

VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

I. Đại cương:

- Viêm gan siêu vi cấp là một bệnh nhiễm trùng toàn thân, trong đó gan là cơ quan tổn thương nhiều nhất do 05 tác nhân sau đây : Siêu vi A (HAV), siêu vi B (HBV), siêu vi D (HDV), siêu vi E (HEV),

II. Chẩn đoán :

1. Lâm sàng :

- Thời kỳ ủ bệnh khoảng 15 đến 45 ngày
- Khởi phát với các triệu chứng : Chán ăn, nôn ói, mệt mỏi, đau cơ, đau khớp, nhức đầu, sợ ánh sáng
- Toàn phát : Vàng da niêm, gan to và đau kèm theo đau hạ sườn phải, ngứa da (do tắc mật) hay phân nhạt màu, lách to, hạch to.
- Thời kỳ hồi phục : Sau 04 tuần, bệnh nhân bớt đau tức vùng gan, mắt giảm vàng ăn uống được.

2. Cận lâm sàng :

- Công thức máu : Hc, Bc, Tc, Hb bình thường
- Sinh hóa máu :
 - + AST, ALT tăng cao
 - + Bilirubin : TP,TT,GT tăng cao
 - + GGT tăng ít
 - + CRPhs, Urê, Créatinine, đường máu giúp theo dõi diễn tiến của bệnh
- Miễn dịch :
 - + HBSAg (+), Anti HCV (+),HBEAg (+),Anti HBs (-), HBV- DNA : dưới ngưỡng
- Xquang phổi , ECG, siêu âm gan mật, chụp CT scan gan mật giúp chẩn đoán loại trừ.

III. Điều trị :

- Điều trị nâng đỡ: nhằm giúp gan giảm hoạt động , chú ý một số thuốc chống chỉ định cho gan như : paracétamol, kháng sinh ...
- Bù nước và điện giải : Glucose, natri chlorua TTTM
- Trợ gan : Biphenyl, Dimethyl, Dicardoxylate
(BDD) 25 mg 02 viên x 02 lần uống
- Sorbitol 5g 01 gói x 02 lần uống

IV. Xuất viện :

- Tỉnh
- Hết vàng da vàng mắt
- Ăn uống được
- Điều trị ngoại trú, tái khám mỗi 03 tháng

I-Tiêu chuẩn chẩn đoán:

1-Lâm sàng:

- Có tiền sử tiêm chích ma túy.
- Có tiền sử xơ gan.
- Thường ít triệu chứng lâm sàng.
- Đôi khi có gan to hoặc xơ gan hoặc u gan.
- Chán ăn - mệt mỏi - vàng da ít.

2-Xét nghiệm:

- AST , ALT , GGT ,AFP , URE , CREATININ : giúp tiên lượng bệnh
- Siêu âm: gan xơ hoặc u gan.
- Anti HCV (+).
- HCV-ARN: định lượng tăng gấp đôi.
- Công thức máu :HC ,BC,TC Hb :giúp td bệnh .
- XQ phổi , CTScan gan mật có giá trị chẩn đoán phân biệt .

II-Điều trị: kết hợp 2 loại thuốc sau

1/ Interferon α 2a: 3000000 UI tiêm tuần 03 mũi dưới da hoặc tiêm bắp ,thời gian điều trị trung bình 24-48 tháng đến khi nồng độ HCV-ARN dưới ngưỡng phát hiện.

2/ Ribavirin: 400 mg 1 viên x 2 uống.Thời gian điều trị 24-48 tháng.

III-Theo dõi điều trị:

- Theo dõi công thức máu: HC,BC,TC đặc biệt là bạch cầu hạt và tiểu cầu.
- AST, ALT, Bilirubin ,ure ,creatinin mỗi 3 tháng điều trị .
- Siêu âm: theo dõi độ xơ của gan (Fibrosans gan)
- Định lượng: HCV-ARN mỗi 3 tháng và genotyp: để theo dõi kết quả điều trị.

VIÊM GAN SIÊU VI B

I-Tiêu chuẩn chẩn đoán:

1-Lâm sàng:

- Vàng mắt hoặc vàng da nhẹ.
- Ăn kém, khó tiêu, chán ăn.
- Mệt mỏi, sụt cân.
- Đau bụng âm ỉ, gan to mềm.

2-Cận lâm sàng:

- AST tăng > 2 lần.
- ALT tăng > gấp 2 lần.
- Bivirubin , GGT, AFP, ure , creatinin giúp theo dõi điều trị.
- HBsAg (+), IgN anti-HBe (+).
- HBeAg (+), HBV-DNA tăng.
- Công thức máu : Hc, Bc, Tc bình thường.
- Siêu âm: gan to hoặc xơ.
- XQ phổi , CTScan gan mật có giá trị chẩn đoán phân biệt .

II-Điều trị:

1/Điều trị nâng đỡ tế bào gan.

- Sylimarín 70mg: 2viên + 2uống/ngày.
- Biphenyl Dimethyl Dicarboxylate 25mg: 2viên + 2 uống/ngày.
- Sinh tố: vitamin C + bù nước điện giải.

2/Điều trị virus: chọn lựa 1 trong 3 loại thuốc sau.

- + Lamivudin 100mg: 1viên/ngày x 24 tháng.
- + Adefovin 10mg: 1viên/ngày x 24 tháng.
- + Tenefovin 300mg: 1viên/ngày x 24 tháng.

III-Theo dõi điều trị:

- Chức năng gan: AST, ALT, Bilirubin mỗi 3 tháng.
- Chức năng thận: ure, creatinin, Ion đồ trong thời gian điều trị viêm gan cấp.
- Định lượng HBV-DNA mỗi 3 tháng - 6 tháng - 1 năm và mỗi 6 tháng sau khi ngừng uống thuốc.
- Định lượng: HBsAg giúp theo dõi điều trị.
- Sinh thiết gan: giúp tiên lượng bệnh.

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ DỰ PHÒNG BỆNH SỐT RÉT

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3232/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sốt rét là bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng *Plasmodium* ở người gây nên. Bệnh lây theo đường máu, chủ yếu là do muỗi *Anopheles* truyền. Có 5 loài ký sinh trùng sốt rét gây bệnh cho người: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale* và *Plasmodium knowlesi*. Bệnh thường biểu hiện bằng những cơn sốt rét điển hình với ba triệu chứng: rét run, sốt, vã mồ hôi. Bệnh tiến triển có chu kỳ và có hạn định nếu không bị tái nhiễm. Ký sinh trùng sốt rét gây miễn dịch đặc hiệu nhưng không bền vững. Bệnh lưu hành địa phương, trong những điều kiện thuận lợi có thể gây thành dịch, hiện chưa có vắc xin phòng bệnh, có thuốc điều trị đặc hiệu và có thể phòng chống được. Ở nước ta bệnh lưu hành chủ yếu vùng rừng, đồi, núi, ven biển nước lợ; bệnh xảy ra quanh năm, nhưng chủ yếu vào mùa mưa.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Trường hợp sốt rét lâm sàng

Trường hợp sốt rét lâm sàng phải có đủ 4 tiêu chuẩn (khi chưa được xét nghiệm máu hoặc xét nghiệm chưa tìm thấy ký sinh trùng hoặc chưa có kết quả xét nghiệm):

a) Sốt:

- Có triệu chứng điển hình của cơn sốt rét: rét run, sốt và vã mồ hôi.
- Hoặc có triệu chứng không điển hình của cơn sốt rét: sốt không thành cơn (người bệnh thấy ớn lạnh, gai rét) hoặc sốt cao liên tục, sốt dao động.
- Hoặc có sốt trong 3 ngày gần đây.

b) Không tìm thấy các nguyên nhân gây sốt khác.

c) Đang ở hoặc đã đến vùng sốt rét lưu hành hoặc có tiền sử mắc sốt rét gần đây.

d) Trong vòng 3 ngày đầu điều trị bằng thuốc sốt rét có đáp ứng tốt.

2. Trường hợp xác định mắc sốt rét:

Trường hợp xác định mắc sốt rét là trường hợp có ký sinh trùng sốt rét trong máu được xác định bằng xét nghiệm lam máu nhuộm giêmsa, xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên hoặc kỹ thuật PCR.

Các kỹ thuật xét nghiệm xác định ký sinh trùng sốt rét bao gồm:

a) Kỹ thuật xét nghiệm lam máu nhuộm giêmsa: là kỹ thuật phổ biến trong phát hiện ký sinh trùng sốt rét, kết quả ký sinh trùng được trả lời sớm trong vòng 2 giờ, nếu lần đầu xét nghiệm âm tính, mà vẫn còn nghi ngờ người bệnh bị sốt rét, thì phải xét nghiệm thêm 2 - 3 lần nữa, cách nhau 8 giờ hoặc vào thời điểm người bệnh đang lên cơn sốt.

b) Kỹ thuật xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện sốt rét (Rapid Diagnostic Tests - RDTs): sử dụng trong những trường hợp sau: nơi không có kính hiển vi; thôn bản cách xa điểm kính hiển vi trên 1 giờ đi bộ; để chẩn đoán nhanh khi cần thiết. Không sử dụng xét nghiệm phát hiện kháng thể để chẩn đoán xác định mắc sốt rét.

c) Kỹ thuật PCR: kỹ thuật xác định gen của ký sinh trùng sốt rét trong máu.

3. Các thể lâm sàng:

Các thể lâm sàng bệnh sốt rét bao gồm: sốt rét thể thông thường và sốt rét ác tính.

3.1. Sốt rét thể thông thường:

Là trường hợp bệnh sốt rét mà không có dấu hiệu đe dọa tính mạng người bệnh.

Chẩn đoán dựa vào 3 yếu tố: dịch tễ, triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

- Dịch tễ: đang ở hoặc đã đến vùng sốt rét lưu hành hoặc có tiền sử sốt rét gần đây.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Con sốt điển hình có 3 giai đoạn: rét run - sốt - vã mồ hôi.

+ Con sốt không điển hình như: sốt không thành cơn, ón lạnh, gai rét (hay gặp ở người sống lâu trong vùng sốt rét lưu hành), sốt liên tục hoặc dao động (hay gặp ở trẻ em, người bệnh bị sốt rét lần đầu).

+ Những dấu hiệu khác: thiếu máu, lách to, gan to...

- Xét nghiệm: xét nghiệm máu có ký sinh trùng sốt rét thể vô tính, hoặc xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên sốt rét hoặc kỹ thuật PCR dương tính. Nơi không có kính hiển vi phải lấy lam máu gửi đến điểm kính gần nhất.

3.2. Chẩn đoán sốt rét ác tính

Sốt rét ác tính là sốt rét có biến chứng đe dọa tính mạng người bệnh. Sốt rét ác tính thường xảy ra trên những người bệnh nhiễm *P. falciparum* hoặc nhiễm phối hợp có *P. falciparum*. Các trường hợp nhiễm *P. vivax* và *P. knowlesi* cũng có thể gây sốt rét ác tính, đặc biệt ở các vùng kháng với chloroquin.

3.2.1. Các dấu hiệu dự báo sốt rét ác tính

a) Rối loạn ý thức nhẹ, thoáng qua (li bì, cuống sáng, vật vã ...).

b) Sốt cao liên tục.

c) Rối loạn tiêu hóa: nôn, tiêu chảy nhiều lần trong ngày, đau bụng cấp.

d) Đau đầu dữ dội.

e) Mật độ ký sinh trùng cao (*P. falciparum* ++++ hoặc ≥ 100.000 KST/ μ l máu).

f) Thiếu máu nặng: da xanh, niêm mạc nhợt.

3.2.2. Các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của sốt rét ác tính:

a) *Lâm sàng:*

- Rối loạn ý thức (Glasgow ≤ 15 điểm đối với người lớn, Blantyre ≤ 5 điểm đối với trẻ em);

- Hôn mê (Glasgow ≤ 10 điểm đối với người lớn, Blantyre ≤ 3 điểm đối với trẻ em);

- Mệt lả (người bệnh không có khả năng tự ngồi, đứng và đi lại mà không có sự hỗ trợ);
- Co giật trên 2 cơn/24 giờ;
- Thở sâu (> 20 lần/phút) và rối loạn nhịp thở;
- Phù phổi cấp, có ran ẩm ở 2 đáy phổi;
- Hoặc có hội chứng suy hô hấp cấp; khó thở (tím tái, co kéo cơ hô hấp) và SpO₂ < 92%;
- Suy tuần hoàn hoặc sốc (huyết áp tâm thu < 80 mmHg ở người lớn và < 50 mmHg ở trẻ em);
- Suy thận cấp: nước tiểu < 0,5 ml/kg/giờ (ở cả người lớn và trẻ em);
- Vàng da niêm mạc;
- Chảy máu tự nhiên (dưới da, trong cơ, chảy máu tiêu hóa) hoặc tại chỗ tiêm.

b) Xét nghiệm:

- Hạ đường huyết (Đường huyết < 70 mg/dl hoặc < 4 mmol/l, nếu < 50 mg/dl hoặc < 2,7 mmol/l thì gọi là hạ đường huyết nặng);
- Toan chuyển hóa pH < 7,35 (bicarbonate huyết tương < 15 mmol/l);
- Thiếu máu nặng (người lớn Hemoglobin < 7 g/dl, Hematocrit < 20%; trẻ em Hb < 5 g/dL hay Hct < 15 mg%); (WHO 2012)
- Nước tiểu có màu đỏ nâu sau đó chuyển màu đen do có hemoglobin (đái huyết cầu tố);
- Tăng Lactat máu: Lactat > 5 mmol/l;
- Suy thận: Creatinine huyết thanh > 3mg% (> 265 μ mol/l) ở cả người lớn và trẻ em;
- Phù phổi cấp: Chụp X quang phổi có hình mờ 2 rốn phổi và đáy phổi;
- Thiếu máu thể vàng da (bilirubin toàn phần > 3mg%)

3.2.3. Một số biểu hiện thường gặp trong sốt rét ác tính ở trẻ em và phụ nữ có thai

a) Trẻ em: thiếu máu nặng, hôn mê, co giật, hạ đường huyết, suy hô hấp, toan chuyển hóa.

b) Phụ nữ có thai: hạ đường huyết (thường sau điều trị Quinin), thiếu máu, sảy thai, đẻ non, nhiễm trùng hậu sản sau sảy thai hoặc đẻ non.

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Chẩn đoán phân biệt sốt rét thường

Trường hợp kết quả xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần phân biệt với sốt do các nguyên nhân khác như: Sốt xuất huyết Dengue, sốt thương hàn, sốt mò, cảm cúm, viêm họng, viêm amidan, viêm màng não ...

4.2. Chẩn đoán phân biệt sốt rét ác tính

Trường hợp xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần làm thêm các xét nghiệm khác, khai thác kỹ yếu tố dịch tễ liên quan để tìm các nguyên nhân:

- Hôn mê do viêm não, viêm màng não, nhiễm khuẩn nặng...
- Vàng da, vàng mắt do xoắn khuẩn, nhiễm khuẩn đường mật, viêm gan vi rút, tan huyết..
- Sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, sốt mò.
- Suy hô hấp cấp do các nguyên nhân khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm, đúng và đủ liều.
- Điều trị cắt cơn sốt kết hợp với chống lây lan (sốt rét do *P.falciparum*) và điều trị tiệt căn (sốt rét do *P.vivax*, *P.ovale*).
- Các trường hợp sốt rét do *P.falciparum* không được dùng một thuốc sốt rét đơn thuần, phải điều trị thuốc sốt rét phối hợp để hạn chế kháng thuốc và tăng hiệu lực điều trị.
- Điều trị thuốc sốt rét đặc hiệu kết hợp với điều trị hỗ trợ và nâng cao thể trạng.
- Các trường hợp sốt rét ác tính phải chuyển về đơn vị hồi sức cấp cứu của bệnh viện từ tuyến huyện trở lên, theo dõi chặt chẽ và hồi sức tích cực.

2. Điều trị cụ thể

| Nhóm người bệnh | Sốt rét lâm sàng | Sốt rét do <i>P.falciparum</i> | Sốt rét do <i>P.vivax/P.ovale</i> | Sốt rét do <i>P.malariae/P.knowlesi</i> | Sốt rét nhi hợp có <i>P.fa</i> |
|------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| Dưới 3 tuổi | DHA-PPQ ⁽¹⁾ | DHA-PPQ ⁽¹⁾ | Chloroquin | Chloroquin | DHA-P |
| Từ 3 tuổi trở lên | DHA-PPQ ⁽¹⁾ | DHA-PPQ ⁽¹⁾ +Primaquin | Chloroquin +Primaquin | Chloroquin | DHA-PPQ ⁽¹⁾ uin |
| Phụ nữ có thai trong 3 tháng | Quinin + Clindamycin | Quinin + Clindamycin | Chloroquin | Chloroquin | Quini Clindan |
| Phụ nữ có thai trên 3 tháng | DHA-PPQ ⁽¹⁾ | DHA-PPQ ⁽¹⁾ | Chloroquin | Chloroquin | DHA-P |

- Điều trị đặc hiệu:

Bảng 1: Thuốc sốt rét theo nhóm người bệnh và chủng loại ký sinh trùng sốt rét

Chú thích: ⁽¹⁾ DHA(Dihydroartemisinin)-PPQ(Piperaquin phosphat): biệt dược là CV Artecan, Arterakine.

2.1. Điều trị sốt rét thể thông thường

- Dựa vào chẩn đoán để chọn thuốc điều trị phù hợp, liều lượng xem ở các Bảng 2, 3, 4, 5:

a) Thuốc điều trị ưu tiên:

- Sốt rét do *P.falciparum*: Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat uống 3 ngày (Bảng 3) và Primaquin 0,5 mg bazơ/kg liều duy nhất (Bảng 5).

- Sốt rét phối hợp có *P.falciparum*: Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat uống 3 ngày (Bảng 3) và Primaquin 0,25 mg bazơ/kg x 14 ngày (Bảng 5).

- Sốt rét do *P.vivax*: Chloroquin uống 3 ngày (Bảng 2) và Primaquin 0,25 mg bazơ/kg/ngày x 14 ngày (Bảng 5).

b) Thuốc điều trị thay thế:

- Quinine điều trị 7 ngày (Bảng 4, 7, 8) + Doxycyclin điều trị 7 ngày (Bảng 9).

- Hoặc Quinin điều trị 7 ngày (Bảng 4, 7, 8) + Clindamycin điều trị 7 ngày (Bảng 10) cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 8 tuổi.

2.2. Điều trị sốt rét thông thường ở phụ nữ có thai

Phụ nữ có thai mắc sốt rét hay bị thiếu máu, hạ đường huyết, phù phổi cấp, dễ chuyển thành sốt rét ác tính, vì vậy việc điều trị phải nhanh chóng và hiệu quả.

a) Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu:

- Điều trị sốt rét do *P.falciparum*: Thuốc điều trị là Quinin sulfat 7 ngày (Bảng 4) + Clindamycin 7 ngày (Bảng 10).

- Điều trị sốt rét do *P.vivax*: thuốc điều trị là Chloroquin x 3 ngày (Bảng 2)

b) Phụ nữ có thai trên 3 tháng:

- Điều trị sốt rét do *P.falciparum*: Thuốc điều trị là Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat uống 3 ngày (Bảng 3).

- Điều trị sốt rét do *P.vivax*: Thuốc điều trị là Chloroquin tổng trong 3 ngày (Bảng 2)

Chú ý: Không điều trị Primaquin cho phụ nữ có thai, trẻ em dưới 3 tuổi và người thiếu men G6PD. Không điều trị Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu

2.3. Điều trị sốt rét ác tính

2.3.1. Điều trị đặc hiệu

Sử dụng Artesunat tiêm hoặc Quinin (liều lượng thuốc xem Bảng 6, 7, 8) theo thứ tự ưu tiên như sau:

- Artesunat tiêm: Liều giờ đầu 2,4 mg/kg, tiêm nhắc lại 2,4 mg/kg vào giờ thứ 12 (ngày đầu). Sau đó mỗi ngày tiêm 1 liều 2,4 mg/kg cho đến khi người bệnh tỉnh, có

thể uống được, chuyển sang thuốc Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat 3 ngày (Bảng 6)

- Quinin dihydrochloride: tiêm hoặc truyền tĩnh mạch với liều 20 mg/kg cho 8 giờ đầu, sau đó 10 mg/kg cho mỗi 8 giờ tiếp theo (Bảng 8), cho đến khi tỉnh thì chuyển uống Quinin sunfat (Bảng 4) + Doxycyclin (Bảng 9) cho đủ 7 ngày hoặc Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat liều 3 ngày (Bảng 3).

Chú ý:

- Trong trường hợp không có thuốc quinin tiêm thì sử dụng thuốc viên qua sonde dạ dày.

- Khi dùng Quinin để phòng hạ đường huyết và trụy tim mạch do truyền nhanh.

2.3.2. Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai

Phụ nữ có thai khi bị sốt rét ác tính có thể dẫn đến sảy thai, đẻ non, thai chết lưu và dẫn đến tử vong. Do vậy phải tích cực điều trị diệt ký sinh trùng sốt rét kết hợp điều trị triệu chứng, biến chứng.

- Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: dùng Quinin dihydrochloride (Bảng 8) + Clindamycin (Bảng 10).

- Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai trên 3 tháng: dùng Artesunat tiêm như với người bệnh sốt rét ác tính, khi tỉnh có thể chuyển sang uống Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphat (3 ngày)

Chú ý:

- Phụ nữ có thai hay bị hạ đường huyết, nhất là khi điều trị Quinin, nên truyền Glucose 10% và theo dõi Glucose máu.

- Khi bị sảy thai hoặc đẻ non cần phải điều trị chống nhiễm khuẩn tử cung.

2.4. Điều trị hỗ trợ

a) Sốt cao hạ nhiệt bằng cách:

- Chườm mát

- Thuốc hạ nhiệt: Nếu nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$ với trẻ em hoặc $\geq 39^{\circ}\text{C}$ với người lớn. Thuốc hạ nhiệt chỉ dùng Paracetamol 10 mg/kg/lần với trẻ em, không quá 4 lần trong 24 giờ.

b) Cắt cơn co giật:

- Dùng Diazepam, liều 0,1 - 0,2 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm hoặc bơm vào hậu môn (liều 0,5 - 1,0 mg/kg). Tiêm nhắc lại liều trên nếu còn cơn co giật, thận trọng khi dùng cho trẻ em dưới 1 tuổi.

- Ngoài ra có thể dùng phenobarbital (15 mg/kg sau đó duy trì liều 5 mg/kg/ngày trong 48 giờ). Khi sử dụng phenobarbital phải theo dõi sát tình trạng nhịp thở của người bệnh và SpO_2 .

c) Xử trí sốc:

- Cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm không quá 6,5 cm H₂O ở người bệnh không có suy hô hấp cấp và không quá 5,0 cm H₂O ở người bệnh có hội chứng suy hô hấp cấp.

- Nếu huyết áp vẫn không cải thiện cần sử dụng thêm các thuốc vận mạch như Noradrenalin, hoặc Dopamin. Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi dùng Noradrenalin liều 3mg/giờ thì phối hợp thêm với Adrenalin duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg.

- Với trẻ em có sốc, xử trí như trên (chú ý liều lượng cho thích hợp và bảo đảm huyết áp tâm thu theo các lứa tuổi như sau: Huyết áp tối đa > 80 mmHg trẻ em trên 10 tuổi, > 70 mmHg ở trẻ em 1 tháng đến 10 tuổi và > 60 mmHg ở trẻ sơ sinh).

- Sử dụng thêm kháng sinh phổ rộng để phòng nhiễm khuẩn và nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh.

d) Xử trí suy hô hấp:

- Đặt Canule miệng họng.

- Hút đờm rãi miệng, họng.

- Nằm đầu cao 30°- 45°.

- Đặt ống thông dạ dày để cho ăn.

- Thở oxy 4-6 lít/phút duy trì SpO₂ > 92%.

- Nếu hôn mê Glasgow < 13 điểm thì đặt ống nội khí quản.

- Thở máy với thể tích lưu thông 6ml/kg cân nặng, tần số 16-20 lần phút, FiO₂ 50%, PEEP 5 cm nước.

- Nếu tổn thương phổi nặng; tỉ lệ P/F < 300 thì thở máy theo phương thức ARDS

- Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm phổi.

Chú ý: hạn chế mở khí quản và dùng thuốc ức chế hô hấp

đ) Xử trí suy thận cấp:

Trong trường hợp người bệnh suy thận cấp thể vô niệu hoặc thiếu niệu cần hạn chế truyền dịch và duy trì cân bằng lượng nước vào như sau:

$$\text{Lượng nước vào} = \text{Lượng nước ra} + 500 \text{ ml}$$

- Nếu người bệnh có toan chuyển hóa (HCO₃⁻ < 15 mmol/l) có thể truyền Natri bicarbonat 1,4%, theo dõi khí máu động mạch để điều chỉnh thích hợp.

- Nếu Huyết áp > 90 mmHg, nước tiểu < 0,5ml/kg cân nặng cần dùng thêm Furosemid từ 40 mg - 80mg tiêm tĩnh mạch, theo dõi đáp ứng của thận và điều chỉnh dịch truyền và liều Furosemid sao cho duy trì nước tiểu 80-100 ml/giờ, nếu vẫn không có kết quả thì phải lọc máu (chạy thận nhân tạo hoặc lọc máu liên tục nếu có tụt huyết áp).

- Chỉ định lọc máu khi:

• Nước tiểu 24 giờ < 500 ml sau khi đã được bù dịch đủ và dùng thuốc lợi tiểu.

• Hoặc người bệnh có phù hoặc đe dọa phù phổi cấp.

• Hoặc có một trong các tiêu chuẩn sau: Creatinin máu > 500 $\mu\text{mol/l}$, kali máu > 6 mmol/l, pH < 7,25 mà không điều chỉnh được bằng Bicacbonat.

• Lactac máu > 5 mmol/l.

- Khoảng cách lọc: Lọc máu hàng ngày hay cách ngày phụ thuộc mức độ thừa dịch, tình trạng của người bệnh.

e) Xử trí thiếu máu do huyết tán hoặc xuất huyết:

- Truyền khối hồng cầu khi Hematocrit < 20% hoặc hemoglobin < 7g/dl.

- Truyền khối tiểu cầu khi tiểu cầu < 20.000/ml máu nếu không làm thủ thuật xâm lấn hoặc < 50.000/ml nếu làm các thủ thuật xâm lấn.

- Không truyền Plasma nhưng nếu PT < 50% mà cần làm thủ thuật xâm lấn thì nên truyền.

f) Xử trí hạ đường huyết:

- Duy trì ăn qua ống thông dạ dày liên tục hoặc nhiều bữa.

- Nếu có hạ đường huyết thì tiêm tĩnh mạch chậm 30-50 ml Glucose ưu trương 20% (trẻ em 1-2 ml/kg), sau đó truyền duy trì Glucose 10% liên tục 24 giờ đặc biệt ở các người bệnh có vàng da, suy gan cấp (mỗi giờ 5-6 gam glucose) để tránh hạ đường huyết tái phát, ngược lại nếu có tăng đường máu >10 mmol/l thì truyền insulin tĩnh mạch liên tục liều thấp 1-2 đơn vị /giờ (duy trì đường huyết khoảng 8-10 mmol/l).

g) Xử trí đái huyết cầu tố:

- Dấu hiệu và triệu chứng thường gặp của sốt rét đái huyết cầu tố là cơn sốt rét điển hình có vàng da-niêm mạc và nước tiểu màu như nước vối hay cà phê đen. Cần hỏi kỹ bệnh sử đái huyết cầu tố, các loại thuốc mới dùng gần đây, xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng sốt rét và thử nước tiểu tìm hemoglobin, số lượng hồng cầu nhiều lần (trong đái huyết cầu tố số lượng hồng cầu giảm rất nhanh) và xét nghiệm G6PD nếu có điều kiện.

- Xử trí:

+ Truyền Natri clorua 0,9% và các dịch khác duy trì lượng nước tiểu ≥ 2500 ml/24 giờ, 10-12 ml/kg/24 giờ với trẻ em.

+ Truyền khối hồng cầu khi Hematocrit < 25% hoặc hemoglobin < 7g/dl.

+ Nếu đang dùng Primaquin hoặc Quinin mà xuất hiện đái huyết cầu tố thì ngừng ngay thuốc và thay bằng thuốc sốt rét khác.

+ Nếu người bệnh bị suy thận thì xử trí như suy thận do sốt rét ác tính.

Chú ý: Hiện tượng đái huyết cầu tố thường gặp trên người thiếu G6PD, khi gặp các tác nhân gây ô xy hóa như thuốc, nhiễm khuẩn và một số loại thức ăn. Vì vậy cần hỏi kỹ tiền sử, xét nghiệm máu nhiều lần để xác định đái huyết cầu tố do ký sinh trùng sốt rét và loại trừ đái huyết cầu tố do các nguyên nhân khác.

h) Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiểm toan

- Cân người bệnh hàng ngày (nếu có điều kiện) hoặc tính lượng dịch vào-ra đầy đủ

- Dấu hiệu mất nước: Giảm đàn hồi da, môi khô, mạch nhanh, huyết áp hạ, giảm độ căng nhân cầu, nước tiểu ít.

- Xử trí:

+ Dùng các dịch truyền đẳng trương nhưng không quá 2,5 lít/ngày với người lớn và 20ml/kg trong 1-2 giờ đầu đối với trẻ em và theo dõi các xét nghiệm điện giải đồ, huyết áp và nước tiểu.

+ Nếu người bệnh có toan huyết ($\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mmol/l}$) có thể truyền natri bicarbonat 1,4%, theo dõi khí máu động mạch để điều chỉnh thích hợp.

Chú ý: Xác định thiếu niệu, vô niệu bằng cách đo lượng dịch thải ra (nước tiểu, chất nôn...) và lượng dịch đưa vào. Cần thận trọng việc bù nước để tránh phù phổi cấp (đặc biệt đối với người bệnh suy thận), theo dõi huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm và hematocrit. Trước một người bệnh thiếu, vô niệu (lượng nước tiểu < 400 ml/24 giờ) cần tìm nguyên nhân do thiếu nước hay do suy thận cấp.

i) Chăm sóc, nuôi dưỡng:

- Để người bệnh nằm nơi sạch sẽ, khô, thoáng mát, tránh gió lùa, xoay trở 2-3 giờ một lần tránh loét tư thế (nên nằm đệm chống loét).

- Theo dõi người bệnh chặt chẽ: bằng máy theo dõi nếu có điều kiện.

- Theo dõi: Huyết áp, mạch, SpO_2 , nước tiểu, ý thức, nhịp thở 1 giờ /lần nếu người bệnh có tụt huyết áp, đo nhiệt độ 3 giờ/ lần.

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu, ý thức 3 giờ/lần nếu người bệnh ổn định.

- Dinh dưỡng: Chế độ ăn đảm bảo đủ dinh dưỡng (khoảng 1500 - 2000 calo/ngày). Cho người bệnh ăn lỏng qua ống thông dạ dày nhiều bữa nhỏ hoặc nhỏ giọt liên tục nếu người bệnh hôn mê. Nếu người bệnh nôn nhiều, không thể ăn qua đường tiêu hóa thì nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

2.5. Liều lượng thuốc

Bảng 2: Bảng tính liều Chloroquin phosphat viên 250 mg (chứa 150 mg bazơ) theo tuổi và cân nặng

- Liều tính theo cân nặng: Tổng liều 25mg bazơ/kg, chia 3 ngày điều trị như sau:

+ Ngày 1: 10 mg bazơ /kg cân nặng.

+ Ngày 2: 10 mg bazơ /kg cân nặng.

+ Ngày 3: 5 mg bazơ /kg cân nặng.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

| Nhóm tuổi | Ngày 1 (viên) | Ngày 2 (viên) | Ngày 3 (viên) |
|------------------|---------------|---------------|---------------|
| Dưới 1 tuổi | ½ | ½ | ¼ |
| 1 - dưới 5 tuổi | 1 | 1 | ½ |
| 5 - dưới 12 tuổi | 2 | 2 | 1 |

| | | | |
|--------------------|---|---|----|
| 12 - dưới 15 tuổi | 3 | 3 | 1½ |
| Từ 15 tuổi trở lên | 4 | 4 | 2 |

Bảng 3: Viên thuốc phối hợp Dihydroartemisinin-Piperaquin

Mỗi viên có hàm lượng Dihydroartemisinin 40 mg, Piperaquin phosphate 320 mg, (biệt dược là Arterakine, CV Artecán). Điều trị 3 ngày tính theo nhóm tuổi như sau:

| Nhóm tuổi | Cân nặng tương ứng | Ngày 1 | | Ngày 2 (Sau 24 giờ) | Ngày 3 (Sau 48 giờ) |
|--------------------|--------------------|----------|-----------|---------------------|---------------------|
| | | Giờ đầu | Sau 8 giờ | | |
| Dưới 3 tuổi | < 15 kg | ½ viên | ½ viên | ½ viên | ½ viên |
| 3 - dưới 8 tuổi | 15 - < 25 Kg | 1 viên | 1 viên | 1 viên | 1 viên |
| 8 - dưới 15 tuổi | 25 - 40 kg | 1 ½ viên | 1 ½ viên | 1 ½ viên | 1 ½ viên |
| Từ 15 tuổi trở lên | > 40 Kg | 2 viên | 2 viên | 2 viên | 2 viên |

Chú ý: Không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu.

Bảng 4: Bảng tính liều Quinin sulfat viên 250 mg theo tuổi và cân nặng

Liều tính theo cân nặng: 30 mg/kg/24 giờ (chia đều 3 lần mỗi ngày) điều trị 7 ngày. Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

| Nhóm tuổi | Số viên/ngày x số ngày | Ghi chú |
|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Dưới 1 tuổi | 1 viên/ngày x 7 ngày | Chia đều 3 lần mỗi ngày |
| 1 - dưới 5 tuổi | 1 ½ viên/ngày x 7 ngày | |
| 5 - dưới 12 tuổi | 3 viên/ngày x 7 ngày | |
| 12 - dưới 15 tuổi | 5 viên/ngày x 7 ngày | |
| Từ 15 tuổi trở lên | 6 viên/ngày x 7 ngày | |

Bảng 5: Bảng tính liều Primaquin viên 13,2 mg (7,5 mg Primaquin bazơ) theo tuổi và cân nặng

- Liều tính theo cân nặng:

+ Điều trị giao bào *P. falciparum/P. malariae/P.knowlesi* liều duy nhất 0,5 mg bazơ/kg vào ngày cuối cùng của đợt điều trị.

+ Điều trị *P.vivax/P.ovale* liều 0,25 mg bazơ/kg/ngày x 14 ngày, điều trị vào ngày đầu tiên cùng Chloroquin để diệt thể ngủ trong gan chống tái phát xa.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

| Nhóm tuổi | <i>P.falciparum/ P.knowles/P.malariae</i> điều trị 1 lần | <i>P.vivax/P.ovale</i> điều trị 14 ngày |
|--------------------|---|--|
| 3 - dưới 5 tuổi | 1 viên uống 1 lần | 1/2 viên / ngày x 14 ngày |
| 5 - dưới 12 tuổi | 2 viên uống 1 lần | 1 viên / ngày x 14 ngày |
| 12 - dưới 15 tuổi | 3 viên uống 1 lần | 1 ½ viên / ngày x 14 ngày |
| Từ 15 tuổi trở lên | 4 viên uống 1 lần | 2 viên / ngày x 14 ngày |

Chú ý:

- Không dùng Primaquin cho trẻ em dưới 3 tuổi và phụ nữ có thai, người có bệnh gan và người thiếu men G6PD. Nếu không có điều kiện xét nghiệm G6PD thì cần theo dõi biến động khối lượng hồng cầu, màu sắc da và màu sắc nước tiểu (nước tiểu chuyển màu sẫm như nước vối hoặc màu nước cà phê đen) để dừng thuốc kịp thời.

- Uống Primaquin sau khi ăn.

Bảng 6: Bảng tính liều Artesunat tiêm, lọ 60 mg theo tuổi và cân nặng

Liều tính theo cân nặng:

- Liều giờ đầu 2,4 mg/kg, tiêm nhắc lại 2,4 mg/kg vào giờ thứ 12 (ngày đầu). Sau đó mỗi ngày tiêm 1 liều 2,4 mg/kg (tối đa là 7 ngày) cho đến khi người bệnh tỉnh, có thể uống được, chuyển sang thuốc Dihydroartemisinin - Piperaquin x 3 ngày.

- Liều tính theo lứa tuổi (nếu không có cân) như sau:

| Nhóm tuổi | Liều ngày thứ nhất | | Liều những ngày sau (dung dịch sau khi pha thuốc) |
|-------------------|--|--|--|
| | Liều giờ thứ nhất (dung dịch sau khi pha thuốc) | Liều giờ thứ 12 (dung dịch sau khi pha thuốc) | |
| Dưới 1 tuổi | 2 ml | 2 ml | 2 ml |
| 1 - dưới 5 tuổi | 4 ml | 4 ml | 4 ml |
| 5 - dưới 12 tuổi | 8 ml | 8 ml | 8 ml |
| 12 - dưới 15 tuổi | 10 ml | 10 ml | 10 ml |

| | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Từ 15 tuổi trở lên | 12 ml (2 lọ) | 12 ml (2 lọ) | 12 ml (2 lọ) |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|

Chú ý:

- Không dùng Artesunat cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu trừ trường hợp sốt rét ác tính mà không có Quinin.
- Việc pha thêm 5 ml Natri clorua 0,9% là để chia liều lượng chính xác cho người bệnh là trẻ em.
- Trường hợp không tiêm được tĩnh mạch thì có thể tiêm bắp. Chỉ cần pha bột thuốc với 1 ml Natri bicarbonat 5%, lắc kỹ cho bột Artesunat tan hoàn toàn, rồi tiêm bắp.

Bảng 7: Bảng tính liều Quinin hydrochloride, Ống 500 mg theo tuổi và cân nặng

- Liều theo cân nặng: Tiêm bắp: 30 mg/kg/24 giờ. Mỗi đợt điều trị 7 ngày.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

| Nhóm tuổi | Số ống x số lần/ngày |
|--------------------|--|
| Dưới 1 tuổi | $\frac{1}{10}$ Ống x 3 lần / ngày |
| 1 - dưới 5 tuổi | $\frac{1}{6}$ - $\frac{1}{3}$ Ống x 3 lần / ngày |
| 5 - dưới 12 tuổi | $\frac{1}{2}$ Ống x 3 lần / ngày |
| 12 - dưới 15 tuổi | $\frac{2}{3}$ Ống x 3 lần / ngày |
| Từ 15 tuổi trở lên | 1 Ống x 3 lần / ngày |

Chú ý: Tiêm Quinin dễ gây áp xe, cần tiêm bắp sâu và bảo đảm vô trùng.

Bảng 8: Bảng tính liều Quinin dihydrochloride, Ống 500 mg theo tuổi và cân nặng

| Thời gian | Liều 8 giờ đầu (0 - 8h) | Liều 8 giờ tiếp theo (9 - 16h) | Liều 8 giờ tiếp theo (17 - 24h) | Liều mỗi ngày từ ngày 2-7 |
|------------------------|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|
| Quinin dihydrochloride | 20 mg/kg | 10 mg/kg | 10 mg/kg | 30 mg/kg chia 3 lần cách nhau 8 giờ. Khi uống được chuyển sang thuốc uống theo hướng dẫn |

Thuốc được pha trong Natri clorua 0,9% hoặc Glucose 5% để truyền tĩnh mạch. Nếu trước đó người bệnh chưa điều trị Quinin thì truyền tĩnh mạch với liều 20 mg/kg 8 giờ đầu, sau đó 10 mg/kg 8 giờ một lần cho đến khi người bệnh uống được chuyển sang dùng Quinin sulfat liều 30 mg/kg chia 3 lần trong ngày, cho đủ 7 ngày điều trị, nên phối hợp với Doxycyclin liều 3 mg/kg x 7 ngày (không dùng cho trẻ em dưới 8 tuổi và phụ nữ có thai) hoặc Clindamycin liều 15 mg/kg/24 giờ x 7 ngày.

Ví dụ: 1 người nặng 50kg, liều truyền đầu tiên 1000 mg Quinin dihydrochloride (8 giờ đầu), sau đó cứ 8 giờ truyền 500 mg, pha trong 500 ml Natri clorua 0,9% hoặc Glucose 5%, với tốc độ 40 giọt/phút.

Chú ý: Trường hợp người bệnh suy thận cần tính toán tổng lượng dịch truyền thích hợp, nếu cần chuyển sang tiêm bắp.

Bảng 9: Bảng tính liều Doxycyclin theo tuổi và cân nặng

- Mỗi viên chứa 100mg Doxycyclin
- Liều lượng tính theo cân nặng: 3mg/kg/ngày uống 1 lần x 7 ngày
- Liều tính theo nhóm tuổi nếu không có cân như sau:

| Nhóm tuổi | Số viên/ngày x số ngày |
|--------------------|------------------------|
| 8 - dưới 12 tuổi | 1/2 viên/ngày x 7 ngày |
| 12 - dưới 15 tuổi | 3/4 viên/ngày x 7 ngày |
| Từ 15 tuổi trở lên | 1 viên/ngày x 7 ngày |

Chú ý: Chỉ dùng phối hợp với Quinin viên (Quinin sulfat) hoặc Quinin tiêm (Quinin hydrochloride/dihydrochloride) ở người lớn và trẻ em trên 8 tuổi

Bảng 10: Bảng tính liều Clindamycin theo tuổi và cân nặng

- Clindamycin viên có 2 loại hàm lượng (150 mg và 300 mg)
- Liều tính theo cân nặng 15 mg/kg/24 giờ chia 2 lần x 7 ngày
- Liều tính theo nhóm tuổi, nếu không có cân như sau:

| Nhóm tuổi | Số viên/ngày x số ngày | |
|----------------------|------------------------|------------------------|
| | Viên 150 mg | Viên 300 mg |
| Dưới 3 tuổi | 1 viên/ngày x 7 ngày | 1/2 viên/ngày x 7 ngày |
| Từ 3 - dưới 8 tuổi | 1 ½ viên/ngày x 7 ngày | 3/4 viên/ngày x 7 ngày |
| Từ 8 - dưới 12 tuổi | 2 viên/ngày x 7 ngày | 1 viên/ngày x 7 ngày |
| Từ 12 - dưới 15 tuổi | 3 viên/ngày x 7 ngày | 1 ½ viên/ngày x 7 ngày |
| Từ 15 tuổi trở lên | 4 viên/ngày x 7 ngày | 2 viên/ngày x 7 ngày |

Chú ý: Chỉ dùng phối hợp với Quinin viên (Quinin sulfat) hoặc Quinin tiêm (Quinin hydrochloride/dihydrochloride) ở phụ nữ có thai dưới 3 tháng và trẻ em dưới 8 tuổi.

