

ĐIỀU TRỊ SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE KÉO DÀI, BIẾN CHỨNG NẶNG TẠI KHOA CẤP CỨU HỒI SỨC BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Nguyễn Minh Tiến¹, Nguyễn Hữu Nhân¹,
Lê Vũ Phụng Thy¹, Nguyễn Đạt Thịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi Dengue gây ra và truyền cho người qua muỗi vằn *Aedes aegypti*. Cho đến nay vẫn chưa có những hướng dẫn thống nhất của TCYTTC về điều trị sốc sốt xuất huyết có nhiều biến chứng nặng. Mô tả các can thiệp điều trị ở trẻ sốc SXHD kéo dài nhập khoa Cấp cứu - Hồi sức, bệnh viện Nhi Đồng Thành phố trong thời gian từ tháng 01/2025 đến tháng 08/2025

Thiết kế: Mô tả hàng loạt trường hợp

Kết quả: 114 trường hợp sốc SXHD kéo dài, sốc (78,1%), sốc nặng (21,9%, biểu hiện lâm sàng nặng với sốc 100%, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) 22,8%, suy gan 28,1%, xuất huyết tiêu hóa 60,5%, suy đa cơ quan (MODS) 21,1%. Điều trị bao gồm bù dịch tổng lượng trung bình 192,4ml/kg trong thời gian trung bình 38,4 giờ, trong đó lượng cao phân tử trung bình là 151,3 ml/kg, dưới sự hướng dẫn của đo áp lực tĩnh mạch trung ương 69,3%, huyết áp động mạch xâm lấn 100%, hỗ trợ hô hấp thở áp lực dương liên tục CPAP 100%, thở máy không xâm nhập 48,2%, thở máy xâm nhập 23,7%, chọc dẫn lưu dịch màng bụng 26,3% dưới sự hỗ trợ của đo áp lực bàng quang 71,9%; điều trị xuất huyết tiêu hóa, rối loạn đông máu như hồng cầu lắng 73,7% với lượng trung bình là 14,5 ml/kg, huyết tương tươi đông lạnh 57,9% với lượng trung bình 18,3 ml/kg, kết tủa lạnh 54,4% với lượng trung bình 1,4đv/6kg, tiểu cầu đậm đặc 32,5% với lượng trung bình 1,6 đv/10kg. Thời gian điều trị trung bình tại khoa Hồi sức là 9,2 ngày, không có trường hợp tử vong.

Kết luận: Cần trang bị cho các bệnh viện tỉnh các phương tiện hồi sức, chuyển giao các kỹ thuật nâng cao như thở máy, lọc máu, đo áp lực bàng quang, huyết áp

xâm lấn,... để cứu sống nhiều hơn nữa các trường hợp sốc SXH-D nặng.

Từ khóa: sốc sốt xuất dengue kéo dài

SUMMARY

MANAGEMENT OF PROLONGED DENGUE SHOCK SYNDROME WITH SEVERE COMPLICATIONS IN CHILDREN ADMITTED AT EMERGENCY AND PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Background: To describe therapeutic interventions for children with prolonged Dengue shock syndrome (DDS) admitted at PICU, City children's hospital from January 2025 till August 2025.

Design: Prospective case series study

Results: 114 prolonged DDS children consisted of DSS (78,1%), severe DSS (21.9%), clinical findings included shock 100%, acute respiratory distress syndrome (ARDS) 22.8%, hepatic failure 28.1%, gastrointestinal bleeding 60.5%, multiple organ dysfunction syndrome 21.1%. Treatment encompassed average total amount of fluid of 192,4ml/kg in mean duration of 38.4 hours, where average one of colloid solution of 151.3 ml/kg, under monitor of central venous pressure (CVP) 69.3%, arterial blood pressure (IBP) 100%, respiratory support such as continuous positive airway pressure (CPAP) 100%, non-invasive ventilation 48.2%, mechanical ventilation 23.7%, abdominal paracentesis 26.3% with help of monitor of bladder pressure 71.9%; correction of coagulation disorder, GI bleeding such as red cell package transfusion 73.7% with mean one of 14.5ml/kg, fresh frozen plasma (FFP) 57.9% with mean one of 18.3 ml/kg, cryoprecipitate 54.4% with mean one of 1.4 Unit/6kg, concentrated platelet 32.5% with mean one of 1.6 Unit/10kg; Average length of stay in PICU was 9.2 days, no death cases.

