

NHẬN XÉT 66 TRƯỜNG HỢP SỐT XUẤT HUYẾT ĐỘ IV ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN AN GIANG TRONG NĂM 2004

TS BS Nguyễn Ngọc Rạng, BS Trương Thị Mỹ Tiên, BS Tôn Quang Chánh, ThSBS Huỳnh Thị Cẩm Nhung, BS Phạm Thế Mỹ và BS Dương Kim Thu.

Tóm tắt: Qua tổng kết 66 trường hợp SXHD độ IV gồm 27 nam, 39 nữ, tuổi trung bình $8,6 \pm 3,0$ tuổi. Có 9 (13,6%) bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa và 7 (10,6%) bệnh nhân cần truyền máu. Lượng dịch truyền trung bình: 189 ml/kg (Dextran: $83\text{ml} \pm 45\text{ml/kg}$; Lactat Ringer $106 \pm 44\text{ml/kg}$); thời gian truyền dịch trung bình cho mỗi bệnh nhi là $39,7 \pm 8,4$ giờ. Ngoài trị số hematocrit thấp còn các chỉ số cầm máu khác (tiểu cầu, PT, APTT, fibrinogen) ít có giá trị dự đoán xuất huyết tiêu hóa nặng để quyết định truyền máu. Phác đồ điều trị SXHD độ IV của Bộ Y tế hướng dẫn là khuôn mẫu phải tuân theo nhưng cần phải điều chỉnh loại và tốc độ dịch truyền thích hợp trong một số tình huống đặc biệt như trẻ có cân nặng lớn so với tuổi, mạch chậm hoặc huyết áp tăng cao xảy ra sớm, hematocrit giảm nhưng tình trạng tuần hoàn ổn hoặc hematocrit tiếp tục cao nhiều giờ khi đã truyền dịch nhiều.

Bệnh Sốt xuất huyết dengue (SXHD) ngày càng gia tăng trên toàn thế giới, đặc biệt ở khu vực Nam Mỹ và Đông nam Á (1). Dịch SXHD vẫn thường xuyên đe dọa các tỉnh miền Nam Việt Nam; trong năm 2004, có 66.151 trường hợp mắc và 103 trường hợp tử vong tại các tỉnh phía Nam trong đó tỉnh An Giang có 5.283 trường hợp mắc và tử vong 7 (2). Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu nên việc phát hiện và điều trị các trường hợp SXH nặng theo phác đồ hướng dẫn của Bộ Y tế là biện pháp để giảm tử vong (3). Tuy nhiên việc áp dụng linh động trong một số tình huống lâm sàng cụ thể là cần thiết, vì vậy mục đích của bài báo cáo này là tổng kết và rút ra một số kinh nghiệm trong điều trị các trường hợp mắc SXHD độ IV tại khoa Nhi BV An giang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP:

Đối tượng: Tất cả các trường hợp SXHD độ IV nhập viện tại khoa nhi BV An giang trong năm 2004

Phương pháp: Hồi cứu tất cả các hồ sơ SXHD độ IV ghi nhận các chỉ số sau: tuổi, phái, ngày nhập viện, ngày vào sốc, triệu chứng lâm sàng (gan to, xuất huyết dưới da, xuất huyết tiêu hóa), xét nghiệm (số lượng BC, tiểu cầu, hematocrit..), các xét nghiệm về rối loạn cầm máu (PT, APTT, fibrinogen máu), lượng dịch truyền (tỷ lệ Lactat Ringer/Dextran) theo ngày vào sốc, các xử trí chính (đặt CVP, thở CPAP, truyền máu, chọc dò màng bụng..). Mô tả các trường hợp tình huống lâm sàng đặc biệt (trẻ nặng cân so với tuổi, mạch chậm, huyết áp cao bất thường, hematocrit giảm nhanh...)

Phân tích dữ liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 12.0. Dùng phép kiểm X^2 so sánh các biến định tính và phép kiểm T student so sánh các biến định lượng và các trung bình. Các test khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ

Trong năm 2004 có tất cả 68 trường hợp SXHD độ IV được điều trị tại khoa Nhi BVĐKTT An Giang, có 2 trường hợp tử vong. Trong 66 được chữa khỏi có 27 (41%) bệnh nhi nam và 39 (59%) nữ ($p < 0,05$). Có 16 (24%) được chuyển đến từ tuyến huyện. Tuổi trung bình: $8,6 \pm 3,0$ tuổi (nhỏ nhất: 3 tuổi; lớn nhất: 14 tuổi); cân nặng trung bình: $22,0 \pm 8,6\text{kg}$ (nhỏ nhất: 10kg; lớn nhất: 53 tuổi); trong đó có 4 bệnh nhi có cân nặng $> 40\text{kg}$. Đa số bệnh nhân vào sốc vào ngày 4 (42,4%) và ngày 5 (48,4%), chỉ có 6% vào

sốc vào ngày 6 của bệnh. Phần lớn các bệnh nhi cư trú các huyện và tỉnh gần thành phố Long Xuyên (bảng 1)

Bảng 1. Địa chỉ bệnh nhân

Địa chỉ	Số lượng (%)
Chợ Mới	18 (27,3%)
TP Long Xuyên	11 (16,7%)
Thoại Sơn	11 (16,7%)
Châu Thành	4 (6,1%)
Huyện khác	5 (7,5%)
Tỉnh khác	11 (16,7%)

Ngoài dấu hiệu sốc (100%) và gan to (89%) chỉ 26% bệnh nhân có xuất huyết dưới da và 13% có xuất huyết tiêu hóa (XHTH).

Xét nghiệm đếm tế bào máu và xét nghiệm đông máu được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Các xét nghiệm máu

Các chỉ số	Giá trị (dao động)
Bạch cầu ($\times 100/\text{mm}^3$)	$6,3 \pm 2,1$ (0,7 – 12,6) ^a
Hematocrit tối đa (%)	$48,9 \pm 7,5$ (23 – 81)
Hematocrit tối thiểu (%)	$33,5 \pm 4,2$ (17 – 41)
Tiểu cầu ($\times 1000/\text{mm}^3$)	$54,1 \pm 33,7$ (6 – 128) ^b
Prothombin time (giây)	$16,5 \pm 3,7$ (10 – 28)
APTT (giây)	$42,0 \pm 12,7$ (21 – 60)
Fibrinogen (mg%)	111 ± 42 (20 – 248)

^a Có 2 (3%) bệnh nhân có BC > 10.000/mm³

^b Có 12 (18%) bệnh nhân có TC > 100.000/mm³

APTT: Activated partial thromboplastin time

Lượng dịch truyền trung bình: 189 ml/kg (Dextran: 83ml \pm 45ml/kg; Lactat Ringer 106 \pm 44ml/kg) và thời gian truyền trung bình cho mỗi bệnh nhi là 39,7 \pm 8,4 giờ (dao động: 21-60giờ). Lượng dịch truyền trung bình giảm dần khi ngày vào sốc trẻ hơn nhưng tỷ lệ Dextran/Lactat Ringer không thay đổi (bảng 3).

Bảng 3. Lượng dịch truyền trung bình theo ngày vào sốc

	Lượng dịch truyền (ml/kg)	Dextran (ml/kg) (%)	Lactat Ringer (ml/kg) (%)
N4 (n=28)	203	90(44%)*	112(56%)
N5 (n=32)	184	80(43%)	104(57%)
N6 (n=6)	147	57(38%)	90(62%)

* p>0,05

Các xử trí khác ngoài truyền dịch chống sốc được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Các xử trí khác

Các xử trí	Số TH (tỷ lệ %)
Đặt CVP	20 (30,3%)
Chọc dò màng bụng	10 (15,2%)
Dopamin	10 (15,2%)
Thở CPAP	02 (3,0%)
Lợi tiểu	18 (27,1%)

Không có sự tương quan giữa các yếu tố đông máu và XHTH (bảng 5)

Bảng 5. Sự tương quan giữa các yếu tố đông máu và XHTH

XHTH	Có (n=9)	Không (n=57)	P
Tiểu cầu (x1000)	53 ± 33	57 ± 34	0.79
PT (giây)	18.0 ± 3.7	16.3 ± 3.7	0.23
APTT (giây)	38.4 ± 10	42.6 ± 13	0.38
Fibrinogen (mg%)	111 ± 32	111 ± 44	0.97

Ngoài trừ chỉ số hematocrit thấp có liên quan đến truyền máu, các chỉ số khác không có ý nghĩa đến quyết định truyền máu (bảng 6)

Bảng 6. Sự tương quan giữa các yếu tố đông máu và truyền máu

Truyền máu	Có (n=7)	Không (n=59)	P
Tiểu cầu	36 ± 35	56 ± 33	0.13
HCT_max	45.8 ± 4.6	49.3 ± 7.7	0.25
HCT_min	28.1 ± 7.2	34.1 ± 3.2	0.00
PT	17.5 ± 4.8	16.4 ± 3.6	0.44
APTT	47.5 ± 13.0	41.2 ± 12.6	0.21
Fibrinogen	90.8 ± 56.1	114.5 ± 39.9	0.16

Một số tình huống lâm sàng:

- 4 trường hợp có cân nặng lớn hơn so với tuổi (2 em 40kg, 1 em 48kg và 1 em 53kg), lượng dịch truyền trung bình ở các em này bằng $\frac{3}{4}$ so với lượng dịch truyền theo phác đồ chuẩn.
- 2 trường hợp mạch chậm (<65lần/phút), huyết áp dẫn rộng sau 2-3 giờ điều trị.
- 2 trường hợp huyết áp tăng cao sau 3-4 truyền Dextran
- 2 trường hợp hematocrit tiếp tục tăng cao (>51%) sau 48 g điều trị và có nguy cơ quá tải
- 3 trường hợp hematocrit giảm nhanh (28-30-32%) sau truyền Dextran 2-3 giờ.
- 1 trường hợp đặt CVP ở cánh tay bị chảy máu, do băng ép quá chặt làm thâm tím bàn tay
- 1 trường hợp bạch cầu cao (24.600/mm³); Neutrophil 83%, CRP(-), Elisa SXH(+). Cây máu(+) với *Staphylococcus aureus*.

NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN:

Trong điều trị chống sốc, việc áp dụng đúng theo phác đồ điều trị SXH độ IV của Bộ Y tế là rất quan trọng, tuy nhiên có một số tình huống lâm sàng cần điều chỉnh lượng dịch truyền thích hợp để tránh nguy cơ quá tải. Đối với các trẻ có cân nặng lớn hơn so với tuổi thì lượng dịch truyền cho vào khoảng bằng $\frac{3}{4}$ so với lượng dịch truyền theo phác đồ chuẩn là đủ. Tất cả 4 em này đều không bị quá tải và đều hồi phục tốt.

Trong các trường hợp mạch chậm (<65lần/phút), huyết áp dẫn rộng, hematocrit giảm sau 2-3 giờ chống sốc nên giảm nhanh lượng Dextran và có thể chuyển qua Lactat Ringer nhưng phải theo dõi sát tình trạng tuần hoàn sau đó. Các trường hợp này thường lượng Dextran chỉ cần 20-25ml/kg là đủ. Một số trường hợp có huyết

áp tăng cao (>150/100 mmHg) sau 3-4 truyền Dextran thì nên cho đặt CVP và đo ECG kiểm tra ngay, sau đó điều chỉnh tốc độ truyền Dextran theo CVP.

Có 3 trường hợp hematocrit giảm nhanh (28-30-32%) sau truyền Dextran 2-3 giờ nhưng tuần hoàn ổn định. Những trường hợp này nên đổi sang Lactat Ringer sớm hơn so với phác đồ và theo dõi sát dấu hiệu tuần hoàn và xuất huyết. Qua tổng kết này, cả 3 trường hợp đều diễn tiến tốt mà không cần truyền máu.

Có những trường hợp rất khó giải thích tại sao hematocrit tiếp tục tăng cao (>51%) sau khi đã truyền dịch nhiều (hơn 48 giờ), có nguy cơ quá tải (CVP cao) nhưng tình trạng tuần hoàn tạm ổn. Trong tình huống này bắt buộc phải duy trì Dextran liều thấp (2-3ml/kg/giờ) phối hợp với thuốc vận mạch. Cả 2 trường hợp này đã ổn sau 48 giờ theo dõi.

Số lượng bạch cầu (BC) thường thấp trong SXH; trong nghiên cứu này chỉ có 2 trường hợp có lượng BC > 10.000/mm³ trong đó có 1 trường hợp bạch cầu cao (24.600/mm³). Sau khi cấy máu đã phát hiện bị nhiễm *S.aureus* (có thể do nhiễm trùng bệnh viện). Như vậy, các trường hợp có BC cao bất thường cần cấy máu ngay để phát hiện nhiễm khuẩn huyết phối hợp.

Trong nhóm hồi cứu các trường hợp SXH độ IV này, các rối loạn đông máu thường không nặng như các trường hợp được báo cáo ở BV Nhi Đồng I (4) nên số trường hợp cần truyền máu thấp (7 trường hợp). Nói chung, các chỉ số này ít có giá trị để tiên lượng xuất huyết tiêu hóa nặng và truyền máu, chỉ có trị số hematocrit thấp là có ý nghĩa việc quyết định truyền máu phù hợp với nhận xét của Lum và CS (5).

Ngoài việc chống sốc bằng dịch truyền thì việc phối hợp các phương tiện điều trị khác (thuốc vận mạch, thuốc lợi tiểu, chọc dò màng bụng, thở CPAP) phù hợp với các tình huống lâm sàng đặc biệt sẽ giúp cứu sống người bệnh.

Kết luận: Việc điều trị SXH độ IV theo đúng phác đồ của Bộ Y tế hướng dẫn là rất quan trọng nhưng cần phải áp dụng linh động trong một số tình huống lâm sàng đặc biệt để nâng cao hiệu quả điều trị góp phần làm giảm tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever. Clin Microbiol Rev. 1998 Jul;11(3):480-96.
2. Báo cáo tổng kết hoạt động 2004 và kế hoạch 2005 dự án quốc gia phòng chống SXH khu vực phía Nam. Viện Pasteur TP HCM, tháng 1.2005
3. Phác đồ điều trị sốt xuất huyết Dengue. Bộ Y tế 2004
4. Nguyễn Thái Sơn và Nguyễn Trọng Lân. 2002. Rối loạn đông máu trong SXH dengue và các yếu tố tiên lượng, Thời sự Y Dược học, Hội Y dược học TP HCM, tháng 2, tr. 4-7.
5. Lum LC, Goh AY, Chan PW, El-Amin AL, Lam SK. Risk factors for hemorrhage in severe dengue infections. J Pediatr. 2002 May;140(5):629-31.