

4/9 P. KHUAT

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 458/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 16 tháng 02 năm 2011

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 và Nghị định số 22/2010/NĐ-CP ngày 09 tháng 3 năm 2010 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản làm việc của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue" ngày 31 tháng 12 năm 2010;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh- Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue.

Điều 2. "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue" áp dụng cho tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký, ban hành. Quyết định này thay thế Quyết định số 794/QĐ-BYT ngày 09 tháng 3 năm 2009 về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt Dengue và sốt xuất huyết Dengue".

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; Vụ trưởng các vụ, Cục trưởng các cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng y tế các ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Văn phòng Chính phủ (để báo cáo);
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các d/c Thứ trưởng Bộ Y tế (để biết);
- Website Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KCB, PC.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Handwritten signature

Nguyễn Thị Xuyên

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.

II. DIỄN BIẾN LÂM SÀNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường 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 sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

1. Giai đoạn sốt

1.1. Lâm sàng

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

1.2. Cận 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.

2. Giai đoạn nguy hiểm: Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

2.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) 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 $\leq 20 \text{ mmHg}$), tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.

- 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, tiêu 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.

c) 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.

2.2. 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 $100.000/\text{mm}^3$ ($<100 \text{ G/L}$).

- 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.

3. Giai đoạn hồi phục

3.1. 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.

3.2. 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.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009):

- Sốt xuất huyết Dengue.

- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

- Sốt xuất huyết Dengue nặng.

Phụ lục 2: Các mức độ sốt xuất huyết Dengue.

1.1. 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.

1.2. 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 máu:
 - + Hematocrit tăng cao.
 - + Tiểu cầu giảm nhanh chóng.

Nếu người bệnh có những dấu hiệu cảnh báo trên phải theo dõi sát mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu, làm xét nghiệm hematocrit, tiểu cầu và có chỉ định truyền dịch kịp thời.

1.3. Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh 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.

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue

- Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như 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) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp; tiểu ít.

- Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ để điều trị bù dịch:

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.

+ Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.

- *Chú ý:* Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

b) 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 phủ tạng 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.

c) Suy tạng nặng

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT \geq 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.

2. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

2.1. 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 năm của bệnh.

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

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

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virus

- 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, ...

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

1.1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, nói lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10-15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.

- *Chú ý:*

+ Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24h.

+ Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

2. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

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, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

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

Phụ lục 4: Sơ đồ truyền dịch trong sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

- *Chú ý:*

⊕ + Ở người bệnh ≥ 15 tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền khi hết nôn, ăn uống được.

+ Sốt xuất huyết Dengue trên cơ địa đặc biệt như phụ nữ mang thai, trẻ nhũ nhi, người béo phì, người cao tuổi; có các bệnh lý kèm theo như đái tháo 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. /

3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng

Người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu

3.1. Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue:

- Cần chuẩn bị các dịch truyền sau

+ Ringer lactat.

+ Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%).

+ Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES)).

- Cách thức truyền

+ Phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactat hoặc dung dịch NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ.

+ Đánh giá lại tình trạng người bệnh sau 1 giờ; truyền sau 2 giờ phải kiểm tra lại hematocrit:

(α) Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc, huyết áp hết kẹt, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn, thì giảm tốc độ truyền xuống 10 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ; sau đó giảm dần tốc độ truyền xuống 7,5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 1-2 giờ; đến 5 ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-5 giờ; và 3 ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-6 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng và hematocrit.

(β) Nếu sau 1-giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (mạch nhanh, huyết áp hạ hay kẹt, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch cao phân tử. Truyền với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1 giờ. Sau đó đánh giá lại:

- Nếu sốc cải thiện, hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 10 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ. Sau đó nếu sốc tiếp tục cải thiện và hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 7,5ml/kg cân nặng/giờ, rồi đến 5 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 2-3 giờ.

Theo dõi tình trạng người bệnh, nếu ổn định thì chuyển truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải (xem chi tiết trong phụ lục 2).

- Nếu sốc vẫn chưa cải thiện, thì đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) để quyết định cách thức xử trí.

Nếu sốc vẫn chưa cải thiện mà hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%) thì cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội tạng và xem xét chỉ định truyền máu. Tốc độ truyền máu 10 ml/kg cân nặng/1 giờ.

Chú ý: Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit một hoặc hai giờ một lần và CVP.

Phụ lục 5: Sơ đồ truyền dịch trong sốc sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em.

b) Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở oxy.

- Truyền dịch:

+ Đối với người bệnh dưới 15 tuổi: Lúc đầu dùng bơm tiêm to bơm trực tiếp vào tĩnh mạch Ringer lactat hoặc dung dịch mặn đẳng trương với tốc độ 20 ml/kg cân nặng trong vòng 15 phút. Sau đó đánh giá lại người bệnh, có 3 khả năng xảy ra:

• Nếu mạch rõ, huyết áp hết kẹt, cho dung dịch cao phân tử 10 ml/kg cân nặng/giờ và xử trí tiếp theo như sốt xuất huyết Dengue còn bù..

