

PHIẾU GIẢI QUYẾT VĂN BẢN ĐỀN

**SỞ Y TẾ
TỈNH KHÁNH HÒA**

Số đến:	Nơi ban hành:
Ngày đến:	Số và ký hiệu văn bản:
Lưu hồ sơ:	Ngày ban hành: Thời hạn xử lý:
	Đơn vị chủ trì: Đơn vị phối hợp:

*Ý kiến của lãnh đạo cơ quan:

*Chung, NKY, Phó Tổng VP, chuyên viên
địa chỉ: T.Đ. địa chỉ*

Ngày ²⁵ tháng ⁴ năm 2012

Meli

*Ý kiến của Trưởng/Phó đơn vị:

.....

.....

.....

*Ý kiến đề xuất của người giải quyết:

.....

.....

.....

*Tiên độ giải quyết:

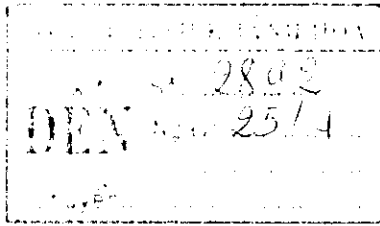
Ngày chuyển VB:	Ngày trình VB trả lời:
Ngày ban hành VB trả lời:	Số, ký hiệu VB trả lời:

Đánh giá thời gian hoàn thành: Trước hạn Đúng hạn Trễ hạn

BỘ Y TẾ
Số: 375 /QĐ-BYT

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 29 tháng 3 năm 2012



QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm Não mô cầu

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27 tháng 12 năm 2007 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản họp ngày 14/3/2012 của Hội đồng chuyên môn xây dựng Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm Não mô cầu;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm Não mô cầu.

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

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng, Tổng Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nguyễn Thị Xuyên', written over a circular official stamp.

Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN

Chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm Não mô cầu

(Ban hành kèm theo Quyết định số 975/QĐ-BYT ngày 29 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Đại cương

1. Khái niệm

Bệnh nhiễm não mô cầu là một bệnh truyền nhiễm gây dịch, do vi khuẩn *Neisseria meningitidis* gây ra. Biểu hiện lâm sàng thường gặp là viêm màng não mủ và/hoặc nhiễm khuẩn huyết, có thể gây sốc dẫn đến tử vong, nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

Bệnh lây truyền qua đường hô hấp do hít phải các giọt nhỏ dịch tiết mũi họng bị nhiễm *Neisseria meningitidis*, khả năng lây truyền sẽ tăng nếu có đồng nhiễm cùng các vi rút đường hô hấp.

2. Dịch tễ học:

Bệnh xảy ra rải rác hoặc thành dịch ở nhiều nơi trên thế giới, chủ yếu vào mùa đông xuân. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất là trẻ dưới 5 tuổi, thanh thiếu niên từ 14 đến 20 tuổi, những người sống trong khu vực tập thể đông người (nhà trẻ, trường học, chung cư v.v....) và các cơ địa suy giảm miễn dịch. Châu Phi cận Sahara là nơi có các vụ dịch lớn xảy ra: vụ dịch 1996-1997 có 250.000 ca mắc và 25.000 ca tử vong, vụ dịch năm 2009 tại 14 nước châu Phi với 88.199 người mắc và 5.352 người tử vong. Ở Việt Nam, thỉnh thoảng vẫn có các vụ dịch lẻ tẻ ở các địa phương, riêng năm 1977 vụ dịch ở Thành phố Hồ Chí Minh có 1015 ca mắc, do não mô cầu nhóm C gây ra.

Người bệnh và người lành mang vi khuẩn là nguồn chứa duy nhất, ước tính có khoảng 10 – 20% dân số mang vi khuẩn não mô cầu tại hầu họng mà không có triệu chứng lâm sàng (người lành mang trùng), tỷ lệ này có thể tăng đến 40-50% trong các vụ dịch.

Đã phát hiện 13 typ huyết thanh, trong đó có các typ hay gây bệnh là: A, B, C, X, Y, Z và W135.

II. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán ca bệnh lâm sàng:

a. Dựa vào yếu tố dịch tễ: Có tiếp xúc với bệnh nhân hoặc sống trong tập thể (nhà trẻ, trường học, ký túc xá, doanh trại,...) có người đã được xác định bị mắc bệnh do não mô cầu.

b. Dựa vào lâm sàng:

- Thời kỳ ủ bệnh trung bình là 4 ngày (2-10 ngày).

