

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COVID-19 DO CHỦNG VIRUS CORONA MỚI (SARS-CoV-2)

Bộ Y tế

ĐẠI CƯƠNG

Virus Corona (CoV) là một họ virus lây truyền từ động vật sang người và gây bệnh cho người từ cảm lạnh thông thường đến các tình trạng bệnh nặng, đe dọa tính mạng của người bệnh 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 12/2019, một chủng virus Corona mới (SARS-CoV-2) đã được xác định là căn nguyên gây dịch nhiễm trùng hô hấp cấp tính (COVID-19) tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), sau đó lan rộng ra toàn Trung Quốc và cho tới nay hầu hết các nước trên thế giới. Ngày 11/3/2020, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công bố COVID-19 là một đại dịch toàn cầu. Chủng SARS-CoV-2 ngoài lây truyền từ động vật sang người, còn lây trực tiếp từ người sang người chủ yếu qua giọt bắn đường hô hấp và qua đường tiếp xúc. Virus cũng có khả năng lây truyền qua đường không khí qua khí dung (aerosol), đặc biệt tại các cơ sở y tế và những nơi đông người và ở không gian kín. Cho tới nay, lây truyền theo đường phân - miệng chưa có bằng chứng rõ ràng. Người bệnh COVID-19 có biểu hiện lâm sàng đa dạng: Từ nhiễm không có triệu chứng tới những biểu hiện

bệnh lý nặng như viêm phổi nặng, suy hô hấp, sốc nhiễm trùng, suy chức năng đa cơ quan và tử vong, đặc biệt ở những người cao tuổi, người có bệnh mạn tính hay suy giảm miễn dịch với số lượng tế bào TCD4 giảm dưới 250 tế bào/mm³, người có D-dimer tăng cao hoặc có đồng nhiễm hay bội nhiễm các căn nguyên khác như vi khuẩn, nấm. Hiện nay, chưa có thuốc đặc hiệu và chưa có vaccine phòng COVID-19 nên chủ yếu là điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng. Các biện pháp phòng bệnh chính là phát hiện sớm và cách ly ca bệnh.

CHẨN ĐOÁN

1. Định nghĩa ca bệnh

** Trường hợp bệnh nghi ngờ bao gồm các trường hợp:*

- Người bệnh có sốt và/hoặc viêm đường hô hấp cấp tính không lý giải được bằng các nguyên nhân khác.

- Người bệnh có bất kỳ triệu chứng hô hấp nào và có tiền sử đến/qua/ở/về từ vùng dịch tễ có bệnh COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng hoặc tiếp xúc gần với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định COVID-19 trong khoảng 14 ngày trước khi khởi phát các triệu chứng.

+ Vùng dịch tễ: Được xác định là những quốc gia, vùng lãnh thổ có ghi nhận ca mắc COVID-19 lây truyền nội địa hoặc nơi có ổ dịch đang hoạt động tại Việt Nam theo “Hướng dẫn tạm thời giám sát và phòng, chống COVID-19” của Bộ Y tế và được cập nhật bởi Cục Y tế dự phòng.

+ Tiếp xúc gần bao gồm:

. Tiếp xúc tại các cơ sở y tế, bao gồm: Trực tiếp chăm sóc người bệnh COVID-19; làm việc cùng với nhân viên y tế mắc COVID-19; tới thăm người bệnh hoặc ở cùng phòng bệnh có người bệnh mắc COVID-19.

. Tiếp xúc trực tiếp trong khoảng cách $\leq 2m$ với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

. Sống cùng nhà với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

. Cùng nhóm làm việc hoặc cùng phòng làm việc với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.

. Cùng nhóm: Du lịch, công tác, vui chơi, buổi liên hoan, cuộc họp ... với ca bệnh xác định hoặc ca bệnh nghi ngờ trong thời kỳ mắc bệnh.

. Di chuyển trên cùng phương tiện (ngồi cùng hàng, trước hoặc sau hai hàng ghế) với trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc xác định mắc COVID-19 trong thời kỳ mắc bệnh.

** Trường hợp bệnh xác định:*

Là trường hợp bệnh nghi ngờ hoặc bất cứ người nào có xét nghiệm dương tính với virus SARS-CoV-2 được thực hiện bởi các cơ sở xét nghiệm do Bộ Y tế cho phép khẳng định.

TRIỆU CHỨNG

1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: Từ 2 - 14 ngày, trung bình từ 5 - 7 ngày.

- Khởi phát: Triệu chứng hay gặp là sốt, ho khan, mệt mỏi và đau cơ. Một số trường hợp đau họng, nghẹt mũi, chảy nước mũi, đau đầu, ho có đờm, nôn và tiêu chảy.

- Diễn biến:

+ Hầu hết người bệnh (khoảng hơn 80%) chỉ sốt nhẹ, ho, mệt mỏi, không bị viêm phổi và thường tự hồi phục sau khoảng 1 tuần. Tuy nhiên, một số trường hợp không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.

+ Khoảng 14% số bệnh nhân diễn biến nặng như viêm phổi, viêm phổi nặng cần nhập viện, khoảng 5% cần điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực với các biểu hiện hô hấp cấp (thở nhanh, khó thở, tím tái...), hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS), sốc nhiễm trùng, suy chức năng các cơ quan bao gồm tổn thương thận và tổn thương cơ tim, dẫn đến tử vong.

+ Thời gian trung bình từ khi có triệu chứng ban đầu tới khi diễn biến nặng thường khoảng 7 - 8 ngày.

