

CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ SXH

TS NGUYỄN NGỌC RẠNG-BVĐKTT AN GIANG

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU
1015 NGHI NGỜ MẮC SXH
TẠI BVĐKTT AN GIANG**
(Chương trình hợp tác Sanofi Pasteur)

1015 CA SỐT

ELISA(-)
429 (42%)

ELISA(+)
& PL VIRUS
586 (58%)

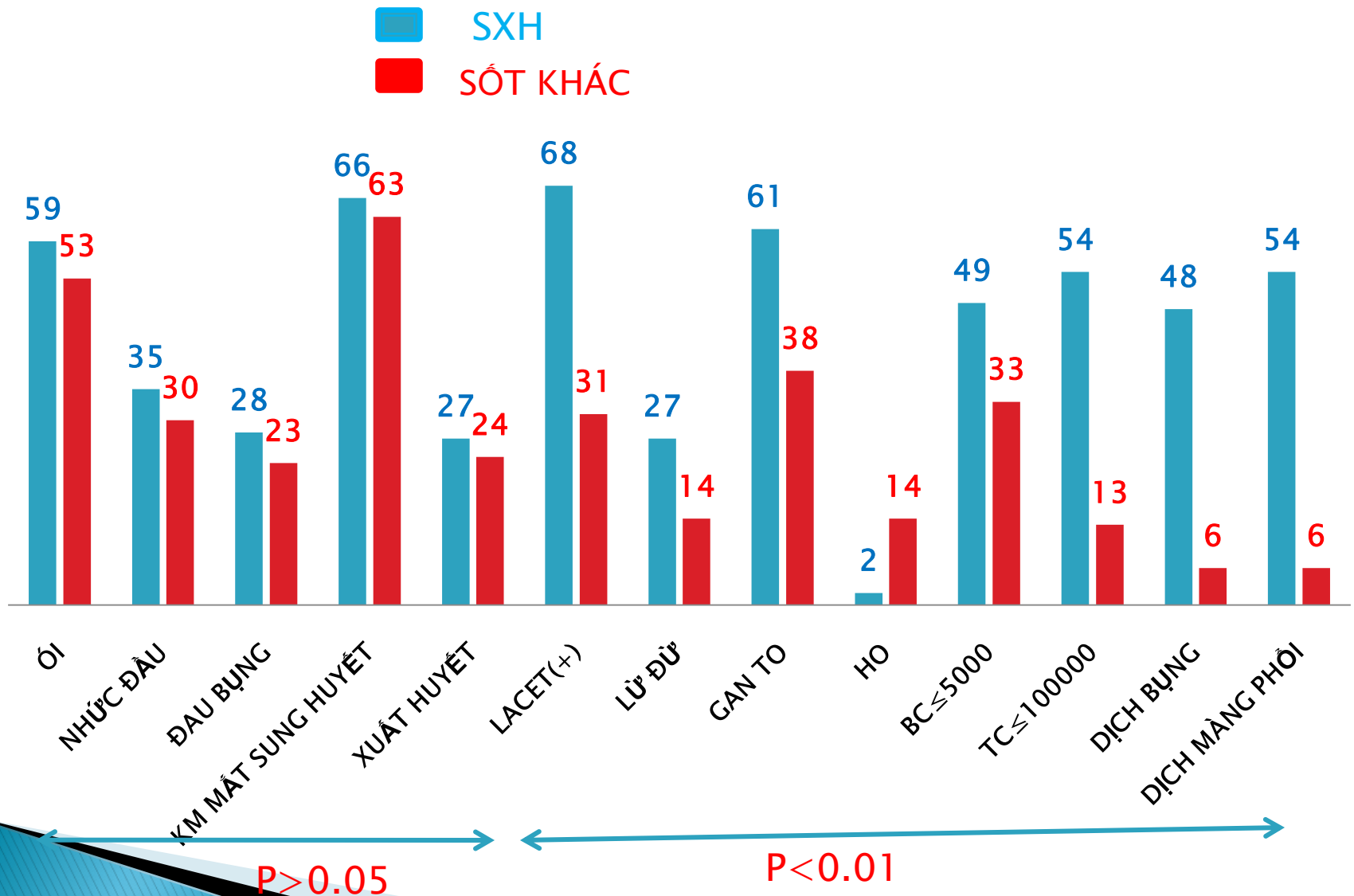
THƯƠNG HÀN	50
SỞI	16
NSV	13
VIÊM PHỔI	13
VIÊM HỌNG	4
VGSV	4
NKH	4
REYE	1
SỐT KXĐ	324

SD
188
(32%)