Conclusion: Modern medical instruments for respiratory, circulatory resuscitation should be equipped for province hospitals as well as high techniques such as mechanical ventilation, CRRT, monitor of IBP, bladder pressure should be handed over in order to save more children with severe DSS.

¹Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tiến

Email: tiennd1@yahoo.com

Mã bài: NĐ1-25

Ngày nhận bài: 27/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 26/3/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026

Keywords: prolonged DSS prolonged dengue shock syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là một bệnh nhiễm trùng cấp tính do siêu vi Dengue gây ra và truyền cho người qua muỗi vằn *Aedes aegypti*. Phần lớn các trường hợp sốt SXHD đều cải thiện sau khi điều trị theo phác đồ của TCYTTC. Tuy nhiên, một số trường hợp sốt SXHD vẫn không cải thiện sau nhiều giờ điều trị, với biểu hiện sốt kéo dài tổn thương nhiều cơ quan như suy hô hấp, suy gan, suy thận, rối loạn đông máu, xuất huyết tiêu hóa, hội chứng suy đa cơ quan đưa đến tử vong nếu không điều trị kịp thời cũng như không có đủ phương tiện điều trị. Cho đến nay vẫn chưa có hướng dẫn thống nhất của TCYTTC về điều trị sốt sốt xuất huyết có nhiều biến chứng nặng. Đề tài nghiên cứu “Điều trị sốt sốt xuất huyết Dengue kéo dài, biến chứng nặng” nhằm chia sẻ những kinh nghiệm điều trị với các đồng nghiệp, giúp cứu sống nhiều hơn nữa những bệnh nhân sốt sốt xuất huyết nặng.

II. PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp

2.2. Dân số nghiên cứu:

Dân số mục tiêu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là SXHD điều trị tại khoa Cấp cứu - Hồi sức Bệnh Viện Nhi Đồng Thành phố.

Dân số chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân sốt SXHD kéo dài nằm điều trị tại khoa Cấp cứu - Hồi sức Bệnh Viện Nhi Đồng Thành phố

Phương pháp chọn mẫu:

Theo phương pháp liên tiếp không xác suất từ tháng 01/2025-08/2025

Tiêu chí chọn bệnh:

Các bệnh nhân < 16 tuổi, sốt SXHD kéo dài được điều trị với lượng dịch $\geq 60\text{ml/kg}$ trong thời gian ≥ 6 giờ nhưng mạch, huyết áp không ổn định,

được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm test nhanh NS1 kháng nguyên dương tính hoặc kháng thể IgM dương tính hoặc IgM ELISA dương tính.

Tiêu chí loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán là sốt SXHD theo tiêu chuẩn của TCYTTC nhưng huyết thanh học âm tính

- Bệnh nhân được chuyển từ tuyến trước đến nhưng không ghi rõ các dữ kiện cần cho nghiên cứu .

- Có bất thường bệnh lý khác đi kèm như bệnh tim phổi, gan mật, thần kinh.

2.3. Thu thập số liệu

Bệnh nhân sốt SXHD kéo dài thuộc lô nghiên cứu được tiến hành thu thập số liệu theo các bước sau:

a. Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, địa chỉ, cân nặng/chiều cao, ngày vào sốt, độ sốt, sinh hiệu.

b. Điều trị của tuyến trước: thời gian truyền dịch chống sốt tuyến trước, lượng và loại dịch đã dùng.

c. Biểu hiện lâm sàng lúc nhập viện: suy hô hấp, sốt kéo dài, XHTH, suy gan, rối loạn tri giác (Glasgow), rối loạn đông máu, toan chuyển hoá, trị số CVP (Central Venous Pressure: áp lực tĩnh mạch trung ương).

