

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: 2192/QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 31 tháng 8 năm 2022

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 Hội đồng Thuốc và Điều trị;

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 “Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh lý đậu mùa khi và thai kỳ” tại Bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. “Phác đồ chẩn đoán và điều trị bệnh lý đậu mùa khi và 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 BỆNH LÝ ĐẬU MÙA KHỈ VÀ THAI KỲ
(Ban hành kèm theo Quyết định số ~~2192~~ **2192**/QĐ-BVTD ngày 31/ 8 /2022
của Bệnh viện Từ Dũ)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vi rút đậu mùa khỉ (Monkeypox virus) là 1 loại DNA vi rút thuộc họ Poxviridae là thành viên của Orthopoxvirus (cùng với smallpox virus - tác nhân gây bệnh đậu mùa).

- Vi rút đậu mùa khỉ có thể được truyền sang thai nhi trong khi mang thai hoặc cho trẻ sơ sinh khi tiếp xúc gần trong và sau khi sinh. Thai phụ mắc bệnh đậu mùa khỉ có tăng nguy cơ sảy thai tự nhiên, thai chết lưu, sinh non và nhiễm đậu mùa khỉ sơ sinh. Những người có phơi nhiễm với vi rút đậu mùa khỉ nên được cách ly 21 ngày.

II. PHƯƠNG THỨC LÂY NHIỄM

1. Lây truyền từ động vật sang người: Vi rút đậu mùa khỉ thường mắc phải khi tiếp xúc với chất dịch cơ thể của động vật bị nhiễm bệnh hoặc qua vết cắn.

2. Lây truyền từ người sang người

- Tiếp xúc gần, trực tiếp cơ thể: Da kề da, miệng kề da, quan hệ tình dục (niêm - niêm, da- niêm). Tiếp xúc trực tiếp với vết loét, vảy, hoặc chất dịch cơ thể bị nhiễm. DNA của vi rút cũng được phát hiện trong tinh dịch.

- Tiếp xúc gián tiếp: tiếp xúc với các vật dụng, gối mền, quần áo hoặc khăn trải giường lây nhiễm từ dịch cơ thể hoặc vết loét của người nhiễm bệnh.

- Lây qua đường hô hấp: phải tiếp xúc trực tiếp lâu dài. Giọt bắn lớn: tiếp xúc đối diện, thời gian đủ dài, không lơ lửng trong không khí (ít lây hơn SAR-CoV-2).

- Lây truyền mẹ con: Vi rút có thể truyền qua nhau thai từ mẹ sang thai nhi, có thể gây bệnh đậu mùa khỉ bẩm sinh.

III. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

a) Thời kỳ ủ bệnh: 5 - 21 ngày

b) Giai đoạn khởi phát:

Bệnh bắt đầu với triệu chứng không đặc hiệu của nhiễm vi rút:

- Sốt, đau đầu, đau cơ, đau nhức toàn thân, ớn lạnh, mệt mỏi...

- Sưng to hạch bạch huyết (hạch dưới hàm, cổ, nách, 2 bên hoặc 1 bên... sưng to và đau).

- Nổi hạch là đặc điểm khác biệt của bệnh đậu mùa khỉ so với các bệnh khác mà ban đầu có thể có biểu hiện tương tự (bệnh thủy đậu, bệnh sởi, bệnh đậu mùa)

c) Giai đoạn phát ban: 1 - 3 ngày sau sốt, thường bắt đầu ở mặt sau đó lan ra các bộ phận khác của cơ thể.

d) Đặc điểm của sang thương:

- Sang thương tiến triển qua các giai đoạn sau trước khi tự khỏi:

Hồng ban → Sẩn đỏ → Mụn nước → Mụn mủ → mào khô, bong mào.

- Sang thương khu trú rõ, khu trú sâu (sẹo rỗ mặt) và thường phát triển thành lõm (giống như một chấm trên đỉnh của tổn thương)

- Các sang thương có kích thước tương đối giống nhau và cùng giai đoạn phát triển trên một vị trí duy nhất của cơ thể (ví dụ: mụn mủ trên mặt hoặc mụn nước ở chân)

- Sang thương ở lòng bàn tay, lòng bàn chân. Sang thương thường được mô tả là đau cho đến giai đoạn chữa lành khi chúng đóng vảy.

