

SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN TỪ DŨ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc

Số: 2078/QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 04 tháng 8 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của Bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 6555/QĐ-SYT ngày 15/11/2016 của Sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của Bệnh viện Từ Dũ thuộc Sở Y tế;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Từ Dũ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu “Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2) trong thai kỳ” tại Bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. “Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2) trong thai kỳ” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng các khoa lâm sàng và các nhân viên y tế liên quan công tác tại Bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC



TS. BS. Lê Quang Thanh

**PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ COVID-19
DO CHỦNG VI RÚT CORONA MỚI (SARS-COV-2) TRONG THAI KỲ**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2078/QĐ-BVTD ngày 04 / 8 /2021
của Bệnh viện Từ Dũ)*

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chủng vi rút SARS-CoV-2 gây ra đại dịch trên thế giới từ năm 2019 với khả năng lây lan ngày càng tăng với những biến chủng mới.

- Các bằng chứng cho thấy rằng mang thai không làm tăng nguy cơ nhiễm SARS-CoV-2 nhưng làm trầm trọng thêm diễn biến lâm sàng của COVID-19 so với phụ nữ không mang thai ở cùng độ tuổi. Sản phụ nhiễm SARS-CoV-2 sẽ tăng nhẹ nguy cơ diễn tiến nặng, tăng nguy cơ viêm phổi, nguy cơ suy hô hấp và nguy cơ nhập khoa Hồi sức tích cực (ICU), tăng các nguy cơ các biến chứng thai kỳ đặc biệt trong 3 tháng cuối thai kỳ như tăng nguy cơ sinh non. Một nghiên cứu gần đây cũng đã phát hiện ra rằng những phụ nữ mang thai có kết quả xét nghiệm SARS-CoV-2 dương tính tại thời điểm chuyển dạ dễ bị tiền sản giật, nhiều khả năng phải mổ lấy thai khẩn cấp và tăng nguy cơ thai chết lưu...

- Tỷ lệ tử vong do COVID-19 của sản phụ nhiễm SARS-CoV-2 từ 0,14-0,80%

II. YẾU TỐ NGUY CƠ DIỄN TIẾN NẶNG CỦA SẢN PHỤ NHIỄM SARS-COV-2

- Chủng tộc: da đen, châu Á
- Tuổi > 35
- Chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 25 kg/m²
- Bệnh lý kèm theo: tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường...
- Điều kiện kinh tế - xã hội thấp

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng của phụ nữ mang thai không khác biệt so với người không mang thai.

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

- Diễn biến:

+ Các triệu chứng thường gặp: ho, đau đầu, đau nhức cơ, sốt, đau họng, khó thở, mất vị giác và khứu giác.

+ Một số triệu chứng khác ít gặp hơn: mệt mỏi, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, chảy nước mũi...

+ Một số trường hợp không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng nào.

+ Lưu ý: một số biểu hiện lâm sàng của bệnh COVID-19 trùng lặp với các triệu chứng của thai kỳ bình thường (ví dụ như mệt mỏi, khó thở, nghẹt mũi, buồn nôn/nôn), cần được xem xét khi đánh giá những người mang thai có triệu chứng bất thường.

+ Hầu hết người bệnh thường tự hồi phục sau khoảng 1 tuần.

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

3.2. Xét nghiệm cận lâm sàng

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

- Protein C phản ứng (CRP) bình thường hoặc tăng, procalcitonin (PCT) thường bình thường hoặc tăng.

- Số lượng bạch cầu trong máu bình thường hoặc tăng, có thể giảm bạch cầu lympho.

- 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.

3.3. X quang và chụp cắt lớp (CT) phổi

- Việc sử dụng X quang tim phổi và chụp cắt lớp vi tính ngực cần được chỉ định thận trọng và hạn chế tối đa nhằm bảo vệ an toàn cho sự phát triển của thai, đặc biệt trong 3 tháng đầu thai kỳ. Trong tam cá nguyệt 1, ưu tiên chỉ định X quang (nếu cần), chỉ chụp CT Scan khi không thể chẩn đoán qua hình ảnh X quang. Trong tam cá nguyệt 2 và 3, có thể chỉ định chụp CT Scan liều thấp ngay từ đầu (nếu cần).