2.6. Theo dõi trong quá trình điều trị

a) Theo dõi lâm sàng:

- Nếu bệnh diễn biến nặng hơn hoặc trong 3 ngày điều trị mà người bệnh vẫn sốt hoặc tình trạng bệnh xấu đi và còn ký sinh trùng sốt rét (KSTSR) thì dùng thuốc điều trị thay thế.

- Nếu bệnh diễn biến nặng hơn hoặc trong 3 ngày điều trị mà người bệnh vẫn sốt hoặc tình trạng bệnh xấu đi và không còn ký sinh trùng sốt rét thì tìm nguyên nhân khác.

- Nếu người bệnh bị nôn trong vòng 30 phút sau khi uống thuốc, thì phải uống liều khác thay thế hoặc dùng thuốc dạng tiêm.

b) Theo dõi ký sinh trùng:

- Lấy lam máu kiểm tra KSTSR hàng ngày.

- Chỉ cho người bệnh ra viện khi kết quả soi lam âm tính.

2.7. Xử trí các trường hợp điều trị thất bại (phụ lục 4)

Tất cả các trường hợp điều trị thất bại, phải lấy lam máu để xét nghiệm lại và điều trị như sau:

a) Xuất hiện các dấu hiệu nguy hiểm trong vòng 3 ngày đầu và còn ký sinh trùng sốt rét thì phải điều trị như sốt rét ác tính.

b) Nếu người bệnh xuất hiện lại KSTSR trong vòng 14 ngày, điều trị bằng thuốc điều trị thay thế.

c) Nếu người bệnh xuất hiện lại KSTSR sau 14 ngày, được coi như tái nhiễm và điều trị bằng thuốc lựa chọn ưu tiên.

d) Nếu gặp các trường hợp điều trị thất bại đối với một loại thuốc sốt rét tại cơ sở điều trị, cần báo lên tuyến trên để tiến hành xác minh KSTSR kháng thuốc.

IV. PHÂN TUYẾN ĐIỀU TRỊ

Bảng 11: Phân tuyến điều trị bệnh sốt rét

| Thể bệnh | Tuyến điều trị | | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|--------------|----------------|--------------------|
| | Bệnh viện Trung ương, Tỉnh | Bệnh viện huyện, Y tế công/nông lâm trường, xí nghiệp | Trạm y tế xã | Y tế thôn, bản | Cơ sở y tế tư nhân |
| Sốt rét thể thông thường | + | + | + | + | + |
| Sốt rét ở phụ nữ có thai | + | + | + | | + |
| Sốt rét thể ác | + | + | Xử trí ban | Xử trí ban | Xử trí ban |

| | | | | | |
|------|--|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| tính | | | đầu ⁽¹⁾ | đầu ⁽¹⁾ | đầu ⁽¹⁾ |
|------|--|--|--------------------|--------------------|--------------------|

Chú thích ⁽¹⁾ Xử trí ban đầu và chuyển người bệnh lên tuyến trên.

1. Y tế thôn bản xử trí ban đầu:

Theo dõi người bệnh nếu có một trong các dấu hiệu dự báo sốt rét ác tính (xem mục 3.2.1), thì cần cho uống ngay liều đầu tiên của Dihydroartemisinin - Piperaquin phosphate (Bảng 4) và chuyển lên tuyến trên. Thuốc phải được nghiền nhỏ và pha trong nước cho tan hoàn toàn. Trước khi cho uống thuốc phải cho người bệnh uống một ít nước, nếu uống được, không bị sặc, mới cho uống tiếp thuốc đã pha.

2. Trạm y tế xã, cơ sở y tế tư nhân xử trí ban đầu:

Người bệnh có các dấu hiệu dự báo sốt rét ác tính cần xử trí như sau:

- Tiêm ngay liều đầu tiên Artesunat (Bảng 6) hoặc Quinin hydrochloride nếu là phụ nữ có thai dưới 3 tháng tuổi (Bảng 7) sau đó chuyển người bệnh lên tuyến trên. Nếu thời gian vận chuyển dài trên 8 giờ thì cần cho liều tiếp theo.
- Không chuyển ngay những người bệnh đang trong tình trạng sốc (mạch nhanh nhỏ khó bắt, chân tay lạnh, vã mồ hôi, tụt huyết áp), phù phổi cấp, co giật...
- Trường hợp không thể chuyển lên tuyến trên được, cần đề nghị tuyến trên tăng cường bằng phương tiện nhanh nhất, đồng thời tiếp tục điều trị tích cực trong khi chờ đợi.

V. PHÒNG CHỐNG SỐT RÉT

1. Các biện pháp bảo vệ cá nhân

- Biện pháp vật lý: nằm màn, lưới chắn muỗi, bẫy vọt muỗi, mặc quần áo dài... tránh muỗi đốt.
- Biện pháp sinh học: nuôi cá ăn bọ gậy, chế phẩm sinh học diệt bọ gậy...
- Các biện pháp hóa học: phun hóa chất, tắm màn hóa chất (màn tắm hóa chất tồn lưu lâu), tắm rèm, chăn... kem muỗi, hương muỗi...

2. Các chỉ định sử dụng thuốc điều trị bệnh sốt rét

2.1. Điều trị người bệnh sốt rét:

Bao gồm người bệnh được xác định mắc sốt rét và sốt rét lâm sàng.

2.2. Điều trị mở rộng

Chỉ áp dụng ở các vùng đang có dịch. Trung tâm Phòng chống sốt rét/Trung tâm y tế dự phòng cấp tỉnh quyết định chọn đối tượng và phạm vi điều trị mở rộng.

2.3. Cấp thuốc tự điều trị

- Đối tượng: người vào vùng sốt rét lưu hành nặng trên 1 tuần (khách du lịch, người đi rừng, ngủ rẫy, người qua lại biên giới vùng sốt rét lưu hành).
- Chỉ áp dụng cho khu vực miền Trung, Tây Nguyên và Đông Nam Bộ không nằm trong vùng sốt rét kháng thuốc.

- Cán bộ y tế từ tuyến xã trở lên mới được cấp thuốc tự điều trị, hướng dẫn cho họ biết cách sử dụng thuốc và theo dõi sau khi trở về.

- Thuốc sốt rét được cấp để tự điều trị là Dihydroartemisinin-Piperaquin, liều theo tuổi trong 3 ngày (xem Bảng 3).

PHỤ LỤC 1

THANG ĐIỂM GLASGOW CỦA NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM TRÊN 5 TUỔI
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3232/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

| Dấu hiệu lâm sàng | Điểm |
|---------------------------------------|------|
| 1. Mắt mở: | |
| - Tự mở | 4 |
| - Khi gọi to | 3 |
| - Khi kích thích đau | 2 |
| - Không đáp ứng | 1 |
| 2. Vận động: | |
| - Đáp ứng theo yêu cầu, lời nói | 6 |
| - Đáp ứng với kích thích đau | |
| - Chính xác | 5 |
| - Không chính xác | 4 |
| - Với tư thế co cứng (mất vỏ) | 3 |
| - Với tư thế duỗi cứng (mất não) | 2 |
| - Không đáp ứng | 1 |
| 3. Lời nói: | |
| - Trả lời đúng, chính xác | 5 |
| - Trả lời bằng lời nói lú lẫn, sai | 4 |
| - Trả lời bằng các từ không thích hợp | 3 |
| - Trả lời bằng những từ vô nghĩa | 2 |
| - Không trả lời gì cả | 1 |

PHỤ LỤC 2

THANG ĐIỂM BLANTYRE CỦA TRẺ EM (TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI)
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3232/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

| Dấu hiệu lâm sàng | Điểm |
|---------------------------------------|------|
| 1. Cử động mắt: | |
| - Theo hướng (ví dụ: theo mặt của mẹ) | 1 |
| - Không nhìn theo | 0 |
| 2. Đáp ứng vận động: | |
| - Tại chỗ kích thích đau | 2 |
| - Co chi với kích thích đau | 1 |
| - Không đặc hiệu hoặc không đáp ứng | 0 |
| 3. Đáp ứng lời nói: | |
| - Khóc to bình thường | 2 |
| - Khóc yếu rên rĩ | 1 |
| - Không đáp ứng | 0 |

PHỤ LỤC 3

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3232/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Đường thông khí:

- Làm thông thoáng đường thở, tránh có các chất nôn, đờm rãi.... đặt canun miệng nếu có tụt lưỡi, hút đờm rãi trong khoang miệng, hầu họng.
- Người bệnh hôn mê phải có y tá chăm sóc. Để người bệnh nằm, đầu cao 30-45 độ, đầu nghiêng. Như vậy sẽ tránh trào ngược các chất từ dạ dày.
- Các trường hợp hôn mê có ứ đọng đờm rãi cần đặt nội khí quản và cho thở máy nếu có chỉ định.

2. Hô hấp:

- Cho thở oxy ở các mức độ khác nhau 3-5 lít/phút.
- Khi người bệnh khó thở hoặc diễn biến nặng hơn trong quá trình điều trị, phải chuyển đến nơi có điều kiện hồi sức cấp cứu để đặt ống nội khí quản và cho thở máy.

3. Tuần hoàn:

- Kiểm tra tình trạng mất nước bằng đo huyết áp, mạch, độ đàn hồi của da, áp lực tĩnh mạch trung tâm (nếu có điều kiện), độ ẩm của lưỡi, số lượng và màu sắc nước tiểu.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch để truyền thuốc, dịch và lấy máu xét nghiệm.
- Kiểm tra thường xuyên lượng dịch vào - ra (dịch truyền - nước tiểu, phân...) Ghi chính xác lượng dịch đưa vào và thải ra qua phiếu theo dõi.

4. Thận:

- Cân hàng ngày để đề phòng thừa hoặc thiếu dịch, tính toán liều thuốc và các điều trị khác cần thông số cân nặng.
- Nếu thừa nước: ngừng hoặc hạn chế truyền dịch, cho thuốc lợi tiểu tĩnh mạch (furosemide).
- Nếu thiếu thì phải bù vào.
- Xét nghiệm hàng ngày: Công thức máu, đông máu cơ bản, ure, creatinin, điện giải đồ, khí máu, chụp tim phổi, điện tim, xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét (xin xem Phụ lục 5).

5. Vệ sinh - dinh dưỡng:

- Thay đổi vị trí 2 giờ /1 lần. Vệ sinh da sạch.
- Đặt sonde dạ dày cho ăn, uống và để phòng sặc dẫn đến viêm phổi, cho ăn nhiều bữa nhỏ hoặc truyền nhỏ giọt dạ dày.
- Chú ý vệ sinh mắt khi người bệnh hôn mê: chống khô mắt bằng nhỏ thuốc natriclorid 0,9% mỗi 3 giờ/lần và băng mắt lại.
- Thụt tháo nếu không đi ngoài sau 72 giờ.

PHỤ LỤC 4

ĐÁNH GIÁ HIỆU LỰC THUỐC SỐT RÉT

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3232/QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Tiêu chuẩn chọn

- Nhiễm đơn *P. falciparum*;
- Mật độ ký sinh trùng trong máu từ 500-200.000 KST thể vô tính / μ l máu.
- Nhiệt độ nách $\geq 37,5$ °C hoặc nhiệt độ miệng/hậu môn ≥ 38 °C.
- Có thể uống được thuốc.

2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có những dấu hiệu nguy hiểm của sốt rét nặng và sốt rét ác tính do *P.falciparum*.
- Nhiễm phối hợp hoặc nhiễm đơn các loài *Plasmodium* khác.
- Bị suy dinh dưỡng nặng.
- Có thai.

3. Xét nghiệm máu bằng kính hiển vi

- Lấy lam máu giọt dày và giọt mỏng xét nghiệm vào ngày D0 để xác nhận các tiêu chuẩn lựa chọn/loại trừ. Lam máu giọt dày được xét nghiệm tiếp vào các ngày D1, D2, D3 hoặc D4, D5, D6, D7 nếu ngày D3 vẫn còn ký sinh trùng, hoặc vào bất kỳ ngày nào nếu người bệnh tái khám trong thời gian từ D7 - D28 (D42).
- Mật độ ký sinh trùng sẽ được tính bằng đếm số lượng ký sinh trùng thể vô tính trên 200 bạch cầu trên lam máu giọt dày. Số lượng ký sinh trùng thể vô tính trong 1 μ l máu, sẽ được tính bằng cách lấy số ký sinh trùng thể vô tính chia cho số bạch cầu đếm được sau đó nhân với số bạch cầu chuẩn (thường là 8.000 bạch cầu/ μ l).

$$\text{Mật độ KST/ } \mu\text{l} = \frac{\text{Số KST đếm được} \times 8.000}{\text{Số bạch cầu đếm được}}$$

4. Phân loại đáp ứng điều trị (WHO - 2005)

4.1. Điều trị thất bại sớm khi người bệnh có 1 trong các biểu hiện sau:

- Phát triển các dấu hiệu nguy hiểm hoặc sốt rét nặng vào ngày D1, D2 hoặc D3, kèm theo có ký sinh trùng sốt rét.
- Mật độ ký sinh trùng sốt rét ngày D2 cao hơn ngày D0, ngay cả khi người bệnh không sốt.
- Còn ký sinh trùng vào ngày D3 và nhiệt độ nách ≥ 37.5 °C.
- Mật độ ký sinh trùng ngày D3 $\geq 25\%$ mật độ ký sinh trùng ngày D0.

4.2. Điều trị thất bại muộn:

- Thất bại lâm sàng muộn: xuất hiện dấu hiệu sốt rét nặng, nguy hiểm và có ký sinh trùng giống ngày D0 bất cứ ngày nào từ D4 đến D28 (D42) mà trước đó không có dấu hiệu của điều trị thất bại sớm. Hoặc có ký sinh trùng bất cứ ngày nào từ D4 đến D28

(D42) và có sốt (nhiệt độ nách $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) mà trước đó không có dấu hiệu của điều trị thất bại sớm.

- Thất bại ký sinh trùng máu: xuất hiện ký sinh trùng từ ngày D7 đến D28 (D42), không có sốt (nhiệt độ nách $< 37,5^{\circ}\text{C}$) mà trước đó không có dấu hiệu của điều trị thất bại sớm hay thất bại lâm sàng máu.

4.3. Đáp ứng điều trị (điều trị khỏi):

- Người bệnh hết triệu chứng lâm sàng và sạch ký sinh trùng sốt rét sau 3 ngày điều trị (D3) và không có ký sinh trùng sốt rét trong suốt thời gian điều trị tính đến ngày D28 (D42).

- Nếu kết quả xét nghiệm chỉ có giao bào (gametocyte) mà không sốt thì không phải là điều trị thất bại, trường hợp này cần dùng Primaquin để chống lây lan.

5. Xử trí các trường hợp điều trị thất bại

- Các trường hợp điều trị thất bại phải được thay thế bằng loại thuốc sốt rét khác có hiệu lực cao (second line).

PHỤ LỤC 5

CÁC PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP THEO WHO KHUYẾN CÁO
(Ban hành kèm theo Quyết định số 3232 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

1. Artesunat phối hợp Mefloquin:

- 4 mg/kg trọng lượng Artesunate mỗi ngày kết hợp 25 mg/kg trọng lượng Mefloquine: có thể chia 15 mg/kg vào ngày 2 và 10 mg/kg vào ngày 3.

2. Artemether + Lumefantrin (coartem: 20mg Artemether, 120mg lumefantrin):

+ 5- <15 kg trọng lượng: 2 viên/ngày x 3 ngày

+ 15- <25 kg trọng lượng: 4 viên/ngày x 3 ngày

+ 25- <35kg trọng lượng: 6 viên/ngày x 3 ngày

+ >35kg trọng lượng: 8 viên/ngày x 3 ngày

3. Artesunat phối hợp Amodiaquin:

- 4 mg/kg trọng lượng Artesunate và 10 mg/kg trọng lượng Amodiaquine mỗi ngày, dùng trong 3 ngày.

4. Dihydroartemisinin phối hợp Piperaquin (Bảng 4).

5. Quinin phối hợp doxicyclin hoặc clindamycin (xem mục 2.1).

BỆNH UỐN VÁN

Uốn ván là một bệnh cấp tính, thường tử vong, do vết thương bị nhiễm *Clostridium tetani*; vi trùng ở dạng bào nang, Gram (+), di động, hình que, và kỵ khí tuyệt đối, dưới điều kiện kỵ khí, vi trùng phát triển thành thể sinh dưỡng tạo ra ngoại độc tố có độc lực mạnh: *Tetanospasmin*, ngoại độc tố này được dẫn truyền đến hệ thống thần kinh trung ương gây triệu chứng đặc hiệu của bệnh: tăng trương lực cơ và co thắt.

I-CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán uốn ván dựa hoàn toàn vào lâm sàng, vì các xét nghiệm không đặc hiệu và thường cho kết quả chậm

1-TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

a)Yếu tố dịch tễ:

- Có ngõ vào phù hợp với diễn biến bệnh (những trường hợp không có ngõ vào cơ thể do: sâu răng, xỉa răng, mủ tai, tiêm chích).

- Không tiêm ngừa bệnh uốn ván, hoặc tiêm ngừa không đúng cách.

b)Lâm sàng:

- Co cứng cơ toàn thân liên tục theo trình tự: Cứng hàm, nét mặt cười nhả, cổ cứng, lưng cứng, bụng gồng cứng, chân duỗi thẳng, tay gồng cứng.

- Co giật từng cơn toàn thân hoặc cục bộ, co giật tự nhiên hoặc khi bị kích thích.

- Có thể co thắt hầu họng, thanh quản gây tím tái, ngưng thở.

- Tỉnh táo, không sốt lúc khởi phát (có thể sốt do vết thương sâu, rộng nhiễm trùng).

Chú ý:

* Ở người già:

- Cứng hàm, co giật thường không rõ.

- Thường gặp là nuốt nghẹn, nuốt sặc, co thắt hầu họng – thanh quản và ứ đọng nhiều đàm nhớt.

* Ở trẻ sơ sinh:

Có 03 tiêu chuẩn:

- Trẻ sinh ra khỏe mạnh, bú và khóc bình thường.

- Bệnh xảy ra sau khi sinh từ ngày 03 – ngày 28.

- Trẻ bỏ bú, khóc nhỏ tiếng hoặc không khóc, co cứng cơ toàn thân liên tục, co giật, thường sốt cao.

c- Cận lâm sàng:

-CTM, CRPhs, ure, creatinin, ion đồ, AST, ALT,CKMB, TroponinI, GS.

-ECG, XQ phổi, siêu âm gan mật, Ctscan não khi cần .

-Cấy máu, cấy đàm, khí máu động mạch trong bệnh nặng có thở máy.

BẢNG PHÂN ĐỘ BỆNH UỐN VÁN

| | Độ I | Độ II | Độ III |
|-----------------------------|-------------|------------|---------------|
| Thời gian ủ bệnh | 15 -30 ngày | 7 -14 ngày | < 6 ngày |
| Thời gian khởi bệnh | > 5 ngày | 2 -5 ngày | < 48 giờ |
| Co giật toàn thân | ± | ++ | +++ |
| Co thắt thanh quản | - | + | ++, ngưng thở |
| Rối loạn thần kinh thực vật | - | + | ++ |

2-BIẾN CHỨNG:

a) Suy hô hấp:

- SaO₂ < 90% hoặc PaO₂ trong máu động mạch < 60 mmHg.
- PaO₂ trong máu động mạch > 50 mmHg và pH máu < 7,30

b) Suy tuần hoàn:

- Rối loạn thần kinh thực vật
- Mất nước
- Viêm cơ tim do độc tố hoặc do rối loạn thần kinh thực vật
- Sốc nhiễm trùng Gr (-)
- Hậu quả của suy hô hấp

c) Rối loạn thần kinh thực vật:

- Mạch nhanh > 120 – 140 lần / phút
- Sốt cao
- Huyết áp dao động → HA tụt (giai đoạn chót)
- Vả mồ hôi nhiều
- Tăng tiết đàm nhiều

d) Xuất huyết tiêu hóa do:

- Do stress
- Do rối loạn thần kinh thực vật

e) Gãy cột sống

f) Biến chứng do nằm lâu: Loét do nằm lâu, Suy kiệt, Nhiễm trùng bệnh viện.

II-ĐIỀU TRỊ:

1- Trung hòa độc tố uốn ván:

Dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván SAT: 400 – 500 đơn vị/kg, một lần duy nhất:Tiêm bắp, tối đa 20.000 đơn vị.

Sơ sinh: 1000 đơn vị/kg, một lần duy nhất:Tiêm bắp.

