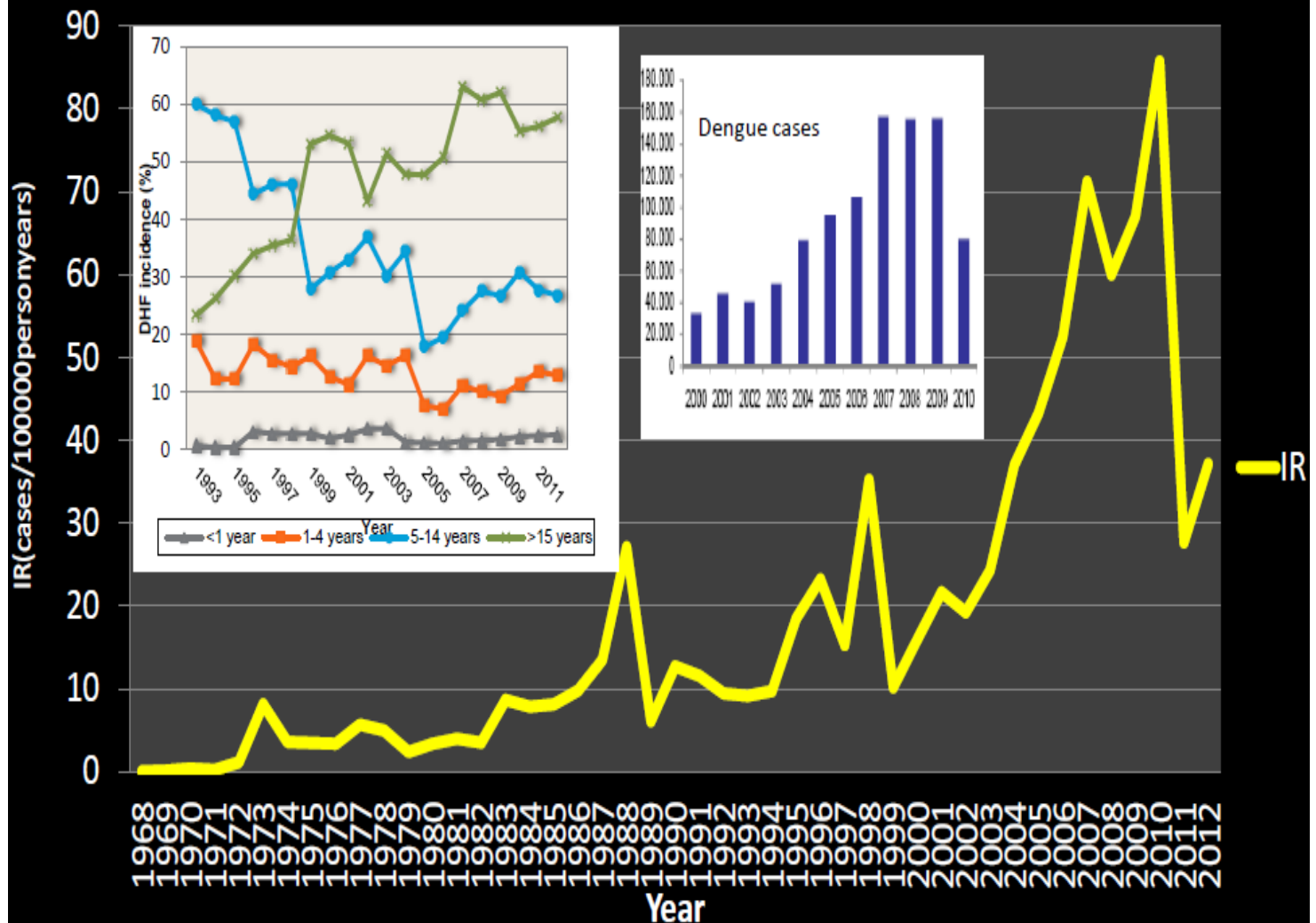
CFR in 2010=0.93%; in 2012=0.87%



The dengue case mortality reduced significantly within 40 years

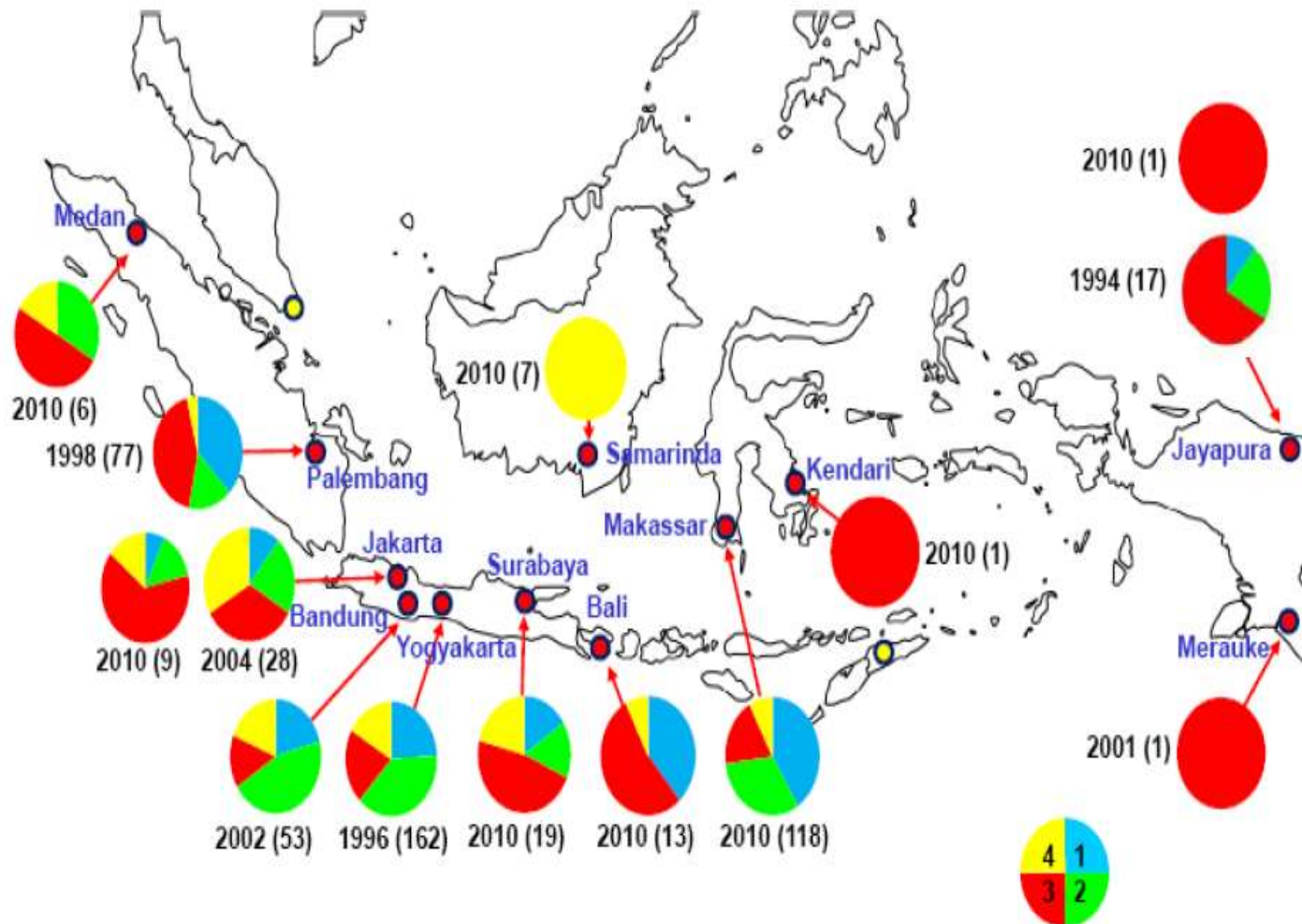
Dengue morbidity, Indonesia 1968-2012

IR in year 2010 = 27.09%; in 2012=20.27% per 100.000 population



DENV Serotypes in Indonesia

Past and present serotype distribution



Serotype Legend



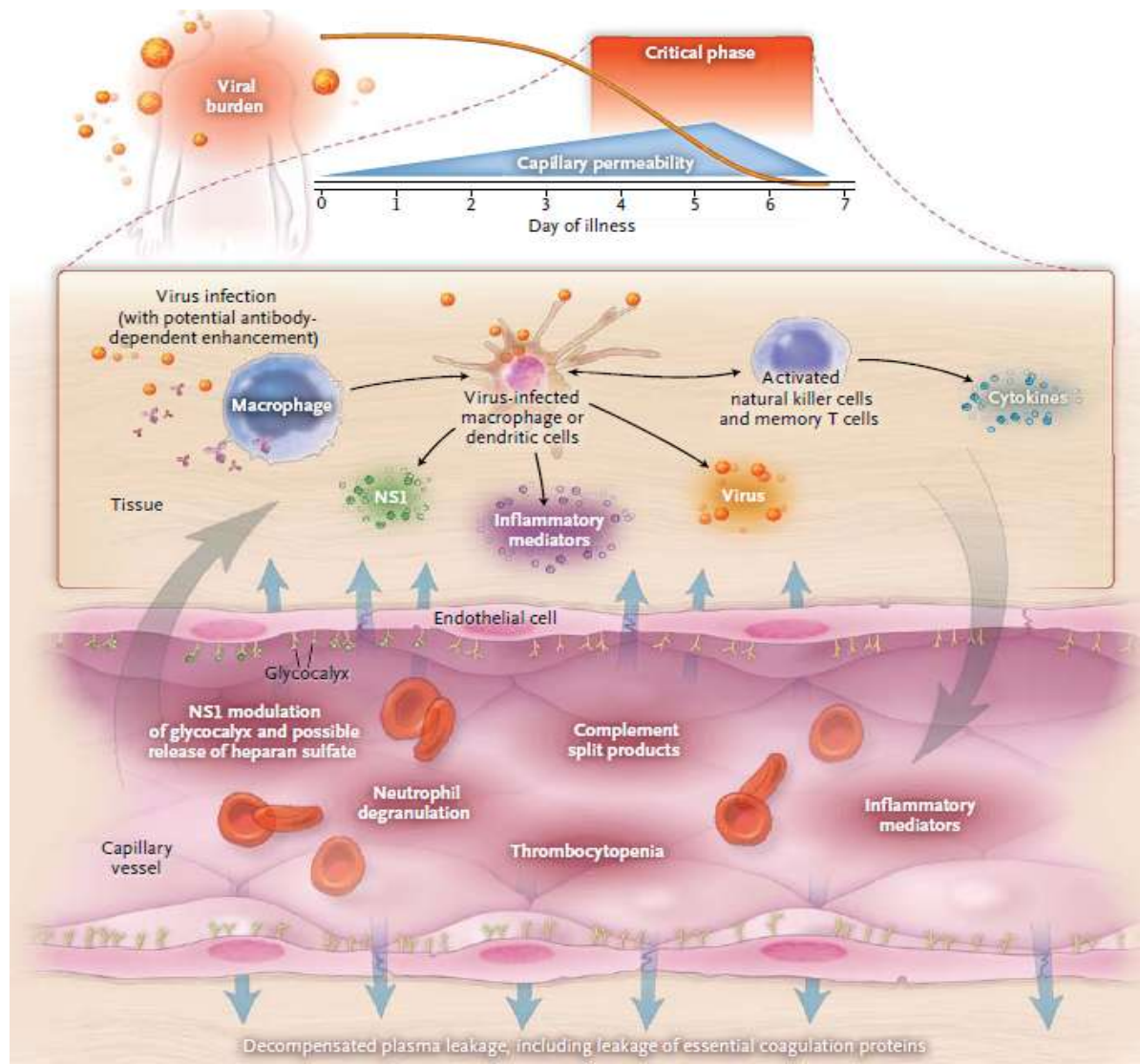
Ong 2008, Osman 2009, Kalayanarooj 2007, Ito 2010, Schreiber 2009, Sasmono 2011

CẬP NHẬT CƠ CHẾ BỆNH SINH

Current Concepts of Dengue

Cameron P. Simmons, Ph.D., Jeremy J. Farrar, M.D., Ph.D., Nguyen van Vinh Chau, M.D., Ph.D., and Bridget Wills, M.D.
366;15 nejm.org april 12, 2012, D.M.

