

Số: 30/2008/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 19 tháng 8 năm 2008

QUYẾT ĐỊNH

VỀ VIỆC BAN HÀNH HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ VÀ PHÒNG LÂY NHIỄM CÚM A (H5N1) Ở NGƯỜI

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

*Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;
Xét Biên bản họp Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ngày 02 tháng 8 năm 2008;
Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh-Bộ Y tế;*

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ở người”

Điều 2. “Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ở người” áp dụng cho tất cả các cơ sở khám chữa bệnh Nhà nước, bán công và tư nhân.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng công báo. Bãi bỏ Quyết định số 44/2006/QĐ-BYT ngày 29/12/2006 ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm cúm A (H5N1) ở người”.

Điều 4. Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh- Bộ Y tế; Giám đốc các Bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc sở y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Thủ trưởng y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Văn phòng Chính phủ (Phòng Công báo);
- Bộ Tư pháp (Cục Kiểm tra văn bản);
- Lãnh đạo Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các Trưởng Tiểu ban thuộc Ban chỉ đạo QGPC đại dịch cúm ở người;
- Cục Quản Y-Bộ Quốc phòng;
- Cục Y tế-Bộ Công an;
- Website Chính phủ, website Bộ Y tế;
- Phòng HCQT II (51 Phạm Ngọc Thạch-Tp HCM);
- Lưu: VT; KCB; PC.

Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ VÀ PHÒNG LÂY NHIỄM CÚM A (H5N1) Ở NGƯỜI

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 30 /2008 /QĐ-BYT ngày 19/8/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

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

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

I. CHẨN ĐOÁN

Dựa trên các yếu tố và triệu chứng sau:

1. Yếu tố dịch tễ: trong vùng có dịch cúm gia cầm trong vòng 2 tuần.

- Tiếp xúc gần với gia cầm bị bệnh (nuôi, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, chế biến, ăn thịt gia cầm bị bệnh, ăn tiết canh v.v...)

- Tiếp xúc gần gũi với người bệnh: nghi ngờ, có thể hoặc đã xác định mắc cúm A (H5N1)

2. Lâm sàng:

Bệnh diễn biến cấp tính và có một số biểu hiện sau đây:

- Sốt trên 38°C.
- Các triệu chứng về hô hấp
 - + Ho khan hoặc có đờm, tức ngực, thở nhanh, tím tái...
 - + Có thể có ran khi nghe phổi.
 - + Diễn biến nhanh chóng tới suy hô hấp.
- Triệu chứng tuần hoàn:
 - + Nhịp tim nhanh, huyết áp hạ, sốc.
- Các triệu chứng khác
 - + Đau đầu, đau cơ, tiêu chảy.
 - + Suy đa tạng.

3. Cận lâm sàng:

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

b. Xét nghiệm:

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm.
- Độ bão hoà oxy máu (SpO_2): dưới 92%
- PaO_2 giảm dưới 85 mmHg. Tỷ lệ PaO_2/FiO_2 dưới 300 khi có tổn thương phổi cấp (ALI), dưới 200 khi có suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS).

c. Chẩn đoán vi sinh vật:

- Vi rút:
 - + Lấy bệnh phẩm:
 - . Ngoáy họng
 - . Lấy dịch tỵ hầu
 - . Lấy dịch phế quản

Bảo quản đúng quy cách và gửi sớm về nơi có điều kiện xét nghiệm để xác định nguyên nhân.

+ Làm RT-PCR để xác định vi rút cúm A/H5

- Vi khuẩn:

- + Cấy máu ngay khi vào viện
- + Cấy dịch màng phổi, dịch nội khí quản.

Sơ đồ chẩn đoán và xử trí cúm A (H5N1): xem Phụ lục 1.

