TRIỂN LÃM POSTER KHOA HỌC
DENGUE IN ACTION

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE: ỨNG DỤNG KHOA HỌC VÀO THỰC TIỄN HƯỚNG TỚI MỤC TIÊU QUẢN LÝ TOÀN DIỆN

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN KHÔNG BỆNH NỀN: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TỪ DIỄN TIẾN LÂM SÀNG ĐẾN GÁNH NẶNG Y TẾ

Thông tin về tác giả: BSCKI. Cao Thái Phúc, BSCKI. Võ Thanh Lâm, CN. Phạm Ngọc Bích Pha, BSCKII. Trần Nguyễn Hoàng Tú
Đơn vị công tác: Phòng Chỉ đạo tuyến - Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới
Thông tin liên hệ: email:cdtbvbnd@gmail.com, SĐT: 0963867721, Địa chỉ: 764 Võ Văn Kiệt, Phường Chợ Quán, Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Báo cáo ca sốt xuất huyết dengue nặng ở nữ 16 tuổi khỏe mạnh, diễn tiến sốc và suy hô hấp cấp phải can thiệp VV- ECMO 34 ngày. Dù gặp nhiều biến chứng nặng (xuất huyết, nhiễm nấm xâm lấn, huyết khối tĩnh mạch, nhiễm trùng đa kháng), bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 64 ngày điều trị (chi phí 862 triệu đồng). Ca bệnh cảnh báo tầm quan trọng của chẩn đoán sớm, chuyển viện an toàn và điều trị kịp thời.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết dengue (SXHD) thể nặng thường gặp ở bệnh nhân có cơ địa bép phì hoặc bệnh lý nền. Tuy nhiên, ca bệnh ghi nhận trẻ vị thành niên hoàn toàn khỏe mạnh vẫn diễn tiến sốc, suy hô hấp cần can thiệp ECMO và gặp nhiều biến chứng phức tạp.

THÔNG TIN BỆNH NHÂN

16 tuổi	Nữ	Khôngbệnh nền
Vị thành niên		

N4	NS1 (+)
Ngày bệnh vào sốc	Xác định Dengue

DIỄN TIẾN TRƯỚC NHẬP VIỆN (N1–N4)

N1 · 4/7
Khởi phát sốt, đau họng.

N2 · 5/7
Khám phòng khám tư, chẩn đoán viêm họng.

N3 · 6/7
Khám tại BV Đức Hòa, chẩn đoán viêm họng, có truyền hạ sốt và truyền dịch → chuyển BV Củ Chi.

N4 · 7/7
Tại BV Củ Chi: chẩn đoán SXHD, vào sốc, chống sốc, đặt nội khí quản → chuyển BVBNĐ (bóp bóng qua NKQ trên đường chuyển).

LÂM SÀNG LÚC NHẬP BVBNĐ

Bóp bóng qua nội khí quản, trong bệnh cảnh sốc:

92%	86 l/ph	100/60	37%	32 x10⁹/L
SpO2	Mạch	HA	Hct	Tiểu cầu

HA 100/60 mmHg với Noradrenalin liều 10 µg/phút

DIỄN TIẾN ĐIỀU TRỊ TẠI BVBNĐ — NGÀY 4 ĐẾN NGÀY 64

GIAI ĐOẠN 1 · SỐC VÀ HỒI SỨC BAN ĐẦU
07/7 – 10/7

- Tiếp nhận trong tình trạng sốc, mạch nhanh, HA tụt, khó thở; dịch truyền, Albumin, kháng sinh Piperacillin/Tazobactam + Vancomycin, truyền tiểu cầu.
- Diễn tiến chống sốc thuận lợi; tổn thương gan mức độ trung bình.

GIAI ĐOẠN 2 · SUY HÔ HẤP TIẾN TRIỂN →-VVECMO
11/7 – 15/7

- Tổn thương phổi tăng, suy hô hấp tiến triển → Meropenem + Colistin + Levofloxacin.
- Quá tải dịch, suy hô hấp tiến triển → lợi tiểu; tối ưu máy thở → chỉ định VV-ECMO

GIAI ĐOẠN 3 · BIẾN CHỨNG NẶNG TRONG QUÁ TRÌNH ECMO
16/7 – 18/8

- Nhiễm nấm xâm lấn → điều trị Caspofungin.
- Xuất huyết tiêu hóa, nghi loét dạ dày–tá tràng → Esomeprazol và chế phẩm máu.
- Tràn khí màng phổi → dẫn lưu màng phổi; xuất huyết khoang màng phổi nhiều.
- Đa niệu trong bệnh cảnh nặng → Desmopressin, điều chỉnh điện giải, bù Albumin nhiều đợt.
- Viêm phổi bệnh viện do A. baumannii đa kháng (2 đợt) → Ceftazidime/Avibactam + Aztreonam + Tigecycline (Đợt 1), Ampicillin/Sulbactam + Colistin (Đợt 2)
- Viêm phổi bệnh viện do C. striatum → Linezolid.
- Hô hấp dần cải thiện → 18/8 rút ECMO sau 34 ngày hỗ trợ.

