



NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP MỔ ĐẺ CẤP CỨU Ở SẢN PHỤ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Minh Trọng¹, Nguyễn Thị Thu Hà¹, Phạm Văn Phúc¹, Phạm Ngọc Thạch¹

Sốt xuất huyết Dengue (DHF) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do virus *Dengue* gây nên. Ước tính có 500.000 ca nhập viện điều trị hàng năm. Việt Nam đã thành công kiểm soát tỷ lệ tử vong dưới 1/1.000. Sốt xuất huyết trong thai kỳ có nguy cơ bị nhiễm khuẩn nặng và làm tăng nguy cơ băng huyết, sinh non, thiếu ối, tử vong thai nhi và giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh. Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chúng tôi đã thành công mổ lấy thai cho bệnh nhân sốt xuất huyết có dấu hiệu cảnh báo, thai tuần 35 chuyển dạ với tiểu cầu rất thấp.

Tóm tắt ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ 28 tuổi. Hà Nội. Nhập viện với chẩn đoán thai lần đầu tuần 35 (para 0000)/sốt xuất huyết có dấu hiệu cảnh báo. Biểu hiện: Sốt; tiền sản giật cách 5 ngày. Xét nghiệm: GOT: 560U/l; GPT: 133 U/l, CRP 153,1 mg/l, NS1 (+), IgM(-), IgG(-), TC $10 \times 10^9/L$. Rotem: Giảm đông do giảm tiểu cầu. Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu với lý do chuyển dạ sớm, đẻ sớm/thai 35 tuần chuyển dạ đẻ non lần 1/tiền sản giật/sốt xuất huyết có dấu hiệu cảnh báo. Hậu phẫu ngày thứ 1 có biểu hiện chảy máu vết mổ và mổ lại cầm máu. Bệnh nhân được hội chẩn liên viện, đa chuyên ngành và ổn định, ra viện sau gần 1 tháng điều trị tích cực.

Từ khóa: Sốt xuất huyết *Dengue*. Mổ lấy thai ở bệnh nhân sốt xuất huyết *Dengue*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết *Dengue* (DHF) là một vấn đề lớn về sức khỏe cộng đồng ở các nước vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Ước tính có khoảng 50 triệu ca nhiễm sốt xuất huyết *Dengue* xảy ra trên toàn thế giới với 500.000 ca cần nhập viện điều trị hàng năm. Tại khu vực Nam Á, trong năm 2009 có 232.530 ca sốt xuất huyết *Dengue* được báo cáo với tỷ lệ tử vong là 0,79% (tương đương 2.031 ca tử vong)¹. Việt Nam đã thành công trong việc kiểm soát tỷ lệ tử vong do sốt xuất huyết *Dengue*. Kể từ năm 2005, tỷ lệ tử vong là dưới 1/1.000 trường hợp. Bệnh sốt xuất huyết ở Việt Nam diễn biến quanh năm nhưng đạt đỉnh điểm từ tháng 6 đến tháng 10 hàng năm. Tỷ lệ mắc bệnh sốt xuất huyết *Dengue* trên 100.000

dân tăng từ 120 năm 2009 (105.370 trường hợp) lên 194 năm 2017 (184.000 trường hợp). WHO từ năm 2009 đã nhận ra sửa đổi thành sốt xuất huyết *Dengue* không có dấu hiệu cảnh báo (D-W), có dấu hiệu cảnh báo (D+W) và sốt xuất huyết nặng (SDF)¹.

Riêng sốt xuất huyết *Dengue* trong thai kỳ có thể khiến phụ nữ mang thai có nguy cơ bị nhiễm khuẩn nặng hơn so với phụ nữ mang thai thường và mẹ có thể lây truyền từ mẹ sang con trước và trong khi sinh. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy, sốt xuất huyết *Dengue* trong thai kỳ có thể làm tăng nguy cơ băng huyết ở mẹ, sinh non, thiếu ối, tử vong thai nhi và có thể gây nên giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh. Biểu hiện lâm sàng có thể bị nhầm lẫn với hội chứng tan máu, Enzym gan tăng cao và hội chứng tiểu cầu thấp (HELLP). Do đó, cần tiến hành xét nghiệm huyết thanh giúp chẩn đoán phân biệt.