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh:

a) Ca bệnh nghi ngờ: Khi có đủ các tiêu chuẩn sau:

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

b) Ca bệnh có thể:

- Có tiêu chuẩn ca bệnh nghi ngờ
- + Hình ảnh Xquang diễn tiến nhanh phù hợp với cúm
- + Số lượng bạch cầu bình thường hoặc giảm

c) Ca bệnh xác định: Xét nghiệm vi rút dương tính với cúm A/H5 trên ca bệnh nghi ngờ hoặc có thể.

5. Phân độ lâm sàng:

Căn cứ vào:

- Mức độ thiếu oxy máu khi thở khí trời:

- + Ưu tiên theo dõi khí máu
- + Áp dụng rộng rãi đo SpO₂
- Mức độ tổn thương phổi: bắt buộc phải chụp Xquang phổi.

a) Nặng:

- Khó thở, tím
- SpO₂ <88%
- PaO₂ <50 mmHg
- Xquang phổi: thâm nhiễm lan toả hai bên
- Có thể suy đa tạng, sốc.

b) Trung bình :

- Khó thở, tím
- SpO₂ từ 88-92%
- PaO₂ từ 50-65 mmHg
- Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú 2 bên hoặc lan toả 1 bên.

c) Nhẹ :

- Không khó thở
- SpO₂ > 92%
- PaO₂ > 65 mmHg
- Xquang phổi : thâm nhiễm khu trú một bên hoặc tổn thương không rõ rệt.

Lưu ý: lâm sàng diễn biến rất nhanh vì vậy cần theo dõi sát.

6. Phân tuyến điều trị cúm A (H5N1): xem Phụ lục 2.

Phân tuyến điều trị áp dụng khi có đại dịch.

II. XỬ TRÍ

1. Nguyên tắc chung:

- Bệnh nhân nghi ngờ phải được cách ly.
- Dùng thuốc kháng vi rút (oseltamivir) càng sớm càng tốt.
- Hồi sức hô hấp là cơ bản, giữ SpO₂ ≥ 92%.
- Điều trị suy đa tạng (nếu có).

2. Điều trị suy hô hấp cấp:

Xử trí suy hô hấp trong cúm A (H5N1): xem Phụ lục 5 và Phụ lục 6.

a) Tư thế người bệnh: Nằm đầu cao 30° – 45°

b) Cung cấp oxy:

- Chỉ định: Khi có giảm oxy hoá máu:

+ SpO₂ ≤ 92% hay PaO₂ ≤ 65mmHg

+ Tăng công thở: thở nhanh, rút lõm ngực.

- Thở oxy qua gọng mũi: 1-5 lít/phút sao cho SpO₂ > 92%.

- Thở oxy qua mặt nạ đơn giản: oxy 6-12 lít/phút khi thở oxy qua gọng mũi không giữ được SpO₂ >92%.

- Thở oxy qua mặt nạ có túi: lưu lượng oxy đủ cao để không xẹp túi khí ở thì thở vào, khi mặt nạ đơn giản không hiệu quả.

c) Thở CPAP:

- CPAP được chỉ định khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở oxy, SpO₂ <92%. Nếu có điều kiện, ở trẻ em nên chỉ định thở CPAP ngay khi thất bại với thở oxy qua gọng mũi.

- Tiến hành thở CPAP:

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

+ Bắt đầu cho thở với CPAP = 5 cmH₂O

+ Điều chỉnh mức CPAP theo lâm sàng với mức thay đổi 1 cmH₂O/lần để duy trì SpO₂ >92%. Mức CPAP tối đa có thể đạt tới 10 cmH₂O.

d) Thông khí nhân tạo:

- Chỉ định:

+ Thở CPAP hoặc thở oxy không cải thiện được tình trạng thiếu oxy máu (SpO₂ < 90% với CPAP = 10 cmH₂O).

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

- Nguyên tắc thông khí nhân tạo:

Mục tiêu: SpO₂ >92% với FiO₂ bằng hoặc dưới 0,6

Nếu không đạt được mục tiêu trên có thể chấp nhận mức SpO₂ > 85%.