- Số lượng sang thương thay đổi từ vài nốt đến vài nghìn nốt đậu. Trong một số trường hợp nghiêm trọng, các sang thương có thể liên kết với nhau cho đến khi các mảng da lớn bong ra.

2. Xét nghiệm chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định: Xét nghiệm sinh học phân tử (PCR hoặc tương đương) với các bệnh phẩm dịch hầu họng (giai đoạn khởi phát), dịch nốt sang thương da (giai đoạn toàn phát) đối với ca bệnh nghi ngờ để xác định căn nguyên theo quy định của Bộ Y tế: Có kết quả xét nghiệm realtime PCR.

- Có kết quả giải trình tự gen xác định là MPXV.

- Cách lấy mẫu xét nghiệm:

+ Lấy 2 mẫu (2 que/ 1 lọ): 1 PCR VZV, 1 lưu PCR MKPX khi VZV âm.

+ Vị trí: thường dịch bóng nước (sát khuẩn bóng nước chưa bể, lấy càng nhiều càng tốt), có thể vẩy mào, hồng ban (ít khi).

b) Các xét nghiệm theo dõi bệnh:

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

- Tốc độ máu lắng, protein C phản ứng (CRP), Procalcitonin (PCT) bình thường hoặc tăng nhẹ.

- Một số trường hợp có thể tăng nhẹ ALT, AST

Trong các trường hợp diễn biến nặng có các biểu hiện suy chức năng các cơ quan, rối loạn điện giải và toan kiềm làm thêm các xét nghiệm sau tại các đơn vị có thể làm được:

+ Cây máu, cấy dịch nốt bóng nước tìm căn nguyên vi khuẩn trong trường hợp nghi ngờ biến chứng nhiễm trùng da, nhiễm khuẩn huyết...

+ Chụp X-quang ngực hay cắt lớp vi tính ngực trong trường hợp có biến chứng viêm phổi, áp xe phổi...

+ Chụp CT sọ não hoặc MRI sọ não trong trường hợp nghi ngờ có biến chứng viêm não...

3. Chẩn đoán phân biệt

Dựa trên triệu chứng sốt, phát ban và hạch to, cần chẩn đoán phân biệt bệnh đậu mùa khi với các bệnh sau: Đậu mùa (smallpox), thủy đậu (chicken pox), Herpes lan tỏa, tay chân miệng ...

IV. CÁC THỂ LÂM SÀNG

- Thể không triệu chứng: người nhiễm vi rút đậu mùa khi không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào.

- Thể nhẹ: các triệu chứng thường hết sau 2 đến 4 tuần mà không cần bất kỳ biện pháp điều trị đặc hiệu nào.

- Thể nặng: thường gặp trên nhóm đối tượng nguy cơ cao (phụ nữ mang thai, người cao tuổi, trẻ em, người mắc bệnh lý nền, suy giảm miễn dịch,...), có thể dẫn tới tử vong, thường từ tuần thứ 2 của bệnh bao gồm:

+ Nhiễm khuẩn da: người bệnh có sốt kéo dài, dịch nốt phỏng đục hoặc nốt phỏng bị vỡ chảy dịch đục.

+ Viêm phổi: người bệnh có các triệu chứng như ho, tức ngực, khó thở.

+ Viêm não: ý thức suy giảm, co giật, lú lẫn, hôn mê.

+ Nhiễm khuẩn huyết: sốt kéo dài, tổn thương các cơ quan phủ tạng.

V. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ NẶNG

Phân độ mức độ nặng trên lâm sàng theo WHO:

- Nhẹ < 25 nốt sang thương da

- Trung bình 25 – 99 nốt sang thương da

- Nặng 100 - 250 nốt sang thương da

- Rất nặng > 250 nốt sang thương da

VI. XỬ TRÍ

1. Điều trị nội khoa:

- Bệnh thường tự giới hạn với các triệu chứng kéo dài từ 2 đến 4 tuần.

a) Điều trị hỗ trợ:

+ Hạ sốt, giảm đau.

