



CHẨN ĐOÁN SỚM, XỬ TRÍ BAN ĐẦU VÀ THEO DÕI BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở TRẺ EM

TS BS Nguyễn Minh Tuấn
Bệnh viện Nhi Đồng 1



NỘI DUNG

1. Phát hiện và chẩn đoán sớm SXHD
2. Xử trí ban đầu SXHD
3. Dặn dò và theo dõi SXHD



Chẩn đoán nghi ngờ SXH Dengue

Sống hoặc đi đến vùng có dịch.

Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu

- Biểu hiện xuất huyết (dấu hiệu dây thắt/xuất huyết tự nhiên)
- Nhức đầu, chán ăn
- Buồn nôn và nôn
- Da sung huyết, phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Hct bình thường, tăng.
- TC bình thường, hơi giảm
- BC thường giảm

Dấu hiệu cảnh báo

- Vật vã, lừ đừ, li bì
- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan
- Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ
- Xuất huyết niêm mạc:
- Gan to $> 2\text{cm}$
- Tiểu ít
- Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh
- AST/ALT ≥ 400 U/L*
- TDMB hoặc TDMP*

Theo dõi sát



Không



Điều trị tại nhà, ngoại trú

• Bệnh, các yếu tố khác đi kèm



Có



Nhập viện

Lưu ý: DHCB xảy ra ở giai đoạn giảm sốt



Phát ban giai đoạn sốt cao

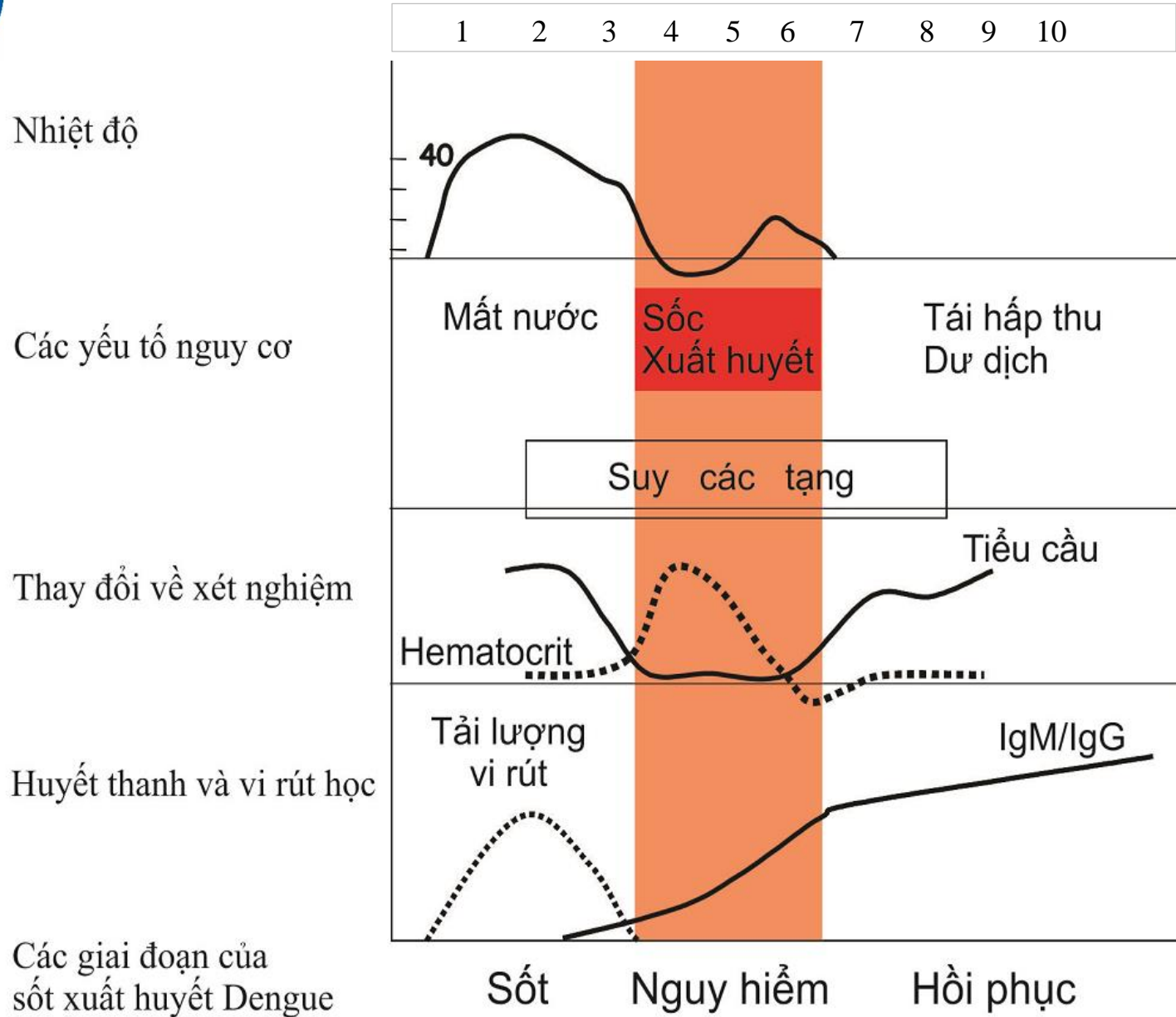


Phát ban giai đoạn hồi phục





CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG CỦA SXHD





Phân Độ Lâm Sàng

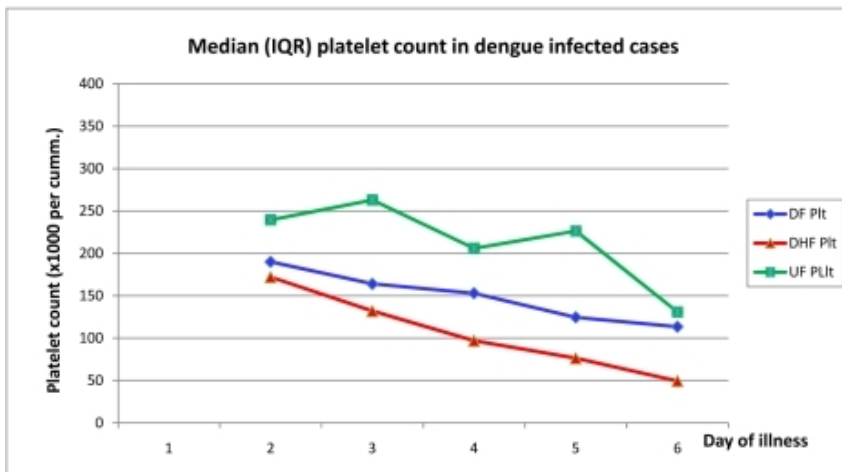
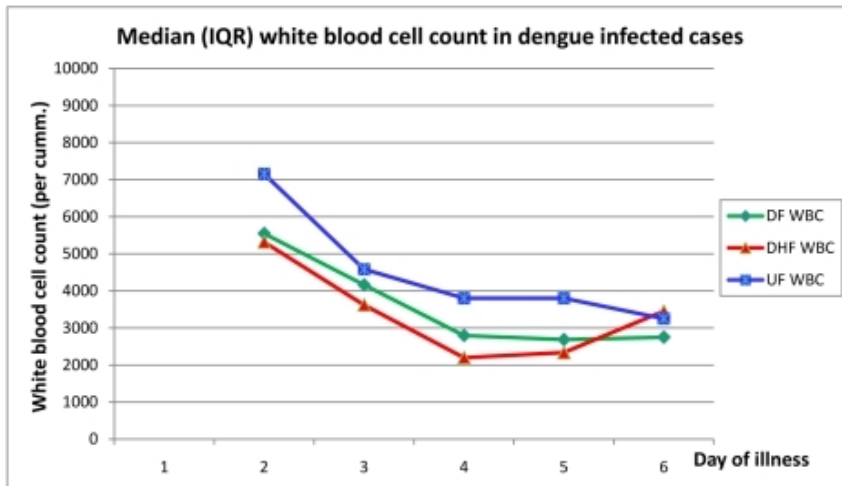
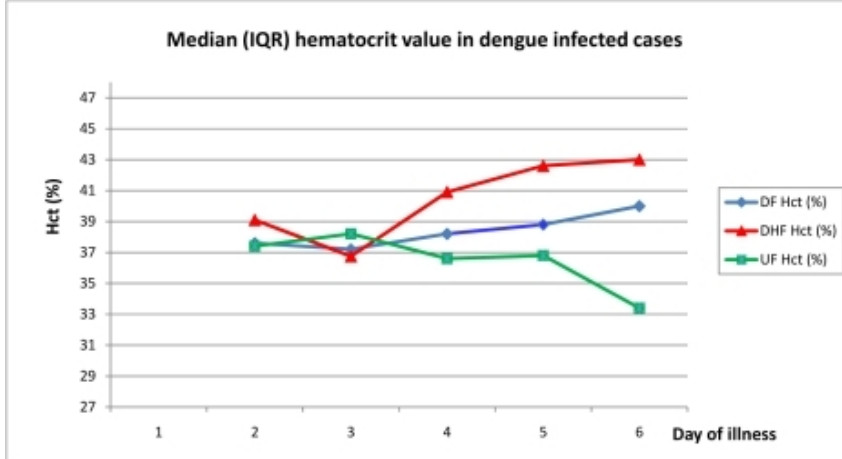
Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	Sống/đi đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none">- Buồn nôn, nôn.- Phát ban.- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.- Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+).- Hct bình thường hoặc tăng- Bạch cầu bình thường hoặc giảm.- Tiểu cầu bình thường hoặc giảm.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau <ul style="list-style-type: none">- Vật vã, lừ đừ, li bì.- Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan.- Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1 giờ hoặc ≥ 4 lần/6 giờ.- Xuất huyết niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiểu máu.- Gan to > 2cm dưới bờ sườn.- Tiểu ít.- Hct tăng kèm tiểu cầu giảm nhanh.- AST/ALT ≥ 400U/L*.- Tràn dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc Xquang*.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau <ol style="list-style-type: none">1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới<ul style="list-style-type: none">- Sốc SXHD, sốc SXHD nặng.- Ú dịch, biểu hiện suy hô hấp2. Xuất huyết nặng3. Suy các tạng<ul style="list-style-type: none">- Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000U/L.- Thần kinh trung ương: rối loạn ý thức.- Tim và các cơ quan khác.

* Nếu có điều kiện thực hiện



Phát hiện, chẩn đoán sớm

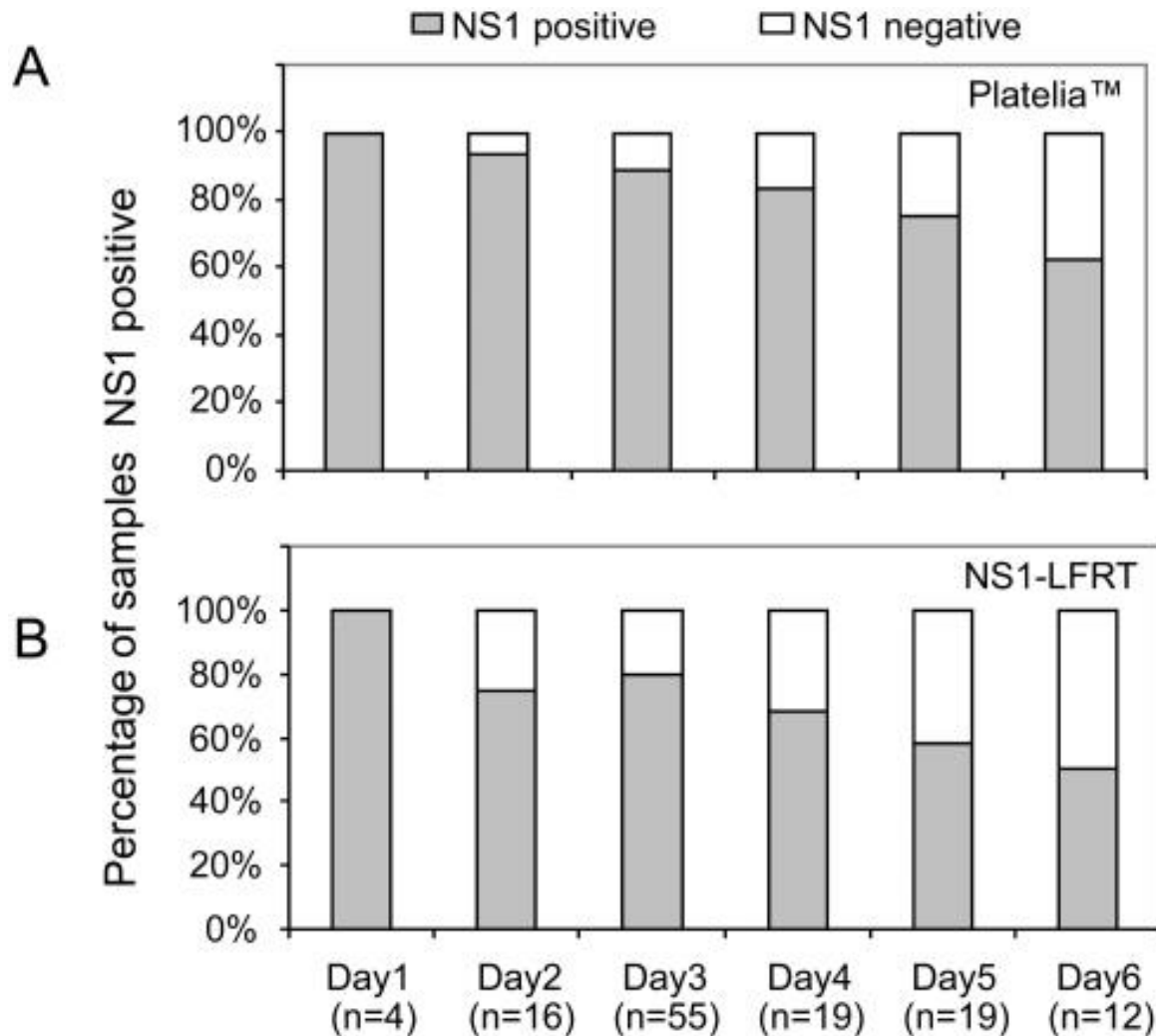
- Dịch tễ
- Dấu hiệu cơ năng
- Dấu hiệu thực thể: dấu dây thắt (+)
- Xét nghiệm:
 - Tổng phân tích tế bào máu
 - NS1



Sirivichayakul C et al, 2012.
 Dengue infection in children in Ratchaburi, Thailand: a cohort study.
 II. Clinical manifestations.



Sensitivity by day of illness of NS1 diagnostic tests, in Vietnamese children





TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

- SXHD có DHCB
- Người bệnh thấy khó chịu hơn mặc dù sốt giảm hoặc hết sốt.
- Không ăn, uống được.
- Nôn ói nhiều.
- Đau bụng nhiều.
- Tay chân lạnh, ẩm.
- Mệt lả, bứt rứt.
- Chảy máu mũi, miệng hoặc xuất huyết âm đạo.
- Không tiểu trên 6 giờ.
- Biểu hiện hành vi thay đổi như lú lẫn, tăng kích thích, vật vã hoặc li bì.



LƯU Ý

Các yếu tố khác cần xem xét :

- Sống một mình.
- Nhà xa cơ sở y tế, không thể nhập viện kịp thời khi bệnh trở nặng.
- Gia đình không có khả năng theo dõi.
- Trẻ nhũ nhi.
- Dư cân béo phì.
- Phụ nữ có thai.
- Người lớn tuổi (> 60 tuổi).