Như vậy, sốt xuất huyết *Dengue* trong thời điểm chuyển dạ có rất nhiều nguy cơ biến chứng có thể xảy ra. Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chúng tôi vừa chỉ định phẫu thuật lấy thai cho sản phụ sốt xuất huyết *Dengue* có dấu hiệu cảnh báo mang thai tuần 35 chuyển dạ với tiểu cầu rất thấp.

¹ Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương

Ngày nhận bài: 12/12/2023

Ngày phản biện xong: 28/12/2023

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Nguyễn Minh Trọng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Điện thoại: 0912624499

E-mail: drtrong81@gmail.com

Nhân trường hợp này, chúng tôi muốn thông báo ca lâm sàng và điềm lại y văn những trường hợp mô lấy thai ở bệnh nhân sốt xuất huyết *Dengue* có tiểu cầu thấp.

THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Hoàng Thị Y, nữ 28 tuổi. Địa chỉ: Mai Dịch, Cầu Giấy, Hà Nội. Nhập viện ngày 13/9/2023 với chẩn đoán thai lần đầu với thai 35 tuần/sốt xuất huyết *Dengue* có dấu hiệu cảnh báo. Bệnh nhân có những biểu hiện: Sốt, tiền sản giật cách 5 ngày. Dấu hiệu sinh tồn: Mạch 90 ck/phút; huyết áp 120/80 mmHg; tim thai 140 ck/phút. Khám lâm sàng bệnh nhân tỉnh, mệt, phù hai chi dưới, da và niêm mạc hồng. Xét nghiệm máu với các chỉ số như sau: Haemoglobin 129 g/L, hematocrit 0,403 L/L, tiểu cầu $10 \times 10^9/L$, men gan (GOT: 560U/l; GPT: 133 U/L), CRP 153,1 mg/L, và xét nghiệm kháng nguyên NS1(+), miễn dịch IgM(-), IgG(-) trong huyết thanh. Xét nghiệm Rotem: Hình ảnh giảm đông do giảm tiểu cầu. Khám sản khoa con co tử cung tăng số 1 - 2; cổ tử cung mở 3 cm, ôi phòng, ngôi đầu. Bệnh nhân được chẩn đoán sốt xuất huyết *Dengue* (DHF)/thai 35 tuần đang chuyển dạ với tiểu

cầu $10 \times 10^9/L$; enzym gan GOT/GPT là 560/133; CRP là 153; protein niệu 3,0. Trước mổ, bệnh nhân luôn được hội chẩn liên viện (Bệnh viện Sản Trung ương), với diễn biến con co tăng lên và dấu hiệu tiền sản giật nặng. Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu với lý do chuyển dạ sớm, đẻ sớm/thai 35 tuần chuyển dạ đẻ non lần 1/tiền sản giật/sốt xuất huyết *Dengue* có dấu hiệu cảnh báo. Kết quả phẫu thuật được cháu trai với cân nặng là 2500 g. Cháu bé được chỉ định xét nghiệm test sốt xuất huyết ngày thứ 1, với kết quả NS1(-), IgM(-), IgG(-) và kháng thể *Dengue* âm tính. Sau mổ đẻ, bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu khoảng 5 giờ, sau đó chuyển ICU với tình trạng sốc mất máu sau mổ giờ thứ 9/SXH *Dengue* nặng. Hậu phẫu ngày thứ 1, bệnh nhân có biểu hiện chảy máu vết mổ với dẫn lưu vết mổ ra khoảng 300 ml dịch máu không đông trong 8 giờ, sản dịch hồng lẫn máu cục, mạch 123 ck/phút, huyết áp 106/63 mmHg, da và niêm mạc nhợt. Bệnh nhân đã được hội chẩn đa chuyên khoa, liên viện quyết định mổ lại để cầm máu. Bệnh nhân đã được điều trị tích cực với sự phối hợp của các bác sĩ nhiều bệnh viện. Bệnh nhân ổn định, ra viện ngày 12/10 sau gần 1 tháng điều trị tích cực.