+ Tử vong xảy ra nhiều hơn ở người cao tuổi, người suy giảm miễn dịch và mắc các bệnh mạn tính kèm theo. Ở người lớn, các yếu tố tiên lượng tăng nguy cơ tử vong là tuổi cao, điểm suy đa tạng SOFA cao khi nhập viện và nồng độ D-dimer $> 1 \mu g/L$.

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

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

- Ở trẻ em, đa số trẻ mắc COVID-19 có các biểu hiện lâm sàng nhẹ hơn người lớn, hoặc không có triệu chứng. Các dấu hiệu thường gặp ở trẻ em là sốt và ho hoặc các biểu hiện viêm phổi. Tuy nhiên, một số trẻ mắc COVID-19 có tổn thương viêm đa cơ quan tương tự bệnh Kawasaki như sốt; ban đỏ hoặc sung huyết giác mạc, hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân; suy tuần hoàn; các biểu hiện tổn thương chức năng tim và tăng men tim; rối loạn tiêu hóa; rối loạn đông máu và tăng các chỉ số viêm cấp.

2. Xét nghiệm cận lâm sàng

Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu thay đổi không đặc hiệu:

- Số lượng bạch cầu trong máu có thể bình thường hoặc giảm; số lượng bạch cầu lympho thường giảm, đặc biệt nhóm diễn biến nặng.

- Protein C phản ứng (CRP) bình thường hoặc tăng, procalcitonin (PCT) thường bình thường hoặc tăng nhẹ. Một số trường hợp có thể tăng nhẹ ALT, AST, CK, LDH.

- Trong các trường hợp diễn biến nặng, có các biểu hiện suy chức năng các cơ quan, rối loạn đông máu, tăng D-dimer, rối loạn điện giải và toan kiềm.

3. X-quang và chụp CT scan phổi

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

- Khi có viêm phổi, tổn thương thường ở hai bên với dấu hiệu viêm phổi kẽ hoặc đám mờ (hoặc kính mờ) lan tỏa, ở ngoài

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

4. Xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên

- Kỹ thuật realtime RT-PCR.

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

- Giải trình tự gen từ các mẫu bệnh phẩm.

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

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

PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ LÂM SÀNG

Bệnh COVID-19 có các thể bệnh trên lâm sàng như sau:

1. Thể không triệu chứng

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

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

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

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

3. Mức độ vừa: Viêm phổi

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

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

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

4. Mức độ nặng: Viêm phổi nặng

- Người lớn và trẻ lớn: Sốt hoặc nghi ngờ nhiễm trùng hô hấp, kèm theo bất kỳ một trong các dấu hiệu sau: Nhịp thở > 30 lần/phút, khó thở nặng hoặc $SpO_2 \leq 93\%$ khi thở khí phòng.

- Trẻ nhỏ: Ho hoặc khó thở và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau đây: Tím tái hoặc $SpO_2 < 90\%$; suy hô hấp nặng (thở rên, rút lõm lồng ngực); hoặc trẻ được chẩn đoán viêm phổi và có bất kỳ dấu hiệu nặng sau: Không thể uống/bú được; rối loạn ý thức (li bì hoặc hôn mê); co giật. Có thể có các dấu hiệu khác của viêm phổi như rút lõm lồng ngực, thở nhanh (tần số thở/phút như trên).

- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, chụp X-quang phổi để xác định các biến chứng.

5. Mức độ nguy kịch

* Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS):

- Khởi phát: Các triệu chứng hô hấp mới hoặc xấu đi trong vòng một tuần kể từ khi có các triệu chứng lâm sàng.

- X-quang, CT scans hoặc siêu âm phổi: Hình ảnh mờ hai phế trường mà không phải do tràn dịch màng phổi, xẹp thùy phổi hoặc các nốt ở phổi.

- Nguồn gốc của phù phổi không phải do suy tim hoặc quá tải dịch. Cần đánh giá khách quan (siêu âm tim) để loại trừ phù phổi do áp lực thủy tĩnh nếu không thấy các yếu tố nguy cơ.

- Thiếu oxy máu:

Ở người lớn, phân loại dựa vào chỉ số PaO_2/FiO_2 (P/F) và SpO_2/FiO_2 (S/F) khi không có kết quả PaO_2 :

+ ARDS nhẹ: $200 \text{ mmHg} < P/F \leq 300 \text{ mmHg}$ với PEEP hoặc CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$.

+ ARDS vừa: $100 \text{ mmHg} < P/F \leq 200 \text{ mmHg}$ với PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$.

+ ARDS nặng: $P/F \leq 100 \text{ mmHg}$ với PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$.

+ Khi không có PaO_2 : $S/F \leq 315$ gọi ý ARDS (kể cả những người bệnh không thở máy).

Ở trẻ em, phân loại dựa vào các chỉ số OI (chỉ số oxygen hóa: $OI = MAP^* \times FiO_2 \times 100/PaO_2$) (MAP^* : Áp lực đường thở trung bình) hoặc OSI (chỉ số oxygen hóa sử dụng SpO_2 : $OSI = MAP \times FiO_2 \times 100/SpO_2$) cho người bệnh thở máy xâm nhập và PaO_2/FiO_2 hay SpO_2/FiO_2 cho thở CPAP hay thở máy không xâm nhập (NIV):

+ NIV Bilevel hoặc CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ qua mặt nạ: $PaO_2/FiO_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ hoặc $SpO_2/FiO_2 \leq 264$.

