

# SỔ TAY CHO BS SẢN PHỤ KHOA COVID-19 VÀ THAI KÌ



Biên soạn:

**BS Trần Minh Hùng**

2021



---

*Mong bình an cho tất cả anh em!  
BS Trần Minh Hùng  
BV Từ Dũ – TP Hồ Chí Minh  
Email: minhhungmd@gmail.com*

---

## MỤC LỤC

<b>Phần I: Các vấn đề chung</b> .....	<b>5</b>
Mặc đồ phòng hộ - Tháo bỏ đồ phòng hộ .....	5
Các quy trình cần nắm.....	6
Yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng của sản phụ SARS-CoV-2 .....	6
Biểu hiện lâm sàng .....	6
Phân nhóm BN COVID-19 theo độ nặng.....	8
Cận lâm sàng cơ bản đánh giá khi nhập viện .....	8
Thang điểm nhanh tiên lượng tiến triển nặng .....	9
Tiêu chí đánh giá nguy cơ huyết khối trong bệnh lý COVID-19.....	10
Chiến lược điều trị.....	11
Nguyên tắc điều trị .....	11
Lưu đồ xử trí theo bộ y tế.....	12
<b>Phần II: Điều trị bn COVID-19 trung bình-nặng</b> .....	<b>14</b>
Bệnh nhân COVID-19 mức độ TRUNG BÌNH .....	14
Bệnh nhân COVID-19 mức độ NẶNG .....	15
Bệnh nhân COVID-19 mức độ NGUY KỊCH .....	16
<b>Phần III: Điều trị triệu chứng</b> .....	<b>18</b>
Sốt.....	18
Ho .....	19
Buồn nôn và nôn .....	20
Lo âu.....	21
<b>Phần IV: Điều trị thiết yếu</b> .....	<b>22</b>
OXY LIỆU PHÁP .....	22
Suy hô hấp .....	22
Các bước cung cấp Oxy ban đầu .....	24
Lưu ý khi chỉ định oxy liệu pháp .....	25
NẪM SẤP .....	26
Lưu đồ tư thế nằm sấp cho phụ nữ mang thai .....	26
Tư thế nằm sấp cho phụ nữ mang thai tỉnh táo .....	27
Tư thế nằm sấp ở bệnh nhân có thai được đặt nội khí quản.....	28
CORTICOSTEROIDS TOÀN THÂN .....	29
Chỉ định .....	29

Thuốc và liều lượng.....	29
Tác dụng phụ corticoids .....	30
<b>KHÁNG ĐÔNG .....</b>	<b>32</b>
Phác đồ bộ y tế .....	32
Chống chỉ định .....	32
Phác đồ cho người lớn.....	33
Kinh nghiệm điều trị tại BV dã chiến Đà Nẵng – Gs Nguyễn Gia Bình .....	34
<b>THUỐC KHÁNG VIRUS.....</b>	<b>35</b>
Remdesivir.....	35
<b>Phần V: chăm sóc bệnh nhân sản phụ khoa .....</b>	<b>37</b>
Triệu chứng lâm sàng .....	37
Triệu chứng .....	37
Chẩn đoán phân biệt.....	37
Kết cục của mẹ .....	37
Kết cục thai kì .....	38
Kết cục của thai .....	38
Tiếp cận bệnh nhân mang thai.....	38
Chăm sóc trước sanh .....	39
Xét nghiệm tầm soát.....	39
Lịch khám thai.....	39
Các dấu hiệu nguy hiểm cần hướng dẫn cho người bệnh .....	40
Chích vaccine COVID-19 .....	40
Nhóm nguy cơ cao đang điều trị Aspirin .....	42
Chấm dứt thai kì .....	43
Phương thức sanh .....	43
Quản lý trong chuyển dạ .....	43
Biện pháp hỗ trợ chung .....	43
Kháng sinh dự phòng .....	43
Các loại thuốc trong sản khoa đối với bệnh nhân covid-19.....	44
Khởi phát chuyển dạ.....	45
Chăm sóc khi sanh.....	45
Chăm sóc giai đoạn 3 chuyển dạ và hậu sản.....	45



## PHẦN I: CÁC VẤN ĐỀ CHUNG

### Mặc đồ phòng hộ - Tháo bỏ đồ phòng hộ

MẶC ĐỒ PHÒNG HỘ	THÁO BỎ ĐỒ PHÒNG HỘ
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Vệ sinh tay</li><li>2. Bao giày</li><li>3. Vệ sinh tay</li><li>4. Mặc bộ quần áo choàng liền quần</li><li>5. Vệ sinh tay</li><li>6. Đeo khẩu trang</li><li>7. Đeo mắt kính bảo hộ</li><li>8. Đội mũ</li><li>9. Vệ sinh tay</li><li>10. Đeo găng tay</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Tháo găng tay</li><li>2. Vệ sinh tay</li><li>3. Kéo khóa áo choàng</li><li>4. Vệ sinh tay</li><li>5. Tháo bộ áo choàng và bao giày</li><li>6. Vệ sinh tay</li><li>7. Tháo mắt kính bảo hộ</li><li>8. Tháo khẩu trang</li><li>9. Vệ sinh tay</li><li>10. Tháo khẩu trang</li><li>11. Vệ sinh tay</li></ol>

#### Một số lưu ý quan trọng và tip:

- Cần kiểm tra độ kín của khẩu trang N95 khi mặc. Không đeo khẩu trang y tế bên trong khẩu trang N95
- Khi cởi đồ phòng hộ lần lượt từng người vào vùng đệm.
- Đeo 1 bao tay bên trong, khoét 1 lỗ xỏ ngón cái vào và đeo găng thứ 2 bên ngoài
- Điện thoại bao bọc trong túi nilon, không nên sử dụng tai nghe bluetooth vì đau tai và nguy cơ nhiễm
- Không mang vật dụng từ vùng nhiễm (\*đỏ) vào vùng không nhiễm (\*xanh)



## Các quy trình cần nắm

- Hướng dẫn tiếp nhận và xử trí tại khu điều trị COVID-19 bệnh viện Từ Dũ ngày 22/7/2021
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Corona mới (SARS-CoV-2) ngày 14/07/2021 Bộ Y tế.
- Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Corona mới ( SARS-CoV-2) trong thai kì, BV Từ Dũ ngày 04/08/2021
- Quyết định số 3982/QĐ-BYT ngày 18/8/2021 của Bộ Y tế V/v ban hành Hướng dẫn tạm thời Dự phòng và xử trí Covid-19 do chủng vi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh
- Hướng dẫn xử trí các trường hợp người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 đang trong thời gian cách ly tại nhà đến khám sản phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ, ngày 17/08/2021

## Yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng của sản phụ SARS-CoV-2

- Tuổi >35
- Thừa cân, béo phì
- Tuổi cao
- Bệnh mãn tính: THA; COPD; hen phế quản.....
- Suy giảm miễn dịch: Tiểu đường; sử dụng corticoid kéo dài; suy giảm miễn dịch mắc phải; ung thư.....
- Điểm SOFA cao khi nhập viện
- D-dimer > 1 mg/l (1000 ng/ml).

## Biểu hiện lâm sàng

Bảng 2. Tỷ lệ các triệu chứng trong nghiên cứu đoàn hệ lớn đầu tiên từ Trung Quốc ([Guan 2020](#)). Độ nặng của bệnh được phân loại theo hướng dẫn của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ ([Metlay 2019](#))

Triệu chứng lâm sàng (%)	Tất cả	Bệnh nặng	Bệnh nhẹ
Sốt	88.7	91.9	88.1
Ho	67.8	70.5	67.3
Mệt mỏi	38.1	39.9	37.8
Đàm	33.7	35.3	33.4
Khó thở	18.7	37.6	15.1

*Số Tỷ điều trị COVID-19 cho BS Sản phụ Khoa*

Đau cơ hoặc đau khớp	14.9	17.3	14.5
Đau họng	13.9	13.3	14.0
Đau đầu	13.6	15.0	13.4
Ớn lạnh	11.5	15.0	10.8
Buồn nôn hoặc nôn	5.0	6.9	4.6
Nghẹt mũi	4.8	3.5	5.1
Tiêu chảy	3.8	5.8	3.5
<b>Hình ảnh học</b>			
Bất thường trên X-quang	59.1	76.7	54.2
Bất thường trên CT	86.2	94.6	84.4
<b>Kết quả xét nghiệm</b>			
WBC <4.000 mỗi mm <sup>3</sup>	33.7	61.1	28.1
Tế bào lympho <1.500 mỗi mm <sup>3</sup>	83.2	96.1	80.4
Tiểu cầu <150.000 mỗi mm <sup>3</sup>	36.2	57.7	31.6
CRP ≥ 10 mg/L	60.7	81.5	56.4
Lactate dehydrogenase ≥ 250 U/L	41.0	58.1	37.1
AST > 40 U/L	22.2	39.4	18.2
D-dimer ≥ 0.5 mg/L	46.6	59.6	43.2

## Phân nhóm BN COVID-19 theo độ nặng

Phân nhóm	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng
<b>Không triệu chứng</b>	- PCR dương tính; hoàn toàn không triệu chứng
<b>Nhẹ</b>	- Triệu chứng không đặc hiệu: sốt; ho; sổ mũi; đau mình... NT ≤ 20 l/ph, SpO2 ≥ 96%
<b>Trung bình</b>	- Viêm phổi: sốt, ho, thở nhanh > 20 lần/phút - SpO2 ≥ 93%/ khí trời - X-quang; CT; siêu âm phổi: viêm phổi kẽ + biến chứng
<b>Nặng</b>	- Sốt/ nghi ngờ nhiễm trùng hô hấp - Thở nhanh ≥ 30 lần/phút, khó thở nặng. - SpO2 < 93% khí trời; hay bất kỳ liệu pháp oxy nào - Tổn thương phổi > 50% phế trường trong vòng 24-48h
<b>Nguy kịch</b>	- ARDS - Nhiễm trùng huyết (Sepsis) - Shock nhiễm trùng (Septic shock) - Suy đa cơ quan (MODs)

## Cận lâm sàng cơ bản đánh giá khi nhập viện

Cận lâm sàng	Chi tiết
<b>Huyết học</b>	- Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi - Đông máu toàn bộ: PT, APTT, Fibrinogen; D-dimer
<b>Sinh hóa</b>	- AST, ALT, Bilirubin (TT, GT), Ure Creatinin, - Ion đồ, Glucose - LDH, CRP, Ferritin, Albumin - CRP, - Procalcitonin, Khí máu động mạch (nếu cần)
<b>Hình ảnh &amp; thăm dò chức năng</b>	- Tối thiểu phải có Xquang tim phổi, MSCT ngực nếu có. - Siêu âm thai - CTG - ECG
<b>Miễn dịch</b>	RT PCR SARS-CoV-2
<b>Theo dõi</b>	Nên đánh giá lại ít nhất sau 3 ngày điều trị hay thời điểm tình trạng bệnh trở nặng

## Thang điểm nhanh tiên lượng tiến triển nặng

Sử dụng thang điểm Quick COVID-19 Severity Index – qCSI. Dự đoán trong vòng 24 giờ.

Biến số		Điểm
Tần số thở (lần/phút)	≤ 22	0
	23 – 28	1
	> 28	2
SpO2 (giá trị thấp nhất trong vòng 4 giờ đầu sau nhập viện)	> 92%	0
	89 – 92 %	2
	≤ 88%	5
Dòng O2 cung cấp (lít/phút)	≤ 2	0
	3 - 4	4
	5 - 6	5

### Phiên giải:

Điểm qCSI	Nguy cơ	Nguy cơ trong 24h tới*
≤ 3	Thấp	4%
4 - 6	Trung bình thấp	30%
7 - 9	Trung bình cao	44%
10 – 12	Cao	57%

(\*): trong 24h tới: phải O2 > 10 l/p hoặc HFNC/thở máy hoặc tử vong.

