

BỘ Y TẾ**BỘ Y TẾ****CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

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**

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 tháng 8 năm 2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Vi rút cúm đã gây nhiều vụ dịch lớn trên thế giới với tỷ 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 tỷ 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:

ngghi 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 tỏa 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 hòa 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:

+ Cây máu ngay khi vào viện

+ Cây 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 $38^\circ C$ 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 SpO_2

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

a) Nặng:

- Khó thở, tím

- $SpO_2 < 88\%$

- $PaO_2 < 50$ mmHg

- Xquang phổi: thâm nhiễm lan tỏa 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 tỏa 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 hóa 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 khỏe

- 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 ≥ 35 g/lít.