d. Xét nghiệm lúc nhập khoa Hồi sức: CTM, Hct, tiểu cầu, đường huyết, điện giải đồ, MAC-ELISA chẩn đoán SXH, chức năng đông máu toàn bộ, xét nghiệm men gan: AST, ALT, chức năng thận, khí máu động mạch.

e. Các can thiệp điều trị: loại, lượng dịch truyền chống sốt, vận mạch, thở oxy, CPAP, thở máy không xâm nhập, xâm nhập, đo áp lực bàng quang, chọc dò màng bụng, màng phổi, truyền máu, huyết tương, kết tủa lạnh, tiểu cầu. Kết quả: sống, chết.

2.4. Xử lý dữ kiện

Dữ liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 26.0 for Window

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2025 – 08/2025, 114 trẻ sốc SXH-D kéo dài, xác định bằng xét nghiệm test nhanh NS1 kháng nguyên dương tính hoặc kháng thể IgM dương tính hoặc IgM ELISA dương tính được đưa vào lô nghiên cứu, với các đặc điểm sau:

3.1. Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm)	TB: $9,4 \pm 5,3$ (5 tháng – 15,5 tuổi)
	nhũ nhi 14,9%, dư cân 23,7%
Giới	Nam/nữ: 61 (53,5%)/53 (46,5%)
Địa phương	Thành phố/tỉnh: 45 (39,5%)/ 69 (60,5%)
Ngày vào sốc	3-6 (3-4: 45,6%)
Độ nặng SXH	Sốc/sốc nặng: 89 (78,1%)/25 (21,9%)
Hct lúc vào sốc (%)	$49,5 \pm 1,2$
Điều trị tuyền trước/tự đến	92 (80,8%)/22 (19,2%)
Thời gian truyền dịch chống sốc tuyền trước (giờ)	$18,5 \pm 8,2$ (13-32); ≥ 24 giờ: 30,7%
Tổng lượng dịch truyền trước đó (ml/kg)	$134,5 \pm 24,6$ (81-154)
Lượng cao phân tử (ml/kg)	$83,5 \pm 16,7$ (48 – 116)
Loại cao phân tử HES130 6%/dextran 40 10%	67 (72,8%) / 25 (27,2%)

3.2. Đặc điểm tổn thương các cơ quan

Bảng 2: Đặc điểm tổn thương các cơ quan

Đặc điểm	Kết quả
Sốc	114 (100%)
HA tụt	5 (4,4%)
Suy hô hấp	100 (100%)
AaDO ₂	$236,2 \pm 112,4$ (58 – 495)
PaO ₂ /FiO ₂	$218,6 \pm 45,7$ (68,3 – 384,6) ≤ 200 : 29 (25,4%); 200 - 300: 64 (56,1%)
Tổn thương gan	
AST (đv/L)	$885,4 \pm 253,4$ (34 – 17652)
ALT (đv/L)	$683,7 \pm 247,5$ (33 – 9031)
NH ₃ máu (μmol/L)	$93,4 \pm 22,4$ (15,8 – 151,6)
Tổn thương gan	47 (41,2%)
Suy gan	32 (28,1%)

Đặc điểm	Kết quả
Tổn thương hệ huyết học	
Tiểu cầu $\leq 20.000/\text{mm}^3$	62 (54,4%)
Fibrinogen $< 1\text{g/L}$	91 (79,8%)
DIC	99 (86,8%)
DIC nặng	76 (66,7%)
Tổn thương đường tiêu hóa	
XHTH nhẹ	41 (35,9%)
XHTH nặng	37 (32,5%)
Tổn thương thần kinh (điểm Glasgow)	$< 5: 0 (0\%), 13-14: 9 (7,9\%), 15: 105 (92,1\%)$
Tổn thương thận	
Suy thận	4 (3,5%)
Bất thường chức năng thận	18 (15,9%)
Rối loạn chuyển hóa	
Toan chuyển hóa	$< 7,2: 13 (11,4\%); 7,2 - 7,35: 68 (59,6\%)$
Hạ đường huyết (mg%)	$< 50: 8 (6,1\%)$
Hạ Na^+	$< 135: 104 (91,2\%)$
Hạ K^+	$< 3,5: 29 (25,4\%)$
Hạ Ca^{++}	$< 1,0: 17 (14,9\%)$
Lactate máu (mmol/L)	$4,5 \pm 1,4$
Albumin máu (g/L)	$15,1 \pm 7,2$
Suy đa cơ quan (MODS)	25 (21,9%)