• Nếu mạch nhanh, huyết áp còn kẹt hoặc huyết áp hạ: Truyền dung dịch cao phân tử 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, sau đó xử trí theo điểm (β) ở trên.

• Nếu mạch, huyết áp vẫn không đo được: Bơm tĩnh mạch trực tiếp dung dịch cao phân tử 20 ml/kg cân nặng/15 phút. Nên đo CVP để có phương hướng xử trí. Nếu đo được huyết áp và mạch rõ, thì truyền dung dịch cao phân tử 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, sau đó xử trí theo điểm (β) ở trên.

Phụ lục 6: Sơ đồ truyền dịch sốc sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.

+ Đối với người bệnh ≥ 15 tuổi: Truyền dịch theo **Phụ lục 7**.

*** Những lưu ý khi truyền dịch**

- Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. Nói chung không cần thiết bù dịch nữa sau khi hết sốc 24 giờ.

- Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch (biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm). Cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemid 0,5-1 mg/kg cân nặng/1 lần dùng (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.

- Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc). Cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.

- Nếu người bệnh người lớn có biểu hiện tái sốc, chỉ dùng cao phân tử không quá 1.000 ml đối với Dextran 40 và không quá 500 ml đối với Dextran 70. Nếu diễn biến không thuận lợi, nên tiến hành:

+ Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.

+ Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tìm xuất huyết nội để chỉ định truyền máu kịp thời.

+ Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn.

- 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. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

3.2. 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 đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%).

+ Xuất huyết nặng.

b) Truyền tiểu cầu

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

- Nếu 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.

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

3.3. Điều trị suy tạng nặng

a) 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 có sốc kéo dài.

- Hỗ trợ tuần hoàn:

+ Nếu có sốc: chống sốc bằng NaCl 9% hoặc dung dịch cao phân tử, không dùng Lactat Ringer.

+ Nếu không sốc: bù dịch điện giải theo nhu cầu hoặc 2/3 nhu cầu khi người bệnh có rối loạn tri giác.

- Kiểm soát hạ đường huyết: Giữ đường huyết 80-120mg%, tiêm tĩnh mạch chậm 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 chỉnh điện giải:

+ Hạ natri máu:

Natri máu < 120mmol/L kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3% 6-10ml/kg truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.

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

- 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 chẳng hạn như pefloxacin, ceftriaxone.

- 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 điện giải 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 các bất thường nếu có.

b) 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. 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 $> 2\text{mg\%}$.

3.4. Quá tải dịch không đáp ứng điều trị nội khoa

- Suy tim ứ huyết, cao huyết áp.

- Phù phổi cấp.

- Chỉ định lọc máu liên tục trong sốt xuất huyết: Khi có hội chứng suy đa tạng kèm suy thận cấp hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định.

3.5. 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 $4\text{-}6\text{cmH}_2\text{O}$, nếu thất bại thở máy

- Bảo đảm tuần hoàn: Nếu có 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.

3.6. Viêm cơ tim, suy tim: vận mạch dopamine, dobutamine, đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

4. Thở oxy: Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

5. Sử dụng các thuốc vận mạch.

- Khi sốc kéo dài, cần phải đo CVP để quyết định thái độ xử trí.

- Nếu đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và áp lực tĩnh mạch trung ương đã trên 10 cm nước thì truyền tĩnh mạch:

+ Dopamin, liều lượng $5\text{-}10\text{ mcg/kg}$ cân nặng /phút.

+ Nếu đã dùng dopamin liều 10 mcg/kg cân nặng/phút mà huyết áp vẫn chưa lên thì nên phối hợp dobutamin $5\text{-}10\text{ mcg/kg}$ cân nặng/phút.

6. Các biện pháp điều trị khác

- Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO₂ giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.

- Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue theo **Phụ lục 12**.

7. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốt

- Giữ ấm.

- Khi đang có sốt cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút 1 lần.

- Đo hematocrit cứ 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốt. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốt ổn định.

- Ghi lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.

- Đo lượng nước tiểu.

- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

8. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt 2 ngày, tinh táo.

- Mạch, huyết áp bình thường.

- Số lượng tiểu cầu > 50.000/mm³.

9. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh.