+ Chăm sóc tổn thương da, mắt, miệng.

+ Bảo đảm dinh dưỡng, cân bằng điện giải và hỗ trợ tâm lý.

+ Cần theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng nếu có: viêm phổi, nhiễm khuẩn da, nhiễm khuẩn huyết, viêm não... để điều trị ở buồng cách ly tại khoa hồi sức.

b) Thuốc điều trị đặc hiệu:

- Theo hướng dẫn của CDC, thuốc kháng vi rút được ưu tiên sử dụng cho những người đang mang thai, mới mang thai hoặc đang cho con bú. Tuy nhiên hiện chưa đủ dữ liệu rõ ràng về sử dụng Tecovirimat ở phụ nữ mang thai.

- Đường uống: 600mg/lần x 2 lần/ ngày

- Đường truyền:

+ 3 - < 35kg: 6mg/kg/lần x 2 lần/ ngày

+ 35 kg - < 120 kg: 200 mg/lần x 2 lần/ ngày

+ Trên 120 kg: 300 mg/ lần x 2 lần/ ngày

+ Lưu ý: Thời gian truyền trên 6 giờ

c) Theo dõi thai phụ: Điều trị tại bệnh viện hoặc cơ sở cách ly điều trị

- Theo dõi nhiệt độ, tim thai, huyết áp 3- 4 ngày 1 lần, kèm theo điều trị hỗ trợ và điều trị giảm đau

- Kháng sinh (Amoxicillin đường uống, nhỏ mắt Chloramphenicol) để phòng ngừa bội nhiễm.

- Tecovirimat, vaccinia IG. Cân nhắc Cidofovir đối với những trường hợp thai phụ rất nặng (lưu ý nguy cơ dị tật)

- Đo tim thai và corticoid hỗ trợ phổi tùy thuộc vào tuổi thai
- Siêu âm đánh giá sức khỏe thai: Đánh giá mức độ tăng trưởng thai và doppler động mạch rốn mỗi 4 tuần. Nếu có dấu hiệu phù thai hoặc gan to ở thai thì cân nhắc chọc ối để chẩn đoán.

- Theo dõi tim thai bằng CTG 2-3 lần/ ngày nếu thai \geq 26 tuần và tình trạng mẹ không tốt.

d) Theo dõi lúc sinh

- Sinh tại phòng cách ly (tốt nhất là phòng cách ly có áp lực âm)
- Sinh/mổ theo chỉ định sản khoa, trừ trường hợp hiện diện các tổn thương ở cơ quan sinh dục mẹ thì có chỉ định mổ lấy thai. Nếu ở bất cứ thời điểm nào có bằng chứng cho thấy sức khỏe thai có vấn đề hoặc bệnh lý mẹ nguy kịch, xem xét chấm dứt thai kỳ bằng mổ lấy thai (cân nhắc dựa trên tuổi thai, ước lượng cân nặng thai và nguyên nhân gây suy thai).

- Cân nhắc xét nghiệm nồng độ vi rút đậu mùa khi ở bánh nhau và dây rốn.

e) Theo dõi cho trẻ sơ sinh

- Lau sạch bé sớm sau sinh.
- Cách ly bé tại phòng cách ly có áp lực âm là tốt nhất.
- Xét nghiệm PCR đậu mùa khi cho trẻ sơ sinh (ở sang thương da, mắt, hầu họng, miệng, trực tràng hoặc máu (cuống rốn/ tĩnh mạch).
- Cách ly mẹ con, ngưng cho con bú mẹ cho tới khi mẹ khỏi bệnh. Khuyến khích mẹ vắt sữa (và bỏ sữa đi) để duy trì nguồn sữa mẹ và tiếp tục cho bé bú sữa mẹ sau khi khỏi bệnh và hết thời gian cách ly.

- Xét nghiệm PCR vi rút đậu mùa khi lấy mẫu ở họng hoặc bất cứ sang thương da nào (nếu có).