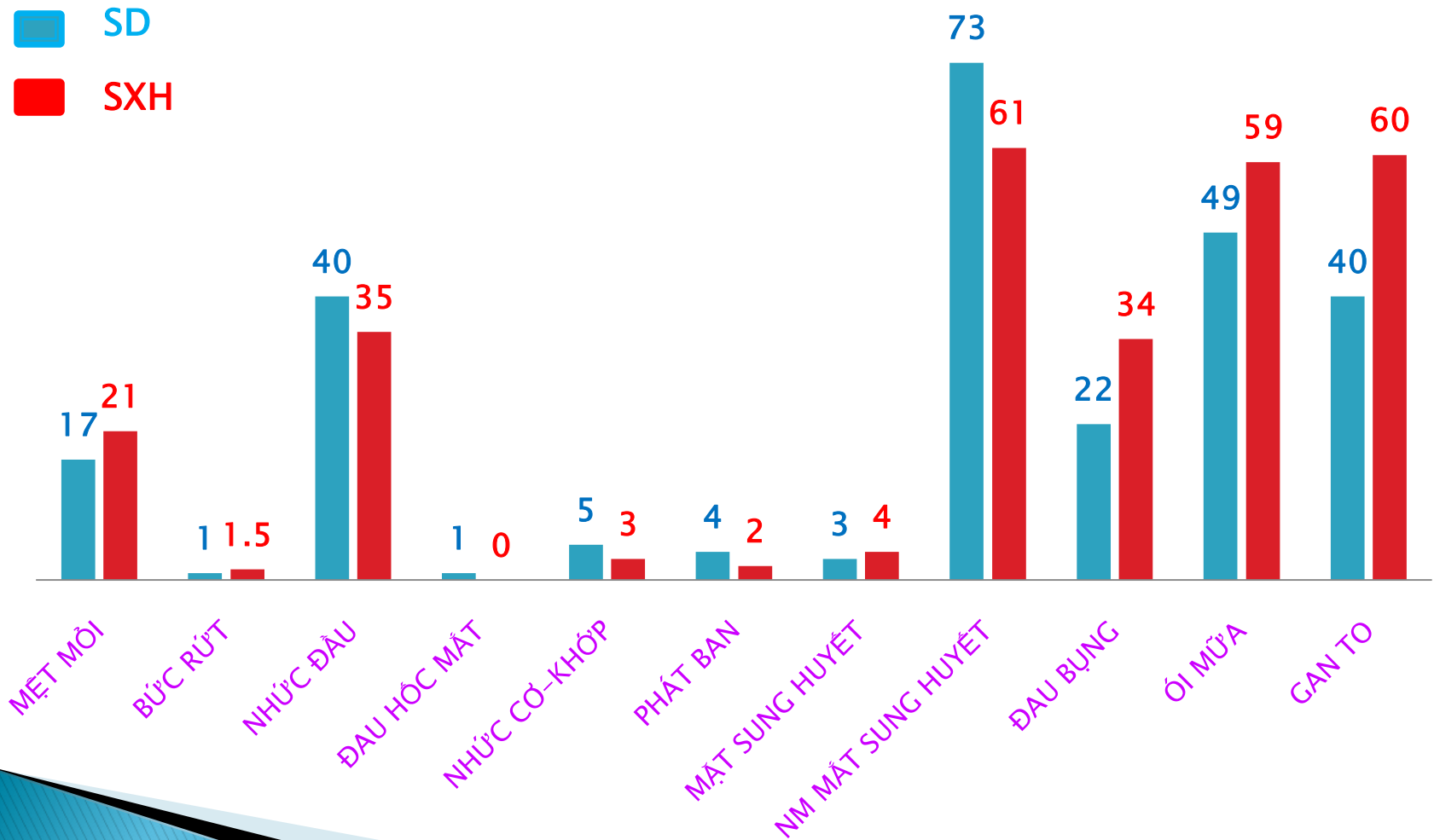
SXH
204
(35%)

HCSD
194
(33%)

