

**HƯỚNG DẪN  
CHUẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ  
BỆNH TRUYỀN NHIỄM  
VÀ QUY TRÌNH KỸ  
THUẬT**

**NĂM 2024**

## MỤC LỤC

1. NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM	3
2. BỆNH THƯƠNG HÀN	5
3. BỆNH UỐN VÁN	11
4. BỆNH THỦY ĐẬU	18
5. BỆNH HIV/AIDS	22
6. BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE	27
7. BỆNH LỖY A-MÍP	33
8. LỖY TRỰC KHUẨN	37
9. BỆNH QUAI BỊ	43
10. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG	46
11. BỆNH SỞI	50
12. SỐT PHÁT BAN	55
13. SỐT MÒ	59
14. BỆNH CÚM MÙA	63
15. LAO PHỔI	68
16. HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC VÀ ĐIỀU TRỊ NCOVID – 19	72
17. BỆNH BẠCH HẦU	84
18. QUY TRÌNH THỞ OXY GỌNG KÍNH	89
19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI	91
20. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG	93
21. QUY TRÌNH ĐẶT THÔNG TIỂU	95
22. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHI DUNG	104
23. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT SONE DẠ DÀY	107

# NGỘ ĐỘC THỰC PHẨM

## I. ĐẠI CƯƠNG

**Ngộ độc thực phẩm**, còn gọi là ngộ độc thức ăn hay trúng thực, là tình trạng gây ra do ăn, uống phải thức ăn, nước uống bị nhiễm khuẩn, nhiễm độc hay những loại thực phẩm bị biến chất, ôi thiu, có chất bảo quản, chất phụ gia... Bệnh có thể gây nguy hại đến sức khỏe của con người và sẽ khỏe hơn sau vài ngày được điều trị.

## II. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân ngộ độc thực phẩm là do thức ăn của con người bị nhiễm khuẩn, nhiễm chất hóa học và những yếu tố có hại khác.

**Vi khuẩn:** là nguyên nhân phổ biến gây ngộ độc thực phẩm. Các vi khuẩn gây ngộ độc thực phẩm thường là :

- *Campylobacter jejuni*
- *Clostridium perfringens*
- *Salmonella*
- *Escherichia coli*
- *Shigella*
- *Listeria monocytogenes*
- Ngoại độc tố
- Độc tố vi nấm: Aflatoxin, Citrinin, Citreoviridin, axit cyclopiazonic, Cytochalasin...

**Virus:** các loại virus gây ngộ độc thực phẩm là :

- Enterovirus
- Hepatitis A
- Hepatitis E
- Norovirus
- Rotavirus

**Ký sinh trùng:** ký sinh trùng gây ngộ độc thực phẩm do động vật truyền sang người như : Platyhelminthes, nematoda, Protozoa.

**Độc tố tự nhiên**

Các tác nhân gây độc khác: xuất phát từ khâu sản xuất, bảo quản, chế biến thực phẩm. ngộ độc thực phẩm có thể do chất bảo quản, chất ép chín trái cây nhanh, thuốc bảo vệ thực vật, hóa chất, phụ gia...

## III. TRIỆU CHỨNG

Sau khi ăn thức ăn nhiễm độc, các triệu chứng ngộ độc thực phẩm sẽ biểu hiện như sau:

- Đau bụng quằn quại.
- Buồn nôn, nôn mửa

- Tiêu chảy
- Sốt
- Đau đầu

Nếu bệnh nặng hơn sẽ có các triệu chứng sau:

- Tiêu chảy ra máu
- Dấu mất nước: môi khô, mắt trũng, khát nước, mạch nhanh, thở nhanh.
- Trụy tim mạch
- Sốc nhiễm khuẩn.

#### **IV. CHẨN ĐOÁN**

- Hỏi về các triệu chứng, lịch sử ăn uống, những loại đồ ăn, thức uống sử dụng gần đây và bệnh sử. Trong trường hợp các bữa ăn tập thể, việc có từ hai người trở lên cùng ăn thức ăn giống nhau, cùng có triệu chứng giống nhau càng khẳng định được bệnh.

- Bên cạnh liệt kê triệu chứng, tiến hành khám trực tiếp để tìm các dấu hiệu của ngộ độc thực phẩm bằng cách xét nghiệm mẫu bệnh phẩm như đồ ăn, thức uống, bao bì liên quan, chất nôn, phân, nước tiểu, máu bệnh nhân.

#### **V. ĐIỀU TRỊ**

- Cấp cứu và hỗ trợ bằng các biện pháp bù nước, điện giải.
- Sử dụng các loại thuốc đặc hiệu không có antidote.
- Nếu có vi khuẩn sinh sản gây nhiễm trùng, cấy phân có vi khuẩn nên sử dụng kháng sinh đặc trị.
- Nếu không cấy phân hoặc chưa có kết quả cấy phân có thể sử dụng kháng sinh như ciprofloxacin hay trimethoprim-sulfamethoxazole (Bactrim).
- Đối với phụ nữ mang thai nếu ăn phải thực phẩm có nhiễm Listeria dù có triệu chứng nhẹ cũng phải điều trị để phòng ngừa nhiễm trùng cho thai nhi. Kháng sinh đặc hiệu cho Listeria là ampicillin, có thể kèm theo Gentamicin nếu triệu chứng nặng.

#### **VI. PHÒNG BỆNH**

Hiện nay, tình trạng thực phẩm bẩn, chứa nhiều hóa chất độc hại đang diễn tiến hết sức phức tạp. Cần thận trọng khâu chọn lựa và chế biến thực phẩm sẽ giúp bạn bảo vệ chính bản thân và người thân trong gia đình trước nguy cơ gặp phải vấn đề sức khỏe trên. Việc này có thể gồm :

- Chọn mua những thực phẩm tươi sống, không bị ôi thiu, không hết hạn sử dụng, có xuất xứ rõ ràng.
- Thực hiện quy tắc ăn chín uống sôi.
- Đảm bảo tay chế biến thực phẩm được sạch sẽ.
- Bảo vệ thực phẩm tránh các loại côn trùng, loại gặm nhấm và các loài động vật khác.
- Sử dụng nước sạch để sinh hoạt.

# BỆNH THƯƠNG HÀN

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thương hàn (Typhoid fever) là một bệnh cấp tính toàn thân do vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi gây nên với bệnh cảnh sốt kéo dài, có nhiều biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim, viêm não dễ dẫn đến tử vong.

Bệnh lưu hành ở những khu vực có tình trạng vệ sinh thấp kém, đôi khi bùng phát thành dịch, lây qua đường tiêu hóa qua đồ ăn, thức uống bị nhiễm mầm bệnh hoặc qua đường phân - tay - miệng.

Bệnh thường gặp ở hầu hết các nước đang phát triển trên thế giới ở châu Á, châu Phi và Mỹ La tinh, ít gặp tại một số nước công nghiệp phát triển như: Hoa Kỳ, Canada, tây Âu, Úc và Nhật Bản.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh thương hàn do vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi (gọi tắt là *Salmonella typhi*) gây nên. Đây là trực khuẩn Gram âm, kích thước 1-3  $\mu\text{m}$  x 0,5 - 0,7  $\mu\text{m}$ , có lông, di động và không sinh nha bào. Trực khuẩn thương hàn có 3 loại kháng nguyên: kháng nguyên thân (O - oligosaccharide), kháng nguyên lông (H - protein) và kháng nguyên vỏ (Vi - polysaccharide) và một phức hợp đại phân tử lipopolysaccharide gọi là nội độc tố tạo thành phần phía ngoài của thành vi khuẩn. *Salmonella* có sức đề kháng tốt với ngoại cảnh: trong canh trùng, trong đất có thể sống được vài tháng, trong nước thường 2-3 tuần, trong nước đá 2-3 tháng, trong phân vài tuần.

Vi khuẩn có khả năng sinh đề kháng kháng sinh truyền qua các plasmid.



### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Lâm sàng

##### a. Thời kỳ ủ bệnh

Thường từ 7 đến 14 ngày, có thể từ 3 tới 60 ngày.

Không có triệu chứng.

##### b. Thời kỳ khởi phát (tuần thứ nhất): từ từ, tăng dần.

Sốt nhẹ sau tăng dần tới 40<sup>0</sup>C trong vòng 1 tuần.

Đau đầu, suy nhược, mất ngủ, chóng mặt.

Buồn nôn, táo bón.

Có thể chảy máu mũi.

Mạch nhiệt độ thường phân ly.

Khám lâm sàng: lưỡi bẩn, bụng chướng, lách to có thể to, nghe phổi có thể thấy rale phế quản và gõ đục đáy phổi phải (dấu hiệu Lesieur).

##### c. Thời kỳ toàn phát (tuần thứ hai): thường kéo dài 2 - 3 tuần trừ những trường hợp có biến chứng

Sốt hình cao nguyên 40<sup>0</sup>C.

Mạch nhiệt độ phân ly.

Lưỡi khô, rêu lưỡi trắng dày, rìa lưỡi đỏ (hình ảnh lưỡi quay).

Tiêu chảy phân màu vàng bí ngô hoặc đỏ nâu, mùi khắm.

Bụng chướng, lách to, dấu hiệu ùng ục hố chậu phải.

Đào ban: ban màu hồng nhạt kích thước 2 - 4 mm ở ngực bụng, hết sau vài ngày, thường gặp vào cuối tuần thứ nhất, đầu tuần thứ 2.

Loét Duguet: loét hình bầu dục ở nếp a-mi-đan trước, dài 6-8 mm, rộng 4-6 mm, thường chỉ ở 1 bên.

Li bì, thờ ơ với ngoại cảnh, có thể mê sảng, hôn mê.

#### ***d. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục (tuần thứ ba)***

Sốt giảm dần rồi hết.

Đờ mệ, tỉnh táo dần trở lại.

Hết tiêu chảy, bụng đỡ chướng dần.

Ăn ngon miệng

### **3.2. Cận lâm sàng**

Số lượng bạch cầu thường giảm, hiếm khi tăng.

Giảm natri và kali máu.

Có thể tăng nhẹ men gan AST và ALT.

Protein niệu thoáng qua.

Hình ảnh tổn thương viêm phổi trên phim X-quang (Pneumotyphus).

Cấy máu, cấy phân, cấy tủy xương, đào ban, nước tiểu tìm vi khuẩn thương hàn

Chọc dò dịch não tủy (nếu có dấu hiệu màng não): dịch đục, tăng protein và tế bào, nuôi cấy có thể phân lập được trực khuẩn thương hàn.

Phản ứng Widal: làm 2 lần để đánh giá hiệu giá kháng thể.

### **3.3. Chẩn đoán xác định**

#### ***a. Lâm sàng***

Sống hoặc đến vùng có bệnh lưu hành, ăn uống không đảm bảo vệ sinh, tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh thương hàn mà không đảm bảo vệ sinh tay.

Sốt từ từ tăng dần, nhiệt độ hình cao nguyên.

Tiêu hóa: bụng chướng, ùng ục hố chậu phải, lưỡi quay, lách to, phân lỏng màu vàng bí ngô.

Tâm thần kinh: có thể có li bì, thờ ơ, mê sảng hoặc hôn mê.

Tim mạch: mạch chậm.

Hô hấp: rale phế quản, gõ đục đáy phổi phải.

Đào ban ở bụng, ngực.

#### ***b. Xét nghiệm***

Phân lập được trực khuẩn thương hàn từ các bệnh phẩm: máu, tủy xương, dịch não tủy, phân, đào ban, nước tiểu.

Phản ứng Widal: hiệu giá kháng thể trên 1:160 trong một mẫu lần 1 hoặc hoặc hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần so với lần 1.

### 3.4. Thể bệnh

*a. Thể thông thường điển hình*

*b. Thể không điển hình:* chỉ sốt kéo dài đơn thuần, không có các biểu hiện nhiễm độc, rối loạn tiêu hóa thoáng qua.

*c. Thể khởi phát bất thường:* viêm màng não, viêm phổi hoặc thủng ruột.

### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

Dựa vào lâm sàng, khó phân biệt thương hàn với sốt do các căn nguyên khác trong tuần đầu của bệnh.

Viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết, bệnh do *Brucella*, lao và các áp xe. Bệnh do *Rickettsia*.

Bệnh do đơn bào như sốt rét, bệnh *Leshmania* nội tạng, áp xe gan amip.

Bệnh do virus như cúm, Dengue.

Bệnh không do nhiễm trùng như bệnh mô liên kết và các rối loạn tăng sinh lympho bào.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

Dùng kháng sinh thích hợp.

Điều trị hỗ trợ và chăm sóc tốt.

Phát hiện sớm và điều trị các biến chứng như thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa và các biến chứng khác.

Dùng corticoid liều cao cho những người bệnh có biểu hiện viêm não hoặc nhiễm độc nội độc tố nặng.

### 4.2. Điều trị đặc hiệu

Các kháng sinh vi khuẩn thương hàn đã kháng lại: ampicillin, amoxicillin, chloramphenicol, co-trimoxazol.

Các kháng sinh còn hiệu lực: fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin và pefloxacin) hoặc cephalosporin thế hệ III (cefotaxim, ceftriaxon).

Có thể sử dụng azithromycin.

Liều lượng thuốc:

Ciprofloxacin hoặc ofloxacin: 15 mg/kg/ngày, có thể lên tới 20 mg/kg/ngày.

Cephalosporin thế hệ III: 2 - 3 g/ngày.



Azithromycin: 1 g/ngày.

Thời gian: 5 - 7 ngày hoặc 10 - 14 ngày đối với trường hợp có biến chứng.

#### **4.3. Điều trị hỗ trợ**

Ăn thức ăn mềm, ít xơ, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng.

Bù đủ dịch và điều chỉnh rối loạn điện giải.

Sử dụng corticoid cho những thể nặng (viêm não, viêm cơ tim và sốc): dexamethason liều 3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm trong vòng 30 phút. Sau đó cứ mỗi 6 giờ lại dùng một liều dexamethason 1 mg/kg cho đến hết 8 liều.

Điều trị các biến chứng (trụy mạch, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột...).

#### **4.4. Các trường hợp tái phát và người mang khuẩn**

Các trường hợp tái phát: điều trị lại theo phác đồ trên.

Người mang vi khuẩn:

Ampicillin hoặc amoxicillin 100 mg/kg/ngày kết hợp với probenecid 30 mg/kg/ngày trong 3 tháng, hoặc

Co-trimoxazol 1 viên 480 mg x 2 lần/ngày trong 3 tháng,

hoặc Ciprofloxacin 750 mg x 2 lần/ngày trong 4 tuần.

### **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

#### **5.1. Các biến chứng tiêu hóa**

Xuất huyết tiêu hóa.

Thủng ruột.

Viêm miệng lợi.

Thương hàn đại tràng: ỉa chảy nhiều, phân nặng mùi. Người bệnh đau nhiều thượng vị và hố chậu trái, bụng chướng và có thể thấy quai đại tràng nổi lên.

Liệt ruột, xuất huyết khoang phúc mạc với triệu chứng viêm phúc mạc, viêm tụy xuất huyết.

#### **5.2. Các biến chứng gan mật**

Tăng nhẹ transaminase.

Viêm túi mật cấp hoặc mạn tính.

#### **5.3. Các biến chứng tim mạch**

Trụy tim mạch, viêm cơ tim, viêm động mạch, viêm tĩnh mạch sâu.

Hiếm gặp: viêm màng ngoài tim và viêm nội tâm mạc.

#### **5.4. Các biến chứng hệ thần kinh**

Viêm màng não.

Viêm não tủy. Viêm tủy cắt ngang.

Viêm thần kinh sọ và thần kinh ngoại biên.

Hội chứng Guillain-Barré.

### **5.5. Các biến chứng khác**

Áp xe phổi, viêm màng phổi thanh tơ huyết.

Rối loạn đông máu do tiêu thụ (DIVC).

Hiêm gập: viêm xương, viêm cầu thận, viêm ống thận, hội chứng tan máu urê huyết cao.

### **5.6. Tái phát**

Thường nhẹ.

Do điều trị không đủ liều lượng thuốc hoặc đủ ngày.

Biểu hiện: sốt lại khoảng 2 tuần sau khi ngừng kháng sinh hoặc 2 tuần sau khi hồi phục.

### **5.7. Người mang khuẩn mạn tính**

Không có triệu chứng.

Vi khuẩn trong đường mật, tổ chức lympho ở ruột và được đào thải qua phân (có thể kéo dài hàng năm).

## **6. PHÒNG BỆNH**

Biện pháp cơ bản phòng chống bệnh là:

Cải thiện hệ thống cấp thoát nước và xử lý nước thải - rác thải.

Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm.

Giữ vệ sinh cá nhân như rửa tay trước khi ăn và sau khi đi ngoài. Xử lý nguồn nhiễm:

+ Phát hiện và điều trị những người mang khuẩn mạn tính.

+ Điều trị cách ly người mắc bệnh.

Dự phòng bằng vaccin:

+ Chỉ định cho quân nhân và những người có nguy cơ phơi nhiễm cao như nhân viên y tế.

+ Hai loại vaccin: (1) vaccin cổ điển sống giảm độc lực TAB hiện không còn dùng nữa vì miễn dịch thu được yếu và khó dung nạp; (2) Vaccin polysaccharide tiêm đặc hiệu cho S. Typhi (Typhim-Vi của Viện Mérieux): tiêm bắp hoặc dưới da một mũi là đủ, bảo vệ được ít nhất là 3 năm.

## **BỆNH UỐN VÁN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Uốn ván là một bệnh cấp tính nặng, có khả năng gây tử vong do độc tố của vi khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*) gây ra đặc trưng bởi các cơn co giật trên nền tăng trương lực cơ.

Ở các nước phát triển, tỷ lệ mắc uốn ván hàng năm là 0,1 - 0,2 trường hợp/1 triệu dân với tỷ lệ tử vong là 13,2%. Ở các nước đang phát triển, có khoảng 1 triệu trường hợp uốn ván mỗi năm với 300 nghìn đến 500 nghìn ca tử vong. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc uốn ván hàng năm là 1,87 trường hợp/100.000 dân với tỷ lệ tử vong dưới 5%.

### **1. NGUYÊN NHÂN**

Vi khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*) là trực khuẩn Gram (+) kỵ khí bắt buộc, sinh nha bào và gây bệnh bằng ngoại độc tố.

*C. tetani* có thể tìm thấy trong ống tiêu hóa động vật có vú và phổ biến ở trong đất. *C. tetani* tồn tại dưới 2 dạng là dạng nha bào khi ở ngoài môi trường và dạng hoạt động khi xâm nhập vào cơ thể gây bệnh (thông qua vết thương).

### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lâm sàng**

##### **a. Thời kỳ ủ bệnh**

Tính từ khi có vết thương đến khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh uốn ván, thường là biểu hiện cứng hàm. Thời kỳ ủ bệnh có thể từ hai ngày đến hai tháng, hầu hết các trường hợp xảy ra trong vòng 8 ngày. Thời kỳ ủ bệnh càng ngắn (< 7 ngày) bệnh càng nặng.

### ***b. Thời kỳ khởi phát***

Tính từ lúc cứng hàm đến khi có cơn co giật đầu tiên hoặc cơn co thắt hầu họng - thanh quản đầu tiên, thường từ 1-7 ngày. Thời gian khởi phát càng ngắn (< 48 giờ) bệnh càng nặng.

Triệu chứng khởi đầu là cứng hàm: lúc đầu mở hàm, nói khó, nuốt vướng, khó nhai, khó há miệng tăng dần và liên tục. Khi dùng đũa ấn hàm xuống thì hàm càng cắn chặt hơn (dấu hiệu trismus). Dấu hiệu này gặp ở tất cả các người bệnh.

Co cứng các cơ khác:

Co cứng các cơ mặt làm cho người bệnh có “Vẻ mặt uồn ván” hay “Vẻ mặt cười nhăn” (nếp nhăn trán hằn rõ, hai chân mày cau lại, rãnh mũi má hằn sâu), co cứng cơ gáy làm cho cổ bị cứng và ngửa dần, 2 cơ ức đòn chũm nổi rõ.

Co cứng cơ lưng làm cho tư thế người bệnh uốn cong hay uốn thẳng lưng. Co cứng cơ bụng làm cho 2 cơ thẳng trước gò lên và sờ vào bụng thấy cứng.

Co cứng cơ ngực, cơ liên sườn làm cho lồng ngực hạn chế di động.

Co cứng cơ chi trên tạo nên tư thế gấp tay. Co cứng chi dưới tạo tư thế duỗi. Khi kích thích, các cơn co cứng tăng lên làm cho người bệnh rất đau.

Có thể gặp các biểu hiện khác như: bồn chồn, sốt cao, vã mồ hôi và nhịp tim nhanh.

### ***c. Thời kỳ toàn phát***

Từ khi có cơn co giật toàn thân hay cơn co thắt hầu họng - thanh quản đầu tiên đến khi bắt đầu thời kỳ lui bệnh, thường kéo dài từ 1 đến 3 tuần. Với các biểu hiện:

Co cứng cơ toàn thân liên tục, tăng lên khi kích thích, người bệnh rất đau, co cứng điển hình làm cho người bệnh uốn cong.

Co thắt thanh quản gây khó thở, tím tái, ngạt thở dẫn đến ngừng tim.

Co thắt hầu họng gây khó nuốt, nuốt vướng, ứ đọng đờm rãi, dễ bị sặc.

Co thắt các cơ vòng gây bí tiểu, bí đại tiện.

Cơn co giật toàn thân trên nền co cứng cơ xuất hiện tự nhiên, tăng lên khi kích thích. Trong cơn co giật người bệnh vẫn tỉnh và biểu hiện đặc trưng bằng nắm chặt tay, uốn cong lưng và tay ở tư thế dạng hoặc gấp, chân duỗi, thường người bệnh ngừng thở khi ở vào các tư thế này. Cơn giật kéo dài vài giây đến vài phút hoặc hơn. Trong cơn giật người bệnh rất dễ bị co thắt thanh quản, co

cứng cơ hô hấp dẫn đến giảm thông khí, thiếu oxy, tím tái, ngừng thở, và có thể tử vong.

Rối loạn thần kinh thực vật gặp trong trường hợp nặng với các biểu hiện: da xanh tái, vã mồ hôi, tăng tiết đờm rãi, sốt cao 39 - 40°C hoặc hơn, tăng hoặc hạ huyết áp, huyết áp dao động không ổn định, loạn nhịp tim có thể ngừng tim.

#### ***d. Thời kỳ lui bệnh***

Thời kỳ lui bệnh bắt đầu khi các cơn co giật toàn thân hay co thắt hầu họng - thanh quản bắt đầu thưa dần; tình trạng co cứng toàn thân còn kéo dài nhưng mức độ giảm dần; miệng từ từ há rộng; phản xạ nuốt dần trở lại.

Thời kỳ này kéo dài vài tuần đến hàng tháng tùy theo mức độ nặng của bệnh.

### **3.2. Cận lâm sàng**

Đo nồng độ kháng thể đối với độc tố uốn ván trong máu.

Cấy vi trùng uốn ván tại vết thương và xác định độc lực của vi trùng. Tuy nhiên, kết quả thường có trễ và cấy âm tính cũng không loại được chẩn đoán.

Có thể thấy các bất thường liên quan đến tình trạng nhiễm trùng vết thương và các biến chứng của uốn ván.

### **3.3. Chẩn đoán xác định**

Chẩn đoán uốn ván chủ yếu dựa trên các biểu hiện lâm sàng bao gồm:

*a. Khít hàm* : tăng dần và tăng lên khi kích thích, là dấu hiệu sớm nhất và gặp ở hầu hết các người bệnh.

*b. Co cứng cơ toàn thân, liên tục, đau*: co cứng các cơ theo trình tự mặt, gáy, cổ, lưng, bụng, chi và ngực, đặc biệt là cơ bụng, co cứng tăng khi kích thích. Người bệnh có “vẻ mặt uốn ván” (+).

*c. Cơn co giật toàn thân*: xuất hiện trên nền co cứng cơ. Cơn giật tăng lên khi kích thích, trong cơn giật người bệnh vẫn tỉnh.

*d. Có thể có cơn thắt hầu họng - thanh quản*

*đ. Thường có vết thương trước khi xuất hiện triệu chứng uốn ván*

*e. Người bệnh không có chùng ngừa hay chùng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uốn ván*

### **3.4. Phân loại thể bệnh**

*a. Uốn ván toàn thể*: có các biểu hiện lâm sàng điển hình qua 4 giai đoạn như mô tả ở trên.

*b. Uốn ván cục bộ*: hiếm gặp, biểu hiện bằng co cứng cơ, tăng trương lực và co giật cơ ở một chi hoặc một vùng cơ thể, thường tiến triển thành uốn ván toàn thể.

c. *Uốn ván thể đầu*: người bệnh có vết thương ở vùng đầu mặt cổ, cứng hàm, nói khó, nuốt vướng, co cứng cơ mặt, liệt dây thần kinh sọ số VII. Giai đoạn bệnh sau đó thường tiến triển thành uốn ván toàn thể.

d. *Uốn ván sơ sinh*: diễn hình xảy ra ở trẻ 3 - 28 ngày tuổi (trung bình 8 ngày), thời gian ủ bệnh có thể từ 2 ngày đến hơn một tháng. Triệu chứng đầu tiên là bỏ bú, khóc nhỏ tiếng, sau đó, khít hàm, không bú được, cứng cơ toàn thân, và co giật.

### 3.5. Chẩn đoán phân biệt

a. *Tăng trương lực cơ do thuốc*

b. *Khít hàm do nhiễm trùng răng, áp xe hầu họng, viêm khớp thái dương hàm*

c. *Ngộ độc strychnin*

d. *Hội chứng người cứng* là một rối loạn thần kinh hiếm gặp đặc trưng bởi cứng cơ nghiêm trọng. Người bệnh không có khít hàm hoặc giật cơ mặt và đáp ứng nhanh chóng với diazepam là dấu hiệu giúp phân biệt hội chứng này với uốn ván thực sự.

## 4. ĐIỀU TRỊ

**4.1. Nguyên tắc điều trị:** người bệnh uốn ván nên được điều trị tại khoa hồi sức tích cực

a. *Ngăn chặn sản xuất độc tố*

b. *Trung hòa độc tố*

c. *Kiểm soát co giật và co cứng cơ*

d. *Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật*

e. *Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác*

### 4.2. Điều trị cụ thể

a. *Ngăn chặn tạo độc tố uốn ván*

Xử lý vết thương: mở rộng vết thương, cắt bỏ triệt để tổ chức hoại tử tại vết thương để loại bỏ nha bào uốn ván.

Kháng sinh diệt vi khuẩn uốn ván: metronidazol 500 mg, truyền TM cách 6 - 8 giờ/lần; hoặc penicillin G: 1 - 2 triệu đơn vị, tiêm TM cách 4 - 6 giờ/lần; erythromycin, penicillin V hoặc clindamycin là những thay thế của metronidazol và penicillin G; thời gian điều trị 7 - 10 ngày.

b. *Trung hòa độc tố uốn ván*

Globulin miễn dịch uốn ván từ người (HTIG) liều 3000 - 6000 đơn vị tiêm bắp, hoặc huyết thanh kháng độc tố uốn ván từ ngựa (SAT) 1.500 đơn vị/01 ống, liều 400 - 500 đơn vị/kg cân nặng, liều duy nhất (người lớn thường dùng 14 ống)

tiêm bắp. Dùng SAT phải thử phản ứng trước tiêm, test SAT với 75 đơn vị, với HTIG không cần thử test. Uốn ván sơ sinh dùng SAT 1.000 đơn vị/kg cân nặng.

*c. Kiểm soát co giật và co cứng cơ*

Nguyên tắc:

Để người bệnh nơi yên tĩnh, kiểm soát ánh sáng, tiếng ồn và tránh kích thích gây co giật là các biện pháp quan trọng trong chăm sóc người bệnh uốn ván.

Dùng liều lượng thuốc ít nhất mà không chế được cơn giật, không ức chế hô hấp và tuần hoàn.

Ưu tiên dùng loại thuốc ít độc, ít gây nghiện, thải trừ nhanh, dung nạp tốt khi tiêm hay truyền tĩnh mạch.

Điều chỉnh hàng ngày, hàng giờ cho phù hợp.

Chia rải đều liều thuốc cho trong cả ngày theo giờ để làm nền và chỉ định tiêm thêm nếu cần thiết.

Điều trị cụ thể:

Diazepam: liều thường dùng từ 2-7 mg/kg/24h, chia đều mỗi 1 giờ, 2 giờ hoặc 4 giờ. Dùng đường uống qua sonde dạ dày hoặc tiêm tĩnh mạch, mỗi lần 1-2 ống (10-20 mg), hoặc kết hợp cả uống và cả tiêm. Không nên dùng quá 240 mg diazepam/ngày. Khi dùng liều cao phải hỗ trợ thông khí cho bệnh nhân. Diazepam đường tiêm có thể gây toan lactic máu.

Midazolam thường được ưa dùng do không gây toan lactic. Midazolam truyền TM liên tục, liều 0,05-0,3 mg/kg/giờ (khoảng 5 mg - 15 mg/giờ).

Hỗn hợp cocktailytique: 1 ống aminazin 25 mg + 1 ống pipolphen 50 mg (hoặc dimedrol 10 mg) + 1 ống dolargan 100 mg. Trộn lẫn, tiêm bắp, mỗi lần tiêm từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/ngày và không dùng kéo dài quá 1 tuần. Không dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

Thiopental: dùng khi đã dùng benzodiazepin liều tối đa. Pha 1-2 g vào 250-500 ml NaCl 0,9% hoặc glucose 5%. Truyền nhanh qua catheter tĩnh mạch trung tâm khi có cơn co giật, ngừng truyền ngay khi hết cơn co giật. Có thể truyền thiopental TM liên tục đến liều 3,75 mg/kg/giờ. Khi đã dùng thiopental phải cho người bệnh thở máy và nên mở khí quản. Thận trọng khi dùng quá 4 g thiopental/ngày.

Truyền propofol TM có thể kiểm soát được cơn co giật và co cứng cơ. Liều propofol có thể đến 6,4 mg/kg/giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng. Dùng kéo dài có nguy cơ nhiễm toan lactic, tăng triglyceride máu và rối loạn chức năng tụy.

Thuốc ức chế thần kinh cơ: chỉ định khi dùng thuốc an thần không đủ để kiểm soát cơn co giật, co cứng cơ. Pancuronium có thể làm rối loạn thần kinh thực vật nặng hơn do ức chế tái hấp thu catecholamine. Vecuronium ít gây các vấn đề

về thần kinh thực vật hơn. Có thể dùng pipercuronium 0,02 - 0,08 mg/kg/giờ truyền TM (giãn cơ mạnh, tác dụng kéo dài từ 1,5 - 3 giờ, ổn định về tim mạch).

*d. Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật*

Magnesium sulfate: liều khởi đầu 40 mg/kg trong 30 phút rồi duy trì 20 - 80 mg/kg/giờ truyền TM, duy trì nồng độ Mg trong máu từ 2 - 4 mmol/L.

Thuốc ức chế beta giao cảm: Labetalol liều 0,25 - 1,0 mg/phút thường được dùng, không nên dùng propranolol do nguy cơ đột tử.

Morphine sulfate được dùng để giảm đau và kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật, truyền TM liên tục liều có thể đến 0,5 - 1,0 mg/kg/giờ trong trường hợp để kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật.

Atropine và clonidine để điều chỉnh nhịp tim và huyết áp nhưng hiệu quả hạn chế.

Gây mê sâu: phối hợp liều cao midazolam, thiopental, propofol và fentanyl (truyền TM liên tục liều 0,7 - 10 µg/kg/giờ) hoặc sufentanil (thuộc họ morphin có tác dụng giảm đau gấp 10 - 50 lần fentanyl, truyền TM liên tục liều 0,9 - 1,6 µg/kg/giờ).

*e. Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác*

Hồi sức hô hấp.

Đảm bảo thông thoáng đường thở:

Hút đờm rãi, không ăn uống đường miệng để tránh sặc và co thắt thanh môn. Mở khí quản: bảo vệ đường thở, hút đờm rãi và thông khí nhân tạo. Chỉ định:

- + Những trường hợp có tiên lượng nặng nên chỉ định mở khí quản sớm.
- + Khi người bệnh có dấu hiệu chẹn ngực, co giật toàn thân khó kiểm soát với thuốc chống co giật, co thắt hầu họng - thanh quản.

+ Ứ đọng đờm rãi.

Thở oxy: khi SpO<sub>2</sub> < 92%.

Thở máy, chỉ định:

- + Giảm oxy máu với SpO<sub>2</sub> < 92% mặc dù đã thở oxy.
- + Người bệnh thở yếu không đảm bảo thông khí.
- + Người bệnh đang dùng liều cao các thuốc an thần, gây mê, giãn cơ hoặc ở người cao tuổi nên theo dõi sát để cho thở máy kịp thời.

Hồi sức tuần hoàn: đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng truyền dịch, dùng thuốc vận mạch và gây mê khi có rối loạn thần kinh thực vật gây huyết áp dao động.