- Nhân viên y tế chăm sóc trang bị phòng hộ PPE.

- Nếu xét nghiệm bé dương tính với vi rút đậu mùa khi, không cần cách ly mẹ con nữa (nếu tình trạng mẹ ổn có thể chăm sóc bé).

2. Tiêu chuẩn xuất viện

a) Tiêu chuẩn xuất viện đối với bệnh đậu mùa khi

- Người bệnh cách ly tối thiểu 14 ngày VÀ
- Người bệnh hết các triệu chứng về lâm sàng (không xuất hiện tổn thương trên da mới tối thiểu 48 giờ và các tổn thương cũ đã đóng vảy).

b) Tiêu chuẩn xuất viện về bệnh lý sản khoa: khi tình trạng sản khoa ổn định.

- Trường hợp sản phụ thỏa các tiêu chí xuất viện ở cả 2 mục a và b: Xuất viện.

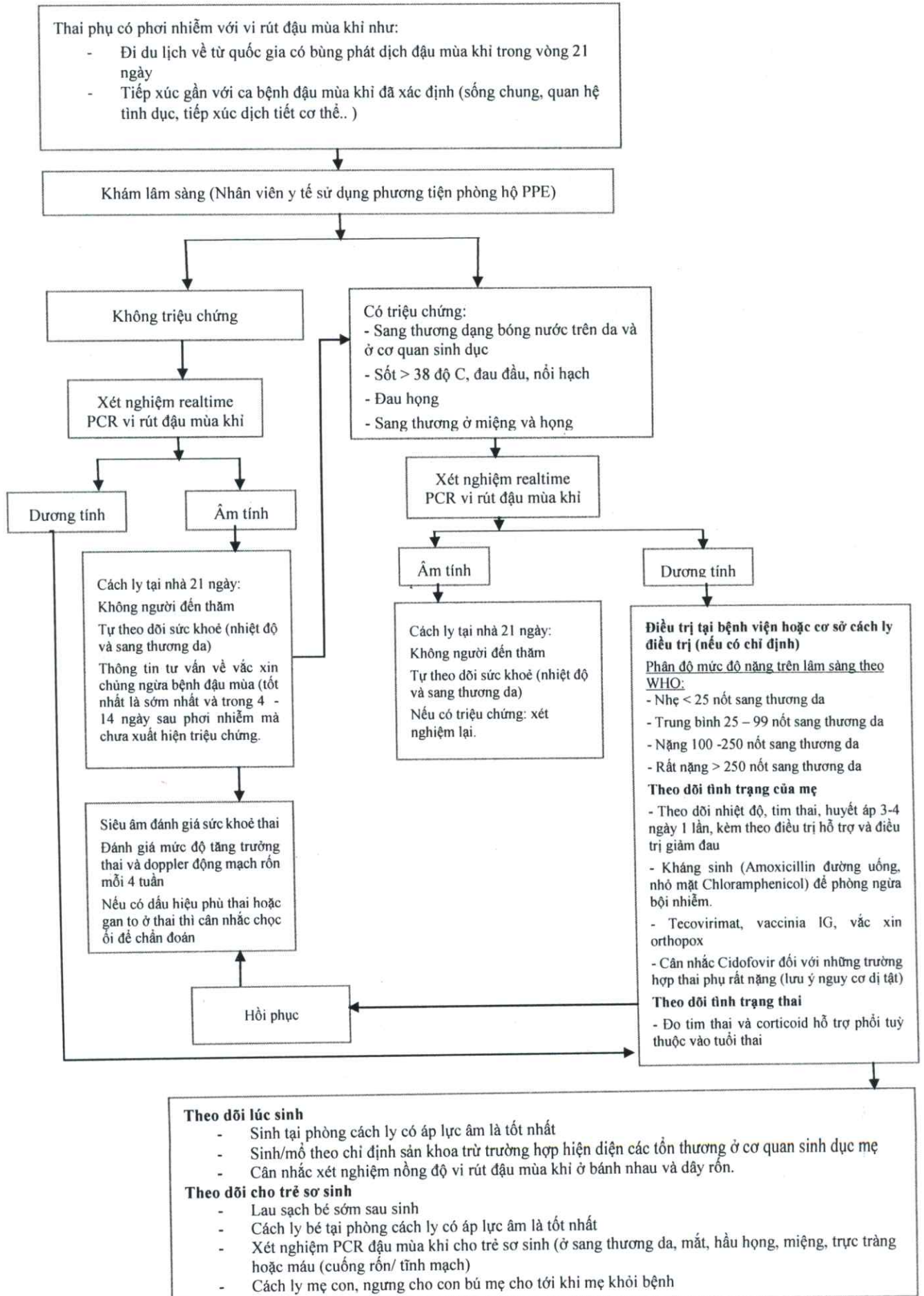
- Trường hợp chỉ thỏa các tiêu chí xuất viện ở mục b: chuyển viện hoặc hướng dẫn khám chuyên khoa bệnh nhiệt đới tùy tình trạng lâm sàng của sản phụ.