## Tiêu chí đánh giá nguy cơ huyết khối trong bệnh lý COVID-19

Tiêu chí	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
<b>D-dimer</b>	< 1000 ng/ml <i>Hoặc tăng gấp 2 lần giới hạn trên bình thường</i>	1000 – 2900 ng/ml <i>Hoặc tăng gấp 2-5 lần giới hạn trên giá trị bình thường</i>	≥ 3000 ng/ml <i>Hoặc tăng gấp hơn 6 lần giới hạn trên bình thường</i>
<b>Fibrinogen</b>	< 5 g/l	≥ 5g/l	≥ 8g/l
<b>Điểm DIC</b>			≥ 4
<b>Khác</b>			Thở máy; ECMO... Nguy cơ thuyên tắc phổi cao
<b>Kháng đông</b>	<b>Dự phòng</b>	<b>Điều trị</b>	<b>Điều trị</b>

## Chiến lược điều trị

### Mục tiêu:

- Phát hiện sớm các dấu hiệu chuyển nặng
- **Trì hoãn đặt nội khí quản**
- Điều trị triệu chứng
- Tránh lây nhiễm

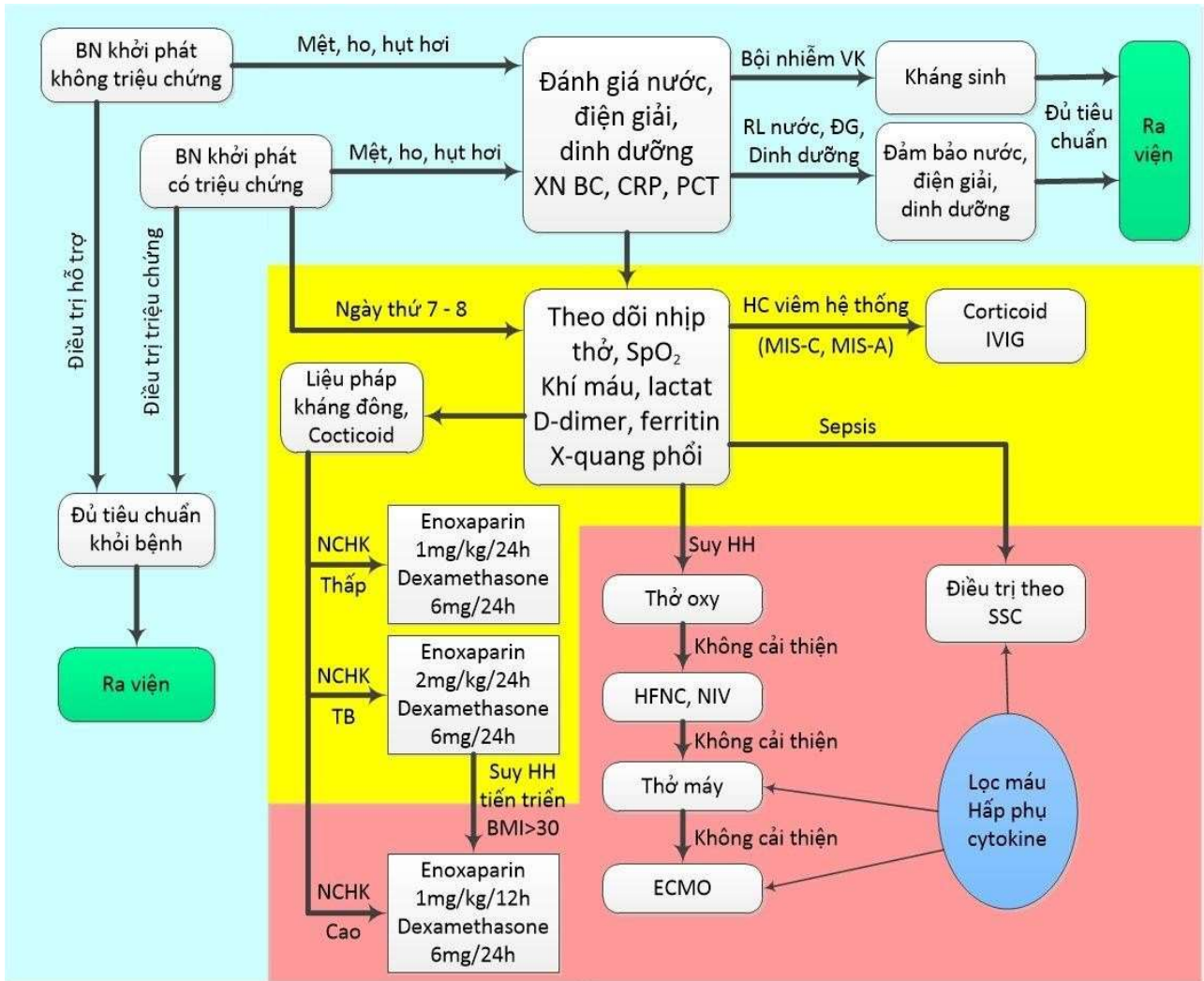
### Chiến lược:

- Kháng viêm
- Kháng đông
- Nằm sấp

## Nguyên tắc điều trị

- Ưu tiên các điều trị nội khoa trước.
- Phân loại mức độ lâm sàng và điều trị theo Quyết định số 3416/QĐ-BYT ngày 14/07/2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm đường hô hấp cấp tính do chủng vi rút SARS-CoV-2 và các văn bản cập nhật (nếu có) của Bộ Y tế.
- Hạn chế các can thiệp sản khoa trong thời gian nghi nhiễm/nhiễm COVID-19, trừ khi có chỉ định can thiệp cấp cứu (rau tiền đạo/cài răng lược có chảy máu nhiều, rau bong non, thai suy,...) hoặc bán cấp (vỡ ối, chuyển dạ...) hoặc khi mẹ có dấu hiệu trở nặng.
- Cân nhắc lợi ích giữa điều trị suy hô hấp mẹ và can thiệp sản khoa trong thời gian sản phụ nhiễm COVID-19: mức độ nhiễm COVID-19, tuổi thai, tình trạng thai, các chỉ định can thiệp cấp cứu sản khoa.

## Lưu đồ xử trí theo bộ y tế



- Điều trị ở khu BN thường
- BN cần theo dõi sát
- Điều trị tại ICU

ECMO: Extracorporeal Membrane Oxygenation  
 (Oxy hóa qua màng ngoài cơ thể)  
 MIS-A: Multisystem Inflammatory Syndrome in Adult  
 MIS-A: Multisystem Inflammatory Syndrome in Children  
 NCHK: Nguy cơ huyết khối  
 NIV: Non Invasive Ventilation (Thở máy không xâm nhập)  
 HFNC: High-flow nasal cannula (Thở oxy dòng cao qua ống thông mũi)  
 Suy HH: Suy hô hấp



HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ COVID-19				
ĐỘ NẶNG	NHẸ	VỪA	NẶNG	NGUY KỊCH
<b>Đặc điểm chính</b>	- Viêm hô hấp trên	- Viêm phổi - Không giảm oxy máu	- Viêm phổi - Giảm oxy máu	- Viêm phổi nặng - Tổn thương cơ quan
<b>Biểu hiện triệu chứng</b>	- Sốt, ho, mệt mỏi, đau cơ, đau họng, đau đầu, tiêu chảy, buồn nôn, nôn, mất vị giác	- SpO <sub>2</sub> : ≥ 94% (khí trời) - Sốt, ho, thở nhanh	- SpO <sub>2</sub> < 94% (khí trời) - Nhịp thở > 30 lần/phút - Thở cơ kéo, rút lõm, thở bụng	- ARDS - Sốc nhiễm trùng - Thuyên tắc cấp (thuyên tắc phổi, NMCT, đột quỵ)
<b>Thang điểm độ nặng</b>	- EWS 0-1	- CURB65 0-1 - EWS 1-4	- CURB65 2-3 - EWS 5-6	- SOFA - EWS ≥ 7
<b>KHOA TIẾP NHẬN</b>	- Các chuyên khoa lẻ,...	- Các khoa không điều trị bệnh hô hấp, tim mạch	- Các khoa có điều trị bệnh hô hấp, tim mạch; có hệ thống oxy	- HSTC-CĐ, GMHS, các khoa hồi sức khác
<b>CẬN LÂM SÀNG</b>	- CTM, điện giải, SGOT, SGPT, Ure, creatinine, glucose, XQ	- CRP, D-dimer, PT, APTT, fibrinogen	- CTscan ngực, cấy máu, PCR tầm soát mầm bệnh	- PCT, lactate, KMDM - Men tim, proBNP, ECG, siêu âm tim
<b>ĐIỀU TRỊ</b>	- Triệu chứng, hỗ trợ - Vệ sinh mũi họng, thân thể - Điều trị bệnh lý nền, đi kèm - Môi trường thông khí - Hỗ trợ tâm lý	- (tương tự nhóm nhẹ) - Đảm bảo bù đủ nước, điện giải, dinh dưỡng đường uống	- Oxy liệu pháp - Kháng sinh 7-10 ngày - Corticoid 7-10 ngày hoặc đến khi xuất viện - Chống đông	- Thông khí cơ học - Kháng sinh thích hợp - Hỗ trợ huyết động - Corticoid, chống đông - Liệu pháp thay thế thận - ECMO
<b>Hỗ trợ hô hấp</b>			- Mục tiêu: SpO <sub>2</sub> 92-96% - Canulla mũi → mặt nạ (đơn giản, không thở lại) → HFNC, NIV - Nằm sấp chủ động	- Thông khí cơ học bảo vệ phổi - Giảm cơ ngắn hạn - Tư thế nằm sấp
<b>Hỗ trợ huyết động</b>			- Truyền dịch thận trọng theo nhu cầu	- Truyền dịch 4 pha - Kết hợp vận mạch - Mục tiêu: • MAP ≥ 65 mmHg • Đảm bảo tưới máu mô • Đảm bảo chuyển hóa tế bào
<b>Kháng virus</b>			- Remdesivir: 200mg; duy trì 100mg/ngày/5-10 ngày - Kháng sinh cộng đồng	- Remdesivir: không có chỉ định; chỉ duy trì đủ liệu trình (nếu đang dùng) - Kháng sinh thích hợp
<b>Corticoid</b>			- Dexamethasone 6 mg / ngày <b>Hoặc:</b> - Prednisone 40 mg - Methylprednisolone 16 mg x 2	- (tương tự nhóm nặng)
<b>Chống đông</b>		- D-dimer: 500 - 1000 • BMI < 30: Enoxaparin 40 mg/24 giờ • BMI ≥ 30: Enoxaparin 40 mg/12 giờ - D-dimer: 1000 - 3000 • BMI < 20: Enoxaparin 40 mg/24 giờ • BMI ≥ 20: Enoxaparin 40 mg/12 giờ	- (tương tự nhóm vừa)  Nếu dùng heparin: - D-dimer < 2000: UFH 5000 UI/12 giờ TDD - D-dimer ≥ 2000: UFH 8 UI/kg/giờ TTM	- Có bằng chứng huyết khối, D-dimer ≥ 3000, SIC ≥ 4, Fib > 8 g/dl, thở máy, ECMO • Enoxaparin 1mg/kg/12 giờ, hoặc • UFH 80UI/kg IV, duy trì 8 UI/kg/giờ (aPTT 55-90)
<b>Ước chế thụ thể IL-6</b>			- Tocilizumab: 8mg/kg (tối đa 800mg) IV	- (tương tự nhóm nặng)
<b>XUẤT VIỆN</b>	- Nhóm không triệu chứng, xuất viện vào ngày thứ 10 từ lúc RT-PCR (+), trước xuất viện làm 2 mẫu RT-PCR cách nhau tối thiểu 24 giờ kết quả âm tính hoặc tải lượng virus thấp (Ct ≥ 30), xuất viện trong vòng 24 giờ từ lúc có kết quả xét nghiệm - Nhóm có triệu chứng, nằm viện tối thiểu 14 ngày, trước xuất viện có 3 ngày liên tục không triệu chứng, làm 2 mẫu RT-PCR cách nhau tối thiểu 24 giờ kết quả âm tính hoặc tải lượng virus thấp (Ct ≥ 30), xuất viện trong vòng 24 giờ từ lúc có kết quả xét nghiệm - Tiếp tục cách ly và giám sát tại nhà thêm 14 ngày, đo thân nhiệt 2 lần/ngày, nếu sốt ≥ 38°C, báo cho cơ sở y tế			