- Chỉ sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh này khi thật cần thiết với bức xạ liều thấp. Liều tiếp xúc bức xạ tối đa cho phép là dưới 50 mGy ở phụ nữ có thai. Liều bức xạ hấp thụ đối với thai nhi mà mẹ được chụp X-quang và CT ngực lần lượt khoảng 0,002 mGy và 0,2 mGy, không liên quan đến các tác dụng phụ đối với sức khỏe thai nhi và do đó an toàn trong thai kỳ.

- Bắt buộc phải có phương tiện bảo vệ thai: tấm chắn chì ở bụng sản phụ.

3.4. Xét nghiệm chẩn đoán căn nguyên

- Kỹ thuật real-time RT-PCR

- Test nhanh để tìm kháng nguyên 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.

3.5. Chẩn đoán xác định: khi có xét nghiệm dương tính với vi rút SARS-CoV-2 bằng kỹ thuật RT-PCR.

IV. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ LÂM SÀNG: xem Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2).

V. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:

- Các bệnh nhiễm trùng khác: bệnh lý đường hô hấp do vi rút và vi khuẩn khác như cúm, *Adenovirus*, viêm phổi do *Haemophilus influenzae*, viêm phổi do *Mycoplasma pneumoniae*...

- Hội chứng HELLP.

VI. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc điều trị chung

- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh
- 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.
- Theo dõi, phát hiện và xử trí kịp thời các tình trạng nặng, biến chứng của bệnh.
- Chấm dứt thai kỳ ở thời điểm phù hợp.

6.2. Chăm sóc trước sinh

- Hướng dẫn sản phụ tuân thủ Thông điệp 5K.
- Hạn chế số lần thăm khám, hạn chế số nhân viên y tế tiếp xúc người bệnh, rút ngắn thời gian thăm khám và xét nghiệm, sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân khi thăm khám người bệnh.
- Áp dụng lịch khám thai riêng đối với sản phụ bị COVID-19:

Tuổi thai	Vấn đề quan trọng cần thăm khám, xét nghiệm
Khi trễ kinh khoảng 2-3 tuần	Xác định vị trí thai
11 tuần - 13 tuần 6 ngày	Siêu âm 3 tháng đầu, tính ngày dự sinh, đo độ mờ da gáy Sàng lọc bất thường nhiễm sắc thể Xét nghiệm tổng quát
18-22 tuần	Siêu âm hình thái/4D Tiêm VAT
24-28 tuần (cách lần khám thai trước 6 tuần)	Tiêm VAT Tiêm Anti D (nếu cần) Xét nghiệm dung nạp đường
32-34 tuần	Đánh giá tăng trưởng thai
36 tuần	Đánh giá tăng trưởng thai Sàng lọc GBS
≥ 37 tuần (khám thai mỗi tuần)	Đánh giá tăng trưởng thai, sức khỏe thai, các vấn đề liên quan đến cuộc sinh/mổ

- Lưu ý:

- + Lịch khám thai trên có thể áp dụng cho các trường hợp:
 - Đơn thai, không bất thường thai, nhau, ối
 - Không có tình trạng dây rốn bám màng nhau hoặc bám rìa bánh nhau
 - Mẹ < 40 tuổi, không bệnh lý kèm theo, BMI < 40 kg/m²
 - Tiền căn mổ lấy thai
 - Thai kỳ có hỗ trợ sinh sản
- + Lịch khám thai có thể thay đổi tùy tình trạng thai, sức khỏe sản phụ và bệnh lý kèm theo của họ.