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

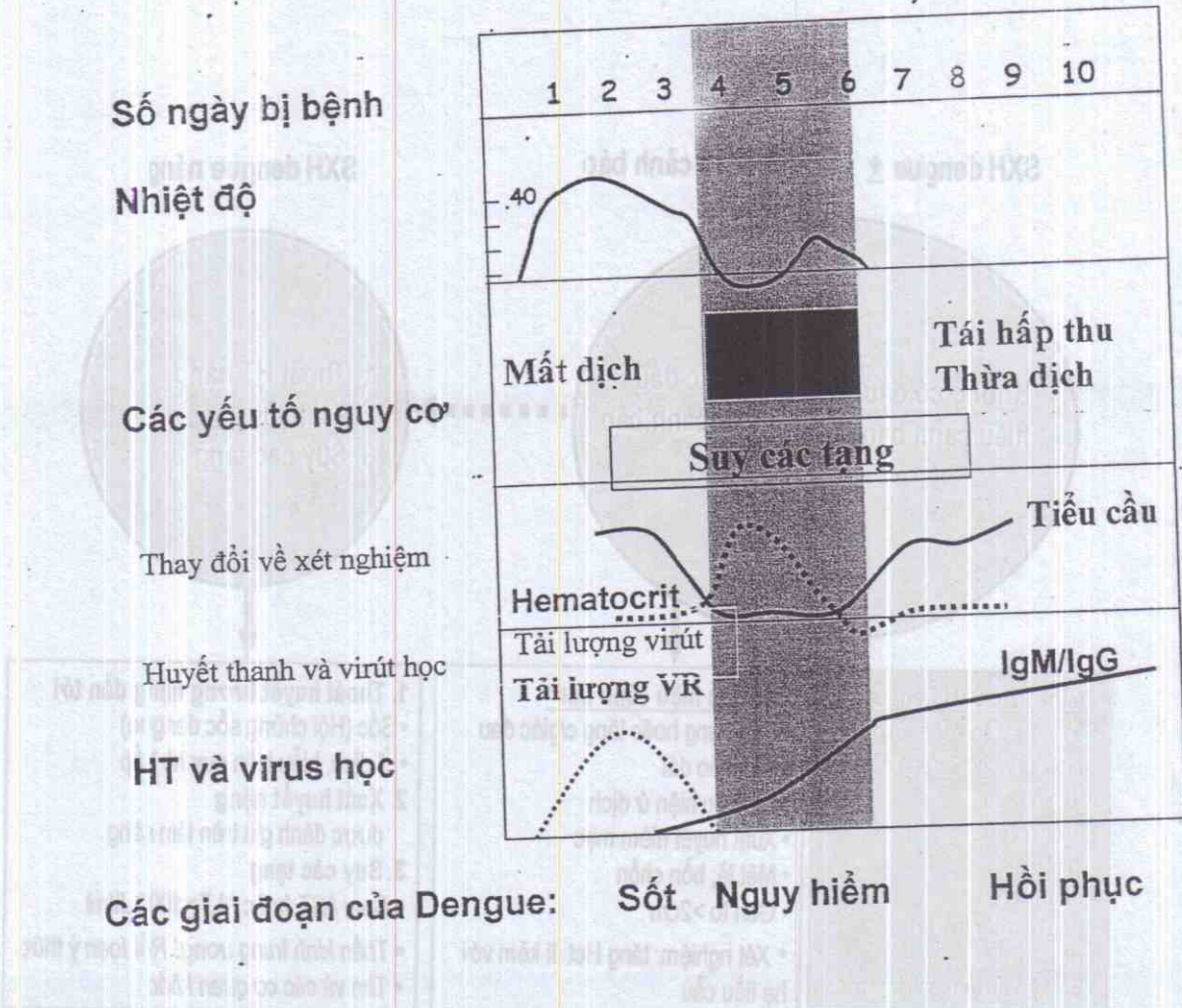


Nguyễn Thị Xuyên

Phụ lục 1

CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

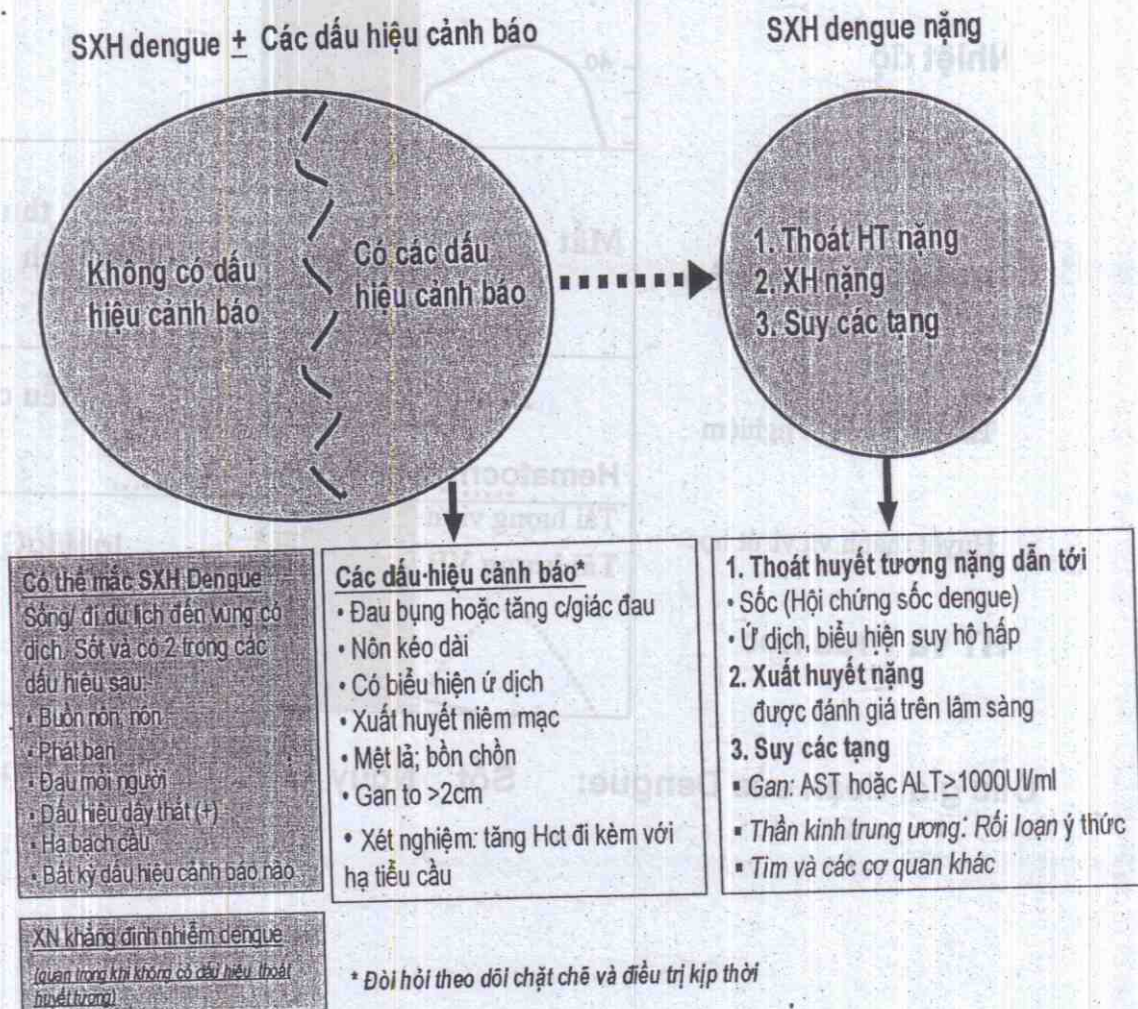