3.3. Đặc điểm điều trị

Bảng 3: Kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả
Biện pháp hỗ trợ tuần hoàn	
Loại dịch / lượng sử dụng tại tuyến cuối (ml/kg)	
Dextran 40 10%	114 (100%) / $68,7 \pm 15,3$
Albumin 10% (n=44)	44 (38,6%) / $12,4 \pm 1,5$
Tổng dịch cho cả đợt điều trị (ml/kg)/thời gian truyền dịch (giờ)	$192,4 \pm 23,8 / 38,4 \pm 8,5$
Tổng dịch cao phân tử cho cả đợt điều trị (ml/kg)	$151,3 \pm 21,6$
Vận mạch/liều sử dụng	
Dopamine số ca/liều (mcg/kg/phút)	55 (48,2%) / $8,8 \pm 2,6$

Đặc điểm	Kết quả
Dobutamine số ca/liều (mcg/kg/phút)	36 (31,6%) / $7,2 \pm 0,9$
Adrenalin	15 (13,2%) / $0,34 \pm 0,06$
Đo huyết áp động mạch xâm lấn (HAĐMXL)	114 (100%)
Đo áp lực tĩnh mạch trung ương/trị số tối đa (cmH ₂ O)	79 (69,3%)/ $16,4 \pm 2,3$
Đo độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung ương (ScvO ₂)/trị số (%)	34 (29,8%)/ $68,4 \pm 2,7$
Biện pháp hỗ trợ hô hấp	
Thở CPAP/thành công	114 (100%) / 59 (51,8%)
Thở máy không xâm nhập/thành công	55 (48,2%) / 28 (50,9%)
Thở máy xâm nhập/thành công	27 (23,7%) / 27 (100%)
IPmax (cmH ₂ O)	$24,5 \pm 3,2$
PEEPmax (cmH ₂ O)	$16,8 \pm 3,1$
Chọc dẫn lưu màng bụng/lượng (ml)	30 (26,3%) / $834,6 \pm 146,2$
Đo áp lực bàng quang/trị số (cmH ₂ O)	82 (71,9%) / $36,4 \pm 5,5$
Sử dụng máu và chế phẩm máu	
Hồng cầu lắng/lượng (ml/kg)	84 (73,7%)/ $14,5 \pm 6,1$
Huyết tương tươi đông lạnh/lượng (ml/kg)	66 (57,9%) / $18,3 \pm 4,3$
Kết tủa lạnh/lượng (đv/6kg)	62 (54,4%) / $1,4 \pm 0,3$
Tiểu cầu đậm đặc /lượng (đv/10kg)	37 (32,5%) / $1,6 \pm 0,7$
Lọc máu liên tục	4 (3,5%)
Điều trị khác	
Điều chỉnh toan chuyển hóa	62 (54,6%)
Điều trị hạ đường huyết	9 (7,9%)
Điều chỉnh nước điện giải	70 (61,4%)
Kết quả điều trị	
Thời gian nằm khoa hồi sức (ngày)	$9,2 \pm 5,6$
Tử vong	0 (0%)

