

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Bạch hầu**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

*Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;*

*Xét biên bản họp ngày 09/7/2020 của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Bạch hầu;*

*Xét 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 bạch hầu.

**Điều 2.** Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh bạch hầu áp dụng cho tất cả các cơ sở khám, chữa bệnh Nhà nước và tư nhân trên cả nước.

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

**Điều 4.** Các ông, bà: Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, 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);
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG**  
**THỨ TRƯỞNG**



**Nguyễn Trường Sơn**

**HƯỚNG DẪN**

**Chẩn đoán và điều trị bệnh bạch hầu**

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng 7 năm 2020  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

**1. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh bạch hầu là bệnh nhiễm trùng - nhiễm độc, lây theo đường hô hấp và có khả năng gây dịch, do trực khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* (còn gọi là trực khuẩn *Klebs-Leoffler*) gây nên. Bệnh thường gặp ở trẻ em < 15 tuổi và ở đối tượng chưa có miễn dịch với bệnh bạch hầu do chưa được tiêm vắc-xin đầy đủ. Vi khuẩn thường khu trú và làm thương tổn đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản) tạo giả mạc dai dính, khó bóc tách và sinh ra ngoại độc tố gây nhiễm độc toàn thân (tim, thận, thần kinh), nguy cơ tử vong cao do tắc đường thở và viêm cơ tim. Bệnh có thuốc điều trị đặc hiệu bằng kháng sinh và kháng độc tố bạch hầu (SAD) và có thể dự phòng bệnh bằng vắc-xin.

**2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH**

Vi khuẩn bạch hầu là cầu trực khuẩn gram (+), hình chùy dài 1-9 µm, rộng 0,3 - 0,8 µm, không di động, không có vỏ, không tạo nha bào. Trực khuẩn bạch hầu sống lâu ở giả mạc và họng của bệnh nhân. Trong điều kiện thiếu ánh sáng vi khuẩn sống tới 6 tháng và tồn tại lâu trên các đồ chơi của trẻ bị bạch hầu, áo choàng của nhân viên y tế... Vi khuẩn bạch hầu chết ở nhiệt độ 58°C trong vòng 10 phút, dưới ánh sáng mặt trời vi khuẩn chết trong vài giờ.

**3. LÂM SÀNG**

Hay gặp nhất là bạch hầu họng (70%), bạch hầu thanh quản (20-30%), bạch hầu mũi (4%), bạch hầu mắt (3-8%), bạch hầu da...

**3.1. Bạch hầu họng**

**3.1.1. Thời gian ủ bệnh:** từ 2-5 ngày, không có triệu chứng lâm sàng.

**3.1.2. Thời kỳ khởi phát:**

- Người bệnh thường sốt 37,5° - 38°C, đau họng, khó chịu, mệt, ăn kém, da hơi xanh, sổ mũi một bên hoặc 2 bên có thể lẫn máu.

- Khám họng: Họng hơi đỏ, a-my-dan có điểm trắng mờ dạng giả mạc ở một bên. Sờ thấy hạch cổ nhỏ, di động, không đau.

**3.1.3. Thời kỳ toàn phát:** Vào ngày thứ 2-3 của bệnh.

- Toàn thân: Người bệnh sốt 38° - 38,5°, nuốt đau, da xanh tái, mệt nhiều, chán ăn, mạch nhanh, huyết áp hơi hạ.

- Khám họng: có giả mạc lan tràn ở một bên hoặc 2 bên a-my-dan; trường hợp nặng giả mạc lan trùm lưỡi gà và màn hầu. Giả mạc lúc đầu trắng ngà, sau ngả màu hơi vàng nhạt, dính chặt vào niêm mạc, bóc tách gây chảy máu, nếu bóc tách thì vài giờ sau mọc lại rất nhanh; giả mạc dai, không tan trong nước, niêm mạc quanh giả mạc bình thường.

- Hạch góc hàm sưng đau. Bệnh nhân sổ mũi nhiều, nước mũi trắng hoặc lẫn mủ.

### **3.2. Bạch hầu ác tính**

Có thể xuất hiện sớm ngày 3-7 ngày đầu của bệnh. Bệnh cảnh nhiễm trùng nhiễm độc nặng sốt cao 39-40°C, giả mạc lan rộng, khắp hầu họng và môi. Hạch cổ sưng to biến dạng dẫn đến hình cổ bạnh, có nhiều biến chứng sớm viêm cơ tim, suy thận và tổn thương thần kinh.

### **3.3. Bạch hầu thanh quản**

- Ít gặp bạch hầu thanh quản đơn thuần, thường là bạch hầu họng-thanh quản.

- Bệnh cảnh lâm sàng bao gồm: viêm thanh quản cấp (ho ông ông, khàn tiếng, khó thở chậm thì hít vào, có tiếng rít thanh quản) giai đoạn muộn sẽ dẫn đến ngạt thở.