(Ban hành kèm theo Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Phụ lục 2

CÁC MỨC ĐỘ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

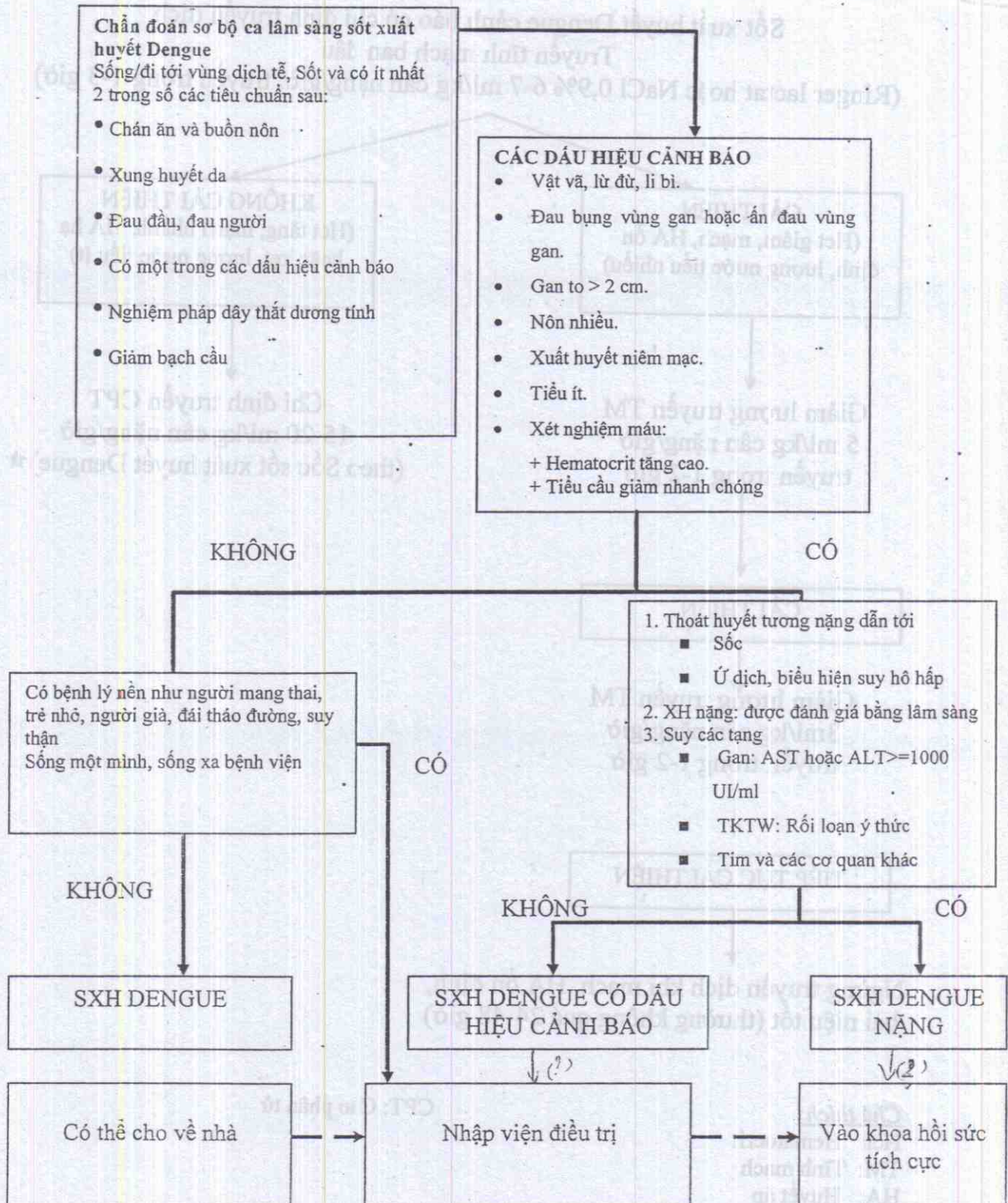
(Ban hành kèm theo Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Phụ lục 3

