

DIỄN TIẾN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP TRONG ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN GIANG

TA VĂN TRÂM¹, PHẠM THẾ HIỀN²

¹Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang, ²Trường Đại học Trà Vinh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khi điều trị, ở mỗi trường hợp cần cân nhắc liều lượng dịch truyền và thời gian truyền dịch khác nhau. Chẩn đoán sốc hiệu quả là yếu tố quyết định thành công trong điều trị SXHD có sốc.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các diễn tiến và kết quả điều trị của các biện pháp điều trị kết hợp.

Phương pháp: Mô tả hàng loạt ca hồi cứu.

Kết quả: Tỉ lệ truyền máu, suy hô hấp, xuất huyết tiêu hóa cao ở nhóm SXHD sốc nặng hoặc tái sốc. Liều dịch truyền của nhóm SXHD sốc nặng có rối loạn đông máu, xuất huyết tiêu hóa cao hơn nhóm SXHD nhưng không nhất thiết thời gian truyền dịch lâu hơn. Kết quả điều trị: Chỉ có 2 trường hợp tử vong (0,3%).

Kết luận: Rối loạn đông máu, suy hô hấp, xuất huyết tiêu hóa có ảnh hưởng đến truyền dịch.

Từ khóa: Dịch truyền, rối loạn đông máu, suy hô hấp, xuất huyết tiêu hóa, sốt xuất huyết Dengue.

SUMMARY

PROGRESS AND TREATED RESULTS OF COMBINATION THERAPY IN TREATMENT OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: When treated, in each case to consider total fluid volume and infused time. Anti shock effect is the decisive factor in the successful treatment of DHF shock.

Objective: Determine the rate of clinical progression and outcome of combination treatment therapy.

Methods: Case series study.

Results: The rate of blood transfusion, respiratory distress, gastro-intestinal bleeding higher in the group with severe shock or relapse of shock. Total fluid volume of severe shock had coagulation abnormalities, gastro-intestinal bleeding higher than the group of DHF shock, but not necessarily longer infusion time. Treatment results: only 2 deaths (0.3%).

Conclusion: coagulation abnormalities, respiratory failure, gastro-intestinal bleeding affect fluid infusion

Keywords: Fluid infusion, coagulation abnormalities, respiratory distress, gastro-intestinal bleeding, Dengue hemorrhagic fever.

Chịu trách nhiệm: Phạm Thế Hiền

Địa chỉ: Trường Đại học Trà Vinh

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận: 28/12/2016

Ngày phản biện: 06/1/2017

Ngày duyệt bài: 14/1/2017

Ngày xuất bản: 30/1/2017

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ chế bệnh sinh chính của sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là tăng tính thấm thành mạch gây thất thoát huyết tương, hậu quả gây sốc giảm thể tích, xuất huyết và suy đa cơ quan. Nguyên nhân gây tử vong trong sốc SXHD là do chẩn đoán không hiệu quả, làm sốc kéo dài, gây suy đa cơ quan và cuối cùng là tử vong. Nếu điều trị không đúng, nguy cơ tử vong có thể lên đến 20%. Chẩn đoán hiệu quả là yếu tố quyết định thành công trong điều trị SXHD có sốc.

Nguyên tắc điều trị sốc giảm thể tích là bù dịch kịp thời và đúng, cần truyền lượng dịch đủ để đảm bảo tuần hoàn hiệu quả, không quá thừa gây sốc kéo dài và cũng không quá dư gây quá tải, đặc biệt vào giai đoạn tái hấp thu. Phác đồ điều trị của Tổ chức Y tế Thế giới và Bộ Y tế Việt Nam là những hướng dẫn chung. Còn khi điều trị, ở mỗi trường hợp cần cân nhắc liều lượng dịch truyền và thời gian truyền dịch khác nhau.

Trong điều trị sốc SXHD, tùy mỗi trường hợp có những quyết định điều trị khác nhau. Nên việc thay đổi chỉ định dịch truyền như trên áp dụng cho tất cả mọi trường hợp có đạt được mục đích giữ được lượng dịch hiệu quả trong lòng mạch, không quá nhiều gây quá tải và không quá ít gây tái sốc hay không? Hiện nay vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng hiệu quả của phương thức theo dõi điều trị dịch truyền.

Trước tình hình trên, Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang là một bệnh viện lớn tiếp nhận khá nhiều trường hợp sốt xuất huyết khi có mùa dịch xảy ra trên địa bàn. Việc khảo sát và đánh giá lại hiệu quả điều trị dịch truyền trong thời gian qua là cần thiết để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và mang lại hiệu quả điều trị tốt nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Diễn tiến và kết quả điều trị của các biện pháp điều trị kết hợp trong điều trị sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang” với mục tiêu: Xác định tỉ lệ các diễn tiến và kết quả điều trị của các biện pháp điều trị kết hợp.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi sốt SXHD và SXHD có dấu hiệu cảnh báo điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 01/2014 đến hết tháng 12/2014.