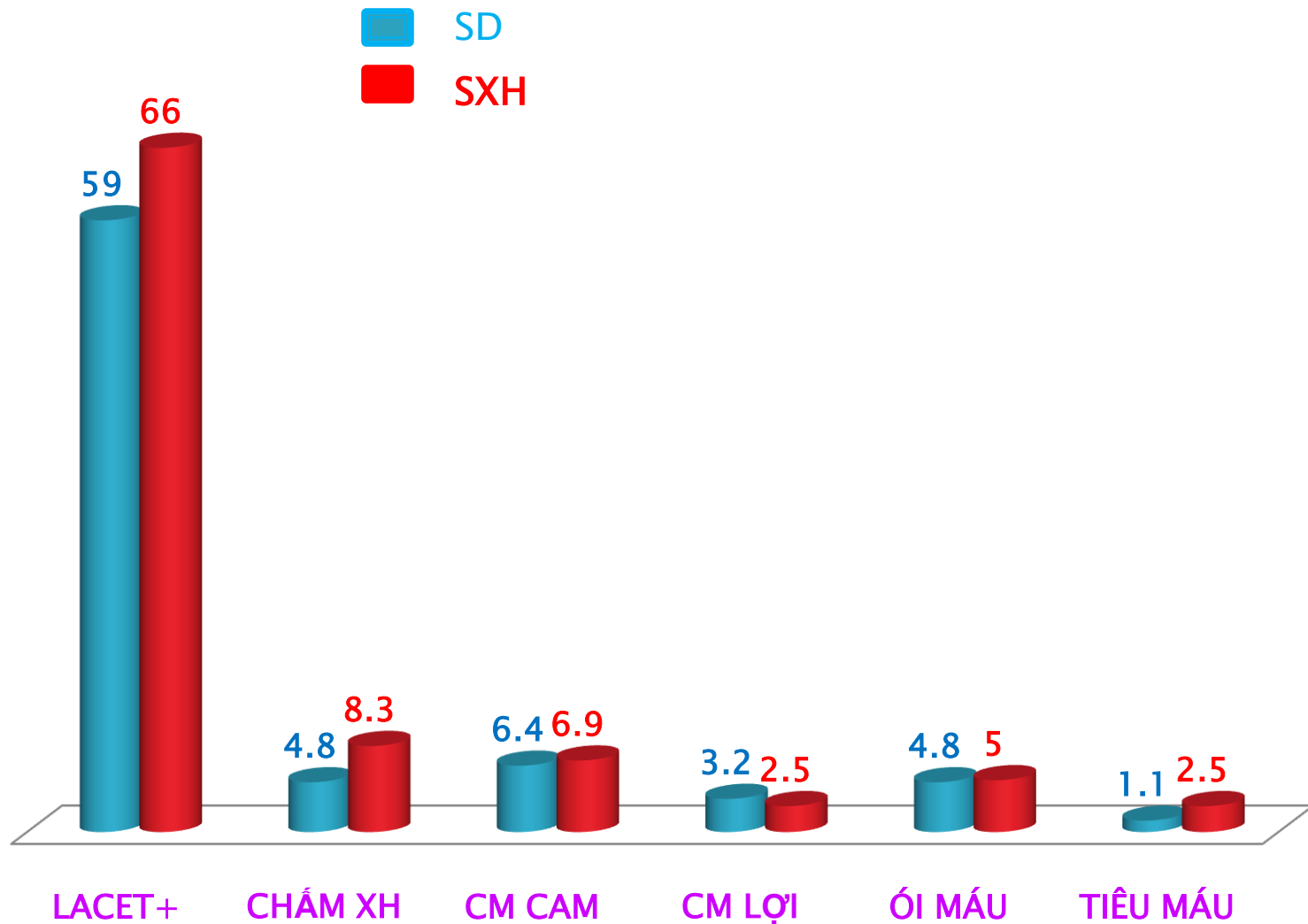
SO SÁNH SD/SXH VỚI SỐT KHÁC



SO SÁNH LÂM SÀNG SD (n=188) VÀ SXH (n=204)