+ ARDS nhẹ (thở máy xâm nhập): $4 \leq OI < 8$ hoặc $5 \leq OSI < 7,5$.

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

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

* *Nhiễm trùng huyết (sepsis):*

- Người lớn: Có dấu hiệu rối loạn chức năng các cơ quan:

+ Thay đổi ý thức: Ngủ gà, lơ mơ, hôn mê.

+ Khó thở hoặc thở nhanh, độ bão hòa oxy thấp.

+ Nhịp tim nhanh, mạch bất yếu, chi lạnh hoặc hạ huyết áp, da nổi vân tím.

+ Thiếu niệu hoặc vô niệu.

+ Xét nghiệm có rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, nhiễm toan, tăng lactate, tăng bilirubine...

- Trẻ em: Khi nghi ngờ hoặc khẳng định do nhiễm trùng và có ít nhất 2 tiêu chuẩn của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống (SIRS) và một trong số đó phải là thay đổi thân nhiệt hoặc số lượng bạch cầu bất thường.

* *Sốc nhiễm trùng:*

- Người lớn: Hạ huyết áp kéo dài mặc dù đã hồi sức dịch, phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình (MAP) ≥ 65 mmHg và nồng độ lactate huyết thanh > 2 mmol/L.

- Trẻ em: Sốc nhiễm trùng xác định khi có:

+ Bất kỳ tình trạng hạ huyết áp nào: Khi huyết áp tâm thu < 5 bách phân vị hoặc $> 2SD$ dưới ngưỡng bình thường theo lứa tuổi (hoặc trẻ < 1 tuổi: < 70 mmHg; trẻ từ 1 - 10 tuổi: $< 70 + 2 \times$ tuổi; trẻ > 10 tuổi: < 90 mmHg).

+ Hoặc có bất kỳ 2 - 3 dấu hiệu sau: Thay đổi ý thức, nhịp tim nhanh hoặc

chậm (< 90 nhịp/phút hoặc > 160 nhịp/phút ở trẻ nhũ nhi và 150 nhịp/phút ở trẻ nhỏ); thời gian làm đầy mao mạch kéo dài (> 2 giây); hoặc giãn mạch ấm/mạch nẫy; thở nhanh; da nổi vân tím hoặc có chấm xuất huyết hoặc ban xuất huyết; tăng nồng độ lactate; thiếu niệu; tăng hoặc hạ thân nhiệt.

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

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

6. Hội chứng viêm hệ thống liên quan tới COVID-19 ở trẻ em

(Multisystem Inflammatory Syndrome in Children - MIS-C)

Chẩn đoán khi có các tiêu chuẩn sau: Trẻ 0 - 19 tuổi có sốt > 3 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau:

- Ban đỏ hoặc sung huyết giác mạc hoặc phù nề niêm mạc miệng, bàn tay, chân.

- Hạ huyết áp hoặc sốc.

- Suy giảm chức năng tim, tổn thương màng tim, viêm màng ngoài tim, bất thường mạch vành xác định qua siêu âm, tăng proBNP, troponin.

- Rối loạn đông máu (PT, APTT, D-dimer cao); rối loạn tiêu hóa cấp tính (tiêu chảy, đau bụng, nôn).

+ Và có tăng các markers viêm (CRP, máu lắng, procalcitonin).

+ Và không do các căn nguyên nhiễm trùng khác.

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

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Cần chẩn đoán phân biệt viêm đường hô hấp cấp do SARS-CoV-2 (COVID-19) với viêm đường hô hấp cấp do các tác nhân hay gặp khác, bao gồm cả các tác nhân gây dịch bệnh nặng đã biết:

+ Virus cúm mùa (A/H3N2, A/H1N1, B), virus á cúm, virus hợp bào hô hấp (RSV), *Rhinovirus*, *Myxovirus*, *Adenovirus*.

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

+ Các căn nguyên khuẩn vi khuẩn hay gặp bao gồm các các vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma pneumonia*...

+ 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.

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN, GIÁM SÁT VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

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

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

- Khi mẫu bệnh phẩm dịch đường hô hấp trên âm tính nhưng vẫn nghi ngờ về lâm sàng, cần lấy dịch đường hô hấp dưới (đờm, dịch hút phế quản, dịch rửa phế nang).

- Nếu người bệnh thở máy, có thể chỉ cần lấy dịch đường hô hấp dưới.

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

- Những trường hợp bệnh nghi ngờ, kể cả ở những trường hợp đã xác định được tác nhân thông thường khác, cần làm xét nghiệm khẳng định để xác định SARS-CoV-2 ít nhất một lần.

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

- Cần thực hiện đầy đủ các xét nghiệm cận lâm sàng và thăm dò thường quy tùy từng tình trạng người bệnh để chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi người bệnh.

- Trường hợp xác định mắc COVID-19, cần lấy mẫu bệnh phẩm dịch hô hấp và xét nghiệm nhắc lại với khoảng cách mỗi 2 - 4 ngày hoặc ngắn hơn nếu cần thiết cho tới khi kết quả âm tính.

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

- Xác định về mặt dịch tễ học liên quan đến các trường hợp dương tính với SARS-CoV-2 như: Nơi sinh sống, nơi làm việc, đi lại, lập danh sách những người đã tiếp xúc trực tiếp, tuân thủ theo hướng dẫn giám sát và phòng, chống COVID-19 của Bộ Y tế.

CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM TỨC THÌ

Dự phòng lây nhiễm là một bước quan trọng trong chẩn đoán và điều trị người

bệnh mắc COVID-19, do vậy cần được thực hiện ngay khi người bệnh tới nơi tiếp đón ở các cơ sở y tế. Các biện pháp dự phòng chuẩn phải được áp dụng ở tất cả các khu vực trong cơ sở y tế.

1. Tại khu vực sàng lọc và phân loại bệnh nhân

- Cho người bệnh nghi ngờ đeo khẩu trang và hướng dẫn tới khu vực cách ly.
- Bảo đảm khoảng cách giữa các người bệnh $\geq 2m$.
- Hướng dẫn người bệnh che mũi, miệng khi ho, hắt hơi và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc dịch hô hấp.

2. Áp dụng các biện pháp dự phòng giọt bắn

- Cần đeo khẩu trang y tế nếu làm việc trong khoảng cách 2m với người bệnh.
- Ưu tiên cách ly người bệnh nghi ngờ ở phòng riêng, hoặc sắp xếp nhóm người bệnh cùng căn nguyên trong một phòng. Nếu không xác định được căn nguyên, xếp người bệnh có chung các triệu chứng lâm sàng và yếu tố dịch tễ. Phòng bệnh cần được bảo đảm thông thoáng.
- Khi chăm sóc gần người bệnh có triệu chứng hô hấp (ho, hắt hơi), cần sử dụng dụng cụ bảo vệ mắt.
- Hạn chế người bệnh di chuyển trong cơ sở y tế và người bệnh phải đeo khẩu trang khi ra khỏi phòng.

3. Áp dụng các biện pháp dự phòng tiếp xúc

- Nhân viên y tế phải sử dụng các trang thiết bị bảo vệ cá nhân (khẩu trang y tế, kính bảo vệ mắt, găng tay, áo choàng) khi vào phòng bệnh và cởi bỏ khi ra khỏi phòng và tránh đưa tay bẩn lên mắt, mũi, miệng.

- Vệ sinh và sát trùng các dụng cụ (ống nghe, nhiệt kế) trước khi sử dụng cho mỗi người bệnh.

- Tránh làm nhiễm bẩn các bề mặt môi trường xung quanh như cửa phòng, công tắc đèn, quạt...

- Đảm bảo phòng bệnh thoáng khí, mở các cửa sổ phòng bệnh (nếu có).

- Hạn chế di chuyển người bệnh.

- Vệ sinh tay.

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

- Các nhân viên y tế khi khám, chăm sóc người bệnh đã xác định chẩn đoán, hoặc/và làm các thủ thuật như đặt ống nội khí quản, hút đường hô hấp, soi phế quản, cấp cứu tim phổi... phải sử dụng các thiết bị bảo vệ cá nhân bao gồm đeo găng tay, áo choàng, bảo vệ mắt, khẩu trang N95 hoặc tương đương.

- Nếu có thể, thực hiện thủ thuật ở phòng riêng hoặc phòng áp lực âm.

- Hạn chế người không liên quan ở trong phòng khi làm thủ thuật.

ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị chung

- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh:

+ Trường hợp bệnh nghi ngờ (có thể xem như tình trạng cấp cứu) cần được khám, theo dõi và cách ly ở khu riêng tại các cơ sở y tế, lấy bệnh phẩm đúng cách để làm xét nghiệm đặc hiệu chẩn đoán xác định.

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

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

+ Ca bệnh nặng (viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết) cần được điều trị tại các phòng cấp cứu của các khoa phòng hoặc hồi sức tích cực.

+ Ca bệnh nặng - nguy kịch (suy hô hấp nặng, ARDS, sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan) cần được điều trị hồi sức tích cực.

- Do chưa có thuốc đặc hiệu, điều trị hỗ trợ và điều trị triệu chứng là chủ yếu.

- Cá thể hóa các biện pháp điều trị cho từng trường hợp, đặc biệt là các ca bệnh nặng - nguy kịch.

- Có thể áp dụng một số phác đồ điều trị nghiên cứu được Bộ Y tế cho phép.

- Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các tình trạng nặng, biến chứng của bệnh.

2. Các biện pháp theo dõi và điều trị chung

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

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

- Giữ ẩm.

- Uống đủ nước, đảm bảo cân bằng dịch, điện giải.

- Thận trọng khi truyền dịch cho người bệnh viêm phổi nhưng không có dấu hiệu của sốc.

- Đảm bảo dinh dưỡng và nâng cao thể trạng, bổ sung vitamin nếu cần thiết. Với các người bệnh nặng - nguy kịch, áp dụng hướng dẫn dinh dưỡng của Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc đã ban hành.

- Hạ sốt nếu sốt cao, có thể dùng paracetamol liều 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, không quá 60 mg/kg cân nặng/ngày cho trẻ em và không quá 2g/ngày với người lớn.

- Giảm ho bằng các thuốc giảm ho thông thường nếu cần thiết.

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

- Tư vấn, hỗ trợ tâm lý, động viên người bệnh.

- Theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu lâm sàng, tiến triển của tổn thương phổi trên phim X-quang và/hoặc CT scans phổi, đặc biệt trong khoảng ngày thứ 7 - 10 của bệnh, phát hiện các dấu hiệu tiến triển nặng của bệnh như suy hô hấp, suy tuần hoàn để có các biện pháp can thiệp kịp thời.