(Cập nhật 18/08/2021, tài liệu dành cho nhân viên y tế)

**PHẦN II: ĐIỀU TRỊ BN COVID-19 TRUNG BÌNH-NẶNG****Bệnh nhân COVID-19 mức độ TRUNG BÌNH**

Điều trị		Diễn giải
<b>Oxi liệu pháp</b>		Chưa cần phải dùng oxi liệu pháp T/d sát thang điểm qCSI để phát hiện dấu trở nặng
<b>Kháng viêm</b>		Dexamethasone: 6mg 1 lần/ngày ( <b>8giờ sáng</b> ). <i>Tối thiểu tới 7-10 ngày.</i> Có thể tăng liều lên 10– 12 mg/ngày nếu có dấu trở nặng hay không cải thiện Hydrocortisone: 50mg x3/ngày hoặc 100mg x2/ngày Methylprednisolone: 16mg x 2/ngày, Prednisolone: 40mg 1 lần/ngày
<b>Kháng đông*</b>	<b>Thấp</b>	BMI < 30: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ. BMI ≥ 30: Enoxaparin 40mg TDD/12 giờ Heparin thay thế nếu CrCl <30 ml/phút
	<b>Vừa</b>	BMI <20: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ BMI ≥ 20: Enoxaparin 40mg TDD/12h (0.5mg/kg/12 giờ) Hoặc Heparin thay thế nếu CrCl <30 ml/phút
	<b>Cao</b>	Enoxaparin 40 -60 mg TDD mỗi 12 giờ (1mg/kg/12 giờ)
<b>Kháng sinh</b>		Chưa có dấu hiệu bội nhiễm không dùng (Augmentin/azithromycin/Levofloxacin)
<b>Kháng virus</b>		Remdesivir: 200mg TTM liều tấn công ngày 1, những ngày sau 100mg TTM, ít nhất 5 ngày.( có thể 10 ngày)
<b>Kháng thể đơn dòng**</b>		Nếu thang điểm Bao Cytokine dương tính hay chuyển độ nhanh trên lâm sàng; hội chẩn sử dụng
<b>Điều trị phụ trợ</b>		Vitamin C: 500mg x 4 uống/ngày Kẽm: 75 – 100mg/ ngày VitaminD 4000IU/ngày Dùng antacid nếu có triệu chứng dạ dày. Kiểm soát đường huyết, toan kiềm, điện giải, dinh dưỡng, bệnh nền
(*) Xem lại phân tầng nguy cơ huyết khối. (**) Xem phần điều trị bằng Tocilizumab.		

**Bệnh nhân COVID-19 mức độ NẶNG**

Điều trị		Diễn giải
Oxy liệu pháp	<b>Chung</b>	Mục tiêu SpO2 > 90%
	<b>Thai</b>	Mục tiêu SpO2 > 94% Hậu sản: Mục tiêu SpO2>92%
	<b>Cụ thể</b>	Bước 1: O2 mũi 1-5 lít/ phút; nếu xấu chuyển bước 2 Bước 2: O2 mask với túi dữ trữ 10 – 15 lít/phút; nếu xấu chuyển sang bước 3 Bước 3: thở HFNC hay NIV (không xâm lấn); chuyển sang phác đồ bệnh nguy kịch Note: dùng điểm qCSI theo dõi; nếu mức trung bình cao – cao chủ động chuyển bước và cân nhắc chuyển độ
<b>Kháng viêm</b>		Dexamethasone: 6mg 1 lần/ngày, có thể tăng liều lên 10 – 12 mg/ngày nếu có dấu trở nặng hay không cải thiện Hydrocortisone: 50mg x3/ngày hoặc 100mg x2/ngày Methylprednisolone: 16mg x 2/ngày Prednisolone: 40mg 1 lần/ngày Note: nếu chuyển độ nhanh, cân nhắc dùng liều Pulse Corticoid
Kháng đông*	<b>Thấp</b>	BMI < 30: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ. BMI ≥ 30: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ Heparin thay thế nếu CrCl <30 ml/phút
	<b>Vừa</b>	BMI <20: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ BMI ≥ 20: Enoxaparin 40mg TDD/12h (0.5mg/kg/12 giờ) Hoặc Heparin thay thế nếu CrCl <30 ml/phút
	<b>Cao</b>	Enoxaparin 40 - 60 mg TDD mỗi 12 giờ (1mg/kg/12 giờ)
<b>Kháng sinh</b>		Dùng kháng sinh kinh nghiệm nếu có bằng chứng bội nhiễm hay không thể loại trừ (xem phần sau)
<b>Kháng virus</b>		Remdesivir: 200mg TTM liều tấn công ngày 1, những ngày sau 100mg TTM, ít nhất 5 ngày. 10 ngày nếu có dấu chuyển độ Oseltamivir (Tamiflu) 150mg x 2 ngày x 5-7 ngày, nếu không loại trừ cúm đồng mắc.
<b>Kháng thể đơn dòng**</b>		Nếu thang điểm Bao Cytokine dương tính hay chuyển độ nhanh trên lâm sàng; hội chẩn sử dụng
(*) Xem lại phân tầng nguy cơ huyết khối(**) Điều trị bằng Tocilizumab.		

## Bệnh nhân COVID-19 mức độ NGUY KỊCH

Điều trị		Diễn giải
Hồi sức hô hấp	<b>Chung</b>	Mục tiêu SpO2 > 90%
	<b>Thai</b>	Mục tiêu SpO2 > 94%, hậu sản có thể > 92%
	<b>Cụ thể</b>	Bước 1: HFNC hay NIV*; nếu xấu chuyển bước 2 Bước 2: đặt NKQ thở máy theo ARDS Network** Note: Điểm qCSI theo dõi; nếu mức trung bình cao – cao chủ động chuyển bước. Dùng điểm ROX để theo dõi đáp ứng HFNC Dùng điểm SOFA để theo dõi suy đa tạng
<b>Hồi sức huyết động</b>		Huyết áp tâm thu > 100 mmHg; hay huyết áp trung bình (MAP) ≥ 65 mmHg. Xem thêm phần hồi sức huyết động.
<b>Kháng viêm</b>		Dexamethasone: 6mg 1 lần/ngày, có thể tăng liều lên 10 – 12 mg/ngày nếu có dấu trở nặng hay không cải thiện Hydrocortisone: 50mg x3/ngày hoặc 100mg x2/ngày Methylprednisolone: 16mg x 2/ngày Prednisolone: 40mg 1 lần/ngày Note: nếu xấu nhanh, cân nhắc dùng liều Pulse Corticoid; hội ý lãnh đạo khoa sử dụng theo phác đồ.
Kháng đông ***	<b>Thấp</b>	BMI < 30: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ. BMI ≥ 30: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ Heparin thay thế nếu CrCl <30 ml/phút
	<b>Vừa</b>	BMI <20: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ BMI ≥ 20: Enoxaparin 40mg TDD/12h (0.5mg/kg/12 giờ) Hoặc Heparin thay thế nếu CrCl <30 ml/phút
	<b>Cao</b>	Enoxaparin 40 - 60 mg TDD mỗi 12 giờ (1mg/kg/12 giờ)
<b>Kháng sinh</b>		Dùng kháng sinh kinh nghiệm phổ rộng khi thở máy xâm lấn (xem phần sau)
<b>Kháng virus (tiếp tục dùng nếu đã dùng trước đó)</b>		Remdesivir: 200mg TTM liều tấn công ngày 1, những ngày sau 100mg TTM, 10 ngày. Không bắt đầu giai đoạn này. Oseltamivir (Tamiflu) 150mg x 2 ngày x 5-7 ngày, nếu không loại trừ cúm đồng mắc.

<b>Kháng thể đơn dòng****</b>	Nếu thang điểm Bão Cytokine dương tính hay chuyển độ nhanh trên lâm sàng; hội chẩn sử dụng
<b>Lọc máu liên tục ± lọc hấp phụ cytokine</b>	Bão cytokine (điểm bão cytokine dương tính kèm thở máy xâm lấn) Suy đa tạng (điểm SOFA cao) ARDS nặng Tổn thương thận cấp
<b>Thay huyết tương</b>	Cần nhắc kết hợp lọc máu liên tục nếu không thể lọc hấp phụ. Thay mỗi ngày với thể tích cao x 5 ngày.
<b>Điều trị phụ trợ</b>	Vitamin C TTM: 25g x 2/ngày x 3 ngày. Thiamine (Vitamin B1) TB/TMC: 200mg x 2 lần/ngày x7 ngày Kẽm: 75 – 100mg/ ngày Dùng PPI IV dự phòng loét do stress: 40mg IV/ngày. Kiểm soát đường huyết, toan kiềm, điện giải, dinh dưỡng Note: phải điều trị bệnh nền.
<b>Thủ thuật</b>	Đặt CVC/ Catheter lọc máu. Đặt huyết áp động mạch xâm lấn.
*) Xem protocol hướng dẫn dùng HFNC và NIV (***) Xem protocol thở máy ARDS Network (****) Xem phân tầng nguy cơ huyết khối (*****) Xem hướng dẫn dùng Tocilizumab.	

Tham khảo thêm: Sổ tay điều trị COVID cho BS không chuyên hồi sức – Ths.Bs Hồ Hoàng Kim

## PHẦN III: ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

- Nghỉ ngơi tại giường, phòng bệnh đảm bảo thông thoáng
- Uống đủ nước đảm bảo cân bằng dịch điện giải
- Đảm bảo dinh dưỡng và nâng cao thể trạng, bổ sung vitamin nếu cần
- Hạ sốt
- Giảm ho
- Giảm đau
- Vệ sinh mũi họng, có thể giữ ấm mũi bằng nhỏ dung dịch nước muối sinh lý, súc miệng họng bằng các dung dịch vệ sinh miệng họng thông thường

\*<https://covidprotocols.org/>

### Sốt

<b>Biện pháp không dùng thuốc</b>	<b>Thuốc</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Giảm nhiệt độ phòng</li><li>• Mặc quần áo rộng</li><li>• Làm mát mặt bằng cách sử dụng vải mát</li><li>• Uống nước</li><li>• Không uống rượu</li><li>• Dùng quạt di động không được</li><li>• Khuyến khích sử dụng khi bùng phát dịch bệnh hoặc khi bệnh nhận được biết hoặc ghi ngờ có tác nhân lây nhiễm</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hạ sốt nếu sốt cao, có thể dùng paracetamol liều 10-15 mg/kg/lần,</li><li>- Không quá 60 mg/kg/ngày cho trẻ em và không quá 2 gam/ngày với người lớn</li><li>NSAID không phải là chống chỉ định</li></ul>

## Ho

Giữ vệ sinh khi ho	Các biện pháp không dùng thuốc	Các biện pháp dùng thuốc
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo</li> <li>- Che mũi và miệng bằng khăn xài một lần khi ho, hắt hơi, sổ mũi</li> <li>- Bỏ ngay khăn đã sử dụng vào thùng rác dành cho rác lây nhiễm</li> <li>- Rửa tay bằng xà phòng và nước, còn rửa tay nhanh hoặc khăn lau tay sau khi ho, hắt hơi, dùng khăn sau khi tiếp xúc với dịch tiết hô hấp hoặc đồ bị dính chất tiết</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uống nhiều nước, nên uống nước ấm nếu có thể</li> <li>- Uống 1 thìa mật ong/chanh có thể làm giảm ho</li> <li>- Thuốc ho dạng nhỏ hoặc kẹo cứng có thể được sử dụng.</li> <li>- Nằm đầu cao</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ho đàm, khó khạc đàm đặc: thuốc loãng đàm (guaifenesin)</li> <li>- Ho khan: thuốc giảm ho VD dextromethorphan, terpin codein</li> <li>- Ho dữ dội làm gián đoạn giấc ngủ hoặc dẫn đến đau, khó thở hoặc nôn mửa: opioid như morphin với liều lượng tương tự như được sử dụng cho chứng khó thở khó thở.</li> <li>- Siro ho 4 lần/ ngày</li> <li>- Nếu không hiệu quả, Siro có codein 30-60mg uống 4 lần/ ngày</li> <li>- Dextromethophan Hoặc morphine sulphate phóng thích nhanh 2.5mg uống mỗi 4 giờ</li> </ul>

## Buồn nôn và nôn

Thuốc theo nhóm nguyên nhân	Thuốc
<p>1. Cân nhắc các căn nguyên có thể hồi phục như viêm dạ dày, táo bón, lo lắng.</p> <p>2. Điều trị phù hợp với căn nguyên của buồn nôn:</p> <p>a. Vùng kích hoạt Chemoreceptor (phá vỡ hàng rào máu não) haloperidol, metoclopramide, ondansetron, olanzapine, aprepitant</p> <p>b. Tiêu hóa: ondansetron, metoclopramide, dexamethasone (nếu tác nghẽn ác tính)</p> <p>c. Trung tâm vỏ não - thần kinh trung ương: lorazepam để chống nôn, dexamethasone (khối u chèn ép gây ICP)</p> <p>d. Tiền đình: meclizine, scopolamine, iphenhydramine</p>	<p>1) Ondansetron 8-24mg / ngày TB / uống (thường theo lịch mỗi 6g, liều duy nhất tối đa 16mg) <i>Có thể : gây táo bón, Cần thận kéo dài QTc.</i></p> <p>2) Haloperidol 0,5-2 mg TM / uống trong 4-8 giờ <i>Ít có tác dụng ngoại tháp ở những liều thấp này</i></p> <p>3) Metoclopramide 10-40 mg TB / uống 3-4 lần/ ngày</p> <p>4) Olanzapine 2,5-10 mg uống mỗi ngày <i>Dạng off-label, có hiệu quả đối với chứng lo âu đồng thời, sẽ không làm trầm trọng thêm tình trạng táo bón *</i></p> <p>5) Prochlorperazine 10 mg uống 2-3 lần/ngày (tối đa 40 mg / ngày), có thể 25 mg 2 lần/ ngày khi cần <i>Rất an toàn, phối hợp với haloperidol, metoclopramide, perphenazine</i></p> <p>6) Meclizine 25-50 mg uống mỗi ngày</p>



**Lo âu**

Không dùng thuốc	Dùng thuốc
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cảm giác không chắc chắn và sợ hãi có thể thúc đẩy lo lắng</li> <li>- Điều quan trọng đầu tiên là phải chấp nhận và bình thường hóa các phản ứng với đau khổ</li> <li>- Điều chỉnh lại các thông tin sai lệch. Cung cấp thông tin chính xác (về tình trạng sức khỏe hiện tại của bệnh nhân và các bước tiếp theo, về các quy trình và biện pháp bệnh viện được thực hiện để đảm bảo an toàn)</li> <li>- Đề nghị tư vấn (Tâm thần, Tâm lý học, Công tác xã hội)</li> <li>- Các chiến lược để giảm bớt khó khăn của người bệnh</li> <li>- Ngủ điều độ, ăn uống điều độ, tập thể dục</li> <li>- Nói chuyện với người thân (qua điện thoại hoặc trò chuyện video)</li> <li>- Tập thở bằng cơ hoành (thở để làm phồng bụng)</li> <li>- Thư giãn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiếp tục chế độ dùng thuốc hướng thần tại nhà nếu có thể</li> <li>- Đối với bệnh nhân có bằng chứng mê sảng                     <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>Quetiapine 12,5-25mg 2 lần /ngày</i></li> <li>+ <i>Haloperidol 1-2,5 mg uống hoặc tĩnh mạch mỗi 4g khi cần thiết (cũng có thể được lên lịch mỗi 6-8 giờ)</i></li> </ul> </li> <li>- Đối với bệnh nhân không có bằng chứng mê sảng                     <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>Quetiapine 12,5-25mg lần/ ngày</i></li> <li>+ <i>Lorazepam 0,5-2 mg uống / SL dưới lưỡi 2 lần/ ngày; 0,5-2 mg Tĩnh mạch 2 lần/ ngày hoặc Diazepam 2,5-5mg mỗi 6 đến 24 giờ</i></li> </ul> </li> <li>- Đối với bệnh nhân có nguy cơ suy hô hấp hoặc tiền sử bệnh hô hấp                     <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>Bupirone 5-15mg uống 2 lần/ngày</i></li> </ul> </li> <li>- Đối với lo lắng vừa hoặc nghiêm trọng ở một bệnh nhân tiên lượng sẽ sống                     <ul style="list-style-type: none"> <li>+ <i>Fluoxetine 20mg uống mỗi ngày. Tăng liều khi cần thiết sau mỗi 7 ngày để đạt hiệu quả tốt, tối đa 80mg mỗi ngày. Các chất ức chế hấp thu serotonin có chọn lọc khác (SSRI) có thể được sử dụng thay cho fluoxetine bao gồm sertraline (50mg uống QD, tăng hàng tuần khi cần thiết đến tối đa 200mg QD) và citalopram. Cảnh thận với việc kéo dài QTc với một số SSRI.</i></li> </ul> </li> </ul>

## PHẦN IV: ĐIỀU TRỊ THIẾT YẾU OXY LIỆU PHÁP

- Cần cho thở ô xy ngay với bệnh nhân viêm đường hô hấp cấp nặng có suy hô hấp, thiếu ô xy máu, sốc để đạt đích  $SpO_2 > 94\%$

- 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 ô xy ngay để đạt đích  $SpO_2 \geq 94\%$  trong quá trình hồi sức. Cho thở ô xy 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.

*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.*

### Suy hô hấp

- Suy hô hấp được định nghĩa là suy một hoặc cả hai chức năng của hệ hô hấp: oxy hóa máu và đào thải  $CO_2$

#### - Lâm sàng

Triệu chứng của suy hô hấp

- Thiếu Oxy
- Tăng  $CO_2$
- Đáp ứng cơ thể với suy hô hấp

Triệu chứng của bệnh lý nguyên nhân

#### Happy Hypoxia– Silent Hypoxemia

- 20-40%
- Không than khó thở
- Không tím, không thở nhanh
- $SpO_2/PaO_2$  thấp

#### - Triệu chứng suy hô hấp

##### Triệu chứng giảm oxy máu

- Tím tái trung ương: tím ở da và niêm mạc như đầu ngón tay, chân, dái tai, môi, lưỡi
- Tím khi  $Hb > 5g/dL$
- Thiếu oxy não: kích thích, bứt rứt, vật vã, ảo giác thị giác... chậm, lơ mơ, hôn mê
- Cấp: Triệu chứng thiếu oxy máu não rõ, Mãn: không rõ

##### Triệu chứng tăng $CO_2$ máu

- Tăng  $CO_2$  cấp:
  - Vật vã, chi ấm, lòng bàn tay và mặt đỏ hồng, đầu run vẩy, bắt chuồn chuồn, hiệu áp tăng
  - Lơ mơ, phù gai thị, giảm phản xạ gân cơ, co đồng tử, lú lẫn và hôn mê
- Tăng  $CO_2$  mạn
  - Ít triệu chứng
  - Nhẹ như nhức đầu buổi sáng sớm, ngủ kém dẫn đến mỏi mệt, giảm khả năng tư duy, thay đổi nhân cách ...

**Biểu hiện hô hấp**

- Khó thở nặng, cơ kéo các hõm tự nhiên, hõm ức, khoang liên sườn, phập phồng cánh mũi
- Sử dụng các cơ hô hấp phụ
  - (1) Nhóm cơ hít vào: cơ ức đòn chũm, cơ thang, cơ gian sườn
  - (2) Nhóm cơ thở ra: Cơ thẳng bụng, cơ chéo bụng ngoài
- Tần số hô hấp
  - Thở nhanh > 30 l/ph
  - Thở chậm < 12 l/ph
- Các rối loạn nhịp thở như: Cheyne Stoke
- Các rối loạn kiểu thở
  - Thở nghịch đảo ngực bụng
  - Thở ngáp
  - Thở ngắt quãng với những cơn ngừng thở

**Các biểu hiện khác**

- Tim nhanh, mạch nghịch, huyết áp tăng, vã mồ hôi, tiêu ít
- Tâm phế cấp hay mạn
  - T2 mạnh ở LS II bờ ức, T2 tách đôi thành P2..
  - Tĩnh mạch cổ nổi, gan to, nghiệm pháp ấn bụng phồng cánh (+), Hardezer(+)

Các hướng dẫn hiện có

CÁC KHUYẾN CÁO VỀ THÔNG KHÍ VỚI BỆNH NHÂN COVID-19 NGƯỜI LỚN	MỨC ĐỘ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đề xuất bắt đầu hỗ trợ khi Oxy SpO2&lt;92%</li> <li>• Khuyến cáo: bắt đầu hỗ trợ Oxy SpO2&lt;90%</li> </ul>	Mạnh
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Với BN suy hô hấp giảm Oxy, có dùng Oxy</li> <li>• Khuyến cáo không duy trì mức độ SpO2&gt;96%</li> </ul>	Mạnh
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Với BN SHH giảm oxy máu dù hỗ trợ oxy thông thường, đề xuất dùng HFNC</li> </ul>	Yếu

\*Society of Critical Care Medicine

## Các bước cung cấp Oxy ban đầu

Điều này được sao chép lại từ hướng dẫn bác sĩ lâm sàng của WHO IMAI: chăm sóc cho thanh thiếu niên và người lớn nằm viện:

Hướng dẫn quản lý bệnh tật và nguồn lực hạn chế (chương 1) (WHO, 2011)

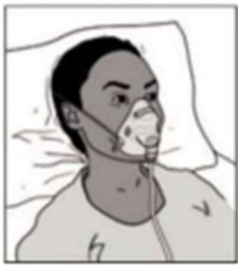
### Cung cấp oxy tăng dần bằng cách nào



Đặt ngạnh dây bên trong lỗ mũi, vòng dây qua sau tai. Tốc độ dòng lớn hơn 5 L/p sẽ làm khô niêm mạc mũi

- Khởi đầu với oxy 5 L/p
- Sử dụng dây đeo mũi
- Đánh giá đáp ứng

Nếu nguy kịch hô hấp tăng hoặc SpO<sub>2</sub> <90%



Đeo mặt nạ chắc chắn trên mặt qua mũi và miệng, kéo dây đeo qua đầu

- Sử dụng mặt nạ
- Tăng oxy lên 6–10 L/p
- Đánh giá đáp ứng

Nếu nguy kịch hô hấp tăng hoặc SpO<sub>2</sub> < 90%<sup>a</sup>



Đảm bảo túi đầy để cung cấp nồng độ oxy cao nhất. Nếu túi rỗng rất nguy hiểm.

- Sử dụng mặt nạ không thở lại
- Tăng oxy lên 10–15 L/p
- Đảm bảo túi phồng
- Gọi bác sĩ lâm sàng giúp đỡ
- Đánh giá đáp ứng

Nếu nguy kịch hô hấp tăng và SpO<sub>2</sub> <90% chuyển đến bệnh viện có máy thở cơ học xâm lấn

- Gọi giúp đỡ đặt nội khí quản
- Bắt đầu bóp bóng với oxy lưu lượng cao

#### Ước tính FiO<sub>2</sub> khi cung cấp oxy

##### Người lớn

- 2–4 L/p ~ FiO<sub>2</sub> 0.28–0.36
- 5 L/p ~ FiO<sub>2</sub> 0.40
- 6–10 L/p ~ FiO<sub>2</sub> 0.44–0.60
- 10–15 L/p ~ FiO<sub>2</sub> 0.60–0.95

#### Ghi chú:

- Bệnh nhân có dấu hiệu cấp cứu cần được điều trị bằng oxy nếu SpO<sub>2</sub> <94%.  
Dấu hiệu cấp cứu:
- Tác nghẽn đường thở hoặc ngưng thở
  - Nguy kịch hô hấp nặng
  - Tim tái trung tâm
  - Dấu hiệu của sốc, định nghĩa lạnh tứ chi với thời gian đổ đầy mao mạch > 3s và mạch nhanh yếu
  - Hôn mê (hoặc suy giảm mức độ ý thức nghiêm trọng)
  - Cọ giết
  - Dấu hiệu mất nước nghiêm trọng: lơ đờ hoặc bất tỉnh, mắt trũng sâu, da véo da mất chậm

## Lưu ý khi chỉ định oxy liệu pháp

Oxy được sử dụng nhiều nhất trong cấp cứu nhưng thường được chỉ định theo cảm tính. Sai lầm thường gặp là chỉ định oxy trị liệu rộng rãi quá mức cần thiết ngay cả khi oxy máu ở mức bình thường. Theo một thống kê ở Anh, có đến 34% bệnh nhân sử dụng oxy lúc vận chuyển trên xe cấp cứu, 5-17% bệnh nhân nhập viện được nhận oxy ở bất kỳ thời điểm nào. Sai lầm thứ hai là nhận biết không đầy đủ về mối nguy của tăng oxy máu quá mức, đặc biệt trong các trường hợp suy hô hấp có tăng CO<sub>2</sub> máu. Cần phải thay đổi những quan niệm không đúng về oxy trị liệu

1. Oxy không dùng điều trị khó thở, oxy chỉ giúp cải thiện tình trạng hạ oxy máu.
2. Oxy không điều chỉnh các nguyên nhân gây hạ oxy máu.
3. Tăng oxy máu quá mức cũng gây ảnh hưởng xấu không kém gì hạ oxy máu.

Các ảnh hưởng xấu của tăng oxy máu quá mức bao gồm

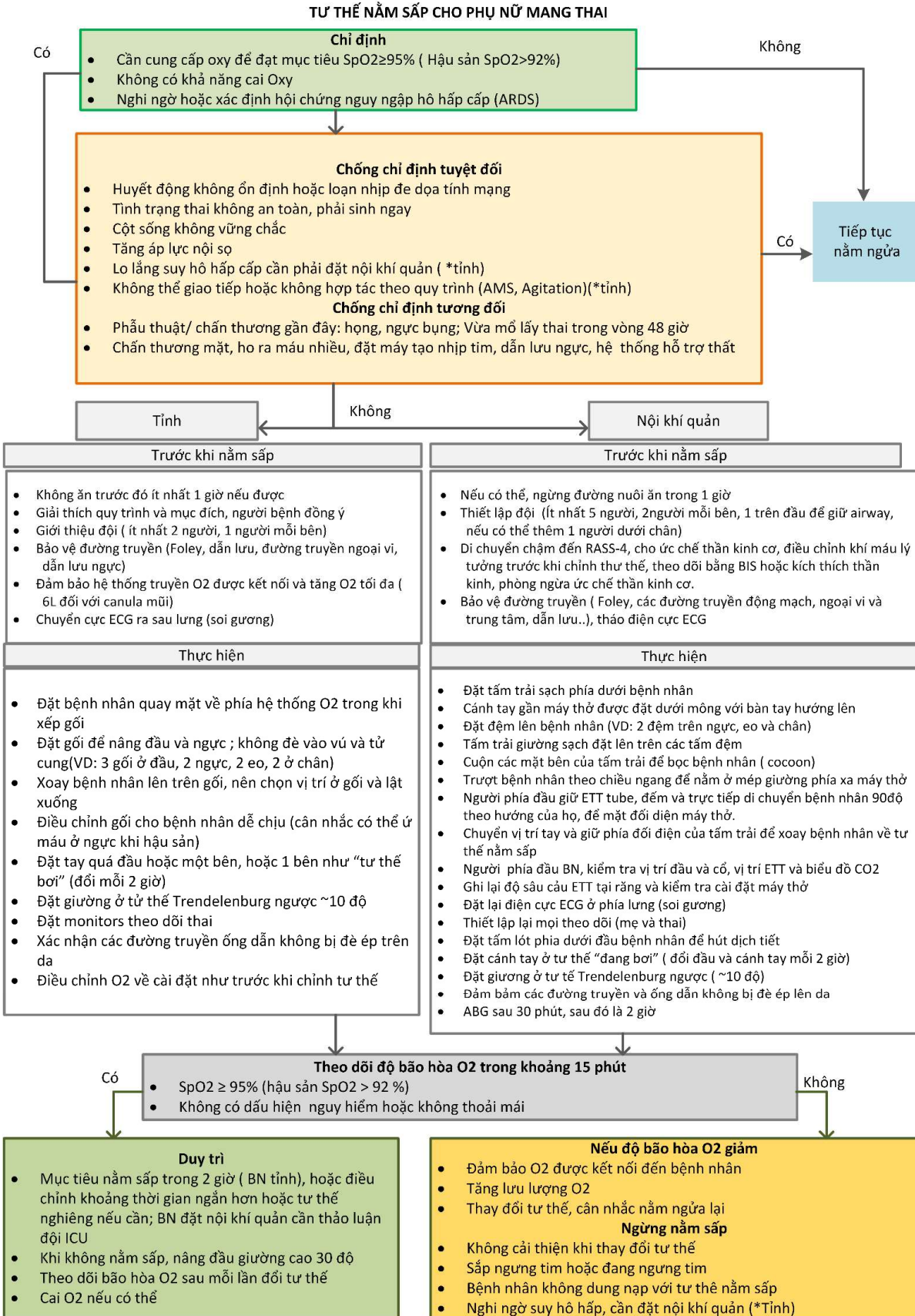
- Làm xấu thêm bất xứng thông khí – tưới máu.
- Xẹp phổi do hấp thu
- Co thắt mạch vành và mạch não.
- Giảm cung lượng tim
- Phá hủy do các oxy gốc tự do
- Tăng kháng lực mạch máu toàn thể
- Các độc tính oxy ( phổi thần kinh trung ương: rung tay, co giật...)
- Ức chế thông khí
- Bệnh võng mạc trẻ sanh non
- Nuốt hơi, chướng bụng, hít sặc...

Tăng oxy máu quá mức có thể làm diễn tiến xấu đi đối với những bệnh nhân có nguy cơ suy hô hấp type II, nhất là khi  $paO_2 > 75\text{mmHg}$ , làm chậm nhận biết các diễn tiến lâm sàng xấu đi vì bị che lấp bởi  $SpO_2$  bình thường hoặc cao. Tăng oxy máu quá mức còn làm tăng nguy cơ tử vong của một số nhóm bệnh nhân như TBMMN nhẹ và vừa, ngưng tim, các bệnh nhân nằm ICU... Ngoài ra người ta không rõ cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ của nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành cấp khi sử dụng oxy liều cao.

Trong thực hành lâm sàng, oxy chưa được xem như là một loại thuốc và chỉ định oxy trị liệu trong hồ sơ bệnh án thường được cho không đúng cách, không đầy đủ và thiếu theo dõi.

## NĂM SẮP

### Lưu đồ tư thế nằm sấp cho phụ nữ mang thai





## Tư thế nằm sấp cho phụ nữ mang thai tỉnh táo



A. Bệnh nhân nằm nghiêng, quay mặt về phía nguồn ôxy. Điều chỉnh giường đảo kiểu Trendelenburg ngược ( $\sim 10^\circ$ ). Đặt ba chiếc gối ở đầu, hai chiếc gối ở trên tử cung, hai chiếc ở ngang với khung xương chậu (thẳng hàng với xương sống cảm giác) và hai chiếc dưới đầu gối.

B. Giúp bệnh nhân quỳ giữa hai bộ gối thấp hơn (có thể kê gối chân dưới khi cô ấy nằm sấp). Đảm bảo rằng gối ở vùng khung chậu chạm vào đùi của cô ấy. Nâng cao đầu giường.

C. Giúp bệnh nhân nằm về phía trước trên gối.

D. Đầu giường hạ thấp (duy trì Trendelenburg ngược). Điều chỉnh lớp đệm để bệnh nhân thoải mái. Kiểm tra vùng bụng và đảm bảo không bị đè.

Theo dõi mẹ và thai nhi.



Scan this image to view Video 2 on your smartphone.

## Tư thế nằm sấp ở bệnh nhân có thai được đặt nội khí quản



**A.** Bác sĩ hoặc chuyên gia trị liệu hô hấp tại đầu giường theo dõi ống nội khí quản, đầu và cổ, đếm để chuyển và kiểm soát tất cả các thao tác. Lăn bệnh nhân sang một bên và trải tấm khăn sạch bên dưới.

**B.** Kẹp cánh tay gần máy thở nhất bên dưới mông với lòng bàn tay hướng lên trên.

**C.** Đặt bệnh nhân nằm ngửa trên tấm khăn sạch. Đặt hai gối phía trên tử cung có rãnh dưới cổ, hai gối ngang với xương chậu (thẳng hàng với xương chậu), hai gối dưới hai đầu gối, với hai gối khác trong tầm với để kê đầu.

**D.** Trải ga trải giường sạch lên gối (dưới cổ) và cuộn cả hai ga ra hai bên để ôm lấy người bệnh và gối.

**E.** Lăn bệnh nhân nằm nghiêng, đối mặt với máy thở. Điều chỉnh lại tay nắm trên khăn trải giường (nhân viên ở phía gần máy thở nắm phần khăn trải giường gần mặt trên của bệnh nhân nhất).

**F.** Lăn bệnh nhân về tư thế nằm sấp. Kiểm tra ổ bụng và đảm bảo không bị đè. Theo dõi mẹ và thai nhi



Scan this image to view Video 1 on your smartphone.



## CORTICOSTEROIDS TOÀN THÂN

### Chỉ định

- Không sử dụng các thuốc corticosteroids 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) trong những trường hợp sau:
  - + Bệnh nhân mắc COVID-19 mức độ vừa, nặng hoặc nguy kịch theo mục 3, 4, 5 phần IV mục phân loại các mức độ lâm sàng
  - + 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 đang điều trị bằng corticosteroid phải tiếp tục điều trị bệnh nền bằng corticosteroid

### \*Chú ý:

- Dexamethasone có thể qua nhau thai.
- Cần nhắc sử dụng methylprednisolone ở phụ nữ mang thai nếu điều trị Corticoids không đi cùng mục đích trưởng thành phổi
- Chưa có bằng chứng rõ ràng dùng Dexamethasone hay Methylprednisone loại nào có ưu thế vượt trội hơn loại nào.

### Thuốc và liều lượng

Bệnh nhân mắc COVID-19 mức độ vừa, nặng hoặc nguy kịch:

Ưu tiên sử dụng DEXAMETHASONE

Thời gian sử dụng: **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.

### **Dexamethasone**

Liều lượng:

+ Người lớn: tối thiểu 6 mg, 1 lần/ngày có thể tăng liều lên 10-12mg/ngày tùy theo mức độ nặng trên lâm sàng.

+ Trẻ em: 0.15 mg/kg/lần (tối đa 6 mg), 1 lần/ngày

Đường dùng: tiêm tĩnh mạch hoặc đường uống

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

### **Hydrocortisone (dạng tiêm bắp/tiêm tĩnh mạch; viên)**

Liều lượng:

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

+ Trẻ em: 0.5 mg/kg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 150 mg/ngày)

Đường dùng: tiêm tĩnh mạch hoặc uống

### ***Methylprednisolone***

Liều lượng:

+ Người lớn: 16 mg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ

+ Trẻ em: 0.8 mg/kg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 32 mg/ngày)

Đường dùng: tiêm tĩnh mạch hoặc uống

### ***Prednisolone***

Liều lượng:

+ Người lớn: 40 mg/lần, 1 lần/ngày,

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

Đường dùng: uống

### **Tác dụng phụ corticoids**

Thời gian dùng ngắn : 7-10 ngày, dài trên 14 ngày

Tác dụng phụ thường gặp khi dùng liều cao, kéo dài

Suy thượng thận do ngưng thuốc đột ngột nhất là sau một thời gian dùng thuốc với liều cao, kéo dài

Các tác dụng phụ thường gặp

1. **Suy vỏ thượng thận do thuốc:** Yếu tố quan trọng nhất gây suy vỏ thượng thận là thời gian dùng thuốc, ngoài ra còn tùy loại GC, liều dùng, đường hấp thu. Dùng liều thấp nhưng kéo dài nhiều tháng vẫn phải giảm liều trước khi ngưng điều trị. Nếu sử dụng thuốc trên 2- 3 tuần, giảm liều từ từ trước khi ngừng thuốc là điều bắt buộc.
2. **Hội chứng Cushing do thuốc:** Khi sử dụng GC kéo dài gây hội chứng Cushing. Khi đó phải ngừng thuốc theo quy tắc giảm liều từ từ.
3. **Loét dạ dày - tá tràng:** Loét dạ dày - tá tràng ít liên quan đến GC **trừ khi dùng liều cao hay phối hợp với NSADs.** Vì vậy khi sử dụng riêng lẻ GC không cần phòng ngừa bằng kháng histamine H2. Cần thận trọng khi sử dụng trên bệnh nhân có tiền căn loét dạ dày.

4. **Tăng đường huyết:** do phân giải glycogen, tân tạo đường từ protid. Nếu sử dụng lâu dài có thể dẫn đến giảm dung nạp glucose, giảm đáp ứng insulin, tăng nguy cơ tim mạch.
5. **Rối loạn dịch và chất điện giải:** GC liều cao gây giữ natri, nước và thải K<sup>+</sup> dẫn đến phù và nhược cơ.
6. **Tâm thần kinh :** Hay gây hưng phấn, ăn ngon miệng, mất ngủ. Nếu nặng hơn có thể có cơn nói sảng, hoang tưởng, trầm cảm, lúc lỉnh đã có tiền căn bệnh tâm thần dễ bị, có thể có cơn tâm thần cấp. Có thể xảy ra ngay khi mới dùng 4-5 ngày.

## KHÁNG ĐÔNG

### Phác đồ bộ y tế

Đối với trường hợp (F0) không làm được xét nghiệm và người bệnh mức độ vừa, nặng, nguy kịch được chỉ định điều trị dự phòng rối loạn đông máu ngay như sau: **Enoxaparin 1mg/kg/24h hoặc Heparine thông thường 5000 đơn vị tiêm dưới da/12 giờ một lần.**

Lưu ý: Những trường hợp F0 có **tổn thương phổi trên Xquang hoặc có nhịp thở trên 20 lần/phút, nghe phổi có rale thì sử dụng ngay Enoxaparine liều điều trị 2mg/kg/24h kết hợp Dexamethasone 6mg/ngày** và chuyển ngay bệnh nhân đến cơ sở cấp cứu hoặc hồi sức tích cực. Không sử dụng thuốc chống đông cho người bệnh mới phẫu thuật trong vòng 24 giờ hoặc tiểu cầu dưới 50 G/l hoặc PT dưới 50%, người bệnh Hemophilia hoặc suy thận có mức lọc cầu thận dưới 30ml/phút.

#### Đề xuất

- Điều trị kháng đông dự phòng cho tất cả bệnh nhân nhập viện
- Chuyển liều điều trị khi nghi ngờ có dấu hiệu tiến triển, nghi ngờ triệu chứng tắc mạch (*Tham khảo thêm chiến lược điều trị kinh nghiệm phía dưới*)

### Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối	Chống chỉ định tương đối
<ul style="list-style-type: none"><li>- Tiền sử giảm tiểu cầu do heparin KLPTT hoặc heparin không phân đoạn.</li><li>- Hiện đang chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu do rối loạn đông máu.</li><li>- Tổn thương các cơ quan dễ chảy máu.</li><li>- Chảy máu nội sọ.</li><li>- Gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.</li><li>- Tiêm bắp.</li><li>- Suy giảm chức năng thận nặng (độ thanh thải creatinin &lt; 30 ml/phút). Trong trường hợp này, heparin không phân đoạn dạng calciparin là thuốc duy nhất có thể dùng.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tai biến mạch máu não do thiếu máu cục bộ trong giai đoạn cấp tính.</li><li>- Viêm nội tâm mạc cấp.</li><li>- Suy giảm chức năng thận mức độ từ nhẹ đến trung bình (độ thanh thải creatinin &lt; 60 ml/phút).</li></ul>

**Phác đồ cho người lớn**

	<b>Nguy cơ thấp huyết khối tĩnh mạch</b>	<b>Nguy cơ trung bình huyết khối tĩnh mạch</b>	<b>Nguy cơ cao huyết khối tĩnh mạch</b>
<b>Tiêu chí</b>	<i>D-Dimer &lt; 1000 ng/ml (hoặc tăng gấp 2 lần giới hạn trên giá trị bình thường)</i>  Fibrinogen < 5 g/l	D-Dimer 1000-2900 ng/ml (hoặc tăng gấp 2-5 lần giới hạn trên giá trị bình thường)  Fibrinogen ≥ 5g/l	Có bất cứ yếu tố nguy cơ nào:  D-Dimer ≥ 3000 ng/ml (hoặc tăng gấp ≥ 6 lần giới hạn trên giá trị bình thường)  Fibrinogen ≥ 8g/l  DIC Score ≥ 4  Thở máy, ECMO  Có yếu tố nguy cơ cao tắc mạch phổi
<b>Thuốc</b>	<b>BMI &lt;20:</b> Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc heparin nếu CrCl <30 ml/phút  <b>BMI 20-29:</b> Enoxaparin 40 mg TDD mỗi 24 giờ hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút  <b>BMI ≥ 30:</b> Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút	<b>BMI &lt;20:</b> Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc Heparin nếu CrCl < 30ml/phút  <b>BMI ≥ 20:</b> Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ (0.5mg/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	≤ <b>150 kg:</b> Enoxaparin 1 mg/kg TDD mỗi 12 giờ  > <b>150kg hoặc CrCl &lt;30 ml/phút:</b> Heparin chỉnh liều theo APTT
<b>Theo dõi</b>	Không khuyến cáo theo dõi Anti- Xa	Theo dõi Anti-Xa khi dùng enoxaparine  Theo dõi APTT khi dùng Heparin	Theo dõi Anti-Xa khi dùng Enoxaparin  Theo dõi APTT, AT III khi dùng Heparin

**Kinh nghiệm điều trị tại BV dã chiến Đà Nẵng – Gs Nguyễn Gia Bình**

<b>Biểu hiện</b>	BN có <b>1 trong 3</b> yếu tố nguy cơ: + Tuổi > 60 + Bệnh nền: Tăng huyết áp, đái tháo đường + D-Dimer >500	BN có <b>1 trong các</b> triệu chứng sau: + Nhịp thở >20 l/ph + SpO2<96% +Tổn thương trên XQ (SA phổi)	BN có <b>2 trong các</b> triệu chứng sau + NT >20 l/ph + SpO2 <96% + Tổn thương trên XQ ( SA phổi)
<b>Cận lâm sàng</b>	CTM, điện giải, Ure, Creatin, Xquang, CRP, D-Dimer, PT, APTT, Fibrinogen	CTM điện giải, ure, creatinin, glucose, XQ, CRP, KMĐM, D-Dimer, PT, APTT, Fibrinogen, Ferritin, IL6, H	CTM, điện giải, Ure, Creatinin, Glucose, XQ, CRP, KMĐM, D-Dimer, PT, APTT, Fibrinogen Ferritin, IL6, LDH
<b>Điều trị</b>	Lovenox 40mg/ngày ( dự phòng Với Bn béo phì 1mg/kg/24giờ	Liệu pháp oxy (TD spO2/FiO2 hoặc P/F) Lovenox 1mg/kg/24g Dexamethasone 6-8mg/D Nếu tình trạng diễn tiến nhanh bất thường Lovenox 2mg/kg/24h	Liệu pháp oxy (TD spO2/FiO2 hoặc P/F) Lovenox 1mg/kg/24g Dexamethasone 6-8mg/D Hoặc Solumedrol 1mg/kg/12g
<b>Mục tiêu</b>		NT<20l/ph SpO2>96%	NT<20l/ph SpO2>96%
<b>Liệu pháp oxy</b>		Oxy mũi → Mask túi → HFNC	Oxy mũi → Mask túi → HFNC
<b>Thuốc khác</b>	Esomeprazol hoặc tương tự uống	Esomeprazol hoặc tương tự uống	Esomeprazol hoặc tương tự uống
<b>Kháng sinh</b>	Xem xét N5 - N10 Lâm sàng: ho đờm CRP tăng, BC tăng XQ tổn thương	Dùng viên	Dùng viên
<b>Chuyển</b>	TL: SpO2/FiO2 (S/F)<200, chuyển nếu S/F <180 hoặc P/F Nhịp thở >25 l/p, SpO2 <96% không đáp ứng với điều trị → NKQ		

## THUỐC KHÁNG VIRUS

### Remdesivir

Trích hướng dẫn tạm thời sử dụng Remdesivir 100mg (5mg/ml) theo hướng dẫn của Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA Hoa Kỳ), Cơ quan quản lý Dược phẩm châu Âu (EMA)

#### 1. Chỉ định

- Người bệnh COVID-19 điều trị nội trú tại bệnh viện có suy hô hấp phải thở oxy, thở HFNC, hoặc thở máy không xâm nhập.
- Thời điểm dùng thuốc: trong vòng 10 ngày đầu từ khi khởi phát bệnh.
- Nên phối hợp với Dexamethasone.
- Ưu tiên sử dụng cho nhóm nguy cơ cao: người trên 65 tuổi, người có bệnh nền, béo phì (BMI >25).
- Không bắt đầu sử dụng cho người bệnh COVID-19 cần thở máy xâm nhập, ECMO.
- Đối với các trường hợp được điều trị bằng Remdesivir trước khi thở máy xâm nhập hoặc ECMO thì tiếp tục dùng Remdesivir cho đủ liệu trình.

#### 2. Chống chỉ định

- Phản ứng quá mẫn với bất kỳ thành phần của thuốc.
- Suy chức năng thận eGFR < 30mL/phút.
- Tăng enzyme gan ALT > 5 lần giá trị giới hạn trên.
- Suy chức năng đa cơ quan nặng

#### 3. Liều và cách sử dụng

- Ngày đầu tiên: liều 200mg truyền tĩnh mạch trong vòng 30 – 120 phút, những ngày sau liều: 100mg truyền tĩnh mạch, trong 2- 5 ngày. Đối với bệnh nhân không thấy cải thiện về mặt lâm sàng sau 5 ngày điều trị thì có thể điều trị tiếp liều này (100mg) cho đến 10 ngày.
- Cách dùng:  
+ Lấy 19 ml nước cất pha vào lọ thuốc Remdesivir 100mg để được 20 ml

Liều Redemsivir	Dung tích chai NaCl 0,9%	Thể tích dung dịch NaCl 0,9% pha loãng	Lượng dung dịch thuốc hoàn nguyên	Tốc độ truyền
200mg ( 02 lọ)	100mL	60 mL	40mL (2x 20mL)	20 giọt/ phút
100mg (01 lọ)	100mL	80mL	20mL	

#### 4. Thận trọng

- Phụ nữ có thai và cho con bú: Chưa có dữ liệu đầy đủ. Không khuyến cáo trừ trường hợp lợi ích vượt trội so với nguy cơ.

- Người suy giảm chức năng thận: Chưa có dữ liệu đánh giá, nhưng với GFR  $\geq$  30 mL/phút, không cần chỉnh liều.
- Xét nghiệm enzyme gan ALT và thời gian prothrombin (PT) trước khi chỉ định.
- Không truyền Remdesivir cùng lúc với các thuốc khác.

**5. Tác dụng không mong muốn**

- Các phản ứng do quá mẫn: Tụt huyết áp, buồn nôn, nôn, chảy mô hôi, rùng mình. Nên lựa chọn truyền chậm trong 120 phút để hạn chế tác dụng không mong muốn.
- Có thể gây chậm nhịp xoang.
- Tăng enzyme gan ALT: ngừng dùng Remdesivir khi ALT tăng > 10 lần so với trước sử dụng, hoặc tăng ALT đi kèm các biểu hiện của tổn thương chức năng gan trên lâm sàng, cận lâm sàng (thời gian Prothrombin kéo dài).