+ Lịch khám thai này áp dụng trong thời gian sản phụ nhiễm SARS-CoV-2. Khi đã khỏi bệnh, lịch khám thai áp dụng như lịch khám thai bình thường (xem phác đồ “Khám thai”)

+ Đánh giá tình trạng hô hấp, các triệu chứng COVID-19 nặng mỗi lần khám thai

+ Phát hiện, hỗ trợ các vấn đề tâm lý của sản phụ mỗi lần khám thai

+ Tư vấn cho sản phụ và người nhà các dấu hiệu nặng cần đến khám:

- Nhịp thở ≥ 20 lần/phút, mạch > 100 lần/phút, $SpO_2 < 95\%$
- Khó thở (khi không thể hít sâu và nín thở đủ 10 giây)
- Sốt $> 38^\circ C$ mặc dù đã sử dụng Acetaminophen
- Không thể ăn uống và dùng thuốc
- Đau ngực dai dẳng
- Lú lẫn, li bì, lờ đờ
- Tím tái môi, đầu chi
- Có các vấn đề sản khoa: chảy máu âm đạo, vỡ ối, giảm/không có cử động thai, ...

6.3. Tiêu chuẩn nhập viện

- Tình trạng sản khoa chỉ định nhập viện như tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật hoặc đái tháo đường không kiểm soát được đường huyết, vỡ ối non, ra huyết âm đạo bất thường,...

- Sốt $\geq 39^\circ C$ mặc dù đã sử dụng Acetaminophen (lưu ý hội chứng “bão” cytokine)

- Các dấu hiệu và triệu chứng COVID-19 trung bình và nặng

- Tình trạng nguy kịch: ARDS, tụt huyết áp mặc dù đã bù đủ nước và/hoặc tình trạng rối loạn chức năng tạng mới xuất hiện (như: thay đổi trạng thái tâm thần, suy gan hoặc suy thận, rối loạn chức năng tim), nhiễm trùng huyết...

- Thai 38 tuần

6.4. Hỗ trợ hô hấp

- Trong thời kỳ mang thai, SpO_2 của mẹ nên được duy trì ở mức $\geq 92-95\%$. Nếu SpO_2 giảm xuống dưới 95% , xét nghiệm khí máu động mạch để đo PaO_2 . Hỗ trợ hô hấp với mục tiêu đảm bảo PaO_2 của mẹ > 70 mmHg để duy trì gradient khuếch tán oxy thuận lợi từ mẹ sang thai.

6.5. Dự phòng thuyên tắc huyết khối

- Thuốc kháng đông liều dự phòng được khuyến cáo cho sản phụ nhập viện vì COVID-19 mức độ nặng/nguy kịch, nếu không có chống chỉ định sử dụng thuốc, ngừng sử dụng khi sản phụ được xuất viện về nhà.

- Sản phụ mắc COVID-19 không kèm tình trạng nhiễm trùng, không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ/trung bình và nhập viện vì những lý do khác không phải do COVID-19 (như: chuyển dạ, vỡ ối non...) không cần dùng thuốc kháng đông.

- Loại thuốc và cách dùng: xem phác đồ “Dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trong thai kỳ”.

6.6. Dexamethasone

Ở những sản phụ có chỉ định sử dụng glucocorticoid để điều trị COVID-19 cho mẹ và đủ tiêu chuẩn sử dụng liệu pháp corticosteroids trước sinh, sử dụng liều Dexamethasone thông thường (4 liều Dexamethasone 6 mg tiêm tĩnh mạch cách nhau 12 giờ) giúp trưởng thành phổi của thai và tiếp tục điều trị cho mẹ để hoàn thành liệu trình Dexamethasone (6 mg uống hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi ngày trong 10 ngày hoặc cho đến khi xuất viện, tùy theo thời gian nào ngắn hơn).

6.7. Hạ sốt

- Sử dụng Acetaminophen trong thai kỳ có thể làm giảm nguy cơ thai kỳ liên quan đến sốt.

- Tăng thân nhiệt thường gặp ở COVID-19 cần được lưu ý vì sự gia tăng nhiệt độ của người mẹ trong ba tháng đầu có thể liên quan đến tăng nguy cơ thai bị dị tật bẩm sinh, đặc biệt là khuyết tật ống thần kinh, sẩy thai.