- Tại các cơ sở điều trị cần có các trang thiết bị, dụng cụ cấp cứu tối thiểu: Máy theo dõi độ bão hòa oxy, hệ thống/bình cung cấp oxy, thiết bị thở oxy (gọng mũi, mask thông thường, mask có túi dự trữ), bóng, mặt nạ và dụng cụ đặt ống nội khí quản phù hợp các lứa tuổi.

3. Điều trị suy hô hấp

** Liều pháp oxy và theo dõi:*

- Cần cho thở oxy ngay với bệnh nhân viêm đường hô hấp cấp nặng có suy hô hấp, thiếu oxy máu, sốc để đạt đích SpO₂ > 94%.

- Ở người lớn, nếu có các dấu hiệu cấp cứu (gắng sức nặng, rút lõm lồng ngực, tím tái, giảm thông khí phổi), cần làm thông thoáng đường thở và cho thở oxy ngay để đạt đích $SpO_2 \geq 94\%$ trong quá trình hồi sức. Cho thở oxy qua gọng mũi (1 - 4 lít/phút), hoặc mask thông thường, hoặc mask có túi dự trữ, với lưu lượng ban đầu là 5 lít/phút và tăng lên tới 10 - 15 lít/phút nếu cần. Khi bệnh nhân ổn định hơn, điều chỉnh để đạt đích $SpO_2 \geq 90\%$ cho người lớn và $SpO_2 \geq 92 - 95\%$ cho phụ nữ mang thai.

- Với trẻ em, nếu trẻ có các dấu hiệu cấp cứu như khó thở nặng, tím tái, sốc, hôn mê, co giật... cần cung cấp oxy trong quá trình cấp cứu để đạt đích $SpO_2 \geq 94\%$. Khi tình trạng trẻ ổn định, điều chỉnh để đạt đích $SpO_2 \geq 90\%$.

- Theo dõi sát tình trạng người bệnh để phát hiện các dấu hiệu nặng, thất bại với liệu pháp thở oxy để có can thiệp kịp thời.

* *Điều trị suy hô hấp nguy kịch và ARDS:*

- Khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở oxy, $SpO_2 \leq 92\%$, hoặc/và gắng sức hô hấp, có thể cân nhắc chỉ định thở oxy dòng cao qua gọng mũi (High Flow Nasal Oxygen), CPAP, hoặc thở máy không xâm nhập BiPAP.

- Không áp dụng biện pháp thở máy không xâm nhập ở người bệnh có rối loạn huyết động, suy chức năng đa cơ quan và rối loạn ý thức.

- Cần theo dõi chặt chẽ người bệnh để phát hiện các dấu hiệu thất bại để có can

thIỆP KỊP THỜI. Nếu tình trạng thiếu oxy không cải thiện với các biện pháp hỗ trợ hô hấp không xâm nhập, cần đặt ống nội khí quản và thở máy xâm nhập.

- Cần đặt ống nội khí quản bởi người có kinh nghiệm, áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm qua không khí khi đặt ống nội khí quản.

- Hỗ trợ hô hấp: Áp dụng phác đồ hỗ trợ hô hấp trong ARDS cho người lớn và trẻ em. Chú ý các điểm sau:

+ Thở máy: Áp dụng chiến lược thở máy bảo vệ phổi với thể tích khí lưu thông thấp (4 - 8 ml/kg trọng lượng lý tưởng) và áp lực thì thở vào thấp (giữ áp lực cao nguyên hay Pplat < 30 cmH₂O, ở trẻ em, giữ Pplat < 28 cmH₂O). Thể tích khí lưu thông ban đầu 6 ml/kg, điều chỉnh theo sự đáp ứng của người bệnh và theo mục tiêu điều trị.

+ Chấp nhận tăng CO₂, giữ đích pH $\geq 7,20$.

+ Trường hợp ARDS nặng ở người lớn, cân nhắc áp dụng thở máy ở tư thế nằm sấp 12 - 16 giờ/ngày (nếu có thể).

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

+ Tránh ngắt kết nối người bệnh khỏi máy thở dẫn tới mất PEEP và xẹp phổi. Nên sử dụng hệ thống hút nội khí quản kín.

+ Ở trẻ em và trẻ sơ sinh, có thể thở máy cao tần (High Frequency Oscillatory Ventilation - HFOV) sớm (nếu có), hoặc khi thất bại với thở máy thông thường. Không sử dụng HFOV cho người lớn.

+ Cần đảm bảo an thần, giảm đau thích hợp khi thở máy. Trong trường hợp ARDS vừa - nặng, có thể dùng thuốc giãn cơ, nhưng không nên dùng thường quy.

- Kiểm soát cân bằng dịch chặt chẽ, tránh quá tải dịch, đặc biệt ngoài giai đoạn bù dịch hồi sức tuần hoàn.

- Trường hợp thiếu oxy nặng, dai dẳng, thất bại với các biện pháp điều trị thông thường, cân nhắc chỉ định và sử dụng các kỹ thuật trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể (ECMO) cho từng trường hợp cụ thể và thực hiện ở những nơi có đủ điều kiện triển khai kỹ thuật này.

- Do ECMO chỉ có thể thực hiện được ở một số cơ sở y tế lớn, nên trong trường hợp cân nhắc chỉ định ECMO, các cơ sở cần liên hệ, vận chuyển người bệnh sớm và tuân thủ quy trình vận chuyển người bệnh do Bộ Y tế quy định.

4. Điều trị sốc nhiễm trùng

Áp dụng phác đồ điều trị sốc nhiễm trùng cho người lớn và trẻ em. Chú ý một số điểm sau:

** Hồi sức dịch:*

- Sử dụng dịch tinh thể đẳng trương như nước muối sinh lý hay ringer lactate. Tránh dùng các dung dịch tinh thể nhược trương, dung dịch HAES-steril, gelatin để hồi sức dịch.

- Liều lượng:

+ Người lớn: Truyền nhanh 250 - 500 ml trong 15 - 30 phút đầu, đánh giá các dấu hiệu quá tải dịch sau mỗi lần bù dịch nhanh.

+ Trẻ em: 10 - 20 ml/kg, truyền tĩnh mạch nhanh trong 30 - 60 phút đầu, nhắc

lại nếu cần thiết, đánh giá các dấu hiệu quá tải dịch sau mỗi lần bù dịch nhanh.

- Cần theo dõi sát các dấu hiệu của quá tải dịch trong khi hồi sức dịch như suy hô hấp nặng hơn, gan to, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, phổi có ran ẩm, phù phổi... Nếu xuất hiện các dấu hiệu trên, cần giảm hoặc dừng truyền dịch.

- Theo dõi các dấu hiệu cải thiện tưới máu: Huyết áp trung bình > 65 mmHg cho người lớn và theo lứa tuổi ở trẻ em; lượng nước tiểu (> 0,5 ml/kg/giờ cho người lớn, và > 1 ml/kg/giờ cho trẻ em), cải thiện thời gian làm đầy mao mạch, màu sắc da, tình trạng ý thức, và nồng độ lactate trong máu.

** Thuốc vận mạch:*

Nếu tình trạng huyết động, tưới máu không cải thiện, cần cho thuốc vận mạch sớm.

- Người lớn: Nor-adrenaline là lựa chọn ban đầu, điều chỉnh liều để đạt đích huyết áp động mạch trung bình (MAP) \geq 65 mmHg và cải thiện tưới máu. Nếu tình trạng huyết áp và tưới máu không cải thiện hoặc có rối loạn chức năng tim dù đã đạt được đích MAP với dịch truyền và thuốc co mạch, có thể cho thêm dobutamine.

- Trẻ em: Adrenaline là lựa chọn ban đầu, có thể cho dopamin hoặc dobutamine. Trong trường hợp sốc giãn mạch (áp lực mạch hay chênh lệch huyết áp tối đa và tối thiểu > 40 mmHg), cân nhắc cho thêm nor-adrenaline. Điều chỉnh liều thuốc vận mạch để đạt đích MAP > 50th bách phân vị theo lứa tuổi.

- Sử dụng đường truyền tĩnh mạch trung tâm để truyền các thuốc vận mạch.

Nếu không có đường truyền tĩnh mạch trung tâm, có thể dùng đường truyền tĩnh mạch ngoại biên hoặc truyền trong xương. Theo dõi các dấu hiệu vỡ mạch và hoại tử.

- Có thể sử dụng các biện pháp thăm dò huyết động xâm nhập hoặc không xâm nhập tùy điều kiện tại mỗi cơ sở để đánh giá và theo dõi tình trạng huyết động nhằm điều chỉnh dịch và các thuốc vận mạch theo tình trạng người bệnh.

* *Cấy máu và thuốc kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm sớm trong vòng một giờ xác định sốt nhiễm trùng.*

* *Kiểm soát đường máu (giữ nồng độ đường máu từ 8 - 10 mmol/L), calci máu, albumin máu, (truyền albumin khi nồng độ albumin < 30 g/L, giữ albumin máu ≥ 35 g/L).*

* *Trường hợp có các yếu tố nguy cơ suy thận thận cấp, hoặc sốc phụ thuộc catecholamine:*

Có thể cho hydrocortisone liều thấp: Người lớn 50 mg tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ; trẻ em 2 mg/kg/liều đầu tiên, sau đó 0,5 - 1,0 mg/kg mỗi 6 giờ.

* *Truyền khối hồng cầu khi cần, giữ nồng độ huyết sắc tố ≥ 10 g/dL.*

5. Điều trị hỗ trợ chức năng các cơ quan

Tùy từng tình trạng cụ thể của mỗi người bệnh để có các biện pháp hỗ trợ thích hợp.

- Hỗ trợ chức năng thận:

+ Đảm bảo huyết động, cân bằng nước và điện giải, thuốc lợi tiểu khi cần thiết.

+ Nếu tình trạng suy thận nặng, suy chức năng đa cơ quan và/hoặc có quá tải dịch, chỉ định áp dụng các biện pháp thận

thay thế như lọc máu liên tục, lọc máu ngắt quãng hoặc thẩm phân phúc mạc tùy điều kiện của cơ sở điều trị.

- Hỗ trợ chức năng gan nếu có suy gan.

- Điều chỉnh rối loạn đông máu: Truyền tiểu cầu, plasma tươi, các yếu tố đông máu nếu cần thiết. Nếu D-dimer tăng từ 500 - 1.000 µg/L, sử dụng enoxaparine liều dự phòng; nếu D-dimer tăng trên 1.000 µg/L, dùng enoxaparine liều điều trị.

6. Các biện pháp điều trị khác

* *Corticosteroids toàn thân:*

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

- Khuyến cáo sử dụng corticosteroid toàn thân (đường tiêm, uống) cho bệnh nhân mắc COVID-19 trong những trường hợp sau:

+ Mức độ vừa và nặng: Chỉ định corticosteroid toàn thân ngay khi bệnh nhân có bất kỳ một trong những biểu hiện sau đây:

SpO₂ ≤ 93% khi thở khí trời, hoặc/và có dấu hiệu tím tái, hoặc cần phải thở oxy hỗ trợ.