Phải thử Test trước khi tiêm.

2- Xử trí tốt vết thương:

-Xẻ rộng vết thương, lấy hết dị vật, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu mủ, săn sóc vết thương hàng ngày với nước oxy già từ 01 – 02 lần, Vết thương gãy xương hở đã bó bột, nên mở cửa sổ bột để săn sóc chỗ gãy xương hở.

- Chỉ thay băng vết thương vài giờ sau khi tiêm SAT.

Trước khi thay băng nên cho Diazepam nếu bệnh nhân co giật nhiều.

3. Điều trị nhiễm trùng:

- Diệt vi trùng uốn ván: Dùng từ 07 – 10 ngày một trong hai thuốc sau:

| Thuốc | Trẻ em | Người lớn | Đường dùng |
|---------------|--|--|----------------|
| Metronidazole | 30 – 40 mg/kg chia 03 lần/ngày | 0,5gx3 lần/ngày | Uống |
| Penicillin G | 100000 ^{UI} /kg/ngày chia 04 lần | 200000 ^{UI} /kg/ngày chia 04 lần | Tiêm mạch chậm |

* Điều trị các bội nhiễm khác:

-Viêm phổi: Nhóm cephalosorin : Ceftriaxon 1g 100mg/kg/24 giờ (tiêm tĩnh mạch chậm).

Hoặc Ceftazidim 150mg/kg/24 giờ (tiêm tĩnh mạch chậm).

Hoặc kết hợp với nhóm Aminoglycoside:

Amikacin: Tiêm bắp, 15mg/kg/24 giờ. Neltimycin 100mg :2 ống/24 giờ TB .

-Trong điều trị nhiễm trùng huyết nặng:Nên phối hợp ks IMIPENEM hoặc MEROPENEM + VANCOMYCIN.

4- Điều trị chống co giật:

a) Nhóm Benzodiazepine:

Diazepam: Viên 5mg, ống 10mg.

-Uốn ván thể nhẹ và trung bình:

Diazepam: Viên 5mg, từ 1 – 3mg/kg/24 giờ-Bơm qua sond dạ dày, chia đều mỗi 04 giờ.

-Uốn ván toàn thể nặng:

+ Diazepam

Tiêm mạch chậm: 0,1 – 0,3mg/kg/liều, mỗi 2 – 4 giờ-Tối đa 10mg/liều.

Tổng liều 1 – 2mg/kg/ngày (không quá 120mg Seduxen /24 giờ).

+ Midazolam:

Tiêm tĩnh mạch: 0,05 – 0,2mg/kg/liều-Mỗi 2 – 3 giờ-Tối đa 10mg/liều.

Hoặc 0,05 – 0,1mg/kg truyền tĩnh mạch mỗi giờ-Tối đa 10mg/ giờ ở người lớn.

Theo dõi co giật, hô hấp và tri giác để điều chỉnh liều.

b) Nhóm giảm đau an thần :

-Fentanyl 100mcg : tiêm tm 1 ống mỗi 4 giờ (có thể pha với Midazolam truyền tm qua bơm tiêm tự động)

c) Nhóm giãn cơ:

Cần nhắc khi sử dụng, bắt buộc phải gắn máy thở cho BN trước khi dùng thuốc.

Pipercuronium, Norcuron:

Khởi đầu: 0,05mg/kg/liều-Tiêm tĩnh mạch

Sau đó 0,02 – 0,05mg/kg/giờ.Tối đa 2mg/1 giờ, truyền tĩnh mạch tùy theo tình trạng co giật.

5-Chỉ định mở khí quản:

- Co thắt thanh quản.
- Co giật có ảnh hưởng đến hô hấp.
- Tắc nghẽn đường hô hấp do đàm nhớt mà giải quyết không hiệu quả bằng biện pháp hút đàm.
- Có chỉ định dùng thuốc dẫn cơ.
- Riêng trẻ sơ sinh thì đặt nội khí quản.

6-Điều trị các biến chứng:

a) **Suy hô hấp:**

- Cung cấp oxy 6lít/phút.
- Điều chỉnh máy thở.
- Thăng bằng kiềm toan.

b) **Suy tuần hoàn:**

- Bù nước điện giải.
- Dùng Dopamin truyền tĩnh mạch.

c) **Rối loạn thần kinh thực vật:**

- Dùng Morphin 10mg 1 ống tiêm bắp.
- Tăng nhịp tim dùng Tenormin 50mg, uống ½ viên/8giờ.
- Chú ý huyết áp và mạch.

d). Cao huyết áp:

- Hạ áp dùng Amlodipin 5mg/12giờ.

e). Sốt cao:

- Lau ẩm tích cực.
- Paracetamol 0,5g/6giờ.

f). Xuất huyết tiêu hoá:

- Xem lại sond dạ dày.
- Dùng nhóm ức chế bơmproton :Omeprazol 20mg 01 viên/8 giờ.
- Kết hợp với Phosphalugel 01 gói/8 giờ-

g). Suy thận cấp:

- Bù nước điện giải.
- Chạy thận nhân tạo.

7-Dinh dưỡng:

- Đặt sond dạ dày nuôi ăn sớm.
- Tổng năng lượng : 2400 kcalo/kg/24 giờ.
- Bơm sữa Enalaz II : 06 muỗng sữa + 200ml nước chín được dung dịch 200 kcalo/1lần bơm.
- Bơm sữa lưu ý: lượng sữa còn lại dạ dày, nên xả hết dịch trước khi bơm sữa.

8-Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc và theo dõi BN co giật, mở khí quản, thở máy..., nằm lâu, hôn mê.
- Theo dõi sinh hiệu, SpO₂, co giật, tri giác, vết thương, nước xuất nhập 24 giờ.

9-Chỉ định rút Canuyn:

- Bệnh tỉnh, không co giật hay co thắt thanh quản.
- Đàm ít, khạc mạnh.

10-Tiêu chuẩn xuất viện:

- Không còn co giật hay co thắt.
- Hết biến chứng của bệnh.
- Đi lại bình thường.
- Ăn uống bình thường.
- Không cần sử dụng Diazepam.

11-Phòng ngừa:

- + Tiêm ngừa VAT
 - Trẻ em mới sinh: Theo lịch ngừa uốn ván -Bạch hầu – Ho gà
 - Trẻ lớn và người lớn:

- Lần 1: Lần đến khám đầu tiên
 - Lần 2: 4 – 6 tuần sau lần 1
 - Lần 3: 6 tháng tới 01 năm sau lần 2
 - Nhắc lại: mỗi 10 năm kể từ lần cuối
- Đối với phụ nữ mang thai: quản lý thai nghén, đỡ đẻ vô trùng, tiêm phòng cho bà mẹ trong thời gian mang thai theo chương trình
 - + Khi bị thương mà chưa được tiêm ngừa uốn ván trước đó, và đã được xử lý vết thương đúng cách
 - SAT 3000 đơn vị TB, test trước khi tiêm
 - Sau đó, VAT1 TDD tại một vị trí khác và bằng ống tiêm khác
 - Tiếp tục 4 mũi VAT còn lại

BỆNH THƯƠNG HÀN

I-Định nghĩa :

Bệnh thương hàn là bệnh nhiễm trùng toàn thân do Salmonella Typhi hoặc Salmonella Paratyphi A , B , C gây ra .

II-Tiêu chuẩn chẩn đoán :

1-Dịch tể:

- Cư ngụ hoặc lui tới vùng đang được ghi nhận có dịch thương hàn.
- Có tiếp xúc với người bệnh thương hàn đã xác định.
- Cách sinh hoạt, vệ sinh ăn uống.

2-Lâm sàng:

Sốt cao > 7 ngày, môi khô, lưỡi dơ. Vết mắt nhiễm độc (Typhos): nhức đầu, mất ngủ, mạch nhiệt phân ly.

Rối loạn tiêu hoá:

- + Tiêu sệt – lỏng 2, 3 lần trong ngày.
- + Bụng chướng.
- + Lạ xạ hố chậu phải.
- + Gan to đau nhẹ.

3. Cận lâm sàng:

- CTM: Bạch cầu thường không tăng, $5000 - 6000/mm^3$, $N < 70\%$
- Phản ứng Widal: Dương tính :TO >1/200
- Cây máu: có vi trùng Salmonella Typhi hoặc Salmonella Paratyphi.
- ure, creatinin, AST,ALT,CRPhs, CKMB, Ion đồ giúp td bệnh.
- KSTSR giúp chẩn đoán phân biệt.
- XQ phổi , siêu âm bụng, ECG, Ct Scan giúp theo dõi bệnh.

III-Điều trị :

1-Kháng sinh:

➤ Nhóm Fluoquinolones

+ Ciprofloxacin:viên 0.5g, chai 200mg,400mg

Liều 20mg/kg/24giờ (uống) hoặc TTM, Chia 02 lần /ngày

Thời gian : 07 – 10 ngày

+ Pefloxacin 0,4g x 2 lần uống.

Thời gian điều trị 7 – 14 ngày.

Truyền tĩnh mạch chậm: 01 ống pha 100 – 200 ml glucose 5% TTM /01giờ

Nhóm Fluoquinolones không sử dụng cho trẻ em < 18 tuổi và phụ nữ mang thai (trừ trường hợp nặng).

+ Gatifloxacin:

Liều 400 mg/ ngày (10 mg/kg cân nặng) uống 1 lần /ngày

Thời gian 05 – 10 ngày.

Dùng trong trường hợp bệnh nhân nặng, nghi ngờ kháng thuốc dị ứng Cephalosporin.

+Levofloxacin 0.5 g : 10 mg /kg cân nặng /24 giờ uống hoặc truyền tĩnh mạch , thời gian 05-10 ngày

▪ Nhóm Cephalosporin:

+ Ceftriaxon 1g : Người lớn 2g – 03 g/ ngày, Thời gian 7 – 10 ngày

➤ Trẻ em <15 tuổi , phụ nữ có thai:

+ Ceftriaxon 1g: Liều : 80 – 100 mg/kg/ngày TM chậm, Chia 02 lần/ngày

Thời gian 7 – 10 ngày.

- Nhóm Imipenem, Meropenem truyền tm trong trường hợp không đáp ứng với điều trị hoặc biến chứng.

2- Corticosteroide:

Có thể sử dụng phối hợp với kháng sinh trong trường hợp bệnh nhân có các dấu hiệu nhiễm độc nặng với mục đích làm giảm nhanh các triệu chứng

Liều: Dexamethasone 0,1mg/kg/6giờ/3 ngày TM

3- Điều trị hỗ trợ:

Hạ sốt: Paracetamol 15mg/kg/1lần uống

Bù nước điện giải

Dinh dưỡng đủ năng lượng

IV-Tiến triển và tiên lượng :

Tốt không di chứng

+Điều trị tích cực , sớm , sạch trùng

+Kháng sinh thích hợp

Biến chứng :

+Xuất huyết tiêu hóa : điều trị nội

+Thủng ruột : điều trị ngoại

Người lành mang trùng

+Viêm túi mật mãn

+Nhiễm trùng tiểu mãn tính

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

(Người Lớn)

I-Định nghĩa:

Viêm màng não mủ là hiện tượng viêm của màng não được chứng minh bằng sự hiện diện của một số lớn bạch cầu đa nhân trung tính trong dịch não tủy.

II-Tiêu chuẩn chẩn đoán:

1-Dịch tể:

- Thời gian có xảy ra nhiều trường hợp viêm màng não hoặc nhiễm trùng huyết do não mô cầu.
- Tiền căn viêm tai, viêm xoang, chấn thương sọ não, viêm màng não mủ trước đó hoặc nhiễm trùng huyết, phẫu thuật ngoại thần kinh...
- Cơ địa suy giảm miễn dịch, ung thư máu, giảm Bạch cầu hạt, suy tuỷ.
- Nhiễm trùng TMH tái phát nhiều lần.
- Đang điều trị nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc.

2-Lâm sàng:

- Sốt.
- Hội chứng màng não:
 - + Nhức đầu, ói, táo bón.
 - + Cổ cứng, Kernig (+), Brudzinski (+).
- Người > 50 tuổi: Lờ đờ, thay đổi tính tình, lú lẫn, lơ mơ.
- Dấu hiệu thần kinh định vị:
 - + Liệt ½ người.
 - + Liệt tứ chi.
 - + Mù mắt, lé.
 - + Điếc.
 - + Phù gai thị.

3-Cận lâm sàng:

- Dịch não tủy (cần thiết):
 - + Đục, áp lực tăng.
 - + Albumin tăng.
 - + Đường giảm (<1/2 so với đường huyết cùng lúc)
 - + Tế bào tăng, đa số là BC đa nhân.
 - + Lactate tăng > 4mmol/l.
 - + Vi trùng roi, nhuộm gram; cấy.
- Xét nghiệm khác:
 - + CTM: BC máu tăng đa số là BC đa nhân, CTBC chuyển trái.
 - + AST, ALT, CRPhs, ure, creatinin, ion đồ , CKMB, troponinI
 - + Cấy máu.
 - + Cấy dịch nghi ngờ ổ nhiễm trùng khác: mủ tai, nốt ngoài da.
 - + X-quang phổi, xoang, xương chũm.
 - + CT Scan não. ECG . siêu âm bụng

III-Điều trị :

1-Kháng sinh:

- Chọn lựa kháng sinh.

- + 15t ->50 tuổi.
 - + Vi trùng thường gặp S.pneumoniae, H.influenzae.
 - Kháng sinh: Ceftriaxone + Vancomycin.
 - Dự ứng Cephalosporin thay thế bằng: Chloramphenicol.
 - Nuôi cấy dịch não tủy (+) kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ.
- Trường hợp lâm sàng nghi nhiều đến viêm màng não mủ do não mô cầu có thể điều trị bằng: Penicilline G: 300.000 – 400.000 đv/kg/ngày Tiêm mạch.

Hoặc 1g x 2 TTM / 01 giờ.

Liều dùng: Ceftriaxone 1g: 2gx2 TM / ngày.

Vancomycin: 0.5g x 4 TTM / 01 giờ.

- Thời gian : Thông thường 10 – 14 ngày, tùy theo diễn biến lâm sàng và dịch não tủy.
- Viêm màng não do tụ cầu vàng, thời gian sử dụng kháng sinh tối thiểu là 03 tuần.
- MEROPENEM là kháng sinh được chọn để điều trị viêm màng não không đáp ứng với các kháng sinh trên. Liều dùng :6g/24 giờ truyền tm mỗi 8 giờ.

2-Điều trị hỗ trợ:

- Chống tăng áp lực nội sọ:
Manitol 20 %, 250ml x 2 – 3 lần / 24 giờ TTM nhanh; Thời gian trong 1 – 2 ngày đầu.
- Chống co giật:
Diazepam 0,3 mg/kg/lần TB hoặc TM chậm.
- Kháng viêm: Có tăng áp lực nội sọ.
Dexamethasone 0,15mg/kg/06 giờ/03 – 05 ngày TM sử dụng trước hoặc cùng lúc với liều đầu của kháng sinh.
- Dinh dưỡng đủ năng lượng.

IV-Tiến triển và tiên lượng:

Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn, tri giác.
- Chọc dò tủy sống:
 - + Lần I: Nghi ngờ viêm màng não.
 - + Lần II: 36 – 48 giờ sau sử dụng kháng sinh.
 - + Lần III: 01 ngày trước khi dự kiến ngưng kháng sinh.

V-Tiêu chuẩn ngưng kháng sinh :

- Dịch trong.
- Albumin < 60 mg.
- Đường bình thường.

- Tế bào < 50 bạch cầu / mm³, hầu hết là đơn nhân.

➤ **Tiên lượng:**

- Tuổi Già : nặng.

- Điều trị muộn: nặng, phức tạp. Rối loạn miễn dịch, bệnh đi kèm: nặng.

LÝ TRỰC TRÙNG

I-Định nghĩa:

Đây là bệnh lý viêm nhiễm cấp tính đường tiêu hóa chủ yếu ở ruột già , do trực trùng Shigella gây nên. Biểu hiện bệnh có thể thay đổi từ nhẹ đến nặng với đầy đủ các

triệu chứng : đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân đàm máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

II-Tiêu chuẩn chẩn đoán :

1-Dịch tể:

- Đường lây trực tiếp từ người bệnh sang người lành
- Đường lây gián tiếp qua dùng chung đồ dùng với người bệnh
- Qua thức ăn nước uống do ruồi nhặng truyền bệnh
- Nơi ở chật chội, vệ sinh kém.
- Đối tượng hay mắc là trẻ em từ 1-4 tuổi

2-Lâm sàng :

- Hội chứng lỵ :
 - + Tiêu phân nhầy máu nhiều lần (20-40 lần / ngày)
 - + Mót rặn
 - + Đau quặn bụng từng cơn trước khi tiêu
- Hội chứng nhiễm trùng :
 - + Sốt cao 29° -40°C
 - + Tổng trạng suy sụp nhanh , người mệt mỏi, môi khô , lưỡi vàng nâu.
 - + Người già và trẻ em có thể có dấu mất nước nặng
- Khám bụng : đau thốn 1/2 dưới bụng bên (t) , đại tràng Σ , hoặc toàn bộ khung đại tràng .

3-Cận lâm sàng :

- CTM: BC tăng : 5000 -15000 /mm³,tỷ lệ đa nhân trung tính chiếm ưu thế
- Xét nghiệm phân :
 - + Soi phân tươi : nhiều hồng cầu , bạch cầu đa nhân
 - + Cấy phân (+)
- AST, ALT, CRPhs, ure, creatinin, ion đồ , CKMB, troponinI
- CT Scan não. ECG . siêu âm bụng .XQ phổi

III-Điều trị :

1-Bồi hoàn nước điện giải :

- ORS uống sớm .
- Dịch truyền: Lactate Ringer, trong trường hợp :
 - + Ói nhiều

+ Có dấu hiệu mất nước

+ Trụy mạch

* Đánh giá độ mất nước và bù nước điện giải thích hợp .

2-Kháng sinh :

- Được dùng tùy thuộc vào tính nhạy cảm của vi trùng gây bệnh (chủ yếu là Shigella đa kháng thuốc, có thể dùng Quinolone hoặc Ceftriaxon nếu tình trạng nặng)

+ Nhóm Quinolone:

- Offloxacin 200mg X 02 lần/ngày x 03 -05 ngày

Trẻ em : 10mg/kg/ngày chia 02 lần /ngày x 3 -5 ngày

-ciprofloxacin 500mg x 2 lần / ngày x 5 ngày.

+ Nhóm Cephalosporin :

- Cefotaxim : 100mg – 200mg /kg/ngày TM chậm x 5-7 ngày

- Ceftriaxon1g : 80mg – 100mg/kg/ngày TM chậmx 5-7 ngày

3/Điều trị triệu chứng :

- Băng niêm mạc ruột:

+ Trẻ <10kg :1/2 gói x 2 lần/ngày

> 10kg :1-2 gói /ngày

+ Người lớn : 2-3 gói /ngày

- Giảm đau , chống co thắt: Spasmaverine

+ Trẻ em: 2mg/kg/24 giờ

+ Người lớn: 1-2 viên/lần x 2 lần/ ngày

- Hạ sốt : Paracetamol 0,5g

+ Trẻ em: 10-20mg/kg/lần x2-3 lần /ngày (uống)

+ Người lớn: 1-2 viên x2-3 lần /ngày

4-Dinh dưỡng :

- Đảm bảo đầy đủ dinh dưỡng

- Sinh tố nhóm B , C

- Thức ăn lỏng dễ tiêu hóa

IV-Tiến triển và tiên lượng :

1-Diễn tiến tốt: Sau 5 ngày điều trị:

- Bệnh nhân tươi tỉnh

- Tiêu phân sệt vàng

- Hết đau bụng, Ăn khá

- Dấu hiệu sinh tồn ổn

- Xuất viện.

2-Diễn tiến xấu:

- Sốt cao

- Đau bụng dữ dội

- Phản ứng phúc mạc

- Lơ mơ , HA↓, mạch

- X quang có liềm hơi.

* Thủng ruột: cơ địa suy kiệt

* Sa trực tràng : người già và trẻ nhỏ .