Pyridoxin (vitamin B6): có tác dụng làm tăng tiết GABA, đối kháng gián tiếp với độc tố uốn ván (làm giảm tiết GABA), dùng 10 mg/kg/ngày uống 10 - 14 ngày, sơ sinh dùng 100 mg/ngày.

Dự phòng loét do sang chấn tâm lý (stress): bằng thuốc giảm tiết acid dịch vị.

Các điều trị khác: đảm bảo cân bằng nước và điện giải, dinh dưỡng nhu cầu năng lượng cao 70 kcal/kg/ngày, tránh táo bón (thuốc nhuận tràng). Người bệnh bí đái nên đặt thông tiểu sớm. Vệ sinh cơ thể và các hốc tự nhiên, thay đổi tư thế chống loét. Rửa, nhỏ thuốc tra mắt thường xuyên. Phòng huyết khối tĩnh mạch. Vật lý trị liệu bắt đầu sớm sau khi hết co giật. Dùng thêm thuốc làm mềm cơ.

## 5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

### 5.1. Tiến triển

Bệnh tiến triển qua các thời kỳ ủ bệnh, khởi phát, toàn phát và lui bệnh. Tùy theo mức độ nặng của bệnh mà thời gian diễn biến qua các thời kỳ khác nhau.

### 5.2. Biến chứng

#### a. Hô hấp

Co thắt hầu họng - thanh quản gây ngạt, ngừng thở, sặc, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.

Ứ đọng đờm dãi do tăng tiết, không nuốt được và phản xạ ho khạc yếu.

Suy hô hấp do cơn giật kéo dài, dùng thuốc an thần chống co giật liều cao, nhiều ngày.

#### b. Tim mạch

Nhịp tim nhanh, cơn nhịp nhanh do co giật, sốt cao, rối loạn thần kinh thực vật và suy hô hấp.

Trụy mạch, hạ huyết áp do rối loạn thần kinh thực vật, thiếu dịch và do tác dụng phụ của thuốc an thần. Huyết áp có thể dao động lúc cao lúc thấp do rối loạn thần kinh thực vật.

Ngừng tim đột ngột do suy hô hấp, rối loạn thần kinh thực vật, có thể do độc tố uốn ván.

c. Tiêu hóa: chướng bụng do giảm nhu động ruột, giảm hấp thu, táo bón. Loét và xuất huyết dạ dày do stress.

d. Nhiễm trùng: viêm phế quản, viêm phổi, nhiễm khuẩn vết mổ khí quản, viêm nơi tiêm truyền tĩnh mạch, nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, viêm xoang, ...

e. Rối loạn thăng bằng nước và điện giải

g. Suy thận: khi có suy thận thường tiên lượng người bệnh rất nặng, nguy cơ tử vong cao.

h. Biến chứng khác: suy dinh dưỡng, cứng khớp, loét vùng tỳ đè, suy giảm tri giác do thiếu oxy kéo dài, đứt lưỡi do cắn phải, gãy răng.

## 6. DỰ PHÒNG

### 6.1. Dự phòng chủ động sau khi bị uốn ván

Miễn dịch sau khi mắc bệnh uốn ván không bền vững nên phải tiêm vaccin uốn ván (Anatoxin tetanus - AT): tiêm 3 mũi, mũi thứ hai cách mũi thứ nhất 01 tháng, mũi thứ ba cách mũi thứ hai từ 6 tháng đến 1 năm. Sau đó cách 5 - 10 năm tiêm nhắc lại 1 mũi.

### 6.2. Dự phòng thụ động sau khi bị thương

Cắt lọc sạch vết thương, rửa oxy già và thuốc sát trùng, dùng kháng sinh penicillin hay erythromycin, nếu chưa được chủng ngừa hay chủng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uốn ván nên tiêm SAT 1500 đơn vị (1 - 2 ống tiêm bắp), tiêm vaccin uốn ván để có miễn dịch chủ động.

## BỆNH THỦY ĐẬU

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus *Herpes zoster* gây nên, lây từ người sang người qua đường hô hấp hoặc tiếp xúc gần. Thủy đậu xảy ra chủ yếu ở trẻ em, biểu hiện bằng sốt và phát ban dạng nốt phỏng, thường diễn biến lành tính. Ở người có suy giảm miễn dịch, phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh, thủy đậu có thể tiến triển nặng dẫn đến các biến chứng nội tạng như viêm phổi, viêm cơ tim và có thể dẫn tới tử vong.

Thủy đậu là bệnh dễ lây truyền; tỷ lệ lây nhiễm lên đến 90% ở những người chưa có miễn dịch. Bệnh thường xuất hiện thành dịch ở trẻ em lứa tuổi đi học.

### 2. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân gây thủy đậu là virus *Herpes zoster*, thuộc họ *Herpeviridae*. Virus thủy đậu lây truyền qua đường hô hấp. Nguồn lây lớn nhất là người bị thủy đậu; người bệnh có khả năng lây cho người khác khoảng 48 giờ trước khi

xuất hiện ban, trong giai đoạn phát ban (thường kéo dài 4-5 ngày), và cho đến khi ban đóng vảy.



### **3. CHẨN ĐOÁN**

#### **3.1. Lâm sàng**

Giai đoạn ủ bệnh dao động từ 10 đến 21 ngày, thường 14-17 ngày.

Giai đoạn tiền triệu thường kéo dài 1-2 ngày trước khi xuất hiện ban.

Người bệnh mệt mỏi, sốt từ 37,8°-39,4°C kéo dài 3 đến 5 ngày.

Ban trên da xuất hiện đầu tiên trên mặt và thân, nhanh chóng lan ra tất cả các vùng khác trên cơ thể.

Ban lúc đầu có dạng dát sần, tiến triển đến phỏng nước trong vòng vài giờ đến một vài ngày; phần lớn các nốt phỏng có kích thước nhỏ 5-10 mm, có vùng viền đỏ xung quanh. Các tổn thương da có dạng tròn hoặc bầu dục; vùng giữa vết phỏng dần trở nên lõm khi quá trình thoái triển của tổn thương bắt đầu.

Các nốt phỏng ban đầu có dịch trong, dạng giọt sương, sau đó dịch trở nên đục; nốt phỏng bị vỡ hoặc thoái triển, đóng vảy; vảy rụng sau 1 đến 2 tuần, để lại một sẹo lõm nông.

Ban xuất hiện từng đợt liên tiếp trong 2-4 ngày; trên mỗi vùng da có thể có mặt tất cả các giai đoạn của ban - dát sần, phỏng nước và vảy.

Tổn thương thủy đậu có thể gặp cả ở niêm mạc hầu họng và/hoặc âm đạo.

Số lượng và mức độ nặng của ban rất khác biệt giữa các người bệnh. Trẻ nhỏ thường có ít ban hơn so với trẻ lớn hơn; các ca bệnh thứ cấp và tam cấp trong gia đình thường có số lượng ban nhiều hơn.

Người suy giảm miễn dịch - cả trẻ em và người lớn, nhất là người bệnh ung thư máu - thường có nhiều tổn thương hơn, có xuất huyết ở nền nốt phỏng, tổn

thương lâu liền hơn so với người không suy giảm miễn dịch. Người suy giảm miễn dịch cũng có nguy cơ cao hơn bị các biến chứng nội tạng (xuất hiện ở 30-50% số ca bệnh); tỷ lệ tử vong có thể lên tới 15% khi không có điều trị kháng virus.

### 3.2. Cận lâm sàng

Công thức máu: bạch cầu bình thường, có thể giảm như trong các bệnh nhiễm virus khác.

Sinh hóa máu: có thể có tăng men gan.

### 3.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán thủy đậu chủ yếu dựa trên lâm sàng và không cần xét nghiệm khẳng định. Ban thủy đậu đặc trưng dạng phỏng nhiều lứa tuổi rải rác toàn thân ở người bệnh có tiền sử tiếp xúc với người bị thủy đậu là những gợi ý cho chẩn đoán.

Các xét nghiệm khẳng định thủy đậu không sẵn có trong lâm sàng và rất ít khi được sử dụng; bao gồm:

Xét nghiệm dịch nốt phỏng: Lam Tzanck tìm tế bào khổng lồ đa nhân, PCR xác định ADN của *Herpes zoster*, v.v...

Xét nghiệm huyết thanh học: xác định chuyển đảo huyết thanh hoặc tăng hiệu giá kháng thể với *Herpes zoster*, v.v...

### 3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt thủy đậu với một số bệnh có phát ban dạng phỏng nước như bệnh tay chân miệng liên quan tới *Enterovirus*, bệnh do *Herpes simplex*, viêm da mủ và một số bệnh khác.

Bệnh tay chân miệng do *Enterovirus* cũng có ban dạng phỏng nước, có cả ở niêm mạc (miệng, họng) như thủy đậu. Tuy nhiên ban trong tay chân miệng có dạng nhỏ hơn, phân bố tập trung ở tay chân và mông, có cả ở lòng bàn tay và bàn chân.

Ban do *Herpes simplex* thường tập trung ở các vùng da chuyển tiếp niêm mạc quanh các hốc tự nhiên, không phân bố ở toàn bộ cơ thể như thủy đậu.

## 4. ĐIỀU TRỊ

### 4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị thủy đậu ở người miễn dịch bình thường chủ yếu là điều trị hỗ trợ, bao gồm hạ nhiệt và chăm sóc tổn thương da. Điều trị kháng virus *Herpes* có tác dụng giảm mức độ nặng và thời gian bị bệnh, đặc biệt có chỉ định đối với những trường hợp suy giảm miễn dịch.

### 4.2. Điều trị kháng virus

Acyclovir uống 800 mg 5 lần/ngày trong 5-7 ngày; trẻ dưới 12 tuổi có thể dùng liều 20 mg/kg 6 giờ một lần. Điều trị có tác dụng tốt nhất khi bắt đầu sớm, trong vòng 24 giờ đầu sau khi phát ban.

Người bệnh suy giảm miễn dịch nặng, thủy đậu biến chứng viêm não: ưu tiên acyclovir tĩnh mạch, ít nhất trong giai đoạn đầu, liều 10-12,5 mg/kg, 8 giờ một lần, để làm giảm các biến chứng nội tạng. Thời gian điều trị là 7 ngày. Đối với người bệnh suy giảm miễn dịch nguy cơ thấp có thể chỉ cần điều trị bằng thuốc kháng virus uống.

#### **4.3. Điều trị hỗ trợ**

Điều trị hạ nhiệt bằng paracetamol; tránh dùng aspirin để ngăn ngừa hội chứng Reye. Điều trị kháng histamin nếu người bệnh ngứa tại nơi tổn thương da.

Chăm sóc các tổn thương da: làm ẩm tổn thương trên da hàng ngày, bôi thuốc chống ngứa tại chỗ, ngăn ngừa bội nhiễm vi khuẩn bằng thuốc sát khuẩn tại chỗ (như các thuốc chứa muối nhôm acetat).

Điều trị hỗ trợ hô hấp tích cực khi người bệnh bị viêm phổi do thủy đậu.

Điều trị kháng sinh khi người bệnh thủy đậu có biến chứng bội nhiễm tổn thương da hoặc bội nhiễm tại các cơ quan khác.

### **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

#### *a. Tiến triển*

Thủy đậu thường tiến triển lành tính ở trẻ em nên ít khi cần phải nhập viện. Khi được điều trị acyclovir, thời gian sốt của người bệnh sẽ ngắn hơn và lượng tổn thương trên da sẽ ít hơn và chóng liền hơn.

#### *b. Biến chứng*

Bội nhiễm vi khuẩn các nốt ban, thường liên quan đến tụ cầu vàng hoặc liên cầu gây mủ.

Biến chứng hệ thần kinh trung ương:

Rối loạn tiểu não và viêm màng não, thường gặp ở trẻ em, thường xuất hiện khoảng 21 ngày sau khi phát ban, hiếm khi xảy ra trước khi phát ban. Dịch não tủy có tăng protein và bạch cầu lympho.

Viêm não, viêm tủy cắt ngang, hội chứng Guillain-Barré, và hội chứng Reye.

Viêm phổi: là biến chứng nguy hiểm nhất của thủy đậu, thường gặp ở người lớn, đặc biệt là phụ nữ mang thai; thường bắt đầu 3-5 ngày sau khi bắt đầu phát ban, có thể dẫn đến suy hô hấp và ho ra máu. Phim X-quang phổi có tổn thương nốt và tổn thương kẽ.

Viêm cơ tim, tổn thương giác mạc, viêm thận, viêm khớp, tình trạng xuất huyết, viêm cầu thận cấp, và viêm gan.

Thủy đậu chu sinh xuất hiện khi mẹ bị bệnh trong vòng 5 ngày trước khi sinh hoặc trong vòng 48 giờ sau khi sinh, thường rất nặng và trẻ có nguy cơ tử vong cao (có thể lên tới 30%). Thủy đậu bẩm sinh với các biểu hiện thiếu sản chi, tổn thương sẹo trên da và não nhỏ khi sinh rất hiếm gặp.

## **6. DỰ PHÒNG**

### **6.1. Tiêm phòng vaccin**

Vaccin thủy đậu là vaccin sống giảm độc lực, được chỉ định cho tất cả trẻ em trên 1 tuổi (cho tới 12 tuổi) chưa mắc thủy đậu và người lớn chưa có kháng thể với *Herpes zoster*. Vaccin thủy đậu có tính an toàn và hiệu quả cao.

Trẻ em cần được tiêm một liều vaccin và người lớn được tiêm hai liều. Một số trường hợp có thể có thủy đậu sau tiêm phòng.

Không tiêm vaccin thủy đậu cho trẻ suy giảm miễn dịch nặng (trẻ nhiễm HIV có triệu chứng).

**6.2. Huyết thanh kháng thủy đậu** (*varicella-zoster immune globulin - VZIG*) được chỉ định cho những người có nguy cơ bị biến chứng nặng do thủy đậu trong vòng 72 giờ sau khi tiếp xúc với nguồn bệnh.

### **6.3. Dự phòng không đặc hiệu**

Tránh tiếp xúc người bệnh bị thủy đậu hoặc zona. Vệ sinh cá nhân.

## **BỆNH HIV/AIDS**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

**1. Định nghĩa :** HIV là tên viết tắt của cụm từ tiếng Anh: Human Immunodeficiency Virus (Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người). HIV có 2 type là HIV-1 và HIV-2.

AIDS là tên viết tắt của cụm từ tiếng Anh: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải). AIDS là một bệnh mạn tính do HIV gây ra.

HIV phá huỷ các tế bào của hệ miễn dịch, khiến cơ thể không còn khả năng chống lại các vi rút, vi khuẩn và nấm gây bệnh. Do đó bệnh nhân dễ bị một số loại ung thư và nhiễm trùng cơ hội mà bình thường có thể đề kháng được. Thuật ngữ AIDS được dùng để chỉ giai đoạn muộn hơn của bệnh.

Như vậy, thuật ngữ nhiễm HIV/AIDS được dùng để chỉ những giai đoạn khác nhau của cùng một bệnh.

## **2.Căn nguyên gây bệnh :**

### **2.1. Tác nhân gây bệnh :**

- Bệnh do vi rút gây phá huỷ các tế bào của hệ miễn dịch khiến cơ thể không còn khả năng chống lại các vi rút, vi khuẩn và nấm gây bệnh.
- HIV có thể tồn tại ở trong cơ thể bệnh nhân AIDS đã chết trong vòng 24 giờ.
- Nhiệt độ dưới 0°C, tia X, tia cực tím không giết được HIV.
- Tuy nhiên, khi ở ngoài cơ thể, dưới tác động của nhiệt độ và các chất sát trùng thông thường HIV bị tiêu diệt.

Ví dụ :+ HIV bị tiêu diệt sau 30 phút ngâm trong cồn 70°, dung dịch Cloramin 1%, nước Javen 1%...

+ Nếu bị đun sôi trong 20 phút (kể từ khi nước sôi) thì HIV sẽ bị chết.

### **2.2. Cách lây truyền :** HIV lây truyền thông qua 3 đường

- Quan hệ tình dục: có QHTD với người nhiễm HIV
- Đường máu: dùng chung các dụng cụ tiêm chích (đặc biệt đối với những người tiêm chích ma túy), xăm trổ qua da; có thể qua truyền máu (tại những nơi việc sàng lọc máu trước khi truyền không được tiến hành cẩn thận); có thể lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với máu của người nhiễm HIV...
- Từ mẹ sang con: em bé sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV có thể lây HIV từ mẹ trong quá trình mang thai, lúc sinh và khi mẹ cho con bú.

## **II. CHẨN ĐOÁN :**

### **1.Nhiễm HIV được phân thành 4 giai đoạn lâm sàng trên người lớn:**

#### **1.1. Giai đoạn 1 :**

- Không có triệu chứng
- Hạch toàn thân, to, dai dẳng
- Xét nghiệm CD4 >500TB/mm<sup>3</sup>

#### **1.2. Giai đoạn 2 :**

- Sụt cân < 10% cân nặng không rõ nguyên nhân.
- Nhiễm trùng hô hấp tái diễn (viêm xoang, viêm hầu họng, viêm Amidane, viêm tai giữa... )
- Zona (Herpes Zoster)
- Viêm khớp miệng, loét miệng tái diễn.
- Phát ban dát, sần ngứa.
- Viêm da bã nhờn.
- Nhiễm nấm móng.
- Xét nghiệm CD4 350 – 499 TB/mm<sup>3</sup>

#### **1.3. Giai đoạn 3 :**

- Sụt cân > 10% cân nặng không rõ nguyên nhân.
- Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài trên 1 tháng.
- Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng.
- Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn.

- Bạch sản lông ở miệng.
- Lao phổi.
- Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi, viêm màng phổi, viêm đa cơ mủ, nhiễm trùng xương khớp, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết).
- Viêm loét miệng hoại tử cấp, viêm lợi hoặc viêm quanh răng.
- Thiếu máu ( $Hb < 80g/L$ ), giảm bạch cầu trung tính và hoặc giảm tiểu cầu không rõ nguyên nhân.
- Xét nghiệm  $CD4\ 200 - 349TB/mm^3$

#### **1.4. Giai đoạn 4 :**

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân  $> 10\%$  trọng lượng cơ thể, tiêu chảy kéo dài  $> 1$  tháng, sốt kéo dài  $> 1$  tháng không rõ nguyên nhân).
- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* (PCP).
- Nhiễm Herpes simplex mạn tính (ở môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn kéo dài hơn 1 tháng).
- Nhiễm *Candida* thực quản (hoặc nhiễm *Candida* ở khí quản, phế quản, phổi).
- Lao ngoài phổi.
- Sarcoma Kaposi.
- Bệnh do Cytomegalovirus (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác.
- Bệnh do *Toxoplasma* ở hệ thần kinh trung ương.
- Bệnh lý não do HIV.
- Bệnh do *Cryptococcus* ngoài phổi bao gồm viêm màng não.
- Bệnh do *Mycobacteria avium complex* (MAC lan tỏa)...
- Xét nghiệm  $CD4 < 200\ TB/mm^3$

#### **2. Cận lâm sàng :**

##### **2.1. Xét nghiệm kháng thể :**

Là loại xét nghiệm được tiến hành phổ biến nhất, gián tiếp chỉ ra sự có mặt của HIV thông qua việc phát hiện kháng thể kháng HIV. Quy trình gồm sàng lọc ban đầu bằng xét nghiệm ELISA. Nếu kết quả (+), xét nghiệm ELISA được làm lại, nếu vẫn dương tính, kết quả được xác nhận bằng một phương pháp khác, thường là Western blot hoặc xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang .

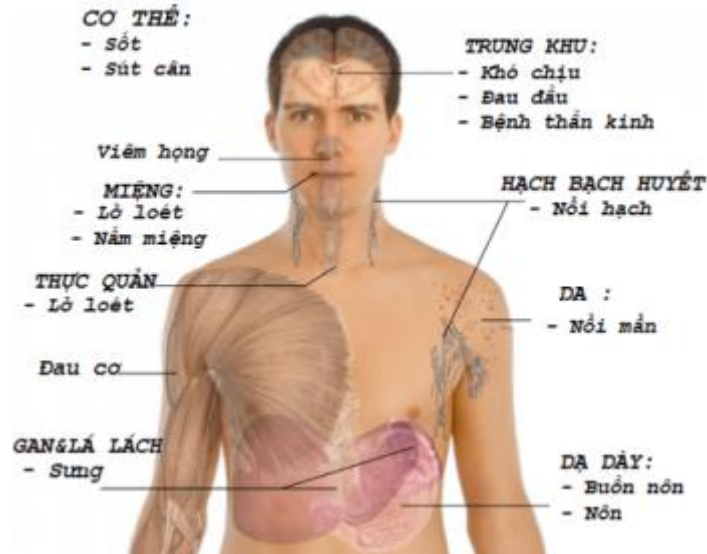
**2.2. Xét nghiệm trực tiếp:** Phát hiện chính bản thân HIV, bao gồm các xét nghiệm tìm kháng nguyên (kháng nguyên p24), nuôi cấy HIV, xét nghiệm acid nucleic của tế bào lympho máu ngoại vi, và phản ứng chuỗi polymerase.

**2.3. Các xét nghiệm máu hỗ trợ chẩn đoán và giúp đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch:** đếm tế bào T  $CD4+$  và  $CD8+$ , tốc độ máu lắng, đếm tế bào máu toàn phần, microglobulin beta huyết thanh, kháng nguyên p24...

**2.4. Các xét nghiệm phát hiện bệnh lây qua đường tình dục và nhiễm trùng cơ hội :** giang mai, viêm gan B, lao...



**Những triệu chứng chủ yếu  
khi nhiễm HIV**



**III. ĐIỀU TRỊ :**

**1. Điều trị bằng thuốc ARV cho người lớn:**

**1.1. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV cho người lớn:**

- Người nhiễm HIV có số lượng tế bào TCD4  $\leq 350$  tế bào/mm<sup>3</sup> không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng hoặc
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 3, 4 không phụ thuộc số lượng tế bào TCD4.

**1.2. Phác đồ điều trị bằng thuốc ARV**

**a. Phác đồ bậc 1 :**

**- Phác đồ chính:**

+ TDF + 3TC + EFV hoặc TDF + 3TC + NVP

+ Chỉ định: Sử dụng một trong hai phác đồ này cho tất cả các người bệnh bắt đầu điều trị ARV.

TDF (tenofovir): 300mg uống 01 lần/ngày.

3TC (lamivudin): 300mg uống 01 lần/ngày.

EFV (efaviren): 600mg uống 01 lần vào buổi tối.

NVP (nevirapin): 200mg uống 01 lần/ngày trong 02 tuần, sau đó uống 02 lần/ngày cách nhau 12 giờ.

**- Phác đồ thay thế**

+ AZT + 3TC + EFV hoặc AZT + 3TC + NVP

+ Chỉ định: Sử dụng một trong hai phác đồ này khi người bệnh có chống chỉ định với TDF.

AZT (zidovudine): 300mg uống 02 lần/ngày. Trước khi điều trị xét nghiệm Hemoglobin, xét nghiệm lại sau 01 tháng và 06 tháng/lần hoặc khi nghi ngờ thiếu máu.

Các thuốc 3TC, EFV, NVP cách uống giống như phác đồ chính.

**b. Phác đồ bậc 2:**

Người nhiễm HIV	Tình huống phác đồ bậc 1	Phác đồ bậc hai
-----------------	--------------------------	-----------------

Người trưởng thành và trẻ $\geq 10$ tuổi, phụ nữ mang thai và cho con bú	Sử dụng TDF trong phác đồ bậc 1	AZT + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r hoặc ATV/r
	Sử dụng AZT trong phác đồ bậc 1	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r hoặc ATV/r

– Các thuốc TDF, 3TC, NVP, EFV, AZT cách uống giống như phác đồ bậc 1.

– LPV/r (lopinavir/ritonavir): 400mg/100mg uống 02 lần/ngày cách nhau 12 giờ.

– ATV/r (atazanavir/ritonavir): 300mg/100mg uống 01 lần/ngày.

## 2. Phác đồ điều trị cho các đối tượng khác :

– Điều trị cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV và viêm gan B: Phác đồ điều trị ARV cho người bệnh đồng nhiễm HIV với viêm gan B: TDF + 3TC + EFV.

– Điều trị cho bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan C: giống như điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV không mắc viêm gan C.

– Điều trị cho người nghiện chích ma túy: lựa chọn phác đồ bậc 1 tương tự như các bệnh khác.

– Điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai :

Mẹ	Khi mang thai	AZT (Zidovudine) 300mg x 2lần/ngày, uống hàng ngày từ tuần thai thứ 14 hoặc ngay khi phát hiện nhiễm HIV sau tuần thai thứ 14 cho đến khi chuyển dạ NVP 200mg + AZT 300mg + 3 TC 150mg.
	Khi chuyển dạ	Sau đó 12 giờ một lần AZT 300mg + 3TC 150mg cho đến khi đẻ.
	Sau đẻ	AZT 300mg + 3TC 150 mg ngày 2 lần trong 7 ngày
Con	Ngay sau khi sinh	NVP liều đơn 6mg uống một lần ngay sau sinh + AZT 4mg/kg uống ngày 2 lần
	Sau sinh	Tiếp tục AZT 4mg /kg uống 2 lần một ngày trong 4 tuần

## IV. DỰ PHÒNG :

### 1. Phòng nhiễm HIV/AIDS lây qua đường tình dục:

– Sống lành mạnh, chung thủy một vợ một chồng.

– Trong trường hợp quan hệ tình dục với một đối tượng chưa rõ có bị nhiễm HIV không, cần phải thực hiện tình dục an toàn để bảo vệ cho bản thân bằng cách sử dụng bao cao su đúng cách.

### 2. Phòng nhiễm HIV/AIDS lây qua đường máu:

– Không dùng chung bơm kim tiêm.

– Chỉ truyền máu và các chế phẩm máu khi đã xét nghiệm HIV.

– Chỉ sử dụng bơm kim tiêm vô trùng.

– Sử dụng dụng cụ đã tiệt trùng khi phẫu thuật, xăm, xỏ lỗ, châm cứu...

- Tránh tiếp xúc trực tiếp với các dịch cơ thể của người nhiễm HIV.
- Dùng riêng đồ dùng cá nhân: dao cạo, bàn chải răng, bấm móng tay,...

### **3. Phòng nhiễm HIV/AIDS lây truyền từ mẹ sang con: 4 thành tố**

- Dự phòng sớm lây truyền HIV cho phụ nữ
- Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV
- Can thiệp cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai
- Các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho cặp mẹ và con sau sinh

## **BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

### **Định nghĩa:**

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm cấp tính, gây dịch do vi rút Dengue gây nên, bệnh lan truyền chủ yếu do muỗi Aedes aegypti.

### **I. Dịch tễ học bệnh dengue**

#### **1. Tình hình mắc bệnh**

Cũng theo TCYTTG (1998), trong vòng 10 năm gần đây, bệnh SD/SXHD trở nên trầm trọng, có trên 100 nước ở châu Phi, châu Mỹ, vùng Đông Địa Trung

Hải, các nước Đông Nam á và Tây Thái Bình Dương đều báo cáo có bệnh này. Trong vòng 9 năm từ 1990 đến 1998, số trường hợp trung bình hàng năm mắc SD/SXHD khoảng 514.139.000 người. Bệnh SD/SXHD trở thành một bệnh dịch lưu hành ở nước ta. Bệnh không chỉ xuất hiện ở đô thị mà cả vùng nông thôn, nơi có muỗi vector truyền bệnh.

Dịch lớn SD/SXHD bùng nổ theo chu kỳ khoảng 3-5 năm. Năm 1998, trên toàn quốc bùng nổ vụ dịch lớn, số mắc bệnh và tử vong cao (mắc: 234.920 người, tử vong 377) (số liệu của Viện VSDT).

Bệnh SD/SXHD ở Việt Nam phát triển theo mùa và cũng có sự khác biệt giữa các miền: miền Bắc: bệnh thường xảy ra nhiều từ tháng 7 đến tháng 9. Miền Nam và miền Trung, bệnh SD/SXHD xuất hiện quanh năm và tần số mắc bệnh nhiều nhất từ tháng 6 đến tháng 10. ở miền Nam, nơi có bệnh lưu hành cao nên lứa tuổi mắc bệnh phần lớn là trẻ em (95%).

Ở nước ta, đã phân lập được cả 4 típ virus Dengue gây bệnh. Vào những năm 1991-1995, típ gây bệnh chủ yếu là típ Den 1 và Den 2; năm 1997-1998 là típ Den 3. Từ 1999 đến nay, típ Den 4 gia tăng và có lẽ sẽ là típ gây bệnh chính trong những năm tới.

## **2. Tác nhân gây bệnh**

Virus Dengue truyền bệnh từ người bệnh sang người lành qua muỗi Aedes đốt. Virus là loại ARN virus, có 4 típ huyết thanh, có những kháng nguyên rất giống nhau, có thể gây phản ứng chéo 1 phần sau khi bị nhiễm 1 trong 4 típ và có những kháng nguyên đặc hiệu cho riêng từng típ. Virus có ở trong máu người bệnh trong thời gian bị sốt. Kháng nguyên virus Dengue được tìm thấy ở đại thực bào, phổi, lách, tuyến ức, tế bào Kuffer ở gan, tế bào monocyct ở máu ngoại biên.

## **3. Nguồn bệnh và đường lây truyền**

Người bệnh là ổ chứa virus chính. Gần đây người ta phát hiện ở Malaysia có loại khỉ hoang dại ở những khu rừng nhiệt đới có mang virus Dengue.

Người bệnh nhiễm virus Dengue bị muỗi Aedes đốt mang virus rồi truyền cho người lành. Khi bị bệnh, cơ thể sẽ xuất hiện kháng thể IgM kháng Dengue tạm thời kéo dài 8 tuần và khi phát hiện kháng thể này trong huyết thanh chứng tỏ bệnh nhân đang bị nhiễm virus Dengue cấp tính hoặc vừa mới khỏi bệnh.

## **II. LÂM SÀNG**

Các biểu hiện lâm sàng của nhiễm virus Dengue như: sốt Dengue, sốt xuất huyết Dengue, sốt đơn thuần (hội chứng nhiễm virus).

### **1. Sốt Dengue (Dengue cổ điển)**

- Nung bệnh: từ 3-15 ngày
- Khởi phát: những biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào lứa tuổi:
  - + Trẻ còn bú và trẻ nhỏ có thể có triệu chứng sốt không đặc hiệu và phát ban.
  - + Trẻ lớn và người lớn: sốt cao đột ngột kèm nhức đầu, đau rức 2 bên hố mắt, đau khắp người, đau cơ, đau khớp. Mệt mỏi, chán ăn.
- Toàn phát: sốt cao 39 – 40oC, kèm theo các triệu chứng:
  - + Xung huyết ở củng mạc mắt, đau rức quanh nhãn cầu.
  - + Đau cơ, đau khớp, mệt mỏi chán ăn.
  - + Sưng hạch bạch huyết.

- + Phát ban ở ngoài ra, ban dát sần hoặc ban kiểu sởi.
- + Đôi khi có xuất huyết ở da, niêm mạc. Rất hiếm xuất huyết nặng gây tử vong
- + Số lượng bạch cầu bình thường hoặc hơi hạ, tiểu cầu bình thường.
- + Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu).
- + Sốt thường trong vòng 2 đến 7 ngày. Tiên lượng tốt, không xảy ra sốc.

## **2. Sốt xuất huyết Dengue**

Lâm sàng sốt xuất huyết dengue không sốc:

– *Hội chứng nhiễm trùng*: sốt cao đột ngột, nhiệt độ 39-40°C, sốt kéo dài 2-7 ngày, sốt kèm các triệu chứng như: mệt mỏi, chán ăn, đau bụng ở thượng vị hoặc hạ sườn phải, đôi khi nôn, gan to: ở trẻ em hay gặp hơn người lớn, đôi khi da xung huyết hoặc có phát ban.

– *Hội chứng thần kinh*: đau người, đau cơ, đau khớp, nhức đầu, đau quanh hồ mắt; trẻ em nhỏ sốt cao, đôi khi co giật, hôn mê; không có biểu hiện màng não.

– *Hội chứng xuất huyết*: thường xuất hiện vào ngày thứ 2 của bệnh. Trường hợp không có xuất huyết thì có dấu hiệu dây thắt dương tính.

+ Các biểu hiện xuất huyết tự nhiên hoặc xuất huyết khi tiêm chích sẽ thấy bầm tím quanh nơi tiêm.

+ Xuất huyết ngoài da: biểu hiện như các chấm xuất huyết, vết bầm tím, rõ nhất là xuất huyết ở mặt trước 2 cẳng chân, mặt trong 2 cẳng tay, gan bàn tay, lòng bàn chân.

+ Xuất huyết ở niêm mạc: chảy máu cam, chảy máu chân răng, xuất huyết dưới màng tiếp hợp, đi tiểu ra máu, kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh nguyệt sớm hơn kỳ hạn.

+ Xuất huyết tiêu hóa: nôn ra máu, đi đại tiện ra máu. Khi có xuất huyết tiêu hóa nhiều, bệnh thường diễn biến nặng.