Trường hợp chưa đủ điều kiện nhập viện, có thể khám lại trong cùng một ngày (chiều, tối)



LƯU Ý

Bệnh nhân tiền sốc, sốc → nhập cấp cứu,
phòng cấp cứu

Bệnh nhân có dấu cảnh báo → nhập viện



CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG

- Kháng nguyên NS1
- Huyết thanh chẩn đoán: MAC-ELISA từ ngày 5 trở đi tìm kháng thể IgM
- Phản ứng khuếch đại chuỗi gene (PCR)
- Phân lập siêu vi



Phân biệt sốc SXHD và sốc SXHD nặng

	SỐC SXHD	SỐC SXHD NẶNG
Tri giác	Tỉnh táo	Bứt rứt, vật vã, kích thích hoặc lơ mơ
Độ ẩm chi	Mát	Lạnh, ẩm Da nổi vân tím
Thời gian đổ đầy mao mạch (CRT)	≥ 3 giây	Rất chậm
Mạch	Nhẹ, yếu	Không bắt được
Huyết áp	Tụt, hiệu áp ≤ 20 mmHg	Không đo được
Nhịp tim	Nhanh	Rất nhanh hoặc chậm nếu sốc lâu
Nhịp thở và kiểu thở	Nhanh	Toan chuyển hóa hoặc thở nhanh sâu Kussmaul
Nước tiểu	Giảm	Giảm hoặc vô niệu



DẶN DÒ BỆNH NHÂN

- * **Cách chăm sóc tại nhà:** ăn thức ăn mềm lỏng dễ tiêu, uống nhiều nước, tránh thức ăn có màu đen/nâu/đỏ, hạ sốt
- * **Khám lại ngay khi:** ói nhiều, hết sốt nhưng ù, mệt, lạnh chân tay, xuất huyết...
- * **Khám lại theo hẹn:**
 - Mỗi ngày cho đến khi hết sốt liên tục > 48 giờ (> N7)
 - Thử TPTTBM mỗi ngày trong giai đoạn nguy hiểm (thường N3-6)



LƯU Ý

- Bệnh nhân đang theo dõi chẩn đoán và diễn tiến: TPTTBM/Hct mỗi ngày
- Bệnh nhân sốc/sốc SXHD nặng:
Xét nghiệm lúc vào sốc: TPTTBM, ion đồ, CN gan-thận, lactate, khí máu động mạch, đường huyết mao mạch
- Bệnh nhân có XHTH: CN đông máu
- Xét nghiệm chẩn đoán xác định trong các trường hợp SXHD có DHCB có chỉ định truyền dịch, SXHD nặng (NS1/IgM Dengue)



HẠ SỐT

Paracetamol 10-15 mg/kg/lần x 3-4 lần/ngày khi $\geq 39^{\circ}\text{C}$, lau mát bằng nước ấm khi sốt cao

- Tránh dùng paracetamol trong trường hợp sốt $< 39^{\circ}\text{C}$ để tránh ảnh hưởng chức năng gan
- Không dùng aspirin, ibuprofen, cắt lể
- Không truyền dịch khi không có đúng chỉ định

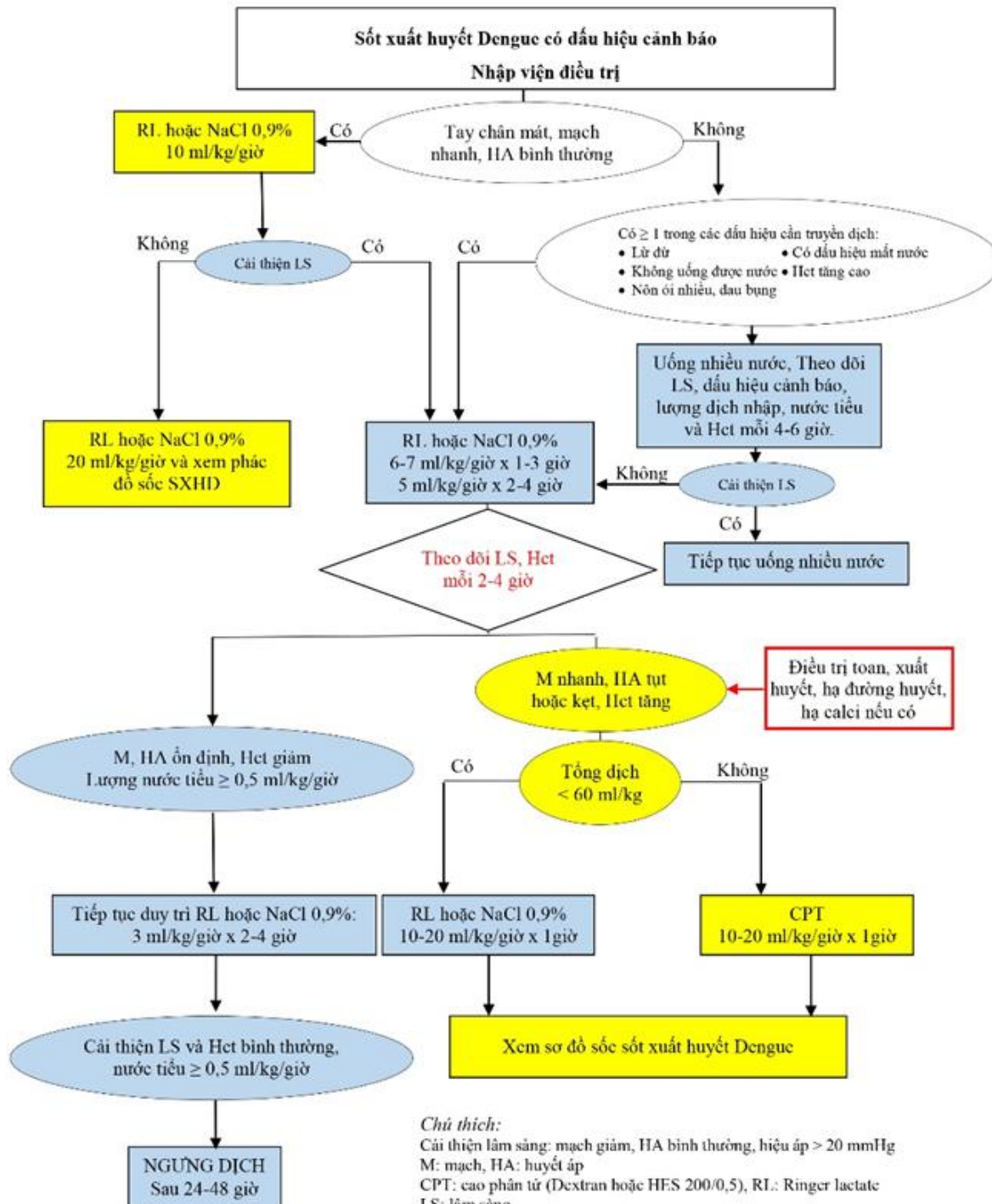


Chỉ định truyền dịch SXHD có DHCB

Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, mặc dù huyết áp vẫn ổn định:

- nôn nhiều,
- có dấu hiệu mất nước,
- lừ đừ, hematocrit tăng cao

XỬ TRÍ SXHD CÓ DHCB



Chú thích:

Cải thiện lâm sàng: mạch giảm, HIA bình thường, hiệu áp > 20 mmHg

M: mạch, HA: huyết áp

CPT: cao phân tử (Dextran hoặc HES 200/0,5), RL: Ringer lactate

LS: lâm sàng

XỬ TRÍ SXHD CÓ DHCB

Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Nhập viện điều trị

Tay chân mát, mạch nhanh, HA bình thường

RI. hoặc NaCl 0,9% 10 ml/kg/giờ

- Có ≥ 1 trong các dấu hiệu cần truyền dịch:
- Lừ đừ
 - Có dấu hiệu mất nước
 - Không uống được nước
 - Hct tăng cao
 - Nôn ói nhiều, đau bụng

Không

Cải thiện LS

Có

Có

RI. hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/giờ và xem phác đồ sốt SXHD

RI. hoặc NaCl 0,9% 6-7 ml/kg/giờ x 1-3 giờ
5 ml/kg/giờ x 2-4 giờ

Uống nhiều nước, Theo dõi LS, dấu hiệu cảnh báo, lượng dịch nhập, nước tiểu và Hct mỗi 4-6 giờ.