LY AMIBE

I-TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN :

a) Lâm sàng:

- 1) Không sốt.
- 2) Đau quặn bụng từng cơn, mót rặn khi đi tiêu.
- 3) Tiêu phân nhày đàm lẫn máu đỏ: nhiều lần.
- 4) Soi phân tươi: thấy thể dưỡng bào trong phân.

b) cận lâm sàng:

- CTM, AST, ALT, CRPhs, ure, creatinin, ion đồ , CKMB, troponinI
- CT Scan não. ECG . siêu âm bụng .XQ phổi

II-ĐIỀU TRỊ :

1) Bù nước điện giải :

➤ Nếu không dấu hiệu mất nước, ORS:

Uống : 1 gói - 2 gói : pha 1 lít nước sôi để nguội

➤ Trong trường hợp : Ói nhiều, Có dấu mất nước, Trụy mạch

Lactate Ringer's : 1 - 2 lít / 24 h

2) Kháng sinh :

- METRONIDAZOLE viên 0,25 g (Klion , Flagyl)

Liều : + Trẻ em : 30mg /kg /24 h chia ra 2 -3 lần uống trong 5 ngày

+ Người lớn : uống 2^v x 2 lần / ngày x 5 ngày

3) Giảm đau chống co thắt :

- Spasmaverin 0,04g viên

+ Trẻ em liều : 2 mg / kg / 24^h chia 2 lần

+ Người lớn : 2 -4 viên / ngày

4) Nâng tổng trạng :

- Sinh tố : Vitamin B₁, B₆, B₁₂, C

- Cháo cá, cháo thịt

III-DIỄN TIẾN :

1) Diễn tiến tốt : Cho xuất viện sau 5 ngày điều trị

- Bệnh tươi tỉnh

- Mạch, T^o, HA ổn định

- Ăn khá, tiêu phân vàng sệt

2) Diễn tiến xấu : Chuyển ngoại điều trị

- Đau bụng dữ dội, Bụng chướng , kém di động, Phản ứng phúc mạc (+)
- XQ bụng đứng : có Liềm hơi dưới cơ hoành

SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

(>15 TUỔI)

I-Triệu chứng :

1. Sốt : Sốt cao $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, Đợt ngột kéo dài 5 → 6 ngày hoặc hơn 10 ngày.

- Nhức đầu, mệt mỏi , chán ăn.
- Đau cơ, đau khớp, nhức 2 hố mắt.

2. Sung huyết –Xuất huyết da niêm

- Da niêm sung huyết
- Xuất huyết nhiều và đa dạng:
- Dấu dây thắt (+)
- Xuất huyết dưới da
- Xuất huyết âm đạo ở phụ nữ
- Chảy máu chân răng
- Xuất huyết tiêu hoá
- Xuất huyết mũi
- Xuất huyết kết mạc
- Xuất huyết não

3. Đau bụng – Gan to

4. Tràn dịch đa màng

5. Dấu hiệu shock

- Thường xảy ra ngày thứ 5
- Mệt , vẻ mặt đờ
- Mạch nhanh nhẹ hoặc = 0
- HA ↓ hoặc = 0
- Chi mát , lạnh
- Bứt rứt, bất an, lo âu....

6-Cô đặc máu :

- Hct ↑ > 40% có thể tăng lên 60% , trừ khi xuất huyết kèm theo.
- Tc ↓ < 150.000 / mm³ ↓↓ < 50.000 /mm³

I-Chẩn đoán sốt xuất huyết dengue :

- Sốt XH Dengue: Sốt đợt ngột, kéo dài 2-7 ngày hoặc hơn + dấu dây thắt (+)
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

Triệu chứng SXH Dengue + xuất huyết tự nhiên + đau bụng nôn ói nhiều + không uống được nước

- Sốt Sốt xuất huyết Dengue : mạch nhanh, HA kẹt, tiểu ít, tước máu mao mạch \leq 2 giây, bứt rứt, đau bụng, gan to và đau

- Sốt Sốt xuất huyết Dengue : có xuất huyết nặng (chảy mũi, chảy máu chân răng, chảy máu âm đạo)

- Sốt Sốt xuất huyết Dengue : có suy đa tạng (vàng mắt, vàng da, tiểu ít hoặc vô niệu, tri giác lơ mơ, sốc kéo dài)

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG SXH. D:

SỐT + XUẤT HUYẾT KÈM THEO CÓ CÔ ĐẶC MÁU + TIỂU CẦU GIẢM

I-Điều trị :

1-Sốt xuất huyết dengue :

- Hạ sốt: lau mát, uống acetaminophen .

- Bù nước: ORS, nước trái cây....

- Ói nhiều, xuất huyết tiêu hoá lượng ít có thể truyền Lactate Ringe'r hoặc NaCl 9⁰/₀₀

- Theo dõi sát để phát hiện chuyển độ

2-Sốt xuất huyết dengue có dấu hiệu cảnh báo :

- Nhập viện

- Chỉ định truyền dịch:

+ Không uống được,

+ Nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước,

+ Lừ đừ,

+ Hematocrit tăng cao

+ Gan to, đau

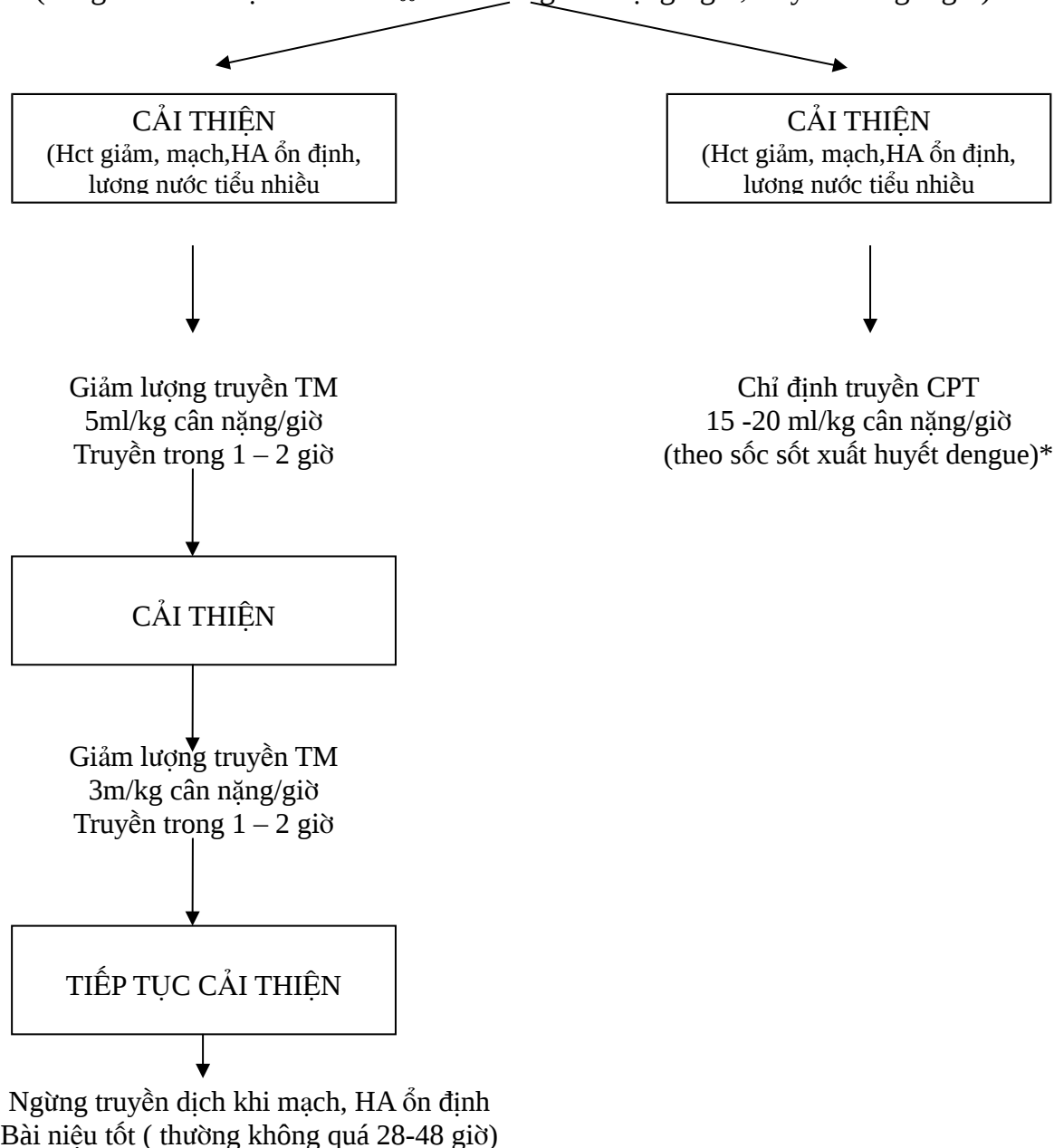
- Truyền dịch theo lưu đồ sau :

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SXH DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO

(Ban hành kèm theo QĐ số 456-BYT Ngày 16/02/2011 của Bộ trưởng BYT)

SXH Dengue cảnh báo có chỉ định truyền dịch Truyền TM ban đầu

(Ringer lactat hoặc NaCL 9⁰/₀₀ 6 -7 ml/kg cân nặng / giờ, truyền trong 3 giờ)



Chú thích :

Hct : Hematocrit

TM : Tĩnh mạch

HA : Huyết áp

CPT : Cao phân tử

3-Sốt xuất huyết Dengue nặng

- Sốc sốt xuất huyết Dengue: Cần chuẩn bị các dịch truyền sau:

- + Ringer latate.

- + Dung dịch mặn đẳng trương (0,9%).

- + Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES)

- Cách thức truyền:

- + Phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer latate hoặc dung dịch NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 15-20ml/kg cân nặng/giờ

- + Đánh giá lại tình trạng người bệnh sau 1 giờ, truyền sau 2 giờ phải kiểm tra lại hematorit.

- Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc, huyết áp hết kẹt, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn, thì giảm truyền tốc độ xuống 10ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1-2 giờ; sau đó giảm dần tốc độ truyền xuống 7,5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 1-2 giờ; đến 5ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-5 giờ; và 3ml/kg cân nặng/giờ, truyền 4-6 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng và Hct.

- Nếu sau 1 giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (mạch nhanh, HA hạ hay kẹt, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch cao phân tử. Truyền với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 1 giờ, đánh giá lại.

- Nếu sốc cải thiện, Hematocrit giảm, thì tốc độ truyền cao phân tử xuống 10 ml/kg cân nặng /giờ, truyền trong 1-2 giờ. Sau đó nếu sốc tiếp tục cải thiện và hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 7,5 ml/kg cân nặng/giờ, rồi đến 5 ml/kg cân nặng/giờ, truyền trong 2-3 giờ.

- Theo dõi tình trạng người bệnh, nếu ổn định thì truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải (xem chi tiết trong phụ lục 2).

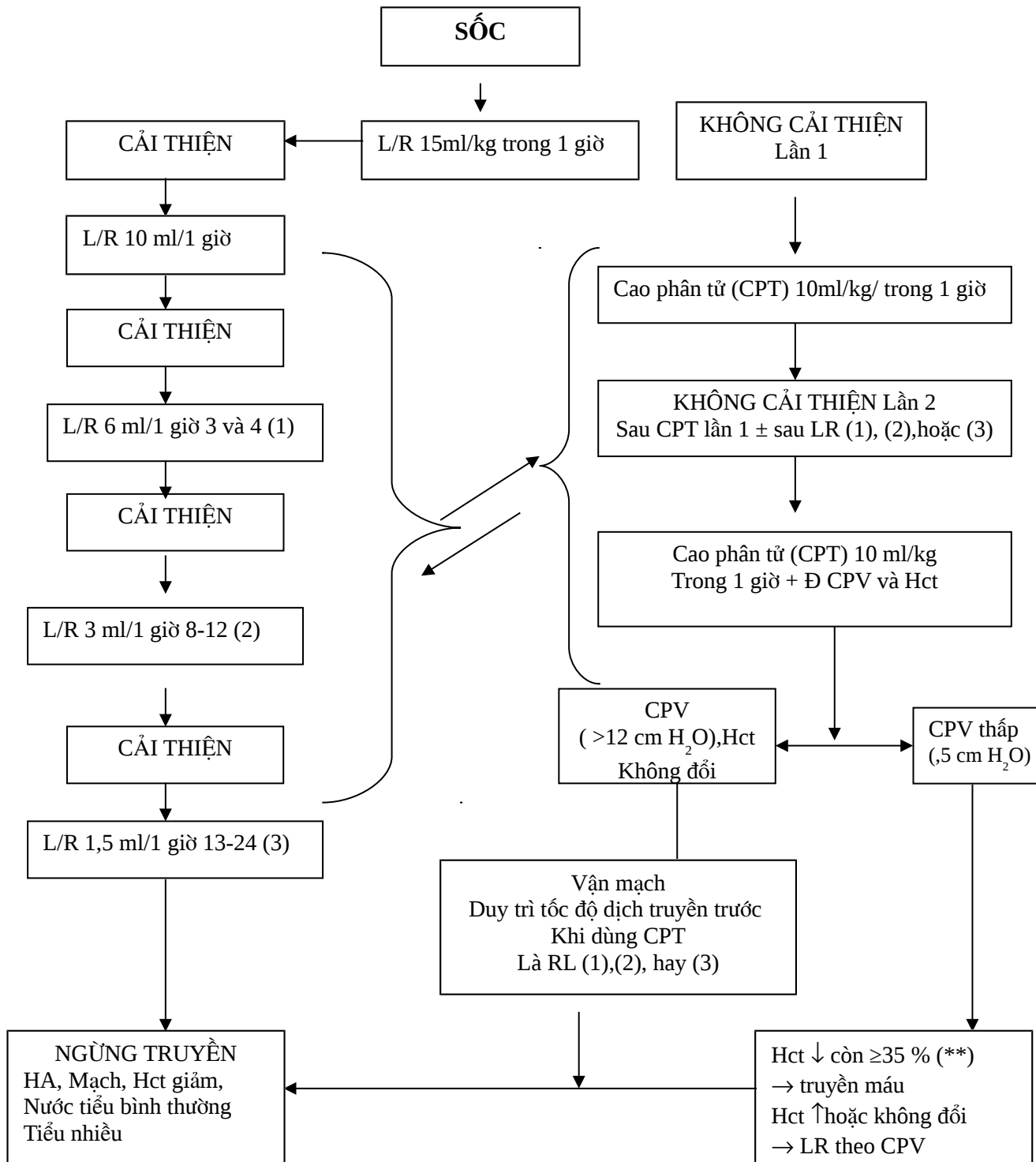
Nếu sốc vẫn chưa cải thiện, thì đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) để quyết định cách xử trí.

Nếu sốc vẫn chưa cải thiện ma hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%) thì cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội tạng và xem xét chỉ định truyền máu. Tốc độ truyền máu 10 ml/kg cân nặng/giờ/

Chú ý: Tất cả thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim phổi, hematocrit một hoặc hai giờ một lần và CVP.

SƠ ĐỒ CHỐNG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN

(Ban hành kèm theo QĐ số 458/QĐ-BYT ngày 16/02/2011 của bộ trưởng Bộ Y tế)



Chú thích :

-RL : Dung dịch Lác tat Ringer

-HA : Huyết áp, M : Mạch

-Hct : Hematocrit, CPT : cao phân tử

-Hai lần dùng CPT điều trị tái sốc có thể liền nhau hoặc cách nhau bởi các giai đoạn truyền LR (1), (2),(3)

-(*) tương đương độ III, IV theo hướng dẫn sốt xuất dengue năm 2009

-(**) truyền máu khi mạch tăng, HA kẹt hoặc thấp, chi mát, mặc dù Hct ≥35%, xuất huyết hoặc chưa xuất huyết trên lâm sàng

VIÊM PHỔI DO VI RÚT

Vi rút cúm đã gây nhiều vụ dịch lớn trên thế giới với tỉ lệ tử vong cao-Có 3 tít vi rút cúm là A, B và C, trong đó vi rút cúm A và B hay gây bệnh trên người-Các chủng vi rút có thể thay đổi hàng năm-

Đã có nhiều nước trên thế giới có người bệnh nhiễm vi rút cúm tít A (H5N1) và có tỉ lệ tử vong cao-Ở nước ta gần đây đã có một số bệnh nhân nhập viện do cúm tít A chủng H5N1-Bệnh diễn biến nặng lên nhanh, không đáp ứng với các phương pháp điều trị thông thường và có tỉ lệ tử vong cao.

I-CHẨN ĐOÁN

Dựa trên các yếu tố và triệu chứng sau:

1-Yếu tố dịch tể

- Tiếp xúc với gia cầm bị bệnh trong vòng 2 tuần trước đó (nuti, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, ăn thịt gia cầm bị bệnh...), hoặc sống ở vùng có dịch cúm gia cầm

- Tiếp xúc gần với người bệnh đã xác định cúm, hoặc người bệnh tử vong vì viêm phổi chưa rõ nguyên nhân .

2-Lâm sàng

Bệnh diễn biến cấp tính và có thể có các biểu hiện sau đây:

a) Có dấu hiệu nhiễm khuẩn:

- Sốt trên 38^oC, có thể rét run

b)Các triệu chứng về hô hấp

- Ho, thường ho khan, đau ngực, ít gặp triệu chứng viêm long đường hô hấp trên.

- Khó thở, thở nhanh, tím tái,

- Ran nổ, ran ẩm khi nghe phổi

- có thể dẫn đến suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

c)Triệu chứng tuần hoàn:

- Nhịp tim nhanh, đôi khi có sốc.

d)Các triệu chứng khác

- Đau đầu, đau cơ, tiêu chảy, rối loạn ý thức,

- Suy đa tạng.

3-Xét nghiệm

a)X quang phổi (bắt buộc): Tổn thương thâm nhiễm lan rộng một hoặc hai bên, tiến triển nhanh, Cần chụp phổi 1-2 lần trong ngày ở giai đoạn cấp.

b)Xét nghiệm máu

-Công thức máu:CTM ,BC, HC, Hb, TC, GS

- + Số lượng bạch cầu: bình thường hoặc giảm.
- Khí máu: giảm oxy máu khi bệnh tiến triển nặng:
- + PaO₂ giảm (<85 mmHg), có thể giảm nhanh (dưới 60 mmHg)-Tỷ lệ PaO₂/FiK₂ dưới 300 khi có tổn thương phổi cấp (ALI), dưới 200 khi có suy hô hấp cấp tiến triển (ARDC)
- -AST, ALT, CRPhs, ure, creatinin, ion đồ , CKMB, troponinI
- CT Scan não. ECG . siêu âm bụng .

c) Chẩn đoán vi sinh vật:

-Vi rút:

+ Lấy bệnh phẩm:

- Ngoáy họng sâu
- Lấy dịch tiết hầu qua đường mũi
- Lấy dịch phế quản gửi về nơi có điều kiện xét nghiệm để xác định nguyên nhân:

+ RT-PCR để xác định vi rút cúm A/H5

- Vi khuẩn:

- + Cây dịch màng phổi, dịch nội khí quản và cấy máu khi nghi ngờ bội nhiễm.
- + Lấy bệnh phẩm như trên
- + Phân lập vi khuẩn theo thường quy

4-Tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh

a) Chẩn đoán nghi ngờ: Khi có các tiêu chuẩn sau:

- Sốt 38^oC trở lên
- Có một trong các triệu chứng hô hấp sau: ho, khó thở
- Có yếu tố dịch tễ.

b) Chẩn đoán có thể:

- Có tiêu chuẩn chẩn đoán nghi ngờ
- Có ít nhất một bằng chứng xét nghiệm gợi ý viêm phổi do vi rút cúm:
- + Hình ảnh Xquang diễn tiến nhanh phù hợp với cúm
- + Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm

c) Chẩn đoán xác định

- Xét nghiệm vi rút dương tính với cúm A/H5

5-Phân độ lâm sàng:

Căn cứ vào:

- Mức độ thiếu oxy máu:
- + Ưu tiên theo dõi khí máu

+ Áp dụng rộng rãi đo SpO_2

- Mức độ tổn thương Xquang phổi: bắt buộc phải chụp Xquang phổi.

a) Nặng:

- Khó thở, tím
- $SpO_2 < 88\%$
- $PaO_2 < 60$ mmHg
- Xquang phổi: thâm nhiễm lan toả hai bên
- Có thể suy đa tạng, sốc.

b) Trung bình :

- Khó thở, tím
- SpO_2 từ 88-92%
- PaO_2 từ 61-80 mmHg
- Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú 2 bên hoặc lan toả 1 bên.

c) Nhẹ :

- Không khó thở
- $SpO_2 > 92\%$
- $PaO_2 > 80$ mmHg
- Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú một bên hoặc tổn thương không rõ rệt.

II-XỬ TRÍ

A)Nguyên tắc chung

- Bệnh nhân nghi ngờ phải được cách ly.
- Dùng thuốc kháng virus (Oseltamivir) càng sớm càng tốt ngay cả các trường hợp nghi ngờ viêm phổi do vi rút .
- Hồi sức hô hấp là cơ bản.
- Điều trị suy đa tạng (nếu có)

B)Điều trị suy hô hấp cấp

a) Tư thế người bệnh

- Nằm đầu cao 30°

b) Cung cấp oxy

- Thở oxy qua gọng mũi: 1 -5 lít/phút sao cho $SpO_2 > 90\%$.
- Thở oxy qua mặt nạ đơn giản: oxy 6-12 lít/phút khi thở oxy qua gọng mũi không giữ được $SpO_2 > 90\%$.
- Thở oxy qua mặt nạ không hít lại: lưu lượng oxy đủ cao để không xẹp túi khí ở thì thở vào, được chỉ định khi mặt nạ đơn giản không hiệu quả.

c) Thở CPAP:

- CPAP được chỉ định khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở oxy, $SpO_2 < 90\%$.

- Tiến hành thở CPAP:

+ Chọn mặt nạ (người lớn, trẻ lớn) hoặc gọng mũi (trẻ nhỏ) phù hợp.

+ Bắt đầu cho thở với CPAP = 5 cmH_2O

+ Điều chỉnh mức CPAP theo lâm sàng với mức thay đổi 1 cmH_2O /lần để duy trì $SpO_2 > 90\%$ -Mức CPAP tối đa có thể đạt tới 10 cmH_2O .

d) Thông khí nhân tạo:

- Chỉ định:

+ Thở CPAP hoặc thở oxy không cải thiện được tình trạng thiếu oxy máu ($SpO_2 < 90\%$ với CPAP = 10 cmH_2O).