## PHẦN V: CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SẢN PHỤ KHOA

- \* Phác đồ bộ y tế
- \* Phác đồ bệnh viện Từ Dũ
- \* Khuyến cáo của ISIDOG
- \* RCOG 2021: Coronavirus infection and pregnancy

### Triệu chứng lâm sàng

#### Triệu chứng

Nhìn chung, phụ nữ mang thai có các dấu hiệu và triệu chứng tương tự như dân số không mang thai (Zaigham; Wu et al; Liu et al; Afshar). Trong một nghiên cứu trên 23.000 phụ nữ mang thai và 386.000 phụ nữ không mang thai có triệu chứng COVID-19, các triệu chứng được báo cáo thường xuyên nhất ở phụ nữ mang thai là ho (50%), nhức đầu (43%), đau cơ (37%), sốt (32%), đau họng (28%), khó thở (26%), ớn lạnh (24%), mất vị giác (22%), buồn nôn hoặc nôn (20%), tiêu chảy (14%), chảy nước mũi (13%), mệt mỏi (13%) và đau bụng (8%)

Hiện tại, vẫn chưa rõ liệu việc mang thai có ảnh hưởng đến tỷ lệ phụ nữ phát triển các dấu hiệu và triệu chứng kéo dài sau khi nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính, (còn gọi là “COVID kéo dài” hoặc tình trạng sau COVID-19) hay không.

#### Chẩn đoán phân biệt

Biểu hiện lâm sàng của COVID-19 có thể che lấp các bệnh khác trong thai kỳ và các bệnh khác có thể có triệu chứng giống COVID-19.

Nếu một bệnh nhân có các triệu chứng giống COVID, đặc biệt là sốt, thì cần phải có cảnh giác cao trên lâm sàng đối với bệnh lý khác hoặc bệnh kèm theo như nhiễm trùng ối, viêm bể thận, sốt rét hoặc cúm.

Các bất thường cận lâm sàng thể trùng lặp với các chẩn đoán sản khoa (ví dụ như tăng men gan và viêm phổi có thể làm nhầm lẫn chẩn đoán tiền sản giật hoặc hội chứng HELLP).

#### Kết cục của mẹ

Phụ nữ mang thai có nguy cơ mắc bệnh nặng hơn so với dân số chung. Điều đó nói lên rằng, hầu hết phụ nữ mang thai có biểu hiện bệnh nhẹ, và bệnh nguy kịch thì không phổ biến. Trong một nghiên cứu trên 23.000 phụ nữ mang thai và 386.000 phụ nữ không mang thai bị COVID-19 có triệu chứng, bệnh nhân mang thai có nhiều khả năng được đưa vào ICU hơn (10,5 so với 3,9 trên 1000 trường hợp, RR 2,9), kết thúc bằng máy thở (2,9 so với 2,9 1,1 trên 1000 trường hợp, aRR 2,9), hoặc chết (1,5 so với 1,2 trường hợp trên 1000, aRR 1,25) (theo Zambrano).

## Kết cục thai kì

Dữ liệu về các trường hợp nhiễm COVID-19 trong tam cá nguyệt thứ nhất và thứ hai còn hạn chế. Hầu hết dữ liệu hiện tại là về phụ nữ bị nhiễm bệnh trong tam cá nguyệt thứ ba và hầu hết các nghiên cứu được thực hiện ở những nơi có nguồn lực cao.

**Sinh non và mổ lấy thai:** Dữ liệu hiện tại còn mâu thuẫn về việc nhiễm SARS-CoV2 ở mẹ có làm tăng nguy cơ sinh non tự phát hay không. Dữ liệu sơ bộ cho thấy rằng tỷ lệ sinh mổ và sinh mổ có thể tăng lên. Các trường hợp sinh non (chủ yếu do lý do y khoa, không phải do tự phát), gần ½ được mổ lấy thai

**Ảnh hưởng của mức độ bệnh:** Kết cục sản khoa có thể bị ảnh hưởng bởi mức độ bệnh nặng của mẹ. Trong một đoàn hệ gồm những phụ nữ mắc bệnh nặng / nguy kịch, ít nhất 50% sinh non (trong số nhóm phụ nữ mắc bệnh nguy kịch thì tỷ lệ này là > 80%), hầu hết trong số này được mổ lấy thai (Pierce-Williams).

## Kết cục của thai

**Sảy thai tự phát:** Ít dữ liệu. Theo Panagiotakopolis và cộng sự, dường như có sự gia tăng nguy cơ thai chết lưu ( sảy thai sau 20 tuần, nghiên cứu tên 105 phụ nữ Hoa Kỳ nhập viện vì COVID-19)

**Tuần hoàn nhau thai và thai chậm tăng trưởng:** những thay đổi của nhau do nhiễm SARS-CoV2 ở mẹ có thể tăng nguy cơ FGR.

## Tiếp cận bệnh nhân mang thai

Đối với tất cả các bệnh nhân nghi ngờ COVID-19 khi nhập viện tại phòng sanh cần làm xét nghiệm chẩn đoán COVID-19 được chỉ định theo phác đồ tại chỗ (PCR swab và / hoặc CT scan, có thể là huyết thanh học trong tương lai). Các thông số lâm sàng của bà mẹ cần được đánh giá hàng giờ, dựa trên hệ thống điểm MEOWS. Bắt buộc phải theo dõi độ bão hòa oxy ngoại vi (nhằm giữ cho O2 bão hòa > 94%) và nhịp hô hấp (<20 / phút), sốt (nhằm giữ nhiệt độ <38,5 °C) và huyết áp. Phụ nữ mang thai khỏe mạnh có xu hướng bù lâu với tình trạng bão hòa oxy bình thường, do đó nhịp hô hấp cần được theo dõi chặt chẽ.

Ngay cả khi nhiễm COVID-19 có vẻ là vấn đề quan trọng nhất, vẫn phải thận trọng loại trừ các bệnh lý tiềm ẩn, chẳng hạn như tiền sản giật, bệnh lý tim, thuyên tắc phổi, v.v ... Cũng nên tầm soát đồng nhiễm với cúm. Nếu được chỉ định, cần xét nghiệm các bệnh nhiễm trùng khác như vi rút hợp bào hô hấp, mycoplasma, Streptococcus pneumoniae và legionella. Cây máu vi khuẩn nên được thực hiện ở những bệnh nhân có các triệu chứng hô hấp dưới và sốt. Công thức máu toàn bộ, chức năng thận với các chất điện giải bao gồm nồng độ canxi và magiê, xét nghiệm chức năng gan (lactate dehydrogenase) và xét nghiệm đông máu (INR, PTT, fibrinogen), CRP và procalcitonin, NT-proBNP, troponin nên được thực hiện tại lúc nhập viện. D-dimers thường tăng cao trong thai kỳ và do đó không đáng tin cậy. Giảm bạch huyết thường gặp ở COVID-19, nhưng khi xuất hiện với số lượng bạch cầu trung tính tăng, có khả năng bị nhiễm vi khuẩn và cần được điều trị phù hợp. Khí máu động mạch nên được thực hiện trong những trường hợp nặng với biểu hiện oxy bão hòa <94%

## Chăm sóc trước sanh

### Xét nghiệm tầm soát COVID-19

- Sản phụ không triệu chứng: tùy hướng dẫn tại cơ sở
- Các sản phụ có triệu chứng nên được xét nghiệm kiểm tra.

### Lịch khám thai

Tuổi thai	Bệnh viện Từ Dũ	FIGO Recommendations	MFM Guidelines ( <a href="#">Boelig et al.</a> )
<11 weeks	Khi trễ kinh 2-3 tuần: xác định vị trí thai		Khai thác tiền sử sản khoa (qua điện thoại)
~12 weeks	Siêu âm 3 tháng đầu, Tính dự sinh, đo độ mờ da gáy Sàng lọc bất thường NST, XNTQ	Bệnh sử, đánh giá nguy cơ đồng nhiễm COVID19 Tầm soát gen nếu có thể Siêu âm đo NT và dự sanh	Siêu âm 3 tháng đầu, Tính dự sinh, đo độ mờ da gáy Sàng lọc bất thường NST, XNTQ
16 weeks		Telephone	Telephone
~20 weeks	18-22W: Siêu âm hình thái VAT	Khám thường quy, siêu âm hình thái nếu có thể nhất là voi BN có BMI cao	Siêu âm hình thái
~24 weeks	(cách 6 tuần) VAT AntiD nếu cần,	<i>Qua điện thoại hoặc khám khi cần.</i> Theo dõi huyết áp tại nhà, Test dung nạp đường	
~28 weeks	Test dung nạp đường	Khám thường quy	Khám thường quy/ chích ngừa
30 wks		Theo dõi huyết áp tại nhà	
32 weeks	Đánh giá tăng trưởng thai	Đánh giá vị trí nhau bám, tăng trưởng thai	Siêu âm lại nếu có chỉ định
34 weeks		Theo dõi huyết áp tại nhà	
36 weeks		Xét nghiệm GBS nếu có chỉ định	Siêu âm thai, GBS, lặp lại xét nghiệm tầm soát HIV
37-41 weeks	Khám mỗi tuần	Khám 38 tuần	Khám thường quy và mỗi tuần
Hậu sản	Không tái khám thường quy, hướng dẫn các dấu hiệu cần tái khám giai đoạn hậu sản	Khám những trường hợp nguy cơ cao	

### **Bệnh nhân nguy cơ biến chứng trung bình**

- Tiền căn FGR hoặc tiền sản giật ở thai kì trước: siêu âm đánh giá thai ở 30-32 tuần, lặp lại siêu âm mỗi 6 tuần
- Song thai 2 nhau: siêu âm mỗi 4 tuần để đánh giá tăng trưởng thai từ 28 tuần
- Đái tháo đường thai kì, hoặc đái tháo đường trước mang thai có kiểm soát: siêu âm tam cá nguyệt thứ 3 đến đánh giá cân nặng thai
- Thai có bất thường: đánh giá tăng trưởng phù hợp với sự bất thường của thai nhi ( phù thai, đa ối hoặc bất thường di truyền)
- Chiều dài kênh cổ tử cung ngắn nhưng > 25mm: siêu âm mỗi 2 tuần cho tới 28 tuần nếu chiều dài kênh CTC ổn định

### **Bệnh nhân nguy cơ biến chứng cao**

- Tăng huyết áp hoặc đái tháo đường: siêu âm tăng trưởng thai mỗi 6 tuần và NST mỗi tuần giữa các lần khám thai
- Song thai 1 nhau: siêu âm mỗi 2 tuần để tìm bằng chứng truyền máu song thai
- Thai chậm tăng trưởng: NST mỗi tuần kèm trắc đồ sinh vật lý (BPP) và siêu âm doppler động mạch rốn mỗi 4 tuần. Tăng tần suất NST mỗi 2 tuần nếu doppler bất thường
- Chiều dài kênh CTC ngắn < 25mm trước 25 tuần: Siêu âm mỗi tuần đo chiều dài kênh CTC cho tới 25 tuần. Có thể cân nhắc khâu vòng CTC.

### **Các dấu hiệu nguy hiểm cần hướng dẫn cho người bệnh**

<b>Dấu hiệu nguy hiểm COVID-19</b>	<b>Dấu hiệu liên quan mang thai</b>
Khó thở / thở gấp Môi hoặc đầu chi hơi xanh Thở hổn hển khi nói Ho ra máu Đau / tức ngực khi KHÔNG ho Chóng mặt khi đứng Tình trạng tinh thần thay đổi hoặc buồn ngủ nghiêm trọng Không thể ăn/ uống hoặc đi lại	Đau bụng do chuyển dạ Vỡ ối Chảy máu âm đạo Giảm cử động của thai nhi Nhức đầu dữ dội Nhìn mờ Co giật Sốt dai dẳng Đau bụng không rõ nguyên nhân

### **Chích vaccine COVID-19**

#### **Trừ các trường hợp:**

- Mang thai dưới 13 tuần
- Tiền sử rõ ràng mắc COVID-19 trong vòng 6 tháng
- Mắc bệnh cấp tính
- Tiền sử rõ ràng phản vệ với vaccine phòng COVID-19 (lần trước) hoặc bất cứ chống chỉ định nào theo công bố nhà sản xuất

Như vậy phụ nữ mang thai từ 13 tuần trở lên hoặc đang đang cho con bú vẫn có thể tiêm các loại vắc xin phòng COVID-19, lưu ý **chống chỉ định với vắc xin Sputnik V**. Khi tiêm vắc xin cho thai phụ cần hỏi rõ tuổi thai và giải thích lợi ích, nguy cơ. Chỉ nên cân nhắc tiêm vắc xin phòng COVID-19 cho phụ nữ mang thai từ 13 tuần trở lên khi lợi ích tiềm năng lớn hơn bất kỳ nguy cơ tiềm tàng nào đối với mẹ và thai nhi, đồng thời thai phụ cần ký cam kết nếu đồng ý tiêm. Những trường hợp này sẽ được chuyển đến các cơ sở có cấp cứu sản khoa để tiêm và theo dõi.