GIAI ĐOẠN 4 · HẬU ECMO VÀ HỒI PHỤC
19/8 – 09/9

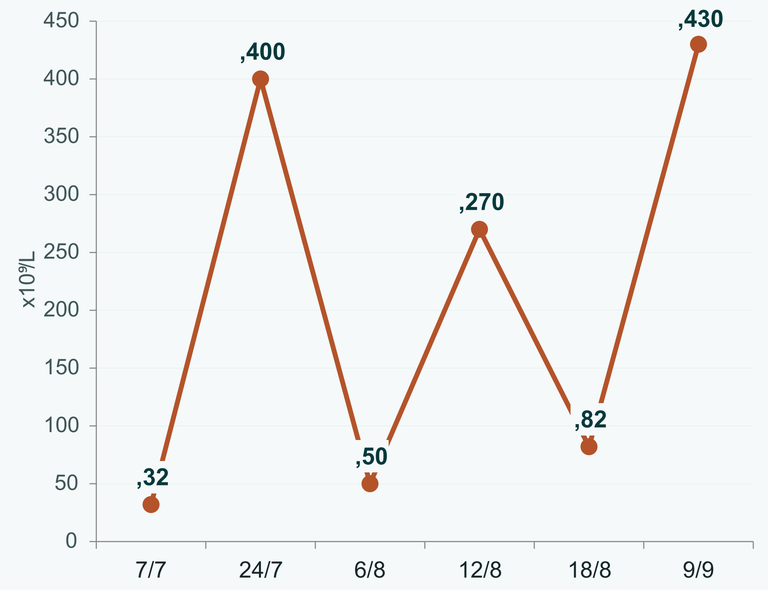
- Huyết khối tĩnh mạch cảnh trong (phải) sau rút catheter ECMO → Enoxaparin.
- Rút nội khí quản, chuyển HFNC; sau đó cai dần oxy.
- Chuyển Khoa Nhiễm C tiếp tục điều trị giai đoạn nhẹ.
- **Xuất viện, hô hấp và huyết động ổn định.**

ECMO

34 ngày
chạy VVECMO
(15/7 → 18/8)

Diễn tiến trên ECMO giật dòng nhiều lần do bệnh nhân đa niệu, phải bù dịch và Albumin nhiều đợt (tăng chi phí điều trị); biến chứng huyết khối tĩnh mạch cảnh trong phải sau rút catheter.

DIỄN TIẾN TIỂU CẦU (x10⁹/L)



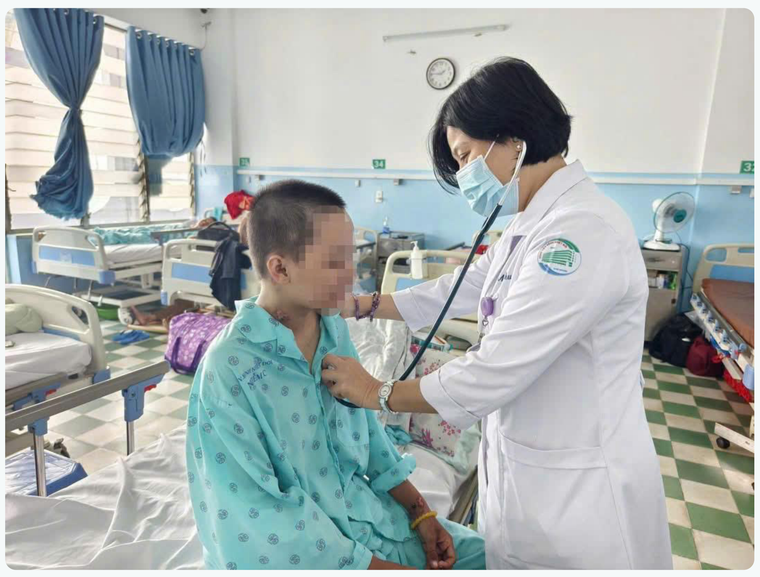
CẬN LÂM SÀNG KHÁC

- Gan: Bilirubin TP tối đa 29 µmol/L, AST tối đa 361 U/L — tổn thương gan mức độ trung bình.
- Thận: CrCl 50 ml/phút — tổn thương thận cấp giai đoạn đầu.
- Nhiễm trùng: Procalcitonin 28 ng/mL ngay ngày đầu nhập viện.

HÌNH ẢNH LÂM SÀNG



Bệnh nhân trong giai đoạn chạy ECMO tại Khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực – Chống độc người lớn.



Bệnh nhân trong giai đoạn hồi phục tại Khoa Nhiễm C.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

64	34	Khỏi
ngày nằm viện	ngày ECMO	xuất viện, ổn định

CHẾ PHẨM MÁU ĐÃ TRUYỀN

14	7
đơn vị hồng cầu	đơn vị tiểu cầu

GÁNH NẶNG CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ

862 triệu đồng	561 triệu	~301 triệu
tổng chi phí điều trị trực tiếp	BHYT chi trả	gia đình đồng chi trả

BÀI HỌC & KHUYẾN NGHỊ

- Không được bỏ sót SXHD trong chẩn đoán sốt cấp tính, đặc biệt ở vùng dịch tễ lưu hành.
- Truyền dịch không đúng chỉ định tại các cơ sở y tế tư nhân khi chưa có chẩn đoán xác định có thể góp phần làm bệnh cảnh nặng nề hơn.
- Chẩn đoán và xử trí muộn khiến bệnh nhân vào viện tuyến trước đã trong tình trạng sốc.
- Xử trí sốc ban đầu đúng nhưng chuyển viện chưa đảm bảo an toàn — cần quy trình vận chuyển bệnh nhân nặng chặt chẽ hơn giữa các tuyến.