Kết quả một số xét nghiệm trong các ngày điều trị tích cực:

		Trước vào viện (12/9)	Ngày 1 (13/9)	Ngày 2 (14/9) Sau mổ	Ngày 3 (15/9) Mổ lại	Ngày 4 (16/9)	Ngày 5 (17/9)	Ngày 6 (18/9)	Ra viện (12/10)
Công thức máu	Haemoglobin (g/dL)	110	129	49	52	90	72	83	108
	Hematocrit (%)	0,327	0,403	0,175	0,158	0,261	0,215	0,242	0,317
	Tiểu cầu (μL)	45	10	8	36	17	98	68	577
Công thức gan	AST (U/L)	39,48	560	494	4092	3407	2972	678	57
	ALT (U/L)	26,74	133	104	701	778	684	253	97
Đông máu	PT (Prothrombin time)	113		79	77	62	77	71	101
	APTT	31,7		69,8	42,3	43,1	40,8	39,9	35,7
	D-Dimer ($\mu g/mL$)			3583	4895	4608	18005	21927	18019
	Fibrinogen (mg/dL)	5,12		2,18	2,69	1,97	2,62	2,85	5,08
	CRP	85	153,1	81,1	106,4	118,2	98,7	143,0	77,5
	Pro-calcitonin			0,45	1,10	0,85	0,74	0,48	0,09



BÀN LUẬN

Đặc điểm sốt xuất huyết Dengue trong thời kỳ chuyển dạ

Do thay đổi sinh lý thai kỳ liên quan đến hệ thống tim mạch, hô hấp và huyết học, vào 3 tháng cuối thai kỳ, thể tích huyết tương tăng khoảng 40% dẫn đến không phát hiện được tình trạng cô đặc máu do thoát huyết tương thường xảy ra trong giai đoạn giảm sốt của Dengue có dấu hiệu cảnh báo. Yudianto Budi Saroyo và cộng sự ở Indonesia thông báo 4 trường hợp DHF nặng có dấu hiệu cảnh báo trong thời kỳ chuyển dạ được nhập Khoa Sản phụ thuộc, Bệnh viện Đại học Y Indonesia⁴, tất cả 4 bệnh nhân đều được nhập viện sau 4 đến 5 ngày sốt. Hai bệnh nhân vẫn có mức hematocrit bình thường. Chỉ có hai trường hợp có hematocrit cao nhất đã tử vong. Hariyanto H và cộng sự⁵ tại Indonesia đã thông báo về 1 trường hợp bệnh nhân nhập viện trong tình trạng nguy kịch với biểu hiện sốc nặng nhưng hematocrit vẫn bình thường. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân của chúng tôi chuyển đến Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương từ Bệnh viện phụ sản Trung ương trong tình trạng: Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo/tiền sản giật. Lâm sàng và cận lâm sàng như sau: Mạch 90 ck/phút; huyết áp 120/80 mmHg; tim thai 140 ck/phút. Tỉnh, mệt, phù hai chi dưới, da và niêm mạc hồng. Haemoglobin 129 g/L, hematocrit 0,403 L/L, tiểu cầu $10 \times 10^9/L$, enzym gan (GOT: 560 U/L; GPT: 133 U/L), CRP 153,1 mg/L, và xét nghiệm kháng nguyên NS1(+), miễn dịch IgM(-), IgG(-) trong huyết thanh. Xét nghiệm Rotem: Hình ảnh giảm đông do giảm tiểu cầu. Như vậy, *hematocrit ở bệnh nhân chúng tôi cũng bình thường.*

Chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue

Biến chứng của bệnh sốt xuất huyết Dengue ở bệnh nhân của chúng tôi, xét nghiệm kháng nguyên NS1(+), miễn dịch IgM(-), IgG(-) trong huyết thanh ngày thứ 3 của bệnh và NS1 (dương tính yếu), IgM(+), IgG(+) trong ngày thứ 5 của bệnh. Xét nghiệm tiểu cầu giảm liên tục ở Bệnh viện Sản Trung ương từ $206 \times 10^9/L$ (ngày 9/9/2023) xuống còn $21 \times 10^9/L$ (ngày 13/9/2023) và được chuyển sang Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, tiểu cầu giảm xuống còn $10 \times 10^9/L$. Enzym gan tăng cao. Đặc biệt, khi điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt

đới Trung ương, bệnh nhân xuất hiện chuyển dạ với cơn co tử cung ngày càng tăng. Quyết định mổ lấy thai hay không tại thời điểm này luôn là câu hỏi khó đối với chúng tôi cũng như các nhà sản khoa.