### **Sốt xuất huyết Dengue có sốc:**

Khi bị bệnh sốt xuất huyết Dengue cần theo dõi sốc là biến chứng nặng dễ đưa đến tử vong. Do đó phải thường xuyên theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, hematocrit, số lượng nước tiểu.

Sốc thường xảy ra vào ngày thứ 3 đến ngày thứ 6 của bệnh, nhiệt độ hạ xuống đột ngột, da lạnh, tím tái, bệnh nhân vật vã, li bì. Đau bụng cấp. Sốc xuất hiện nhanh chóng với mạch nhanh nhỏ khó bắt, da lạnh nhợt mờ hôi: huyết áp hạ, huyết áp tối đa dưới 90mmHg hoặc huyết áp kẹt (khoảng cách giữa tối đa và tối thiểu (20mmHg).

Nếu không xử trí kịp thời, sốc diễn biến rất nhanh với huyết áp tụt xuống nhanh và đôi khi không đo được mạch nhỏ khó bắt, bệnh nhân ở trạng thái lơ mơ, thờ ơ yếu.

Thời gian sốc thường ngắn và bệnh nhân có thể tử vong trong vòng 12 đến 24 giờ.

Không xử trí nhanh chóng thì sốc kéo dài sẽ gây toan chuyển hóa, giảm natri máu và xuất hiện đông máu nội quản rải rác gây xuất huyết trầm trọng ở tiêu hóa và các cơ quan khác. Bệnh nhân có thể xuất huyết não đưa đến hôn mê.

### **Tiến triển**

Thời kỳ hồi phục của sốt xuất huyết Dengue có sốc hoặc không sốc đều nhanh chóng: bệnh nhân ăn ngon miệng và thèm ăn là dấu hiệu tiên lượng tốt. Trong giai đoạn hồi phục có thể gặp tim đập chậm hoặc loạn nhịp xoang và khỏi trong vài ngày.

Phân loại mức độ nặng hoặc nhẹ của bệnh Dengue xuất huyết

Theo TCYTTG chia làm 4 độ:

### **Dengue xuất huyết không sốc**

– Độ I: Sốt kéo dài 2-7 ngày, kèm theo các dấu hiệu không đặc hiệu (rức đầu, đau người...). Dấu hiệu dây thắt dương tính.

– Độ II: Dấu hiệu như độ I kèm theo xuất huyết ngoài da, niêm mạc, phủ tạng.

### **Dengue xuất huyết có sốc**

– Độ III: có dấu hiệu suy tuần hoàn, huyết áp hạ hoặc kẹt, mạch nhanh yếu, da lạnh, người bứt rứt, vật vã.

– Độ IV: sốc sâu mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được, chân tay lạnh (HA=0).

### **Xét nghiệm**

– Tiểu cầu: giảm dưới 100.000/mm<sup>3</sup>, thường gặp vào ngày thứ 2 trở đi.

– Dung tích hồng cầu (hematocrit) tăng trên 20% (bình thường dung tích hồng cầu: 0,38-0,40). Khi dung tích hồng cầu tăng biểu hiện sự cô đặc máu và thoát huyết tương.

Với hai triệu chứng như sốt 2-7 ngày, có biểu hiện xuất huyết ở da, niêm mạc hoặc có dấu hiệu dây thắt dương tính, kèm theo hai dấu hiệu phi lâm sàng là hạ tiểu cầu Tăng tế bào huyết tương (plasmocyte).

– Giảm protein và natri trong máu,

– Transaminase huyết thanh tăng nhẹ.

– Trong sốc kéo dài sẽ có toan chuyển hóa.

– Bỏ thể (chủ yếu C3a, C5a) trong huyết thanh giảm.

Xét nghiệm về đông máu và tiêu fibrin nhận thấy: giảm fibrinogen, prothrombin, yếu tố VIII, yếu tố VII, yếu tố XII, antithrombin II và alpha-antiplasmin (yếu tố ức chế alpha-plasmin). Trong các trường hợp nặng nhận thấy có giảm prothrombin phụ thuộc vitamin K như các yếu tố V, VII, X. Khoảng 1/3 các trường hợp Dengue có sốc thì thời gian Prothrombin kéo dài và 1/2 số bệnh này có thời gian Thromboplastin bán phần kéo dài (Partial prothromboplastin time),

– Đôi khi trong nước tiểu có albumin nhưng nhẹ và nhất thời.

## **III. CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán xác định Dengue xuất huyết

### **1. Phân lập virus**

+ Virus Dengue có thể phân lập được từ các bệnh phẩm: huyết thanh, máu của bệnh nhân. Theo Gubler (1981) thì thời gian có nồng độ cao của virus trong máu từ ngày 1 – 6 của bệnh.

+ Khi bệnh nhân tử vong lấy các bệnh phẩm gan, lách, hạch, tuyến ức để phân lập virus.

Các bệnh phẩm được bảo quản thời gian ngắn (dưới 24 giờ) ở + 4oC. Nếu bảo quản lâu hơn phải để đông lạnh ở -70oC.

### **2. Huyết thanh chẩn đoán**

Có hai kiểu đáp ứng huyết thanh khi nhiễm virus Dengue cấp tính đó là đáp ứng tiên phát và đáp ứng thứ phát (primary and secondary responses).

Đáp ứng tiên phát xảy ra ở bệnh nhân chưa có miễn dịch với Flavivirus (nghĩa là chưa bao giờ bị nhiễm Flavivirus và chưa tiêm chủng vaccin có chứa loại flavivirus như vaccin sốt vàng 17D, hoặc vaccin viêm não Nhật Bản).

Theo TCYTTG (1986), đáp ứng huyết thanh thứ phát xảy ra những người bị nhiễm virus Dengue cấp mà trước đó đã bị nhiễm flavivirus.

Loại đáp ứng thứ phát có thể xảy ra do kết quả đáp ứng miễn dịch với các flavivirus khác (viêm não Nhật Bản, sốt vàng hoặc các tít huyết thanh khác nhau của virus Dengue: ví dụ nhiễm Dengue tít 2 ở những người trước đó đã mắc bệnh có miễn dịch với Dengue tít 1).

Một khi đã bị nhiễm với 1 tít của virus Dengue thì ít khi mắc lại với tít huyết thanh đó. Trong nhiễm trùng tiên phát thì đáp ứng kháng thể tăng chậm với mức độ tương đối thấp và có tính chất đặc hiệu cho từng tít. Đối với nhiễm trùng thứ phát, hiệu giá kháng thể tăng nhanh chóng với mức độ cao và có phản ứng với nhiều loại kháng nguyên của nhóm Flavivirus.

### **2.1. Phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu (Haemagglutination inhibition = HI) Được sử dụng rộng rãi ở nhiều nước:**

- Lấy mẫu huyết thanh lần 1 khi bệnh nhân vào viện.
- Lấy mẫu huyết thanh lần 2 sau 7 đến 10 ngày: khi bệnh nhân xuất viện.
- Nếu có thể được lấy máu để thử huyết thanh lần 3 vào ngày thứ 14 đến 21 kể từ khi mắc bệnh.

Lý tưởng nhất là lấy 3 mẫu máu để thử phản ứng và thử lần lượt với cả 4 tít kháng nguyên của virus Dengue, trong mỗi một phản ứng dùng 4 – 8 đơn vị ngưng kết hồng cầu nếu lấy lần 1 cách lần 2 từ 10 đến 14 ngày thì rất khó xác định nhiễm trùng tiên phát.

Tuy nhiên có thể thay bằng test đơn độc, sử dụng 1 kháng nguyên có đáp ứng rộng (thường là tít 1 hoặc tít 4), nhưng giảm tính nhạy cảm. Nếu mẫu huyết thanh kép không có kháng thể hoặc tăng kháng thể không cao, thì sau đó các mẫu này nên làm lại với tất cả 4 tít kháng nguyên Dengue.

### **2.2. Phản ứng cố định bổ thể**

Phản ứng này kém nhạy cảm hơn phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu hoặc phản ứng trung hòa. Hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần hiệu giá kháng thể lần 1 trong hai mẫu huyết thanh cách nhau 2 tuần, nếu tăng chứng tỏ có đáp ứng thứ phát.

### **2.3. Phản ứng trung hòa**

Trong nhiễm trùng tiên phát thì kháng thể trung hòa tương đối đặc hiệu đơn tít (monotype neutralizing antibodies) xuất hiện sớm ở giai đoạn đầu của thời kỳ hồi phục.

### **2.4. Tìm IgM và IgG kháng thể kháng virus Dengue**

Kháng thể IgM kháng Dengue tạo ra trong giai đoạn cấp. Nếu có IgM là đang bị nhiễm virus Dengue cấp tính hoặc vừa mới xảy ra. Kháng thể IgG kháng Dengue xuất hiện trong nhiễm trùng tiên phát và thứ phát, nhưng trong nhiễm trùng thứ phát hiệu giá rất cao so với nhiễm trùng tiên phát.

Xác định IgM, IgG kháng virus Dengue có lợi ích để phát hiện bệnh ở những trường hợp tản phát hoặc bệnh nặng có nguy cơ tử vong cao. Hiện nay đang sử dụng phản ứng MAC-ELISA để tìm kháng thể típ IgM kháng Dengue để chẩn đoán bệnh nhiễm virus Dengue cấp tính.

#### IV. PHÒNG BỆNH

Những nỗ lực để giám sát cần phải trực tiếp hướng tới để diệt muỗi và loại trừ những nơi muỗi sinh sản. Những biện pháp này rất quan trọng nhằm để loại trừ muỗi và những nơi muỗi sinh sản. Các biện pháp cần được tăng cường trước khi có sự chuyển mùa (trong và sau mùa mưa) và trong các vụ dịch...



##### 1- Phòng muỗi đốt:

- (a) Muỗi truyền virus Dengue đốt người vào ban ngày, cho nên phải tự bảo vệ để tránh muỗi đốt.
- (b) Mặc quần áo dài che kín tay chân.
- (c) Sử dụng thuốc diệt muỗi thận trọng khi sử dụng thuốc này đối với trẻ nhỏ và người già.
- (d) Dùng các dụng cụ bắt muỗi và diệt muỗi vào ban ngày.
- (e) Dùng màn để tránh muỗi cho trẻ em, người già và những người khác khi ngủ ban ngày. Tác dụng của màn tốt hơn khi tẩm Permethrin (chất diệt côn trùng pyrethroid), rèm (bằng vải hoặc bằng tre) cũng có thể được tẩm chất diệt côn trùng và treo tại cửa sổ hoặc cửa ra vào để xua muỗi và diệt muỗi.
- (f) Phá vỡ chu kỳ lây truyền muỗi người muỗi. Muỗi nhiễm virút khi chúng hút máu người bị bệnh. Màn chống muỗi và dụng cụ diệt muỗi sẽ giúp ngăn ngừa có hiệu quả để tránh muỗi đốt người và giúp ngăn chặn lây lan của virút Dengue. .



**2- Phòng muỗi sinh sản:** Muỗi truyền virút Dengue sống và sinh sản ở những nơi nước ứ đọng ở trong và xung quanh nhà.

- (a) Đổ nước thừa ở chỗ ứ nước, máy điều hoà, ở các bể, thùng nước, xô, chậu...
- (b) Bỏ tất cả các vật dụng mà chứa nước đọng (chẳng hạn như ở chậu cây cảnh . . .) ra khỏi nhà .
- (c) Luôn luôn đậy kín tất cả các vật dụng chứa nước.
- (d) Thu nhặt và loại bỏ những dụng cụ mà nước có thể đọng lại như : chai, lọ, túi nhựa, lon đồ hộp, lốp xe đạp,v.v.

# **BỆNH LÝ A-MÍP**

## **(Amoebiasis)**

**1. Đặc điểm của bệnh:** Bệnh lý a - míp là bệnh nhiễm trùng đường ruột. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng. Bệnh có thể ở dạng cấp tính, tối cấp, mạn tính. Vị trí tổn thương có thể ở ngoài ruột (áp xe gan, màng phổi...)

### **1.1. Định nghĩa ca bệnh:**

**1.1.1. Ca bệnh lâm sàng :** Hội chứng lý (đau bụng, cảm giác buốt hậu môn, phân có nhày và máu), không có sốt, trừ ở trẻ em.

## **2. BỆNH CẤP TÍNH**

Thể lý điển hình:

- Khởi phát thường đột ngột. Điều tra tiền sử thường thấy bệnh khởi phát khi có thay đổi chế độ ăn uống, thay đổi khí hậu, mất thăng bằng tạp khuẩn ruột (dùng kháng sinh phổ rộng...).
- Đau bụng: không có tính ổn định về vị trí hoặc về cường độ đau. Đôi khi đau dữ dội, đau quặn theo khung đại tràng, gây cảm giác phải đi đại tiện ngay.
- Cảm giác buốt hậu môn: thường kèm cảm giác đòi hỏi phải đi đại tiện, nhưng không đi được.
- Phân: số lượng phân không nhiều nhưng đi nhiều lần trong ngày (5-15 lần), gồm chất nhày và máu, đôi khi có một ít phân lỏng.
- Thể tạng bình thường trong một thời gian khá dài, không sốt trừ ở trẻ em. Nếu có sốt thì phải nghĩ đến áp xe gan.
- Vùng bụng nhạy cảm khi thăm khám, đặc biệt vùng manh tràng và kết tràng sigma thường hay co cứng và đau. Gan có thể tích bình thường và sờ không đau. Thăm khám hậu môn, trực tràng trống rỗng chỉ có chất nhày và máu.

## **3. BỆNH ÁC TÍNH**

- Hiếm, thường xảy ra trên những bệnh suy nhược, kém dinh dưỡng, kết hợp với một bệnh ký sinh trùng khác hoặc với một bệnh nhiễm khuẩn đường ruột như thương hàn, lỵ trực trùng hoặc tụ cầu trùng.
- Bệnh thể hiện bằng hội chứng lý kịch liệt: cơ thắt hậu môn mở rộng, phân có máu và nhày tự nhiên chảy ra ...
- Tiên lượng không tốt, người bệnh thường chết vì sốc, chảy máu ruột, di căn vào gan.

## **4. BỆNH MẠN TÍNH**

- Có biểu hiện của bệnh viêm đại tràng mãn tính: Đau bụng liên tục hoặc từng cơn, tiêu chảy, muốn đi đại tiện cấp thiết. No hơi, ăn không tiêu, suy nhược, biếng ăn, buồn nôn.
- Tiến triển dầy dụa và khó điều trị.

### **4.1. Ca bệnh xác định :**

- Xét nghiệm phân tươi thấy có a - míp ở thể hoạt động ăn hồng cầu
- Soi trực tràng gây đau, chỉ cần thiết khi soi phân âm tính. Niêm mạc trực tràng bị viêm rải rác, có những đốm loét hình miệng núi lửa, bao phủ một lớp nhày có chứa amíp ăn hồng cầu
- Xét nghiệm huyết thanh không cần thiết.

#### 4.2. Chẩn đoán phân biệt giữa bệnh lỵ amíp và bệnh lỵ trực trùng

Bệnh	Dịch tế học	Tiến triển	Triệu chứng lâm sàng	Biến chứng	Chẩn đoán
<b>Lỵ amíp</b>	Lẻ tế	Thành mạn tính	Không sốt (trừ trẻ em) Phân nhày máu 5-15 lần/ngày	Dễ xảy ra	Soi trực tiếp phân tươi
<b>Lỵ trực trùng</b>	Hàng loạt	Cấp tính	Có sốt Đi nhiều lần hơn, hội chứng nhiễm trùng nặng hơn, mất nước nhiều hơn	Không có	Cấy phân

#### 4.3. Xét nghiệm

- Loại mẫu bệnh phẩm: phân

- Phương pháp xét nghiệm: soi phân tươi tìm thể hoạt động di động

Nếu không xem ngay phải bảo quản mẫu bệnh phẩm trong dung dịch cố định (với dung dịch này thể hoạt động sẽ không di động)

Cho một lượng phân kích thước khoảng hạt đậu phộng vào lọ chứa 2 ml dung dịch cố định, đánh tan đều. Có thể lưu trữ trong điều kiện bình thường trong nhiều năm.

#### 5. ĐIỀU TRỊ

- Khởi đầu điều trị bằng Metronidazol hoặc Tinidazol

- Sau đó diệt bào nang bằng Iodoquinol, Paromomycin, hoặc Diloxanide furoate

Điều trị **nhễm amíp có triệu chứng tiêu hóa và ngoài ruột**, điều trị thông thường:

- Metronidazole: Người lớn: uống 500 - 750 mg x 3 lần/ngày. Trẻ em: 12 -17 mg/kg trong 7 đến 10 ngày.

Tinidazole uống 2 g ngày 1 lần ở người lớn( trẻ em > 3 tuổi uống 50 mg / kg [tối đa 2 g] một lần /ngày) trong 3 ngày khi triệu chứng tiêu hóa từ nhẹ đến trung bình, 5 ngày khi triệu chứng nặng, và 3-5 ngày cho áp xe gan amíp

- Không nên dùng Metronidazol và Tinidazol cho phụ nữ mang thai.

Phải kiêng rượu bia khi dùng thuốc vì tác dụng hiệp đồng của thuốc và rượu bia. Tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, tinidazol dung nạp tốt hơn metronidazol

Điều trị cho bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa bao gồm bù nước và điện giải và điều trị hỗ trợ khác.

Mặc dù metronidazole và tinidazole có thể có tác dụng với bào nang *E. histolytica*,

tuy nhiên không có hiệu quả diệt bào nang amíp. Do đó, thường sử dụng loại thuốc thứ 2 để diệt bào nang amíp trong ruột.

Phương pháp điều trị diệt bào nang amíp gồm

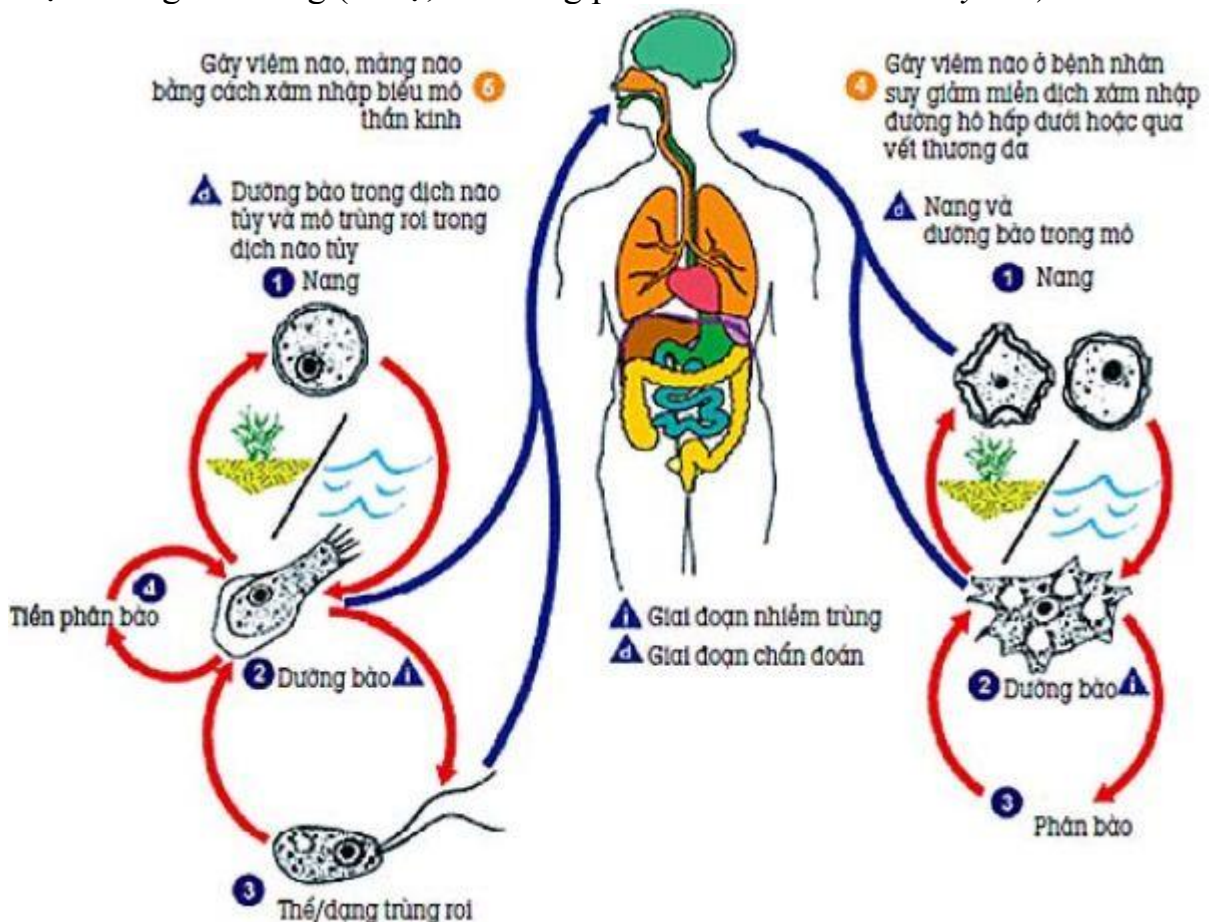
- Iodoquinol ở người lớn uống 650 mg x 3 lần/ngày sau bữa ăn, ở trẻ em (uống 10 đến 13 mg / kg [tối đa 2 g / ngày]) trong 20 ngày

- Paromomycin uống 8 đến 11 mg / kg x 3 lần/ngày ngay sau ăn trong 7 ngày
- Diloxanide furoate uống 500 mg / ngày x 3 lần/ngày ở người lớn (7 mg / kg / ngày ở trẻ em) trong 10 ngày

Diloxanide furoate không có sẵn ở Mỹ

**Người bệnh không có triệu chứng** nhiễm *E. histolytica* đã khỏi, nên điều trị diệt bào nang amip bằng paromomycin, iodoquinol hoặc diloxanide furoate (liều như trên) để tránh bệnh phát triển xâm lấn và lây lan những nơi khác trong cơ thể và cho người khác.

Không cần thiết phải điều trị nhiễm *E. dispar* hoặc là *E. moshkovskii*. Tuy nhiên, nếu không có xét nghiệm PCR phân biệt *E. histolytica* và căn nguyên amip không gây bệnh khác không có sẵn, quyết định điều trị phụ thuộc các triệu chứng lâm sàng (ví dụ, khả năng phơi nhiễm với *E. histolytica*).



## 6. Các biện pháp phòng, chống dịch

### 6.1. Biện pháp dự phòng

#### 6.2. Tuyên truyền giáo dục sức khỏe

- Cho cộng đồng về vệ sinh cá nhân (rửa tay sau khi đi tiêu và trước khi ăn), cảnh báo khi ăn thực phẩm không sạch, không chín, nước uống không tinh sạch.
- Cho nhóm nguy cơ cao về hành vi tình dục có thể làm lây nhiễm.

#### 7.1.2. Vệ sinh phòng bệnh:

- Bảo vệ nguồn nước công cộng. Bể lọc cát có thể loại hầu hết các bào nang. Việc clo hóa không đảm bảo diệt được bào nang. Các bể nước nhỏ ở các cảng tin có thể xử lý bằng dung dịch iode 2% (16 giọt cho 25 lít nước). Bình lọc nước

có lỗ lọc nhỏ hơn 1 mm cũng có hiệu quả.

- Điều trị cho người lành mang trùng kèm theo lời khuyên về vệ sinh cá nhân để tránh tái nhiễm.

- Giám sát việc thực hiện qui trình vệ sinh của những người chế biến và phục vụ ăn uống.

### **6.3. Biện pháp chống dịch**

- Tổ chức: Báo cáo theo qui định

- Chuyên môn:

+ Xử lý người bệnh: Đối với người bệnh nhập viện, cần quan tâm xử lý phân, quần áo, chăn màn của người bệnh.

+ Quản lý người mang trùng, người tiếp xúc: cấm có thời hạn việc hành nghề chế biến, phục vụ ăn uống, chăm sóc trực tiếp bệnh nhân đối với những người nhiễm a -míp. Chỉ cho phép hành nghề trở lại sau khi hoàn tất hóa trị liệu. Xét nghiệm phân người sống chung nhà với bệnh nhân và người tiếp xúc nghi nhiễm.

+ Dự phòng cho đối tượng nguy cơ cao: hiện nay chưa có vắc xin. Không khuyến cáo về dùng thuốc dự phòng.

+ Xử lý môi trường: xử lý phân hợp vệ sinh.

### **6.4. Nguyên tắc điều trị.**

- Người lành mang trùng: Idioquinol (650 mg x 3 lần/ngày x 20 ngày cho người lớn, 10-13 mg/kg x 3 lần/ngày x 20 ngày cho trẻ em).

- Người bệnh cấp tính nên được điều trị với Metronidazol (500-750 mg x 3 lần/ngày x 10 ngày cho người lớn, 15-17 mg/kg x 3 lần/ngày x 10 ngày cho trẻ em), sau đó sử dụng idioquinol với liều như trên. Đối với phụ nữ có thai không nên dùng Metronidazol. Có thể dùng Tinidazol (2 gam x 1 lần/ngày x 3 ngày cho người lớn, 50 mg/kg x 1 lần/ngày x 3 ngày cho trẻ em).

- Thể nặng điều trị như thể cấp tính nhưng dùng thêm Emetine (1 mg/kg/ngày x 10 ngày)

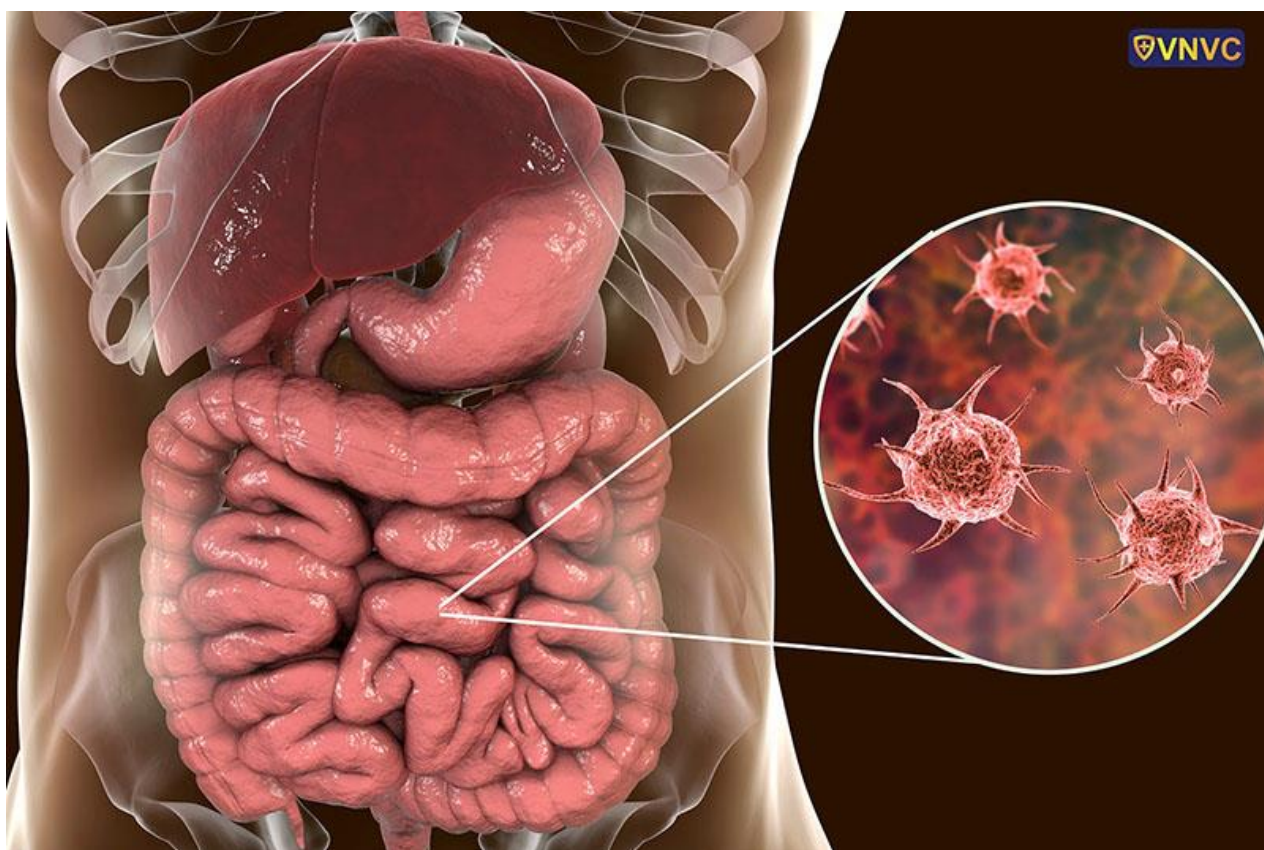
**6.5. Kiểm dịch y tế biên giới :** Ly do a - míp không nằm trong danh mục kiểm dịch y tế.

# BỆNH LỢ TRỰC KHUẨN

## I. ĐỊNH NGHĨA

Lỵ trực trùng là bệnh nhiễm khuẩn đường ruột cấp tính do trực khuẩn Shigella gây ra. Bệnh dễ phát thành dịch, diễn biến thường lành tính, ít có nguy cơ tử vong. Tổ chức Y tế thế giới (WHO) từng đưa ra cảnh báo về số trường hợp mắc lỵ trực trùng trên toàn thế giới. Theo đó, bệnh thường xuất hiện nhiều nhất ở các nước có khí hậu nhiệt đới và các nước kém phát triển. Trung bình hàng năm có khoảng 140 triệu người mắc, 600.000 người tử vong do bệnh lỵ trực trùng. Việt Nam là nước có tỷ lệ mắc bệnh cao với những chủng gây bệnh thường gặp nhất hiện nay là *S. flexneri* và *S. sonnei*.

“Bệnh lỵ trực trùng rất dễ gia tăng và bùng phát trong mùa hè, khi thời tiết nắng nóng, cùng với bão lũ, bệnh chủ yếu lây lan thông qua môi trường, ăn uống và tiếp xúc. Hiện tại vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng ngừa bệnh lỵ trực trùng, nên người dân cần chủ động phòng bệnh và đến ngay các cơ sở y tế để được theo dõi và điều trị khi xuất hiện các triệu chứng bệnh”.



*Trực khuẩn Shigella là nguyên nhân gây ra bệnh lỵ trực trùng*

## II. DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG LỊ TRỰC TRÙNG

Bệnh lỵ trực trùng thường có diễn biến bệnh nhanh và xuất hiện triệu chứng từ 1 đến 3 ngày sau khi trực khuẩn lỵ xâm nhập cơ thể. Ở một số trường hợp, các triệu chứng có thể xuất hiện lâu hơn, thậm chí không có dấu hiệu của bệnh lý. Thông thường, người bệnh lỵ trực trùng có những dấu hiệu rất dễ nhận biết như:

- Sốt với nhiệt độ dao động từ 37,5 đến 39 độ C;
- Đau co thắt theo từng cơn ở vùng bụng;
- Tiêu chảy nhiều nước;
- Buồn nôn hoặc nôn mửa;
- Đau cơ, mỏi cơ;
- Có máu hoặc chất nhầy trong phân.

Một số trường hợp không có triệu chứng sau khi trực khuẩn lỵ xâm nhập cơ thể, nhưng phân của họ vẫn có thể là nguồn lây cho đến vài tuần sau.



*Sốt, đau bụng, có máu hoặc chất nhầy trong phân là triệu chứng thường gặp của bệnh lỵ trực trùng*

### **III. Nguyên nhân gây lỵ trực trùng và những yếu tố nguy cơ**

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến bệnh lỵ trực trùng, trong đó có 3 yếu tố chính:

- Ô nhiễm nguồn nước: thời tiết bất thường vào mùa hè, nắng nóng gay gắt, cùng với nhiều đợt mưa bão lớn trên khắp cả nước khiến môi trường bị ô nhiễm nặng nề. Vô số các loại sinh vật từ đất, bụi, rác thải hòa vào dòng nước, tràn ra nhiều nơi. Những dòng nước bẩn này mang theo hàng tỷ trực khuẩn Shigella “trộn” vào các bể nước ăn, bể tắm, nhà cửa, khu vực công cộng... gây bệnh lỵ trực trùng cho con người.
- Tiếp xúc trực tiếp với trực khuẩn Shigella: nếu không sát khuẩn tay với xà phòng sau khi thay tã lót cho em bé bị nhiễm khuẩn Shigella, người chăm sóc bé có thể bị nhiễm bệnh lỵ trực khuẩn.
- Ăn thực phẩm bị nhiễm khuẩn: bệnh có thể lây truyền thông qua thực phẩm bị nhiễm khuẩn. Chẳng hạn như người chế biến thực phẩm mắc

bệnh lỵ trực trùng có thể truyền vi khuẩn cho những người ăn thực phẩm hoặc do khu chế biến thực phẩm ở gần nơi chứa nước thải bị ô nhiễm.

