

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông do vi rút Corona (MERS-CoV)

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp ngày 12/6/2014 của Hội đồng chuyên môn xây dựng Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh do vi rút Corona mới;

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, điều trị Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông (Mers-CoV).

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành. Bãi bỏ Quyết định số 4465/QĐ-BYT ngày 14/11/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh do Corona vi rút mới.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của 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 Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN

**Chẩn đoán và điều trị Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông
do vi rút Corona (MERS-CoV)**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3014/QĐ-BYT ngày 13 tháng 8 năm 2014
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Vi rút Corona thường gây ra các biểu hiện bệnh lý của đường hô hấp trên và đường tiêu hóa ở người và một số loài động vật. Vi rút Corona lây nhiễm qua tiếp xúc trực tiếp với chất tiết đường hô hấp của người bệnh. Bệnh thường hay xảy ra vào mùa đông và đầu mùa xuân. Loại vi rút Corona gây bệnh ở người được nói tới nhiều nhất là SARS-CoV gây ra bệnh SARS. Vi rút này có thể gây bệnh ở cả đường hô hấp trên và hô hấp dưới, ngoài ra còn có thể gây viêm dạ dày ruột.

Gần đây, một chủng vi rút Corona mới được phát hiện gây hội chứng hô hấp vùng Trung Đông (MERS-CoV) có thể gây ra nhiễm trùng hô hấp nặng kèm theo suy thận ở người.

I. DỊCH TỄ HỌC

1. Tác nhân gây bệnh và lịch sử phát hiện

- Từ giữa năm 2012, hai trường hợp nhiễm coronavirus mới được xác định lần đầu tiên ở một bệnh nhân nam, 60 tuổi ở Jeddah, Saudi Arabia nhập viện ngày 13/6/2012 và một bệnh nhân nam 49 tuổi người Qata du lịch tới Saudi Arabia, nhập viện ngày 3/9/2012.

- Tác nhân gây bệnh được xác định là vi rút corona gây hội chứng hô hấp vùng Trung Đông (MERS-CoV) hay còn gọi là virus corona mới thuộc giống betacoronavirus, có vật chất di truyền là ARN sợi đơn.

- Số lượng ca nhiễm MERS-CoV hiện đang gia tăng và thế giới có thể sẽ phải đối mặt với vụ dịch do coronavirus mới.

2. Nguy cơ lây truyền

- Lạc đà ở châu Phi và Trung Đông nhiều khả năng là vật chủ chính lây truyền MERS-CoV cho người

- Virus có khả năng lây truyền từ người sang người qua đường hô hấp và tập trung chủ yếu ở nhân viên y tế trong môi trường bệnh viện

II. CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP VÙNG TRUNG ĐÔNG NHIỄM MERS-COV

1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng khởi phát thường gặp là sốt, ho, ớn lạnh, đau họng, đau cơ-khớp. Sau đó bệnh nhân xuất hiện khó thở và tiến triển nhanh tới viêm phổi.
- Khoảng 1/3 số bệnh nhân có các triệu chứng tiêu hóa như nôn và tiêu chảy
- Một nửa số bệnh nhân tiến triển thành viêm phổi và 10% sẽ tiến triển thành ARDS
- X quang ngực có hình ảnh phù hợp với viêm phổi do virus và ARDS
- Xét nghiệm công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, đặc biệt là giảm bạch cầu lympho

2. Ca bệnh nghi ngờ

- Đi du lịch tới vùng dịch tễ hoặc sống trong vùng dịch tễ có bệnh do Mers-CoV khoảng 10 ngày trước khi xuất hiện triệu chứng;
- Có tiếp xúc gần với những ca bệnh xác định/có thể;
- Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp cấp, gồm sốt trên 38°C, ho, khó thở, có tổn thương nhu mô phổi (viêm phổi hoặc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) dựa trên lâm sàng hoặc hình ảnh XQ tổn thương các mức độ khác nhau và kèm theo có hội chứng suy thận cấp;
- Không lý giải được bằng các bệnh nhiễm trùng hoặc căn nguyên khác, bao gồm tất cả các trường hợp có chỉ định các xét nghiệm để chẩn đoán viêm phổi cộng đồng (theo hướng dẫn chẩn đoán).