Urinary GAG (glycosaminoglycan) excretion was significantly increased in children with DSS, suggesting a possible role for disruption of the surface glycocalyx

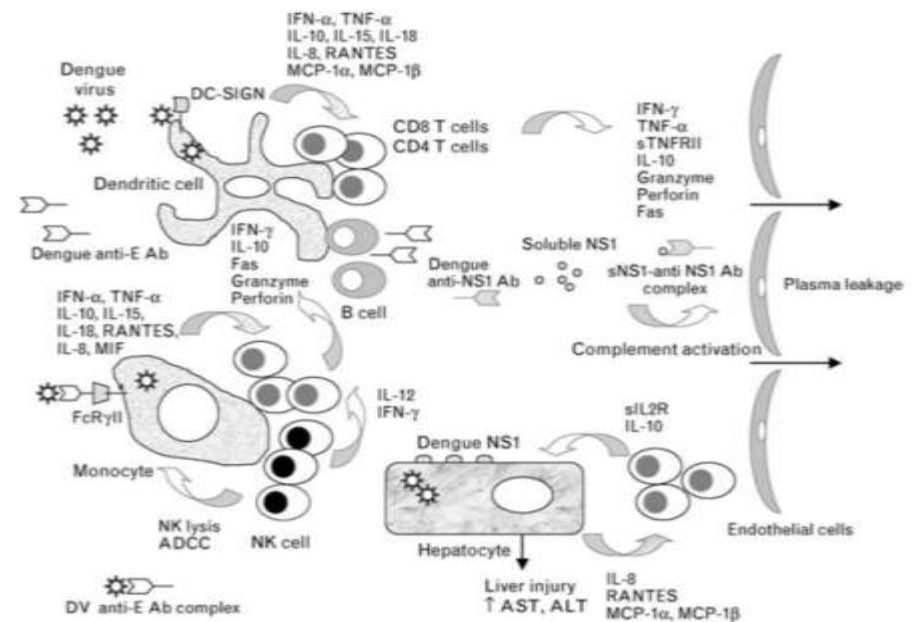
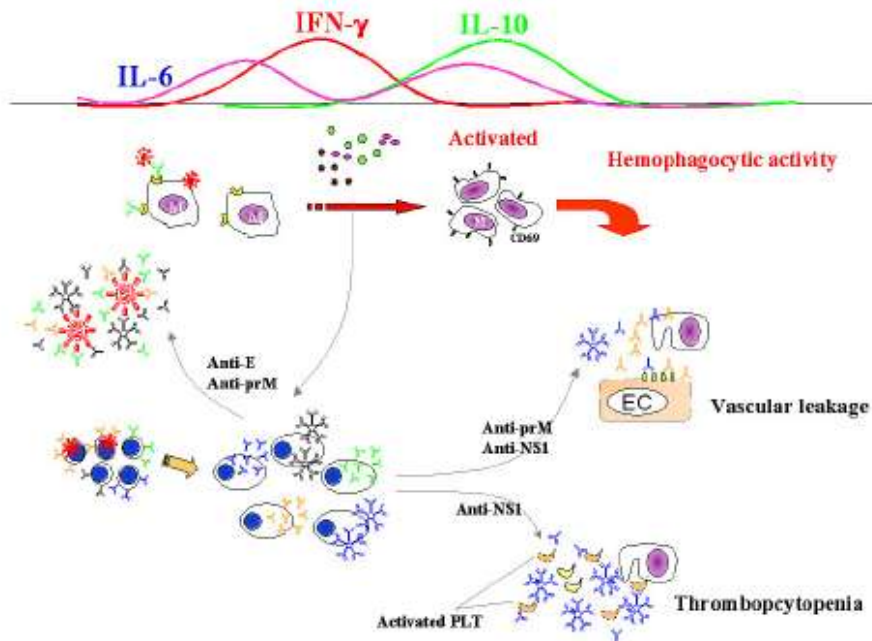


Immunopathogenesis of Dengue Virus Infection

Huan-Yao Lei^a, Trai-Ming Yeh^b, Hsiao-Sheng Liu^a, Yee-Shin Lin^a,
Shun-Hua Chen^a, Ching-Chuan Liu^c

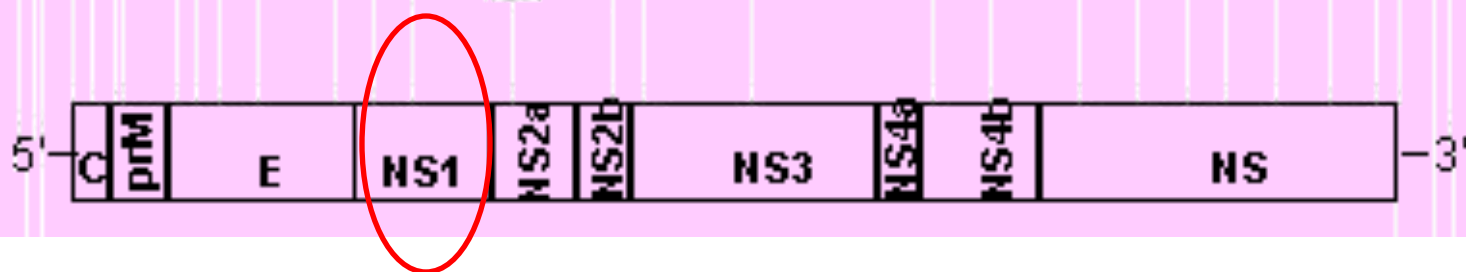
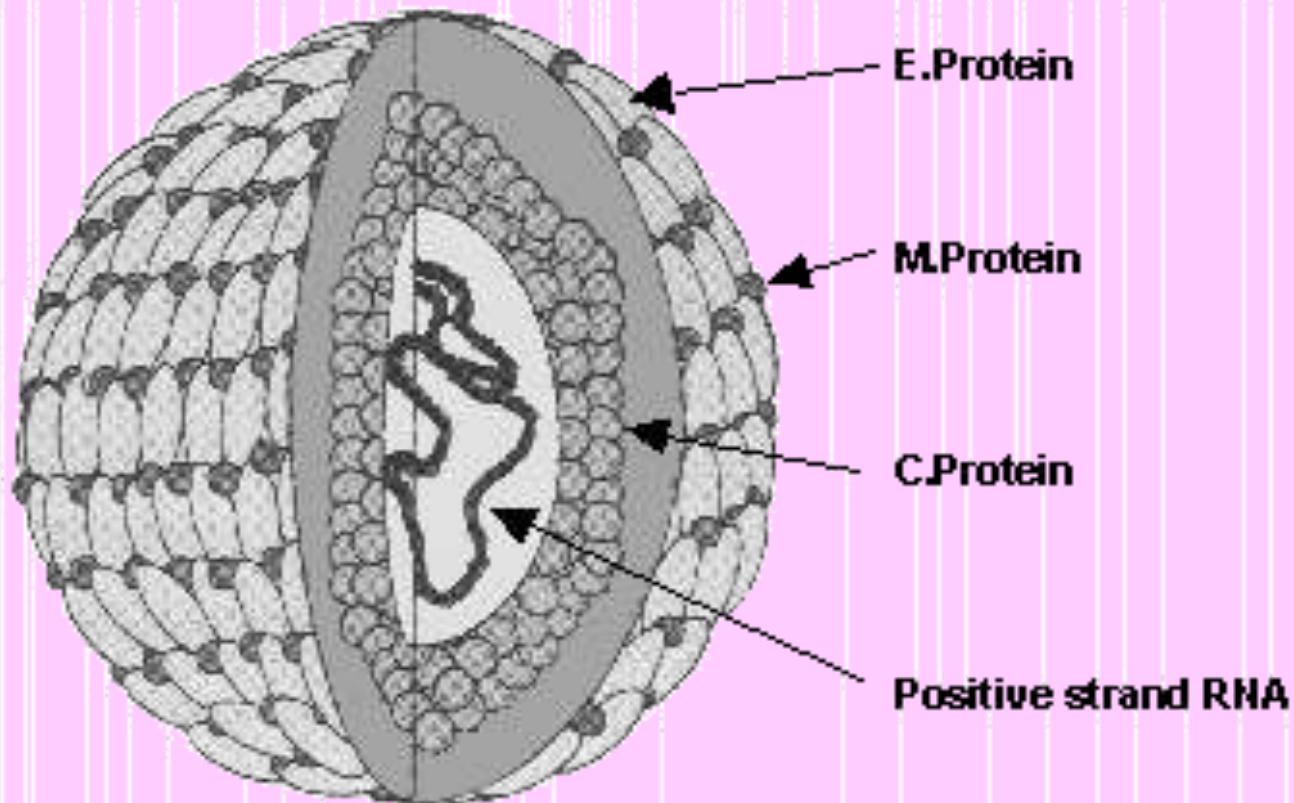
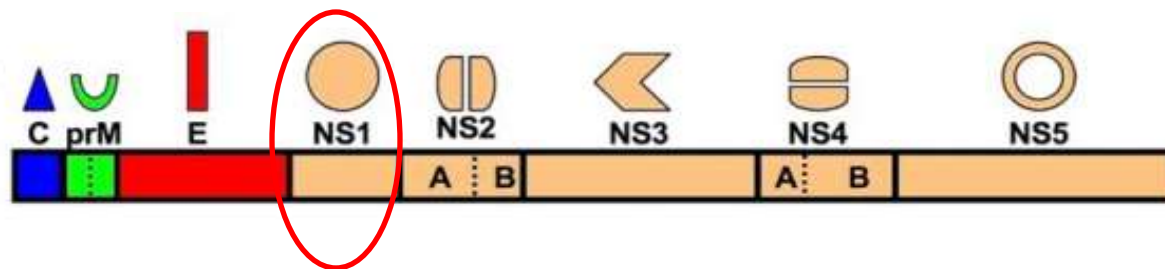
Journal of Biomedical Science 2001;8:377-388

- The overproduced IL-6 might play a crucial role in the enhanced production of anti-platelet or anti-endothelial cell autoantibodies, elevated levels of tPA, as well as a deficiency in coagulation



- Dengue virus -> CD4/CD8 ratio inversion, monocytosis, and atypical lymphocytosis,
-> delay virus clearance,
-> trigger cytokine overproduction and autoantibodies to platelets and endothelial cells
-> dysfunctions.
- The IFN- γ activated macrophages phagocytose the autoantibody-coated platelets and endothelial cells, result in thrombocytopenia and endothelial cell damage.
- A transient hemophagocytic activity was induced post acute dengue virus infection

A



Current Concepts of Dengue

Cameron P. Simmons, Ph.D., Jeremy J. Farrar, M.D., Ph.D., Nguyen van Vinh Chau,
M.D., Ph.D., and Bridget Wills, M.D.
366;15 nejm.org april 12, 2012, D.M.

Infectious virus and the virus-encoded
NS1 are present in blood during the acute
phase, and high-level early viremia and NS1
antigenemia have been associated with more
severe clinical presentations

Hepatocyte injury

Fas ligand (FasL or [CD95L](#)) is a type-II [transmembrane protein](#) that belongs to the [tumor necrosis factor](#) (TNF) family. Its binding with its receptor induces [apoptosis](#)