Bệnh lỵ trực trùng phần lớn xảy ra ở trẻ em trong độ tuổi từ 2 đến 4 tuổi, do hệ miễn dịch của trẻ còn non nớt và ý thức giữ gìn vệ sinh chưa tốt. Bệnh thường dễ lây lan nhất ở những khu vực đông người như các trường mầm non, trường tiểu học và các nơi giữ trẻ tư nhân không đảm bảo vệ sinh. Ngoài ra, nếu trong gia đình có trẻ bị lỵ trực trùng, những người thân đều có nguy cơ mắc bệnh cao. Ở những quốc gia kém phát triển, nơi không cung cấp đủ nước sạch, người dân thường bị lỵ trực trùng nặng và khó chữa.



*Côn trùng chính là tác nhân truyền bệnh lỵ trực trùng gián tiếp*

#### **IV. ĐƯỜNG LÂY**

Bệnh lỵ trực trùng chủ yếu lây qua đường phân – miệng, gián tiếp hay trực tiếp.

##### ***1. Bệnh lây trực tiếp từ người sang người qua đường ăn uống***

Các nghiên cứu cho thấy, người mang vi khuẩn là nguồn lây bệnh chính gồm: người mắc bệnh lỵ cấp tính, người có bệnh lỵ mạn tính và người lành mang vi khuẩn. Trong đó, bệnh nhân bị lỵ cấp tính là nguồn lây bệnh nguy hiểm nhất, vì trong thời gian bị bệnh, họ thải ra một khối lượng lớn vi khuẩn qua phân ra ngoài.

Người lành mang vi khuẩn gây bệnh là những người trước đây đã tiếp xúc với bệnh nhân, bàn tay họ đã bị nhiễm khuẩn, nhưng chưa phát thành bệnh, họ cũng là nguồn thải ra vi khuẩn và gây bệnh cho người khác.

##### ***2. Bệnh lỵ trực trùng lây gián tiếp qua đường tiêu hóa***



Ngoài lây truyền trực tiếp từ người sang người qua đường ăn uống, bệnh lỵ trực trùng có thể lây truyền gián tiếp qua đường tiêu hóa. Cụ thể, vi khuẩn lỵ nhiễm vào thức ăn, nước uống, khi người lành bị nhiễm bệnh khi ăn phải những thức ăn này. Ngoài ra, ruồi nhặng, gián, kiến, thạch sùng... được xem là những loài động vật trung gian lây truyền bệnh lỵ trực trùng. Quan hệ tình dục cũng có thể lây truyền bệnh do sự tiếp xúc trực tiếp hoặc không trực tiếp giữa miệng và hậu môn.

### **3. Các giai đoạn phát triển của bệnh lỵ trực trùng**

Khi nhiễm trực khuẩn Shigella thì thời gian ủ bệnh trung bình là từ 1-5 ngày và phát bệnh một cách đột ngột với 2 hội chứng: Nhiễm khuẩn và hội chứng lỵ.

- Hội chứng nhiễm khuẩn: Sốt cao 38-39 độ C, rét run, nhức đầu, mệt mỏi, đau lưng, đau khớp. Ở trẻ em có thể có cơn co giật, chán ăn, khát nước, đắng miệng, buồn nôn hoặc nôn.
- Hội chứng lỵ gồm: Đau bụng, ban đầu đau âm ỉ quanh rốn, sau đau lan ra khắp bụng, cuối cùng là những cơn đau quặn bụng ở hố chậu trái. Các cơn đau quặn bụng làm người bệnh mót rặn muốn đi đại tiện ngay.

Đến giai đoạn toàn phát, người bệnh sẽ đi đại tiện nhiều hơn, lúc đầu phân sệt, sau loãng, rất hôi, lẫn với chất nhầy và máu. Phân nhầy nhiều, thường đục nhờ nhờ, có khi phân vàng đục như mù, máu sẫm như máu cá, nhầy và máu hoà loãng với nhau không có độ bám dính. Hội chứng lỵ trực trùng có thể diễn ra từ 5-10 ngày hoặc hơn. Người mắc lỵ trực trùng nếu được điều trị đúng sẽ khỏi bệnh sau 7 – 14 ngày. Không điều trị hoặc điều trị không đúng, bệnh chuyển nặng hoặc trở thành mạn tính.

Trường hợp bệnh chuyển nặng thường xảy ra ở trẻ em, người trên 65 tuổi, người suy giảm miễn dịch hoặc mắc sẵn các bệnh nền mạn tính. Biểu hiện của bệnh thường sốt cao 39 – 40 độ C, đau đầu liên tục, rất mệt mỏi, nét mặt phờ phạc. Người bệnh có cảm giác lơ mơ, có khi lú lẫn, thậm chí hôn mê, rối loạn nước điện giải, suy tuần hoàn... Nếu điều trị kịp thời, bệnh nhân sẽ khỏi nhưng thời gian điều trị thường kéo dài và các biến chứng có thể xảy ra bất cứ lúc nào. Ngoài ra, khả năng bệnh để lại di chứng là vô cùng cao. Nếu không điều trị, hoặc điều trị không đúng người bệnh sẽ tử vong.

### **V. CHẨN ĐOÁN, XÉT NGHIỆM**

Tiêu chảy hay tiêu chảy phân nhầy máu có thể là triệu chứng của nhiều bệnh lý khác nhau. Do đó để xác định chính xác bản thân có mắc bệnh lỵ trực trùng hay không, người bệnh cần đến các cơ sở y tế để được chẩn đoán, theo dõi và điều trị.

Thông thường, phương pháp chẩn đoán bệnh lỵ trực trùng thường là lấy mẫu phân hoặc phết trực tràng để tiến hành xét nghiệm cấy phân, nuôi cấy định danh vi khuẩn và ngưng kết kháng huyết thanh. Nếu sử dụng phương pháp phết trực tràng, mẫu vật cần được giữ trong môi trường chuyên chở Cary Blair trong quá trình vận chuyển đến phòng xét nghiệm.

Ngoài ra, một số phương pháp khác thường được dùng để chẩn đoán bệnh lý trực trùng là: soi trực tràng, huyết thanh chẩn đoán, phương pháp miễn dịch huỳnh quang trực tiếp và xét nghiệm công thức máu.

\* Hầu hết những trường hợp mắc bệnh lý trực trùng có diễn biến lành tính và khỏi trong vòng 1 tuần. Tuy nhiên, không phải vì thế mà người bệnh chủ quan không điều trị hoặc tự ý sử dụng thuốc, mà phải đến các cơ sở y tế để được các bác sĩ theo dõi và điều trị.

Đối với Trẻ em và người cao tuổi, các bác sĩ sẽ hỗ trợ bằng cách cho uống dung dịch Oresol bổ sung để “bù nước” khi bị tiêu chảy. Ngoài ra, các bác sĩ cũng có thể chỉ định bệnh nhân sử dụng thuốc kháng sinh để rút ngắn thời gian mắc bệnh và ngăn ngừa bệnh lây lan cho người khác. Một số loại thuốc kháng sinh thường được sử dụng để điều trị bệnh lý trực trùng có thể kể đến như Ampicilline, Trimethoprim- sulfamethoxazole. Người bệnh cần đặc biệt lưu ý không được tự ý dùng thuốc cầm tiêu chảy, phần lớn thuốc này có thể làm cho lý trực trùng nặng hơn.

Sau một tuần nếu bệnh không có dấu hiệu thuyên giảm, có triệu chứng chuột rút, hoặc trước khi bị bệnh bạn đã đi du lịch ở một nơi nào đó đang có dịch bệnh bùng phát. Lúc này hãy quay lại trung tâm y tế hoặc bệnh viện để được điều trị kịp thời, tránh biến chứng đáng tiếc xảy ra.

#### **VI. Biến chứng của bệnh lý trực trùng**

Tuy hầu hết những trường hợp mắc bệnh lý trực trùng có diễn biến lành tính, nhưng hàng năm vẫn có rất nhiều trường hợp trên thế giới mất mạng bởi những biến chứng nguy hiểm của bệnh như:

- Tại ruột: Gây chảy máu, hoại tử ruột, viêm phúc mạc, lồng ruột, sa trực tràng.
- Toàn thân: Gây co giật do sốt cao, nhiễm độc thần kinh, trụy tim mạch, viêm tắc động tĩnh mạch.
- Bội nhiễm: Viêm túi mật, viêm đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, nhiễm nấm candida ruột.
- Hội chứng tan máu, giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu, suy thận. Bệnh nhân thường có nguy cơ thể vong.
- Sốc nhiễm khuẩn, nhiễm độc, người bệnh thường tử vong sau 24-48 giờ
- Người bệnh cũng có thể chết do hôn mê sâu
- Rối loạn và suy sụp chức năng đa phủ tạng

#### **VII. Phòng chống lý trực trùng như thế nào?**

Lý trực trùng là căn bệnh truyền nhiễm hoàn toàn có thể phòng ngừa được, nếu như người dân chủ động thực hiện các biện pháp sau:

- Thực hiện nghiêm túc việc vệ sinh ăn uống, nên ăn chín, uống sôi.
- Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn uống, sau khi đi vệ sinh.
- Sử dụng nước sạch, giữ gìn vệ sinh nguồn nước công cộng.

- Sử dụng nhà vệ sinh phù hợp, không phóng uế bừa bãi, xử lý phân, tuyệt đối không dùng phân tươi bón rau.
- Khi có dấu hiệu nhiễm bệnh cần đến ngay cơ sở y tế để được khám và điều trị kịp thời.

Trường hợp trong gia đình có người mắc bệnh ly trực trùng, bạn nên:

- Khử khuẩn các chất thải bằng vôi sống 20%, nước vôi 10%.
- Triệt khuẩn các vật dụng, quần áo của bệnh nhân bằng cách đun nước sôi ngâm quần áo, hoặc dùng dung dịch cloramin 2% để ngâm quần áo bệnh nhân.
- Người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân cần được theo dõi 7 ngày. Rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn uống, sau khi đi vệ sinh, sau khi tiếp xúc chăm sóc bệnh nhân.

Ly trực trùng là căn bệnh rất dễ lây và bùng phát thành dịch, với tỷ lệ tử vong cao ở trẻ em, do đó, người dân cần nâng cao ý thức phòng chống bệnh, không tự ý sử dụng thuốc mà hãy đến các cơ sở y tế để được các bác sĩ thăm khám và điều trị.

Ngoài ra, người dân cần thực hiện chủ động phòng tránh bệnh bằng cách tiêm chủng sớm, đủ mũi, đúng lịch để được bảo vệ khỏi các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm khác.

## BỆNH QUAI BỊ

### I. Nguyên nhân gây bệnh quai bị

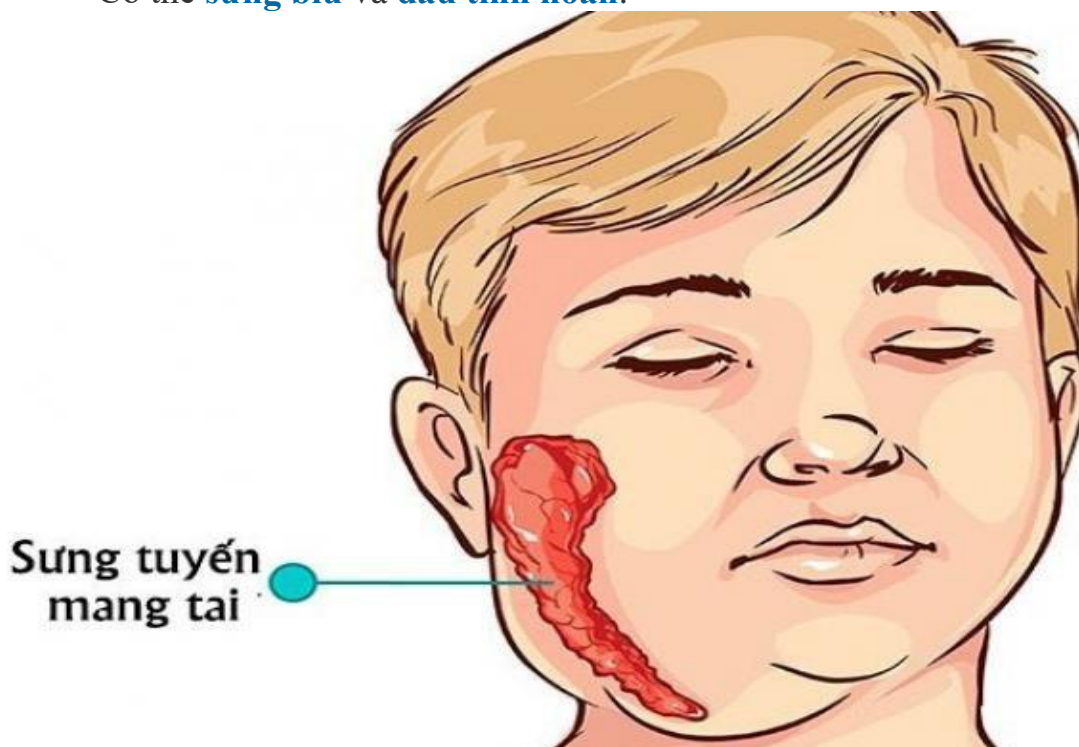
**Quai bị** là một **bệnh truyền nhiễm** cấp tính gây ra bởi virus quai bị (Mumps virus), thuộc họ Paramyxoviridae. Virus có thể tồn tại khá lâu ở bên ngoài cơ thể: khoảng từ 30 – 60 ngày ở nhiệt độ 15 - 200C và bị tiêu diệt nhanh chóng ở nhiệt độ trên 560C hoặc dưới tác động của các hóa chất diệt khuẩn.

**Bệnh quai bị** lây theo đường hô hấp và thường dễ lây nhất vào 2 ngày trước khi xuất hiện triệu chứng hay 6 ngày sau khi các triệu chứng biến mất. Bệnh lây từ người bệnh qua người lành thông qua nước bọt hoặc dịch tiết mũi họng chứa virus khi người bệnh hắt hơi, ho, nói chuyện, khạc nhổ...

### II. Triệu chứng bệnh quai bị

Các triệu chứng phổ biến của bệnh quai bị bao gồm:

- Sốt cao đột ngột;
- Chán ăn;
- Đau đầu;
- Sau khi sốt 1-3 ngày, tuyến nước bọt đau nhức, sưng to, có thể sưng ở một hoặc cả hai bên, khiến khuôn mặt bệnh nhân bị biến dạng, khó nhai, khó nuốt. Đây là dấu hiệu đặc trưng của bệnh quai bị;
- Buồn nôn, nôn;
- Đau cơ, nhức mỏi toàn thân;
- Mệt mỏi;
- Có thể **sưng bìu** và **đau tinh hoàn**.



### III. Biến chứng của bệnh quai bị

Bệnh quai bị nếu không được điều trị đúng cách sẽ dẫn đến những biến chứng nguy hiểm. **Một số biến chứng của quai bị gồm:**

- **Viêm tinh hoàn** và đáng lo nhất chính là **teo tinh hoàn**, có thể dẫn đến **vô sinh**. Tuy nhiên tỷ lệ teo tinh hoàn do quai bị khá thấp, chỉ khoảng 0,5%
- **Viêm buồng trứng**: người bệnh sẽ có dấu hiệu đau bụng, **rong kinh**. Đặc biệt, phụ nữ mang thai mắc quai bị trong 3 tháng đầu có thể bị **sảy thai** hoặc **thai chết lưu**.
- Nhồi máu phổi: nguyên nhân do huyết khối từ tĩnh mạch tuyến tiền liệt
- **Viêm tụy cấp tính**
- **Viêm cơ tim**
- Viêm não, **viêm màng não**

Người lớn mắc bệnh quai bị thường tiến triển nặng và để lại các biến chứng nguy hiểm hơn so với trẻ em. Mặc dù các biến chứng trên xảy ra với tỷ lệ khá thấp nhưng lại rất nguy hiểm, không chỉ ảnh hưởng tới khả năng sinh sản mà còn có thể đe dọa đến tính mạng của người bệnh.

### IV. Biện pháp dự phòng và điều trị quai bị

#### 1. Điều trị quai bị

Hiện nay, bệnh quai bị chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chủ yếu vẫn là điều trị hỗ trợ, chăm sóc người bệnh và phòng ngừa các biến chứng của bệnh:

- Khi có dấu hiệu đau ở vùng mang tai, nên đi khám bác sĩ để chẩn đoán chính xác bệnh, vì **viêm tuyến nước bọt** không nhất thiết do virus quai bị mà có thể do các virus hoặc vi khuẩn khác gây ra

- Dùng các thuốc hạ sốt, giảm đau để giảm nhẹ các triệu chứng
- Uống nhiều nước để bù nước và chất điện giải, tốt nhất nên **uống Oresol**
- Có thể chườm mát để tuyến nước bọt bớt sưng, đau.
- Hạn chế các loại thực phẩm cứng, các thức ăn nhiều gia vị, cay nóng hoặc có tính acid. Chọn các thức ăn mềm, dễ nhai, dễ nuốt như cháo, súp
- Chỉ dùng **thuốc kháng sinh** khi nghi ngờ bội nhiễm và phải tuân thủ theo chỉ định của bác sĩ

- Người bệnh cần nghỉ ngơi thoải mái và không nên tiếp xúc với các đối tượng có nguy cơ lây nhiễm cao như trẻ em, thanh thiếu niên

- Nếu bệnh nhân nam có dấu hiệu viêm tinh hoàn hoặc bệnh nhân nữ bị viêm buồng trứng, nên vào bệnh viện ngay để được theo dõi chặt chẽ, tránh để lại những di chứng đáng tiếc.

#### 2. Biện pháp dự phòng quai bị

- Vệ sinh cá nhân thường xuyên, súc họng bằng nước muối hoặc các dung dịch kháng khuẩn khác
- Giữ môi trường sống sạch sẽ, thông thoáng, thường xuyên vệ sinh các đồ chơi, vật dụng của trẻ
- Tránh cho trẻ tiếp xúc với người bệnh
- Cho trẻ đeo khẩu trang khi đến nơi đông người, có nguy cơ lây bệnh cao như bệnh viện

- Biện pháp phòng bệnh hiệu quả nhất **tiêm vắc xin sởi quai bị rubella** hoặc vắc-xin quai bị. Vắc xin quai bị đang được sử dụng hiện nay là vắc xin vi khuẩn sống, nhưng đã được làm giảm độc lực để không còn khả năng gây bệnh. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và nhiều cơ quan y khoa ở các nước phát triển đều khuyến cáo đưa vắc xin quai bị vào trong chương trình tiêm chủng để phòng chống bệnh. Hiện nay, vắc xin quai bị thường được phối hợp với vắc xin sởi, rubella trong cùng 1 chế phẩm (MMR) để giảm số lần tiêm và đơn giản hóa quy trình tiêm phòng. Không chỉ trẻ em, mà ngay cả người lớn đặc biệt là phụ nữ có kế hoạch mang thai đều nên tiêm phòng quai bị.
- Người lớn: tiêm một liều duy nhất 0.5ml trên bắp tay
- Trẻ em: mũi thứ nhất tiêm khi trẻ được 12 -18 tháng tuổi, mũi thứ 2 tiêm khi trẻ khoảng từ 3-5 tuổi hoặc trước khi trẻ đi học, 2 mũi nên được tiêm cách nhau tối thiểu 1 tháng. Có thể tiêm vắc xin quai bị cho trẻ ở bất kỳ độ tuổi nào nên cha mẹ đừng lo lắng nếu đã bỏ lỡ mất các mốc thời điểm trên.
- **Phụ nữ chuẩn bị mang thai** cần xét nghiệm trước khi tiêm phòng vắc xin quai bị. Trong vòng 1 tháng sau khi tiêm vắc xin cần tránh mang thai. Đối với phụ nữ đang mang thai hoặc đang cho con bú cần hỏi ý kiến bác sĩ trước khi tiêm phòng vắc xin quai bị-sởi-rubella.

# BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus gây nên, bệnh thường gặp ở trẻ em (trên 90%). Bệnh có thể bị rải rác hoặc bùng phát thành các vụ dịch nhỏ vào mùa hè ở những nơi đông dân cư, điều kiện vệ sinh kém. Biểu hiện của bệnh là những mụn nước, bóng nước ở tay, chân và miệng.



## II. NGUYÊN NHÂN

Bệnh do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71).

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 là do virus đường ruột gây ra.

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 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 là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

### III. TRIỆU CHỨNG

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.

- 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 để lại vết thâm.

- 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. 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 co giật dẫn đến tử vong trong vòng 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.

#### \* Phân độ lâm sàng :

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

**Độ 2:** Biến chứng thần kinh hoặc tim mạch mức độ trung bình

Rung giật cơ: Kèm theo 1 trong các dấu hiệu sau:

- Đi loạng choạng

.- Ngủ gà.

- Yếu liệt chi.

- Mạch nhanh >150 lần/phút (khi trẻ nằm yên và không sốt).

- Sốt cao  $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$  (nhiệt độ hậu môn).

**Độ 3:** Biến chứng nặng về thần kinh, hô hấp, tim mạch.

- Co giật, hôn mê (Glasgow < 10 điểm).

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực,  $\text{SpO}_2 < 92\%$  (không oxy hỗ trợ).

- Mạch nhanh >170 lần/phút hoặc tăng huyết áp.



#### **Độ 4:** Biến chứng rất nặng, khó hồi phục

- Phù phổi cấp.
- Sốc, trụy mạch.
- SpO<sub>2</sub> < 92% với oxy qua gọng mũi 6 lít/phút.
- Ngừng thở

#### **IV. 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.

#### **\* Điều trị cụ thể :**

##### **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 hoặc lau mát.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích
- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 5-10 ngày đầu của bệnh
- Dấu hiệu nặng cần tái khám ngay :

- + Sốt cao  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .
- + Thở nhanh, khó thở.
- + Rung giật cơ, chơi với, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ.
- + Co giật, hôn mê.
- + Yếu liệt chi
- + Da nổi vân tím.

##### **Chỉ định nhập viện:**

- + Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp (từ độ 2).
- + Sốt cao  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .
- + Nôn nhiều
- + Nhà xa: không có khả năng theo dõi, tái khám.

##### **Độ 2:** Điều trị nội trú tại bệnh viện huyện hoặc tỉnh

##### **Độ 3:** Điều trị nội trú tại bệnh viện tỉnh hoặc bệnh viện huyện nếu đủ điều kiện.

##### **Độ 4:** Điều trị nội trú tại bệnh viện trung ương, hoặc bệnh viện tỉnh, huyện nếu đủ điều kiện.

#### **V. PHÒNG BỆNH**

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- Áp dụng các biện pháp phòng bệnh đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

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%.
- Xử lý chất thải theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

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%.
  - Cách ly trẻ bệnh tại nhà.
- Không đến nhà trẻ, trường học trong tuần đầu tiên của bệnh

# BỆNH SỞI

## I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do virus, gặp ở trẻ nhỏ, rất lây và thường lành tính, có sốt, ho, viêm kết mạc và nổi ban rồi ngoại ban toàn thân.

## II. DỊCH TỄ HỌC :

Bệnh sởi có ở mọi nơi trên thế giới, nhất là ở trẻ con từ 2 đến 10 tuổi. Bệnh thành dịch ở các vùng thành thị; tản phát hay thành dịch ở nông thôn. Bệnh sởi là bệnh lành tính ở các nước công nghiệp. Tại Pháp, mỗi năm có 300.000 trường hợp, chỉ có 20 trường hợp tử vong. Bệnh nặng ở trẻ bị suy dinh dưỡng và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ em ở các nước đang phát triển; là nguyên nhân gây chết 2 triệu trẻ mỗi năm ở các nước này (theo Tổ chức Y tế Thế giới).

## III. NGUYÊN NHÂN

Virus sởi (morbillivirus) thuộc nhóm myxovirus. Bệnh rất lây; gây miễn dịch vĩnh viễn nên hay gặp ở trẻ và hiếm gặp ở người lớn. Miễn dịch được truyền từ mẹ sang con và tồn tại cho đến tháng thứ 5. Lây theo các giọt nước mũi, nước bọt của bệnh nhân từ lúc trước khi có triệu chứng cho đến 5 ngày sau khi có nổi ban. Virus vào hệ bạch huyết và phát triển ở đó.



## IV. CHẨN ĐOÁN

### 1. Lâm sàng

#### 1.1. Thể điển hình

- Giai đoạn ủ bệnh: 7-21 ngày (trung bình 10 ngày).
- Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm long): 2-4 ngày. Người bệnh sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc, đôi khi có viêm thanh quản cấp, có thể thấy hạt Koplik là các hạt nhỏ có kích thước 0,5-1 mm màu trắng/xám có quầng ban đỏ nổi gồ lên trên bề mặt niêm mạc má (phía trong miệng, ngang răng hàm trên).
- Giai đoạn toàn phát: Kéo dài 2-5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3-4 ngày người bệnh bắt đầu phát ban, ban hồng dát sần, khi căng da thì ban biến mất, xuất hiện

từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần.

- Giai đoạn hồi phục: Ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm vằn da hổ và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1-2 tuần sau khi hết ban.

## **1.2. Thể không điển hình**

- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh mà không biết.

- Người bệnh cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

## **2. Cận lâm sàng**

### **2.1. Xét nghiệm cơ bản**

- Công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho và có thể giảm tiểu cầu.

- Xquang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.

### **2.2. Xét nghiệm phát hiện vi rút sởi.**

- Xét nghiệm huyết thanh học: Lấy máu kể từ ngày thứ 3 sau khi phát ban tìm kháng thể IgM.

- Phản ứng khuếch đại gen (RT-PCR), phân lập vi rút từ máu, dịch mũi họng giai đoạn sớm nếu có điều kiện.

## **3. Chẩn đoán xác định**

- Yếu tố dịch tễ: Có tiếp xúc với BN sởi, có nhiều người mắc bệnh sởi cùng lúc trong gia đình hoặc trên địa bàn dân cư.

- Lâm sàng: Sốt, ho, viêm long (đường hô hấp, kết mạc mắt, tiêu hóa), hạt Koplik và phát ban đặc trưng của bệnh sởi.

- Xét nghiệm phát hiện có kháng thể IgM đối với vi rút sởi.

## **4. Chẩn đoán phân biệt**

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh có phát ban dạng sởi:

- Rubella: Phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long và thường có hạch cổ.

- Nhiễm enterovirus: Phát ban không có trình tự, thường nốt phỏng, hay kèm rối loạn tiêu hóa.

- Bệnh Kawasaki: Sốt cao khó hạ, môi lưỡi đỏ, hạch cổ, phát ban không theo thứ tự.

- Phát ban do các vi rút khác.

- Ban dị ứng: Kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.

## **5. Biến chứng.**

Bệnh sởi nặng hoặc các biến chứng của sởi có thể gây ra do vi rút sởi, do bội nhiễm sau sởi thường xảy ra ở: trẻ suy dinh dưỡng, đặc biệt trẻ thiếu vitamin A, trẻ bị suy giảm miễn dịch do HIV hoặc các bệnh khác, phụ nữ có thai. Hầu hết trẻ bị sởi tử vong do các biến chứng.

- Do vi rút sởi: viêm phổi kẽ thâm nhiễm tế bào khổng lồ, viêm thanh khí phế quản, viêm cơ tim, viêm não, màng não cấp tính.

- Do bội nhiễm: Viêm phổi, viêm tai giữa, viêm dạ dày ruột...
- Do điều kiện dinh dưỡng và chăm sóc kém: viêm loét hoại tử hàm mắt (cam tẩu mã), viêm loét giác mạc gây mù lòa, suy dinh dưỡng...

Các biến chứng khác:

- Lao tiến triển.
- Tiêu chảy.
- Phụ nữ mang thai: bị sởi có thể bị sảy thai, thai chết lưu, đẻ non hoặc trẻ bị nhẹ cân, hoặc thai nhiễm sởi tiên phát.

## **V. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị:**

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ
- Người bệnh mắc sởi cần được cách ly.
- Phát hiện và điều trị sớm biến chứng.
- **Không sử dụng corticoid khi chưa loại trừ sởi.**

### **2. Điều trị hỗ trợ:**

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid.
  - Tăng cường dinh dưỡng.
  - Hạ sốt:
    - + Áp dụng các biện pháp hạ nhiệt vật lý như lau nước ấm, chườm mát.
    - + Dùng thuốc hạ sốt paracetamol khi sốt cao.
  - Bồi phụ nước, điện giải qua đường uống. Chỉ truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.
  - Bổ sung vitamin A:
    - + Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.
    - + Trẻ 6 - 12 tháng: uống 100.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.
    - + Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 đơn vị/ngày x 2 ngày liên tiếp.
- Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A: lặp lại liều trên sau 4 - 6 tuần

**\* Chú ý với các trường hợp sởi có biến chứng nặng thường có giảm protein và albumin máu nặng cần cho xét nghiệm để bù albumin kịp thời.**

### **3. Điều trị các biến chứng**

#### **3.1. Viêm phổi do vi rút:**

- Điều trị: Điều trị triệu chứng.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (*Xem phụ lục*).

#### **3.2. Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong cộng đồng:**

- Kháng sinh: beta lactam/Ức chế beta lactamase, cephalosporin thế hệ 3.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (*Xem phụ lục*),
- Điều trị triệu chứng.

#### **3.3. Viêm phổi do vi khuẩn mắc phải trong bệnh viện:**

- Kháng sinh: Sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều trị viêm phổi mắc phải trong bệnh viện.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).
- Điều trị triệu chứng.

#### **3.4. Viêm thanh khí quản:**

- Khí dung Adrenalin khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản.

- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).
- Điều trị triệu chứng.

### **3.5. Trường hợp viêm não màng não cấp tính:**

Điều trị: hỗ trợ, duy trì chức năng sống.

- Chống co giật: Phenobarbital 10-20mg/kg pha trong Glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 30-60 phút. Lặp lại 8-12 giờ nếu cần. Có thể dùng Diazepam đối với người lớn 10 mg/lần tiêm tĩnh mạch.

- Chống phù não:

+ Nằm đầu cao 30°, cổ thẳng (nếu không có tụt huyết áp).

+ Thở oxy qua mũi 1-4 lít/phút, có thể thở oxy qua mask hoặc thở CPAP nếu người bệnh còn tự thở được. Đặt nội khí quản sớm để giúp thở khi điểm Glasgow < 12 điểm hoặc SpO<sub>2</sub> < 92% hay PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg.

+ Thở máy khi Glasgow < 10 điểm.

+ Giữ huyết áp trong giới hạn bình thường

+ Giữ pH máu trong giới hạn: 7.4, pCO<sub>2</sub> từ 30 - 40 mmHg

+ Giữ Natriclorua máu trong khoảng 145-150 mEq/l bằng việc sử dụng natriclorua 3%

+ Giữ Glucose máu trong giới hạn bình thường

+ Hạn chế dịch sử dụng 70-75% nhu cầu cơ bản (cần bù thêm dịch nếu mất nước do sốt cao, mất nước thở nhanh, nôn ỉa chảy..)

+ Mannitol 20% liều 0,5-1 g/kg, 6-8 giờ/lần, truyền tĩnh mạch trong 15 - 30 phút.

- Chống suy hô hấp; Suy hô hấp do phù phổi cấp, hoặc viêm não.

Hỗ trợ khi có suy hô hấp (Cụ thể xem phụ lục).

- Có thể dùng Dexamethasone 0,5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 4-6 lần trong 3-5 ngày. Nên dùng thuốc sớm ngay sau khi người bệnh có rối loạn ý thức.

Chỉ định IVIG (Intravenous Immunoglobulin) khi có tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh, viêm não. Chế phẩm: lọ 2,5 gam/50 ml.

Liều dùng: 5ml/kg/ ngày x 3 ngày liên tiếp.

Truyền tĩnh mạch chậm trong 8-10 giờ.

## **VI. PHÂN TUYẾN ĐIỀU TRỊ**

1. Tuyến xã, phường: Tư vấn chăm sóc và điều trị người bệnh không có biến chứng.

2. Tuyến huyện: Tư vấn chăm sóc và điều trị người bệnh có biến chứng hô hấp nhưng không có suy hô hấp.

3. Tuyến tỉnh: Chăm sóc và điều trị tất cả các người bệnh mắc sởi có biến chứng

4. Tuyến Trung ương: Chăm sóc và điều trị người bệnh có biến chứng vượt quá khả năng xử lý của tuyến tỉnh

## **VII. PHÒNG BỆNH**

### **1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin.**

Thực hiện tiêm chủng 2 mũi vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng theo quy định của Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (mũi đầu tiên bắt buộc tiêm lúc 9 tháng tuổi)

Tiêm vắc xin phòng sởi cho các đối tượng khác theo hướng dẫn của cơ quan chuyên môn.

## **2. Cách ly người bệnh và vệ sinh cá nhân**

Người bệnh sởi phải được cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

+ Sử dụng khẩu trang phẫu thuật cho người bệnh, người chăm sóc, tiếp xúc gần và nhân viên y tế.

+ Hạn chế việc tiếp xúc gần không cần thiết của nhân viên y tế và người thăm người bệnh đối với người bệnh.

+ Thời gian cách ly từ lúc nghi mắc sởi cho đến ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban.

Tăng cường vệ sinh cá nhân, sát trùng mũi họng, giữ ấm cơ thể, nâng cao thể trạng để tăng sức đề kháng.