VII. PHƯƠNG PHÁP PHÒNG NGỪA

- Tránh tiếp xúc gần gũi với người mắc bệnh đậu mùa, tránh tiếp xúc trực tiếp với vết thương, dịch cơ thể, giọt bắn và các vật dụng, đồ dùng bị nhiễm mầm bệnh.

- Thường xuyên rửa tay sạch bằng xà phòng và các dung dịch sát khuẩn thông thường.
- Che miệng khi ho, hắt hơi.
- Người có các triệu chứng của trường hợp nghi ngờ, cần chủ động liên hệ với nhân viên bệnh viện để được theo dõi, tư vấn kịp thời.
- Người có các triệu chứng của trường hợp nghi ngờ cần chủ động tự cách ly y tế đến khi điều trị khỏi bệnh.
- Người đến các quốc gia có lưu hành dịch bệnh đậu mùa khi cần tránh tiếp xúc với động vật có vú bị bệnh như: động vật gặm nhấm, thú có túi, động vật linh trưởng (chết hoặc sống) có thể chứa vi rút đậu mùa khi, không nên ăn hoặc tiếp với động vật hoang dã, không ăn thịt động vật chưa nấu chín kỹ hoặc ăn các sản phẩm của động vật bị nhiễm bệnh.

SƠ ĐỒ TIẾP CẬN VÀ ĐIỀU TRỊ THAI PHỤ MẮC ĐẬU MÙA KHÍ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 2099/QĐ-BYT 2022 Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh đậu mùa khỉ ở người
2. Công văn số 2668/BYT-DP ngày 24/5/2022 của Bộ Y tế về tăng cường giám sát và phòng, chống bệnh đậu mùa khỉ.
3. Công văn số 551/DP-DT ngày 25/5/2022 của Cục Y tế dự phòng về tăng cường giám sát và phòng, chống bệnh đậu mùa khỉ.
4. Công văn số 3900/SYT-NVY ngày 11/06/2022 của Sở Y tế về hướng dẫn tạm thời giám sát phòng, chống bệnh đậu mùa khỉ trên địa bàn thành phố.
5. Công văn số 5033/SYT-NVY ngày 25/07/2022 của Sở Y tế về tăng cường giám sát phòng, chống bệnh đậu mùa khỉ trên địa bàn thành phố
6. Clinical Considerations for Monkeypox in People Who are Pregnant or Breastfeeding – CDC, 2022
7. Monkeypox and pregnancy: what do obstetricians need to know? Khalil A, Samara A, O'Brien P, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. Jul 2022;60(1):22-27. doi:10.1002/uog.24968
8. Monkeypox – UpToDate Online, July 2022
9. Guidelines for pregnant individuals with monkeypox virus exposure - The Lancet - Volume 400 Issue 10345 Pages 21-22 (July 2022)
10. Monkeypox infection during pregnancy: European registry to quantify maternal and fetal risks. Pomar L, Favre G, Baud D. Ultrasound Obstet Gynecol. Jul 9 2022;doi:10.1002/uog.26031

GIÁM ĐỐC



TS.BS. Lê Quang Thanh