## **4. CẬN LÂM SÀNG**

### **4.1. Xác định căn nguyên**

+ Bệnh phẩm: lấy dịch hầu họng ngoáy ở vùng rìa xung quanh giả mạc (tăm bông lấy bệnh phẩm được bảo quản trong môi trường Amies hoặc môi trường Stuart, vận chuyển ngay đến phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt).

+ Nhuộm soi tìm vi khuẩn hình thái bạch hầu: Trực khuẩn gram (+), hình chùy.

+ Nuôi cấy trên môi trường thạch máu, môi trường chọn lọc Loeffle (Tellurite kali) (hoặc môi trường Cystine tellurite blood agar - CTBA) tìm vi khuẩn bạch hầu, xác định độc tố bạch hầu (Toxigenicity testing bằng VD: Elek test).

+ Dùng kỹ thuật PCR xác định gen độc tố bạch hầu ở cơ sở có điều kiện thực hiện.

**4.2. Các xét nghiệm thường quy và theo dõi, phát hiện các biến chứng** (công thức máu, men gan, men tim, ure, creatinine, điện giải, glucose máu, khí máu nếu cần, điện tâm đồ, tổng phân tích nước tiểu, XQ ngực...)

## **5. CHẨN ĐOÁN**

### **5.1. Ca bệnh nghi ngờ**

- Lâm sàng: Có bệnh cảnh lâm sàng của bệnh bạch hầu, giả mạc vùng hầu họng ở vùng tổn thương.

- Dịch tễ học: Người bệnh có đi và đến từ vùng đang có dịch bạch hầu hoặc ở vùng từng có ổ dịch bạch hầu trong 5 năm gần đây.

## **5.2. Chẩn đoán xác định**

Ca bệnh nghi ngờ kèm theo xét nghiệm tìm vi khuẩn bạch hầu dương tính

## **5.3. Chẩn đoán phân biệt**

**5.3.1. Các viêm a-my-dan hốc mũi có giả mạc mũi do các nguyên nhân khác như:**

- Liên cầu nhóm A
- Bệnh viêm họng Vincent
- Epstein-Barr vi rút (EBV)
- Nấm họng candida

**5.3.2. Các viêm thanh quản do nguyên nhân khác**

- Viêm thanh quản do vi rút
- Áp xe thành sau họng
- Phản vệ

**5.3.3. Biến chứng bạch hầu với các căn nguyên khác gây**

- Viêm cơ tim
- Viêm thận
- Liệt thần kinh

## **6. ĐIỀU TRỊ**

### **6.1. Nguyên tắc điều trị**

- Phát hiện sớm, cách ly khi phát hiện ca bệnh
- Sử dụng kháng độc tố bạch hầu (SAD) và kháng sinh ngay (penicillin G, erythromycin, azithromycin) để ngăn chặn các biến chứng để giảm tử vong
- Theo dõi, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng
- Chăm sóc toàn diện cho người bệnh

### **6.2. Điều trị cụ thể**

#### **6.2.1. Huyết thanh kháng độc tố bạch hầu (SAD)**

Sử dụng ngay khi nghi ngờ mắc bệnh. Liều lượng phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh, không phụ thuộc vào lứa tuổi và cân nặng. Cần test trước khi tiêm, nếu dương tính thì áp dụng phương pháp giải miễn cảm (Besredka)

- Bạch hầu hầu họng hoặc thanh quản trong 2 ngày đầu: 20.000 - 40.000 UI
- Bạch hầu mũi họng: 40.000 - 60.000 UI
- Bạch hầu ác tính: 80.000 - 100.000 UI

Trong thể nặng, có thể xem xét truyền tĩnh mạch SAD (cần theo dõi sát các dấu hiệu phản vệ và chuẩn bị sẵn sàng để cấp cứu phản vệ nếu xảy ra). Cách thức truyền: Pha toàn bộ SAD trong 250 - 500ml muối 0,9% truyền tĩnh mạch chậm 2-4 giờ.

*\* Phương pháp Besredka*

a) Tiêm 0,1 ml huyết thanh bạch hầu và đợi 15 phút. Nếu không có phản ứng thì tiêm thêm 0,25 ml huyết thanh bạch hầu. Nếu không có phản ứng sau 15 phút thì tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch phần còn lại.

b) Nếu người bệnh có biểu hiện sự nhạy cảm khi thử phản ứng, thì không nên dùng toàn bộ liều. Tiến hành giải mẫn cảm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

**6.2.2. Kháng sinh**

- Penicillin G: 50.000 - 100.000 đơn vị/kg/ngày chia 2 lần, tiêm bắp 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.

- Hoặc Erythromycin uống: trẻ em 30-50mg/kg/ngày; người lớn 500mg x 4 lần/ngày dùng 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.