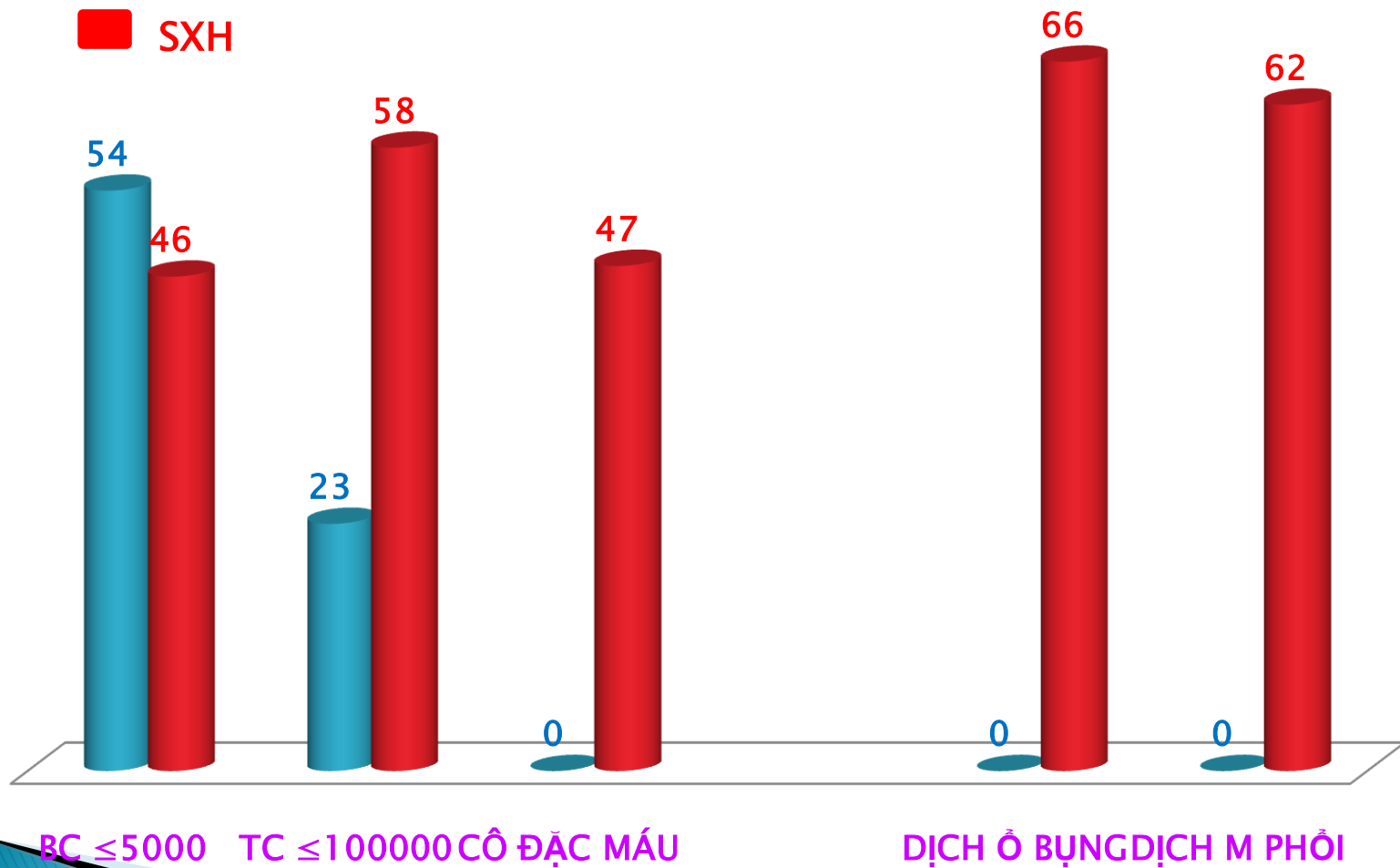


DẦU XUẤT HUYẾT SD VÀ SXH



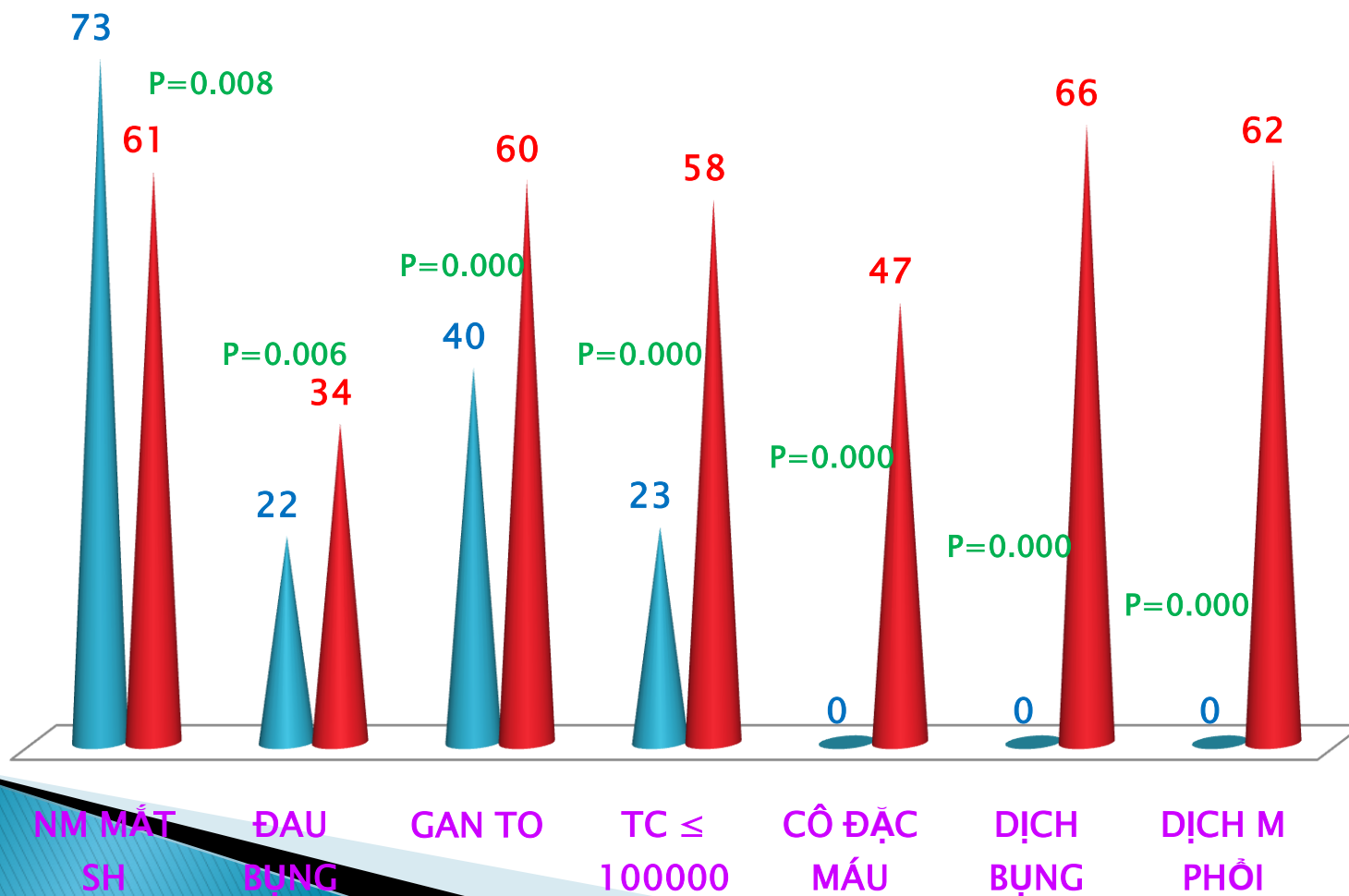
CẬN LÂM SÀNG SD VÀ SXH

SD
SXH



CÁC DẤU HIỆU KHÁC BIỆT SD, SXHD

SD
SXH



CHẨN ĐOÁN SD THEO WHO VÀ BỘ Y TẾ

Sốt	100%
Nhức đầu	40%
Đau sau hốc mắt	1%
Đau cơ khớp	5%
Phát ban	4%
Lacet +	59%
Dấu xuất huyết +	5%