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

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

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

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

+ Những trường hợp COVID-19 có bệnh nền cần phải tiếp tục điều trị bệnh nền bằng corticosteroid toàn thân

** Thuốc và liều lượng:*

- Bệnh nhân mắc COVID-19 mức độ vừa, nặng hoặc nguy kịch: Ưu tiên sử dụng dexamethasone tiêm tĩnh mạch hoặc đường uống, tối thiểu tới 7 - 10 ngày. Cần theo dõi sát glucose máu và các tác dụng bất lợi khác của thuốc trong thời gian sử dụng corticosteroid và có các biện pháp xử lý phù hợp.

+ Người lớn: 6 mg/lần/ngày.

+ Trẻ em: 0,15 mg/kg/lần/ngày (tối đa 6 mg).

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

+ Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch:

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

Trẻ em: 0,5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 150 mg/ngày).

+ Methylprednisolone tiêm tĩnh mạch:

Người lớn: 16 mg/lần x 2 lần/ngày cách 12 giờ.

Trẻ em: 0,8 mg/kg/lần x 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 32 mg/ngày).

** Prednisolone uống:*

Người lớn: 40 mg/lần/ngày.

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

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

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

+ Thuốc sử dụng: Methylprednisolone, prednisolone, prednisone.

+ Đường dùng: Tiêm tĩnh mạch, chuyển đường uống.

+ Liều lượng và cách sử dụng:

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

Thể nặng - nguy kịch (có suy hô hấp, suy tuần hoàn): Methylprednisolone 10 - 30 mg/ngày, từ 1 - 3 ngày. Sau đó, dùng prednisolone liều 2 mg/kg/ngày (tối đa 40 - 60 mg/ngày). Giảm dần liều và ngừng trong thời gian 2 - 3 tuần (thể nặng) và 6 - 8 tuần (với thể nguy kịch).

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

- Đối với những trường hợp COVID-19 có bệnh nền, cần tiếp tục điều trị bệnh nền bằng corticosteroid toàn thân: Loại corticosteroid, liều lượng và cách sử dụng duy trì theo tình trạng bệnh nền đã có.

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC QUÂN SỰ SỐ ĐẶC BIỆT CHUYÊN ĐỀ VỀ COVID-19

* Điều trị và dự phòng rối loạn đông máu:

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

- Người lớn: Chỉ định và liều lượng enoxaparine theo bảng sau:

	Nguy cơ thấp huyết khối tĩnh mạch	Nguy cơ trung bình huyết khối tĩnh mạch	Nguy cơ cao huyết khối tĩnh mạch
Tiêu chí	D-dimer < 1.000 ng/ml fibrinogen < 5 g/l	D-dimer 1.000 - 2.900 ng/ml fibrinogen > 5 g/l	Có bất cứ yếu tố nguy cơ nào: - D-dimer > 3.000 ng/ml - Fibrinogen > 8 g/l - DIC score > 4 - Thở máy, ECMO - Có yếu tố nguy cơ cao tắc mạch phổi
Thuốc	- BMI < 20: Enoxaparine 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc heparin nếu CrCl < 30 ml/phút - BMI 20 - 29: Enoxaprine 40 mg TDD mỗi 24 giờ hoặc heparin nếu CrCl < 30 ml/phút - BMI > 30: Enoxaparine 40mg TDD mỗi 12 giờ hoặc heparin nếu CrCl < 30 ml/phút	- BMI < 20: Enoxaparine 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc heparin nếu CrCl < 30 ml/phút - BMI > 20: Enoxaparine 40mg TDD mỗi 12 giờ (0,5 mg/kg/12 giờ) hoặc heparin nếu CrCl < 30 ml/phút - Nếu có sự gia tăng nhanh D-dimer hoặc tình trạng oxy máu xấu đi cấp tính chuyển sang liều nguy cơ cao	- ≤ 150 kg: Enoxaparine 1 mg/kg TDD mỗi 12 giờ - > 150kg hoặc CrCl < 30 ml/phút: Heparin chỉnh liều theo APTT
Theo dõi	Không khuyến cáo theo dõi Anti-Xa	- Theo dõi Anti-Xa khi dùng enoxaparin - Theo dõi APTT khi dùng heparin	- Theo dõi Anti-Xa khi dùng enoxaparin - Theo dõi APTT, AT III khi dùng heparin

- Trẻ em:

+ Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch thấp: Trẻ được đặt tĩnh mạch trung tâm, bệnh nặng nhưng không có tình trạng tăng đông, tăng viêm, D-dimer < 1.500 ng/ml).

Enoxaparine tiêm dưới da theo liều lượng:

Trẻ < 2 tháng tuổi: 0,75 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ.

Trẻ > 2 tháng tuổi: 0,5 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ.

+ Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch cao: Trẻ trong tình trạng nặng, nguy kịch, tình trạng tăng đông, tăng viêm, D-dimer > 1.500 ng/ml, ferritin > 500 ng/ml, CRP > 150 mg/l, hoặc có tiền sử bị huyết khối.

Enoxaparine tiêm dưới da theo liều lượng:

Trẻ < 2 tháng tuổi: 1,5 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ.

Trẻ > 2 tháng tuổi: 1,0 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ.