- Hoặc Azithromycin: trẻ em: 10-12mg/kg/ngày, người lớn: 500mg/ngày x 14 ngày.

**6.2.3. Các điều trị khác**

- Hỗ trợ hô hấp: Thông thoáng đường thở (nếu khó thở thanh quản độ II cần chỉ định mở khí quản giúp thông thoáng đường thở). Sử dụng Oxy liệu pháp sớm nếu có suy hô hấp, nếu không đáp ứng với Oxy có thể thở máy không xâm nhập/xâm nhập tùy mức độ với trường hợp có suy hô hấp.

- Hỗ trợ tuần hoàn: đảm bảo cung cấp đầy đủ nước điện giải theo nhu cầu có tính đến bù trừ nếu sốt cao, khó thở, nôn... Trong những trường hợp có sốc (da lạnh, dấu hiệu làm đầy mao mạch  $\geq 3$  giây, HA tâm thu  $< 90$  mmHg ở người lớn, nước tiểu  $< 0,5$ ml/kg/giờ) sau bù dịch đủ (áp lực tĩnh mạch trung tâm 12-14 cm H<sub>2</sub>O, hoặc đo đường kính tĩnh mạch chủ dưới,...không hiệu quả) nên sử dụng thuốc vận mạch để đảm bảo huyết áp trung bình  $\geq 65$ mmHg và Lactat máu  $< 2$  mmol/l. Chú ý đánh giá quá tải dịch.

- Cân bằng nước điện giải.

- Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (block nhĩ thất cấp 2 Mobitz II có thể dùng máy tạo nhịp tạm thời Pacemaker ngoài da hoặc qua tĩnh mạch cảnh.

- Với trường hợp viêm cơ tim điều trị theo phác đồ viêm cơ tim, nếu viêm cơ tim nặng hoặc có sốc tim không đáp ứng với trợ tim có thể dùng ECMO V-A cho bệnh nhân nếu có điều kiện.

- Bệnh nhân có suy đa tạng, suy thận có thể lọc máu liên tục (CVVH) nếu có chỉ định.

- Có thể sử dụng corticoid trong trường hợp bạch hầu ác tính, và bạch hầu thanh quản có phù nề nhiều.

- Đảm bảo dinh dưỡng: tĩnh mạch hoàn toàn hay kết hợp qua đường tiêu hóa tùy thuộc tình trạng người bệnh.

#### **6.2.4. Tiêu chuẩn xuất viện và theo dõi điều trị**

- Bệnh nhân ổn định sau 2 - 3 tuần điều trị
- Soi cấy kiểm tra 2 lần âm tính và không biến chứng.
- Phải tiêm phòng bạch hầu sau khi xuất viện
- Theo dõi tiếp ngoại trú đủ 60-70 ngày

### **7. PHÒNG BỆNH**

- Tất cả người bệnh nghi bạch hầu phải được vào viện để cách ly cho đến khi có kết quả xét nghiệm vi khuẩn hai lần âm tính. Mỗi mẫu bệnh phẩm được lấy cách nhau 24 giờ và không quá 24 giờ sau khi điều trị kháng sinh. Nếu không có điều kiện làm xét nghiệm thì phải cách ly bệnh nhân sau 14 ngày điều trị kháng sinh.

- Rửa tay đúng quy cách bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.

- Nhà ở của người bệnh, dụng cụ trong phòng, đồ dùng, quần áo của người bệnh phải tẩy uế và sát khuẩn.

- Phòng bệnh bằng vắc-xin bạch hầu: trong chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia, dùng vắc-xin đa giá: bạch hầu - ho gà - uốn ván cho trẻ. Bắt đầu tiêm từ 2-3 tháng tuổi, tiêm 2 lần, mỗi lần 1ml cách nhau 1 tháng. Một năm sau nhắc lại mỗi một năm 1 lần cho đến 5 tuổi.

- Với người tiếp xúc: Xét nghiệm vi khuẩn và theo dõi trong vòng 7 ngày.

+ Tiêm 1 liều đơn benzathine penicillin (trẻ  $\leq$  5 tuổi 600.000 đơn vị; trẻ  $>$  5 tuổi 1.200.000 đơn vị).

+ Hoặc uống Erythromycin (trẻ em 40mg/kg/ngày, 10mg/lần cách 6 giờ) trong 7 ngày. Người lớn 1g/ngày, 250mg/lần mỗi 6 giờ.

+ Hoặc Azithromycin: trẻ em 10-12mg/kg 1 lần/ngày, tối đa 500mg/ngày. Điều trị trong 7 ngày. Người lớn: 500mg/ngày, trong 7 ngày.

**KT. BỘ TRƯỞNG  
THỨ TRƯỞNG**

**Nguyễn Trường Sơn**