+ Người bệnh bắt đầu có dấu hiệu xanh tím, thở nhanh nông.

- Nguyên tắc thông khí nhân tạo:

Mục tiêu: $SpO_2 > 92\%$ với FiO_2 bằng hoặc dưới 0,6

Nếu không đạt được mục tiêu trên có thể chấp nhận mức $SpO_2 > 85\%$.

- Thông khí nhân tạo không xâm nhập BiPAP (xem phụ lục 3):

+ Thông khí nhân tạo không xâm nhập BiPAP được chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp còn tỉnh, hợp tác tốt, khả năng ho khạc tốt.

- Thông khí nhân tạo xâm nhập (xem phụ lục 4):

+ Chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp nặng, diễn biến thành suy hô hấp tiến triển và không đáp ứng với thông khí nhân tạo không xâm nhập.

+ Đặt phương thức thở kiểm soát thể tích, với V_t từ 8-10 ml/kg, tần số 14-16 lần/phút, I/E = 1/2, PEEP=5 và điều chỉnh FiO_2 để đạt được $SpO_2 > 92\%$, nếu tiến triển thành ARDS, tiến hành thở máy theo phác đồ thông khí nhân tạo tăng thán cho phép (Xem Phụ lục 4).

+ Với trẻ em, có thể thở theo phương thức kiểm soát áp lực (PCV)-Nếu không kết quả phải dùng phương thức kiểm soát thể tích (VCV).

C) Các biện pháp hồi sức khác:

-Truyền dịch:

Tiến hành truyền dịch đảm bảo cân bằng vào ra, duy trì nước tiểu ở người lớn khoảng 1200 -1500 mL/ngày, chú ý tránh phù phổi (ran ẩm, tĩnh mạch cổ nổi, cơn bệnh nhôn...)-Nếu có điều kiện nên đặt ống thưng tĩnh mạch trung tâm, và duy trì CVP ở mức 5-6 cmH_2O (khụng quá 6,5 cmH_2O)-Nếu truyền quá 2 lít dung dịch tinh thể mà huyết ộc vẫn khụng lờn thờ phải thay bằng dung dịch keo-Nơi cú điều kiện nờn duy trở albumin mầu ở mức $\geq 35g/lít$ -

-Thuốc vận mạch:

Dùng sớm thuốc vận mạch, cú thể dựng dopamine hoặc noradrenaline phối hợp với dobutamine để duy trở huyết ộc tởm thu ≥ 90 mmHg.

-Thăng bằng kiềm toan:

Đảm bảo thăng bằng kiềm toan, đặc biệt khi tiến hành thụng khó nhõn tạo tăng thõn cho phõp, duy trở pH $\geq 7,2$.

- Khi tõnh trạng bệnh nhõn tiến triển nặng thành suy đa tạng, cần ỏp dụng **phõc đồ hồi sức cho bệnh nhõn suy đa tạng** (xem Phụ lục 8)

- Ở những nơi cú điều kiện cú thể tiến hành lọc mỗu liờn tục để hỗ trợ điều trị hội chứng suy đa tạng-

D-Điều trị hỗ trợ

1-Dùng corticosteroid:

- Chỉ định cho những ca nặng, ở giai đoạn tiến triển.Có thể dùng 1 trong các thuốc sau đây:

- + Methylprednisolon: từ 0,5-1 mg/kg/ngày \times 7 ngày, tiêm tĩnh mạch.
 - + Hydrocortisone 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, tiêm tĩnh mạch
 - + Depersolon 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, tiêm tĩnh mạch
 - + Prednisolone 0,5-1mg/kg/ngày x 7 ngày, uống
- Chú ý theo dõi đường máu

2-Sốt

Chỉ dùng thuốc hạ sốt khi nhiệt độ trên 39^{oC} bằng paracetamol.

3-Bảo đảm chế độ dinh dưỡng và chăm sóc:

Dinh dưỡng:

- + Bệnh nhân nhẹ: cho ăn bằng đường miệng.
- + Bệnh nhân nặng: cho ăn sữa và bột dinh dưỡng qua ống thông dạ dày.
- + Nếu bệnh nhân không ăn được phải kết hợp nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.
- + Chống loét: cho bệnh nhân nằm đệm nước, xoa bóp, thay đổi tư thế.
- + Chăm sóc hô hấp: giúp bệnh nhân ho, khạc; vỗ rung vùng ngực; hút đờm.

E-Điều trị kháng sinh

1. Thuốc kháng virút: Oseltamivir (Tamiflu):

Trẻ em từ 1-13 tuổi: dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể: <15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày; 16-23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày; 24-40 kg: 60 mg x 2 lần/ngày \times 7 ngày.

Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75mg \times 2 lần/ngày \times 7 ngày

Cần theo dõi chức năng gan, thận để điều chỉnh liều lượng cho phù hợp.

2. Kháng sinh:

- Có thể dùng một kháng sinh phổ rộng hoặc phối hợp 2 hoặc 3 kháng sinh nếu có nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Ở tuyến xó và huyện có thể dùng các kháng sinh cho viêm phổi cộng đồng như cephalosporine thế hệ 1, 2; co-trimoxazol, azithromycin, doxycyclin, gentamycin...

F-Tiêu chuẩn ra viện

- Hết sốt 7 ngày sau khi ngừng kháng sinh
- Xét nghiệm máu, X quang tim, phổi ổn định.
- Xét nghiệm vi rút cúm A/H5 âm tính

III-PHÒNG LÂY NHIỄM

1-Nguyên tắc

-Thực hiện các biện pháp cách ly và chống nhiễm khuẩn nghiêm ngặt-Mọi nhân viên y tế khi phát hiện người bệnh nghi ngờ đều phải chỉ dẫn người bệnh đến các cơ sở y tế được chỉ định tiếp nhận các người bệnh này để họ được khám, phân loại và cách ly nếu cần.

2-Tổ chức khu vực cách ly trong bệnh viện

-Tổ chức các khu vực cách ly như đối với các bệnh truyền nhiễm gây dịch nguy hiểm khác.

- Hạn chế người ra vào khu vực cách ly.

- Trước cửa buồng bệnh để chậu nước cloramin B 5% hoặc dung dịch chlorhexidine 0,5% để rửa tay trước khi vào và sau khi ra và đặt tấm vải tẩm cloramin B hoặc formalin ở nền nhà trước cửa ra vào để mọi người phải đi qua tấm vải tẩm loại hoá chất này.

3-Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm

- Phát hiện sớm và cách ly buồng riêng ngay những người nghi ngờ mắc bệnh dịch.

- Người bệnh đã xác định bệnh được xếp phòng riêng, không xếp chung phòng với người nghi ngờ mắc bệnh dịch.

- Tất cả người bệnh phải đeo khẩu trang tiêu chuẩn-Người nghi ngờ mắc bệnh phải đeo khẩu trang tiêu chuẩn khi ở trong buồng bệnh cũng như khi đi ra ngoài buồng bệnh.

- Người bệnh cần chụp Xquang, làm các xét nghiệm, khám chuyên khoa cần được tiến hành tại giường-Nếu không có điều kiện, khi chuyển người bệnh đi chụp chiếu, xét nghiệm..-phải thông báo trước cho các khoa liên quan để nhân viên y tế tại các khoa tiếp nhận người bệnh chiếu chụp, xét nghiệm cũng phải mang đầy đủ các phương tiện phòng hộ-Người bệnh phải đeo khẩu trang và mặc áo choàng khi vận chuyển trong bệnh viện.

- Hạn chế người nhà vào thăm bệnh nhân trong bệnh viện-Cấm người nhà và khách đến thăm khu cách ly-

- Người nhà đến thăm người bệnh ngoài khu vực cách ly phải đeo khẩu trang-

-Trước cửa buồng bệnh để chậu nước cloramin B 5% hoặc dung dịch chlorhexidine 0,5% để rửa tay trước khi vào.

4-Phòng ngừa cho nhân viên y tế

- **Phương tiện phòng hộ gồm:** Khẩu trang loại N95, kính bảo hộ, mặt nạ che mặt, áo choàng giấy dùng một lần, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng.

- Mỗi nhân viên ở khu vực cách ly nghiêm ngặt khi bắt đầu ca làm việc phải được phát và mang đầy đủ phương tiện phòng hộ trước khi tiếp xúc với người bệnh và các chất tiết đường hô hấp-Khi hết ca làm việc phải thả bỏ các phương tiện phòng hộ vào thùng rác và xử lý như chất thải y tế nhiễm khuẩn và phải tắm, thay quần áo trước khi ra khỏi bệnh viện.

- Bệnh phẩm xét nghiệm: Phải đặt trong túi nilon hoặc hộp vận chuyển theo quy định đến phòng xét nghiệm.

- Giám sát: lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc điều trị và nhân viên làm việc tại khoa có người bệnh-Các nhân viên này sẽ tự theo dõi hàng ngày-Những nhân viên có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm bệnh sẽ được khám, làm các xét nghiệm và theo dõi như người bệnh nghi ngờ bị cúm nặng-

- Thông báo ngay về Trung tâm y tế dự phòng địa phương và Bộ Y tế những trường hợp nghi ngờ và mắc.

5-Xử lý dụng cụ y tế, đồ vải và dụng cụ dùng cho người bệnh:

- Dụng cụ y tế: Những dụng cụ dùng lại phải khử khuẩn ngay, sau đó mới chuyển về buồng cọ rửa để cọ rửa và tiệt khuẩn theo quy định-

- Dụng cụ dùng cho người bệnh: phải cọ rửa và tẩy uế bằng xà phòng và hoá chất khử khuẩn hàng ngày và mỗi khi bẩn-Mỗi người bệnh có dụng cụ phục vụ vệ sinh và dinh dưỡng riêng.

- Đồ vải: Hấp ướt dưới áp lực trước khi giặt-Áp dụng phương pháp vận chuyển và xử lý như đồ vải nhiễm khuẩn-Thu gom đồ vải trong túi nilon màu vàng trước khi vận chuyển xuống nhà giặt-Ngâm đồ vải trong các dung dịch tẩy-Cho thêm nồng độ chất tẩy khi giặt nếu thấy cần thiết-

6-Xử lý môi trường và chất thải bệnh viện

Tuân thủ quy trình về xử lý môi trường, chất thải theo quy định như đối với các trường hợp bị ô nhiễm.

7-Vận chuyển người bệnh

- Nguyên tắc:

+ Hạn chế vận chuyển người bệnh.

+ Chỉ chuyển người bệnh trong trường hợp người bệnh nặng, vượt quá khả năng điều trị của cơ sở.

+ Đảm bảo an toàn cho người bệnh và người chuyển người bệnh (lái xe, nhân viên y tế, người nhà v.v..) theo hướng dẫn ở mục phòng bệnh.

- Nhân viên vận chuyển người bệnh phải mang đầy đủ phương tiện phòng hộ: khẩu trang loại N95, áo choàng một lần, mặt nạ che mặt, găng tay, mũ-

- Tẩy uế xe cứu thương sau mỗi lần vận chuyển người bệnh bằng chất sát khuẩn thông thường.

8-Xử lý người bệnh tử vong

- Người bệnh tử vong phải được khâm liệm tại chỗ theo quy định phòng chống dịch, phải khử khuẩn bằng các hoá chất: cloramin B, formalin.

- Chuyển người bệnh tử vong đến nơi chôn cất hay hoả táng bằng xe riêng và đảm bảo đúng quy định phòng lây nhiễm.

- Sau khi tử vong, trong khoảng thời gian 24 giờ phải hoả táng hoặc chôn cất, tốt nhất là hoả táng.

9-Các biện pháp phòng bệnh chung:

- Vệ sinh cá nhân, nhỏ mũi, súc miệng-họng bằng các thuốc sát khuẩn

- Uống vitamin C.

10-Dự phòng bằng thuốc kháng vi rút:

- Đối tượng: Nhân viên y tế và những người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân nhiễm cúm A/H5

- Liều dùng: oseltamivir 75 mg, 1 viên/ngày x 7 ngày

11-Vắc xin phòng bệnh đặc hiệu:

- Hiện nay đang nghiên cứu vắc xin đặc hiệu với vi rút cúm A chủng H5N1.-

Phụ lục 1

THÔNG KHÍ NHÂN TẠO KHÔNG XÂM NHẬP (BiPAP)

1.Thông khí nhân tạo không xâm nhập được chỉ định cho các bệnh nhân có suy hô hấp tăng CO₂, còn tỉnh, hợp tác tốt, khả năng ho khạc tốt.

2. Tiến hành thông khí nhân tạo không xâm nhập

- Đặt EPAP = 4cmH₂O, điều chỉnh FiO₂ duy trì SaO₂ hoặc SpO₂ > 90%
- Lúc đầu đặt IPAP 8cmH₂O, điều chỉnh IPAP để đạt được Vte khoảng 6-8ml/kg (Chú ý, Vte phụ thuộc vào chênh lệch giữa IPAP và EPAP; PS = IPAP - EPAP).
- Theo dõi bệnh nhân, đánh giá chức năng sống, SaO₂, SpO₂, Vte.
- Nếu bệnh nhân thấy dễ chịu khi thở máy, có:
 - + Tần số thở < 30 lần/phút
 - + Tần số tim không tăng quá 20 % so với tần số ban đầu
 - + Không loạn nhịp tim
 - + Không còn cảm giác khó thở, không co kéo cơ hô hấp phụ.
 - + Vte duy trì từ 6-8 ml/kg
 - + SpO₂ > 90%

Tiếp tục giữ nguyên các thông số đã đặt, theo dõi sát bệnh nhân-

- Nếu SpO₂ < 90%, tăng FiO₂ từng mức 10% cho tới 100%-Nếu đã tăng FiO₂ lên tới 100% mà SpO₂ vẫn < 90%, tăng EPAP mỗi lần 2cmH₂O-Chú ý khi tăng EPAP, phải tăng đồng thời IPAP để giữ nguyên giá trị PS.

- Nếu bệnh nhân có co kéo cơ hô hấp, Vte thấp < 6ml/kg, mệt cơ, PaCO₂ bắt đầu tăng hoặc không giảm, trước tiên phải kiểm tra xem độ khít của mặt nạ-Nếu không cải thiện tăng IPAP dần lên, mỗi lần 2cmH₂O và đánh giá lại lâm sàng sau 30 phút, Chú ý khi tăng IPAP, Vte phải tăng theo

- Nếu tình trạng bệnh nhân cải thiện; SpO₂ > 95%, duy trì các thông số, điều chỉnh mức FiO₂ thấp nhất có thể được và xem xét khả năng cai máy thở

Nếu tình trạng bệnh nhân xấu đi với

- + SpO₂ < 90%
- + Tần số thở > 30 lần/phút
- + Tần số tim tăng quá 20% so với tần số lúc đầu

Và IPAP đã lên tới 20 cmH₂O và EPAP lên tới 10 cmH₂O, nên chuẩn bị đặt nội khí quản, cho thở máy xâm nhập.

Phụ lục 2

Hướng dẫn đặt và điều chỉnh chế độ máy thở với kiểu thở tăng thán cho phép

I-Cài đặt ban đầu

Trọng lượng cơ thể lý tưởng (P)= 90% (chiều cao tính bằng cm - 100)

1.Mode thở: VC CMV

2.Vt: (mục tiêu 6 ml/kg P)

- Đặt Vt ban đầu là 8 ml/kg P
- Nếu bệnh nhân chịu đựng được giảm xuống 7 ml/kg P (trong vòng 2 giờ)
- Nếu bệnh nhân chịu đựng được giảm xuống 6 ml/kg P (trong vòng 2 giờ)
- Chú ý: Nếu áp lực đường thở thấp hơn mức PEEP trong thời kỳ hít vào, hoặc có hiện tượng thở chồng lớn hơn 3 lần/phút do áp lực đường thở thấp hơn ngưỡng trigger tại cuối thời kỳ hít vào thì tăng Vt lên thêm 1 ml/kg PBW cho tới 8 ml/cân nặng lý thuyết sao cho áp lực cao nguyên (Pplat) \leq 30 cm H₂O.

Tần số:

Đặt tần số (f) theo thông khí phút của bệnh nhân (**không vượt quá 35 lần/phút**)

4.Tỷ lệ I:E

Điều chỉnh để tỷ lệ I:E = 1:1 tới 1:3

5.Mục tiêu áp lực cao nguyên (Pplat)

Pplat \leq 30 cm H₂O

6.FiO₂/PEEP

Sử dụng “Bảng điều chỉnh FiO₂ và PEEP” để duy trì:

PaO₂ từ 55 mmHg tới 80 mmHg hoặc SpO₂ từ 88% tới 95%

(Ưu tiên sử dụng PaO₂ hơn SpO₂)

Bảng điều chỉnh FiO₂ và PEEP

| | FiO ₂ 0,3 | FiO ₂ 0,4 | FiO ₂ 0,5 | FiO ₂ 0,6 | FiO ₂ 0,7 | FiO ₂ 0,8 | FiO ₂ 0,9 | FiO ₂ 1,0 |
|--------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| PEEP 5 | +++++ | +++++ | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP |
| PEEP 8 | ↑ FiO ₂ | +++++ | +++++ | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP |

| | | | | | | | | |
|-----------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------|
| PEEP 10 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ | +++++ | +++++ | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP |
| PEEP 12 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ | ↑ PEEP | ↑ PEEP | ↑ PEEP |
| PEEP 14 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ | +++++ | +++++ | ↑ PEEP |
| PEEP 16 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ | ↑ PEEP |
| PEEP 18 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ | +++++ |
| PEEP 20 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ |
| PEEP22-24 | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | ↑ FiO ₂ | +++++ |

Ví dụ: **Ban đầu để PEEP = 5 và FiO₂ 100%.**

* Nếu PaO₂ <55 mmHg hoặc SpO₂ < 88%,

+ Tăng PEEP dần lên theo bảng (tối đa là 18 cmH₂O) tới khi PaO₂ >80 mmHg hoặc SpO₂ >95%-Sau đó giảm dần FiO₂, để tới được vùng (+++++) mà vẫn duy trì được PaO₂>55mmHg và SpO₂ >88%, Nếu giảm chưa tới vùng (+++++), mà không giữ được PaO₂ và SpO₂ ta lại tăng dần PEEP lên để tới được vùng (+++++) mà vẫn duy trì được PaO₂ >55 mmHg và SpO₂ >88%, Sau đó điều chỉnh PEEP và FiO₂ theo vùng (++++)

+ Nếu PEEP đã là 18 và FiO₂ = 100% mà không giữ được PaO₂>55 mmHg hoặc SpO₂ >88%, tiếp tục tăng PEEP theo bảng [vùng (+++++)]

* Nếu PaO₂ >80mmHg và SpO₂ >95%

+ Giảm dần FiO₂ theo bảng (tối thiểu 40%) tới khi PaO₂ <55mmHg hoặc SpO₂ <88%-Lúc này tăng dần PEEP lên để tới được vùng (+++++) và duy trì được PaO₂ >55mmHg và SpO₂ >88mmHg-Sau đó điều chỉnh PEEP và FiO₂ theo vùng (+++++).

II-Điều chỉnh máy thở

Ghi lại thông số SpO₂ và áp lực cao nguyên mỗi 4 giờ 1 lần-Thời gian Plateau là 0,5 giây. Điều chỉnh thông số máy thở theo các mục tiêu lần lượt sau

áp lực cao nguyên, pH, oxy hoá máu

Đánh giá cai máy hàng ngày giữa 8-12 giờ sáng

1.Mục tiêu áp lực cao nguyên:

- Duy trì áp lực cao nguyên ≤ 30 cm H₂O.

Nếu Pplat > 30

- Giảm Vt đi 1 ml/kg cân nặng lý thuyết (P), duy trì pH > 7,15 (Vt thấp nhất là 4ml/kg PBW)

- Điều chỉnh tần số để giữ thông khí phút không đổi (không vượt quá 35)
- Điều chỉnh tốc độ dòng để có được I:E từ 1:1 tới 1:3
- Ngoại lệ: không giảm Vt trong các trường hợp sau:
 - + Tần số bằng 35, pH bằng 7,15 (cân nhắc truyền và truyền bicarbonate)
 - + Vt = 4 ml/kg PBW
 - + Vt của bệnh nhân trước đó đã được tăng lên để đảm bảo pH.

Nếu Pplat < 30 và Vt < 6 ml/kg PBW Và Pplat ≤ 25 cm H₂O

- + Tăng Vt lên 1 ml/kg PBW cho tới khi Vt = 6 ml/kg PBW
- + Điều chỉnh tần số để giữ thông khí phút không đổi (không vượt quá 35)
- + Điều chỉnh tốc độ dòng để có được I:E từ 1:1 tới 1:3

2.Mục tiêu pH:

Duy trì pH dao động từ 7,30-7,45

- pH > 7,45 – giảm tần số nếu có thể (bệnh nhân không trigger máy thở).
- pH = 7,30-7,45 – giữ nguyên thông số.
- pH = 7,15-7,30 -tăng tần số thở (f) cho tới tối đa (35) hoặc PaCO₂ < 25.
- Truyền bicarbonate khi f = 35 hoặc PaCO₂ < 25.
- pH < 7,15 – tăng f lên 35-Nếu f = 35, và đã truyền hay đang cân nhắc truyền bicarbonate, tăng Vt lên thêm 1ml/kg PBW cho tới khi pH ≥ 7,15 (Pplat có thể vượt qua mức 30).