Không

Cải thiện LS

Có

Tiếp tục uống nhiều nước

Theo dõi LS, Hct mỗi 2-4 giờ

Điều trị toan, xuất huyết, hạ đường huyết, hạ calci nếu có

M nhanh, HA tụt hoặc kẹt, Hct tăng

M, HA ổn định, Hct giảm

Có

Không

Có



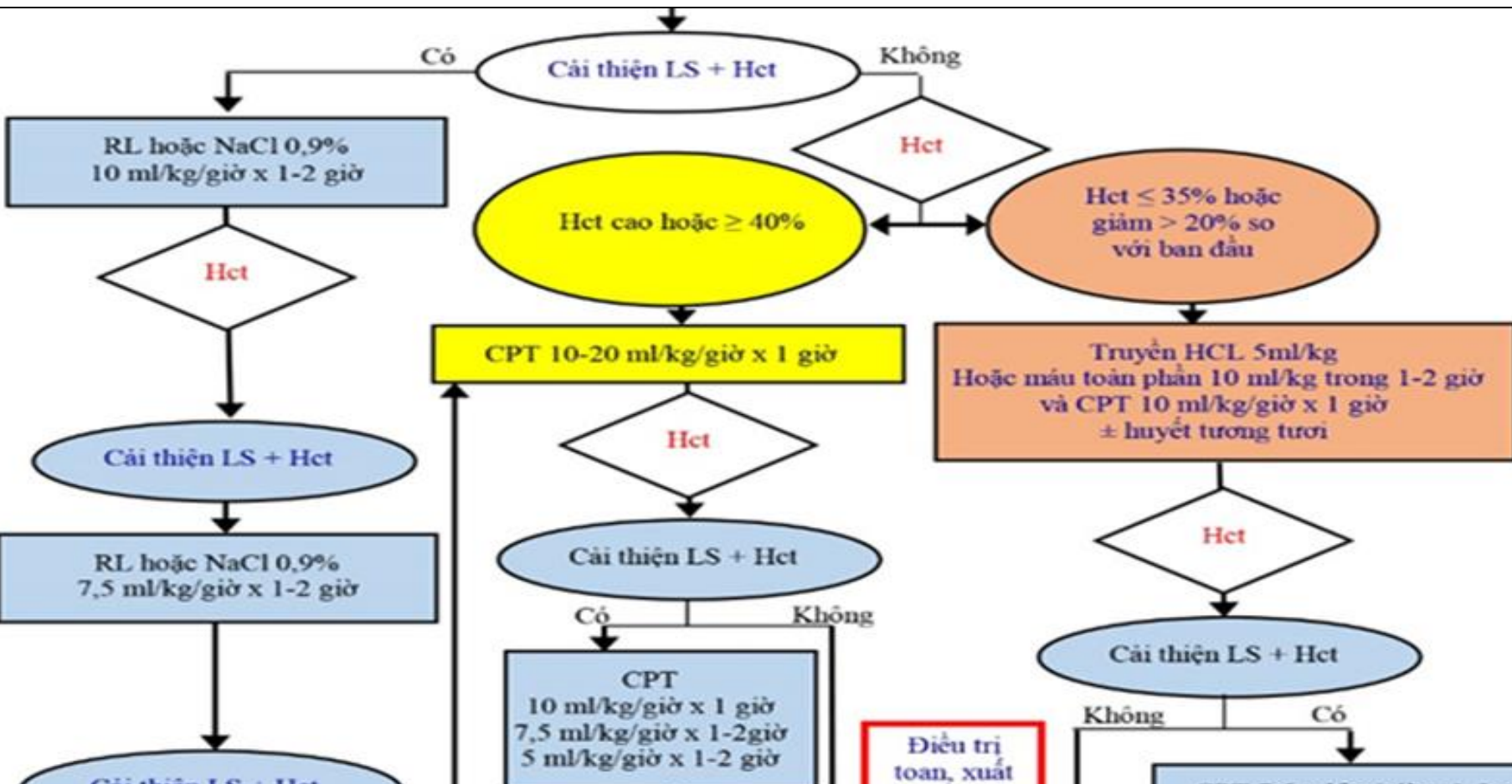
ĐIỀU TRỊ SỐC SXH DENGUE

Sốc sốt xuất huyết Dengue
Mạch nhanh, HA tụt hoặc kẹt ≤ 20 mmHg*

Thở oxy

- RL hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/giờ x 1 giờ

- RL hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/30 phút trường hợp tụt HA nặng (HATT: trẻ < 10 tuổi $< (70 + 2$ tuổi) mmHg, trẻ ≥ 10 tuổi < 90 mmHg)





ĐIỀU TRỊ SỐC SXH DENGUE NẶNG

Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng
Mạch = 0 và HA = 0 hoặc tụt HA nặng (HA tâm thu < 70 mmHg ở trẻ >1 tuổi) hoặc hiệu áp ≤ 10 mmHg

Thở oxy

RL hoặc NaCl 0,9% 20 ml/kg/15 phút

Đánh giá M, HA

M rõ, HA bt

CPT 10 ml/kg/giờ x 1 giờ

Hct

Cải thiện LS, Hct giảm $\leq 10\%$ so với ban đầu

CPT 7,5 ml/kg/giờ x 1-2 giờ
CPT 5 ml/kg/giờ x 1-2 giờ

Ra sốc, Hct bt

Chuyển điện giải
RL hay NaCl 0,9%
5 ml/kg/giờ x 2-4 giờ
2-3 ml/kg/giờ x 24-36 giờ

M, HA, Hct bt,
mức tiêu $> 0,5$ ml/kg/giờ

HA kẹt hay giảm

CPT 15-20 ml/kg/giờ x 1 giờ

Cải thiện LS

có

không

CPT 10 ml/kg/giờ x 1 giờ

Hct cao
hay $> 40\%$

CPT 10-20 ml/kg/giờ

SỐC THẤT BẠI BÙ DỊCH

Đo CVP, HAXL

M = 0 và HA = 0

CPT 20 ml/kg/15 phút

Cải thiện LS

không

có

CPT 10 ml/kg/giờ x 1 giờ

Hct thấp ($< 35\%$)
Hay giảm $> 20\%$ so với ban đầu

HCL 5 ml/kg hay máu toàn phần
10 ml/kg trong 1-2 giờ \pm HTĐL
và CPT 10 ml/kg/giờ

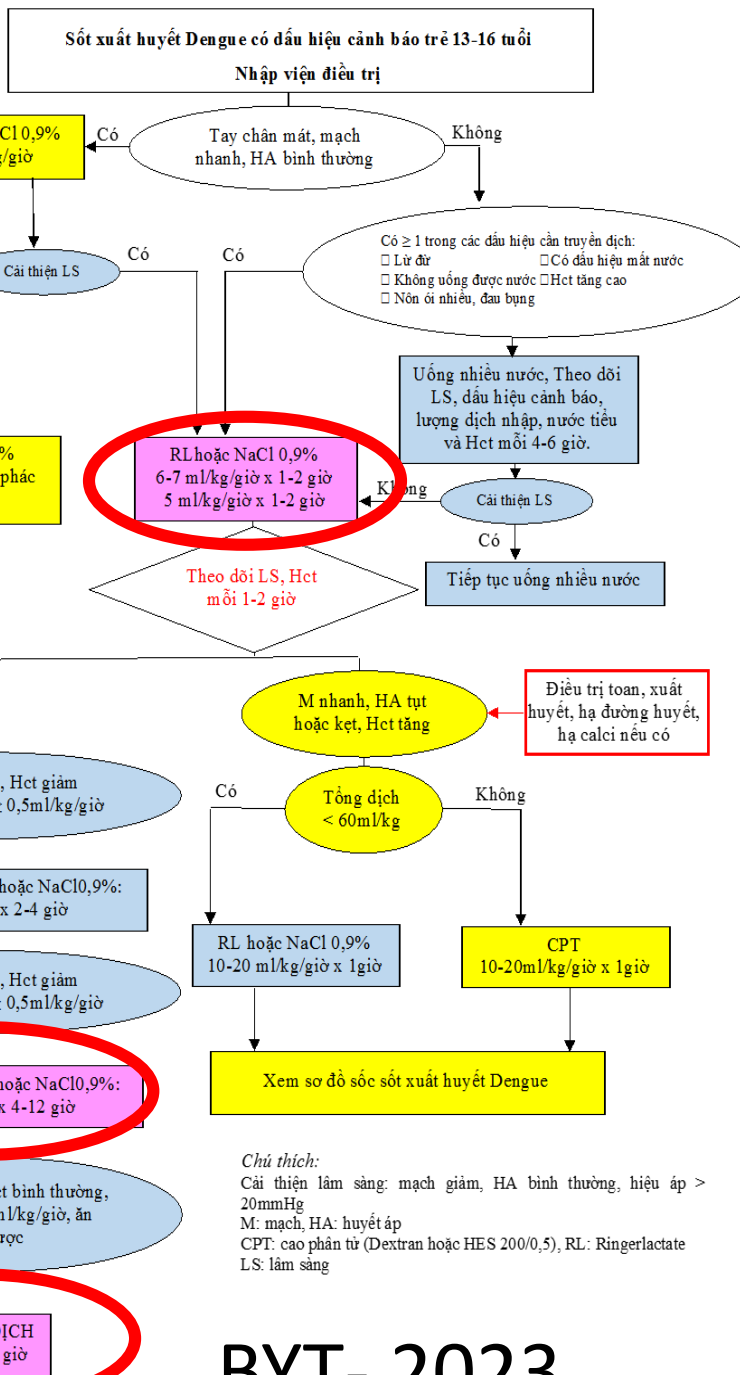
Cải thiện LS, Hct

không

có

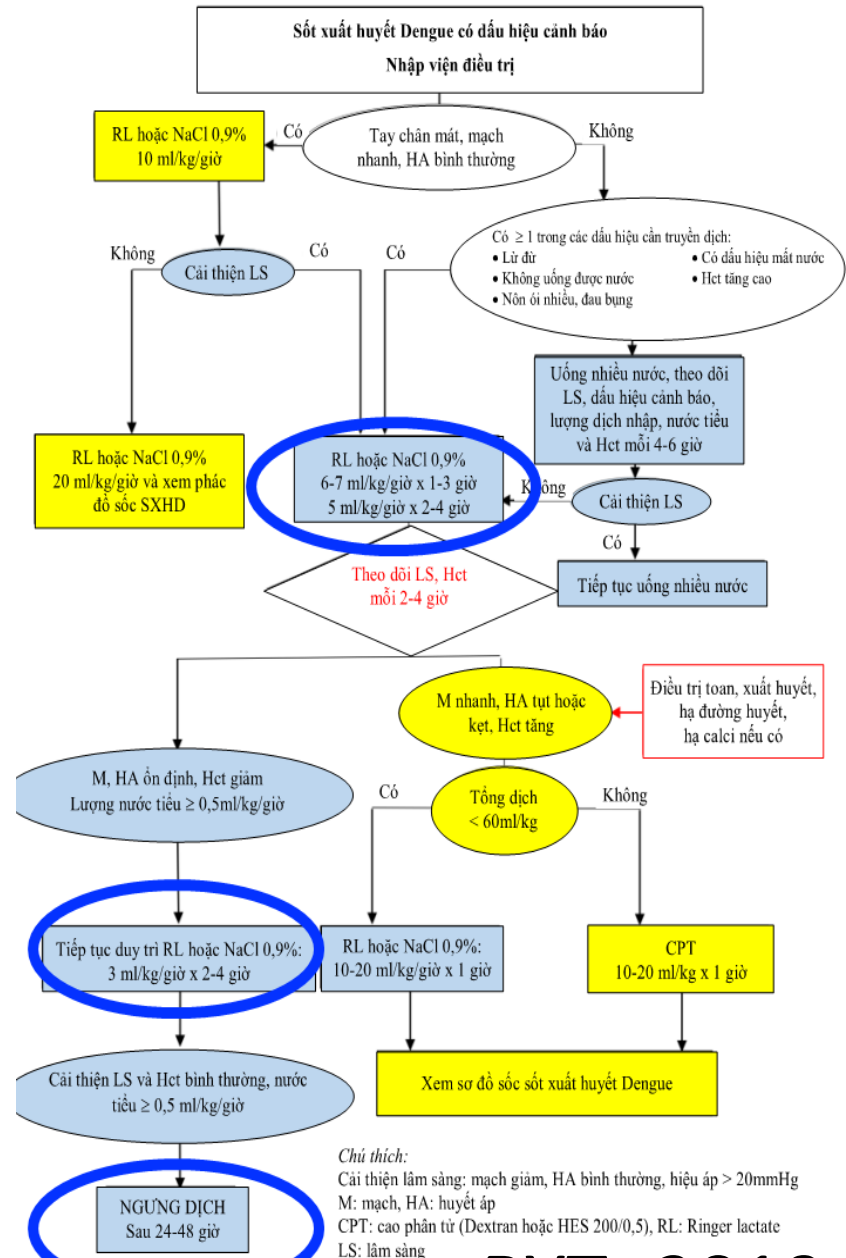
Hội chẩn chuyên gia
Điều trị toàn, xuất huyết tiêu hóa,
hạ đường huyết, hạ calci

13-16 TUỔI



BYT- 2023

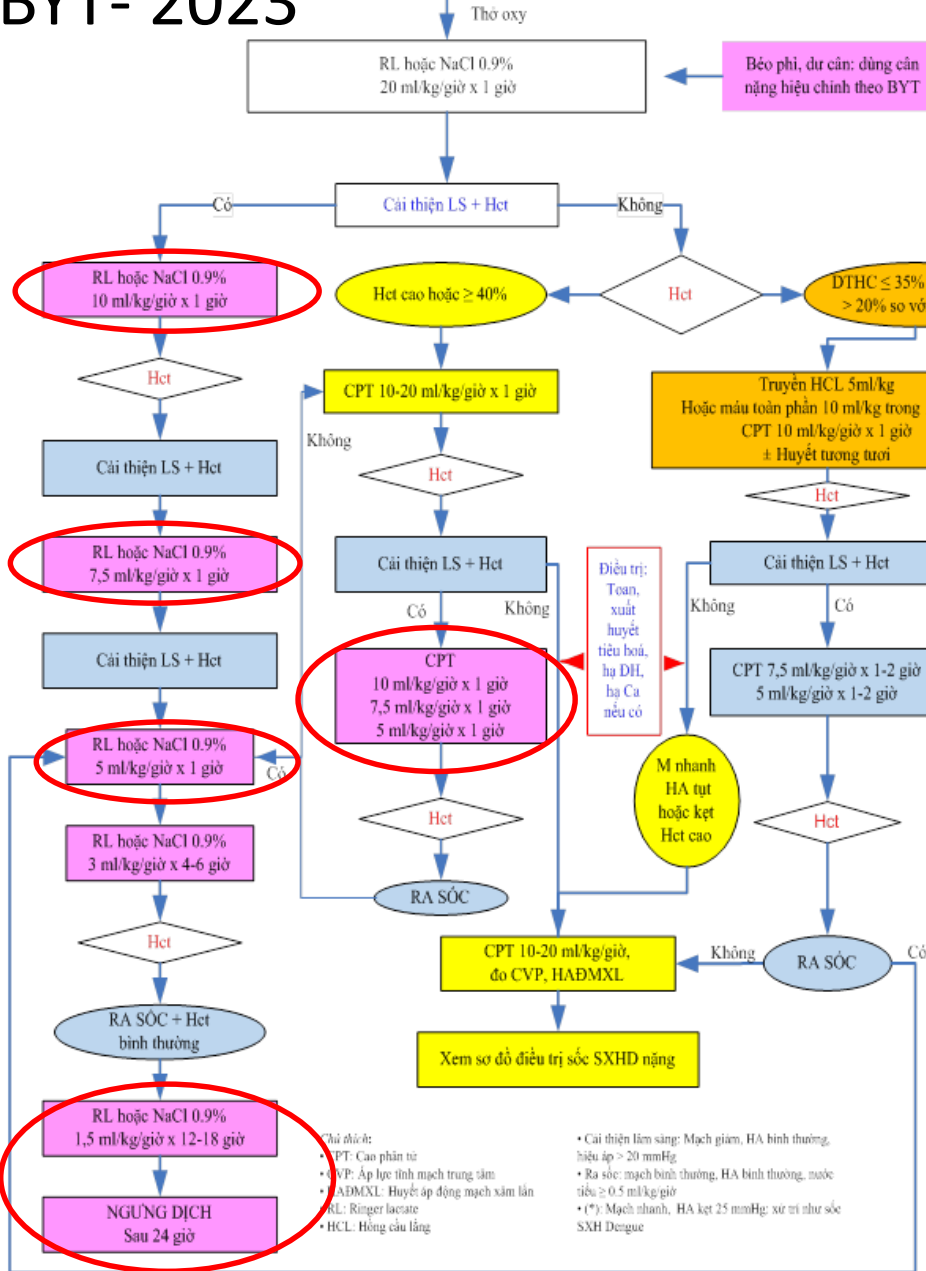
SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SXHD CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO Ở TRẺ EM



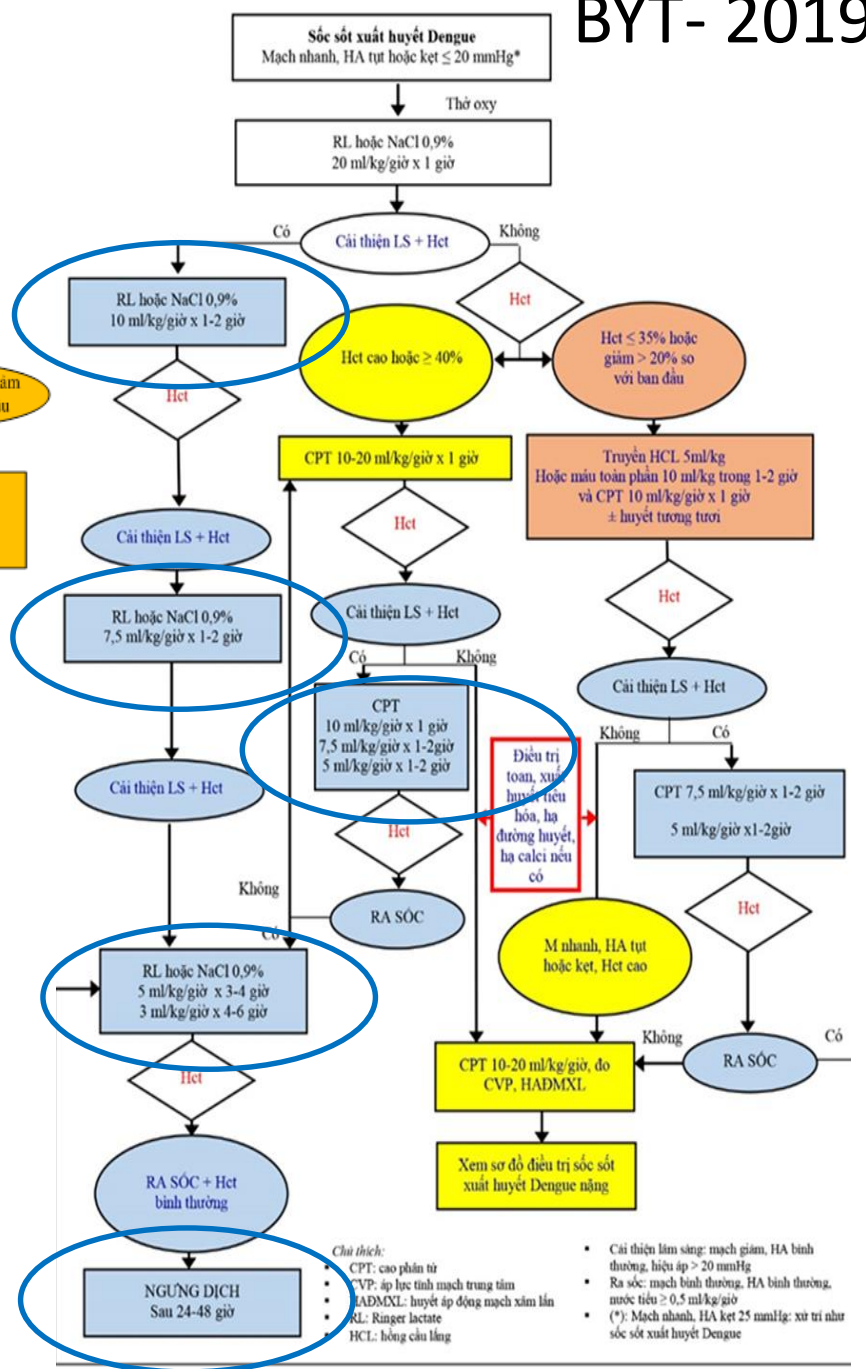
BYT- 2019

13-16 TUỔI
BYT- 2023

SỐC SỢT XUẤT HUYẾT DENGUE TRẺ 13-16 TUỔI
Mạch nhanh, HA tụt hoặc kẹt ≤ 20 mmHg *



BYT- 2019





SXH dengue ở trẻ mắc thalassemia

- So với trẻ bình thường bị SXHD, bệnh nhân thalassemia khi bị SXHD:
 - + Có Hct nền thấp, vì thế cô đặc máu khi Hct tăng 20% so với Hct nền
 - + Tổn thương cơ tim, suy tim, gan nhiều hơn
 - + Sốc SXHD ở trẻ thalassemia thường nặng
- Điều trị SXHD ở bệnh nhân thalassemia:
 - + SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo: Truyền máu sớm, duy trì Hct 25% đến 30% và sử dụng dung dịch Natri chlorua 0,9%, Ringer acetate khi có chỉ định do thường có tổn thương gan.



SXH dengue ở trẻ mắc thalassemia

+ Sốc SXHD ở trẻ thalassemia:

Lựa chọn ban đầu là **Natri chlorua 0,9%, Ringer acetate**.

Trường hợp **sốc nặng**: tốc độ dịch chống sốc ban đầu là **15-20ml/kg/15-30 phút** và theo dõi sát tình trạng quá tải, suy hô hấp.

Truyền máu sớm khi Hct dưới 30% sau khi bù dịch chống sốc.

Đo **CVP, huyết áp xâm lấn**, siêu âm bụng, tim, phổi, X quang phổi, khí máu động mạch, ion đồ, men tim, chức năng gan, thận, chức năng đông máu, đo cung lượng tim (nếu có).

- Xem xét thuốc vận mạch khi bù đủ dịch mà huyết áp còn thấp.



Sử dụng CPT trong điều trị SXH Dengue

Theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị SXH Dengue của BYT (Quyết định 3705/QĐ-BYT), chọn lựa một trong các dung dịch CPT **HES 200**, **Dextran 40**, **Dextran 70** trong các trường hợp:

- Sốc SXH Dengue nặng
- Sốc SXH Dengue và thất bại dung dịch điện giải
- Sốt SXH Dengue có DHCB thất bại điều trị với tổng liều dung dịch điện giải > 60 ml/kg



Trẻ dư cân, béo phì

Khuyến cáo áp dụng tính cân nặng bù dịch cho trẻ dư cân, béo phì này chỉ ước tính cho những giờ đầu và theo dõi sát trong khi bù dịch.

Tính cân nặng hiệu chỉnh của hướng dẫn Bộ Y tế theo CDC



Trẻ dư cân, béo phì

- Tính cân nặng theo hướng dẫn CDC

Tuổi (năm)	Nam (kg)	Nữ (kg)
2	13	12
3	14	14
4	16	16
5	18	18
6	21	20
7	23	23
8	26	26
9	29	29
10	32	33
11	36	37
12	40	42
13	45	46
14	51	49
15	56	52
16	61	54



CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Nhiễm siêu vi
2. Tay chân miệng
3. Sốc nhiễm trùng
4. Viêm cơ tim
5. Viêm ruột thừa
6. Những trường hợp tiểu cầu giảm (từ trước) và sốt: động kinh đang điều trị, tim bẩm sinh tím hoặc cao áp phổi, bệnh gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa, xuất huyết giảm tiểu cầu...



Sốc SXHD \neq Sốc nhiễm khuẩn

Sốc SXHD

- LS: vẩy mặt nhiễm trùng (-)
- Ổ nhiễm trùng (-)
- BC \perp/\downarrow , lymphocyte atypique
- Hct tăng
- CRP/PCT bình thường
- Siêu âm: TDMP, MB, tụ dịch dưới bao gan, phù nề thành túi mật (+)
- Xquang phổi: TDMP P
- NS1, MAC ELISA dengue (+)

Sốc nhiễm khuẩn

- LS: vẩy mặt nhiễm trùng (+)
- Ổ nhiễm trùng (+)
- BC tăng, Neutrophile tăng, hạt độc, không bào (+)
- Hct không tăng
- CRP/PCT tăng
- Siêu âm: TDMP, MB, tụ dịch dưới bao gan (-), phù nề thành túi mật (\pm)
- Xquang phổi: TDMP P (-)
- NS1, MAC ELISA dengue (-)



NHỮNG VIỆC LÀM / KHÔNG NÊN LÀM

NÊN LÀM	KHÔNG NÊN LÀM
Phải nghĩ đến chẩn đoán SXHD khi bệnh nhi sốt ≥ 3 ngày và tìm các dấu hiệu lâm sàng, làm xét nghiệm chẩn đoán SXHD.	Không nghĩ đến SXHD khi kết quả xét nghiệm NS1 âm tính.
Khi điều trị ngoại trú: Tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ≥ 2 ngày hoặc ngày 7 và dặn dò các dấu hiệu nặng cần tái khám ngay.	Tái khám cách nhau xa từ trên 2 ngày hoặc không dặn dò các dấu hiệu cảnh báo.
Khi điều trị ngoại trú phải kiểm tra Hct 1 lần/ngày. Giai đoạn nguy hiểm kiểm tra Hct 2 lần/ngày.	Không theo dõi Hct trong điều trị SXHD.
Kiểm tra Hct mỗi 1-2 giờ trong giai đoạn cấp cứu sốc.	Kiểm tra Hct cách quá xa trong giai đoạn cấp cứu sốc.
Sử dụng paracetamol khi người bệnh sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.	Cho aspirin hoặc ibuprofen để hạ sốt hoặc cho paracetamol khi người bệnh chỉ sốt $\leq 38,5^{\circ}\text{C}$.
Truyền dịch ở người bệnh SXHD có dấu hiệu cảnh báo không uống được.	Truyền dịch dự phòng cho tất cả người bệnh SXHD.
Dung dịch được lựa chọn trong điều trị sốc ban đầu là điện giải đẳng trương.	Dùng CPT trong điều trị ban đầu trong sốc SXHD.
SXHD có tổn thương gan, dung dịch lựa chọn là Ringer acetate hoặc NaCl 0,9%.	Dùng Ringer lactate để truyền dịch trong SXHD có tổn thương gan.



Chỉ định hội chẩn tại khoa, hội chẩn bệnh viện

- Sốc SXHD nặng.
- Tái sốc.
- SXHD cảnh báo kèm Hct tiếp tục tăng sau bù dịch điện giải theo phác đồ.
- Sốc SXHD thất bại với bù dịch điện giải giờ đầu.
- Khó thở xuất hiện khi truyền dịch.
- Hematocrit tăng quá cao $\geq 50\%$ hoặc $\leq 35\%$.
- Xuất huyết tiêu hoá: nôn ra máu, đi ngoài ra máu.
- Có tổn thương gan (AST/ALT ≥ 400 U/L).
- Rối loạn tri giác.
- Chẩn đoán phân biệt nhiễm khuẩn huyết.
- Nhũ nhi < 1 tuổi hoặc dư cân.
- Bệnh lý tim, phổi, thận, mạn tính.
- Bác sĩ lo lắng hoặc không an tâm khi điều trị.



Chỉ định hội chẩn với bệnh viện tuyến trên

- Sốc kéo dài thất bại với CPT > 100 ml/kg và thuốc vận mạch, tăng co cơ tim.
- Tái sốc nhiều lần (≥ 2 lần).
- Suy hô hấp thất bại với thở máy.
- Hội chứng ARDS.
- Suy thận cấp.
- Suy gan cấp.
- Hôn mê/co giật.
- Xuất huyết tiêu hóa nặng thất bại với bù máu và chế phẩm máu.
- Có chỉ định lọc máu.
- Trước chuyển đến bệnh viện tuyến trên.
- Theo ý kiến hội chẩn cần tham vấn tuyến trên.



TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG



Trường hợp 1

Bệnh nhân nữ, 16 tháng tuổi

N1-2: sốt 2 ngày, nhiệt độ 38-39°C, tiêu phân lỏng sệt 3-4 lần/ngày, không đàm máu, không ho sổ mũi, không ói. Uống hạ sốt có hạ. Bú và uống nước bình thường, đi khám tại bệnh viện ghi nhận: Tỉnh táo, vẻ lạnh, không dấu mất nước, mạch rõ 120 l/p, tay chân ấm, CRT < 2 giây. Họng đỏ sạch, không dấu xuất huyết da niêm. Cổ mềm, thóp phẳng. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Cân nặng 11,7 kg. Kết quả xét nghiệm: BC 14300/mm³, Neu 12200/mm³, Lym 2050/mm³, Hct 34%, TC 246.000/mm³. CRP 36 mg/L.

Chẩn đoán và xử trí phù hợp?

Chẩn đoán: Tiêu chảy nhiễm trùng ngày 2.

Chẩn đoán phân biệt: 1) SXHD N2; 2) Sốt do NN khác.

Xử trí: Kháng sinh. ORS uống.

Paracetamol hạ sốt. Tái khám sau 1 ngày.



Trường hợp 1

N3: còn sốt, nhiệt độ 38-39°C, hết tiêu phân sệt, không ho sổ mũi, không ói. Bú và uống nước bình thường

Tỉnh táo, vẻ lạnh, không dấu mất nước, mạch rõ 120 l/p, tay chân ấm, CRT < 2 giây. Họng đỏ sạch, không dấu xuất huyết da niêm. Cổ mềm, thóp phẳng. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Chẩn đoán - Xử trí?

Xét nghiệm TPTTBM kiểm tra.

BC 6100/mm³, Neu 3200/mm³, Lym 2850/mm³, Hct 34%, TC 162.000/mm³.

Chẩn đoán: Tiêu chảy nhiễm trùng ngày 3.

Chẩn đoán phân biệt: 1) SXHD N3; 2) Nhiễm siêu vi.

Xử trí: Tiếp tục kháng sinh. ORS uống.