3. Ca bệnh có thể

- Người tiếp xúc trực tiếp với ca bệnh đã được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm, bao gồm những người chăm sóc bệnh nhân; nhân viên y tế hoặc các thành viên trong gia đình; những người sống chung với bệnh nhân hoặc đến thăm bệnh nhân trong thời gian có biểu hiện bệnh.
- Bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng, XQ hoặc xét nghiệm giải phẫu bệnh của bệnh lý nhu mô phổi (ví dụ như viêm phổi hoặc ARDS) phù hợp với định nghĩa về ca bệnh ở trên, nhưng không được khẳng định bằng xét nghiệm bởi vì: không lấy được mẫu bệnh phẩm, hoặc không làm được xét nghiệm để chẩn đoán căn nguyên nhiễm trùng hô hấp khác,

- Không lý giải được do các nhiễm trùng khác hoặc căn nguyên khác.

4. Ca bệnh xác định

- Là ca bệnh có biểu hiện lâm sàng như đã nêu trên và được khẳng định bằng xét nghiệm PCR dương tính với vi rút corona mới.

- Kỹ thuật xác định Vi rút Corona là kỹ thuật Real time RT - PCR với bệnh phẩm là dịch đường hô hấp, đờm, dịch nội khí quản được lấy theo đúng quy trình và bảo quản trong môi trường phù hợp. Lưu ý: Đối với các trường hợp đầu tiên nghi nhiễm vi rút corona mới, các đơn vị cần lưu mẫu và chuyển mẫu đến các cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế cho phép khẳng định.

5. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh cảnh lâm sàng do Mers-CoV gây ra gồm nhiều triệu chứng khác nhau, nhưng chủ yếu là suy hô hấp cấp và suy thận cấp, vì vậy cần phải phân biệt với các trường hợp sau:

- Cúm nặng (cúm A/H1N1 hoặc A/H5N1...)
- Viêm phổi không điển hình
- Nhiễm trùng huyết gây suy thận và suy hô hấp.
- Bệnh tay chân miệng thể cấp có biến chứng suy hô hấp và suy thận

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Các ca bệnh nghi ngờ hoặc có thể đều phải được khám tại bệnh viện, được làm xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán xác định bệnh.

- Ca bệnh xác định cần nhập viện theo dõi và cách ly hoàn toàn.

- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, vì vậy chủ yếu chỉ điều trị triệu chứng, phát hiện và xử trí kịp thời tình trạng suy hô hấp, suy thận.

2. Điều trị suy hô hấp

a. Mức độ nhẹ: $200\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300\text{mmHg}$ với $\text{PEEP}/\text{CPAP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$

- Nằm đầu cao $30^\circ - 45^\circ$

- Cung cấp oxy: Khi $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ hay $\text{PaO}_2 \leq 65\text{mmHg}$ hoặc khi có khó thở (thở gắng sức, thở nhanh, rút lõm ngực).

+ Thở oxy qua gọng mũi: 1 - 5 lít/phút sao cho $\text{SpO}_2 > 92\%$.

+ Thở oxy qua mặt nạ đơn giản: oxy 6 - 12 lít/phút khi thở oxy qua gọng mũi không giữ được $\text{SpO}_2 > 92\%$.

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

b. Mức độ trung bình: $100\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200\text{mmHg}$ với $\text{PEEP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$

- Thở CPAP: Được chỉ định khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở oxy, $SpO_2 < 92\%$. Nếu có điều kiện, ở trẻ em nên chỉ định thở NCPAP ngay khi thất bại với thở oxy qua gọng mũi.

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

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

c. Mức độ nặng: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ mmHg với $PEEP \geq 5$ cmH₂O

- Thông khí nhân tạo xâm nhập: chiến lược bảo vệ phổi.

+ 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 áp lực, với Vt thấp từ 6 ml/kg, giữ P plateau từ 25 – 30 cmH₂O, tần số 12 - 16 lần/phút, I/E = 1/2, cài đặt PEEP và điều chỉnh FiO_2 để đạt được $SpO_2 > 92\%$.