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ 01/2025 – 08/2025, 114 trẻ sốc SXHD kéo dài, xác định bằng xét nghiệm test nhanh NS1 kháng nguyên dương tính hoặc kháng thể IgM dương tính hoặc Dengue IgM ELISA dương tính được đưa vào lô nghiên cứu, gồm 89 (78,1%) trẻ sốc SXHD, 25 (21,9%) trẻ sốc SXHD nặng, tỉ lệ vào sốc sớm ngày 3,4 là 45,6%, thể

tích khối hồng cầu (Hct) lúc vào sốc cao trung bình 49,5%. Tuổi mắc bệnh trung bình là 9,4 tuổi, ghi nhận các cơ địa đặc biệt như nhi 14,9%, dư cân 23,7% có khuynh tăng so với các nghiên cứu trước đây. Đa số được chuyển viện từ tuyến trước (80,8%). Lượng dịch điều trị trung bình 134,5 ml/kg trong thời gian điều trị trung bình là 18,5 giờ, trong đó lượng cao phân tử trung bình là 83,5

ml/kg, đa số (72,8%) là loại HES 130 6%, còn lại (27,2%) là dextran 40 10%.

Tất cả các trẻ đều trong tình trạng sốc, trong đó có 5 (4,4%) trường hợp huyết áp tụt dù đã truyền dịch trước đó. Biểu hiện suy hô hấp đều xuất hiện ở tất cả các trẻ sốc SXHD nhập khoa cấp cứu hồi sức. Nguyên nhân có thể do tràn dịch màng phổi lượng nhiều, tràn dịch màng bụng lượng nhiều gây chèn ép hoặc do rối loạn trao đổi khí màng phế nang mao mạch với biểu hiện hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển với biểu hiện trung bình nặng $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ chiếm tỉ lệ 25,4%, Xquang phổi phù mô kẽ, hoặc do toan chuyển hóa (71%) gây tăng thông khí bù trừ. 41,2% trường hợp có biểu hiện tổn thương gan, 28,1% có biểu hiện suy gan. Biểu hiện rối loạn đông máu có ý nghĩa lâm sàng cần cảnh giác để can thiệp điều trị như xuất huyết tiêu hóa (68,4%). Tất cả trẻ đều có tiểu cầu giảm và có 54,4% trường hợp giảm nặng $\leq 20.000/\text{mm}^3$ ⁽⁷⁾, fibrinogen giảm (79,8%), rối loạn đông máu nội mạch lan tỏa DIC nặng (66,7%)^{(2),(7)}. Về tổn thương thần kinh chúng tôi ghi nhận 7,9% trẻ có biểu hiện bứt rứt vật vã, la hét trong khi 92,1% trẻ tỉnh táo. Biểu hiện thần kinh ở đây xảy ra trên trẻ đang sốc SXHD tức là thứ phát sau sốc khác với các trường hợp SXHD dạng não mà biểu hiện thần kinh xảy ra trước, kèm hay không tình trạng sốc sau đó. Có 15,9% trẻ có bất thường chức năng thận do hậu quả của tình trạng sốc, giảm tưới máu đến thận, 4 (3,5%) trường hợp diễn tiến đến suy thận cấp, nhưng phục hồi nhờ lọc máu liên tục. Về rối loạn chuyển hóa, có 11,4% trẻ có biểu hiện toan chuyển hóa nặng, hạ đường huyết (6,1%), hạ natri máu (91,2%), hạ kali máu (25,4%), hạ calci máu (14,9%)^{(2),(7)}. Đây là những rối loạn cần lưu ý nếu không điều chỉnh đặc biệt là toan chuyển hóa sẽ làm tình trạng bệnh nặng thêm, sốc kéo dài, rối loạn đông máu DIC,... Theo tiêu chuẩn Wilkinson cải tiến, biểu hiện suy đa cơ quan (MODS) gặp trong 25 trường hợp, chiếm tỉ lệ 21,9%⁽⁷⁾.