## **3. Phòng lây nhiễm trong bệnh viện**

Phát hiện sớm và thực hiện cách ly đối với các đối tượng nghi sởi hoặc mắc sởi.

Sử dụng Immune Globulin (IG) tiêm bắp sớm trong vòng **3 - 6 ngày** kể từ khi phơi nhiễm với sởi cho các bệnh nhi đang điều trị tại bệnh viện vì những lý do khác. Không dùng cho trẻ đã được điều trị IVIG trong vòng 1 tháng hoặc đã tiêm phòng đủ 2 mũi vắc xin sởi. Dạng bào chế: Immune Globulin (IG) 16%, ống 2ml. Liều dùng 0,25 ml/kg, tiêm bắp, 1 vị trí tiêm không quá 3ml. Với trẻ suy giảm miễn dịch có thể tăng liều gấp đôi

# SỐT PHÁT BAN

## I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh sốt phát ban (roseola) là một bệnh nhiễm trùng nhẹ thường xảy ra ở trẻ em độ tuổi lên 2. Bệnh phổ biến đến mức hầu hết trẻ đều đã từng mắc bệnh ít nhất một lần trong đời. Có nhiều loại sốt phát ban, trong đó phổ biến là 2 loại: [ban đỏ](#) và ban đào.

Hai chủng vi rút herpes phổ biến là nguyên nhân sốt phát ban. Ban đầu, trẻ sốt phát ban thường bị sốt trong vài ngày, sau đó mới đến tình trạng phát ban.

Một số trẻ chỉ bị ban đỏ rất nhẹ và không có dấu hiệu rõ ràng của bệnh nhưng những trẻ khác có thể gặp đầy đủ các dấu hiệu và triệu chứng của sốt phát ban.

Tuy vậy, bệnh này thường không nghiêm trọng. Trong trường hợp hiếm, tình trạng sốt quá cao có thể dẫn đến biến chứng. Cách điều trị sốt phát ban gồm nằm nghỉ, truyền dịch và thuốc để hạ sốt.

## II. Triệu chứng



### . Những dấu hiệu và triệu chứng của sốt phát ban

Nếu trẻ có tiếp xúc với người bị sốt phát ban và nhiễm virus, triệu chứng bệnh thường không xuất hiện ngay mà phải mất một hoặc hai tuần để hình thành đầy đủ. Dù dễ lây truyền, các dấu hiệu và triệu chứng bệnh thường quá nhẹ và khó có thể dễ dàng nhận thấy.

Các triệu chứng bệnh sốt phát ban có thể bao gồm:

- **Sốt.** Bệnh thường khởi phát bằng một cơn sốt cao đột ngột, thường cao hơn (39,4°C). Một số trẻ cũng có thể bị đau họng, sổ mũi hoặc ho kèm



theo hoặc trước khi sốt; sung hạch bạch huyết ở cổ kèm theo sốt. Con sốt kéo dài từ 3-5 ngày.

- **Phát ban.** Sau khi hạ sốt, tình trạng phát ban thường xuất hiện nhưng không phải trong mọi trường hợp. Trẻ có thể nổi nhiều nốt hoặc mảng nhỏ màu hồng, phẳng hoặc hơi sần lên, có thể có viền trắng xung quanh các nốt phát ban. Những mảng phát ban thường bắt đầu từ trên ngực, lưng và bụng, sau đó lan ra cổ và cánh tay, có thể tới chân và mặt, kéo dài từ vài giờ đến vài ngày trước khi mờ dần. Tuy nhiên, tình trạng này không gây ngứa hay khó chịu cho trẻ.
- Các dấu hiệu trẻ bị sốt phát ban khác có thể kể đến là:
  - Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ hay quấy khóc, mệt mỏi
  - Tiêu chảy nhẹ
  - Giảm cảm giác thèm ăn
  - Sung mí mắt
- Trong các trường hợp sau, hãy đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất:
  - Co giật do sốt
  - Sốt cao hơn 39,4°C và không hạ sốt
  - Tình trạng phát ban và sốt kéo dài hơn bảy ngày
  - Tình trạng phát ban không cải thiện sau ba ngày

Nếu hệ miễn dịch yếu và có tiếp xúc với người bị sốt phát ban, bạn cần theo dõi để dự trù khả năng bị nhiễm trùng vì sốt phát ban ở người lớn có sức khoẻ kém có thể nặng hơn so với ở trẻ em.

### **III. Nguyên nhân**

Nguyên nhân sốt phát ban phổ biến nhất là do virus herpes 6 ở người. Trong một số trường hợp, bệnh còn do một loại virus herpes khác gây ra là virus herpes 7. Cũng như các bệnh do virus khác, chẳng hạn như cảm lạnh thông thường, sốt phát ban sẽ lây từ người này sang người khác khi tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp hoặc nước bọt của người bệnh. Do đó, nếu một trẻ khỏe mạnh dùng chung cốc với trẻ bị sốt phát ban hoàn toàn có thể bị nhiễm virus. Bệnh có thể lây truyền ngay cả khi không có triệu chứng phát ban mà chỉ mới ở giai đoạn sốt. Không giống như bệnh thủy đậu và các bệnh do virus khác ở trẻ em thường có tốc độ lây lan nhanh chóng, sốt phát ban hiếm khi bùng phát thành dịch trong cộng đồng. Tuy nhiên, cần lưu tâm đến các dấu hiệu sốt phát ban do bệnh có thể xảy ra bất cứ thời điểm nào trong năm.

#### **Các yếu tố nguy cơ**

Tỉ lệ mắc sốt phát ban ở trẻ sơ sinh là cao nhất vì hệ miễn dịch của trẻ chưa hoàn thiện để phát triển kháng thể chống lại nhiều loại virus. Khi còn trong bụng mẹ, trẻ nhận được các kháng thể từ mẹ để bảo vệ khỏi các bệnh nhiễm trùng nhưng khả năng miễn dịch này giảm dần theo thời gian. Độ tuổi phổ biến nhất ở các bé bị sốt phát ban là từ 6-15 tháng tuổi.

### **IV. Chẩn đoán và điều trị**

Bệnh có thể khó chẩn đoán vì các dấu hiệu và triệu chứng ban đầu tương tự như các bệnh thông thường khác ở trẻ em. Nếu trẻ bị sốt nhưng không phải do cảm lạnh, nhiễm trùng tai, viêm họng liên cầu hoặc các tình trạng thông thường khác,

bác sĩ có thể cho thời gian quan sát chờ xem các vết ban đỏ có xuất hiện hay không.

chẩn đoán bằng vết phát ban hoặc bằng [xét nghiệm máu](#) để kiểm tra các kháng thể trong một số trường hợp.

### 1. Những phương pháp điều trị bệnh sốt phát ban

Hầu hết trẻ em hồi phục hoàn toàn khỏi ban đỏ trong vòng một tuần sau khi bắt đầu sốt. bạn có thể cho trẻ dùng thuốc không kê đơn để hạ sốt, chẳng hạn như [acetaminophen](#), paracetamol hoặc ibuprofen.

Thận trọng khi cho trẻ em hoặc thanh thiếu niên dùng [aspirin](#). Mặc dù aspirin được phép sử dụng cho trẻ em trên 3 tuổi, trẻ em và thanh thiếu niên đang hồi phục sau bệnh thủy đậu hoặc các triệu chứng giống cúm không nên dùng aspirin. Do aspirin có khả năng gây ra [hội chứng Reye](#), một tình trạng hiếm gặp nhưng có thể đe dọa tính mạng ở các đối tượng này.

Không có phương pháp điều trị cụ thể cho bệnh sốt phát ban. Cần lưu ý thuốc kháng sinh không có hiệu quả trong việc điều trị các bệnh do virus gây ra.

### V. Biện chứng

- **Co giật.** Trong một số trường hợp, sốt phát ban ở trẻ em có thể gây co giật do nhiệt độ cơ thể tăng nhanh. Nếu điều này xảy ra, trẻ có thể bất tỉnh trong thời gian ngắn và giật tay, chân hoặc đầu trong vài giây đến vài phút. Trẻ cũng có thể tạm thời bị mất kiểm soát bàng quang hoặc nhu động ruột. Khi này, người nhà cần nhanh chóng đưa trẻ đến cơ sở y tế gần nhất.

- **Người có hệ miễn dịch kém cần cẩn trọng.** Đối với đối tượng có hệ miễn dịch bị tổn hại như những người vừa được cấy ghép tủy xương hoặc nội tạng, bệnh này có thể gây nhiều nguy hiểm hơn. Vì có ít khả năng chống lại virus hơn nên người bị suy giảm miễn dịch có xu hướng bị nhiễm trùng nặng hơn, khó chống lại bệnh tật. Biện chứng nghiêm trọng có thể kể đến là viêm phổi hoặc viêm não.

- Khi giảm sốt, trẻ sẽ sớm cảm thấy khỏe hơn. Tuy vậy, để giảm cảm giác mệt mỏi khó chịu trong giai đoạn sốt, bạn có thể chăm sóc trẻ bị sốt phát ban tại nhà bằng cách:

- **Cho trẻ nghỉ ngơi nhiều.** Hãy để trẻ nằm nghỉ trên giường cho đến khi hạ sốt.

- **Cho trẻ uống nhiều nước.** Khuyến khích trẻ uống nước lọc, nước cam, chanh, nước súp (nước dùng) trong hoặc dung dịch [nước bù điện giải](#) để ngăn ngừa mất nước.

- **Tắm nước ấm.** Tắm hoặc ngâm mình trong nước ấm để thư giãn các cơ bắp đau nhức hoặc dùng khăn mát chườm lên đầu có thể làm dịu cảm giác khó chịu khi bị sốt. Tuy nhiên, tránh dùng nước đá, nước lạnh, quạt hoặc tắm nước lạnh vì có thể khiến trẻ bị [ớn lạnh](#).

### VI. Phòng ngừa

#### 1. Những biện pháp giúp phòng ngừa bệnh sốt phát ban

Vì không có vắc-xin phòng ngừa nên cách tốt nhất bạn có thể làm để ngăn ngừa sự lây truyền virus là tránh để trẻ tiếp xúc với những trẻ bị sốt phát ban khác. Nếu bé bị sốt phát ban, hãy giữ trẻ ở nhà và không để người khác tiếp xúc gần cho đến khi hết bệnh.

Hầu hết mọi người đều có kháng thể đối với loại bệnh này sau 1 lần nhiễm bệnh ở tuổi đi học, giúp họ miễn nhiễm với virus về sau. Mặc dù vậy, nếu một thành

viên trong gia đình mắc bệnh, hãy đảm bảo rằng tất cả các thành viên trong gia đình đều rửa tay thường xuyên để ngăn ngừa virus lây truyền cho bất kỳ ai chưa được miễn dịch.

Người trưởng thành nếu chưa từng mắc bệnh này khi còn nhỏ nên chưa có kháng thể, do đó vẫn có khả năng nhiễm bệnh. Tuy vậy, bệnh có xu hướng nhẹ hơn ở người lớn khỏe mạnh nhưng cần lưu ý người lớn bị nhiễm vẫn có thể truyền virus cho trẻ em.

# BỆNH SỐT MÒ

## 1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt mò (*scrub typhus*) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lưu hành ở Việt Nam. Bệnh có biểu hiện đa dạng, bao gồm sốt, vết loét ngoài da, phát ban, sung hạch, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng, có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị thích hợp và kịp thời.

## 2. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân gây sốt mò là *Orientia tsutsugamushi*, một loại vi khuẩn Gram (-) thuộc họ *Rickettsiaceae*. Ổ bệnh và trung gian truyền bệnh là loài mò *Leptotrombidium*. Mò nhiễm *Orientia* truyền vi khuẩn cho đời sau qua trứng và qua các giai đoạn phát triển, duy trì vòng lây truyền bệnh ở vùng dịch tễ sốt mò. *Orientia* gây bệnh chủ yếu ở chuột và các động vật gặm nhấm khác. Sốt mò lưu hành ở những nơi có cây cỏ thấp, là sinh cảnh tự nhiên của quần thể mò - chuột, thường là vùng nông thôn. Người nhiễm sốt mò khi đi vào vùng lưu hành tự nhiên của bệnh và bị ấu trùng mò nhiễm *Orientia* đốt. Bệnh thường xuất hiện lẻ tẻ, có thể gặp quanh năm, cao điểm là các tháng xuân - hè - thu, là thời gian phát triển mạnh của mò.



## 3. CHẨN ĐOÁN

### 3.1. Lâm sàng

Thời gian ủ bệnh của sốt mò kéo dài từ 6 ngày đến 21 ngày (trung bình từ 9 đến 12 ngày).

Sốt: thường khởi phát đột ngột; người bệnh sốt cao liên tục, có thể kèm theo rét run, đau đầu, đau mỏi người.

Biểu hiện da và niêm mạc:

Da xung huyết, có thể phù nhẹ dưới da vùng mặt và mu chân; xung huyết kết mạc mắt

Vết loét ngoài da: là dấu hiệu đặc hiệu của bệnh sốt mò; vết loét có hình bầu dục, kích thước từ 0,5-2 cm, có vảy đen hoặc đã bong vảy tạo thành vết loét có gờ, không tiết dịch; các vết loét thường không đau, khu trú ở những vùng da mềm như nách, ngực, cổ, bẹn, bụng, v.v...

Ban ngoài da: ban thường xuất hiện vào cuối tuần thứ nhất của bệnh, có dạng dát sần, phân bố chủ yếu ở thân, có thể ở cả chân tay; có thể gặp ban xuất huyết.

Sung hạch lympho: người bệnh thường có hạch sưng tại chỗ vết loét và hạch toàn thân; hạch có kích thước 1,5-2 cm, mềm, không đau, di động bình thường.

Gan to, lách to: có thể gặp ở khoảng 40% số người bệnh sốt mò. Một số trường hợp có thể có vàng da.

Tổn thương phổi: người bệnh thường có triệu chứng ho; nghe phổi có thể có rales; một số người bệnh có biểu hiện tràn dịch màng phổi; những trường hợp sốt mò nặng có thể có khó thở, suy hô hấp cấp dẫn tới tử vong.

Tổn thương tim mạch: người bệnh sốt mò thường có tình trạng huyết áp hạ; viêm cơ tim gặp ở một số trường hợp.

Viêm màng não, viêm não gặp ở một số ít các trường hợp. Người bệnh có đau đầu, có thể có rối loạn ý thức.

Nếu không được điều trị kháng sinh thích hợp, người bệnh sốt mò có thể tiến triển nặng dẫn tới biến chứng hô hấp và tim mạch gây tử vong. Các trường hợp nhẹ và vừa có thể bị sốt kéo dài 3 - 4 tuần, sau đó người bệnh hết sốt nhưng những triệu chứng mệt mỏi có thể còn kéo dài trong thời gian một vài tuần.

### **3.2. Cận lâm sàng**

Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc tăng; tỷ lệ bạch cầu lympho và mônô thường tăng; tiểu cầu có thể hạ.

X-quang phổi: có thể gặp tổn thương kiểu viêm phế quản; một số người bệnh có tổn thương viêm phổi.

Chức năng gan: thường thấy tăng men gan; có thể tăng bilirubin; nhiều người bệnh có rối loạn protid máu (giảm albumin).

Chức năng thận: xét nghiệm nước tiểu có thể có protein và hồng cầu. Suy thận (tăng ure huyết và creatinin) gặp ở một số ít trường hợp, thường hồi phục nhanh chóng khi người bệnh được điều trị phù hợp.

Siêu âm: có thể phát hiện gan lách to, tràn dịch màng phổi, màng bụng.

Trong trường hợp viêm màng não, dịch não tủy có thể biến loạn kiểu viêm màng não nước trong, tăng nhẹ tế bào và protein.

### **3.3. Chẩn đoán xác định**

Cần nghĩ đến sốt mò khi người bệnh có tiền sử sống hoặc đi đến các vùng có sốt mò lưu hành; người bệnh có bệnh cảnh sốt cấp tính với tổn thương ở nhiều cơ quan và phủ tạng. Chẩn đoán sốt mò trên lâm sàng rất dễ dàng nếu người bệnh có vết loét đặc hiệu ngoài da

Các xét nghiệm chẩn đoán sốt mò thường được sử dụng:

Xét nghiệm huyết thanh học: xét nghiệm kháng thể hấp phụ miễn dịch gắn men (ELISA), kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp (IFA), kháng thể miễn dịch gián tiếp peroxidase (IIP) phát hiện IgM.

Phản ứng nhân chuỗi men polymerase (PCR).

### 3.4. Chẩn đoán phân biệt

Trong trường hợp không có vết loét, chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do những biểu hiện của bệnh rất đa dạng, và giống với nhiều bệnh sốt cấp tính khác như thương hàn, *leptospirosis*, nhiễm một số loại virus, và nhiễm các *rickettsia* khác.

Thương hàn cũng có các biểu hiện sốt, gan lách to, và tổn thương nhiều hệ cơ quan và phủ tạng. Khác với sốt mò, thương hàn thường khởi phát bán cấp và đi kèm với triệu chứng rối loạn tiêu hóa. Hồng ban trong thương hàn thường có số lượng ít, phân bố chủ yếu ở bụng và ngực. Xét nghiệm máu thường thấy bạch cầu hạ; nuôi cấy máu, phân và một số bệnh phẩm khác mọc vi khuẩn thương hàn (*S.typhi*, *S.paratyphi* các loại).

*Leptospirosis* có biểu hiện chính là sốt, đau cơ, có thể có phát ban, vàng da, tổn thương phổi, suy thận; xét nghiệm máu cũng có thể có hạ tiểu cầu, tăng men gan. Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán *leptospirosis* là đau cơ và suy thận. Nếu có điều kiện, có thể làm xét nghiệm huyết thanh học để chẩn đoán *leptospirosis* (ví dụ như Martin - Petit).

Các bệnh nhiễm *arbovirus*: thường có diễn biến cấp tính với các triệu chứng sốt, đau đầu, mẩn ngứa, có thể có phát ban..., tương tự như sốt mò. Dấu hiệu xuất huyết đi kèm với hạ tiểu cầu và tăng hematocrit thường gặp hơn trong sốt xuất huyết dengue. Các bệnh nhiễm *arbovirus* thường không đi kèm với gan lách to, ít khi có biểu hiện đồng thời ở nhiều cơ quan và phủ tạng, và bệnh thường tự khỏi trong vòng 5 - 7 ngày.

Các bệnh nhiễm *rickettsia* khác: các biểu hiện chính của các bệnh nhiễm *rickettsia* cũng tương tự như sốt mò, bao gồm sốt, đau đầu, mẩn ngứa, phát ban, tổn thương một số cơ quan và phủ tạng. Vết loét đặc hiệu ngoài da không gặp trong bệnh sốt *rickettsia* do bọ chét truyền (*murine typhus*), có thể gặp trong sốt do *rickettsia* nhóm phát ban nhưng hiếm hơn trong sốt mò. Các bệnh này thường tiến triển lành tính hơn sốt mò, có đáp ứng kháng thể đặc hiệu với kháng nguyên tương ứng, và cũng đáp ứng với các thuốc điều trị *rickettsia* như doxycyclin, chloramphenicol.

Các bệnh nhiễm trùng huyết: có sốt, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng như trong sốt mò. Nhiễm trùng huyết thường ít khi đi kèm với xung huyết và phát ban trên da, tràn dịch các màng. Cần thăm khám kỹ ngoài da và phát hiện vết loét đặc hiệu để không bỏ sót bệnh sốt mò; làm xét nghiệm cấy máu để xác định vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết.

Sốt rét (sốt rét tiên phát): người bệnh có sốt và rét run như trong sốt mò. Cần hỏi tiền sử đi vào vùng dịch tễ và làm lam máu tìm ký sinh trùng sốt rét để chẩn đoán xác định.

#### **4. ĐIỀU TRỊ**

##### **4.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị**

Điều trị sốt mò bao gồm điều trị kháng sinh đặc hiệu và điều trị hỗ trợ.

##### **4.2. Điều trị cụ thể**

###### *a. Điều trị kháng sinh*

Các thuốc điều trị sốt mò chính là doxycyclin và azithromycin, có ưu điểm là hấp thu tốt qua đường tiêu hóa, có thời gian bán thải kéo dài và ít tác dụng phụ. Các phác đồ điều trị sốt mò cụ thể:

Doxycyclin: liều 0,1 g x 2 viên uống chia 2 lần/ngày trong 5 ngày. Uống thuốc sau khi ăn để tránh nôn (tránh dùng cùng các sản phẩm sữa, các thuốc giảm acid dịch vị dạ dày do có thể làm giảm hấp thu thuốc). Cho người bệnh uống bù thuốc nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống thuốc.

Azithromycin 500 mg uống một lần/ngày x 1-3 ngày; chỉ định cho phụ nữ có thai, trẻ dưới 10 tuổi, và những người có chống chỉ định với các thuốc tetracyclin và chloramphenicol.

Chloramphenicol tĩnh mạch hoặc uống, liều 50 mg/kg cân nặng/ngày trong 5-7 ngày.

###### *b. Điều trị hỗ trợ*

Hạ nhiệt bằng paracetamol hoặc một thuốc hạ nhiệt khác, chườm mát, khi người bệnh sốt cao.

Bù dịch đường uống (dung dịch ORS).

Điều trị suy hô hấp/tuần hoàn: cho người bệnh thở oxy qua sond mũi hoặc qua mặt nạ, đặt nội khí quản và thở máy nếu tình trạng suy hô hấp nặng. Đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn, kiểm soát áp lực tĩnh mạch trung tâm; bù dịch kết hợp với các thuốc vận mạch (như dopamine) trong trường hợp hạ huyết áp.

Điều trị suy thận: bù dịch, lợi niệu.

#### **5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG**

Người bệnh sốt mò được điều trị kháng sinh đặc hiệu thường hết sốt trong vòng từ 1 đến 3 ngày; các triệu chứng phát ban, hạch to, gan lách to... cũng lui dần cùng với nhiệt độ giảm và sau khi cắt sốt. Tràn dịch màng phổi và biến loạn dịch não tủy có thể còn kéo dài trong 1 - 2 tuần.

#### **6. DỰ PHÒNG**

Tránh đi vào vùng sốt mò nếu có thể được. Người sống trong vùng sốt mò cần áp dụng những biện pháp chống ấu trùng mò đốt như mặc quần áo kín, mặc quần áo có ngâm tẩm các hóa chất chống côn trùng như benzyl benzoat, bôi các hóa chất xua côn trùng như diethyltoluamide lên các vùng da hở.

Kiểm soát quần thể mò - chuột bằng cách tiêu diệt chuột, sử dụng hóa chất diệt côn trùng, diệt cỏ hoặc đốt cỏ.

Hiện chưa có vaccin phòng sốt mò.

### **BỆNH CÚM MÙA**

## 1. ĐẠI CƯƠNG

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 tiên 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.

Dù đa số lành tính, nhưng do số người mắc nhiều, số tử vong do cúm ở những người có biến chứng cao một cách không ngờ. Cần phân biệt cúm mùa H1N1 với cúm đại dịch A/H1N1/2009 (tên đầy đủ là PBA9 H1N1) là chủng virus cúm mới lai tạo giữa virus cúm lợn, virus cúm chim và virus cúm người.

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

## 2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Virus gây bệnh cúm là *Myxovirus influenzae*, thuộc họ *Orthomyxoviridae*, có chứa ARN, sợi đơn, xoắn đối xứng, vỏ ngoài để lộ ra hai kháng nguyên glycoprotein là neuraminidase (NA) và hemagglutinine (HA1-HA2). Kháng nguyên H và N của virus cúm A thường xuyên biến đổi theo thời gian, nếu biến đổi ít gọi là dời kháng nguyên (draft), biến đổi nhiều là chuyển kháng nguyên (shift). Điều này giải thích những vụ đại dịch, người mắc đợt trước vẫn có thể mắc đợt sau, và vaccin khó có hiệu quả.

Kháng nguyên H có từ H1 đến H15, N có từ N1 đến N9. Trong đó tổ hợp các virus cúm có H từ H1 đến H3 và N từ N1 đến N3 là những virus gây cúm cho người (H1N1, H2N1, H3N1...) Từ H5 đến H9 thường gây bệnh cho loài chim.

Có thể có tình trạng lai tạo giữa cúm người, cúm chim và cúm của các động vật (như lợn) tạo thành những chủng cúm mới gây bệnh cho người (ví dụ cúm PBA9 H1N1 xảy ra năm 2009 ở Mehico lan sang Hoa Kỳ).

Đặc tính kháng nguyên cho phép phân virus cúm thành 3 loại chính: A, B, C, khác nhau hoàn toàn về tính kháng nguyên (không có miễn dịch chéo). Dịch gây ra bởi virus cúm A, có chu kỳ khoảng 2-3 năm, tạo ra các vụ dịch lan rộng, đặc trưng bằng tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là ở người già. Dịch gây ra do virus cúm B có chu kỳ dài hơn 5-6 năm, dịch thường khu trú hơn, ít nghiêm trọng hơn nhưng đôi khi có thể phối hợp với dịch do cúm A gây ra. Virus cúm C có thể gây dịch một mình hoặc phối hợp với dịch cúm A hoặc là một số ca bệnh lẻ tẻ.

Các chủng được đặt tên dựa theo: typ kháng nguyên, nguồn gốc vật chủ nếu không phải là người, nguồn gốc địa lý, mã số chủng, năm phân lập virus.





### 3. CHẨN ĐOÁN

#### 3.1. Lâm sàng

Sốt (thường trên 38<sup>0</sup>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 XQ phổi bình thường hoặc có tổn thương thâm nhiễm lan tỏa ở phổi.

**3.2. Xét nghiệm:** công thức máu bạch cầu bình thường hoặc giảm.

#### 3.3. Chẩn đoán xác định

Có yếu tố dịch tễ: sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm lưu hành hoặc có tiếp xúc trực tiếp với người bệnh cúm.

Lâm sàng: có các triệu chứng như nêu trên.

Xét nghiệm dương tính với virus cúm bằng kỹ thuật RT-PCR hoặc real time RT-PCR hoặc nuôi cấy virus đối với các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản.

#### 3.4. Chẩn đoán mức độ bệnh

*a. Cúm chưa có biến chứng (cúm nhẹ)*

Lâm sàng có biểu hiện hội chứng cúm đơn thuần.

*b. Cúm có biến chứng (cúm nặng)*

Là ca bệnh có biểu hiện lâm sàng như trên hoặc ca bệnh đã được chẩn đoán 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, SpO<sub>2</sub> giảm, PaO<sub>2</sub> 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.

Suy giảm miễn dịch (người bệnh đang điều trị thuốc chống ung thư, HIV/AIDS).

### **3.5. Chẩn đoán phân biệt**

Nhiễm các loại virus khác (như *Parainfluenza*, *Adenovirus*, virus hợp bào hô hấp, *Coronavirus*, *Enterovirus*).

Nhiễm các vi khuẩn nội bào (như *Mycoplasma*, *Chlamydiae*, *Coxiella*).

Bệnh cảnh lâm sàng đều giống như cúm (hội chứng cúm). Chỉ có xét nghiệm sinh học mới có giá trị chẩn đoán tác nhân gây bệnh.

## **4. ĐIỀU TRỊ**

### **4.1. Nguyên tắc chung**

Người bệnh 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 người bệnh 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 virus 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.

### **4.2. Xử trí theo mức độ bệnh**

Cúm có biến chứng: cần được nhập viện để điều trị và dùng thuốc kháng virus 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 virus.

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.

### **4.3. Điều trị thuốc kháng virus**

Chỉ định: các trường hợp nhiễm cúm A hoặc B (nghi ngờ hoặc xác định) có biến chứng hoặc có yếu tố nguy cơ.

Thuốc được sử dụng hiện nay là oseltamivir hoặc/và 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: 75 mg x 2 lần/ngày. Trẻ em  $\geq$  12 tháng đến  $\leq$  13 tuổi:

	30 mg x 2
Cân nặng $\leq$ 15 kg:	lần/ngày.
	45 mg x 2
Cân nặng > 15 kg đến 23 kg:	lần/ngày.
Cân nặng > 23 kg đến 40 kg	60 mg x 2
	lần/ngày.

Cân nặng > 40 kg 75 mg x 2  
lần/ngày.  
Trẻ < 12 tháng tuổi:

0-1 tháng 2 mg/kg x 2 lần/ngày.  
> 1-3 tháng 2,5 mg/kg x 2 lần/ngày.  
> 3-12 tháng 3 mg/kg x 2 lần/ngày.

Zanamivir: dạng hít định liều, sử dụng trong các trường hợp không có oseltamivir, chậm đáp ứng 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.

#### **4.4. 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.

#### **4.5. Điều trị hỗ trợ**

Hạ sốt: chỉ dùng paracetamol khi sốt trên 38,5<sup>0</sup>C, 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.

#### **4.6. 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.

### **5. DỰ PHÒNG**

#### **5.1. 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.

#### **5.2. 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.

#### **5.3. 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 mặt... 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.

#### **5.4. Tiêm phòng vaccin cúm**

Nên tiêm phòng vaccin 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, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch...).

Người trên 65 tuổi.

#### **5.5. Dự phòng bằng thuốc**

Có thể điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus 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: 75 mg x 1 lần/ngày. Trẻ em  $\geq$  12 tháng đến  $\leq$  13 tuổi:

Cân nặng  $\leq$  15 kg: 30 mg x 1 lần/ngày.

Cân nặng > 15 kg đến 23 kg: 45 mg x 1 lần/ngày.

Cân nặng > 23 kg đến 40 kg 60 mg x 1 lần/ngày.

Cân nặng > 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 LAO PHỔI

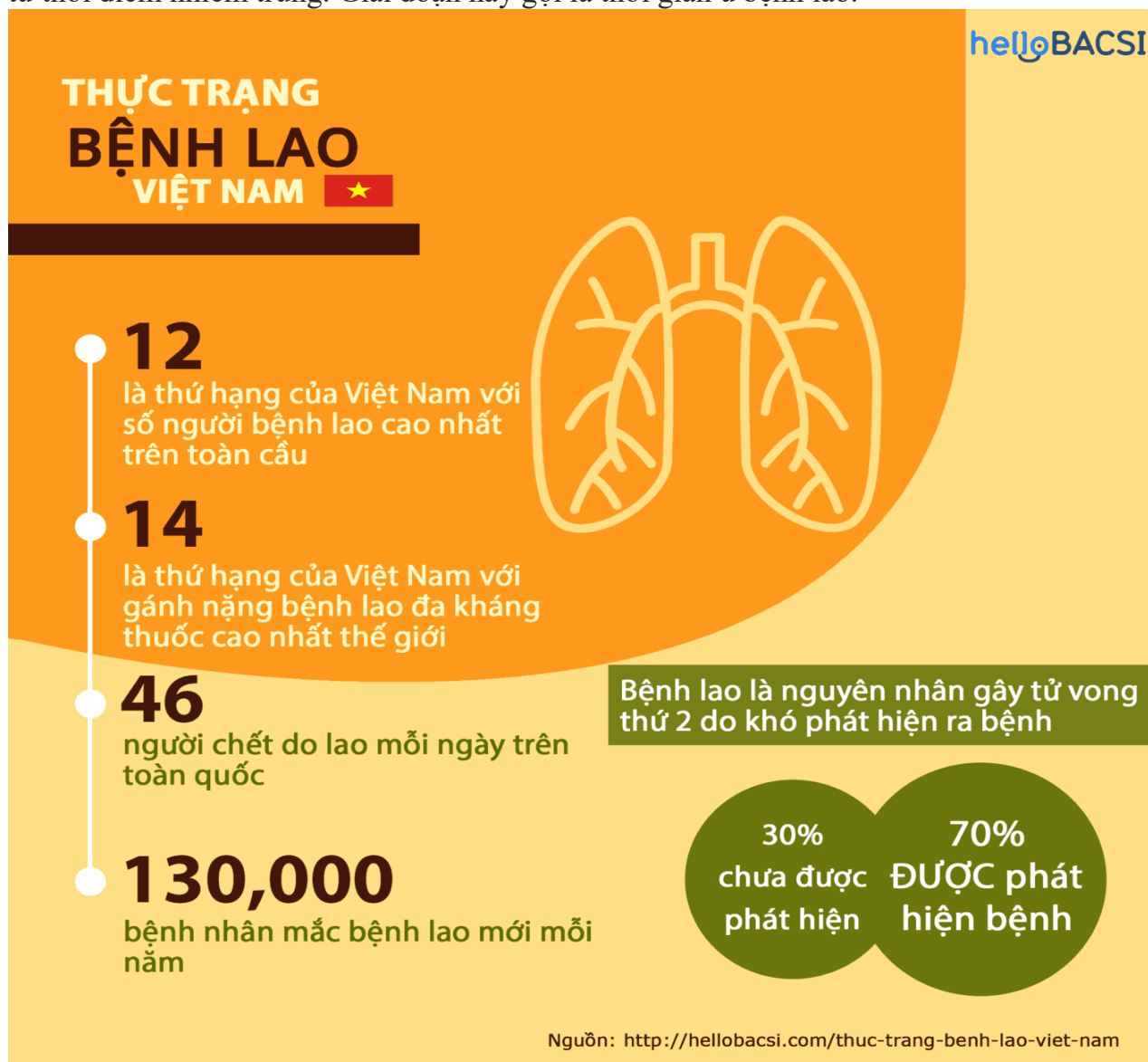
## I. ĐẠI CƯƠNG

Lao phổi xảy ra khi vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) trực tiếp tấn công phổi và phá hủy các mô tế bào của cơ quan này. Nếu không sớm được chữa trị, chủng vi sinh vật này có thể lây sang nhiều cơ quan khác.

