BỘ Y TẾ	CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 2008 /QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 26 tháng 04 năm 2021*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2)

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20/6/2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn cập nhật, bổ sung Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm hô hấp cấp tính do chủng vi rút Corona mới (nCoV) được thành lập tại Quyết định số 319/QĐ-BYT ngày 06/02/2020 của Bộ trưởng;

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 và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2)" thay thế "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2)" ban hành kèm theo Quyết định số 3351/QĐ-BYT ngày 29/7/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các Ông/Bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra; Tổng Cục trưởng, Cục trưởng, Vụ trưởng các Tổng Cục, Cục, Vụ thuộc 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.

Nơi nhận:
- Như điều 3;
- Phó TTgCP. Vũ Đức Đam- Trưởng BCĐQG Phòng CD COVID-19 (để báo cáo);
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Bảo hiểm Xã hội Việt Nam (để phối hợp);
- Cổng TTĐT Bộ Y tế; website Cục QLKCB;
- Lưu: VT; KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn
Trưởng Tiểu ban điều trị- Ban chỉ đạo QG PCD COVID-19

B. Người bệnh có bất kỳ triệu chứng hô hấp nào **VÀ** 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*** *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, 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, bao gồm: 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 bệnh có người bệnh mắc COVID-19.

- Tiếp xúc trực tiếp trong khoảng cách ≤ 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 bằng kỹ thuật real – time RT-PCR được thực hiện bởi các cơ sở xét nghiệm do Bộ Y tế cho phép khẳng định.

III. 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 một tuần. Tuy nhiên một số trường hợp không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nào.

+ Khoảng gần 20% số bệnh nhân diễn biến nặng, thời gian trung bình từ khi có triệu chứng ban đầu tới khi diễn biến nặng thường khoảng 7- 8 ngày. Các biểu hiện nặng bao gồm: viêm phổi, viêm phổi nặng cần nhập viện…Trong đó khoảng 5% cần điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực với các biểu hiện 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.

+ 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 mg/L.

- Thời kỳ hồi phục: Sau giai đoạn toàn phát 7-10 ngày, nếu không có ARDS bệnh nhân sẽ hết sốt các dấu hiệu lâm sàng dần trở lại bình thường và khỏi bệnh.

- Chưa có bằng chứng khác biệt về các biểu hiện lâm sàng của COVID-19 ở phụ nữ mang thai.

- Ở trẻ em, đa số trẻ mắc COVID-19 có các các biểu hiện lâm sàng 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. Tuy nhiên một số trẻ mắc COVID-19 có tổn thương viêm đa cơ quan giống bệnh Kawasaski: sốt; ban đỏ hoặc xung huyết giác mạc, hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân; suy tuần hoàn; các biểu hiện tổn thương chức năng tim và tăng men tim; rối loạn tiêu hóa; rối loạn đông máu và tăng các chỉ số viêm cấp.

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 hoặc tăng nhẹ. 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, tăng D-dimer, 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 chẩn đoán căn nguyên

- Kỹ thuật real-time RT-PCR

- Kỹ thuật Xpert XPRESS trên hệ thống GeneXpert (RT- PCR khép kín)

- Giải trình tự gene từ các mẫu bệnh phẩm

- Test nhanh để tìm kháng nguyên SARS-CoV-2 và/hoặc kỹ thuật LAMP (khuếch đại đẳng nhiệt qua trung gian vòng lặp: Loop-mediated Isothermal Amplification) để phát hiện vật liệu di truyền của SARS-CoV-2.

Trường hợp xét nghiệm cho kết quả dương tính hoặc âm tính nhưng người bệnh có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ thì phải khẳng định lại bằng kỹ thuật real-time RT-PCR.

IV. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ LÂM SÀNG

Bệnh COVID-19 có các mức độ như sau:

1. Không triệu chứng: là người nhiễm SARS-CoV-2 được khẳng định bằng xét nghiệm realtime RT-PCR dương tính, nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

2. Mức độ nhẹ: Viêm đường hô hấp trên cấp tính

- Người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ.

- Không có các dấu hiệu của viêm phổi hoặc thiếu ô xy.

3. Mức độ vừa: Viêm phổi

- *Người lớn và trẻ lớn*: bị viêm phổi (sốt, ho, khó thở, thở nhanh) và không có dấu hiệu viêm phổi nặng, $SpO_2 \geq 93\%$ khi thở khí trời.

