

Số: 1003/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 3 năm 2012

QUYẾT ĐỊNH

VỀ VIỆC BAN HÀNH HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY – CHÂN – MIỆNG 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 22/3/2012 của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng;

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, điều trị bệnh tay-chân-miệng và các phụ lục kèm theo.

Điều 2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng ban hành kèm theo Quyết định này thay thế Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay-chân-miệng ban hành kèm theo Quyết định số 2554/QĐ-BYT ngày 19/7/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, 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 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY - CHÂN - MIỆNG

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh tay-chân-miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị trí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

- Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

- Bệnh tay-chân-miệng gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương.

Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

- Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng:

1.1. Triệu chứng lâm sàng:

a) Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

b) Giai đoạn khởi phát: Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

c) Giai đoạn toàn phát: Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

- Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

- Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

- Sốt nhẹ.

- Nôn.

- Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

- Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

d) Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

1.2. Các thể lâm sàng:

- Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

- Thể cấp tính với bốn giai đoạn điển hình như trên.

- Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có triệu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

2. Cận lâm sàng:

2.1. Các xét nghiệm cơ bản:

- Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên 16.000/mm³ hay đường huyết tăng > 160 mg% (8,9 mmol/L) thường liên quan đến biến chứng

- Protein C phản ứng (CRP) (nếu có điều kiện) trong giới hạn bình thường (< 10 mg/L).

- Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

2.2. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:

- Khí máu khi có suy hô hấp

- Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

- Dịch não tủy:

+ Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

+ Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đơn nhân hay bạch cầu đa nhân ưu thế.

2.3. Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

2.4. Chụp cộng hưởng từ não: Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

3. Chẩn đoán:

3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng: Dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.
- Lâm sàng: Phồng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

3.2. Chẩn đoán xác định:

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

4. Chẩn đoán phân biệt:

4.1. Các bệnh có biểu hiện loét miệng:

Viêm loét miệng (áp-tơ): Vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

4.2. Các bệnh có phát ban da:

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sẩn, thường có hạch sau tai.
- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phồng nước.
- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.
- Thủy đậu: Phồng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.
- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.
- Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

4.3. Viêm não-màng não:

- Viêm màng não do vi khuẩn.
- Viêm não-màng não do vi rút khác.

4.4. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi.

5. Biến chứng:

5.1. Biến chứng thần kinh: Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk, giật mình chói với): Từng cơn ngắn 1-2 giây, chủ yếu ở tay và chân, dễ xuất hiện khi bắt đầu giấc ngủ hay khi cho trẻ nằm ngửa.
 - Ngủ gà, bứt rứt, chói với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.
 - Rung giật nhãn cầu.
 - Yếu, liệt chi (liệt mềm cấp).
 - Liệt dây thần kinh sọ não.
 - Co giật, hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.
 - Tăng trương lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mắt não, gồng cứng mắt võ)
- ### 5.2. Biến chứng tim mạch, hô hấp: Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.
- Mạch nhanh > 150 lần/phút.
 - Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 2 giây.
 - Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân,...)
 - Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi 100 mmHg, trẻ từ 1-2 tuổi \geq 110 mmHg, trẻ trên 2 tuổi \geq 115 mmHg), giai đoạn sau mạch, huyết áp không đo được.
 - Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khô khè, thở rít thì hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều.
 - Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

6. Phân độ lâm sàng:

6.1. Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

6.2. Độ 2:

6.2.1. Độ 2a: có một trong các dấu hiệu sau:

- + Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám
- + Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39,0C, nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ.

6.2.2. Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2 :

*** Nhóm 1: Có một trong các biểu hiện sau:**

- Giật mình ghi nhận lúc khám.
- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần /30 phút.
- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:
 - + Ngủ gà.
 - + Mạch nhanh > 130 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

*** Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:**

- Sốt cao $\geq 39,50C$ (đo nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng với thuốc hạ sốt.
- Mạch nhanh > 150 lần /phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Thắt đầu: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.
- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.
- Yếu chi hoặc liệt chi.
- Liệt thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

6.3. Độ 3: có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh > 170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).
- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).
- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.
- HA tâm thu tăng:
 - + Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg.
 - + Trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng HA > 110 mmHg.
 - + Trẻ từ trên 24 tháng HA > 115 mmHg.
- Thở nhanh, thở bất thường: Cơ ngực thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào.
- Rối loạn tri giác (Glasgow < 10 điểm).
- Tăng trương lực cơ.

6.4. Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.
- Phù phổi cấp.
- Tím tái, SpO₂ $< 92\%$.
- Ngưng thở, thở nấc.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị:

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).
- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.
- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC...)
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2. Phân tuyến điều trị:

2.1. Trạm y tế xã và phòng khám tư nhân:

- Khám và điều trị ngoại trú bệnh tay chân miệng độ 1
- Chuyển tuyến: đối với bệnh tay chân miệng độ 2a trở lên hoặc độ 1 với trẻ dưới 12 tháng hoặc có bệnh phối hợp kèm theo.

- Điều kiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được tập huấn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng.

2.2. Bệnh viện huyện, bệnh viện tư nhân.

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng độ 1 và 2a.
- Chuyển tuyến: đối với bệnh tay chân miệng độ 2b trở lên hoặc độ 2a có bệnh phối hợp kèm theo.
- Điều kiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được tập huấn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng.

2.3. Bệnh viện đa khoa, đa khoa khu vực, chuyên khoa Nhi tuyến tỉnh.

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng tất cả các độ.
- Chuyển tuyến: Đối với bệnh tay chân miệng độ 3,4 khi không có đủ điều kiện hồi sức tích cực Nhi, đảm bảo chuyển tuyến an toàn.

- Điều kiện:

+ Bác sỹ, điều dưỡng được huấn luyện nâng cao về điều trị và hồi sức bệnh tay chân miệng.

+ Có đơn nguyên điều trị bệnh tay chân miệng.

2.4. Bệnh viện Nhi, Truyền nhiễm và các bệnh viện được Bộ Y tế phân công là bệnh viện tuyến cuối của các khu vực.

- Khám, điều trị bệnh tay chân miệng tất cả các độ.

- Điều kiện:

+ Bác sỹ, điều dưỡng được huấn luyện nâng cao về điều trị và hồi sức bệnh tay chân miệng.

+ Có đầy đủ trang thiết bị cấp cứu, hồi sức bệnh tay chân miệng.

+ Có đơn vị huấn luyện bệnh tay chân miệng.

3. Điều trị cụ thể:

3.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) hoặc 15 mg/kg/lần (toạ dược) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt ít nhất 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu từ độ 2a trở lên như:

+ Sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

+ Thở nhanh, khó thở.

+ Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều.

+ Đi loạng choạng.

+ Da nổi vân tím, vã mồ hôi, tay chân lạnh.

+ Co giật, hôn mê.

3.2. Độ 2: Điều trị nội trú tại bệnh viện

3.2.1. Độ 2a:

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với paracetamol có thể phối hợp với ibuprofen 5-10 mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần (dùng xen kẽ với các lần sử dụng paracetamol, không dùng thuốc hạ sốt nhóm aspirin). Tổng liều tối đa của ibuprofen là 40 mg/kg/ngày.

- Thuốc: Phenobarbital 5 - 7 mg/kg/ngày, uống.

- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

3.2.2. Độ 2b: Điều trị tại phòng cấp cứu hoặc hồi sức

- Nằm đầu cao 30°.

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

+ Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

+ Immunoglobulin:

√ *Nhóm 2*: 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 2

√ *Nhóm 1*: Không chỉ định Immunoglobulin thường quy. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định

Immunoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi mỗi 1- 3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Đo độ bão hòa oxy SpO₂ và theo dõi mạch liên tục (nếu có máy).

3.3. Độ 3: Điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút, sau 30 – 60 phút nếu đáp ứng kém nên đặt nội khí quản giúp thở sớm.

- Chống phù não: nằm đầu cao 30°, hạn chế dịch (tổng dịch bằng 1/2-3/4 nhu cầu bình thường), thở máy tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Phenobarbital 10 - 20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần. Liều tối đa: 30 mg/kg/24 giờ.

- Immunoglobulin (Gammaglobulin): 1g/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ, dùng trong 2 ngày liên tục.

- Dobutamin được chỉ định khi suy tim mạch > 170 lần/phút, liều khởi đầu 5µg/kg/phút truyền tĩnh mạch, tăng dần 1-2,5µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có cải thiện lâm sàng; liều tối đa 20µg/kg/phút (không dùng Dopamin).

