

BỘ Y TẾ

Số: 1113/2003/QĐ-BYT

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 4 tháng 4 năm 2003

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành "Hướng dẫn tạm thời chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS)"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 68/CP ngày 11/10/1993 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và tổ chức bộ máy Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Điều trị Bộ Y tế;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Nay ban hành kèm theo Quyết định này "Hướng dẫn tạm thời chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS)".

Điều 2. "Hướng dẫn tạm thời chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS)" áp dụng cho tất cả các cơ sở khám chữa bệnh Nhà nước, bán công, tư nhân, dân lập, có vốn đầu tư của nước ngoài.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành, thay thế Quyết định số 888/2003/QĐ-BYT ngày 19/3/2003 ban hành Hướng dẫn tạm thời chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm hội chứng hô hấp cấp tính nặng và Quyết định số 903/2003/QĐ-BYT ngày 21/3/2003 về bổ sung, sửa đổi mục G phần II của "Hướng dẫn tạm thời chẩn đoán, xử trí và phòng lây nhiễm hội chứng hô hấp cấp tính nặng" của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 4. Các ông, bà Chánh Văn phòng, Vụ trưởng Vụ Điều trị - Bộ Y tế, Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, Viện trưởng viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới, Thủ trưởng các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ, Giám đốc Sở Y tế tỉnh,

thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng y tế ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

THỨ TRƯỞNG

(Đã ký)

Nguyễn Văn Thường

HƯỚNG DẪN TẠM THỜI

CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ VÀ PHÒNG LÂY NHIỄM HỘI CHỨNG HÔ HẤP CẤP TÍNH NẶNG (SARS)

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 1113/2003/QĐ-BYT ngày 04 tháng 4 năm 2003 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Dịch tễ:

Người bệnh ở vùng dịch lưu hành, hoặc có tiếp xúc với người bệnh nghi ngờ mắc Hội chứng hô hấp cấp tính nặng.

1.2. Lâm sàng:

a. Khởi phát: Trung bình một tuần lễ sau khi tiếp xúc với nguồn lây.

b. Triệu chứng toàn thân:

- Đột ngột sốt cao, thường sốt liên tục trên 38°C , đôi khi rét run, mặt đỏ, mạch nhanh, ăn kém, đau đầu, đau mỏi các cơ, có thể đau quanh hốc mắt và nổi hạch ngoại biên.

c. Triệu chứng hô hấp: có một hoặc nhiều triệu chứng sau:

- Ho: Thường ho khan, một số trường hợp ho có đờm khi có bội nhiễm.

- Khó thở: thở nhanh nông trên 25lần/phút (ở người lớn)

- Các dấu hiệu suy hô hấp cấp

- Nghe phổi có thể có nhiều ran.

1.3. Cận lâm sàng:

- Chụp X-Quang phổi: tổn thương phổi là hình ảnh viêm phổi kẽ, lúc đầu có thể khu trú sau đó lan toả, tổn thương tiến triển nhanh theo từng ngày, trường hợp nặng có thể mờ toàn bộ 2 bên phổi.

- Khí máu: có thể giảm oxy máu nặng với SpO2 dưới 90% hoặc PaO2 dưới 60mmHg; PaCO2 bình thường hoặc tăng.

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu và tiểu cầu bình thường hoặc giảm. Khi có bội nhiễm vi khuẩn thì số lượng bạch cầu tăng lên.

1.4. Chẩn đoán vi sinh vật:

- Làm các xét nghiệm để xác định vi sinh vật (nếu có điều kiện).

- Làm các xét nghiệm vi khuẩn (đờm, dịch phế quản, máu) và làm kháng sinh đồ.

II. XỬ TRÍ:

2.1. Nguyên tắc:

a. Mọi trường hợp được phát hiện bệnh đều phải nhập viện và cách ly hoàn toàn.

b. Nguyên nhân gây bệnh chưa được xác định rõ ràng, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Vì vậy chủ yếu là điều trị triệu chứng, phát hiện và xử trí kịp thời tình trạng suy hô hấp.

c. Thông báo ngay tất cả những trường hợp bệnh được phát hiện về trung tâm y tế dự phòng của địa phương và Bộ Y tế.

2.2. Điều trị triệu chứng:

- Dùng thuốc giảm ho nếu có ho khan nhiều.

- Nhỏ mũi bằng các thuốc nhỏ mũi thông thường.

- Nếu sốt trên 38,5^oC thì cho dùng thuốc hạ sốt:

- + Người lớn: dùng Paracetamol, liều dùng 2g/ngày, chia làm 4 lần.

- + Trẻ em: dùng Paracetamol 50-60 mg/kg cân nặng/ngày, chia làm 4 lần.

2.3. Dinh dưỡng, điều chỉnh rối loạn nước và điện giải:

- Đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh.