+ Với trẻ em, có thể thở theo phương thức kiểm soát áp lực (PCV). Tùy tình trạng bệnh nhân để điều chỉnh các thông số máy thở phù hợp.

- Trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể ECMO (Extra-Corporeal Membrane Oxygenation):

+ ECMO có thể cân nhắc sử dụng cho bệnh nhân ARDS không đáp ứng với các điều trị tối ưu ở trên.

+ Do ECMO chỉ có thể được thực hiện tại một số cơ sở tuyến trung ương, nên trong trường hợp cân nhắc chỉ định ECMO, các tuyến dưới nên quyết định chuyển bệnh nhân sớm và tuân thủ quy trình vận chuyển bệnh nhân do bộ Y tế quy định.

2. Điều trị suy thận

- Đảm bảo khối lượng tuần hoàn (ưu tiên sử dụng các dung dịch tinh thể như Natriclorua 0,9% và Ringer lactac), cân bằng dịch, duy trì huyết áp, lợi tiểu.

- Lọc máu (ngắt quãng hoặc liên tục) hay lọc màng bụng khi bệnh nhân có tăng kali máu nặng, nhiễm acid, hoặc quá tải thể tích không đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc có triệu chứng của tăng ure huyết cao.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nhỏ mũi bằng các thuốc nhỏ mũi thông thường.

- Hạ sốt: Nếu sốt trên 38,5° C thì cho dùng thuốc hạ sốt paracetamol với liều 10 - 15 mg/kg ở trẻ em, với người lớn không quá 2g/ngày.

- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải và thăng bằng kiềm toan

- Trường hợp bội nhiễm phế quản phổi nên dùng kháng sinh phổ rộng và có tác dụng với vi khuẩn gây nhiễm trùng ở bệnh viện.

- Đối với trường hợp nặng, có thể dùng gammaglobulin truyền tĩnh mạch với liều 200 - 400 mg/kg (chỉ dùng một lần)

4. Tiêu chuẩn xuất viện

Người bệnh được xuất viện khi có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Hết sốt ít nhất 5 ngày mà không dùng thuốc hạ sốt.
- Toàn trạng tốt: Mạch, huyết áp, nhịp thở, các xét nghiệm máu trở về bình thường; X-quang phổi cải thiện.
- Chức năng thận trở về bình thường

5. Sau khi xuất viện

Người bệnh phải tự theo dõi nhiệt độ 12 giờ/lần, nếu nhiệt độ cao hơn 38° C ở hai lần đo liên tiếp hoặc có dấu hiệu bất thường khác, phải đến khám lại ngay tại nơi đã điều trị.

IV. PHÒNG LÂY NHIỄM MERS-COV

1. Phòng lây nhiễm ở ngoài cộng đồng

- Đeo khẩu trang và khám bệnh ngay khi có triệu chứng hô hấp.
- Rửa tay sạch: Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước hoặc bằng dung dịch rửa tay có chứa cồn, đặc biệt sau khi hắt hơi, ho hoặc chùi mũi.
- Che mũi, miệng khi có hắt hơi và ho, vứt các khăn giấy lau mũi miệng vào thùng rác riêng có nắp đậy
- Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ
- Duy trì thông khí nơi ở hoặc nơi làm việc tốt
- Tránh tiếp xúc và tụ tập ở nơi đông người, nơi không thoáng khí.
- Không hút thuốc lá.

2. Phòng lây nhiễm trong bệnh viện

a. Tổ chức khu vực cách ly

- Khu vực nguy cơ cao: Nơi điều trị và chăm sóc người bệnh nghi ngờ hoặc chắc chắn nhiễm Mers-CoV. Khu vực này phải có bảng màu đỏ ghi "Khu vực cách ly đặc biệt" và hướng dẫn chi tiết treo tại lối vào, có người trực gác.