Theo dõi Anti-Xa, đích của Anti-Xa: 0,5 - 1,0 UI/ml.

** Lưu ý:*

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

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

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

+ Nếu có chống chỉ định với heparin và enoxaparine, sử dụng các biện pháp cơ học.

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

** Lọc máu ngoài cơ thể:*

Các trường hợp ARDS nặng và/hoặc sốc nhiễm trùng nặng không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với các biện pháp điều trị thường, cân nhắc sử dụng các biện pháp lọc máu liên tục ngoài cơ thể bằng các loại quả lọc có khả năng hấp phụ cytokine.

** Immunoglobuline truyền tĩnh mạch (IVIG):*

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

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

** Thuốc kháng sinh:*

- Không sử dụng thuốc kháng sinh thường quy cho các trường hợp viêm đường hô hấp trên đơn thuần.

- Với các trường hợp viêm phổi, cấy máu và cấy đờm tìm vi khuẩn, cân nhắc sử dụng kháng sinh phù hợp theo kinh nghiệm có tác dụng với các tác nhân vi khuẩn có thể đồng nhiễm gây viêm phổi (tùy theo lứa tuổi, dịch tễ để gợi ý căn nguyên). Điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kháng sinh đồ khi có kết quả phân lập vi khuẩn.

** Thuốc kháng virus:* Đã có nhiều thuốc được thử nghiệm nhưng chưa có hiệu quả.

** Phục hồi chức năng hô hấp:*

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

- Đảm bảo cân bằng nước, điện giải.

* *Phát hiện và xử trí các biểu hiện thần kinh và tâm thần:*

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

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

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

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

7. Dự phòng biến chứng

Với các trường hợp nặng điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực, cần dự phòng các biến chứng hay gặp sau:

* *Nhiễm trùng tại bệnh viện:*

- Dự phòng viêm phổi thở máy: Áp dụng và tuân thủ gói dự phòng viêm phổi liên quan tới thở máy:

+ Nên đặt ống nội khí quản đường miệng.

+ Đặt người bệnh nằm tư thế đầu cao 30 - 45°.

+ Vệ sinh răng miệng.

+ Sử dụng hệ thống hút kín, định kỳ làm thoát nước đọng trong dây máy thở.

+ Sử dụng bộ dây máy thở mới cho mỗi bệnh nhân; chỉ thay dây máy thở khi bẩn hoặc hư hỏng trong khi người bệnh đang thở máy.

+ Thay bình làm ấm/ấm khi bị hỏng, bẩn hoặc sau mỗi 5 - 7 ngày.

- Nhiễm trùng máu liên quan tới đường truyền trung tâm:

Sử dụng bảng kiểm để theo dõi, áp dụng các gói dự phòng khi đặt đường truyền và chăm sóc đường truyền trung tâm. Rút đường truyền trung tâm khi không cần thiết.

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

* *Viêm loét dạ dày do stress và xuất huyết tiêu hóa:*

- Cho ăn qua đường tiêu hóa sớm (trong vòng 24 - 48 giờ sau nhập viện).

- Dùng thuốc kháng H₂ hoặc ức chế bơm proton cho những người bệnh có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa như thở máy ≥ 48 giờ, rối loạn đông máu, điều trị thay thế thận, có bệnh gan, nhiều bệnh nền kèm theo và suy chức năng đa cơ quan.

* *Yếu cơ liên quan tới điều trị hồi sức:*

Khi có thể, tích cực cho vận động sớm trong quá trình điều trị.

8. Một số quần thể đặc biệt

* *Phụ nữ mang thai:*

Khi nghi ngờ hoặc khẳng định nhiễm SARS-CoV-2, cần được điều trị theo các biện pháp như trên, tuy nhiên cần chú ý tới những thay đổi sinh lý khi mang thai.

* *Người cao tuổi:*

Người cao tuổi với các bệnh lý nền kèm theo tăng nguy cơ mắc bệnh nặng và tử vong. Chăm sóc và điều trị cần phối hợp các chuyên khoa, cần chú ý tới những thay đổi sinh lý ở người cao tuổi cũng như tương tác thuốc trong quá trình điều trị.

TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

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

** Người có triệu chứng:*

- Hết sốt, các triệu chứng lâm sàng cải thiện, toàn trạng tốt, các dấu hiệu sinh tồn ổn định, chức năng các cơ quan bình thường, xét nghiệm máu trở về bình thường, hình ảnh X-quang phổi cải thiện.

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

** Người không có triệu chứng:*

Cách ly tập trung tại các cơ sở y tế tối thiểu 14 ngày và tối thiểu 2 mẫu bệnh

phẩm (cách nhau từ 48 - 72 giờ) âm tính với SARS-CoV-2 bằng phương pháp realtime RT-PCR; thời gian từ khi lấy mẫu bệnh phẩm cuối cùng tới khi ra viện không quá 24 giờ.

2. Theo dõi sau xuất viện

- Người bệnh cần tiếp tục được cách ly phù hợp tại nhà dưới sự giám sát của Y tế cơ sở và CDC địa phương 14 ngày nữa và theo dõi thân nhiệt tại nhà 2 lần/ngày, nếu thân nhiệt cao hơn 38⁰C ở hai lần đo liên tiếp hoặc có các dấu hiệu bất thường khác, phải đến khám lại ngay tại các cơ sở y tế. Làm xét nghiệm SARS-CoV-2 bằng phương pháp realtime RT-PCR tại thời điểm ngày thứ 7 và ngày thứ 14.

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