- *Trẻ nhỏ*: trẻ có ho hoặc khó thở và thở nhanh. Thở nhanh được xác định khi nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ dưới 2 tháng; ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2 - 11 tháng; ≥ 40 lần/phút ở trẻ từ 1 - 5 tuổi) và không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng.

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, tuy nhiên, hình ảnh X-quang, siêu âm hoặc CT phổi thấy hình ảnh viêm phổi kẽ hoặc phát hiện các biến chứng.

4. Mức độ nặng- 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 $SpO_2 < 93\%$ khi thở khí phòng.

- *Trẻ nhỏ:* ho hoặc khó thở, và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau đây: tím tái hoặc $SpO_2 < 93\%$; 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.

5. Mức độ nguy kịch

5.1. 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 mmHg < P/F ≤ 300 mmHg với PEEP hoặc CPAP ≥ 5 cm H_2O.

+ ARDS vừa: 100 mmHg < P/F ≤ 200 mmHg với PEEP ≥ 5 cmH_2O).

+ ARDS nặng: P/F ≤ 100 mmHg với PEEP ≥ 5 cmH_2O

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

- *Thiếu ô xy máu*: ở trẻ em dựa vào các chỉ số OI *(chỉ số Oxygen hóa: $OI = MAP^* \times FiO_2 \times 100 / PaO_2$) (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 ≥ 5 cmH_2O qua mặt nạ: PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg hoặc SpO_2/FiO_2 ≤ 264

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

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

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

5.2. 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 bắt yếu, chi lạnh, hoặc hạ huyết áp, da nổi vân tím

+ Thiểu 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.

5.3. 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) ≥ 65 mmHg và nồng độ lactate huyết thanh > 2 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 mmHg; trẻ từ 1-10 tuổi: < 70 + 2 x tuổi; trẻ > 10 tuổi: < 90 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 nẩy; thở nhanh; da nổi vân tím hoặc có chấm xuất huyết hoặc ban xuất huyết; tăng nồng độ lactate; thiểu niệu; tăng hoặc hạ thân nhiệt.

5.4 . Các biến chứng nặng- nguy kịch khác: nhồi máu phổi, đột quỵ, sảng.

Cần theo dõi sát và áp dụng các biện pháp chẩn đoán xác định khi nghi ngờ và có biện pháp điều trị phù hợp.

6. Hội chứng viêm hệ thống liên quan tới Covid-19 ở trẻ em
(Multisytem Inflammatory Syndrome in Children- MIS-C)

Chẩn đoán khi có các tiêu chuẩn sau: Trẻ 0 – 19 tuổi có sốt ≥ 3 ngày VÀ có 2 trong các dấu hiệu sau:

1) Ban đỏ hoặc xung huyết giác mạc hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân;

2) Hạ huyết áp hoặc sốc;

3) Suy giảm chức năng tim, tổn thương màng tim, viêm màng ngoài tim, bất thường mạch vành xác định qua siêu âm, tăng proBNP, Troponin;

4) Rối loạn đông máu (PT, APTT, D-Dimer cao); Rối loạn tiêu hóa cấp tính (ỉa chảy, đau bụng, nôn)

VÀ có tăng các markers viêm (CRP, máu lắng, procalcitonin)

VÀ không do các căn nguyên nhiễm trùng khác

VÀ có bằng chứng của nhiễm COVID-19 hoặc tiếp xúc gần với người mắc COVID-19.

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, myxovirrus, adenovirus.*

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

+ Các căn nguyên khuẩn vi khuẩn hay gặp, bao gồm các 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, SARS-CoV, 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 mạn tính kèm theo.

VI. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN

- Các trường hợp bệnh nghi ngờ, cần làm xét nghiệm khẳng định nhiễm SARS-CoV-2.

- Lấy dịch đường hô hấp trên (dịch hầu họng & mũi họng) để xét nghiệm xác định vi rút bằng kỹ thuật realtime RT- PCR.

- 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.

- Không khuyến cáo sử dụng các xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng SARS-CoV-2 để chẩn đoán đang mắc COVID-19.

- 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.

- Cấy máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết, nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh. Cần xét nghiệm các căn nguyên vi khuẩn, vi rút khác nếu có các dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ.

- 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 CDC 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 bệnh nhân.

- Cho người bệnh nghi ngờ đeo khẩu trang và hướng dẫn tới khu vực cách ly.

- Bảo đảm khoảng cách giữa các người bệnh ≥ 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.

- Đeo khẩu trang y tế nếu làm việc trong khoảng cách 2m với người bệnh.

- Ưu tiên cách ly người bệnh nghi ngờ 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.

- 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 (nếu có).

- Hạn chế di chuyển người bệnh

- Vệ sinh tay

4. Áp dụng các biện pháp dự phòng lây truyền qua đường không khí.

- Các nhân viên y tế khi khám, chăm sóc người bệnh đã xác định chẩn đoán, hoặc/và làm 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 trường hợp 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.

+ Trường hợp bệnh xác định cần được theo dõi và điều trị cách ly hoàn toàn.

+ Ca bệnh nhẹ *(viêm đường hô hấp trên, viêm phổi nhẹ)* điều trị tại các khoa phòng thông thường.

+ Ca bệnh nặng *(viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết) hoặc* ca bệnh nhẹ ở người có các bệnh mạn tính hay người cao tuổi cần được điều trị tại các phòng cấp cứu của các khoa, phòng hoặc hồi sức tích cực.

+ Ca bệnh nặng-nguy kịch: (*suy hô hấp nặng, ARDS, sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan*) cần được điều trị 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 theo dõi và điều trị chung

- Nghỉ ngơi tại giường, phòng bệnh cần được đảm báo thông thoáng, có thể sử dụng hệ thống lọc không khí hoặc các biện pháp khử trùng phòng bệnh khác như đèn cực tím (nếu có).

- Vệ sinh mũi họng, có thể giữ ẩm mũi bằng nhỏ dung dịch nước muối sinh lý, xúc miệng họng bằng các dung dịch vệ sinh miệng họng thông thường.

- Giữ ấm

- 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, bổ xung vitamin nếu cần thiết. 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.

- Đánh giá, điều trị, tiên lượng các tình trạng bệnh lý mãn tính kèm theo (nếu có).

- 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, 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 điều trị 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.

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 $SpO_2 > 94\%$

- 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 $SpO_2 \geq 94\%$ trong quá trình hồi sức. Cho thở ô xy qua gọng mũi (1-4 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 $SpO_2 \geq 90\%$ cho người lớn, và $SpO_2 \geq$ 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 oxy trong quá trình cấp cứu để đạt đích $SpO_2 \geq 94\%$. Khi tình trạng trẻ ổn định, điều chỉnh để đạt đích $SpO_2 \geq 96\%$.

- Theo dõi sát tình trạng người bệnh để phát hiện các dấu hiệu nặng, thất bại với liệu pháp thở oxy 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, $SpO_2 \leq 92\%$, hoặc/và gắng sức hô hấp: có thể cân nhắc chỉ định thở 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 thì thở vào thấp (giữ áp lực cao nguyên hay Pplateau < 30 cmH_2O, ở trẻ em, giữ Pplateau < 28 cmH_2O). 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_2, 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).

+ Có thể áp dụng chiến lược PEEP cao cho ARDS vừa và nặng. Tùy theo độ giãn nở (compliance) của phổi để cài đặt PEEP phù hợp.

+ 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 30-60 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) ≥ 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^{th} 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. Cấy 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 ≥ 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 ≥ 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. Nếu D-dimer tăng từ 500 – 1000 µg/L, sử dụng enoxaparine liều dự phòng; Nếu D-dimer tăng trên 1000 µg/L, dùng enoxaparine liều điều trị.

6. Các biện pháp điều trị khác

6.1. Corticosteroids toàn thân

6.1.1. Chỉ định

* Không sử dụng các thuốc corticosteroids toàn thân thường quy cho viêm đường hô hấp trên, trừ khi có những chỉ định khác.

* Khuyến cáo sử dụng corticosteroid toàn thân (đường tiêm, uống) trong những trường hợp sau:

a) Bệnh nhân mắc COVID-19 ***mức độ vừa, nặng*** *hoặc* ***nguy kịch*** *theo mục 4, 5 mục phân loại các mức độ lâm sàng*

** Mức độ vừa/nặng:* chỉ định corticosteroid toàn thân ngay khi bệnh nhân có bất kỳ một trong những biểu hiện sau đây:

- SpO_2 ≤ 93% khi thở khí trời, hoặc/và có dấu hiệu tím tái, hoặc cần phải thở ô xy hỗ trợ.

- Thở nhanh, xác định khi nhịp thở: > 30 lần/phút ở người lớn và trẻ lớn > 5 tuổi; ≥ 40 lần/phút ở trẻ 1-5 tuổi; ≥ 50 lần/phút ở trẻ 2-11 tháng, ≥ 60 lần/phút ở trẻ < 2 tháng.

- Các dấu hiệu của suy hô hấp nặng (co kéo cơ hô hấp phụ, nói hụt hơi; ở trẻ em có các dấu hiệu rút lõm lồng ngực, thở rên, tím tái, hoặc có bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm như trẻ không thể uống/bú được; rối loạn ý thức (li bì hoặc hôn mê); co giật.

** Mức độ nguy kịch:* Bất kỳ bệnh nhân nào cần thở máy (không xâm nhập hoặc xâm nhập) và/hoặc dùng thuốc vận mạch; hoặc có các tiêu chuẩn của hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS); nhiễm trùng huyết (sepsis) và sốc nhiễm trùng (septic shock).

b) Hội chứng viêm hệ thống ở trẻ em liên quan tới COVID-19 (Multisytem Inflammatory Syndrome in Children- MIS-C)

c) Những trường hợp covid-19 có bệnh nền cần phải tiếp tục điều trị bệnh nền bằng corticosteroid toàn thân

6.1.2. Thuốc và liều lượng

a. Bệnh nhân mắc COVID-19 mức độ vừa, nặng hoặc nguy kịch:

- Ưu tiên sử dụng **DEXAMETHASONE**

- Thời gian sử dụng: tối thiểu tới 7-10 ngày

- Cần theo dõi sát glucose máu và các tác dụng bất lợi khác của thuốc trong thời gian sử dụng corticosteroid và có các biện pháp xử lý phù hợp.

*** Dexamethasone**

- Liều lượng:

+ Người lớn: 6 mg, 1 lần/ngày

+ Trẻ em: 0.15 mg/kg/lần (tối đa 6 mg), 1 lần/ngày

- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch hoặc đường uống

Nếu không có sẵn Dexamethasone, có thể sử dụng các loại steroid thay thế với liều lượng tương đương như sau:

*** Hydrocortisone**

- Liều lượng:

+ Người lớn: 50 mg/lần, 3 lần/ngày cách 8 giờ, hoặc 100 mg/lần, 2 lần/ngày, cách 12 giờ, tiêm tĩnh mạch

+ Trẻ em: 0.5 mg/kg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 150 mg/ngày)

- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch

*** Methylprednisolone**

- Liều lượng:

+ Người lớn: 16 mg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ

+ Trẻ em: 0.8 mg/kg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 32 mg/ngày)

- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch

*** Prednisolone**

- Liều lượng:

+ Người lớn: 40 mg/lần, 1 lần/ngày,

+ Trẻ em: 1 mg/kg/lần (tối đa 40 mg), 1 lần/ngày

- Đường dùng: uống

b) Hội chứng viêm hệ thống liên quan tới COVID-19 ở trẻ em (Multisytem Inflammatory Syndrome in Children- MIS-C)

- Steroid được chỉ định cùng với IVIG và các biện pháp điều trị hỗ trợ khác

- Thuốc sử dụng: methylprednisolone, prednisolone, prednisone

- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch, chuyển đường uống

* Liều lượng và cách sử dụng:

- Thể nhẹ-vừa: *(không có suy hô hấp, suy tuần hoàn)*: Methylprednisolone hoặc prednisolone 2 mg/kg/ngày (tối đa 40-60 mg/ngày), chia thành 2-3 lần, cách 8-12h, giảm dần liều và ngừng thuốc trong 2-3 tuần

- Thể nặng- nguy kịch: *(có suy hô hấp, suy tuần hoàn*)

- Liều tấn công: Methylprednisolone 10-30 mg/ngày, từ 1-3 ngày. Sau đó dùng prednisolone liều 2 mg/kg/ngày (tối đa 40-60 mg/ngày).

+ Giảm dần liều và ngừng trong thời gian 2-3 tuần (thể nặng), và 6-8 tuần (với thể nguy kịch).

+ Giảm liều và ngừng thuốc theo diễn biến lâm sàng của từng bệnh nhân

c) *Những trường hợp COVID-19 có bệnh nền* cần tiếp tục điều trị bệnh nền bằng corticosteroid toàn thân

Loại corticosteroid, liều lượng, và cách sử dụng duy trì theo tình trạng bệnh nền đã có

6.2. Điều trị và dự phòng rối loạn đông máu

Theo dõi, đánh giá lâm sàng và xét nghiệm (D-Dimer, Fibrinogen…), phân tầng nguy cơ huyết khối tĩnh mạch.

6.2.1. Người lớn: chỉ định và liều lượng Enoxaparin theo bảng sau:

	Nguy cơ thấp huyết khối tĩnh mạch	**Nguy cơ trung bình huyết khối tĩnh mạch**	**Nguy cơ cao huyết khối tĩnh mạch**
Tiêu chí	D-Dimer < 1000 ng/ml Fibrinogen < 5 g/l	D-Dimer 1000-2900 ng/ml Fibrinogen ≥ 5g/l	Có bất cứ yếu tố nguy cơ nào: − D-Dimer ≥ 3000 ng/ml − Fibrinogen ≥ 8g/l − DIC Score ≥ 4 − Thở máy, ECMO − Có yếu tố nguy cơ cao tắc mạch phổi
Thuốc	**BMI <20:** Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc heparin nếu CrCl <30 ml/phút **BMI 20-29:** Enoxaprin 40 mg TDD mỗi 24 giờ hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút **BMI ≥ 30:** Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút	**BMI <20:** Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc Heparin nếu CrCl < 30ml/phút **BMI ≥ 20:** Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ (0.5mg/kg/12 giờ) hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút Nếu có sự gia tăng nhanh d-dimer hoặc tình trạng oxy máu xấu đi cấp tính chuyển sang liều nguy cơ cao	**≤ 150 kg:** Enoxaparin 1 mg/kg TDD mỗi 12 giờ **>150kg hoặc CrCl <30 ml/phút:** Heparin chỉnh liều theo APTT
Theo dõi	Không khuyến cáo theo dõi Anti- Xa	Theo dõi Anti-Xa khi dùng enoxaparine Theo dõi APTT khi dùng Heparin	Theo dõi Anti-Xa khi dùng Enoxaprin Theo dõi APTT, AT III khi dùng Heparin

6.2.2. Trẻ em

- Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch thấp*: (trẻ được đặt tĩnh mạch trung tâm, bệnh nặng nhưng không có tình trạng tăng đông, tăng viêm, D-Dimer < 1500 ng/ml)*

Enoxaparine tiêm dưới da theo liều lượng:

+ Trẻ < 2 tháng tuổi: 0.75 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

+ Trẻ ≥ 2 tháng tuổi: 0.5 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

- Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch cao: *(trẻ trong tình trạng nặng, nguy kịch tình trạng tăng đông, tăng viêm, D-Dimer > 1500 ng/ml, Feritin >500 ng/ml, CRP > 150mg/L, hoặc có tiền sử bị huyết khối)*

Enoxaparine tiêm dưới da theo liều lượng:

+ Trẻ < 2 tháng tuổi: 1.5 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

+ Trẻ ≥ 2 tháng tuổi: 1.0 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

Theo dõi Anti-Xa, đích của Anti-Xa: 0.5-1.0 UI/ml

* Lưu ý:

- Luôn đánh giá nguy cơ chảy máu trước và trong quá trình sử dụng liệu pháp chống đông. Đối với bệnh nhân đang chảy máu, giảm tiểu cầu nặng (số lượng tiểu cầu < 25 G/L), hoặc mắc bệnh lý rối loạn đông máu bẩm sinh, có thể sử dụng các biện pháp dự phòng không dùng thuốc (ví dụ tất áp lực).

- Phụ nữ mang thai sử dụng liều Enoxaparin dự phòng trong giai đoạn cấp tính của bệnh (7-14 ngày), dừng trước khi dự kiến sinh 12 tiếng. Trường hợp bệnh nặng, cần hội chẩn các chuyên khoa để cân nhắc sử dụng liều phù hợp. Xem xét kéo dài thêm 10 ngày liều dự phòng Enoxaparin sau giai đoạn cấp tính.

- Bệnh nhân đang sử dụng các thuốc chống đông dự phòng đường uống (ví dụ warfarin), chuyển sang heparin không phân đoạn hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp.

* Nếu có chống chỉ định với Heparine và Enoxaparin; sử dụng các biện pháp cơ học.

* Theo dõi bệnh nhân COVID-19 nếu có các dấu hiệu nghi ngờ tắc mạch như đột quỵ, tắc mạch sâu, nhồi máu phổi, hội chứng vành cấp. Nếu có các dấu hiệu nghi ngờ, cần áp dụng các biện pháp chẩn đoán và điều trị thích hợp.