Mục tiêu oxy hoá máu

- Duy trì PaO₂ dao động từ 55-80 mmHg hoặc SpO₂ dao động từ 88-95%
- Ưu tiên sử dụng PaO₂, sau đó mới là SpO₂.
- Sử dụng “Bảng phối hợp FiO₂ và PEEP” ở mục I.6 trang 13 để đạt được mục tiêu.
- Ngoại lệ
 - + Chấp nhận SpO₂ < 88 hoặc > 95 trong thời gian ngắn (≤ 5 phút) mà không cần thay đổi thông số FiO₂ và PEEP.
 - + FiO₂ = 1,0 có thể được sử dụng trong thời gian ngắn (≤ 10 phút) để chống thiếu oxy cấp nguy hiểm.
 - + Nếu Pplat > 30 và oxy hoá máu không đạt mục tiêu và Vt = 4 ml/kg trọng lượng lý thuyết, KHÔNG Được TĂNG PEEP, thì phải tăng FiO₂ với mức tăng là 0,1 cho tới khi đạt được mục tiêu oxy hoá máu hoặc FiO₂ = 1,0, Sau khi đã tăng FiO₂ tới tối đa (1,0) mà vẫn chưa đạt được mục tiêu oxy hoá máu, thì tăng dần PEEP với mức tăng là 2 cmH₂O-(Pplat có thể vượt quá 30 cmH₂O trong trường hợp này).
 - + Nếu FiO₂ = 1,0; PEEP = 24, và mục tiêu oxy hoá máu chưa đạt được, thực hiện “thử nghiệm tăng PEEP”.

***Thử nghiệm tăng PEEP**

- Tăng PEEP với mức tăng bằng 2 cm H₂O cho tới tối đa là 34 hoặc khi đã đạt được mục tiêu oxy hoá máu.

- Nếu tăng PEEP tới mức tối đa không hiệu quả trong vòng 4 giờ (PaO₂ tăng lên < 5) thì hạ PEEP về mức 24.

- Chú ý theo dõi phát hiện để xử trí kịp thời các biến chứng của các biện pháp trên: Tăng PEEP có thể gây tràn khí màng phổi, trụy mạch

III-Sử dụng thuốc an thần, dẫn cơ trong thông khí nhân tạo tăng thân cho phép

- Khi tiến hành thông khí nhân tạo xâm nhập, nhất thiết phải dùng thuốc an thần, có thể phối hợp với giảm đau, dẫn cơ giúp thở máy đạt hiệu quả điều trị.

- Có thể sử dụng midazolam phối hợp với fentanyl, hoặc propofol, và thuốc giãn cơ ngắn nếu cần.

- Thuốc an thần giảm đau:

Pha 25mg Midazolam với 0,5mg Fentanyl vừa đủ 50 ml glucose 5%-Lúc đầu bolus 5-10ml, sau đó duy trì 2ml/giờ-

Điều chỉnh liều thuốc mỗi lần 2ml/giờ để đạt được điểm Ramsay từ 3-5.

Liều tối đa có thể dùng tới 10ml/giờ

- Thuốc dẫn cơ:

- Trong trường hợp dùng thuốc an thần và giảm đau tối đa mà vẫn không đạt được điểm Ramsay 3-5, hoặc bệnh nhân khởi động máy thở > 35 lần/phút, cần phối hợp thêm thuốc dẫn cơ-Thuốc được lựa chọn là Tracrium

- Liều: khởi đầu Tracrium 0,3-0,5 mg/kg, sau đó duy trì 2-15 mcg/kg/phút

- Giãn cơ hiệu quả khi bệnh nhân thở hoàn toàn theo máy, không còn nhịp tự thở-
Chú ý, trong trường hợp này cần tăng tần số máy thở lên 35 lần/phút

- Chú ý khi dùng thuốc dẫn cơ, vẫn cần tiếp tục duy trì thuốc an thần giảm đau

Bảng điểm Ramsay

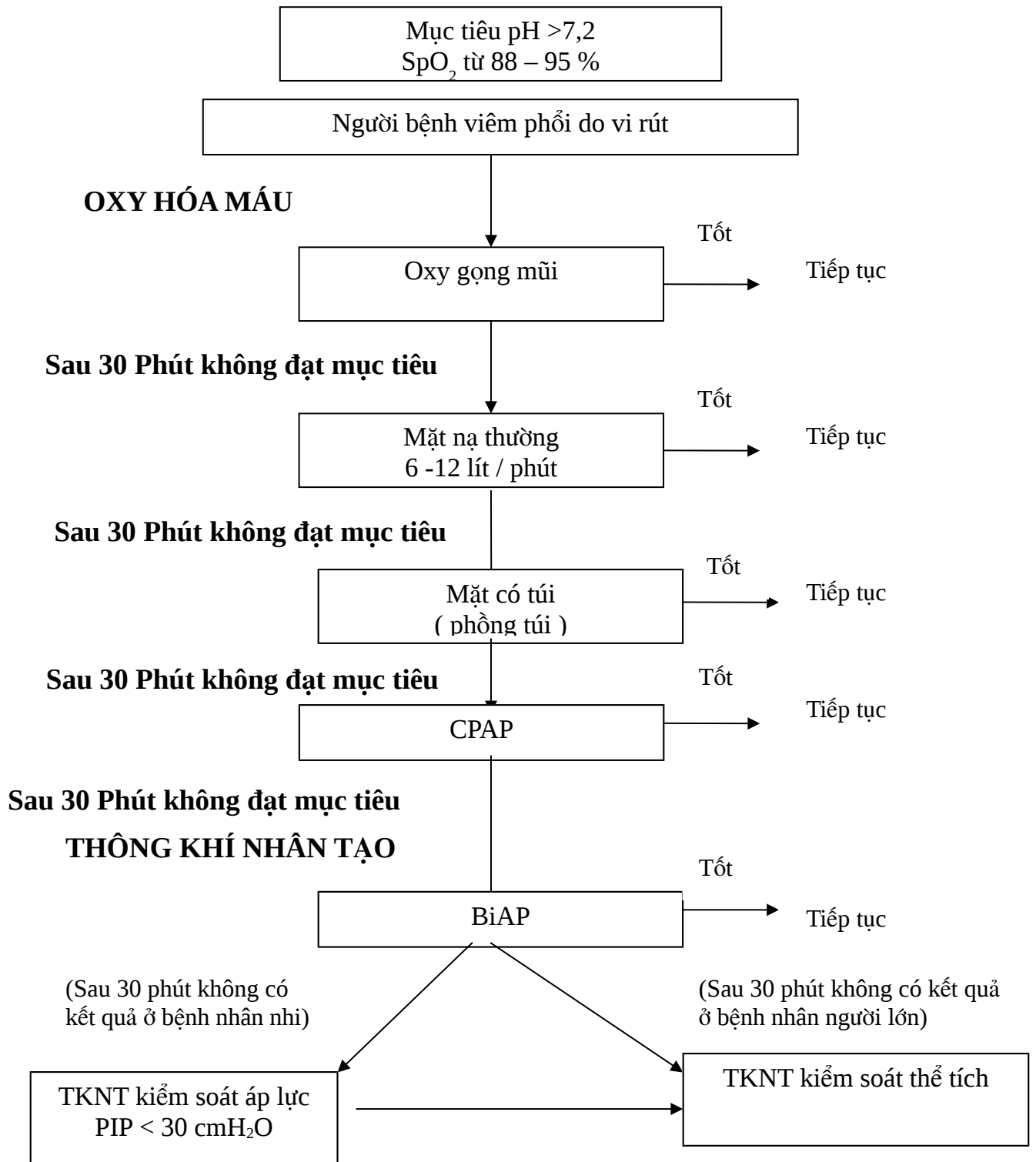
| Điểm | Mức độ ý thức |
|------|--|
| 1 | Tỉnh, hốt hoảng, kích thích, vật vã |
| 2 | Tỉnh, hợp tác, có định hướng, không kích thích |

| | |
|---|--|
| 3 | Tỉnh, chỉ đáp ứng khi ra lệnh |
| 4 | Ngủ, đáp ứng nhanh khi bị kích thích đau, nói to |
| 5 | Ngủ, đáp ứng chậm khi bị kích thích đau, nói to |
| 6 | Ngủ sâu, không đáp ứng |

-Nếu không có điều kiện sử dụng các thuốc trên, có thể sử dụng diazepam, thiopental, pavulon, suxamethonium....để an thần, giảm đau cho bệnh nhân thở máy

Phụ lục 3

Xử Trí Cúm A/H5



Phụ lục 4

Xử trí suy hô hấp trong cúm A/H5

QUY TRÌNH THÔNG KHÍ CHO TRẺ EM

Mục tiêu: pH > 7,20 PIP < 30 cmH₂O

Chấp nhận: pH 7,10 PIP < 35 cmH₂O

THỞ KIỂM SOÁT ÁP LỰC

Thông số cài đặt ban đầu

PEEP cao nhất 30 cmH₂O

Tần số 20-30/phút

pH > 7,2
Duy trì PEEP

7,1 < pH < 7,2
Theo dõi trong 2 giờ
pH < 7,1

Tăng PEEP lên 35 cm H₂O

pH < 7,1
Tăng PEEP lên 35 cmH₂O

pH > 7,2
Duy trì PEEP

pH > 7,1
Tăng tần số lên thêm 5 nhịp/phút
tối tối đa là 50 nhịp/phút

pH < 7,1
ate 2 mmol/kg

pH > 7,2
Duy trì các thông số

pH < 7,2
Chấp nhận pH giảm tới 7,1

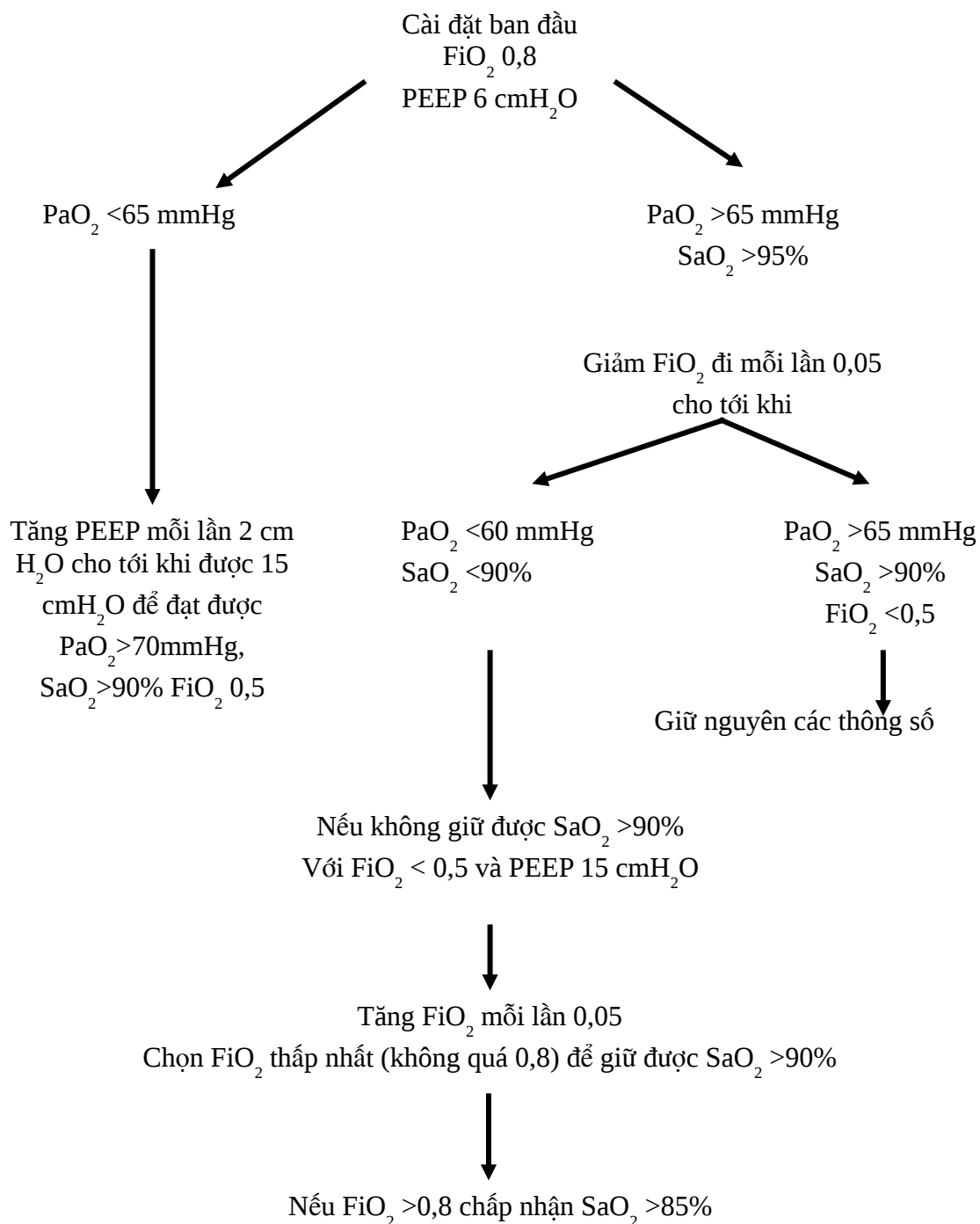
Nếu thở kiểm soát áp lực không kết quả, cho bệnh nhân thở thông khí nhân tạo kiểm soát thể tích giới hạn áp lực với Vt thấp và tăng thán cho phép.

Phụ lục 5

Quy trình oxy hoá máu cho trẻ em

Mục tiêu: $SaO_2 > 90\%$, $FiO_2 < 0,5$

Chấp nhận: SaO_2 từ 85-90%



Phụ lục 6

Hội chứng suy đa tạng trong cúm A/H5

1-CÁC KHÁI NIỆM LIÊN QUAN TỚI SUY ĐA TẠNG

- **Hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS):** khi bệnh nhân có từ 2 dấu hiệu sau đây trở lên:

+ **Nhiệt độ** > 38°C hoặc < 36°C

+ **Nhịp tim** > 90 ck/phút

+ **Tần số thở** > 20 lần/phút hoặc **PaCO₂** < 32 mmHg

+ **Bạch cầu** < 4.000/mm³, hoặc > 12.000/mm³, hoặc bạch cầu trung tính chưa trưởng thành > 10%

-**Tình trạng nhiễm trùng (sepsis):** SIRS + có bằng chứng hoặc nghi ngờ nhiễm trùng nói chung và nhiễm virus nói riêng

-**Tình trạng nhiễm trùng nặng (severe sepsis):** Tình trạng nhiễm trùng + bằng chứng suy giảm chức năng của 1 hoặc nhiều tạng

+**Phổi:** tổn thương phổi cấp PaO₂/FiO₂ < 300, ARDS PaO₂/FiO₂ < 200

Tuần hoàn: huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc huyết áp trung bình < 70 mmHg còn đáp ứng với liệu pháp truyền dịch.

Huyết áp trung bình = 1/3 x (huyết áp tâm thu + 2 x huyết áp tâm trương)

+ **Thận: thể tích nước tiểu < 0,5 mL/kg/giờ** mặc dù đã được bù đủ dịch

+ **Máu: tiểu cầu < 80.000/mm³**, hoặc giảm hơn 50% so với mức độ tiểu cầu cao nhất trong 3 ngày trước đó

+ **Toan chuyển hoá: pH ≤ 7,30; hoặc lượng kiềm thiếu hụt > 5 mEq/L và lactat > 2,5 mmol/L**

-**Sốc nhiễm trùng (septic shock):**

Tình trạng nhiễm trùng nặng:

+ Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm hơn 40 mmHg so với huyết áp nền kéo dài ít 1 giờ mặc dù đã được bù đủ dịch-

hoặc:

+ Phải dùng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp tâm thu > 90 mmHg hoặc huyết áp trung bình > 70 mmHg.

2-ĐỊNH NGHĨA SUY ĐA TẠNG

- **Hội chứng suy đa tạng là tình trạng suy giảm chức năng các tạng ở bệnh nhân có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) mà cần phải can thiệp để duy trì tình trạng cân bằng nội môi.**

- Trong cúm gia cầm, nguyên nhân gây ra hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và hội chứng suy đa tạng là do virút cúm H5N1.

- Các tạng thường bị tổn thương trong hội chứng suy đa tạng là phổi (hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển, ARDS), tuần hoàn, thận, hệ thần kinh trung ương, dạ dày ruột, gan, đông máu...

3-ĐIỀU TRỊ SUY ĐA TẠNG

1-Điều trị nguyên nhân gây suy đa tạng (virút cúm A H5N1) :

- Trong cúm gia cầm, cần dùng sớm, đủ liều, đủ liệu trình thuốc kháng vi rút (oseltamivir).

2-Đảm bảo cung cấp ôxy cho tổ chức trong tình trạng cường chuyển hoá:

- Độ bão hoà ôxy máu động mạch (SpO_2/SaO_2) duy trì ở mức $\geq 92\%$ (tối ưu) có thể chấp nhận $> 85\%$ -(xem phụ lục về điều trị suy hô hấp từ phụ lục 3 đến phụ lục 6).

- Tăng sức co bóp cơ tim: dùng dobutamine,...

- Truyền máu khi có thiếu máu, duy trì Hb ở mức 100 g/L, Chỉ truyền máu toàn phần khi không có điều kiện truyền khối hồng cầu.

3-Điều trị các nguyên nhân làm nặng suy đa tạng:

- Phòng và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện: thực hiện các biện pháp làm giảm lây chéo trong bệnh viện-Sử dụng kháng sinh phổ rộng-

- Thông khí nhân tạo theo chiến lược bảo vệ phổi: Vt thấp, PEEP tối ưu (xem phụ lục thông khí nhân tạo tăng thán cho phép).

- Xử trí các rối loạn đông máu-

- Corticosteroid: liều thấp (methylprednisolon 0,5-1mg/kg/ngày, hydrocortisone 100mg x 2lần/ngày, hoặc depersolone 30mg x 2 lần/ngày)

- Lọc máu liên tục (CVVH) sớm nếu có điều kiện từ giai đoạn tình trạng nhiễm trùng nặng với dịch thay thế 3000mL/giờ-

- Nuôi dưỡng đường tiêu hoá, chế độ ăn giàu protein.

- Kiểm soát đường máu, duy trì đường máu trong giới hạn bình thường .

HƯỚNG DẪN

Chẩn đoán, điều trị bệnh tay -chân -miệng

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2554 /QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2011

của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I-ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra) Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71)

- Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối

- Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71

- Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá-Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

- Bệnh tay-chân-miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương

- Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

- Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi

- Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

II-CHẨN ĐOÁN

1-Lâm sàng:

1.1-Triệu chứng lâm sàng:

a) Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

b) Giai đoạn khởi phát: Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

c) Giai đoạn toàn phát: Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

- Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm-

- Sốt nhẹ

- Nôn

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng-

- Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

d) Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng-

1.2-Các thể lâm sàng:

-Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

-Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

-Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

2-Cận lâm sàng:

2.1. Các xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường-Bạch cầu tăng trên $16.000/mm^3$ thường liên quan đến biến chứng

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường (< 10 mg/L)

- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b)

2.2. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

- Khí máu khi có suy hô hấp

- Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

- Dịch não tủy:

+ Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ

+ Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

2.3-Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

2.4-Chụp cộng hưởng từ não: Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

3-Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán ca lâm sàng: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng: Phồng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

2. Chẩn đoán xác định:

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

4-Chẩn đoán phân biệt:

4.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng:

Viêm loét miệng (áp-tơ): Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

4.2. Các bệnh có phát ban da:

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.

- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phồng nước.

- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.

- Thủy đậu: Phồng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

- Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

4.3. Viêm não-màng não:

- Viêm màng não do vi khuẩn.

- Viêm não-màng não do vi rút khác.

4.4-Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

5-Biến chứng:

5.1-Biến chứng thần kinh: Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk, giật mình chơi với): Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa)

- Ngủ gà, bứt rứt, chơi với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

- Rung giật nhãn cầu.

- Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).

- Liệt dây thần kinh sọ não.

- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt vò)

5.2-Biến chứng tim mạch, hô hấp: Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút.

- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây

- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh-Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân,...)

- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi ≥ 110 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi ≥ 115 mmHg, trẻ trên 2 tuổi ≥ 120 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được)

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản, thở nông, thở bụng, thở không đều.

- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng-

6-Phân độ lâm sàng:

6.1-Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

6.2. Độ 2:

6.2.1. Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

- + Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
- + Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C , nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

6.2.2-Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

*** Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:**

- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần / 30 phút.
- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

- + Ngủ gà
- + Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)
- + Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$ không đáp ứng với thuốc hạ sốt

*** Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:**

- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
- Yếu chi hoặc liệt chi.
- Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

6.3-Độ 3: có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)-
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tăng.

-Thở nhanh, thở bất thường: Cơ ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản.

- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).