Điều trị sốt xuất huyết trong thời kỳ chuyển dạ

Theo hướng dẫn điều trị của Sri Lanka năm 2019, quản lý sốt xuất huyết thai kỳ cần được hội chẩn đa chuyên ngành. Tránh đẻ thường hoặc sinh mổ trong giai đoạn nguy kịch của bệnh; nếu có thể trì hoãn thì nên tăng tiểu cầu trên $50.000/\mu L$. Nếu có chỉ định hoặc nếu bắt buộc phải sinh nên được tiến hành ngoài giai đoạn nguy kịch với số lượng tiểu cầu trên $130.000/\mu L$. Chỉ định và lý do sinh phải được ghi chép đầy đủ. Trong giai đoạn nguy kịch, nên thực hiện sinh thường hoặc sinh mổ nếu tính mạng của người mẹ gặp nguy hiểm hoặc bệnh nhân chuyển dạ tự phát. Khi thai bị suy, không nên can thiệp vào giai đoạn nguy kịch⁶. Trong khi đó, Trường Cao đẳng Sản phụ khoa Hoa Kỳ (ACOG) khuyến cáo truyền tiểu cầu để tăng lượng tiểu cầu của mẹ lên hơn $50.000/\mu L$ trước khi phẫu thuật lớn; gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống được coi là chấp nhận được với số lượng tiểu cầu là $70.000/\mu L$ để giảm nguy cơ tụ máu ngoài màng cứng⁷. Theo các chuyên gia về huyết học khuyến cáo truyền tiểu cầu dự phòng khi lượng tiểu cầu dưới $10.000/\mu L$ trong trường hợp không có biểu hiện chảy máu, hoặc trong trường hợp xuất huyết toàn thân ồ ạt, nên truyền tiểu cầu cùng với truyền hồng cầu. Bệnh nhân của chúng tôi, dù đã truyền tiểu cầu nhưng không nâng được mà có dấu hiệu giảm xuống, chúng tôi đã quyết định mổ và giải thích rõ với gia đình khả năng ưu tiên cứu con tránh nguy cơ mất cả mẹ lẫn con. Đây là quyết định khó khăn của chúng tôi và gia đình bệnh nhân.

Lây truyền sốt xuất huyết Dengue từ mẹ sang con

Thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch có thể gây bất lợi cho thai nhi do tổn thương nội mô¹⁰. Nghiên cứu của Tan và cộng sự¹⁰ cho thấy tỷ lệ lây từ mẹ sang con của bệnh sốt xuất huyết là 1,6%. Một nghiên cứu khác của Basurko C và cộng sự⁹, tỷ lệ lây truyền mẹ sang con cao hơn lên tới 5,6%. Trong các trường hợp của tác giả Indonesia⁴, không có trường hợp nào lây truyền từ mẹ sang con, tương tự như một nghiên cứu của Ấn Độ ở 8 trường hợp mang thai có sốt xuất huyết Dengue. Có thể sự

lan truyền virus từ mẹ sang con phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh sốt xuất huyết *Dengue* ở mẹ nhưng chưa có nghiên cứu nào chứng minh điều này. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi sau khi sinh được cháu trai nặng 2500 gram, chúng tôi có tiến hành xét nghiệm NS1, IgG, IgM đều âm tính. Như vậy, trường hợp của chúng tôi cũng không ghi nhận sự lây truyền virus từ mẹ sang con tương tự các báo cáo của các tác giả ở Indonesia và Ấn Độ.

Dựa trên loạt trường hợp trên, chúng tôi thấy rằng nên thống nhất và đưa ra hướng dẫn điều trị sốt xuất huyết *Dengue* thai kỳ ở các nước nhiệt đới nói chung hay của Việt Nam nói riêng, nơi có tỷ lệ sốt xuất huyết *Dengue* cao. Ngoài ra, chúng tôi khuyến nghị cần có một nghiên cứu đa trung tâm để có cơ

mẫu lớn hơn để xác định kết quả điều trị bệnh sốt xuất huyết *Dengue* ở bà mẹ và thai nhi trong giai đoạn thai kỳ.