## Nhóm nguy cơ cao đang điều trị Aspirin

Chỉ định	Tỉ lệ % ảnh hưởng trên thai	Điều trị	Lợi ích	Thái độ nếu SARS-CoV-2 dương
<b>Nguy cơ tiền sản giật trung bình đến nặng</b>	10-15%, Tùy theo phương pháp sàng lọc	Aspirin Liều thấp Low-dose aspirin  Từ dưới 14 tuần đến 36 tuần (hoặc sanh)	Tiền sản giật sớm xảy ra khoảng 1.6% ở nhóm dùng aspirin so với 4.3% nhóm chứng( OR 0.38, p=0.004)	Ngừng thuốc ngay. Không dùng trong thời gian bệnh, và cân nhắc khởi động lại khi đã hồi phục hoàn toàn.
<b>Thai chậm tăng trưởng trong tử cung (IUGR)</b>	Khác nhau tùy khu vực	Liều thấp aspirin	Không chứng minh được hiệu quả nếu không có yếu tố nguy cơ TSG	Ngừng thuốc ngay  Cân nhắc <b>không</b> sử dụng trở lại
<b>Tiền sử sanh non</b>	Khác nhau tùy khu vực	Liều thấp aspirin	Không chứng minh được hiệu quả nếu không có yếu tố nguy cơ TSG	Ngừng thuốc ngay  Cân nhắc <b>không</b> sử dụng trở lại
<b>Tiền sử thai lưu</b>	Khác nhau tùy khu vực	Liều thấp aspirin	Không chứng minh được hiệu quả nếu không có yếu tố nguy cơ TSG	Ngừng thuốc ngay  Cân nhắc <b>không</b> sử dụng trở lại
<b>Tiền sử sảy thai liên tiếp không liên quan APS</b>	Khác nhau tùy khu vực	Liều thấp aspirin	Không chứng minh được hiệu quả nếu không liên quan APS	Ngừng thuốc ngay  Cân nhắc <b>không</b> sử dụng trở lại
<b>Con so – Đơn thai (các nước thu nhập thấp)</b>	Lên đến 100%	Liều thấp aspirin	Giảm đáng kể tỷ lệ sinh non và giảm tỷ lệ mắc bệnh chu sinh	Ngừng thuốc không dùng trong thời gian bệnh, khởi động lại khi hồi phục hoàn toàn
<b>Hội chứng kháng phospholipid (APS)</b>	Gần 0.05%	Liều thấp aspirin +/- LMWH	Giảm nguy cơ huyết khối (> 10% nếu không điều trị, đến <1%)  Tăng đáng kể số ca sinh sống	Tiếp tục điều trị. Theo dõi sát tiểu cầu và đông máu.
<b>Van tim cơ học</b>	Gần 0.02%	Liều thấp aspirin + Kháng đông	Giảm đáng kể huyết khối tại van và các biến cố huyết khối tắc mạch	Tiếp tục điều trị. Theo dõi sát tiểu cầu và đông máu.

## Chăm dứt thai kì

Đối với sản phụ mắc COVID-19 nhẹ và trung bình: sanh khi  $\geq 39$  tuần, ưu tiên sanh ngã âm đạo, hoặc khi có chỉ định sản khoa ( tiền sản giật, ối vỡ non...)

Trường hợp nặng/nguy kịch, cá thể hóa từng trường hợp

- Nếu không đặt nội khí quản: nếu diễn tiến xấu dần, CDTK khi  $>32$  tuần, bằng khởi phát chuyển dạ, theo dõi sinh ngã âm đạo, hoặc mổ lấy thai
- Trường hợp đặt nội khí quản
  - Tuổi thai  $> 32$  tuần: mổ lấy thai
  - Thai có khả năng sống và  $\leq 32$  tuần: nếu tình trạng mẹ và thai ổn định: theo dõi thai kì, nếu tình trạng mẹ diễn tiến xấu hơn: Mổ lấy thai

## Phương thức sanh

Sanh ngã âm đạo nếu không có chống chỉ định. Không có bằng chứng có thể chứng minh sanh ngã âm đạo hay mổ lấy thai sẽ an toàn hơn.

Sanh giúp: Không chống chỉ định sanh Forceps hoặc giác hút

Mổ lấy thai

- Chú ý phòng ngừa nhiễm khuẩn
- Gây tê vùng được ưu tiên khi có thể vì vừa có lợi cho mẹ vừa tránh phơi nhiễm cho nhân viên y tế khi đặt nội khí quản

## Quản lý trong chuyển dạ

### Biện pháp hỗ trợ chung

Đặt bệnh nhân ở tư thế nghiêng bên trái hoặc ngồi thẳng lưng để giảm thiểu chèn ép tĩnh mạch chủ. Oxy nên được cung cấp bằng ống thông mũi hoặc mặt nạ chỉ dành cho các sản phụ có chỉ định, vì nó không có lợi cho thai nhi trong khi sinh. Khuyến cáo hạn chế dịch đặc biệt ở những bệnh nhân phụ thuộc oxy, tránh truyền dịch ồ ạt và thậm chí truyền dịch duy trì. Nên theo dõi chặt chẽ bilan cân bằng dịch và nên gần bằng không

### Kháng sinh dự phòng

- Kháng sinh dự phòng GBS theo phác đồ
- Có thể sử dụng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn thứ phát sau viêm phổi do COVID-19 thường lựa chọn
  - Ceftriaxone 2g tiêm mạch một lần/ ngày x 5-7 ngày
  - Có thể thêm Azithromycin 500mg liều tấn công, sau đó duy trì 250mg/ngày trong 4 ngày tiếp theo.



**Các loại thuốc trong sản khoa đối với bệnh nhân covid-19**

Chỉ định	Nhóm thuốc	Ví dụ	Dùng trong COVID-19	Thận trọng/ Lưu ý
<b>Trưởng thành phổi</b>	Corticoids	Betamethasone Dexamethasone	Có	Việc thanh thải vi-rút COVID19 có thể bị trì hoãn, mặc dù điều trị ngắn hạn được cho là an toàn
<b>Bảo vệ não</b>	Membrane stabilising salt	Magiesium sulfate	Có	Theo dõi độc tính (khoảng điều trị từ 4,8 đến 8,4 mg/dL HOẶC 2,0 đến 3,5 mmol/ L). Magiê được biết là chất gây ức chế hô hấp. Một trong những dấu hiệu đầu tiên của nhiễm độc là chứng giảm phản xạ
<b>Cắt gò</b>	NSAIDs	Indomethacin	Không	NSAIDs làm tăng hiện diện của thụ thể ACE-2 và do đó không được khuyến cáo cho BN COVID-19
	Chẹn kênh canxi	Nifedipine	Có	Không có chống chỉ định
	Ức chế beta2	Salbutamol, Ritodine	Nên là không	Nguy cơ quá tải dịch do hạ huyết áp và dịch trong hồi sức
	Đối kháng oxytocin	Atosiban	Có	Không có chống chỉ định
<b>Thuốc gò tử cung</b>	Prostaglandins	Protaglandin E2, Misoprostol, Sulproston	Có	Không có chống chỉ định
	Chủ vận thụ thể oxytocin	Oxytocin, Carbetocin	Có	Nguy cơ quá tải dịch vì ảnh hưởng tim mạch và hoạt tính giống ADH, đặc biệt khi dùng liều cao hoặc truyền nhanh
	Serotonergic, dopaminergic, $\alpha$ -adrenergic (ant)agonist	Methylergometrine	Cân nhắc không dùng nếu không cần thiết	Nguy cơ phù phổi đã được báo cáo ở BN COVID-19
<b>Thuốc cầm máu</b>	ức chế tiêu huyết khối	Tranexamic acid	Có	Không chống chỉ định
<b>Vaccines</b>	Đáp ứng miễn dịch	Cúm, ho gà	Có	Cúm và ho gà làm tăng nguy cơ trở nặng

**\*Cần tính lượng oxytocin xài an toàn:** Giai đoạn 3 chuyển dạ, Bolus 5UI oxytocin khi số vai trước. Tử không gò, xài liều bolus 10 IU sau 15 phút và truyền liên tục 10 UI/ giờ ( tối đa 60IU/24 giờ).

### Khởi phát chuyển dạ

Không nên trì hoãn khởi phát chuyển dạ các trường hợp chấm dứt thai kì vì lý do y khoa.

Nếu có thể nên cố gắng sanh ngã âm đạo

Prostaglandin và Foley và các phương pháp khởi phát chuyển dạ khác đều có thể áp dụng.

Oxytocin có thể sử dụng nhưng nên thật thận trọng vì tăng nguy cơ quá tải dịch khi dùng liều cao hoặc truyền nhanh, có thể làm bệnh nhân COVID-19 nặng hơn.

### Chăm sóc khi sanh

Hạn chế số người trong phòng sanh

Mọi nhân viên nên được tập huấn mặc và cởi PPE

Phòng sanh cách ly nên trang bị đủ thiết bị:

- Bộ đồ sanh, CTG hoặc doppler, monitor để theo dõi sinh hiệu mẹ, dụng cụ sanh giúp Foceps/ Ventouse
- Chi máy
- Bộ truyền dịch
- Thông tiểu loại dùng 1 lần, Foley
- Mặt nạ oxy, Canula mũi,
- Bóng Baskri, hoặc các loại bóng chèn khác
- Cơ sở thuốc cần chuẩn bị: Oxytocin, Prostaglandins, Tranexamic acid, Penicillin hoặc ampicillin, Ceftriaxone, Magiesulfate, Glucose 50%, lidocaine, các thuốc dùng trong gây tê, gây mê, epinephrine và dịch truyền tinh thể

Bác sĩ sơ sinh nên sẵn sàng, đề phòng biến chứng ở trẻ sơ sinh, được thông báo trước để có thời gian mặc PPE.

### Chăm sóc giai đoạn 3 chuyển dạ và hậu sản

Prostaglandin an toàn để dùng nhưng cần thêm nhiều bằng chứng ủng hộ

Oxytocin có thể dùng: liều bolus 5UI tại thời điểm số vai trước. Có thể dùng Liều bolus chậm thứ hai 10 UI, và truyền oxytocin liên tục 10IU/giờ cho tới liều tối đa 60IU/24h trong trường hợp tử cung gò kém.

Tranexamic acid an toàn đối với BN COVID-19, cần thêm nhiều bằng chứng hơn.

Không chống chỉ định kẹp cắt rốn muộn.

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

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Quyết định 3416/QĐ-BYT ngày 14 tháng 7 năm 2021 về ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Coronamoiws (SARS-CoV-2)
2. Phác đồ chẩn đoán và điều trị COVID-19 do chủng virus Corona mới ( SARS-CoV-2) trong thai kì, BV Từ Dũ ngày 04/08/2021
3. Quyết định số 3982/QĐ-BYT ngày 18/8/2021 của Bộ Y tế V/v ban hành Hướng dẫn tạm thời Dự phòng và xử trí Covid-19 do chủng vi rút SARS-CoV-2 ở phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh
4. Hướng dẫn xử trí các trường hợp người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 đang trong thời gian cách ly tại nhà đến khám sản phụ khoa tại bệnh viện Từ Dũ, ngày 17/08/2021
5. Hướng dẫn tạm thời sử dụng thuốc Redemsivir trong điều trị COVID-19, bộ Y tế
6. Sổ tay lâm sàng cho BS không chuyên hồi sức, Điều trị và hồi sức bệnh nhân COVID-19 người lớn tại bệnh viện tầng 4, Ths Bs Hồ Hoàng Kim
7. [COVID-19 Treatment Guidelines \(nih.gov\)](https://www.nih.gov)
8. [Coronavirus: The COVID-19 Protocol Database \(covid19protocols.org\)](https://covid19protocols.org)
9. [FLCCC | Front Line COVID-19 Critical Care Alliance \(covid19criticalcare.com\)](https://covid19criticalcare.com) I-MATH+, MATH+
10. [WHO guidelines](https://www.who.int)