TC giảm vừa	23%
BC giảm	49%

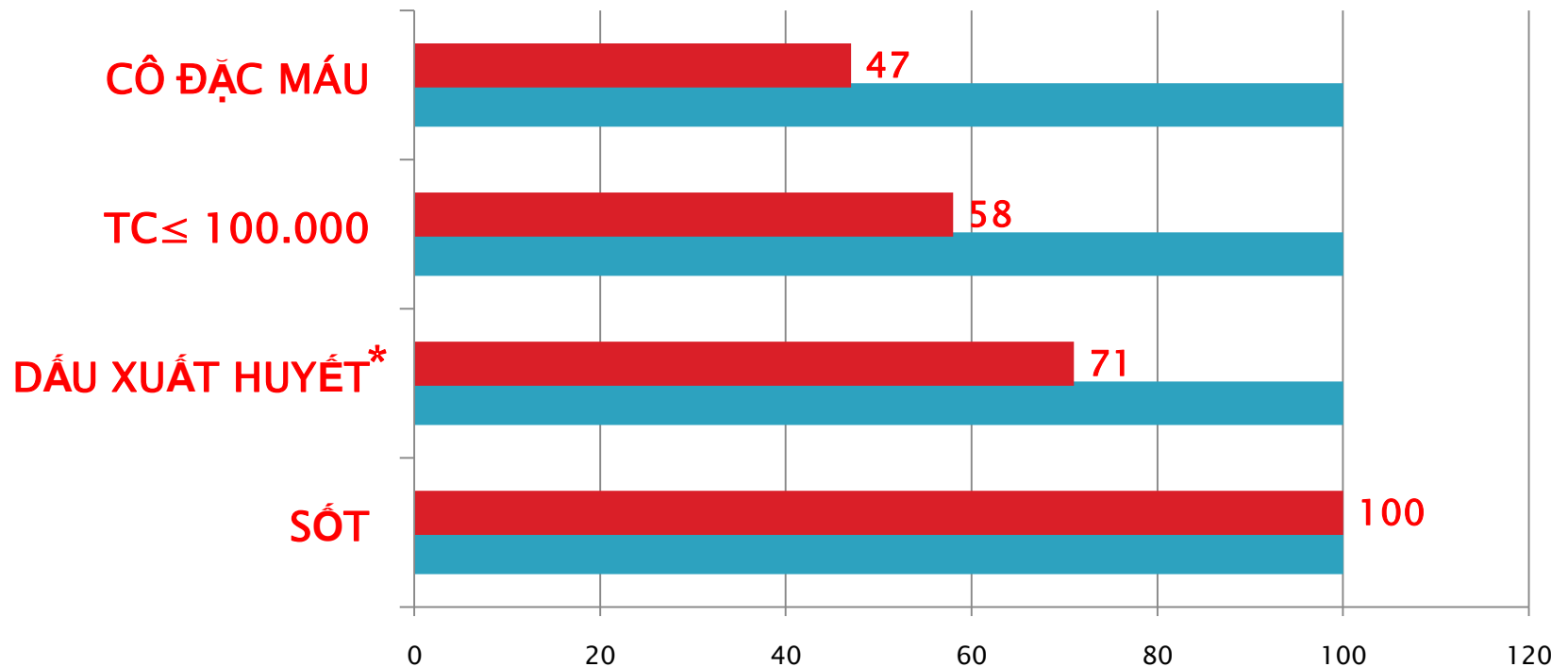
TC: $164.000 \pm 72.000/\text{mm}^3$

DTHC: $39.5 \pm 2.8\%$

BC: $5200 \pm 2500/\text{mm}^3$

Dấu dây thắt cần làm nhất

TIÊU CHUẨN SXH THEO WHO



* Lacet + 66% Xuất huyết khác: 5%

TIÊU CHUẨN SXH THEO WHO

1 . Sốt (2-7 ngày) (100%)