KẾT LUẬN

Việc quản lý sốt xuất huyết *Dengue* thai kỳ tại bệnh viện tuyến cơ sở vẫn chưa tối ưu do thiếu quy trình hướng dẫn điều trị. Sốt xuất huyết *Dengue* quanh giai đoạn chuyển dạ có nguy cơ tử vong cao hơn cho người mẹ. Do đó, bệnh nhân cần được hội chẩn đa chuyên khoa để đưa ra quyết định hợp lý nhất. Tốt nhất vẫn nên được khám và theo dõi quá trình chuyển dạ ở cơ sở có kinh nghiệm điều trị sốt xuất huyết *Dengue* kèm theo sản khoa, huyết học để điều trị và hồi sức bệnh nhân kịp thời và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization RO for S-EA. Comprehensive Guideline for Prevention and Control of Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever, Revised and Expanded Edition; WHO Regional Office for South-East Asia: New Delhi, India, 2011.
2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết *Dengue*. Quyết định số 2760/QĐ-BYT, ngày 04 tháng 07 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. WHO. Handbook for Clinical Management of Dengue. Available online: <https://www.who.int/denguecontrol/9789241504713/en/> (accessed on 3 April 2020).
4. Yudianto Budi Saroyo, Ali Sungkar, Rima Irwinda and Raymond Surya. Case Series of Dengue Fever in Peripartum Period: Maternal and Foetal Outcome. *Infect. Dis. Rep.* 2020, 12, 51-60; doi:10.3390/idr12030013.
5. Hariyanto, H.; Yahya, C.Q.; Wibowo, P.; Tampubolon, O.E. Management of severe dengue hemorrhagic fever and bleeding complications in a primigravida patient: A case report. *J. Med. Case Rep.* 2016, 10, 357. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5175310/> (accessed on 3 April 2020).
6. Ministry of Health Sri Lanka. National Guidelines on Clinical Management of Dengue Infection in Pregnancy. Available online: <http://www.slchaem.lk/dengue-in-pregnancy/> (accessed on 3 April 2020).
7. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 207: Thrombocytopenia in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2019, 133, e181.
8. Hung, L.P.; Nghi, T.D.; Anh, N.H.; Van Hieu, M.; Luan, N.T.; Long, N.P.; Thach, T.T. Case Report: Postpartum hemorrhage associated with Dengue with warning signs in a term pregnancy and delivery. *F1000Research* 2015, 4, 1483. Available online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712770/> (accessed on 3 April 2020).
9. Basurko, C.; Carles, G.; Youssef, M.; Guindi, W.E.L. Maternal and fetal consequences of dengue fever during pregnancy. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2009, 147, 29-32.
10. Tan, P.C.; Rajasingam, G.; Devi, S.; Omar, S.Z. Dengue infection in pregnancy: Prevalence, vertical transmission, and pregnancy outcome. *Obstet. Gynecol.* 2008, 111, 1111-1117.



A CASE OF CESAREAN SECTION ON A PREGNANT WOMEN WITH DENGUE HEMORRHAGIC FEVER

Dengue Hemorrhagic fever (DHF) is an infectious disease caused by the *Dengue* virus. It is estimated that there are 500,000 hospitalizations every year. Vietnam has successfully controlled the death rate below 1/1,000. *Dengue* hemorrhagic fever during pregnancy carries a risk of serious infection and increases the risk of hemorrhage, premature birth, oligohydramnios, fetal death and thrombocytopenia in the newborn. At the National Hospital of Tropical Diseases, we successfully performed a cesarean section on a patient with dengue fever who had warning signs and was in labor at 35 weeks gestation with very low platelets.

Clinical case summary: 28 year old female patient. Hanoi. Hospitalized with diagnosis of first pregnancy at 35 weeks (para 0000)/DHF with warning signs. Symptoms: fever; preeclampsia 5 days ago. Test: GOT: 560U/L; GPT: 133 U/L, CRP 153.1 mg/L, NS1(+), IgM(-), IgG(-), TC 10 x 10⁹/L. Rotem: decreased coagulation due to thrombocytopenia. The patient was scheduled for emergency surgery for the reason of premature labor, premature birth/35-week pregnancy, 1st premature labor/pre-eclampsia/dengue fever with warning signs. Postoperative day 1 showed signs of bleeding from the surgical wound and was re-operated to stop the bleeding. The patient received an interdisciplinary, multidisciplinary consultation and was stable, discharged after nearly 1 month of intensive treatment..

Key words: *Dengue* Hemorrhagic Fever (DHF), cesarean section on a pregnant women with DHF.