- Biểu hiện nhiễm trùng rõ: Sốt cao đột ngột, có thể có rét run, ho, đau họng, mệt mỏi, nhức đầu.

- Dấu hiệu màng não - não:

+ Đau đầu dữ dội, buồn nôn, nôn, táo bón, gáy cứng, (trẻ nhỏ có thể có tiêu chảy, thóp phồng và gáy mềm).

+ Rối loạn ý thức, li bì, kích thích vật vã, có thể có co giật, hôn mê.

- Ban xuất huyết hoại tử hình sao, xuất hiện sớm và lan nhanh, thường gặp ở hai chi dưới.

- Tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng, nhanh chóng vào tình trạng sốc: Mạch nhanh, HA hạ hoặc HA kẹt (hiệu số huyết áp tâm thu – tâm trương < 20 mmHg), thiếu niệu, vô niệu, đông máu nội mạch rải rác, suy thượng thận, suy đa tạng và có thể tử vong nhanh trong vòng 24h.

2. Chẩn đoán xác định ca bệnh:

- Là ca bệnh lâm sàng, có kèm theo xác định được vi khuẩn gây bệnh bằng một trong các xét nghiệm sau:

+ Soi thấy song cầu gram(-), cấy phân lập được *N.meningitidis* trong dịch não tủy

+ Cấy máu phân lập được *N.meningitidis*

+ Soi và cấy phân lập được *N.meningitidis* trong tử ban

+ PCR (+) với *N.meningitidis* trong dịch não tủy, máu, tử ban (nếu có điều kiện làm xét nghiệm)

3. Chẩn đoán phân biệt:

- Bệnh do liên cầu lợn (*Streptococcus suis*):

+ Yếu tố dịch tễ tiếp xúc với lợn ốm, chết, giết mổ hoặc ăn thịt lợn nấu chưa chín kỹ.

+ Có triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết hoặc viêm màng não

+ Ban xuất huyết dưới dạng nốt, đám mảng hoặc lan rộng toàn thân.

+ Có thể có suy tuần hoàn, hô hấp hoặc suy đa tạng.

+ Chẩn đoán bằng nuôi cấy phân lập vi khuẩn *S. suis* hoặc PCR (+) với liên cầu lợn trong máu hoặc dịch não tủy.

- Nhiễm khuẩn huyết do các vi khuẩn khác

- Viêm màng não mủ do các căn nguyên khác

- Sốt xuất huyết dengue:

+ Sốt cao đột ngột.

+ Đau đầu, đau mỏi toàn thân, đau nhức nhiều hai hốc mắt.

+ Da xung huyết, ít khi có phát ban.

+ Dấu hiệu xuất huyết ở dưới da, niêm mạc hoặc nội tạng.

- + Xét nghiệm máu: Bạch cầu giảm, Tiểu cầu giảm, Hct bình thường hoặc tăng.
- + Xét nghiệm huyết thanh: NS1 hoặc kháng thể kháng dengue IgM (+)
- Ban xuất huyết do Schönlein-Henoch:
- + Thường sốt nhẹ hoặc không sốt
- + Ban xuất huyết dưới da đối xứng ở 2 chân (dạng bột), 2 tay (dạng găng).
- + Có thể: đau khớp, đau bụng, xuất huyết tiêu hóa, viêm tinh hoàn, viêm thận.

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Chẩn đoán sớm ca bệnh
- Sử dụng kháng sinh sớm
- Hồi sức tích cực
- Cách ly bệnh nhân

2. Điều trị cụ thể

2.1. Kháng sinh: Chọn một trong các kháng sinh sau

- + Penicillin G: 20 – 30 triệu UI (đơn vị quốc tế)/ngày, truyền tĩnh mạch liên tục hoặc tiêm tĩnh mạch 2 - 4 giờ/lần. Trẻ em 200.000-300.000UI/kg/ngày.
- + Ampicillin: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 6h/lần. Trẻ em 200-250 mg/kg/ngày.
- + Cefotaxim: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 6giờ/lần. Trẻ em 200-300mg/kg/ngày.
- + Ceftriaxon: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 12h/lần. Trẻ em 100mg/kg/ngày.
- Nếu dị ứng với các kháng sinh nhóm Betalactamin:
- + Chloramphenicol 1g, dùng 2-3g/ngày, trẻ em từ 50-100mg/kg/ngày (nếu còn tác dụng).
- + Ciprofloxacin 400 mg/lần, truyền tĩnh mạch 2 lần/ngày. Trẻ em 15 mg/kg/lần truyền tĩnh mạch x 2 lần /ngày.