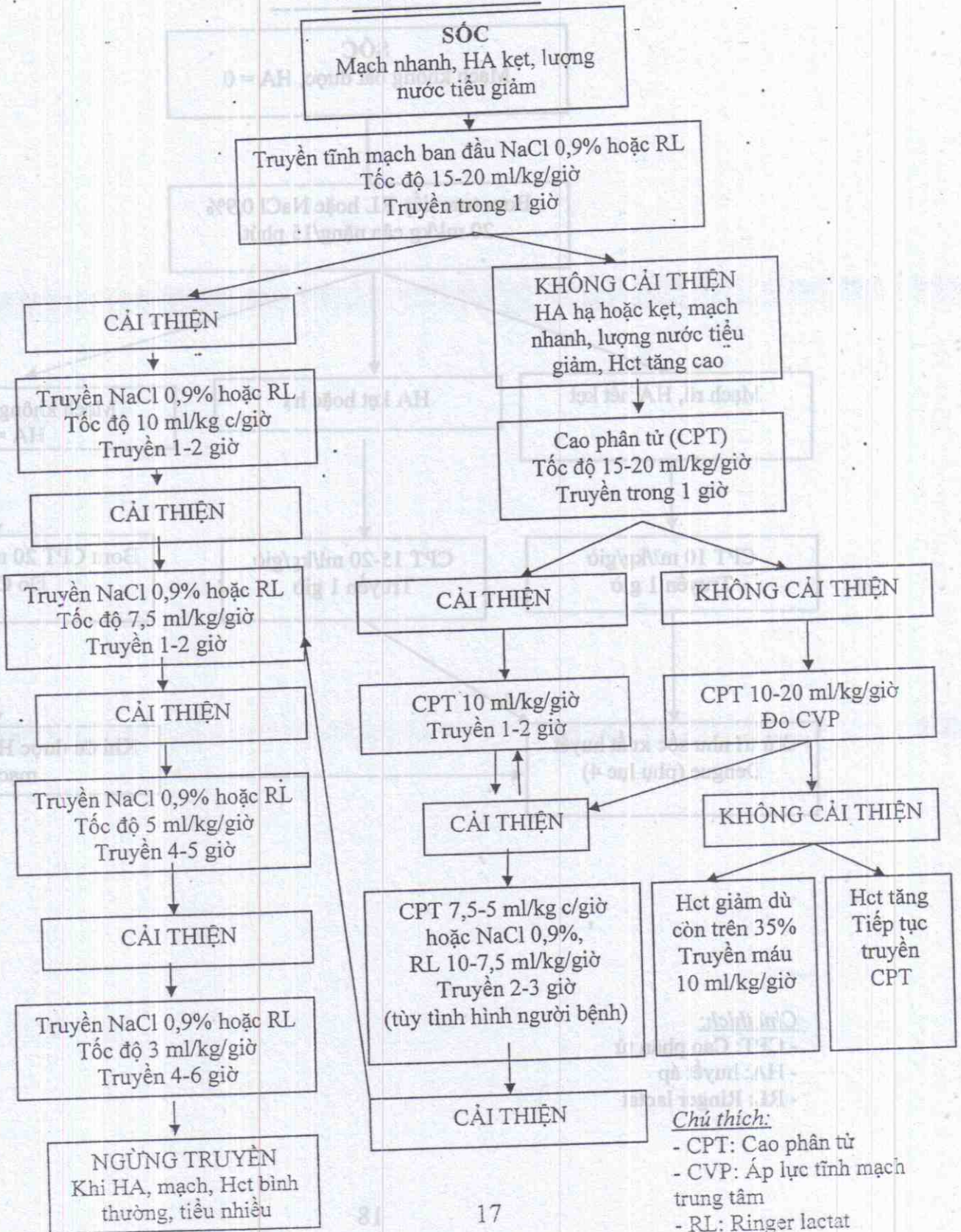
SƠ ĐỒ PHÂN NHÓM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