- Milrinone truyền tĩnh mạch 0,4 – 0,75 µg/kg/phút chỉ dùng khi HA cao, trong 24-72 giờ. Nếu huyết áp ổn định trong 12-24 giờ, giảm dần liều milrinone 0,1 µg/kg/phút mỗi 30-60 phút cho đến liều tối thiểu 0,25 µg/kg/phút. Nếu huyết áp ổn định ở liều tối thiểu này trong ít nhất 6 giờ thì xem xét ngưng milrinone.

- Điều chỉnh rối loạn nước, điện giải, toan kiềm, điều trị hạ đường huyết.

- Hạ sốt tích cực.

- Điều trị co giật nếu có: Midazolam 0,15 mg/kg/lần hoặc Diazepam 0,2-0,3 mg/kg truyền tĩnh mạch chậm, lặp lại sau 10 phút nếu còn co giật (tối đa 3 lần).

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, mỗi 1- 2 giờ. Nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

2.4. Độ 4: Điều trị tại các đơn vị hồi sức tích cực

- Đặt Nội khí quản thở máy: Tăng thông khí giữ PaCO₂ từ 30-35 mmHg và duy trì PaO₂ từ 90-100 mmHg.

- Chống sốc: Sốc do viêm cơ tim hoặc tổn thương trung tâm vận mạch ở thân não.

+ Nếu không có dấu hiệu lâm sàng của phù phổi hoặc suy tim: Truyền dịch Natri clorua 0,9% hoặc Ringer lactat: 5 ml/kg/15 phút, điều chỉnh tốc độ theo hướng dẫn CVP và đáp ứng lâm sàng. Trường hợp không có CVP cần theo dõi sát dấu hiệu quá tải, phù phổi cấp.

+ Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

+ Dobutamin liều khởi đầu 5µg/kg/phút, tăng dần 2- 3µg/kg/phút mỗi 15 phút cho đến khi có hiệu quả, liều tối đa 20 µg/kg/phút.

- Phù phổi cấp:
- + Ngừng ngay dịch truyền nếu đang truyền dịch.
- + Dùng Dobutamin liều 5-20 µg/kg/phút.
- + Furosemide 1-2 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch chỉ định khi quá tải dịch.
- Điều chỉnh rối loạn kiềm toan, điện giải, hạ đường huyết và chống phù não:
- Lọc máu liên tục hay ECMO (nếu có điều kiện).
- Immunoglobulin: Chỉ định khi HA trung bình ≥ 50 mmHg
- Kháng sinh: Chỉ dùng kháng sinh khi có bội nhiễm hoặc chưa loại trừ các bệnh nhiễm khuẩn nặng khác
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tri giác, ran phổi, SpO₂, nước tiểu mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu, sau đó điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng;
- Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi giờ, nếu có điều kiện nên theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn.

4. Tiêu chuẩn xuất viện:

Người bệnh tay chân miệng có biến chứng nặng (độ 3, 4) được chỉ định xuất viện không chỉ ổn định về lâm sàng mà còn phải ổn định về các biến chứng và di chứng. Đối với các trường hợp bệnh tay chân miệng điều trị nội trú khác có thể xuất viện khi có đủ 4 điều kiện sau:

- Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục (không sử dụng thuốc hạ sốt)
- Không còn các biểu hiện lâm sàng phân độ nặng từ độ 2a trở lên ít nhất trong 48 giờ.
- Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng (nếu chưa đến ngày thứ 8 của bệnh, tính từ lúc khởi phát).
- Các di chứng (nếu có) đã ổn định: không cần hỗ trợ hô hấp, ăn được qua đường miệng.

IV. PHÒNG BỆNH

1. Nguyên tắc phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu.
- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hoá, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

2. Phòng bệnh tại các cơ sở y tế:

- Cách ly theo nhóm bệnh.
- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.
- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.
- Xử lý chất thải, quần áo, khăn trải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hoá.

3. Phòng bệnh ở cộng đồng:

- Vệ sinh cá nhân, rửa tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.
- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.
- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10 – 14 ngày đầu của bệnh./.

FILE ĐƯỢC ĐÍNH KÈM THEO VĂN BẢN



Phu luc