Sau khi xâm nhập cơ thể, không phải lúc nào vi khuẩn trên cũng lập tức gây bệnh. Do đó, tình trạng nhiễm khuẩn lao thường được chia thành hai trường hợp gồm :

**Bệnh lao tiềm ẩn:** người khỏe mạnh mang mầm bệnh trong người nhưng không bộc lộ dấu hiệu bệnh do hệ miễn dịch đủ mạnh để kiềm chế vi khuẩn.

**Bệnh lao phổi có biểu hiện lâm sàng:** 5 – 10% người nhiễm khuẩn *M. tuberculosis* sẽ bị bệnh lao phổi nếu không được phát hiện và chữa trị kịp thời. Theo Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh (CDC), 50% trong số trên sẽ phát bệnh sau 2 – 5 năm kể từ thời điểm nhiễm trùng. Giai đoạn này gọi là thời gian ủ bệnh lao.



## II. TRIỆU CHỨNG VÀ DẤU HIỆU THƯỜNG GẶP

Hầu hết trường hợp, những biểu hiện của bệnh lao phổi sẽ cần thời gian ủ bệnh để phát triển. Đồng thời, triệu chứng lao phổi ở mỗi người có thể không giống nhau.

Nhìn chung, các dấu hiệu lao phổi thường gặp gồm:

- Ho dữ dội, dai dẳng ít nhất ba tuần
- Cảm giác đau thắt ngực
- **Ho ra máu** hoặc có đờm trong phổi
- Khó thở

Ngoài ra, bạn cũng có thể bắt gặp một số biểu hiện chung của người nhiễm khuẩn lao M. tuberculosis, ví dụ như:

- Sụt cân ngoài ý muốn
- Mất khẩu vị, chán ăn
- Buồn nôn và nôn
- Thường xuyên mệt mỏi toàn thân
- Thân nhiệt tăng cao gây sốt
- Ón lạnh
- **Đổ mồ hôi đêm**

Với trường hợp bị lao tiềm ẩn, người bệnh vẫn sẽ cảm thấy khỏe mạnh và không có bất kỳ biểu hiện sức khỏe suy yếu nào.



### III. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân duy nhất gây bệnh lao phổi là vi khuẩn M. tuberculosis. Theo thống kê, khoảng 1/3 dân số thế giới nhiễm chủng vi sinh vật gây bệnh này. Tuy nhiên, chỉ khoảng 10 – 20% trong số đó phát bệnh và có biểu hiện lâm sàng. Số còn lại sẽ rơi vào trường hợp bệnh lao tiềm ẩn.

Tất cả mọi người đều có nguy cơ bị bệnh lao phổi. Tuy nhiên, rủi ro mắc bệnh ở một số người có thể cao hơn những người còn lại bởi nhiều nguyên do, ví dụ như:

## Hệ miễn dịch yếu

Nguyên nhân suy giảm miễn dịch có khả năng đến từ:

- Nhiễm HIV
- Một số bệnh lý mạn tính như [loét dạ dày tá tràng](#), đái tháo đường, [suy thận mãn](#), ung thư
- Nghiện ma túy, bia, rượu, thuốc lá
- Trị liệu lâu dài với một số loại thuốc tiêm tĩnh mạch, corticoid, hóa chất [điều trị ung thư](#)...
- Sử dụng [thuốc ức chế miễn dịch](#) nhằm chống [thải ghép](#)
- Sử dụng thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp, bệnh Crohn và vẩy nến
- Suy dinh dưỡng

## Đi du lịch hoặc sống ở một số khu vực nhất định

Một số vùng sẽ có tỷ lệ nhiễm lao và bệnh lao kháng thuốc cao như:

- Châu Phi
- Đông Âu
- Châu Á
- Nga
- Nam Mỹ
- Quần đảo Caribe

## Đường lây :

Do vi khuẩn là nguyên nhân gây bệnh chủ yếu nên lao phổi rất dễ lây truyền từ người này sang người khác. Khuẩn M. tuberculosis có thể dễ dàng phát tán ra ngoài môi trường khi người bệnh ho, hắt hơi hoặc nói chuyện và xâm nhập vào cơ thể của người khỏe mạnh gần đó.

Ngoài ra, tiếp xúc trực tiếp với dịch cơ thể người bệnh cũng là một con đường lây nhiễm khác của bệnh lao phổi.

## IV. BIẾN CHỨNG

Mặc dù tình trạng sức khỏe này vô cùng phổ biến tại Việt Nam nhưng thực tế, nhiều người vẫn mang tâm lý chủ quan do không biết bệnh lao phổi có nguy hiểm không. Điều này dẫn đến việc chậm trễ trong điều trị, không chỉ ảnh hưởng đến hiệu quả mà còn tạo điều kiện phát triển biến chứng nghiêm trọng, thậm chí là tử vong.

Nếu không được can thiệp kịp thời, vi khuẩn lao M. tuberculosis có thể lây lan khắp cơ thể, từ đó phát sinh hàng loạt vấn đề ảnh hưởng đến hệ tim mạch, quá trình trao đổi chất cũng như chức năng của cơ quan, bộ phận khác.

Trong một số trường hợp, bệnh lao phổi còn có nguy cơ kéo theo nhiễm trùng huyết. Đây là tình trạng nhiễm trùng nguy hiểm, có khả năng đe dọa đến tính mạng người bệnh với tỷ lệ tử vong cao.

## V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

xét nghiệm lao nhằm xác nhận liệu bạn có đang nhiễm khuẩn lao hay không.

Các thủ thuật này có thể gồm:

- Nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB
- Xét nghiệm Xpert MTB/RIF
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao
- [Chụp X-quang](#) phổi

Một trong những mối bận tâm hàng đầu của người bị nhiễm khuẩn M. tuberculosis là bệnh lao phổi có chữa được không. Với nền y học phát triển hiện đại, ngày nay việc điều trị bệnh lao phổi không còn quá khó khăn. Các phương pháp điều trị lao phổi tiềm ẩn và bệnh có biểu hiện lâm sàng có thể không giống nhau hoàn toàn.

Với trường hợp bệnh lao tiềm ẩn, giải pháp dùng thuốc kháng sinh, cụ thể hơn là [isoniazid](#), hàng ngày trong vòng 6-9 tháng.

Trong khi đó, với tình trạng bệnh lao có biểu hiện lâm sàng, người bệnh sẽ cần sử dụng nhiều loại kháng sinh kết hợp trong vòng 6 – 12 tháng. Toa thuốc điều trị lao phổi thường gồm:

- Isoniazid
- Rifampicin
- Ryrazinamid
- [Streptomycin](#)
- [Ethambutol](#)

Ngoài ra, trong thời gian điều trị, người bệnh bắt buộc phải tuân theo đúng chỉ định của bác sĩ nhằm ngăn chặn bệnh tái phát, đồng thời giảm thiểu rủi ro vi khuẩn kháng thuốc.

## **VI. PHÒNG BỆNH**

Tiêm vắc xin đầy đủ là biện pháp ngăn ngừa bệnh lao phổi hữu hiệu nhất hiện nay. Đặc biệt, các chuyên gia còn khuyến nghị trẻ sơ sinh nên được tiêm phòng bệnh lao ngay tháng đầu chào đời.

Ngoài ra, áp dụng một số thói quen sống lành mạnh có thể hỗ trợ phòng chống nhiễm khuẩn lao, ví dụ như:

- Xây dựng chế độ ăn uống khoa học, hợp lý
- Ngủ đủ giấc
- Thường xuyên rèn luyện thể chất
- Hạn chế uống bia, rượu...
- Không [hút thuốc lá](#) hay sử dụng các chất kích thích gây nghiện như ma túy
- Giữ vệ sinh nơi sinh sống cũng như làm việc sạch sẽ
- Khám sức khỏe định kỳ



# HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC VÀ ĐIỀU TRỊ NCOVID - 19

## I. ĐẠI CƯƠNG

- Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút lây truyền từ động vật sang người và gây bệnh cho người từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng, đe dọa tính mạng của người bệnh như Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV) năm 2002 và Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS-CoV) năm 2012. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn Trung Quốc và hầu hết các nước trên thế giới. Ngày 11/3/2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công bố COVID-19 là một đại dịch toàn cầu. Chủng SARS-CoV-2 ngoài lây truyền từ động vật sang người, còn có khả năng lây trực tiếp từ người sang người chủ yếu qua giọt bắn đường hô hấp và qua đường tiếp xúc. Vi rút cũng có khả năng lây truyền qua khí dung (aerosol) trong không khí, đặc biệt tại các cơ sở y tế. Cho tới nay, lây truyền theo đường phân-miệng chưa có bằng chứng rõ ràng.

- Người bệnh COVID-19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng: từ nhiễm không có triệu chứng, giống như cảm cúm thông thường, tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, suy hô hấp, sốc nhiễm trùng, suy chức năng đa cơ quan và tử vong, đặc biệt ở những người cao tuổi, người có bệnh mãn tính hay suy giảm miễn dịch.

- Hiện nay chưa có thuốc đặc hiệu và chưa có vắc xin phòng COVID-19 nên chủ yếu là điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng. Các biện pháp phòng bệnh chính là phát hiện sớm và cách ly ca bệnh.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Định nghĩa ca bệnh

#### 1.1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

Bao gồm các trường hợp:

**A.** *Người bệnh có sốt và/hoặc viêm đường hô hấp cấp tính VÀ không lý giải được bằng các căn nguyên khác VÀ/HOẶC có tiền sử đến/qua/ở/về từ vùng dịch tễ\** có bệnh COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng.

#### **HOẶC**

**B.** *Người bệnh có bất kỳ triệu chứng hô hấp nào VÀ tiếp xúc gần (\*\*)* với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng.

\* *Vùng dịch tễ:* được xác định là những quốc gia, vùng lãnh thổ có ghi nhận ca mắc COVID-19 lây truyền nội địa (local transmission), hoặc nơi có ổ dịch đang hoạt động tại Việt Nam theo “Hướng dẫn tạm thời giám sát và phòng, chống COVID-19” của Bộ Y tế và được cập nhật bởi Cục Y tế dự phòng.

\*\* *Tiếp xúc gần bao gồm:*

- Tiếp xúc tại các cơ sở y tế: trực tiếp chăm sóc người bệnh COVID-19; làm việc cùng với nhân viên y tế mắc COVID-19; tới thăm người bệnh hoặc ở cùng phòng có người bệnh mắc COVID-19.

- Tiếp xúc trực tiếp trong khoảng cách  $\leq 2$  mét với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.
- Sống cùng nhà với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.
- Cùng nhóm làm việc hoặc cùng phòng làm việc với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.
- Cùng nhóm: du lịch, công tác, vui chơi, buổi liên hoan, cuộc họp ... với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.
- Di chuyển trên cùng phương tiện (ngồi cùng hàng, trước hoặc sau hai hàng ghế) với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

## 1.2. Trường hợp bệnh xác định

Là trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc bất cứ người nào có xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 được thực hiện bởi các cơ sở xét nghiệm do Bộ Y tế cho phép khẳng định.

## II. TRIỆU CHỨNG

### 1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: từ 2-14 ngày, trung bình từ 5-7 ngày.
- Khởi phát: Triệu chứng hay gặp là sốt, ho khan, mệt mỏi và đau cơ. Một số trường hợp đau họng, nghẹt mũi, chảy nước mũi, đau đầu, ho có đờm, nôn và tiêu chảy.
- Diễn biến:
  - + Hầu hết người bệnh (khoảng hơn 80%) chỉ sốt nhẹ, ho, mệt mỏi, không bị viêm phổi và thường tự hồi phục sau khoảng 1 tuần.
  - + Khoảng 14% số ca bệnh diễn biến nặng như viêm phổi, viêm phổi nặng cần nhập viện, khoảng 5% cần điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực với các biểu hiện suy hô hấp cấp (thở nhanh, khó thở, tím tái, ...), hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), sốc nhiễm trùng, suy chức năng các cơ quan bao gồm tổn thương thận và tổn thương cơ tim, dẫn đến tử vong.
  - + Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng ban đầu tới khi diễn biến nặng thường khoảng 7-8 ngày.
  - + Tử vong xảy ra nhiều hơn ở người cao tuổi, người suy giảm miễn dịch và mắc các bệnh mạn tính kèm theo. Ở người lớn, các yếu tố tiên lượng tăng nguy cơ tử vong là tuổi cao, điểm suy đa tạng SOFA cao khi nhập viện và nồng độ d-dimer  $> 1 \mu\text{g/L}$ .
- Thời kỳ hồi phục: Sau giai đoạn toàn phát 7-10 ngày, nếu không có ARDS người bệnh sẽ hết sốt các dấu hiệu lâm sàng dần trở lại bình thường và khỏi bệnh.
- Chưa có bằng chứng về các biểu hiện lâm sàng khác biệt của COVID-19 ở phụ nữ mang thai.
- Ở trẻ em, các biểu hiện lâm sàng đa số nhẹ hơn người lớn, hoặc không có triệu chứng. Các dấu hiệu thường gặp ở trẻ em là sốt và ho, hoặc các biểu hiện viêm phổi. Tỷ lệ bệnh nặng, nguy kịch ít gặp hơn ở người lớn.

### 2. Xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu thay đổi không đặc hiệu:

- Số lượng bạch cầu trong máu có thể bình thường hoặc giảm; số lượng bạch cầu lympho thường giảm, đặc biệt nhóm diễn biến nặng.
- Protein C phản ứng (CRP) bình thường hoặc tăng, procalcitonin (PCT) thường bình thường. Một số trường hợp có thể tăng nhẹ ALT, AST, CK, LDH.
- Trong các trường hợp diễn biến nặng có các biểu hiện suy chức năng các cơ quan, rối loạn đông máu, rối loạn điện giải và toan kiềm.

### **3. X-quang và chụp cắt lớp (CT) phổi**

- Ở giai đoạn sớm hoặc chỉ viêm đường hô hấp trên, hình ảnh X-quang bình thường.
- Khi có viêm phổi, tổn thương thường ở hai bên với dấu hiệu viêm phổi kẽ hoặc đám mờ (hoặc kính mờ) lan tỏa, ở ngoại vi hay thùy dưới. Tổn thương có thể tiến triển nhanh trong ARDS. Ít khi gặp dấu hiệu tạo hang hay tràn dịch, tràn khí màng phổi.

### **4. Xét nghiệm khẳng định căn nguyên**

- Phát hiện SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật Real-Time RT-PCR hoặc giải trình tự gene từ các mẫu bệnh phẩm.

## **IV. PHÂN LOẠI CÁC THỂ LÂM SÀNG**

Viêm đường hô hấp cấp tính do SARS-CoV-2 có thể biểu hiện các thể bệnh trên lâm sàng như sau:

### **1. Viêm đường hô hấp trên**

Người bệnh có các triệu chứng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ. Người cao tuổi hoặc người suy giảm miễn dịch có thể có các triệu chứng không điển hình.

### **2. Viêm phổi nhẹ**

- *Người lớn và trẻ lớn*: bị viêm phổi và không có dấu hiệu viêm phổi nặng.
- *Trẻ nhỏ*: trẻ có ho hoặc khó thở và thở nhanh. Thở nhanh được xác định khi nhịp thở  $\geq 60$  lần/phút ở trẻ dưới 2 tháng;  $\geq 50$  lần/phút ở trẻ từ 2 - 11 tháng;  $\geq 40$  lần/phút ở trẻ từ 1 - 5 tuổi) và không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng.
- X-quang phổi thấy hình ảnh viêm phổi kẽ.

### **3. Viêm phổi nặng**

- *Người lớn và trẻ lớn*: sốt hoặc nghi ngờ nhiễm trùng hô hấp, kèm theo bất kỳ một dấu hiệu sau: nhịp thở  $> 30$  lần/phút, khó thở nặng, hoặc  $SpO_2 \leq 93\%$  khi thở khí phòng.
- *Trẻ nhỏ*: ho hoặc khó thở, và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau đây: tím tái hoặc  $SpO_2 < 90\%$ ; suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực);  
+ Hoặc trẻ được chẩn đoán viêm phổi và có bất kỳ dấu hiệu nặng sau: không thể uống/bú được; rối loạn ý thức (li bì hoặc hôn mê); co giật. Có thể có các dấu hiệu khác của viêm phổi như rút lõm lồng ngực, thở nhanh (tần số thở/phút như trên). Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, chụp X-quang phổi để xác định các biến chứng.

### **4. Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)**

- *Khởi phát*: các triệu chứng hô hấp mới hoặc xấu đi trong vòng một tuần kể từ khi có các triệu chứng lâm sàng.

- *X-quang, CT scan hoặc siêu âm phổi*: hình ảnh mờ hai phế trường mà không phải do tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi hoặc các nốt ở phổi.

- *Nguồn gốc của phù phổi* không phải do suy tim hoặc quá tải dịch, cần đánh giá khách quan (siêu âm tim) để loại trừ phù phổi do áp lực thủy tĩnh nếu không thấy các yếu tố nguy cơ.

- *Thiếu ô xy máu ở người lớn*: phân loại dựa vào chỉ số

$PaO_2/FiO_2$  (P/F) và  $SpO_2/FiO_2$  (S/F) khi không có kết quả  $PaO_2$ :

+ ARDS nhẹ:  $200 \text{ mmHg} < P/F \leq 300 \text{ mmHg}$  với PEEP hoặc CPAP  $\geq 5 \text{ cm H}_2\text{O}$ .

+ ARDS vừa:  $100 \text{ mmHg} < P/F \leq 200 \text{ mmHg}$  với PEEP  $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ .

+ ARDS nặng:  $P/F < 100 \text{ mmHg}$  với PEEP  $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ .

+ Khi không có  $PaO_2$ :  $S/F \leq 315$  gợi ý ARDS (kể cả những người bệnh không thở máy).

- *Thiếu ô xy máu ở trẻ em*: phân loại dựa vào các chỉ số OI (*chỉ số Oxygen hóa*:

$OI = MAP * x FiO_2 \times 100 / PaO_2$ ) ( $MAP^*$ : áp lực đường thở trung bình) hoặc

OSI (*chỉ số Oxygen hóa sử dụng  $SpO_2$* :  $OSI = MAP \times FiO_2 \times 100 / SpO_2$ ) cho

người bệnh thở máy xâm nhập, và  $PaO_2/FiO_2$  hay  $SpO_2/FiO_2$  cho thở CPAP hay thở máy không xâm nhập (NIV):

+ NIV BiLevel hoặc CPAP  $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$  qua mặt nạ:  $PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$  hoặc  $SpO_2/FiO_2 \leq 264$

+ ARDS nhẹ (thở máy xâm nhập):  $4 \leq OI < 8$  hoặc  $5 \leq OSI < 7,5$

+ ARDS vừa (thở máy xâm nhập):  $8 \leq OI < 16$  hoặc  $7,5 \leq OSI < 12,3$

+ ARDS nặng (thở máy xâm nhập):  $OI \geq 16$  hoặc  $OSI \geq 12,3$

## 5. Nhiễm trùng huyết (sepsis)

- *Người lớn*: có dấu hiệu rối loạn chức năng các cơ quan:

+ Thay đổi ý thức: ngủ gà, lơ mơ, hôn mê

+ Khó thở hoặc thở nhanh, độ bão hòa ô xy thấp

+ Nhịp tim nhanh, mạch bất yếu, chi lạnh, hoặc hạ huyết áp, da nổi vân tím

+ Thiếu niệu hoặc vô niệu

+ Xét nghiệm có rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, nhiễm toan, tăng lactate, tăng bilirubine...

- *Trẻ em*: khi nghi ngờ hoặc khẳng định do nhiễm trùng và có ít nhất 2 tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và một trong số đó phải là thay đổi thân nhiệt hoặc số lượng bạch cầu bất thường.

## 6. Sốc nhiễm trùng

- *Người lớn*: hạ huyết áp kéo dài mặc dù đã hồi sức dịch, phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình (MAP)  $\geq 65 \text{ mmHg}$  và nồng độ lactate huyết thanh  $> 2 \text{ mmol/L}$ .

- *Trẻ em*: sốc nhiễm trùng xác định khi có:

+ Bất kỳ tình trạng hạ huyết áp nào: khi huyết áp tâm thu  $< 5$  bách phân vị hoặc  $> 2SD$  dưới ngưỡng bình thường theo lứa tuổi, hoặc (trẻ  $< 1$  tuổi:  $< 70 \text{ mmHg}$ ; trẻ từ 1-10 tuổi:  $< 70 + 2 \times \text{tuổi}$ ; trẻ  $> 10$  tuổi:  $< 90 \text{ mmHg}$ ).

+ Hoặc có bất kỳ 2-3 dấu hiệu sau: thay đổi ý thức, nhịp tim nhanh hoặc chậm (< 90 nhịp/phút hoặc >160 nhịp/phút ở trẻ nhũ nhi, và <70 nhịp/phút hoặc >150 nhịp/phút ở trẻ nhỏ); thời gian làm đầy mao mạch kéo dài (>2 giây); hoặc giãn mạch ấm/mạch nảy; thở nhanh; da nổi vân tím hoặc có chấm xuất huyết hoặc ban xuất huyết; tăng nồng độ lactate; thiếu niệu; tăng hoặc hạ thân nhiệt.

## **V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT**

- Cần chẩn đoán phân biệt viêm đường hô hấp cấp do SARS-CoV 2 (COVID-19) với viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân hay gặp khác, bao gồm cả các tác nhân gây dịch bệnh nặng đã biết:

+ Vi rút cúm mùa (A/H3N2, A/H1N1, B), vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp (RSV), *rhinovirus*, *myxovirus*, *adenovirus*.

+ Hội chứng cảm cúm do các chủng *coronavirus* thông thường.

+ Các căn nguyên khuẩn vi khuẩn hay gặp, bao gồm các vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma pneumonia* etc.

+ Các căn nguyên khác có thể gây viêm đường hô hấp cấp tính nặng như cúm gia cầm A/H5N1, A/H7N9, A/H5N6, các chủng *coronavirus* khác như SARS-CoV-1 và MERS-CoV.

- Cần chẩn đoán phân biệt các tình trạng nặng của người bệnh (suy hô hấp, suy chức năng các cơ quan...) do các căn nguyên khác hoặc do tình trạng nặng của các bệnh lý mãn tính kèm theo.

## **VI. ĐIỀU TRA, GIÁM SÁT, XÉT NGHIỆM VÀ BÁO CÁO CA BỆNH**

- Tất cả các cơ sở y tế cần tiến hành sàng lọc, phân loại và cách ly ngay khi phát hiện các ca bệnh nghi ngờ, hoặc xác định mắc COVID-19,

- Các trường hợp bệnh nghi ngờ, cần làm xét nghiệm khẳng định căn nguyên.

- Nhanh chóng lấy bệnh phẩm và gửi làm xét nghiệm xác định SARS-CoV-2 càng sớm càng tốt từ các ca bệnh trên, lấy dịch đường hô hấp trên (dịch họng & dịch tỵ hầu) VÀ khi mẫu bệnh phẩm dịch đường hô hấp trên âm tính nhưng vẫn nghi ngờ về lâm sàng, cần lấy dịch đường hô hấp dưới (đờm, dịch hút phế quản, dịch rửa phế nang). Nếu người bệnh thở máy có thể chỉ cần lấy dịch đường hô hấp dưới. Trong trường hợp cần thiết và nghi ngờ thì có thể lấy máu và mẫu phân.

- Trường hợp xác định mắc COVID-19, cần lấy mẫu bệnh phẩm dịch hô hấp và xét nghiệm nhắc lại với khoảng cách mỗi 2-4 ngày hoặc ngắn hơn nếu cần thiết cho tới khi kết quả âm tính.

- Tham khảo ý kiến của các chuyên gia trong bệnh viện hoặc các bác sĩ có kinh nghiệm đối với các trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 khi cần thiết.

- Những trường hợp bệnh nghi ngờ, kể cả ở những trường hợp đã xác định được tác nhân thông thường khác, cần làm xét nghiệm khẳng định để xác định SARS-CoV-2 ít nhất một lần.

- Cây máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết, nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh.

- Cần thực hiện đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng và thăm dò thường quy tùy từng tình trạng người bệnh để chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi người bệnh.

- Những trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 cần báo cáo Bộ Y tế hoặc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật địa phương.
- Xác định về mặt dịch tễ học liên quan đến các trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 như: nơi sinh sống, nơi làm việc, đi lại, lập danh sách những người đã tiếp xúc trực tiếp, tuân thủ theo hướng dẫn giám sát và phòng, chống COVID-19 của Bộ Y tế.

## **VII. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM TỨC THÌ**

Dự phòng lây nhiễm là một bước quan trọng trong chẩn đoán và điều trị người bệnh mắc COVID-19, do vậy cần được thực hiện ngay khi người bệnh tới nơi tiếp đón ở các cơ sở y tế. Các biện pháp dự phòng chuẩn phải được áp dụng ở tất cả các khu vực trong cơ sở y tế.

### **1. Tại khu vực sàng lọc & phân loại ca bệnh**

- Cho người bệnh nghỉ ngơi đeo khẩu trang và hướng dẫn tới khu vực cách ly.
- Bảo đảm khoảng cách giữa các người bệnh  $\geq 2$  mét.
- Hướng dẫn người bệnh che mũi miệng khi ho, hắt hơi và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc dịch hô hấp.

### **2. Áp dụng các biện pháp dự phòng giọt bắn.**

- Cần đeo khẩu trang y tế nếu làm việc trong khoảng cách 1-2m với người bệnh.
- Ưu tiên cách ly người bệnh ở phòng riêng, hoặc sắp xếp nhóm người bệnh cùng căn nguyên trong một phòng. Nếu không xác định được căn nguyên, xếp người bệnh có chung các triệu chứng lâm sàng và yếu tố dịch tễ. Phòng bệnh cần được bảo đảm thông thoáng và khử trùng phòng bệnh bằng tia cực tím đặc biệt không đóng kín cửa để sử dụng điều hòa.
- Khi chăm sóc gần người bệnh có triệu chứng hô hấp (ho, hắt hơi) cần sử dụng dụng cụ bảo vệ mắt.
- Hạn chế người bệnh di chuyển trong cơ sở y tế và người bệnh phải đeo khẩu trang khi ra khỏi phòng.

### **3. Áp dụng các biện pháp dự phòng tiếp xúc.**

- Nhân viên y tế phải sử dụng các trang thiết bị bảo vệ cá nhân (khẩu trang y tế, kính bảo vệ mắt, găng tay, áo choàng) khi vào phòng bệnh và cởi bỏ khi ra khỏi phòng và tránh đưa tay bẩn lên mắt, mũi, miệng.
- Vệ sinh và sát trùng các dụng cụ (ống nghe, nhiệt kế) trước khi sử dụng cho mỗi người bệnh.
- Tránh làm nhiễm bẩn các bề mặt môi trường xung quanh như cửa phòng, công tắc đèn, quạt...
- Đảm bảo phòng bệnh thoáng khí, mở các cửa sổ phòng bệnh và khử trùng phòng bệnh bằng tia cực tím, đặc biệt không đóng kín cửa để sử dụng điều hòa.
- Hạn chế di chuyển người bệnh
- Vệ sinh tay

### **4. Áp dụng các biện pháp dự phòng lây truyền qua đường không khí khi thực hiện các thủ thuật liên quan.**

- Các nhân viên y tế khi thực hiện các thủ thuật như đặt ống nội khí quản, hút đường hô hấp, soi phế quản, cấp cứu tim phổi... phải sử dụng các thiết bị bảo vệ cá nhân bao gồm đeo găng tay, áo choàng, bảo vệ mắt, khẩu trang N95 hoặc tương đương.

- Nếu có thể, thực hiện thủ thuật ở phòng riêng, hoặc phòng áp lực âm.
- Hạn chế người không liên quan ở trong phòng khi làm thủ thuật.

## **VIII. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Nguyên tắc điều trị chung**

- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh:

+ Các ca bệnh nghi ngờ (có thể xem như tình trạng cấp cứu); cần được khám, theo dõi và cách ly ở khu riêng tại các cơ sở y tế, lấy bệnh phẩm đúng cách để làm xét nghiệm đặc hiệu chẩn đoán xác định.

+ Ca bệnh xác định cần được theo dõi và điều trị cách ly hoàn toàn, trong đó: Ca bệnh nhẹ (*viêm đường hô hấp trên, viêm phổi nhẹ*) điều trị tại các phòng điều trị nội trú thông thường; Ca bệnh nặng (*viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết*) cần được điều trị tại phòng cấp cứu của các khoa hoặc khoa hồi sức tích cực; Ca bệnh nặng-nguy kịch: (*suy hô hấp nặng, ARDS, SOC nhiễm trùng, suy đa cơ quan*) cần được điều trị tại phòng hồi sức tích cực.

- Do chưa có thuốc đặc hiệu, điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng là chủ yếu.
- Cá thể hóa các biện pháp điều trị cho từng trường hợp, đặc biệt là các ca bệnh nặng - nguy kịch.
- Có thể áp dụng một số phác đồ điều trị nghiên cứu được Bộ Y tế cho phép.
- Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các tình trạng nặng, biến chứng của bệnh.

### **2. Các biện pháp điều trị và theo dõi chung**

- Nghi ngơi tại giường, phòng bệnh cần được đảm bảo thông thoáng và khử trùng phòng bệnh bằng tia cực tím đặc biệt không đóng kín cửa để sử dụng điều hòa.
- Vệ sinh mũi họng, có thể giữ ẩm mũi bằng nhỏ dung dịch nước muối sinh lý, súc miệng họng bằng các dung dịch vệ sinh miệng họng thông thường.
- Giữ ẩm.
- Uống đủ nước, đảm bảo cân bằng dịch, điện giải.
- Thận trọng khi truyền dịch cho người bệnh viêm phổi nhưng không có dấu hiệu của sốc.
- Đảm bảo dinh dưỡng và nâng cao thể trạng. Với các người bệnh nặng - nguy kịch, áp dụng hướng dẫn dinh dưỡng của Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc đã ban hành.
- Hạ sốt nếu sốt cao, có thể dùng paracetamol liều 10-15 mg/kg/lần, không quá 60 mg/kg/ngày cho trẻ em và không quá 2 gam/ngày với người lớn.
- Giảm ho bằng các thuốc giảm ho thông thường nếu cần thiết. Sử dụng các thuốc y học cổ truyền hỗ trợ điều trị và nâng cao thể trạng theo chỉ định của thầy thuốc.
- Đánh giá, điều trị, tiên lượng các tình trạng bệnh lý mãn tính kèm theo (nếu có).
- Phục hồi chức năng sớm cho người bệnh Covid-19 để cải thiện chức năng phổi và các chức năng khác, ngăn chặn sự suy giảm về thể chất và tinh thần, tăng cường khả năng vận động.
- Tư vấn, hỗ trợ tâm lý, động viên người bệnh.

- Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu lâm sàng, tiến triển của tổn thương phổi trên phim X-quang và/hoặc CT phổi, có thể sử dụng các thang điểm cảnh báo sớm (Early Warning Score - EWS) để phát hiện sớm các dấu hiệu nặng, đặc biệt trong khoảng ngày thứ 7-10 của bệnh, phát hiện các dấu hiệu tiến triển nặng của bệnh như suy hô hấp, suy tuần hoàn để có các biện pháp can thiệp kịp thời.
- Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị ca bệnh nhẹ (viêm đường hô hấp trên, viêm phổi) cần có các trang thiết bị, dụng cụ cấp cứu tối thiểu: máy theo dõi độ bão hòa ô xy, hệ thống/bình cung cấp ô xy, thiết bị thở ô xy (gọng mũi, mask thông thường, mask có túi dự trữ), bóng, mặt nạ, và dụng cụ đặt ống nội khí quản phù hợp các lứa tuổi, máy truyền dịch, bơm tiêm điện, máy làm điện tâm đồ, máy chụp X-quang.
- Tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh điều trị ca bệnh nặng, ngoài các trang thiết bị nêu trên, cần có thêm các máy, thiết bị y tế cần thiết như: máy theo dõi nhiều chỉ số sinh tồn, hệ thống thở thở ô xy dòng cao, máy thở (không xâm nhập và xâm nhập), máy thở cao tan (HFO), máy lọc máu liên tục, hệ thống theo dõi huyết động xâm nhập, máy ECMO,... (tùy từng điều kiện cụ thể).