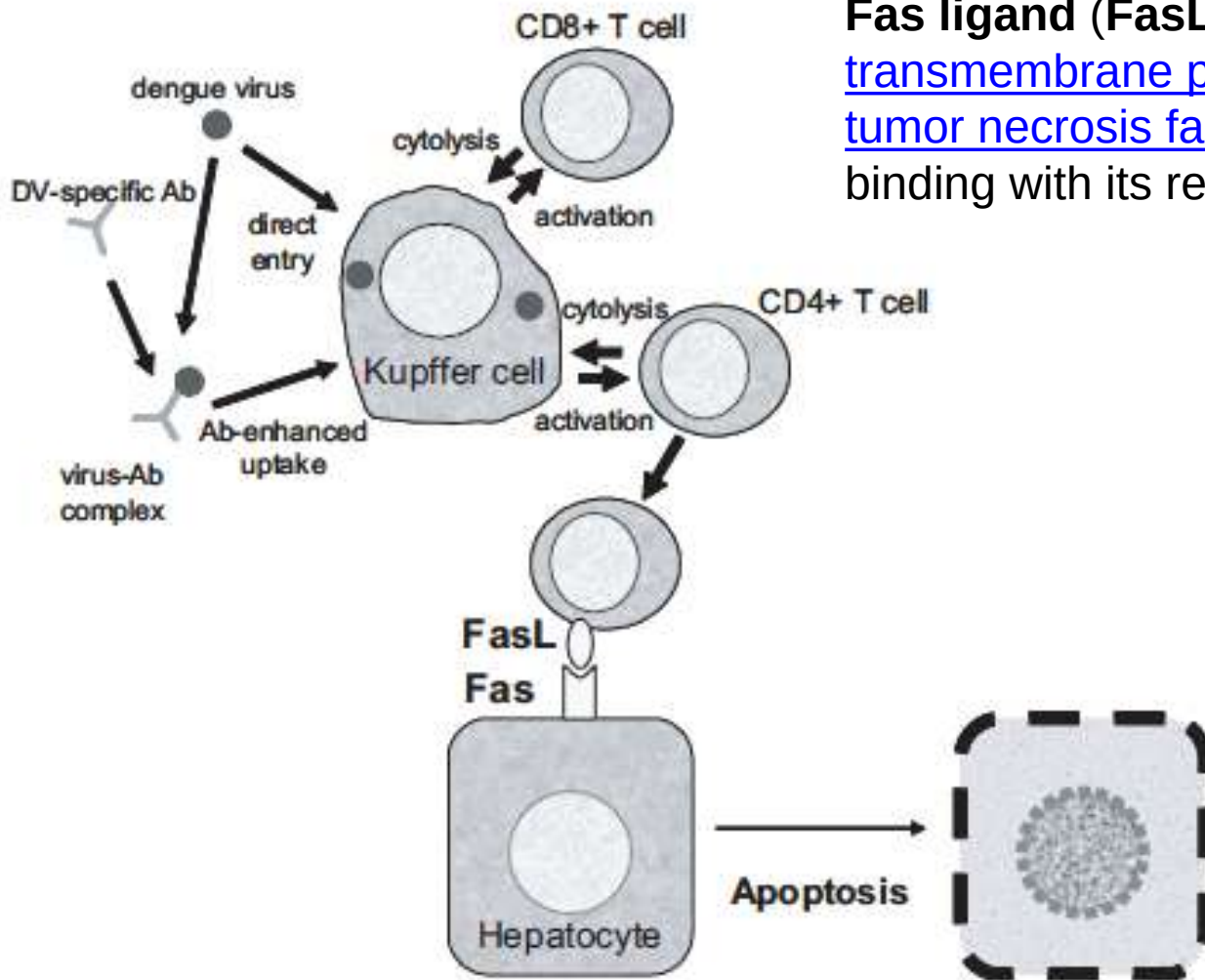


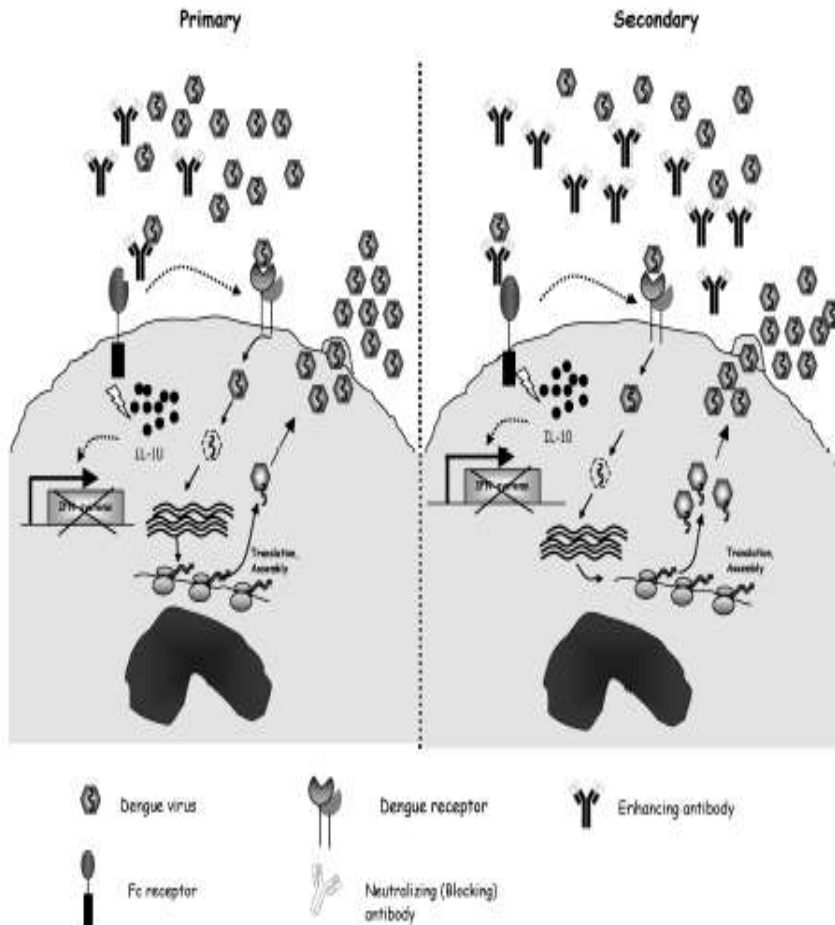
Fig. 1. Model of hepatocyte injury without direct dengue virus infection. Dengue virus

Immunopathogenesis

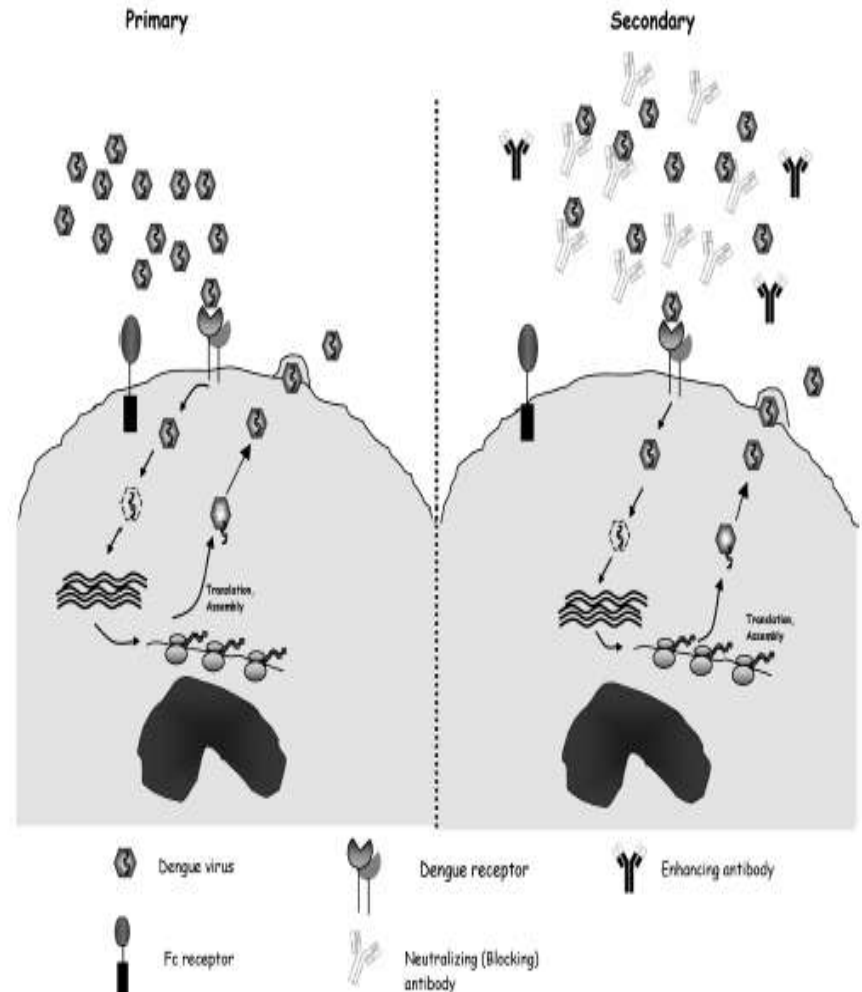
- Epidemiologic studies have identified young age, female sex, high body-mass index, virus strain, and genetic variants of the human major-histocompatibility-complex class I–related sequence B and phospholipase C epsilon 1 genes as risk factors for severe dengue.
- Secondary infection, in the form of two sequential infections by different serotypes, is also an epidemiologic risk factor for severe disease

Secondary infection

DENGUE HEMORRHAGIC FEVER
ENHANCED INFECTION



DENGUE FEVER
SUPPRESSED INFECTION



NHỮNG ĐIỂM MỚI TRONG PHÁC ĐỒ BỘ Y TẾ 2011

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.

II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

- Bệnh khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn: **giai đoạn sốt, giai đoạn nguy hiểm và giai đoạn hồi phục.**
- Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh

1. Giai đoạn sốt

Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.

~~Gân lâm sàng~~

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên $100.000/\text{mm}^3$).
- Số lượng bạch cầu thường giảm .

"dengue triad": fever,
[rash](#), and [headache](#)
(and other pains)

Symptoms of Dengue fever

Febrile phase

sudden-onset fever

headache

mouth and nose
bleeding

muscle and
joint pains

vomiting

rash

diarrhea

Critical phase
hypotension

pleural effusion

ascites

gastrointestinal
bleeding

Recovery phase

altered level of
consciousness

seizures

itching

slow heart rate





Rash could be a sign of **dengue**

Giai đoạn nguy hiểm

Thường vào ngày thứ 3--7 của bệnh

Lâm sàng

Người bệnh có thể còn sốt hoặc giảm sốt.

Có thể có các biểu hiện sau:

- Biểu hiện thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch
(thường kéo dài 24-48 giờ):

Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, nề mi mắt, gan to, có thể đau.

Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện: vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg), tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.

Giai đoạn nguy hiểm

- Xuất huyết:

Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn hoặc mảng bầm tím.

Xuất huyết ở niêm mạc: Chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn kỳ hạn.

Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng.

Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở một số người bệnh không có dấu hiệu thoát huyết tương rõ hoặc không sốc

Cận lâm sàng

- Hematocrit tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.
- Số lượng tiểu cầu giảm dưới $100.000/\text{mm}^3$ (100 G/L).
- Enzym AST, ALT thường tăng.
- Trong trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.
- Siêu âm hoặc xquang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi

Tuổi	Hb (g%)	Hct (%)	mean (%)	BC (/mm ³)
Máu rốn	13.7-20.1	45-65	55	9000-30000
2 tuần	13.0-20.0	42-66	50	5000-21000
3 tháng	9.5-14.5	31-41	36	6000-18000
6 th - 6 tuổi	10.5-14	33-42	37	6000-15000
7 - 12 tuổi	11.0-16.0	34-40	38	4.500-13500
Người lớn				
Nữ	12.0-16.0	37-47	42	5000-10000
Nam	14.0-18.0	42-52	47	

Giai đoạn hồi phục

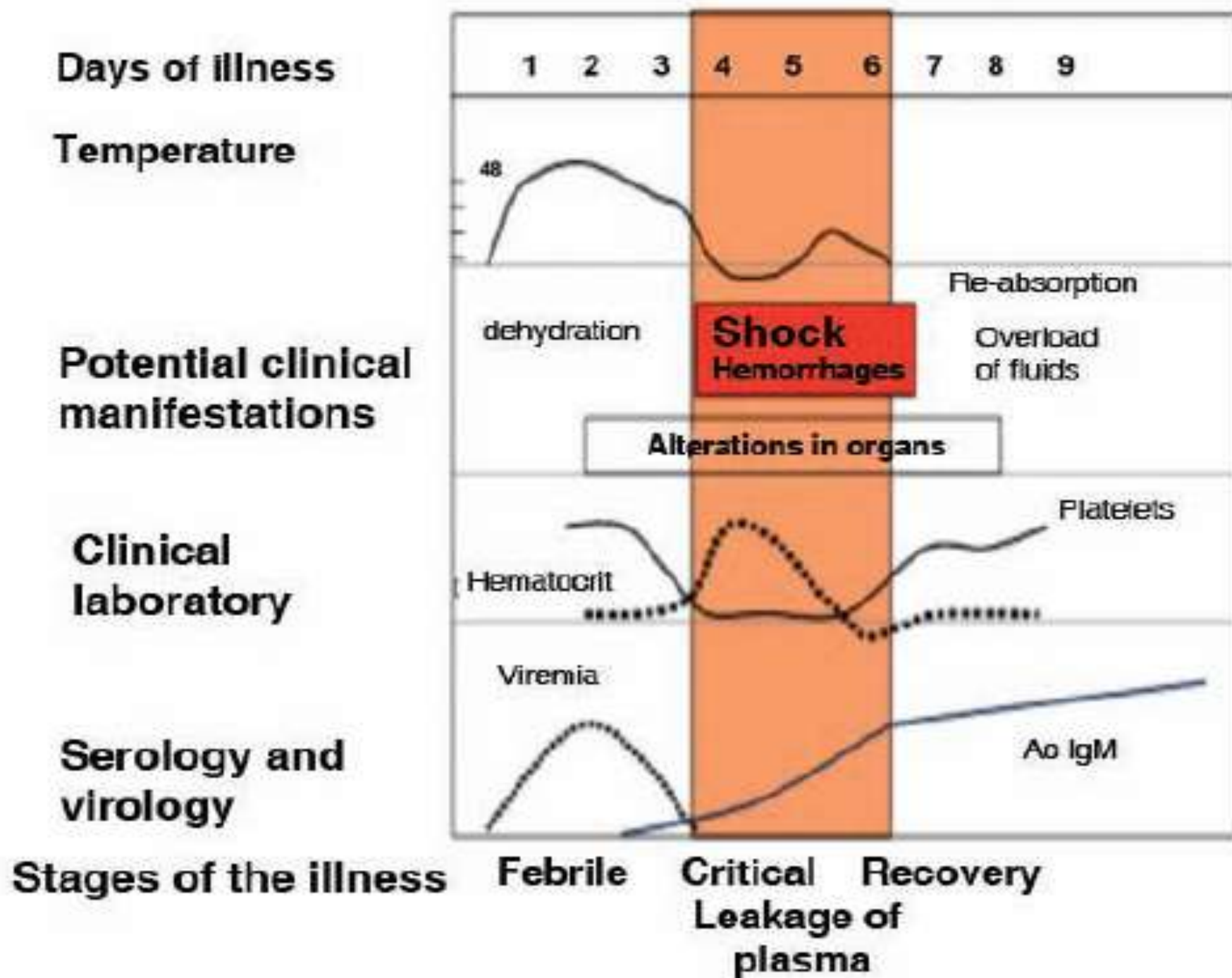
Lâm sàng

Sau 24-48 giờ của giai đoạn nguy hiểm, có hiện tượng tái hấp thu dần dịch từ mô kẽ vào bên trong lòng mạch. Giai đoạn này kéo dài 48-72 giờ.

- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.
- Có thể có nhịp tim chậm và thay đổi về điện tâm đồ
- **Trong giai đoạn này, nếu truyền dịch quá mức có thể gây ra phù phổi hoặc suy tim.**

Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.



Chẩn đoán

Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009, bệnh sốt xuất huyết dengue được chia làm 3 mức độ:

- Sốt xuất huyết dengue.
- Sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết dengue nặng

Sốt xuất huyết dengue

a) Lâm sàng:

Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

- Biểu hiện xuất huyết có thể như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết, phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

b) Cận lâm sàng

- Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

Sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết dengue, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan.
- Gan to > 2 cm.
- Nôn nhiều.
- Xuất huyết niêm mạc.
- Tiểu ít.
- Xét nghiệm u:

Hematocrit tăng cao.