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



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

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

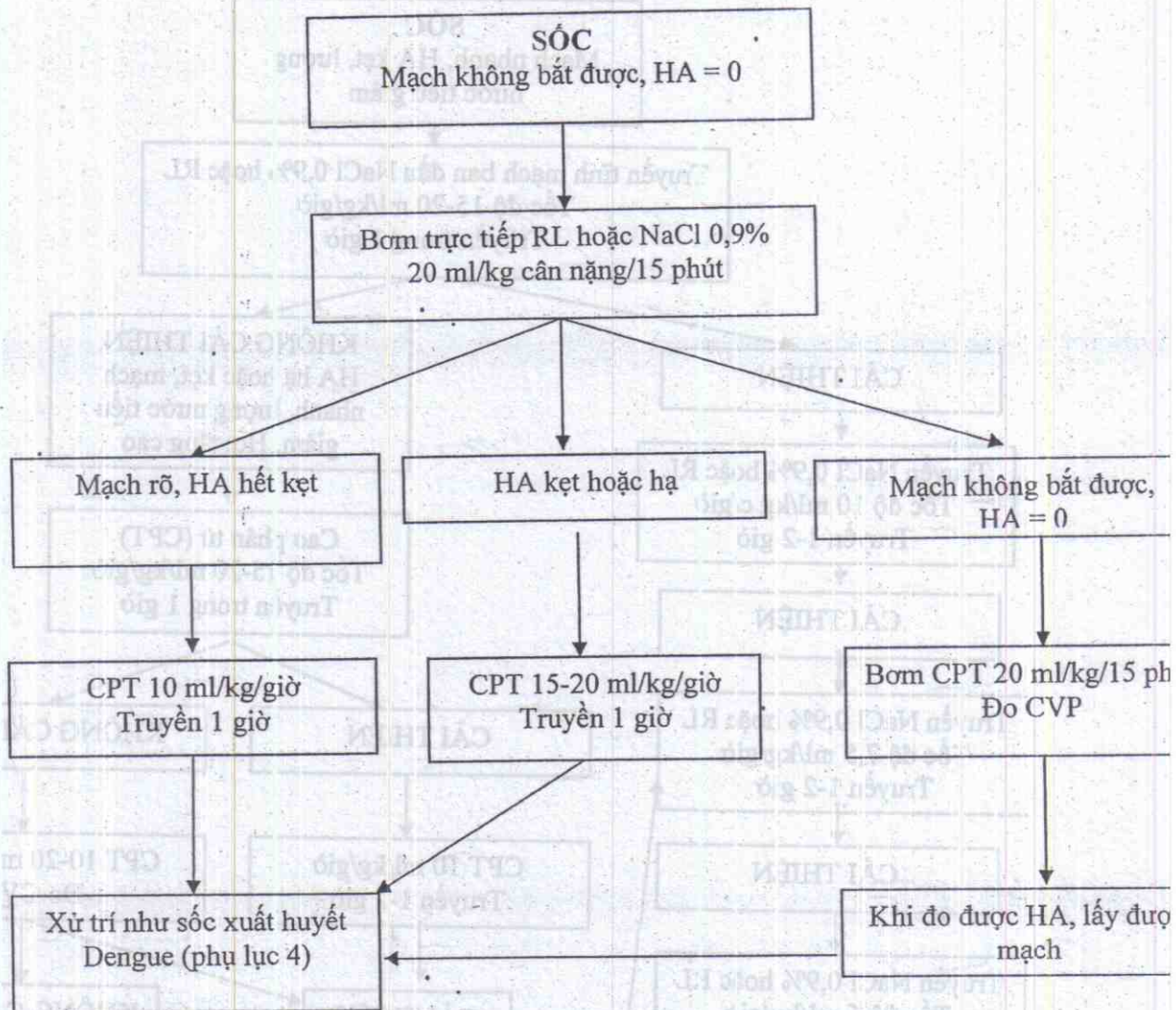


Chú thích:
 - CPT: Cao phân tử
 - CVP: Áp lực tĩnh mạch trung tâm
 - RL: Ringer lactat