2 . Xuất huyết (5%),
ít nhất có dấu dây thắt (+) (66%)

3 . TC $\leq 100.000/\text{mm}^3$ (58%)

4 . HCT tăng 20% so với trị cơ bản (47%)

ĐỘ ĐẶC HIỆU CÁC TRIỆU CHỨNG LS VÀ CLS

DẤU HIỆU	SD/SXHD (N=586)	SỐT KXĐ (N=429)	P
SỐT	100	100	0.10
NHỨC ĐẦU	35	30	0.07
ÓI MỮA	59	53	0.03
KMM SUNG HUYẾT	66	63	0.28
ĐAU BỤNG	28	23	0.85
LỪ ĐỪ	27	14	0.00
XUẤT HUYẾT	27	24	0.24
HO	2	14	0.00

ĐỘ ĐẶC HIỆU CÁC TRIỆU CHỨNG LS VÀ CLS

DẤU HIỆU	SD/SXHD (N=586)	SỐT KXĐ (N=429)	P
LACET(+)	68	31	0.00
GAN TO	61	38	0.00
BC<5000	49	33	0.00
TC≤100.000	54	13	0.00
CÔ ĐẶC MÁU	48	13	0.00
DỊCH Ổ BỤNG	48	6	0.00
DỊCH M PHỔI	54	6	0.00

TÓM TẮT:

CHẨN ĐOÁN SD/SXHD CHỈ ĐÚNG KHOẢNG 50%

CÁC DẤU HIỆU: SỐT, NHỨC ĐẦU, ÓI MŨA, ĐAU BỤNG, DẤU XUẤT HUYẾT (CHẢY MÁU MŨI, RĂNG, ỈA MÁU..) KHÔNG ĐẶC HIỆU

CÁC DẤU HIỆU GIÚP CHẨN ĐOÁN: LỪ ĐỪ, LACET+, GAN TO, GIẢM BC, GIẢM TIỂU CẦU, DỊCH Ổ BỤNG VÀ MÀNG PHỔI

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT SD VÀ SXHD TRÊN LÂM SÀNG KHÓ VÌ:

CÁC DẤU HIỆU ĐIỂN HÌNH CỦA SD (BAN, MẶT ỨNG ĐỎ, ĐAU CƠ-KHỚP, ĐAU SAU HÓC MẮT) RẤT ÍT GẶP Ở TRẺ EM

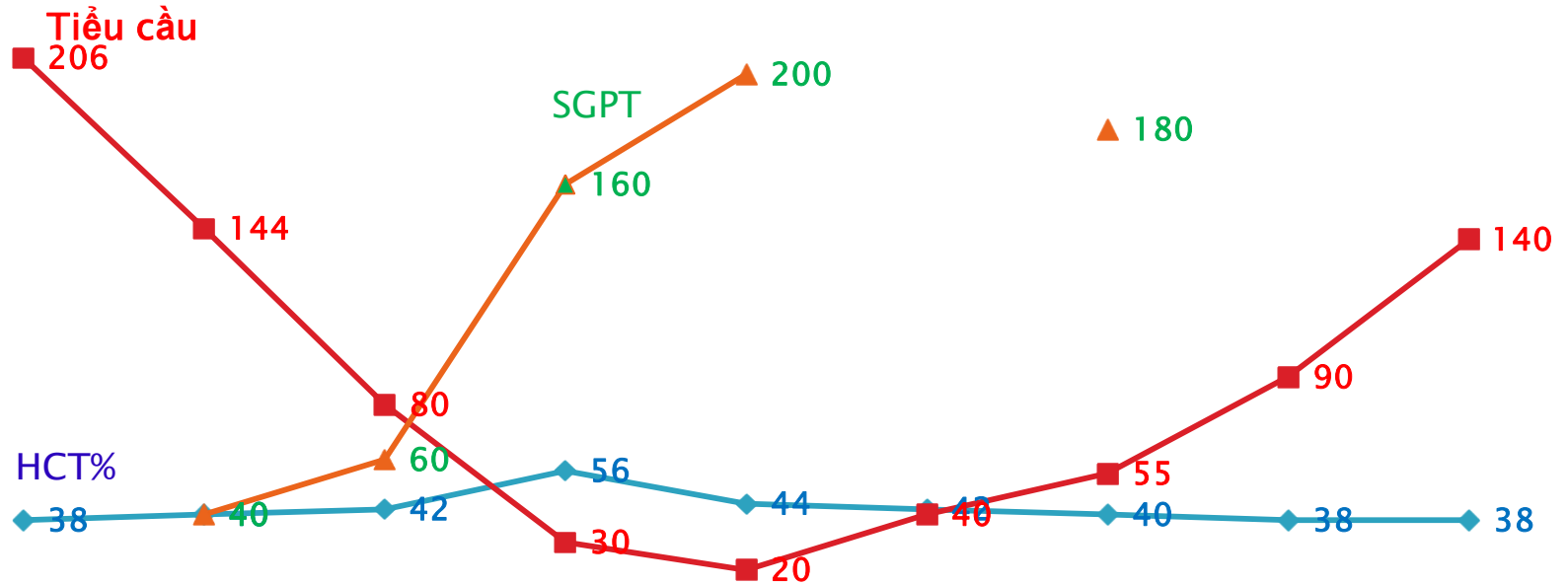
LACET LÀ DẤU HIỆU CẦN THỰC HIỆN NHẤT

CHỈ CÓ THỂ PHÂN BIỆT TRÊN XÉT NGHIỆM ($TC \leq 100.000/mm^3$, DTHC TĂNG) HOẶC SIÊU ÂM (DỊCH Ổ BỤNG, MÀNG PHỔI), TUY NHIÊN CÁC DẤU HIỆU NÀY CHỈ HIỆN DIỆN KHOẢNG 50%

KẾT LUẬN: MỌI TRƯỜNG HỢP CÓ SỐT ≥ 3 NGÀY, KHÔNG TRIỆU CHỨNG HÔ HẤP, PHẢI ĐƯỢC THEO DÕI NHƯ SXH

THEO DÕI & ĐIỀU TRỊ SXH

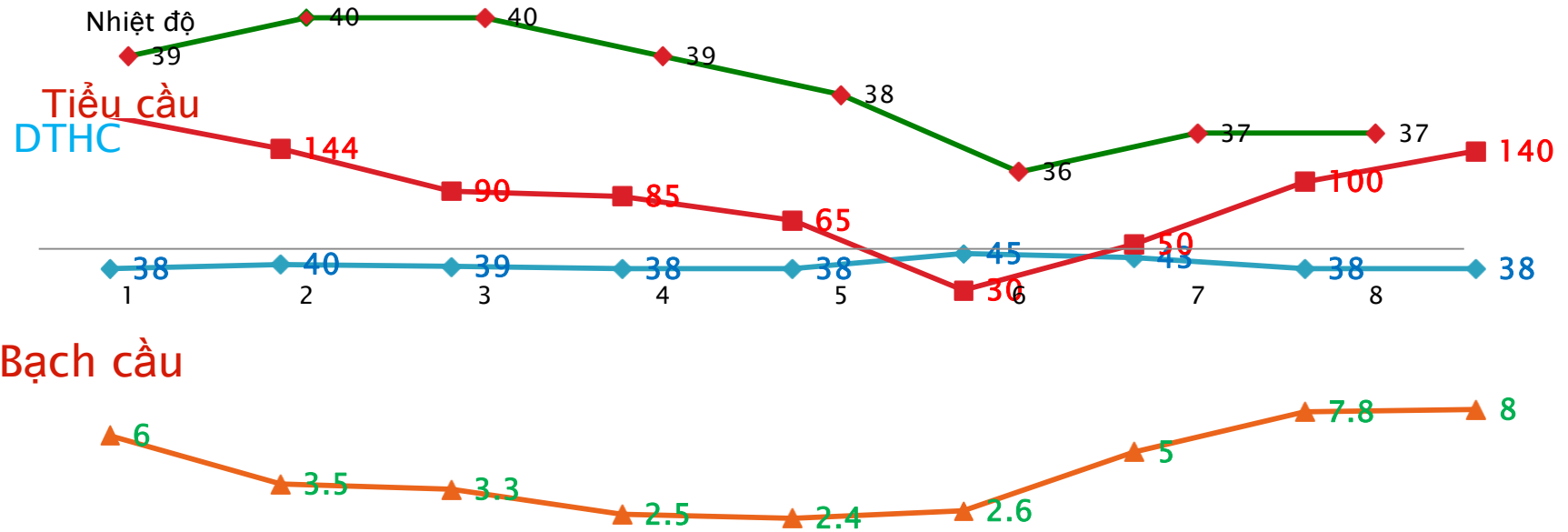
DIỄN TIẾN 1 CA SXH CÓ SỐC ĐỘ III



N1 N2 N3 N4 N5 N6 N7 N8 N9

DỊCH Ổ BỤNG	-	-	-	++	+++	+++	++	+	-
DỊCH MÀNG PHỔI	-	-	-	+	+++	+++	+	+	+
GAN TO	-	-	+	++	++				
ĐAU BỤNG	-	-	+	++	+				
NHIỆT ĐỘ	39	40	39	36.5	37	37	38	38	
SGPT		44	120	440	600		80		

DIỄN TIẾN 1 CA SXH KHÔNG SỐC

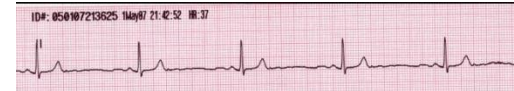


	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9
Dịch ổ bụng			-	-	-	+	++	+	-
màng phổi			-	-	-	-	+	++	+
Gan to			-	+	++				
Đau bụng			+	++	++				
ALT (SGPT)			40	60	140		100		