- Tăng trương lực cơ.
- 6.4-Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốt.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, SpO₂ < 92%.
- Ngưng thở, thở nấc.

III-ĐIỀU TRỊ

1-Nguyên tắc điều trị:

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).

- Theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị biến chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng-

2-Điều trị cụ thể:

2.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi-Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh.Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

- + Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.
- + Thở nhanh, khó thở.
- + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.
- + Đi loạng choạng.
- + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh-
- + Co giật, hôn mê.

2.2. Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện

2.2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1-Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 10-15 mg/kg/lần lập lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol).

- Thuốc: Phenobarbital 5 -7 mg/kg/ngày, uống.
- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

2.2.2-Độ 2b:

- Nằm đầu cao 30°.
- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.
- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

-Thuốc:

+ Phenobarbital 10 -20 mg/kg truyền tĩnh mạch-Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

+ Immunoglobulin:

✓ *Nhóm 2:* 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ-Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 2

✓ *Nhóm 1:* Không chỉ định Immunoglobulin thường qui-Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định Immunoglobulin-Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

-Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi, mạch mỗi 1-3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO₂ và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

2.3-Độ 3: Điều trị nội trú tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút, Đặt nội khí quản giúp thở sớm khi thất bại với thở oxy

- Chống phù não: nằm đầu cao 30°, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 25-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg-

- Phenobarbital 10 -20 mg/kg truyền tĩnh mạch-Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút.

- Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao, trong 24-72 giờ-

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lặp lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 1-2 giờ-Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

2.4-Độ 4: Điều trị nội trú tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

+ Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng-Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Dobutamin liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 2-3µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 µg/kg/phút.

- Phù phổi cấp:

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Dừng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút-

+ Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.

- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não:

- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).

- Immunoglobulin: Chỉ định khi HA trung bình ≥ 50 mmHg

- Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

IV-PHÒNG BỆNH

1-Nguyên tắc phòng bệnh:

-Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.

-Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

2-Phòng bệnh tại các cơ sở y tế:

- Cách ly theo nhóm bệnh.

- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.

- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%-Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.

- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

3-Phòng bệnh ở cộng đồng:

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.
- Cách ly trẻ bệnh tại nhà-Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10-14 ngày đầu của bệnh.-

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH CÚM MÙA

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2078/QĐ-BYT ngày 23 tháng 6 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Cúm mùa là một bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính do virus cúm gây nên-Bệnh xảy ra hàng năm, thường vào mùa đông xuân-Bệnh lây nhiễm trực tiếp từ người bệnh sang người lành thông qua các giọt bắn nhỏ khi nói chuyện, khi ho, hắt hơi-Tại Việt Nam các virus gây bệnh cúm mùa thường gặp là cúm A/H3N2, A/H1N1 và cúm B)

Bệnh cúm mùa tiến triển thường lành tính, nhưng cũng có thể biến chứng nặng và nguy hiểm hơn ở những người có bệnh lý mạn tính về tim mạch và hô hấp, người bị suy giảm miễn dịch, người già (> 65 tuổi), trẻ em (< 5 tuổi) và phụ nữ có thai.

Bệnh có thể gây viêm phổi nặng, suy đa phủ tạng dẫn đến tử vong

I-CHẨN ĐOÁN

1-Chẩn đoán ca bệnh

Ca bệnh nghi ngờ:

- Có yếu tố dịch tễ: Sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm lưu hành hoặc có tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân cúm.
- Lâm sàng có sốt (thường trên 38°C), đau nhức cơ toàn thân và có một trong số các biểu hiện về hô hấp như đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.
- Hình ảnh chụp X-quang phổi bình thường hoặc có tổn thương thâm nhiễm lan tỏa ở phổi.
- Xét nghiệm công thức máu bạch cầu bình thường hoặc giảm.

Ca bệnh xác định:

- Có các tiêu chuẩn của ca bệnh nghi ngờ
- Xét nghiệm dương tính với vi rút cúm bằng kỹ thuật RT-PCR hoặc real time RT-PCR hoặc nuôi cấy vi rút đối với các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản

2-Chẩn đoán mức độ bệnh:

Cúm chưa có biến chứng (cúm nhẹ):

- Lâm sàng có biểu hiện hội chứng cúm đơn thuần.

Cúm có biến chứng (cúm nặng):

- Là ca bệnh nghi ngờ hoặc xác định kèm theo một trong các biểu hiện sau:
 - + Có tổn thương ở phổi với biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng (thở nhanh, khó thở, SpO2 giảm, PaO2 giảm) và/hoặc:
 - + Có các biến chứng thứ phát như viêm xoang, viêm phổi do bội nhiễm vi khuẩn, sốc nhiễm khuẩn, suy đa phủ tạng.

- + Có các dấu hiệu nặng lên của các bệnh lý mạn tính kèm theo (bệnh phổi, bệnh gan, suy thận, tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh về máu)
- Các đối tượng nguy cơ dễ mắc cúm biến chứng bao gồm:
 - + Trẻ em: dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng, béo phì, hen phế quản hoặc bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải
 - + Người già trên 65 tuổi
 - + Phụ nữ có thai
 - + Người lớn mắc các bệnh mạn tính (như đã nêu trên)
 - + Suy giảm miễn dịch (bệnh nhân đang điều trị thuốc chống ung thư, HIV/AIDS)

II-ĐIỀU TRỊ

1-Nguyên tắc chung

- Bệnh nhân nghi ngờ nhiễm cúm hoặc đã xác định nhiễm cúm phải được cách ly y tế và thông báo kịp thời cho cơ quan y tế dự phòng.
- Nhanh chóng đánh giá tình trạng bệnh nhân và phân loại mức độ bệnh-Các trường hợp bệnh nặng hoặc có biến chứng nặng cần kết hợp các biện pháp hồi sức tích cực và điều trị căn nguyên.
- Thuốc kháng vi rút được dùng càng sớm càng tốt khi có chỉ định.
- Ưu tiên điều trị tại chỗ, nếu điều kiện cơ sở điều trị cho phép nên hạn chế chuyển tuyến.

2-Xử trí theo mức độ bệnh:

- Cúm có biến chứng: cần được nhập viện để điều trị và dùng thuốc kháng vi rút càng sớm càng tốt.
- Cúm có kèm theo các yếu tố nguy cơ: nên được nhập viện để theo dõi và xem xét điều trị sớm thuốc kháng vi rút.
- Cúm chưa biến chứng: Có thể không cần xét nghiệm hoặc điều trị cúm tại cơ sở y tế nếu biểu hiện triệu chứng nhẹ-Nếu triệu chứng nặng lên hoặc người bệnh lo lắng về tình trạng sức khỏe nên đến cơ sở y tế để được tư vấn và chăm sóc)

3-Điều trị thuốc kháng vi rút

- Chỉ định: Các trường hợp nhiễm cúm (nghi ngờ hoặc xác định) có biến chứng hoặc có yếu tố nguy cơ.
- Thuốc được sử dụng hiện nay là Oseltamivir (Tamiflu) hoặc Zanamivir-
- Liều lượng Oseltamivir được tính theo lứa tuổi và cân nặng-Thời gian điều trị là 5 ngày.

Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày

Trẻ em ≥ 12 tháng đến ≤ 13 tuổi:

| | |
|----------------------|--------------------|
| ≤ 15 kg: | 30 mg x 2 lần/ngày |
| > 15 kg đến 23 kg: | 45 mg x 2 lần/ngày |
| > 23 kg đến 40 kg | 60 mg x 2 lần/ngày |
| > 40 kg | 75 mg x 2 lần/ngày |

Trẻ em < 12 tháng tuổi:

| | |
|----------------|------------------------|
| 0-1 tháng | 2 mg/kg x 2 lần/ngày |
| > 1 -3 tháng | 2.5 mg/kg x 2 lần/ngày |
| > 3 -12tháng | 3 mg/kg x 2 lần/ngày |

-Zanamivir: Dạng hít định liều, sử dụng trong các trường hợp không có Oseltamivir hoặc kháng với Oseltamivir-Liều lượng Zanamivir được tính như sau:

Người lớn và trẻ em > 7 tuổi: 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 2 lần/ngày

Trẻ em từ 5 -7 tuổi: 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 1 lần/ngày

4-Điều trị cúm biến chứng

- Hỗ trợ hô hấp khi có suy hô hấp: thở oxy, thở CPAP hoặc thông khí nhân tạo tùy từng trường hợp

- Phát hiện và điều trị sớm các trường hợp bội nhiễm vi khuẩn với kháng sinh thích hợp

- Phát hiện và điều trị suy đa phủ tạng

5-Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt: Chỉ dùng Paracetamol khi sốt trên 38o5, không dùng thuốc nhóm salicylate như aspirin để hạ sốt.

- Đảm bảo cân bằng nước điện giải

- Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý

6. Tiêu chuẩn ra viện

- Hết sốt và hết các triệu chứng hô hấp trên 48 giờ (trừ ho)

- Tình trạng lâm sàng ổn định

- Sau khi ra viện phải cách ly y tế tại nhà cho đến hết 7 ngày tính từ khi khởi phát triệu chứng-

III-PHÒNG LÂY NHIỄM CÚM

1-Các biện pháp phòng bệnh chung

- Phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh nghi nhiễm cúm
- Tăng cường rửa tay
- Vệ sinh hô hấp khi ho khạc.
- Tránh tập trung đông người khi có dịch xảy ra.

2-Phòng lây nhiễm từ người bệnh

- Cách ly người bệnh ở buồng riêng
- Người bệnh phải đeo khẩu trang trong thời gian điều trị
- Thường xuyên làm sạch và khử khuẩn buồng bệnh và quần áo, dụng cụ của người bệnh

3-Phòng cho nhân viên y tế

- Rửa tay thường quy trước và sau khi thăm khám người bệnh bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh.
- Phương tiện phòng hộ gồm khẩu trang, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng, mặt nạ che mắt...phải luôn có sẵn ở khu vực cách ly, được sử dụng đúng cách và khi cần thiết-Sau khi dùng được xử lý theo quy định của Bộ Y tế.
- Giám sát: Lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, điều trị cho người bệnh, nhân viên làm việc tại khoa có người bệnh và nhân viên phòng xét nghiệm xử lý bệnh phẩm-Những nhân viên này cần được theo dõi thân nhiệt và các biểu hiện lâm sàng hàng ngày.
- Nhân viên mang thai, mắc bệnh tim phổi mạn tính nên tránh tiếp xúc với người bệnh-

4-Tiêm phòng vắc xin cúm

- Nên tiêm phòng vắc xin cúm hàng năm-
- Các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cúm nên được tiêm phòng cúm là:
 - + Nhân viên y tế
 - + Trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi;
 - + Người có bệnh mạn tính (bệnh phổi mạn tính, bệnh tim bẩm sinh, suy tim, tiểu đường, suy giảm miễn dịch...)
 - + Người trên 65 tuổi

5-Dự phòng bằng thuốc

-Có thể điều trị dự phòng bằng thuốc kháng vi rút Oseltamivir (Tamiflu) cho những người thuộc nhóm nguy cơ cao mắc cúm biến chứng có tiếp xúc với người bệnh được chẩn đoán xác định cúm.

- Thời gian điều trị dự phòng là 10 ngày

- Liều lượng như sau:

Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75mg x 1 lần/ngày

Trẻ em ≥ 12 tháng đến ≤ 13 tuổi:

| | |
|----------------------|--------------------|
| ≤ 15 kg: | 30 mg x 1 lần/ngày |
| > 15 kg đến 23 kg: | 45 mg x 1 lần/ngày |
| > 23 kg đến 40 kg | 60 mg x 1 lần/ngày |
| > 40 kg | 75 mg x 1 lần/ngày |

Trẻ em < 12 tháng

| | |
|-------------|--|
| < 3 tháng | Không khuyến cáo trừ trường hợp được cân nhắc kỹ |
| 3-5 tháng | 20 mg x 1 lần/ ngày |
| 6-11 tháng | 25 mg x 1 lần/ ngày |

BỆNH THỦY ĐẬU

I. Đại cương :

Bệnh thủy đậu là một bệnh nhiễm trùng truyền nhiễm rất dễ lây lan do virus : varicella Zoster, bệnh có khả năng lây thành đại dịch.

II. Chẩn đoán :

1. Lâm sàng :

- Sốt nhẹ, ớn lạnh, nhức đầu, đôi khi sốt cao ở người lớn.
- Phát ban dạng bóng nước ở da và niêm mạc, hình tròn hoặc hình giọt nước nhiều lứa, lan tỏa toàn thân, một số bóng nước đục ở đầu và giảm dần sau 10 ngày.
- Ngứa xuất hiện sau khi lui bệnh

2. Cận lâm sàng:

- Công thức máu :
 - + Bc tăng trong nhiễm trùng da
 - + Hc, Tc, Hct, Hb giúp theo dõi diễn tiến của bệnh
- CRPhs, Urê , Créatinine, đường máu , AST, ALT
- Xquang Phổi : khi có bội nhiễm
- Huyết thanh chẩn đoán : test Elisa tìm kháng thể màng

III. Điều trị :

1. Kháng virus :

- Acyclovir : 200 mg, 400mg, 800mg
 - + Trẻ em < 1 tuổi 10 mg/kg x 03 lần / ngày
 - + Từ 2 – 6 tuổi 20 mg/kg x 03 lần / ngày
 - + Người lớn 800 mg/01 lần x 05 lần/ ngày
- Thời gian điều trị 05- 07 ngày

2. Kháng sinh :

- Céfixim 0,2 g 01 viên x 02 lần uống/ngày
- Amoxicillin + Acidclaulanic 625 mg 01 viên x 02 lần uống/ngày
- Cefotaxim 1g dùng trong trường hợp có sốt cao, Bc máu tăng.
200m / kg / 24 giờ tiêm TM

3. Điều trị nâng đỡ :

- Giảm đau, hạ sốt, paracetamol
- Chống ngứa : Chlopheniramin, Fexonadin
- Bù nước điện giải khi cần
- Vệ sinh thân thể, bôi xanh methylen nơi bóng nước

IV. Tiêu chuẩn xuất viện :

- Bệnh tình, sinh hiệu ổn
- Không sốt
- Đủ liều Acyclovir
- Bóng nước khô
- Ăn uống được
- Tiêm ngừa thủy đậu cho các thành viên trong gia đình

BỆNH QUAI BỊ

I. Đại cương :

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi trùng gây ra có tên Rubula virus. Đặc trưng của bệnh là sưng đau tuyến nước bọt, đôi khi kèm theo viêm tuyến sinh dục, viêm màng não, viêm tụy cấp, viêm cơ tim.

II. Chẩn đoán :

1. Lâm sàng :

- Đột ngột với các triệu chứng sau : suy nhược, kém ăn, khó chịu, đau đầu, sốt nhẹ không kèm lạnh run.

- Đau họng và đau góc hàm

- Đau 03 điểm Rillet-Barther, móm chũm, khớp thái dương hàm, góc dưới của xương hàm.

- Tuyến mang tai to dần và đau nhức, đau gia tăng khi thăm khám hoặc khi nhai

- Vai trường hợp tuyến dưới hàm và dưới cằm sưng to

- Sốt 38°C - 39°C sốt trong viêm màng não

- Viêm tinh hoàn sưng đỏ đau 02 bên

- Đau bụng âm ỉ vùng thượng vị : do biến chứng viêm tụy cấp.

2. Cận lâm sàng :

- Công thức máu, Urê , Créatinine, đường máu , AST, ALT, CKMB, Troponin I

- Amylaza máu / mỗi 12 giờ

- CRPhs : theo dõi nhiễm trùng

- Siêu âm tuyến mang tai

- ECG, XQ phổi, để chẩn đoán phân biệt

III. Điều trị :

1. Viêm tuyến mang tai:

- Hạ sốt paracetamol

- Kháng viêm : Prednizolon 5mg 01 Viên x 02 lần uống

- Sinh tố

- Nu dịch khi cần

- Ức chế bơm proton khi cần

2. Viêm tinh hoàn :

- Hạ sốt paracetamol

- Kháng viêm : Dexamethason 5mg 01 ống x 03 lần (TB) hoặc (TM) / ngày

- Kháng Acide dịch vị : Phophalugel
- Mặc quần lót nâng dịch hoàn để giảm đau

3. Chế độ ăn:

- Ăn lỏng dễ tiêu
- Nghỉ ngơi tại giường từ 05 – 07 ngày

BỆNH HO GÀ

I. Đại cương :

Bệnh ho gà là bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính do vi khuẩn Bordetellapertussis và Bordetella parapertussis gây ra.

Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng chính của bệnh là cơn ho đặc biệt với nhiều biến chứng xảy ra và sự gia tăng của bạch cầu Lympho trong máu ngoại biên

Là bệnh thường gặp ở trẻ em từ 05 tháng – 05 tuổi

II. Chẩn đoán :

1. Lâm sàng :

- Mệt mỏi, chán ăn, ho ít, sổ mũi
- Ho thường ho khan, lúc đầu cơn ngắn sau đó cơn ho dài hơn, kèm theo cơn ho bệnh nhân nôn ói nhiều đờm nhớt, đặt bệt không giảm ho khi uống thuốc ho thông thường
- Xuất huyết võng mạc mắt hay gặp trên lâm sàng

2. Cận lâm sàng :

- Công thức máu : Bc máu tăng, Lympho bào tăng
- CRPhs, Urê, Créatinine, đường máu, AST, ALT, ion đồ có giá trị tiên lượng
- X quang phổi : giúp chẩn đoán phân iệt viêm phổi, xẹp phổi
- Phân lập virus : PCR phát hiện nhánh DNA của vi khuẩn

III. Điều trị :

1. Kháng sinh :

- Erytromycin : 40-50 mg /kg/ngày chia 02 lần uống
- Sulfametroxazol-Triomethoprin 480 mg : 48 mg /kg/ngày chia 02 lần uống
- Clarithromycin : 15 mg/kg/ngày chia 02 lần uống

2. Điều trị triệu chứng :

- Corticoid : làm giảm số lượng cơn ho
 - + Betamethason 0,075 mg/kg/ngày uống 01 lần
 - + Prednizolon 0,01mg/kg/ngày uống 01 lần
- Các thuốc giảm ho :
 - + Antihistamin,Théralène
 - + Chlophéniramin : theo dõi giảm cơn ho ít
- Salbutamol : Thuốc ức chế β_2 adrenergic cũng hay sử dụng trên lâm sàng nhưng hiệu quả chưa xác định.

3. Dinh dưỡng : Vệ sinh hô hấp, Vệ sinh thân thể.

TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

I. Đại cương:

Tiêu chảy nhiễm trùng là ca bệnh truyền nhiễm từ đường tiêu hóa do các tác nhân gây bệnh thường gặp như: vi sinh vật, nấm độc, chất độc hóa học, độc tố của chúng truyền qua ăn uống gây nên bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc, loại vi khuẩn chiếm hàng đầu là; Ecoli, Bacillus, Salmonella, Shigella, Rotavirus, Vibrio cholera.

II. Chẩn đoán :

1. Lâm sàng

Tùy theo cơ địa bệnh nhân và có các triệu chứng sau :

- Sốt cao kèm theo lạnh run, đau đầu, đau cơ
- Đau bụng âm ỉ hay đau quặn bụng từng cơn quanh rốn, hoặc đau ở hạ vị, hố chậu phải lan xuống 02 chân
- Tiêu phân lỏng toàn nước hay nhầy đàm số lượng nhiều # ½ lít, số lần đi tiêu càng nhiều.
- Khám có dấu hiệu phản ứng ở 02 hố chậu, đôi khi sờ đau quanh rốn

2. Cận lâm sàng :

- Công thức máu : Bc máu tăng cao
- CRPhs, Urê , Créatinine, đường máu , AST, ALT, ion đồ , Amylaza máu CKMB, là những xét nghiệm tiên lượng bệnh
- Siêu âm bụng giúp phát hiện viêm ruột thừa
- X quang phổi, CT scan , trong một số cas nặng
- Cây máu, cấy phân trong trường hợp có nhiều biến chứng hoặc điều trị không hiệu quả

III. Điều trị :

1. Bù nước điện giải :Tránh mất nước gây tụt huyết áp, đảm bảo khối lượng tuần hoàn.

2. Kháng sinh :

- Nên kết hợp kháng sinh: Do có 01 số chủng vi khuẩn đã kháng thuốc như: Ecoli...
- Kháng sinh hay sử dụng là : Quinolon + Cefalosporin
- Ciprofloxacin 0,4g/200 ml 30mg/kg/24 giờ truyền TM
- Cefotaxim 1g 06 g /24 giờ TM
- Ceftriaxon 1g 2g – 4g /24 giờ TM
- Imypenam hay meropenam : chỉ sử dụng trong cas bệnh nặng có biến chứng hay không đáp ứng với điều trị lâm sàng.

4. Điều trị triệu chứng :

- Chống nôn : Primpéran

- Hạ sốt : paracetamol
- Giảm đau : Spasmaverin
- Hỗ trợ tiêu hóa : Smecta
- Bù vi khuẩn có lợi : Lactiopro

IV : Xuất viện :

- Sau điều trị 5 – 7 ngày bệnh nhân hết sốt hết tiêu chảy, ăn uống khá, sinh hiệu ổn.
- Xét nghiệm máu trở về bình thường