- Uống nhiều nước hoa quả

- Truyền tĩnh mạch các dung dịch Na tri chlorua 0,9%, Glucosc 5%. Ringerlactat.
- Lượng dịch truyền tùy theo diễn biến lâm sàng và điện giải đồ
- Truyền tĩnh mạch các dung dịch xít amine.

2.4. Điều trị hỗ trợ:

- Methylprednisolone tiêm tĩnh mạch liều 1mg/kg/ngày khi có suy hô hấp, tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, sử dụng cho đến khi dấu hiệu suy hô hấp thuyên giảm nhưng không nên quá 5 ngày.
- Có thể dùng gammaglobulin truyền tĩnh mạch 200-400 mg/kg, chỉ dùng một lần; hoặc albumin 20% x 100 ml/lần, 3 ngày truyền một lần nếu có điều kiện, số lần truyền tùy theo tình trạng sức khỏe của người bệnh.

2.5. Điều trị suy hô hấp cấp

a. Đánh giá thành trạng suy hô hấp qua các dấu hiệu:

- Lâm sàng:
 - + Khó thở, thở nhanh trên 25 lần/phút (đối với người lớn). Đối với trẻ em, xác định thở nhanh qua tần số thở tính theo lứa tuổi:
 - . Dưới 2 tháng: > 60 lần/phút
 - . Từ 2 đến 12 tháng: > 50 lần/phút
 - . Từ 1 đến 5 tuổi: > 40 lần/phút
 - + Tím môi, tím đầu chi hoặc co kéo cơ hô hấp. Nếu suy hô hấp nặng có thể có rối loạn ý thức.
- Đo độ bão hoà oxy qua da: SpO₂ dưới 90% và hoặc đo khí máu PaO₂ dưới 60mmHg (Nếu có điều kiện).

b. Điều trị suy hô hấp cấp từ người lớn:

- Nguyên tắc:
 - + Bảo đảm thông khí, cung cấp đủ oxy cho ngậm hểh Nếu có điều kiện theo dõi SpO₂ hoặc PaO₂ thì phải duy trì SpO₂ > 90% hoặc PaO₂ > 60 mmHg.
 - + Thở oxy qua ống thông mũi hoặc mặt nạ (mask). Lưu lượng 4-10 lít/phút với người bệnh không có bệnh phổi mạn tính từ trước; lưu lượng 1-3 lít/phút với người bệnh có

bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn trước đó.

- Thông khí nhân tạo không xâm nhập CPAP hoặc BIPAP chỉ định khi:

+ Thở trên 25 lần/phút, co kéo cơ hô hấp, mạch nhanh trên 100 lần/phút.

+ SpO₂ dưới 90 % hoặc PaO₂ dưới 60 mmHg mặc dù đã thở oxy qua ống thông mũi hay mặt nạ.

+ pH máu: 7,3 - 7,35

Thông khí nhân tạo không xâm nhập chỉ được tiến hành đối với người bệnh tình hợp tác tốt, ho khạc đờm tốt. Sau 30-60 phút thông khí nhân tạo không xâm nhập. Nếu tình trạng lâm sàng của người bệnh xấu đi phải đặt nội khí quản và thở máy.

Thông khí nhân tạo xâm nhập (đặt nội khí quản và thở máy).

+ Được chỉ định khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

+ Rối loạn ý thức, ứ đọng đờm không ho khạc được, máy không xâm nhập thất bại.

+ Kiểu thở: Thông khí nhân tạo với áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP), thường bắt đầu với FiO₂ 100 % trong 1 giờ với PEEP +5 cmH₂O, thể tích khí lưu thông (Vt) 6-8 ml/kg; tần số thở 16-20 lần/phút; áp lực đỉnh dòng dẫn khí dưới 45cmH₂O. Giảm dần FiO₂ xuống tới dưới 60% và điều chỉnh PEEP theo khí máu hoặc SpO₂ nhằm duy trì PaO₂ > 60 mmHg hoặc SpO₂ > 90%.

+ Dùng thuốc an thần và mở khí quản nếu người bệnh chống máy.

c. Điều trị suy hô hấp cấp ở trẻ em: Theo hướng dẫn tại Phụ lục 1.

2.6. Điều trị căn nguyên:

- Hiện chưa xác định rõ căn nguyên nên không có điều trị đặc hiệu. Tuy nhiên có nhiều khả năng vi rút là căn nguyên gây ra hội chứng này.

- Điều trị bội nhiễm phế quản, phổi: dùng kháng sinh phổ rộng nhóm

cephalosporine thế hệ 3 hoặc quinolone thế hệ mới kết hợp với một thuốc nhóm aminoside (Tham khảo Phụ lục 2).

- Thuốc kháng vi rút: Có thể dùng Ribavirin 800 mg/ngày, tối đa 1200mg/ngày (theo cân nặng), chia làm 3-4 lần/ngày uống trong bữa ăn (cần theo dõi công thức máu, chức năng gan thận và điều chỉnh liều cho phù hợp), dùng đến khi hết sốt 2 ngày,