Tiểu cầu giảm nhanh chóng

Chẩn đoán sơ bộ ca lâm sàng sốt xuất huyết Dengue

Sống/đi tới vùng dịch tễ, Sốt và có ít nhất 2 trong số các tiêu chuẩn sau:

- Chẩn ăn và buồn nôn
- Đau huyết cầu
- Đau đầu, đau người
- Có một trong các dấu hiệu cảnh báo
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính
- Giảm bạch cầu

CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO

- Vết bầm, bầm tím, tụ máu
- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan
- Gan to > 2 cm
- Nôn nhiều
- Xuất huyết niêm mạc
- Tụt huyết áp
- Xét nghiệm máu:
 - Hemoconit tăng cao

KHÔNG

CÓ

Có bệnh lý nền như người mang thai, trẻ nhỏ, người già, đái tháo đường, suy thận

Sống một mình, sống xa bệnh viện

KHÔNG

CÓ

SXH DENGUE KHÔNG
CÓ DẤU HIỆU CẢNH
BÁO

Có thể cho về nhà

KHÔNG

CÓ

SXH DENGUE CÓ DẤU
HIỆU CẢNH BÁO

Nhập viện điều trị

SXH DENGUE
NẶNG

Vào khoa hồi sức

1. Thuyết huyết tương nặng dẫn tới

- Sốc
- Tử vong, biểu hiện suy hô hấp

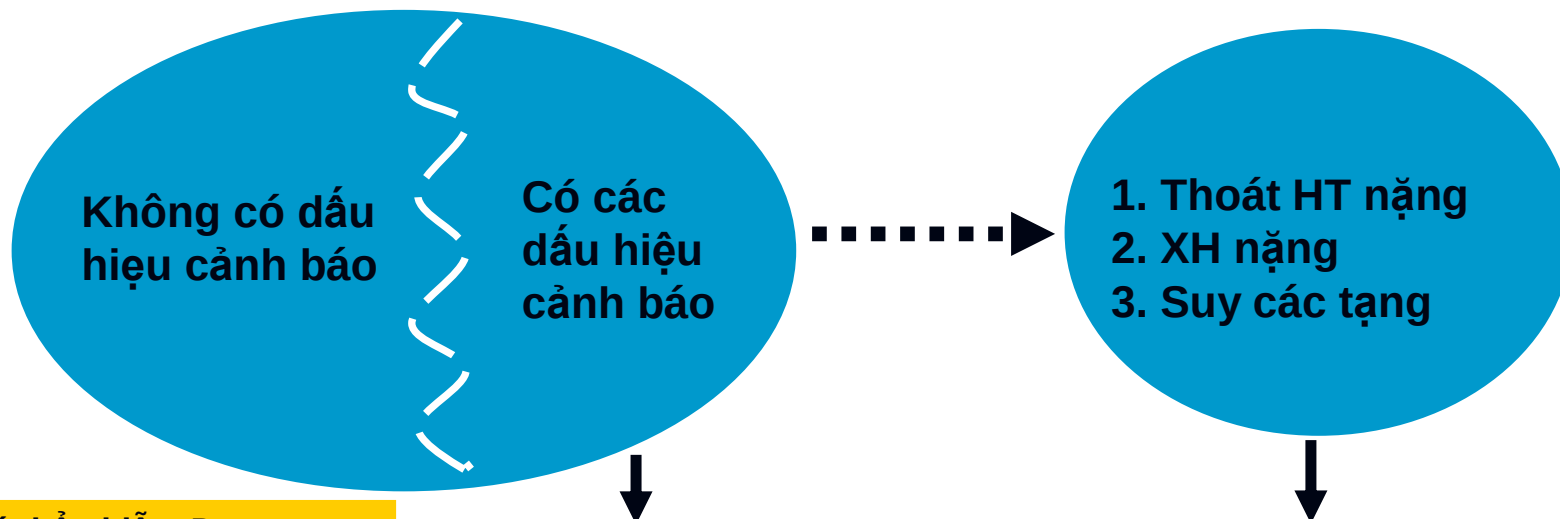
2. SXH nặng: được đánh giá bằng lâm sàng

3. Suy các tạng

- Gan: AST hoặc ALT > 1000 UI/ml
- TKTW: Rối loạn ý thức

SXH DENGUE ± CÁC DH CẢNH BÁO

SXH DENGUE NẶNG



Có thể nhiễm Dengue

Sống/ đi du lịch đến vùng có dịch. Sốt và có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Buồn nôn, nôn
- Phát ban
- Đau mỗi người
- NP dây thắt (+)
- Hạ BC
- Bất kỳ DH cảnh báo nào

Các DH cảnh báo*

- Đau bụng hoặc tăng c/giác đau
- Nôn kéo dài
- Có BHLS ứ dịch
- XH niêm mạc
- Mệt lả; bôn chồn
- Gan to >2cm
- XN: tăng HCT đi kèm với hạ TC

1. Thoát HT nặng dẫn tới

- Shock (DSS)
- Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp

2. XH nặng

được đánh giá bởi LS

3. Suy các tạng

- Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000
- TKTW: RL ý thức
- Tim và các cơ quan khác

XN khẳng định nhiễm dengue

(quan trọng khi k có DH thoát HT)

* **Đòi hỏi TD chặt chẽ và ĐT kịp thời**

Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh sốt xuất huyết dengue có một trong các biểu hiện sau:

- Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (sốc sốt xuất huyết dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều .
- Xuất huyết nặng.
- Suy tạng.

Xuất huyết nặng

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa cơ quan và đông máu nội mạch nặng.
- Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày-tá tràng, viêm gan mạn.

Suy tạng nặng

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT ≥ 1000 U/L.
- Suy thận cấp.
- Rối loạn tri giác (Sốt xuất huyết thể não).
- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác

Chẩn đoán căn nguyên vi rút dengue

Xét nghiệm huyết thanh:

- Xét nghiệm nhanh:

Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.

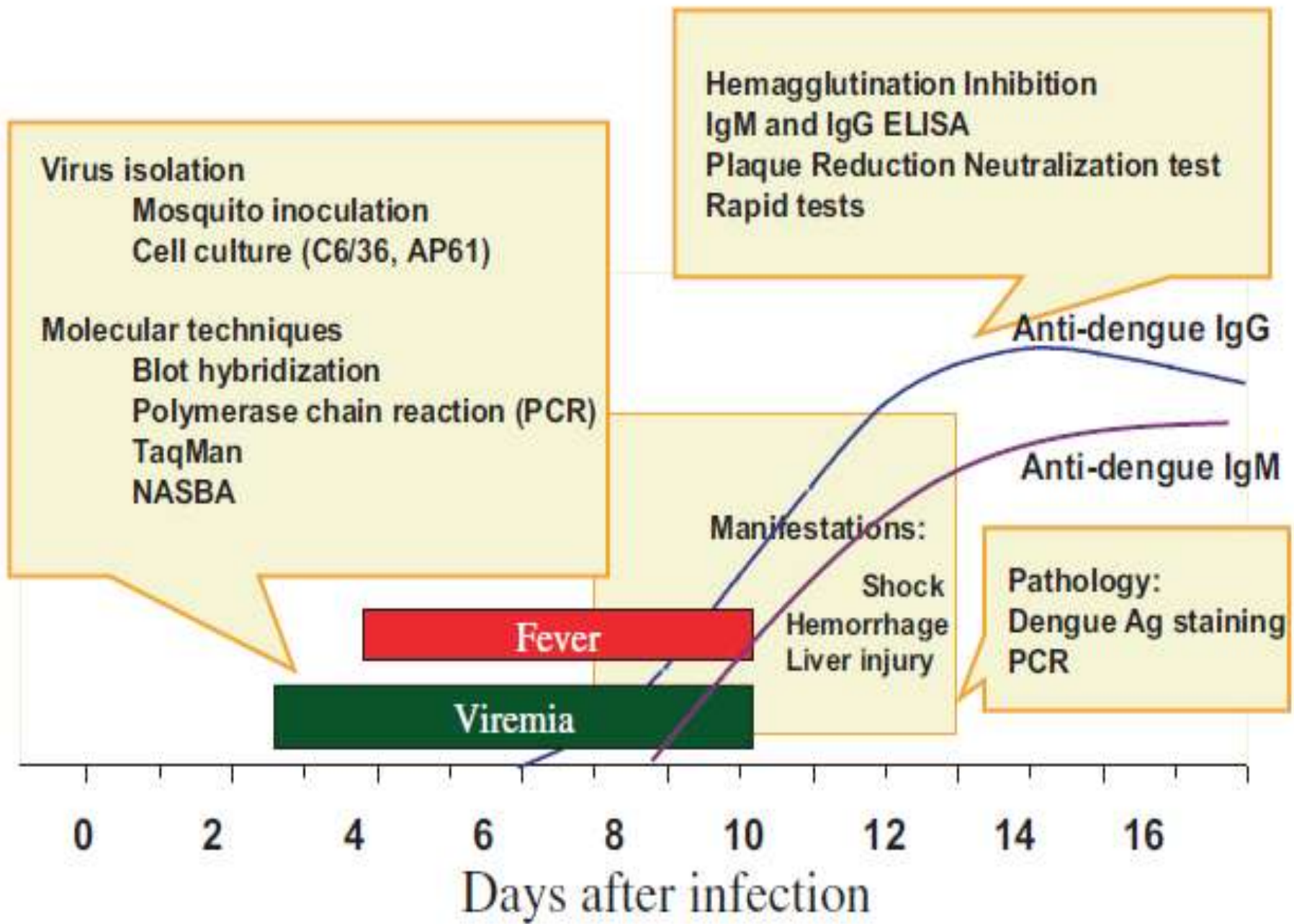
Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.

- Xét nghiệm ELISA:

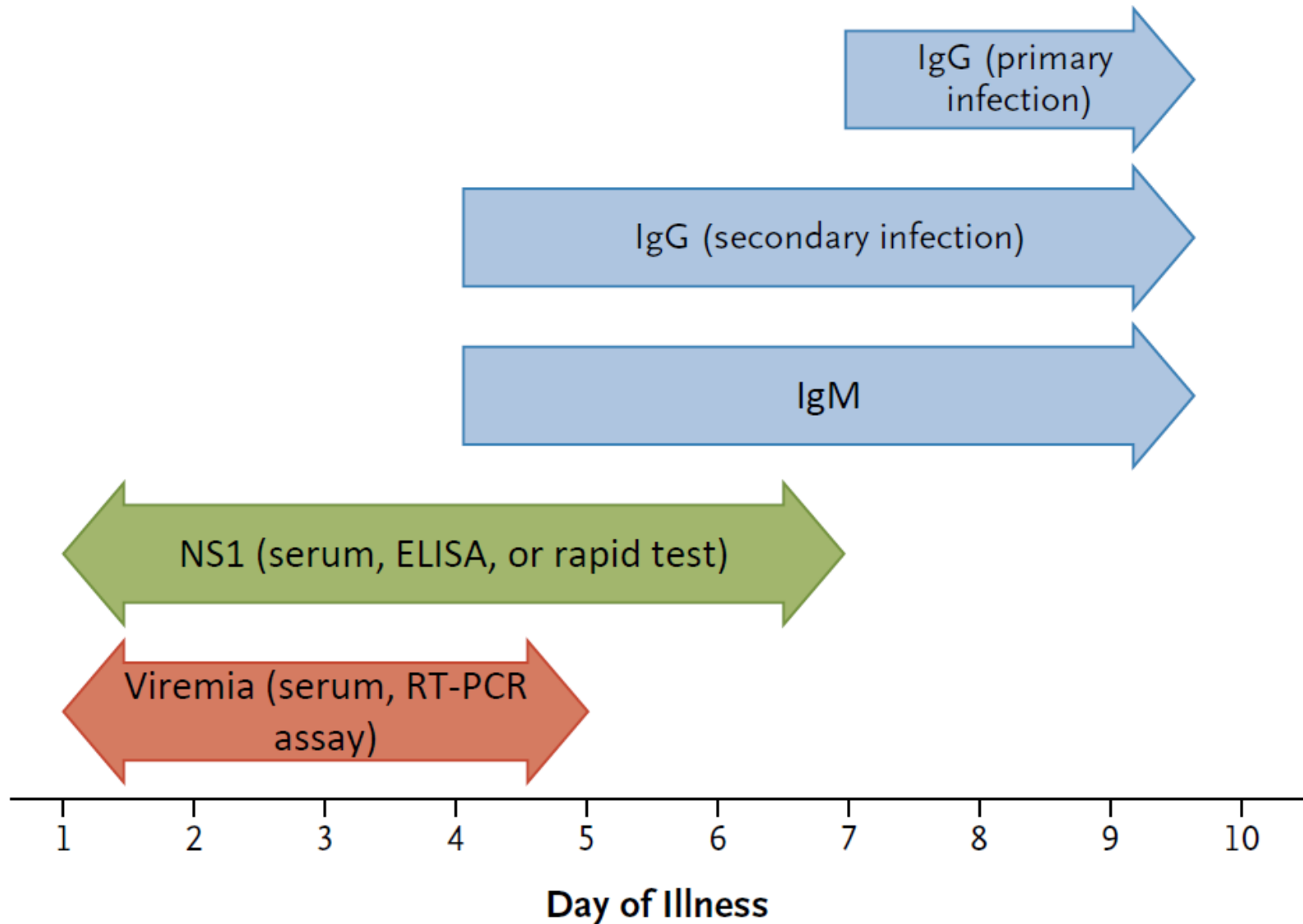
Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ 5 của bệnh.