- Khu vực có nguy cơ: Nơi có nhiều khả năng có người bệnh nhiễm Mers-CoV đến khám và điều trị ban đầu (như khoa hô hấp, cấp cứu, khám bệnh...). Khu vực này phải có bảng hướng dẫn chi tiết treo ở lối ra vào và có ký hiệu màu vàng.

b. Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm

- Cách ly ngay những người nghi ngờ mắc bệnh, không xếp chung người đã được khẳng định mắc Mers-CoV với người thuộc diện nghi ngờ. Tất cả đều phải đeo khẩu trang. Việc chụp X-quang, làm các xét nghiệm, khám chuyên khoa...nên được tiến hành tại giường, nếu di chuyển bệnh nhân, phải có đầy đủ các phương tiện phòng hộ. Người bệnh khạc nhổ vào khăn giấy mềm dùng một lần và cho ngay vào thùng rác y tế.

- Trong thời gian có dịch, hạn chế người nhà vào thăm bệnh nhân trong bệnh viện, nếu đến thăm phải đeo khẩu trang. Cấm người nhà và khách đến thăm khu cách ly.

- Bảo đảm thông khí tốt cho các buồng bệnh.

c. Phòng ngừa cho nhân viên y tế

- Dùng khẩu trang ngoại khoa, kính bảo hộ, mặt nạ che mặt, áo choàng giấy dùng một lần, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng. Khi làm thủ thuật hoặc chăm sóc trực tiếp người bệnh nên sử dụng khẩu trang N95. Bệnh phẩm xét nghiệm phải được đặt trong túi nylon hoặc hộp vận chuyển. Rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn sau khi tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp, dụng cụ bẩn, chăm sóc người bệnh, sau khi tháo găng tay, khẩu trang và trước khi rời buồng bệnh, khu vực cách ly. Những người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân ở khu vực cách ly đặc biệt phải tắm, thay quần áo trước khi ra khỏi bệnh viện.

- Bệnh viện cần lập danh sách nhân viên y tế làm việc tại khoa có người bệnh nhiễm Mers-CoV. Họ sẽ tự theo dõi nhiệt độ hằng ngày, nếu có dấu hiệu nghi mắc Mers-CoV sẽ được khám, làm các xét nghiệm và theo dõi.

d. Xử lý dụng cụ, đồ vải và đồ dùng sinh hoạt cho bệnh nhân

Thực hiện theo quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của Bộ Y tế.

e. Xử lý môi trường và chất thải bệnh viện

Các mặt bằng, bàn ghế ở khu vực buồng bệnh và khu vực cách ly phải được lau tối thiểu 2 lần/ngày bằng các hóa chất sát khuẩn. Nhân viên làm vệ sinh phải sử dụng các phương tiện phòng hộ như nhân viên y tế. Mọi chất thải rắn tại khu vực cách ly đặc biệt phải được thu gom để đem đi tiêu hủy theo quy định của Bộ Y tế.

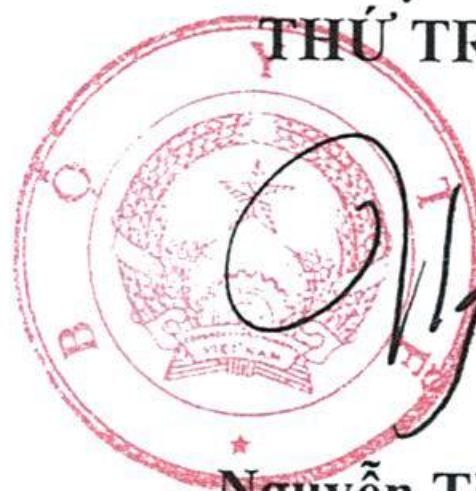
f. Vận chuyển người bệnh

Hạn chế vận chuyển người bệnh, trừ những trường hợp nặng, vượt quá khả năng điều trị của cơ sở. Nhân viên vận chuyển phải mang đầy đủ phương tiện phòng hộ. Làm sạch và khử khuẩn xe cứu thương sau mỗi lần vận chuyển.

g. Xử lý người bệnh tử vong

Người bệnh tử vong phải được khám liệm tại chỗ, phải khử khuẩn bằng các hoá chất Chloramin B, Formalin. Chuyển tử thi đến nơi chôn cất hay hỏa táng bằng xe chuyên dụng. Tử thi phải được hỏa táng hoặc chôn cất trong vòng 24 giờ, tốt nhất là hỏa táng./.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên