

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH QUẢNG NGÃI
SỞ Y TẾ

TÀI LIỆU ÔN TẬP
KỶ XÉT TUYỂN VIÊN CHỨC NĂM 2022

ĐỐI TƯỢNG: BÁC SĨ HẠNG III (Y ĐA KHOA)
*(Kèm theo Quyết định số 40/QĐ-HĐTD ngày 04/11/2022
của Hội đồng tuyển dụng)*

Quảng Ngãi, tháng 11 năm 2022

MỤC LỤC

Phần 1. KIẾN THỨC CHUNG

Chủ đề 1. LUẬT VIÊN CHỨC.....	1
Chủ đề 2. THÔNG TƯ SỐ 07/2014/TT-BYT NGÀY 25/02/2014 CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ VỀ VIỆC BAN HÀNH QUY TẮC ỨNG XỬ CỦA CÔNG CHỨC, VIÊN CHỨC, NGƯỜI LAO ĐỘNG LÀM VIỆC TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ.....	18
Chủ đề 3. LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH.....	27
Chủ đề 4. THÔNG TƯ LIÊN TỊCH SỐ 10/2015/TTLT-BYT-BNV NGÀY 27/5/2015 CỦA LIÊN BỘ Y TẾ-NỘI VỤ QUY ĐỊNH MÃ SỐ, TIÊU CHUẨN CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP BÁC SĨ, BÁC SĨ Y HỌC DỰ PHÒNG, Y SĨ.....	45
Chủ đề 1. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COVID-19.....	44
Chủ đề 2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	62
Chủ đề 3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM	69
BỆNH VIÊM NÃO DO VIRUS HERPES SIMPLEX	69
BỆNH VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN	72
BỆNH THỦY ĐẬU	76
BỆNH UỐN VÁN.....	80
BỆNH SỐT RÉT KHÁNG THUỐC	87
BỆNH THƯƠNG HÀN	92
BỆNH LỖ TRỤC KHUẨN	98
BỆNH CÚM MÙA	102
BỆNH VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN	108
BỆNH SỐT MÒ	113
BỆNH NHIỄM TRÙNG Ở DA VÀ MÔ MỀM	117
BỆNH DỊCH HẠCH.....	121
NHIỄM KHUẨN HUYẾT.....	130
Chủ đề 4. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM	137
NHẬN BIẾT VÀ XỬ TRÍ CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA CHỨC NĂNG SỐNG ..	137
Ở TRẺ EM	137
VIÊM PHỔI DO VIRUS	149
TIÊU CHẢY CẤP.....	153
CO GIẬT DO SỐT	162
BỆNH TAY-CHÂN-MIỆNG	165

Phần 1
KIẾN THỨC CHUNG

Chủ đề 1. LUẬT VIÊN CHỨC

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Luật này quy định về viên chức; quyền, nghĩa vụ của viên chức; tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.

Điều 2. Viên chức

Viên chức là công dân Việt Nam được tuyển dụng theo vị trí việc làm, làm việc tại đơn vị sự nghiệp công lập theo chế độ hợp đồng làm việc, hưởng lương từ quỹ lương của đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của pháp luật.

Điều 3. Giải thích từ ngữ

Trong Luật này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. *Viên chức quản lý* là người được bổ nhiệm giữ chức vụ quản lý có thời hạn, chịu trách nhiệm điều hành, tổ chức thực hiện một hoặc một số công việc trong đơn vị sự nghiệp công lập và được hưởng phụ cấp chức vụ quản lý.

2. *Đạo đức nghề nghiệp* là các chuẩn mực về nhận thức và hành vi phù hợp với đặc thù của từng lĩnh vực hoạt động nghề nghiệp do cơ quan, tổ chức có thẩm quyền quy định.

3. *Quy tắc ứng xử* là các chuẩn mực xử sự của viên chức trong thi hành nhiệm vụ và trong quan hệ xã hội do cơ quan nhà nước có thẩm quyền ban hành, phù hợp với đặc thù công việc trong từng lĩnh vực hoạt động và được công khai để Nhân dân giám sát việc chấp hành.

4. *Tuyển dụng* là việc lựa chọn người có phẩm chất, trình độ và năng lực vào làm viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.

5. *Hợp đồng làm việc* là sự thỏa thuận bằng văn bản giữa viên chức hoặc người được tuyển dụng làm viên chức với người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập về vị trí việc làm, tiền lương, chế độ đãi ngộ, điều kiện làm việc, quyền và nghĩa vụ của mỗi bên.

Điều 4. Hoạt động nghề nghiệp của viên chức

Hoạt động nghề nghiệp của viên chức là việc thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ có yêu cầu về trình độ, năng lực, kỹ năng chuyên môn, nghiệp vụ trong đơn vị sự nghiệp công lập theo quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

Điều 5. Các nguyên tắc trong hoạt động nghề nghiệp của viên chức

1. Tuân thủ pháp luật, chịu trách nhiệm trước pháp luật trong quá trình thực hiện hoạt động nghề nghiệp.
2. Tận tụy phục vụ Nhân dân.
3. Tuân thủ quy trình, quy định chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp và quy tắc ứng xử.
4. Chịu sự thanh tra, kiểm tra, giám sát của cơ quan, tổ chức có thẩm quyền và của Nhân dân.

Điều 6. Các nguyên tắc quản lý viên chức

1. Bảo đảm sự lãnh đạo của Đảng Cộng sản Việt Nam và sự thống nhất quản lý của Nhà nước.
2. Bảo đảm quyền chủ động và đề cao trách nhiệm của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.
3. Việc tuyển dụng, sử dụng, quản lý, đánh giá viên chức được thực hiện trên cơ sở tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp, vị trí việc làm và căn cứ vào hợp đồng làm việc.
4. Thực hiện bình đẳng giới, các chính sách ưu đãi của Nhà nước đối với viên chức là người có tài năng, người dân tộc thiểu số, người có công với cách mạng, viên chức làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn và các chính sách ưu đãi khác của Nhà nước đối với viên chức.

Điều 7. Vị trí việc làm

1. Vị trí việc làm là công việc hoặc nhiệm vụ gắn với chức danh nghề nghiệp hoặc chức vụ quản lý tương ứng, là căn cứ xác định số lượng người làm việc, cơ cấu viên chức để thực hiện việc tuyển dụng, sử dụng và quản lý viên chức trong đơn vị sự nghiệp công lập.
2. Chính phủ quy định nguyên tắc, phương pháp xác định vị trí việc làm, thẩm quyền, trình tự, thủ tục quyết định số lượng vị trí việc làm trong đơn vị sự nghiệp công lập.

Điều 8. Chức danh nghề nghiệp

1. Chức danh nghề nghiệp là tên gọi thể hiện trình độ và năng lực chuyên môn, nghiệp vụ của viên chức trong từng lĩnh vực nghề nghiệp.
2. Bộ Nội vụ chủ trì, phối hợp với các bộ, cơ quan ngang bộ có liên quan quy định hệ thống danh mục, tiêu chuẩn và mã số chức danh nghề nghiệp.

Điều 9. Đơn vị sự nghiệp công lập và cơ cấu tổ chức quản lý hoạt động của đơn vị sự nghiệp công lập

1. Đơn vị sự nghiệp công lập là tổ chức do cơ quan có thẩm quyền của Nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội thành lập theo quy định của pháp luật, có tư cách pháp nhân, cung cấp dịch vụ công, phục vụ quản lý nhà nước.

2. Đơn vị sự nghiệp công lập gồm:

a) Đơn vị sự nghiệp công lập được giao quyền tự chủ hoàn toàn về thực hiện nhiệm vụ, tài chính, tổ chức bộ máy, nhân sự (sau đây gọi là đơn vị sự nghiệp công lập được giao quyền tự chủ);

b) Đơn vị sự nghiệp công lập chưa được giao quyền tự chủ hoàn toàn về thực hiện nhiệm vụ, tài chính, tổ chức bộ máy, nhân sự (sau đây gọi là đơn vị sự nghiệp công lập chưa được giao quyền tự chủ).

3. Chính phủ quy định chi tiết tiêu chí phân loại đơn vị sự nghiệp công lập quy định tại khoản 2 Điều này đối với từng lĩnh vực sự nghiệp; việc chuyển đổi đơn vị sự nghiệp sang mô hình doanh nghiệp, trừ đơn vị sự nghiệp trong lĩnh vực y tế và giáo dục; chế độ quản lý đối với đơn vị sự nghiệp công lập theo nguyên tắc bảo đảm tinh gọn, hiệu quả.

4. Căn cứ điều kiện cụ thể, yêu cầu quản lý đối với mỗi loại hình đơn vị sự nghiệp công lập trong từng lĩnh vực, Chính phủ quy định việc thành lập, cơ cấu chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn của Hội đồng quản lý trong đơn vị sự nghiệp công lập, mối quan hệ giữa Hội đồng quản lý với người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

Điều 10. Chính sách xây dựng và phát triển các đơn vị sự nghiệp công lập và đội ngũ viên chức

1. Nhà nước tập trung xây dựng hệ thống các đơn vị sự nghiệp công lập để cung cấp những dịch vụ công mà Nhà nước phải chịu trách nhiệm chủ yếu bảo đảm nhằm phục vụ Nhân dân trong lĩnh vực y tế, giáo dục, khoa học và các lĩnh vực khác mà khu vực ngoài công lập chưa có khả năng đáp ứng; bảo đảm cung cấp các dịch vụ cơ bản về y tế, giáo dục tại miền núi, biên giới, hải đảo vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

2. Chính phủ phối hợp với các cơ quan có thẩm quyền chỉ đạo việc lập quy hoạch, tổ chức, sắp xếp lại hệ thống các đơn vị sự nghiệp công lập theo hướng xác định lĩnh vực hạn chế và lĩnh vực cần tập trung ưu tiên phát triển, bảo đảm sử dụng tiết kiệm, có hiệu quả, tập trung nguồn lực nhằm nâng cao chất lượng các hoạt động sự nghiệp. Không tổ chức đơn vị sự nghiệp công lập chỉ thực hiện dịch vụ kinh doanh, thu lợi nhuận.

3. Tiếp tục đổi mới cơ chế hoạt động của các đơn vị sự nghiệp công lập theo hướng tự chủ, tự chịu trách nhiệm, thực hiện hạch toán độc lập; tách chức năng quản lý nhà nước của bộ, cơ quan ngang bộ với chức năng điều hành các đơn vị sự nghiệp công lập.

4. Nhà nước có chính sách xây dựng, phát triển đội ngũ viên chức có đạo đức nghề nghiệp, có trình độ và năng lực chuyên môn đáp ứng yêu cầu ngày càng cao của khu vực cung ứng dịch vụ công; phát hiện, thu hút, bồi dưỡng, trọng dụng và đãi ngộ xứng đáng đối với người có tài năng để nâng cao chất lượng phục vụ Nhân dân.

Chương II

QUYỀN, NGHĨA VỤ CỦA VIÊN CHỨC

Mục 1. QUYỀN CỦA VIÊN CHỨC

Điều 11. Quyền của viên chức về hoạt động nghề nghiệp

1. Được pháp luật bảo vệ trong hoạt động nghề nghiệp.
2. Được đào tạo, bồi dưỡng nâng cao trình độ chính trị, chuyên môn, nghiệp vụ.
3. Được bảo đảm trang bị, thiết bị và các điều kiện làm việc.
4. Được cung cấp thông tin liên quan đến công việc hoặc nhiệm vụ được giao.
5. Được quyết định vấn đề mang tính chuyên môn gắn với công việc hoặc nhiệm vụ được giao.
6. Được quyền từ chối thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ trái với quy định của pháp luật.
7. Được hưởng các quyền khác về hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật.

Điều 12. Quyền của viên chức về tiền lương và các chế độ liên quan đến tiền lương

1. Được trả lương tương xứng với vị trí việc làm, chức danh nghề nghiệp, chức vụ quản lý và kết quả thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao; được hưởng phụ cấp và chính sách ưu đãi trong trường hợp làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa, vùng dân tộc thiểu số, vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn hoặc làm việc trong ngành nghề có môi trường độc hại, nguy hiểm, lĩnh vực sự nghiệp đặc thù.
2. Được hưởng tiền làm thêm giờ, tiền làm đêm, công tác phí và chế độ khác theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập.
3. Được hưởng tiền thưởng, được xét nâng lương theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập.

Điều 13. Quyền của viên chức về nghỉ ngơi

1. Được nghỉ hàng năm, nghỉ lễ, nghỉ việc riêng theo quy định của pháp luật về lao động. Do yêu cầu công việc, viên chức không sử dụng hoặc sử dụng không hết số ngày nghỉ hàng năm thì được thanh toán một khoản tiền cho những ngày không nghỉ.

2. Viên chức làm việc ở miền núi, biên giới, hải đảo, vùng sâu, vùng xa hoặc trường hợp đặc biệt khác, nếu có yêu cầu, được gộp số ngày nghỉ phép của 02 năm để nghỉ một lần; nếu gộp số ngày nghỉ phép của 03 năm để nghỉ một lần thì phải được sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Đối với lĩnh vực sự nghiệp đặc thù, viên chức được nghỉ việc và hưởng lương theo quy định của pháp luật.

4. Được nghỉ không hưởng lương trong trường hợp có lý do chính đáng và được sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

Điều 14. Quyền của viên chức về hoạt động kinh doanh và làm việc ngoài thời gian quy định

1. Được hoạt động nghề nghiệp ngoài thời gian làm việc quy định trong hợp đồng làm việc, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

2. Được ký hợp đồng vụ, việc với cơ quan, tổ chức, đơn vị khác mà pháp luật không cấm nhưng phải hoàn thành nhiệm vụ được giao và có sự đồng ý của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Được góp vốn nhưng không tham gia quản lý, điều hành công ty trách nhiệm hữu hạn, công ty cổ phần, công ty hợp danh, hợp tác xã, bệnh viện tư, trường học tư và tổ chức nghiên cứu khoa học tư, trừ trường hợp pháp luật chuyên ngành có quy định khác.

Điều 15. Các quyền khác của viên chức

Viên chức được khen thưởng, tôn vinh, được tham gia hoạt động kinh tế xã hội; được hưởng chính sách ưu đãi về nhà ở; được tạo điều kiện học tập hoạt động nghề nghiệp ở trong nước và nước ngoài theo quy định của pháp luật. Trường hợp bị thương hoặc chết do thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao thì được xét hưởng chính sách như thương binh hoặc được xét để công nhận là liệt sĩ theo quy định của pháp luật.

Mục 2. NGHĨA VỤ CỦA VIÊN CHỨC

Điều 16. Nghĩa vụ chung của viên chức

1. Chấp hành đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng Cộng sản Việt Nam và pháp luật của Nhà nước.

2. Có nếp sống lành mạnh, trung thực, cần, kiệm, liêm, chính, chí công vô tư.

3. Có ý thức tổ chức kỷ luật và trách nhiệm trong hoạt động nghề nghiệp; thực hiện đúng các quy định, nội quy, quy chế làm việc của đơn vị sự nghiệp công lập.

4. Bảo vệ bí mật nhà nước; giữ gìn và bảo vệ của công, sử dụng hiệu quả, tiết kiệm tài sản được giao.

5. Tu dưỡng, rèn luyện đạo đức nghề nghiệp, thực hiện quy tắc ứng xử của viên chức.

Điều 17. Nghĩa vụ của viên chức trong hoạt động nghề nghiệp

1. Thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được giao bảo đảm yêu cầu về thời gian và chất lượng.

2. Phối hợp tốt với đồng nghiệp trong thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ.

3. Chấp hành sự phân công công tác của người có thẩm quyền.

4. Thường xuyên học tập nâng cao trình độ, kỹ năng chuyên môn, nghiệp vụ.

5. Khi phục vụ Nhân dân, viên chức phải tuân thủ các quy định sau:

a) Có thái độ lịch sự, tôn trọng Nhân dân;

b) Có tinh thần hợp tác, tác phong khiêm tốn;

c) Không hách dịch, cửa quyền, gây khó khăn, phiền hà đối với Nhân dân;

d) Chấp hành các quy định về đạo đức nghề nghiệp.

6. Chịu trách nhiệm về việc thực hiện hoạt động nghề nghiệp.

7. Thực hiện các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật.

Điều 18. Nghĩa vụ của viên chức quản lý

Viên chức quản lý thực hiện các nghĩa vụ quy định tại Điều 16, Điều 17 của Luật này và các nghĩa vụ sau:

1. Chỉ đạo và tổ chức thực hiện các nhiệm vụ của đơn vị theo đúng chức trách, thẩm quyền được giao;

2. Thực hiện dân chủ, giữ gìn sự đoàn kết, đạo đức nghề nghiệp trong đơn vị được giao quản lý, phụ trách;

3. Chịu trách nhiệm hoặc liên đới chịu trách nhiệm về việc thực hiện hoạt động nghề nghiệp của viên chức thuộc quyền quản lý, phụ trách;

4. Xây dựng và phát triển nguồn nhân lực; quản lý, sử dụng có hiệu quả cơ sở vật chất, tài chính trong đơn vị được giao quản lý, phụ trách;

5. Tổ chức thực hiện các biện pháp phòng, chống tham nhũng và thực hành tiết kiệm, chống lãng phí trong đơn vị được giao quản lý, phụ trách.

Điều 19. Những việc viên chức không được làm

1. Trốn tránh trách nhiệm, thoái thác công việc hoặc nhiệm vụ được giao; gây bè phái, mất đoàn kết; tự ý bỏ việc; tham gia đình công.

2. Sử dụng tài sản của cơ quan, tổ chức, đơn vị và của Nhân dân trái với quy định của pháp luật.

3. Phân biệt đối xử dân tộc, nam nữ, thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo dưới mọi hình thức.

4. Lợi dụng hoạt động nghề nghiệp để tuyên truyền chống lại chủ trương, đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước hoặc gây phương hại đối với thuần phong, mỹ tục, đời sống văn hóa, tinh thần của Nhân dân và xã hội.

5. Xúc phạm danh dự, nhân phẩm, uy tín của người khác trong khi thực hiện hoạt động nghề nghiệp.

6. Những việc khác viên chức không được làm theo quy định của Luật Phòng, chống tham nhũng, Luật Thực hành tiết kiệm, chống lãng phí và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

Chương III

TUYÊN DỤNG, SỬ DỤNG VIÊN CHỨC

Điều 21. Nguyên tắc tuyển dụng

1. Bảo đảm công khai, minh bạch, công bằng, khách quan và đúng pháp luật.
2. Bảo đảm tính cạnh tranh.
3. Tuyển chọn đúng người đáp ứng yêu cầu của vị trí việc làm.
4. Đề cao trách nhiệm của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập.
5. Ưu tiên người có tài năng, người có công với cách mạng, người dân tộc thiểu số.

Điều 22. Điều kiện đăng ký dự tuyển

1. Người có đủ các điều kiện sau đây không phân biệt dân tộc, nam nữ, thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo được đăng ký dự tuyển viên chức:

a) Có quốc tịch Việt Nam và cư trú tại Việt Nam;

b) Từ đủ 18 tuổi trở lên. Đối với một số lĩnh vực hoạt động văn hóa, nghệ thuật, thể dục, thể thao, tuổi dự tuyển có thể thấp hơn theo quy định của pháp luật; đồng thời, phải có sự đồng ý bằng văn bản của người đại diện theo pháp luật;

c) Có đơn đăng ký dự tuyển;

d) Có lý lịch rõ ràng;

đ) Có văn bằng, chứng chỉ đào tạo, chứng chỉ hành nghề hoặc có năng khiếu, kỹ năng phù hợp với vị trí việc làm;

e) Đủ sức khỏe để thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ;

g) Đáp ứng các điều kiện khác theo yêu cầu của vị trí việc làm do đơn vị sự nghiệp công lập xác định nhưng không được trái với quy định của pháp luật.

2. Những người sau đây không được đăng ký dự tuyển viên chức:

- a) Mất năng lực hành vi dân sự hoặc bị hạn chế năng lực hành vi dân sự;
- b) Đang bị truy cứu trách nhiệm hình sự; đang chấp hành bản án, quyết định về hình sự của Tòa án; đang bị áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở cai nghiện bắt buộc, đưa vào cơ sở giáo dục bắt buộc, đưa vào trường giáo dưỡng.

Mục 2. HỢP ĐỒNG LÀM VIỆC

Điều 25. Các loại hợp đồng làm việc

1. Hợp đồng làm việc xác định thời hạn là hợp đồng mà trong đó hai bên xác định thời hạn, thời điểm chấm dứt hiệu lực của hợp đồng trong khoảng thời gian từ đủ 12 tháng đến 60 tháng.

Hợp đồng làm việc xác định thời hạn áp dụng đối với người được tuyển dụng làm viên chức kể từ ngày 01 tháng 7 năm 2020, trừ trường hợp quy định tại điểm b và điểm c khoản 2 Điều này.

2. Hợp đồng làm việc không xác định thời hạn là hợp đồng mà trong đó hai bên không xác định thời hạn, thời điểm chấm dứt hiệu lực của hợp đồng. Hợp đồng làm việc không xác định thời hạn áp dụng đối với các trường hợp sau đây:

- a) Viên chức được tuyển dụng trước ngày 01 tháng 7 năm 2020;
- b) Cán bộ, công chức chuyển sang làm viên chức theo quy định tại điểm b khoản 1 Điều 58 của Luật này;
- c) Người được tuyển dụng làm viên chức làm việc tại vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

3. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

Điều 26. Nội dung và hình thức của hợp đồng làm việc

1. Hợp đồng làm việc có những nội dung chủ yếu sau:

a) Tên, địa chỉ của đơn vị sự nghiệp công lập và người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập;

b) Họ tên, địa chỉ, ngày, tháng, năm sinh của người được tuyển dụng. Trường hợp người được tuyển dụng là người dưới 18 tuổi thì phải có họ tên, địa chỉ, ngày, tháng, năm sinh của người đại diện theo pháp luật của người được tuyển dụng;

c) Công việc hoặc nhiệm vụ, vị trí việc làm và địa điểm làm việc;

d) Quyền và nghĩa vụ của các bên;

đ) Loại hợp đồng, thời hạn và điều kiện chấm dứt của hợp đồng làm việc;

e) Tiền lương, tiền thưởng và chế độ đãi ngộ khác (nếu có);

- g) Thời gian làm việc, thời gian nghỉ ngơi;
- h) Chế độ tập sự (nếu có);
- i) Điều kiện làm việc và các vấn đề liên quan đến bảo hộ lao động;
- k) Bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế;
- l) Hiệu lực của hợp đồng làm việc;

m) Các cam kết khác gắn với tính chất, đặc điểm của ngành, lĩnh vực và điều kiện đặc thù của đơn vị sự nghiệp công lập nhưng không trái với quy định của Luật này và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

2. Hợp đồng làm việc được ký kết bằng văn bản giữa người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập với người được tuyển dụng làm viên chức và được lập thành ba bản, trong đó một bản giao cho viên chức.

3. Đối với các chức danh nghề nghiệp theo quy định của pháp luật do cấp trên của người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập bổ nhiệm thì trước khi ký kết hợp đồng làm việc phải được sự đồng ý của cấp đó.

Điều 27. Chế độ tập sự

1. Người trúng tuyển viên chức phải thực hiện chế độ tập sự, trừ trường hợp đã có thời gian từ đủ 12 tháng trở lên thực hiện chuyên môn, nghiệp vụ phù hợp với yêu cầu của vị trí việc làm được tuyển dụng.

2. Thời gian tập sự từ 03 tháng đến 12 tháng và phải được quy định trong hợp đồng làm việc.

3. Chính phủ quy định chi tiết chế độ tập sự.

Điều 28. Thay đổi nội dung, ký kết tiếp, tạm hoãn và chấm dứt hợp đồng làm việc

1. Trong quá trình thực hiện hợp đồng làm việc, nếu một bên có yêu cầu thay đổi nội dung hợp đồng làm việc thì phải báo cho bên kia biết trước ít nhất 03 ngày làm việc. Khi đã chấp thuận thì các bên tiến hành sửa đổi, bổ sung nội dung liên quan của hợp đồng làm việc. Trong thời gian tiến hành thỏa thuận, các bên vẫn phải tuân theo hợp đồng làm việc đã ký kết. Trường hợp không thỏa thuận được thì các bên tiếp tục thực hiện hợp đồng làm việc đã ký kết hoặc thỏa thuận chấm dứt hợp đồng làm việc.

2. Đối với hợp đồng làm việc xác định thời hạn, trước khi hết hạn hợp đồng làm việc 60 ngày, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập ký kết tiếp hoặc chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức.

Trường hợp đơn vị sự nghiệp công lập còn nhu cầu, viên chức đáp ứng đầy đủ các yêu cầu theo quy định của pháp luật thì người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập phải ký kết tiếp hợp đồng làm việc với viên chức.

Trường hợp không ký kết tiếp hợp đồng làm việc với viên chức thì người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập phải nêu rõ lý do bằng văn bản.

3. Việc tạm hoãn thực hiện hợp đồng làm việc, chấm dứt hợp đồng làm việc được thực hiện theo quy định của pháp luật về lao động.

4. Khi viên chức chuyển công tác đến cơ quan, tổ chức, đơn vị khác thì chấm dứt hợp đồng làm việc và được giải quyết các chế độ, chính sách theo quy định của pháp luật.

5. Khi viên chức có quyết định nghỉ hưu thì hợp đồng làm việc đương nhiên chấm dứt.

Điều 29. Đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc

1. Đơn vị sự nghiệp công lập được đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức trong các trường hợp sau:

a) Viên chức có 02 năm liên tiếp bị xếp loại chất lượng ở mức độ không hoàn thành nhiệm vụ;

b) Viên chức bị buộc thôi việc theo quy định tại điểm d khoản 1 Điều 52 và khoản 1 Điều 57 của Luật này;

c) Viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc không xác định thời hạn bị ốm đau đã điều trị 12 tháng liên tục, viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc xác định thời hạn bị ốm đau đã điều trị 06 tháng liên tục mà khả năng làm việc chưa hồi phục. Khi sức khỏe của viên chức bình phục thì được xem xét để ký kết tiếp hợp đồng làm việc;

d) Do thiên tai, hỏa hoạn hoặc những lý do bất khả kháng khác theo quy định của Chính phủ làm cho đơn vị sự nghiệp công lập buộc phải thu hẹp quy mô, khiến vị trí việc làm mà viên chức đang đảm nhận không còn;

đ) Khi đơn vị sự nghiệp công lập chấm dứt hoạt động theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền;

e) Viên chức không đạt yêu cầu sau thời gian tập sự.

2. Khi đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc, trừ trường hợp quy định tại điểm b khoản 1 Điều này, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập phải báo cho viên chức biết trước ít nhất 45 ngày đối với hợp đồng làm việc không xác định thời hạn hoặc ít nhất 30 ngày đối với hợp đồng làm việc xác định thời hạn. Đối với viên chức do cơ quan quản lý đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện tuyển dụng, việc đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc do người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập quyết định sau khi có sự đồng ý bằng văn bản của cơ quan quản lý đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập không được đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức trong các trường hợp sau:

a) Viên chức ốm đau hoặc bị tai nạn, đang điều trị bệnh nghề nghiệp theo quyết định của cơ sở chữa bệnh, trừ trường hợp quy định tại điểm c khoản 1 Điều này;

b) Viên chức đang nghỉ hàng năm, nghỉ về việc riêng và những trường hợp nghỉ khác được người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập cho phép;

c) Viên chức nữ đang trong thời gian có thai, nghỉ thai sản, nuôi con dưới 36 tháng tuổi, trừ trường hợp đơn vị sự nghiệp công lập chấm dứt hoạt động.

4. Viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc không xác định thời hạn có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng nhưng phải thông báo bằng văn bản cho người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập biết trước ít nhất 45 ngày; trường hợp viên chức ốm đau hoặc bị tai nạn đã điều trị 06 tháng liên tục thì phải báo trước ít nhất 03 ngày.

5. Viên chức làm việc theo hợp đồng làm việc xác định thời hạn có quyền đơn phương chấm dứt hợp đồng trong các trường hợp sau:

a) Không được bố trí theo đúng vị trí việc làm, địa điểm làm việc hoặc không được bảo đảm các điều kiện làm việc đã thỏa thuận trong hợp đồng làm việc;

b) Không được trả lương đầy đủ hoặc không được trả lương đúng thời hạn theo hợp đồng làm việc;

c) Bị ngược đãi; bị cưỡng bức lao động;

d) Bản thân hoặc gia đình thật sự có hoàn cảnh khó khăn không thể tiếp tục thực hiện hợp đồng;

đ) Viên chức nữ có thai phải nghỉ việc theo chỉ định của cơ sở chữa bệnh;

e) Viên chức ốm đau hoặc bị tai nạn đã điều trị từ 03 tháng liên tục mà khả năng làm việc chưa hồi phục.

6. Viên chức phải thông báo bằng văn bản về việc đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc cho người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập biết trước ít nhất 03 ngày đối với các trường hợp quy định tại các điểm a, b, c, đ và e khoản 5 Điều này; ít nhất 30 ngày đối với trường hợp quy định tại điểm d khoản 5 Điều này.

Điều 30. Giải quyết tranh chấp về hợp đồng làm việc

Tranh chấp liên quan đến việc ký kết, thực hiện hoặc chấm dứt hợp đồng làm việc được giải quyết theo quy định của pháp luật về lao động.

MỤC 3. BỔ NHIỆM, THAY ĐỔI CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP, THAY ĐỔI VỊ TRÍ VIỆC LÀM CỦA VIÊN CHỨC

Điều 31. Bổ nhiệm, thay đổi chức danh nghề nghiệp

1. Việc bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp đối với viên chức được thực hiện theo nguyên tắc sau:

a) Làm việc ở vị trí việc làm nào thì bổ nhiệm vào chức danh nghề nghiệp tương ứng với vị trí việc làm đó;

b) Người được bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp nào thì phải có đủ tiêu chuẩn của chức danh nghề nghiệp đó.

2. Việc thay đổi chức danh nghề nghiệp đối với viên chức được thực hiện thông qua thi hoặc xét theo nguyên tắc bình đẳng, công khai, minh bạch, khách quan và đúng pháp luật.

3. Viên chức được đăng ký thi hoặc xét thay đổi chức danh nghề nghiệp nếu đơn vị sự nghiệp công lập có nhu cầu và đủ điều kiện, tiêu chuẩn theo quy định của pháp luật.

4. Chính phủ quy định cụ thể quy trình, thủ tục thi hoặc xét, bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp của viên chức; phân công, phân cấp việc tổ chức thi hoặc xét, bổ nhiệm chức danh nghề nghiệp của viên chức.

Các bộ, cơ quan ngang bộ được giao quản lý nhà nước về các lĩnh vực hoạt động của viên chức chủ trì, phối hợp với Bộ Nội vụ quy định cụ thể tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp; điều kiện thi hoặc xét thay đổi chức danh nghề nghiệp của viên chức.

Mục 4. ĐÀO TẠO, BỒI DƯỠNG

Điều 35. Trách nhiệm và quyền lợi của viên chức trong đào tạo, bồi dưỡng

1. Viên chức tham gia đào tạo, bồi dưỡng phải chấp hành nghiêm chỉnh quy chế đào tạo, bồi dưỡng và chịu sự quản lý của cơ sở đào tạo, bồi dưỡng.

2. Viên chức được cử tham gia đào tạo, bồi dưỡng được hưởng tiền lương và phụ cấp theo quy định của pháp luật và quy chế của đơn vị sự nghiệp công lập; thời gian đào tạo, bồi dưỡng được tính là thời gian công tác liên tục, được xét nâng lương.

3. Viên chức được đơn vị sự nghiệp công lập cử đi đào tạo nếu đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc hoặc tự ý bỏ việc phải đền bù chi phí đào tạo theo quy định của Chính phủ.

Mục 6. ĐÁNH GIÁ VIÊN CHỨC

Điều 41. Nội dung đánh giá viên chức

1. Việc đánh giá viên chức được xem xét theo các nội dung sau đây:

a) Chấp hành đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước, quy định của cơ quan, tổ chức, đơn vị;

b) Kết quả thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ theo hợp đồng làm việc đã ký kết, theo kế hoạch đề ra hoặc theo công việc cụ thể được giao; tiến độ, chất lượng thực

hiện nhiệm vụ. Việc đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ phải gắn với vị trí việc làm, thể hiện thông qua công việc, sản phẩm cụ thể;

c) Việc thực hiện quy định về đạo đức nghề nghiệp;

d) Tinh thần trách nhiệm, thái độ phục vụ Nhân dân, tinh thần hợp tác với đồng nghiệp và việc thực hiện quy tắc ứng xử của viên chức;

đ) Việc thực hiện các nghĩa vụ khác của viên chức.

2. Ngoài các nội dung quy định tại khoản 1 Điều này, viên chức quản lý còn được đánh giá theo các nội dung sau đây:

a) Năng lực quản lý, điều hành và tổ chức thực hiện nhiệm vụ;

b) Kế hoạch làm việc theo năm, quý, tháng và kết quả hoạt động của cơ quan, tổ chức, đơn vị được giao quản lý; việc đánh giá kết quả thực hiện nhiệm vụ của cá nhân phải gắn với kết quả thực hiện nhiệm vụ của cơ quan, tổ chức, đơn vị trực tiếp phụ trách. Mức xếp loại chất lượng của cá nhân không cao hơn mức xếp loại chất lượng của cơ quan, tổ chức, đơn vị trực tiếp phụ trách.

3. Việc đánh giá viên chức được thực hiện như sau:

a) Đánh giá hàng năm; đánh giá trước khi kết thúc thời gian tập sự, ký kết tiếp hợp đồng làm việc, thay đổi vị trí việc làm; đánh giá trước khi xét khen thưởng, kỷ luật, bổ nhiệm, bổ nhiệm lại, quy hoạch;

b) Căn cứ vào đặc thù công việc của cơ quan, tổ chức, đơn vị, người đứng đầu cơ quan có thẩm quyền quản lý viên chức ban hành hoặc giao người đứng đầu cơ quan, tổ chức trực tiếp sử dụng viên chức ban hành quy định đánh giá viên chức theo quý, tháng hoặc tuần phù hợp với đặc thù công việc của cơ quan, tổ chức, đơn vị mình, bảo đảm công khai, dân chủ, khách quan, định lượng bằng kết quả, sản phẩm cụ thể; kết quả đánh giá là căn cứ để thực hiện đánh giá viên chức quy định tại điểm a khoản này.

4. Chính phủ quy định chi tiết Điều này.

Điều 42. Xếp loại chất lượng viên chức

Hàng năm, căn cứ vào nội dung đánh giá, viên chức được xếp loại chất lượng như sau:

1. Hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ;
2. Hoàn thành tốt nhiệm vụ;
3. Hoàn thành nhiệm vụ;
4. Không hoàn thành nhiệm vụ.

Điều 43. Trách nhiệm đánh giá viên chức

1. Người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập có trách nhiệm tổ chức việc đánh giá viên chức thuộc thẩm quyền quản lý.

2. Căn cứ vào điều kiện cụ thể, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập thực hiện việc đánh giá hoặc phân công, phân cấp việc đánh giá viên chức thuộc thẩm quyền quản lý. Người được giao thẩm quyền đánh giá viên chức phải chịu trách nhiệm trước người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập về kết quả đánh giá.

3. Người có thẩm quyền bổ nhiệm chịu trách nhiệm đánh giá viên chức quản lý trong đơn vị sự nghiệp công lập.

4. Chính phủ quy định chi tiết trình tự, thủ tục đánh giá viên chức quy định tại Điều này.

Điều 44. Thông báo kết quả đánh giá, xếp loại chất lượng viên chức

1. Nội dung đánh giá viên chức phải được thông báo cho viên chức.

2. Kết quả xếp loại chất lượng viên chức được công khai trong đơn vị sự nghiệp công lập.

3. Nếu không nhất trí với kết quả đánh giá và xếp loại chất lượng thì viên chức được quyền khiếu nại lên cấp có thẩm quyền.

Mục 7. CHẾ ĐỘ THÔI VIỆC, HƯU TRÍ

Điều 45. Chế độ thôi việc

1. Viên chức được hưởng trợ cấp thôi việc, trợ cấp mất việc làm hoặc chế độ bảo hiểm thất nghiệp theo quy định của pháp luật về lao động và pháp luật về bảo hiểm khi đơn vị sự nghiệp công lập đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc với viên chức, hết thời hạn của hợp đồng nhưng người sử dụng lao động không ký kết tiếp hợp đồng làm việc, viên chức đơn phương chấm dứt hợp đồng do ốm đau, bị tai nạn theo quy định tại khoản 4 Điều 29 hoặc đơn phương chấm dứt hợp đồng theo quy định tại khoản 5 Điều 29 của Luật này, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này.

2. Viên chức không được hưởng trợ cấp thôi việc nếu thuộc một trong các trường hợp sau:

a) Bị buộc thôi việc;

b) Đơn phương chấm dứt hợp đồng làm việc mà vi phạm quy định tại các khoản 4, 5 và 6 Điều 29 của Luật này;

c) Chấm dứt hợp đồng làm việc theo quy định tại khoản 5 Điều 28 của Luật này.

Điều 46. Chế độ hưu trí

1. Viên chức được hưởng chế độ hưu trí theo quy định của pháp luật về lao động và pháp luật về bảo hiểm xã hội.

2. Trước 06 tháng, tính đến ngày viên chức nghỉ hưu, cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý viên chức phải thông báo bằng văn bản về thời điểm nghỉ hưu; trước 03 tháng, tính đến ngày viên chức nghỉ hưu, cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý viên chức ra quyết định nghỉ hưu.

3. Đơn vị sự nghiệp công lập có thể ký hợp đồng vụ, việc với người hưởng chế độ hưu trí nếu đơn vị có nhu cầu và người hưởng chế độ hưu trí có nguyện vọng; trong thời gian hợp đồng, ngoài khoản thù lao theo hợp đồng, người đó được hưởng một số chế độ, chính sách cụ thể về cơ chế quản lý bảo đảm điều kiện cho hoạt động chuyên môn do Chính phủ quy định.

Chương V

KHEN THƯỞNG VÀ XỬ LÝ VI PHẠM

Điều 52. Các hình thức kỷ luật đối với viên chức

1. Viên chức vi phạm các quy định của pháp luật trong quá trình thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ thì tùy theo tính chất, mức độ vi phạm, phải chịu một trong các hình thức kỷ luật sau:

- a) Khiển trách;
- b) Cảnh cáo;
- c) Cách chức;
- d) Buộc thôi việc.

2. Viên chức bị kỷ luật bằng một trong các hình thức quy định tại khoản 1 Điều này còn có thể bị hạn chế thực hiện hoạt động nghề nghiệp theo quy định của pháp luật có liên quan.

3. Hình thức kỷ luật cách chức chỉ áp dụng đối với viên chức quản lý.

4. Quyết định kỷ luật được lưu vào hồ sơ viên chức.

5. Chính phủ quy định việc áp dụng các hình thức kỷ luật, trình tự, thủ tục và thẩm quyền xử lý kỷ luật đối với viên chức.

Điều 53. Thời hiệu, thời hạn xử lý kỷ luật

1. Thời hiệu xử lý kỷ luật là thời hạn mà khi hết thời hạn đó thì viên chức có hành vi vi phạm không bị xử lý kỷ luật. Thời hiệu xử lý kỷ luật được tính từ thời điểm có hành vi vi phạm.

Trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều này, thời hiệu xử lý kỷ luật được quy định như sau:

a) 02 năm đối với hành vi vi phạm ít nghiêm trọng đến mức phải kỷ luật bằng hình thức khiển trách;

b) 05 năm đối với hành vi vi phạm không thuộc trường hợp quy định tại điểm a khoản này.

2. Đối với các hành vi vi phạm sau đây thì không áp dụng thời hiệu xử lý kỷ luật:

a) Viên chức là đảng viên có hành vi vi phạm đến mức phải kỷ luật bằng hình thức khai trừ;

b) Có hành vi vi phạm quy định về công tác bảo vệ chính trị nội bộ;

c) Có hành vi xâm hại đến lợi ích quốc gia trong lĩnh vực quốc phòng, an ninh, đối ngoại;

d) Sử dụng văn bằng, chứng chỉ, giấy chứng nhận, xác nhận giả hoặc không hợp pháp.

3. Thời hạn xử lý kỷ luật đối với viên chức là khoảng thời gian từ khi phát hiện hành vi vi phạm của viên chức đến khi có quyết định xử lý kỷ luật của cấp có thẩm quyền.

Thời hạn xử lý kỷ luật không quá 90 ngày; trường hợp vụ việc có tình tiết phức tạp cần có thời gian thanh tra, kiểm tra để xác minh làm rõ thêm thì thời hạn xử lý kỷ luật có thể kéo dài nhưng không quá 150 ngày.

4. Trường hợp viên chức đã bị khởi tố, truy tố hoặc đã có quyết định đưa ra xét xử theo thủ tục tố tụng hình sự nhưng sau đó có quyết định đình chỉ điều tra hoặc đình chỉ vụ án mà hành vi vi phạm có dấu hiệu vi phạm kỷ luật thì bị xem xét xử lý kỷ luật. Thời gian điều tra, truy tố, xét xử theo thủ tục tố tụng hình sự không được tính vào thời hạn xử lý kỷ luật. Trong thời hạn 03 ngày làm việc, kể từ ngày ra quyết định đình chỉ điều tra, đình chỉ vụ án, người ra quyết định phải gửi quyết định và tài liệu có liên quan cho cơ quan, tổ chức, đơn vị quản lý viên chức để xem xét xử lý kỷ luật.

Điều 54. Tạm đình chỉ công tác

1. Trong thời hạn xử lý kỷ luật, người đứng đầu đơn vị sự nghiệp công lập quyết định tạm đình chỉ công tác của viên chức nếu thấy viên chức tiếp tục làm việc có thể gây khó khăn cho việc xem xét, xử lý kỷ luật. Thời gian tạm đình chỉ công tác không quá 15 ngày, trường hợp cần thiết có thể kéo dài thêm nhưng không quá 30 ngày. Hết thời gian tạm đình chỉ công tác, nếu viên chức không bị xử lý kỷ luật thì được bố trí vào vị trí việc làm cũ.

2. Trong thời gian bị tạm đình chỉ công tác, viên chức được hưởng lương theo quy định của Chính phủ.

Điều 55. Trách nhiệm bồi thường, hoàn trả

1. Viên chức làm mất, hư hỏng trang bị, thiết bị hoặc có hành vi khác gây thiệt hại tài sản của đơn vị sự nghiệp công lập thì phải bồi thường thiệt hại.

2. Viên chức khi thực hiện công việc hoặc nhiệm vụ được phân công có lỗi gây thiệt hại cho người khác mà đơn vị sự nghiệp công lập phải bồi thường thì có nghĩa vụ hoàn trả cho đơn vị sự nghiệp công lập.

Chính phủ quy định chi tiết việc xác định mức hoàn trả của viên chức.

Điều 56. Các quy định khác liên quan đến việc kỷ luật viên chức

1. Viên chức bị khiển trách thì thời hạn nâng lương bị kéo dài 03 tháng; bị cảnh cáo thì thời hạn nâng lương bị kéo dài 06 tháng. Trường hợp viên chức bị cách chức thì thời hạn nâng lương bị kéo dài 12 tháng, đồng thời đơn vị sự nghiệp công lập bố trí vị trí việc làm khác phù hợp.

2. Viên chức bị kỷ luật thì xử lý như sau:

a) Trường hợp bị kỷ luật bằng hình thức khiển trách hoặc cảnh cáo thì không thực hiện việc quy hoạch, đào tạo, bồi dưỡng, bổ nhiệm vào chức vụ cao hơn trong thời hạn 12 tháng, kể từ ngày quyết định kỷ luật có hiệu lực;

b) Trường hợp bị kỷ luật bằng hình thức cách chức thì không thực hiện việc quy hoạch, đào tạo, bồi dưỡng, bổ nhiệm trong thời hạn 24 tháng, kể từ ngày quyết định kỷ luật có hiệu lực.

3. Viên chức đang trong thời hạn xử lý kỷ luật, đang bị điều tra, truy tố, xét xử thì không được bổ nhiệm, biệt phái, đào tạo, bồi dưỡng hoặc thôi việc.

4. Viên chức quản lý đã bị kỷ luật cách chức do tham nhũng hoặc bị Tòa án kết án về hành vi tham nhũng thì không được bổ nhiệm vào vị trí quản lý.

5. Viên chức bị cấm hành nghề hoặc bị hạn chế hoạt động nghề nghiệp trong một thời hạn nhất định theo quyết định của cơ quan có thẩm quyền, nếu không bị xử lý kỷ luật buộc thôi việc thì đơn vị sự nghiệp công lập phải bố trí viên chức vào vị trí việc làm khác không liên quan đến hoạt động nghề nghiệp bị cấm hoặc bị hạn chế.

6. Viên chức bị xử lý kỷ luật, bị tạm đình chỉ công tác hoặc phải bồi thường, hoàn trả theo quyết định của đơn vị sự nghiệp công lập nếu thấy không thỏa đáng thì có quyền khiếu nại, khởi kiện hoặc yêu cầu giải quyết theo trình tự do pháp luật quy định.

Điều 57. Quy định đối với viên chức bị truy cứu trách nhiệm hình sự

1. Viên chức bị Tòa án kết án phạt tù mà không được hưởng án treo hoặc bị Tòa án kết án về hành vi tham nhũng thì bị buộc thôi việc, kể từ ngày bản án, quyết định của Tòa án có hiệu lực pháp luật.

2. Viên chức quản lý bị Tòa án tuyên phạm tội thì đương nhiên thôi giữ chức vụ quản lý, kể từ ngày bản án, quyết định của Tòa án có hiệu lực pháp luật.

**Chủ đề 2. THÔNG TƯ SỐ 07/2014/TT-BYT NGÀY 25/02/2014 CỦA BỘ
TRƯỞNG BỘ Y TẾ VỀ VIỆC BAN HÀNH QUY TẮC ỨNG XỬ CỦA CÔNG
CHỨC, VIÊN CHỨC, NGƯỜI LAO ĐỘNG LÀM VIỆC TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ**

**Chương I
QUY ĐỊNH CHUNG**

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Thông tư này quy định nội dung Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế và trách nhiệm tổ chức thực hiện của cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Thông tư này áp dụng đối với:

1. Công chức, viên chức và người lao động làm việc tại các cơ sở y tế trong toàn quốc (sau đây gọi chung là công chức, viên chức y tế).
2. Cơ quan, tổ chức, cá nhân có liên quan đến việc thực hiện Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức y tế.

**Chương II
NỘI DUNG QUY TẮC ỨNG XỬ**

Điều 3. Ứng xử của công chức, viên chức y tế khi thi hành công vụ, nhiệm vụ được giao

1. Những việc phải làm:

- a) Thực hiện nghiêm túc các quy định của pháp luật về nghĩa vụ của công chức, viên chức;
- b) Có đạo đức, nhân cách và lối sống lành mạnh, trong sáng của người thầy thuốc theo quan điểm cần, kiệm, liêm, chính, chí công vô tư;
- c) Có ý thức tổ chức kỷ luật; thực hiện đúng quy trình chuyên môn, nghiệp vụ, nội quy, quy chế làm việc của ngành, của đơn vị;
- d) Học tập thường xuyên nhằm nâng cao trình độ, chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp, kỹ năng giao tiếp, ứng xử;
- đ) Phục tùng và chấp hành nhiệm vụ được giao; chủ động, chịu trách nhiệm trong công việc;
- e) Đóng góp ý kiến trong hoạt động, điều hành của đơn vị nhằm bảo đảm thực hiện công vụ, nhiệm vụ được giao đạt hiệu quả;
- g) Giữ uy tín, danh dự cho đơn vị, cho lãnh đạo và đồng nghiệp;
- h) Mặc trang phục, đeo thẻ công chức, viên chức đúng quy định; đeo phù hiệu của các lĩnh vực đã được pháp luật quy định (nếu có).

2. Những việc không được làm:

- a) Trốn tránh trách nhiệm, thoái thác công việc hoặc nhiệm vụ được giao;
- b) Lạm dụng chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn được giao và danh tiếng của cơ quan, đơn vị để giải quyết công việc cá nhân; tự đề cao vai trò của bản thân để vụ lợi;
- c) Phân biệt đối xử về dân tộc, nam nữ, các thành phần xã hội, tín ngưỡng, tôn giáo dưới mọi hình thức.

Điều 4. Ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với đồng nghiệp

1. Những việc phải làm:

- a) Trung thực, chân thành, đoàn kết, có tinh thần hợp tác, chia sẻ trách nhiệm, giúp đỡ lẫn nhau;
- b) Tự phê bình và phê bình khách quan, nghiêm túc, thẳng thắn, mang tính xây dựng;
- c) Tôn trọng và lắng nghe ý kiến của đồng nghiệp; phối hợp, trao đổi kinh nghiệm, học hỏi lẫn nhau trong thi hành công vụ, nhiệm vụ được giao;
- d) Phát hiện công chức, viên chức trong đơn vị thực hiện không nghiêm túc các quy định của pháp luật về nghĩa vụ của công chức, viên chức và phản ánh đến cấp có thẩm quyền, đồng thời chịu trách nhiệm cá nhân về những phản ánh đó.

2. Những việc không được làm:

- a) Né tránh, đẩy trách nhiệm, khuyết điểm của mình cho đồng nghiệp;
- b) Bè phái, chia rẽ nội bộ, cục bộ địa phương.

Điều 5. Ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân

1. Những việc phải làm:

- a) Lịch sự, hòa nhã, văn minh khi giao dịch trực tiếp hoặc gián tiếp qua các phương tiện thông tin;
- b) Bảo đảm thông tin trao đổi đúng với nội dung công việc mà cơ quan, tổ chức, công dân cần hướng dẫn, trả lời;
- c) Tuyên truyền, hướng dẫn người dân chấp hành nghiêm nội quy đơn vị, quy trình, quy định về chuyên môn, nghiệp vụ;
- d) Giữ gìn bí mật thông tin liên quan đến bí mật nhà nước, bí mật cơ quan, bí mật cá nhân theo quy định của pháp luật.

2. Những việc không được làm:

- a) Cửa quyền, hách dịch, sách nhiễu, trì hoãn, thờ ơ, gây khó khăn đối với tổ chức, cá nhân;
- b) Cố ý kéo dài thời gian khi thi hành công vụ, nhiệm vụ liên quan đến cơ quan, tổ chức, cá nhân;
- c) Có thái độ, gợi ý nhận tiền, quà biếu của cơ quan, tổ chức, cá nhân.

Điều 6. Ứng xử của công chức, viên chức y tế trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Thực hiện nghiêm túc 12 Điều y đức ban hành kèm theo Quyết định số 2088/QĐ-BYT ngày 06 tháng 11 năm 1996 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Những việc phải làm đối với người đến khám bệnh:

- a) Niềm nở đón tiếp, tận tình hướng dẫn các thủ tục cần thiết;
- b) Sơ bộ phân loại người bệnh, sắp xếp khám bệnh theo thứ tự và đối tượng ưu tiên theo quy định;
- c) Bảo đảm kín đáo, tôn trọng người bệnh khi khám bệnh; thông báo và giải thích tình hình sức khỏe hay tình trạng bệnh cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh biết;
- d) Khám bệnh, chỉ định xét nghiệm, kê đơn phù hợp với tình trạng bệnh và khả năng chi trả của người bệnh;
- đ) Hướng dẫn, dặn dò người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về sử dụng thuốc theo đơn, chế độ chăm sóc, theo dõi diễn biến bệnh và hẹn khám lại khi cần thiết đối với người bệnh điều trị ngoại trú;
- e) Hỗ trợ người bệnh nhanh chóng hoàn thiện các thủ tục nhập viện khi có chỉ định.

3. Những việc phải làm đối với người bệnh điều trị nội trú:

- a) Khẩn trương tiếp đón, bố trí giường cho người bệnh, hướng dẫn và giải thích nội quy, quy định của bệnh viện và của khoa;
- b) Thăm khám, tìm hiểu, phát hiện những diễn biến bất thường và giải quyết những nhu cầu cần thiết của người bệnh; giải thích kịp thời những đề nghị, thắc mắc của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh;
- c) Tư vấn giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh thực hiện chế độ điều trị và chăm sóc;
- d) Giải quyết khẩn trương các yêu cầu chuyên môn; có mặt kịp thời khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh yêu cầu;
- đ) Đối với người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải thông báo, giải thích trước cho người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh về tình trạng bệnh, phương pháp

phẫu thuật, khả năng rủi ro có thể xảy ra và thực hiện đầy đủ công tác chuẩn bị theo quy định. Phải giải thích rõ lý do cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh khi phải hoãn hoặc tạm ngừng phẫu thuật.

4. Những việc phải làm đối với người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến:

a) Thông báo và dặn dò người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh những điều cần thực hiện sau khi ra viện. Trường hợp chuyển tuyến cần giải thích lý do cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh;

b) Công khai chi tiết từng khoản chi phí trong phiếu thanh toán giá dịch vụ y tế mà người bệnh phải thanh toán; giải thích đầy đủ khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh có yêu cầu;

c) Khẩn trương thực hiện các thủ tục cho người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến theo quy định;

d) Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh khi người bệnh ra viện hoặc chuyển tuyến.

5. Những việc không được làm:

a) Không tuân thủ quy chế chuyên môn khi thi hành nhiệm vụ;

b) Lạm dụng nghề nghiệp để thu lợi trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

c) Gây khó khăn, thờ ơ đối với người bệnh, người đại diện hợp pháp của người bệnh.

Điều 7. Ứng xử của lãnh đạo, quản lý cơ sở y tế

1. Những việc phải làm:

a) Phân công công việc cho từng viên chức trong đơn vị công khai, hợp lý, phù hợp với nhiệm vụ và năng lực chuyên môn của từng công chức, viên chức theo quy định của pháp luật;

b) Đôn đốc, kiểm tra việc thực hiện công vụ, nhiệm vụ, đạo đức nghề nghiệp, giao tiếp ứng xử của công chức, viên chức thuộc thẩm quyền quản lý; khen thưởng kịp thời công chức, viên chức có thành tích, xử lý kỷ luật nghiêm, khách quan đối với công chức, viên chức vi phạm theo quy định của pháp luật;

c) Nắm chắc nhân thân, tâm tư, nguyện vọng của công chức, viên chức để có cách thức sử dụng, điều hành phù hợp với từng đối tượng nhằm phát huy khả năng, kinh nghiệm, tính sáng tạo, chủ động của từng cá nhân trong việc thực thi công vụ, nhiệm vụ được giao;

d) Thực hiện Quy chế dân chủ ở cơ sở, tạo điều kiện trong học tập, nâng cao trình độ và phát huy tư duy sáng tạo, sáng kiến của từng công chức, viên chức;

đ) Tôn trọng, tạo niềm tin cho công chức, viên chức khi giao nhiệm vụ; có kế hoạch theo dõi, kiểm tra, tạo thuận lợi để công chức, viên chức thực hiện tốt nhiệm vụ, công vụ;

e) Lắng nghe ý kiến phản ánh của công chức, viên chức; bảo vệ danh dự, quyền và lợi ích hợp pháp, chính đáng của công chức, viên chức thuộc đơn vị quản lý;

g) Xây dựng, giữ gìn sự đoàn kết và môi trường văn hóa trong đơn vị.

2. Những việc không được làm:

a) Chuyên quyền, độc đoán, gia trưởng, xem thường cấp dưới, không gương mẫu, nói không đi đôi với làm;

b) Khen thưởng, xử lý hành vi vi phạm thiếu khách quan;

c) Cản trở, xử lý không đúng quy trình giải quyết khiếu nại, tố cáo; tiết lộ họ tên, địa chỉ, bút tích hoặc các thông tin khác về người tố cáo;

d) Những việc liên quan đến sản xuất, kinh doanh, công tác nhân sự quy định tại Luật phòng, chống tham nhũng, Luật thực hành tiết kiệm, chống lãng phí và những việc khác theo quy định của pháp luật và của cơ quan có thẩm quyền ban hành.

Chương III

TRÁCH NHIỆM THỰC HIỆN

Điều 8. Trách nhiệm của Bộ Y tế

1. Hướng dẫn, chỉ đạo Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi tắt là Sở Y tế), Y tế các bộ, ngành và các đơn vị sự nghiệp y tế trực thuộc Bộ Y tế triển khai thực hiện Thông tư này.

2. Tổ chức tập huấn, tuyên truyền nội dung quy định về Quy tắc ứng xử, trách nhiệm tổ chức thực hiện của cơ quan, tổ chức, cá nhân cho Sở Y tế, Y tế bộ, ngành và các đơn vị sự nghiệp y tế trực thuộc Bộ Y tế.

3. Phối hợp với Công đoàn Y tế Việt Nam phát động và tổ chức ký cam kết thi đua thực hiện Quy tắc ứng xử với Lãnh đạo Sở Y tế và Chủ tịch Công đoàn ngành Y tế các tỉnh, thành phố, Y tế Bộ, ngành và các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ Y tế.

4. Hướng dẫn các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế, căn cứ quy định tại Thông tư này ban hành Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức y tế phù hợp với đặc điểm tình hình thực tiễn của đơn vị; xây dựng tiêu chí thi đua, xác định hình thức xử lý đối với từng trường hợp vi phạm theo quy định của pháp luật.

5. Kiểm tra, giám sát việc chỉ đạo thực hiện của Sở Y tế tỉnh, thành phố, Y tế bộ, ngành và việc triển khai thực hiện của các cơ sở y tế trong toàn quốc.

6. Tổ chức sơ kết, tổng kết, đánh giá việc thực hiện Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế.

7. Bộ Y tế giao Vụ Tổ chức cán bộ làm đầu mối tổ chức triển khai thực hiện Thông tư này.

Điều 9. Trách nhiệm của Giám đốc Sở Y tế tỉnh, thành phố, Thủ trưởng Y tế bộ, ngành

1. Tổ chức tuyên truyền, quán triệt, tập huấn các nội dung trong Thông tư quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế cho Lãnh đạo các cơ sở y tế thuộc thẩm quyền quản lý.

2. Phối hợp với Công đoàn cùng cấp phát động phong trào thi đua trong toàn ngành; tổ chức ký cam kết thực hiện Quy tắc ứng xử với Lãnh đạo và Chủ tịch công đoàn các đơn vị thuộc thẩm quyền quản lý.

3. Hướng dẫn các cơ sở y tế, căn cứ quy định tại Thông tư này ban hành Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức y tế phù hợp với đặc điểm tình hình thực tiễn của đơn vị; xây dựng tiêu chí thi đua, xác định hình thức xử lý đối với từng trường hợp vi phạm theo quy định của pháp luật.

4. Kiểm tra việc triển khai tại các đơn vị thuộc thẩm quyền quản lý; thiết lập đường dây nóng trong hệ thống các đơn vị trực thuộc để tiếp nhận, xử lý những thông tin phản ánh của công dân.

5. Khen thưởng kịp thời những tấm gương điển hình, tiên tiến; xử lý nghiêm minh các trường hợp vi phạm Quy tắc ứng xử theo quy định của pháp luật.

6. Sơ kết 6 tháng, tổng kết một năm về kết quả triển khai thực hiện Thông tư này; báo cáo kết quả thực hiện về Bộ Y tế.

Điều 10. Trách nhiệm của các hội nghề nghiệp thuộc lĩnh vực quản lý của ngành Y tế

1. Phối hợp với cơ quan quản lý nhà nước có thẩm quyền ban hành Quy tắc đạo đức nghề nghiệp theo quy định của pháp luật cho hội viên.

2. Tuyên truyền, hướng dẫn, tập huấn, đôn đốc nhắc nhở hội viên về Quy tắc ứng xử, đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề thuộc lĩnh vực ngành Y tế.

3. Kiểm tra, giám sát việc hành nghề của hội viên; phát hiện, xử lý những hành vi vi phạm Quy tắc ứng xử, đạo đức nghề nghiệp theo quy định của hội; kiến nghị cơ quan quản lý nhà nước xử lý hành vi vi phạm theo quy định của pháp luật.

Điều 11. Trách nhiệm của Trưởng phòng Y tế quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh

1. Xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện Thông tư này, trình Ủy ban nhân dân cấp huyện phê duyệt.

2. Phối hợp với Sở Y tế trong công tác tuyên truyền, quán triệt, tập huấn, thảo luận các nội dung trong Thông tư quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên

chức, người lao động tại các cơ sở y tế cho Lãnh đạo các cơ sở y tế trên địa bàn quản lý.

3. Phối hợp với các đơn vị liên quan tổ chức kiểm tra, giám sát việc triển khai thực hiện Thông tư này đối với các cơ sở y tế trên địa bàn quản lý.

Điều 12. Trách nhiệm của Thủ trưởng các cơ sở y tế

1. Triển khai thực hiện Thông tư quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức y tế trong đơn vị thuộc thẩm quyền quản lý.

2. Quán triệt, tập huấn, trao đổi thảo luận các nội dung về quy tắc ứng xử, trách nhiệm tổ chức thực hiện quy định trong Thông tư.

3. Căn cứ các quy định tại Thông tư này, ban hành Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức y tế làm việc tại cơ sở y tế phù hợp với đặc điểm tình hình thực tiễn của đơn vị.

4. Niêm yết công khai nội dung Quy tắc ứng xử tại cơ sở y tế.

5. Ban hành quy chế, tiêu chí về thi đua, khen thưởng, chế tài xử lý các trường hợp vi phạm; khen thưởng kịp thời những tấm gương điển hình, tiên tiến xử lý nghiêm minh các trường hợp vi phạm việc thực hiện Quy tắc ứng xử.

6. Phối hợp với Công đoàn cơ sở phát động các phong trào thi đua; tổ chức ký cam kết thực hiện tốt Quy tắc ứng xử với Trưởng các khoa, phòng (và tương đương) trong đơn vị.

7. Kiểm tra, giám sát các hoạt động của từng đơn vị trực thuộc và của từng viên chức; lắp đặt hệ thống đường dây nóng để tiếp nhận những thông tin phản ánh của công dân và hệ thống camera giám sát hoạt động của các bộ phận trong đơn vị.

8. Sơ kết 6 tháng, tổng kết một năm về kết quả triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử đơn vị; báo cáo cấp có thẩm quyền theo quy định.

9. Chịu trách nhiệm trước pháp luật và cấp trên:

a) Về việc triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử trong đơn vị;

b) Nếu để xảy ra tình trạng vi phạm Quy tắc ứng xử của viên chức thuộc quyền quản lý.

Điều 13. Trách nhiệm của Trưởng khoa, phòng và tương đương tại các cơ sở y tế (gọi chung là khoa, phòng)

1. Nghiêm túc triển khai thực hiện Thông tư quy định về Quy tắc ứng xử.

2. Thảo luận, bàn bạc, trao đổi cách thức triển khai thực hiện Quy tắc ứng xử trong khoa, phòng cho phù hợp.

3. Hưởng ứng các phong trào thi đua trong đơn vị.

4. Kiểm tra, đôn đốc các hoạt động trong khoa, phòng.
5. Ký cam kết thi đua với Thủ trưởng đơn vị, với các khoa, phòng khác; giữa các viên chức trong khoa, phòng.
6. Quán triệt, phổ biến cho nhân dân: Không đưa tiền, quà biếu trong khi viên chức y tế thi hành nhiệm vụ.
7. Chịu trách nhiệm nếu để xảy ra tình trạng vi phạm Quy tắc ứng xử của viên chức thuộc quyền quản lý.

Điều 14. Trách nhiệm của công chức, viên chức y tế

1. Học tập, nghiêm túc chấp hành đầy đủ các quy định về những việc công chức, viên chức y tế phải làm và những việc công chức, viên chức y tế không được làm. Ngoài các quy định tại Thông tư này, công chức, viên chức y tế còn phải thực hiện các quy định khác của pháp luật có liên quan.
2. Ký cam kết với trưởng khoa, phòng trong đơn vị về thực hiện nghiêm túc Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức y tế theo hướng dẫn của đơn vị.
3. Gương mẫu chấp hành và vận động đồng nghiệp cùng thực hiện.
4. Vận động nhân dân thực hiện đầy đủ các quy định của pháp luật để nhân dân tạo điều kiện giúp viên chức thực thi, hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao.
5. Chịu trách nhiệm cá nhân trước pháp luật, nội quy, quy chế của cơ quan, đơn vị nếu vi phạm quy định về Quy tắc ứng xử.

Chương IV

KHEN THƯỞNG, XỬ LÝ VI PHẠM

Điều 15. Khen thưởng

1. Tập thể, cá nhân thực hiện tốt các quy định của Thông tư này sẽ được khen thưởng theo quy định của Luật thi đua, khen thưởng và quy chế thi đua, khen thưởng của cơ quan, đơn vị.
2. Các hình thức khen thưởng do Thủ trưởng cơ sở y tế quyết định:
 - a) Biểu dương tập thể, cá nhân trước toàn thể cơ quan, đơn vị;
 - b) Tặng thưởng thi đua theo phân loại lao động hàng tháng;
 - c) Xếp loại hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ trong tiêu chí đánh giá, xếp loại viên chức cuối năm;
 - d) Các hình thức khen thưởng phù hợp khác theo quy chế, quy định của cơ quan, đơn vị.

Điều 16. Xử lý vi phạm

1. Tập thể, cá nhân vi phạm các quy định của Thông tư này, tùy theo mức độ vi phạm sẽ bị xử lý kỷ luật theo quy định của pháp luật đối với công chức, viên chức và quy chế xử lý vi phạm của cơ quan, đơn vị.

2. Thủ trưởng các cơ sở y tế xây dựng Tiêu chí xử lý vi phạm theo tính chất và mức độ của hành vi vi phạm Quy tắc ứng xử phù hợp với đặc điểm của từng loại hình hoạt động của đơn vị.

3. Những hình thức xử lý vi phạm do Thủ trưởng cơ sở y tế quyết định:

a) Phê bình trước hội nghị giao ban toàn đơn vị;

b) Cắt thưởng hoặc giảm thưởng thi đua theo phân loại lao động hàng tháng;

c) Điều chuyển vị trí công tác;

d) Xếp loại không hoàn thành nhiệm vụ trong tiêu chí đánh giá, xếp loại viên chức cuối năm;

đ) Không xét các danh hiệu thi đua, hình thức khen thưởng cho tập thể, cá nhân vi phạm;

e) Các hình thức xử lý vi phạm phù hợp khác do cơ quan, đơn vị quy định.

4. Thủ trưởng các cơ sở y tế không kiên quyết tổ chức thực hiện Thông tư này, không đề ra những biện pháp, giải pháp phù hợp để viên chức, người lao động trong đơn vị thực hiện tốt Quy tắc ứng xử, nếu để xảy ra tình trạng vi phạm Quy tắc ứng xử tại cơ sở sẽ bị xử lý theo quy định của pháp luật về trách nhiệm của người đứng đầu cơ quan, đơn vị.

Chủ đề 3. LUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Chương 1.

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Luật này quy định quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện đối với người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh; áp dụng kỹ thuật, phương pháp mới trong khám bệnh, chữa bệnh; sai sót chuyên môn kỹ thuật, giải quyết khiếu nại, tố cáo và tranh chấp trong khám bệnh, chữa bệnh; điều kiện bảo đảm công tác khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

Trong Luật này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. *Khám bệnh* là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận.

2. *Chữa bệnh* là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh.

3. *Người bệnh* là người sử dụng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

4. *Chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh* là văn bản do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho người có đủ điều kiện hành nghề theo quy định của Luật này (sau đây gọi chung là chứng chỉ hành nghề).

5. *Giấy phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh* là văn bản do cơ quan nhà nước có thẩm quyền cấp cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện hoạt động theo quy định của Luật này (sau đây gọi chung là giấy phép hoạt động).

6. *Người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh* là người đã được cấp chứng chỉ hành nghề và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh (sau đây gọi chung là người hành nghề).

7. *Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh* là cơ sở cố định hoặc lưu động đã được cấp giấy phép hoạt động và cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

8. *Lương y* là người có hiểu biết về lý luận y dược học cổ truyền, có kinh nghiệm khám bệnh, chữa bệnh bằng phương pháp y dược học cổ truyền có dùng thuốc hoặc không dùng thuốc được Bộ Y tế hoặc Sở Y tế công nhận sau khi có ý kiến của Hội đồng y trung ương hoặc Hội đồng y cấp tỉnh.

9. *Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền* là người sở hữu bài thuốc hoặc phương pháp chữa bệnh theo kinh nghiệm lâu đời do

dòng tộc, gia đình truyền lại, điều trị có hiệu quả đối với một hoặc vài bệnh, chứng nhất định được Sở Y tế công nhận sau khi có ý kiến của Hội đồng y cấp tỉnh.

10. *Cập nhật kiến thức y khoa liên tục* là việc người hành nghề tham gia các khóa đào tạo, bồi dưỡng ngắn hạn, hội nghị, hội thảo về y khoa thuộc lĩnh vực hành nghề theo chương trình do Bộ Y tế phê duyệt hoặc công nhận và được cấp giấy chứng nhận theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

11. *Người bệnh không có người nhận* là người bệnh đang ở trong tình trạng cấp cứu, bị bệnh tâm thần hoặc bị bỏ rơi, bao gồm cả trẻ sơ sinh bị bỏ rơi tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà không có giấy tờ tùy thân, không xác định được địa chỉ cư trú.

12. *Hội chẩn* là hình thức thảo luận giữa những người hành nghề về tình trạng bệnh của người bệnh để chẩn đoán và đưa ra phương pháp điều trị phù hợp, kịp thời.

13. *Tai biến trong khám bệnh, chữa bệnh* là hậu quả gây tổn hại đến sức khỏe, tính mạng của người bệnh do sai sót chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh hoặc rủi ro xảy ra ngoài ý muốn trong khám bệnh, chữa bệnh mặc dù người hành nghề đã tuân thủ các quy định chuyên môn kỹ thuật.

Điều 3. Nguyên tắc trong hành nghề khám bệnh, chữa bệnh

1. Bình đẳng, công bằng và không kỳ thị, phân biệt đối xử đối với người bệnh.
2. Tôn trọng quyền của người bệnh; giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 8, khoản 1 Điều 11 và khoản 4 Điều 59 của Luật này.
3. Kịp thời và tuân thủ đúng quy định chuyên môn kỹ thuật.
4. Ưu tiên khám bệnh, chữa bệnh đối với trường hợp cấp cứu, trẻ em dưới 6 tuổi, người khuyết tật nặng, người từ đủ 80 tuổi trở lên, người có công với cách mạng, phụ nữ có thai.
5. Bảo đảm đạo đức nghề nghiệp của người hành nghề.
6. Tôn trọng, hợp tác và bảo vệ người hành nghề khi làm nhiệm vụ.

Điều 4. Chính sách của Nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh

1. Ưu tiên bố trí ngân sách nhằm đáp ứng nhu cầu khám bệnh, chữa bệnh cơ bản của nhân dân. Quan tâm dành ngân sách cho việc chăm sóc sức khỏe đối với người có công với cách mạng, trẻ em, người nghèo, nông dân, đồng bào dân tộc thiểu số, nhân dân ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

2. Tăng cường phát triển nguồn nhân lực y tế, đặc biệt là nguồn nhân lực y tế ở vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn. Thực hiện chế độ luân phiên có thời hạn đối với người hành nghề tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh từ tuyến trên xuống tuyến dưới, từ vùng có điều kiện

kinh tế - xã hội không khó khăn đến vùng có điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn và vùng có điều kiện kinh tế - xã hội đặc biệt khó khăn.

3. Đẩy mạnh xã hội hóa các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh; khuyến khích tổ chức, cá nhân đầu tư phát triển dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

4. Khuyến khích việc nghiên cứu, ứng dụng khoa học, công nghệ trong khám bệnh, chữa bệnh.

5. Kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền trong khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 5. Trách nhiệm quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh

1. Chính phủ thống nhất quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh

2. Bộ Y tế chịu trách nhiệm trước Chính phủ thực hiện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh và có các nhiệm vụ, quyền hạn sau đây:

a) Xây dựng và ban hành theo thẩm quyền hoặc trình cơ quan có thẩm quyền ban hành văn bản quy phạm pháp luật, quy chuẩn kỹ thuật về khám bệnh, chữa bệnh; chiến lược phát triển, quy hoạch hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Chỉ đạo hướng dẫn, tuyên truyền và tổ chức triển khai thực hiện văn bản quy phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh; chiến lược phát triển, quy hoạch hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Quản lý thống nhất việc cấp, cấp lại, thu hồi chứng chỉ hành nghề và giấy phép hoạt động;

d) Xây dựng và quản lý cơ sở dữ liệu quốc gia về người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

đ) Thanh tra, kiểm tra, giải quyết khiếu nại, tố cáo và xử lý vi phạm pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;

e) Tổ chức đào tạo, đào tạo liên tục, bồi dưỡng phát triển nguồn nhân lực; hướng dẫn việc luân phiên người hành nghề; nghiên cứu, ứng dụng khoa học và công nghệ trong khám bệnh, chữa bệnh;

g) Thực hiện hợp tác quốc tế về khám bệnh, chữa bệnh; thừa nhận chứng chỉ hành nghề giữa các nước; hướng dẫn khám bệnh, chữa bệnh nhân đạo; hợp tác chuyên gia, chuyển giao kỹ thuật và phương pháp chữa bệnh mới.

3. Bộ Quốc phòng trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình tổ chức thực hiện và hướng dẫn việc khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thuộc thẩm quyền quản lý theo quy định của Luật này và phù hợp với điều kiện thực tế của quân đội.

4. Các bộ, cơ quan ngang bộ trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình có trách nhiệm phối hợp với Bộ Y tế thực hiện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh.

5. Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây gọi chung là cấp tỉnh) trong phạm vi nhiệm vụ, quyền hạn của mình thực hiện quản lý nhà nước về khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi địa phương.

Điều 6. Các hành vi bị cấm

1. Từ chối hoặc cố ý chậm cấp cứu người bệnh.

2. Khám bệnh, chữa bệnh không có chứng chỉ hành nghề hoặc đang trong thời gian bị đình chỉ hành nghề, cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh mà không có giấy phép hoạt động hoặc đang trong thời gian bị đình chỉ hoạt động.

3. Hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, cung cấp dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh vượt quá phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trong chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động, trừ trường hợp cấp cứu.

4. Thuê, mượn, cho thuê, cho mượn chứng chỉ hành nghề hoặc giấy phép hoạt động.

5. Người hành nghề bán thuốc cho người bệnh dưới mọi hình thức, trừ bác sỹ đông y, y sỹ đông y, lương y và người có bài thuốc gia truyền.

6. Áp dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật y tế chưa được công nhận, sử dụng thuốc chưa được phép lưu hành trong khám bệnh, chữa bệnh.

7. Quảng cáo không đúng với khả năng, trình độ chuyên môn hoặc quá phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trong chứng chỉ hành nghề, giấy phép hoạt động; lợi dụng kiến thức y học cổ truyền hoặc kiến thức y khoa khác để quảng cáo gian dối về phương pháp chữa bệnh, thuốc chữa bệnh.

8. Sử dụng hình thức mê tín trong khám bệnh, chữa bệnh.

9. Người hành nghề sử dụng rượu, bia, thuốc lá hoặc có nồng độ cồn trong máu, hơi thở khi khám bệnh, chữa bệnh.

10. Vi phạm quyền của người bệnh; không tuân thủ các quy định chuyên môn kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh; lợi dụng chức vụ, quyền hạn trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh; lạm dụng nghề nghiệp để xâm phạm danh dự, nhân phẩm, thân thể người bệnh; tẩy xóa, sửa chữa hồ sơ bệnh án nhằm làm sai lệch thông tin về khám bệnh, chữa bệnh.

11. Gây tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự, nhân phẩm của người hành nghề.

12. Ngăn cản người bệnh thuộc diện chữa bệnh bắt buộc vào cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc cố ý thực hiện chữa bệnh bắt buộc đối với người không thuộc diện chữa bệnh bắt buộc.

13. Cán bộ, công chức, viên chức y tế thành lập, tham gia thành lập hoặc tham gia quản lý, điều hành bệnh viện tư nhân hoặc cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được thành lập và hoạt động theo Luật doanh nghiệp và Luật hợp tác xã, trừ trường hợp được cơ quan nhà nước có thẩm quyền cử tham gia quản lý, điều hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có phần vốn của Nhà nước.

14. Đưa, nhận, môi giới hối lộ trong khám bệnh, chữa bệnh.

Chương 2.

QUYỀN VÀ NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH

MỤC 1. QUYỀN CỦA NGƯỜI BỆNH

Điều 7. Quyền được khám bệnh, chữa bệnh có chất lượng phù hợp với điều kiện thực tế

1. Được tư vấn, giải thích về tình trạng sức khỏe, phương pháp điều trị và dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với bệnh.

2. Được điều trị bằng phương pháp an toàn, hợp lý và có hiệu quả theo các quy định chuyên môn kỹ thuật.

Điều 8. Quyền được tôn trọng bí mật riêng tư

1. Được giữ bí mật thông tin về tình trạng sức khỏe và đời tư được ghi trong hồ sơ bệnh án.

2. Thông tin quy định tại khoản 1 Điều này chỉ được phép công bố khi người bệnh đồng ý hoặc để chia sẻ thông tin, kinh nghiệm nhằm nâng cao chất lượng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giữa những người hành nghề trong nhóm trực tiếp điều trị cho người bệnh hoặc trong trường hợp khác được pháp luật quy định.

Điều 9. Quyền được tôn trọng danh dự, bảo vệ sức khỏe trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Không bị kỳ thị, phân biệt đối xử hoặc bị ép buộc khám bệnh, chữa bệnh, trừ trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 66 của Luật này.

2. Được tôn trọng về tuổi tác, giới tính, dân tộc, tín ngưỡng.

2. Không bị phân biệt giàu nghèo, địa vị xã hội.

Điều 10. Quyền được lựa chọn trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Được cung cấp thông tin, giải thích, tư vấn đầy đủ về tình trạng bệnh, kết quả, rủi ro có thể xảy ra để lựa chọn phương pháp chẩn đoán và điều trị.

2. Chấp nhận hoặc từ chối tham gia nghiên cứu y sinh học về khám bệnh, chữa bệnh.

3. Được lựa chọn người đại diện để thực hiện và bảo vệ quyền, nghĩa vụ của mình trong khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 11. Quyền được cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án và chi phí khám bệnh, chữa bệnh

1. Được cung cấp thông tin tóm tắt về hồ sơ bệnh án nếu có yêu cầu bằng văn bản, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

2. Được cung cấp thông tin về giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, giải thích chi tiết về các khoản chi trong hóa đơn thanh toán dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 12. Quyền được từ chối chữa bệnh và ra khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Được từ chối xét nghiệm, sử dụng thuốc, áp dụng thủ thuật hoặc phương pháp điều trị nhưng phải cam kết tự chịu trách nhiệm bằng văn bản về việc từ chối của mình, trừ trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 66 của Luật này.

2. Được ra khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khi chưa kết thúc điều trị nhưng phải cam kết tự chịu trách nhiệm bằng văn bản về việc ra khỏi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trái với quy định của người hành nghề, trừ trường hợp quy định tại khoản 1 Điều 66 của Luật này.

Điều 13. Quyền của người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi

1. Trường hợp người bệnh bị mất năng lực hành vi dân sự, không có năng lực hành vi dân sự, hạn chế năng lực hành vi dân sự hoặc người chưa thành niên từ đủ 6 tuổi đến chưa đủ 18 tuổi thì người đại diện hợp pháp của người bệnh quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh.

2. Trường hợp cấp cứu, để bảo vệ tính mạng, sức khỏe của người bệnh, nếu không có mặt người đại diện hợp pháp của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc khám bệnh, chữa bệnh.

MỤC 2. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI BỆNH

Điều 14. Nghĩa vụ tôn trọng người hành nghề

Tôn trọng và không được có hành vi xâm phạm danh dự, nhân phẩm, sức khỏe, tính mạng của người hành nghề và nhân viên y tế khác.

Điều 15. Nghĩa vụ chấp hành các quy định trong khám bệnh, chữa bệnh

1. Cung cấp trung thực thông tin liên quan đến tình trạng sức khỏe của mình, hợp tác đầy đủ với người hành nghề và cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Chấp hành chỉ định chẩn đoán, điều trị của người hành nghề, trừ trường hợp quy định tại Điều 12 của Luật này.

3. Chấp hành và yêu cầu người nhà của mình chấp hành nội quy của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 16. Nghĩa vụ chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh

Người bệnh có trách nhiệm chi trả chi phí khám bệnh, chữa bệnh, trừ trường hợp được miễn, giảm theo quy định của pháp luật. Trường hợp người bệnh tham gia bảo hiểm y tế thì việc thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh được thực hiện theo quy định của pháp luật về bảo hiểm y tế.

Chương 3.

NGƯỜI HÀNH NGHỀ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

MỤC 1. ĐIỀU KIỆN ĐỐI VỚI NGƯỜI HÀNH NGHỀ

Điều 17. Người xin cấp chứng chỉ hành nghề

1. Bác sỹ, y sỹ
2. Điều dưỡng viên
3. Hộ sinh viên.
4. Kỹ thuật viên
5. Lương y
6. Người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền

Điều 18. Điều kiện để cấp chứng chỉ hành nghề đối với người Việt Nam

1. Có một trong các văn bằng, giấy chứng nhận sau đây phù hợp với hình thức hành nghề khám bệnh, chữa bệnh:

a) Văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam;

b) Giấy chứng nhận là lương y;

c) Giấy chứng nhận là người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền.

2. Có văn bản xác nhận quá trình thực hành, trừ trường hợp là lương y, người có bài thuốc gia truyền hoặc có phương pháp chữa bệnh gia truyền.

3. Có giấy chứng nhận đủ sức khỏe để hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

4. Không thuộc trường hợp đang trong thời gian bị cấm hành nghề, cấm làm công việc liên quan đến chuyên môn y, được theo bản án, quyết định của Tòa án; đang bị truy cứu trách nhiệm hình sự; đang trong thời gian chấp hành bản án hình sự, quyết định hình sự của tòa án hoặc quyết định áp dụng biện pháp xử lý hành chính đưa vào cơ sở giáo dục, cơ sở chữa bệnh; đang trong thời gian bị kỷ luật từ hình thức cảnh cáo trở lên có liên quan đến chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh; mất hoặc hạn chế năng lực hành vi dân sự.

Điều 24. Xác nhận quá trình thực hành

1. Người có văn bằng chuyên môn liên quan đến y tế được cấp hoặc công nhận tại Việt Nam, trước khi được cấp chứng chỉ hành nghề, phải qua thời gian thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh sau đây:

a) 18 tháng thực hành tại bệnh viện, việc nghiên cứu có giường bệnh (sau đây gọi chung là bệnh viện) đối với bác sĩ;

b) 12 tháng thực hành tại bệnh viện đối với y sĩ;

c) 09 tháng thực hành tại bệnh viện có khoa phụ sản hoặc tại nhà hộ sinh đối với hộ sinh viên.

d) 09 tháng thực hành tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đối với điều dưỡng viên, kỹ thuật viên

2. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm xác nhận bằng văn bản về quá trình thực hành cho người đã thực hành tại cơ sở của mình, bao gồm nội dung về thời gian, năng lực chuyên môn, đạo đức nghề nghiệp.

Điều 25. Chứng chỉ hành nghề

1. Chứng chỉ hành nghề được cấp cho người có đủ điều kiện quy định tại Điều 18 hoặc Điều 19 của Luật này.

2. Chứng chỉ hành nghề được cấp một lần và có giá trị trong phạm vi cả nước.

3. Nội dung của chứng chỉ hành nghề bao gồm:

a) Họ và tên, ngày tháng năm sinh, địa chỉ cư trú, bằng cấp chuyên môn;

b) Hình thức hành nghề;

c) Phạm vi hoạt động chuyên môn.

4. Trường hợp chứng chỉ hành nghề bị mất hoặc bị hư hỏng, người hành nghề được cấp lại chứng chỉ hành nghề.

5. Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành mẫu chứng chỉ hành nghề.

6. Chính phủ quy định lộ trình cấp chứng chỉ hành nghề để bảo đảm đến ngày 01 tháng 01 năm 2016, tất cả đối tượng đang tham gia khám bệnh, chữa bệnh ở các cơ sở

khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước vào thời điểm Luật này có hiệu lực phải có chứng chỉ hành nghề.

MỤC 3. QUYỀN CỦA NGƯỜI HÀNH NGHỀ

Điều 31. Quyền được hành nghề

1. Được hành nghề theo đúng phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề.

2. Được quyết định và chịu trách nhiệm về chẩn đoán, phương pháp điều trị bệnh trong phạm vi hoạt động chuyên môn ghi trong chứng chỉ hành nghề.

3. Được ký hợp đồng hành nghề khám bệnh, chữa bệnh với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nhưng chỉ được chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật cho một cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

4. Được tham gia các tổ chức xã hội – nghề nghiệp.

Điều 32. Quyền từ chối khám bệnh, chữa bệnh

1. Được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nếu trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh mà tiên lượng bệnh vượt quá khả năng hoặc trái với phạm vi hoạt động chuyên môn của mình, nhưng phải báo cáo với người có thẩm quyền hoặc giới thiệu người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để giải quyết. Trong trường hợp này, người hành nghề vẫn phải thực hiện việc sơ cứu, cấp cứu, theo dõi, chăm sóc, điều trị người bệnh cho đến khi người bệnh được chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

2. Được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nếu việc khám bệnh, chữa bệnh đó trái với quy định của pháp luật hoặc đạo đức nghề nghiệp.

Điều 33. Quyền được nâng cao năng lực chuyên môn

1. Được đào tạo, đào tạo lại và cập nhật kiến thức y khoa liên tục phù hợp với trình độ chuyên môn hành nghề.

2. Được tham gia bồi dưỡng, trao đổi thông tin về chuyên môn, kiến thức pháp luật về y tế.

Điều 34. Quyền được bảo vệ khi xảy ra tai biến đối với người bệnh

1. Được pháp luật bảo vệ và không phải chịu trách nhiệm khi thực hiện đúng quy định về chuyên môn kỹ thuật mà vẫn xảy ra tai biến

2. Được đề nghị cơ quan, tổ chức, hội nghề nghiệp bảo vệ quyền, lợi ích hợp pháp của mình khi xảy ra tai biến đối với người bệnh

Điều 35. Quyền được bảo đảm an toàn khi hành nghề

1. Được trang bị phương tiện bảo hộ lao động, vệ sinh lao động để phòng ngừa, giảm thiểu nguy cơ lây nhiễm, tai nạn liên quan đến nghề nghiệp.

2. Được bảo vệ sức khỏe, tính mạng, danh dự, thân thể.

3. Trường hợp bị người khác đe dọa đến tính mạng, người hành nghề được phép tạm lánh khỏi nơi làm việc, sau đó phải báo cáo với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc chính quyền nơi gần nhất.

MỤC 4. NGHĨA VỤ CỦA NGƯỜI HÀNH NGHỀ

Điều 35. Nghĩa vụ đối với người bệnh

1. Kịp thời sơ cứu, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh cho người bệnh, trừ trường hợp quy định tại Điều 32 của Luật này.

2. Tôn trọng các quyền của người bệnh, có thái độ ân cần, hòa nhã với người bệnh.

3. Tư vấn, cung cấp thông tin theo quy định tại khoản 1 Điều 7 và khoản 1 Điều 11 của Luật này.

4. Đối xử bình đẳng với người bệnh, không để lợi ích cá nhân hay sự phân biệt đối xử ảnh hưởng đến quyết định chuyên môn của mình.

5. Chỉ được yêu cầu người bệnh thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh đã niêm yết công khai theo quy định của pháp luật.

Điều 37. Nghĩa vụ đối với nghề nghiệp

1. Thực hiện đúng quy định chuyên môn kỹ thuật.

2. Chịu trách nhiệm về việc khám bệnh, chữa bệnh của mình.

3. Thường xuyên học tập, cập nhật kiến thức y khoa liên tục để nâng cao trình độ chuyên môn theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Tận tâm trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh.

5. Giữ bí mật tình trạng bệnh của người bệnh, những thông tin mà người bệnh đã cung cấp và hồ sơ bệnh án, trừ trường hợp quy định tại khoản 2 Điều 8 của Luật này.

6. Thông báo với người có thẩm quyền về người hành nghề có hành vi lừa dối người bệnh, đồng nghiệp hoặc vi phạm quy định của Luật này.

7. Không được kê đơn, chỉ định sử dụng các dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, gợi ý chuyên người bệnh tới cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác vì vụ lợi.

Chương 4.

CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

MỤC 1. HÌNH THỨC TỔ CHỨC VÀ ĐIỀU KIỆN HOẠT ĐỘNG CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Điều 41. Các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Các hình thức tổ chức của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm:

- a) Bệnh viện;
- b) Cơ sở giám định y khoa;
- c) Phòng khám đa khoa;
- d) Phòng khám chuyên khoa, bác sỹ gia đình;
- đ) Phòng chẩn trị y học cổ truyền;
- e) Nhà hộ sinh;
- g) Cơ sở chẩn đoán;
- h) Cơ sở dịch vụ y tế;
- i) Trạm y tế cấp xã và tương đương;
- k) Các hình thức tổ chức khám bệnh, chữa bệnh khác.

2. Chính phủ quy định chi tiết khoản 1 Điều này và các hình thức tổ chức cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong quân đội.

Điều 42. Điều kiện hoạt động của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Có quyết định thành lập của cơ quan nhà nước có thẩm quyền đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh do Nhà nước thành lập hoặc giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh hoặc giấy phép đầu tư theo quy định của pháp luật đối với cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

2. Có giấy phép hoạt động do Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ trưởng Bộ Quốc phòng hoặc Giám đốc Sở Y tế cấp.

MỤC 4. QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Điều 52. Quyền của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Được thực hiện các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật này; cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có đủ điều kiện theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế được khám sức khỏe định kỳ, khám sức khỏe để lao động, học tập, làm việc và chịu trách nhiệm trước pháp luật về kết quả khám sức khỏe của mình.

2. Được từ chối khám bệnh, chữa bệnh nếu trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh mà tiên lượng bệnh vượt quá khả năng hoặc trái phạm vi hoạt động chuyên môn được ghi trong giấy phép hoạt động nhưng phải giới thiệu người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để giải quyết. Trong trường hợp này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vẫn phải thực hiện việc sơ cứu, cấp cứu, theo dõi, chăm sóc, điều trị cho người bệnh cho đến khi người bệnh được chuyển đi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

3. Được thu các khoản chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

4. Được hưởng chế độ ưu đãi khi thực hiện các hoạt động khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của pháp luật.

Điều 53. Trách nhiệm của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Tổ chức việc cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh kịp thời cho người bệnh.

2. Thực hiện quy định về chuyên môn kỹ thuật và các quy định khác của pháp luật có liên quan.

3. Công khai thời gian làm việc, niêm yết giá dịch vụ và thu theo đúng giá đã niêm yết.

4. Báo cáo cơ quan cấp giấy phép hoạt động trong trường hợp thay đổi người chịu trách nhiệm chuyên môn kỹ thuật của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc người hành nghề là người nước ngoài theo quy định của Bộ trưởng Bộ Y tế.

5. Bảo đảm việc thực hiện các quyền và nghĩa vụ của người bệnh, người hành nghề được quy định tại Luật này.

6. Bảo đảm các điều kiện cần thiết để người hành nghề thực hiện khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi hoạt động chuyên môn được phép.

7. Chấp hành quyết định huy động của cơ quan nhà nước có thẩm quyền trong trường hợp xảy ra thiên tai, thảm họa, dịch bệnh nguy hiểm.

8. Trường hợp dừng hoạt động, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm chuyển người bệnh, hồ sơ bệnh án đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp và quyết toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh với người bệnh.

Chương 5.

CÁC QUY ĐỊNH CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

Điều 59. Hồ sơ bệnh án

1. Hồ sơ bệnh án là tài liệu y học, y tế và pháp lý; mỗi người bệnh chỉ có một hồ sơ bệnh án trong mỗi lần khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Việc lập hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Người bệnh điều trị nội trú và ngoại trú trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đều phải được lập hồ sơ bệnh án;

b) Hồ sơ bệnh án được lập bằng giấy hoặc bản điện tử và phải được ghi rõ, đầy đủ các mục có trong hồ sơ bệnh án;

c) Hồ sơ bệnh án bao gồm các tài liệu, thông tin liên quan đến người bệnh và quá trình khám bệnh, chữa bệnh;

3. Việc lưu trữ hồ sơ bệnh án được quy định như sau:

a) Hồ sơ bệnh án được lưu trữ theo các cấp độ mật của pháp luật về bảo vệ bí mật nhà nước;

b) Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú được lưu trữ ít nhất 10 năm; hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt được lưu trữ ít nhất 15 năm; hồ sơ bệnh án đối với người bệnh tâm thần, người bệnh tử vong được lưu trữ ít nhất 20 năm;

c) Trường hợp lưu trữ hồ sơ bệnh án bằng bản điện tử, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải có bản sao dự phòng và thực hiện theo các chế độ lưu trữ quy định tại điểm a và điểm b khoản này.

4. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định việc cho phép khai thác hồ sơ bệnh án trong các trường hợp sau đây:

a) Sinh viên thực tập, nghiên cứu viên, người hành nghề trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ cho việc nghiên cứu hoặc công tác chuyên môn kỹ thuật;

b) Đại diện cơ quan quản lý nhà nước về y tế trực tiếp quản lý cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, cơ quan điều tra, viện kiểm sát, tòa án, thanh tra chuyên ngành y tế, cơ quan bảo hiểm, tổ chức giám định pháp y, pháp y tâm thần, luật sư được mượn hồ sơ bệnh án tại chỗ để đọc hoặc sao chép phục vụ nhiệm vụ được giao theo thẩm quyền cho phép;

c) Người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh được nhận bản tóm tắt hồ sơ bệnh án theo quy định tại khoản 1 Điều 11 của Luật này.

5. Các đối tượng quy định tại khoản 4 Điều này khi sử dụng thông tin trong hồ sơ bệnh án phải giữ bí mật và chỉ được sử dụng đúng mục đích như đã đề nghị với người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 60. Sử dụng thuốc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú

1. Việc sử dụng thuốc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có điều trị nội trú phải bảo đảm các nguyên tắc sau đây:

a) Chỉ sử dụng thuốc khi thật sự cần thiết, đúng mục đích, an toàn, hợp lý và hiệu quả;

b) Việc kê đơn thuốc phải phù hợp với chẩn đoán bệnh, tình trạng bệnh của người bệnh;

c) Đúng quy định về bảo quản, cấp phát và sử dụng thuốc.

2. Khi kê đơn thuốc, người hành nghề phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào đơn thuốc hoặc bệnh án thông tin về tên thuốc, hàm lượng, liều dùng, cách dùng và thời gian dùng thuốc.

3. Khi cấp phát thuốc cho người bệnh, người được giao nhiệm vụ cấp phát thuốc có trách nhiệm sau đây:

a) Kiểm tra đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc, hàm lượng, liều dùng, cách dùng, tên thuốc và chất lượng thuốc;

b) Đối chiếu đơn thuốc với các thông tin về nồng độ, hàm lượng, số lượng khi nhận thuốc và hạn dùng ghi trên phiếu lĩnh thuốc, nhãn thuốc;

c) Đối chiếu họ tên người bệnh, tên thuốc, dạng thuốc, hàm lượng, liều dùng, cách dùng, thời gian dùng trước khi cho người bệnh sử dụng thuốc;

d) Ghi chép đầy đủ thời gian cấp phát thuốc cho người bệnh, theo dõi và ghi diễn biến lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án, phát hiện kịp thời các tai biến và báo cho người hành nghề trực tiếp điều trị.

4. Sau khi người bệnh dùng thuốc, người hành nghề trực tiếp điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng và xử lý kịp thời tai biến do dùng thuốc.

Người bệnh có trách nhiệm dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của người hành nghề và thông báo cho người hành nghề về các dấu hiệu bất thường sau khi dùng thuốc.

Điều 61. Thực hiện phẫu thuật, can thiệp ngoại khoa

1. Mọi trường hợp phẫu thuật, can thiệp ngoại khoa đều phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc đại diện của người bệnh, trừ trường hợp quy định tại khoản 3 Điều này.

2. Người bệnh thuộc đối tượng quy định tại khoản 1 Điều 13 của Luật này, trước khi phẫu thuật, can thiệp ngoại khoa phải được người đại diện của người bệnh đồng ý bằng văn bản.

3. Trường hợp không thể hỏi ý kiến của người bệnh hoặc người đại diện của người bệnh và nếu không thực hiện phẫu thuật hoặc can thiệp ngoại khoa sẽ đe dọa trực tiếp đến tính mạng của người bệnh thì người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh quyết định tiến hành phẫu thuật hoặc can thiệp ngoại khoa.

Điều 62. Kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

1. Các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm:

a) Khử trùng thiết bị y tế, môi trường và xử lý chất thải tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

- b) Phòng hộ cá nhân, vệ sinh cá nhân;
- c) Vệ sinh an toàn thực phẩm;
- d) Giám sát nhiễm khuẩn;
- đ) Các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn khác theo quy định của pháp luật.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sau đây:

a) Thực hiện các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

b) Bảo đảm cơ sở vật chất, thiết bị, trang phục phòng hộ, điều kiện vệ sinh cá nhân cho người làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người bệnh và người khác đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phù hợp với yêu cầu về kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Tư vấn về các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn cho người bệnh và người nhà của người bệnh;

d) Thực hiện các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn khác theo quy định của pháp luật.

3. Người làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người bệnh và người khác đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tuân thủ quy định của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh về kiểm soát nhiễm khuẩn.

Điều 63. Xử lý chất thải y tế

1. Chất thải y tế bao gồm chất thải rắn, lỏng, khí, hóa chất, phóng xạ được thải ra trong quá trình khám bệnh, chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh và sinh hoạt của người bệnh trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm phân loại, thu gom và xử lý chất thải y tế theo đúng quy định của pháp luật về bảo vệ môi trường.

Điều 64. Giải quyết đối với người bệnh không có người nhận

1. Tiếp nhận và thực hiện khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật này.

2. Kiểm kê, lập biên bản và lưu giữ tài sản của người bệnh.

3. Thông báo ngay cho cơ quan công an hoặc Ủy ban nhân dân cấp xã nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt trụ sở để cơ quan này thông báo tìm người nhà của người bệnh trên phương tiện thông tin đại chúng.

4. Đối với trẻ sơ sinh bị bỏ rơi, người bệnh đã được điều trị ổn định mà vẫn chưa có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo cho cơ sở bảo trợ xã hội để tiếp nhận đối tượng này.

5. Đối với người bệnh tâm thần mà cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không có chuyên khoa tâm thần thì chuyển người bệnh đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tâm thần. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành tâm thần có trách nhiệm tiếp nhận, chăm sóc và điều trị cho người bệnh. Sau khi điều trị ổn định mà vẫn không có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo cho cơ sở bảo trợ xã hội để tiếp nhận người bệnh.

Cơ sở bảo trợ xã hội có trách nhiệm tiếp nhận các đối tượng theo quy định tại khoản 4 và khoản 5 Điều này chậm nhất là 10 ngày làm việc, kể từ ngày nhận được thông báo.

6. Đối với người bệnh tử vong không có người nhận, sau khi thực hiện quy định tại Điều 65 của Luật này, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải chụp ảnh, lưu giữ mô để xác định danh tính, làm thủ tục khai tử theo quy định của pháp luật về hộ tịch và tổ chức mai táng.

Điều 65. Giải quyết đối với người bệnh tử vong

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sau đây:

- a) Cấp giấy chứng tử;
- b) Tiến hành kiểm thảo tử vong trong thời hạn 15 ngày, kể từ khi người bệnh tử vong;
- c) Giao người hành nghề trực tiếp điều trị hoặc phụ trách ca trực lập hồ sơ tử vong, trong đó ghi rõ diễn biến bệnh, cách xử lý, thời gian và nguyên nhân tử vong;
- d) Lưu trữ hồ sơ tử vong theo quy định tại khoản 3 Điều 59 của Luật này.

2. Đối với trường hợp tử vong trước khi đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được giải quyết như sau:

- a) Đối với người có giấy tờ tùy thân, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo cho thân nhân của hộ để tổ chức mai táng;
- b) Đối với người không có giấy tờ tùy thân, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thông báo trên phương tiện thông tin đại chúng để tìm người nhà của người bệnh.

Trường hợp không có giấy tờ tùy thân hoặc có giấy tờ tùy thân nhưng không có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm bảo quản thi thể, chụp ảnh và thông báo cho cơ quan công an hoặc Ủy ban nhân dân cấp xã nơi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đặt trụ sở.

Trường hợp không có người nhận, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh liên hệ với Ủy ban nhân dân cấp xã hoặc cơ quan lao động, thương binh và xã hội trên địa bàn để các cơ quan này tổ chức mai táng.

3. Việc xác định người bệnh đã tử vong và thời hạn bảo quản thi thể được thực hiện theo quy định của pháp luật.

Điều 66. Bắt buộc chữa bệnh

1. Các trường hợp bắt buộc chữa bệnh theo quy định của Luật này bao gồm:

- a) Mắc bệnh truyền nhiễm nhóm A theo quy định của pháp luật về phòng, chống bệnh truyền nhiễm;
- b) Bệnh tâm thần ở trạng thái kích động, trầm cảm có ý tưởng, hành vi tự sát hoặc gây nguy hiểm cho người khác theo quy định của pháp luật.

2. Việc bắt buộc chữa bệnh thực hiện theo quy định của pháp luật về hình sự và pháp luật về xử lý vi phạm hành chính không thuộc phạm vi điều chỉnh của Luật này.

Điều 67. Trực khám bệnh, chữa bệnh

1. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh nội trú, cơ sở cấp cứu phải bảo đảm trực liên tục ngoài giờ hành chính, ngày lễ, ngày nghỉ.

Khuyến khích cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giường bệnh nội trú tổ chức khám bệnh, chữa bệnh 24 giờ/ngày.

2. Trực ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bao gồm trực lãnh đạo, trực lâm sàng, trực cận lâm sàng và trực hậu cần, bảo vệ.

3. Người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có trách nhiệm sau đây:

- a) Phân công người trực, quy định rõ trách nhiệm đối với từng cấp trực, người trực và chế độ trực cụ thể;
- b) Bảo đảm đầy đủ các phương tiện vận chuyển cấp cứu phù hợp với hình thức tổ chức khám bệnh, chữa bệnh; thiết bị, dụng cụ y tế và thuốc thiết yếu để kịp thời cấp cứu người bệnh;
- c) Bảo đảm chế độ báo cáo trực đối với mỗi phiên trực.

Điều 68. Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh

1. Khuyến khích việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

2. Việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại tại bệnh viện y học cổ truyền được thực hiện như sau:

- a) Sử dụng một số phương tiện kỹ thuật của y học hiện đại để phục vụ chẩn đoán, đánh giá kết quả điều trị, kết quả nghiên cứu thừa kế;
- b) Sử dụng một số thiết bị và thuốc y học hiện đại để phục vụ cấp cứu người bệnh, sử dụng một số thuốc thiết yếu để điều trị người bệnh.

3. Việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại tại bệnh viện khác được thực hiện như sau:

a) Kết hợp phương pháp y học cổ truyền trong khám bệnh, chữa bệnh;

b) Sử dụng phương tiện kỹ thuật của y học hiện đại để chẩn đoán bệnh, tổ chức áp dụng, đánh giá kết quả các bài thuốc, môn thuốc, phương pháp chữa bệnh của y học cổ truyền.

4. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định chi tiết khoản 2 và khoản 3 Điều này và việc kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong khám bệnh, chữa bệnh tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác.

Chủ đề 4. THÔNG TƯ LIÊN TỊCH SỐ 10/2015/TTLT-BYT-BNV NGÀY 27/5/2015 CỦA LIÊN BỘ Y TẾ-NỘI VỤ QUY ĐỊNH MÃ SỐ, TIÊU CHUẨN CHỨC DANH NGHỀ NGHIỆP BÁC SĨ, BÁC SĨ Y HỌC DỰ PHÒNG, Y SĨ

Điều 2. Mã số, phân hạng chức danh nghề nghiệp bác sĩ, bác sĩ y học dự phòng, y sĩ

1. Nhóm chức danh bác sĩ, bao gồm:

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| a) Bác sĩ cao cấp (hạng I) | Mã số: V.08.01.01 |
| b) Bác sĩ chính (hạng II) | Mã số: V.08.01.02 |
| c) Bác sĩ (hạng III) | Mã số: V.08.01.03 |

2. Nhóm chức danh bác sĩ y học dự phòng, bao gồm:

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------|
| a) Bác sĩ y học dự phòng cao cấp (hạng I) | Mã số: V.08.02.04 |
| b) Bác sĩ y học dự phòng chính (hạng II) | Mã số: V.08.02.05 |
| c) Bác sĩ y học dự phòng (hạng III) | Mã số: V.08.02.06 |

3. Chức danh y sĩ:

- | | |
|-----------------|-------------------|
| a) Y sĩ hạng IV | Mã số: V.08.03.07 |
|-----------------|-------------------|

Điều 3. Tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp

1. Tận tụy phục vụ sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân.
2. Hiểu biết và thực hiện đúng quy tắc ứng xử của viên chức ngành y tế.
3. Thực hành nghề nghiệp theo đúng quy chế, quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật và các quy định khác của pháp luật.
4. Không ngừng học tập nâng cao trình độ, năng lực chuyên môn nghiệp vụ.
5. Tôn trọng quyền của người bệnh.
6. Trung thực, khách quan, công bằng, trách nhiệm, đoàn kết, tôn trọng và hợp tác với đồng nghiệp trong thực hành nghề nghiệp.

Điều 6. Bác sĩ (hạng III) - Mã số: V.08.01.03

1. Nhiệm vụ:

- a) Khám bệnh, chữa bệnh:

Khám bệnh, chữa bệnh thông thường cho người bệnh;

Xử trí cấp cứu thông thường, phát hiện kịp thời bệnh vượt quá khả năng điều trị báo cáo bác sĩ cấp cao hơn để có hướng xử trí hoặc chuyển đi điều trị ở tuyến trên hoặc theo lĩnh vực chuyên khoa;

Tham gia hội chẩn chuyên môn;

Thực hiện quản lý và cải tiến chất lượng khám, chữa bệnh: phát hiện và báo cáo sai sót chuyên môn kỹ thuật, tham gia giám sát, kiểm tra, đánh giá chất lượng khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi chuyên môn được giao.

b) Thông tin, truyền thông, giáo dục sức khỏe:

Xác định nhu cầu và những nội dung cần hướng dẫn, giáo dục sức khỏe;

Thực hiện tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe; đánh giá hoạt động tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe;

Đề xuất biện pháp quản lý sức khỏe trong phạm vi được giao.

c) Tư vấn cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh lựa chọn các dịch vụ y tế phù hợp;

d) Vận hành và sử dụng được thiết bị y tế phục vụ chẩn đoán, can thiệp điều trị, cấp cứu trong phạm vi được giao;

đ) Tham gia giám định y khoa, giám định pháp y, giám định pháp y tâm thần thuộc chuyên khoa hoặc lĩnh vực liên quan theo quy định của pháp luật;

e) Tham gia công tác chỉ đạo tuyến về chuyên môn kỹ thuật, triển khai phòng chống dịch và bệnh xã hội khi được giao; tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở;

g) Đào tạo và nghiên cứu khoa học về y học:

Tham gia biên soạn tài liệu chuyên môn; tham gia xây dựng quy chế, quy trình kỹ thuật chuyên môn thuộc lĩnh vực được giao;

Tham gia hướng dẫn viên chức, học sinh, sinh viên chuyên ngành y;

Tham gia hoặc thực hiện đề tài nghiên cứu khoa học.

2. Tiêu chuẩn về trình độ đào tạo, bồi dưỡng:

a) Tốt nghiệp bác sĩ nhóm ngành Y học (trừ ngành Y học dự phòng); bác sĩ ngành Răng - Hàm - Mặt.

b) Có chứng chỉ bồi dưỡng theo tiêu chuẩn chức danh nghề nghiệp bác sĩ hoặc có chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh (dùng cho các hạng chức danh bác sĩ).

3. Tiêu chuẩn về năng lực chuyên môn, nghiệp vụ:

a) Hiểu biết quan điểm, chủ trương đường lối của Đảng, chính sách, pháp luật của Nhà nước về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân; nắm được định hướng phát triển chuyên môn, kỹ thuật chuyên ngành;

b) Có kỹ năng chẩn đoán, xử trí, theo dõi và dự phòng các bệnh thường gặp và cấp cứu thông thường;

c) Áp dụng y học cổ truyền trong công tác phòng bệnh và chữa bệnh;

- d) Thực hiện được công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe nhân dân;
- đ) Có kỹ năng giao tiếp, cộng tác với đối tượng phục vụ và đồng nghiệp.
- e) Có kỹ năng sử dụng công nghệ thông tin cơ bản và sử dụng được ngoại ngữ hoặc sử dụng được tiếng dân tộc thiểu số đối với viên chức công tác ở vùng dân tộc thiểu số theo yêu cầu của vị trí việc làm.

PHẦN 2
KIẾN THỨC CHUYÊN NGÀNH

Chủ đề 1. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COVID-19

(Quyết định số 250/QĐ-BYT ngày 28 tháng 01 năm 2022 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. ĐẠI CƯƠNG

Vi rút Corona (CoV) là một họ vi rút ARN lớn, có thể gây bệnh cho cả động vật và con người. Ở người, coronavirus có thể gây ra một loạt bệnh, từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng như Hội chứng hô hấp cấp tính nặng (SARS-CoV) năm 2002 và Hội chứng hô hấp Trung Đông (MERS-CoV) năm 2012. Từ tháng 12 năm 2019, một chủng vi rút corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch Viêm đường hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn thế giới gây đại dịch toàn cầu. Từ đó đến nay, vi rút cũng đột biến tạo ra nhiều biến thể khác nhau.

SARS-CoV-2 lây trực tiếp từ người sang người qua đường hô hấp (qua giọt bắn là chủ yếu) và qua tiếp xúc với các vật dụng bị ô nhiễm. SARS-CoV-2 cũng có khả năng lây truyền qua khí dung ở trong những không gian kín, đông người và thông gió hạn chế hoặc nơi có nhiều thao tác tạo khí dung như trong các cơ sở điều trị. Người bệnh COVID-19 có thể phát tán vi rút từ 2 ngày trước khi có triệu chứng đầu tiên và phát tán mạnh nhất trong 3 ngày đầu từ khi biểu hiện các triệu chứng. Thời gian phát tán vi rút gây lây nhiễm khoảng 8 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng, nhưng có thể dài hơn ở những người bệnh có suy giảm miễn dịch. Tuy vậy, những người bệnh không triệu chứng vẫn có thể phát tán vi rút gây lây nhiễm.

Phổ bệnh của COVID-19 đa dạng từ người nhiễm không có triệu chứng, có các triệu chứng nhẹ cho tới những biểu hiện bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) nhiễm khuẩn huyết suy chức năng đa cơ quan và tử vong. Người cao tuổi, người có bệnh mạn tính hay suy giảm miễn dịch, hoặc có đồng nhiễm hay bội nhiễm các căn nguyên khác như vi khuẩn, nấm sẽ có nguy cơ diễn biến nặng nhiều hơn.

Các biện pháp phòng bệnh chính là tiêm phòng vắc xin, phát hiện sớm để cách ly ca bệnh và đảm bảo trang bị phòng hộ cá nhân cho người có nguy cơ phơi nhiễm.

II. CHẨN ĐOÁN

2.1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

a) Là người tiếp xúc gần hoặc là người có yếu tố dịch tễ và có ít nhất 2 trong số các biểu hiện lâm sàng sau đây: sốt; ho; đau họng; chảy nước mũi, nghẹt mũi; đau người, mệt mỏi, ớn lạnh; giảm hoặc mất vị giác; khứu giác; đau, nhức đầu; tiêu chảy; khó thở; viêm đường hô hấp.

b) Là người có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV-2 (trừ trường hợp nêu tại mục 2.2, điểm b, c và d).

* Người tiếp xúc gần là một trong số các trường hợp sau:

- Người có tiếp xúc cơ thể trực tiếp (bắt tay, ôm, hôn, tiếp xúc trực tiếp với da, cơ thể...) với ca bệnh xác định trong thời kỳ lây truyền.

- Người đeo khẩu trang có tiếp xúc, giao tiếp trong vòng 2 mét hoặc trong cùng không gian hẹp, kín và tối thiểu trong thời gian 15 phút với ca bệnh xác định khi đang trong thời kỳ lây truyền.

- Người không đeo khẩu trang có tiếp xúc, giao tiếp gần trong vòng 2 mét hoặc ở trong cùng không gian hẹp, kín với ca bệnh xác định trong thời kỳ lây truyền.

- Người trực tiếp chăm sóc, khám và điều trị ca bệnh xác định khi đang trong thời kỳ lây truyền mà không sử dụng đầy đủ các phương tiện phòng hộ cá nhân (PPE).

* Thời kỳ lây truyền của ca bệnh xác định được tính từ 2 ngày trước khi khởi phát (đối với ca bệnh xác định không có triệu chứng thì thời kỳ lây truyền được tính từ 2 ngày trước ngày được lấy mẫu có kết quả xét nghiệm dương tính) cho đến khi kết quả xét nghiệm âm tính hoặc giá trị CT ≥ 30 .

* Người có yếu tố dịch tễ bao gồm:

- Người có mặt trên cùng phương tiện giao thông hoặc cùng địa điểm, sự kiện, nơi làm việc, lớp học... với ca bệnh xác định đang trong thời kỳ lây truyền.

- Người ở, đến từ khu vực ổ dịch đang hoạt động.

2.2. Trường hợp bệnh xác định

a) Là người có kết quả xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 bằng phương pháp phát hiện vật liệu di truyền của vi rút (PCR).

b) Là người tiếp xúc gần và có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV-2.

c) Là người có yếu tố dịch tễ, có biểu hiện lâm sàng nghi mắc COVID-19 và có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính với vi rút SARS-CoV-2.

d) Là người có yếu tố dịch tễ và có kết quả xét nghiệm nhanh kháng nguyên dương tính 2 lần liên tiếp (xét nghiệm lần 2 trong vòng 8 giờ kể từ khi có kết quả xét nghiệm lần 1) với vi rút SARS-CoV-2. Trong trường hợp xét nghiệm nhanh kháng nguyên lần thứ 2 âm tính thì cần phải có xét nghiệm Real-time RT-PCR để khẳng định

* Sinh phẩm xét nghiệm nhanh kháng nguyên với vi rút SARS-CoV-2 phải thuộc danh mục được Bộ Y tế cấp phép. Xét nghiệm nhanh kháng nguyên do nhân viên y tế thực hiện hoặc người nghi nhiễm thực hiện dưới sự giám sát của nhân viên y tế bằng ít nhất một trong các hình thức trực tiếp hoặc gián tiếp qua các phương tiện từ xa.

III. TRIỆU CHỨNG

3.1. Giai đoạn khởi phát

- Thời gian ủ bệnh: từ 2-14 ngày, trung bình từ 5-7 ngày, chủng delta có thời gian ủ bệnh ngắn hơn.

- Khởi phát:

+ Chủng alpha: Sốt, ho khan, mệt mỏi, đau họng, đau đầu. Một số trường hợp bị nghẹt mũi, chảy nước mũi, mất vị giác và khứu giác, buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng...

+ Chủng delta: đau đầu, đau họng, chảy nước mũi, ho, sốt, ỉa chảy, khó thở, đau cơ.

+ Chủng Omicron: hiện tại không có thông tin nào cho thấy các triệu chứng liên quan đến Omicron là khác so với các triệu chứng ở các biến thể khác.

- Diễn biến:

+ Đối với chủng alpha: 80% có triệu chứng nhẹ, 20% người bệnh diễn biến nặng và diễn biến nặng thường khoảng 5-10 ngày và 5% cần phải điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực với biểu hiện suy hô hấp cấp, tổn thương phổi do COVID-19, tổn thương vi mạch gây huyết khối và tắc mạch, viêm cơ tim, sốc nhiễm trùng, suy chức năng cơ quan bao gồm tổn thương thận cấp, tổn thương não, tổn thương tim và dẫn đến tử vong.

+ Đối với chủng delta: tỉ lệ nhập viện cấp cứu 5,7% (cao hơn 4,2% chủng alpha), tỉ lệ nhập viện, nhập ICU và tử vong tăng hơn trước. Ngoài ra chủng delta liên quan đến tăng mức độ nặng của bệnh biểu hiện bởi tăng nhu cầu oxy, nhập ICU hoặc tử vong so với những chủng khác. Ngoài ra chủng delta có tải lượng vi rút cao hơn 1.260 lần so với 19A/19B và khả năng lây cao hơn 15-20% so với chủng khác.

+ Đối với chủng Omicron là biến thể B.1.1.529, được WHO báo cáo lần đầu ngày 21/11/2021. Biến thể Omicron có một số lượng lớn các đột biến vì thế nó khác với các biến thể khác đang lưu hành. Các nghiên cứu đang được tiến hành để xác định xem có sự thay đổi về mức độ dễ dàng lây lan của vi rút hoặc mức độ nghiêm trọng của bệnh mà vi rút gây ra và liệu có bất kỳ tác động nào đối với các biện pháp bảo vệ hay không. Các nghiên cứu sắp tới sẽ đánh giá hiệu quả của các vắc xin hiện tại chống lại chủng Omicron là như thế nào.

3.2. Giai đoạn toàn phát

Sau 4-5 ngày.

3.2.1. Hô hấp

Ho nhiều hơn, đau ngực, cảm giác ngạt thở, sợ hãi, tùy mức độ người bệnh, thở sâu, phổi thường không ral, mạch thường không nhanh. Khoảng 5-10% người bệnh có thể giảm oxy máu thậm chí lặn. Những trường hợp này người bệnh không có cảm giác khó thở nhưng SpO2 giảm rất dễ bị bỏ qua. Thể nặng của bệnh có biểu hiện giống ARDS.

- + Mức độ trung bình: khó thở tần số thở > 20 lần/phút và/hoặc SpO₂ 94-96%
- + Mức độ nặng nhịp thở > 25 lần/phút và/hoặc SpO₂ < 94%, cần cung cấp oxy hoặc thở máy dòng cao hoặc thở không xâm nhập.
- + Mức độ nguy kịch nhịp thở > 30 lần/phút có dấu hiệu suy hô hấp nặng với thở gắng sức nhiều, thở bất thường hoặc chậm < 10 lần/phút hoặc người bệnh tím tái, cần hỗ trợ hô hấp ngay với đặt ống nội khí quản thở máy xâm lấn.
- + Một số ít khác có thể có: ho ra máu, tràn khí, dịch màng phổi (do hoại tử nhu mô).

3.2.2. Tuần hoàn

a) Cơ chế

- * Người không có bệnh lý mạch vành
 - Bão cytokin viêm mạch máu dẫn đến vi huyết khối tắc mạch.
 - Viêm cơ tim do cơ tim nhiễm vi rút trực tiếp, các nghiên cứu đã tìm thấy COVID-19 ở tế bào cơ tim trên sinh thiết.
 - Tình trạng thiếu oxy, tụt huyết áp kéo dài cũng gây ra tổn thương tế bào cơ tim dẫn đến suy tim hoặc rối loạn nhịp tim, chết đột ngột.
 - Tổn thương vi mạch tại phổi gây huyết khối tắc mạch phổi, mất khác 14-45% người bệnh tử vong có nhồi máu động mạch phổi làm tăng áp lực động mạch phổi có thể dẫn đến suy tim phải.
- * Người có bệnh lý mạch vành
 - Ở người có bệnh lý mạch vành do xơ vữa có nguy cơ cao xuất hiện hội chứng vành cấp trong thời gian nhiễm bệnh và tình trạng viêm cấp tính khác do:
 - + Làm tăng nhu cầu hoạt động của cơ tim.
 - + Các cytokin có thể làm cho các mảng xơ vữa bong ra gây tắc mạch vành. Tương tự như người bệnh bị suy tim mất bù khi bị nhiễm trùng nặng.
 - Do đó, những người bệnh mắc các bệnh tim mạch (phổ biến ở người lớn tuổi), sẽ có tiên lượng xấu và tử vong cao do COVID-19 so với những người trẻ và khỏe mạnh.
- * Tâm phế cấp
 - Do tắc động mạch phổi nhiều dẫn đến tăng shunt và suy tim phải cấp.
 - Nếu nhồi máu phổi nguy kịch do nguyên nhân ngoài phổi có khả năng hồi phục.
 - Có 25% người bệnh ARDS có biểu hiện tâm phế cấp sau khi thở máy 2 ngày. Khi người bệnh ARDS hồi phục thì biểu hiện tâm phế cấp cũng dần mất đi.

- Tâm phế cấp do ARDS có tỷ lệ tử vong cao (3- 6 lần), phù hợp với nghiên cứu về giải phẫu trước đây là trong ARDS có tổn thương vi mạch phổi không hồi phục.

b) Lâm sàng

- Các triệu chứng thường không đặc hiệu: đau ngực, mệt mỏi, khó thở, ho.

- Sốc tim: huyết áp tụt, mạch nhanh, rối loạn nhịp, da, đầu chi lạnh, gan to, tĩnh mạch cổ nổi.

- Rối loạn nhịp chậm hoặc nhanh, suy tim cấp và sốc tim do suy tim trái (như Hội chứng trái tim vỡ, viêm cơ tim) hoặc suy tim phải cấp, thuyên tắc động mạch phổi, tràn dịch màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim cấp, sốc nhiễm khuẩn thứ phát do COVID-19, tâm phế cấp (Acute cor pulmonary).

3.2.3. Thận

- Tổn thương thận cấp (AKI) xuất hiện ở 5-7% người bệnh COVID-19 chung và trong số người bệnh COVID-19 nhập ICU có tới 29-35% biểu hiện tổn thương thận cấp. Người bệnh COVID-19 có bệnh thận từ trước như đái tháo đường, tăng huyết áp có nguy cơ tăng tỷ lệ tử vong gấp 3 lần so với không có bệnh nền.

- Cơ chế bệnh sinh: 4 nhóm nguyên nhân đã được đưa ra:

+ Do tổn thương trực tiếp tế bào, cầu thận, ống thận do vi rút.

+ Do cơn bão cytokin, rối loạn huyết động trong thận.

+ Do huyết khối - tắc mạch thận.

+ Do các nguyên nhân thường gặp trong ICU: thiếu dịch trong lòng mạch, quá liều thuốc do không điều chỉnh theo mức lọc cầu thận, thở máy với PEEP cao, tương tác giữa các cơ quan (tim-thận, phổi-thận, gan-thận)

- Lâm sàng: Người bệnh có thể thiếu niệu hoặc đái nhiều, nước tiểu có protein, đái máu vi thể hoặc đại thể, các biểu hiện của hội chứng ure máu cao ít gặp, nhưng thường nặng trên người bệnh đã có suy thận từ trước.

- Chẩn đoán AKI và mức độ dựa vào creatinin huyết tương và thể tích nước tiểu.

3.2.4. Thần kinh

- Nhồi máu não: liên quan đông máu do “bão cytokin”, hoặc do cục máu đông nguồn gốc từ tim, hoặc tĩnh mạch phổi, đặc biệt trên những người có yếu tố nguy cơ: tuổi cao, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, thuốc lá, béo phì, kháng thể kháng phospholipid.

- Lâm sàng xuất hiện đột ngột:

+ Rối loạn ý thức theo các mức độ: nhẹ thì còn tỉnh, nặng nhất là hôn mê.

+ Hội chứng liệt nửa người: liệt vận động có hoặc không tê bì, dị cảm.

- + Thất ngôn.
- + Mất thị lực, bán manh, góc manh.
- + Liệt dây thần kinh sọ.
- + Rối loạn cơ tròn.
- + Giảm hoặc mất khứu giác
- + Viêm não màng não, thoái hoá não, viêm đa rễ và dây thần kinh như hội chứng Guillain Barre, bệnh não do COVID-19.

3.2.5. Dạ dày-ruột

Vi rút xâm nhập vào tế bào dẫn tới viêm tế bào biểu mô làm giảm hấp thu, mất cân bằng bài tiết ở ruột và hoạt hóa hệ thống thần kinh của ruột, dẫn tới ỉa chảy. Ngoài ra có thể do dùng kháng sinh hay do thay đổi hệ vi sinh vật ở ruột, ít gặp hơn có thể liên quan đến huyết khối tắc mạch mạc treo. Tỷ lệ xuất hiện tiêu chảy từ 2-50% trong những người bệnh nhiễm COVID-19. Tiêu chảy phân lỏng cũng có khi phân toàn nước 7-8 lần/ngày và thường xuất hiện vào ngày thứ tư của khởi phát bệnh.

3.2.6. Gan mật

Có thể có vàng da, suy gan, tăng men gan, suy gan cấp, hôn mê gan.

3.2.7. Nội tiết

Tăng đường máu ở người bệnh có đái tháo đường từ trước, hoặc tăng đường máu liên quan sử dụng corticoid có thể biến chứng: đái tháo đường mất bù, toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu máu...

3.2.8. Huyết học

- Huyết học: Tăng đông, rối loạn đông máu do nhiễm trùng (SIC) và đông máu nội mạch (DIC), hội chứng thực bào máu/hội chứng hoạt hoá đại thực bào, bệnh vi mạch huyết khối (TMA) với ban giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) và hội chứng tăng ure huyết tán huyết (HUS), giảm tiểu cầu do heparin (HIT) do điều trị thuốc chống đông (heparin tiêu chuẩn, heparin trọng lượng phân tử thấp).

- Mạch máu: có thể gặp huyết khối gây tắc động mạch hoặc tĩnh mạch chi 2 bên.

3.2.9. Da

Biểu hiện với ngứa, đau/bỏng rát ở da với hình thái bao gồm các ban dạng mề đay, các ban dạng hồng ban, phát ban dạng mụn nước mụn mủ, phát ban giống dạng cước ở đầu ngón tay chân, ít gặp hơn phát ban dạng lưới (chỉ điểm bệnh diễn tiến nặng), giống tổn thương xuất huyết chủ yếu ở chi, ban đỏ đa hình thái ở tay chân niêm mạc, kết mạc miệng, viêm kết mạc ở trẻ em.

3.3. Giai đoạn hồi phục

- Đối với trường hợp nhẹ và trung bình, sau 7-10 ngày, người bệnh hết sốt, toàn trạng khá lên, tổn thương phổi tự hồi phục, có thể gặp mệt mỏi kéo dài.

- Những trường hợp nặng: Biểu hiện lâm sàng kéo dài, hồi phục từ 2-3 tuần, mệt mỏi kéo dài đến hàng tháng.

- Những trường hợp nguy kịch có thể phải nằm hồi sức kéo dài nhiều tháng, có thể tiến triển xơ phổi, ảnh hưởng tâm lý, yếu cơ kéo dài.

- Một số trường hợp sau nhiễm SARS-CoV-2, gặp các rối loạn kéo dài: bệnh lý tự miễn, hội chứng thực bào...

IV. CẬN LÂM SÀNG

4.1. Huyết học

- Tế bào máu ngoại vi: số lượng Hồng cầu bình thường hoặc tăng (do mất nước) bạch cầu bình thường hoặc giảm, Bạch cầu Lympho giảm nhiều, số lượng tiểu cầu bình thường sau đó giảm.

- Tăng đông và tắc mạch: các xét nghiệm biểu hiện tăng đông, D-dimer thường tăng cao trên 4-5 lần, Tiểu cầu < 150.000, DIC hoặc SIC (sepsis induced coagulopathy).

4.2. Các xét nghiệm bilan viêm

- Bạch cầu giảm, đặc biệt Bạch cầu Lympho (< 800). Giảm CD4, CD8, Th17, Tiểu cầu.

- Cytokin tăng cao: TNF α tăng, IL-1 β , IL6, IFNs, GCSF, IP-10.

- Ferritin, CRP, LDH tăng.

4.3. Khí máu

Ban đầu PaO₂ giảm, CO₂ bình thường, nặng hơn PaO₂ giảm nặng, PaCO₂ tăng, pH giảm, giảm HCO₃. Shunt phổi D(A-a)O₂ tăng.

4.4. Các rối loạn thường gặp khác

- Điện giải: rối loạn natri máu và kali máu.

- Thận: Tiểu đạm, tiểu máu, tổn thương thận cấp (đa niệu, thiểu niệu, tăng Ure, creatinin), gặp một số trường hợp đái tháo nhạt.

- Gan: Tăng SGPT, Bilirubin tăng.

- Tổn thương tim: Tăng troponin T và Pro-BNP tăng.

- Suy đa tạng (MOF).

- Bội nhiễm thứ phát: Tăng Procalcitonin, Bạch cầu và CRP.

4.5. X-quang phổi

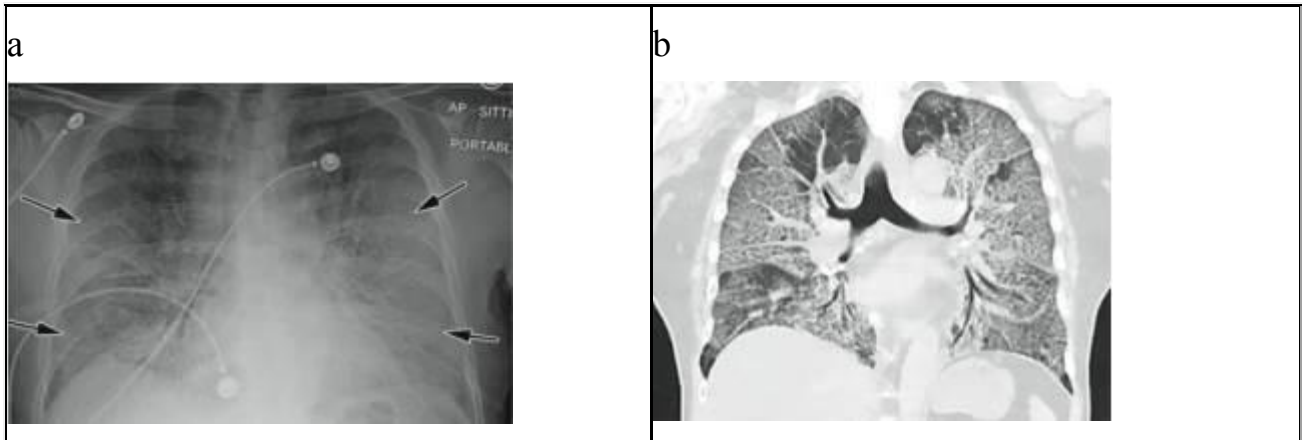
- Ở giai đoạn sớm hoặc chỉ viêm đường hô hấp trên, hình ảnh X-quang bình thường.

- Giai đoạn sau các tổn thương thường gặp: Tổn thương dạng kính mờ, nhiều đốm mờ. Dày các tổ chức kẽ. Tổn thương đông đặc.

- Gặp chủ yếu ở hai bên phổi, ngoại vi và vùng thấp của phổi ở giai đoạn đầu của COVID-19.

- Tổn thương có thể tiến triển nhanh trong ARDS. Ít khi gặp dấu hiệu tạo hang hay tràn dịch, tràn khí màng phổi.

- Có nhiều thang điểm để đánh giá mức độ nặng bằng bảng điểm Brixia, CXR, TSS trong đó TSS (Total severity score, xem Phụ lục 6) để đánh giá và tiên lượng mức độ nặng của người bệnh: nhẹ (1-2), trung bình (3-6), 7-8 (nặng).



Hình 1. Hình ảnh XQ phổi người bệnh 61 tuổi, nam giới nhiễm COVID-19 kèm suy hô hấp cấp tính.

Hình X-quang ngực thẳng thấy tổn thương lan toả kính mờ và lưới mờ ưu thế thùy dưới (a) tương ứng hình ảnh trên CLVT dạng lát đá (b)

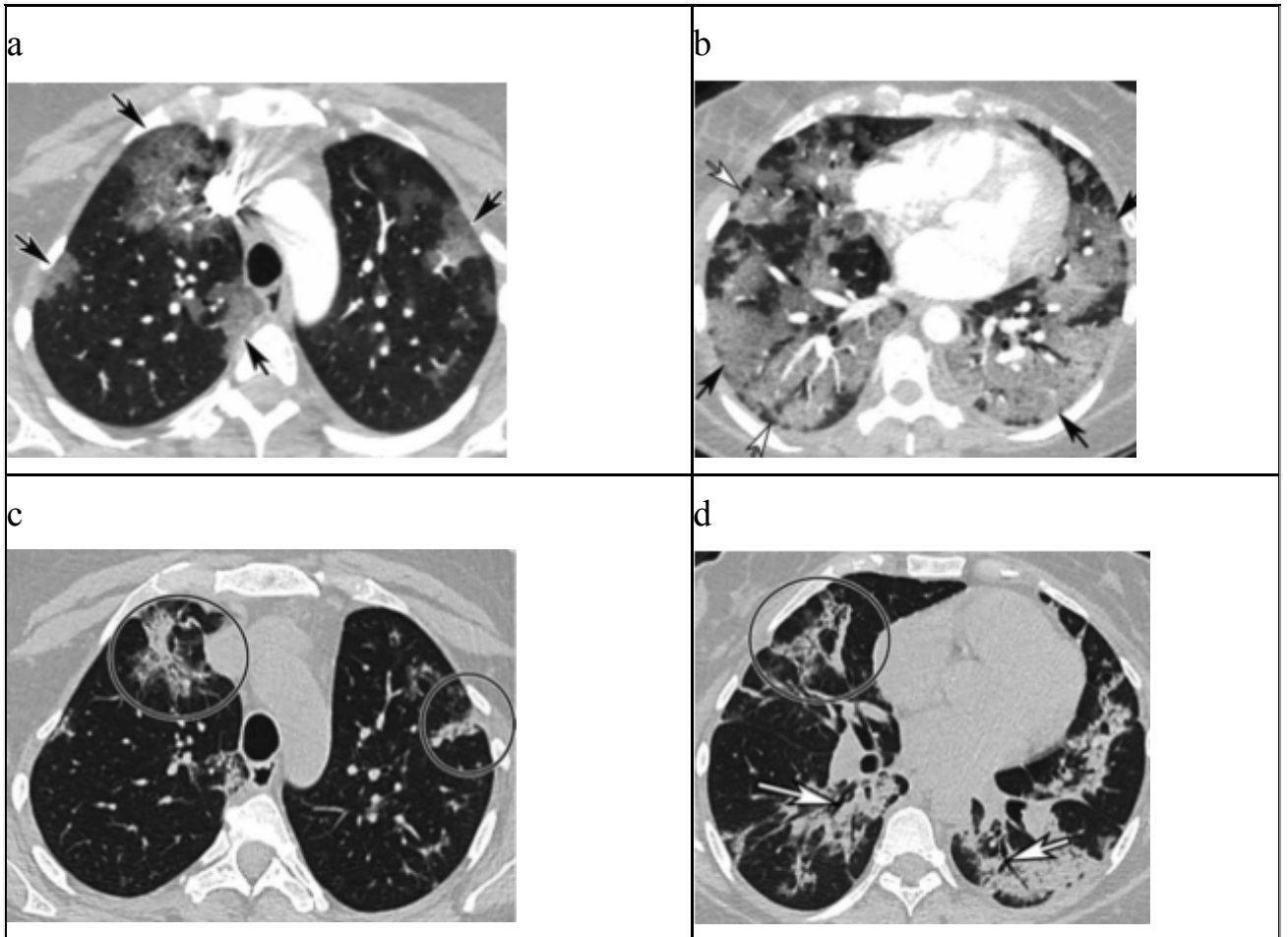
4.6. Chụp CT-Scan

- Tổn thương kính mờ đa ổ ở vùng đáy và ngoại vi hai bên phổi. Tổn thương lát đá.

- Tổn thương kính mờ và đông đặc ở vùng đáy và ngoại vi hai bên phổi.

- Phát hiện các trường hợp tắc mạch phổi.

- Phân loại CO-RADS.



Hình 2. CLVT ngực người bệnh nữ, 36 tuổi, nhiễm COVID-19.

Hình tổn thương kính mờ hai phổi, tập trung ưu thế đáy, ngoại vi, có một phần chừa ra dưới màng phổi, có dày vách liên tiểu thùy (mũi tên đen) tạo hình lát đá (a, b).

Hình tổn thương thoái triển, giảm tổn thương, chuyển dạng đông đặc, xơ (vùng khoanh vòng), giãn phế quản co kéo (mũi tên: c, d).

4.7. Siêu âm

4.7.1. Siêu âm phổi

- Các dấu hiệu hình ảnh:

+ Nhiều ảnh B-line: do dày vách liên tiểu thùy và trên người bệnh có hội chứng kẽ-phế nang có tụ dịch khoảng kẽ, hướng thẳng đứng, tăng âm, xuất phát từ màng phổi hoặc từ vùng đông đặc. Đường B-line có thể đơn độc hay rải rác hoặc giao nhau.

+ Ít dịch khoang màng phổi, màng phổi dày không đều, đông đặc dưới màng phổi.

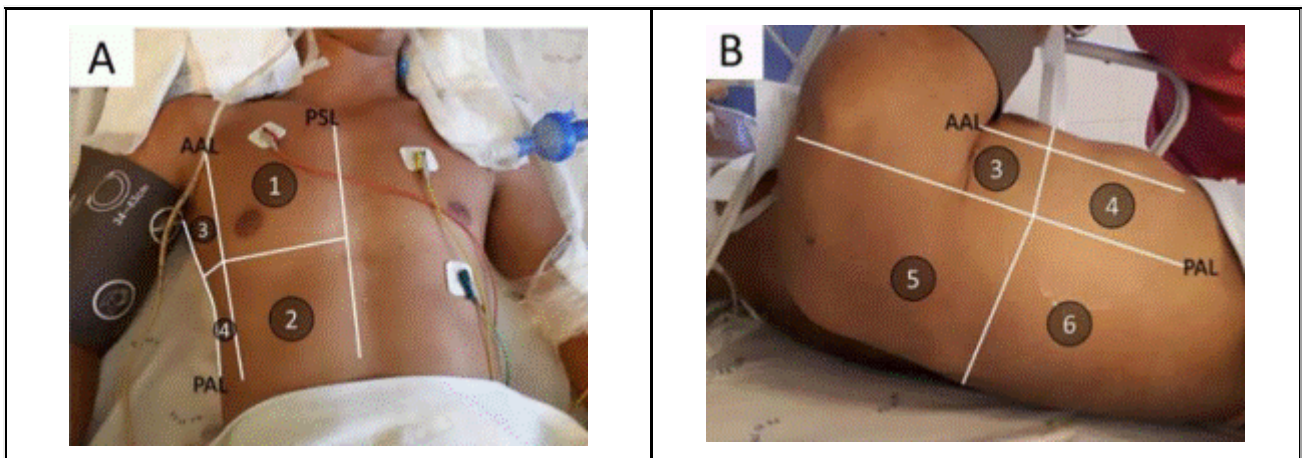
+ Có thể có tràn khí màng phổi.

- Đánh giá phân loại type L và type H qua đó tiên lượng những trường hợp chuyển nặng ở người bệnh COVID-19.

- Diễn biến tốt lên: số đường B giảm dần, bắt đầu xuất hiện đường A trở lại và đường màng phổi bình thường.

- Diễn biến xấu đi: nhiều đường B xuất hiện hơn và tập trung thành mảng tạo nên vùng “phổi trắng” (trên CLVT tương ứng với hình đám kính mờ gia tăng kích thước, dày vách liên tiểu thùy hay đông đặc phổi) → cần xem xét chỉ định can thiệp thở máy.

- Mức độ nặng nhất là tổn thương đông đặc xuất hiện và lan rộng cần chỉ định hệ thống trao đổi khí oxy ngoài cơ thể (ECMO).



Hình 3. 12 vùng khảo sát siêu âm phổi

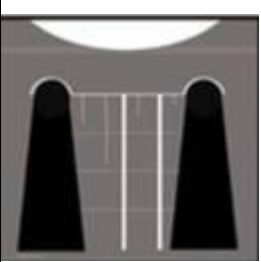
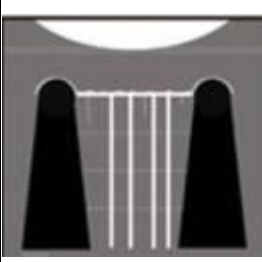
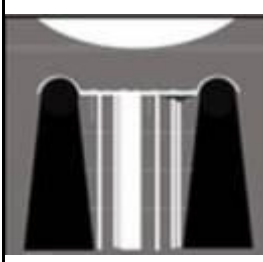

A, B: Khảo sát định khu 6 vùng mỗi bên ngực: trước trên (1), trước dưới (2), bên trên (3), bên dưới (4), sau trên (5), sau dưới (6). Hai phổi có 12 vùng khảo sát.

- Bảng điểm dùng để đánh giá, phân loại dùng cho khoa cấp cứu và điều trị tích cực bao gồm:

+ LUSS (lung ultrasound score): đánh giá mức độ tổn thương phổi và với LUSS > 18 cho thấy tỉ lệ tử vong tăng cao và đòi hỏi cần xem xét thở máy xâm nhập.

+ LUS re-aeration score và LUS loss of aeration score: đánh giá mức độ tái thông khí và mất thông khí ở người bệnh thở máy xâm nhập và ECMO.

Bảng 1. Thang điểm siêu âm phổi (Lung Ultrasound Scoring- LUSS)

			
LUSS 0	LUSS 1	LUSS 2	LUSS 3
Đường màng phổi bình thường, các đường A vẫn còn bảo tồn, 1-2 đường B	Đường màng phổi dày và không đều, > 2 đường B nhưng rời rạc, các đường A bị gián đoạn	Nhiều đường B tụ lại tạo hình ảnh “phổi trắng”; các đường A bị gián, đông đặc dưới màng phổi (<1cm)	Hình ảnh vùng đặc phổi diện mở rộng hơn (>1cm) có thể kèm hình cây phế quản khí, và tăng sinh mạch máu trong vùng tổn thương

CLUE protocol				
Phân loại	Tổng điểm LUSS trên 12 vùng	Quyết định cung cấp liệu pháp oxy của bác sỹ lâm sàng	Điều phổi	
Bình thường	0	Không	Ở nhà	Liên quan đến bác sỹ hô hấp/ bác sỹ hồi sức tích cực
		Có	Cân nhắc nguyên nhất khác và có thay đổi phù hợp	
Nhẹ	1-5	Không	Ở nhà + theo dõi sát	
		Có	Ở nhà, theo dõi SPO2, có thể dùng oxy và cân nhắc nhập viện	
Trung bình	>5-15	Không	Nhập viện/ cân nhắc điều trị ở ICU	
		Có	Nhập viện/ cân nhắc điều trị ở ICU	
Nặng	>15	Không	Nhập viện	
		Có	Điều trị ở ICU	

Bảng 2. Thang điểm định lượng tái thông khí (Quantification of Reaeration; LUS re-aeration score)

+ 1 điểm	+ 3 điểm	+ 5 điểm
B1 → N	B2 → N	C → N
B2 → B1	C → B1	
C → B2		

Bảng 3. Thang điểm định lượng mất vùng thông khí (Quantification of loss of aeration; LUS loss of aeration score)

- 5 điểm	- 3 điểm	- 1 điểm
N → C	N → B2	N → B1
	B1 → C	B1 → B2
		B2 → C

- N: Vùng phổi bình thường trên siêu âm.
- B1: Các đường B-Line còn tách biệt.
- B2: Các đường B-Line hội tụ với nhau.
- C: Hình ảnh đông đặc.

4.7.2. Siêu âm tim

- Đánh giá bệnh nền tim mạch.
- Bệnh cơ tim liên quan đến nhiễm trùng.
- Viêm cơ tim.
- Nhồi máu cơ tim, tắc động mạch phổi, huyết khối buồng tim.
- Suy thất trái và thất phải (ACP).
- Tràn dịch màng ngoài tim.
- Hướng dẫn đánh giá huyết động (tình trạng dịch, thiếu dịch, quá tải dịch): siêu âm tĩnh mạch chủ dưới, biện pháp nâng chân...
- Tăng áp lực động mạch phổi, cần theo dõi nhiều lần.

4.7.3. Siêu âm mạch máu

Đánh giá biến chứng đông máu của người bệnh COVID-19: Thiếu máu chi cấp tính, huyết khối động mạch chủ, thiếu máu mạc treo, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não, huyết khối tĩnh mạch, DIC.

4.8. Xét nghiệm Vi sinh

4.8.1. Chỉ định xét nghiệm

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

- Lấy bệnh phẩm (dịch hầu họng, dịch mũi họng) xét nghiệm.

- Khi âm tính nhưng vẫn nghi ngờ về lâm sàng, cần lấy mẫu bệnh phẩm dịch hút phế quản, hoặc dịch rửa phế quản, rửa phế nang. Nếu đang thở máy thì lấy bệnh phẩm dịch đường hô hấp dưới.

- Không dùng xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng SARS-CoV-2 để chẩn đoán đang mắc COVID-19.

- Xét nghiệm kháng nguyên SARS-CoV-2 sử dụng để phát hiện kháng nguyên của vi rút.

- Xét nghiệm SARS-CoV-2 trong quá trình điều trị người bệnh được chỉ định theo yêu cầu cụ thể của Bác sĩ điều trị trên từng người bệnh.

- Cây máu nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm trùng huyết, cấy máu cần xác định các căn nguyên vi khuẩn, nấm nếu có các dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ nhiễm trùng, nhiễm nấm huyết.

- Bệnh phẩm được lấy theo quy định chuyên môn, nên lấy 2 mẫu ở 2 vị trí, cùng thời điểm.

- Cấy bệnh phẩm đường hô hấp dưới nếu nghi ngờ hoặc có nhiễm khuẩn bội nhiễm. Cần xét nghiệm xác định căn nguyên vi khuẩn, nấm nếu có các dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ.

- Các bệnh phẩm đường hô hấp dưới bao gồm: đờm, dịch hút nội khí quản, dịch rửa phế quản, dịch rửa phế nang. Ngoài ra các bệnh phẩm khác (nước tiểu, mủ, phân, dịch các khoang vô trùng, dịch dẫn lưu...) cũng cần được xác định căn nguyên vi khuẩn, nấm nếu có dấu hiệu gợi ý nhiễm khuẩn kèm theo.

- Bệnh phẩm được lấy theo quy định chuyên môn để xác định căn nguyên gây nhiễm trùng.

- Các bệnh phẩm nuôi cấy máu, hô hấp và các bệnh phẩm vi sinh khác có thể chỉ định lập lại sau 2-3 ngày ở các người bệnh có dấu hiệu nhiễm khuẩn, nhiễm nấm nặng để theo dõi sự xuất hiện các tác nhân mới, tác nhân kháng thuốc trong quá trình điều trị.

- Các xét nghiệm sinh học phân tử xác định tác nhân gây nhiễm trùng, nhiễm nấm và gene kháng kháng sinh có thể được sử dụng để phát hiện nhanh căn nguyên, điều trị kịp thời ở các cơ sở y tế có điều kiện.

- Những trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 cần báo cáo Bộ Y tế hoặc CDC địa phương theo quy định hiện hành.

- Xác định về mặt dịch tễ học: 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.

4.8.2. Xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên

a) Xét nghiệm Realtime RT-PCR

Xét nghiệm này được thực hiện trên các mẫu bệnh phẩm hô hấp như mẫu ngoáy dịch ty hầu, mẫu phết họng, mẫu dịch hút khí quản... kỹ thuật Realtime RT-PCR là xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao

b) Xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên

- Xét nghiệm nhanh phát hiện kháng nguyên vi rút SARS-CoV-2 nhằm phát hiện các protein bề mặt của vi rút (hay các thành phần cấu trúc kháng nguyên khác) trong mẫu bệnh phẩm. Ưu điểm cho kết quả nhanh, nhược điểm độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn kỹ thuật PCR.

- Mẫu bệnh phẩm bao gồm mẫu ngoáy dịch ty hầu, mẫu ngoáy dịch họng, mẫu nước bọt và các mẫu khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

4.8.3. Chẩn đoán phân biệt

- Cần chẩn đoán phân biệt với viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân hay gặp khác:

+ Vi rút cúm mùa (A/H3N2, A/H1N1, B), vi rút á cúm, vi rút hợp bào hô hấp (RSV), rhinovirus, myxovirus, adenovirus.

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

+ Các căn nguyên gây nhiễm khuẩn hay gặp, bao gồm các vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma pneumoniae*...

+ 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.

V. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ

5.1. Người nhiễm không triệu chứng

- Người bệnh không có triệu chứng lâm sàng.
- Nhịp thở < 20 lần/phút, SpO2 > 96% khi thở khí trời.

5.2. Mức độ nhẹ

- Người bệnh COVID-19 có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ, mất vị giác, khứu giác, tiêu chảy...

- Nhịp thở < 20 lần/phút, SpO2 > 96% khi thở khí trời.
- Tỉnh táo, người bệnh tự phục vụ được.
- X-quang phổi bình thường hoặc có nhưng tổn thương ít.

5.3. Mức độ trung bình

5.3.1. Lâm sàng

- Toàn trạng: Người bệnh có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như mức độ nhẹ.

- Hô hấp: Có dấu hiệu viêm phổi với khó thở, thở nhanh 20-25 lần/phút, phổi có ran nổ và không có dấu hiệu suy hô hấp nặng, SpO2 94-96% khi thở khí phòng. Người bệnh có thể khó thở khi gắng sức (đi lại trong nhà, lên cầu thang).

- Tuần hoàn: mạch nhanh hoặc chậm, da khô, nhịp tim nhanh, huyết áp bình thường.

- Ý thức: tỉnh táo.

5.3.2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực và CLVT ngực: có tổn thương, tổn thương dưới 50%.
- Siêu âm: hình ảnh sóng B.
- Khí máu động mạch: PaO2/FiO2 > 300.

5.4. Mức độ nặng

5.4.1. Lâm sàng

- Hô hấp: Có dấu hiệu viêm phổi kèm theo bất kỳ một trong các dấu hiệu sau: nhịp thở > 25 lần/phút; khó thở nặng, co kéo cơ hô hấp phụ; SpO2 < 94% khi thở khí phòng.

- Tuần hoàn: nhịp tim nhanh hoặc có thể nhịp tim chậm, HA bình thường hay tăng.

- Thần kinh: người bệnh có thể bứt rứt hoặc đờ, mệt.

5.4.2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực và CLVT ngực: có tổn thương, tổn thương trên 50%.

- Khí máu động mạch: PaO₂/FiO₂ khoảng 200 - 300
- Siêu âm: hình ảnh sóng B nhiều.

5.5. Mức độ nguy kịch

5.5.1. Lâm sàng

- Hô hấp: thở nhanh > 30 lần/phút hoặc < 10 lần/phút, có dấu hiệu suy hô hấp nặng với thở gắng sức nhiều, thở bất thường hoặc cần hỗ trợ hô hấp bằng thở ô xy dòng cao (HFNC), CPAP, thở máy.

- Thần kinh: ý thức giảm hoặc hôn mê.
- Tuần hoàn: nhịp tim nhanh, có thể nhịp tim chậm, huyết áp tụt.
- Thận: tiểu ít hoặc vô niệu.

5.5.2. Cận lâm sàng

- X-quang ngực và CLVT ngực: có tổn thương, tổn thương trên 50%.
- Khí máu động mạch: PaO₂/FiO₂ < 200, toan hô hấp, lactat máu > 2 mmol/L.
- Siêu âm: hình ảnh sóng B nhiều.

VI. ĐIỀU TRỊ

- Điều trị nguyên nhân.
- Điều trị suy hô hấp: thở oxy, CPAP, BiPAP, HFNC, nằm sấp, thở máy xâm nhập, ECMO (xem Phụ lục 4, Phụ lục 5).
- Điều trị suy tuần hoàn, điều trị bội nhiễm (xem Mục 6.4 và Mục 6.8).
- Điều trị chống cơn bão cytokin: corticoid, lọc máu, ức chế sản xuất hoặc đối kháng IL receptor.
- Điều trị chống đông.
- Điều trị hỗ trợ khác: dinh dưỡng, vật lý trị liệu, sức khỏe tâm thần.
- Điều trị triệu chứng: giảm ho, giảm đau.
- Điều trị bệnh nền (nếu có).
- Tâm lý liệu pháp.

6.1. Tổng hợp nguyên tắc điều trị

Bảng 4. Tổng hợp nguyên tắc điều trị người bệnh COVID-19

Chẩn đoán Phân loại mức độ	Người nhiễm không triệu chứng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nguy kịch
		- SpO ₂ > 96% - Nhịp thở < 20 lần/phút	- SpO ₂ 94- 96% - Nhịp thở 20- 25 lần/phút - Tổn thương trên XQ < 50% - Hoặc người bệnh COVID-19 mức độ nhẹ có bệnh lý nền, coi như mức độ trung bình.	- SpO ₂ < 94% - Nhịp thở > 25 lần/phút - Tổn thương trên XQ > 50%	- Người bệnh suy hô cần đặt nội khí quản thông khí xâm nhập hoặc - Người bệnh có sốc hoặc - Người bệnh có suy đa tạng
Favipiravir	Không	Có ¹	Có ¹	Không	Không
Nirmatrelvir kết hợp với Ritonavir (*)	Không	Có ¹	Có ¹	Không	Không
Molnupiravir	Chỉ định, Chống chỉ định, Liều dùng theo thuyết minh đề cương thử nghiệm lâm sàng đã được phê duyệt				
Remdesivir	Không	Có ²	Có ²	Có ²	Không
Casirivimab 600 mg + Imdevimab 600 mg	Có ³	Có ³	Có ³	Không	Không
Bamlanivimab + Etesevimab	Không	Có	Có	Không	Không
Sotrovimab	Không	Có	Có	Không	Không

¹ Có sự theo dõi của nhân viên y tế

* Thuốc chỉ được sử dụng khi được cấp giấy phép lưu hành sản phẩm tại Việt Nam

² Xem chỉ định, chống chỉ định, liều dùng và chú ý tại Bảng 5 mục remdesivir³ Xem chỉ định, chống chỉ định, liều dùng và chú ý tại Bảng 6 mục casirivimab 600 mg + imdevimab 600 mg

Corticoid	Không	Không	Có ¹	Có ²	Có ³
Tocilizumab	Không	Không	Xem xét ⁴	Có ⁴	Không
Thuốc chống đông	Không	Dự phòng nếu có nguy cơ	Liều dự phòng tăng cường	Điều trị	- Dự phòng nếu kèm theo giảm đông - Điều trị nếu không có giảm đông
Xử trí hô hấp	Không	Xét thở oxy kính nếu có yếu tố nguy cơ	Oxy kính, mặt nạ giản đơn	HFNC/NIV Hoặc thở mặt nạ có túi	Thở máy xâm nhập
Kháng sinh	Không	Không	Cân nhắc	Có	Có
Lọc máu	Không	Không	Không	Loại bỏ cytokin x 3 -5 ngày	Liên quan AKI, ECMO, hoặc suy đa tạng
ECMO	Không	Không	Không	Chưa	Khi có chỉ định
Chống sốc	-	-	-	-	Có
Điều trị bệnh nền	Nếu có	Nếu có	Nếu có	Nếu có	Nếu có
Dinh dưỡng	Có	Có	Có	Có	Có
Vật lý trị liệu	Có	Có	Có	Có	Có
Tâm lý liệu pháp	Có	Có	Có	Có	Có
Ghi chú: Người bệnh nhiễm COVID-19 không triệu chứng hoặc mức độ nhẹ có thể điều trị tại nhà hoặc các cơ sở thu dung điều trị COVID-19 tùy theo tình hình dịch tại từng địa phương.					

¹ Dexamethason 6mg hoặc methylprednisolon 32mg/ngày x 7-10 ngày

² Dexamethason (6-12mg) hoặc methylprednisolon 1-2mg/kg x 5 ngày sau giảm ½ liều x 5 ngày

³ Dexamethason (12-20mg) hoặc methylprednisolon 2-3mg/kg x 5 ngày sau giảm ½ liều x 5 ngày

⁴ Xem chỉ định, chống chỉ định, liều dùng và chú ý tại Bảng 7 mục tocilizumab

Chủ đề 2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3087/QĐ-BYT ngày 16 tháng 07 năm 2020)

I. ĐỊNH NGHĨA

Tiền đái tháo đường (ĐTĐ) là tình trạng bệnh lý khi nồng độ glucose máu cao hơn bình thường nhưng chưa đạt tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ, bao gồm những người rối loạn glucose máu lúc đói, hoặc rối loạn dung nạp glucose (RLDNG), hoặc tăng HbA1c. Tiền ĐTĐ là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và ĐTĐ típ 2. Khoảng 5-10% người tiền ĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm và tổng cộng 70% người tiền ĐTĐ sẽ thành ĐTĐ thực sự.

Tiền ĐTĐ liên quan với các yếu tố nguy cơ giống như bệnh ĐTĐ: thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực...

Cơ chế bệnh sinh: gồm nhiều yếu tố tác động bao gồm các gen nguy cơ, kháng insulin, tăng nhu cầu tiết insulin, ngộ độc glucose, ngộ độc lipid, rối loạn tiết/giảm hoạt động incretin, tích lũy amylin, giảm khối lượng tế bào bê ta tuyến tụy... kết cục làm giảm chức năng tế bào bê ta tiến triển. Mức độ giảm tiết insulin và đề kháng insulin xuất hiện từ rất sớm, trước khi được chẩn đoán ĐTĐ khoảng 13 năm, và tăng dần theo thời gian. Do đó việc phát hiện sớm và can thiệp điều trị tích cực người mắc tiền ĐTĐ sẽ giúp giảm tỉ lệ mắc ĐTĐ típ 2 và dự phòng các biến chứng tim mạch và biến chứng khác do tăng glucose máu (cả tăng lúc đói và sau ăn).

Trong Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan, phiên bản lần thứ 10 (ICD10), tiền ĐTĐ có mã bệnh là: R73.0

Tỷ lệ mắc: Theo Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF) năm 2019 toàn thế giới có 373,9 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 có RLDNG (tương ứng với 7,5%). Dự báo đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 548,4 triệu (8,6%), trong đó gần một nửa (48,1%) dưới 50 tuổi.

Ở Việt Nam, theo báo cáo của IDF 2019, tỉ lệ người bị RLDNG chiếm 8,6%, tương đương 5,3 triệu người, gấp 1,4 lần so với bệnh nhân ĐTĐ.

II. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán tiền ĐTĐ khi có một trong các rối loạn sau đây:

- Rối loạn glucose máu lúc đói (impaired fasting glucose: IFG): Glucose huyết tương lúc đói từ 100 - 125 mg/dL (5,6 - 6,9 mmol/L). (glucose máu lúc đói là xét nghiệm sau bữa ăn uống cuối cùng ít nhất 8 giờ), hoặc

- Rối loạn dung nạp glucose (impaired glucose tolerance: IGT): Glucose huyết tương sau 2 giờ từ 140 - 199 mg/dL (7,8 - 11,0 mmol/L) khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) bằng đường uống với 75 g glucose, hoặc

- HbA1c: 5,7 – 6,4%

Bảng 1. Tiêu chí chẩn đoán tiền ĐTĐ

Tiêu chí	Tiền ĐTĐ
Glucose huyết tương khi đói	5,6 – 6,9 mmol/L (100 – 125 mg/dL)
Glucose huyết tương sau 2 giờ khi làm NPDNG 75g	7,8 – 11,0 mmol/L (140 – 199 mg/dL)
HbA1c (định lượng theo phương pháp chuẩn)	5,7 – 6,4%

Lưu ý: HbA1c không có giá trị để chẩn đoán và theo dõi nếu có một trong các tình huống sau:

- Bệnh tế bào hình liềm
- Thai kỳ (3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ và giai đoạn hậu sản)
- Thiếu glucose-6-phosphate dehydrogenase,
- Nhiễm HIV,
- Lọc máu.
- Mới bị mất máu hoặc truyền máu
- Đang điều trị với erythropoietin.

III. QUI TRÌNH KHÁM

3.1. Khuyến cáo làm xét nghiệm để tầm soát, phát hiện ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ ở người lớn không có triệu chứng, biểu hiện lâm sàng.

3.1.1. Người trưởng thành ở bất kỳ tuổi nào có thừa cân hoặc béo phì (BMI \geq 23 kg/m²) và có kèm một trong số các yếu tố nguy cơ sau:

- Có người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị ĐTĐ
- Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch
- Tăng huyết áp (HA \geq 140/90 mmHg, hoặc đang điều trị THA)
- HDL cholesterol < 35 mg/dL (0,9mmol/l) và/hoặc triglyceride >250mg/dL (2,8mmol/l)
- Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang
- Ít hoạt động thể lực

- Các tình trạng lâm sàng khác liên quan với kháng insulin (như béo phì nặng, dấu gai đen (acanthosis nigricans)

3.1.2. Phụ nữ đã được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ cần theo dõi lâu dài, xét nghiệm ít nhất mỗi 3 năm

3.1.3. Tất cả mọi người từ tuổi 45 trở lên

3.1.4. Nếu các kết quả bình thường, xét nghiệm sẽ được làm lại trong vòng 1- 3 năm sau hoặc ngắn hơn tùy theo kết quả ban đầu và các yếu tố nguy cơ.

Tham khảo thêm Bảng hỏi sàng lọc người có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ và ĐTĐ trong Phụ lục 01 ban hành kèm theo Quyết định, để đánh giá nguy cơ mắc Tiền ĐTĐ, ĐTĐ.

3.2. Các bước thăm khám

3.2.1. Các bước khám lâm sàng cần chú ý ở người tiền ĐTĐ ngoài khám tổng thể

- Đánh giá thể trạng bằng chỉ số BMI (dựa vào chiều cao, cân nặng) và vòng eo;
- Phát hiện các biểu hiện của tổn thương cơ quan đích (nếu có):
- + Khám thần kinh và khả năng nhận thức;
- + Khám tim: nghe tiếng tim, phát hiện tiếng thổi ở tim và động mạch cảnh;
- + Khám mạch ngoại biên, so sánh huyết áp 2 cánh tay;
- + Tổn thương đáy mắt.

3.2.2. Các xét nghiệm thường quy cho người tiền ĐTĐ

- Hemoglobin;
- Glucose máu khi đói; HbA1c
- Bilan lipid máu: cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglycerides;
- Axit uric, creatinine máu và mức lọc cầu thận ước tính;
- Xét nghiệm SGOT/SGPT máu;
- Xét nghiệm nước tiểu tìm albumin niệu;
- Điện tâm đồ đủ 12 chuyển đạo.

Chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp glucose khi:

Glucose máu lúc đói < 5,6 mmol/L hoặc HbA1c < 5,7% ở người có kèm theo các nguy cơ tiền ĐTĐ, ĐTĐ được liệt kê trong mục 3.1 (do NPDNG chẩn đoán tiền ĐTĐ và ĐTĐ nặng hơn).

IV. ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐTĐ

4.1. Mục đích của điều trị tiền ĐTĐ

- Đưa glucose huyết trở về bình thường; ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến triển thành ĐTĐ; ngăn chặn và làm giảm các biến chứng do tăng glucose huyết.
- Giảm nguy cơ bệnh tim mạch thông qua phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

4.2. Mục tiêu điều trị

- Mục tiêu HbA1c: <5,7%
- Giảm được ít nhất 3-7% cân nặng ở người thừa cân/béo phì và duy trì ở mức đó (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2, Bộ Y tế 2017)
- Vòng eo < 80cm với nữ giới, < 90cm với nam giới
- Đạt được hoạt động thể lực cường độ trung bình tối thiểu 30 phút/ngày, ít nhất 5 ngày mỗi tuần
- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch (nếu có) bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bỏ hút thuốc lá

4.3. Các phương pháp điều trị

4.3.1. Thay đổi lối sống:

a. Can thiệp dinh dưỡng

Tư vấn bởi chuyên gia dinh dưỡng. Can thiệp giảm cân bằng dinh dưỡng và hoạt động thể lực xuyên suốt quá trình điều trị cho người có nguy cơ là cốt lõi nhằm ngăn ngừa diễn tiến đến ĐTĐ đối với người thừa cân, béo phì. Chế độ giảm cân thường khó duy trì lâu dài do đó sau những can thiệp tích cực ban đầu, người bệnh cần được tư vấn dùng thêm thuốc, hỗ trợ tâm lý. Khuyến cáo áp dụng chế độ ăn giảm năng lượng, giảm chất béo, với mức giảm cân dần dần cho người thừa cân, béo phì. Khuyến cáo lựa chọn thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp, nguyên hạt, giàu chất xơ, rau, hoa quả, không gia công chế biến công nghiệp, chất béo không no (dầu thực vật, cá).

Bên cạnh chế độ ăn giảm tổng năng lượng, một số thực phẩm được chứng minh có thể giảm nguy cơ tiền ĐTĐ, ĐTĐ như các loại hạt, dâu, sữa chua, cà phê, trà được khuyến khích sử dụng. Ngược lại các thực phẩm cần hạn chế như thịt đỏ, đồ ngọt, nhiều đường, các thức ăn chứa mỡ bão hòa (động vật).

Với người không thừa cân, béo phì: không cần giảm cân, chỉ thay đổi sự lựa chọn thực phẩm như trên.

(Chi tiết về dinh dưỡng cho người bệnh trong Phụ lục 2 ban hành kèm theo Quyết định).

b. Tăng hoạt động thể lực

Người tiền ĐTĐ cần duy trì tập luyện và hoạt động thể lực nhằm đích tiêu hao khoảng 700kcalo/tuần tương đương với mức độ tập luyện cường độ trung bình 150 phút/tuần như đi bộ nhanh. Tối thiểu 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần. Mỗi lần không dưới 10 phút. Giảm thời gian ngồi tĩnh tại. Tăng cường hoạt động trong ngày, kết hợp các loại hình tập luyện: aerobic, đi bộ, thể dục dụng cụ... Lựa chọn bài tập và mức độ tùy từng cá thể. Tập luyện giúp tăng độ nhạy insulin, cải thiện lipid máu, giảm huyết áp, cải thiện kiểm soát glucose máu, giảm nguy cơ tim mạch, giảm cân, tăng lượng cơ, tăng sức bền thể lực, ngăn ngừa/làm chậm diễn tiến đến ĐTĐ típ 2. Tập luyện có tác dụng tốt cho mọi đối tượng, mọi lứa tuổi.

Lưu ý với người có bệnh tim mạch (cần được bác sỹ đánh giá bệnh tim mạch trước luyện tập).

Cần động viên tập luyện thường xuyên, mục đích là để người bệnh cam kết theo chương trình lâu dài, không nản và bỏ cuộc. Chương trình can thiệp được thay đổi linh hoạt trên khung qui định, tùy từng cá thể. Khuyến cáo các nhân viên y tế áp dụng kê đơn hoạt động thể lực cho người mắc tiền ĐTĐ.

4.3.2. Điều trị bằng thuốc

a. Metformin là nhóm thuốc chính được chỉ định điều trị tiền ĐTĐ

- Chỉ định:

+ Sau 3 tháng áp dụng chế độ ăn và luyện tập không kiểm soát được HbA1c <5,7%

+ Những lần theo dõi sau ghi nhận glucose máu tăng dần

+ Chỉ định Metformin ngay từ khi phát hiện tiền ĐTĐ nếu kèm theo 1 trong các tiêu chí sau:

- BMI \geq 25kg/m²
- < 60 tuổi
- Phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ
- Có cả rối loạn glucose máu lúc đói và rối loạn dung nạp glucose
- Có các nguy cơ khác: 1 trong các yếu tố (HbA1c >6%, THA, HDL thấp (<0,9 mmol/L), triglyceride cao (>2,52 mmol/L), tiền sử gia đình đời thứ nhất ĐTĐ)

- **Liều thuốc:** khởi điểm 500mg/24 giờ, tăng dần liều, tối đa 2000mg/24 giờ

- **Theo dõi:** Chú ý tình trạng thiếu Vitamin B12 ở người dùng Metformin kéo dài

- **Giảm liều hoặc dừng thuốc nếu:**

- + BMI <23 (ở những người trước đó thừa cân, béo phì) và HbA1c <5,7%
- + Có tác dụng phụ nhiều như đầy bụng, tiêu chảy

b. Các thuốc khác:

- Cần nhắc sử dụng thuốc thay thế nếu người bệnh không dung nạp với Metformin: nhóm ức chế alpha-glucosidase, GLP-1 receptor agonists, TZD.

4.3.3. Phẫu thuật

- Phẫu thuật giảm béo, giảm cân giúp kiểm soát glucose máu. Cần hội chẩn và thực hiện theo chỉ định của các BS chuyên khoa.

- Chỉ định: béo phì nặng (BMI>35kg/m²)
- Theo dõi: cần kết hợp điều trị nội khoa chặt chẽ sau phẫu thuật

4.4. Phát hiện và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch

- Tăng huyết áp
- Rối loạn lipid máu
- Hút thuốc lá: làm tăng nguy cơ bị ĐTĐ típ 2 và biến cố tim mạch, vì vậy việc đánh giá mức độ hút thuốc và khuyến ngừng hút thuốc là một phần trong chăm sóc thường quy đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh ĐTĐ.

4.5. Theo dõi

- Tần suất khám mỗi tháng 1 lần, xét nghiệm glucose máu đói (HbA1c được thực hiện mỗi 3 tháng 1 lần)
- Bệnh cần thời gian điều trị lâu dài
- Đối với những người có nguy cơ cao mắc tiền ĐTĐ, ĐTĐ nhưng kết quả xét nghiệm glucose máu bình thường: xét nghiệm lại glucose máu hàng năm.
- Ứng dụng công nghệ để hỗ trợ người mắc tiền ĐTĐ duy trì và tuân thủ chế độ can thiệp thay đổi lối sống tích cực là rất cần thiết. Tùy từng hoàn cảnh cụ thể của từng người (tuổi, trình độ nhận thức, mức độ kinh tế, sở thích, nghề nghiệp...) mà lựa chọn công nghệ phù hợp. Có thể sử dụng nền tảng web, tin nhắn, mạng xã hội zalo, viber, các ứng dụng chuyên biệt App... để cung cấp thông tin, theo dõi nhật ký ăn uống, tập luyện và đưa ra lời khuyên can thiệp, điều chỉnh kịp thời. Đồng thời khuyến khích, động viên người mắc tiền ĐTĐ, tạo cộng đồng chia sẻ tâm lý, kinh nghiệm, trợ giúp nhau.

V. KẾT LUẬN

Tiền ĐTĐ là tình trạng bệnh lý trung gian giữa bình thường và ĐTĐ típ 2. Người mắc tiền ĐTĐ có nguy cơ cao tiến triển thành ĐTĐ típ 2, liên quan với bệnh béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực.

Can thiệp lối sống vẫn là biện pháp quan trọng để điều trị, quản lý tiền ĐTĐ. Tùy từng trường hợp cụ thể mà áp dụng các phương pháp điều trị thích hợp. Khi điều trị bằng thuốc, phương án điều trị phải được xác định trước. Metformin là thuốc có bằng chứng để chỉ định điều trị tiền ĐTĐ.

Chủ đề 3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5642/QĐ-BYT ngày 31/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

BỆNH VIÊM NÃO DO VIRUS HERPES SIMPLEX

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm não do virus *Herpes* là bệnh nhiễm trùng thần kinh cấp tính, xuất hiện tản phát không mang tính chất mùa. Virus *Herpes* xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương, gây hoại tử nhu mô não kèm xuất huyết. Bệnh thường khởi phát cấp tính. Biểu hiện bằng sốt, rối loạn ý thức, diễn biến nặng và có nguy cơ gây tử vong cao. Tuy nhiên, nếu được chẩn đoán sớm, điều trị đặc hiệu bằng Acyclovir tĩnh mạch và chăm sóc tích cực, người bệnh có tiên lượng tốt.

2. NGUYÊN NHÂN

Căn nguyên gây bệnh là virus *Herpes simplex* (HSV) typ 1 (> 95% số ca bệnh) và typ 2 (< 5% số ca bệnh). HSV thuộc họ *Herpeviridae*. Viêm não do HSV có thể xuất hiện trong nhiễm virus tiên phát hoặc do virus tồn tại tiềm tàng trong cơ thể tái hoạt và xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương gây nên.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Khởi phát đột ngột;
- Sốt, đau đầu; dấu hiệu thần kinh khu trú gợi ý tổn thương thùy thái dương và thùy trán não như thay đổi cảm nhận mùi hoặc mất cảm giác mùi, thay đổi tính cách, mất trí nhớ; các biểu hiện tổn thương não khác như: co giật, hôn mê, v.v...
- Viêm não có thể đi kèm với viêm màng não và người bệnh có các biểu hiện cứng gáy, dấu Kernig dương tính.

3.2. Cận lâm sàng

- Công thức máu: không có biến đổi đặc hiệu.
- Dịch não tủy: protein thường tăng nhẹ < 1 g/l; bạch cầu tăng (10-200 tế bào/mm³, hiếm khi > 500/mm³), đa số là lymphocyte. Trong giai đoạn sớm, bạch cầu trung tính có thể chiếm ưu thế. Có thể gặp hồng cầu trong DNT do tình trạng xuất huyết hoại tử nhu mô não. DNT có thể bình thường trong một số trường hợp.
- Chẩn đoán hình ảnh: tổn thương não có thể phát hiện sau khởi phát triệu chứng 2-4 ngày; chụp cộng hưởng từ (MRI) có độ nhạy cao hơn chụp cắt lớp vi tính trong việc phát hiện sớm những tổn thương trên não do HSV và cần được chỉ định trong giai đoạn đầu của bệnh. Tổn thương gợi ý viêm não do HSV bao gồm giảm tín hiệu thì T1 và tăng tín hiệu thì T2 ở chất xám thùy thái dương trong và thùy trán, có thể có xuất huyết kèm theo; tổn thương thường không đối xứng, có thể lan đến thùy đảo và góc hồi hải mã. MRI bình thường trong khoảng 10% số bệnh nhân có HSV-PCR (+).

- Điện não đồ (EEG): có hoạt động sóng chậm không đặc hiệu trong 5-7 ngày đầu của bệnh, tiếp theo là sóng nhọn kích phát hoặc phức hợp pha ưu thế ở vùng thái dương; có thể gặp biểu hiện phóng điện dạng động kinh bên từng đợt ở thùy thái dương, thường ở ngày thứ 2-14 của bệnh.

3.3. Chẩn đoán xác định

Cần nghĩ tới viêm não do HSV ở bất cứ người bệnh có biểu hiện viêm não cấp tính nào, nhất là trong những trường hợp bệnh lẻ tẻ không mang tính chất mùa có các biểu hiện gợi ý tổn thương thùy thái dương hoặc thùy trán não ở một bên.

Chẩn đoán xác định viêm não do HSV: xét nghiệm PCR ADN HSV dịch não tủy. Xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. PCR HSV có thể âm tính giả khi xét nghiệm trong vòng 1-3 ngày sau khởi bệnh.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm não do HSV cần được chẩn đoán phân biệt với viêm màng não mủ, viêm não - màng não do các căn nguyên virus khác.

- Viêm màng não mủ: viêm màng não mủ cũng diễn biến cấp tính, có sốt, và có thể đi kèm với rối loạn ý thức, tương tự như viêm não do HSV. DNT trong VMN mủ có tăng protein (thường > 1 g/L), đường giảm, tế bào tăng cao (vài trăm đến hàng chục nghìn tế bào/mm³), chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính. Soi và cấy DNT cho phép xác định vi khuẩn gây bệnh.

- Viêm não do các virus khác (viêm não Nhật Bản, các loại Enterovirus, v.v...) có thể có diễn biến tương tự như viêm não do HSV; biến loạn DNT không khác biệt so với viêm não do HSV. Tổn thương não lan tỏa trên phim cộng hưởng từ thường gặp trong các viêm não do các virus khác, trong khi tổn thương trong viêm não do HSV có ưu thế ở thùy trán và thùy thái dương. Xét nghiệm PCR đặc hiệu cho các virus viêm não Nhật Bản, Enterovirus có giá trị chẩn đoán các căn nguyên này.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Điều trị viêm não do HSV bao gồm điều trị đặc hiệu bằng thuốc kháng virus acyclovir tĩnh mạch và điều trị hỗ trợ. Cần chỉ định sớm acyclovir ngay khi nghi ngờ viêm não do HSV đồng thời với việc tiến hành các xét nghiệm chẩn đoán (MRI sọ não và PCR *Herpes* dịch não tủy). Điều trị đặc hiệu muộn đi kèm với nguy cơ tử vong cao và di chứng thần kinh nặng nề trong trường hợp người bệnh sống sót.

4.2. Điều trị thuốc kháng virus acyclovir

- Liều dùng: Acyclovir 10 mg/kg truyền tĩnh mạch 8 giờ một lần. Acyclovir phải được pha tới nồng độ ≤ 7 mg/ml (tối thiểu 50 ml dung môi cho 250 mg thuốc hoặc 100 ml cho 500 mg) và truyền trong thời gian trên 1 giờ để hạn chế ảnh hưởng lên chức năng thận. Bù đủ nước trước và sau khi truyền acyclovir (dịch vào

2-3 lít/ngày), thay đổi vị trí truyền để tránh viêm mạch; thận trọng khi dùng phổi hợp với các thuốc gây độc cho thận và giảm liều khi người bệnh có suy thận.

- Thời gian điều trị: điều trị acyclovir tĩnh mạch trong 10-14 ngày đối với người bệnh viêm não do HSV không suy giảm miễn dịch. Trong những trường hợp viêm não do HSV nặng hoặc người bệnh suy giảm miễn dịch, thời gian điều trị acyclovir có thể kéo dài đến 21 ngày. Xét nghiệm lại PCR *Herpes* DNT sau thời điểm này và dùng acyclovir khi không còn phát hiện được ADN của virus trong dịch não tủy. Trong trường hợp PCR còn dương tính, tiếp tục điều trị acyclovir và xét nghiệm lại PCR sau 1 tuần; dừng điều trị khi xét nghiệm âm tính.

Không khuyến cáo acyclovir uống do khả năng hấp thu qua niêm mạc ruột thấp và nồng độ trong máu/dịch não tủy không bảo đảm.

Trong trường hợp người bệnh được bắt đầu điều trị acyclovir tĩnh mạch do nghi ngờ viêm não do HSV nhưng sau đó chẩn đoán được loại trừ (xác định một bệnh lý khác, hoặc không có tổn thương đặc trưng trên phim MRI sọ não và PCR *Herpes* dịch não tủy âm tính), ngừng điều trị acyclovir.

4.3. Điều trị hỗ trợ

Người bệnh viêm não do HSV trong giai đoạn đầu cần được điều trị và chăm sóc tại khoa điều trị tích cực; các chức năng sống như hô hấp, tuần hoàn cần được theo dõi chặt chẽ và can thiệp khi cần thiết. Các điều trị hỗ trợ bao gồm:

- Hạ nhiệt bằng paracetamol uống hoặc truyền tĩnh mạch.
- Điều trị tăng áp lực nội sọ.
- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải.
- Điều trị chống co giật nếu xảy ra.
- Điều trị corticoid đồng thời với acyclovir được thấy là có hiệu quả trong viêm não do HSV do có tác dụng làm giảm phù não và giảm phản ứng viêm trong nhu mô não.

- Kháng sinh chống bội nhiễm nếu có chỉ định.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Người bệnh viêm não do HSV được điều trị sớm acyclovir tĩnh mạch thường tiến triển tốt dần, sốt giảm dần và nhiệt độ trở về bình thường trong 3-5 ngày, ý thức cải thiện dần. Các yếu tố tiên lượng tốt bao gồm điều trị đặc hiệu acyclovir sớm, người bệnh trẻ tuổi, tình trạng tinh thần theo thang điểm Glasgow lúc bắt đầu điều trị không quá thấp. Một số người bệnh vẫn có di chứng về thần kinh sau điều trị, nhất là người > 50 tuổi. Các di chứng có thể gặp bao gồm động kinh, sa sút trí tuệ, giảm trí nhớ, v.v... người bệnh cần được làm điện não đồ để đánh giá động kinh, điều trị phục hồi chức năng nếu có chỉ định.

6. PHÒNG BỆNH

Hiện chưa có biện pháp có hiệu quả để dự phòng viêm não do HSV.

BỆNH VIÊM MÀNG NÃO NHIỄM KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não nhiễm khuẩn (VMNNK) là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính của màng não do một số loại vi khuẩn gây nên.

Trên lâm sàng, bệnh biểu hiện bằng triệu chứng sốt và có hội chứng màng não, đôi khi có biểu hiện của ổ nhiễm trùng khởi điểm (đường vào). Hiện nay, việc điều trị VMNNK vẫn còn phức tạp và tiên lượng dè dặt.

2. NGUYÊN NHÂN

Có ít nhất 14 căn nguyên gây VMNNK. Hiện nay tại Việt Nam, căn nguyên hay gặp ở trẻ em là *Hemophilus influenzae typ B (Hib)*, phế cầu và não mô cầu, ở người trưởng thành là liên cầu (đặc biệt là *Streptococcus suis*), phế cầu và não mô cầu. Ngoài ra, cần chú ý căn nguyên *Listeria monocytogenes* có thể gặp ở trẻ sơ sinh, phụ nữ có thai và người già.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Bệnh khởi phát và diễn biến từ vài giờ đến vài ngày, với biểu hiện:

- Sốt.

- Hội chứng màng não:

+ Cơ năng: nhức đầu, nôn vọt, táo bón (trẻ em thường tiêu chảy).

+ Thực thể: có một hoặc nhiều các dấu hiệu gáy cứng, Kernig (hoặc brudzinski), tăng cảm giác (sợ ánh sáng - nằm tư thế cò súng), thay đổi ý thức (kích thích, ngủ gà, lú lẫn...).

Các dấu hiệu ít gặp hơn: liệt khu trú, co giật, phù gai thị, tăng huyết áp, nhịp tim chậm (liên quan với phù não nặng).

- Dấu hiệu gợi ý căn nguyên: ban hoại tử, chấn thương hoặc phẫu thuật sọ não, khuyết tật tai - mũi - họng.

Các cơ địa đặc biệt như trẻ sơ sinh, suy giảm miễn dịch, kiệt bạch cầu, có bệnh kèm theo, thường có bệnh cảnh lâm sàng nặng hơn.

3.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm máu: các chỉ số viêm tăng (bạch cầu, procalcitonin và CRP).

- Dịch não tủy (DNT):

+ Màu sắc đục hoặc ám khói và áp lực tăng.

+ Số lượng bạch cầu và tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng, có thể có bạch cầu đa nhân thoái hóa.

+ Protein thường tăng cao ($> 1 \text{ g/l}$), Glucose giảm; tỷ lệ Glucose DNT/máu thường $< 0,5$.

+ Xác định vi khuẩn: dựa vào kết quả nhuộm Gram, nuôi cấy tìm vi khuẩn hoặc PCR từ bệnh phẩm DNT.

- Xét nghiệm để hỗ trợ chẩn đoán: XQ phổi, chụp CT và MRI sọ não, cấy máu, sinh hóa máu và các xét nghiệm khác tùy thuộc vào cơ địa người bệnh và các bệnh kèm theo....

3.3. Chẩn đoán xác định: khi có các biểu hiện sau:

- Có hội chứng nhiễm trùng: sốt, có các dấu hiệu nhiễm trùng không đặc hiệu, các chỉ số viêm tăng.

- Có biểu hiện của hội chứng màng não.

- Dịch não tủy: thay đổi như mô tả ở phần trên.

- Kết quả nuôi cấy hoặc PCR xác định được các căn nguyên vi khuẩn.

3.4. Chẩn đoán phân biệt: khi không có kết quả vi sinh cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau:

- Viêm màng não do vi khuẩn lao: thường bệnh diễn biến kéo dài, các chỉ số viêm không tăng, dịch não tủy có màu vàng chanh hoặc ánh vàng, protein tăng cao $> 1 \text{ g/l}$, bạch cầu tăng cao, bạch cầu lympho thường chiếm ưu thế.

- Viêm não - màng não do virus: chỉ số viêm không tăng, DNT trong, protein tăng nhẹ $< 1 \text{ g/l}$, bạch cầu tăng, bạch cầu lympho thường chiếm ưu thế.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Là một bệnh cấp cứu, cần điều trị kháng sinh kịp thời theo phác đồ kinh nghiệm và đối kháng sinh thích hợp khi có kết quả kháng sinh đồ.

Điều trị hỗ trợ tích cực.

Phát hiện và xử trí sớm các biến chứng.

4.2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị ban đầu

Kháng sinh: dùng theo phác đồ kinh nghiệm khi chưa có kết quả vi sinh.

Lứa tuổi	Căn nguyên thường gặp	Kháng sinh ưu tiên	Kháng sinh thay thế
0 - 4 tuần tuổi	Vi khuẩn đường ruột, <i>S. agalactiae</i> , <i>Listeria</i> .	Cefotaxime + ampicilin	Ampixilin* + aminoglycoside
1 tháng - 3 tháng	HI, phế cầu, não mô cầu, <i>S. agalactiae</i> ,	Ampixilin* + ceftriaxone (hoặc	Vancomycin + ceftriaxone (hoặc

	<i>E.coli, Listeria.</i>	cefotaxime)	cefotaxime)
3 tháng - 18 tuổi	HI, phế cầu, não mô cầu.	Ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Vancomycin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)
18 - 50 tuổi	Phế cầu, liên cầu, não mô cầu	Ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Vancomycin + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)
Trên 50 tuổi	Phế cầu, não mô cầu, <i>Listeria</i> , kị khí Gram âm	Ceftriaxone (hoặc cefotaxime)	Ampicillin* + ceftriaxone (hoặc cefotaxime)
Suy giảm miễn dịch	Phế cầu, não mô cầu, <i>Listeria</i> , kị khí Gram âm	Ampixilin + ceftazidime	Vancomycin + ampixilin* + ceftazidime
Chấn thương, phẫu thuật, dò DNT	Phế cầu, tụ cầu, kị khí Gram âm	Ceftazidim + vancomycin	Ceftazidim + vancomycin meropenem

Chú ý: * chọn ampicillin khi nghi ngờ *Listeria*. **Aminoglycoside (gentamicin hoặc amikacin).

Liều kháng sinh khi chức năng gan, thận bình thường (liều thấp áp dụng ở trẻ dưới 7 ngày tuổi).

Kháng sinh	Tổng liều/kg/ngày	Chia theo giờ/lần
Amikacin (c)	20 - 30 mg/kg	12
Gentamicin	5 mg/kg	12
Ampicilin	150 - 300 mg/kg	6
Cefotaxim	100 - 200 mg/kg	8
Ceftazidim	60 - 150 mg/kg	8
Ceftriaxon	80 - 100 mg/kg	12
Penicillin G	150.000 - 250.000 đv/kg	6
Rifampin	10 - 20 mg/kg	12
Vancomycin	20 - 60 mg/kg	6

Hạ nhiệt: bằng paracetamon 15 mg/kg/lần, không quá 60 mg/kg/ngày.

Dexamethason 0,4 mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch chậm, dùng 4 ngày (cùng hoặc trước kháng sinh 15 phút).

Chống phù não (Manitol 1g/kg/6giờ, nằm đầu cao 300), bù nước và điện giải.

Phòng co giật bằng barbituric 5 - 20 mg/kg/ngày, uống. Cắt cơn giật bằng seduxen 0,1 mg/kg (pha với 2 ml NaCl 0,9%) tiêm TM đến khi ngừng giật.

b. Theo dõi điều trị

Khi có kết quả nhuộm Gram cần điều chỉnh ngay kháng sinh phù hợp:

Cầu khuẩn Gram dương: ceftriaxon hoặc cefotaxim + vancomycin.

Song cầu khuẩn Gram âm: penicillin G hoặc ceftriaxon.

Trực khuẩn Gram dương: ampicillin - aminoglycosid.

Trực khuẩn Gram âm: ceftriaxon - aminoglycosid.

Khi có kết quả cấy: thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Nếu không có kết quả cấy, hoặc lâm sàng không cải thiện cần xét nghiệm lại DNT sau 48 giờ điều trị. DNT không cải thiện cần đổi sang phác đồ thay thế.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Thời gian điều trị

Não mô cầu là 7 ngày, *Hib* là 10 ngày, phế cầu là 14 ngày, các trực khuẩn và vi khuẩn kỵ khí Gram âm, liên cầu, tụ cầu là 3 tuần.

Hoặc trung bình: đủ 10 - 14 ngày và đã hết sốt 3 ngày.

5.2. Biến chứng

Các biến chứng hay gặp gồm: tử vong (từ 7 - 25%); hoặc tràn dịch dưới màng cứng, vách hóa dẫn đến tắc nghẽn lưu thông DNT (trẻ nhỏ biểu hiện bằng não úng thủy), áp xe não, viêm não thất... cần xác định bằng chụp CT, MRI. Nếu không xử trí thích hợp sẽ có di chứng về tinh thần (trì trệ tinh thần, động kinh, mất khả năng học tập - lao động...) và vận động.

Biến chứng sau VMNNK liên quan với nhiều nguyên nhân như điều trị sớm, chọn kháng sinh hợp lý, tuổi của người bệnh, có bệnh cơ địa, có nhiễm trùng huyết kèm theo, suy giảm miễn dịch, khả năng hồi sức ban đầu.

Cần hội chẩn ngoại: nếu có khuyết tật, biến chứng (khi bệnh đã ổn định), hoặc chấn thương.

6. PHÒNG BỆNH

6.1. Hóa dự phòng: cho người chăm sóc trực tiếp người bệnh.

Haemophilus influenzae: uống rifampicin 20 mg/kg/ngày x 4 ngày (trẻ sơ sinh 10 mg/kg/ngày), hoặc tiêm bắp ceftriaxone 125mg/ngày X 2 ngày (người lớn 250mg/ngày).

Não mô cầu: rifampicin 10 mg/kg/ngày x 2 ngày, hoặc tiêm bắp ceftriaxon 125 mg một lần duy nhất (người lớn 250 mg).

Chú ý: không dùng rifampicin cho phụ nữ có thai.

6.2. Tiêm phòng

Vắc xin *Hib*: trẻ < 1 tuổi: tiêm 2 liều cách 2 tháng; 1 - 5 tuổi: tiêm 1 liều.

Não mô cầu nhóm A và C: tiêm trong vùng đang có dịch xảy ra.

BỆNH THỦY ĐẬU

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủy đậu là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus *Herpes zoster* gây nên, lây từ người sang người qua đường hô hấp hoặc tiếp xúc gần. Thủy đậu xảy ra chủ yếu ở trẻ em, biểu hiện bằng sốt và phát ban dạng nốt phỏng, thường diễn biến lành tính. Ở người có suy giảm miễn dịch, phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh, thủy đậu có thể tiến triển nặng dẫn đến các biến chứng nội tạng như viêm phổi, viêm cơ tim và có thể dẫn tới tử vong.

Thủy đậu là bệnh dễ lây truyền; tỷ lệ lây nhiễm lên đến 90% ở những người chưa có miễn dịch. Bệnh thường xuất hiện thành dịch ở trẻ em lứa tuổi đi học.

2. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân gây thủy đậu là virus *Herpes zoster*, thuộc họ *Herpeviridae*. Virus thủy đậu lây truyền qua đường hô hấp. Nguồn lây lớn nhất là người bị thủy đậu; người bệnh có khả năng lây cho người khác khoảng 48 giờ trước khi xuất hiện ban, trong giai đoạn phát ban (thường kéo dài 4-5 ngày), và cho đến khi ban đóng vảy.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh dao động từ 10 đến 21 ngày, thường 14-17 ngày.
- Giai đoạn tiền triệu thường kéo dài 1-2 ngày trước khi xuất hiện ban. Người bệnh mệt mỏi, sốt từ 37,8°-39,4°C kéo dài 3 đến 5 ngày.
- Ban trên da xuất hiện đầu tiên trên mặt và thân, nhanh chóng lan ra tất cả các vùng khác trên cơ thể.
 - + Ban lúc đầu có dạng dát sần, tiến triển đến phỏng nước trong vòng vài giờ đến một vài ngày; phần lớn các nốt phỏng có kích thước nhỏ 5-10 mm, có vùng viền đỏ xung quanh. Các tổn thương da có dạng tròn hoặc bầu dục; vùng giữa vết phỏng dần trở nên lõm khi quá trình thoái triển của tổn thương bắt đầu.
 - + Các nốt phỏng ban đầu có dịch trong, dạng giọt sương, sau đó dịch trở nên đục; nốt phỏng bị vỡ hoặc thoái triển, đóng vảy; vảy rụng sau 1 đến 2 tuần, để lại một sẹo lõm nông.
 - + Ban xuất hiện từng đợt liên tiếp trong 2-4 ngày; trên mỗi vùng da có thể có mặt tất cả các giai đoạn của ban - dát sần, phỏng nước và vảy.
 - + Tổn thương thủy đậu có thể gặp cả ở niêm mạc hầu họng và/hoặc âm đạo.
 - + Số lượng và mức độ nặng của ban rất khác biệt giữa các người bệnh. Trẻ nhỏ thường có ít ban hơn so với trẻ lớn hơn; các ca bệnh thứ cấp và tam cấp trong gia đình thường có số lượng ban nhiều hơn.

Người suy giảm miễn dịch - cả trẻ em và người lớn, nhất là người bệnh ung thư máu - thường có nhiều tổn thương hơn, có xuất huyết ở nền nốt phỏng, tổn

thương lâu liền hơn so với người không suy giảm miễn dịch. Người suy giảm miễn dịch cũng có nguy cơ cao hơn bị các biến chứng nội tạng (xuất hiện ở 30-50% số ca bệnh); tỷ lệ tử vong có thể lên tới 15% khi không có điều trị kháng virus.

3.2. Cận lâm sàng

Công thức máu: bạch cầu bình thường, có thể giảm như trong các bệnh nhiễm virus khác.

Sinh hóa máu: có thể có tăng men gan.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Chẩn đoán thủy đậu chủ yếu dựa trên lâm sàng và không cần xét nghiệm khẳng định. Ban thủy đậu đặc trưng dạng phỏng nhiều lứa tuổi rải rác toàn thân ở người bệnh có tiền sử tiếp xúc với người bị thủy đậu là những gợi ý cho chẩn đoán.

- Các xét nghiệm khẳng định thủy đậu không sẵn có trong lâm sàng và rất ít khi được sử dụng; bao gồm:

+ Xét nghiệm dịch nốt phỏng: Lam Tzanck tìm tế bào khổng lồ đa nhân, PCR xác định ADN của *Herpes zoster*, v.v...

+ Xét nghiệm huyết thanh học: xác định chuyển đảo huyết thanh hoặc tăng hiệu giá kháng thể với *Herpes zoster*, v.v...

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt thủy đậu với một số bệnh có phát ban dạng phỏng nước như bệnh tay chân miệng liên quan tới *Enterovirus*, bệnh do *Herpes simplex*, viêm da mủ và một số bệnh khác.

Bệnh tay chân miệng do *Enterovirus* cũng có ban dạng phỏng nước, có cả ở niêm mạc (miệng, họng) như thủy đậu. Tuy nhiên ban trong tay chân miệng có dạng nhỏ hơn, phân bố tập trung ở tay chân và mông, có cả ở lòng bàn tay và bàn chân.

Ban do *Herpes simplex* thường tập trung ở các vùng da chuyển tiếp niêm mạc quanh các hốc tự nhiên, không phân bố ở toàn bộ cơ thể như thủy đậu.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị thủy đậu ở người miễn dịch bình thường chủ yếu là điều trị hỗ trợ, bao gồm hạ nhiệt và chăm sóc tổn thương da. Điều trị kháng virus *Herpes* có tác dụng giảm mức độ nặng và thời gian bị bệnh, đặc biệt có chỉ định đối với những trường hợp suy giảm miễn dịch.

4.2. Điều trị kháng virus

- Acyclovir uống 800 mg 5 lần/ngày trong 5-7 ngày; trẻ dưới 12 tuổi có thể dùng liều 20 mg/kg 6 giờ một lần. Điều trị có tác dụng tốt nhất khi bắt đầu sớm, trong vòng 24 giờ đầu sau khi phát ban.

- Người bệnh suy giảm miễn dịch nặng, thủy đậu biến chứng viêm não: ưu tiên acyclovir tĩnh mạch, ít nhất trong giai đoạn đầu, liều 10-12,5 mg/kg, 8 giờ một lần, để làm giảm các biến chứng nội tạng. Thời gian điều trị là 7 ngày. Đối với người bệnh suy giảm miễn dịch nguy cơ thấp có thể chỉ cần điều trị bằng thuốc kháng virus uống.

4.3. Điều trị hỗ trợ

- Điều trị hạ nhiệt bằng paracetamol; tránh dùng aspirin để ngăn ngừa hội chứng Reye.

- Điều trị kháng histamin nếu người bệnh ngứa tại nơi tổn thương da.

- Chăm sóc các tổn thương da: làm ẩm tổn thương trên da hàng ngày, bôi thuốc chống ngứa tại chỗ, ngăn ngừa bội nhiễm vi khuẩn bằng thuốc sát khuẩn tại chỗ (như các thuốc chứa muối nhôm acetat).

- Điều trị hỗ trợ hô hấp tích cực khi người bệnh bị viêm phổi do thủy đậu.

- Điều trị kháng sinh khi người bệnh thủy đậu có biến chứng bội nhiễm tổn thương da hoặc bội nhiễm tại các cơ quan khác.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

a. Tiến triển

Thủy đậu thường tiến triển lành tính ở trẻ em nên ít khi cần phải nhập viện. Khi được điều trị acyclovir, thời gian sốt của người bệnh sẽ ngắn hơn và lượng tổn thương trên da sẽ ít hơn và chóng liền hơn.

b. Biến chứng

- Bội nhiễm vi khuẩn các nốt ban, thường liên quan đến tụ cầu vàng hoặc liên cầu gây mủ.

- Biến chứng hệ thần kinh trung ương:

+ Rối loạn tiểu não và viêm màng não, thường gặp ở trẻ em, thường xuất hiện khoảng 21 ngày sau khi phát ban, hiếm khi xảy ra trước khi phát ban. Dịch não tủy có tăng protein và bạch cầu lympho.

+ Viêm não, viêm tủy cắt ngang, hội chứng Guillain-Barré, và hội chứng Reye.

- Viêm phổi: là biến chứng nguy hiểm nhất của thủy đậu, thường gặp ở người lớn, đặc biệt là phụ nữ mang thai; thường bắt đầu 3-5 ngày sau khi bắt đầu phát ban, có thể dẫn đến suy hô hấp và ho ra máu. Phim X-quang phổi có tổn thương nốt và tổn thương kẽ.

- Viêm cơ tim, tổn thương giác mạc, viêm thận, viêm khớp, tình trạng xuất huyết, viêm cầu thận cấp, và viêm gan.

- Thủy đậu chu sinh xuất hiện khi mẹ bị bệnh trong vòng 5 ngày trước khi sinh hoặc trong vòng 48 giờ sau khi sinh, thường rất nặng và trẻ có nguy cơ tử

vong cao (có thể lên tới 30%). Thủy đậu bẩm sinh với các biểu hiện thiếu sản chi, tổn thương sẹo trên da và não nhỏ khi sinh rất hiếm gặp.

6. DỰ PHÒNG

6.1. Tiêm phòng vaccin

- Vaccin thủy đậu là vaccin sống giảm độc lực, được chỉ định cho tất cả trẻ em trên 1 tuổi (cho tới 12 tuổi) chưa mắc thủy đậu và người lớn chưa có kháng thể với *Herpes zoster*. Vaccin thủy đậu có tính an toàn và hiệu quả cao.

- Trẻ em cần được tiêm một liều vaccin và người lớn được tiêm hai liều. Một số trường hợp có thể có thủy đậu sau tiêm phòng.

- Không tiêm vaccin thủy đậu cho trẻ suy giảm miễn dịch nặng (trẻ nhiễm HIV có triệu chứng).

6.2. Huyết thanh kháng thủy đậu (*varicella-zoster immune globulin - VZIG*) được chỉ định cho những người có nguy cơ bị biến chứng nặng do thủy đậu trong vòng 72 giờ sau khi tiếp xúc với nguồn bệnh.

6.3. Dự phòng không đặc hiệu

- Tránh tiếp xúc người bệnh bị thủy đậu hoặc zona.
- Vệ sinh cá nhân.

BỆNH UỐN VÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Uốn ván là một bệnh cấp tính nặng, có khả năng gây tử vong do độc tố của vi khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*) gây ra đặc trưng bởi các cơn co giật trên nền tăng trương lực cơ.

Ở các nước phát triển, tỷ lệ mắc uốn ván hàng năm là 0,1 - 0,2 trường hợp/1 triệu dân với tỷ lệ tử vong là 13,2%. Ở các nước đang phát triển, có khoảng 1 triệu trường hợp uốn ván mỗi năm với 300 nghìn đến 500 nghìn ca tử vong. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc uốn ván hàng năm là 1,87 trường hợp/100.000 dân với tỷ lệ tử vong dưới 5%.

2. NGUYÊN NHÂN

Vi khuẩn uốn ván (*Clostridium tetani*) là trực khuẩn Gram (+) kỵ khí bắt buộc, sinh nha bào và gây bệnh bằng ngoại độc tố.

C. tetani có thể tìm thấy trong ống tiêu hóa động vật có vú và phổ biến ở trong đất. *C. tetani* tồn tại dưới 2 dạng là dạng nha bào khi ở ngoài môi trường và dạng hoạt động khi xâm nhập vào cơ thể gây bệnh (thông qua vết thương).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh

Tính từ khi có vết thương đến khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên của bệnh uốn ván, thường là biểu hiện cứng hàm. Thời kỳ ủ bệnh có thể từ hai ngày đến hai tháng, hầu hết các trường hợp xảy ra trong vòng 8 ngày. Thời kỳ ủ bệnh càng ngắn (< 7 ngày) bệnh càng nặng.

b. Thời kỳ khởi phát

Tính từ lúc cứng hàm đến khi có cơn co giật đầu tiên hoặc cơn co thắt hầu họng - thanh quản đầu tiên, thường từ 1-7 ngày. Thời gian khởi phát càng ngắn (< 48 giờ) bệnh càng nặng.

Triệu chứng khởi đầu là cứng hàm: lúc đầu môi hàm, nói khó, nuốt vướng, khó nhai, khó há miệng tăng dần và liên tục. Khi dùng đũa lưỡi ấn hàm xuống thì hàm càng cắn chặt hơn (dấu hiệu trismus). Dấu hiệu này gặp ở tất cả các người bệnh.

Co cứng các cơ khác:

- Co cứng các cơ mặt làm cho người bệnh có “Vẻ mặt uốn ván” hay “Vẻ mặt cười nhăn” (nếp nhăn trán hằn rõ, hai chân mày cau lại, rãnh mũi má hằn sâu), co cứng cơ gáy làm cho cổ bị cứng và ngửa dần, 2 cơ ức đòn chũm nổi rõ.

- Co cứng cơ lưng làm cho tư thế người bệnh uốn cong hay uốn thẳng lưng. Co cứng cơ bụng làm cho 2 cơ thẳng trước gò lên và sờ vào bụng thấy cứng.

- Co cứng cơ ngực, cơ liên sườn làm cho lồng ngực hạn chế di động.
- Co cứng cơ chi trên tạo nên tư thế gấp tay. Co cứng chi dưới tạo tư thế duỗi.
- Khi kích thích, các cơ co cứng tăng lên làm cho người bệnh rất đau.

Có thể gặp các biểu hiện khác như: bồn chồn, sốt cao, vã mồ hôi và nhịp tim nhanh.

c. Thời kỳ toàn phát

Từ khi có cơn co giật toàn thân hay cơn co thắt hầu họng - thanh quản đầu tiên đến khi bắt đầu thời kỳ lui bệnh, thường kéo dài từ 1 đến 3 tuần. Với các biểu hiện:

Co cứng cơ toàn thân liên tục, tăng lên khi kích thích, người bệnh rất đau, co cứng điển hình làm cho người bệnh uốn cong.

Co thắt thanh quản gây khó thở, tím tái, ngạt thở dẫn đến ngừng tim.

Co thắt hầu họng gây khó nuốt, nuốt vướng, ứ đọng đờm rãi, dễ bị sặc.

Co thắt các cơ vòng gây bí tiểu, bí đại tiện.

Cơn co giật toàn thân trên nền co cứng cơ xuất hiện tự nhiên, tăng lên khi kích thích. Trong cơn co giật người bệnh vẫn tỉnh và biểu hiện đặc trưng bằng nắm chặt tay, uốn cong lưng và tay ở tư thế dạng hoặc gấp, chân duỗi, thường người bệnh ngừng thở khi ở vào các tư thế này. Cơn giật kéo dài vài giây đến vài phút hoặc hơn. Trong cơn giật người bệnh rất dễ bị co thắt thanh quản, co cứng cơ hô hấp dẫn đến giảm thông khí, thiếu oxy, tím tái, ngừng thở, và có thể tử vong.

Rối loạn thần kinh thực vật gặp trong trường hợp nặng với các biểu hiện: da xanh tái, vã mồ hôi, tăng tiết đờm rãi, sốt cao 39 - 40°C hoặc hơn, tăng hoặc hạ huyết áp, huyết áp dao động không ổn định, loạn nhịp tim có thể ngừng tim.

d. Thời kỳ lui bệnh

Thời kỳ lui bệnh bắt đầu khi các cơn co giật toàn thân hay co thắt hầu họng - thanh quản bắt đầu thưa dần; tình trạng co cứng toàn thân còn kéo dài nhưng mức độ giảm dần; miệng từ từ há rộng; phản xạ nuốt dần trở lại.

Thời kỳ này kéo dài vài tuần đến hàng tháng tùy theo mức độ nặng của bệnh.

3.2. Cận lâm sàng

Đo nồng độ kháng thể đối với độc tố uốn ván trong máu.

Cấy vi trùng uốn ván tại vết thương và xác định độc lực của vi trùng. Tuy nhiên, kết quả thường có trễ và cấy âm tính cũng không loại được chẩn đoán.

Có thể thấy các bất thường liên quan đến tình trạng nhiễm trùng vết thương và các biến chứng của uốn ván.

3.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán uốn ván chủ yếu dựa trên các biểu hiện lâm sàng bao gồm:

a. *Khít hàm*: tăng dần và tăng lên khi kích thích, là dấu hiệu sớm nhất và gặp ở hầu hết các người bệnh.

b. *Co cứng cơ toàn thân, liên tục, đau*: co cứng các cơ theo trình tự mặt, gáy, cổ, lưng, bụng, chi và ngực, đặc biệt là cơ bụng, co cứng tăng khi kích thích. Người bệnh có “vẻ mặt uồn ván” (+).

c. *Cơ co giật toàn thân*: xuất hiện trên nền co cứng cơ. Cơ giật tăng lên khi kích thích, trong cơn giật người bệnh vẫn tỉnh.

d. *Có thể có cơn thất hầu họng - thanh quản*

đ. *Thường có vết thương trước khi xuất hiện triệu chứng uồn ván*

e. *Người bệnh không có chùng ngừa hay chùng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uồn ván*

3.4. Phân loại thể bệnh

a. *Uồn ván toàn thể*: có các biểu hiện lâm sàng điển hình qua 4 giai đoạn như mô tả ở trên.

b. *Uồn ván cục bộ*: hiếm gặp, biểu hiện bằng co cứng cơ, tăng trương lực và cơ giật cơ ở một chi hoặc một vùng cơ thể, thường tiến triển thành uồn ván toàn thể.

c. *Uồn ván thể đầu*: người bệnh có vết thương ở vùng đầu mặt cổ, cứng hàm, nói khó, nuốt vướng, co cứng cơ mặt, liệt dây thần kinh sọ số VII. Giai đoạn bệnh sau đó thường tiến triển thành uồn ván toàn thể.

d. *Uồn ván sơ sinh*: điển hình xảy ra ở trẻ 3 - 28 ngày tuổi (trung bình 8 ngày), thời gian ủ bệnh có thể từ 2 ngày đến hơn một tháng. Triệu chứng đầu tiên là bỏ bú, khóc nhỏ tiếng, sau đó, khít hàm, không bú được, cứng cơ toàn thân, và cơ giật.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

a. *Tăng trương lực cơ do thuốc*

b. *Khít hàm do nhiễm trùng răng, áp xe hầu họng, viêm khớp thái dương hàm*

c. *Ngộ độc strychnin*

d. *Hội chứng người cứng* là một rối loạn thần kinh hiếm gặp đặc trưng bởi cứng cơ nghiêm trọng. Người bệnh không có khít hàm hoặc giật cơ mặt và đáp ứng nhanh chóng với diazepam là dấu hiệu giúp phân biệt hội chứng này với uồn ván thực sự.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị: người bệnh uồn ván nên được điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

a. *Ngăn chặn sản xuất độc tố*

b. Trung hòa độc tố

c. Kiểm soát co giật và co cứng cơ

d. Điều chỉnh rối loạn thân kinh thực vật

e. Điều trị hồi sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác

4.2. Điều trị cụ thể

a. Ngăn chặn tạo độc tố uốn ván

Xử lý vết thương: mở rộng vết thương, cắt bỏ triệt để tổ chức hoại tử tại vết thương để loại bỏ nha bào uốn ván.

Kháng sinh diệt vi khuẩn uốn ván: metronidazol 500 mg, truyền TM cách 6 - 8 giờ/lần; hoặc penicillin G: 1 - 2 triệu đơn vị, tiêm TM cách 4 - 6 giờ/lần; erythromycin, penicillin V hoặc clindamycin là những thay thế của metronidazol và penicillin G; thời gian điều trị 7 - 10 ngày.

b. Trung hòa độc tố uốn ván

Globulin miễn dịch uốn ván từ người (HTIG) liều 3000 - 6000 đơn vị tiêm bắp, hoặc huyết thanh kháng độc tố uốn ván từ ngựa (SAT) 1.500 đơn vị/01 ống, liều 400 - 500 đơn vị/kg cân nặng, liều duy nhất (người lớn thường dùng 14 ống) tiêm bắp. Dùng SAT phải thử phản ứng trước tiêm, test SAT với 75 đơn vị, với HTIG không cần thử test. Uốn ván sơ sinh dùng SAT 1.000 đơn vị/kg cân nặng.

c. Kiểm soát co giật và co cứng cơ

Nguyên tắc:

- Để người bệnh nơi yên tĩnh, kiểm soát ánh sáng, tiếng ồn và tránh kích thích gây co giật là các biện pháp quan trọng trong chăm sóc người bệnh uốn ván.

- Dùng liều lượng thuốc ít nhất mà không chế được cơn giật, không ức chế hô hấp và tuần hoàn.

- Ưu tiên dùng loại thuốc ít độc, ít gây nghiện, thải trừ nhanh, dung nạp tốt khi tiêm hay truyền tĩnh mạch.

- Điều chỉnh hàng ngày, hàng giờ cho phù hợp.

- Chia rải đều liều thuốc cho trong cả ngày theo giờ để làm nền và chỉ định tiêm thêm nếu cần thiết.

Điều trị cụ thể:

- Diazepam: liều thường dùng từ 2-7 mg/kg/24h, chia đều mỗi 1 giờ, 2 giờ hoặc 4 giờ. Dùng đường uống qua sonde dạ dày hoặc tiêm tĩnh mạch, mỗi lần 1-2 ống (10-20 mg), hoặc kết hợp cả uống và cả tiêm. Không nên dùng quá 240 mg diazepam/ngày. Khi dùng liều cao phải hỗ trợ thông khí cho bệnh nhân. Diazepam đường tiêm có thể gây toan lactic máu.

- Midazolam thường được ưa dùng do không gây toan lactic. Midazolam truyền TM liên tục, liều 0,05-0,3 mg/kg/giờ (khoảng 5 mg - 15 mg/giờ).

- Hỗn hợp cocktailytique: 1 ống aminazin 25 mg + 1 ống pipolphen 50 mg (hoặc dimedrol 10 mg) + 1 ống dolargan 100 mg. Trộn lẫn, tiêm bắp, mỗi lần tiêm từ nửa liều đến cả liều. Không quá 3 liều/ngày và không dùng kéo dài quá 1 tuần. Không dùng cho trẻ em và phụ nữ có thai.

- Thiopental: dùng khi đã dùng benzodiazepin liều tối đa. Pha 1-2 g vào 250-500 ml NaCl 0,9% hoặc glucose 5%. Truyền nhanh qua catheter tĩnh mạch trung tâm khi có cơn co giật, ngừng truyền ngay khi hết co giật. Có thể truyền thiopental TM liên tục đến liều 3,75 mg/kg/giờ. Khi đã dùng thiopental phải cho người bệnh thở máy và nên mở khí quản. Thận trọng khi dùng quá 4 g thiopental/ngày.

- Truyền propofol TM có thể kiểm soát được co giật và co cứng cơ. Liều propofol có thể đến 6,4 mg/kg/giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng. Dùng kéo dài có nguy cơ nhiễm toan lactic, tăng triglyceride máu và rối loạn chức năng tụy.

- Thuốc ức chế thần kinh cơ: chỉ định khi dùng thuốc an thần không đủ để kiểm soát co giật, co cứng cơ. Pancuronium có thể làm rối loạn thần kinh thực vật nặng hơn do ức chế tái hấp thu catecholamine. Vecuronium ít gây các vấn đề về thần kinh thực vật hơn. Có thể dùng pipercuronium 0,02 - 0,08 mg/kg/giờ truyền TM (giãn cơ mạnh, tác dụng kéo dài từ 1,5 - 3 giờ, ổn định về tim mạch).

d. Điều chỉnh rối loạn thần kinh thực vật

Magnesium sulfate: liều khởi đầu 40 mg/kg trong 30 phút rồi duy trì 20 - 80 mg/kg/giờ truyền TM, duy trì nồng độ Mg trong máu từ 2 - 4 mmol/L.

Thuốc ức chế beta giao cảm: Labetalol liều 0,25 - 1,0 mg/phút thường được dùng, không nên dùng propranolol do nguy cơ đột tử.

Morphine sulfate được dùng để giảm đau và kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật, truyền TM liên tục liều có thể đến 0,5 - 1,0 mg/kg/giờ trong trường hợp để kiểm soát rối loạn thần kinh thực vật.

Atropine và clonidine để điều chỉnh nhịp tim và huyết áp nhưng hiệu quả hạn chế.

Gây mê sâu: phối hợp liều cao midazolam, thiopental, propofol và fentanyl (truyền TM liên tục liều có thể đến 0,7 - 10 µg/kg/giờ) hoặc sufentanil (thuộc họ morphin có tác dụng giảm đau gấp 10 - 50 lần fentanyl, truyền TM liên tục liều 0,9 - 1,6 µg/kg/giờ).

e. Điều trị hội sức tích cực và các biện pháp hỗ trợ khác

Hội sức hô hấp.

Đảm bảo thông thoáng đường thở:

- Hút đờm dãi, không ăn uống đường miệng để tránh sặc và co thắt thanh môn.

- Mở khí quản: bảo vệ đường thở, hút đờm dãi và thông khí nhân tạo. Chỉ định:

+ Những trường hợp có tiên lượng nặng nên chỉ định mở khí quản sớm.

+ Khi người bệnh có dấu hiệu chẹn ngực, co giật toàn thân khó kiểm soát với thuốc chống co giật, co thắt hầu họng - thanh quản.

+ Ú đọng đờm rãi.

- Thở oxy: khi $SpO_2 < 92\%$.

- Thở máy, chỉ định:

+ Giảm oxy máu với $SpO_2 < 92\%$ mặc dù đã thở oxy.

+ Người bệnh thở yếu không đảm bảo thông khí.

+ Người bệnh đang dùng liều cao các thuốc an thần, gây mê, giãn cơ hoặc ở người cao tuổi nên theo dõi sát để cho thở máy kịp thời.

Hồi sức tuần hoàn: đảm bảo thể tích tuần hoàn bằng truyền dịch, dùng thuốc vận mạch và gây mê khi có rối loạn thần kinh thực vật gây huyết áp dao động.

Pyridoxin (vitamin B6): có tác dụng làm tăng tiết GABA, đối kháng gián tiếp với độc tố uốn ván (làm giảm tiết GABA), dùng 10 mg/kg/ngày uống 10 - 14 ngày, sơ sinh dùng 100 mg/ngày.

Dự phòng loét do sang chấn tâm lý (stress): bằng thuốc giảm tiết acid dịch vị.

Các điều trị khác: đảm bảo cân bằng nước và điện giải, dinh dưỡng nhu cầu năng lượng cao 70 kcal/kg/ngày, tránh táo bón (thuốc nhuận tràng). Người bệnh bí đái nên đặt thông tiểu sớm. Vệ sinh cơ thể và các hóc tự nhiên, thay đổi tư thế chống loét. Rửa, nhỏ thuốc tra mắt thường xuyên. Phòng huyết khối tĩnh mạch. Vật lý trị liệu bắt đầu sớm sau khi hết co giật. Dùng thêm thuốc làm mềm cơ.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiến triển

Bệnh tiến triển qua các thời kỳ ủ bệnh, khởi phát, toàn phát và lui bệnh. Tùy theo mức độ nặng của bệnh mà thời gian diễn biến qua các thời kỳ khác nhau.

5.2. Biến chứng

a. Hô hấp

Co thắt hầu họng - thanh quản gây ngạt, ngừng thở, sặc, trào ngược dịch dạ dày vào phổi.

Ú đọng đờm dãi do tăng tiết, không nuốt được và phản xạ ho khạc yếu.

Suy hô hấp do cơn giật kéo dài, dùng thuốc an thần chống co giật liều cao, nhiều ngày.

b. Tim mạch

Nhịp tim nhanh, cơn nhịp nhanh do co giật, sốt cao, rối loạn thần kinh thực vật và suy hô hấp.

Trụy mạch, hạ huyết áp do rối loạn thần kinh thực vật, thiếu dịch và do tác dụng phụ của thuốc an thần. Huyết áp có thể dao động lúc cao lúc thấp do rối loạn thần kinh thực vật.

Ngừng tim đột ngột do suy hô hấp, rối loạn thần kinh thực vật, có thể do độc tố uốn ván.

c. Tiêu hóa: chướng bụng do giảm nhu động ruột, giảm hấp thu, táo bón. Loét và xuất huyết dạ dày do stress.

d. Nhiễm trùng: viêm phế quản, viêm phổi, nhiễm khuẩn vết mở khí quản, viêm nơi tiêm truyền tĩnh mạch, nhiễm trùng đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, viêm xoang, ...

e. Rối loạn thăng bằng nước và điện giải

g. Suy thận: khi có suy thận thường tiên lượng người bệnh rất nặng, nguy cơ tử vong cao.

h. Biến chứng khác: suy dinh dưỡng, cứng khớp, loét vùng tỳ đè, suy giảm tri giác do thiếu oxy kéo dài, đứt lưỡi do cắn phải, gãy răng.

6. DỰ PHÒNG

6.1. Dự phòng chủ động sau khi bị uốn ván

Miễn dịch sau khi mắc bệnh uốn ván không bền vững nên phải tiêm vaccin uốn ván (Anatoxin tetanus - AT): tiêm 3 mũi, mũi thứ hai cách mũi thứ nhất 01 tháng, mũi thứ ba cách mũi thứ hai từ 6 tháng đến 1 năm. Sau đó cách 5 - 10 năm tiêm nhắc lại 1 mũi.

6.2. Dự phòng thụ động sau khi bị thương

Cắt lọc sạch vết thương, rửa oxy già và thuốc sát trùng, dùng kháng sinh penicillin hay erythromycin, nếu chưa được chủng ngừa hay chủng ngừa không đầy đủ đối với bệnh uốn ván nên tiêm SAT 1500 đơn vị (1 - 2 ống tiêm bắp), tiêm vaccin uốn ván để có miễn dịch chủ động.

BỆNH SỐT RÉT KHÁNG THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt rét kháng thuốc (*Resistance malaria* - theo định nghĩa của WHO 2011 - Global plan for Artemisinin resistance containment - GPARC) là khả năng một chủng ký sinh trùng sốt rét vẫn tồn tại và/hoặc nhân lên khi sử dụng thuốc sốt rét đủ liều hoặc với liều cao hơn liều khuyến cáo và khả năng hấp thu thuốc và dung nạp thuốc của người bệnh tốt. Cơ chế do đột biến tự nhiên tại 1 hoặc vài vị trí trên genome của ký sinh trùng sốt rét.

Cần phải phân biệt giữa sốt rét kháng thuốc thật sự với thất bại điều trị: sốt rét kháng thuốc chắc chắn dẫn tới thất bại điều trị, trong khi đó thất bại điều trị không chỉ do kháng thuốc mà còn có nhiều yếu tố khác như: dùng thuốc không đủ liều, không đủ thời gian, thuốc kém chất lượng, tương tác với thuốc khác làm giảm hiệu lực thuốc sốt rét, kém hoặc rối loạn hấp thu, chẩn đoán nhầm...

Số trường hợp sốt rét thất bại điều trị trong vòng 10 năm qua đã xuất hiện tại trên 50% trong số 43 nước có lưu hành bệnh sốt rét, chủ yếu ở châu Phi và tiểu vùng sông Mê Kông. *Plasmodium falciparum* đã kháng lại với nhiều loại thuốc sốt rét và đặc biệt nghiêm trọng là kháng với artemisinin.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Đơn trị liệu

2.2. Dùng thuốc không đủ liều lượng và thời gian

2.3. Chưa rõ cơ chế sốt rét kháng lại artemisinin, giả thuyết về cơ chế đột biến trên một hoặc nhiều đoạn genome của ký sinh trùng sốt rét

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a. Sốt

Có triệu chứng điển hình của cơn sốt rét với 3 giai đoạn: rét run, sốt nóng và ra mồ hôi.

Hoặc có triệu chứng không điển hình của cơn sốt rét: sốt không thành cơn (người bệnh thấy ớn lạnh, gai rét, nhiệt độ nách $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$) hoặc sốt cao liên tục, sốt dao động.

Đang ở hoặc qua lại vùng sốt rét lưu hành, có tiền sử mắc sốt rét trong 2 năm gần đây.

Thiếu máu.

Gan to, lách to.

b. Các dấu hiệu nguy hiểm dự báo sốt rét nặng

- Rối loạn ý thức nhẹ, thoáng qua (li bì, cuồng sáng, vật vã ...).

- Sốt cao liên tục.
- Rối loạn tiêu hóa: nôn, tiêu chảy nhiều lần trong ngày, đau bụng cấp.
- Đau đầu dữ dội.
- Mật độ ký sinh trùng cao (*P. falciparum* ++++ hoặc ≥ 100.000 KST/ml máu).
- Thiếu máu nặng: da xanh, niêm mạc nhợt.

c. Các dấu hiệu của sốt rét ác tính

- Rối loạn ý thức (Glasgow ≤ 15 điểm đối với người lớn, Blantyre ≤ 5 điểm đối với trẻ em);
- Hôn mê (Glasgow ≤ 10 điểm đối với người lớn, Blantyre ≤ 3 điểm đối với trẻ em);
- Mệt lả (người bệnh không có khả năng tự ngồi, đứng và đi lại mà không có sự hỗ trợ);
- Co giật trên 2 cơn/24 giờ;
- Thở sâu (> 20 lần/phút) và rối loạn nhịp thở;
- Phù phổi cấp, có ran ẩm ở 2 đáy phổi;
- Hoặc có hội chứng suy hô hấp cấp; khó thở (tím tái, co kéo cơ hô hấp) và $SpO_2 < 92\%$;
- Suy tuần hoàn hoặc sốc (huyết áp tâm thu < 80 mmHg ở người lớn và < 50 mmHg ở trẻ em);
- Suy thận cấp: nước tiểu $< 0,5$ ml/kg/giờ (ở cả người lớn và trẻ em);
- Vàng da niêm mạc;

d. Tiến triển

- Thất bại điều trị sớm:
 - + Phát triển các dấu hiệu nguy hiểm hoặc sốt rét nặng vào các ngày điều trị thứ 1, 2, 3 (D1, D2, D3).
 - + Mật độ ký sinh trùng sốt rét ngày D2 cao hơn ngày D0, ngay cả khi người bệnh không sốt.
 - + Còn ký sinh trùng vào ngày D3 và nhiệt độ nách $\geq 37,5^{\circ}C$.
 - + Mật độ ký sinh trùng ngày D3 $\geq 25\%$ mật độ ký sinh trùng ngày D0.
- Thất bại điều trị muộn:
 - + Xuất hiện sốt trở lại và/hoặc có ký sinh trùng sốt rét từ ngày 4 (D4) đến ngày 28 (D28) sau điều trị.

3.2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm máu bằng kính hiển vi

Lấy lam máu giọt dày và giọt mỏng xét nghiệm vào ngày D0 để xác nhận các tiêu chuẩn lựa chọn/loại trừ. Lam máu giọt dày được xét nghiệm tiếp vào các ngày D2, D3, D7, D14, D21 và D28 hoặc vào bất kỳ ngày nào nếu người bệnh tự quay lại để đánh giá lại ký sinh trùng.

Mật độ ký sinh trùng sẽ được tính bằng đếm số lượng ký sinh trùng thể vô tính trên 200 bạch cầu trên lam máu giọt dày. Số lượng ký sinh trùng thể vô tính trong 1 μ l máu, sẽ được tính bằng cách lấy số ký sinh trùng thể vô tính chia cho số bạch cầu đếm được sau đó nhân với số bạch cầu chuẩn (thường là 8.000 bạch cầu/ μ l).

$$\text{Mật độ KST}/\mu\text{l} = \frac{\text{Số KST đếm được} \times 8.000}{\text{Số bạch cầu đếm được}}$$

b. Các xét nghiệm Invitro

Nuôi cấy phân lập ký sinh trùng sốt rét từ máu của người bệnh.

Cho ký sinh trùng sốt rét tiếp xúc với các nồng độ khác nhau của thuốc sốt rét.

Đánh giá mức độ phát triển của ký sinh trùng để xác định mức độ kháng thuốc.

Do nồng độ thuốc trong máu: lấy máu của những người bệnh bị sốt rét dù có sử dụng thuốc dự phòng, tách chiết và đo nồng độ thuốc sốt rét. Kỹ thuật này giúp phân biệt giữa việc không tuân thủ dùng thuốc với kháng thuốc.

c. Sinh học phân tử

Được sử dụng để phát hiện kháng thuốc đối với chloroquin, sulfadoxin-pyrimethamin và atovaquon. Sử dụng kỹ thuật PCR hoặc giải trình tự gene để phát hiện các dấu ấn (markers) kháng thuốc trong máu người bệnh sốt rét.

3.3. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Có yếu tố dịch tễ liên quan tới vùng lưu hành sốt rét.

Tính chất cơn sốt rét, thiếu máu, gan to, lách to.

Có các dấu hiệu nguy hiểm hoặc sốt rét nặng vào các ngày điều trị thứ 1, 2, 3 (D1, D2, D3).

Xuất hiện sốt trở lại sau điều trị.

b. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm KSTSR (+):

+ Mật độ ký sinh trùng sốt rét ngày D2 cao hơn ngày D0, ngay cả khi người bệnh không sốt.

- + Còn ký sinh trùng vào ngày D3 và nhiệt độ nách $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$.
- + Mật độ ký sinh trùng ngày D3 $\geq 25\%$ mật độ ký sinh trùng ngày D0.
- + Có ký sinh trùng sốt rét từ ngày 4 (D4) đến ngày 28 (D28) sau điều trị.

c. Riêng đối với Artemisinin (ACT), nghi ngờ kháng thuốc hoặc được coi là kháng thuốc khi:

- Thời gian sạch ký sinh trùng sốt rét dài: $\geq 10\%$ ca bệnh vẫn phát hiện được ký sinh trùng sốt rét vào ngày thứ (D3) sau khi bắt đầu điều trị bằng ACT (nghi ngờ kháng thuốc), hoặc:

- Thất bại điều trị khi sử dụng Artemisinin đường uống đơn thuần với nồng độ thuốc trong máu đủ ở ngưỡng ức chế ký sinh trùng nhưng ký sinh trùng sốt rét vẫn tồn tại dai dẳng đến 7 ngày hoặc hết sau điều trị 3 ngày (D3) nhưng tái phát vào ngày D28 hoặc D42 (kháng định kháng thuốc).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Tất cả các trường hợp sốt rét điều trị thất bại, phải lấy lam máu để xét nghiệm lại và điều trị như sau:

- Nếu người bệnh xuất hiện lại KST trong vòng 14 ngày, sẽ sử dụng thuốc điều trị thay thế (second line).

- Nếu người bệnh xuất hiện lại KST sau 14 ngày, được coi như tái nhiễm và điều trị bằng thuốc lựa chọn ưu tiên (first line).

- Nếu gặp các trường hợp điều trị thất bại đối với một loại thuốc sốt rét tại cơ sở điều trị, cần báo lên tuyến trên để tiến hành xác minh KSTSR kháng thuốc.

4.2. Sử dụng thuốc điều trị thay thế (second line)

Quinin 30 mg/kg/ngày x 7 ngày + doxycyclin 3 mg/kg/ngày x 7 ngày. Hoặc

Quinin 30 mg/kg/ngày x 7 ngày + clindamycin 15 mg/kg/ngày x 7 ngày cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 8 tuổi.

Chú ý:

Không điều trị dihydroartemisinin - piperaquin cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu.

Không điều trị primaquin cho phụ nữ có thai, trẻ em dưới 3 tuổi và người thiếu men G6PD.

5. DỰ PHÒNG SỐT RÉT KHÁNG THUỐC

5.1. Điều trị phối hợp thuốc

5.2. Không điều trị artemisinin đơn thuần đường uống

5.3. Triển khai các biện pháp dự phòng sự lan truyền sốt rét từ vùng này sang vùng khác, đặc biệt từ vùng đã xác định có ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc

sang những vùng chưa có sốt rét kháng thuốc hoặc chưa được xác định có kháng thuốc hay không.

5.4. Tăng cường theo dõi, giám sát để đánh giá nguy cơ kháng artemisinin

BỆNH THƯƠNG HÀN

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh thương hàn (Typhoid fever) là một bệnh cấp tính toàn thân do vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi gây nên với bệnh cảnh sốt kéo dài, có nhiều biến chứng nặng như xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim, viêm não dễ dẫn đến tử vong.

Bệnh lưu hành ở những khu vực có tình trạng vệ sinh thấp kém, đôi khi bùng phát thành dịch, lây qua đường tiêu hóa qua đồ ăn, thức uống bị nhiễm mầm bệnh hoặc qua đường phân - tay - miệng.

Bệnh thường gặp ở hầu hết các nước đang phát triển trên thế giới ở châu Á, châu Phi và Mỹ La tinh, ít gặp tại một số nước công nghiệp phát triển như: Hoa Kỳ, Canada, tây Âu, Úc và Nhật Bản.

2. NGUYÊN NHÂN

Bệnh thương hàn do vi khuẩn *Salmonella enterica* typ huyết thanh Typhi (gọi tắt là *Salmonella typhi*) gây nên. Đây là trực khuẩn Gram âm, kích thước 1-3 μm x 0,5 - 0,7 μm , có lông, di động và không sinh nha bào. Trực khuẩn thương hàn có 3 loại kháng nguyên: kháng nguyên thân (O - oligosaccharide), kháng nguyên lông (H - protein) và kháng nguyên vỏ (Vi - polysaccharide) và một phức hợp đại phân tử lipopolysaccharide gọi là nội độc tố tạo thành phần phía ngoài của thành vi khuẩn. *Salmonella* có sức đề kháng tốt với ngoại cảnh: trong canh trùng, trong đất có thể sống được vài tháng, trong nước thường 2-3 tuần, trong nước đá 2-3 tháng, trong phân vài tuần.

Vi khuẩn có khả năng sinh đề kháng kháng sinh truyền qua các plasmid.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh

Thường từ 7 đến 14 ngày, có thể từ 3 tới 60 ngày.

Không có triệu chứng.

b. Thời kỳ khởi phát (tuần thứ nhất): từ từ, tăng dần.

Sốt nhẹ sau tăng dần tới 40°C trong vòng 1 tuần.

Đau đầu, suy nhược, mất ngủ, chóng mặt.

Buồn nôn, táo bón.

Có thể chảy máu mũi.

Mạch nhiệt độ thường phân ly.

Khám lâm sàng: lưỡi bẩn, bụng chướng, lách to có thể to, nghe phổi có thể thấy rale phế quản và gõ đục đáy phổi phải (dấu hiệu Lesieur).

c. Thời kỳ toàn phát (tuần thứ hai): thường kéo dài 2 - 3 tuần trừ những trường hợp có biến chứng

Sốt hình cao nguyên 40°C.

Mạch nhiệt độ phân ly.

Lưỡi khô, rêu lưỡi trắng dày, rìa lưỡi đỏ (hình ảnh lưỡi quay).

Tiêu chảy phân màu vàng bí ngô hoặc đỏ nâu, mùi khắm.

Bụng chướng, lách to, dấu hiệu ùng ục hố chậu phải.

Đào ban: ban màu hồng nhạt kích thước 2 - 4 mm ở ngực bụng, hết sau vài ngày, thường gặp vào cuối tuần thứ nhất, đầu tuần thứ 2.

Loét Duguet: loét hình bầu dục ở nếp a-mi-đan trước, dài 6-8 mm, rộng 4-6 mm, thường chỉ ở 1 bên.

Li bì, thờ ơ với ngoại cảnh, có thể mê sảng, hôn mê.

d. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục (tuần thứ ba)

Sốt giảm dần rồi hết.

Đờ mệt, tinh táo dần trở lại.

Hết tiêu chảy, bụng đỡ chướng dần.

Ăn ngon miệng

3.2. Cận lâm sàng

Số lượng bạch cầu thường giảm, hiếm khi tăng.

Giảm natri và kali máu.

Có thể tăng nhẹ men gan AST và ALT.

Protein niệu thoáng qua.

Hình ảnh tổn thương viêm phổi trên phim X-quang (Pneumotypus).

Cây máu, cây phân, cây tủy xương, đào ban, nước tiểu tìm vi khuẩn thương hàn

Chọc dò dịch não tủy (nếu có dấu hiệu màng não): dịch đục, tăng protein và tế bào, nuôi cấy có thể phân lập được trực khuẩn thương hàn.

Phản ứng Widal: làm 2 lần để đánh giá hiệu giá kháng thể.

3.3. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Sống hoặc đến vùng có bệnh lưu hành, ăn uống không đảm bảo vệ sinh, tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh thương hàn mà không đảm bảo vệ sinh tay.

Sốt từ từ tăng dần, nhiệt độ hình cao nguyên.

Tiêu hóa: bụng chướng, ùng ục hố chậu phải, lưỡi quay, lách to, phân lỏng màu vàng bí ngô.

Tâm thần kinh: có thể có li bì, thờ ơ, mê sảng hoặc hôn mê.

Tim mạch: mạch chậm.

Hô hấp: rale phế quản, gõ đục đáy phổi phải.

Đào ban ở bụng, ngực.

b. Xét nghiệm

Phân lập được trực khuẩn thương hàn từ các bệnh phẩm: máu, tủy xương, dịch não tủy, phân, đào ban, nước tiểu.

Phản ứng Widal: hiệu giá kháng thể trên 1:160 trong một mẫu lần 1 hoặc hoặc hiệu giá kháng thể lần 2 tăng gấp 4 lần so với lần 1.

3.4. Thể bệnh

a. *Thể thông thường điển hình*

b. *Thể không điển hình*: chỉ sốt kéo dài đơn thuần, không có các biểu hiện nhiễm độc, rối loạn tiêu hóa thoáng qua.

c. *Thể khởi phát bất thường*: viêm màng não, viêm phổi hoặc thủng ruột.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

Dựa vào lâm sàng, khó phân biệt thương hàn với sốt do các căn nguyên khác trong tuần đầu của bệnh.

Viêm nội tâm mạc, nhiễm khuẩn huyết, bệnh do *Brucella*, lao và các áp xe.

Bệnh do *Rickettsia*.

Bệnh do đơn bào như sốt rét, bệnh *Leshmania* nội tạng, áp xe gan amip.

Bệnh do virus như cúm, Dengue.

Bệnh không do nhiễm trùng như bệnh mô liên kết và các rối loạn tăng sinh lympho bào.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

Dùng kháng sinh thích hợp.

Điều trị hỗ trợ và chăm sóc tốt.

Phát hiện sớm và điều trị các biến chứng như thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa và các biến chứng khác.

Dùng corticoid liều cao cho những người bệnh có biểu hiện viêm não hoặc nhiễm độc nội độc tố nặng.

4.2. Điều trị đặc hiệu

Các kháng sinh vi khuẩn thương hàn đã kháng lại: ampicillin, amoxicillin, chloramphenicol, co-trimoxazol.

Các kháng sinh còn hiệu lực: fluoroquinolon (ciprofloxacin, ofloxacin và pefloxacin) hoặc cephalosporin thế hệ III (cefotaxim, ceftriaxon).

Có thể sử dụng azithromycin.

Liều lượng thuốc:

- Ciprofloxacin hoặc ofloxacin: 15 mg/kg/ngày, có thể lên tới 20 mg/kg/ngày.
- Cephalosporin thế hệ III: 2 - 3 g/ngày.
- Azithromycin: 1 g/ngày.

Thời gian: 5 - 7 ngày hoặc 10 - 14 ngày đối với trường hợp có biến chứng.

4.3. Điều trị hỗ trợ

Ăn thức ăn mềm, ít xơ, dễ tiêu, giàu dinh dưỡng.

Bù đủ dịch và điều chỉnh rối loạn điện giải.

Sử dụng corticoid cho những thể nặng (viêm não, viêm cơ tim và sốc): dexamethason liều 3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm trong vòng 30 phút. Sau đó cứ mỗi 6 giờ lại dùng một liều dexamethason 1 mg/kg cho đến hết 8 liều.

Điều trị các biến chứng (trụy mạch, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột...).

4.4. Các trường hợp tái phát và người mang khuẩn

Các trường hợp tái phát: điều trị lại theo phác đồ trên.

Người mang vi khuẩn:

Ampicillin hoặc amoxicillin 100 mg/kg/ngày kết hợp với probenecid 30 mg/kg/ngày trong 3 tháng, hoặc

Co-trimoxazol 1 viên 480 mg x 2 lần/ngày trong 3 tháng, hoặc

Ciprofloxacin 750 mg x 2 lần/ngày trong 4 tuần.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Các biến chứng tiêu hóa

Xuất huyết tiêu hóa.

Thủng ruột.

Viêm miệng lợi.

Thương hàn đại tràng: ỉa chảy nhiều, phân nặng mùi. Người bệnh đau nhiều thượng vị và hố chậu trái, bụng chướng và có thể thấy quai đại tràng nổi lên.

Liệt ruột, xuất huyết khoang phúc mạc với triệu chứng viêm phúc mạc, viêm tụy xuất huyết.

5.2. Các biến chứng gan mật

Tăng nhẹ transaminase.

Viêm túi mật cấp hoặc mạn tính.

5.3. Các biến chứng tim mạch

Trụy tim mạch, viêm cơ tim, viêm động mạch, viêm tĩnh mạch sâu.

Hiếm gặp: viêm màng ngoài tim và viêm nội tâm mạc.

5.4. Các biến chứng hệ thần kinh

Viêm màng não.

Viêm não tủy. Viêm tủy cắt ngang.

Viêm thần kinh sọ và thần kinh ngoại biên.

Hội chứng Guillain-Barré.

5.5. Các biến chứng khác

Áp xe phổi, viêm màng phổi thanh tở huyết.

Rối loạn đông máu do tiêu thụ (DIVC).

Hiếm gặp: viêm xương, viêm cầu thận, viêm ống thận, hội chứng tan máu urê huyết cao.

5.6. Tái phát

Thường nhẹ.

Do điều trị không đủ liều lượng thuốc hoặc đủ ngày.

Biểu hiện: sốt lại khoảng 2 tuần sau khi ngừng kháng sinh hoặc 2 tuần sau khi hồi phục.

5.7. Người mang khuẩn mạn tính

Không có triệu chứng.

Vi khuẩn trong đường mật, tổ chức lympho ở ruột và được đào thải qua phân (có thể kéo dài hàng năm).

6. PHÒNG BỆNH

Biện pháp cơ bản phòng chống bệnh là:

- Cải thiện hệ thống cấp thoát nước và xử lý nước thải - rác thải.
- Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm.
- Giữ vệ sinh cá nhân như rửa tay trước khi ăn và sau khi đi ngoài.
- Xử lý nguồn nhiễm:
- + Phát hiện và điều trị những người mang khuẩn mạn tính.

+ Điều trị cách ly người mắc bệnh.

- Dự phòng bằng vaccin:

+ Chỉ định cho quân nhân và những người có nguy cơ phơi nhiễm cao như nhân viên y tế.

+ Hai loại vaccin: (1) vaccin cổ điển sống giảm độc lực TAB hiện không còn dùng nữa vì miễn dịch thu được yếu và khó dung nạp; (2) Vaccin polysaccharide tiêm đặc hiệu cho S. Typhi (Typhim-Vi của Viện Mérieux): tiêm bắp hoặc dưới da một mũi là đủ, bảo vệ được ít nhất là 3 năm.

BỆNH LÝ TRỰC KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh do *Shigella* là tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở đường tiêu hóa do trực khuẩn *Shigella* gây nên với hội chứng lý điển hình là đau quặn bụng, mót rặn và đi ngoài phân lỏng như nước rửa thịt.

Biểu hiện lâm sàng của bệnh do *Shigella* có thể thay đổi từ thể tiêu chảy nhẹ phân lỏng nước cho đến các thể nặng nề với đau bụng quặn, mót rặn, tiêu phân nhày máu, sốt và dấu hiệu nhiễm trùng nhiễm độc.

Biểu hiện ở đường tiêu hóa thường tự khỏi trong vài ngày. Dùng kháng sinh sớm có tác dụng giúp hồi phục sớm và rút ngắn thời gian thải vi khuẩn ra phân.

Hàng năm, toàn thế giới có 165 triệu trường hợp mắc lý trực khuẩn do *Shigella*, trong đó có 1 triệu ca tử vong. Lây truyền trực khuẩn lý *Shigella* có thể trực tiếp từ người sang người qua tay mang vi khuẩn hoặc qua thức ăn, nước uống bị nhiễm trực khuẩn lý.

Tỷ lệ tử vong tùy theo cơ địa người bệnh và tùy typ *Shigella*. Tỷ lệ tử vong do *S. dysenteriae* 1 tử vong có thể từ 10% - 30%. *S. sonnei* chỉ gây tử vong 1%.

2. NGUYÊN NHÂN

Shigella là trực khuẩn Gram âm thuộc họ *Enterobacteriaceae*. Có bốn nhóm *Shigella* chính là *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii*, và *Shigella sonnei*. *Shigella dysenteriae* 1 (còn gọi là trực khuẩn Shiga) hay gây dịch và tử vong cao hơn các typ khác.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a. Thời kỳ ủ bệnh

- Thường kéo dài 12 - 72 giờ (trung bình 1 - 5 ngày), không có biểu hiện lâm sàng.

b. Thời kỳ khởi phát

- Khởi phát đột ngột với các triệu chứng:

- Hội chứng nhiễm trùng: sốt cao 39 - 40°C, thường kèm theo ớn lạnh, đau nhức cơ toàn thân, mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn hoặc nôn, trẻ nhỏ có thể bị co giật do sốt cao.

- Triệu chứng tiêu hóa: tiêu chảy phân lỏng, toàn nước, kèm theo đau bụng.

- Thời kỳ này kéo dài 1 đến 3 ngày.

c. Thời kỳ toàn phát

Bệnh diễn tiến thành bệnh cảnh lý đầy đủ:

- Đau bụng quặn từng cơn. Thể trạng suy sụp nhanh chóng, người mệt mỏi, hốc hác, môi khô, lưỡi vàng bản.

- Mót rặn, đau vùng trực tràng, có thể dẫn đến sa trực tràng do rặn nhiều.

- Đi ngoài phân nhày máu mũi, nhiều lần (có thể 20 - 40 lần/ngày), số lượng phân ít dần theo thời gian bị bệnh. Diễn hình phân như nước rửa thịt.

- Khám bụng: đau, chướng nhất là phần dưới bên trái, vùng đại tràng sigma, có thể đau toàn bộ khung đại tràng.

d. Thời kỳ lui bệnh và hồi phục

- Sốt giảm dần rồi hết, người đỡ mệt, cảm giác thèm ăn dần trở lại.

- Các cơn đau bụng thưa và nhẹ dần rồi hết.

- Giảm rồi hết cảm giác mót rặn.

- Số lần đi ngoài giảm dần, nhày máu mũi giảm dần rồi hết, đi ngoài phân sệt rồi thành khuôn trở lại.

- Đi tiểu nhiều, bụng hết đầy chướng.

3.2. Cận lâm sàng

a. Công thức máu

Bạch cầu thường tăng, tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.

Hồng cầu bình thường hoặc giảm nhẹ.

b. Xét nghiệm phân

Soi tươi: có hồng cầu, bạch cầu đa nhân.

Cấy phân: phân lập trực khuẩn *Shigella*.

c. Soi trực tràng

Hình ảnh viêm lan tỏa cấp tính niêm mạc, có nhiều vết loét nông đường kính 3-7 mm, có thể xuất huyết chỗ loét.

3.3. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

Sốt và triệu chứng toàn thân.

Hội chứng lý: đau quặn bụng, mót rặn, phân nhày máu mũi.

b. Cận lâm sàng

Phân lập được trực khuẩn *Shigella* từ phân người bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Dùng kháng sinh sớm và thích hợp để giảm thời gian bị bệnh và giảm thải vi khuẩn ra ngoài môi trường.

- Bồi phụ nước và điện giải sớm và kịp thời để tránh để xảy ra tình trạng sốc do mất nước và rối loạn điện giải.

- Điều trị các triệu chứng khác gồm giảm đau bụng, hạ sốt, trợ tim mạch và các triệu chứng liên quan khác đồng thời với điều trị căn nguyên và bồi phụ nước điện giải.

- Đảm bảo phòng chống lây nhiễm và thông báo dịch theo quy định.

4.2. Điều trị cụ thể

a. Bồi phụ nước điện giải

- Cần đánh giá mức độ mất nước, điện giải của người bệnh để bù dịch phù hợp và kịp thời.

+ Mất nước nhẹ, không nôn: bù dịch bằng đường uống với oresol.

+ Mất nước từ trung bình tới nặng, kèm theo nôn: bù dịch đường tĩnh mạch với các loại dung dịch: mặn ngọt, lactate ringer hoặc acetate ringer. Cần phải dựa vào xét nghiệm điện giải đồ để lựa chọn chủng loại dịch cho phù hợp nhằm bồi phụ natri và kali cho đầy đủ.

- Theo dõi mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu để điều chỉnh lượng dịch cũng như tốc độ truyền dịch.

b. Kháng sinh

Cần phải dựa vào tính nhạy cảm và đề kháng kháng sinh của trực khuẩn *Shigella* để lựa chọn kháng sinh có tác dụng.

Các thuốc được khuyến cáo sử dụng điều trị trực khuẩn lỵ *Shigella* hiện nay là:

- Ciprofloxacin 500 mg x 2 lần/ngày hoặc

- Pefloxacin 400 mg x 2 lần/ngày hoặc

- Ofloxacin 200 mg x 2 lần/ngày hoặc

- Levofloxacin 500 mg x 1 lần/ngày

Thời gian điều trị: 5 ngày.

Các kháng sinh có thể sử dụng để điều trị lỵ trực khuẩn ở những nơi vi khuẩn còn nhạy cảm với Ampicillin và Biseptol.

- Ampicillin 50 - 100 mg/kg/ngày, chia 4 lần, liều cho trẻ em thường là 100 mg/kg/ngày, chia 4 lần.

- Trimethoprim + sulfamethoxazol (viên TMP 80 mg + SMX 400 mg) ngày uống 2 lần, mỗi lần 2 viên (người lớn); hoặc TMP 8 mg/kg/ngày chia 2 lần (trẻ em).

c. Điều trị triệu chứng

- Sốt cao: sử dụng thuốc hạ nhiệt paracetamol 60 mg/kg/ngày, mỗi lần 10 mg/kg/ngày hoặc các biện pháp hạ nhiệt không dùng thuốc.

- Giảm đau:

+ Atropin 1/4 mg x 2 ống/1 lần (tiêm dưới da hoặc tiêm bắp) khi đau.

+ Visceralgin 40 mg (ống hoặc viên): tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm 1 ống 1 lần; hoặc uống 1 lần 2 viên (4 - 6 viên/ngày).

+ Buscopan viên 10 mg x 2 viên/1 lần, 2 - 4 lần/ngày.

- Điều hòa nhu động ruột, chống nôn:

+ Primperan 10 mg (ống hoặc viên): tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm, hoặc cho uống 10 - 20 mg/1 lần, 2 - 3 lần/ngày.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Biến chứng thường ít xảy ra, ngay cả trong trường hợp không được điều trị, trừ ở người già và trẻ em nhỏ.

a. Biến chứng sớm

Sốc giảm thể tích do mất nước và điện giải.

Suy thận cơ năng, có thể dẫn đến suy thận thực thể.

Sa trực tràng hay gặp ở người già.

Thủng ruột già ở cơ địa suy kiệt.

Bội nhiễm vi khuẩn khác: nhiễm khuẩn huyết do E. coli, viêm màng não, viêm phổi, viêm tuyến mang tai, viêm thần kinh ngoại biên, hội chứng tán huyết urê huyết cao.

b. Biến chứng muộn.

Suy dinh dưỡng.

Hội chứng Reiter.

6. PHÒNG BỆNH

Vệ sinh thực phẩm, vệ sinh ăn uống, và vệ sinh nước: cần rửa tay cẩn thận trước khi ăn và chế biến thực phẩm. Sử dụng nước sạch. Xử lý nước thải hợp vệ sinh. Diệt ruồi nhặng. Kiểm tra vệ sinh các loại thức uống và thức ăn chế biến sẵn.

Phát hiện và cách ly người bệnh. Khử khuẩn chất thải của người bệnh.

BỆNH CÚM MÙA

1. ĐẠI CƯƠNG

Cúm mùa là một bệnh nhiễm trùng hô hấp cấp tính do virus cúm gây nên. Bệnh xảy ra hàng năm, thường vào mùa đông xuân. Bệnh lây nhiễm trực tiếp từ người bệnh sang người lành thông qua các giọt bắn nhỏ khi nói chuyện, khi ho, hắt hơi. Tại Việt Nam, các virus gây bệnh cúm mùa thường gặp là cúm A/H3N2, A/H1N1 và cúm B.

Bệnh cúm mùa tiến triển thường lành tính, nhưng cũng có thể biến chứng nặng và nguy hiểm hơn ở những người có bệnh lý mạn tính về tim mạch và hô hấp, người bị suy giảm miễn dịch, người già (> 65 tuổi), trẻ em (< 5 tuổi) và phụ nữ có thai.

Dù đa số lành tính, nhưng do số người mắc nhiều, số tử vong do cúm ở những người có biến chứng cao một cách không ngờ. Cần phân biệt cúm mùa H1N1 với cúm đại dịch A/H1N1/2009 (tên đầy đủ là PBA9 H1N1) là chủng virus cúm mới lai tạo giữa virus cúm lợn, virus cúm chim và virus cúm người.

Bệnh có thể gây viêm phổi nặng, suy đa phủ tạng dẫn đến tử vong.

2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Virus gây bệnh cúm là *Myxovirus influenzae*, thuộc họ *Orthomyxoviridae*, có chứa ARN, sợi đơn, xoắn đối xứng, vỏ ngoài để lộ ra hai kháng nguyên glycoprotein là neuraminidase (NA) và hemagglutinine (HA1-HA2). Kháng nguyên H và N của virus cúm A thường xuyên biến đổi theo thời gian, nếu biến đổi ít gọi là dời kháng nguyên (draft), biến đổi nhiều là chuyển kháng nguyên (shift). Điều này giải thích những vụ đại dịch, người mắc đợt trước vẫn có thể mắc đợt sau, và vaccin khó có hiệu quả.

Kháng nguyên H có từ H1 đến H15, N có từ N1 đến N9. Trong đó tổ hợp các virus cúm có H từ H1 đến H3 và N từ N1 đến N3 là những virus gây cúm cho người (H1N1, H2N1, H3N1...) Từ H5 đến H9 thường gây bệnh cho loài chim.

Có thể có tình trạng lai tạo giữa cúm người, cúm chim và cúm của các động vật (như lợn) tạo thành những chủng cúm mới gây bệnh cho người (ví dụ cúm PBA9 H1N1 xảy ra năm 2009 ở Mexico lan sang Hoa Kỳ).

Đặc tính kháng nguyên cho phép phân virus cúm thành 3 loại chính: A, B, C, khác nhau hoàn toàn về tính kháng nguyên (không có miễn dịch chéo). Dịch gây ra bởi virus cúm A, có chu kỳ khoảng 2-3 năm, tạo ra các vụ dịch lan rộng, đặc trưng bằng tỷ lệ tử vong cao, đặc biệt là ở người già. Dịch gây ra do virus cúm B có chu kỳ dài hơn 5-6 năm, dịch thường khu trú hơn, ít nghiêm trọng hơn nhưng đôi khi có thể phối hợp với dịch do cúm A gây ra. Virus cúm C có thể gây dịch một mình hoặc phối hợp với dịch cúm A hoặc là một số ca bệnh lẻ tẻ.

Các chủng được đặt tên dựa theo: typ kháng nguyên, nguồn gốc vật chủ nếu không phải là người, nguồn gốc địa lý, mã số chủng, năm phân lập virus.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Sốt (thường trên 38⁰C), đau nhức cơ toàn thân và có một trong số các biểu hiện về hô hấp như đau họng, hắt hơi, ngạt mũi, chảy nước mũi, ho, khó thở.

- Hình ảnh chụp XQ phổi bình thường hoặc có tổn thương thâm nhiễm lan tỏa ở phổi.

3.2. Xét nghiệm: công thức máu bạch cầu bình thường hoặc giảm.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Có yếu tố dịch tễ: sống hoặc đến từ khu vực có bệnh cúm lưu hành hoặc có tiếp xúc trực tiếp với người bệnh cúm.

- Lâm sàng: có các triệu chứng như nêu trên.

- Xét nghiệm dương tính với virus cúm bằng kỹ thuật RT-PCR hoặc real time RT-PCR hoặc nuôi cấy virus đối với các bệnh phẩm là dịch ngoáy họng, dịch tỵ hầu, dịch phế quản.

3.4. Chẩn đoán mức độ bệnh

a. Cúm chưa có biến chứng (cúm nhẹ)

Lâm sàng có biểu hiện hội chứng cúm đơn thuần.

b. Cúm có biến chứng (cúm nặng)

Là ca bệnh có biểu hiện lâm sàng như trên hoặc ca bệnh đã được chẩn đoán xác định kèm theo một trong các biểu hiện sau:

+ Có tổn thương ở phổi với biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng (thở nhanh, khó thở, SpO₂ giảm, PaO₂ giảm) và/hoặc:

+ Có các biến chứng thứ phát như viêm xoang, viêm phổi do bội nhiễm vi khuẩn, sốc nhiễm khuẩn, suy đa phủ tạng.

+ Có các dấu hiệu nặng lên của các bệnh lý mạn tính kèm theo (bệnh phổi, bệnh gan, suy thận, tiểu đường, bệnh tim mạch, bệnh về máu).

Các đối tượng nguy cơ dễ mắc cúm biến chứng bao gồm:

+ Trẻ em: dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng, béo phì, hen phế quản hoặc bị suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.

+ Người già trên 65 tuổi.

+ Phụ nữ có thai.

+ Người lớn mắc các bệnh mạn tính.

+ Suy giảm miễn dịch (người bệnh đang điều trị thuốc chống ung thư, HIV/AIDS).

3.5. Chẩn đoán phân biệt

- Nhiễm các loại virus khác (như *Parainfluenza*, *Adenovirus*, virus hợp bào hô hấp, *Coronavirus*, *Enterovirus*).

- Nhiễm các vi khuẩn nội bào (như *Mycoplasma*, *Chlamydiae*, *Coxiella*).

Bệnh cảnh lâm sàng đều giống như cúm (hội chứng cúm). Chỉ có xét nghiệm sinh học mới có giá trị chẩn đoán tác nhân gây bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc chung

Người bệnh nghi ngờ nhiễm cúm hoặc đã xác định nhiễm cúm phải được cách ly y tế và thông báo kịp thời cho cơ quan y tế dự phòng.

Nhanh chóng đánh giá tình trạng người bệnh và phân loại mức độ bệnh. Các trường hợp bệnh nặng hoặc có biến chứng nặng cần kết hợp các biện pháp hồi sức tích cực và điều trị căn nguyên.

Thuốc kháng virus được dùng càng sớm càng tốt khi có chỉ định.

Ưu tiên điều trị tại chỗ, nếu điều kiện cơ sở điều trị cho phép nên hạn chế chuyển tuyến.

4.2. Xử trí theo mức độ bệnh

Cúm có biến chứng: cần được nhập viện để điều trị và dùng thuốc kháng virus càng sớm càng tốt.

Cúm có kèm theo các yếu tố nguy cơ: nên được nhập viện để theo dõi và xem xét điều trị sớm thuốc kháng virus.

Cúm chưa biến chứng: có thể không cần xét nghiệm hoặc điều trị cúm tại cơ sở y tế nếu biểu hiện triệu chứng nhẹ. Nếu triệu chứng nặng lên hoặc người bệnh lo lắng về tình trạng sức khỏe nên đến cơ sở y tế để được tư vấn và chăm sóc.

4.3. Điều trị thuốc kháng virus

Chỉ định: các trường hợp nhiễm cúm A hoặc B (nghi ngờ hoặc xác định) có biến chứng hoặc có yếu tố nguy cơ.

Thuốc được sử dụng hiện nay là oseltamivir hoặc/và zanamivir.

Liều lượng oseltamivir được tính theo lứa tuổi và cân nặng. Thời gian điều trị là 5 ngày.

- Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75 mg x 2 lần/ngày.

- Trẻ em \geq 12 tháng đến \leq 13 tuổi:

+ Cân nặng \leq 15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 15 kg đến 23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 23 kg đến 40 kg: 60 mg x 2 lần/ngày.

+ Cân nặng > 40 kg: 75 mg x 2 lần/ngày.

- Trẻ < 12 tháng tuổi:

+ 0-1 tháng 2 mg/kg x 2 lần/ngày.

+ > 1-3 tháng 2,5 mg/kg x 2 lần/ngày.

+ > 3-12 tháng 3 mg/kg x 2 lần/ngày.

Zanamivir: dạng hít định liều, sử dụng trong các trường hợp không có oseltamivir, chậm đáp ứng hoặc kháng với oseltamivir. Liều lượng zanamivir được tính như sau:

Người lớn và trẻ em > 7 tuổi: 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 2 lần/ngày.

Trẻ em từ 5 - 7 tuổi: 10 mg (2 lần hít 5-mg) x 1 lần/ngày.

4.4. Điều trị cúm biến chứng

Hỗ trợ hô hấp khi có suy hô hấp: thở oxy, thở CPAP hoặc thông khí nhân tạo tùy từng trường hợp.

Phát hiện và điều trị sớm các trường hợp bội nhiễm vi khuẩn với kháng sinh thích hợp.

Phát hiện và điều trị suy đa phủ tạng.

4.5. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt: chỉ dùng paracetamol khi sốt trên 38,5⁰C, không dùng thuốc nhóm salicylate như aspirin để hạ sốt.

Đảm bảo cân bằng nước điện giải.

Đảm bảo chế độ dinh dưỡng hợp lý.

4.6. Tiêu chuẩn ra viện

Hết sốt và hết các triệu chứng hô hấp trên 48 giờ (trừ ho).

Tình trạng lâm sàng ổn định.

Sau khi ra viện phải cách ly y tế tại nhà cho đến hết 7 ngày tính từ khi khởi phát triệu chứng.

5. DỰ PHÒNG

5.1. Các biện pháp phòng bệnh chung

Phải đeo khẩu trang khi tiếp xúc với người bệnh nghi nhiễm cúm.

Tăng cường rửa tay.

Vệ sinh hô hấp khi ho khạc.

Tránh tập trung đông người khi có dịch xảy ra.

5.2. Phòng lây nhiễm từ người bệnh

Cách ly người bệnh ở buồng riêng.

Người bệnh phải đeo khẩu trang trong thời gian điều trị.

Thường xuyên làm sạch và khử khuẩn buồng bệnh và quần áo, dụng cụ của người bệnh.

5.3. Phòng cho nhân viên y tế

Rửa tay thường quy trước và sau khi thăm khám người bệnh bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh.

Phương tiện phòng hộ gồm khẩu trang, găng tay, mũ, bao giầy hoặc ủng, mặt nạ che mặt... phải luôn có sẵn ở khu vực cách ly, được sử dụng đúng cách và khi cần thiết. Sau khi dùng được xử lý theo quy định của Bộ Y tế.

Giám sát: lập danh sách nhân viên y tế trực tiếp chăm sóc, điều trị cho người bệnh, nhân viên làm việc tại khoa có người bệnh và nhân viên phòng xét nghiệm xử lý bệnh phẩm. Những nhân viên này cần được theo dõi thân nhiệt và các biểu hiện lâm sàng hàng ngày.

Nhân viên mang thai, mắc bệnh tim phổi mạn tính nên tránh tiếp xúc với người bệnh.

5.4. Tiêm phòng vaccin cúm

Nên tiêm phòng vaccin cúm hàng năm.

Các nhóm có nguy cơ lây nhiễm cúm nên được tiêm phòng cúm là:

- Nhân viên y tế;
- Trẻ từ 6 tháng đến 8 tuổi;
- Người có bệnh mạn tính (bệnh phổi mạn tính, bệnh tim bẩm sinh, suy tim, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch...).
- Người trên 65 tuổi.

5.5. Dự phòng bằng thuốc

Có thể điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus oseltamivir (Tamiflu) cho những người thuộc nhóm nguy cơ cao mắc cúm biến chứng có tiếp xúc với người bệnh được chẩn đoán xác định cúm.

Thời gian điều trị dự phòng là 10 ngày.

Liều lượng như sau:

- Người lớn và trẻ em > 13 tuổi: 75 mg x 1 lần/ngày.
- Trẻ em \geq 12 tháng đến \leq 13 tuổi:
 - + Cân nặng \leq 15 kg: 30 mg x 1 lần/ngày.
 - + Cân nặng > 15 kg đến 23 kg: 45 mg x 1 lần/ngày.
 - + Cân nặng > 23 kg đến 40 kg: 60 mg x 1 lần/ngày.
 - + Cân nặng > 40 kg: 75 mg x 1 lần/ngày.

- Trẻ em < 12 tháng

+ < 3 tháng Không khuyến cáo trừ trường hợp được cân nhắc kỹ.

+ 3-5 tháng 20 mg x 1 lần/ngày.

+ 6-11 tháng 25 mg x 1 lần/ngày.

BỆNH VIÊM MÀNG NÃO TĂNG BẠCH CẦU ÁI TOAN

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm màng não (VMN) tăng bạch cầu (BC) ái toan được xác định khi dịch não tủy có trên 10 bạch cầu ái toan/mm³ và/hoặc số BC ái toan chiếm trên 10% số bạch cầu trong dịch não tủy.

VMN tăng BC ái toan nhiễm trùng thường liên quan đến nhiễm ấu trùng của các loài giun sán như giun phổi chuột *Angiostrongilus cantonensis*, giun đũa chó *Toxocara canis*, giun gai *Gnathostoma spinigerum* và một số loài giun khác, bệnh nấm Coccidioido. VMN do các nguyên nhân này thường diễn biến kéo dài, mức độ nặng phụ thuộc vào lượng ấu trùng bị nhiễm; bạch cầu ái toan có thể chỉ xuất hiện thoáng qua trong dịch não tủy hoặc trong máu và chẩn đoán đặc hiệu thường khó khăn; bệnh có thể dẫn tới tử vong hoặc di chứng thần kinh nặng nề.

Các nguyên nhân không nhiễm trùng gây tăng BC ái toan trong dịch não tủy bao gồm sử dụng thuốc cản quang trong chẩn đoán hình ảnh hệ thần kinh trung ương, dẫn lưu não thất, dị ứng thuốc, bệnh máu ác tính, bệnh Hodgkin và một số u ác tính khác.

2. NGUYÊN NHÂN

Giun phổi chuột *Angiostrongilus cantonensis*: là nguyên nhân phổ biến nhất gây VMN tăng BC ái toan. Người nhiễm *A.cantonensis* khi ăn phải các động vật và rau nhiễm ấu trùng giun chưa được nấu chín. Trong cơ thể người, ấu trùng *A.cantonensis* xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương gây viêm, xuất huyết, hoại tử và sự hình thành các u hạt quanh ấu trùng giun trong tổ chức não.

Các loại giun sán khác có thể gây VMN tăng BC ái toan bao gồm *Toxocara canis* (giun đũa chó), *Gnathostoma spinigerum* (giun gai), *Trichinella spiralis* (giun xoắn), *Taenia solium* (sán lợn), v.v... Người nhiễm các loại giun sán này khi ăn phải các thức ăn chứa ấu trùng chưa được nấu chín, thường là thịt động vật, có thể nhiễm trực tiếp từ môi trường. Ấu trùng của các loại giun sán này thường gây bệnh cảnh ấu trùng di trú (giun đũa chó, giun gai) hoặc tạo thành nang hoặc kén (sán lợn, giun xoắn) trong các mô mềm và các cơ quan nội tạng, có thể xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương, gây tổn thương cơ học (xuất huyết, hoại tử), và phản ứng viêm.

Giun đũa gấu trúc châu Mỹ *Baylisascaris procyonis* và nấm Coccidioido là hai tác nhân gây viêm màng não tăng bạch cầu ái toan lưu hành ở châu Mỹ.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh có thể kéo dài từ 6 ngày đến 30 ngày, trung bình 1 đến 2 tuần đối với *A.cantonensis*.

- Khởi phát có thể đột ngột hoặc bán cấp.

Đau đầu nặng, buồn nôn, nôn, rối loạn cảm giác;

Sốt có thể có hoặc không;

Dấu hiệu màng não từ kín đáo đến rõ ràng;

Rối loạn tinh thần và tổn thương thần kinh khu trú có thể gặp ở một số người bệnh nặng.

- Nhiễm ấu trùng giun gai có thể đi kèm biểu hiện phù ở mắt và chi, đau dọc các dây thần kinh, rối loạn cảm giác và vận động tại những nơi ấu trùng giun di trú; sự xâm nhập của ấu trùng vào mắt có thể gây phản ứng viêm mãn liệt, có thể dẫn đến mù.

- Tổn thương mắt có thể gặp trong nhiễm ấu trùng giun đũa chó, nhiễm ấu trùng sán lợn.

- Nhiễm ấu trùng sán lợn thường đi kèm với nang sán dưới da, trong cơ và các cơ quan nội tạng khác ngoài não và màng não.

- Nhiễm giun xoắn *T.spiralis* đi kèm với đau cứng cơ toàn thân, phù.

3.2. Cận lâm sàng

- Dịch não tủy (DNT): dịch não tủy thường trong, áp lực tăng, có thể lẫn máu trong nhiễm ấu trùng giun gai.

+ Sinh hóa DNT: protein tăng, đường bình thường, có thể tăng trong một số ít trường hợp;

+ Tăng bạch cầu ái toan trong DNT là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán; tỷ lệ BC ái toan thường tăng trên 10%, có thể cao hơn, nhưng có thể hoàn toàn bình thường.

Bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi có thể tăng đơn độc, thoáng qua, có thể đi kèm với tăng bạch cầu ái toan trong dịch não tủy.

3.3. Chẩn đoán xác định

VMN tăng BC ái toan được chẩn đoán chủ yếu trên cơ sở tăng BC ái toan trong DNT và/hoặc trong máu ngoại vi; tiền sử ăn các thức ăn chưa nấu chín từ động vật (ốc sên, tôm, ếch, v.v...) và rau xanh có giá trị hỗ trợ chẩn đoán nhưng rất ít khi có thể khai thác được từ người bệnh. Các xét nghiệm chẩn đoán đặc hiệu hiện rất hiếm và khó tiếp cận.

Ấu trùng *A.cantonensis* rất hiếm khi được tìm thấy trong DNT. Chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI) trong các trường hợp nhiễm *A.cantonensis* nặng có thể thấy hình ảnh tổn thương màng não, các tổn thương dưới vỏ; tăng tín hiệu trên T2 ở vùng dưới vỏ và rìa não thất. Xét nghiệm kháng thể bằng phương pháp Western blot cho thấy có đáp ứng với kháng nguyên 31 kDa của *A.cantonensis*, nhưng xét nghiệm này hiện chưa có tại Việt Nam.

Nhiễm ấu trùng sán lợn cho hình ảnh các kén sán trong tổ chức não trên phim chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ. Xét nghiệm huyết thanh học - ngưng

kết hồng cầu gián tiếp trong DNT và ELISA trong huyết thanh - có thể sử dụng để khẳng định chẩn đoán.

Nhiễm ấu trùng giun đũa chó có thể khẳng định bằng xét nghiệm tìm ấu trùng trong mô bị tổn thương qua xét nghiệm mô bệnh học hoặc ly giải mô. Xét nghiệm ELISA sử dụng sản phẩm từ ấu trùng *T.canis* có tính đặc hiệu và có thể sử dụng để khẳng định chẩn đoán. Tuy nhiên, hiệu giá kháng thể với *Toxocara* trong quần thể dân cư không có biểu hiện lâm sàng có thể dao động đáng kể, và một hiệu giá kháng thể tăng không thể khẳng định chẩn đoán một cách chắc chắn.

Nhiễm giun xoắn có thể khẳng định bằng sinh thiết cơ và xét nghiệm mô bệnh học tìm giun trong tổ chức cơ vân, xét nghiệm huyết thanh học.

Nhiễm ấu trùng giun gai thường đi kèm với các vùng xuất huyết trong tổ chức não trên phim CT, có thể nhầm với xuất huyết do tai biến mạch não; dịch não tủy thường có màu vàng hoặc lẫn máu; ấu trùng giun thường không thể tìm thấy trong dịch não tủy; bạch cầu ái toan trong máu thường tăng cao hơn so với nhiễm giun phổi chuột. Các xét nghiệm huyết thanh học chẩn đoán nhiễm giun gai hiện chưa phổ biến ở Việt Nam.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Viêm màng não mủ do vi khuẩn thường khởi phát đột ngột; người bệnh thường sốt cao; rối loạn tinh thần có thể xuất hiện sớm nếu người bệnh không được điều trị phù hợp; DNT thường biến loạn điển hình với tăng protein, đường hạ; số lượng bạch cầu tăng rất cao, từ vài trăm đến hàng chục ngàn, chủ yếu là BC đa nhân trung tính; số lượng BC và tỷ lệ BC đa nhân trung tính trong máu ngoại vi cũng tăng cao; số lượng và tỷ lệ bạch cầu ái toan không tăng trong cả DNT và máu ngoại vi. Vi khuẩn gây bệnh có thể được xác định qua nhuộm soi DNT, nuôi cấy DNT và máu.

Viêm màng não do virus có thể khởi phát đột ngột hoặc bán cấp. Người bệnh thường có sốt; các dấu màng não có thể kín đáo hoặc rõ ràng; tổn thương thần kinh khu trú hiếm gặp. DNT có tăng nhẹ protein, tăng tế bào, chủ yếu là bạch cầu đơn nhân. Số lượng và tỷ lệ bạch cầu ái toan không tăng trong cả DNT và máu ngoại vi.

Lao màng não thường khởi phát từ từ; đau đầu và sốt tăng dần; các dấu màng não thường kín đáo; các dấu thần kinh khu trú thường xuất hiện từ tuần bệnh thứ hai và thứ ba; các biến loạn DNT bao gồm tăng protein, đường và chlor giảm, tăng tế bào lympho và trung tính hỗn hợp; số lượng và tỷ lệ bạch cầu ái toan không tăng trong cả DNT và máu ngoại vi. Các tổn thương thường thấy trên phim chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ (MRI) sọ não là các ổ nhồi máu trong nhu mô não. Vi khuẩn lao có thể được xác định qua nhuộm kiểm toán (tỷ lệ dương tính rất thấp), nuôi cấy, và phản ứng nhân chuỗi men polymerase (PCR).

Viêm màng não do nấm *Cryptococcus neoformans* thường gặp ở người nhiễm HIV hoặc có bệnh lý suy giảm miễn dịch tiềm tàng. Bệnh thường diễn biến kéo

dài; DNT biến loạn nhẹ hoặc hoàn toàn bình thường; số lượng và tỷ lệ bạch cầu ái toan không tăng trong cả DNT và máu ngoại vi. Nấm *C.neoformans* gây bệnh có thể được phát hiện qua nhuộm soi DNT bằng mực tàu và nuôi cấy.

Một số bệnh nội khoa (lupus ban đỏ hệ thống, leukemia, dị ứng thuốc, sử dụng thuốc cản quang trong chẩn đoán hình ảnh hệ thần kinh trung ương, v.v...) có thể có biểu hiện màng não và tăng bạch cầu ái toan; người bệnh có đau đầu và sốt. Cần phân biệt biểu hiện màng não trong các bệnh này với VMN tăng BC ái toan trên cơ sở các biểu hiện tiềm tàng của bệnh nội khoa.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Điều trị VMN tăng BC ái toan chủ yếu là chống viêm và điều trị triệu chứng; điều trị căn nguyên ít có tác dụng.

4.2. Điều trị hỗ trợ

Điều trị triệu chứng: điều trị các thuốc giảm đau, chống nôn, hạ sốt, an thần, v.v... tương tự như các viêm màng não và bệnh nhiễm trùng khác. Chọc dò và dẫn lưu DNT để giảm áp lực nội sọ có tác dụng cải thiện tình trạng lâm sàng.

Điều trị các thuốc steroid: được chỉ định cho các trường hợp VMN nặng. Các thuốc steroid có tác dụng làm giảm đau đầu, cải thiện nhanh các triệu chứng lâm sàng khác (sốt, buồn nôn, nôn). Liều prednisolon phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và cần giảm dần liều trong vòng 2 tuần. Người bệnh có triệu chứng tái phát sau khi ngừng steroid có thể cần điều trị nhắc lại bằng một đợt mới. Người bệnh nhiễm ấu trùng sán lợn có chỉ định dùng steroid để ngăn ngừa phản ứng viêm do ấu trùng bị chết hàng loạt khi điều trị các thuốc chống ấu trùng như praziquantel hoặc albendazol.

4.3. Điều trị căn nguyên

Các thuốc chống giun sán có thể sử dụng trong điều trị VMN tăng BC ái toan bao gồm albendazol, thiabendazol, mebendazol, levamizol, diethylcarbamin, và một số thuốc khác. Albendazol thường được sử dụng ở liều 400 mg, uống 2 lần/ngày x 10-14 ngày. Tuy nhiên, các thuốc này ít có tác dụng với các ấu trùng đã xâm nhập vào tổ chức não. Nhiễm ấu trùng giun gai có thể điều trị bằng albendazol 400 mg, 2 lần một ngày trong 21 ngày hoặc ivermectin uống 200 mcg/kg/ngày trong 2 ngày.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Người bệnh viêm màng não tăng bạch cầu ái toan khi được điều trị chống viêm và thuốc chống giun sán thường tiến triển tốt hơn về lâm sàng: giảm sốt, giảm đau đầu; dịch não tủy cải thiện, giảm protein và tế bào. Các triệu chứng có thể tái phát khi giảm hoặc ngừng corticoid, và người bệnh cần được chỉ định lại điều trị chống viêm và giảm đau.

Một số người bệnh bị viêm màng não nặng có thể có các di chứng về thần kinh; các di chứng này có thể phục hồi dần sau khi khỏi bệnh. Nhiễm ấu trùng giun gai có thể để lại di chứng vĩnh viễn do tổn thương não nặng.

6. PHÒNG BỆNH

VMN tăng BC ái toan do nhiễm ấu trùng các loại giun sán có thể dự phòng bằng cách nấu chín kỹ các thức ăn có khả năng mang mầm bệnh như: ốc sên, tôm, cua, ếch, các loại rau mọc ở nơi có ốc sên và chuột; giữ vệ sinh, tránh phơi nhiễm với môi trường nhiễm phân chó và phân lợn; v.v...

BỆNH SỐT MÒ

1. ĐẠI CƯƠNG

Sốt mò (*scrub typhus*) là một bệnh truyền nhiễm cấp tính lưu hành ở Việt Nam. Bệnh có biểu hiện đa dạng, bao gồm sốt, vết loét ngoài da, phát ban, sung hạch, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng, có thể dẫn tới tử vong nếu không được điều trị thích hợp và kịp thời.

2. NGUYÊN NHÂN

Tác nhân gây sốt mò là *Orientia tsutsugamushi*, một loại vi khuẩn Gram (-) thuộc họ *Rickettsiaceae*. Ổ bệnh và trung gian truyền bệnh là loài mò *Leptotrombidium*. Mò nhiễm *Orientia* truyền vi khuẩn cho đời sau qua trứng và qua các giai đoạn phát triển, duy trì vòng lây truyền bệnh ở vùng dịch tễ sốt mò. *Orientia* gây bệnh chủ yếu ở chuột và các động vật gặm nhấm khác. Sốt mò lưu hành ở những nơi có cây cỏ thấp, là sinh cảnh tự nhiên của quần thể mò - chuột, thường là vùng nông thôn. Người nhiễm sốt mò khi đi vào vùng lưu hành tự nhiên của bệnh và bị ấu trùng mò nhiễm *Orientia* đốt. Bệnh thường xuất hiện lẻ tẻ, có thể gặp quanh năm, cao điểm là các tháng xuân - hè - thu, là thời gian phát triển mạnh của mò.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh của sốt mò kéo dài từ 6 ngày đến 21 ngày (trung bình từ 9 đến 12 ngày).

- Sốt: thường khởi phát đột ngột; người bệnh sốt cao liên tục, có thể kèm theo rét run, đau đầu, đau mỏi người.

- Biểu hiện da và niêm mạc:

+ Da xung huyết, có thể phù nhẹ dưới da vùng mặt và mu chân; xung huyết kết mạc mắt

+ Vết loét ngoài da: là dấu hiệu đặc hiệu của bệnh sốt mò; vết loét có hình bầu dục, kích thước từ 0,5-2 cm, có vẩy đen hoặc đã bong vẩy tạo thành vết loét có gờ, không tiết dịch; các vết loét thường không đau, khu trú ở những vùng da mềm như nách, ngực, cổ, bẹn, bụng, v.v...

+ Ban ngoài da: ban thường xuất hiện vào cuối tuần thứ nhất của bệnh, có dạng dát sần, phân bố chủ yếu ở thân, có thể ở cả chân tay; có thể gặp ban xuất huyết.

- Sung hạch lympho: người bệnh thường có hạch sung tại chỗ vết loét và hạch toàn thân; hạch có kích thước 1,5-2 cm, mềm, không đau, di động bình thường.

- Gan to, lách to: có thể gặp ở khoảng 40% số người bệnh sốt mò. Một số trường hợp có thể có vàng da.

- **Tổn thương phổi:** người bệnh thường có triệu chứng ho; nghe phổi có thể có rales; một số người bệnh có biểu hiện tràn dịch màng phổi; những trường hợp sốt mò nặng có thể có khó thở, suy hô hấp cấp dẫn tới tử vong.

- **Tổn thương tim mạch:** người bệnh sốt mò thường có tình trạng huyết áp hạ; viêm cơ tim gặp ở một số trường hợp.

- **Viêm màng não, viêm não gặp ở một số ít các trường hợp.** Người bệnh có đau đầu, có thể có rối loạn ý thức.

Nếu không được điều trị kháng sinh thích hợp, người bệnh sốt mò có thể tiến triển nặng dẫn tới biến chứng hô hấp và tim mạch gây tử vong. Các trường hợp nhẹ và vừa có thể bị sốt kéo dài 3 - 4 tuần, sau đó người bệnh hết sốt nhưng những triệu chứng mệt mỏi có thể còn kéo dài trong thời gian một vài tuần.

3.2. Cận lâm sàng

- **Công thức máu:** bạch cầu bình thường hoặc tăng; tỷ lệ bạch cầu lympho và mônô thường tăng; tiểu cầu có thể hạ.

- **X-quang phổi:** có thể gặp tổn thương kiểu viêm phế quản; một số người bệnh có tổn thương viêm phổi.

- **Chức năng gan:** thường thấy tăng men gan; có thể tăng bilirubin; nhiều người bệnh có rối loạn protid máu (giảm albumin).

- **Chức năng thận:** xét nghiệm nước tiểu có thể có protein và hồng cầu. Suy thận (tăng ure huyết và creatinin) gặp ở một số ít trường hợp, thường hồi phục nhanh chóng khi người bệnh được điều trị phù hợp.

- **Siêu âm:** có thể phát hiện gan lách to, tràn dịch màng phổi, màng bụng.

- **Trong trường hợp viêm màng não, dịch não tủy có thể biến loạn kiểu viêm màng não nước trong, tăng nhẹ tế bào và protein.**

3.3. Chẩn đoán xác định

Cần nghĩ đến sốt mò khi người bệnh có tiền sử sống hoặc đi đến các vùng có sốt mò lưu hành; người bệnh có bệnh cảnh sốt cấp tính với tổn thương ở nhiều cơ quan và phủ tạng. Chẩn đoán sốt mò trên lâm sàng rất dễ dàng nếu người bệnh có vết loét đặc hiệu ngoài da.

Các xét nghiệm chẩn đoán sốt mò thường được sử dụng:

- **Xét nghiệm huyết thanh học:** xét nghiệm kháng thể hấp phụ miễn dịch gắn men (ELISA), kháng thể miễn dịch huỳnh quang gián tiếp (IFA), kháng thể miễn dịch gián tiếp peroxidase (IIP) phát hiện IgM.

- **Phản ứng nhân chuỗi men polymerase (PCR).**

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Trong trường hợp không có vết loét, chẩn đoán gặp nhiều khó khăn do những biểu hiện của bệnh rất đa dạng, và giống với nhiều bệnh sốt cấp tính khác như thương hàn, *leptospirosis*, nhiễm một số loại virus, và nhiễm các *rickettsia* khác.

- Thương hàn cũng có các biểu hiện sốt, gan lách to, và tổn thương nhiều hệ cơ quan và phủ tạng. Khác với sốt mò, thương hàn thường khởi phát bán cấp và đi kèm với triệu chứng rối loạn tiêu hóa. Hồng ban trong thương hàn thường có số lượng ít, phân bố chủ yếu ở bụng và ngực. Xét nghiệm máu thường thấy bạch cầu hạ; nuôi cấy máu, phân và một số bệnh phẩm khác mọc vi khuẩn thương hàn (*S.typhi*, *S.paratyphi* các loại).

- *Leptospirosis* có biểu hiện chính là sốt, đau cơ, có thể có phát ban, vàng da, tổn thương phổi, suy thận; xét nghiệm máu cũng có thể có hạ tiểu cầu, tăng men gan. Dấu hiệu gợi ý chẩn đoán *leptospirosis* là đau cơ và suy thận. Nếu có điều kiện, có thể làm xét nghiệm huyết thanh học để chẩn đoán *leptospirosis* (ví dụ như Martin - Petit).

- Các bệnh nhiễm *arbovirus*: thường có diễn biến cấp tính với các triệu chứng sốt, đau đầu, mỗi người, có thể có phát ban..., tương tự như sốt mò. Dấu hiệu xuất huyết đi kèm với hạ tiểu cầu và tăng hematocrit thường gặp hơn trong sốt xuất huyết dengue. Các bệnh nhiễm *arbovirus* thường không đi kèm với gan lách to, ít khi có biểu hiện đồng thời ở nhiều cơ quan và phủ tạng, và bệnh thường tự khỏi trong vòng 5 - 7 ngày.

- Các bệnh nhiễm *rickettsia* khác: các biểu hiện chính của các bệnh nhiễm *rickettsia* cũng tương tự như sốt mò, bao gồm sốt, đau đầu, mỗi người, phát ban, tổn thương một số cơ quan và phủ tạng. Vết loét đặc hiệu ngoài da không gặp trong bệnh sốt *rickettsia* do bọ chét truyền (*murine typhus*), có thể gặp trong sốt do *rickettsia* nhóm phát ban nhưng hiếm hơn trong sốt mò. Các bệnh này thường tiến triển lành tính hơn sốt mò, có đáp ứng kháng thể đặc hiệu với kháng nguyên tương ứng, và cũng đáp ứng với các thuốc điều trị *rickettsia* như doxycyclin, chloramphenicol.

- Các bệnh nhiễm trùng huyết: có sốt, tổn thương nhiều cơ quan và phủ tạng như trong sốt mò. Nhiễm trùng huyết thường ít khi đi kèm với xung huyết và phát ban trên da, tràn dịch các màng. Cần thăm khám kỹ ngoài da và phát hiện vết loét đặc hiệu để không bỏ sót bệnh sốt mò; làm xét nghiệm cấy máu để xác định vi khuẩn gây nhiễm trùng huyết.

- Sốt rét (sốt rét tiên phát): người bệnh có sốt và rét run như trong sốt mò. Cần hỏi tiền sử đi vào vùng dịch tễ và làm lam máu tìm ký sinh trùng sốt rét để chẩn đoán xác định.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Điều trị sốt mò bao gồm điều trị kháng sinh đặc hiệu và điều trị hỗ trợ.

4.2. Điều trị cụ thể

a. Điều trị kháng sinh

Các thuốc điều trị sốt mò chính là doxycyclin và azithromycin, có ưu điểm là hấp thu tốt qua đường tiêu hóa, có thời gian bán thải kéo dài và ít tác dụng phụ. Các phác đồ điều trị sốt mò cụ thể:

- Doxycyclin: liều 0,1 g x 2 viên uống chia 2 lần/ngày trong 5 ngày. Uống thuốc sau khi ăn để tránh nôn (tránh dùng cùng các sản phẩm sữa, các thuốc giảm acid dịch vị dạ dày do có thể làm giảm hấp thu thuốc). Cho người bệnh uống bù thuốc nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống thuốc.

- Azithromycin 500 mg uống một lần/ngày x 1-3 ngày; chỉ định cho phụ nữ có thai, trẻ dưới 10 tuổi, và những người có chống chỉ định với các thuốc tetracyclin và chloramphenicol.

- Chloramphenicol tĩnh mạch hoặc uống, liều 50 mg/kg cân nặng/ngày trong 5-7 ngày.

b. Điều trị hỗ trợ

- Hạ nhiệt bằng paracetamol hoặc một thuốc hạ nhiệt khác, chườm mát, khi người bệnh sốt cao.

- Bù dịch đường uống (dung dịch ORS).

- Điều trị suy hô hấp/tuần hoàn: cho người bệnh thở oxy qua sond mũi hoặc qua mặt nạ, đặt nội khí quản và thở máy nếu tình trạng suy hô hấp nặng. Đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn, kiểm soát áp lực tĩnh mạch trung tâm; bù dịch kết hợp với các thuốc vận mạch (như dopamine) trong trường hợp hạ huyết áp.

- Điều trị suy thận: bù dịch, lợi niệu.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Người bệnh sốt mò được điều trị kháng sinh đặc hiệu thường hết sốt trong vòng từ 1 đến 3 ngày; các triệu chứng phát ban, hạch to, gan lách to... cũng lui dần cùng với nhiệt độ giảm và sau khi cắt sốt. Tràn dịch màng phổi và biến loạn dịch não tủy có thể còn kéo dài trong 1 - 2 tuần.

6. DỰ PHÒNG

- Tránh đi vào vùng sốt mò nếu có thể được. Người sống trong vùng sốt mò cần áp dụng những biện pháp chống ấu trùng mò đốt như mặc quần áo kín, mặc quần áo có ngâm tẩm các hóa chất chống côn trùng như benzyl benzoat, bôi các hóa chất xua côn trùng như diethyltoluamide lên các vùng da hở.

- Kiểm soát quần thể mò - chuột bằng cách tiêu diệt chuột, sử dụng hóa chất diệt côn trùng, diệt cỏ hoặc đốt cỏ.

- Hiện chưa có vaccin phòng sốt mò.

BỆNH NHIỄM TRÙNG Ở DA VÀ MÔ MỀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm trùng da và mô mềm là nhiễm trùng thường gặp với biểu hiện lâm sàng đa dạng ở các mức độ khác nhau. Tỷ lệ cần nhập viện điều trị trong số những người bệnh có nhiễm trùng da và mô mềm khoảng 29%.

Những yếu tố thuận lợi dẫn tới nhiễm trùng da và mô mềm bao gồm: các tổn thương hàng rào da niêm mạc: như vết thương, bỏng. Các bệnh lý mạn tính: đái tháo đường, xơ gan, các bệnh lý gây suy giảm miễn dịch khác.

2. NGUYÊN NHÂN

Các vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng da và mô mềm:

- *Staphylococcus aureus*.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- Các chủng *Enterococcus*.
- *Escherichia coli*.
- Các chủng *Enterobacter*.
- Các chủng *Klebsiella*.
- *Beta-hemolytic Streptococcus*.
- *Proteus mirabilis*.
- *Staphylococcus* không sinh Coagulase.
- Các chủng *Serratia*.
- Các vi khuẩn nhóm *Clostridium* như *Clostridium perfringens*.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Chốc (impetigo): thường xuất hiện ở những vị trí tiếp xúc, thường gặp nhất là ở mặt và các chi. Tổn thương có ranh giới rõ ràng nhưng thường nhiều và có thể có hoặc không có bọt nước. Các tổn thương bọt nước ban đầu là các bóng nước ở bề mặt, lớn dần lên thành các bọt nước vàng, sau đó sẫm màu hơn và đôi khi có mũ. Các tổn thương chốc không có bọt nước khởi phát là các nhú, sau đó tiến triển thành các bóng nước xung quanh là hồng ban và có sần, lớn dần lên và vỡ sau 4-6 ngày hình thành lớp vỏ dày.

- Áp xe: là các tổn thương mũ trong hạ bì và mô da sâu hơn. Các tổn thương này thường đau, các nốt đỏ và thường nổi lên các mụn mũ và bao quanh bởi tổn thương phù nề hồng ban.

- Nhọt: là các nhiễm trùng nang lông thường do *S. aureus* lan rộng qua hạ bì xuống mô dưới da.

- Viêm mô tế bào: là tình trạng nhiễm trùng da cấp tính lan tỏa, gây tổn thương lớp sâu của hạ bì cùng mô mỡ dưới da. Biểu hiện lâm sàng là tình trạng tiến triển nhanh sưng nóng, đỏ. Trên vùng da viêm có thể xuất hiện bóng nước và có thể xuất huyết da hay có các chấm xuất huyết.

- Viêm cân hoại tử là tình trạng nhiễm trùng dưới da, bao gồm cả mô da và cơ bên dưới. Bệnh biến hiện ban đầu có thể là các vết xước nhẹ hoặc các vết cắn, sau đó tiến triển thành tình trạng nhiễm độc toàn thân và sốt cao.

- Viêm cơ mủ: là tình trạng nhiễm trùng trong một nhóm cơ, thường gặp do *S. aureus*. Biểu hiện là tình trạng đau tại chỗ nhóm cơ, cơ co rút cơ và sốt cao.

- Hoại thư Fournier: là tình trạng nhiễm trùng mô mềm hoại tử ở vùng bìu, dương vật hoặc môi âm đạo. Nhiễm trùng có thể khởi phát thầm lặng nhưng tiến triển nhanh sau 1-2 ngày.

- Hoại thư sinh hơi do *Clostridium*: đau rất nhiều ở vị trí tổn thương trong vòng 24 giờ tiếp sau khi nhiễm khuẩn, vùng da nhanh chóng chuyển sang màu đồng và tím đỏ. Vùng nhiễm trùng mềm hơn và xuất hiện các bóng nước lấp đầy bởi dung dịch hơi đỏ, có khí trong mô và kèm theo các triệu chứng toàn thân như nhiễm độc, nhịp tim nhanh, sốt.

3.2. Cận lâm sàng

- Đối với các trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm nhẹ, không bắt buộc tiến hành các xét nghiệm thăm dò.

- Đối với các trường hợp nhiễm trùng da và mô mềm nặng, có biến chứng:

+ Cây máu xác định có nhiễm khuẩn huyết kèm theo.

+ Cây các bệnh phẩm lấy từ ổ nhiễm trùng da và mô mềm (được lấy vô khuẩn).

+ Các dấu ấn nhiễm khuẩn:

● Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi: số lượng bạch cầu máu ngoại vi thường tăng cao ($> 12 \text{ G/l}$), trường hợp nhiễm trùng nặng bạch cầu có thể giảm < 4000 .

● Tăng protein phản ứng C (CRP), tăng procalcitonin.

+ Các xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan tùy theo vị trí nhiễm trùng khởi điểm như xét nghiệm cấy lớp vi tính, X quang xương, siêu âm, xét nghiệm sinh hóa máu khác...

3.3. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định nhiễm trùng da và mô mềm dựa vào biểu hiện lâm sàng và kết quả nuôi cấy và định danh vi khuẩn gây bệnh từ mẫu bệnh phẩm lấy từ ổ nhiễm trùng.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị kháng sinh kết hợp với xử trí các ổ nhiễm trùng.
- Đối với các trường hợp nặng, cần phối hợp với các biện pháp hồi sức phù hợp.

4.2. Điều trị cụ thể

a. Lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ

<i>* Chốc và các nhiễm trùng da nhẹ: có thể dùng một trong các kháng sinh sau:</i>	
Dicloxacillin	250 mg x 4 lần/ngày, uống
Cephalexin	250 mg x 4 lần/ngày, uống
Erythromycin	250 mg x 4 lần/ngày, uống
Clindamycin	300-400 mg x 3 lần/ngày, uống
Amoxicillin/clavulanate	875/125 mg x 2 lần/ngày, uống
Kem mỡ Mupirocin	Bôi tổn thương 3 lần/ngày
<i>* Nhiễm trùng hoại tử da do nhiều vi khuẩn</i>	
- Phối hợp một kháng sinh nhóm 1 với 1 kháng sinh nhóm 2	
<i>Nhóm 1</i>	<i>Nhóm 2</i>
Ampicillin-sulbactam (1,5-3,0 g mỗi 6-8 giờ, tiêm tĩnh mạch) HOẶC piperacillin-tazobactam (3,37 g mỗi 6-8 giờ, truyền tĩnh mạch)	Clindamycin (600-900 mg/kg mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch) HOẶC Ciprofloxacin (400 mg mỗi 12 giờ, truyền tĩnh mạch)
Cefotaxim (2 g mỗi 6 giờ, tiêm tĩnh mạch)	Metronidazol (500 mg mỗi 6 giờ, truyền tĩnh mạch) HOẶC Clindamycin (600-900 mg/kg mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch)
Hoặc dùng:	
Imipenem/cilastatin	0,5-1 g mỗi 6-8 giờ, truyền tĩnh mạch
Meropenem	1 g mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch
Ertapenem	1 g/ngày, truyền tĩnh mạch
<i>Nhiễm S. aureus</i>	
Nafcillin	1-2 g mỗi 4 giờ, tiêm tĩnh mạch
Oxacillin	1-2 g mỗi 4 giờ, tiêm tĩnh mạch
Cefazolin	1 g mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Clindamycin	600-900 mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch

Vancomycin	30 mg/kg chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch
<i>Nhiễm Clostridium</i>	
Clindamycin	600-900 mg/kg mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch
Penicillin	2-4 MU mỗi 4-6 giờ, tiêm tĩnh mạch

b. Xử trí ổ nhiễm trùng

- Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp sau:

+ Các ổ áp xe quanh hậu môn lan rộng hoặc áp xe nhiều ổ cần dẫn lưu và cắt lọc.

+ Nhiễm trùng vị trí phẫu thuật: cân nhắc chuyển ngoại khoa để mở rộng vết mổ và dẫn lưu.

+ Nhiễm trùng hoại tử: cần nhanh chóng phẫu thuật cắt lọc.

c. Điều trị hỗ trợ và hồi sức

- Đề phòng và điều trị sốc nhiễm khuẩn.

- Điều chỉnh cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Hạ sốt, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.

- Chăm sóc vệ sinh vết thương, chống loét.

BỆNH DỊCH HẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Dịch hạch là bệnh nhiễm trùng nhiễm độc do vi khuẩn *Yersinia pestis* (*Pasteurella pestis*) gây nên.

Bệnh lây truyền sang người do bọ chét đốt và truyền vi khuẩn.

Ba bệnh cảnh lâm sàng chính của dịch hạch là: thể phổi, thể nhiễm khuẩn huyết và thể hạch. Cả 3 thể này đều có thể gây tử vong cao.

2. CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH

Yersinia pestis (*Pasteurella pestis*) là loại cầu trực khuẩn gram âm thuộc họ *Enterobacteriaceae*, tiết ra cả ngoại độc tố và nội độc tố. Vi khuẩn dịch hạch lây sang người chủ yếu qua vết đốt của côn trùng đốt và qua đường hô hấp (lây trực tiếp từ người bệnh mắc dịch hạch thể phổi).

Trường hợp vi khuẩn dịch hạch lây qua đường hô hấp (dịch hạch thể phổi tiên phát) biểu hiện lâm sàng chủ yếu là viêm phổi, suy hô hấp.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng: thời gian ủ bệnh thường ngắn, từ 1-6 ngày tùy từng thể.

a. Dịch hạch thể hạch

- Sốt cao, rét run, mệt mỏi, bệnh cảnh nhiễm độc nặng (xanh tái, mệt, thờnh, rối loạn tinh thần kinh).

- Hạch sưng đỏ, phù quanh hạch, hay gập là hạch bẹn, đôi khi là hạch đùi, hạch nách, hoặc hạch cổ. Chọc hạch có thể ra dịch mủ. Hạch có thể rò tự nhiên.

- Có thể thấy nốt phỏng tại vị trí vết đốt, phát ban dạng dát ở tay và chân.

- Gan, lách to.

- Trường hợp nặng có thể có rối loạn ý thức, rối loạn tiêu hóa, đông máu nội mạch rải rác.

b. Dịch hạch thể phổi tiên phát

- Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng với biểu hiện viêm phổi cấp tính, khó thở và ho ra máu.

c. Dịch hạch thể nhiễm khuẩn huyết

- Thường gặp ở các người bệnh nhiều tuổi.

- Nôn, buồn nôn, đau bụng và tiêu chảy.

- Tình trạng nhiễm độc rõ, nhịp tim nhanh, thờnh, tụt huyết áp, hạ nhiệt độ.

- Có thể thấy chấm xuất huyết toàn thân và tiến triển nhanh chóng hoại tử ở các đầu chi.

3.2. Cận lâm sàng

- Tăng bạch cầu và tăng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính.
- Giảm tiểu cầu với hội chứng đông máu nội mạch rải rác.
- Chụp X quang cho thấy các hình ảnh tổn thương phế nang và tổn thương kẽ ở một hoặc nhiều thùy phổi (dịch hạch thể phổi tiên phát).
- Xét nghiệm chẩn đoán vi khuẩn học:
 - + Nhuộm soi: bệnh phẩm là mủ từ chất chọc hạch hoặc đờm, nhuộm Gram và Wayson, Wright hoặc Giemsa, soi có thể phát hiện thấy vi khuẩn dịch hạch.
 - + Nuôi cấy: bệnh phẩm là mủ lấy ở hạch, đờm, máu, đem nuôi cấy ở môi trường thích hợp như thạch máu cừu, thạch MacConkey, dịch canh thang chiết xuất từ não - tim.
 - + Có thể sử dụng kỹ thuật PCR để chẩn đoán.
- Xét nghiệm huyết thanh học:
 - + Phương pháp ngưng kết hồng cầu thụ động: có tăng nồng độ kháng thể ở hai lần xét nghiệm cách nhau 3-4 tuần hoặc nồng độ kháng thể lớn hơn 1/128 ở một mẫu huyết thanh người bệnh đang có biểu hiện giống dịch hạch và chưa bao giờ tiêm phòng vaccin dịch hạch trước đó.
 - + Phản ứng ELISA: phát hiện kháng thể type IgM và IgG đối với *Y.pestis*.

3.3. Chẩn đoán xác định

- Yếu tố về dịch tễ học và lâm sàng: trong vùng dịch tễ, trước tất cả các trường hợp viêm hạch mủ cần phải nghĩ tới chẩn đoán viêm hạch do vi khuẩn dịch hạch.
- Chẩn đoán xác định chắc chắn khi có bằng chứng từ xét nghiệm vi khuẩn học (nhuộm soi, nuôi cấy, PCR).

3.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm hạch do các căn nguyên khác.
- Nhiễm khuẩn huyết.
- Viêm phổi.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Người bệnh phải được cách ly hoàn toàn và điều trị như một bệnh “tối nguy hiểm”.
- Điều trị kháng sinh đặc hiệu và điều trị hỗ trợ.

4.2. Điều trị đặc hiệu

- Kháng sinh được sử dụng là streptomycin, chloramphenicol, tetracyclin và cotrimoxazol.

- Kháng sinh thay thế hiện nay là gentamycin, fluoroquinolones, doxycyclin.

- Thời gian điều trị là 10 ngày.

Bảng 1: Hướng dẫn điều trị bệnh dịch hạch

Tên thuốc	Liều dùng hàng ngày	Khoảng cách dùng (giờ)	Đường dùng
Streptomycin			
Người lớn	2 g	12	Tiêm bắp
Trẻ em	30 mg/kg	12	Tiêm bắp
Gentamycin			
Người lớn	3-5 mg/kg ^a	8	Tiêm bắp hoặc tiêm TM
Trẻ em	6-7,5 mg/kg	8	Tiêm bắp hoặc tiêm TM
Trẻ sơ sinh	7,5 mg/kg	8	Tiêm bắp hoặc tiêm TM
Tetracyclin			
Người lớn	2 g	6	Uống hoặc tiêm TM
Trẻ em > 8 tuổi	25-50 mg/kg	6	Uống hoặc tiêm TM
Doxycyclin			
Người lớn	200 mg	12 hoặc 24	Uống hoặc tiêm TM
Trẻ em > 8 tuổi	4,4 mg/kg	12 hoặc 24	Uống hoặc tiêm TM
Chloramphenicol			
Người lớn	50 mg/kg ^b	6	Uống hoặc tiêm TM
Trẻ em > 1 tuổi	50 mg/kg ^b	6	Uống hoặc tiêm TM

^a Liều nên giảm xuống 3 mg/kg/ngày theo chỉ định trên lâm sàng.

^b Đối với viêm màng não có thể lên tới 100 mg/kg/ngày ngay từ đầu.

4.3. Điều trị hỗ trợ

- Hạ sốt, an thần.

- Bù dịch và điện giải, chống toan huyết.

- Hồi sức tích cực: chống suy hô hấp, suy tuần hoàn và xuất huyết.

5. TIẾN TRIỂN

Nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh tiến triển tốt, hạch thu nhỏ dần.

Thể nhiễm khuẩn huyết và thể phổi tiên phát diễn biến thường nặng, tỷ lệ tử vong cao do phù phổi cấp, khó thở tăng dần và rối loạn tim mạch.

6. PHÒNG NGỪA

Quản lý môi trường, kiểm soát chuột, sử dụng các chất diệt côn trùng để diệt bọ chét của các loài gặm nhấm.

Phòng ngừa bằng thuốc: dùng cho trường hợp tiếp xúc với người mắc bệnh hoặc nghi ngờ mắc bệnh. Thường dùng Doxycyclin 100 mg/ngày trong 7 ngày.

Theo dõi chặt chẽ các ca dịch hạch ở người và cả ở loài gặm nhấm.

Người bệnh mắc dịch hạch thể phổi cần phải được cách ly hô hấp tuyệt đối.

BỆNH TIÊU CHẢY DO VI KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêu chảy do vi khuẩn là bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, liên quan mật thiết đến vệ sinh an toàn thực phẩm. Biểu hiện lâm sàng chung thường thấy là: sốt, nôn, đau bụng, và tiêu chảy nhiều lần.

Tiêu chảy do vi khuẩn là bệnh phổ biến khắp thế giới, đặc biệt ở những nước đang phát triển, liên quan đến điều kiện vệ sinh môi trường, thức ăn. Trường hợp tiêu chảy nặng có thể gây mất nước hoặc nhiễm trùng nhiễm độc toàn thân dẫn tới tử vong do, đặc biệt ở trẻ em và người già.

2. CĂN NGUYÊN THƯỜNG GẶP

- Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: *Vibrio cholerae*, *E. coli*, tụ cầu.
- Tiêu chảy do bản thân vi khuẩn (tiêu chảy xâm nhập): *Shigella*, *Salmonella*, *E. coli*, *Campylobacter*, *Yersinia*, *Clostridium difficile*...

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng: biểu hiện đa dạng tùy thuộc vào căn nguyên gây bệnh.

- Nôn và buồn nôn.
 - Tiêu chảy nhiều lần, tính chất phân phụ thuộc vào căn nguyên gây bệnh:
 - + Tiêu chảy do độc tố vi khuẩn: phân có nhiều nước, không có bạch cầu hoặc hồng cầu trong phân.
 - + Tiêu chảy do vi khuẩn xâm nhập: phân thường có nhầy, đôi khi có máu.
 - Biểu hiện toàn thân:
 - + Có thể sốt hoặc không sốt.
 - + Tình trạng nhiễm độc: mệt mỏi, nhức đầu, có thể có hạ huyết áp.
 - + Tình trạng mất nước.
- Các mức độ mất nước:

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1	Mất nước độ 2	Mất nước độ 3
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhăn nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng
Mạch	< 100 lần/phút	Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút)	Rất nhanh, khó bắt (> 120 lần/phút)
Huyết áp	Bình thường	< 90 mmHg	Rất thấp, có khi không đo được
Nước tiểu	Ít	Thiếu niệu	Vô niệu

Tay chân lạnh	Bình thường	Tay chân lạnh	Lạnh toàn thân
Lượng nước mắt	5-6% trọng lượng cơ thể	7-9% trọng lượng cơ thể	Từ 10% trọng lượng cơ thể trở lên

3.2. Lâm sàng một số tiêu chảy thường gặp

- Tiêu chảy do ly trực khuẩn: hội chứng ly: sốt cao, đau bụng quặn từng cơn, mót rặn, đi ngoài phân lỏng lẫn nhày máu.

- Tiêu chảy do tả: khởi phát rất nhanh trong vòng 24 giờ, tiêu chảy dữ dội và liên tục 20-50 lần/ngày, phân toàn nước như nước vo gạo. Không sốt, không mót rặn, không đau quặn bụng.

- Tiêu chảy do độc tố tụ cầu: thời gian ủ bệnh ngắn 1-6 giờ, buồn nôn, nôn, tiêu chảy nhiều nước nhưng không sốt.

- Tiêu chảy do *E.coli*.

+ Tiêu chảy do *E.coli* sinh độc tố ruột (ETEC): đi ngoài phân lỏng không nhày máu, không sốt. Bệnh thường tự khỏi.

+ Tiêu chảy do *E.coli* (EIEC, EPEC, EHEC): sốt, đau quặn bụng, mót rặn, phân lỏng có thể lẫn nhày máu (giống hội chứng ly).

- Tiêu chảy do *Salmonella*: tiêu chảy, sốt cao, nôn và đau bụng.

3.3. Xét nghiệm

- Công thức máu: số lượng bạch cầu tăng hay giảm tùy thuộc từng loại căn nguyên.

- Xét nghiệm sinh hóa máu: có thể có rối loạn điện giải, suy thận kèm theo.

- Xét nghiệm phân:

+ Soi phân: tìm xem có hồng cầu, bạch cầu, các đơn bào ký sinh, nấm, trứng ký sinh trùng...

+ Cây phân tìm vi khuẩn gây bệnh.

3.4. Chẩn đoán xác định

- Dịch tễ: nguồn lây (thức ăn, nước uống).

- Lâm sàng: tiêu chảy, buồn nôn, nôn, sốt.

- Xét nghiệm: cây phân tìm vi khuẩn gây bệnh.

3.5. Chẩn đoán phân biệt

- Ngộ độc hóa chất.

- Tiêu chảy do virus, do ký sinh trùng.

- Bệnh lý đại tràng khác: viêm đại tràng mạn, ung thư đại tràng..

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc

- Đánh giá tình trạng mất nước và bồi phụ nước điện giải.
- Điều trị kháng sinh tùy căn nguyên. Cần dự đoán căn nguyên và điều trị ngay. Điều chỉnh lại kháng sinh nếu cần sau khi có kết quả cấy phân.
- Điều trị triệu chứng.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm: trong trường hợp chưa có kết quả vi sinh, cần cân nhắc dùng kháng sinh trong những trường hợp sau:

- Cơ địa: suy giảm miễn dịch, trẻ nhỏ, người già, phụ nữ có thai.
- Toàn trạng: người bệnh có sốt, tình trạng nhiễm trùng.
- Phân: nhày máu, mủi.
- Xét nghiệm:
 - + Công thức máu có bạch cầu và/hoặc bạch cầu trung tính tăng.
 - + Soi phân trực tiếp có hồng cầu, bạch cầu hoặc nghi ngờ có phẩy khuẩn tả.

4.2.2. Sử dụng kháng sinh trong tiêu chảy nhiễm khuẩn do một số căn nguyên thường gặp

Kháng sinh thường hiệu quả trong trường hợp tiêu chảy xâm nhập.

Thường dùng kháng sinh đường uống. Kháng sinh đường truyền chỉ dùng trong trường hợp nặng có nhiễm khuẩn toàn thân.

Liều dùng kháng sinh ở đây chủ yếu áp dụng cho người lớn. Đối với trẻ em, tham khảo thêm “ Hướng dẫn xử trí tiêu chảy ở trẻ em” . Bộ Y tế 2009.

a. Tiêu chảy do E.coli (ETEC, EHEC), Campylobacter, Yersinia, Salmonella, Vibrio sp.

Thuốc ưu tiên: kháng sinh nhóm Quinolon (uống hoặc truyền) x 5 ngày

- Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.
- Quinolon khác: Levofloxacin 0,5 g x 1 lần/ngày (lưu ý không lạm dụng).

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM)50-100 mg/kg/ngày x 5 ngày.

hoặc: azithromycin 0,5 g/ngày x5 ngày.

hoặc: doxycyclin 100 mg x2/ngày x 5 ngày.

b. Tiêu chảy do Clostridium difficile

Metronidazol 250 mg (uống) mỗi 6h x7-10 ngày.

Hoặc:

Vancomycin 250mg (uống) mỗi 6h x 7-10 ngày.

c. Tiêu chảy do Shigella (ly trực khuẩn)

Thuốc ưu tiên: Quinolon (uống hoặc truyền) x 5 ngày.

- Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.
- Levofloxacin 0,5 g x 1 lần/ngày.

Thuốc thay thế: Ceftriaxon (TM) 50-100 mg/kg/ngày x 5 ngày.

Hoặc azithromycin 0,5 g/ngày x 3 ngày.

d. Tiêu chảy do thương hàn (Salmonella typhi, S. paratyphi)

Thuốc ưu tiên: Quinolon (uống hoặc truyền) x 10-14 ngày.

- Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.

Thuốc thay thế: ceftriaxon (TM) 50-100 mg/kg/ngày x 10-14 ngày.

e. Tiêu chảy do vi khuẩn tả (Vibrio cholera)

Hiện nay, vi khuẩn tả đã kháng lại các kháng sinh thông thường, thuốc được lựa chọn hiện nay là:

- Nhóm Quinolon (uống) x 3 ngày.

Ciprofloxacin 0,5 g x 2 lần/ngày.

Norfloxacin 0,4 g x 2 lần/ngày.

- Azithromycin 10 mg/kg/ngày x 3 ngày.

(Dùng cho trẻ em < 12 tuổi và phụ nữ có thai).

Thuốc thay thế:

- Erythromycin 1 g/ngày uống chia 4 lần/ngày (trẻ em 40 mg/kg/ngày), dùng trong 3 ngày; hoặc

- Doxycyclin 200 mg/ngày x 3 ngày (dùng trong trường hợp vi khuẩn còn nhạy cảm).

4.2.3. Điều trị triệu chứng

a. Đánh giá và xử trí tình trạng mất nước

Phải đánh giá ngay và kịp thời xử trí tình trạng mất nước khi người bệnh đến viện và song song với việc tìm căn nguyên gây bệnh.

- Người bệnh mất nước độ I, uống được: bù dịch bằng đường uống, dùng dung dịch ORESOL.

- Người bệnh mất nước từ độ II trở lên, không uống được: bù dịch bằng đường tĩnh mạch. Dung dịch được lựa chọn: Ringer lactat. Ngoài ra: NaCl 0,9%, Glucose 5% với tỷ lệ 1:1.

b. Điều trị hỗ trợ

Giảm co thắt: spasmaverin.

Làm săn niêm mạc ruột: smecta.

Không lạm dụng các thuốc cầm tiêu chảy như loperamide.

5. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- Bệnh cải thiện nhanh chóng nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời.
Nếu không có thể gây các biến chứng sau:

+ Sốc giảm thể tích.

+ Rối loạn điện giải: hạ kali, tăng natri máu.

+ Suy thận cấp, hoại tử ống thận.

+ Xuất huyết tiêu hóa.

+ Rối loạn hấp thu, suy dinh dưỡng.

+ Nhiễm khuẩn huyết.

6. DỰ PHÒNG

Tăng cường vệ sinh an toàn thực phẩm:

- Ăn chín - uống nước đã đun sôi.

- Rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.

- Cải thiện hệ thống cấp thoát nước, vệ sinh môi trường.

Điều trị dự phòng khi ở trong vùng có dịch.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT

Nhiễm khuẩn huyết là một tình trạng nhiễm trùng cấp tính nặng, do vi khuẩn lưu hành trong máu gây ra, biểu hiện bằng các triệu chứng toàn thân, có thể dẫn đến sốc nhiễm khuẩn và suy đa tạng với tỷ lệ tử vong rất cao (từ 20 - 50%).

Các yếu tố nguy cơ:

- Người già, trẻ sơ sinh/đẻ non.
- Người sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, như sử dụng corticoid kéo dài, các thuốc chống thải ghép, hoặc đang điều trị hóa chất và tia xạ.
- Người bệnh có bệnh lý mạn tính, như tiểu đường, HIV/AIDS, xơ gan, bệnh van tim và tim bẩm sinh, bệnh phổi mạn tính, suy thận mạn.
- Người bệnh cắt lách, nghiện rượu, có bệnh máu ác tính, giảm bạch cầu hạt.
- Người bệnh có đặt các thiết bị hoặc dụng cụ xâm nhập như đinh nội tủy, catheter, đặt ống nội khí quản...
- Nhiễm các vi khuẩn độc tính cao: *N.meningitidis*, *S.suis*.

1. NGUYÊN NHÂN

- Một số vi khuẩn gram âm gây nhiễm trùng huyết thường gặp.
 - + Vi khuẩn gram âm đường ruột họ *Enterobacteriaceae*: bao gồm *Salmonella*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Serratia*, và các vi khuẩn *Enterobacter*...
 - + *Pseudomonas aeruginosa*.
 - + *Burkholderia pseudomallei*.
- Một số vi khuẩn gram dương gây bệnh thường gặp: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus suis*...
- Các khuẩn vi khuẩn kỵ khí thường gặp: *Clostridium perfringens* và *Bacteroides fragilis*.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Lâm sàng

- Sốt và các triệu chứng toàn thân:
 - + Sốt là triệu chứng rất thường gặp, có thể kèm theo rét run hoặc không. Trong những trường hợp nặng, người bệnh có thể hạ thân nhiệt. Nhịp tim nhanh, thở nhanh, có thể thay đổi tình trạng ý thức. Phù, gan lách to.
- Vị trí ổ nhiễm trùng khởi điểm:
 - + Nhiễm trùng tiêu hóa: áp xe gan, viêm túi mật, viêm ruột, viêm đại tràng, thủng ruột hay các ổ áp xe khác.
 - + Nhiễm trùng sinh dục tiết niệu: viêm đài bể thận, áp xe thận, sỏi thận có biến chứng, áp xe tuyến tiền liệt.

+ Nhiễm trùng vùng tiêu khung: viêm phúc mạc vùng tiêu khung, áp xe buồng trứng - vòi trứng.

+ Nhiễm trùng hô hấp dưới: viêm phổi, viêm màng phổi, áp xe phổi...

+ Nhiễm trùng mạch máu do các đường truyền tĩnh mạch, các catheter mạch máu, thiết bị nhân tạo nhiễm trùng.

+ Nhiễm trùng tim mạch: viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, áp xe cơ tim, áp xe cạnh van tim.

+ Các nhiễm trùng da và niêm mạc.

- Triệu chứng rối loạn chức năng cơ quan: suy gan, suy thận....

- Biến chứng:

+ Sốc nhiễm khuẩn: huyết áp tâm thu < 90 mmHg, hoặc huyết áp tâm thu giảm > 40 mmHg so với huyết áp nền, hoặc huyết áp trung bình < 70 mmHg.

+ Suy đa tạng: thường biểu hiện bằng một hay nhiều biểu hiện sau:

- Giảm oxy máu động mạch ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$).

- Thiếu niệu cấp (nước tiểu $< 0,5$ ml/kg/giờ ít nhất trong 2 giờ, mặc dù được bù đủ dịch).

- Tăng Creatinin $> 0,5$ mg/dl hoặc $44,2$ $\mu\text{mol/l}$.

- Rối loạn đông máu (INR $> 1,5$ hoặc aPTT > 60 giây).

- Giảm tiểu cầu (số lượng $< 100.000/\mu\text{l}$).

- Bụng chướng (không nghe thấy tiếng nhu động ruột).

- Tăng Bilirubin máu (bilirubin toàn phần > 4 mg/dl hoặc 70 $\mu\text{mol/l}$).

2.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm huyết học: số lượng bạch cầu máu ngoại vi > 12 G/l hoặc < 4 G/l hoặc tỷ lệ bạch cầu non $> 10\%$, giảm tiểu cầu (< 100 G/L), Rối loạn đông máu (INR $> 1,5$ hoặc aPTT > 60 giây).

- Xét nghiệm sinh hóa: giảm oxy máu động mạch: $\text{PaO}_2/\text{FIO}_2 < 300$, creatinin tăng, tăng bilirubin máu, tăng men gan, protein phản ứng C (CRP) thường > 150 mg/l, tăng procalcitonin $> 1,5$ ng/ml.

- Các xét nghiệm khác đánh giá tổn thương cơ quan theo vị trí nhiễm trùng khởi điểm như xét nghiệm dịch não tủy, xét nghiệm nước tiểu, X quang ngực, siêu âm, ...

2.3. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: có tính chất gợi ý đến nhiễm khuẩn huyết, gồm: sốt cao, gan lách to, có triệu chứng ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, hoặc có tình trạng nhiễm khuẩn nặng có hoặc không kèm theo sốc.

- Cây máu dương tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết. Nên cấy ít nhất 02 mẫu máu ở hai vị trí khác nhau, với thể tích máu cấy ≥ 10 mL. Tuy nhiên, cần lưu ý là kết quả cấy máu âm tính cũng không loại trừ được nhiễm khuẩn huyết.

- Cấy các bệnh phẩm khác của ổ nhiễm khuẩn khởi điểm hoặc ổ nhiễm khuẩn thứ phát (ví dụ như mủ ổ áp xe...).

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị ngay khi nghĩ đến nhiễm khuẩn huyết sau khi đã cấy máu.
- Sử dụng kháng sinh liều cao, đủ thời gian và nếu cần nên phối hợp kháng sinh.
- Ưu tiên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Điều chỉnh kháng sinh theo kết quả điều trị và kháng sinh đồ.

3.2. Điều trị cụ thể

a. Lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm

* Chưa xác định được ổ nhiễm khuẩn trước đó trên lâm sàng và không có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Nếu có đáp ứng miễn dịch bình thường: tùy thuộc vào thông tin vi khuẩn và nhạy cảm kháng sinh, tùy từng cơ sở điều trị có thể lựa chọn kháng sinh sau đây:

+ Sử dụng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch sớm ngay trong giờ đầu: phối hợp một kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng (piperacillin /tazobactam) hoặc cephalosporin thế hệ ba (ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim, cefoperazol...) hoặc thế hệ bốn (cefepim, cefpirom) phối hợp với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacine, netilmicin...)

+ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng), cân nhắc sử dụng các kháng sinh có tác dụng chống tụ cầu như oxacilin, cloxacillin, cefazolin (tụ cầu vàng nhạy methicillin, MSSA) hoặc vancomycin, teicoplanin hoặc daptomycin (tụ cầu kháng methicillin, MRSA).

+ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn kỵ khí, cân nhắc phối hợp thêm metronidazol.

- Nếu người bệnh có giảm bạch cầu hạt, suy giảm miễn dịch số lượng bạch cầu hạt $< 0,5 \times 10^9/$.

- Phối hợp một kháng sinh nhóm carbapenem hoặc kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng (piperacillin + tazobactam) với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacin, netilmicin).

+ Tùy theo điều kiện của cơ sở điều trị, có thể sử dụng liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm như phần 4.1.2.1.

+ Nếu bệnh nhân vẫn sốt kéo dài tới 96 giờ khi đã dùng liệu pháp kháng sinh kinh nghiệm ban đầu, cần tìm kiếm các nguyên nhân nhiễm trùng bệnh viện và cân nhắc bổ sung thuốc kháng nấm phù hợp.

* Chưa xác định được ổ nhiễm khuẩn khởi điểm nhưng có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Cần dựa vào thông tin vi khuẩn học và nhạy cảm kháng sinh của từng bệnh viện để lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm cho phù hợp:

- Có thể phối hợp một kháng sinh có tác dụng chống *P.aeruginosa* nhóm carbapenem (imipenem + cilastatin, doripenem, meropenem,) hoặc kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng như piperacillin + tazobactam với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacin, netilmicin) hoặc với fosfomycin. Chú ý cân chỉnh liều các kháng sinh theo độ thanh thải creatinin.

- Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng) kháng methicillin (MRSA), cần cân nhắc sử dụng thêm vancomycin, teicoplanin hoặc daptomycin.

- Nếu nghi ngờ tác nhân vi khuẩn gram âm đa kháng (kháng carbapenem): phối hợp kháng sinh nhóm carbapenem có tác dụng chống *P. aeruginosa* và/hoặc kháng sinh nhóm penicillin phổ rộng + các chất ức chế betalactamase (piperacillin + tazobactam hoặc ampicillin + sulbactam) với colimycin để tăng tác dụng hiệp đồng.

* Khi xác định có ổ nhiễm khuẩn khởi điểm:

Khi chưa xác định được căn nguyên gây bệnh, cần sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm khi có kết quả nuôi cấy. Chuyên dùng kháng sinh phổ hẹp nhạy cảm với vi khuẩn gây bệnh khi có kết quả cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Cần chỉnh liều kháng sinh theo độ thanh thải creatinin ở các người bệnh có suy thận.

- Nhiễm khuẩn đường mật hay tiêu hóa:

+ Nhiễm trùng gan mật: *K. pneumonia* là vi khuẩn chính gây nhiễm khuẩn huyết và áp xe gan ở Việt Nam. Sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4, hoặc carbapenem (nếu người bệnh có nguy cơ nhiễm vi khuẩn sinh betalactamase phổ rộng - ESBL) phối hợp với một kháng sinh nhóm aminoglycoside (amikacin, netilmicin) hoặc metronidazol (khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí).

+ Nhiễm trùng ống tiêu hóa: sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4, hoặc carbapenem hoặc quinolon (ciprofloxacin) phối hợp với metronidazol (khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí).

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp: tham khảo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải tại cộng đồng và viêm phổi bệnh viện.

+ Ưu tiên sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Nhiễm khuẩn tim mạch: nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng), cần nhắc sử dụng các kháng sinh có tác dụng chống tụ cầu như oxacilin, cloxacillin, cefazolin (đối với tụ cầu vàng nhạy methicillin, MSSA) hoặc vancomycin, teicoplanin, daptomycin (đối với trường hợp tụ cầu kháng methicillin, MRSA) đường tĩnh mạch.

- Nhiễm khuẩn liên quan đến các dụng cụ mạch máu: xem thêm phần nhiễm trùng có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện. Nếu nghi ngờ do tụ cầu vàng kháng methicillin (MRSA), cần dùng vancomycin, linezolid, teicoplanin hoặc daptomycin. Nhiễm khuẩn sinh dục ở nữ giới: dùng ceftriaxon tĩnh mạch 1 gam hàng ngày phối hợp với azithromycin tĩnh mạch 500 mg hàng ngày và metronidazol 1 g/ngày. Nếu nghi ngờ có liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện dùng kháng sinh nhóm carbapenem (imipenem + cilastatin, meropenem) hoặc piperacillin + tazobactam phối hợp với azithromycin và metronidazol, nếu nghi ngờ do vi khuẩn đa kháng thuốc phối hợp colistin.

- Nhiễm khuẩn da: Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng), cần nhắc sử dụng các kháng sinh có tác dụng chống tụ cầu như oxacilin, cloxacillin, cefazolin (đối với tụ cầu vàng nhạy methicillin, MSSA) hoặc vancomycin, teicoplanin hoặc daptomycin (đối với trường hợp tụ cầu kháng methicillin, MRSA). Đối những người bệnh tổn thương da (ví dụ do bỏng), cần cần nhắc nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện và sử dụng các kháng sinh có tác dụng chống *P. aeruginosa*.

Vi khuẩn	Vị trí/nguy cơ nhiễm khuẩn thường gặp	Kháng sinh đề nghị	Kháng sinh thay thế
<i>Vi khuẩn gram âm đường ruột họ Enterobacteriaceae (không sinh ESBL)</i>	Nhiễm trùng khởi điểm tại đường tiêu hóa, tiết niệu.	+ Ciprofloxacin x 400-800 mg/ngày. + Ceftriaxon 2 g/ngày.	Các kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 và 4 khác. Các kháng sinh nhóm fluoroquinolon.
<i>Vi khuẩn gram âm đường ruột họ Enterobacteriaceae (sinh ESBL)</i>	Nhiễm trùng khởi điểm tại đường tiêu hóa, tiết niệu ở những người bệnh có nguy cơ nhiễm vi khuẩn kháng thuốc tại bệnh viện.	Ertapenem 1 g/ngày.	Imipenem+cisplatin 500 mg, truyền tĩnh mạch 6 giờ/lần. Meropenem 500 mg/lần, truyền tĩnh mạch 8 giờ/lần. Doripenem 500 mg, truyền tĩnh mạch 8

			giờ/lần.
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Những người bệnh có tổn thương da (như bỏng), bệnh lý hô hấp mạn tính.	Ceftazidime 3-6 g/ngày, chia tiêm tĩnh mạch chậm cách mỗi 8 giờ/lần. Cefepime 4 g/ngày, chia tiêm tĩnh mạch chậm 12 giờ/lần. Piperacillin/tazobactam 3,375 g, tiêm tĩnh mạch 6 giờ/lần.	Ciprofloxacin x 400-1200 mg/ngày. Imipenem+cisplatin 500 mg, truyền tĩnh mạch 6 giờ/lần. Meropenem 500 mg/lần, truyền tĩnh mạch 8 giờ/lần.
<i>Burkholderia pseudomallei</i>	Người bệnh làm ruộng, tiếp xúc với môi trường đất.	Ceftazidim 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch chậm 8 giờ/lần. Imipenem+cisplatin 1 g truyền tĩnh mạch 8 giờ/lần.	Meropenem 500 mg/lần, truyền tĩnh mạch 8 giờ /lần.
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	Người bệnh cắt lách, phẫu thuật hàm mắt, viêm phổi.	Ceftriaxon 2 g tiêm tĩnh mạch chậm cách 12 giờ/lần. Cefotaxim 2 g tiêm tĩnh mạch cách 6 giờ/lần.	Levofloxacin 500-750 mg/ngày. Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch cách 12 giờ.
<i>Staphylococcus aureus (nhạy Methicillin)</i>	Người bệnh tiêm chích, vết thương ở da, nhiễm khuẩn sau cúm.	Oxacillin 100-200 mg/kg/ngày chia tiêm tĩnh mạch chậm cách 6 giờ/lần.	Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch cách 12 giờ.
<i>Staphylococcus aureus (kháng Methicillin)</i>	Người bệnh tiêm chích, vết thương ở da, nhiễm khuẩn sau cúm.	Vancomycin 1 g truyền tĩnh mạch cách 12 giờ.	Daptomycin 4-6 mg/kg/ngày.
<i>Streptococcus suis</i>	Người bệnh tiếp xúc với thực phẩm từ lợn không nấu chín.	Ampicillin: 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch 6 giờ/lần. Trẻ em 200-250 mg/kg/ngày.	Ceftriaxon: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 12 giờ/lần. Trẻ em 100 mg/kg/ngày.
<i>Vi khuẩn kỵ khí</i>	Vết thương sâu, áp xe tại vị kín không được dẫn lưu.	Penicillin 3-4 triệu đơn vị tiêm tĩnh mạch cách 4 giờ/lần. Metronidazol truyền	Clindamycin truyền tĩnh mạch 1,2-2,7 g/ngày chia liều cách 6-12 giờ/lần.

		tĩnh mạch liều tấn công 15 mg/kg không quá 4 ngày, sau đó sử dụng liều duy trì 7,5 mg/kg cách mỗi 6 giờ/lần.	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

b. Xử trí ổ nhiễm trùng khởi điểm

- Dẫn lưu ổ áp xe, dẫn lưu màng phổi, màng tim, dẫn lưu túi mật, lấy sỏi đường mật khi có tắc mật...
- Rút các dụng cụ/thiết bị y khoa là đường vào của nhiễm trùng nếu có chỉ định.

c. Điều trị hỗ trợ và hồi sức

- Đề phòng và điều trị sốc nhiễm khuẩn.
- Đảm bảo hô hấp: đảm bảo thông khí, thở oxy, đặt ống nội khí quản và thông khí nhân tạo khi cần thiết.
- Điều chỉnh cân bằng nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Điều trị suy thận: truyền đủ dịch, lợi tiểu.
- Lọc máu liên tục khi có chỉ định.
- Điều trị xuất huyết và đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Hạ sốt, dinh dưỡng nâng cao thể trạng.
- Chăm sóc vệ sinh, chống loét.

4. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Ở những người bệnh có bệnh lý mạn tính hoặc suy giảm miễn dịch, nhiễm khuẩn huyết có thể dẫn tới tình trạng sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng có tỷ lệ tử vong cao.

5. DỰ PHÒNG

- Kiểm soát và điều trị các bệnh lý mạn tính.
- Thực hiện quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

Chủ đề 4. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

NHẬN BIẾT VÀ XỬ TRÍ CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA CHỨC NĂNG SỐNG Ở TRẺ EM

Tử vong ở bệnh viện thường xảy ra trong vòng 24 giờ đầu nhập viện. Phần lớn các trường hợp tử vong này đều có thể ngăn ngừa được nếu trẻ bị bệnh nặng được phát hiện sớm và xử trí ngay sau khi đến bệnh viện .

Việc nhận biết các dấu hiệu đe dọa chức năng sống là một quy trình sàng lọc nhanh trẻ bệnh, có thể xếp trẻ vào các nhóm sau:

- Trẻ có **dấu hiệu cấp cứu** cần điều trị cấp cứu ngay lập tức.
- Trẻ có **dấu hiệu cần ưu tiên** cần được khám ưu tiên trong lúc đợi, phải được đánh giá và được điều trị không chậm trễ.
- Trẻ **không cấp cứu** là những trẻ không nặng, có các dấu hiệu không nằm trong 2 nhóm trên.

1. CÁC DẤU HIỆU ĐE DỌA TÍNH MẠNG bao gồm:

- * Tắc nghẽn đường thở * Suy hô hấp nặng
- * Tím tái trung tâm * Các dấu hiệu sốc
- * Hôn mê * Co giật

Trẻ có dấu hiệu cấp cứu cần điều trị **ngay lập tức** để ngăn ngừa tử vong. Trẻ có dấu hiệu cần ưu tiên là những trẻ có nguy cơ tử vong cao. Những

trẻ này cần được **đánh giá ngay, không chậm trễ.**

2. NHẬN BIẾT DẤU HIỆU ĐE DỌA TÍNH MẠNG

Việc nhận biết các dấu hiệu này phải được thực hiện ở nơi tiếp nhận bệnh nhân trong bệnh viện, trước khi làm bất kỳ thủ tục hành chính nào như thủ tục đăng ký khám HOẶC ngay khi bệnh nhân nhập khoa cấp cứu. Do đó phải tổ chức một trình tự để bệnh nhân khi đến viện tuân theo. Trẻ phải được phân loại trước khi bà mẹ ngồi vào phòng đợi. Cần có một y tá đánh giá nhanh tình trạng từng trẻ trước khi cân và trước khi làm thủ tục đăng ký khám

2.1. Đánh giá ban đầu đường thở và thở

Nhận biết dấu hiệu suy hô hấp

Thở gắng sức

Khi mức độ thở gắng sức tăng lên là biểu hiện nặng của các bệnh hô hấp. Cần đánh giá các chỉ số sau đây:

Tần số thở

Cần sử dụng nhịp thở như là công cụ để nhận định sự thay đổi lâm sàng tốt lên hay xấu đi.

Khi có biểu hiện rối loạn nhịp thở, thở nhanh để tăng thông khí do bệnh của phổi hoặc có cản trở đường thở, hoặc toan máu. Nhịp thở chậm thể hiện suy yếu sau gắng sức, tăng áp lực nội sọ hoặc giai đoạn gần cuối.

Bảng 1. Nhịp thở bình thường của bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Nhịp thở (lần/phút)
<1	30 – 40
1 – 2	25 – 35
2 – 5	25 – 30
5 – 12	20 – 25
>12	15 – 20

Rút lõm lồng ngực

Co rút cơ liên sườn, hạ sườn và các hõm ức đều thể hiện thở gắng sức. Mức độ rút lõm thể hiện mức độ khó thở. Khi trẻ đã thở gắng sức lâu và suy yếu đi, thì dấu hiệu rút lõm lồng ngực cũng mất đi.

Tiếng ồn thì hít vào, thở ra

Tiếng thở rít thì hít vào (stridor) là dấu hiệu của tắc nghẽn ở tại vùng hầu và thanh quản. Khò khè gặp ở những trẻ có tắc nghẽn đường hô hấp dưới và thường nghe thấy ở thì thở ra. Thì thở ra kéo dài cũng thể hiện có tắc hẹp đường thở dưới. Mức độ to nhỏ của tiếng ồn không tương ứng với độ nặng của bệnh.

Thở rên

Đây là dấu hiệu rất nặng của đường thở và đặc trưng ở trẻ nhỏ bị viêm phổi hoặc phù phổi cấp. Cũng có thể gặp dấu hiệu này ở những trẻ có tăng áp lực nội sọ, chướng bụng hoặc viêm phúc mạc.

Sử dụng cơ hô hấp phụ

Cũng như người lớn, khi cần thở gắng sức nhiều hơn có thể cần sử dụng đến cơ ức – đòn – chũm.

Phập phồng cánh mũi

Dấu hiệu phập phồng cánh mũi hay gập ở trẻ nhỏ có suy thở

Thở hắt ra

Đây là dấu hiệu khi thiếu oxy nặng và có thể là dấu hiệu của giai đoạn cuối.

Hậu quả của suy thở lên các cơ quan khác

Nhịp tim

Thiếu oxy dẫn đến nhịp tim nhanh ở trẻ lớn và trẻ nhỏ. Trẻ quấy khóc và sốt cũng làm tăng nhịp tim, làm cho dấu hiệu này không đặc hiệu. Thiếu oxy máu nặng hoặc kéo dài sẽ làm nhịp tim chậm và là giai đoạn cuối.

Màu sắc da

Thiếu oxy máu (do giải phóng catecholamine) gây co mạch và da nhợt. Tím tái là dấu hiệu nặng biểu hiện giai đoạn cuối của thiếu ôxy máu. Cần phân biệt với tím do bệnh tim.

Tri giác

Trẻ có thiếu oxy hoặc tăng CO₂ máu sẽ kích thích vật vã hoặc li bì. Khi bệnh nặng lên trạng thái li bì sẽ rõ rệt hơn và đến mức hôn mê. Những dấu hiệu này đặc biệt có giá trị nhưng thường khó thấy ở trẻ nhỏ.

Đánh giá lại

Chỉ theo dõi nhịp thở, mức độ rút lõm, vv... là đã có những thông tin quan trọng, nhưng chưa đủ. Cần thường xuyên đánh giá lại để phát hiện xu hướng diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân.

2.2. Bước đầu đánh giá tuần hoàn (Circulation)

Nhận biết nguy cơ suy tuần hoàn

Tình trạng tim mạch

Nhịp tim

Nhịp tim có thể tăng lên ở giai đoạn đầu của sốc do sự giải phóng catecholamin và để bù lại mất dịch. Nhịp tim, đặc biệt là ở trẻ nhỏ, có thể rất cao (đến 220 nhịp/phút).

Bảng 2. Nhịp tim và huyết áp tâm thu theo tuổi

Tuổi (năm)	Nhịp tim (lần/phút)	HA tâm thu (mmHg)
<1	110 – 160	70 – 90
1 - 2	100 - 150	80 - 95
2 – 5	95 – 140	80 – 100

5 – 12	80 – 120	90 – 110
>12	60 - 100	100 – 120

Mạch chậm bất thường, nhịp tim chậm, là khi nhịp tim ít hơn 60 lần/phút hoặc giảm nhịp tim nhanh chóng cùng với biểu hiện suy giảm cấp máu. Đây là dấu hiệu nặng ở giai đoạn cuối.

Độ nảy của mạch

Có thể trong sốc nặng, huyết áp vẫn duy trì được, dấu hiệu chỉ điểm là cần so sánh độ nảy của mạch ngoại biên và trung tâm. Khi không bắt được mạch ngoại biên và mạch trung tâm yếu là dấu hiệu của sốc, và đã có tụt huyết áp. Mạch nảy mạnh có thể gặp trong cả khi tăng thể tích tuần hoàn (ví dụ, trong nhiễm khuẩn huyết), cầu nối động – tĩnh mạch trung tâm (ví dụ, còn ống động mạch) hoặc khi có tăng CO₂ máu.

Dấu hiệu đầy mao mạch trở lại (refill)

Khi thời gian đầy mao mạch trở lại kéo dài hơn thể hiện giảm cấp máu ngoại biên. Không nên sử dụng riêng lẻ các dấu hiệu này để đánh giá sốc hoặc đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị.

Huyết áp động mạch

Bảng 3. Huyết áp tâm thu theo tuổi

Tuổi (năm)	Huyết áp tâm thu (mmHg)
<1	70 – 90
1-2	80 – 95
2-5	80 - 100
5-12	90 – 110
>12	100 – 120

Hạ huyết áp là dấu hiệu muộn của giai đoạn cuối của suy tuần hoàn. Khi đã có hạ huyết áp là sắp có nguy cơ ngừng tim. Tăng huyết áp có thể là nguyên nhân hoặc là hậu quả của hôn mê và tăng áp lực nội sọ.

Ảnh hưởng của suy tuần hoàn lên các cơ quan khác

Cơ quan hô hấp:

Nhịp thở nhanh, sâu nhưng không có co kéo lồng ngực, là hậu quả của toan máu do suy tuần hoàn gây ra.

Da

Da âm, lạnh, nhợt nhạt ở vùng ngoại biên là biểu hiện của giảm cấp máu. Khu vực da lạnh có thể gần ở vùng trung tâm hơn nếu suy tuần hoàn tiếp tục nặng lên.

Tri giác

Trẻ có thể kích thích vật vã hoặc lơ mơ, li bì đến hôn mê nếu có suy tuần hoàn. Đây là hậu quả của giảm cấp máu não.

Nước tiểu

Lượng nước tiểu ít hơn 1 ml/kg/giờ ở trẻ và ít hơn 2 ml/kg/giờ ở trẻ nữ nhi là dấu hiệu giảm cấp máu thận trong sốc. Cần khai thác nếu có thiếu niệu hoặc vô niệu trong bệnh sử.

Suy tim

Những dấu hiệu sau sẽ gợi ý suy thở do nguyên nhân tim mạch:

Tím, không đáp ứng với oxy

Nhịp tim nhanh không tương ứng với mức độ khó thở

Gan to, tĩnh mạch cổ nổi

Tiếng thổi tâm thu/ nhịp ngựa phi, không bắt được mạch đùi

2.3. Đánh giá ban đầu chức năng thần kinh

Nhận biết nguy cơ tổn thương thần kinh trung ương

Thiếu oxy tổ chức hoặc sốc đều có thể gây rối loạn ý thức. Vì vậy, bất cứ rối loạn nào xảy ra khi đánh giá theo ABC cũng phải được xem xét trước khi kết luận rối loạn ý thức là do nguyên nhân thần kinh.

Chức năng thần kinh

Mức độ tri giác

Có thể đánh giá nhanh ý thức của bệnh nhân ở một trong 4 mức sau đây:

A: Tỉnh táo (ALERT)

V: Đáp ứng với lời nói (VOICE)

P: Đáp ứng với đau (PAIN)

U: Không đáp ứng (UNRESPONSIVE)

Tư thế

Có nhiều trẻ mắc những bệnh nặng ở các cơ quan có biểu hiện giảm trương lực cơ. Những tư thế co cứng như bọ cạp (tay co, chân duỗi) hoặc mất não (tay duỗi, chân duỗi) là biểu hiện tổn thương não ở trẻ em. Dấu hiệu cổ cứng và thóp phồng ở trẻ nhỏ gợi ý về bệnh viêm màng não.

Đồng tử

Nhiều loại thuốc và tổn thương não có thể làm thay đổi kích thước và phản xạ của đồng tử. Những dấu hiệu đồng tử quan trọng cần tìm là: giãn đồng tử, đồng tử không phản xạ, hoặc đồng tử 2 bên không cân xứng là những dấu hiệu tổn thương não nặng.

Ảnh hưởng đến hệ hô hấp do tổn thương thân kinh trung ương

Có những kiểu thở bất thường do tăng áp lực nội sọ. Những kiểu thở này có thể thay đổi từ mức tăng thông khí cho đến kiểu thở Cheyne – Stokes hoặc ngừng thở. Những kiểu thở bất thường này ở bệnh nhân hôn mê chứng tỏ có tổn thương ở não giữa và não sau.

Ảnh hưởng đến hệ tuần hoàn do tổn thương thân kinh trung ương

Khi có dấu hiệu chèn ép hành não do tụt kẹt thường kèm theo tăng huyết áp và nhịp tim chậm (đáp ứng kiểu Cushing). Đây là dấu hiệu của giai đoạn cuối.

2.4. Khám toàn thân

Nhiệt độ

Khi trẻ có sốt thường gợi ý đến nguyên nhân bệnh là do nhiễm trùng, nhưng cũng có thể sốt là do co giật hoặc rét run kéo dài.

Phát ban:

Khám toàn thân trẻ có thể thấy các dạng phát ban, từ dạng mẩn gộp trong phản ứng dị ứng; hoặc ban xuất huyết, tụ máu trong nhiễm khuẩn huyết hoặc trẻ bị xâm hại, hoặc mề đay lớn có phỏng nước gộp trong phản ứng dị ứng và một số dạng nhiễm trùng.

3. CÁCH TIẾP CẬN MỘT TRẺ BỊ BỆNH NẶNG

Xử trí cấp cứu một trẻ cần phải đánh giá nhanh và can thiệp kịp thời. Các bước tiếp cận một trẻ bị bệnh nặng gồm:

1. Đánh giá bước đầu
2. Hồi sức
3. Đánh giá bước hai và tìm những vấn đề máu chốt
4. Xử trí cấp cứu
5. Ổn định và vận chuyển bệnh nhân đến đơn vị điều trị

3.1. Đánh giá bước đầu và hồi sức

Đường thở (Airway)

Đánh giá ban đầu: đánh giá sự thông thoáng đường thở theo trình tự:

Nhìn di động lồng ngực và bụng

Nghe thông khí phổi

Cảm nhận luồng khí thở chỉ có hiệu quả khi bệnh nhân thở tự nhiên.

Nếu trẻ nói được hoặc khóc được chứng tỏ đường thở thông thoáng, hô hấp đảm bảo.

Nếu trẻ tự thở, chú ý đến các dấu hiệu khác có thể gợi ý tắc đường hô hấp trên như:

Tiếng thở rít

Các dấu hiệu co kéo

Nếu không có bằng chứng chắc chắn về sự lưu thông của đường thở thì làm kỹ thuật ấn hàm và nâng cằm, sau đó đánh giá lại. Nếu đường thở vẫn chưa lưu thông thì có thể tiến hành mở miệng bệnh nhân và thổi ngạt.

Hồi sức

Bằng các kỹ thuật: nhìn, nghe và cảm nhận mà thấy đường thở không thông thoáng thì có thể mở thông đường thở bằng:

Kỹ thuật nâng cằm và ấn hàm

Điều chỉnh tư thế bệnh nhân để đảm bảo sự thông thoáng

Có thể đặt nội khí quản (NKQ) nếu thấy cần thiết.

Hô hấp (Breathing)

Đánh giá ban đầu

Đường thở thông thoáng chưa chắc thông khí đã đầy đủ. Thông khí chỉ đạt được hiệu quả khi có sự phối hợp của trung tâm hô hấp, phổi, cơ hoành và các cơ lồng ngực.

Hồi sức

Sử dụng oxy lưu lượng cao (15lít/phút) cho những bệnh nhân có rối loạn hô hấp hoặc thiếu oxy tổ chức. Những bệnh nhân có suy hô hấp cần được thông khí với oxy qua mặt nạ có van và túi hoặc đặt ống NKQ và cho thở áp lực dương ngắt quãng.

Tuần hoàn (Circulation)

Đánh giá ban đầu

Các bước đánh giá tuần hoàn đã được mô tả.

Hồi sức

Tất cả các trường hợp suy tuần hoàn (sốc) nên được cho thở oxy qua mặt nạ,

hoặc qua ống NKQ (nếu cần phải đặt ống để kiểm soát đường thở).

Sử dụng đường truyền tĩnh mạch hoặc đường truyền trong xương để truyền ngay dung dịch điện giải hoặc dung dịch keo với lượng dịch là 20ml/kg và lấy các mẫu máu xét nghiệm ngay thời điểm này.

Đánh giá chức năng thần kinh

Đánh giá ban đầu

Thiếu oxy tổ chức hoặc sốc đều có thể gây rối loạn ý thức. Vì vậy cần đánh giá theo ABC trước khi xem xét các rối loạn ý thức là do nguyên nhân thần kinh. Thêm nữa, cần làm test đường máu trước bất cứ trẻ nào có suy giảm tri giác hoặc co giật.

Hồi sức

Nếu bệnh nhân có rối loạn ý thức ở mức độ P hoặc U (chỉ đáp ứng với đau hoặc không đáp ứng), phải cân nhắc đặt ống NKQ để kiểm soát đường thở.

Điều trị hạ đường huyết bằng dung dịch glucoza 10% 2ml/kg. Trước khi truyền đường, lấy máu xét nghiệm đường và các xét nghiệm.

3.2. Đánh giá bước hai và điều trị cấp cứu

Chỉ được thực hiện sau khi đã tiến hành đánh giá ban đầu và điều trị các dấu hiệu đe dọa tính mạng. Đánh giá bước hai gồm hỏi bệnh sử, thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm đặc hiệu. Do thời gian có hạn nên việc tiếp cận phải tập trung vào những vấn đề thiết yếu. Khi đánh giá bước hai xong, bác sỹ phải hiểu hơn về bệnh của trẻ và có chẩn đoán phân biệt. Việc điều trị cấp cứu ở giai đoạn này là phù hợp, cả điều trị tình trạng chuyên biệt (như hen phế quản) lẫn điều trị hội chứng (tăng áp lực nội sọ).

Hô hấp *Đánh giá bước hai*

Các triệu chứng hô hấp thường gặp:

Triệu chứng	Dấu hiệu
Khó thở	Nhịp thở nhanh
Sổ mũi	Co rút lồng ngực
Ho	Thở rên
Thở ồn ào (thở rên, thở rít, khò khè...)	Cánh mũi phập phồng
Khàn tiếng	Thở rít
Không uống được	Khò khè
Đau bụng	Lép lép thành ngực

Tím tái	Khí quản bị đẩy lệch
Co rút lồng ngực	Tiếng gõ bất thường
Đau ngực	Nghe tiếng ran nổ
Ngừng thở	
Không ăn được	
Nhịp thở nhiễm toan	

Xét nghiệm

Đo lưu lượng đỉnh nếu nghi ngờ hen, chụp XQ phổi, khí máu động mạch, độ bão hoà oxy.

Điều trị cấp cứu

Nếu nghe thấy tiếng lọc sọc do đường thở có nhiều dịch thì phải hút đờm dãi.

Khi có thở rít kết hợp với ho ông ồng và khó thở nặng thì nghĩ đến viêm tắc thanh quản nặng, điều trị bằng khí dung adrenalin 1‰ 5ml và oxy.

Nếu có tiếng rít nhẹ và trẻ mệt thì xem có viêm nắp thanh môn không, tuy nhiên bệnh này hiếm gặp. Có thể liên hệ bác sĩ gây mê để trợ giúp. Không nên có các can thiệp thô bạo vào đường thở.

Nếu bệnh của trẻ khởi phát đột ngột và có tiền sử sặc rõ thì nghĩ đến dị vật thanh quản. Làm các biện pháp tổng dị vật ra ngoài không thành công thì phải soi thanh quản gấp dị vật. Không được can thiệp thô bạo vào đường thở. Khi cần, liên hệ với bác sĩ gây mê để mở khí quản gấp.

Tiếng thở rít xảy ra sau khi bệnh nhân tiêm hoặc ăn phải dị nguyên thì nghĩ đến phản vệ. Cho adrenalin 1‰ 10µg/kg, tiêm bắp.

Những trẻ có tiền sử hen phế quản, thở khò khè, suy hô hấp nặng, lưu lượng đỉnh giảm hoặc thiếu oxy tổ chức thì phải được điều trị bằng khí dung các thuốc chủ vận β_2 và ipratropium với O_2 .

Đối với trẻ bị nhiễm toan, cần lấy máu làm khí máu và đường máu. Điều trị nhiễm toan do đái đường bằng huyết thanh mận 9‰ và insulin

Tuần hoàn (Circulation): Đánh giá bước hai

Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp:

Triệu chứng	Dấu hiệu
Khó thở	Nhịp tim nhanh
Sốt	Nhịp tim chậm

Nhịp tim nhanh	Rối loạn nhịp và biên độ mạch
Ăn uống khó	Màu sắc và tưới máu da bất thường
Tím tái	Giảm HA
Xanh xao	Tăng HA
Giảm trương lực cơ	Rối loạn nhịp thở và biên độ thở
Tình trạng ngủ gà	Gan to
Mất dịch	Phổi có ran
Thiếu niệu	Các tiếng thổi ở tim
	Phù ngoại biên
	Tĩnh mạch cổ nổi

Các xét nghiệm

Urê, điện giải đồ, khí máu, XQ phổi, điện tâm đồ, công thức máu, cấy máu.

Điều trị cấp cứu

Bolus dịch nếu bệnh nhân sốc, không đáp ứng với lần bơm dịch thứ nhất. Cân nhắc dùng thuốc vận mạch và đặt NKQ nếu phải bolus dịch lần 3.

Cân nhắc việc sử dụng kháng sinh TM trong trường hợp trẻ sốc nếu không có dấu hiệu mất nước vì có thể là nhiễm khuẩn máu.

Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim thì dùng phác đồ loạn nhịp thích hợp.

Nếu sốc phản vệ thì dùng adrenalin TB liều 10mcg/kg và theo phác đồ sốc phản vệ.

Thần kinh (disability)

Đánh giá bước hai: Các triệu chứng thường gặp

Triệu chứng	Dấu hiệu
Đau đầu	Rối loạn ý thức
Co giật	Co giật
Thay đổi hành vi	Kích thích đồng tử và phản xạ ánh sáng thay đổi
Rối loạn ý thức	Tư thế bất thường
Giảm vận động	Phản xạ mắt – não bất thường
Rối loạn thị giác	Các dấu hiệu màng não
Sốt	Phù gai thị và xuất huyết võng mạc
	Phản xạ gân xương thay đổi
	Tăng huyết áp

Mạch chậm

Xét nghiệm

Urê, ĐGD, đường máu, cấy máu (có chọn lọc)

Điều trị cấp cứu

Nếu co giật kéo dài, dùng phác đồ xử trí trạng thái động kinh

Nếu có bằng chứng của tăng áp lực nội sọ như mất ý thức cấp tính, tư thế bất thường hoặc phản xạ vận động nhãn cầu bất thường, trẻ cần được đặt ống NKQ và thông khí nhân tạo. Cân nhắc dùng manitol 0,5g/kg tĩnh mạch.

Nếu tri giác giảm hoặc co giật, cần nghĩ đến viêm màng não hoặc viêm não và cho cefotaxim/acyclovir.

Nếu trẻ lơ mơ và thờ yếu, cần kiểm tra đường máu, khí máu, định lượng salicylate trong máu. Điều trị nhiễm toan do đái đường bằng huyết thanh mận 9‰ và insulin.

Nếu trẻ hôn mê, đồng tử co nhỏ thì nghĩ đến ngộ độc opiate, có thể dùng thử naloxone.

Khám toàn thân (exposure)*Đánh giá bước hai*

Các triệu chứng thường gặp

Triệu chứng	Dấu hiệu
Ban dị ứng	Ban hoại tử
Sưng môi, lưỡi	Mày đay
Sốt	Phù mạch

Điều trị cấp cứu

Nếu trẻ có triệu chứng rối loạn tuần hoàn và thần kinh, có ban xuất huyết thì gợi ý có nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm màng não mủ, điều trị bằng cefotaxim và cấy máu.

Nếu trẻ có triệu chứng hô hấp, tuần hoàn, có ban mề đay hoặc phù mạch thì gợi ý có sốc phản vệ, điều trị bằng epinephrin 10 mcg/kg tiêm bắp. **Tiêu hoá**

Cấp cứu tiêu hoá thường gặp là sốc do mất dịch. Điều này dễ nhận thấy khi đánh giá ban đầu về tuần hoàn hoặc đánh giá bước hai về tim mạch. Và cũng cần tìm để loại trừ các dấu hiệu ngoại khoa.

Bệnh sử bổ sung*Môi trường sống và sự phát triển của trẻ*

Đặc biệt là đối với trẻ nhỏ và trẻ nữ nhi, hiểu biết về quá trình phát triển, tiêm

chúng và hoàn cảnh gia đình của trẻ rất hữu ích. Người nhà có thể nhớ các bệnh đã mắc của trẻ.

Thuốc và dị ứng

Nếu nghi ngờ trẻ bị ngộ độc thì phải quan tâm đến tiền sử dùng thuốc ở nhà hoặc điều trị trước đó.

TÓM TẮT

Các bước nhận biết các dấu hiệu đe dọa chức năng sống cho phép thầy thuốc chẩn đoán và điều trị bệnh của trẻ trong những giờ đầu một cách thích hợp. Đánh giá ban đầu và hồi sức nhằm duy trì chức năng sống cơ bản, đánh giá bước hai và điều trị cấp cứu cho phép điều trị đặc hiệu hơn. Giai đoạn điều trị xác định đòi hỏi người thầy thuốc phải làm từng bước, có hệ thống để tránh bỏ sót những dấu hiệu thay đổi trên lâm sàng.

VIÊM PHỔI DO VIRUS

Viêm phổi do virus xảy ra với tần suất cao 60 – 70% trong các trường hợp viêm phổi, nhất ở lứa tuổi 2-3 tuổi. Ở trẻ em, virus hay gặp *RSV*, cúm, á cúm, *Adenovirus*, *Rhinovirus*. Mùa hay gặp nhất là vào mùa đông (lạnh và ẩm). Hình thái và mức độ nặng của viêm phổi do virus thay đổi theo một số yếu tố như tuổi, mùa, trạng thái miễn dịch của bệnh nhân, môi trường. Bệnh khó phòng tránh, dễ lây nhiễm và tái phát. Viêm phổi do virus có thể dẫn đến các biến chứng như suy hô hấp, tràn dịch màng phổi, bội nhiễm vi khuẩn...

1. CHẨN ĐOÁN

1.1. Lâm sàng

- Giai đoạn ủ bệnh: dài hay ngắn tùy thuộc vào từng loại virus
- Giai đoạn khởi phát: triệu chứng viêm long đường hô hấp trên trong vài ngày (đau họng, chảy mũi, hắt hơi, ho), có thể kèm theo sốt nhẹ.
- Giai đoạn toàn phát: trẻ sốt vừa hoặc cao. Thở nhanh kèm theo rút lõm lồng ngực. Các trường hợp nặng có thể có tím, thở rên và mệt lả, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Khám phổi có ran rít, ngáy hoặc ít ran ẩm. Triệu chứng thực thể nghèo nàn và không đặc hiệu. Trên lâm sàng rất khó phân biệt giữa viêm phổi virus với viêm phổi do vi khuẩn. Các triệu chứng ngoài phổi có thể gặp: nôn trớ, tiêu chảy, phát ban, viêm kết mạc, gan lách to...

1.2 Xét nghiệm

- Số lượng bạch cầu bình thường hay tăng nhẹ tỷ lệ lymphocyte chiếm ưu thế. CRP bình thường.
- Xquang phổi: tổn thương đa dạng và không điển hình, hay gặp hình ảnh thâm nhiễm khoảng kẽ lan toả hình lưới hay hình liểu rử.
- Chẩn đoán xác định:
 - + Test nhanh phát hiện kháng nguyên virus cho kết quả nhanh trong vòng 15 phút. Hiện đang được áp dụng với cúm A, B, RSV.
 - + Real-time PCR phát hiện chuỗi RNA đặc hiệu của virus từ dịch tiết đường hô hấp, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao.
 - + Chẩn đoán huyết thanh cũng có thể sử dụng với hai mẫu huyết thanh, 1 ở giai đoạn cấp và 1 ở giai đoạn lui bệnh để xác định sự tăng hiệu giá kháng thể đối với một loại virus (gấp 4 lần). Loại test này ít được dùng trên lâm sàng vì kết quả muộn.

2. ĐIỀU TRỊ

2.1. Nguyên tắc điều trị

- Chống suy hô hấp
- Chống nhiễm khuẩn
- Chống mất nước, rối loạn điện giải
- Đảm bảo dinh dưỡng
- Đảm bảo thân nhiệt

2.2. Điều trị cụ thể

a. Chống suy hô hấp

- Đặt trẻ nằm nơi thoáng khí, yên tĩnh, nới rộng quần áo, tã lót.
- Hỗ trợ kịp thời tùy theo mức độ suy hô hấp:
- Giảm tắc nghẽn đường hô hấp:
 - + Đặt trẻ ở tư thế thích hợp: trẻ dưới 1 tuổi nằm tư thế thẳng (tư thế trung gian), trẻ trên 1 tuổi tư thế cổ hơi ngửa ra phía sau.
 - + Thông thoáng mũi: nhỏ nước muối sinh lý trước khi ăn, bú và ngủ.
 - + Vỗ rung kèm dẫn lưu tư thế, hút thông đường hô hấp khi có nhiều đờm.
 - + Cho trẻ thở oxy mask, oxy gọng khi có khó thở, tím tái, cho thở liên tục đến khi hết tím tái và phải thường xuyên theo dõi nhịp thở, SpO₂, mạch, huyết áp, nhiệt độ... để kịp thời xử trí. Trường hợp tím tái nặng, ngừng thở có thể đặt ống thông nội khí quản để dễ dàng hút thông đường thở, thở oxy, bóp bóng hô hấp hỗ trợ.
 - Kiểm tra khí máu để đánh giá và điều chỉnh thăng bằng kiềm toan.

b. Chống nhiễm khuẩn

- Sử dụng kháng sinh cho trẻ khi có bội nhiễm
- Vệ sinh sạch sẽ: hàng ngày vệ sinh răng miệng và da
- Chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

c. Đảm bảo thân nhiệt

- Nới rộng quần áo, tã lót duy trì thân nhiệt ổn định.
- Theo dõi nhiệt độ nếu trẻ sốt cao:
 - + Dùng khăn mềm thấm nước ấm để lau cho trẻ hoặc đắp chườm tại các vị trí trán, nách, bẹn.
 - + Dùng thuốc hạ nhiệt khi trẻ có sốt từ 38,50C trở lên. Không nên cho trẻ dùng aspirin.

- + Cho trẻ uống nhiều nước hoặc bú tăng cường ở trẻ bú mẹ.
- + Theo dõi sát thân nhiệt, đề phòng biến chứng sốt cao co giật.
- Trẻ sơ sinh đẻ non, suy dinh dưỡng cần phải ủ ấm và theo dõi sát nhiệt độ để phòng hạ thân nhiệt ở trẻ.

d. Đảm bảo dinh dưỡng:

- Trẻ được cung cấp đủ năng lượng theo cân nặng, lứa tuổi.
- Nếu trẻ bú kém cần cho trẻ ăn bằng thìa để đảm bảo số lượng.
- Trẻ ăn dặm hoặc trẻ lớn cần cung cấp thức ăn dễ tiêu và đảm bảo lượng calo cần thiết.
- Trẻ không tự ăn được cần phải tiến hành cho ăn qua ống thông hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch khi trẻ không bú được, nôn trớ hoặc ỉa chảy.
- Cân trẻ 1 tuần/lần để theo dõi sự phát triển của trẻ.

e. Chống mất nước, rối loạn điện giải:

- Theo dõi và đánh giá tình trạng mất nước (thóp, môi, mắt, nếp véo da, khát nước, tinh thần, nước tiểu...). Đảm bảo nước và dinh dưỡng đủ.
- Cho trẻ uống nhiều nước. Truyền dịch cho trẻ khi có chỉ định.
- Theo dõi tình trạng điện giải để kịp thời điều chỉnh cho bệnh nhân.

2.3. Thuốc kháng virus đặc hiệu: Phụ thuộc vào phân lập được virus (+).

- Oseltamivir (Tamiflu): Điều trị cúm A

+ Trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ Trẻ em từ 1 – 13 tuổi: Dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể:

<15kg : 30mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

16 – 23 kg : 45 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

24 – 40 kg : 60 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

40 kg : 75 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ Trẻ em dưới 12 tháng:

< 3 tháng : 12 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

3 - 5 tháng : 20 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

6 – 11 tháng : 25 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

- Zanamivir: dạng hít định liều. Sử dụng trong trường hợp không có Oseltamivir.

- + Người lớn và trẻ em trên 7 tuổi: 2 lần xịt 5 mg x 2 lần/ngày
- + Trẻ em 5-7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 1 lần/ngày
- Ribavirin: dạng khí dung.
- Điều trị *RSV*, *Adenovirus*
- Ganciclovir: điều trị virus CMV
- + Liều tấn công: 10 mg/kg/ngày x 7 ngày chia 2 lần truyền tĩnh mạch chậm.
- + Liều duy trì: 5 mg/kg/ngày duy trì đến khi PCR CMV âm tính.

3. TIỀN LƯỢNG

- Đa số các trường hợp viêm phổi do virus đều tự khỏi. Tuy nhiên 1 vài trường hợp viêm phổi do RSV có thể nặng ở những trẻ nhỏ dưới 6 tuần tuổi.
- Một số bệnh nhân có thể ho dai dẳng sau khi đã lui bệnh, 1 số bội nhiễm vi khuẩn cần điều trị như viêm phổi vi khuẩn.

4. BỆNH NHÂN XUẤT VIỆN

- Tỉnh táo, ăn uống tốt
- Hết sốt, giảm hoặc hết ho
- Không khó thở, nhịp thở bình thường
- Phổi hết hoặc đỡ ran
- X quang phổi tiến triển tốt.

TIÊU CHẢY CẤP

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêu chảy: Là tình trạng đi ngoài phân lỏng hoặc toé nước ≥ 3 lần trong 24 giờ.

Tiêu chảy cấp: Là tiêu chảy khởi đầu cấp tính và kéo dài không quá 14 ngày.

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Tiêu chảy do nhiễm khuẩn.

a. Nhiễm trùng tại ruột.

- *Rotavirus* là tác nhân chính gây tiêu chảy nặng và đe dọa tử vong ở trẻ dưới 2 tuổi. Ngoài ra *Adenovirus*, *Norwalkvirus* ... cũng gây bệnh tiêu chảy.

- Vi khuẩn:

+ *E.coli*: Bao gồm các loại ETEC (*E.coli* sinh độc tố), EPEC (*E.coli* gây bệnh), EHEC (*E.coli* gây chảy máu), EIEC (*E.coli* xâm nhập), EAEC (*E.coli* bám dính).

+ *Shigella*: Lý trực trùng

+ Tả: Thường gây những vụ dịch

+ Các vi khuẩn khác: *Campylobacter Jejuni*, *Salmonella* ...

- Ký sinh trùng: *Giardia*, *Cryptosporodia*, *amip*

b. Nhiễm trùng ngoài ruột.

- Nhiễm khuẩn hô hấp

- Nhiễm khuẩn đường tiêu

- Viêm màng não

- Tiêu chảy do thuốc: Liên quan đến việc sử dụng một số loại thuốc như kháng sinh, thuốc nhuận tràng...

- Tiêu chảy do dị ứng thức ăn: Dị ứng protein sữa bò, sữa đậu nành hoặc một số loại thức ăn khác: lạc, trứng, tôm, cá biển...

- Tiêu chảy do các nguyên nhân hiếm gặp khác

+ Rối loạn quá trình tiêu hóa, hấp thu.

+ Viêm ruột do hóa trị hoặc xạ trị.

+ Các bệnh lý ngoại khoa: lồng ruột, viêm ruột thừa cấp.

+ Thiếu vitamin.

- + Uống kim loại nặng.
- Các yếu tố thuận lợi gây tiêu chảy.
- + Tuổi: 80% trẻ bị tiêu chảy < 2 tuổi, lứa tuổi cao nhất từ 6-18 tháng .
- + Trẻ mắc một số bệnh gây giảm miễn dịch: SDD, sau sởi, HIV/AIDS...
- Tập quán làm tăng nguy cơ tiêu chảy cấp:
 - + Cho trẻ bú chai hoặc không nuôi con bằng sữa mẹ trong 4-6 tháng đầu
 - + Cai sữa quá sớm.
 - + Thức ăn bị ô nhiễm
 - + Nước uống bị ô nhiễm hoặc không đun chín
 - + Không rửa tay trước khi ăn
- Mùa: Mùa hè các bệnh tiêu chảy do nhiễm khuẩn cao, mùa đông tiêu chảy thường do *Rotavirus*

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

a. Hỏi bệnh:

Hỏi bà mẹ hoặc người chăm sóc trẻ các thông tin sau:

- Trẻ bị đi ngoài từ bao giờ
 - Có máu trong phân không
 - Số lần tiêu chảy trong ngày
 - Số lần nôn và chất nôn
 - Các triệu chứng khác kèm theo: ho sốt, viêm phổi, sởi....
 - Chế độ nuôi dưỡng trước khi mắc bệnh và trong khi bị bệnh
 - Các thuốc đã dùng
 - Các loại vaccine đã được tiêm chủng
- b. Khám bệnh:
- Kiểm tra các dấu hiệu mất nước:
 - + Toàn trạng: tỉnh táo, kích thích quấy khóc, li bì, hôn mê.
 - + Khát nước: Uống bình thường, uống háo hức, uống kém hoặc không uống được.
 - + Mắt có trũng không? Hỏi người mẹ có khác khi bình thường?
 - + Độ chun giãn của da

- Các triệu chứng khác
 - + Chân tay: Da ở phần thấp của chân, tay bình thường ẩm và khô, móng tay có màu hồng. Khi mất nước nặng, có dấu hiệu sốc thì da lạnh và ẩm, nổi vân tím...
 - + Mạch: Khi mất nước, mạch quay và đều nhanh hơn, nếu nặng có thể nhỏ và yếu.
 - + Thở: Tần số tăng khi trẻ bị mất nước nặng do toan chuyển hoá.
 - + Sụt cân.
 - + Giảm dưới 5%: Chưa có dấu hiệu mất nước trên lâm sàng.
 - + Mất 5 -10 %: Có biểu hiện mất nước vừa và nhẹ.
 - + Mất nước trên 10%: Có biểu hiện mất nước nặng.
 - Thóp trước: Khi có mất nước nhẹ và trung bình thóp trước trũng hơn bình thường và rất lõm khi có mất nước nặng.
 - Đái ít.
 - Trẻ có tình trạng suy dinh dưỡng không.
 - Sốt và nhiễm khuẩn: Trẻ ỉa chảy có thể bị nhiễm khuẩn phối hợp, phải khám toàn diện tìm các dấu hiệu nhiễm khuẩn kèm theo.
 - Co giật: Một số nguyên nhân gây co giật trong tiêu chảy như sốt cao, hạ đường huyết, tăng hoặc hạ natri máu.
 - Chướng bụng: Thường do hạ kali máu hoặc do dùng các thuốc cầm tiêu chảy không phù hợp.
- c. Đánh giá mức độ mất nước

Trẻ 2 tháng – 5 tuổi

Dấu hiệu mất nước	Phân loại mức độ mất nước
Hai trong các dấu hiệu sau: - Li bì hay khó đánh thức - Mắt trũng.	Mất nước nặng
- Không uống được hoặc uống kém - Nếp véo da mất rất chậm	
Hai trong các dấu hiệu sau: - Vật vã, kích thích. - Mắt trũng	Có mất nước
- Khát, uống nước háo hức - Nếp véo da mất chậm	
Không đủ các dấu hiệu để phân loại	Không mất nước

có mất nước hoặc mất nước nặng

Trẻ từ 1 tuần 2 tháng tuổi

Dấu hiệu Mất nước

Đánh giá tình trạng mất nước

Hai trong các dấu hiệu sau:

Mất nước nặng

- Ngủ li bì hay khó đánh thức
- Mắt trũng
- Nếp véo da mắt rất chậm

Hai trong các dấu hiệu sau:

- Vật vã, kích thích
- Mắt trũng
- Nếp véo da mắt chậm

Có mất nước

Không đủ các dấu hiệu để phân loại
có mất nước hoặc mất nước nặng

d. Chẩn đoán biến chứng

Rối loạn nước – điện giải

* Tiêu chảy cấp mất nước đẳng trương

- Lượng muối và nước mất tương đương.
- Nồng độ Na^+ : 130-150 mmol/L.
- Nồng độ thẩm thấu huyết tương: 275-295 mOsmol/l.
- Mất nghiêm trọng nước ngoài tế bào gây giảm khối lượng tuần hoàn

* Tiêu chảy cấp mất nước nhược trương.

- Mất muối nhiều hơn nước.
- Nồng độ Na^+ < 130mmol/l.
- Độ thẩm thấu huyết tương <275 mosmol/l.

- Bệnh nhân li bì, có thể co giật

* Tiêu chảy cấp mất nước ưu trương.

- Mất nhiều nước hơn Na^+ .
- Nồng độ Na^+ > 150mmol/l.
- Độ thẩm thấu huyết tương >295 mosmol/l.

- Bệnh nhân kích thích, rất khát nước, co giật.

- Xảy ra khi uống các dung dịch ưu trương

Các rối loạn khác: Kali máu:

- Hạ Kali:

+ Kali < 3,5 mmol/l.

+ Lâm sàng: cơ nhẽo, yếu cơ, bụng chướng, giảm phản xạ, rối loạn nhịp tim.

+ Điện tâm đồ: ST xẹp, sóng T thấp, xuất hiện sóng U, nếu giảm quá nặng PR kéo dài, QT giãn rộng.

- Tăng Kali:

+ Kali > 5,5 mmol/l

+ Lâm sàng: yếu cơ, loạn nhịp tim

+ ECG: T cao nhọn, QT ngắn, block A-V, rung thất (Kali \geq 9mmol/l)

Toan chuyển hóa: pH < 7.2, HCO₃⁻ < 15 mEq/l, thở nhanh, sâu, môi đỏ.

Suy thận cấp: tiểu ít hoặc vô niệu, BUN, Creatinin máu tăng.

3.2. Cận lâm sàng.

- Phần lớn trẻ bị tiêu chảy cấp không cần thiết chỉ định làm xét nghiệm thường quy.

- Chỉ định làm xét nghiệm điện giải đồ khi trẻ được điều trị tại bệnh viện và có biểu hiện mất nước, mất nước nặng hoặc diễn biến bệnh và các biểu hiện lâm sàng không tương xứng với mức độ của tiêu chảy.

- Chỉ định làm xét nghiệm công thức máu, CRP cho các trường hợp nghi ngờ có nhiễm khuẩn kèm theo hoặc mất nước nặng.

- Chỉ định cấy phân cho các trường hợp tiêu chảy phân máu, tiêu chảy phân nước nặng nghi ngờ tả, tiêu chảy nặng và kéo dài, tiêu chảy trên trẻ suy giảm miễn dịch

- Soi tươi tìm ký sinh trùng trong phân khi lâm sàng có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm ký sinh trùng

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị cần thiết

a. Bù nước và điện giải

Phác đồ A: Điều trị những trường hợp tiêu chảy chưa có biểu hiện mất nước. Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường phòng mất nước. Cách cho uống như sau:

Số lượng uống: Cho trẻ uống nước sau mỗi lần đi ngoài với số lượng nước như

sau:

Tuổi	Lượng ORS cho uống sau mỗi lần đi ngoài	Lượng ORS cần cung cấp để dùng tại nhà
< 24 tháng	50-100 ml	500ml/ngày
2t- 10 tuổi	100-200 ml	1000ml/ngày
10 tuổi trở lên uống cho đến khi hết khát		2000 ml/ngày

Các loại dịch dùng trong tiêu chảy: Dung dịch ORESOL (ORS) áp lực thẩm thấu thấp là tốt nhất

Cách cho uống:

+ Trẻ < 2 tuổi, cho uống từng thìa, trẻ lớn cho uống từng ngụm một bằng cốc hoặc bằng bát.

+ Trẻ bị nôn, dừng lại đợi 5-10 phút sau lại tiếp tục cho uống.

+ Cần động viên người mẹ chịu khó cho con uống, vì chỉ có cho uống mới tránh được hậu quả nguy hiểm khi trẻ bị tiêu chảy.

Phác đồ B: Điều trị các trường hợp mất nước vừa và nhẹ, cho bệnh nhi uống ORS dựa theo cân nặng hay tuổi (nếu không cân được)

Lượng ORS cho uống trong 4 giờ đầu (ml)

Nếu biết cân nặng có thể tính lượng dịch cần bù bằng công thức:

Số lượng nước (ml) uống trong 4 giờ = Cân nặng bệnh nhi x 75 ml.

- Cách cho uống:

+ Trẻ nhỏ 2 tuổi thì cho uống từng thìa, cứ 1-2 phút cho uống 1 thìa, đối với trẻ lớn cho uống từng ngụm bằng chén.

+ Nếu trẻ nôn cho ngừng uống 10 phút sau đó cho uống chậm hơn.

+ Sau 4 giờ đánh giá lại tình trạng mất nước; nếu hết triệu chứng mất nước chuyển sang phác đồ A, trẻ còn dấu hiệu mất nước vừa và nhẹ thì tiếp tục theo phác đồ B. Nếu nặng lên thì chuyển sang phác đồ C .

Phác đồ C: Áp dụng trong những trường hợp mất nước nặng

- Truyền tĩnh mạch ngay 100ml/kg dung dịch Ringe Lactate (hoặc dung dịch muối sinh lý) chia số lượng và thời gian như sau:

Tuổi	Lúc đầu 30ml/kg trong	Sau đó 70ml/kg trong
< 12 tháng	1 giờ	5 giờ

Bệnh nhân lớn hơn	30 phút	2 giờ 30 phút
-------------------	---------	---------------

- Cứ 1-2 giờ đánh giá lại bệnh nhân. N- Lại truyền một lần nữa với số lượng và thời gian tương tự nếu mạch quay còn yếu hoặc không bắt được. Nếu tình trạng mất nước không tiến triển tốt thì truyền nhanh hơn.

- Ngay khi bệnh nhân có thể uống được, hãy cho uống ORS (5ml/kg /giờ).

- Nếu không truyền được, tùy từng điều kiện cụ thể có thể chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để truyền dịch hoặc đặt ống thông dạ dày cho ORS với số lượng 20ml/kg/giờ (tổng số 120ml/kg)

Cho ăn trở lại ngay khi trẻ có thể ăn được như tiếp tục bú mẹ hoặc cho trẻ ăn các thức ăn giàu dinh dưỡng

4.2. Sử dụng kháng sinh trong điều trị tiêu chảy cấp.

Không chỉ định sử dụng kháng sinh cho tất cả các trường hợp tiêu chảy cấp.

Chỉ định kháng sinh cho các trường hợp tiêu chảy cấp sau:

- Tiêu chảy phân máu.

- Tiêu chảy phân nước mất nước nặng nghi ngờ tả.

- Tiêu chảy do *Giardia*.

- Trẻ mắc tiêu chảy kèm theo các nhiễm trùng khác: viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu...

Kháng sinh sử dụng trong điều trị các nguyên nhân gây tiêu chảy

Nguyên nhân	Kháng sinh lựa chọn	Kháng sinh thay thế
Tả	Erythromycin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày	Tetracyclin 12,5mg/kg x 4 lần/ngày x 3 ngày
		Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày
Lỵ trực khuẩn	Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày	Pivmecillinam 20mg/kg/lần x 4 lần/ngày x 5 ngày
		Ceftriaxon tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 50–100mg/kg/ngày x 2 – 5 ngày
<i>Campylobacter</i>	Azithromycin 6 – 20mg/kg x 1 lần/ngày x 1-5 ngày	
Lỵ a míp	Metronidazole 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 - 10 ngày (10 ngày với trường hợp bệnh nặng), dùng đường uống	

<i>Giardia</i>	Metronidazole 5 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 5 ngày, dùng đường uống
----------------	------------------------------------------------------------------

4.3. Bổ sung kẽm trong điều trị tiêu chảy cấp.

Trẻ 1- < 6 tháng tuổi: 10mg/ngày x 10 – 14 ngày

Trẻ \geq 6 tháng tuổi: 20mg/ngày x 10 – 14 ngày

4.4. Chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân tiêu chảy cấp.

Cho trẻ ăn sớm khẩu phần ăn hàng ngày 4 – 6 giờ sau bù nước và điện giải với lượng tăng dần

- Nếu trẻ bú mẹ: tiếp tục cho bú nhiều lần hơn và lâu hơn.

- Nếu trẻ không bú sữa mẹ:

+ Cho trẻ loại sữa mà trẻ ăn trước đó.

+ Không pha loãng sữa.

+ Không sử dụng sữa không có lactose thường quy trong dinh dưỡng trẻ bị tiêu chảy cấp.

+ Tránh thức ăn có năng lượng, protein và điện giải thấp và nhiều carbohydrate.

+ Sau khi khỏi tiêu chảy, cho ăn thêm ngày 1 bữa ngoài những bữa ăn bình thường trong 2-4 tuần.

4.5. Điều trị hỗ trợ

- S. Boulardii: 200 – 250mg/ngày x 5 - 6 ngày kết hợp với bù nước và điện giải đầy đủ.

- Racecadotril: 1,5mg/kg/lần x 3 lần/ngày kết hợp với bù nước, điện giải đầy đủ và không dùng quá 7 ngày

- Không sử dụng thuốc cầm nôn, cầm đi ngoài

5. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN VÀ TÁI KHÁM

5.1. Chỉ định nhập viện.

Trẻ cần được theo dõi tại cơ sở y tế và đánh giá lại trong quá trình theo dõi khi có các dấu hiệu sau:

- Mất nước nặng (\geq 10% trọng lượng cơ thể), shock.

- Có các biểu hiện thần kinh: li bì, co giật, hôn mê.

- Nôn tái diễn hoặc nôn ra mật.

- Thất bại với bù dịch bằng đường uống.

- Trẻ có các biểu hiện toàn thân: sốt cao, nhiễm trùng, nhiễm độc.
- Có các tình trạng bệnh lý khác kèm theo: tim mạch, bất thường về thần kinh, vận động hoặc các bệnh lý khác chưa xác định được.
- Cha mẹ/người chăm sóc không đảm bảo việc cho uống đủ nước và dinh dưỡng tại nhà.
- Khó đánh giá mức độ mất nước (trẻ béo phì).
- Tái khám ngay khi có 1 trong các dấu hiệu: ăn uống kém, sốt cao, tiêu chảy tăng lên, nôn nhiều, toàn trạng mệt mỏi.

5.2. Hướng dẫn tái khám:

Hướng dẫn người mẹ phát hiện sớm các dấu hiệu mất nước để đưa đến cơ sở y tế kịp thời khi:

- Trẻ đi ngoài nhiều lần, phân nhiều nước hơn.
- Khát nhiều.
- Sốt hoặc sốt cao hơn.
- Phân nhày máu mũi.
- Nôn tất cả mọi thứ
- Không chịu ăn.

6. DỰ PHÒNG

- Nuôi con bằng sữa mẹ: Cho trẻ bú mẹ ngay sau sinh và bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu.
- Sử dụng vaccine phòng bệnh:
 - + Tiêm phòng đủ theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
 - + Phòng đặc hiệu tiêu chảy bằng vaccin: *Rotavirus*, tả, thương hàn.
- Cải thiện tập quán ăn uống.
- Sử dụng nguồn nước sạch cho vệ sinh và ăn uống.
- Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm khi chế biến hoặc bảo quản thức ăn.
- Rửa tay thường xuyên khi chăm sóc trẻ.
- Sử dụng hố xí hợp vệ sinh.

CO GIẬT DO SỐT

(Febrile Seizures)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Co giật thường xảy ra ở trẻ từ 6 tháng đến 60 tháng tuổi, các cơn co giật xuất hiện trong quá trình mắc một bệnh cấp tính có sốt, nhưng không phải do nhiễm trùng thần kinh hoặc có các cơn co giật không do sốt trước đó và các dấu hiệu bất thường hệ thần kinh.

- Bệnh thường gặp ở trẻ em, 2 - 5% trẻ khỏe mạnh có thể bị co giật do sốt.

- Khoảng 30% trẻ em co giật do sốt sẽ có nguy cơ giật lần 2, tuy nhiên chỉ 1 - 2% co giật do sốt đơn thuần và khoảng 10% co giật do sốt phức hợp có nguy cơ bị động kinh sau này.

- Nguyên nhân thường do các bệnh cấp tính gây sốt như: nhiễm trùng đường hô hấp, tiêu hóa, hệ tiết niệu...

2. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI

2.1. Chẩn đoán:

Co giật do sốt thường hay gặp, chiếm tỷ lệ 3-5% ở trẻ em. Co giật có thể xuất hiện trước khi khởi phát sốt hoặc khi sốt mức độ trung bình, tuy nhiên thường hay gặp khi trẻ sốt trên 38°5. Có sự liên quan giữa nhiệt độ thấp với thời gian ngắn từ khi sốt đến khi xuất hiện cơn co giật làm tăng nguy cơ tái xuất hiện các cơn co giật do sốt.

2.2. Phân loại co giật do sốt

a. Co giật do sốt đơn thuần

- Xảy ra ở trẻ không có bất thường hệ thần kinh.

- Cơn co giật toàn thể, thời gian dưới 15 phút

b. Co giật do sốt phức tạp: khi có một trong các biểu hiện sau:

- Co giật cục bộ hoặc khởi phát cục bộ

- Thời gian có giật kéo dài trên 15 phút

- Không phục hồi hoàn toàn chức năng hệ thần kinh trong vòng 1 giờ

- Tái phát các cơn co giật trong đợt sốt

c. Trạng thái động kinh do sốt

- Là những cơn co giật kéo dài trên 30 phút.

Một số lưu ý:

+ Một số trẻ xuất hiện cơn co giật trong quá trình mắc một bệnh nhiễm trùng

cấp tính (viêm dạ dày ruột) mà không có bằng chứng của sốt, việc điều trị và tiên lượng tương tự như co giật do sốt.

+ Đối với trẻ dưới 6 tháng tuổi bị co giật do sốt cao cần thận trọng với tình trạng nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương.

d. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh lý như viêm màng não nhiễm khuẩn, viêm não, hội chứng ly, sử dụng một số thuốc (thuốc chống trầm cảm 3 vòng, amphetamine, cocaine), rối loạn điện giải, hạ đường máu hay chấn thương đầu.

3. THĂM KHÁM LÂM SÀNG

3.1. Lâm sàng

- Thăm khám một cách toàn diện, khai thác các yếu tố tiền sử và bệnh sử.
- Đánh giá đặc điểm cơn co giật
- Đánh giá các dấu hiệu thần kinh, hội chứng não – màng não.
- Phát hiện các bệnh nhiễm trùng kèm theo

3.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu, chụp X – quang để đánh giá tình trạng nhiễm trùng nếu cần thiết.

- Điện não đồ ít có giá trị ở bệnh nhi bị co giật do sốt đơn thuần. Một số trường hợp khác có chỉ định ghi điện não đồ như: trạng thái động kinh do sốt cao hay co giật do sốt phức hợp.

- Chọc dò tủy sống: với những trẻ dưới 6 tháng tuổi hoặc nghi ngờ có nhiễm trùng thần kinh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị trong đợt sốt

- Xử trí cơn co giật
- + Để trẻ nằm yên, tránh kích thích
- + Đặt đầu trẻ nghiêng bên phải, nới rộng quần áo
- + Thở ô xy nếu cơn giật kéo dài trên 5 phút hoặc có tình trạng thiếu oxy
- + Nhanh chóng lấy nhiệt độ và các chỉ số sinh tồn
- + Trong một số trường hợp có thể đặt vật mềm hay đè lưỡi giữa 2 hàm răng để trẻ không cắn vào lưỡi.
- + Trong trường hợp cơn co giật kéo dài có thể thụt Diazepam 0,5mg/kg theo

đường hậu môn hoặc 0,2-0,3mg/kg đường tiêm tĩnh mạch chậm. Hoặc sử dụng Midazolam 0,1mg/kg theo đường tiêm tĩnh mạch chậm.

+ Đối với trạng thái động kinh do sốt cao được xử trí như trạng thái động kinh, nhất thiết phải đưa trẻ đến cơ sở y tế có đủ điều kiện cấp cứu.

- Kiểm soát thân nhiệt.

+ Khi sốt trên 38°C, hạ sốt bằng Paracetamol 15 mg/kg/1 lần, uống hoặc đặt hậu môn, nhắc lại sau 4-6 giờ (nếu vẫn sốt), nhưng không được quá 60 mg/kg/24 h (hoặc Ibuprofen 10mg/kg/lần, 6 giờ/lần).

+ Kết hợp các biện pháp vật lý như: chườm trán, nách, bẹn cho bệnh nhân bằng nước ấm 32 – 35°C, cởi bỏ quần áo.

- Điều trị bệnh cơ bản gây sốt tùy theo từng bệnh nhân.

- Trong đợt sốt có thể sử dụng Depakin 20mg/kg/ngày (uống chia 2 lần), hoặc Gardenal (phenobacbital) 5mg/kg/ngày.

4.2. Điều trị dự phòng ngoài đợt sốt

- Kiểm soát tốt tình trạng tăng thân nhiệt.

- Thuốc kháng động kinh, an thần kinh dùng dài hạn thường không được chỉ định. Một số ít trẻ bị tái phát các cơn co giật thường xuyên hoặc có các yếu tố nguy cơ co giật cao có thể cân nhắc sử dụng.

- Hướng dẫn, tư vấn cho cha mẹ trẻ cách điều trị và hẹn khám lại định kỳ.

5. TIỀN LƯỢNG VÀ TIẾN TRIỂN

Tỷ lệ tái phát phụ thuộc vào tuổi của trẻ, cơn giật xuất hiện ở trẻ càng nhỏ nguy cơ tái phát co giật do sốt càng cao (1 tuổi là 50 %; 2 tuổi là 30%) .

- Nguy cơ mắc động kinh tăng lên nếu gia đình có tiền sử động kinh, chậm phát triển thần kinh, co giật kéo dài hoặc giật cục bộ.

- Nguy cơ mắc động kinh: nếu không có yếu tố nguy cơ khoảng 1%, nếu có 1 yếu tố nguy cơ khoảng 2%, nếu hơn 1 yếu tố nguy cơ khoảng 10%.

6. TƯ VẤN CHO GIA ĐÌNH

- Cha mẹ cần được hướng dẫn cách xử trí khi trẻ bị co giật, cách sử dụng thuốc hạ sốt, thuốc chống co giật trong trường hợp cần thiết.

- Phải đưa trẻ tới cơ sở y tế (hoặc gọi bộ phận cấp cứu) khi cơn giật kéo dài quá 10 phút hoặc sau cơn giật 30 phút trẻ không trở lại bình thường.

- Cần giải thích cho cha mẹ trẻ yên tâm là cơn giật do sốt đơn thuần thường không ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ cũng như nguy cơ mắc động kinh sau này.

BỆNH TAY-CHÂN-MIỆNG

(Hand-foot-and mouth disease)

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là *Coxsackie virus A16* và *Enterovirus 71 (EV71)*. Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do *EV71*.

Chú ý: Bệnh ở người không liên quan với bệnh lở mồm long móng (Foot- and mouth or hoof-and mouth disease) ở động vật - do loại virus khác gây nên.

1.2. Dịch tễ

Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hóa. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

Bệnh gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

Có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG:

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

2.1.2. Giai đoạn khởi phát: Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

2.1.3. Giai đoạn toàn phát: Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay

bội nhiễm.

- Sốt nhẹ.

- Nôn.

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

- Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

2.1.4. Giai đoạn lui bệnh:

Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

2.1.5. Các thể lâm sàng:

- Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

- Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

- Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

2.2. Cận lâm sàng

2.2.1. Các xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên $16.000/mm^3$ hay đường huyết tăng $> 160mg\%$ ($8,9 mmol/l$) thường liên quan đến biến chứng

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường ($< 10 mg/L$).

- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

2.2.2. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

- Khí máu khi có suy hô hấp

- Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

- Dịch não tủy:

- + Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

- + Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình

thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân chiếm ưu thế.

2.2.3. Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt:

Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

2.2.4. Chụp cộng hưởng từ sọ não:

Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng : Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng: Phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

3.2. Chẩn đoán xác định căn nguyên

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

3.3. Chẩn đoán phân biệt

3.3.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng

Các bệnh viêm loét miệng do căn nguyên khác, viêm miệng áp-tơ: Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

3.3.2. Các bệnh có phát ban da:

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sần, thường có hạch sau tai.

- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.

- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.

- Thủy đậu: Phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

- Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

3.3.3. Viêm não-màng não

- Viêm màng não do vi khuẩn.

- Viêm não-màng não do vi rút khác.

3.3.4. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi

3.4. Chẩn đoán biên chứng

3.4.1. Biên chứng thần kinh : Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk), giật mình: Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.

- Ngủ gà, bứt rứt, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

- Rung giật nhãn cầu.

- Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).

- Liệt dây thần kinh sọ não.

- Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

- Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt võ)

3.4.2. Biên chứng tim mạch, hô hấp:

Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh > 150 lần/phút.

- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.

- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân...)

- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi \geq 110 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi \geq 115 mmHg, trẻ trên 2 tuổi \geq 120 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thanh quản, thở nông, thở bụng, thở không đều.

- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

3.5. Phân độ lâm sàng : (Theo hướng dẫn của Bộ Y tế tháng 3/2012)

3.5.1. Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

3.5.2. Độ 2: Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám

+ Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39^oC, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2

* Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:

- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần / 30 phút.
- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:
 - + Ngủ gà
 - + Mạch nhanh > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt)
- * Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:
 - Sốt cao $\geq 39,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
 - Mạch nhanh > 150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
 - Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
 - Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
 - Yếu chi hoặc liệt chi.
 - Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

3.5.3. Độ 3 - có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng :
 - + Trẻ < 12 tháng HA $> 100\text{mmHg}$
 - + Trẻ từ 12 tháng $\rightarrow < 24$ tháng HA $> 110\text{mmHg}$
 - + Trẻ > 24 tháng HA $> 115\text{ mmHg}$
- Thở nhanh, thở bất thường: Con ngưng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào.
- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
- Tăng trương lực cơ.

3.5.4. Độ 4: Có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, $\text{SpO}_2 < 92\%$.
- Ngưng thở, thở nấc.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).
- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.
- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC...)
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.
- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 - 15 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.
- Vệ sinh răng miệng.
- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.
- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.
- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:
 - + Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.
 - + Thở nhanh, khó thở.
 - + Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.
 - + Đi loạng choạng.
 - + Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.
 - + Co giật, hôn mê.

4.2.2. Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện

4.2.2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 5-10 mg/kg/lần lập lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol), không dùng hạ sốt nhóm Aspirin. Tổng liều tối đa của ibuprofen là 40mg/kg/ngày.

- Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.
- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

4.2.2.2. Độ 2b: Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức

- Nằm đầu cao 30°.
- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.
- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.
- Thuốc:
 - + Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.
 - + Immunoglobulin

Nhóm 2: 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 2

Nhóm 1: Không chỉ định Immunoglobulin thường qui. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định dùng Immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi, mạch mỗi 1- 3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO₂ và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

4.2.2.3. Độ 3: Điều trị nội trú tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút. Đặt nội khí quản giúp thở sớm khi thất bại với thở oxy.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30°, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường), nếu thở máy cần tăng thông khí để giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần. Liều tối đa: 30mg/kg/24h.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục.

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút (không dùng Dopamin).

- Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 – 0,75 µg/kg/phút chỉ dùng khi huyết áp cao, trong 24-72 giờ. Nếu huyết áp ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều Milrinone 0,1 µg/kg/phút mỗi 30-60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Nếu huyết áp ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng Milrinone.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2- 0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lập lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

4.2.2.4. Độ 4: Điều trị nội trú tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

+ Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Dobutamin liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 2- 3µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 µg/kg/phút.

- Phù phổi cấp:

+ Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.

+ Dừng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút.

+ Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.

- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não:

- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).

- Immunoglobulin: Chỉ định khi HA trung bình \geq 50mmHg

- Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng; Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

5. PHÒNG BỆNH

5.1. Nguyên tắc phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.

- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hóa, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

5.2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế:

- Cách ly theo nhóm bệnh.
- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.
- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.
- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hóa.

5.3. Phòng bệnh ở cộng đồng:

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).
- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.
- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10-14 ngày đầu của bệnh.