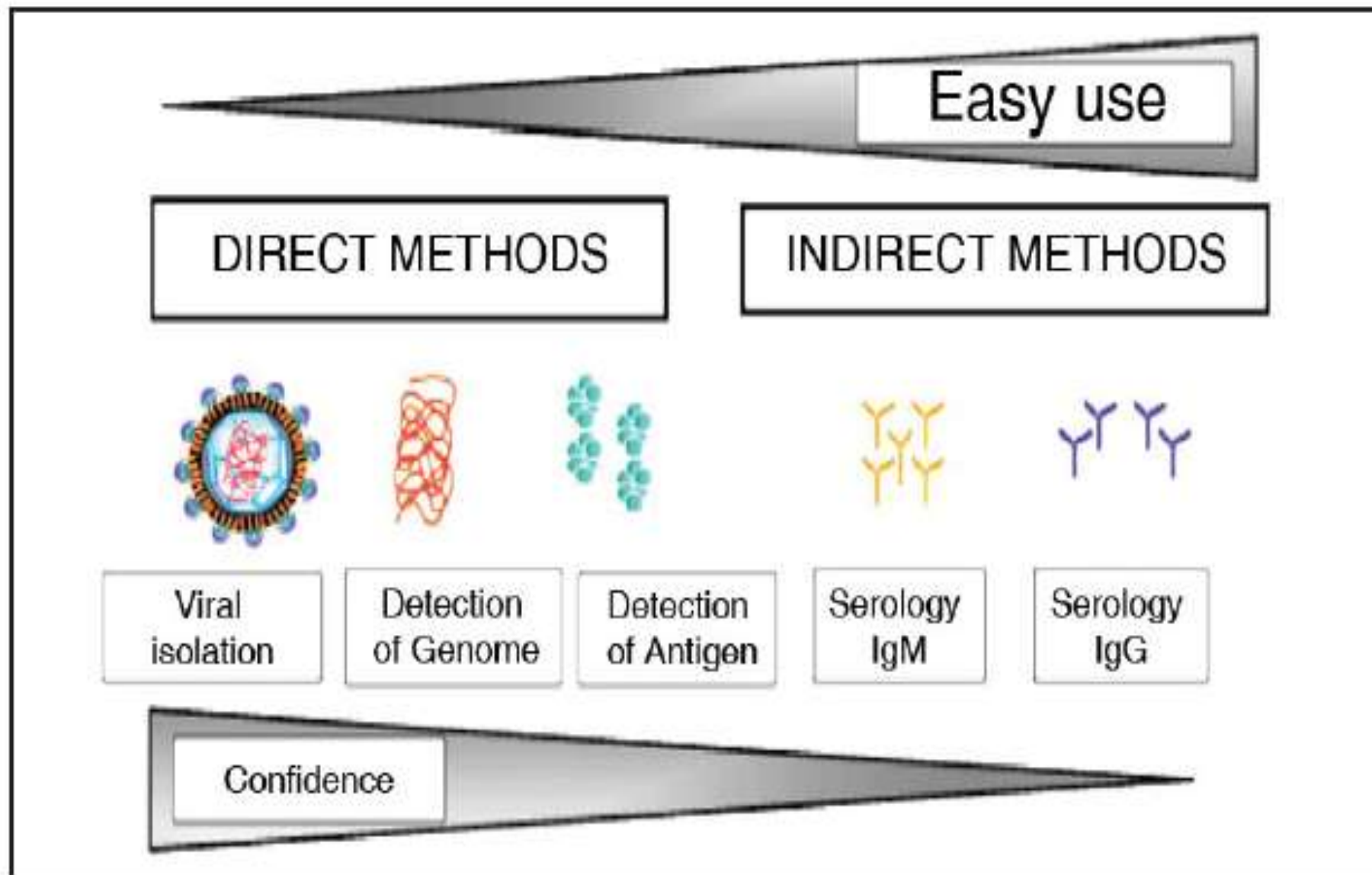
Tìm kháng thể-IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).

Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút: Lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).



Diagnostic Tests

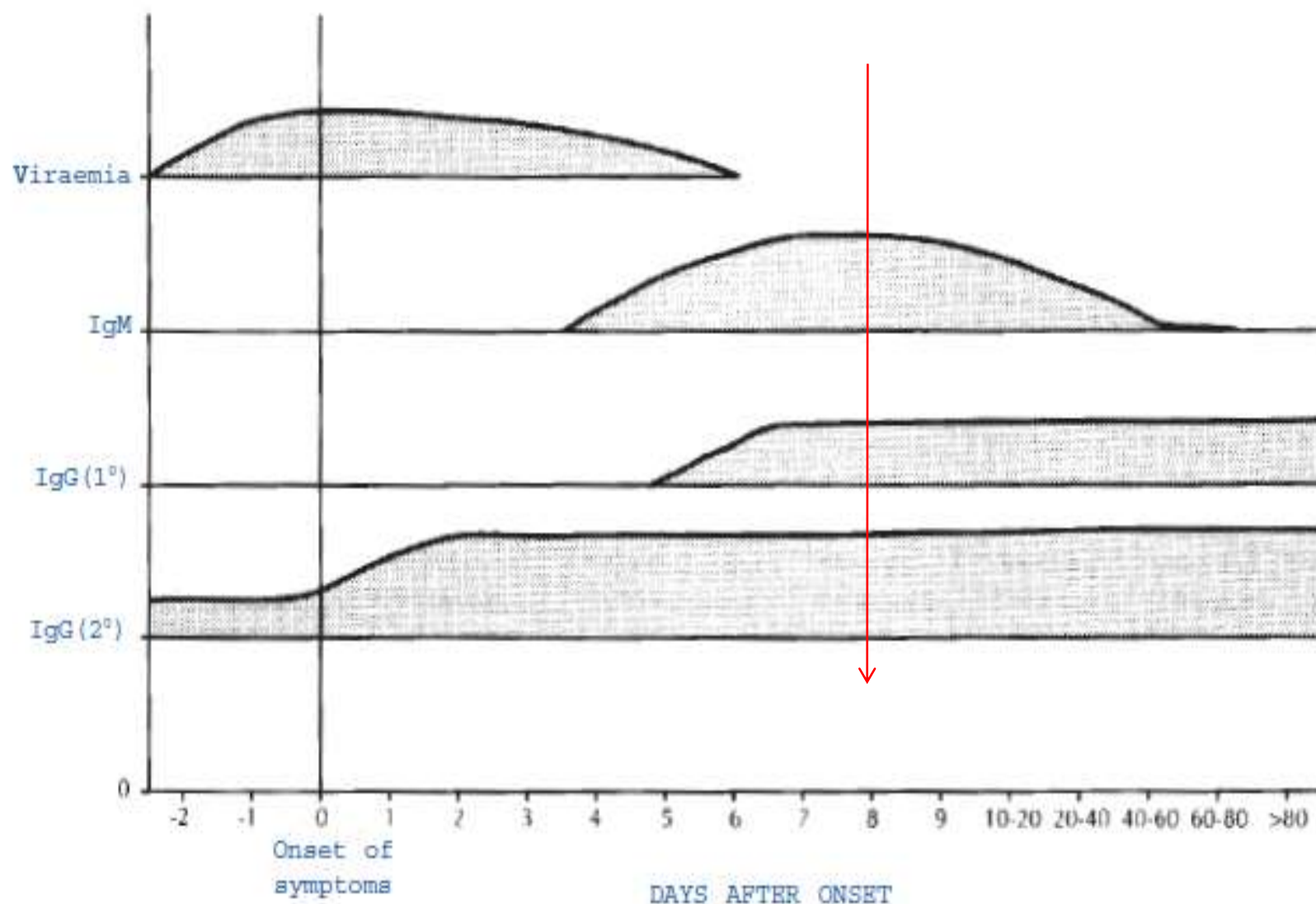




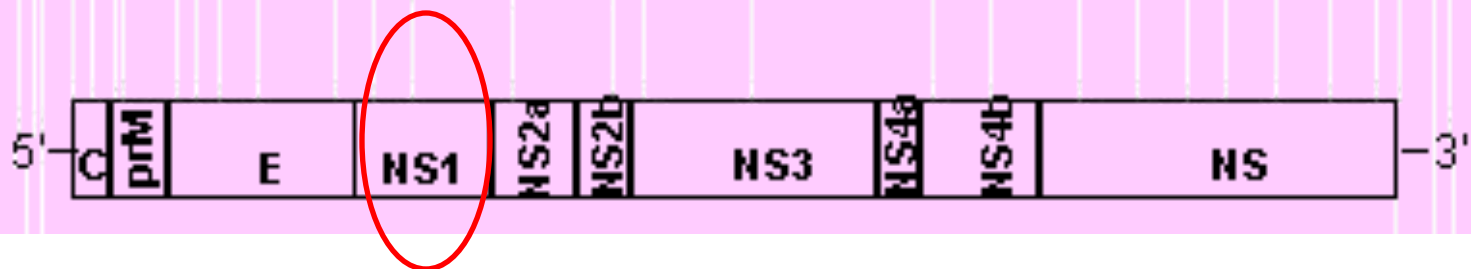
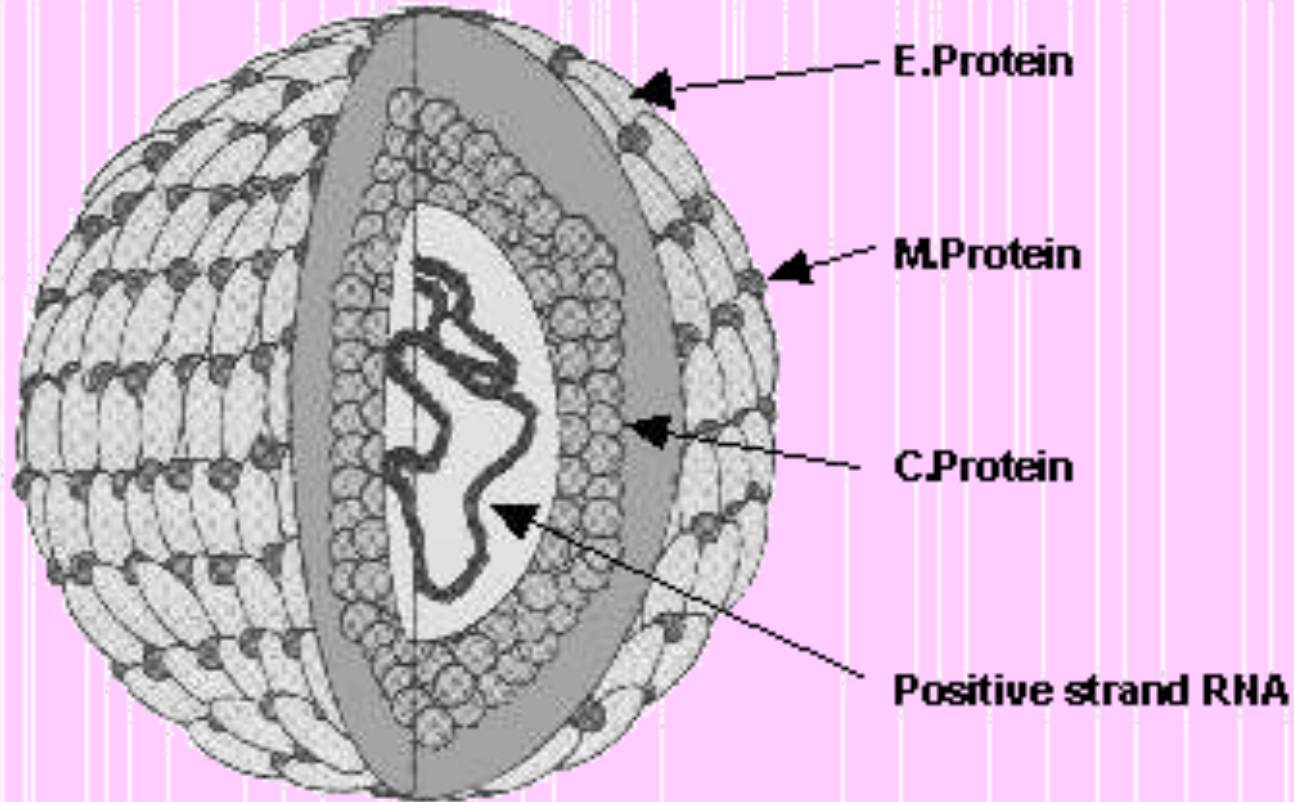
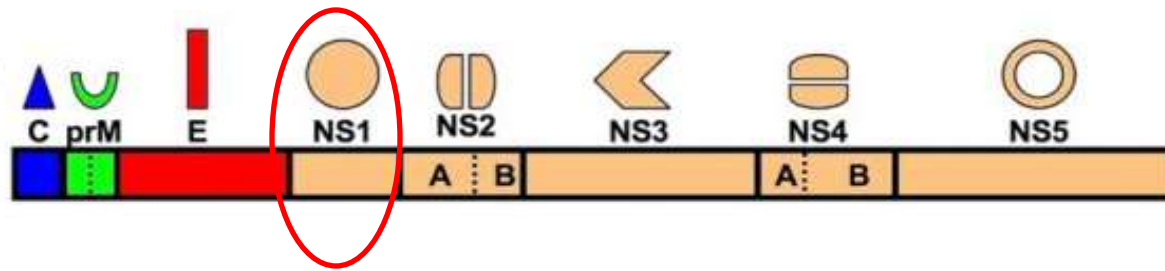
Source: Adapted with permission of J. Cardoso.

Figure 3 – Diagnostic methods for dengue.

Figure 2. Representation of the temporal appearance of virus, IgM, and IgG antibodies in persons infected with dengue virus.



A



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Comparison of two dengue NS1 rapid tests for sensitivity, specificity and relationship to viraemia and antibody responses

Vianney Tricou^{*1}, Hang TT Vu¹, Nhu VN Quynh¹, Chau WV Nguyen², Hien T Tran², Jeremy Farrar^{1,3}, Bridget Wills^{1,3} and Cameron P Simmons^{1,3}

Methods: The sensitivity and specificity of the Bio-Rad NS1 Ag Strip and SD Dengue Duo (NS1/IgM/IgG) lateral flow rapid tests were evaluated in patients with RT-PCR confirmed dengue

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Comparison of two dengue NS1 rapid tests for sensitivity, specificity and relationship to viraemia and antibody responses

Vianney Tricou*¹, Hang TT Vu¹, Nhu VN Quynh¹, Chau VV Nguyen², Hien T Tran², Jeremy Farrar^{1,3}, Bridget Wills^{1,3} and Cameron P Simmons^{1,3}

The NS1 rapid tests had similar diagnostic sensitivities (respectively 61.6% and 62.4%) in confirmed dengue cases but were 100% specific. When IgM/IgG results from the SD Dengue Duo were included in the test interpretation, the sensitivity improved significantly from 62.4% with NS1 alone to 75.5% when NS1 and/or IgM was positive and 83.7% when NS1 and/or IgM and/or IgG was positive. Both NS1 assays were significantly more sensitive for primary than secondary dengue

Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban
- Bệnh tay chân miệng
- Sốt + TC hô hấp/TC tiêu hóa
- 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

ĐIỀU TRỊ

Điều trị Sốt xuất huyết dengue # SXHD độ I,II

ĐIỀU TRỊ

Điều trị Sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo # SXHD độ I, II có CĐ truyền dịch

Người bệnh được cho nhập viện điều trị.