KHỞI ĐẦU

BÁO ĐỘNG

HỒI PHỤC



SỐT
NHỨC ĐẦU
MẮT SUNG HUYẾT
LACET (+)

LỪ ĐỪ, KHÔNG CHỊU
UỐNG NƯỚC
ÓI MỬA
ĐAU BỤNG, GAN TO
TAY CHÂN LẠNH
TIỂU ÍT

TC 170.000
HCT 39%

TC 50.000
HCT 45%

N1N3

N4N6

N7N9



Thử máu 72 giờ sau sốt

LỘC BỆNH

PHÒNG 1



N1....N3

UỐNG: ≥ 70
ml/Kg/24h

PHÒNG 2



N1....N3

LỪ ĐÙ
SỐT CAO
ÓI MỮA
CÔ ĐẶC MÁU

PHÒNG 3



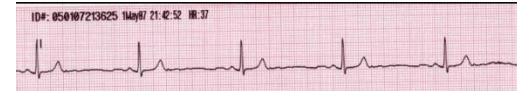
N4....N7

SỐC
SXH THỂ BẤT THƯỜNG
(TK, XUẤT HUYẾT, VIÊM
GAN...)

KHỞI ĐẦU

BÁO ĐỘNG

HỒI PHỤC



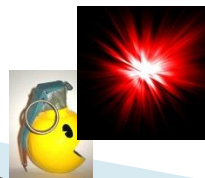
HẠ NHIỆT
UỐNG NHIỀU NƯỚC
KIỂM TRA NƯỚC
NHẬP XUẤT

Sinh hiệu (M, HA 2-3 lần/N)
DTHC 2 lần/ngày
Kiểm tra nước nhập xuất
Uống/truyền dịch
BC, TC /mỗi 2 ngày
THEO DÕI
ÓI MỬA
ĐAU BỤNG
GAN TỎ
TAY CHÂN LẠNH
Siêu âm +/-

N1N3

N4N6

N7N9



THÔNG TIN CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ

Corticosteroids không làm giảm tử vong hoặc giảm nhu cầu truyền máu (*Panpanich et al. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jul 19;3*).

Immunoglobulin không làm tăng tiểu cầu ở BN SXH tái nhiễm (*Dimaano et al., 2007*). Ngược lại, 2 RCTs khác trên 47 BN SXH, anti-D immune globulin làm tăng tiểu cầu (*De Castro et al., Am J Trop Med Hyg. 2007;76:737-42*).

Sử dụng yếu tố VII (recombinant activated factor VII (rFVIIa) có hiệu quả các ca xuất huyết nặng (*Chuansumrit et al., Blood Coagul Fibrinolysis. 2005 Nov;16(8):549-55*).

APTT, PT kéo dài có liên quan chặt chẽ với mức độ thất thoát huyết tương (*Wills et al. Am J Trop Med Hyg. 2009 Oct;81(4):638-44*)

Cả 2 loại dịch tinh thể (Lactat Ringer và Mặn 0.9%) đều hiệu quả như nhau trong điều trị sốc SXH (Ngo NT et al. Clin Infect Dis. 2001;32:204-13)

Lactat Ringer được chỉ định cho trẻ em bị HCSD với mức độ sốc vừa. Dextran hoặc HAESTERIL 6% được truyền cho trẻ bị sốc nặng, Dextran gây nhiều tác dụng phụ hơn so với Haesteril (Wills et al. N Engl J Med. 2005;353:877-89)

DD HAESTERIL 10% cũng có hiệu quả điều trị BN SXH có thất thoát huyết tương nặng như DD dextran-40 10%. Không có sự khác biệt về độ nặng và các biến chứng ở cả 2 nhóm, tuy nhiên biến chứng quá tải hay gập ở nhóm truyền DD keo (Kalayanarooj S. J Med Assoc Thai. 2008 Oct;91 Suppl 3:S97-103)

CPAP có giá trị hơn so với thở oxy trong SXHD (Cam BV et al. J Trop Pediatr. 2002 Dec;48(6):335-9).

Truyền tiểu cầu không làm giảm nguy cơ xuất huyết nặng trong SXH (Alex Chairulfatah et al. Dengue Bulletin – Vol 27, 2003 and J Pediatr 2003;143:682-4)

CÁC THIẾT BỊ CẦN THIẾT (TUYỂN HUYỆN)



Đo thời gian prothrombin (TQ)

Đo thời gian partial thromboplastin (TCK)

Đo Fibrinogen/ huyết tương

Có giá trị theo dõi mức độ thất thoát huyết tương và rối loạn đông máu

CPAP



Giảm công hô hấp
Cải thiện SpO₂
Giảm nguy cơ phù phổi

CHÂN THÀNH CẢM ƠN