6.3. 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. 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.

6.4. Immunoglobuline truyền tĩnh mạch (IVIG)

- Tùy từng trường hợp cụ thể, có thể cân nhắc sử dụng IVIG cho những trường hợp bệnh nặng.

- Hội chứng viêm hệ thống liên quan tới COVID-19 ở trẻ em: Tổng liều 2 g/kg (tối đa 100g), truyền tĩnh mạch trong 12-24 giờ, hoặc 1 g/kg/ngày x 2 ngày

6.5. 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, cấy máu và cấy đờm tìm vi khuẩn và cân 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). Điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kháng sinh đồ khi có kết quả phân lập vi khuẩn.

- 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 điểm dịch tễ, kháng kháng sinh để lựa chọn kháng sinh thích hợp.

6.6. Thuốc kháng vi rút: Đã có nhiều thuốc được thử nghiệm nhưng chưa có hiệu quả rõ ràng.

6.7. Phục hồi chức năng và chăm sóc dinh dưỡng

- Cân nhắc điều trị phục hồi chức năng hô hấp sớm, chế độ dinh dưỡng đầy đủ Calo và các vitamin thiết yếu cho các người bệnh.

- Đảm bảo cân bằng nước, điện giải

6.8. Phát hiện và xử trí các biểu hiện thần kinh và tâm thần.

- Đánh giá và điều trị mê sảng, đặc biệt những bệnh nhân nặng: áp dụng các thang điểm đánh giá sảng, xác định và xử lý nguyên nhân và có các biện pháp điều trị sảng thích hợp.

- Đánh giá các dấu hiệu lo âu và trầm cảm; áp dụng các biện pháp hỗ trợ tâm lý xã hội và các can thiệp thích hợp

- Phát hiện và xử trí các vấn đề về rối loạn giấc ngủ.

- Hỗ trợ sức khỏe tâm thần và hỗ trợ tâm lý xã hội cơ bản cho tất cả những người nghi ngờ hoặc xác nhận mắc COVID-19.

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. Nhiễm trùng tại bệnh viện

7.1.1. *Dự phòng viêm phổi 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 ấm/ẩm khi bị hỏng, bẩn, hoặc sau mỗi 5-7 ngày.

7.1.2. *Dự phòng 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.

7.2. Loét do tỳ đè: Xoay trở người bệnh thường xuyên

7.3. 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 H_2 hoặc ức chế bơm proton cho những người bệnh có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa như thở máy ≥ 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.

7.4. 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. Chăm sóc và điều trị cần phối hợp các chuyên khoa, 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

1.1. Người có triệu chứng

- Hết sốt, 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.

- Đã cách ly tập trung tại cơ sở y tế tối thiểu 14 ngày từ khi có triệu chứng lâm sàng đầu tiên VÀ tối thiểu hai mẫu bệnh phẩm liên tiếp *(cách nhau từ 48 đến 72 giờ)* âm tính với SARS-CoV-2 bằng phương pháp real-time RT-PCR; thời gian từ khi lấy mẫu bệnh phẩm cuối cùng tới khi ra viện không quá 24h.

1.2. Người không có triệu chứng

- Cách ly tập trung tại cơ sở y tế tối thiểu 14 ngày VÀ tối thiểu hai mẫu bệnh phẩm liên tiếp (*cách nhau từ 48 đến 72 giờ)* xét nghiệm âm tính với SARS-CoV-2 bằng phương pháp realtime RT-PCR; thời gian từ khi lấy mẫu bệnh phẩm cuối cùng tới khi ra viện không quá 24h.

2. Theo dõi sau xuất viện

2.1. Người bệnh cần tiếp tục được cách ly phù hợp tại nhà dưới sự giám sát của Y tế cơ sở và CDC địa phương thêm 14 ngày và theo dõi thân nhiệt tại nhà 2 lần/ngày, nếu thân nhiệt cao hơn 38^{o}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. Làm xét nghiệm SARS-CoV-2 bằng phương pháp real-time RT-PCR tại thời điểm ngày thứ 7 và ngày thứ 14.

2.2. Đối với những trường hợp xét nghiệm SARS-CoV-2 bằng phương pháp real-time RT-PCR tái dương tính trong thời gian theo dõi sau xuất viện, bệnh nhân cần được tiếp tục cách ly tại nhà 7 ngày và làm thêm một lần xét nghiệm vào ngày thứ 7.