Paracetamol hạ sốt. Tái khám sau 1 ngày.



Trường hợp 1

N4: còn sốt, nhiệt độ 38-39°C, tiêu phân vàng, không ho sổ mũi, không ói. Bú và uống nước bình thường

Tỉnh táo, vẻ hơi đờ, không dấu mất nước, mạch rõ 120 l/p, tay chân ấm, CRT < 2 giây. Họng đỏ sạch, không dấu xuất huyết da niêm. Cổ mềm, thóp phẳng. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

Chẩn đoán - Xử trí?

Xét nghiệm TPTTBM kiểm tra.

BC 4300/mm³, Neu 1200/mm³, Lym 3050/mm³, Hct 36%, TC 132.000/mm³.

Chẩn đoán - Xử trí?

SXHD ngày 4 có DHCB. Nhập viện.



Trường hợp 2 Bệnh nhân nam, 13 tháng tuổi

- N1: Sốt nhẹ - trung bình, đau họng. Uống hạ sốt có hạ.
- N2: Còn sốt 38°C. Quấy, ăn bú ít. Khám tại bệnh viện: Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, không dấu mất nước, mạch rõ 120 l/p, tay chân ấm, CRT < 2 giây. Gan lách không to. Họng đỏ có vài vết loét ở thành trên họng, không dấu xuất huyết da niêm. Da có hai hồng ban mụn nước ở đầu gối và mông, không có ở lòng bàn tay chân.

Cổ mềm, thóp phẳng. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.
Cân nặng 13,8 kg.

Chẩn đoán - Xử trí?

Chẩn đoán: Tay chân miệng độ IA ngày 2.

Xử trí: Giảm đau, hạ sốt paracetamol. Bù nước. Tái khám sau 1 ngày.



Trường hợp 2

Bệnh nhân nam, 13 tháng tuổi

- N3: Sốt trung bình, đau họng, quấy. Ăn bú ít. Uống hạ sốt có hạ.
Tái khám:

Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, 38°C, không dấu mất nước, mạch rõ 120 l/p, tay chân ấm, CRT < 2 giây. Gan lách không to. Họng đỏ còn vết loét ở thành trên họng, không dấu xuất huyết da niêm. Da có hai hồng ban mụn nước ở đầu gối và mông, không có ở lòng bàn tay chân như trước. Không dấu xuất huyết da niêm.

Cổ mềm, thóp phẳng. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.
Chẩn đoán - Xử trí?

Xét nghiệm TPTTBM. BC 5400/mm³, Neu 2100/mm³, Lym 3250/mm³, Hct 34%, TC 156.000/mm³.

Chẩn đoán: Tay chân miệng độ IA ngày 2.

Chẩn đoán phân biệt: 1) SXHD N2; 2) Sốt do NN khác.

Xử trí: Giảm đau, hạ sốt paracetamol. Bù nước. Tái khám sau 1 ngày.



Trường hợp 2 Bệnh nhân nam, 13 tháng tuổi

• N4: Giảm sốt, đau họng, ít chơi, lừ đừ. Ăn bú ít. Tái khám:

Tỉnh táo, vẻ đừ, 37°C, không dấu mất nước, mạch rõ 120 l/p, tay chân ấm, CRT < 2 giây. Gan 2cm. Họng đỏ còn vết loét ở thành trên họng, không dấu xuất huyết da niêm. Da có hai hồng ban mụn nước ở đầu gối và mông, không có ở lòng bàn tay chân như trước.

Cổ mềm, thóp phẳng. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.
Chẩn đoán - Xử trí?

Xét nghiệm TPTTBM, NS1.

BC 2800/mm³, Neu 1200/mm³, Lym 1550/mm³, Hct 37%, TC 112.000/mm³.

NS1 +

Chẩn đoán: SXHD N4 + Tay chân miệng độ IA ngày 4.

Xử trí: Nhập viện. Giảm đau, hạ sốt paracetamol. Bù nước. TD sinh hiệu, Hct/12 giờ.



Trường hợp 3

Bệnh nhân nữ, 6 tuổi

- N1-2: Sốt cao liên tục từ 8g00 15/5/2022, nhức đầu, buồn nôn. Uống hạ sốt có hạ. Khám: Tỉnh, mạch rõ 90 l/p, chân tay ấm, CN 21 kg, không dấu xuất huyết, họng đỏ, cổ mềm. Các CQ khác chưa ghi nhận bất thường. Tiền căn CN và GĐ không ghi nhận bất thường.

BC 12600/mm³, N 10300/mm³, L 2200/mm³, Hct 38%, TC 220000/mm³. ĐT amoxicillin/clavulanic acid, ibuprofen. Hẹn tái khám sau 2 ngày.

- N3-4: Sốt có giảm. Vẫn ăn uống kém. Đau bụng từ 2g00 sáng 18/5/2022, nôn ói nhiều, mệt, đến khám tại BV:

Khám: Tỉnh, mạch rõ 118 l/p, HA 90/60 mmHg, chi mát, CRT < 3s, gan 2 cm. Không dấu xuất huyết tay chân. Chẩn đoán - Xử trí?

Chẩn đoán: Td SXH dengue cuối N3, có DHCB

Xử trí: Nhập khoa CC. Xét nghiệm Hct khẩn tại chỗ, TPTTBM, ion đồ, CN gan thận, lactat, khí máu, dextrostix, NS1, (\pm CRP)

KQ: Hct 44%

RL/NaCl 0,9% 10 ml/kg/giờ. Đánh giá lại sau 1 giờ.



Trường hợp 3 Bệnh nhân nữ, 6 tuổi

- Sau 1 giờ truyền dịch, mạch rõ 104 l/p, HA 90 mmHg, chi ấm, CRT < 3s.

BC 2450/mm³, N 1100/mm³, L 1300/mm³, Hct 43%, TC 94000/mm³, NS1 +

Chẩn đoán - Xử trí?

Chẩn đoán: SXH dengue cuối N3, có DHCB

Xử trí: Hct kiểm tra 41%

RL/NaCl 0,9% 7.5 ml/kg/giờ x 2 giờ.



Trường hợp 4

Bệnh nhân 10 tuổi, hậu phẫu ngày 2 viêm phúc mạc ruột thừa.

Từ N2-4 hậu phẫu BN sốt. Tiếp tục ĐT kháng sinh cefotaxime, metronidazole, amikacin

Hậu phẫu ngày 5, em sốt giảm, đờ, chi mát, mạch 118 l/p, HA 90/70 mmHg, đau bụng nhiều hạ sườn phải.

Chẩn đoán và xử trí ?

Chẩn đoán - Xử trí: Td Sốc nhiễm trùng. HP ngày 5 VPM ruột thừa

Chẩn đoán phân biệt: Sốc SXH Dengue N4/HP ngày 5 VPM ruột thừa

XT: Truyền dịch LR 20 ml/kg/giờ x 1 giờ

Xét nghiệm: Hct khẩn, TPTTBM, ion đồ, CN gan thận, dextrostix, lactate, KMĐM, NS1, cấy máu, siêu âm bụng tại giường

Kết quả XN: Hct khẩn 48%



Trường hợp 4

Sau 1 giờ, BN tỉnh, mạch rõ 100 l/p, HA 100/70 mmHg, chi ấm, CRT < 2s. Tim đều, phổi trong. Bụng mềm.

Kết quả XN: BC 3500/mm³, N 1200/mm³, L 2260/mm³, Hct 46%, TC 63000/mm³

Siêu âm: tụ dịch dưới bao gan, dày thành vách túi mật, tràn dịch màng phổi phải lượng ít

pH 7,41, pO₂ 179, PCO₂ 36, HCO₃ 14, BE -2,8

XT tiếp tục: LR 10 ml/kg/giờ x 1 giờ

Lactate 2,9 mmol/L, NS1 +

CD xác định: Sốc SXH Dengue N4 / HP ngày 5 VPM ruột thừa

Thank
you