Phụ lục 6

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

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

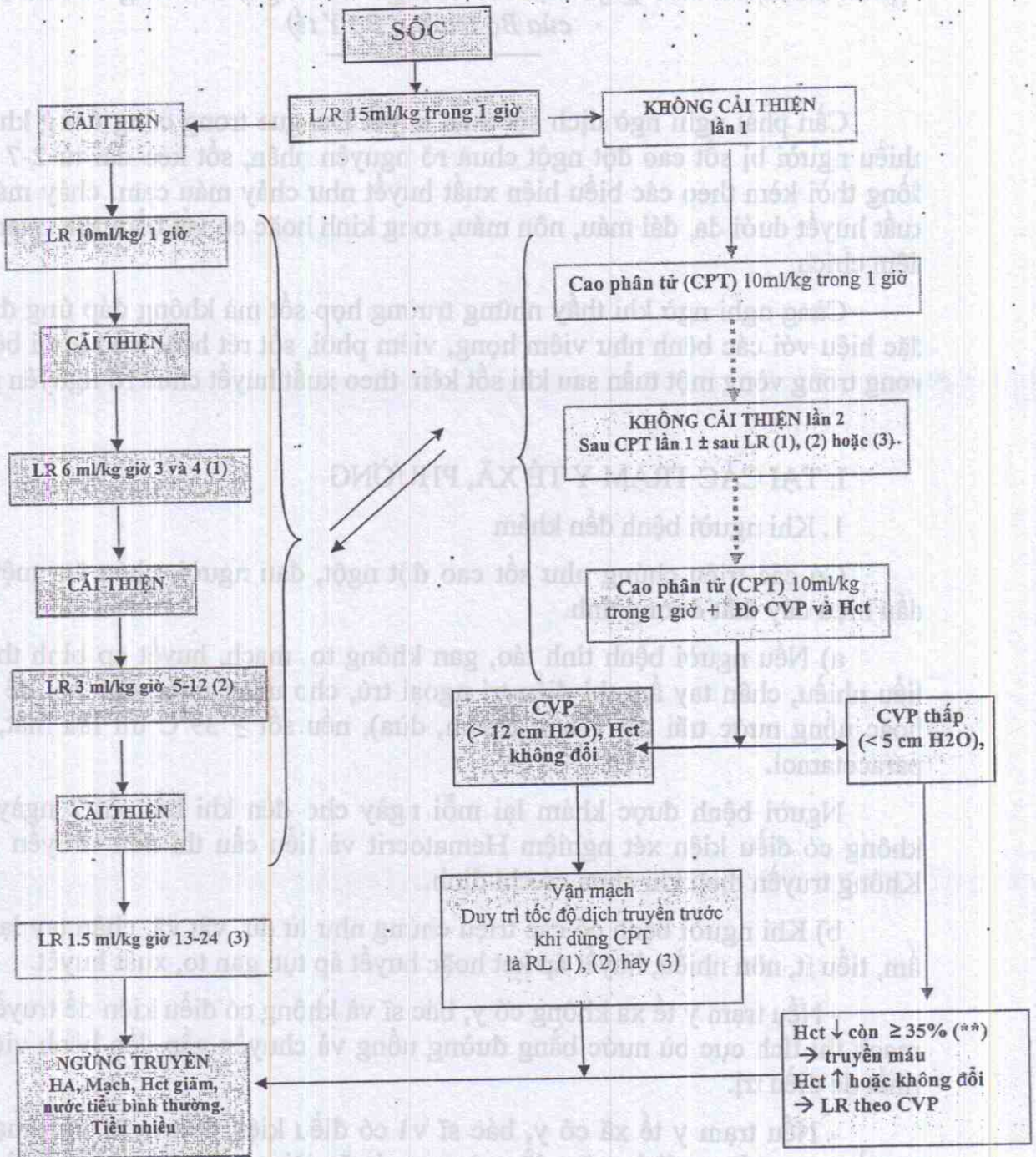


Chú thích:

- CPT: Cao phân tử
- HA: huyết áp
- RL: Ringer lactat

SƠ ĐỒ CHỐNG SỐC SÓT 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)



Chú thích:

- RL: Dung dịch Lactate Ringer
- HA: Huyết áp; M: Mạch
- Hct: Hematocrit
- CPT: Cap phân tử
- Hai lần dùng CPT điều trị tái sốc có thể liên nhau hoặc cách nhau bởi các giai đoạn truyền LR (1), (2), (3).
- (*) Tường đương độ III,IV theo hướng dẫn sốt xuất huyết dengue năm 2009
- (**) Truyền máu khi M tăng, HA kẹt hoặc thấp, chi mát, mặc dù Hct ≥ 35%, xuất huyết hoặc chưa xuất huyết trên lâm sàng.

Phụ lục 8

PHÁT HIỆN VÀ XỬ TRÍ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TUYẾN CƠ SỞ KHI CÓ DỊCH

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

Cần phải nghi ngờ dịch sốt xuất huyết Dengue trong cộng đồng khi thấy nhiều người bị sốt cao đột ngột chưa rõ nguyên nhân, sốt kéo dài từ 2-7 ngày, đồng thời kèm theo các biểu hiện xuất huyết như chảy máu cam, chảy máu lợi, xuất huyết dưới da, đái máu, nôn máu, rong kinh hoặc có vết bầm tím quanh nơi tiêm chích.

Càng nghi ngờ khi thấy những trường hợp sốt mà không đáp ứng điều trị đặc hiệu với các bệnh như viêm họng, viêm phổi, sốt rét hoặc có người bệnh tử vong trong vòng một tuần sau khi sốt kèm theo xuất huyết chưa rõ nguyên nhân.