- Chỉ định truyền dịch:

Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lờ đờ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

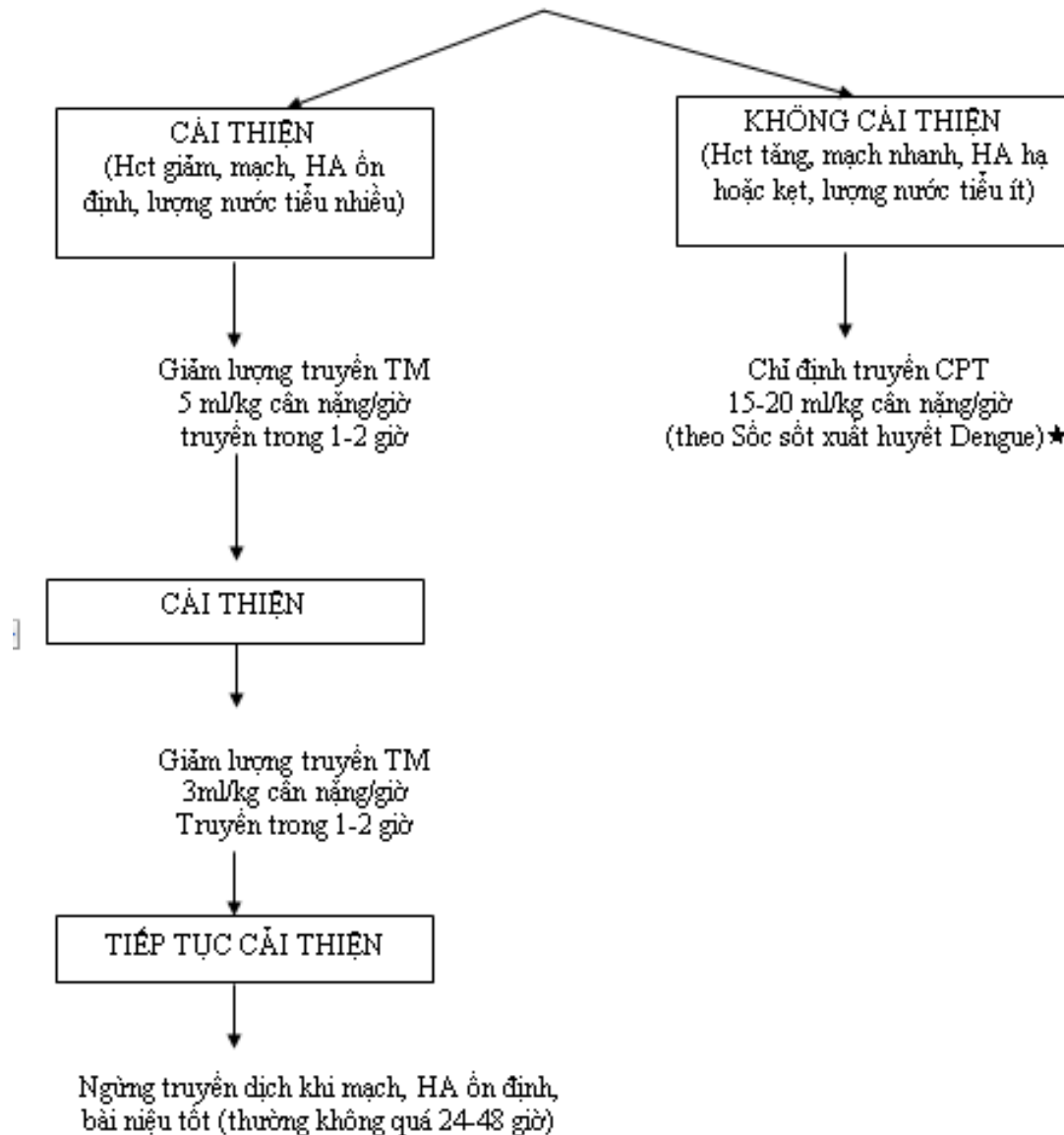
Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%.

- Ở người nh $\geq$ i xem t ngưng
ch n khi t nôn, ăn ng c.

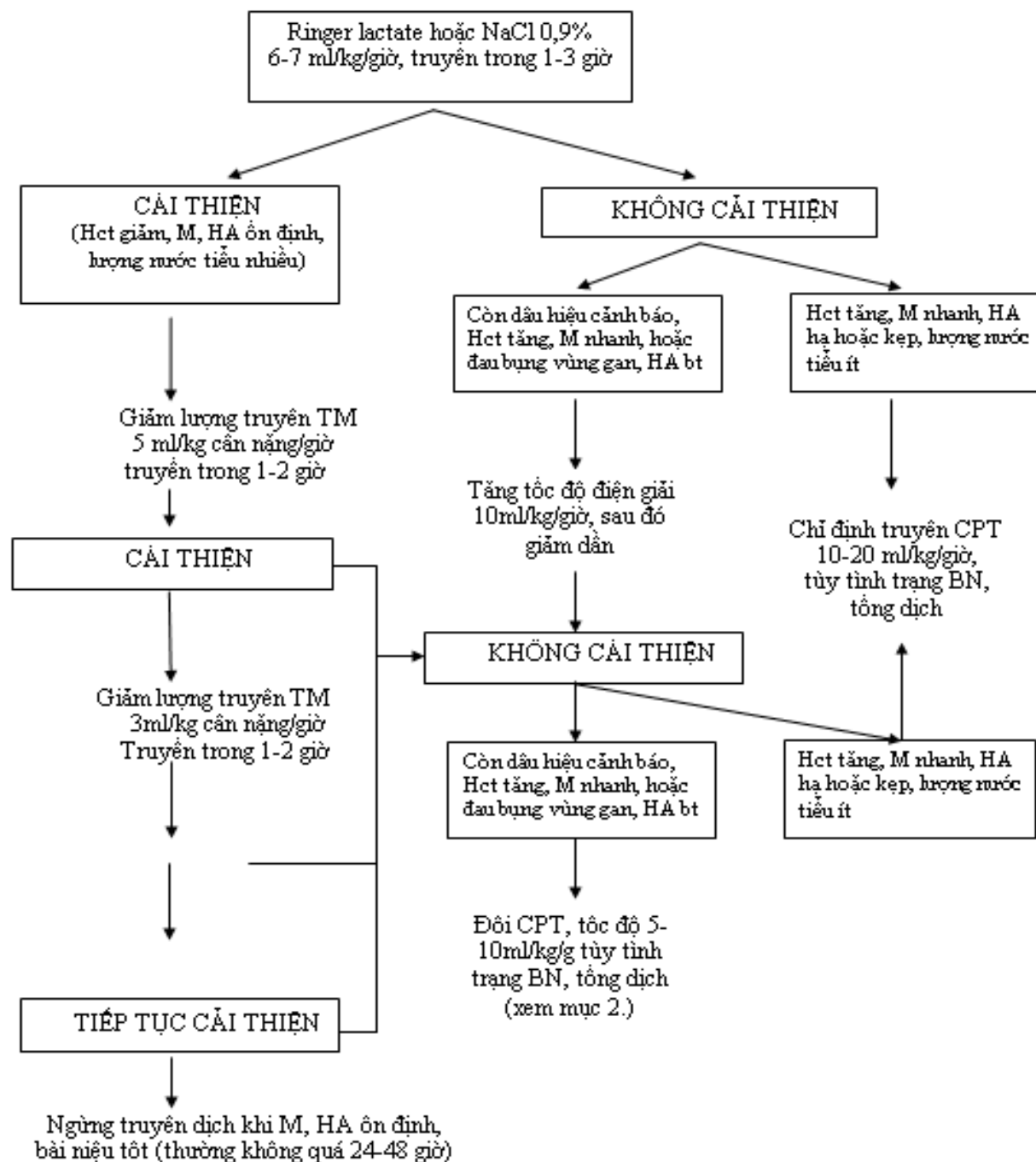
**SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ
DẤU HIỆU CẢNH BÁO**

(PĐ-BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Sốt xuất huyết Dengue cảnh báo có chỉ định truyền dịch
Truyền tĩnh mạch ban đầu
(Ringer lactat hoặc NaCl 0,9% 6-7 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-3 giờ)



Sơ đồ 3. Truyền dịch trong SXHD có dấu hiệu cảnh báo



ĐIỀU TRỊ

Người bệnh sốt xuất huyết dengue với những tình trạng đặc biệt như phụ nữ mang thai, trẻ nhũ nhi, người béo phì, người cao tuổi; có các bệnh lý kèm theo như tiểu đường, viêm phổi, hen phế quản, bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, ...; người sống một mình; hoặc nhà ở xa cơ sở y tế nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị

DAËN DOØ BEÄNH NHAÂN

- * Caùch chaêm soùc taïi nhaø: aên, uoáng, haï soát
- * Khaùm laïi ngay khi: oùi nhieàu, heát soát nhöng ñöø, meät, laïnh chaân tay, xuaát huyeát...
- * Khaùm laïi theo heïn: moãi ngaøy cho ñeán khi heát soát lieân tuïc > 48 giôø (> N7)

HAÏ SOÁT

uống paracetamol 10 – 15 mg/ kg/
lần x 3– 4 lần/ ngày; lau mặt bằng
nước ấm khi sốt cao.

Tuyệt đối tránh:

- * Không dùng aspirin, acetaminophen.
- * Cho trẻ truyền dịch không dùng ô nhiễm.

Khi bn còu mọt trong càu đáu
hieäu trôu naëng sau càen cho treu
nhaäp vieän cááp cöu ngay:



Caùc daáu hieäu beänh SXH trôu naëng

* Heát soát nhöng ñöø, meät, böüt röüt,
quaáy khoùc, laïnh tím tay chaân, vaù
moà hoài, maïch quay nhanh nheï.

* Oùi nhieàu

* Ñau buïng

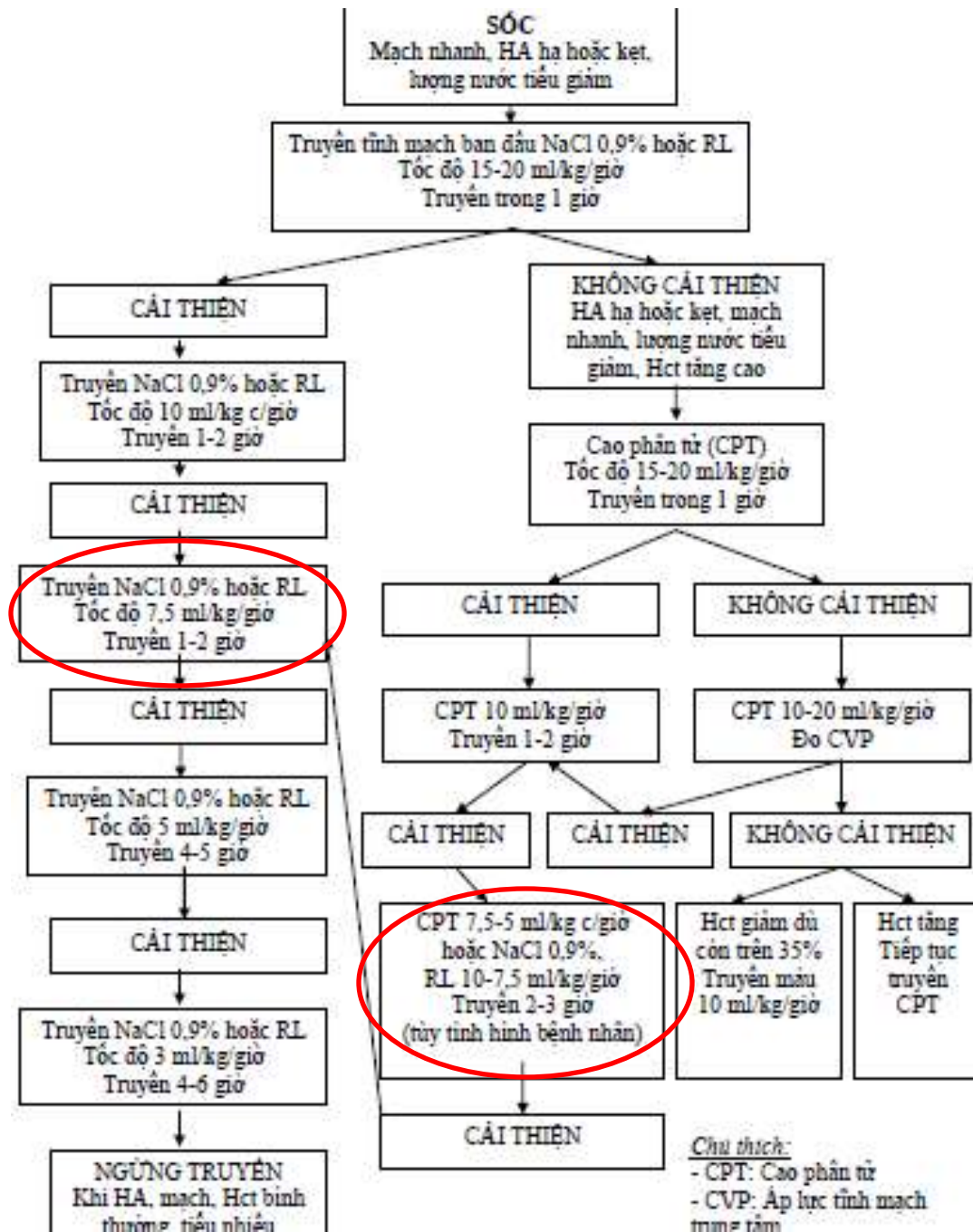
* Xuaát huyeát: chaùy màu muối nhieàu,
chaùy màu chaân raêng, oùi màu, tieâu