Về điều trị, do các trường hợp sốc SXHD nhập khoa Cấp cứu Hồi sức bệnh viện Nhi đồng Thành phố đều biểu hiện sốc kéo dài, nhiều biến chứng,

nên được dùng các loại cao phân tử để chống sốc. Hiện nay, dung dịch dextran 60, 70, HES 200 6% hầu như không còn nguồn cung cấp nên được thay thế bằng dung dịch HES 130 6%, gelatin và dextran 40 10% - nguồn dextran 40 10% sản xuất từ Thái Lan cung cấp số lượng hạn chế. Xu hướng hiện nay tại các nước Âu Mỹ không còn sử dụng dung dịch HES 200 6%, tức là sẽ không còn sản xuất nữa, mà sẽ sử dụng HES 130 6% với liều lượng hạn chế, tránh dùng cho bệnh nhân sốc nhiễm trùng, phỏng nặng ở người lớn, để giảm nguy cơ tổn thương thận và tử vong. Hiện tại cũng như chưa ghi nhận các khuyến cáo về sử dụng dung dịch này ở trẻ em, đặc biệt trong điều trị sốc SXHD. Trên thực tế qua các trường hợp sốc SXHD biểu hiện sốc kéo dài, tốc độ và mức độ thất thoát huyết tương cao, chúng tôi sử dụng dung dịch dextran 40 10% cho tất cả các trường hợp sốc kéo dài để tăng thể tích tuần hoàn, cải thiện huyết động với lượng dịch dextran 40 10% trung bình là 68,7 ml/kg⁽²⁾. Có 44 trường hợp (38,6%) chúng tôi sử dụng kèm albumin 10% để bù lượng albumin thất thoát, tăng cường áp lực keo trong lòng mạch, hút ngược nước từ khoang thứ 3 vào lòng mạch, cải thiện huyết động và cải thiện tình trạng suy hô hấp với lượng dịch albumin 10% trung bình là 12,4 ml/kg⁽³⁾. Tổng lượng dịch truyền cho cả đợt điều bao gồm cả tuyến trước trung bình 192,4ml/kg trong thời gian trung bình 38,4 giờ, trong đó lượng cao phân tử trung bình là 151,3 ml/kg, dưới sự hướng dẫn của đo áp lực tĩnh mạch trung ương (69,3%) và huyết áp động mạch xâm lấn (100%). Thêm nữa, việc đo độ bão hòa oxy trong máu tĩnh mạch trung ương (ScvO_2) giúp đánh giá sâu hơn tình trạng sốc đã ổn định chưa, là là trị số tin cậy hữu ích cho các bác sĩ chuyên khoa hồi sức nhi⁽⁵⁾. Tất cả các trường hợp suy hô hấp được thở áp lực dương liên tục CPAP sau thất bại với thở oxy, với tỉ lệ thành công 51,8%. 55 trường hợp thất bại với thở CPAP được thở máy không xâm nhập, với tỉ lệ thành công 50,9%. Như vậy thở máy không xâm lấn là một giải pháp hỗ trợ hô hấp hiệu quả cho bệnh nhân sốc SXHD kèm suy hô hấp thất bại thở CPAP,

giảm được 50% các trường hợp cần phải thở máy xâm nhập. Có 27 trường hợp sốc SXHD suy hô hấp nặng thất bại với CPAP, thở máy không xâm nhập, phải thở máy xâm nhập, thành công 100%, áp lực hít vào tối đa trung bình (IPmax) và áp lực dương cuối thì thở ra tối đa trung bình (PEEPmax) lần lượt là 24,5 cmH₂O và 16,8 cmH₂O. Điều này cho thấy giúp thở trong sốc SXHD kèm suy hô hấp cần các áp lực lớn để cải thiện compliance phổi do phù nề mô kẽ, tràn dịch màng bụng, màng phổi gây ra. Biện pháp chọc dẫn lưu dịch màng bụng (26,3%) dưới sự hỗ trợ của đo áp lực bàng quang (71,9%)⁽²⁾, giúp cải thiện tình trạng suy hô hấp của bệnh nhân, góp phần tăng tỉ lệ thành công của thở CPAP, giảm được nguy cơ đặt nội khí quản thở máy⁽¹⁾. Do các trường hợp sốc SXH-D nhập khoa Hồi sức có biểu hiện rối loạn đông máu nặng như xuất huyết tiêu hóa, sưng bầm, chảy máu chỗ chích, bộc lộ đo CVP, chảy máu mũi không cầm được nên nhu cầu truyền máu và chế phẩm máu so với những năm trước đây khá cao như hồng cầu lắng (73,7%)⁽⁶⁾ với lượng trung bình là 14,5 ml/kg, huyết tương tươi đông lạnh (57,9%) với lượng trung bình 18,3 ml/kg, kết tủa lạnh (54,4%) với lượng trung bình 1,4đv/6kg, tiểu cầu đậm đặc (32,5%) với lượng trung bình 1,6 đv/10kg. Đánh giá hiệu quả của truyền máu và chế phẩm máu dựa vào mức độ cải thiện chảy máu trên lâm sàng và xét nghiệm chức năng đông máu, tuy nhiên còn tùy thuộc vào tình trạng sốc của bệnh nhân có cải thiện hay không với liệu pháp bù dịch. Các biện pháp điều trị khác như điều chỉnh toan chuyển hóa (54,6%), điều trị hạ đường huyết (7,9%), rối loạn điện giải (61,4%) cũng góp phần điều trị hỗ trợ sốc kéo dài. Thời gian điều trị trung bình tại khoa Hồi sức là 9,2 ngày, không ghi nhận trường hợp tử vong.