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

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

- Thông khí nhân tạo xâm nhập:

+ Chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp nặng và không đáp ứng với thông khí nhân tạo không xâm nhập.

+ Bắt đầu bằng phương thức thở kiểm soát thể tích, với Vt từ 8-10 ml/kg, tần số 12-16 lần/phút, I/E = 1/2, PEEP=5 và điều chỉnh FiO₂ để đạt được SpO₂ >92%.

+ Nếu tiến triển thành ARDS, tiến hành thở máy theo phác đồ thông khí nhân tạo tăng thán cho phép (Xem Phụ lục 4).

+ Với trẻ em, có thể thở theo phương thức kiểm soát áp lực (PCV).

Quy trình thở máy trong viêm phổi do cúm A (H5N1) cho trẻ em: xem Phụ lục 7.

e) Dẫn lưu hút khí màng phổi:

Khi có tràn khí màng phổi, phải dẫn lưu hút khí màng phổi.

3. Các biện pháp hồi sức khác

- Truyền dịch: tiến hành truyền dịch đảm bảo cân bằng vào ra, duy trì nước tiểu ở người lớn khoảng 1200 -1500 mL/ngày, chú ý tránh phù phổi (ran ẩm, tĩnh mạch cổ nổi, cân bệnh nhân...). Nếu có điều kiện nên đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm, và duy trì CVP không vượt quá 6,5 cmH₂O. Nếu truyền quá 2 lít dung dịch tinh thể mà huyết áp vẫn không lên thì phải thay bằng dung dịch keo. Nơi có điều kiện nên duy trì albumin máu ở mức $\geq 35\text{g/lit}$.

- Thuốc vận mạch: dùng sớm thuốc vận mạch, có thể dùng dopamine hoặc noradrenaline phối hợp với dobutamine để duy trì huyết áp tâm thu $\geq 90\text{ mmHg}$.

- Thăng bằng kiềm toan: đảm bảo thăng bằng kiềm toan, đặc biệt khi tiến hành thông khí nhân tạo tăng thán cho phép, duy trì pH $\geq 7,35$.

- Khi tình trạng bệnh nhân tiến triển nặng thành suy đa tạng, cần áp dụng phác đồ hồi sức cho bệnh nhân suy đa tạng (xem Phụ lục 8, Phụ lục 9)

- Ở những nơi có điều kiện có thể tiến hành lọc máu liên tục để hỗ trợ điều trị hội chứng suy đa tạng.

4. Điều trị hỗ trợ

a) Dùng corticosteroid:

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

+ methylprednisolon: từ 0,5-1 mg/kg/ngày $\times$ 7 ngày, tiêm tĩnh mạch.

hoặc

+ hydrocortisone hemisuccinate 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, tiêm tĩnh mạch

hoặc

+ dexamethasone 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, tiêm tĩnh mạch

hoặc

+ prednisolone 0,5-1mg/kg/ngày x 7 ngày, uống

Chú ý theo dõi đường máu, xuất huyết tiêu hoá

b) Sốt: chỉ dùng paracetamol khi nhiệt độ trên 39°C.

c) Bảo đảm chế độ dinh dưỡng và chăm sóc:

- Dinh dưỡng:

+ Bệnh nhân nhẹ: cho ăn bằng đường miệng.

+ Bệnh nhân nặng: cho ăn sữa và bột dinh dưỡng qua ống thông dạ dày.

+ Nếu bệnh nhân không ăn được phải kết hợp nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

- Chống loét: cho bệnh nhân nằm đệm nước, xoa bóp, thay đổi tư thế.

- Chăm sóc hô hấp: giúp bệnh nhân ho, khạc; vỗ rung vùng ngực; hút đờm.

5. Điều trị kháng sinh:

a) Thuốc kháng virút: oseltamivir (Tamiflu):

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

Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày. Trường hợp nặng có thể dùng liều gấp đôi và thời gian điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày.

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

b) Kháng sinh:

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

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

6. Tiêu chuẩn ra viện:

- Hết sốt 7 ngày

- Xét nghiệm máu, X quang tim, phổi ổn định.

- Xét nghiệm vi rút cúm A/H5 âm tính

III. PHÒNG LÂY NHIỄM

1. Nguyên tắc:

Thực hiện các biện pháp cách ly và chống nhiễm khuẩn nghiêm ngặt. Khi phát hiện người bệnh nghi ngờ mắc cúm A (H5N1) phải khám, phân loại và cách ly kịp thời.

2. Tổ chức khu vực cách ly trong bệnh viện:

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

- Hạn chế và kiểm soát người ra vào khu vực cách ly.

- Thay giày dép hoặc đi bốt, rửa, sát khuẩn tay trước khi vào và sau khi ra khỏi buồng cách ly.

3. Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm:

- Phát hiện sớm và cách ly ngay những người bệnh nghi ngờ mắc cúm A (H5N1). Không xếp chung người bệnh nghi ngờ với các người bệnh khác.

- Người bệnh đã xác định bệnh được tập trung tại khoa Truyền nhiễm hoặc tại khoa có đủ điều kiện cách ly và điều trị,

- Tất cả người bệnh, người nghi ngờ mắc bệnh phải mang khẩu trang ngoại khoa khi ở trong buồng bệnh cũng như khi đi ra ngoài buồng bệnh.

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

- Hạn chế người nhà và khách thăm vào khu cách ly. Trường hợp người nhà chăm sóc người bệnh hoặc tiếp xúc với người bệnh phải được hướng dẫn và áp dụng các biện pháp phòng lây nhiễm như nhân viên y tế.

4. Phòng ngừa cho nhân viên y tế:

- Phương tiện phòng hộ gồm: Khẩu trang ngoại khoa, khẩu trang loại N95, kính bảo hộ, mặt nạ che mặt, áo choàng giấy dùng một lần, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng. Phương tiện phòng hộ phải luôn có sẵn ở khu vực cách ly.

- Mỗi nhân viên ở khu vực cách ly mang đầy đủ phương tiện phòng hộ trước khi tiếp xúc với người bệnh và các chất tiết đường hô hấp. Khi ra khỏi buồng cách ly phải thải bỏ các phương tiện phòng hộ vào thùng thu gom chất thải và xử lý như chất thải y tế lây nhiễm và phải tắm, thay quần áo trước khi ra khỏi bệnh viện.

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

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

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

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

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

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

- Đồ vải: Áp dụng phương pháp vận chuyển và xử lý như đồ vải nhiễm khuẩn. Thu gom đồ vải trong túi nilon màu vàng trước khi vận chuyển xuống nhà giặt. Không ngâm đồ vải tại khu vực cách ly. Giặt đồ vải trong các dung dịch khử khuẩn. Trong trường hợp phải giặt bằng tay thì trước khi giặt đồ vải phải ngâm khử khuẩn.

6. Xử lý môi trường và chất thải bệnh viện:

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

7. Vận chuyển người bệnh:

- Nguyên tắc:

+ Hạn chế vận chuyển người bệnh.

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

+ Khi vận chuyển phải chuẩn bị đầy đủ phương tiện hồi sức hô hấp như mặt nạ oxy, bình oxy, máy thở CPAP, bóng ambu có van PEEP.

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

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

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

- Rửa tay, sát khuẩn tay khi kết thúc vận chuyển.

8. Xử lý người bệnh tử vong:

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

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

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

9. Các biện pháp phòng bệnh chung:

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

10. Dự phòng bằng thuốc kháng vi rút:

Đối tượng: Nhân viên y tế và những người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân nhiễm cúm A/H5 không sử dụng các phương tiện bảo hộ.

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

11. Vắc xin phòng bệnh đặc hiệu:

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

FILE ĐƯỢC ĐÍNH KÈM THEO VĂN BẢN



Phu lục 1+2



Phu lục 3+4+5



Phu lục 6+7



Phu lục 8



Phu lục 9