ĐIỀU TRỊ

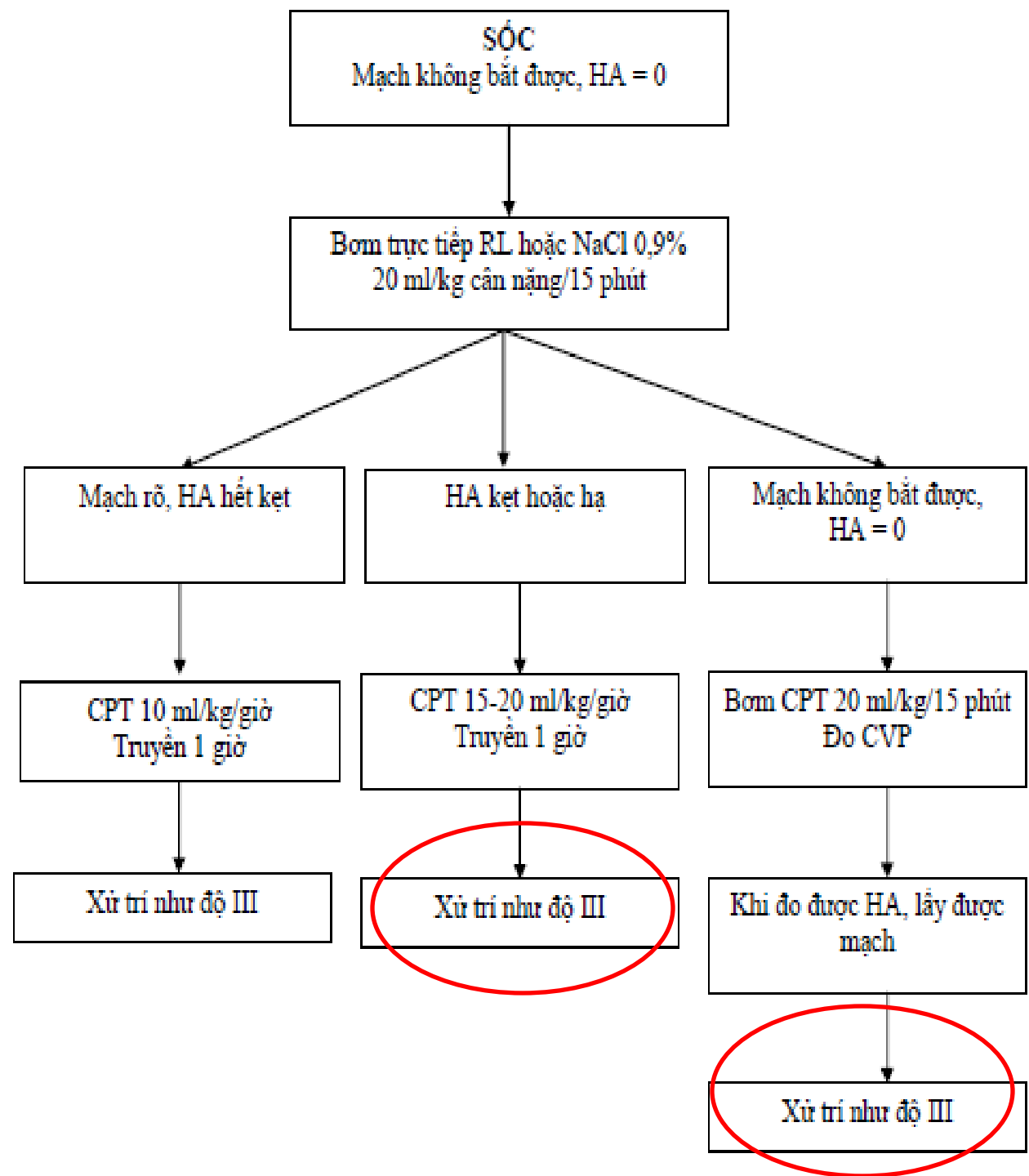
Sốc sốt xuất huyết dengue # SXHD độ III

Sốc sốt xuất huyết dengue nặng # SXHD độ IV

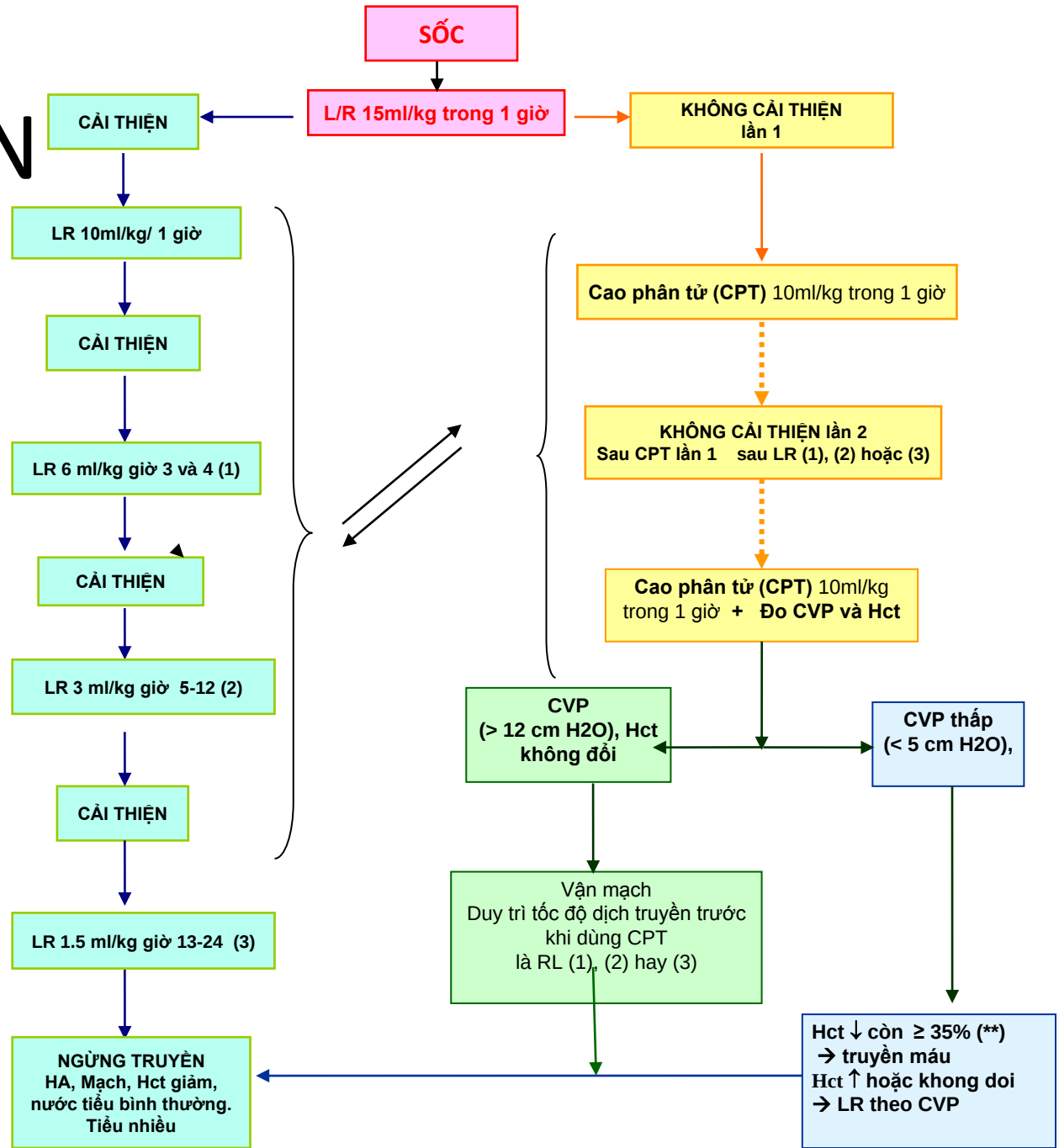
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM



**SƠ ĐỒ TRUYỀN
DỊCH TRONG
SỐC SỐT XUẤT
HUYẾT
DENGUE NẶNG
Ở TRẺ EM**



Sốc SXHD NGƯỜI LỚN



BÌNH BỆNH ÁN SXH

- BN nam 10 tuổi
- Vào viện lúc 7h, 12/11/2012, vào nhi 8h30, ngày 12/11/2012 (thứ 2)
- Lý do: BV huyện chuyển- Sốc SXHD ngày 4

Bệnh sử

- Bé bắt đầu sốt từ 17 giờ thứ 5, thứ 6 thứ 7 bé sốt cao liên tục, chiều chủ nhật vào BV Huyện (mẹ khai khoảng 15 giờ) → truyền dịch đến khoảng 22 giờ hết 1 chai → truyền chai thứ 2 đến 6 giờ sáng → hết: bé ói ra máu, mẹ khai bé uống nước nhiều ói ra nước có lẫn máu. BV huyện ghi nhận lúc này $M=0$, $HA=0$ → truyền Cao phân tử (tetraspan 6%) liều 15ml/kg/giờ → chuyển BV tỉnh

TTLNV Ở CC

- Tỉnh, đừ, chi ấm mạch quay rõ, 120l/p, HA 110/80mmHg, bụng hơi chướng. Lactate ringer đang truyền, truyền TM 15ml/kg/giờ → chuyển nhi
- TTLNV nhi: Bé tỉnh, chi ấm mạch rõ 108 l/p, HA 95/60mmHg, T 38,5 độ C, NT 30l/p, CN 21,5kg, tim đều phổi không ran, bụng mềm gan to 3cm dưới HSP, ấn đau

Diễn tiến bệnh

Ngày	Diễn tiến	XN	Xử trí
12/11, 8g30	Lúc vào viện: Chẩn đoán: Sốc SXH D nặng giữa ngày 4, theo dõi XHTH ≠ nuốt máu mũi Tổng kết dịch: LR 1500ml/15 giờ CPT 700ml/2 giờ = 102ml/kg/17 giờ	CTM, Đông máu, AST, ALT, Ure, Creatinin, ion đồ, PCR D, Xquang phổi tại giường Hct: 36%	Thở oxy ẩm 3l/p Lactate Ringer ở CC còn 250ml TTM 160ml/giờ (7,5ml/kg/g) Chăm sóc cấp 1, sữa cháo, td MA, HA/ giờ
9 giờ 15p	Bé tỉnh, chi ấm mạch rõ 113l/p, HA 100/60mmHg, em nằm yên ngủ, chưa tiểu		Tiếp tục dịch truyền
10 giờ	Bé tỉnh, sốt 39,5 độ C Mạch 120l/p, HA 100/70mmHg, còn đau bụng, chưa tiểu, da niêm hồng, xquang TDMP nhiều	Hct 38%	LR 7,5ml/kg/giờ Thở NCPAP P:5cmH2O, FiO2 40% Acepron 325mg uống

10g45p	Bé tỉnh, chi ấm mạch rõ, M 122l/p, HA 100/70mmHg SpO2 89%, thở co kéo nhẹ, tiểu được 200ml, còn sốt cao Mẹ khai bé ho từ lúc bệnh		Tăng P 6cmH2O, FiO2 60% Cefotaxim 1 g x3 TMC
11h	Bé tỉnh, mạch rõ 120l/p, HA 100/60mmHg, chi ấm, thở đều , SpO2 100%		LR 5ml/kg/giờ
11g25p	Bé lơ mơ, hơi bứt rứt, có lúc nói nhảm, môi hơi tái SpO2 99%/NCPAP Mạch 130l/p, HA 100/70, tim đều, phổi phế âm giảm 2 đáy phổi, bụng mềm gan to đau, xh da nhiều Chẩn đoán: Sốc SXH D nặng XHTH Tổn thương gan Thể não Tái sốc	AST 4.495U/L ALT 1.328U/L	Tăng áp lực 8cmH2O, Fio2 60% Giải thích tình trạng bệnh cho mẹ bé rất nặng → Hội chẩn lãnh đạo trực chuyển viện quá khả năng.

11g45p	Bé lơ mơ có lúc tỉnh, mạch 130l/p, HA 100/80mmHg Sốt 39,		Ngưng LR HES 6 % 160ml TTM 160ml/g (7,5ml/kg/g)
12g	Bé lơ mơ, hơi bứt rứt có lúc nói nhảm, M 130l/p. HA 100/80mmHg	Hct 42%	Thực hiện dịch truyền Hội chẩn lãnh đạo chuyển viện
12g30	Bé vẫn tỉnh trạng trên Sau khi hội chẩn Bs Tấn đã viết giấy chuyển viện		Đã điện thoại báo BS cc NDD1 sẽ chuyển viện khi M HA ổn và nếu cần đặt NKQ để chuyển viện an toàn
12g45p	Bé nằm yên, chi ấm M 130l/p, HA 120/90	Hct 13g 40%	Hes 7,5ml/kg/g
13g30	Tỉnh, chi ấm, M 130l/p, HA 120/80mmHg		Chuẩn bị chuyển viện
14g30	Bé tỉnh, nói sảng, chi ấm mạch rõ, m 130l/, HA 120/80mmHg. Thở co kéo cơ hô hấp, SpO2 100%		Hes 7,5ml/kg/g Dự trữ trên đường đi 1 chai Hes Thở NCPAP p 8 cmH2O trên đường đi Chuyển viện

KQXN

- CTM: BC 8.7k/ul, N 89%, L 9,1%, Hg 10,6g/dl, Hct 33 %, TC 40k/ul
- Đông máu: TP 12%, TQ 60,3s, TCK 91,7s. Fib 6.12g/l
- Ure: 10.93 mmol/l, Creatinin 94.60 Micromol/L
- Na 132.6mmol/L, K 4.40 mmol/l. Canxi 1.16 mmol/L
- SGOT 4495 U/L, SGPT 1328 U/L
- Xquang: TDMP (P), mờ phổi P và rốn phổi T

BỆNH ÁN

- Họ và tên: Ng H Ph, Giới tính: nam, Tuổi: 14
- Lý do vào viện: tái, mệt
- Bệnh sử: bệnh 3 ngày. Ngày 1-2: bệnh nhân sốt cao liên tục kèm nôn ói 1-2 lần/ngày, đau bụng thượng vị, ho vài tiếng, không đau họng, không tiêu lỏng, không tiểu gắt có khám bác sĩ tư uống thuốc không rõ loại. Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân giảm sốt, còn ói 3-4 lần ra thức ăn+ thuốc đến khám bs chích thuốc không rõ loại bệnh không hết ói → tái , mệt → gia đình đưa vào BV Củ Chi điều trị → được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue N3 → chuyển BV NĐ1

DIỄN TIẾN BỆNH TẠI BV HUYỆN

Thời gian(1)	Diễn tiến (2)	Hct (3)	Xử trí (4)
16g30 p	M: khó bắt HA: khó đo	51,6	Lactate Ringer 860ml/h, MĐG (20ml/kg/h)
17g30 p	M: 130l/p HA: 80/60 mmHg		Hes 6% 860ml/h, MĐG, (20ml/kg/h)
18g30 p	M:120l/p HA:100/50mmHg		Hes 6% 430ml/h, MĐG, (10ml/kg/h)
19g30 p	M:124l/p HA:100/50mmHg		Hes 6% 430ml/h
19g30 p→21g 15p	Trên đường chuyển viện		Hes 6% 430ml/h

KHAÙM – ÑAÙNH GIAÙ BEÄNH NHAÂN SXHD (SOAP)

Subjectives: Ngũ? ăn nĩôĩc? Tieâu?

Objectives:- Daáu hieäu sinh toàn: Tri giaùc, M, HA, nhòp thôu, nhieät nĩă? Tình traĩng tĩôuĩ màu ngoaĩi bieân (Chi aám? Thĩi gian hoàĩ phuĩc màu da?)

-Tình traĩng tim phỏĩ, buĩng?

- Xuaát nhaäp (dòch truyeàn/ 24 giĩø qua...)

Assessment: SXH III N4 coũ XHTH, taũĩ soác..

Plan: - Dòch truyeàn tieáp?

- Xeũt nghiẽm gì?

Tĩi... 1... 2...

ÑAÙNH GIAÙ BEÄNH NHAÂN SOÁC?

SOÁC

RA

SOÁC

* Tri giaùc: Böùt röùt
yeân

Tænh, naèm

* Chi: laïnh, aãm

Chi aãm

TGHPMD> 3s

< 3s

* M: nhanh, nheï, khoù baet
tuoãi

M: roõ, chaãm theo

HA: keïp, tuït, =0
thöông

HA: bình

* Ntiöa: < 1ml/kg/h

NT > 1ml/kg/h

Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:

- Hạ đường huyết.
- Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.
- Xuất huyết nội.
- Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.
- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: Hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hoá.
→ Ion đồ, khí máu

MAÏCH NHANH:

- $< 1t: > 160 \text{ l/p}$
- $1-5t > 140 \text{ l/p}$
- $5-12t > 120 \text{ l/p}$
- $\geq 12t > 100 \text{ l/p}$

THEO DOÕI BEẢNH NHAÂN SXHD

SXHD CÓ DH CẢNH BÁO

* Dấu hiệu sinh tồn: tri giaùc, M, HA, nhòp thòu, nồuùc tieàu/
mỗi 1-2 giồø ---> mỗi 2 -4 giồø.

* Hct mỗi 2- 4 giồø ---> mỗi 4-
6 giồø.

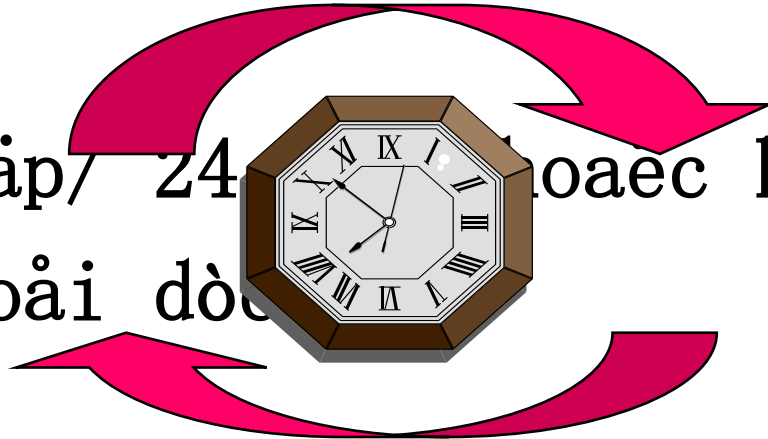
* Xuaát nhaäp/ 24 giồø.

SOÁC SXH (SỐC, SỐC NẶNG)

Đấu hiệu sinh tồn: tri giaùc, M, HA, nhòp thôu, nồuộc tieàu/ mỗi 15-30' ---> Toát: mỗi 1-2 giồø ---> mỗi 2-4 giồø.

* Hct mỗi 2- 4 giồø ---> mỗi 4- 6 giồø.

* Xuaát nhaäp/ 24 hoac khi taùi soác, khi ñoài dòc



CHẼ ÑÒNH XUAÁT VIEÄN

- Heát soát > 48 h
- Theøm aên
- Laâm saøng caùi thieän roõ.
- Tieâu toát.
- Hct oản ñònh.
- Ra soác ít nhaát 2 ngaøy.
- Khoâng suy hoâ haáp.
- TC > 50.000/ mm³.

Điều trị xuất huyết nặng

a) Truyền máu và các chế phẩm máu

- Khi người bệnh có sốc cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.
- Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần:

.Sau khi ch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%).

.Xuất huyết nặng.

Điều trị xuất huyết nặng

- Truyền tiểu cầu

Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới $50.000/\text{mm}^3$ kèm theo xuất huyết nặng.

Khi số lượng tiểu cầu dưới $5.000/\text{mm}^3$ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

- Truyền plasma tươi, rửa lạnh: Xem xét truyền khi người bệnh có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.

Điều trị xuất huyết nặng

- Truyền tiểu cầu

. Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới $50.000/\text{mm}^3$ kèm theo xuất huyết nặng.

. Khi số lượng tiểu cầu dưới $5.000/\text{mm}^3$ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

- Truyền plasma tươi, rửa lạnh: Xem xét truyền khi người bệnh có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.

Điều trị suy tạng nặng

Tổn thương gan, suy gan cấp

- Hỗ trợ hô hấp: Thở oxy nếu thất bại thở NCPAP, xem xét đặt nội khí quản thở máy sớm nếu người bệnh sốc kéo dài.

- Hỗ trợ tuần hoàn:

Sốc thì chống sốc bằng NaCl 9% hoặc dung dịch cao phân tử, không dùng Lactat Ringer.

Không sốc thì bù dịch điện giải theo nhu cầu hoặc 2/3 nhu cầu nếu người bệnh có rối loạn tri giác.

- Kiểm soát hạ đường huyết: Giữ đường huyết 80-120mg%, truyền tĩnh mạch nhanh 1-2ml/kg glucose 30% và duy trì glucose 10-12,5% khi truyền qua tĩnh mạch ngoại biên hoặc glucose 15-30% qua tĩnh mạch trung ương (lưu ý dung dịch có pha điện giải).

Điều trị suy tạng nặng:

Tổn thương gan, suy gan cấp

- Điều chỉnh điện giải:

Hạ natri máu:

Natri máu < 120mmol/L kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3% 6-10ml/kg/giờ.

Natri máu từ 120-125 mmol/L không hoặc kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3%/ 6-10ml/kg/2-3 giờ.

Hạ kali máu: bù đường tĩnh mạch qua dịch pha hoặc đường uống.

- Điều chỉnh rối loạn thăng bằng toan kiềm: Toan chuyển hóa: bù bicarbonate 1-2mEq/kg tiêm mạch chậm (TMC).

Điều trị suy tạng nặng:

Tổn thương gan, suy gan cấp

- Điều chỉnh rối loạn đông máu/xuất huyết tiêu hóa (XHTH):
Huyết tương tươi đông lạnh 10-15ml/kg: XHTH + rối loạn đông máu
Kết tủa lạnh 1đv/6kg: XHTH + fibrinogen < 1g/L.
Tiểu cầu đậm đặc: XHTH + số lượng tiểu cầu < 50000/mm³.
Vitamin K1 1mg/kg/ngày (tối đa 10mg) TMC x 3 ngày.
- Điều trị/phòng ngừa XHTH: Ranitidine 2mg/kg x 3 lần/ngày hoặc omeprazole 1mg/kg x 1-2 lần/ngày.

Điều trị suy tạng nặng: **Tổn thương gan, suy gan cấp**

- Điều chỉnh rối loạn đông máu/xuất huyết tiêu hóa (XHTH):
Huyết tương tươi đông lạnh 10-15ml/kg: XHTH + rối loạn đông máu.
Kết tủa lạnh 1đv/6kg: XHTH + fibrinogen < 1g/L.
Tiểu cầu đậm đặc: XHTH + số lượng tiểu cầu < 50000/mm³.
Vitamin K1 1mg/kg/ngày (tối đa 10mg) TMC x 3 ngày.
- Điều trị/phòng ngừa XHTH: Ranitidine 2mg/kg x 3 lần/ngày hoặc omeprazole 1mg/kg x 1-2 lần/ngày.

Điều trị suy tạng nặng Tổn thương gan, suy gan cấp

- Rối loạn tri giác/co giật:

Chống phù não: mannitol 20% 2,5ml/kg/30 phút x 3-4 lần/ngày.

Chống co giật: diazepam 0,2-0,3mg/kg TMC hoặc midazolam 0,1-0,2mg/kg TMC. Chống chỉ định: phenobarbital.

Giảm amoniac máu: Thụt tháo bằng nước muối sinh lý ấm, lactulose, metronidazol, neomycin (gavage).

- Kháng sinh toàn thân phổ rộng. Tránh dùng các kháng sinh chuyển hóa qua gan.

- Không dùng paracetamol liều cao vì gây độc tính cho gan.

- Lưu ý: điều trị hỗ trợ tổn thương gan cần lưu ý chống sốc tích cực nếu có, hô hấp hỗ trợ sớm nếu sốc không cải thiện, theo dõi ion đồ, đường huyết nhanh, khí máu động mạch, amoniac máu, lactat máu, đông máu toàn bộ mỗi 4-6 giờ để điều chỉnh kịp thời bất thường nếu có.

Suy thận cấp

Điều trị bảo tồn và chạy thận nhân tạo khi có chỉ định và huyết động ổn định.

Lọc máu liên tục nếu có biểu hiện suy đa tạng đi kèm hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định.

Suy thận cấp:

Chỉ định chạy thận nhân tạo trong sốt xuất huyết suy thận cấp

- Rối loạn điện giải kiềm toan mà không đáp ứng điều trị nội khoa:

.Tăng kali máu nặng $> 7\text{mEq/L}$.

.Rối loạn Natri máu nặng đang tiến triển ($[\text{Na}] > 160$ hay < 115 mmol/L).

.Toan hóa máu nặng không cải thiện với bù Bicarbonate ($\text{pH} < 7,1$).

- Hội chứng urê huyết cao: Rối loạn tri giác, nôn, xuất huyết tiêu hóa, Urê máu $> 200 \text{ mg\%}$ và hoặc creatinine trẻ nhỏ $> 1,5 \text{ mg\%}$ và trẻ lớn $> 2\text{mg\%}$.

- Quá tải dịch không đáp ứng điều trị nội khoa:

.Suy tim ứ huyết, cao huyết áp.

.Phù phổi cấp.

Sốt xuất huyết dengue thể não, rối loạn tri giác, co giật

- Hỗ trợ hô hấp: thở oxy nếu thất bại CPAP áp lực thấp 4-6cmH₂O nếu thất bại -thở máy
- Bảo đảm tuần hoàn: Nếu sốc thì điều trị theo phác đồ chống sốc và dựa vào CVP.
- Chống co giật.
- Chống phù não.
- Hạ sốt.
- Hỗ trợ gan nếu có tổn thương.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan.
- Bảo đảm chăm sóc và dinh dưỡng.
- Phục hồi chức năng sớm.

Viêm cơ tim, suy tim:

- vận mạch dopamine, dobutamine, đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn

KẾT LUẬN

- Phân loại mới
- Điều trị: điều trị chống sốc không thay đổi, bổ sung điều trị suy tạng.

HÀNH CHÁNH

- Họ và tên: Nguyễn Hùng Phong
- Giới tính: nam
- Tuổi: 14
- Địa chỉ: Trung Lập Hạ - Củ Chi
- Nghề nghiệp cha: thợ hồ; nghề nghiệp mẹ: nội trợ

BỆNH SỬ

- Lý do vào viện: tái, mệt
- Bệnh sử: bệnh 3 ngày. Ngày 1-2: bệnh nhân sốt cao liên tục kèm nôn ói 1-2 lần/ngày, đau bụng thượng vị, ho vài tiếng, không đau họng, không tiêu lỏng, không tiểu gắt có khám bác sĩ tư uống thuốc không rõ loại. Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân giảm sốt, còn ói 3-4 lần ra thức ăn+ thuốc đến khám bs chích thuốc không rõ loại bệnh không hết ói → tái , mệt → gia đình đưa vào BV Củ Chi điều trị → được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue N3 → chuyển BV NĐ1

TIỀN SỬ

- Bệnh bản thân: khỏe
- Gia đình: khỏe
- Sinh trưởng: con thứ ba (3/3), sinh đủ tháng cân nặng lúc sinh: 3,2kg
- Tâm thần vận động: phát triển bình thường theo tuổi
- Tiêm chủng: theo TCMR