I. TẠI CÁC TRẠM Y TẾ XÃ, PHƯỜNG

1. Khi người bệnh đến khám

Có các triệu chứng như sốt cao đột ngột, đau người, chán ăn, mệt mỏi, dấu hiệu dấy phát dương tính.

a) Nếu người bệnh tỉnh táo, gan không to, mạch, huyết áp bình thường, tiểu nhiều, chân tay ấm thì điều trị ngoại trú, cho uống nước đun sôi để nguội hoặc uống nước trái cây (cam, chanh, dứa), nếu sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ thì lau mát, uống paracetamol.

Người bệnh được khám lại mỗi ngày cho đến khi hết sốt 2 ngày. Nếu không có điều kiện xét nghiệm Hematocrit và tiểu cầu thì nên chuyển tuyến. Không truyền dịch khi chưa có chỉ định.

b) Khi người bệnh có các triệu chứng như lừ đừ, vật vã, chân tay lạnh, da ẩm, tiểu ít, nôn nhiều, huyết áp kẹt hoặc huyết áp tụt, gan to, xuất huyết.

- Nếu trạm y tế xã không có y, bác sĩ và không có điều kiện để truyền tĩnh mạch thì tích cực bù nước bằng đường uống và chuyển gấp đến bệnh viện gần nhất để điều trị.

- Nếu trạm y tế xã có y, bác sĩ và có điều kiện để truyền tĩnh mạch thì truyền ngay dung dịch mặn đẳng trương hoặc Ringer lactat với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, rồi chuyển người bệnh đến bệnh viện gần nhất để điều trị trong điều kiện an toàn (tiếp tục bù dịch trong lúc chuyển người bệnh, có nhân viên y tế hỗ trợ).

- Nếu người bệnh đến khám mà không đo được huyết áp (HA= 0), mạch nhanh, nhỏ khó bắt, phải bơm trực tiếp vào tĩnh mạch dung dịch mặn đẳng

trương hoặc Ringer lactat cho đến khi đo được huyết áp, mạch bắt được rõ rồi chuyển gấp đến bệnh viện để điều trị.

2. Nhiệm vụ của các cán bộ y tế xã, phường cần phải

- Phổ biến cho nhân dân về các triệu chứng nghi ngờ sốt xuất huyết Dengue như sốt cao đột ngột, mệt mỏi, chán ăn, nhức đầu, có biểu hiện xuất huyết ở da, niêm mạc, gia đình nên đưa người bệnh đến khám tại trạm y tế để theo dõi điều trị.

- Phổ biến cho nhân dân biết cách chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue để điều trị ngoại trú tại gia đình như cho trẻ ăn bình thường, cho uống nhiều nước trái cây, biết cách pha oresol để uống (1 gói pha với 1 lít nước đun sôi để nguội), khi sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$ biết cách lau mát hoặc cho uống paracetamol do y tế xã cho đơn.

Cấm dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

- Hướng dẫn cho gia đình người bệnh biết các triệu chứng nặng của sốt xuất huyết Dengue và cần đưa ngay người bệnh đến khám tại trạm y tế xã như đang sốt mà nhiệt độ đột ngột hạ xuống, chân tay lạnh, bứt rứt, vật vã hoặc li bì, da ẩm, vã nhiều mồ hôi, nôn ói nhiều, đau bụng nhiều, tiểu ít và có các biểu hiện xuất huyết nặng.

- Thực hiện Quy chế thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm theo quy định của Bộ Y tế.

II. TẠI BỆNH VIỆN QUẬN, HUYỆN VÀ TỈNH

1. Tổ chức phòng điều trị riêng cho người bệnh sốt xuất huyết Dengue và phòng điều trị cho người bệnh có sốc.

2. Chuẩn bị đầy đủ các dịch truyền cần thiết như:

- Ringer lactat.

- NaCl 0,9%.

- Dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch.

- Máu tươi và các chế phẩm máu.

- Và các dụng cụ như máy đo huyết áp trẻ em, người lớn, các thiết bị để đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP).

3. Có phòng để làm các xét nghiệm cần thiết tối thiểu như

- Máy đo hematocrit.

- Kính hiển vi và dụng cụ để đếm hồng cầu, bạch cầu và tiểu cầu.

- Phòng sinh hoá của bệnh viện phải chuẩn bị cơ chất để làm điện giải đồ.

4. Vấn đề chọn lọc người bệnh để điều trị

a) Tại phòng khám của bệnh viện

- Theo dõi điều trị ngoại trú hoặc cho nhập viện người bệnh sốt xuất huyết Dengue nếu người bệnh ở xa bệnh viện.

- Theo dõi hàng ngày huyết áp, mạch, nhiệt độ, nước tiểu, tình trạng xuất huyết, hematocrit và tiểu cầu.

- Cho nhập viện ngay và tiến hành điều trị khẩn trương khi người bệnh đến khám có hội chứng sốc Dengue.

b) Tại phòng điều trị

- Nếu người bệnh sốt xuất huyết Dengue cảnh báo và không uống được thì truyền dịch theo sơ đồ hướng dẫn.

- Nếu người bệnh có sốc sốt xuất huyết Dengue thì tiến hành điều trị khẩn trương theo hướng dẫn.