Tiêu chí chọn vào: Được chẩn đoán xác định Sốt xuất huyết Dengue, có sốc và được chẩn đoán xác định dựa vào huyết thanh chẩn đoán IgM Dengue dương tính và/hoặc kháng nguyên NS1 dương tính.

Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân có bệnh nền: suy tim, suy thận; bệnh nhân thiếu các biến số quan trọng như: không ghi nhận Hct vào sốc, cân nặng, phân độ SXHD, chỉ ghi nhận mạch mà không đo huyết áp, bệnh nhân chuyển viện lên tuyến trên, bỏ về.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca hồi cứu.

3. Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Có 264 trường hợp được chọn vào mẫu nghiên cứu.

Rối loạn đông máu (RLDM)

Bảng 1. Tỷ lệ mức độ nặng lúc vào sốc và tái sốc theo điều trị rối loạn đông máu

		Không RLDM (N=198)	Có RLDM (N=66)	P (Fisher test)
Độ nặng lúc vào sốc	Cảnh báo	102 (91,07%)	10 (8,9%)	P < 0,001
	Có sốc N(%)	87 (69,6%)	38 (30,4%)	
	Sốc nặng N(%)	10 (37,03%)	17 (62,96%)	
Tái sốc	Có (N=25)	6 (24%)	19 (76%)*	P = 0,019
	Không (N=127)	88 (69,3%)	39 (30,7%)*	

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm SXHD sốc nặng có tỷ lệ rối loạn đông máu cao nhất so với nhóm sốc SXHD và nhóm cảnh báo. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điều này phù hợp với cơ chế rối loạn đông máu trong SXHD là do giảm tổng hợp các yếu tố đông máu trong tế bào gan, có hiện tượng tăng tiêu thụ các yếu tố đông máu trong lòng mạch và có sự thất thoát các yếu tố đông máu ra ngoài lòng mạch.

Nhóm bệnh nhi SXHD sốc nặng hoặc tái sốc có tỷ lệ rối loạn đông máu cao hơn nhóm SXHD có sốc hoặc không tái sốc. Điều này phù hợp vì nhóm sốc nặng hoặc tái sốc có rối loạn đông máu nhiều hơn do tình trạng toan chuyển hóa nặng hơn so với nhóm có sốc hoặc không tái sốc.

Có 9/66 trường hợp được truyền máu và các chế phẩm của máu chiếm tỷ lệ 13,63%. Trong đó 8 trường hợp truyền huyết tương tươi đông lạnh, chỉ có 1 trường hợp truyền hồng cầu lắng, không có trường hợp truyền kết tủa lạnh và tiểu cầu đậm đặc. Tỷ lệ truyền máu không có sự khác biệt ở nhóm SXHD sốc nặng và nhưng có sự khác biệt có ý nghĩa ở nhóm tái sốc (Fisher's exact test, $p < 0,05$).

Tỷ lệ có truyền máu và chế phẩm máu là 13,63%. Tỷ lệ này của tác giả Lý Tố Khanh là 36%. Tỷ lệ truyền huyết tương tươi đông lạnh và hồng cầu lắng chiếm tỷ lệ cao hơn tỷ lệ truyền kết tủa lạnh và tiểu cầu đậm đặc.

Bảng 2. Trung bình tổng lượng dịch truyền và thời gian truyền dịch giữa nhóm rối loạn đông máu và không rối loạn đông máu

	Không rối loạn đông máu (n=198)	Rối loạn đông máu (n=66)	P
TB tổng lượng dịch truyền (ml/kg)	160,96 ± 48,6	162,91 ± 54,73	0,79
TB tổng lượng dịch truyền trong 24h đầu (ml/kg)	105,38 ± 27,94*	129,34 ± 61,07*	0,002
TB tổng thời gian truyền dịch (giờ)	37,88 ± 11,47*	32,68 ± 9,32*	0,002

Nhóm có rối loạn đông máu có lượng dịch truyền cao hơn nhóm không rối loạn đông máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ tái sốc ở nhóm không rối loạn đông máu và nhóm rối loạn đông máu lần lượt là 4/198 (16%) và 21/66 (31,81%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) cho thấy bệnh nhi có rối loạn đông máu có khả năng rơi vào tái sốc nhiều hơn nhóm không rối loạn đông máu.

Tỷ lệ rối loạn đông máu nặng trong nghiên cứu chúng tôi là 25% so với tác giả Nguyễn Thái Sơn⁽¹⁾ là 56% và tác giả Huỳnh Nguyễn Duy Liêm⁽²⁾ là 31,2%. Theo nhiều tác giả khác, có mối liên quan giữa sốc SXHD nặng và rối loạn đông máu nặng. Trong cơ chế của sốc giảm thể tích, tình trạng thiếu oxy gây toan chuyển hóa và tình trạng thiếu dịch gây ứ trệ tuần hoàn là nguyên nhân gây rối loạn đông máu. Ngoài trừ những trường hợp rối loạn đông máu do tổn thương tế bào gan, những trường hợp có rối loạn đông máu nặng liên quan đến sốc thường có nguyên nhân tái sốc, sốc kéo dài trước đó. Vì vậy những trường hợp rối loạn đông máu thường có lượng dịch truyền nhiều và thời gian truyền dịch dài. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này của chúng tôi thời gian truyền dịch trong nhóm có rối loạn đông máu thấp hơn nhóm không rối loạn đông máu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Suy hô hấp

Bảng 3. Tỷ lệ mức độ nặng lúc vào sốc và tái sốc theo tình trạng suy hô hấp

		Không hỗ trợ HH (N=196)	Có hỗ trợ HH (N=68)	P
Độ nặng lúc vào sốc	Cảnh báo	97 (86,61%)	15 (13,39%)	P=0,001
	Có sốc N (%)	90 (72%)	35 (28%)*	
	Sốc nặng N(%)	9 (33%)	18 (66,67%)*	
Tái sốc	Có N (%)	13 (52%)	12 (48%)	P=0,131
	Không N (%)	86 (67,72%)	41 (32,28%)	

Có 68/264 trường hợp hỗ trợ hô hấp chiếm tỷ lệ 25,75%, trong đó thở oxy là 69,11% (47 trường hợp), thở CPAP chiếm 30,88% (21 trường hợp) và không có trường hợp thở máy. Tỷ lệ suy hô hấp có sự khác biệt ở nhóm SXHD sốc và sốc nặng ($p = 0,001$). Nhưng tỷ lệ suy hô hấp không có sự khác biệt ở nhóm tái sốc ($p > 0,05$).

Thở NCPAP được chỉ định trong trường hợp thất bại với thở oxy qua cannula, trong bệnh cảnh quá tải, phù phổi, ARDS. Ngoài ra khi có tràn dịch màng phổi, màng bụng, thở NCPAP cải thiện oxy hóa máu và giảm tỷ lệ các thủ thuật xâm lấn như chọc dò màng bụng, màng phổi và thở máy.

Tỷ lệ các phương pháp hỗ trợ hô hấp trong nghiên cứu chúng tôi: thở oxy qua cannula 69,11%, thở CPAP 30,88%, thở máy 0%. Tỷ lệ này của tác giả Phạm Thái Sơn lần lượt là 73,1%, 21,6%, 2,4%.

Qua kết quả trên, cho thấy hai phần ba các trường hợp suy hô hấp trong sốc SXHD đáp ứng tốt với thở oxy qua cannula. Một phần tư số trường hợp không đáp ứng với oxy phải thở CPAP. Không có trường hợp cần thở máy.

Đối với các trường hợp có suy hô hấp vì quá tải do tái hấp thu, lợi tiểu sẽ được chỉ định kèm theo các phương pháp hỗ trợ hô hấp trên.

Các bệnh nhi sốc nặng có tỉ lệ suy hô hấp cao hơn, có thể là do lượng huyết tương thất thoát ra khoang màng bụng và màng phổi nhiều gây chèn ép. Nhóm tái sốc cũng có tỉ lệ suy hô hấp cao hơn, có thể là do tràn dịch gây chèn ép hoặc cũng có thể do truyền dịch quá nhiều hoặc quá tải do tái hấp thu. Tuy nhiên, nghiên cứu hồi cứu không thể xác định được nguyên nhân suy hô hấp do tràn dịch lượng nhiều hay quá tải.

Bảng 3. Lượng dịch truyền trung bình và thời gian truyền dịch trung bình giữa nhóm suy hô hấp và không suy hô hấp (n=264)

	Không suy hô hấp	Suy hô hấp	P
TB tổng lượng dịch truyền (ml/kg)	158,25 ± 50,06*	170,72 ± 49,63*	0,03
TB tổng lượng dịch truyền trong 24h đầu (ml/kg)	106,45 ± 36*	126,25 ± 48,67*	0,002
TB tổng thời gian truyền dịch (giờ)	34,89 ± 10,98	35,51 ± 11,75	0,39

Nhóm suy hô hấp có trung bình lượng dịch truyền cao hơn nhóm không suy hô hấp và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên trung bình thời gian truyền dịch không khác biệt giữa các nhóm.

Trung bình tổng lượng dịch truyền ở nhóm suy hô hấp là 170,72 ml/kg với thời gian truyền dịch trung bình là 35,51 giờ, cao hơn so với nhóm không suy hô hấp với tổng dịch truyền trung bình là 158,25 ml/kg trong khoảng thời gian trung bình là 34,89 giờ.

Suy hô hấp trong sốt xuất huyết Dengue do nhiều nguyên nhân. Trong thời gian còn thất thoát huyết tương, suy hô hấp là do tràn dịch màng phổi, màng bụng gây chèn ép nhu mô phổi và cơ hoành, hoặc cũng có thể do quá tải do tốc độ truyền cao hơn nhiều so với tốc độ thoát mạch. Còn suy hô hấp sau khi ngưng dịch một khoảng thời gian, lúc bệnh nhân đã qua ngày 6 hoặc đến giai đoạn hồi phục, suy hô hấp lúc này là do quá tải do tái hấp thu dịch, nhất là ở những bệnh nhân có truyền đại phân tử thì lượng đại phân tử còn lưu thông trong lòng mạch sẽ kéo và giữ dịch trong lòng mạch nhiều hơn. Ở những trường hợp sốc kéo dài thì có một tỉ lệ có hội chứng nguy kịch hô hấp cấp hoặc do toan chuyển hóa nặng. Cuối cùng là SXHD dạng não.

Do nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu, nên khó phân biệt được suy hô hấp do quá tải hay suy hô hấp do tràn dịch màng phổi, màng bụng lượng nhiều.

Xuất huyết tiêu hóa

Bảng 4. Lượng dịch truyền trung bình và thời gian truyền dịch trung bình giữa nhóm xuất huyết tiêu hóa và không xuất huyết tiêu hóa

	Không xuất huyết tiêu hóa (n=243)	Xuất huyết tiêu hóa (n=21)	P
TB tổng lượng dịch truyền (ml/kg)	161,44 ± 46,99	165,18 ± 79,78	>0,05
TB tổng lượng dịch truyền trong 24h đầu (ml/kg)	111,18 ± 39,26	115,95 ± 53,67	>0,05
TB tổng thời gian truyền dịch (giờ)	33,93 ± 7,7	36,76 ± 11,4	>0,05

Tổng lượng dịch truyền và thời gian truyền dịch ở nhóm xuất huyết tiêu hóa nhiều hơn nhóm không xuất huyết tiêu hóa. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm tái sốc có 12% (3/25 trường hợp) có xuất huyết tiêu hóa, trong khi nhóm không tái sốc có 7,5% (18/239 trường hợp) có xuất huyết tiêu hóa. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nhóm có xuất huyết tiêu hóa có lượng dịch truyền nhiều hơn và thời gian truyền dịch lâu hơn nhóm không có xuất huyết tiêu hóa. Điều này là hiển nhiên trên lâm sàng, vì những trường hợp có xuất huyết tiêu hóa thường là những trường hợp nặng, có rối loạn đông máu nặng và thường có tái sốc hoặc sốc kéo dài, có trường hợp có suy đa cơ quan. Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm tái sốc có tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa cao hơn nhiều so với nhóm không xuất huyết tiêu hóa.

KẾT LUẬN

Tỉ lệ truyền máu, suy hô hấp, xuất huyết tiêu hóa cao ở nhóm SXHD sốc nặng hoặc tái sốc.

Lượng dịch truyền của nhóm SXHD sốc nặng có rối loạn đông máu, xuất huyết tiêu hóa cao hơn nhóm sốc SXHD nhưng không nhất thiết thời gian truyền dịch lâu hơn.

Kết quả điều trị: Chỉ có 2 trường hợp tử vong (0,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bạch Văn Cam, Nguyễn Minh Tiến (2005). *Tổn thương các cơ quan trong sốt xuất huyết Dengue kéo dài*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2005, 9: p. 7.
2. Huỳnh Nguyễn Duy Liêm (2009). *Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở trẻ em bị sốt sốt xuất huyết Dengue có rối loạn đông máu*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2009, 14: p. 7.
3. Nguyễn Minh Tiến (2009). *Hội chứng nguy kịch hô hấp cấp trong sốt xuất huyết Dengue kéo dài*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2009, 15: p. 7.
4. Nguyễn Thái Sơn, Nguyễn Trọng Lâm (1998). *Rối loạn đông máu trong sốt sốt xuất huyết Dengue và các yếu tố tiên lượng*.
5. Nguyễn Việt Trường (2010). *Theo dõi chăm sóc bệnh nhân sốt sốt xuất huyết suy hô hấp thở áp lực dương liên tục*. Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010, 15: p. 5.
6. Tạ Văn Trâm (2003). *Các yếu tố liên quan đến sốt sốt xuất huyết Dengue kéo dài ở trẻ em*. Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh. Luận văn tiến sĩ y học.