### **3. Điều trị suy hô hấp**

#### **3.1. Liệu pháp ô xy và theo dõi**

- Cần cho thở ô xy ngay với bệnh nhân viêm đường hô hấp cấp nặng có suy hô hấp, thiếu ô xy máu, sốc để đạt đích SpO<sub>2</sub> > 94%
- Ở người lớn nếu có các dấu hiệu cấp cứu (gắng sức nặng, rút lõm lồng ngực, tím tái, giảm thông khí phổi) cần làm thông thoáng đường thở và cho thở ô xy ngay để đạt đích SpO<sub>2</sub> ≥ 94 % trong quá trình hồi sức. Cho thở ô xy qua gọng mũi (2-4 lít/phút), hoặc mask thông thường, hoặc mask có túi dự trữ, với lưu lượng ban đầu là 5 lít/phút và tăng lên tới 10-15 lít/phút nếu cần. Khi bệnh nhân ổn định hơn, điều chỉnh để đạt đích SpO<sub>2</sub> ≥ 90 % cho người lớn, và SpO<sub>2</sub> ≥ 92-95% cho phụ nữ mang thai.
- Với trẻ em, nếu trẻ có các dấu hiệu cấp cứu như khó thở nặng, tím tái, sốc, hôn mê, co giật..., cần cung cấp ô xy trong quá trình cấp cứu để đạt đích SpO<sub>2</sub> ≥ 94%. Khi tình trạng trẻ ổn định, điều chỉnh để đạt đích SpO<sub>2</sub> ≥ 90 %.
- Theo dõi sát tình trạng người bệnh để phát hiện các dấu hiệu nặng, thất bại với liệu pháp thở ô xy để có can thiệp kịp thời.

#### **3.2. Điều trị suy hô hấp nguy kịch & ARDS**

- Khi tình trạng giảm ô xy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở ô xy, SpO<sub>2</sub> ≤ 92%, hoặc/và gắng sức hô hấp: có thể cân nhắc chỉ định thở ô xy dòng cao qua gọng mũi (High Flow Nasal Oxygen), CPAP, hoặc thở máy không xâm nhập BiPAP.
- Không áp dụng biện pháp thở máy không xâm nhập ở người bệnh có rối loạn huyết động, suy chức năng đa cơ quan, và rối loạn ý thức.
- Cần theo dõi chặt chẽ người bệnh để phát hiện các dấu hiệu thất bại để có can thiệp kịp thời. Nếu tình trạng thiếu ô xy không cải thiện với các biện pháp hỗ trợ hô hấp không xâm nhập, cần đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập.
- Cần đặt ống nội khí quản bởi người có kinh nghiệm, áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm qua không khí khi đặt ống nội khí quản.



- Hỗ trợ hô hấp: áp dụng phác đồ hỗ trợ hô hấp trong ARDS cho người lớn và trẻ em. Chú ý các điểm sau:

+ Thở máy: áp dụng chiến lược thở máy bảo vệ phổi, với thể tích khí lưu thông thấp (4-8 ml/kg trọng lượng lý tưởng) và áp lực thở vào thấp (giữ áp lực cao nguyên hay Pplateau < 30 cmH<sub>2</sub>O, ở trẻ em, giữ Pplateau < 28 cmH<sub>2</sub>O). Thể tích khí lưu thông ban đầu 6 ml/kg, điều chỉnh theo sự đáp ứng của người bệnh và theo mục tiêu điều trị.

+ Chấp nhận tăng CO<sub>2</sub>, giữ đích pH ≥ 7.20.

+ Trường hợp ARDS nặng ở người lớn, cân nhắc áp dụng thở máy ở tư thế nằm sấp 12-16 giờ/ngày (nếu có thể).

+ Áp dụng chiến lược PEEP cao cho ARDS vừa và nặng.

+ Tránh ngắt kết nối người bệnh khỏi máy thở dẫn tới mất PEEP và xẹp phổi. Nên sử dụng hệ thống hút nội khí quản kín.

+ Ở trẻ em và trẻ sơ sinh, có thể thở máy cao tần (HFOV-High Frequency Oscillatory Ventilation) sớm (nếu có), hoặc khi thất bại với thở máy thông thường. Không sử dụng HFOV cho người lớn.

+ Cần đảm bảo an thần, giảm đau thích hợp khi thở máy. Trong trường hợp ARDS vừa- nặng, có thể dùng thuốc giãn cơ, nhưng không nên dùng thường quy.

- Kiểm soát cân bằng dịch chặt chẽ, tránh quá tải dịch, đặc biệt ngoài giai đoạn bù dịch hồi sức tuần hoàn.

- Trường hợp thiếu ô xy nặng, dai dẳng, thất bại với các biện pháp điều trị thông thường, cân nhắc chỉ định và sử dụng các kỹ thuật trao đổi ô xy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) cho từng trường hợp cụ thể và thực hiện ở những nơi có đủ điều kiện triển khai kỹ thuật này.

- Do ECMO chỉ có thể thực hiện được ở một số cơ sở y tế lớn, nên trong trường hợp cân nhắc chỉ định ECMO, các cơ sở cần liên hệ, vận chuyển người bệnh sớm và tuân thủ quy trình vận chuyển người bệnh do Bộ Y tế quy định.

#### **4. Điều trị sốc nhiễm trùng**

Áp dụng phác đồ điều trị sốc nhiễm trùng cho người lớn và trẻ em. Chú ý một số điểm sau:

##### **4.1. Hồi sức dịch**

- Sử dụng dịch tinh thể đẳng trương như nước muối sinh lý hay Ringer lactat. Tránh dùng các dung dịch tinh thể nhược trương, dung dịch Haes-steril, Gelatin để hồi sức dịch.

- Liều lượng:

+ Người lớn: truyền nhanh 250-500 ml, trong 15-30 phút đầu, đánh giá các dấu hiệu quá tải dịch sau mỗi lần bù dịch nhanh.

+ Trẻ em: 10-20 ml/kg, truyền tĩnh mạch nhanh trong 30 phút đầu, nhắc lại nếu cần thiết, đánh giá các dấu hiệu quá tải dịch sau mỗi lần bù dịch nhanh.

- *Cần theo dõi sát các dấu hiệu của quá tải dịch trong khi hồi sức dịch như suy hô hấp nặng hơn, gan to, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, phổi có ran ẩm, phù phổi...nếu xuất hiện, cần giảm hoặc dừng truyền dịch.*

- Theo dõi các dấu hiệu cải thiện tưới máu: huyết áp trung bình > 65 mgHg cho người lớn và theo lứa tuổi ở trẻ em; lượng nước tiểu (>0.5 ml/kg/giờ cho người

lớn, và >1 ml/kg/giờ cho trẻ em), cải thiện thời gian làm đầy mao mạch, màu sắc da, tình trạng ý thức, và nồng độ lactat trong máu.

#### **4.2. Thuốc vận mạch**

Nếu tình trạng huyết động, tưới máu không cải thiện, cần cho thuốc vận mạch sớm.

- *Người lớn*: nor-adrenaline là lựa chọn ban đầu, điều chỉnh liều để đạt đích huyết áp động mạch trung bình (MAP)  $\geq 65$  mmHg và cải thiện tưới máu. Nếu tình trạng huyết áp và tưới máu không cải thiện hoặc có rối loạn chức năng tim dù đã đạt được đích MAP với dịch truyền và thuốc co mạch, có thể cho thêm dobutamine.

- *Trẻ em*: adrenaline là lựa chọn ban đầu, có thể cho dopamin, hoặc dobutamine. Trong trường hợp sốc giãn mạch (áp lực mạch hay chênh lệch huyết áp tối đa và tối thiểu >40 mmHg), cân nhắc cho thêm nor-adrenaline. Điều chỉnh liều thuốc vận mạch để đạt đích MAP > 50<sup>th</sup> bách phân vị theo lứa tuổi.

- Sử dụng đường truyền tĩnh mạch trung tâm để truyền các thuốc vận mạch. Nếu không có đường truyền tĩnh mạch trung tâm, có thể dùng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên hoặc truyền trong xương. Theo dõi các dấu hiệu vỡ mạch và hoại tử.

- Có thể sử dụng các biện pháp thăm dò huyết động xâm nhập hoặc không xâm nhập tùy điều kiện tại mỗi cơ sở để đánh giá và theo dõi tình trạng huyết động để điều chỉnh dịch và các thuốc vận mạch theo tình trạng người bệnh.

**4.3.** Cây máu và thuốc kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm sớm trong vòng một giờ xác định sốc nhiễm trùng.

**4.4.** Kiểm soát đường máu, (giữ nồng độ đường máu từ 8-10 mmol/L), can xi máu, albumin máu, (truyền albumin khi nồng độ albumin <30 g/L, giữ albumin máu  $\geq 35$  g/L).

**4.5.** Trường hợp có các yếu tố nguy cơ suy thượng thận cấp, hoặc sốc phụ thuộc catecholamine: có thể cho hydrocorticone liều thấp: Người lớn hydrocortisone 50 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ; trẻ em 2 mg/kg/liều đầu tiên, sau đó 0,5-1,0 mg/kg mỗi 6 giờ.

**4.6.** Truyền khối hồng cầu khi cần, giữ nồng độ huyết sắc tố  $\geq 10$  g/dl.

### **5. Điều trị hỗ trợ chức năng các cơ quan**

Tùy từng tình trạng cụ thể của mỗi người bệnh để có các biện pháp hỗ trợ thích hợp.

- Hỗ trợ chức năng thận:

+ Đảm bảo huyết động, cân bằng nước và điện giải, thuốc lợi tiểu khi cần thiết

+ Nếu tình trạng suy thận nặng, suy chức năng đa cơ quan và/hoặc có quá tải dịch, chỉ định áp dụng các biện pháp thận thay thế như lọc máu liên tục, lọc máu ngắt quãng, hoặc thẩm phân phúc mạc tùy điều kiện của cơ sở điều trị.

- Hỗ trợ chức năng gan: nếu có suy gan

- Điều chỉnh rối loạn đông máu: truyền tiểu cầu, plasma tươi, các yếu tố đông máu nếu cần thiết.

### **6. Các biện pháp điều trị khác**

#### **6.1. Thuốc kháng sinh**

- Không sử dụng thuốc kháng sinh thường quy cho các trường hợp viêm đường hô hấp trên đơn thuần.
- Với các trường hợp viêm phổi, cần nhắc sử dụng kháng sinh thích hợp theo kinh nghiệm có tác dụng với các tác nhân vi khuẩn có thể đồng nhiễm gây viêm phổi, (tùy theo lứa tuổi, dịch tễ, để gợi ý căn nguyên).
- Nếu có tình trạng nhiễm trùng huyết, cần cho kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm sớm, trong vòng một giờ từ khi xác định nhiễm trùng huyết. Điều chỉnh kháng sinh thích hợp khi có kết quả vi khuẩn và kháng sinh đồ.
- Các trường hợp nhiễm trùng thứ phát, tùy theo căn nguyên, đặc diêm dịch tễ, kháng kháng sinh để lựa chọn kháng sinh thích hợp.

### **6.2. Thuốc kháng vi rút**

- Chưa khuyến cáo sử dụng các thuốc điều trị kháng vi rút đặc hiệu cho SARS-CoV-2 (ngoài phạm vi các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng), do bằng chứng về hiệu quả, tính an toàn của các thuốc kháng vi rút ức chế sao chép ngược (Antiretroviral hay ARV) và các thuốc kháng vi rút khác (như Chloroquine/Hydroxychloroquine, Remdesivir, Ribavirin) còn hạn chế.
- Bộ Y tế sẽ đưa ra khuyến cáo sau khi xem xét kết quả các thử nghiệm lâm sàng của những thuốc này trên thế giới và ở Việt Nam.

### **6.3. Corticosteroids toàn thân**

- Không sử dụng các thuốc corticosteroids toàn thân thường quy cho viêm đường hô hấp trên hoặc viêm phổi do vi rút trừ khi có những chỉ định khác.
- Các trường hợp sốc nhiễm trùng, sử dụng hydrocortisone liều thấp nếu có chỉ định (xem phần điều trị sốc nhiễm trùng).
- Tùy theo tiến triển lâm sàng và hình ảnh X-quang phổi của từng trường hợp viêm phổi nặng, có thể cân nhắc sử dụng Methylprednisolone liều 1-2 mg/kg/ngày, trong thời gian ngắn 3-5 ngày (có thể chỉ định sớm trước khi có các dấu hiệu của suy hô hấp).

### **6.4. Lọc máu ngoài cơ thể**

Các trường hợp ARDS nặng và/hoặc sốc nhiễm trùng nặng không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với các biện pháp điều trị thường quy (có thể do các cơn bão cytokine gây ra). Cân nhắc sử dụng các biện pháp lọc máu liên tục ngoài cơ thể bằng các loại quả lọc có khả năng hấp phụ cytokines.

### **6.5. Immunoglobuline truyền tĩnh mạch (IVIG)**

Có thể cân nhắc sử dụng IVIG cho những trường hợp bệnh nặng, và tùy từng trường hợp cụ thể.

### **6.6. Interferon**

Có thể cân nhắc sử dụng interferon cho từng trường hợp cụ thể (nếu có).

### **6.7. Phục hồi chức năng**

Phục hồi chức năng sớm cho người bệnh Covid-19 để cải thiện chức năng phổi và các chức năng khác, ngăn chặn sự suy giảm về thể chất và tinh thần, tăng cường khả năng vận động.

## **7. Dự phòng biến chứng**

Với các trường hợp nặng điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực, cần dự phòng các biến chứng hay gặp sau:

### **7.1. Viêm phổi liên quan tới thở máy**

Áp dụng và tuân thủ gói dự phòng viêm phổi liên quan tới thở máy:

- Nên đặt ống NKQ đường miệng.
- Đặt người bệnh nằm tư thế đầu cao 30-45 độ.
- Vệ sinh răng miệng.
- Sử dụng hệ thống hút kín, định kỳ làm thoát nước đọng trong dây máy thở.
- Sử dụng bộ dây máy thở mới cho mỗi bệnh nhân; chỉ thay dây máy thở khi bẩn hoặc hư hỏng trong khi người bệnh đang thở máy.
- Thay bình làm ẩm/ấm khi bị hỏng, bẩn, hoặc sau mỗi 5-7 ngày.

### **7.2. Dự phòng huyết khối tĩnh mạch**

- Người lớn hoặc trẻ lớn; nếu không có chống chỉ định, dùng Heparine trọng lượng phân tử thấp nếu có, hoặc Heparine thường 5000 UI, tiêm dưới da, 2 lần/ngày.
- Nếu có chống chỉ định; sử dụng các biện pháp cơ học.

### **7.3. Nhiễm trùng máu liên quan tới đường truyền trung tâm**

Sử dụng bảng kiểm để theo dõi áp dụng các gói dự phòng khi đặt đường truyền và chăm sóc đường truyền trung tâm. Rút đường truyền trung tâm khi không cần thiết.

### **7.4. Loét do tỳ đè**

Xoay trở người bệnh thường xuyên

### **7.5. Viêm loét dạ dày do stress và xuất huyết tiêu hóa**

- Cho ăn qua đường tiêu hóa sớm (trong vòng 24-48 giờ sau nhập viện)
- Dùng thuốc kháng H2 hoặc ức chế bơm proton cho những người bệnh có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa như thở máy  $\geq 48$  giờ, rối loạn đông máu, điều trị thay thế thận, có bệnh gan, nhiều bệnh nền kèm theo, và suy chức năng đa cơ quan.

### **7.6. Yếu cơ liên quan tới điều trị hồi sức**

Khi có thể, tích cực cho vận động sớm trong quá trình điều trị.

## **8. Một số quần thể đặc biệt**

### **8.1. Phụ nữ mang thai**

Khi nghi ngờ hoặc khẳng định nhiễm SARS-CoV-2 cần được điều trị theo các biện pháp như trên, tuy nhiên cần chú ý tới những thay đổi sinh lý khi mang thai.

### **8.2. Người cao tuổi**

Người cao tuổi với các bệnh lý nền kèm theo tăng nguy cơ mắc bệnh nặng và tử vong. Nên có sự phối hợp các chuyên khoa trong việc chăm sóc và điều trị người cao tuổi, cần chú ý tới những thay đổi sinh lý ở người cao tuổi, cũng như tương tác thuốc trong quá trình điều trị.

## **IX. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN**

### **1. Người bệnh được xuất viện khi có đủ các tiêu chuẩn sau**

- Hết sốt ít nhất 3 ngày.
- Các triệu chứng lâm sàng cải thiện, toàn trạng tốt, các dấu hiệu sinh tồn ổn định, chức năng các cơ quan bình thường, xét nghiệm máu trở về bình thường, X-quang phổi cải thiện.
- Có ít nhất hai mẫu liên tiếp bệnh phẩm dịch đường hô hấp (dịch ty hầu và họng), lấy mẫu cách nhau  $\geq 24$  giờ, xét nghiệm âm tính với SARS-CoV-2.

### **2. Theo dõi sau xuất viện**

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh ra viện cần thông báo cho Trung tâm kiểm soát bệnh tật địa phương, cơ quan y tế và chính quyền địa phương để tiếp tục cho người bệnh cách ly tại nhà 14 ngày sau khi ra viện.
- Người bệnh nên được ở trong phòng riêng thông thoáng, đeo khẩu trang, vệ sinh tay, ăn riêng, hạn chế tiếp xúc với các thành viên trong gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh theo dõi thân nhiệt tại nhà 2 lần/ngày, nếu thân nhiệt cao hơn 37,5°C ở hai lần đo liên tiếp hoặc có các dấu hiệu bất thường khác, phải đến khám lại ngay tại các cơ sở y tế.

## **BỆNH BẠCH HẦU**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh bạch hầu là bệnh nhiễm trùng - nhiễm độc, lây theo đường hô hấp và có khả năng gây dịch, do trực khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* (còn gọi là trực khuẩn *Klebs-Leoffler*) gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ em < 15 tuổi và ở đối tượng chưa có miễn dịch với bệnh bạch hầu do chưa được tiêm vắc-xin đầy đủ. Vi khuẩn thường khu trú và làm thương tổn đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản) tạo giả mạc dai dính, khó bóc tách và sinh ra ngoại độc tố gây nhiễm độc toàn thân (tim, thận, thần kinh), nguy cơ tử vong cao do tắc đường thở và viêm cơ tim. Bệnh có thuốc điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh và kháng độc tố bạch hầu (SAD) và có thể dự phòng bệnh bằng vắc-xin.

### **2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH**

Vi khuẩn bạch hầu là cầu trực khuẩn gram (+), hình chùy dài 1-9 µm, rộng 0,3 - 0,8 µm, không di động, không có vỏ, không tạo nha bào. Trực khuẩn bạch hầu sống lâu ở giả mạc và họng của bệnh nhân. Trong điều kiện thiếu ánh sáng vi khuẩn sống tới 6 tháng và tồn tại lâu trên các đồ chơi của trẻ bị bạch hầu, áo choàng của nhân viên y tế... Vi khuẩn bạch hầu chết ở nhiệt độ 58°C trong vòng 10 phút, dưới ánh sáng mặt trời vi khuẩn chết trong vài giờ.

### **3. LÂM SÀNG**

Hay gặp nhất là bạch hầu họng (70%), bạch hầu thanh quản (20-30%), bạch hầu mũi (4%), bạch hầu mắt (3-8%), bạch hầu da...



### 3.1. Bạch hầu họng

**3.1.1. Thời gian ủ bệnh:** từ 2-5 ngày, không có triệu chứng lâm sàng.

**3.1.2. Thời kỳ khởi phát:**

- Người bệnh thường sốt  $37,5^{\circ}$  -  $38^{\circ}\text{C}$ , đau họng, khó chịu, mệt, ăn kém, da hơi xanh, sổ mũi một bên hoặc 2 bên có thể lẫn máu.

- Khám họng: Họng hơi đỏ, a-my-dan có điểm trắng mờ dạng giả mạc ở một bên. Sờ thấy hạch cổ nhỏ, di động, không đau.

**3.1.3. Thời kỳ toàn phát:** Vào ngày thứ 2-3 của bệnh.

- Toàn thân: Người bệnh sốt  $38^{\circ}$  -  $38,5^{\circ}$ , nuốt đau, da xanh tái, mệt nhiều, chán ăn, mạch nhanh, huyết áp hơi hạ.

- Khám họng: có giả mạc lan tràn ở một bên hoặc 2 bên a-my-dan; trường hợp nặng giả mạc lan trùm lưỡi gà và màn hầu. Giả mạc lúc đầu trắng ngà, sau ngà màu hơi vàng nhạt, dính chặt vào niêm mạc, bóc tách gây chảy máu, nếu bóc tách thì vài giờ sau mọc lại rất nhanh; giả mạc dai, không tan trong nước, niêm mạc quanh giả mạc bình thường.

- Hạch góc hàm sưng đau. Bệnh nhân sổ mũi nhiều, nước mũi trắng hoặc lẫn mủ.

### 3.2. Bạch hầu ác tính

Có thể xuất hiện sớm ngày 3-7 ngày đầu của bệnh. Bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng sốt cao  $39-40^{\circ}\text{C}$ , giả mạc lan rộng, khắp hầu họng và môi. Hạch

cổ sưng to biến dạng dẫn đến hình cổ bạnh, có nhiều biến chứng sớm viêm cơ tim, suy thận và tổn thương thần kinh.

### **3.3. Bạch hầu thanh quản**

- Ít gặp bạch hầu thanh quản đơn thuần, thường là bạch hầu họng-thanh quản.
- Bệnh cảnh lâm sàng bao gồm: viêm thanh quản cấp (ho ông ổng, khàn tiếng, khó thở chậm thì hít vào, có tiếng rít thanh quản) giai đoạn muộn sẽ dẫn đến ngạt thở.

## **4. CẬN LÂM SÀNG**

### **4.1. Xác định căn nguyên**

- + Bệnh phẩm: lấy dịch hầu họng ngoáy ở vùng rìa xung quanh giả mạc (tăm bông lấy bệnh phẩm được bảo quản trong môi trường Amies hoặc môi trường Stuart, vận chuyển ngay đến phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt).
- + Nhuộm soi tìm vi khuẩn hình thái bạch hầu: Trực khuẩn gram (+), hình chùy.
- + Nuôi cấy trên môi trường thạch máu, môi trường chọn lọc Loeffle (Tellurite kali) (hoặc môi trường Cystine tellurite blood agar - CTBA) tìm vi khuẩn bạch hầu, xác định độc tố bạch hầu (Toxigenicity testing bằng VD: Elek test).
- + Dùng kĩ thuật PCR xác định gen độc tố bạch hầu ở cơ sở có điều kiện thực hiện.

### **4.2. Các xét nghiệm thường quy và theo dõi, phát hiện các biến chứng**

(công thức máu, men gan, men tim, ure, creatinine, điện giải, glucose máu, khí máu nếu cần, điện tâm đồ, tổng phân tích nước tiểu, XQ ngực...)

## **5. CHẨN ĐOÁN**

### **5.1. Ca bệnh nghi ngờ**

- Lâm sàng: Có bệnh cảnh lâm sàng của bệnh bạch hầu, giả mạc vùng hầu họng ở vùng tổn thương.
- Dịch tễ học: Người bệnh có đi và đến từ vùng đang có dịch bạch hầu hoặc ở vùng từng có ổ dịch bạch hầu trong 5 năm gần đây.

### **5.2. Chẩn đoán xác định**

Ca bệnh nghi ngờ kèm theo xét nghiệm tìm vi khuẩn bạch hầu dương tính

### **5.3. Chẩn đoán phân biệt**

**5.3.1. Các viêm a-my-dan hốc mũi có giả mạc mũi do các nguyên nhân khác như:**

- Liên cầu nhóm A
- Bệnh viêm họng Vincent
- Epstein-Barr vi rút (EBV)
- Nấm họng candida

### **5.3.2. Các viêm thanh quản do nguyên nhân khác**

- Viêm thanh quản do vi rút
- Áp xe thành sau họng
- Phản vệ

### **5.3.3. Biến chứng bạch hầu với các căn nguyên khác gây**

- Viêm cơ tim
- Viêm thận
- Liệt thần kinh

## **6. ĐIỀU TRỊ**

### **6.1. Nguyên tắc điều trị**

- Phát hiện sớm, cách ly khi phát hiện ca bệnh
- Sử dụng kháng độc tố bạch hầu (SAD) và kháng sinh ngay (penicillin G, erythromycin, azithromycin) để ngăn chặn các biến chứng để giảm tử vong
- Theo dõi, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng
- Chăm sóc toàn diện cho người bệnh

### **6.2. Điều trị cụ thể**

#### **6.2.1. Huyết thanh kháng độc tố bạch hầu (SAD)**

Sử dụng ngay khi nghi ngờ mắc bệnh. Liều lượng phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh, không phụ thuộc vào lứa tuổi và cân nặng. Cần test trước khi tiêm, nếu dương tính thì áp dụng phương pháp giải miễn cảm (Besredka)

- Bạch hầu hầu họng hoặc thanh quản trong 2 ngày đầu: 20.000 - 40.000 UI
- Bạch hầu mũi họng: 40.000 - 60.000 UI
- Bạch hầu ác tính: 80.000 - 100.000 UI

Trong thể nặng, có thể xem xét truyền tĩnh mạch SAD (cần theo dõi sát các dấu hiệu phản vệ và chuẩn bị sẵn sàng để cấp cứu phản vệ nếu xảy ra). Cách thức truyền: Pha toàn bộ SAD trong 250 - 500ml muối 0,9% truyền tĩnh mạch chậm 2-4 giờ.

*\* Phương pháp Besredka*

a) Tiêm 0,1 ml huyết thanh bạch hầu và đợi 15 phút. Nếu không có phản ứng thì tiêm thêm 0,25 ml huyết thanh bạch hầu. Nếu không có phản ứng sau 15 phút thì tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch phần còn lại.

b) Nếu người bệnh có biểu hiện sự nhạy cảm khi thử phản ứng, thì không nên dùng toàn bộ liều. Tiến hành giải miễn cảm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

#### **6.2.2. Kháng sinh**



- Penicillin G: 50.000 - 100.000 đơn vị/kg/ngày chia 2 lần, tiêm bắp 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.
- Hoặc Erythromycin uống: trẻ em 30-50mg/kg/ngày; người lớn 500mg x 4 lần/ngày dùng 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.
- Hoặc Azithromycin: trẻ em: 10-12mg/kg/ngày, người lớn: 500mg/ngày x 14 ngày.

### **6.2.3. Các điều trị khác**

- Hỗ trợ hô hấp: Thông thoáng đường thở (nếu khó thở thanh quản độ II cần chỉ định mở khí quản giúp thông thoáng đường thở). Sử dụng Oxy liệu pháp sớm nếu có suy hô hấp, nếu không đáp ứng với Oxy có thể thở máy không xâm nhập/xâm nhập tùy mức độ với trường hợp có suy hô hấp.
- Hỗ trợ tuần hoàn: đảm bảo cung cấp đầy đủ nước điện giải theo nhu cầu có tính đến bù trừ nếu sốt cao, khó thở, nôn... Trong những trường hợp có sốc (da lạnh, dấu hiệu làm đầy mao mạch  $\geq 3$  giây, HA tâm thu  $< 90$  mmHg ở người lớn, nước tiểu  $< 0,5$ ml/kg/giờ) sau bù dịch đủ (áp lực tĩnh mạch trung tâm 12-14 cm H<sub>2</sub>O, hoặc đo đường kính tĩnh mạch chủ dưới,...không hiệu quả) nên sử dụng thuốc vận mạch để đảm bảo huyết áp trung bình  $\geq 65$ mmHg và Lactat máu  $< 2$  mmol/l. Chú ý đánh giá quá tải dịch.
- Cân bằng nước điện giải.
- Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (block nhĩ thất cấp 2 Mobitz II có thể dùng máy tạo nhịp tạm thời Pacemaker ngoài da hoặc qua tĩnh mạch cảnh).
- Với trường hợp viêm cơ tim điều trị theo phác đồ viêm cơ tim, nếu viêm cơ tim nặng hoặc có sốc tim không đáp ứng với trợ tim có thể dùng ECMO V-A cho bệnh nhân nếu có điều kiện.
- Bệnh nhân có suy đa tạng, suy thận có thể lọc máu liên tục (CVVH) nếu có chỉ định.
- Có thể sử dụng corticoid trong trường hợp bạch hầu ác tính, và bạch hầu thanh quản có phù nề nhiều.
- Đảm bảo dinh dưỡng: tĩnh mạch hoàn toàn hay kết hợp qua đường tiêu hóa tùy thuộc tình trạng người bệnh.

### **6.2.4. Tiêu chuẩn xuất viện và theo dõi điều trị**

- Bệnh nhân ổn định sau 2 - 3 tuần điều trị
- Soi cấy kiểm tra 2 lần âm tính và không biến chứng.
- Phải tiêm phòng bạch hầu sau khi xuất viện
- Theo dõi tiếp ngoại trú đủ 60-70 ngày

## **7. PHÒNG BỆNH**

- Tất cả người bệnh nghi bạch hầu phải được vào viện để cách ly cho đến khi có kết quả xét nghiệm vi khuẩn hai lần âm tính. Mỗi mẫu bệnh phẩm được lấy cách

nhau 24 giờ và không quá 24 giờ sau khi điều trị kháng sinh. Nếu không có điều kiện làm xét nghiệm thì phải cách ly bệnh nhân sau 14 ngày điều trị kháng sinh.

- Rửa tay đúng quy cách bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.

- Nhà ở của người bệnh, dụng cụ trong phòng, đồ dùng, quần áo của người bệnh phải tẩy uế và sát khuẩn.

- Phòng bệnh bằng vắc-xin bạch hầu: trong chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia, dùng vắc-xin đa giá: bạch hầu - ho gà - uốn ván cho trẻ. Bắt đầu tiêm từ 2-3 tháng tuổi, tiêm 2 lần, mỗi lần 1ml cách nhau 1 tháng. Một năm sau nhắc lại mỗi một năm 1 lần cho đến 5 tuổi.

- Với người tiếp xúc: Xét nghiệm vi khuẩn và theo dõi trong vòng 7 ngày.

+ Tiêm 1 liều đơn benzathine penicillin (trẻ  $\leq$  5 tuổi 600.000 đơn vị; trẻ  $>$  5 tuổi 1.200.000 đơn vị).

+ Hoặc uống Erythromycin (trẻ em 40mg/kg/ngày, 10mg/lần cách 6 giờ) trong 7 ngày. Người lớn 1g/ngày, 250mg/lần mỗi 6 giờ.

+ Hoặc Azithromycin: trẻ em 10-12mg/kg 1 lần/ngày, tối đa 500mg/ngày. Điều trị trong 7 ngày. Người lớn: 500mg/ngày, trong 7 ngày.

## THỞ OXY GỌNG KÍNH

### I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy gọng: là tăng thêm nồng độ oxy khí thở vào ( $FiO_2$ ) bằng gọng mũi nhằm cung cấp đủ oxy cho nhu cầu chuyển hóa của cơ thể.

### II. CHỈ ĐỊNH

Ở BN có nhu cầu thở oxy, chỉ định thở oxy gọng mũi khi:

BN tự thở được bằng mũi.

Nhu cầu oxy khí thở vào thấp  $FiO_2 < 40\%$ .

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Niêm mạc mũi xung huyết phù nề nặng, dễ chảy máu.

BN không thở được bằng mũi: hẹp nặng lỗ mũi sau, cầm máu cả 2 mũi bằng nhét gạc...

Nhu cầu oxy khí thở vào ( $FiO_2$ ) cao  $> 40\%$ .

## **IV. CHUẨN BỊ**

### 1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo 2. 2.

Phương tiện

- Cột đo lưu lượng oxy: 1 bộ/ 1 người bệnh. -

Gọng mũi phù hợp cho BN (1 chiếc/ 1 người bệnh): Dựa vào kích cỡ chia gọng mũi thành nhiều loại : sơ sinh, trẻ nhỏ, trẻ lớn và người lớn mục đích để đầu gọng không che lấp hoàn toàn lỗ mũi BN.

- Nước sạch: 1 cốc

- Máy đo SpO<sub>2</sub>

### 3. Người bệnh

- BN được nằm trên giường cấp cứu cạnh nguồn oxy.

Làm thông thoáng đường thở trên.

Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng: nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO<sub>2</sub>, mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

### 4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng BN trước thở oxy.

## **V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### 1. Kiểm tra hồ sơ

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định thở oxy.

### 2. Kiểm tra người bệnh

- Thực hiện kỹ thuật

Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.

Lắp gọng mũi vào cột đo lưu lượng.

Điều chỉnh lưu lượng oxy cần thiết.

Kiểm tra oxy đầu ra: nhúng đầu gọng vào cốc nước sạch thấy sủi bọt.

Cho đầu gọng vào mũi BN .

Cố định gọng: vòng dây gọng ra sau tai và cố định dưới cằm bằng cách điều chỉnh vòng cố định. Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ có thể cố định sau gáy.