V. KẾT LUẬN

Qua điều trị 114 trường hợp sốc SXHD kéo dài, biến chứng nặng cho thấy sốc (78,1%), sốc nặng (21,9%), tuổi trung bình là 9,4 tuổi, nữ nhi 14,9%, dư cân 23,7%, với biểu hiện lâm sàng ngoài sốc, suy hô hấp 100%, hội chứng suy hô

hấp cấp tiến triển (ARDS) trung bình nặng 25,4%, suy gan 28,1%, xuất huyết tiêu hóa 68,4%, rối loạn đông máu nội mạch lan tỏa DIC nặng 66,7%, suy đa cơ quan (MODS) 21,9%. Nghiên cứu cho thấy những tiến bộ trong hồi sức sốc từ việc đo theo dõi tĩnh mạch trung ương đến đo huyết áp xâm lấn, độ bão hòa oxy máu tĩnh mạch trung ương, để hướng dẫn điều chỉnh dịch truyền và thuốc vận mạch; hồi sức suy hô hấp như thở áp lực dương liên tục, thở máy không xâm nhập, thở máy xâm nhập, cũng như kỹ thuật chọc dẫn lưu giải áp màng bụng dưới hướng dẫn của đo và theo dõi áp lực bàng quang. Nghiên cứu cũng cho thấy vai trò của máu và chế phẩm máu như huyết tương tươi đông lạnh, kết tủa lạnh, tiểu cầu đậm đặc trong rối loạn đông máu, xuất huyết tiêu hóa, biến chứng từ sốc kéo dài, góp phần cứu sống bệnh nhân sốc SXH-D biến chứng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cam et al.** Randomized Comparison of Oxygen Mask Treatment vs. Nasal Continuous Positive Airway Pressure in Dengue Shock Syndrome with Acute Respiratory Failure. *J Trop Pediatr.* 2002; 48: 335-339
2. **Kalayanarooj S.** Choice of colloidal solutions in dengue hemorrhagic fever patients. *J Med Assoc Thai.* 2008;91(Suppl 3):S97-S103
3. **Kaur A, Bhargava S, Dhooria GS, et al.** Albumin Infusion in Children With Fluid Refractory Severe Dengue: A Comparative Study. *Indian Pediatr.* 2025;62(2):102-108. doi:10.1007/s13312-025-3372-8
4. **Manu L.N.G. Malbrain.** Intra-Abdominal Hypertension: Evolving Concepts. *Clin Chest Med* 30 (2009) 45-70
5. **Ranjit S. et al,** Aggressive management of dengue shock syndrome may decrease mortality rate: a suggested protocol, *Pediatr Crit Care Med* 2005.6(4):490-2
6. **WHO** "Guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever". World health Organization, Geneva, 2025, p.46-81
7. **Wilkinson JD** (1986), "Outcome of pediatric patients with multiple organ system failure", *Crit Care Med*; 14:271