6.8. Vấn đề sử dụng Magnesium sulfat

- Magnesium sulfat để điều trị dự phòng sản giật và/hoặc bảo vệ thần kinh trẻ sơ sinh cần được theo dõi thận trọng (nồng độ magnesium/huyết thanh, nhịp thở, phản xạ gân xương, nước tiểu) vì nồng độ magnesium cao (10-13 mEq/L hoặc 12-16 mg/dL hoặc 5,0-6,5 mmol/L) có thể gây liệt hô hấp.

- Ở những người bệnh bị tổn thương thận cấp liên quan đến COVID-19, cần giảm liều Magnesium sulfat.

- Lưu ý: ở những người bệnh được đặt nội khí quản, thở máy, các dấu hiệu hô hấp của ngộ độc magnesium không được quan sát thấy; rối loạn nhịp tim hoặc ngừng tim có thể là dấu hiệu đầu tiên của ngộ độc magnesium nghiêm trọng.

6.9. Thời điểm và phương pháp chấm dứt thai kỳ

Dựa vào tình trạng mẹ và thai, tuổi thai, sau khi thảo luận với sản phụ và người nhà.

- Trường hợp sản phụ mắc COVID-19 không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ (viêm đường hô hấp trên cấp tính), trung bình (viêm phổi): chấm dứt thai kỳ khi thai ≥ 39 tuần, ưu tiên sinh ngả âm đạo hoặc chấm dứt thai kỳ theo chỉ định sản khoa (tiền sản giật, ối vỡ non...). Nếu khởi phát chuyển dạ, ưu tiên kết hợp nhiều phương pháp khởi phát chuyển dạ, làm chín mùi cổ tử cung (như kết hợp giữa biện pháp cơ học và oxytocin) để rút ngắn thời gian chuyển dạ. Có thể thực hiện giảm đau sản khoa.

- Trường hợp sản phụ mắc COVID-19 nặng (viêm phổi nặng)/nguy kịch hoặc tiên lượng diễn tiến nặng/nguy kịch trong vòng 24 giờ: cá thể hóa từng trường hợp.

+ Trường hợp không đặt nội khí quản: nếu tình trạng mẹ diễn tiến xấu dần, cân nhắc chấm dứt thai kỳ khi thai > 32 tuần bằng cách khởi phát chuyển dạ, theo dõi sinh ngả âm đạo hoặc mổ lấy thai

+ Trường hợp có đặt nội khí quản:

- Tuổi thai > 32 tuần: mổ lấy thai

- Thai có khả năng sống và ≤ 32 tuần: nếu tình trạng mẹ và thai ổn định: theo dõi thai kỳ; nếu tình trạng mẹ diễn tiến xấu hơn: mổ lấy thai.

6.10. Sau sinh:

- Theo dõi sản phụ sau sinh:

+ Trường hợp mắc COVID-19 không triệu chứng/có triệu chứng nhẹ: theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và theo dõi lượng dịch vào và ra sau mỗi 4 giờ trong 24 giờ sau khi sinh ngã âm đạo và trong 48 giờ sau khi mổ lấy thai.

+ Trường hợp mắc COVID-19 mức độ trung bình: theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và theo dõi lượng dịch vào và ra sau mỗi 4 giờ trong 24 giờ sau khi sinh ngã âm đạo và trong 48 giờ sau khi mổ lấy thai, theo dõi SpO₂ trong 24 giờ đầu tiên hoặc cho đến khi cải thiện các dấu hiệu và triệu chứng (tùy theo thời gian nào lâu hơn).

+ Trường hợp mắc COVID-19 mức độ nặng/nguy kịch: theo dõi và chăm sóc người bệnh tại phòng Hồi sức.

- Kháng đông: Thuốc kháng đông liều dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch được khuyến cáo cho người bệnh sau sinh bị COVID-19 mức độ nặng/nguy kịch, nếu không có chống chỉ định và ngừng thuốc khi người bệnh được xuất viện về nhà.

- Giảm đau: ưu tiên sử dụng Acetaminophen

- Sốt: cần chẩn đoán phân biệt sốt sau sinh ở người bệnh COVID-19 với các tình trạng nhiễm trùng như viêm nội mạc tử cung sau sinh, nhiễm trùng vết mổ, viêm hoặc áp xe vú... Ưu tiên hạ sốt bằng Acetaminophen.

VII. BIẾN CHỨNG

7.1. Đối với mẹ

- Rối loạn hô hấp: viêm phổi, suy hô hấp, ARDS

- Rối loạn tuần hoàn: loạn nhịp tim, tổn thương tim cấp tính

- Biến chứng tắc mạch do huyết khối

- Nhiễm trùng thứ phát

- Suy thận cấp

- Rối loạn thần kinh: nhức đầu, chóng mặt, đau cơ, thay đổi ý thức, rối loạn khứu giác và vị giác, suy nhược, đột quỵ, co giật...

- Vấn đề về da: phát ban dạng sởi; mào đay; tổn thương mạch máu...

- Rối loạn tiêu hóa và chức năng gan

- Bệnh tâm thần: rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm, rối loạn mất ngủ, rối loạn căng thẳng sau chấn thương...

- Tử vong

7.2. Đối với trẻ sơ sinh

- Hơn 95% trẻ sơ sinh của các sản phụ nhiễm SARS-CoV-2 có tình trạng tốt khi sinh. Hầu hết là không có triệu chứng. Một số biến chứng có thể gặp:

- Nhiễm SARS-CoV-2 không triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ, không cần hỗ trợ hô hấp chủ yếu do lây truyền sau khi sinh.

- Nguy cơ của trẻ non tháng (thở máy, nhiễm trùng sơ sinh, bệnh màng trong...) chủ yếu liên quan đến việc chấm dứt thai kỳ sớm ở các sản phụ bị COVID-19 mức độ nặng, nguy kịch.

VIII. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

8.1. Tiêu chuẩn xuất viện: xem phác đồ Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2).

Lưu ý: nếu tình trạng sản phụ ổn, cần nhắc chuyển người bệnh đến các bệnh viện thuộc tầng dưới để tiếp tục theo dõi, điều trị (bệnh viện đã chiến thu dung điều trị, khu cách ly điều trị của các bệnh viện quận, huyện, ...) hoặc chuyển cách ly tại nhà (nếu đủ điều kiện).

8.2. Theo dõi sau xuất viện

- Sau sinh, sau mổ: không tái khám sau sinh, sau mổ thường quy, hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần đi khám lại ở giai đoạn hậu sản.

- Sản phụ nhiễm COVID-19 trong 3 tháng đầu và 3 tháng giữa thai kỳ, cần lưu ý siêu âm hình thái/4D khi thai 18-23 tuần.

- Sản phụ nhiễm COVID-19 trong 3 tháng cuối thai kỳ, cần siêu âm đánh giá tăng trưởng thai, lượng nước ối tại thời điểm ≥ 14 ngày sau xuất viện hoặc > 21 ngày sau lần siêu âm trước đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2021), Quyết định số 3416/QĐ-BYT về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng vi rút Corona mới (SARS-CoV-2) ngày 14/7/2021 của Bộ Y tế.

2. ACOG (2020), Examples of Alternate or Reduced Prenatal Care Schedules.

3. Mohammad Ali Karimi et al (2020), Proposed imaging guidelines for pregnant women suspected of having COVID-19, Acad radiol.; 27(6): 902–90.

4. RCOG (2021), Coronavirus infection and pregnancy.

5. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: labor, birth, and postpartum issues and care, Uptodate.

6. Vincenzo Berghella, Brenna Hughes (2021), COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care, Uptodate.

GIÁM ĐỐC



TS. BS. Lê Quang Thanh