Điều chỉnh lưu lượng oxy đảm bảo SpO<sub>2</sub> trong giới hạn cho phép, từ 0,1lít/phút (l/p) – 4 l/p > 4 l/p gây chướng bụng và tổn thương niêm mạc mũi . Tùy vào lứa tuổi mà lưu lượng oxy tối đa cho phép có thay đổi: sơ sinh 1,5 – 2 l/p; trẻ nhỏ 2 – 3 l/p; trẻ lớn và người lớn 3-4 l/p. thông thường, thở oxy gọng mũi, lưu lượng oxy tăng 1 l/p thì FiO<sub>2</sub> tăng khoảng 4%.

Thở oxy gọng lưu lượng thấp không cần làm ẩm oxy, trừ một số trường hợp đặc biệt.

Thay gọng mũi hàng ngày.

## VI. THEO DÕI

Tiện lợi của thở oxy gọng: dễ sử dụng và chăm sóc, người bệnh dễ chấp nhận do có thể vừa thở oxy vừa ăn uống, nói chuyện được.

Bất lợi: dễ tắc đầu ra của gọng do chất tiết, cần phải kiểm tra thường xuyên; có thể gây xung huyết mũi làm người bệnh khó chịu; cung cấp nồng độ oxy khí thở vào thấp.

- Trong 30 phút đầu thở oxy, phải theo dõi BN liên tục bằng máy đo SpO<sub>2</sub> và nhịp tim. Đánh giá nhịp thở, mức độ gắng sức, da niêm mạc và tinh thần để điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp.

Khi BN thở oxy ổn định, theo dõi mỗi 3 giờ : các mũi nối dẫn oxy, đầu ra của gọng mũi, tình trạng đáp ứng của BN , SpO<sub>2</sub>.

## VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tắc đầu ra gọng mũi do chất tiết: thay gọng mới.

Bít tắc mũi do chất tiết: vệ sinh rửa mũi hàng ngày.

Phù nề, chảy máu mũi gây bít tắc mũi: chuyển thở oxy mask.

- Bn vẫn suy hô hấp khi đã làm đúng các bước trên: chuyển thở mask.

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI

## 1. MỤC ĐÍCH

Chọc hút dịch màng phổi nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

## 2. CHỈ ĐỊNH

### 2.1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng phổi
- Chẩn đoán căn nguyên: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng phổi.

### 2.2. Điều trị

- Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng phổi gây ra như đau ngực, khó thở (chủ yếu làm giảm khó thở).
- Kết hợp với thuốc điều trị căn nguyên, hút dịch cho đến khi hết dịch trong khoang màng phổi.
- Bơm rửa và đưa thuốc vào trong khoang màng phổi để gây dính màng phổi, trong tràn mủ màng phổi, ung thư màng phổi.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cân nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:

+ Rối loạn đông máu, chảy máu

+ Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim...

+ Bệnh nhân quá sợ hãi hoặc suy hô hấp nặng.

#### **4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ THUỐC MEN**

- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm

- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch

- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kìm Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.

- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 70<sup>0</sup>).

Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> ... túi thở Oxy,

#### **5. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN**

- Giải thích động viên bệnh nhân

- Chụp Xquang phổi thẳng, nghiêng.

- Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.

30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khỏe cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

#### **6. KỸ THUẬT**

- Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi kiểu cưỡi ngựa trên 1 ghế tựa, khoanh 2 tay đặt lên chỗ tựa của ghế, trán đặt vào 2 tay, lưng uốn cong.

- Xác định vị trí chọc kim (thường ở khoang liên sườn 8 – 9 đường nách sau).

- Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 70<sup>0</sup>.

- Trải khăn lỗ

- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng phổi thành.

- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành ngực, sát bờ trên xương sườn. Khi kim vào tới khoang màng phổi sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành ngực.

- Hút bằng máy hút hoặc bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 800ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 12 giờ.

- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

#### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Dị ứng thuốc. Cần phải thử phản ứng thuốc tê trước khi làm thủ thuật

- Chảy máu: do chọc vào động mạch gian sườn. Đau do đâm phải thần kinh liên sườn.

- Choáng do lo sợ, cơ thể yếu, hoặc do phản xạ phó giao cảm. Tùy theo mức độ có thể để bệnh nhân nằm đầu thấp, uống nước chè đường, thở Oxy, Depessolon 30mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng tráng Adrenalin tĩnh mạch, hoặc Dopamin và các can thiệp hồi sức tích cực khác.
- Tràn khí màng phổi do chọc kim làm thủng phổi, hoặc có thể do khí lọt vào qua đốc kim. Cần hút hết không khí ra.
- Bội nhiễm gây mũ màng phổi. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng.
- Phù phổi cấp: do hút quá nhanh và quá nhiều. Xử trí như đối với phù phổi cấp.
- Một số tai biến khác như: tắc khí mạnh, chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra.

## **QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG**

### **1. MỤC ĐÍCH**

Chọc hút dịch màng bụng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

### **2. CHỈ ĐỊNH**

#### **2.1. Chẩn đoán**

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng bụng.
- Chẩn đoán căn nguyên: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng bụng.

#### **2.2. Điều trị**

- Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng bụng gây ra đau -tức bụng. Thường kết hợp với truyền bù Albumin.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cân nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:
  - + Rối loạn đông máu, chảy máu
  - + Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim...
  - + Bệnh nhân quá sợ hãi.

### **4. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ THUỐC MEN**

- Bơm tiêm 5ml – 10ml, kim tiêm
- Máy hút dịch hoặc bơm tiêm 50ml để hút dịch
- Kim chọc dò: loại kim chuyên biệt có van 3 chiều. Nếu không có kim chuyên biệt thì có thể lắp một đoạn cao su ở đốc kim và dùng kim Kocher để mở thay cho van, đảm bảo hút kín.
- Khăn mổ có lỗ, khay đựng dịch, ống nghiệm, bông và cồn sát trùng (cồn Iod 1% và cồn 70<sup>0</sup>).

Lidocain 0,25 x 5 – 10ml; Atropin 1/4mg; Seduxen 10mg và các thuốc cấp cứu khác: Depersolon 30mg, Adrenalin 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> ... túi thở Oxy,

## **5. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN**

- Giải thích động viên bệnh nhân
  - Siêu âm ổ bụng...
  - Thử phản ứng thuốc Lidocain; đo mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- 30 phút trước khi chọc dịch, có thể tiêm tiền tê Atropin 1/4mg x 1 – 2 ống; Sedexen 5mg 1 ống (nếu bệnh nhân bình tĩnh, sức khỏe cho phép, có thể không dùng thuốc tiền tê).

## **6. KỸ THUẬT**

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co
- Xác định vị trí chọc kim (thường ở điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối từ rốn tới gai chậu trước bên T)
  - Sát trùng rộng vùng chọc kim bằng cồn Iod và cồn 70<sup>0</sup>.
- Trải khăn lỗ
- Gây tê bằng Lidocain từng lớp tại điểm chọc kim: từ da, tổ chức dưới da, đến màng bụng thành.
- Chọc kim tại điểm gây tê, vuông góc với thành bụng. Khi kim vào tới khoang màng bụng sẽ có cảm giác sứt và nhẹ tay, hút thử kiểm tra và giữ cố định kim sát thành bụng.
- Hút bằng bơm tiêm 50ml, đảm bảo nguyên tắc hút kín, ở lần hút đầu tiên lấy 30ml cho vào 3 ống nghiệm gửi ngay đến labo để xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi sinh vật. Mỗi lần hút không quá 2000ml. Nếu cần có thể hút lại lần II sau 24-48 giờ.
- Khi hút dịch xong, rút kim, sát khuẩn vùng chọc kim và băng lại, cho bệnh nhân nằm nghỉ, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Dị ứng thuốc. Cần phải thử phản ứng thuốc tê trước khi làm thủ thuật.
- Choáng do lo sợ, cơ thể yếu, hoặc do phản xạ phó giao cảm. Tùy theo mức độ có thể để bệnh nhân nằm đầu thấp, uống nước chè đường, thở Oxy, Depessolon 30mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, nâng huyết áp bằng tráng Adrenalin tĩnh mạch, hoặc Dopamin và các can thiệp hồi sức tích cực khác.
- Bội nhiễm gây mũ màng bụng. Cần thực hiện các bước hết sức vô trùng.
- Một số tai biến khác như: Chọc nhầm vào các phủ tạng cũng có thể xảy ra.

## **QUI TRÌNH ĐẶT THÔNG TIÊU**

### **I. MỤC TIÊU:**

- Nêu được định nghĩa thông tiêu.
- Kể được mục đích, chỉ định, chống chỉ định của thông tiêu lưu
- Kể được các tai biến khi đặt thông tiêu lưu
- Nêu được những lưu ý khi đặt thông tiêu cho người bệnh





## II. ĐỊNH NGHĨA:

Thông tiểu là phương pháp dùng một ống thông đặt từ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

## III. MỤC ĐÍCH:

- Dẫn lưu lượng nước tiểu ra ngoài liên tục để theo dõi lượng nước tiểu. - Giữ cho bệnh nhân được khô ráo.
- Giữ vết mổ bộ phận sinh dục không bị nhiễm khuẩn.
- Ngăn chặn sự chảy máu ở thành niệu đạo.
- Ngăn ngừa sự nhiễm trùng ngược dòng do bàng quang căng ứ nước tiểu.
- Định bệnh về đường tiết niệu.

## IV. CHỈ ĐỊNH:

- Bí tiểu thường xuyên.
- Sau mổ những cơ quan thuộc hệ tiết niệu: Thận, Niệu quản, Bàng quang, tiền liệt tuyến ...
- Sau mổ vùng hội âm, âm đạo.
- Trước và sau những cuộc mổ lớn.
- Theo dõi khả năng bài tiết của thận trong những giờ nhất định (bệnh nhân suy thận cấp, sốc,..)
- Mổ tái tạo niệu đạo

## V. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng niệu đạo, lở sáo.
- Tổn thương niệu đạo hay tiền liệt tuyến.

## VI. DỤNG CỤ:

### 1. Dụng cụ vô khuẩn :

#### - Bộ thông tiểu:

+ Bồn hạt đậu

+ Gòn, gạc

+ Kềm Kelly

+ Khăn có lỗ

+ Chén chung

#### - Bộ thay băng (để rửa bộ phận sinh dục):

+ Kềm Kelly

+ Chén chung

+ Gòn, gạc+

#### - Găng tay vô khuẩn

#### - Ống tiêm 5ml: 02 ống

#### - Nước cất.

#### - Gòn tiêm

#### - Thông Foley kích thước thích hợp, xem bảng sau:

0-2 tuổi	+ 6Fr
+ 2-5 tuổi	+ 6Fr-8Fr
+ 5-10 tuổi	+ 8Fr-10Fr
+ 10-15 tuổi	+ 10Fr-12Fr

#### - Ống nghiệm (nếu cần).

#### - Hệ thống dẫn lưu kín (gồm dây nối và túi chứa nước tiểu).

#### - Chất trơn vô khuẩn tan trong nước(KY)

### 2. Dụng cụ khác :

+ Vải lóng

+ Vải đắp (nếu cần)

+ Bình phong (nếu cần)

+ Bồn hạt đậu sạch

- + Thùng rác y tế
- + Thùng rác sinh hoạt
- + Băng keo
- + Găng sạch

3. Dung dịch sát trùng: Betadine (povidin) 10%
4. Dung rửa bộ phận sinh dục: nước muối sinh lý 0,9%
5. Dung dịch rửa tay nhanh
6. Cồn 700

### VIII.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Nhận y lệnh, điều dưỡng đến giường đối chiếu bệnh nhân
- Báo giải thích cho bệnh nhân và thân nhân biết
- Điều dưỡng về phòng rửa tay, mang khẩu trang, soạn dụng cụ
- Mang xe dụng cụ đến giường bệnh nhân
- Báo giải thích cho bệnh nhân và thân nhân lần nữa
- Che bình phong, trải nylon dưới mông bệnh nhân
- Phủ vải đắp, bỏ hần quần bệnh nhân ra
- Đối với trẻ lớn, quần vải đắp vào bàn chân (nữ), vào cổ chân (nam)
- Tư thế bệnh nhân :
  - + Nữ : Nằm ngửa, 2 gót chân chạm vào nhau, đầu gối quay ra ngoài (có thể dùng gối hoặc+ drap để hỗ trợ)
  - + Nam : Nằm ngửa, 2 chân ở tư thế cơ năng (có thể dùng gối hoặc drap kê dưới khuỷu gối để, giữ chân bệnh nhân được thoải mái)
- Đặt bồn hạt đậu sạch nơi thuận tiện
- Treo túi chứa nước tiểu cách mặt giường 60-80cm.
- Điều dưỡng rửa tay bằng dung dịch rửa tay nhanh
- Mở vải đắp (nếu có) để lộ bộ phận sinh dục
- Mở khăn môm dụng cụ thay băng
- Rót nước muối sinh lý 0,9% vào chén chung
- Mang găng tay sạch
- Dùng kèm gấp gòn rửa bộ phận sinh dục:

+ Nữ: Tay không thuận để ở giữa của vùng bụng dưới, sử dụng ngón tay cái và ngón giữa cầm gạc vạch môi lớn, môi bé để lộ lỗ tiểu. Tay thuận dùng kèm gấp gòn rửa môi lớn bên xa - bên gần, môi bé bên xa - bên gần, rửa lỗ tiểu từ trên xuống dưới (từ âm vật đến hậu môn)

+ Nam: Tay không thuận dùng gạc cầm dương vật, kéo da qui đầu xuống để lộ lỗ tiểu. Tay thuận dùng kèm gấp gòn rửa từ lỗ tiểu theo chiều xoắn ốc rộng ra ngoài và xuống dưới gốc dương vật

- Bỏ găng sạch
- Dọn dẹp bộ thay băng rửa bộ phận sinh dục
- Đặt mâm dụng cụ thông tiểu nơi thuận tiện
- Sát khuẩn tay nhanh
- Mở khăn mâm dụng cụ thông tiểu
- Mang găng tay vô khuẩn
- Rút nước cất vào bơm tiêm bằng với số ml được ghi trên đuôi ống thông tiểu
- Thử bóng (bơm lượng nước cất vào bóng của ống thông để kiểm tra xem có bị xì không, nắn bóng lại nếu bóng bị méo).
- Rút ngược nước cất trong bóng vào bơm tiêm
- Bôi trơn ống thông:

+ Nữ: 5cm

+ Nam: 15cm

- Sắp xếp dụng cụ tránh choàng qua mâm
- Trải khăn có lỗ
- Sát trùng lỗ tiểu:

+ Nữ: Tay không thuận để ở giữa của vùng bụng dưới, sử dụng ngón tay cái và ngón giữa cầm gạc vạch môi lớn, môi bé để lộ lỗ tiểu. Tay thuận dùng kèm gấp gòn rửa môi lớn bên xa - bên gần, môi bé bên xa - bên gần, rửa lỗ tiểu từ trên xuống dưới (từ âm vật đến hậu môn) cho đến khi sạch

+ Nam: Tay không thuận dùng gạc cầm dương vật, kéo da qui đầu xuống để lộ lỗ tiểu. Tay thuận dùng kèm gấp gòn rửa từ lỗ tiểu theo chiều xoắn ốc rộng ra ngoài và xuống dưới gốc dương vật cho đến khi sạch

- Kẹp kẹp gòn để nơi xa
- Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn dọc giữa 2 đùi
- Tay thuận cầm ống thông, đuôi ống để vào bồn hạt đậu.
- Hướng dẫn bệnh nhân hít thở sâu trong quá trình đặt thông tiểu
- Đặt ống thông vào niệu đạo:
  - + Nữ: Tay không thuận vẫn giữ gạc vạch 2 mép nhỏ để lộ lỗ tiểu, tay thuận dùng gạc cầm ống thông đưa vào niệu đạo khoảng 2,5 đến 5 cm một cách nhẹ nhàng cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra
  - + Nam: Tay không thuận vẫn dùng gạc cầm dương vật thẳng đứng, tay thuận dùng gạc cầm ống thông đưa vào lỗ tiểu một cách nhẹ nhàng cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra (chiều dài ống thông được đặt vào niệu đạo bệnh nhi nam được áp dụng theo qui tắc ngón tay: 2 lần chiều dài DV trẻ + 4cm), sau khi đặt tuốt da qui đầu trở lại vị trí tự nhiên
- Khi thấy nước tiểu chảy ra, đặt thêm vào 1-2cm, kẹp nhẹ ống cho nước tiểu chảy ra từ từ để tránh xuất huyết bàng quang
- Bơm nước cất vào bóng để giữ ống thông
- Kẹp ống thông tiểu, lấy khăn lỗ ra.
- Gắn đuôi ống vào hệ thống dẫn lưu kín.
- Lau khô bộ phận sinh dục.
- Tháo găng
- Cố định thông tiểu: Nữ: mặt trong đùi, Nam: vùng bụng dưới.
- Dán băng keo cố định
- Dán băng keo có ghi ngày giờ đặt thông tiểu lên ống thông và túi chứa nước tiểu
- Quan sát hệ thống dẫn lưu.
- Lấy vải láng ra
- Giúp bệnh nhân tiện nghi
- Báo và giải thích cho thân nhân việc đã làm
- Thu dọn dụng cụ
- Rửa tay

- Ghi hồ sơ:

+ Ngày giờ đặt thông tiểu liên tục

+ Số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu, lượng nước cất bơm vào bong

+ Phản ứng bệnh nhân (nếu có)

+ Tên điều dưỡng thực hiện

\* Chú ý: Bệnh nhân bí tiểu mà số lượng nước tiểu quá nhiều không nên lấy nước tiểu ra một lần, phải tháo nước tiểu từ từ tránh gây xuất huyết. Cách cố định ống thông tiểu

## IX.TAI BIẾN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA

Triệu chứng	Tai biến	Nguyên nhân	Xử trí	Phòng ngừa
Không thấy nước tiểu chảy ra	Đặt không đúng vào lỗ tiểu	Đặt sai vào âm đạo	Để nguyên ống tại vị trí vừa đặt -Đặt thêm ống khác vào lỗ tiểu khi thấy nước tiểu chảy ra thì rút ống đã đặt sai	Quan sát kỹ trước khi đặt ống thông vào
Bn đau nhiều vùng hạ vị -Bìu sưng to do ứ nước tiểu -Chảy máu tươi từ niệu đạo	Chèn ép niệu đạo	- Thông tiểu chưa vào tới bàng quang, còn ở niệu đạo - Thông tiểu to hơn kích thước niệu đạo	Rút nước từ bong bóng ra và đưa ống vào tiếp. -Trình bác sỹ	Chắc chắn bóng vào tới bàng quang mới bơm bóng
-Bụng chướng, bn đau bụng nhiều, -Thông tiểu ra nước tiểu có máu	Xuất huyết bàng quang	Giám áp suất đột ngột trong bàng quang	- Theo dõi DHST, tình trạng bụng, nước tiểu -Báo BS, thực hiện y lệnh của BS	Khi bệnh nhân bị bí tiểu không nên lấy nước tiểu ra nhanh và 1 lần
Tiểu đục, gắt, buốt, mùi hôi -	Nhiều trùng tiểu	Không đảm bảo vô trùng khi đặt	- Theo dõi sốt, nước tiểu(số	- Áp dụng kỹ thuật vô trùng

<p>Đau vùng hạ vị - Sốt -Đôi khi có tiểu máu -Ói kèm tiêu chảy - Cấy nước tiểu có vi trùng</p>		<p>- Dung dịch sát khuẩn và dung dịch bôi trơn không đảm bảo vô trùng - Không vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi đặt - Túi chứa nước tiểu để cao hơn bàn quang - Thời gian lưu ống quá dài</p>	<p>lượng, màu sắc, tính chất...) Cho BN uống nhiều nước(nếu được) - Báo BS - Thực hiện thuốc theo y lệnh</p>	<p>khi thông tiểu - Dùng dung dịch sát khuẩn và dung dịch bôi trơn phải đảm bảo vô trùng - Vệ sinh bộ phận sinh dục đúng theo quy định - Túi chứa nước tiểu nên để thấp hơn bàn quang 60 cm - Đảm bảo đúng thời gian thay ống và túi chứa nước tiểu: + Latex: 5- 7 ngày + Silicon: 7-14 ngày + Túi chứa nước tiểu: 3 ngày</p>
<p>Bn than đau dương vật hoặc âm hộ -Nước tiểu có lẫn máu</p>	<p>Tổn thương niệu đạo</p>	<p>- Ống thông không đúng kích cỡ - Động tác đặt thô bạo - Đặt không đúng tư thế dương vật - Đặt thông tiểu nhiều lần trong ngày - Bệnh nhi gãy giữa nhiều</p>	<p>Theo dõi nước tiểu (số lượng, màu sắc, tính chất...) -Cho BN uống nhiều nước(nếu được) -Trình BS</p>	<p>- Chọn đúng kích cỡ ống phù hợp với lứa tuổi (tốt nhất chọn ống = 2/3 so với tuổi) - Động tác đặt nhẹ nhàng. Khi đặt nếu có cảm giác vướng thì không nên dùng lực đẩy vào - Dương vật phải vuông góc</p>

				với thân mình bệnh nhân khi đặt - Không nên đặt thông tiểu quá 2 lần/ 1 ngày.
-BN than đau vùng BPSD -Có thể chảy dịch hoặc mũ từ niệu đạo	-Hoại tử niệu đạo	o -Do cố định ống quá chặt, không chừa khoảng cách cử động -Túi chứa nước tiểu quá nặng -Thông tiểu quá to so với niệu đạo.	- Báo BS - Chăm sóc vùng da hoại tử - Thực hiện y lệnh thuốc	- Cố định ống thông tiểu phải chừa khoảng cử động - Chọn ống thông đúng kích cỡ - Xả túi nước tiểu khi nước tiểu đầy ½ đến 2/3 túi
-Da vùng gốc bìu dương vật viêm đỏ -Bn than đau vùng bộ phận sinh dục, có chảy dịch, mũ từ niệu đạo. -Lộ ống thông ở gốc bìu dương vật	Rò niệu đạo gốc bìu dương vật	-Cố định ống thông tiểu không đúng theo quy định	-Báo BS - Thực hiện y chăm sóc và điều trị	Nam: đặt dương vật hướng lên trên và cố định song song nếp bẹn - Nữ: cố định mặt trong đùi
Tiểu lắt nhắt	Teo bàng quang	Đặt thông tiểu lâu ngày mà không tập cho bàng quang hoạt động	- Trình BS - Thực hiện y lệnh BS để tầm soát	Nếu không cần theo dõi nước tiểu mỗi giờ, nên tập cho bàng quang hoạt động bằng cách kẹp và xả nước tiểu mỗi 3 giờ/1 lần
Sốt cao kèm	Nhiễm trùng	Nhiễm trùng	Cho BN thở oxy	-Tuân thủ



lạnh run -Da xanh tái, vã mặt nhiễm trùng - Mạch nhanh, huyết áp thấp - Thở nhanh-khó thở -Chướng bụng	huyết	đường niệu do đặt và lưu thông tiểu	-Báo BS -Thực hiện y lệnh	nguyên tắc đặt thông tiểu -Theo dõi và chăm sóc hằng ngày khi có lưu thông tiểu -Rút bỏ thông tiểu khi không còn mục đích điều trị
---	-------	---	------------------------------	--

## KỸ THUẬT KHÍ DUNG

## I. ĐẠI CƯƠNG

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.



## II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị bệnh Hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.
- Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện

- **Bác sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.
- **Điều dưỡng:**

+ Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.

+ Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

## **2. Phương tiện**

- Máy khí dung: 1 chiếc.

- Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.

- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

## **3. Người bệnh**

Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

## **4. Hồ sơ bệnh án**

## **V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

**2. Kiểm tra người bệnh:** ở tư thế thoải mái.

**3. Thực hiện kỹ thuật** (điều dưỡng chăm sóc):

- Cho thuốc khí dung vào bầu.

- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.

- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.

- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.

- Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.
- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung.

## **V. THEO DÕI**

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub>)...

## **VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc

# QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT SONE DA DÀY

## 1. Đặt ống thông dạ dày

### 1.1. Khái niệm

Đặt ống thông dạ dày và cho người bệnh ăn là kỹ thuật đặt ống thông (Levin) qua mũi hoặc miệng vào dạ dày nhằm mục đích đưa thức ăn nuôi dưỡng người bệnh.

### 1.2. Trường hợp áp dụng


- Trẻ đẻ non phản xạ bú mút kém
- Chấn thương vùng hàm mặt không thể nhai được
- Người bệnh lơ mơ hoặc hôn mê, co giật, uồn ván
- Người bệnh có rối loạn về nuốt
- Dị dạng đường tiêu hóa (sút môi, hở hàm ếch...)


### 1.3. Trường hợp không áp dụng

- Có tổn thương thực quản: bỏng acid, kiềm ...
- Áp xe thành họng
- U thực quản, phình tĩnh mạch thực quản
- Teo thực quản, dị dạng thực quản
- Sau phẫu thuật tạo hình thực quản chưa hồi phục
- Viêm phúc mạc sau thủng tạng rỗng
- Hẹp khít môn vị, tắc ruột.

### 1.4. Kỹ thuật đặt ống thông dạ dày và cho người bệnh ăn

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	Ý NGHĨA – MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN PHẢI ĐẠT
<b>Chuẩn bị</b>			
1	Chuẩn bị người bệnh: Xác định đúng người bệnh. Nhận định tình trạng	Đúng người bệnh Có kế hoạch chăm sóc phù hợp.	Đối chiếu đầy đủ thông tin. Nhận định đủ các vấn đề: tri giác, tình trạng vệ sinh, tổn thương mũi miệng, khả năng

	người bệnh Thông báo và giải thích	Người bệnh an tâm phối hợp	há miệng, tình trạng nuốt. Giải thích rõ ràng và đầy đủ
2	Điều dưỡng chuẩn bị: đội mũ, đeo khẩu trang và rửa tay thường quy.	Hạn chế nhiễm khuẩn, an toàn cho NB và NVYT.	Trang phục đầy đủ Rửa tay thường quy đúng quy trình.
3	<b>Chuẩn bị dụng cụ</b> <i>Dụng cụ vô khuẩn</i> Ống thông Levin hoặc Nelaton nếu là trẻ nhỏ, bơm cho ăn Bát kền để đựng dầu paraffin để bôi trơn đầu ống thông, đũa lưỡi, gạc miếng vô khuẩn . <i>Dụng cụ sạch:</i> Khay chữ nhật, trụ cắm panh, kẹp Kocher, kéo, thức ăn, nước chín, tấm nilon, khăn mặt bông nhỏ, dầu Paraffin, tấm bông, băng dính, kéo cắt băng dính, ống nghe, hồ sơ bệnh án, khay hạt đậu, , găng tay sạch. <i>Dụng cụ khác</i> Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, Ống hút, máy hút ( nếu cần), túi để phân loại rác thải	Thuận lợi cho tiến hành	Dụng cụ ngăn nắp, gọn gàng. Thức ăn phải đảm bảo an toàn về chất lượng và số lượng. 
<b>Tiến hành kỹ thuật</b>			
1	Đỡ NB nằm tư thế thích hợp.	Tư thế giúp việc đặt ống thông dễ dàng và cho NB dễ chịu	Đỡ NB tư thế đầu cao 30 độ.

2	<p>Trải nilon và khăn trước ngực</p> <p>Đặt khay hạt đậu cạnh má NB.</p>	<p>Không rút thức ăn ra NB</p> <p>Phòng tránh NB nôn ra giường.</p>	<p>Trải nilon và khăn ăn đúng, kín ngực, cổ người bệnh.</p> <p>Đặt khay quả đậu đúng vị trí</p>
3	<p>Vệ sinh mũi</p> <p>Cắt băng dính</p> <p>Rót dầu nhờn Paraphin</p> <p>Bóc vỏ bom cho ăn, ống thông cho vào khay.</p> <p>Điều dưỡng đi găng sạch</p>	<p>Giảm bớt sự nhiễm khuẩn.</p> <p>Để đánh dấu và cố định ống thông,</p> <p>Để bôi trơn đầu ống thông</p> <p>Đảm bảo an toàn cho NB và ĐD</p>	<p>Mũi người bệnh sạch</p> <p>Cắt đủ 2 miếng băng dính</p> <p>Không rút ra ngoài</p> <p>Dụng cụ không bị rơi ra ngoài</p> <p>Đi găng đúng kỹ thuật.</p>
4	<p>Đo ống thông.</p> <p>Đánh dấu và bôi trơn ống thông</p>	<p>Xác định chính xác chiều dài ống thông cần phải đặt.</p> <p>Để đưa ống thông vào dạ dày được dễ dàng</p>	<p>Đo từ cánh mũi → dải tai cùng bên → mũi ức và không để ống thông chạm vào người bệnh.</p> <p>Đánh dấu đúng vị trí xác định.</p> <p>Bôi trơn đầu ống thông 7-10 cm</p> 
5	<p>Động viên NB.</p> <p>Đưa ống thông qua mũi hoặc đường miệng tới vạch đánh dấu</p>	<p>Để NB yên tâm</p> <p>Tránh làm tổn thương niêm mạc mũi, họng.</p>	<p>NB hiểu, hợp tác.</p> <p>Đúng kỹ thuật, động tác nhẹ nhàng và đưa tới vị trí đã đánh dấu. Hướng dẫn NB phối hợp</p>
6	<p>Kiểm tra ống xem có cuộn trong miệng NB không.</p> <p>Kiểm tra ống thông bằng</p>	<p>Để đảm bảo ống thông không cuộn trong miệng người bệnh.</p> <p>Để xác định đầu ống</p>	<p>Bảo NB há miệng với NB tỉnh, để lưỡi để quan sát với NB không tự há miệng.</p> <p>Thực hiện đúng kỹ thuật 1</p>

	<p>1 trong 2 cách:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nghe hơi vùng thượng vị</li> <li>- Dùng bơm hút dịch dạ dày</li> </ul> <p>Cố định ống thông Nghiêng đầu sang 1 bên</p>	<p>thông nằm trong dạ dày</p> <p>Để ống thông khỏi tuột ra ngoài. Đề phòng NB hít phải chất nôn vào đường hô hấp</p>	<p>trong 3 phương pháp kiểm tra ống thông.</p> <p>Cố định ống thông bằng băng dính chắc chắn. Đầu NB nghiêng sang một bên.</p>
7	<p>Kiểm tra thức ăn Lấy thức ăn vào bơm 50ml và đuổi khí</p>	<p>Để an toàn khi cho NB ăn</p> <p>Để hạn chế khí vào dạ dày</p>	<p>Quáy đều, kiểm tra thức ăn bằng nhiệt kế. Lấy được thức ăn và đuổi hết khí.</p>
8	<p>Bơm thức ăn từ từ đến khi hết</p> <p>Theo dõi người bệnh trong suốt quá trình cho ăn.</p>	<p>Để đưa thức ăn vào cho NB</p> <p>Phát hiện tai biến có thể xảy ra</p>	<p>Bơm đủ lượng thức ăn theo chỉ định một cách từ từ. Hỏi cảm giác của NB và theo dõi sắc mặt NB.</p>
9	<p>Tráng ống thông bằng nước chín (30ml).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lưu ống thông</li> <li>- Rút ống thông</li> </ul>	<p>Làm sạch ống thông để tránh lên men trong lòng ống gây nhiễm khuẩn đường tiêu hóa. Để tránh côn trùng xâm nhập vào ống thông</p>	<p>Bơm 30ml nước chín vào ống thông.</p> <p>Nút kín đầu ngoài ống thông bằng nắp đậy Rút ống từ từ cầm gác lau ống, còn khoảng 20cm kẹp chặt rồi rút hết</p>
10	<p>Lau miệng cho NB, giúp NB về tư thế thỏa mái, đánh giá, dặn dò NB.</p>	<p>Làm sạch mũi, miệng NB. NB thỏa mái, đề phòng tai biến.</p>	<p>Lau nhẹ nhàng tránh gây đau mũi, miệng cho NB.</p>
11	<p>Thu dọn dụng cụ Rửa tay</p>	<p>Gọn gàng sạch sẽ Tránh nhiễm khuẩn.</p>	<p>Dụng cụ ngăn nắp, đúng vị trí Rửa tay đúng kỹ thuật</p>



	Ghi phiếu CS điều dưỡng.	Để theo dõi người bệnh	Ghi đúng và đủ thông tin vào phiếu
--	--------------------------	------------------------	------------------------------------

### 1.5. Tai biến, đề phòng và cách xử trí:

- Đưa nhầm vào đường thở: người bệnh ho sặc sụa, mặt tím tái.
  - + Đề phòng: Hướng dẫn người bệnh hợp tác và đưa ống đúng kỹ thuật
  - + Xử trí: Rút ngay ống thông, cho NB nghỉ ngơi trước khi đặt lại.
- Tồn thương mũi họng, ống tiêu hóa do động tác thô bạo
  - + Đề phòng: Động tác nhẹ nhàng. Bôi dầu nhờn đầu ống
- Trào ngược thực quản gây sặc.
  - + Đề phòng: Tư thế đầu cao  $30^0$ , nghiêng đầu người bệnh trước khi cho ăn. Bơm thức ăn từ từ và đúng lượng thức ăn theo chỉ định.
  - + Xử trí: Cho NB nằm nghiêng sang một bên, hút dịch hầu họng, khí quản (nếu cần). Báo bác sĩ