Thời gian điều trị kháng sinh tối thiểu từ 7 – 14 ngày hoặc 4 – 5 ngày sau khi bệnh nhân hết sốt, tình trạng huyết động ổn định, xét nghiệm dịch não tủy bình thường (đối với viêm màng não mủ do Não mô cầu).

- Điều trị hỗ trợ và triệu chứng:

- + Hạ sốt
- + An thần
- + Chống phù não
- + Điều trị suy tuần hoàn, sốc: Bù dịch, thuốc vận mạch.
- + Hỗ trợ hô hấp
- + Lọc máu liên tục
- + Điều chỉnh nước, điện giải và thăng bằng kiềm toan
- + Vệ sinh thân thể và dinh dưỡng đầy đủ

- Có thể xem xét sử dụng corticoids trong trường hợp sốc không đáp ứng với thuốc vận mạch. Thường dùng methylprednisone liều 1-2 mg/kg/ngày, hoặc hydrocortisone 4mg/kg/ngày, trong thời gian 2 ngày.

IV. Phòng bệnh:

1. Phòng bệnh chung:

- Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân: rửa tay thường xuyên bằng xà phòng, súc miệng họng bằng các dung dịch sát khuẩn mũi họng thông thường.
- Thực hiện tốt vệ sinh nơi ở, thông thoáng nơi ở, nơi làm việc.
- Có thể tiêm vắc xin phòng bệnh.
- Khi phát hiện có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh cần đi khám tại các cơ sở khám chữa bệnh càng sớm càng tốt.

2. Phòng bệnh trong bệnh viện:

- Cách ly bệnh nhân
- Đeo khẩu trang khi tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh.
- Quản lý và khử khuẩn đồ dùng và chất thải của bệnh nhân, dịch tiết mũi họng của bệnh nhân.
- Có thể sử dụng thuốc dự phòng cho nhân viên y tế và người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân.

3. Phòng bệnh đặc hiệu:

3.1. Tiêm phòng vắc xin:

- Hiện nay đã có vắc xin phòng bệnh não mô cầu nhóm A, B và C
- Có thể tiêm cho trẻ từ 2 tuổi trở lên, tiêm 1 liều duy nhất, nhắc lại mỗi 3 năm/lần.

3.2. Dự phòng bằng thuốc:

- Chỉ định dự phòng bằng thuốc: Những người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân đã được chẩn đoán chắc chắn nhiễm não mô cầu, bao gồm các trường hợp sau:

+ Những người sống cùng nhà và sinh hoạt cùng với bệnh nhân (sống trong cùng một nhà, cùng khu nhà trọ, cùng phòng làm việc...) trong vòng 7 ngày trước khi bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng.

+ Những người tiếp xúc với bệnh nhân trong thời gian ngắn (có nguy cơ bị nhiễm bệnh qua đường hô hấp như: nói chuyện với bệnh nhân, tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp của bệnh nhân...)

- Thuốc điều trị dự phòng: Các thuốc có thể dự phòng nhiễm não mô cầu bao gồm Rifampicin, Ciprofloxacin, Azithromycin.

+ **Ciprofloxacin:** Dùng liều đơn duy nhất 500 mg cho người lớn và trẻ em trên 12 tuổi.

+ **Rifampicin:** Chống chỉ định trong các trường hợp sau: đang có biểu hiện vàng da, có tiền sử tăng nhạy cảm với Rifampicin.


Dùng trong 2 ngày:

- Người lớn và trẻ em trên 12 tuổi: 600mg, 2 lần/ngày
- Trẻ em từ 1-12 tuổi: 10 mg/kg, 2 lần/ngày
- Trẻ dưới 12 tháng: 5mg/kg, 2 lần/ngày

+ **Có thể dùng Azithromycin:** liều duy nhất 500mg cho phụ nữ có thai và đang cho con bú, trẻ em 10mg/kg .

- Thời gian dùng: Nên dùng càng sớm càng tốt, tốt nhất là trong vòng 24h sau khi có chẩn đoán xác định ca bệnh.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên