

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH



HƯỚNG DẪN TẠM THỜI VỀ XỬ TRÍ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SAU MẮC COVID-19

Phiên bản 1.0

Tài liệu dành cho nhân viên y tế

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**HƯỚNG DẪN TẠM THỜI VỀ XỬ TRÍ CÁC VẤN ĐỀ
SỨC KHOẺ SAU MẮC COVID-19**

(Phiên bản 1.0)

(Ban hành kèm theo Công văn số 4098/SYT-NVY ngày 17/06/2022)

Tháng 06/ 2022

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN
“HƯỚNG DẪN TẠM THỜI VỀ XỬ TRÍ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ SAU MẮC COVID-19”

(Tài liệu dành cho các cơ sở khám, chữa bệnh - Phiên bản 1.0)

CHỦ BIÊN

PGS.TS.BS. Tăng Chí Thượng	Giám đốc Sở Y tế
TS.BS. Nguyễn Anh Dũng	Phó Giám đốc Sở Y tế

BAN BIÊN SOẠN

PGS.TS.BS. Tăng Chí Thượng	Giám đốc Sở Y tế
TS.BS. Nguyễn Anh Dũng	Phó Giám đốc Sở Y tế
TS.BS. Nguyễn Văn Vĩnh Châu	Phó Giám đốc Sở Y tế
BS. Bạch Văn Cam	Phó Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu Việt Nam, Cố vấn Khối Hồi sức cấp cứu
PGS.TS.BS. Phùng Nguyễn Thế Nguyên	Trưởng Bộ môn Nội Nhi - Đại học Y Dược TP.HCM, Trưởng Khoa COVID-19 Bệnh viện Nhi đồng 1
TS.BS. Mai Phan Tường Anh	Trưởng Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
TS.DS. Võ Thị Hà	Bộ môn Dược lý – Dược lâm sàng, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
TS.BS. Nguyễn Hoàng Hải	Phó Giám đốc điều hành Bệnh viện Nhân dân Gia Định
TS.BS. Phan Minh Hoàng	Giám đốc Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp
TS.BS. Lê Thị Thu Hương	Trưởng khoa Hô Hấp, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
TS.BS. Ngô Ngọc Quang Minh	Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi đồng 1
BSCCKII. Trần Thị Kim Chi	Trưởng khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
BSCCKII. Huỳnh Thanh Hiền	Phó phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Tâm Thần

* Danh sách được sắp xếp theo học hàm, học vị, thứ tự A – B – C.

BSCKII. Vũ Kim Hoàn	Phó phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Tâm Thần
BSCKII. Nguyễn Đăng Khoa	Giám đốc Bệnh viện Tâm Thần
BSCKII. Bùi Nguyễn Thành Long	Phó Trưởng Phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế
BSCKII. Trần Duy Tâm	Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Tâm Thần
BSCKII. Nguyễn Thị Kiều Tiên	Trưởng khoa Tâm lý Trẻ em, Bệnh viện Tâm Thần
BSCKII. Nguyễn Minh Tiến	Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi Đồng Thành phố
BSCKII. Nguyễn Thị Thoa	Trưởng Phòng Nghiệp vụ Y Sở Y tế
ThS.BS. Phạm Trương Mỹ Dung	Phó Trưởng khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
ThS.DS. Đỗ Văn Dũng	Trưởng Phòng Nghiệp vụ Dược Sở Y tế
ThS. Cao Minh Hải	Phó Trưởng khoa Tâm lý Y học, Bệnh viện Tâm Thần
ThS.BS. Trần Kim Hoa	Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
ThS. DS. Vũ Thị Thuý Hồng	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Dược, Sở Y tế
ThS.BS. Huỳnh Thị Thanh Phương	Khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
ThS. Lê Thị Hạ Quyên	Trưởng Phòng chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp
ThS.DS. Phạm Hồng Thắm	Phó Trưởng khoa Dược, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
ThS.BS. Giang Ngọc Thụy Vy	Trưởng khoa Tâm lý Y học, Bệnh viện Tâm Thần
BSCKI. Phạm Thị Lệ Diễm	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế
BSCKI. Đinh Quang Thanh	Trưởng khoa PHCN-VLTL, Bệnh viện Phục hồi chức năng – Điều trị bệnh nghề nghiệp

* Danh sách được sắp xếp theo học hàm, học vị, thứ tự A – B – C.

BS. Diệp Lê Tuấn	Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Tâm Thần
DS. Phùng Ngọc Bình Minh	Khoa Dược, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
NHÓM CHUYÊN GIA	
PGS.TS.BS. Trương Quang Định	Giám đốc Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố
PGS.TS.BS. Nguyễn Thanh Hùng	Giám đốc Bệnh viện Nhi đồng 1
PGS.TS.BS. Nguyễn Huy Thắng	Trưởng khoa Bệnh lý mạch máu não, Bệnh viện Nhân dân 115
TS. Trương Thị Ngọc Lan	Phó Viện Trưởng Viện Y dược học dân tộc
TS.BS. Nguyễn Hữu Lân	Giám đốc Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch
TS.BS. Phạm Lực	Trưởng Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch
TS.BS. Phan Tứ Quý	Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Trẻ em, Bệnh viện Nhiệt Đới
BSCCKII. Phạm Đức Đạt	Trưởng khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Nhân dân 115
BSCCKII. Trần Mạnh Hùng	Trưởng khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
BS.CKII. Hà Thị Hồng Linh	Phó Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền TPHCM
BSCCKII. Phan Kim Ngân	Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Nhân dân 115
BSCCKII. Dư Tuấn Quy	Trưởng khoa Nhiễm - Thần Kinh, Bệnh viện Nhi đồng 1
BSCCKII. Trịnh Hữu Tùng	Giám đốc Bệnh viện Nhi đồng 2
BSCCKII. Trần Văn Sóng	Phó Giám đốc, Bệnh viện Nhân dân 115
BSCCKII. Đỗ Châu Việt	Trưởng khoa Hồi sức Nhiễm – COVID-19, Bệnh viện Nhi đồng 2
ThS.BS. Nguyễn Thành Đạt	Phó trưởng Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Nhi đồng 2
BSCCKI. Nguyễn Đông Bảo Châu	Phó trưởng Phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Nhi đồng 1

* Danh sách được sắp xếp theo học hàm, học vị, thứ tự A – B – C.

BSCKI. Cao Minh Hiệp	Phó trưởng phòng điều hành Phòng KHTH, Bệnh viện Nhi đồng 1
BSCKI. Nguyễn Thị Ngọc Phượng	Phó trưởng khoa Tim mạch, Bệnh viện Nhi đồng 2
BSCKI. Huỳnh Thị Ánh Tuyết	Phó trưởng khoa Hồi sức, Bệnh viện Nhi đồng 2
BS. Đỗ Quốc Quỳnh Như	Khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
BS. Lê Thị Phương	Khoa Tâm Thần, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương
BS. Trần Minh Quang	Trưởng khoa Nội Tổng hợp, Viện Y dược học Dân tộc
BS. Trần Trung Thành	Khoa Tâm Thần, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương
THƯ KÝ BIÊN SOẠN	
TS.BS. Mai Phan Tường Anh	Trưởng Phòng Quản lý chất lượng, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
BS.CKI. Phạm Thị Lệ Diễm	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ Y, Sở Y tế
ThS.DS. Phạm Hồng Thắm	Phó Trưởng khoa Dược, Bệnh viện Nhân dân Gia Định
ThS. KS. Trần Phạm Thanh Thủy	Chuyên viên Văn phòng Sở, Sở Y tế
BS.CKI. Phan Nguyễn Ngọc Tú	Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Nhi đồng 2

* Danh sách được sắp xếp theo học hàm, học vị, thứ tự A – B – C.

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU	
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÌNH TRẠNG SAU MẮC COVID-19	1
CHƯƠNG 2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ HÔ HẤP SAU MẮC COVID-19	27
CHƯƠNG 3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ TIM MẠCH SAU MẮC COVID-19	40
CHƯƠNG 4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN PHỔ BIẾN SAU MẮC COVID-19	53
CHƯƠNG 5. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SAU MẮC COVID-19 Ở TRẺ EM	82
CHƯƠNG 6. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SAU MẮC COVID-19 DƯỚI GÓC NHÌN Y HỌC CỔ TRUYỀN	96
PHỤ LỤC 1. CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG THUỐC SAU MẮC COVID-19	129
PHỤ LỤC 2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19	162
PHỤ LỤC 3. DINH DƯỠNG PHỤC HỒI CHO NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19	183

LỜI GIỚI THIỆU

Theo số liệu trên Hệ thống Quốc gia quản lý ca bệnh COVID-19 của Bộ Y tế đến thời điểm cuối tháng 4 năm 2022 ghi nhận trên 9 triệu người đã khỏi bệnh COVID-19. Tình hình dịch COVID-19 hiện nay cơ bản đã được kiểm soát, bên cạnh việc tiếp tục triển khai hiệu quả công tác phòng chống dịch, công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh sau mắc COVID-19 là một trong những nhiệm vụ trọng tâm của ngành y tế Thành phố.

Các báo cáo cho thấy một số người sau mắc COVID-19 dù đã khỏi bệnh vẫn còn xuất hiện các dấu hiệu, triệu chứng kéo dài, ảnh hưởng đến sức khỏe hoặc khả năng lao động. Do đó nhu cầu khám và điều trị các vấn đề sức khỏe sau mắc COVID-19 là cần thiết. Các biểu hiện mới hoặc kéo dài liên tục sau mắc COVID-19 được mô tả bằng các thuật ngữ khác nhau, hơn nữa cũng chưa có nhiều đồng thuận về chẩn đoán xác định, các chỉ định cận lâm sàng để chẩn đoán và chăm sóc điều trị chuẩn. Hiện nay, Bộ Y tế yêu cầu các cơ sở khám, chữa bệnh khi điều trị cho người bệnh sau mắc COVID-19 phải tuân theo đúng các hướng dẫn chuyên môn do Bộ Y tế ban hành. Tuy nhiên, hiện nay chưa có hướng dẫn thực hành về xử trí các vấn đề sức khỏe sau mắc COVID-19.

Trong thời gian chờ hướng dẫn đầy đủ từ Bộ Y tế ban hành về Hướng dẫn chẩn đoán, chăm sóc, điều trị người bệnh giai đoạn sau khi mắc COVID-19, Sở Y tế TPHCM xây dựng **“Hướng dẫn tạm thời về xử trí các vấn đề sức khỏe sau mắc COVID-19” (phiên bản 1.0)** nhằm định hướng kịp thời công tác khám, chữa bệnh sau mắc COVID-19 tại TPHCM. Tài liệu này dựa trên các khuyến cáo từ Bộ Y tế, các bằng chứng y học hiện có cũng như kiến thức và kinh nghiệm của hội đồng chuyên gia, với mục đích đưa ra các hướng dẫn về chẩn đoán, chăm sóc người lớn và trẻ em có các dấu hiệu và triệu chứng mới hoặc liên tục 4 tuần hoặc hơn sau mắc COVID-19 cấp tính mà không giải thích được bằng chẩn đoán thay thế.

Hướng dẫn này dành cho nhân viên y tế từ tuyến y tế cơ sở, các phòng khám đa khoa, các bệnh viện tuyến quận, huyện và các bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối có thăm khám và điều trị các tình trạng sau mắc COVID-19. Tài liệu tạm thời này vẫn liên tục được xem xét và

cập nhật theo thời gian khi có các bằng chứng hoặc hướng dẫn mới. Rất mong góp ý của quý đồng nghiệp để các lần cập nhật sau hoàn chỉnh hơn.

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÌNH TRẠNG SAU MẮC COVID-19

1. Tổng quan

Bệnh do coronavirus 2019 (COVID-19) đã lây lan nhanh chóng trên toàn cầu kể từ khi được phát hiện lần đầu tiên vào cuối năm 2019. Vào tháng 3 năm 2020, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã tuyên bố rằng trung bình các trường hợp nhẹ sẽ phục hồi sau 2 tuần kể từ khi bắt đầu có triệu chứng, trong khi các trường hợp nặng sẽ phục hồi từ 3 đến 6 tuần sau khi bắt đầu có triệu chứng. Các trường hợp nhẹ được mong đợi sẽ phục hồi nhanh chóng và hoàn toàn sau khi nhiễm vi rút. Tuy nhiên, một số người bệnh không có được sự hồi phục hoàn toàn như mong đợi và thuật ngữ “hậu covid” đã được WHO chính thức thừa nhận là một vấn đề sức khỏe vào mùa hè năm 2020.

Một khảo sát đại diện tại Anh ước lượng khoảng 1 trong 10 người có xét nghiệm dương tính với COVID-19 có thể biểu hiện triệu chứng trong khoảng thời gian 12 tuần hoặc lâu hơn. Những nghiên cứu khác tại Mỹ và Thụy Sĩ cho thấy khoảng một phần ba người có xét nghiệm dương tính với SARS-CoV-2 không trở về tình trạng sức khỏe trước đây của họ khi được phỏng vấn sau khi được chẩn đoán bệnh từ 3 đến 6 tuần. Nghiên cứu khác ở Mỹ cho thấy 30% người bệnh COVID-19 khi được khảo sát vẫn còn triệu chứng kéo dài sau 9 tháng. Phần lớn người bệnh được khảo sát (85%) là người bệnh ngoại trú và bệnh nhẹ. Người bệnh điều trị tại khoa hồi sức tích cực có thể có hội chứng sau chăm sóc tích cực (Post-Intensive Care Syndrome). Người bệnh COVID-19 trong bất kỳ độ tuổi nào đều có thể tiến triển thành hội chứng hậu COVID-19. Đồng thời, nghiên cứu quan sát từ 38 bệnh viện tại bang Michigan Hoa Kỳ cho thấy có 32,6% người bệnh còn triệu chứng kéo dài bao gồm 18,9% với triệu chứng mới hoặc triệu chứng nặng hơn. Khó thở khi leo lên cầu thang chiếm 22,9% và là triệu chứng phổ biến nhất, trong khi các triệu chứng khác bao gồm ho chiếm 15,4% và mất vị giác hoặc mất mùi kéo dài chiếm 13,1%.

Chương trình quản lý người bệnh ngoại trú sau giai đoạn cấp ở Ý báo cáo có 87,4% người bệnh có triệu chứng kéo dài (trung bình 60 ngày từ khi khởi phát triệu chứng đầu tiên). Các triệu chứng phổ biến bao gồm: mệt chiếm 53,1%, khó thở chiếm 43,4%, đau khớp chiếm 27,3% và đau ngực chiếm 21,7%, trong đó 55% người bệnh có thêm hơn 3 triệu chứng khác. Có 44,1% người bệnh có giảm chất lượng cuộc sống với thang đo trực quan EuroQuol.

Các yếu tố nguy cơ phổ biến liên quan với sự phát triển hội chứng hậu COVID-19:

- Giới tính: Nguy cơ hậu COVID-19 kéo dài thường gặp ở nữ hơn nam 2 lần.

- Tuổi: Tuổi cao cũng là một yếu tố nguy cơ. Hội chứng hậu COVID-19 xảy ra ở trẻ em và trẻ vị thành niên ít hơn người trưởng thành.
- Số triệu chứng trong giai đoạn nhiễm SARS-CoV-2 cấp: Có hơn 5 triệu chứng tăng nguy cơ gặp phải hội chứng hậu COVID-19.
- Bệnh đồng mắc: Sự hiện diện của các bệnh đồng mắc cũng làm tăng nguy cơ phát triển hội chứng hậu COVID-19.

Những người bệnh có các di chứng sau mắc COVID-19 ngày càng được công nhận là một nhóm người bệnh đang gia tăng cần được quan tâm. Ảnh hưởng lâu dài của hội chứng “hậu COVID-19” đối với người bệnh và hệ thống y tế là không chắc chắn, nhưng dựa trên những ước tính mới nhất, hàng triệu người trên thế giới đã và đang bị ảnh hưởng.

2. Định nghĩa và triệu chứng

Cho đến nay các định nghĩa về tình trạng sau mắc COVID-19 vẫn chưa được thống nhất.

Theo WHO, tình trạng sau mắc COVID-19 xảy ra ở những cá thể có tiền sử được xác định hoặc nghi ngờ nhiễm SARS CoV-2, thường sau 3 tháng kể từ khi khởi phát triệu chứng của COVID-19 và kéo dài ít nhất 2 tháng và không thể giải thích được bằng một chẩn đoán khác. Định nghĩa này có thể thay đổi khi có nhiều bằng chứng và hiểu biết hơn về tiến trình của bệnh COVID-19.

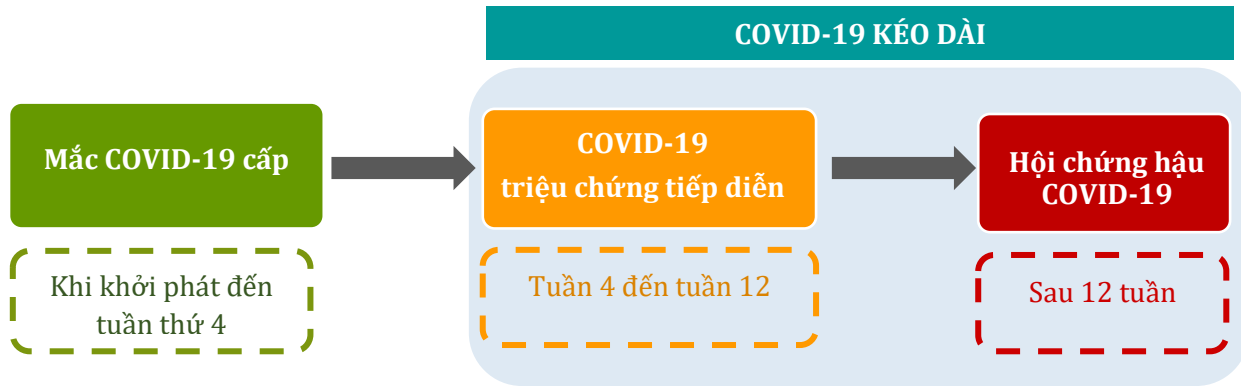
Các triệu chứng phổ biến bao gồm mệt mỏi, khó thở, rối loạn nhận thức cũng như các triệu chứng khác và ảnh hưởng đến hoạt động thường ngày. Các triệu chứng có thể mới khởi phát theo sau giai đoạn hồi phục của COVID-19 cấp hoặc kéo dài kể từ khi khởi phát bệnh. Các triệu chứng cũng có thể dao động hoặc tái phát theo thời gian.

Trong khi đó **Cơ quan kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ (CDC)** định nghĩa: “Tình trạng sau mắc COVID-19 là một thuật ngữ bao quát cho hậu quả thực thể và tâm thần kinh ở những người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 sau 4 tuần hoặc lâu hơn bao gồm cả người bệnh có triệu chứng nhẹ hoặc không triệu chứng trong giai đoạn cấp.

Viện Y Tế và chăm sóc sức khỏe quốc gia (NICE) của Vương Quốc Anh dùng các thuật ngữ chi tiết hơn để định nghĩa tình trạng mắc COVID-19:

- **Mắc COVID-19 cấp:** các dấu hiệu và triệu chứng của COVID-19 từ lúc khởi phát đến tuần thứ 4.

- **COVID-19 triệu chứng tiếp diễn:** dấu hiệu và triệu chứng mắc COVID-19 từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 12.
 - **Hội chứng hậu COVID-19:** dấu hiệu và triệu chứng phát triển trong hoặc sau mắc COVID-19, tiếp tục kéo dài hơn 12 tuần và không giải thích được bằng chẩn đoán khác.
- Hội chứng hậu COVID-19 biểu hiện với các tập hợp triệu chứng thường chồng lấp nhau, các



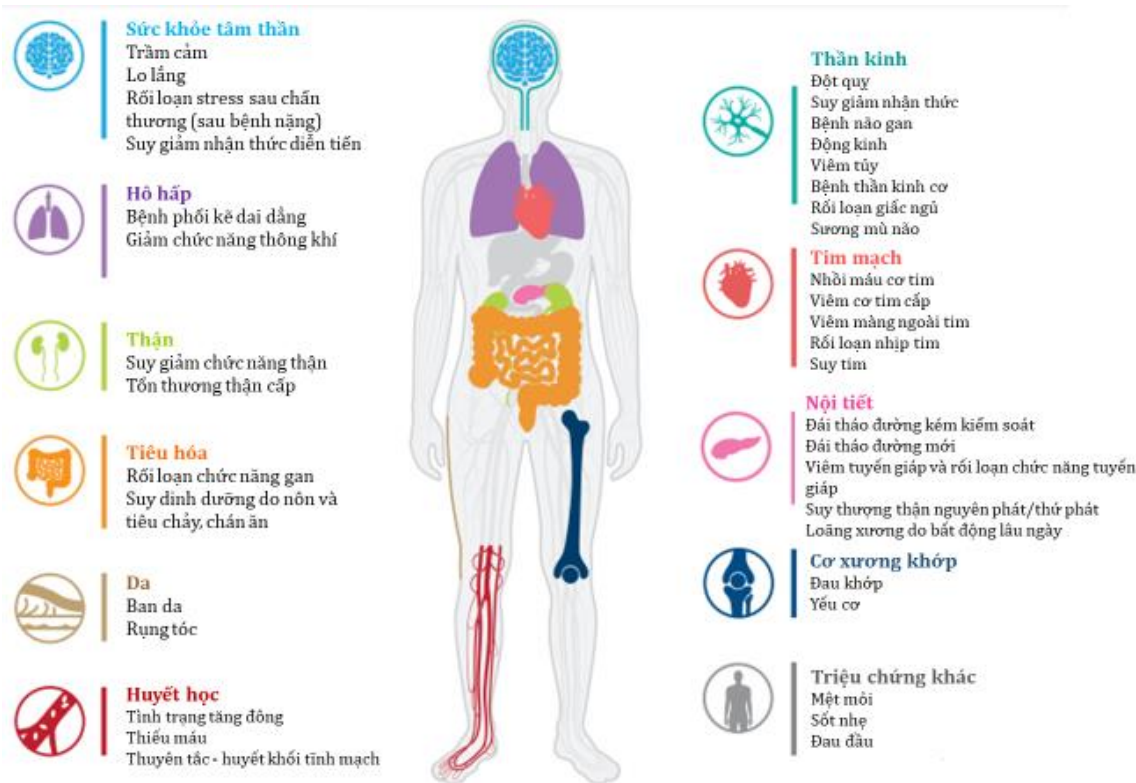
triệu chứng có thể dao động và thay đổi theo thời gian và có thể ảnh hưởng đến bất kỳ hệ thống nào trong cơ thể. Hội chứng hậu COVID-19 có thể được xem xét chẩn đoán trước 12 tuần trong khi vẫn nghĩ đến khả năng chẩn đoán của bệnh lý khác. Bên cạnh đó, thuật ngữ COVID-19 kéo dài thường được dùng để mô tả các dấu hiệu và triệu chứng tiếp diễn hay phát triển sau giai đoạn COVID-19 cấp tính. **COVID-19 kéo dài** bao gồm cả COVID-19 có triệu chứng từ 4 đến 12 tuần và **hội chứng hậu COVID-19** sau 12 tuần hay lâu hơn.

Tình trạng sau mắc COVID-19 có những tên gọi khác nhau như: **hội chứng hậu COVID-19** (Post COVID-19 Syndrome), **hội chứng sau mắc COVID-19 cấp tính** (Post-Acute COVID-19 Syndrome), **hội chứng COVID-19 kéo dài** (Long COVID Syndrome), **hội chứng COVID-19 dai dẳng** (Persistent COVID-19 Syndrome).

Dựa trên các tài liệu hiện tại, tình trạng sau mắc COVID-19 có thể phân thành 2 loại: **COVID-19 bán cấp** hoặc có triệu chứng tiếp diễn bao gồm triệu chứng và những bất thường hiện diện từ 4 đến 12 tuần sau giai đoạn cấp và **hội chứng hậu COVID-19** hoặc COVID-19 mạn bao gồm các triệu chứng và bất thường kéo dài hoặc hiện diện hơn 12 tuần sau giai đoạn COVID-19 cấp tính.

Các người bệnh sau mắc COVID-19 có thể gặp phải các triệu chứng ngay từ khi nhiễm vi rút SARS-CoV-2 và kéo dài từ 4 tuần trở lên hay có thể phát sinh hoặc tái phát triệu chứng ở giai đoạn hồi phục.

Đặc biệt tình trạng COVID-19 kéo dài không chỉ xảy ra ở những người bệnh COVID-19 mức độ nặng và nguy kịch mà ngay cả với mức độ nhẹ hoặc không triệu chứng, người bệnh cũng có thể gặp phải tình trạng COVID-19 kéo dài với biểu hiện ở nhiều hệ cơ quan như:

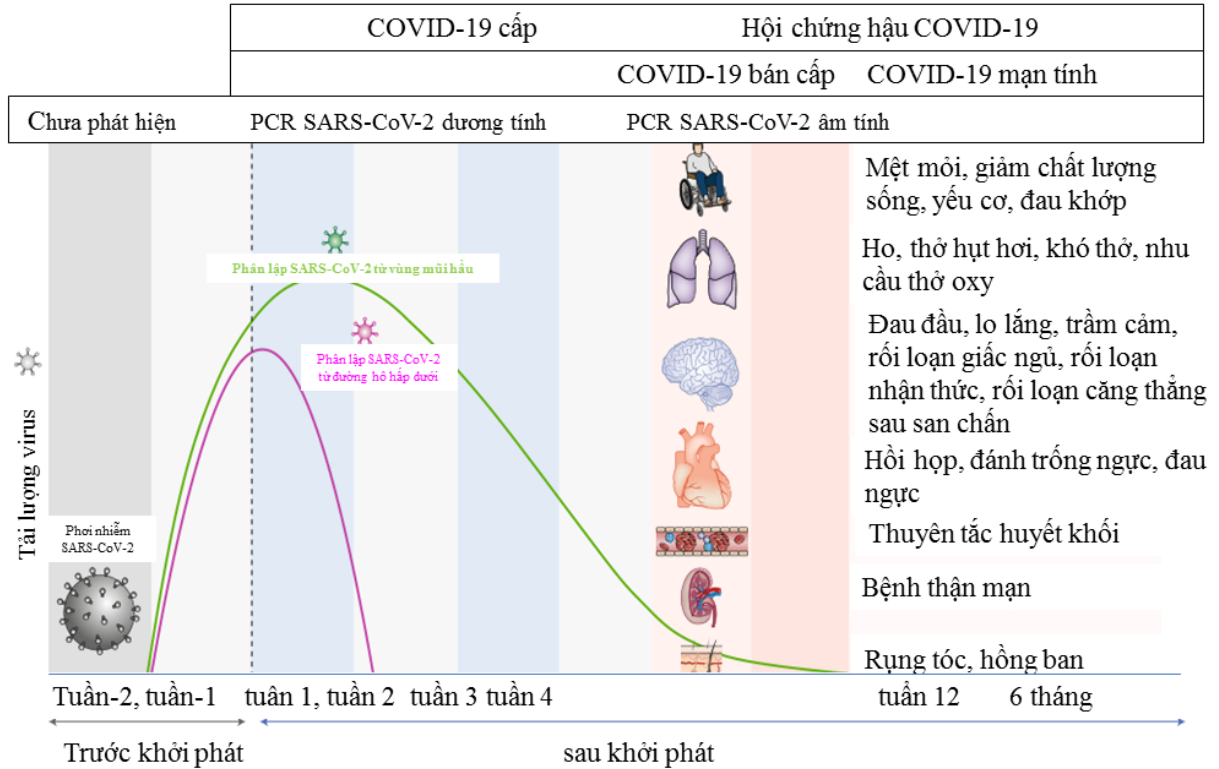


Ở trẻ em, phần lớn trẻ mắc COVID-19 không có triệu chứng hoặc nhẹ với triệu chứng viêm hô hấp trên hoặc tiêu hoá (55%), trung bình (40%), nặng (4%), nguy kịch (0,5%). Sau khi phục hồi, có 3,3 – 9% trẻ có biểu hiện triệu chứng hậu COVID-19 từ 4-12 tuần kể từ ngày mắc đầu tiên, có 22-87,1% trẻ có biểu hiện triệu chứng hậu COVID-19 sau 12 tuần kể từ ngày mắc đầu tiên và thường gặp ở trẻ lớn hơn 6 tuổi. Hội chứng viêm đa hệ thống thường xảy ra 2-6 tuần sau khi khỏi bệnh, chiếm tỉ lệ khoảng 0,1-1% trẻ mắc COVID-19.

Một số thuật ngữ về tình trạng sức khỏe sau mắc COVID-19 ở trẻ em

- Hội chứng hậu COVID-19 (post acute COVID-19 syndrome): là thuật ngữ để chỉ một nhóm triệu chứng tồn tại lâu dài (mệt mỏi, rối loạn vị giác, đau đầu, ho, khó thở) bệnh nhi gặp phải sau 4 tuần kể từ ngày mắc đầu tiên, và có ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày của trẻ.
- Tình trạng COVID-19 cấp tính (acute COVID-19 condition): Các triệu chứng xuất hiện trong vòng 4 tuần đầu kể từ ngày mắc đầu tiên.

- Tình trạng COVID-19 bán cấp (ongoing/persistent/subacute COVID-19 condition): Các triệu chứng diễn ra từ 4 đến 12 tuần kể từ ngày mắc đầu tiên.
- Tình trạng COVID-19 mạn tính (post/chronic COVID-19 condition): Các triệu chứng diễn ra sau 12 tuần kể từ ngày mắc đầu tiên.



Sơ đồ 1. Mốc thời gian các giai đoạn diễn tiến bệnh COVID-19 ở trẻ em

3. Sinh lý bệnh học

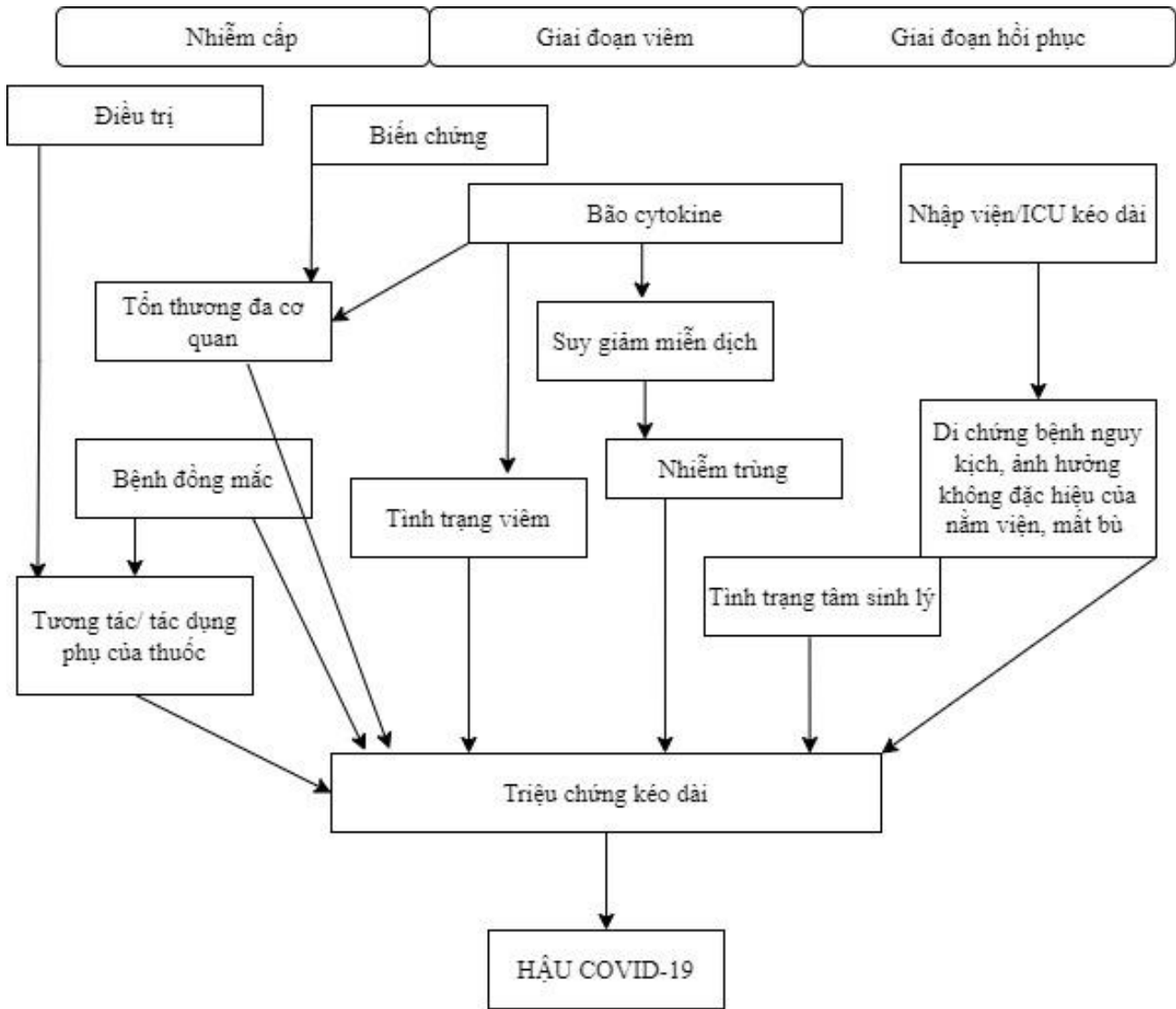
Cơ chế sinh lý bệnh của tình trạng sau mắc COVID-19 cấp bao gồm: những thay đổi sinh lý bệnh đặc hiệu của vi rút, sai lệch miễn dịch và hậu quả viêm trong đáp ứng với giai đoạn nhiễm cấp tính, và di chứng của tình trạng sau chăm sóc tích cực.

Hội chứng sau chăm sóc tích cực: là các bất thường thực thể mới hoặc nặng hơn về nhận thức và tâm sinh lý sau bệnh nguy kịch. Sinh lý bệnh của hội chứng sau chăm sóc tích cực là đa yếu tố và được cho là có liên quan với tình trạng tổn thương và thiếu máu cục bộ của vi mạch máu, sự bất động và thay đổi về chuyển hóa trong giai đoạn bệnh nguy kịch.

Cơ chế của các triệu chứng kéo dài được xác định là:

- Di chứng của tổn thương cơ quan
- Mức độ tổn thương thay đổi và thời gian cần cho sự phục hồi của mỗi cơ quan

- Sự kéo dài dai dẳng của tình trạng viêm mạn (giai đoạn dưỡng bệnh) và đáp ứng miễn dịch hay sự sản xuất ra tự kháng thể.
- Tình trạng mất bù, các vấn đề tâm sinh lý như stress sau chấn thương
- Sự tồn tại kéo dài của vi rút trong cơ thể (hiếm gặp). Tình trạng nhiễm dai dẳng có thể do vi rút trong máu dai dẳng ở những người bệnh có suy giảm hệ miễn dịch, tái nhiễm hoặc tái phát.
- Các ảnh hưởng không đặc hiệu của việc nằm viện
- Di chứng của bệnh nguy kịch
- Hội chứng sau chăm sóc tích cực
- Biến chứng liên quan nhiễm vi rút SARS-CoV-2
- Biến chứng liên quan bệnh đồng mắc
- Tác dụng phụ của thuốc điều trị
- Các ảnh hưởng về xã hội và tài chính của COVID-19.



Hình 1. Cơ chế bệnh sinh tình trạng sau mắc COVID-19

Các cơ chế sinh bệnh học của tình trạng sau mắc COVID-19 ở các hệ cơ quan

Ở hệ hô hấp tiến trình bệnh học của hội chứng nguy kịch hô hấp cấp (ARDS) được cho là có liên quan với ba giai đoạn chồng lấp: xuất tiết, tăng sinh và xơ. Trong giai đoạn xuất tiết, sự giải phóng các cytokines tiền viêm như IL-1 β , TNF, IL-6 dòng tế bào đa nhân và sự phá vỡ của hàng rào tế bào nội mô dẫn đến suy hô hấp và ngập các phế nang. Giai đoạn xuất tiết được theo sau bởi giai đoạn tăng sinh sợi trong đó các tế bào sợi, nguyên bào sợi và nguyên bào sợi cơ tích tụ trong khoang phế nang dẫn đến lắng đọng quá mức các thành phần chất nền bao gồm fibronectin, collagen I và collagen III. Một trong các cơ chế góp phần làm tăng đáp ứng tăng sinh sợi trong ARDS là thông khí cơ học bởi vì lực xé không chỉ gây ra sự tiết các yếu tố tăng trưởng

chuyển dạng $\beta 1$ mà còn hoạt hóa tổng hợp collagen và ức chế sự ly giải collagen. Những người bệnh phục hồi sau ARDS sẽ tiến triển đến xơ phổi và biểu hiện với triệu chứng phổ biến là khó thở khi gắng sức và ho khan.

Người bệnh mắc COVID-19 thường biểu hiện triệu chứng của tổn thương cơ tim bao gồm suy tim, viêm cơ tim và hoặc đợt cấp của những bệnh tim mạch sẵn có. Các cơ chế tiềm năng của tổn thương này bao gồm: tăng kháng lực mạch máu phổi dẫn đến tăng áp phổi và suy tim phải, sự kích thích quá mức hệ renin-angiotensin trong đó gây ra các tác động có hại lên hệ tim mạch dẫn đến cường aldosterone thứ phát gây hậu quả là hạ Kali máu và rối loạn nhịp tim. Sự vỡ các mảng xơ vữa thông qua các cytokine tiền viêm, tạo thuận lợi cho nhồi máu cơ tim đặc biệt trong bối cảnh người bệnh đã có bệnh động mạch vành sẵn có. Sự xâm nhập của vi rút vào tế bào cơ tim qua trung gian ACE2 dẫn đến viêm cơ tim. Sự mất cân bằng giữa nhu cầu và cung cấp oxy cho cơ tim do sự giảm hồi lưu tĩnh mạch và thiếu oxy mô do ARDS dẫn đến thiếu máu cơ tim hoặc hoại tử cơ tim. Khả năng gây độc tính lên tim của các thuốc có tiềm năng chống lại COVID bao gồm kháng sinh nhóm macrolide, azithromycin gây ra QT dài, chloroquine/hydroxychloroquine có thể gây ra khiếm khuyết dẫn truyền trong tim, tocilizumab làm tăng nồng độ cholesterol, lopinavir/ritonavir chất ức chế protease có thể gây PR dài và QT dài cũng như ức chế hoạt động của CYP3A4 làm ảnh hưởng đến chuyển hóa các thuốc tim mạch như statin. Yếu tố nổi bật phổ biến của tình trạng tổn thương cơ tim là quá trình tái cấu trúc bao gồm sự phì đại và xơ của thành thất trái dẫn đến giảm co thắt và giảm chức năng toàn bộ, trong đó cytokine tiền viêm chính là TGF- β đóng vai trò chính.

Mệt mạn tính sau tình trạng nhiễm vi rút có thể là kết quả của sự hiệu nhằm trong đáp ứng viêm. Tuy nhiên trong một phân tích cắt ngang không tìm thấy mối liên quan giữa các chất tiền viêm và tình trạng mệt ở người bệnh COVID-19. Các yếu tố trung tâm, ngoại biên, tâm sinh lý giữ vai trò chính trong sự phát triển triệu chứng mệt sau mắc COVID-19. Trong một khảo sát giải thích sự sung huyết trong hệ thống bạch huyết hệ thần kinh trung ương và sự tích tụ các chất độc chuyển hóa gây ra sự tăng kháng lực với sự dẫn lưu dịch não tủy thông qua xương sàng dẫn đến tổn thương nơ ron khứu giác và có thể góp phần vào triệu chứng mệt. Giảm chuyển hóa ở thùy trán và tiểu não cũng được thấy ở người bệnh COVID-19 có triệu chứng mệt và được gây ra bởi tình trạng viêm hệ thống và cơ chế miễn dịch qua trung gian tế bào. Các yếu tố tâm thần kinh và xã hội liên quan với đại dịch COVID-19 cũng góp phần làm mệt mạn tính. Ngoài ra, các

yếu tố ngoại vi như nhiễm SARS-CoV-2 trực tiếp vào hệ cơ xương dẫn đến sự tổn thương, yếu và viêm các sợi cơ và chỗ liên hợp thần kinh cơ cũng góp phần gây nên triệu chứng mệt. Nhìn chung, có nhiều yếu tố và cơ chế trong sự phát triển triệu chứng mệt của người bệnh sau mắc COVID-19.

Thụ thể ACE2 biểu hiện nhiều trong tim tạo thuận lợi cho con đường nhiễm SARS-CoV-2 trực tiếp vì SARS-CoV-2 có tác động thông qua thụ thể ACE2. Các nghiên cứu cho thấy sự phá hủy gián đoạn các sarcomere và sự phân mảnh, sự mất nhân, thay đổi chuyển mã và đáp ứng miễn dịch tại chỗ mạnh mẽ xảy ra trong tế bào cơ tim bị nhiễm SARS-CoV-2. Đáp ứng bệnh học của tổn thương tim cấp và viêm cơ tim do vi rút như tổn thương tế bào nội mô và vi huyết khối có thể dẫn đến huyết khối nổi mạch, trong khi tình trạng thiếu oxy mô mạn và tăng áp lực động mạch phổi và sức căng tâm thất có thể tổn thương cơ tim ở người bệnh mắc COVID-19. Hơn nữa, hoạt hóa miễn dịch kéo dài có thể dẫn đến thay đổi xơ và thay thế protein desmosomal có thể dẫn đến rối loạn nhịp. Tình trạng nhiễm vi rút được cho là yếu tố dẫn đến hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng và với thụ thể ACE2 biểu hiện trên các nơ ron, nhiễm vi rút có thể gây hậu quả trực tiếp lên hệ thần kinh tự chủ.

Vi rút SARS-CoV-2 có thể nhiễm vào hệ thần kinh trung ương qua hệ tạo máu hoặc vào tế bào thần kinh qua đường xâm lấn thần kinh. Cơ chế xâm lấn và hệ quả nhiễm hệ thần kinh trung ương có thể giải thích tỉ lệ mới mắc cao của tình trạng viêm thần kinh ở người bệnh mắc COVID-19 và dẫn đến các tổn thương lâu dài với sự liên quan giữa nhiễm vi rút và tình trạng viêm thần kinh mạn với thoái hóa thần kinh và rối loạn tâm sinh lý đang được làm sáng tỏ. SARS-CoV-2 cũng ảnh hưởng vào tính thấm của hàng rào máu não tạo thuận lợi cho các cytokine ngoại biên và các chất dẫn xuất trong máu vào hệ thần kinh trung ương và do đó làm viêm thần kinh nặng hơn. Con đường huyết khối viêm có thể là nguyên nhân của việc tăng tỉ lệ hiện mắc của đột quỵ trong COVID-19 trong khi tình trạng “sương mù não” có thể tiến triển từ rối loạn stress sau chấn thương hoặc mất bù theo sau tình trạng bệnh nguy kịch và chăm sóc tích cực. Bằng chứng cho thấy viêm não trực tiếp do vi rút, viêm hệ thống, rối loạn chức năng cơ quan ngoại biên và thay đổi mạch máu não có thể góp phần vào sự hình thành di chứng dài hạn sau COVID-19.

Biểu hiện của thụ thể ACE2 không nơ ron có thể tạo thuận lợi cho sự xâm nhập của SARS-CoV-2 vào tế bào nâng đỡ khứu giác, tế bào gốc, và các tế bào quanh mạch máu. Tình trạng nhiễm tại chỗ có thể gây ra đáp ứng viêm, hậu quả là làm giảm chức năng của nơ ron cảm giác

khứu giác. Hơn nữa, sự phá hủy tế bào nâng đỡ chịu trách nhiệm cho việc cân bằng nước và điện giải tại chỗ, SARS-CoV-2 có thể làm giảm gián tiếp tín hiệu từ nơ ron cảm giác đến não dẫn đến mất mùi.

Thụ thể ACE2 cũng biểu hiện trên màng chất nhầy của khoang miệng, đặc biệt trên lưỡi, do đó SARS-CoV-2 có đường xâm nhập trực tiếp vào mô khoang miệng dẫn đến tổn thương tế bào và rối loạn chức năng. Hơn thế nữa, SARS-CoV-2 có thể gắn vào thụ thể axit sialic gây ra sự tăng ngưỡng vị giác và dẫn đến thoái hóa phân tử vị giác trước khi nó được phát hiện. Một cơ chế có thể xảy ra khác của rối loạn chức năng vị giác ở người bệnh hậu COVID-19 là sự liên quan chức năng giữa mùi và vị trong đó sự cảm nhận vị bị giảm do rối loạn chức năng khứu giác (mùi) trước đó.

Tổn thương thận có thể xảy ra thông qua vài cơ chế liên quan COVID-19 bao gồm nhiễm trùng và tổn thương phổi và những thay đổi huyết động và giảm oxy máu. Thụ thể ACE2 biểu hiện nhiều trong tụy, có lẽ mức độ cao hơn trong phổi, tuy nhiên cơ chế không rõ tổn thương tụy là kết quả trực tiếp của tình trạng nhiễm vi rút trong tụy hoặc do đáp ứng viêm hệ thống của trong giai đoạn mắc COVID-19. Lách cũng biểu hiện thụ thể ACE2 và có thể trực tiếp bị tấn công bởi vi rút hơn là tình trạng viêm hệ thống là nguyên nhân nguyên phát gây ra tổn thương ở lách. Tình trạng viêm hệ thống mạn thường gặp được quan sát sau việc thanh thải COVID-19 do đó, tình trạng tăng viêm gây ra biến chứng dài hạn trên nhiều cơ quan ở người bệnh hậu COVID.

Ở trẻ em, Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá đây là tình trạng chưa có căn nguyên xác định, kết hợp nhiều yếu tố bao gồm đặc điểm của vi rút, miễn dịch, di chứng sau điều trị hồi sức tích cực.

Các giả thuyết:

- Tình trạng phản ứng viêm mạn tính: Một số nghiên cứu chỉ ra vi rút SARS-CoV-2 xâm nhập và cư trú cả trong đường ruột của trẻ (không phải chỉ ở phổi). Sau khi khỏi bệnh, vi rút vẫn tiếp tục cư trú trong đường ruột và kích thích tạo ra các phản ứng viêm liên tục.
- Tình trạng tăng đông và tắc các vi mạch nhỏ, tổn thương nội mạc mạch máu trong đợt mắc COVID-19 cấp tính gây ra tổn thương cơ quan mạn tính kéo dài. Các tác giả cho biết quá trình tăng đông ở lớp nội mạc động mạch vành gây tình trạng đau ngực kéo dài sau mắc COVID-19.

- Hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em liên quan đến kháng thể IgG “tăng cường miễn dịch” gây kích hoạt tế bào viêm, phóng thích cytokine, gây ra phản ứng viêm quá mức.

Các yếu tố nguy cơ:

Đến nay, chúng ta chưa có yếu tố đặc hiệu nào giúp tiên đoán trẻ sẽ bị hậu COVID-19 sau mắc cấp tính. Một trẻ là F0 với mức độ nhẹ cũng có thể xuất hiện các dấu hiệu của hậu COVID-19. Tuy nhiên, nếu một trẻ mắc COVID-19 cấp tính nguy kịch cần thở máy hoặc chăm sóc ở các đơn vị hồi sức cấp cứu, sẽ dễ bị mắc các triệu chứng như mệt mỏi, yếu cơ, khó thở.

Một số nghiên cứu cũng cho thấy trẻ béo phì, có tiền sử các bệnh dị ứng, bệnh lý mạn tính, trên 6 tuổi, trẻ vị thành niên nữ, có nguy cơ xuất hiện các triệu chứng của hậu COVID-19 cao hơn các nhóm trẻ khác.

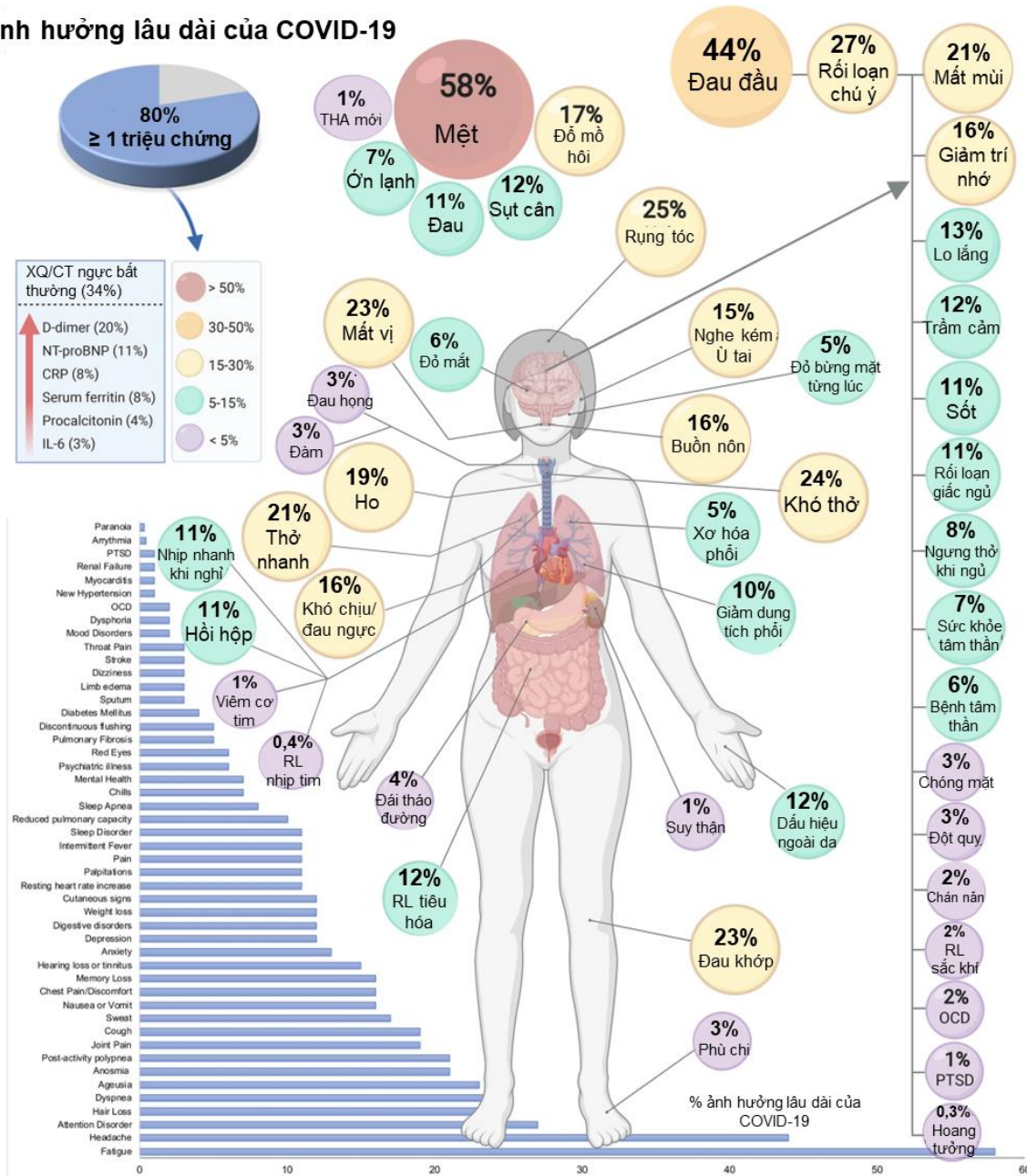
Các triệu chứng trong giai đoạn cấp tính làm tăng nguy cơ biểu hiện hội chứng hậu COVID-19 theo khuyến cáo của Viện Hàn Lâm Nhi Khoa Hoa Kỳ:

- Sốt trên 38⁰C trên 4 ngày.
- Đau cơ, ớn lạnh hoặc li bì trên 1 tuần.
- hoặc bệnh nặng (nằm khoa hồi sức cấp cứu và/hoặc đặt nội khí quản).

4. Đặc điểm lâm sàng

Theo phân tích gộp hệ thống cho thấy 80% người bệnh được chẩn đoán COVID-19 tiếp tục có ít nhất một triệu chứng trong hơn 2 tuần sau giai đoạn cấp, trong đó 5 triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất được báo cáo ở những người bệnh hội chứng hậu COVID bao gồm mệt với tỉ lệ 58%, đau đầu với tỉ lệ 44%, rối loạn chú ý với tỉ lệ 27%, rụng tóc với tỉ lệ 25% và khó thở với tỉ lệ 24%. Những triệu chứng khác liên quan đến bệnh phổi như ho, khó chịu vùng ngực, giảm khả năng khếch tán của phổi, ngưng thở khi ngủ và xơ phổi. Các triệu chứng của hội chứng hậu COVID-19 liên quan đến tim mạch bao gồm: rối loạn nhịp, viêm cơ tim. Các triệu chứng thần kinh là biểu hiện của hội chứng hậu COVID-19 bao gồm sa sút trí tuệ, trầm cảm, lo âu, rối loạn tập trung, rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Ngoài ra còn các triệu chứng không đặc hiệu khác bao gồm rụng tóc, ù tai, vã mồ hôi về đêm.

Ảnh hưởng lâu dài của COVID-19



Hình 2. Ảnh hưởng dài hạn của COVID-19

4.1. Mệt mỏi

Trong các tình trạng sau nhiễm COVID-19, mệt là một trong các biểu hiện phổ biến nhất với tỉ lệ hiện mắc ước đoán sau 5 tuần của những người bệnh đã từng mắc COVID-19 là 11,9%. Mệt mỏi là triệu chứng kéo dài phổ biến bất kể độ nặng của trong giai đoạn cấp của COVID-19, có thể làm giảm năng lượng, động lực và sự tập trung của người bệnh. Theo một phân tích gộp triệu chứng mệt chiếm tỉ lệ 58% và là triệu chứng phổ biến nhất cả trong giai đoạn cấp và hội chứng

hậu COVID-19. Một có thể kéo dài sau 100 ngày kể từ triệu chứng đầu tiên của giai đoạn cấp nhiễm SARS-CoV 2. Bên cạnh đó, với người bệnh đã từng có hội chứng nguy kịch hô hấp cấp được quan sát thấy có triệu chứng mệt kéo dài sau một năm, và hai phần ba người bệnh có hội chứng mệt đáng kể trên lâm sàng.

4.2. Khó thở

Khó thở là triệu chứng phổ biến ở người bệnh sau mắc COVID-19. Tỷ lệ hiện mắc ước tính của triệu chứng khó thở sau mắc COVID-19 sau năm tuần là 4,6% bất kể sự hiện diện của triệu chứng hô hấp cấp hoặc độ nặng của bệnh trong giai đoạn cấp. Những bất thường trong khả năng khuếch tán của CO, tổng dung lượng phổi, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu (FEV1), dung tích sống gắng sức và bất thường đường thở nhỏ được thấy ở người bệnh COVID-19 tại thời điểm xuất viện, khoảng một tháng sau khởi phát triệu chứng cho thấy chức năng phổi ở người bệnh mắc COVID-19 cần thời gian để phục hồi. Vài nghiên cứu báo cáo khó thở là triệu chứng phổ biến sau mắc COVID-19 và có nghiên cứu báo cáo 43,4% trong số 143 người bệnh còn khó thở sau khởi phát COVID tại ngày thứ 60.

4.3. Các bất thường tim mạch

Tổn thương tim và tăng men tim làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong ở người bệnh nhập viện trong giai đoạn mắc COVID-19 cấp tính. Các bất thường tim mạch kéo dài là gánh nặng cho người bệnh hậu COVID-19. Một nghiên cứu đoàn hệ cho thấy tổn thương tim, tình trạng viêm cơ tim tiếp diễn và tăng nồng độ troponin ở người bệnh COVID-19 tại ngày thứ 71 sau chẩn đoán, trong khi phần lớn các báo cáo hàng loạt cho thấy triệu chứng đau ngực có thể do viêm cơ tim là biểu hiện phổ biến ở người bệnh COVID-19 tại ngày 60,3 sau khởi phát triệu chứng COVID-19 với 21,7% trong số 143 người bệnh được báo cáo là có triệu chứng đau ngực. Những đối tượng được xem là có nguy cơ thấp của COVID-19 như trẻ em, vận động viên cũng được phát hiện có tình trạng viêm cơ tim tồn dư sau khi hồi phục COVID-19. Bên cạnh đó các nghiên cứu cũng nhấn mạnh sự xuất hiện của hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng ở những người bệnh sau mắc COVID-19 do sự rối loạn chức năng của hệ thần kinh tự chủ.

Hồi hộp là than phiền phổ biến của người bệnh sau mắc COVID-19, có thể do nhịp nhanh xoang, nhịp nhanh trên thất hoặc rối loạn nhịp thất. Những biểu hiện này không đặc hiệu để chẩn

đoán nhưng cần phải đánh giá cẩn thận vì đây là các triệu chứng làm người bệnh đến khám bệnh. Tuy nhiên những thay đổi mới trên điện tâm đồ tức là không có trước khi mắc COVID-19 thậm chí không hiện diện trong giai đoạn hồi phục thì hiếm khi được mô tả. Thực tế những thay đổi này nên được xem là mới khởi phát chỉ khi có điện tim nền của người bệnh trước khi mắc COVID-19 để so sánh.

Đau ngực là một triệu chứng phổ biến khác ở người bệnh hậu COVID-19, những triệu chứng đau ngực này thường không tương ứng với các dấu hiệu tìm được bởi các phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng.

Hội chứng nhịp nhanh tư thế: khi nhịp tim quá nhanh ở tư thế đứng và triệu chứng của kém dung nạp tư thế đứng kéo dài ít nhất 3 tháng sẽ được chẩn đoán hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng. Chẩn đoán xác định khi có sự tăng lớn hơn 30 nhịp trong một phút ở người lớn hoặc lớn hơn 40 nhịp trong một phút ở người bệnh 12-19 tuổi trong vòng 10 phút khi người bệnh ở tư thế đứng thẳng mà không có sự hiện diện của hạ huyết áp tư thế kèm các triệu chứng kém dung nạp với tư thế.

Suy tim: mặc dù có nhiều bài báo cho rằng suy tim là các biểu hiện lâm sàng có thể gặp của hội chứng hậu COVID-19 nhưng các nghiên cứu ghi nhận các trường hợp suy tim mới khởi phát ở người bệnh hồi phục COVID-19 hiếm gặp. Hầu hết các nghiên cứu, dữ liệu trên người bệnh có bệnh nền suy tim có thể trở nặng sau mắc COVID-19 được báo cáo cùng với các trường hợp suy tim mới chẩn đoán. Maestre-Muniz và cộng sự đã báo cáo suy tim mới khởi phát là 11 trong số các trường hợp người bệnh COVID-19 hồi phục với tỉ lệ là 2%. Bảy người bệnh khác với bệnh nền suy tim mạn đòi hỏi phải lên thang điều trị sau khi mắc COVID-19. Một nghiên cứu khác so sánh các biểu hiện tim mạch ở người bệnh COVID-19 và hội chứng hậu COVID-19 cho thấy trong số các biểu hiện của sau mắc COVID-19 không có suy tim.

Biểu hiện huyết khối tĩnh mạch được ghi nhận ở người bệnh sau mắc COVID-19 trong vòng năm đầu sau hồi phục bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu (2,4%) và thuyên tắc phổi (1,7%). Nên có một chiến lược theo dõi để đánh giá ảnh hưởng của yếu tố nguy cơ tồn dư, tổn thương mạch máu nhỏ và di chứng huyết động học tiềm tàng trong đó có việc đánh giá tưới máu phổi.

Huyết khối động mạch ở những người bệnh không có bệnh lý mạch máu trước đó được mô tả trong những báo cáo trường hợp lâm sàng hoặc báo cáo hàng loạt trường hợp lâm sàng. Biểu hiện của bệnh động mạch vành ở người bệnh hậu COVID-19 có thể là hội chứng vành cấp

ở những người bệnh có nguy cơ thấp và không có bệnh động mạch vành trên chụp mạch vành, huyết khối tại chỗ hay thuyên tắc huyết khối không rõ nguyên nhân cũng được mô tả ở các động mạch ngoại biên, não, lách. Mức độ nặng của đợt nhiễm SARS-CoV 2 cấp tính, điều trị tại khoa chăm sóc tích cực hoặc khoa thường cũng như việc điều trị nhiễm trùng không liên quan với việc xuất hiện các huyết khối.

Viêm cơ tim là vấn đề tranh cãi trong cả COVID-19 và sau mắc COVID-19 chủ yếu do thiếu bằng chứng chẩn đoán chính xác đặc biệt là bằng chứng mô bệnh học. Trong vài nghiên cứu chẩn đoán viêm cơ tim dựa trên sự tăng nồng độ men tim trong máu kết hợp với dấu hiệu phù cơ tim trên MRI.

4.4. Nhận thức và sức khỏe tinh thần

Các nghiên cứu cho thấy khiếm khuyết chức năng nhận thức ở người bệnh COVID-19 cho rằng vi rút có thể gây tổn thương trực tiếp lên não, ảnh hưởng không do miễn dịch như tụt huyết áp, thiếu oxy mô, huyết khối mạch máu và các ảnh hưởng do miễn dịch như thích nghi tự miễn, hoạt hóa tế bào thần kinh đệm và sai lệch của các cytokine. Bên cạnh đó, người bệnh nhập viện vì COVID-19 có nhiều than phiền như bệnh não, suy giảm nhận thức, bệnh mạch máu não, co giật, tổn thương não do thiếu oxy, con đường tín hiệu bó vỏ não gai, giảm tình trạng thần kinh, bệnh lý tâm thần. Những bằng chứng này cho thấy hội chứng thần kinh liên quan với COVID-19 phổ biến, đa dạng, và có thể đặt ra vấn đề sự phục hồi kéo dài và chăm sóc tiếp theo sau giai đoạn phục hồi sau COVID-19. Hiện tại chưa rõ những đối tượng nào bị ảnh hưởng bởi những than phiền nhận thức gây ra bởi COVID-19 và triệu chứng này kéo dài bao lâu, tuy nhiên, người bệnh và các y văn tóm tắt tình trạng sau mắc COVID được miêu tả là “não sương mù” khá phổ biến và là triệu chứng suy nhược.

Bệnh nguy kịch, hội chứng hô hấp cấp nặng và thở máy kéo dài là những ảnh hưởng có tiêu cực lên nhận thức dài hạn. Trước đại dịch COVID-19, nghiên cứu hồi cứu 1040 người bệnh điều trị tại khoa chăm sóc tích cực có suy hô hấp, choáng hoặc cả hai trong thời gian nằm viện, cho thấy 71% người bệnh bị mê sảng kéo dài khoảng 4 tháng sau xuất viện. Một nghiên cứu tương tự cho thấy, tại thời điểm 3 tháng sau xuất viện, 40% người bệnh điều trị tại khoa chăm sóc tích cực có thang điểm nhận thức giống với những người bệnh có chấn thương não mức độ trung bình, trong khi 26% có điểm số tương tự người bệnh Alzheimer nhẹ. Sảng cũng được báo cáo

nhiều, thời gian sáng càng dài liên quan với nhận thức kém hơn. Với nhiều người bệnh COVID-19 cần nhập khoa chăm sóc tích cực và thở máy, suy giảm nhận thức kéo dài và sáng đặt ra vấn đề cần được quan tâm.

Đột quy và đau đầu phổ biến ở những người bệnh hồi phục sau giai đoạn COVID-19 cấp tính, với báo cáo ước lượng tỉ lệ hiện mắc trong 5 tuần của đau đầu là 10,1% ở tất cả người bệnh COVID-19 sống sót. Phản ứng viêm toàn thân quá mức được quan sát ở người bệnh được gọi là bão cytokine, bên cạnh đó sự hoạt hóa tế bào đệm, đưa ra nguy cơ kéo dài cho não và tăng khả năng biểu hiện các bệnh thần kinh như viêm não và đột quy. Tình trạng tăng đông và chuyển hóa tim được tạo thành do tổn thương tim liên quan vì rút là những biểu hiện có thể dẫn đến tăng tỉ lệ mới mắc đột quy sau mắc COVID-19. COVID-19 cũng liên quan với sự tăng nguy cơ của các bệnh thần kinh như hội chứng Guillain-Barre, bệnh thoái hóa thần kinh như Alzheimer.

Đại dịch cũng có tác dụng tiêu cực trên sức khỏe tinh thần với những người bệnh mắc COVID-19 biểu hiện triệu chứng tâm lý kéo dài bao gồm rối loạn stress sau chấn thương (PTSD), trầm cảm, lo âu, và hội chứng ám ảnh cưỡng chế sau giai đoạn hồi phục. Phong tỏa, cách ly và giãn cách xã hội cũng gây ra những tổn thương trên sức khỏe tinh thần và nhận thức. Một bài báo tổng kết cho thấy thời gian một người cách ly càng lâu, kết cục càng xấu cho sức khỏe tinh thần của họ, trong khi thời gian cô lập và không có khả năng làm việc có thể gây ra lo âu, cô đơn, vấn đề về tài chính và cuộc sống trong cơn khủng hoảng sức khỏe của toàn cầu có thể dẫn đến hành vi tránh né và các thay đổi hành vi. Bằng cách đánh giá mối liên quan giữa cô đơn, hoạt động thể lực và sức khỏe tinh thần trước dịch, một nghiên cứu cho thấy những thay đổi tiêu cực của những yếu tố này không chỉ do tình huống trước năm 2020 mà đại dịch gây ra những tác động thêm vào không thuận lợi trên sự cô đơn, hoạt động thể lực và sức khỏe tinh thần. Những người sống trong các đơn vị chăm sóc tập trung là những người dễ sa sút trí tuệ và dễ tổn thương với COVID-19 và các yếu tố ảnh hưởng khác của đại dịch. Những người bệnh sa sút trí tuệ ở trong các cơ sở chăm sóc tập trung được quan sát thấy trở nên trầm cảm hơn, lo lắng hơn, kích động, và cô đơn. Cách ly xã hội kéo dài dẫn đến các đợt nặng hơn của rối loạn hành vi và tâm thần kinh bao gồm lãnh đạm, lo âu, kích động, chán nản và lú lẫn ở những người bệnh sa sút trí tuệ sống trong các cơ sở chăm sóc. Những người bệnh người lớn có nguy cơ cao gấp 2 lần hình thành các rối loạn tâm sinh lý mới được chẩn đoán sau COVID-19 và các rối loạn tâm thần kinh phổ biến nhất bao gồm rối loạn lo âu, mất ngủ và sa sút trí tuệ.

Mất ngủ cũng là triệu chứng phổ biến sau giai đoạn hồi phục của COVID-19. Nhiều nghiên cứu cho thấy chất lượng giấc ngủ kém và rối loạn giấc ngủ thường gặp theo sau giai đoạn hồi phục của giai đoạn cấp tính. Một nghiên cứu hồi cứu từ các dữ liệu y khoa của người bệnh COVID-19 điều trị tại Seoul Hàn Quốc cho thấy sau các thuốc kê đơn để điều trị sốt, ho, chảy mũi, các thuốc điều trị vấn đề giấc ngủ là thuốc thường được kê toa nhất tiếp theo. Sự hiểu biết về tử vong do bệnh COVID-19 cũng gây ra ảnh hưởng tiêu cực lên chất lượng giấc ngủ, stress, lo âu và các cảm xúc tiêu cực khác và vấn đề giấc ngủ cho thấy sự liên quan với tình trạng cô đơn liên quan COVID-19.

4.5. Rối loạn chức năng khứu giác và vị giác

Bất thường mùi và vị được báo cáo kéo dài dai dẳng sau giai đoạn hồi phục COVID-19. Tỷ lệ hiện mắc ước tính trong 5 tuần của mất khứu giác và mất vị giác lần lượt là 7,9% và 8,2% ở tất cả người bệnh đã từng mắc COVID-19. Nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ hiện mắc của rối loạn chức năng khứu giác và vị giác thay đổi từ 11% đến 45,1% ở đoàn hệ người bệnh hồi phục từ giai đoạn COVID cấp tính.

4.6. Các biểu hiện phổ biến khác

Mắc COVID-19 có thể dẫn đến suy giảm chức năng đa cơ quan ở những cá thể có dù mắc COVID-19 nhẹ hoặc nặng. Các nghiên cứu cho thấy sự hiện diện của tổn thương thận cấp ở những người bệnh xuất viện hồi phục sau COVID-19. Mặc dù ảnh hưởng lâu dài của COVID-19 trên thận chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn, một nghiên cứu đánh chức năng thận ở người bệnh COVID-19 cho thấy 35% suy giảm chức năng thận tại tháng thứ 6 sau xuất viện.

Trong giai đoạn cấp, viêm tụy được khởi phát bởi SARS-CoV-2 được thấy ở người bệnh COVID-19 khi nồng độ amylase và lipase trong huyết thanh cao hơn ở những người bệnh nặng khi so với những người bệnh nhẹ và hình ảnh cắt lớp vi tính cho thấy tổn thương tụy. Một nghiên cứu cắt ngang cho thấy 40% người bệnh COVID-19 có nguy cơ bệnh lý tụy, đánh giá 141 ngày sau nhiễm có tình trạng suy giảm chức năng tụy nhẹ. Sự suy giảm này liên quan với tiêu chảy, sốt, đau đầu, và khó thở. Nghiên cứu các trường hợp sau tử vong nhấn mạnh ảnh hưởng của COVID-19 trên lách bao gồm teo các hóc lympho, giảm tế bào lympho T và B dẫn đến giảm lympho máu và các biến cố thuyên tắc như nhồi máu. Một nghiên cứu cắt ngang cho thấy suy giảm chức năng nhẹ của lách trong 4% ở những người bệnh được đánh giá tại ngày thứ 141 sau

khi đã thanh thải hết COVID-19. Các cơ quan và mô khác như gan, đường tiêu hóa, cơ, và mạch máu đều có biểu hiện thụ thể ACE2 và dễ nhạy cảm với tình trạng tổn thương trực tiếp của SARS-CoV-2 và ảnh hưởng gián tiếp thông qua sự tăng tình trạng viêm hệ thống.

5. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ cho COVID-19 nặng và nhập viện và yếu tố nguy cơ tử vong do COVID-19 bao gồm lớn tuổi, giới nam, chủng tộc không phải da trắng, bệnh nền có sẵn như béo phì, bệnh tim mạch, bệnh hô hấp và tăng huyết áp. Sự liên hệ giữa nguy cơ nặng của COVID-19 và nguy cơ sau mắc COVID-19 từ đó đưa ra vai trò của ức chế miễn dịch vẫn còn tranh cãi. Sự ức chế miễn dịch có thể các hiệu quả bảo vệ chống lại tác động lâu dài của tình trạng mắc COVID-19 tuy nhiên những bằng chứng này còn tranh cãi.

Các yếu tố nguy cơ cho sự phát triển của tình trạng sau mắc COVID-19 ít được đánh giá đúng. Để tìm ra các đặc điểm liên quan với triệu chứng COVID-19 kéo dài, 274 người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 không nhập viện được phỏng vấn vào ngày thứ 14 và 21 sau xét nghiệm dương tính. Yếu tố nguy cơ không liên quan tình trạng sức khỏe bình thường bao gồm tuổi ($p = 0,01$), với nhóm tuổi lớn hơn hay bằng 50 tuổi có chỉ số chênh cao nhất, số bệnh nền có sẵn với số bệnh nền càng nhiều có tỉ số chênh cao hơn cho việc không trở về tình trạng sức khỏe trước đây. Với những bệnh nền thì tăng huyết áp có tỉ số chênh $OR = 1,3$ với $p = 0,018$; béo phì có $OR = 2,31$ với $p = 0,002$, bệnh tâm thần có $OR = 2,32$ với $p = 0,007$.

Nghiên cứu cắt ngang xác định mối liên quan giữa mức độ nặng của tình trạng nhiễm SARS-CoV 2 cấp và biểu hiện sau hồi phục ở những người bệnh đã bị nhiễm SARS-CoV 2 cho thấy mức độ nặng trong giai đoạn cấp tính có thể chuyển thành sự phát triển của nhiều triệu chứng nặng của tình trạng sau mắc COVID-19. Một nghiên cứu đoàn hệ cho thấy người bệnh với nhiều hơn năm triệu chứng trong giai đoạn khởi phát COVID-19 và những người bệnh cần nhập viện để phát triển thành triệu chứng sau mắc COVID-19 hơn.

Mặc dù vài yếu tố chắc chắn có thể làm tăng nguy cơ của cả độ nặng của COVID-19 và tình trạng sau mắc COVID-19, một số yếu tố liên quan với COVID-19 không những làm tăng nguy cơ cho hậu COVID-19. Giới nam và lớn tuổi liên quan với sự tăng nguy cơ COVID-19 nặng tuy nhiên báo cáo của cơ quan thống kê tại Anh tỉ lệ hiện mắc của bất kì triệu chứng sau mắc COVID-19 nào cũng cao hơn ở nữ khi so với nam (23,6% so với 20,7%), trong khi nhóm tuổi ước tính bị

ảnh hưởng nhiều nhất bởi triệu chứng sau mắc COVID-19 là 35-49 tuổi với 26,8%, theo sau bởi nhóm 50-69 tuổi với tỉ lệ 26,1% và nhóm lớn hơn hay bằng 70 tuổi là 18%. Hơn nữa, một nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu đánh giá người bệnh hồi phục không có đặc điểm lâm sàng nền tảng với sự phát triển các triệu chứng tình trạng sau mắc COVID-19 sau đó. Giới nam, tuổi và bệnh nền bao gồm béo phì, đái tháo đường, bệnh tim mạch cho thấy không có sự liên quan với yếu tố nguy cơ phát triển tình trạng sau mắc COVID-19. Tuy nhiên, bệnh nền hen được cho thấy là có mối liên quan rõ rệt với tình trạng sau mắc COVID-19.

6. Cận lâm sàng

NICE khuyến cáo rằng triệu chứng khó thở có thể được đánh giá bằng cách sử dụng xét nghiệm đánh giá sức chịu đựng gắng sức phù hợp với khả năng của mỗi người, chẳng hạn như nghiệm pháp từ ngồi sang đứng trong một phút. Hơn nữa hướng dẫn này cũng khuyến cáo người bệnh còn triệu chứng hô hấp tiếp diễn cần chụp X-quang ngực tại tuần thứ 12 sau nhiễm. Nồng độ oxy máu có thể được đánh giá bằng máy đo SpO₂. Bất thường trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở 35% người bệnh thậm chí kéo dài sau 60 đến 100 ngày kể từ khi khởi phát triệu chứng. Trong một nghiên cứu theo dõi tại Trung Quốc thực hiện trên những trường hợp người bệnh nhập viện không nguy kịch vì COVID-19, những thay đổi trên X-quang tồn tại kéo dài trong gần hai phần ba người bệnh sau xuất viện 90 ngày. Mặc dù hầu hết các nghiên cứu đều không bao gồm những rối loạn chức năng phổi trước đó của người bệnh hoặc bất thường trên X-quang, các dấu hiệu cho thấy có những cải thiện hoặc sự thoái lui các bất thường trên chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. Những bất thường trên chức năng phổi như giảm khả năng khuếch tán carbon monoxide hiện diện trong 10% người bệnh trong phân tích gộp này. Hướng dẫn của NICE trên tình trạng sau mắc COVID-19 cho thấy các xét nghiệm gắng sức có thể được thực hiện để đánh giá chức năng tim trong khi huyết áp, tần số tim ở tư thế nằm và tư thế đứng nên được thực hiện nếu nghi ngờ hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng.

Người bệnh sau hồi phục COVID-19 có thể có những biểu hiện của tình trạng rối loạn chức năng tim hoặc tổn thương cơ tim. Do đó các xét nghiệm và hình ảnh học có thể được áp dụng phụ thuộc vào biểu hiện lâm sàng của người bệnh nhằm xác định các triệu chứng sau mắc COVID-19 liên quan đến tim mạch. Phương tiện hình ảnh học được sử dụng nhiều nhất là siêu âm tim qua thành ngực giúp cung cấp các thông tin về chức năng tim. Sức căng theo chiều dọc

toàn bộ (GLS) được đánh giá bằng siêu âm tim đánh dấu mô cũng là phương pháp quan trọng để đánh giá chức năng thất trái ở mức toàn thể hoặc từng vùng. Đây là phương pháp nhạy hơn để nhận biết các rối loạn cơ tim khi so sánh với phân suất tổng máu thất trái. Một phương pháp khác cung cấp nhiều thông tin là cộng hưởng từ tim tuy nhiên cộng hưởng từ tim thường không có sẵn và chi phí cao và cần dùng chất tương phản. Siêu âm tim truyền thống thường không cho thấy các thay đổi đáng kể về chức năng tâm thu thất trái và kích thước thất trái ở người bệnh COVID-19 nhẹ hoặc trung bình. Theo một nghiên cứu ở Trung Quốc có 78,3% người bệnh mắc COVID-19 nhẹ và 98% người bệnh COVID-19 nặng, một số thông số siêu âm tim cho thấy sai lệch. Chẳng hạn như, vận động vùng thất trái bất thường và thất trái dày nhẹ đặc biệt là vách liên thất. Những người bệnh nặng siêu âm tim cho thấy có phân suất tổng máu thất trái thấp hơn. Những thay đổi này tương quan với mức độ tăng nồng độ các chỉ dấu sinh học như men tim Troponin I, peptide lợi niệu NT-proBNP, SpO₂ và các chỉ dấu viêm như CRP và cytokines. Mặc dù những bất thường trên siêu âm tim truyền thống được thấy ở hầu hết người bệnh COVID-19 nặng, sức căng theo chiều dọc có thể xác định những trường hợp rối loạn chức năng cơ tim dưới lâm sàng. Tuy nhiên, việc đo sức căng theo chiều dọc toàn bộ giúp chẩn đoán sớm các tổn thương cơ tim thậm chí trước khi chức năng tâm thu thất trái giảm. Những nghiên cứu cho thấy sự giảm sức căng theo chiều dọc toàn bộ thất trái thường gặp, xảy ra trong khoảng 80% người bệnh trong khi các thông số chức năng thất trái như giảm phân suất tổng máu thất trái và rối loạn vận động vùng ít gặp hơn. Siêu âm tim đánh dấu mô hai chiều là một phương pháp đánh giá chức năng cơ tim ở mức độ toàn thể và vùng, cho thấy phần trăm biến dạng giữa hai điểm trong cơ tim. Nghiên cứu ở người bệnh COVID-19 cho thấy bất thường sức căng theo chiều dọc toàn thể liên quan ưu thế đoạn đáy vách và đáy bên của thất trái. Đặc điểm này gợi ý đặc điểm hình thái của Takotsubo ngược và không điển hình cho những trường hợp viêm cơ tim do vi rút. Sự giảm sức căng theo chiều dọc toàn thể thất trái thường hồi phục với các thông số phục hồi sau từ 1 đến 3 tháng.

Cộng hưởng từ tim (CMR) là tiêu chuẩn vàng hiện tại để đánh giá hình thái và chức năng tim. Cộng hưởng từ tim có độ nhạy cao hơn trong việc phát hiện các rối loạn chức năng tim tắc nghẽn hơn là men tim Troponin siêu nhạy. Với kỹ thuật lập bản đồ, như T1, T2, thể tích ngoại bào, bắt thuốc Gadolinium muộn, phương pháp này có thể đánh giá số lượng khuếch tán, xơ hóa cơ tim cục bộ và phù. Một nghiên cứu tại Frankfurt với 100 người bệnh hồi phục sau mắc COVID-19 cho thấy có 78% người bệnh có bất thường trên cộng hưởng từ tim bao gồm phân

suất tổng máu thất trái giảm, thể tích thất trái tăng, tăng tín hiệu T1 và T2 trên bản đồ góc mô tả tình trạng phù và những thay đổi trong bắt thuốc Gadolinium muộn biểu hiện xơ cơ tim. Sinh thiết cơ tim được thực hiện ở những người bệnh có những thay đổi nặng và có tình trạng viêm nặng.

Do cơ chế bệnh sinh tình trạng tăng đông trong hội chứng COVID-19 và có thể kéo dài sau khi người bệnh đã khỏi bệnh. Những biểu hiện lâm sàng của các biến cố thuyên tắc huyết khối có thể cả động mạch và tĩnh mạch.

Trong hướng dẫn của Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ các xét nghiệm được đề nghị thực hiện ở những người bệnh sau mắc COVID-19 bao gồm các xét nghiệm cơ bản và các xét nghiệm chuyên sâu.

Bảng 1. Các xét nghiệm chẩn đoán cơ bản cho người bệnh hội chứng hậu COVID-19

Phân loại	Xét nghiệm
Công thức máu, điện giải và chức năng thận	Công thức máu toàn bộ có thể xét nghiệm sắt để theo dõi, bộ chuyển hóa cơ bản, phân tích nước tiểu
Chức năng gan	Các xét nghiệm chức năng gan và bộ chuyển hóa toàn bộ
Các chỉ dấu viêm	CRP, tốc độ máu lắng, ferritin
Chức năng tuyến giáp	TSH và T4 tự do
Thiếu hụt vitamin	Vitamin D, vitamin B12

Bảng 2. Các xét nghiệm chẩn đoán chuyên sâu cho người bệnh hội chứng hậu COVID-19

Phân loại	Xét nghiệm
Bệnh lý khớp	Kháng thể kháng nhân ANA, yếu tố thấp RF, peptide kháng vòng citrullinated, anti-cardiolipin, creatinine phosphokinase
Rối loạn đông máu	D-dimer, fibrinogen
Tổn thương cơ tim	Troponin
Phân biệt triệu chứng do tim và do phổi	Peptide lợi niệu natri tít B (BNP)

7. Điều trị

Các hướng dẫn điều trị tập trung vào việc điều trị và quản lý người bệnh sau mắc COVID-19 hoặc đã bao gồm các khuyến cáo cho việc điều trị tình trạng sau mắc COVID-19 trong hướng dẫn điều trị COVID-19. Các hướng dẫn điều trị khuyến cáo cách chẩn đoán, phân loại và điều trị người bệnh hậu COVID-19. Việc đánh giá toàn diện, tiếp cận chẩn đoán và điều trị được đề xuất bởi NICE. Trong tháng 1 năm 2021, Tổ chức Y Tế Thế Giới cũng cập nhật hướng dẫn COVID-19 bao gồm một chương mới tập trung vấn đề chăm sóc người bệnh sau mắc COVID-19. Tương tự viện sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ cũng cho ra ấn phẩm hướng dẫn điều trị COVID-19 nhưng hướng dẫn điều trị tình trạng sau mắc COVID-19 còn ít.

7.1. Các triệu chứng tại phổi

Mayo Clinic đề nghị triệu chứng khó thở có thể tự điều trị bằng cách giới hạn các yếu tố làm khó thở nặng hơn bao gồm ngưng hút thuốc lá, tránh các khí thải ô nhiễm, tránh ở trong môi trường quá nóng hay quá lạnh và gắng sức, tuy nhiên khó thở mạn tính có thể đòi hỏi các biện pháp can thiệp chuyên sâu. Chiến lược điều trị không dùng thuốc cho triệu chứng khó thở bao gồm gắng sức hô hấp, phục hồi chức năng phổi và duy trì tư thế tối ưu của cơ thể để giải phóng tư thế. Trong khi đó, một phân tích gộp cho thấy corticosteroid đường uống có thể được dùng để điều trị khó thở, do đó nhóm thuốc này cho thấy sự hữu ích cho việc điều trị triệu chứng khó thở ở những người bệnh sau mắc COVID-19.

Người bệnh xơ phổi sau COVID-19 nên được quản lý theo hướng dẫn của NICE trên xơ phổi nguyên phát, trong đó các biện pháp điều trị chống xơ hóa có thể có lợi. Đợt cấp của viêm phế quản nên được điều trị với kháng sinh cùng với các biện pháp điều trị khác như làm sạch đường thở. Phục hồi chức năng thích ứng bao gồm động tác kéo, xoay cơ thể, bấm huyết và xoa bóp cũng cho thấy có lợi trên triệu chứng hô hấp ở người bệnh COVID-19 nhẹ trong một số thử nghiệm lâm sàng nhỏ.

7.2. Các triệu chứng tim mạch

Hướng dẫn điều trị của NICE khuyến cáo thuốc chẹn β cho một số triệu chứng tim mạch bao gồm đau ngực, rối loạn nhịp tim và hội chứng vành cấp, do đó thuốc chẹn β có thể hữu ích trong việc điều trị các biểu hiện tim mạch của tình trạng sau mắc COVID-19. Viêm cơ tim có thể

tự khỏi tự nhiên theo thời gian, tuy nhiên việc điều trị hỗ trợ và điều hòa miễn dịch có thể cải thiện sự hồi phục. Một tổng quan hệ thống cũng cho thấy kháng đông có thể hữu ích trong việc giảm nguy cơ liên quan với tăng đông. Trong khi đó, giáo dục và những lời khuyên, các tác nhân duy trì trương lực mạch máu và tác nhân điều trị hội chứng cũng được nêu ra trong thử nghiệm lâm sàng và thảo luận trong một tổng quan là có lợi để điều trị hội chứng nhịp nhanh tư thế đứng.

7.3. Mệt, các triệu chứng nhận thức và tâm thần kinh

Mệt mạn tính là biểu hiện lâm sàng phổ biến của hội chứng hậu COVID-19. NICE khuyến cáo việc tự điều trị và hỗ trợ là điểm quan trọng trong việc điều trị mệt do hiện nay chưa rõ các biện pháp điều trị đặc hiệu. Một tình trạng có thể chồng lấp với mệt trong hội chứng hậu COVID-19 là viêm não tủy hay là hội chứng mệt mạn tính do đó lưu đồ điều trị bệnh viêm não tủy sống hay hội chứng mệt mạn tính cho thấy có lợi trong việc điều trị mệt trong hội chứng hậu COVID-19. NICE cũng có những hướng dẫn riêng biệt để tiếp cận và điều trị người bệnh mệt mạn tính bao gồm liệu pháp nhận thức hành vi và liệu pháp gắng sức có mức độ. Những thử nghiệm lâm sàng cho thấy liệu pháp nhận thức hành vi có lợi trong việc điều trị mệt mạn tính tuy nhiên kết luận từ thử nghiệm lâm sàng này mâu thuẫn với một phân tích trong tổng quan Cochrane là hiệu quả của liệu pháp và cho thấy tỉ lệ tác dụng phụ cao. Phân tích lại nghiên cứu cho thấy nếu một thử nghiệm của thuốc hoặc phẫu thuật cho thấy tỉ lệ của tác dụng phụ cao thì thuốc hoặc phẫu thuật không được chấp nhận như là một lựa chọn điều trị an toàn do đó, liệu pháp nhận thức hành vi nên được cân nhắc kĩ lưỡng.

Một chiến lược điều trị khác để điều trị mệt là thích nghi tốc độ trong đó người bệnh thực hiện các nhiệm vụ và hoạt động để tránh gắng sức và làm khởi phát mệt. Hướng dẫn của NICE để điều trị hội chứng mệt mạn tính mô tả tốc độ như là một chiến lược tự điều trị tuy nhiên hướng dẫn và giáo dục từ nhân viên y tế có thể hữu ích cho người bệnh. Bằng chứng từ những thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng cho thấy tính hữu ích của liệu pháp tốc độ trong việc điều trị mệt chưa thấy rõ.

Ứng dụng liệu pháp nhóm thông qua họp qua cuộc gọi có hình ảnh ở những người có vấn đề tâm lý trong đại dịch COVID-19 cho thấy kết quả hứa hẹn với nghiên cứu ban đầu cho thấy cải thiện triệu chứng tâm thần kinh và tự nhận nhận thức, tuy nhiên một bài tổng quan đưa ra những thông tin cho thấy liệu pháp nhận thức hành vi không hiệu quả trong việc giảm triệu chứng

mệt của hội chứng hậu COVID-19 với chỉ 10% người bệnh tham gia có cải thiện có ý nghĩa trên lâm sàng.

Liệu pháp gắng sức có mức độ là một kế hoạch can thiệp có cấu trúc bao gồm các hoạt động thể lực có mục tiêu điều trị. Một tổng quan hệ thống của liệu pháp gắng sức để điều trị hội chứng mệt mạn kết luận những bệnh nhân có triệu chứng mệt mạn tính nhìn chung cảm thấy ít mệt hơn và cải thiện giấc ngủ và hoạt động thể lực sau khi hoàn thành liệu pháp gắng sức đến một mức độ cao hơn hơn là theo chương trình hoặc thích nghi tốc độ hoặc lắng nghe hỗ trợ. Hướng dẫn của NICE về điều trị mệt mạn khuyến cáo liệu pháp gắng sức có mức độ, tuy nhiên trong hướng dẫn được xuất bản tháng 7 năm 2020 NICE đưa ra khuyến cáo thận trọng khi thực hiện liệu pháp gắng sức có mức độ cho người bệnh hồi phục từ COVID-19, cho thấy rằng hướng dẫn hiện tại được cập nhật và những khuyến cáo này có lẽ thay đổi. Hướng dẫn theo những vấn đề quan tâm hơn là những tác dụng ngoại ý của liệu pháp gắng sức có mức độ bao gồm mệt mỏi sau gắng sức.

Bằng chứng đặc hiệu cho COVID-19 còn thiếu do đó, suy giảm nhận thức nên được điều trị với việc hỗ trợ bao gồm các dụng cụ tầm soát được chuẩn hóa, dụng cụ mục tiêu cần đạt. Quản lý suy giảm nhận thức đòi hỏi tiếp cận toàn diện tuy nhiên, người bệnh nên được khuyên rằng hầu hết người bệnh dần phục hồi tình trạng suy giảm nhận thức sau bệnh nguy kịch. Tiếp cận toàn diện để điều trị với chuyên gia bao gồm vật lý trị liệu ngôn ngữ và lời nói, và nghề nghiệp nhằm mục đích thay đổi nhận thức. Bệnh viện Mayo clinic khuyến cáo các chiến lược để điều trị tình trạng “não sương mù” bao gồm lập lại gắng sức, theo dấu những yếu tố ảnh hưởng khiếm khuyết và sử dụng chiến lược đối đầu và giải phóng stress. Do đó, các thuốc bao gồm methylphenidate, donepezil, modadinil và memantine có thể được xem xét. Những điều trị đặc hiệu cho hội chứng hậu COVID-19 như luteolin, flavonoid tự nhiên có thể làm giảm tình trạng suy giảm nhận thức do ức chế các dưỡng bào và tế bào thần kinh đệm tuy nhiên cần các thử nghiệm lâm sàng để khẳng định.

Rối loạn giấc ngủ có thể được điều trị bởi các hướng dẫn về mất ngủ hiện tại và mức độ điều trị có thể được xem xét. Người bệnh với các vấn đề sức khỏe tinh thần sau hội chứng hậu COVID-19 có thể được điều trị theo các hướng dẫn điều trị hiện hành như trầm cảm, lo âu, hội chứng stress sau chấn thương, rối loạn ám ảnh cưỡng chế. Những người bệnh được chăm sóc tại các viện điều dưỡng như sa sút trí tuệ mắc phải sau mắc COVID-19 đòi hỏi các biện pháp điều

trị thêm vào bệnh lý nền. Thảo luận vấn đề sức khỏe tinh thần với người bệnh đòi hỏi sự thấu hiểu và thấu cảm.

7.4. Điều trị các rối loạn chức năng khác

Bằng chứng hiện tại của hồi phục chức năng thận sau COVID-19 chưa nhiều, do đó cần thận trọng việc theo dõi sớm và sát với các bác sĩ thận học cho thấy có lợi, những người bệnh có suy giảm chức năng thận sau COVID-19 có thể hưởng lợi ích từ việc theo dõi sớm và liên tục. COVID-19 có thể làm phá vỡ và thay đổi hệ vi khuẩn thường trú trong ruột làm tăng nguy cơ nhiễm trùng cơ hội. COVID-19 liên quan với tình trạng viêm tuyến giáp phá hủy dẫn đến cường giáp và cần điều trị với corticosteroid. Nhìn chung, việc theo dõi sát người bệnh có hội chứng hậu COVID-19 và có các kế hoạch thích hợp nên được ứng dụng để chẩn đoán sớm và điều trị triệu chứng đặc hiệu cho người bệnh.

Tóm lại, tình trạng sau mắc COVID-19 là một hội chứng phức tạp, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Việc chẩn đoán cần phải có thời gian, thăm khám tỉ mỉ. Người mắc bệnh COVID-19 có thể bị những triệu chứng này kéo dài từ vài tuần, thậm chí đến vài tháng. Điều này tác động đến sức khỏe thể chất và tâm thần của người mắc hội chứng hậu COVID-19, giảm chất lượng sống, giảm sức lao động là điều khó tránh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. 2021. *Post COVID-19 condition (Long COVID)* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.who.int/srilanka/news/detail/16-10-2021-post-COVID-19-condition> [Accessed].
2. Centers, F. D. C. a. P. 2021. *Post-COVID conditions* [Online]. Centers for Disease Control and Prevention. Available: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html> [Accessed].
3. National, I. F. H. a. C. E. 2021. *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19* [Online]. National Institute for Health and Care Excellence. Available: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng188> [Accessed].
4. Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27(4), 601-615.
5. Carfi, A., Bernabei, R., Landi, F., et al. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA*, 324(6), 603-605.
6. Nabavi, N. (2020). Long COVID: how to define it and how to manage it. *BMJ*, 370(m3489).

7. Sudre, C. H., Murray, B., Varsavsky, T., et al. (2020). Attributes and predictors of Long-COVID: analysis of COVID cases and their symptoms collected by the COVID Symptoms Study App. *medRxiv*, 2020.10.19.20214494.
8. Halpin, S. J., Mcivor, C., Whyatt, G., et al. (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation. *Journal of Medical Virology*, 93(2), 1013-1022.
9. Carvalho-Schneider, C., Laurent, E., Lemaigen, A., et al. (2021). Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(2), 258-263.
10. Chopra, V., Flanders, S. A., O'malley, M., et al. (2021). Sixty-Day Outcomes Among Patients Hospitalized With COVID-19. *Annals of Internal Medicine*, 174(4), 576-578.
11. Arnold, D. T., Hamilton, F. W., Milne, A., et al. (2021). Patient outcomes after hospitalisation with COVID-19 and implications for follow-up: results from a prospective UK cohort. *Thorax*, 76(4), 399-401.
12. Moreno-Pérez, O., Merino, E., Leon-Ramirez, J.-M., et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. Incidence and risk factors: a Mediterranean cohort study. *Journal of Infection*, 82(3), 378-383.
13. Garrigues, E., Janvier, P., Kherabi, Y., et al. (2020). Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *Journal of Infection*, 81(6), e4-e6.
14. Huang, C., Huang, L., Wang, Y., et al. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*, 397(10270), 220-232.
15. Colafrancesco, S., Alessandri, C., Conti, F., et al. (2020). COVID-19 gone bad: a new character in the spectrum of the hyperferritinemic syndrome? *Autoimmunity Reviews*, 19(7), 102573.
16. Tay, M. Z., Poh, C. M., Rénia, L., et al. (2020). The trinity of COVID-19: immunity, inflammation and intervention. *Nature Reviews Immunology*, 20(6), 363-374.
17. Biehl, M. & Sese, D. (2020). Post-intensive care syndrome and COVID-19 - Implications post pandemic. *Cleveland Clinic journal of medicine*.
18. Lan, L., Xu, D., Ye, G., et al. (2020). Positive RT-PCR test results in patients recovered from COVID-19. *JAMA*, 323(15), 1502-1503.
19. Wu, F., Wang, A., Liu, M., et al. (2020). Neutralizing antibody responses to SARS-CoV-2 in a COVID-19 recovered patient cohort and their implications. *medRxiv*, 2020.03.30.20047365.
20. Forte, G., Favieri, F., Tambelli, R., et al. (2020). COVID-19 pandemic in the Italian population: validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4151.

CHƯƠNG 2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ HÔ HẤP SAU MẮC COVID-19

1. Tổng quan

Đại dịch COVID-19 đang gây ảnh hưởng nghiêm trọng cho toàn thế giới. Ngay cả khi khỏi bệnh, người bệnh vẫn có thể gặp phải nhiều triệu chứng trong hậu COVID-19. Ước đoán có khoảng 10 - 35% người bệnh gặp phải các vấn đề sức khỏe hậu COVID-19. Triệu chứng hậu COVID-19 rất đa dạng bao gồm ho, sốt nhẹ, mệt mỏi. Những triệu chứng khác có thể gặp như khó thở, đau ngực, tim đập nhanh, các triệu chứng về tiêu hóa, đau đầu, mỏi cơ, rụng tóc, lo âu.

Mặc dù COVID-19 có thể có các tác động trên nhiều hệ thống cơ quan, COVID-19 vẫn chủ yếu là một bệnh đường hô hấp. Đã có nhiều hậu quả trên hệ hô hấp dài hạn được ghi nhận sau mắc COVID-19, như ho kéo dài, khó thở, lệ thuộc oxy, lệ thuộc vào máy thở, suy giảm chức năng phổi và bệnh phổi kẽ.

Nhóm người bệnh có nguy cơ cao hơn bị các vấn đề hô hấp sau mắc COVID-19

- Lớn tuổi (> 60 tuổi).
- Có bệnh nền (Tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, ung thư đang hoạt động, bệnh thận mạn,...).
- Có bệnh phổi mạn trước đó (COPD, hen phế quản, bệnh phổi kẽ,...).
- Người bệnh được thông khí cơ học (xâm lấn hoặc không xâm lấn), thở HFNC (High Flow Nasal Cannula) trong lúc nằm viện vì COVID-19.
- Cần thở oxy tại nhà sau xuất viện.

Nhóm người bệnh này cần được theo dõi cẩn thận và điều trị ở bệnh viện chuyên khoa khi cần.

2. Dịch tễ học

Triệu chứng hô hấp phổ biến sau mắc COVID-19 là khó thở, có thể gặp ở 22,9% –53% người bệnh trong 2 tháng sau khi khởi phát triệu chứng COVID-19 cấp tính. Mắc COVID-19 có thể dẫn đến những thay đổi sinh lý phổi lâu dài. Phụ thuộc vào oxy đã được báo cáo ở 6,6% số người sống sót sau khi xuất viện. Cai thở máy sau một tháng theo dõi chỉ thành công ở 48% người bệnh mở khí quản. Các bất thường về chức năng phổi cũng đã được báo cáo. Trong một nghiên cứu với thời gian theo dõi 3 tháng cho thấy những bất thường chức năng phổi ở 25% người bệnh,

trong đó phổ biến nhất là giảm khả năng khuếch tán carbon monoxide (DLCO) (16%), rối loạn thông khí hạn chế. Những bất thường về hình ảnh X-quang cũng vẫn tồn tại ở một số lượng đáng kể người bệnh đã khỏi COVID-19. Khi được đánh giá 3 tháng sau khi xuất viện sau khi bị viêm phổi do COVID-19 nặng, 81% có phát hiện bất thường trên CT ngực. Các bệnh cảnh lâm sàng thường gặp như ho kéo dài, bệnh phổi kẽ hậu COVID-19 (như viêm phổi tổ chức hóa, xơ phổi), thuyên tắc phổi; trong khi tổn thương tạo hang, bệnh đường thở nhỏ và tăng áp động mạch phổi hiếm gặp hơn.

3. Cơ chế bệnh sinh

Mặc dù cơ chế chính xác gây ra các hậu quả lâu dài của mắc COVID-19 trên hệ hô hấp vẫn chưa hoàn toàn được hiểu rõ, nhưng có một số cơ chế có thể giải thích COVID-19 gây ra các hậu quả lâu dài trên hệ hô hấp. Nhiều thay đổi xảy ra do nhiễm trùng cấp tính có thể thúc đẩy quá trình xơ hóa và dẫn đến các di chứng lâu dài. Sự xâm nhập trực tiếp của vi rút vào các tế bào, đặc biệt là các tế bào biểu mô phế nang loại II gây mất ổn định hàng rào biểu mô, dẫn đến chết tế bào, do đó dẫn đến gia tăng các cytokine tiền viêm. Kết quả là tổn thương phế nang lan tỏa và các cytokine lôi kéo các tế bào lympho, đại thực bào và bạch cầu trung tính, những tế bào này thu hút các nguyên bào sợi và cuối cùng dẫn đến xơ hóa. Ngoài tổn thương trực tiếp nhu mô phổi, tổn thương mạch máu phổi cũng đã được mô tả, đã có những báo cáo về vi huyết khối trong các mạch máu nhỏ của hệ mạch phổi. Ngoài ra còn có các chấn thương do thông khí cơ học (Volutrauma/ atelectrauma, Barotrauma, Biotrauma), do hậu quả của liệu pháp được sử dụng để điều trị bệnh.

4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng hô hấp sau giai đoạn COVID-19 cấp tính: Ho khan, ho đàm, khó thở (đặc biệt khi gắng sức), sốt, ran ở phổi.

Khi đánh giá bất kỳ người bệnh hậu COVID-19, bác sĩ cần lưu ý về các hậu quả quan trọng trên hệ hô hấp:

- Khó thở dai dẳng.
- Viêm phổi / tạo hang phổi.
- Bệnh phổi kẽ dai dẳng.

- Suy giảm chức năng phổi.
- Các biến chứng của đặt nội khí quản / thông khí kéo dài, bao gồm ho kéo dài, khàn giọng...

Chẩn đoán phân biệt với các triệu chứng lâm sàng thông thường và các dấu hiệu liên quan đến hệ thống tim mạch hô hấp trong giai đoạn sau mắc COVID-19 cấp tính

Triệu chứng/dấu hiệu lâm sàng	Những chẩn đoán nghi ngờ *
Khó thở cấp tính / giảm oxy máu / suy hô hấp	Nhồi máu cơ tim Thuyên tắc huyết khối phổi Tràn khí màng phổi
Đau ngực cấp tính	Nhồi máu cơ tim Thuyên tắc huyết khối phổi Tràn khí màng phổi
Ho khan dai dẳng	Chảy dịch mũi sau Trào ngược dạ dày thực quản Viêm phế quản / hen Bệnh phổi kẽ hậu COVID-19 (viêm / xơ hóa)
Khó thở tiến triển	Bệnh phổi kẽ hậu COVID-19 (viêm / xơ hóa) Thuyên tắc huyết khối phổi mạn tính
Sốt	Nhiễm trùng ngoài phổi Nhiễm trùng hô hấp (vi khuẩn / nấm) Lao hô hấp
Hồi hộp, đánh trống ngực	Lo lắng, cường giáp Rối loạn nhịp tim Thuyên tắc huyết khối phổi
Ho đờm nhiều	Viêm phổi Viêm khí phế quản Nhiễm trùng hô hấp khác
Ho ra máu	Thuyên tắc huyết khối phổi Nấm phổi/ u phổi Lao hô hấp
Tụt huyết áp	Nhồi máu cơ tim Thuyên tắc huyết khối phổi Tràn khí màng phổi Viêm phổi có nhiễm khuẩn huyết Nhiễm khuẩn huyết

* Danh sách này không đầy đủ, nhưng gợi ý các rối loạn phổ biến hơn gặp phải trong hậu COVID -19

5. Theo dõi và hẹn tái khám sau xuất viện

5.1. Chăm sóc tại cơ sở y tế ban đầu

Đa phần người bệnh sẽ được quản lý tại tuyến cơ sở y tế ban đầu. Tại đây, người bệnh sẽ được thăm khám và điều trị các bệnh cấp và mạn tính, phòng ngừa bệnh, tư vấn và giáo dục sức khỏe. Nhân viên y tế tại tuyến cơ sở thực hiện thăm khám và điều trị ban đầu, tư vấn, theo dõi và hẹn tái khám, chuyển tuyến trên khi cần.

Đánh giá người bệnh bao gồm:

- Tiền sử COVID-19 cấp tính (ngghi ngờ hoặc xác nhận).
- Bản chất và mức độ nặng của các triệu chứng trước đây và hiện tại.
- Thời điểm và khoảng thời gian kéo dài của các triệu chứng kể từ khi bắt đầu COVID -19 cấp tính.
- Tiền sử bệnh lý và các vấn đề sức khỏe khác.
- Các tình trạng đã có từ trước nặng lên.
- Sức khỏe tâm thần và thể chất.

Đối với người bệnh ít triệu chứng	Đối với người bệnh bị bệnh nặng (phải thở oxy, thông khí cơ học, nằm ICU)
4 - 6 tuần sau xuất viện: thăm khám qua điện thoại hoặc khám trực tiếp	2 - 4 tuần sau xuất viện: thăm khám trực tiếp toàn diện, chụp X - quang ngực.
12 tuần sau xuất viện: hẹn thăm khám trực tiếp	12 tuần sau xuất viện: hẹn thăm khám trực tiếp

5.1.1. Chẩn đoán và điều trị hô hấp tại tuyến cơ sở

Tiền sử: bệnh nền khi được chẩn đoán mắc COVID-19, tiền sử viêm phổi do COVID-19, có được hỗ trợ thở máy không xâm lấn hoặc thở máy xâm lấn không, tiền sử tiêm vắc xin ngừa COVID-19, có đang thở oxy tại nhà không?

Triệu chứng hô hấp:

- Ho, sốt nhẹ, khó thở, mệt mỏi, đau ngực.
- Đánh giá
 - Thời gian xuất hiện: mới xuất hiện, tái phát hay tiếp diễn

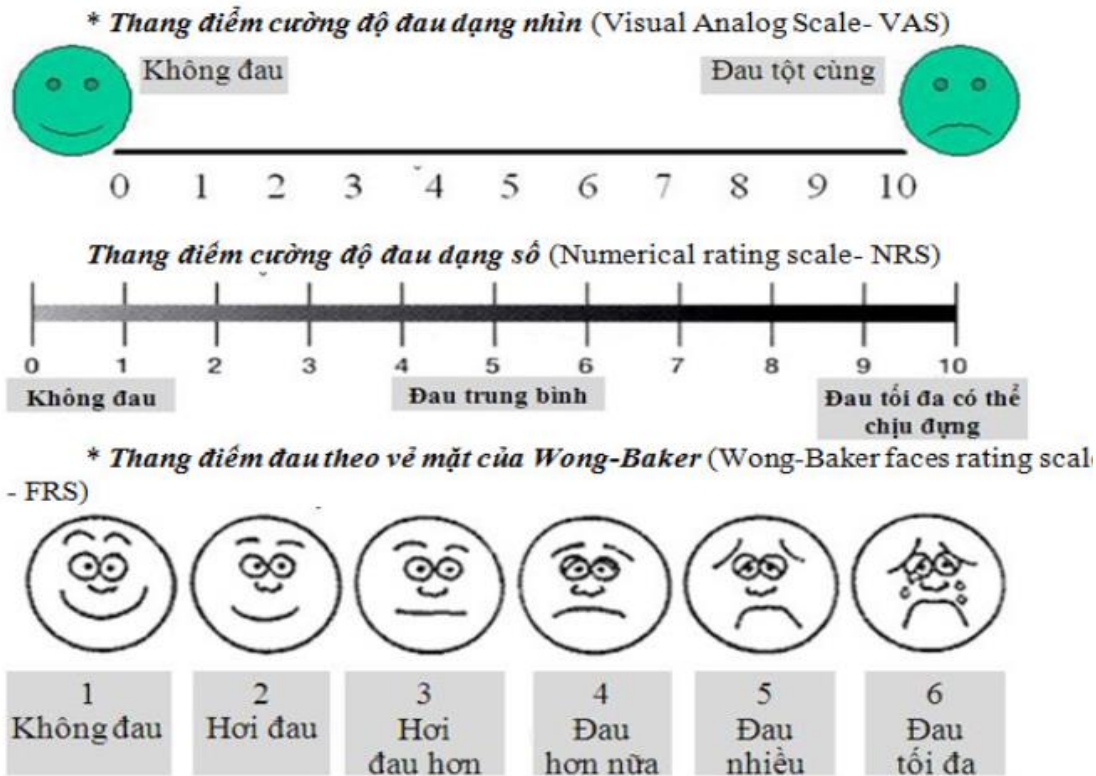
- Tính chất:
- Ho: khan, có đờm, màu sắc đờm.
- Mức độ khó thở: dựa vào thang điểm mMRC (Modified Medical Research Council)

Khó thở khi gắng sức mạnh	0
Khó thở khi đi vội trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ	1
Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng.	2
Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng	3
Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo	4

- Mức độ mệt mỏi (FATIGUE SEVERITY SCALE FFS)

	Hoàn toàn không đồng ý \longrightarrow hoàn toàn đồng ý						
Tôi vận động yếu hơn khi mệt mỏi	1	2	3	4	5	6	7
Gắng sức làm tôi mệt mỏi	1	2	3	4	5	6	7
Tôi dễ mệt mỏi	1	2	3	4	5	6	7
Mệt mỏi cản trở hoạt động thể chất	1	2	3	4	5	6	7
Mệt mỏi thường xuyên gây vấn đề cho tôi	1	2	3	4	5	6	7
Mệt mỏi làm cản trở duy trì hoạt động thể chất	1	2	3	4	5	6	7
Mệt mỏi cản trở việc thực hiện nhiệm vụ công việc	1	2	3	4	5	6	7
Mệt mỏi là triệu chứng làm tôi khó chịu nhất	1	2	3	4	5	6	7
Mệt mỏi gây phiền toái cho công việc, gia đình và hoạt động xã hội	1	2	3	4	5	6	7

- Đau ngực



- **Khám lâm sàng:** thăm khám đầy đủ gồm dấu hiệu sinh tồn (huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, mạch, SpO₂), khám tim, phổi và các cơ quan khác.

- **Cận lâm sàng:** được chọn lọc sau khi thăm khám kỹ lưỡng. Tiền sử, bệnh sử của người bệnh, thăm khám và các phát hiện trên lâm sàng sẽ là các hướng dẫn để chỉ định các xét nghiệm cận lâm sàng phù hợp. Các cận lâm sàng có thể làm tại tuyến cơ sở: công thức máu, AST, ALT, creatinin, chỉ số viêm (CRP, ferritin), đánh giá tình trạng tăng đông (D-Dimer), đánh giá tình trạng đông máu (PT, APTT, INR), tim mạch (Pro-BNP, troponin), X quang ngực thẳng, điện tim, siêu âm tim, xét nghiệm tầm soát lao.

• **Các xét nghiệm gợi ý theo triệu chứng của người bệnh*:**

Xét nghiệm	Ho	Thay đổi màu sắc đờm	Khó thở	Đau ngực	Sốt	Ran ở phổi
Công thức máu		X			X	X
CRP		X			X	X
D-Dimer			X	X		
Troponin I/T				X		
ECG			X	X		
X - quang ngực	X	X	X	X	X	X
Siêu âm tim			X	X		
XN tầm soát lao**	X	X				

* Các xét nghiệm trên đây là gợi ý, có thể thay đổi theo đánh giá của bác sĩ trên từng người bệnh cụ thể

**Xét nghiệm tầm soát lao nếu người bệnh ho, khạc đờm trên 2 tuần

• **Tiêu chuẩn chuyển tuyến:**

- Khó thở tiến triển.
- SpO2 < 96 % (*: thay đổi tùy thuộc tình trạng bệnh nền của người bệnh trước đó)
- Rối loạn tri giác.
- Đau ngực không giải thích được.
- Triệu chứng không giảm với điều trị ban đầu.
- Tổn thương phổi trên X-quang nghi ngờ do hậu quả của COVID-19.

5.1.2. Điều trị

- Tối ưu hóa việc quản lý các tình trạng hô hấp có từ trước.
- Điều trị bệnh đồng mắc: đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh thận mạn, bệnh tim thiếu máu cục bộ,...
- Giáo dục người bệnh tự điều trị, tự theo dõi, dinh dưỡng và nghỉ ngơi hợp lý, tránh hút thuốc lá, tránh rượu bia.
- Điều trị triệu chứng.

✓ **Ho**

Ho mạn tính khi kéo dài hơn 8 tuần. Nếu không phải nhiễm trùng hoặc biến chứng khác như bệnh lý màng phổi ho có thể được điều trị bằng những bài tập kiểm soát hơi thở như thở cơ hoành, hít thở sâu, thở chúm môi, tập yoga và thuốc giảm triệu chứng.

Nếu có ran rít 2 bên phế trường: xem xét dùng thuốc dẫn phế quản và/hoặc corticoid hít.

✓ **Khó thở**

Theo dõi bằng máy đo bão hòa oxy (SpO_2), SpO_2 bình thường lúc nghỉ cần $\geq 96\%$.

Thực hiện test: đứng lên ngồi xuống trong 1 phút (nhanh nhất có thể) hoặc cho người bệnh đi bộ 40 bước trên mặt phẳng bằng. Nếu SpO_2 sụt giảm $>3\%$ cần làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán. Lưu ý trong quá trình thực hiện test, ghi lại mức độ khó thở, nhịp tim và độ bão hòa oxy. Thực hiện theo quy trình phù hợp để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Nếu $SpO_2 < 92\%$ cần được thở oxy và chuyển lên tuyến trên. Mục tiêu thở oxy SpO_2 từ 94 – 98%. Nếu người bệnh có bệnh phổi mạn trước đó và có nguy cơ ứ CO_2 mức SpO_2 có thể từ 88 - 92%.

Có thể được cải thiện bởi các biện pháp như điều chỉnh tư thế, thở chúm môi hoặc kiểm soát hơi thở.

Nếu có ran rít 2 bên phế trường: xem xét dùng thuốc dẫn phế quản và/hoặc corticoid hít.

Kiểm soát hơi thở

Hít thở không gắng sức.

Người bệnh đặt một tay ở bụng và một tay ở ngực.

Người bệnh hít vào từ từ bằng mũi, lúc này sẽ cảm nhận bụng và ngực di chuyển về phía trước, sau đó thở ra chậm bằng miệng, tay ở ngực vẫn giữ nguyên, bụng xẹp lại, tay ở bụng di chuyển vào trong.

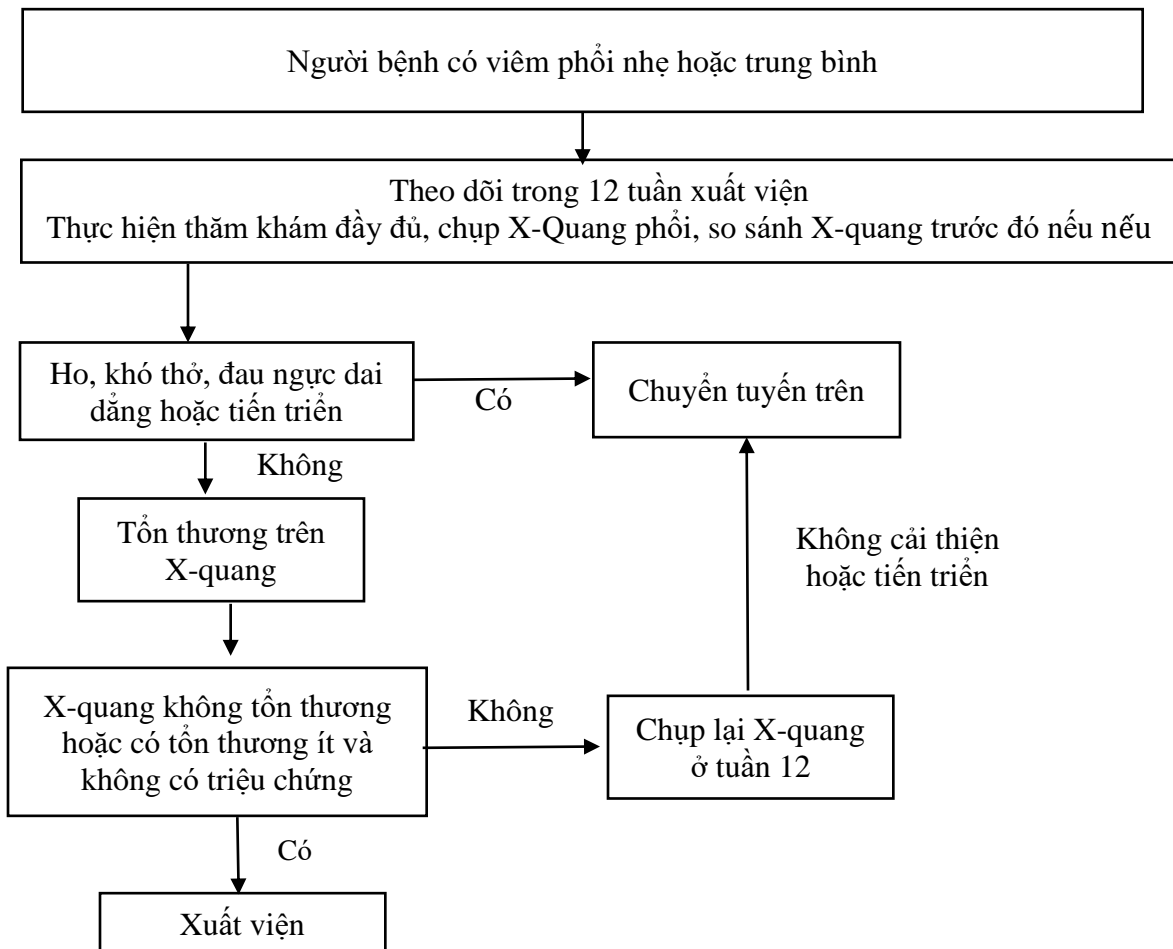
Các kỹ thuật thở: kết hợp với kiểm soát hơi thở

Thở chúm môi: hít vào từ từ bằng mũi sau đó chúm môi thở ra một cách thoải mái.

Thở nhanh hết sức: cải thiện khả năng gắng sức. Hít vào và giữ hơi như chuẩn bị gắng sức, sau đó chúm môi thở mạnh ra. Người bệnh có thể tập bài tập này với bong bóng hoặc dụng cụ hỗ trợ thở

• **Tập vật lý trị liệu**

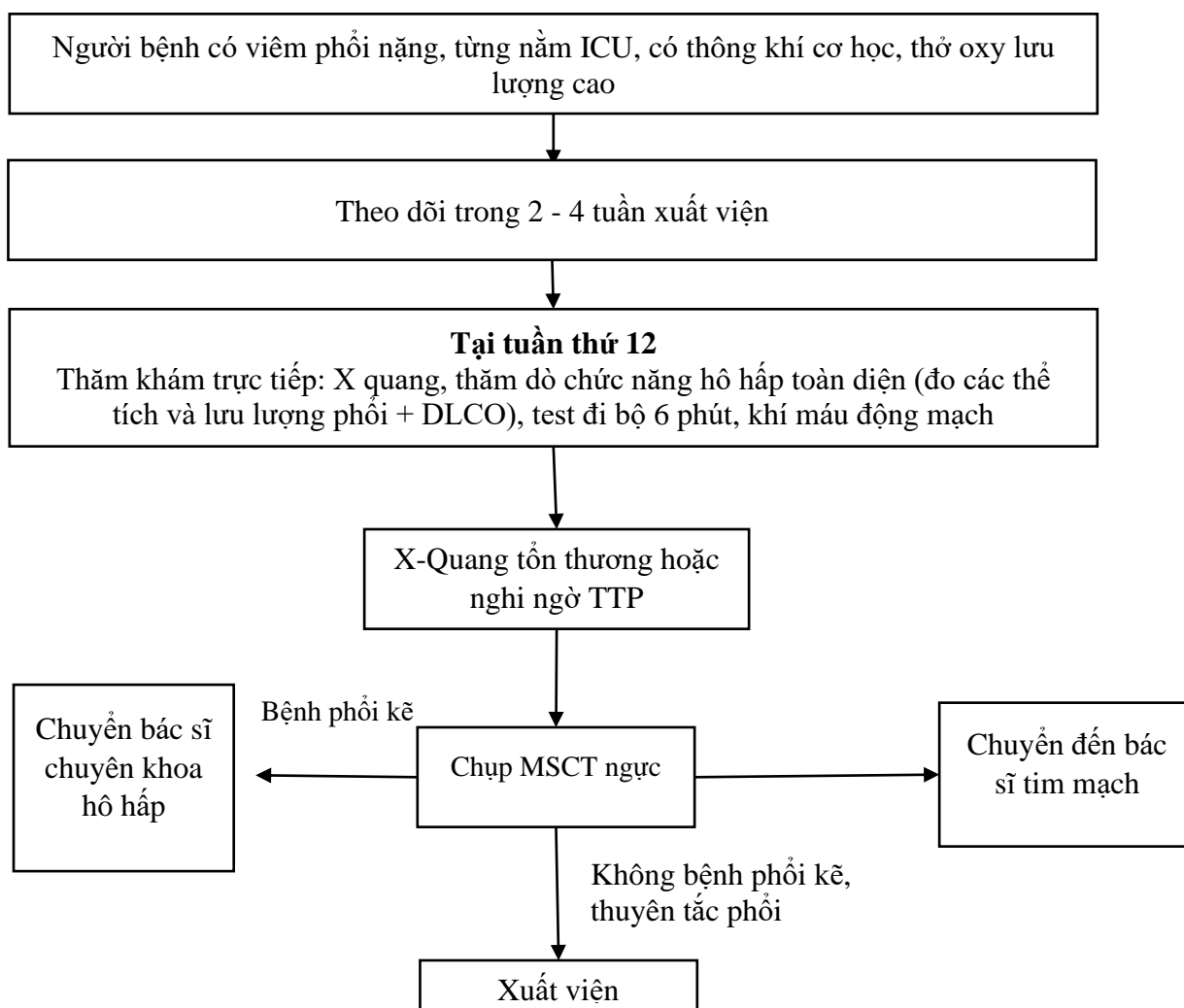
- Giúp giảm khó thở, cải thiện khả năng gắng sức, cải thiện chất lượng cuộc sống.
- Chỉ định tập vật lý trị liệu hô hấp:
 - Người bệnh có khó thở, ho, khả năng khạc đàm kém.
 - Giảm trao đổi khí, bất động.
 - Tiền sử phải thông khí cơ học do COVID-19
 - Tiền sử thở oxy lưu lượng cao.
 - Khó khăn trong việc sinh hoạt hàng ngày.
 - Suy dinh dưỡng.
 - Giảm chất lượng cuộc sống.
 - Có vấn đề về tâm thần kinh.
 - Mệt mỏi hoặc các triệu chứng hô hấp mạn tính.



5.2. Chăm sóc người bệnh sau mắc COVID-19 ở bệnh viện tuyến chuyên khoa

5.2.1. Chẩn đoán

- Hỏi bệnh sử, tiền sử, thăm khám toàn diện như tại tuyến cơ sở ban đầu.
- Điều trị các bệnh hô hấp nền (nếu có).
- Chẩn đoán/loại trừ và điều trị các bệnh nhiễm trùng hô hấp (lưu ý lao hô hấp,...).
- Các cận lâm sàng bổ sung: test đi bộ 6 phút. Nếu nghi ngờ X-quang ngực có tổn thương không giải thích được: CT ngực. Nếu nghi ngờ thuyên tắc phổi: MSCT ngực có cản quang, thăm dò chức năng hô hấp: đo các thể tích và lưu lượng phổi, DLCO (nếu nghi ngờ bệnh phổi kẽ), khí máu động mạch.



5.2.2. Điều trị

Sau khi đã loại trừ các bệnh lý hô hấp khác.

5.2.2.1. Ho:

Nếu có sốt và đàm mủ, chỉ định kháng sinh. Chụp MSCT ngực để phát hiện các biến chứng. Tiếp tục duy trì các phương pháp thở kiểm soát và các kỹ thuật tập thở. Nếu có ran rít hai bên phế trường, xem xét dùng thuốc dẫn phế quản và/hoặc corticoid hít, cân nhắc việc dùng một đợt ngắn corticoid đường toàn thân (từ 5 đến 7 ngày). Hội chẩn nếu không cải thiện sau 7 ngày.

5.2.2.2. Khó thở:

Đo SpO₂, thực hiện test đi bộ 6 phút.

- Nếu SpO₂ < 92% cần được thở oxy. Mục tiêu thở oxy SpO₂ từ 94 – 98%. Nếu người bệnh có bệnh phổi mạn trước đó và có nguy cơ ú CO₂, mức SpO₂ mục tiêu có thể từ 88 - 92%.
- Có thể được cải thiện bởi các biện pháp như điều chỉnh tư thế, thở chúm môi hoặc kiểm soát hơi thở.
- Nếu có ran rít hai bên phế trường: xem xét dùng thuốc dẫn phế quản và/hoặc corticoid hít.

- Chỉ định thở oxy dài hạn cho người bệnh bị suy hô hấp mạn tính

- PaO₂ < 55 mmHg.
- Tâm phế mạn và PaO₂ < 59 mmHg.
- Nếu oxy lúc nghỉ bình thường nhưng có giảm oxy khi vận động, thở oxy khi vận động.
- Giảm oxy lúc ngủ.

Sau đợt cấp hoặc sau các vấn đề hô hấp cấp tính, người bệnh có thể bị giảm oxy máu và phục hồi chậm 1 đến 2 tháng. Người bệnh cần được cung cấp oxy trong khi chờ phục hồi và nên định kỳ đánh giá lại để xác định còn nhu cầu thở oxy hay không.

5.2.2.3. Bệnh phổi kẽ hậu COVID-19

- Chẩn đoán sau 12 tuần xuất viện. Chẩn đoán dựa trên HRCT ngực. Tổn thương có thể gặp trên CT ngực: viêm phổi tổ chức hóa, xơ phổi.
- Cần hội chẩn đa chuyên khoa trong chẩn đoán và xử trí bệnh phổi kẽ theo các hướng dẫn hiện hành (bao gồm các bác sĩ hô hấp có kinh nghiệm trong quản lý bệnh phổi kẽ, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, và các bác sĩ có liên quan).
- Corticoid: đa phần các chuyên gia đồng thuận sử dụng corticoid liều thấp.
- Thuốc chống xơ: pirfenidone và nintedanib được xem xét trong bệnh phổi kẽ, cân nhắc thời điểm khởi đầu thích hợp theo từng người bệnh thông qua hội chẩn đa chuyên khoa.

5.2.2.4. Thuyên tắc phổi

Điều trị chống đông máu được chỉ định cho người bệnh thuyên tắc phổi. Thời gian điều trị tối thiểu là 3 tháng. Kéo dài quá khoảng thời gian này sẽ phụ thuộc vào việc đánh giá nguy cơ tái phát và phải được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa. Thuốc kháng đông dự phòng thường được ngừng khi ra viện; tuy nhiên, có thể tiếp tục theo yêu cầu lâm sàng dưới sự giám sát cẩn thận (xin xem phần tim mạch).

5.2.2.5. Nhiễm trùng phổi:

Viêm phổi do vi khuẩn thứ phát nên được quản lý bằng kháng sinh uống / tiêm tĩnh mạch phù hợp theo các hướng dẫn hiện hành. Nên lưu ý nhiều người bệnh đa nằm viện trong thời gian mắc COVID-19 cấp tính, có nguy cơ cao hơn mắc vi khuẩn kháng thuốc, nấm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George, P.M., et al., *Respiratory follow-up of patients with COVID-19 pneumonia*. Thorax, 2020. **75**(11): p. 1009.
2. Malaysia, M.H., *Post COVID – 19. Management Protocol* F. Edition, Editor. 2021.
3. Pavli, A., M. Theodoridou, and H.C. Maltezos, *Post-COVID Syndrome: Incidence, Clinical Spectrum, and Challenges for Primary Healthcare Professionals*. Archives of Medical Research, 2021. **52**(6): p. 575-581.
4. Kumar, R., et al., *Post-COVID-19 Respiratory Management: Expert Panel Report*. The Indian journal of chest diseases & allied sciences, 2021.
5. Alarcon-Rodriguez, J., et al., *Radiological management and follow-up of post-COVID-19 patients*. Radiologia (Engl Ed), 2021. **63**(3): p. 258-269.
6. Barker-Davies, R., et al., *The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation*. British Journal of Sports Medicine, 2020. **54**: p. bjsports-2020.
7. Shah, W., et al., *Managing the long term effects of COVID-19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline*. BMJ, 2021. **372**: p. n136.
8. Funke-Chambour, M., et al., *Swiss Recommendations for the Follow-Up and Treatment of Pulmonary Long COVID*. Respiration, 2021. **100**(8): p. 826-841.
9. Myall, K.J., et al., *Persistent Post-COVID-19 Interstitial Lung Disease. An Observational Study of Corticosteroid Treatment*. Ann Am Thorac Soc, 2021. **18**(5): p. 799-806.
10. Bazdyrev, E., et al., *Lung Fibrosis after COVID-19: Treatment Prospects*. Pharmaceuticals (Basel, Switzerland), 2021. **14**(8): p. 807.
11. Trisha Greenhalgh, et al. Management of post-acute COVID-19 in primary care. BMJ 2020;370:m3026.
12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) and Royal College of General Practitioners (RCGP). COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 - NICE, RCGP, and SIGN. 2022.
13. Murray & Nadel's textbook of respiratory medicine, ed 7 isbn: 978-0-323-65587-3. Copyright © 2022 by Elsevier, Inc.

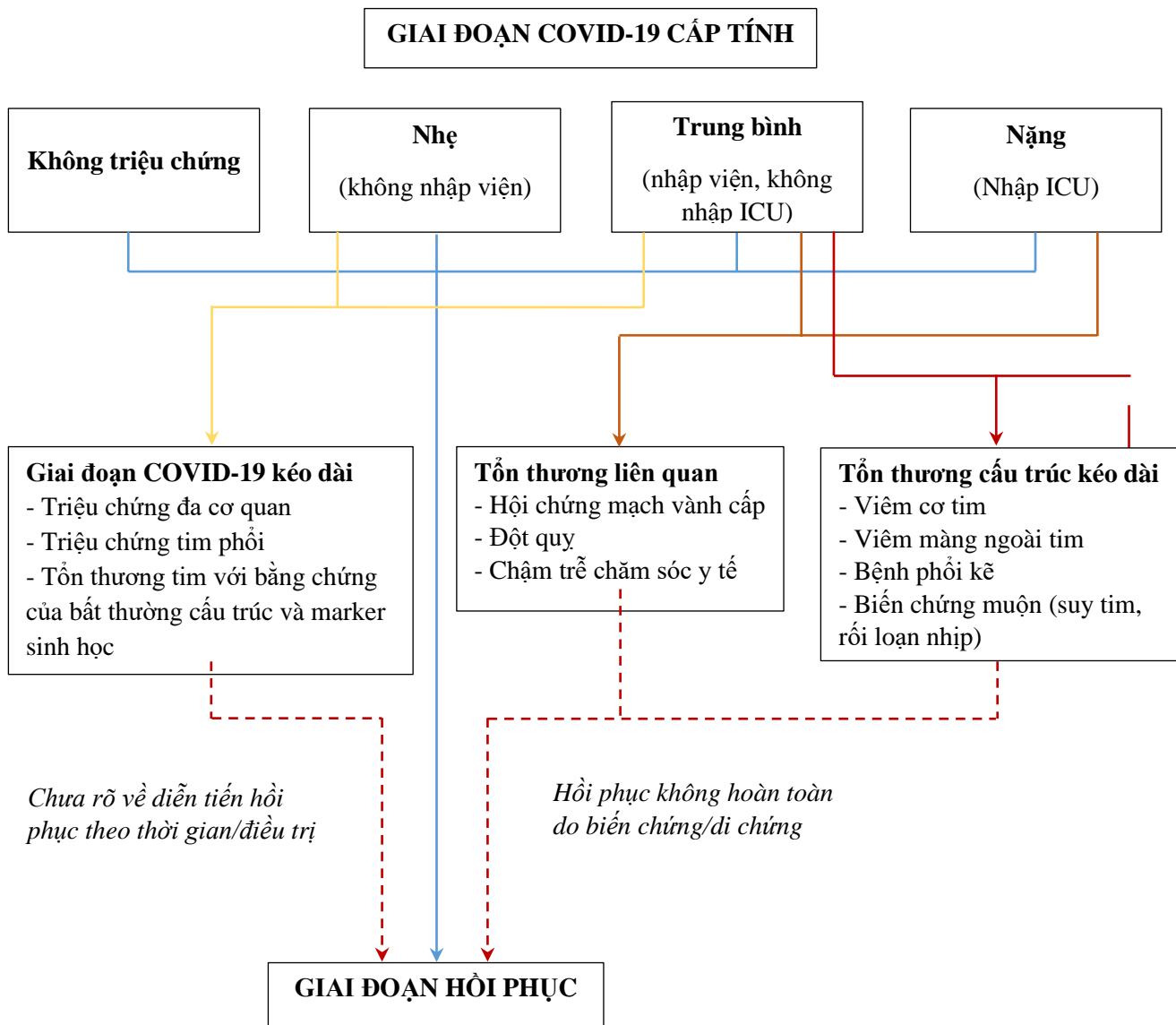
CHƯƠNG 3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ TIM MẠCH SAU MẮC COVID-19

1. Tổng quan

Đại dịch COVID-19 có tác động to lớn đến nền y tế của mỗi quốc gia cũng như ảnh hưởng quan trọng đến sức khoẻ của mỗi cá thể người dân. Ngay từ trong giai đoạn mắc COVID-19 cấp tính, các biến chứng tim mạch gây ra tử vong ở khoảng 7% các trường hợp trong vòng 30 ngày. Có khoảng 20-30% người nhiễm có ảnh hưởng đến tim mạch với bệnh cảnh như viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim cấp, rối loạn nhịp và thuyên tắc phổi. Người có bệnh tim mạch nên là đối tượng dễ ảnh hưởng nhưng tổn thương tim mạch cũng được ghi nhận ở người bệnh trẻ, khoẻ mạnh trước đó. Những người có COVID-19 giai đoạn cấp biểu hiện mức độ nặng dễ có tổn thương tim mạch hơn so với nhóm bệnh nhẹ (Hình 1). Do số ca mắc COVID-19 ngày càng gia tăng nên cần có sự quan tâm về việc diễn tiến kéo dài hoặc di chứng của các tổn thương tim mạch trong giai đoạn hậu COVID-19.

Với các cơ chế còn chưa được hiểu rõ, COVID-19 còn gây ra các tác động trên hệ tim mạch ở những người đã phục hồi sau nhiễm cấp, bao gồm tăng chuyển hoá cơ tim, xơ hoá hoặc sẹo cơ tim, rối loạn chức năng thất trái, các rối loạn nhịp trong đó có nhịp nhanh xoang không thích hợp và rối loạn hệ thần kinh tự chủ. Tác động lên tim mạch hậu COVID-19 đáng lưu ý còn có thể xảy ra ở người mắc COVID-19 nhẹ, không triệu chứng tuy nhiên đại đa số nhóm người này không có biến chứng nặng nề liên quan tim mạch.

Đau ngực được ghi nhận ở khoảng 20% và hồi hộp ở khoảng 10% người sau mắc COVID-19 sau 2 tháng theo dõi. Tỷ lệ này có giảm xuống sau 6 tháng với đau ngực là 5% và hồi hộp là 9%. Hình ảnh viêm cơ tim ghi nhận trên MRI có thể lên đến 60% số người khảo sát vào thời điểm 2 tháng nhưng cần có thêm nhiều nghiên cứu khẳng định điều này. Các nghiên cứu hồi cứu cho thấy tỷ lệ thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sau mắc COVID-19 cấp tính là < 5%.



Hình 3. Ảnh hưởng của COVID-19 lên hệ tim mạch trong giai đoạn cấp và hồi phục

2. Định nghĩa

Hiện tại chưa có định nghĩa thống nhất về biểu hiện sau giai đoạn COVID-19 cấp tính. Theo các tổ chức bao gồm CDC (Centers for disease control and prevention) và NICE (National Institute for Health and Care Excellence), một số mốc thời gian sau đây được sử dụng tính từ thời điểm mắc COVID-19.

- Giai đoạn COVID-19 cấp tính: Trong vòng 4 tuần.
- Giai đoạn COVID-19 có triệu chứng diễn tiến: Từ 4 đến 12 tuần.

- Hội chứng hậu COVID-19: Từ 12 tuần trở lên. Hội chứng hậu COVID-19 có thể xem xét chẩn đoán trước 12 tuần nếu đã cân nhắc với các chẩn đoán phân biệt khác.

3. Các bệnh cảnh hậu COVID-19 trên tim mạch

Biểu hiện hậu COVID-19 trên tim mạch có thể biểu hiện theo một trong 3 hình thức sau:

- Triệu chứng/tình trạng kéo dài dai dẳng từ giai đoạn COVID-19 cấp tính.
- Di chứng muộn mới khởi phát sau COVID-19 cấp không triệu chứng hoặc đã lui triệu chứng.
- Tiến triển của triệu chứng/tình trạng với các triệu chứng dai dẳng có sẵn và xuất hiện thêm các triệu chứng/tình trạng mới.

3.1. Hội chứng mạch vành cấp

Bên cạnh các cơ chế kinh điển liên quan đến mảng xơ vữa, COVID-19 có thể gây ra tình trạng tăng đông và tổn thương nội mạc thúc đẩy đến hội chứng mạch vành cấp. Tình trạng tăng đông còn có thể duy trì ngay cả sau khi khỏi COVID-19. Ngoài ra, trong giai đoạn mắc COVID-19 cấp, việc trì hoãn điều trị tích cực trong đó có tái thông mạch vành có thể để lại di chứng lên tim.

Chẩn đoán cần thực hiện nhanh chóng khi có nghi ngờ dựa trên điện tâm đồ và men tim troponin tim siêu nhạy. Các khảo sát hình ảnh học khác có thể thực hiện khi cần. Thời điểm điều trị tái tưới máu cần tôn trọng theo các khuyến cáo điều trị hội chứng mạch vành cấp. Do liên quan đến tăng đông nên việc điều trị kháng đông được cho là có lợi ích nhưng khuyến cáo cụ thể hiện chưa có và liệu trình điều trị khác biệt ở mỗi trung tâm. Việc điều trị kháng đông (ưu tiên DOAC) 4-6 tuần được khuyến thực hiện. Kháng tiểu cầu kép được chỉ định kèm với kháng đông và sau khi kết thúc kháng đông sẽ tiếp tục duy trì theo điều trị chuẩn. Do phối hợp ba sẽ gia tăng nguy cơ chảy máu nên các thuốc đối kháng P2Y12 mạnh như ticagrelor và prasugrel không được khuyến dùng. Nếu người bệnh có chỉ định khác của kháng đông như thuyên tắc phổi, aspirin nên ngưng sau 1 tháng và duy trì clopidogrel cùng với kháng đông. Điều trị kháng tiểu cầu kép tái lập sử dụng sau khi kết thúc liệu trình kháng đông. Các điều trị khác và theo dõi sau nhồi máu cơ tim cấp được thực hiện theo các hướng dẫn liên quan.

3.2. Viêm cơ tim

Trong giai đoạn COVID-19 cấp tính, tăng troponin tim được ghi nhận trong 20% các trường hợp nhập viện. Viêm cơ tim liên quan COVID-19 cũng có thể xuất hiện ngay cả sau khi

xuất viện vì COVID-19. Dự hậu lâu dài của viêm cơ tim lên người bệnh vẫn chưa được xác định. Cần có chế độ theo dõi phù hợp sau chẩn đoán vì có thể có tăng nguy cơ đột tử, rối loạn nhịp, suy tim đã được ghi nhận ở các trường hợp viêm cơ tim do các tác nhân vi rút khác.

Việc điều trị viêm cơ tim liên quan COVID-19 hiện chưa có hướng dẫn cụ thể. Các điều trị với steroid và kháng viêm cần phải rất thận trọng trước khi có các nghiên cứu chứng minh hiệu quả và an toàn. Đối với các biến chứng như suy tim và rối loạn nhịp, việc điều trị và quản lý tương tự như các thể viêm cơ tim khác.

3.3. Hội chứng Takotsubo

Nguy cơ mắc hội chứng Takotsubo tăng lên 4,5 lần ở người mắc COVID-19 cấp tính. Điều này có thể liên quan đến các sang chấn về thực thể và đặc biệt là tâm lý. Mặc dù hội chứng Takotsubo có diễn tiến lâu dài lành tính nhưng cần thời gian phục hồi và trong giai đoạn đó có thể xuất hiện các biến chứng cấp tính như choáng tim, rối loạn nhịp và hình thành huyết khối. Ngoài ra, hiện tượng xơ hoá cơ tim có thể ghi nhận ở 10% người có hội chứng Takotsubo. Những người này còn có tăng nguy cơ tái phát tình trạng này với tỉ suất là 1,8% mỗi năm-người.

Bởi những lý do trên, việc theo dõi định kỳ dài hạn cần được thực hiện đối với hội chứng Takotsubo. Các phương tiện như hình ảnh học (siêu âm tim, MRI tim) và các marker sinh học như BNP/NP-proBNP có thể được sử dụng phù hợp cho từng cá thể. Điều trị thuốc như ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể angiotensin và chẹn beta có thể cải thiện tiên lượng. Chất lượng cuộc sống cũng như các bất thường thể tâm thần kinh cần được đánh giá và quản lý song song. Điều trị phục hồi chức năng tim mạch và tâm thể có thể có lợi ích cho nhóm bệnh này.

3.4. Bệnh tim do phổi

Khi khảo sát nhu mô phổi ở người bệnh sau mắc COVID-19, có đến 50% ghi nhận hình ảnh xơ phổi trên x quang và CT can ngực. Chức năng hô hấp như DLCO (khả năng khuếch tán CO) và dung tích phổi cũng suy giảm nhất là ở những người mắc COVID-19 nặng. Đa số các bất thường này thuyên giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên vẫn có báo cáo về các trường hợp xơ phổi dai dẳng và tiến triển với điều trị hiệu quả chưa được xác định. Tình trạng bất thường nhu mô như vậy có khả năng gây ra tăng áp phổi và suy tim phải.

3.5. Thuyên tắc huyết khối

COVID-19 làm tăng nguy cơ huyết khối ở tĩnh mạch lẫn động mạch. Hầu hết người mắc COVID-19 nhập viện đều được điều trị kháng đông dự phòng. Việc kéo dài thời gian điều trị sau khi xuất viện vẫn còn gây tranh cãi. Đối với người có thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (huyết khối tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi), việc điều trị kháng đông cần duy trì ít nhất 3 tháng. Việc theo dõi và đánh giá là cần thiết để quyết định kéo dài thời gian điều trị. Đối với các trường hợp huyết khối động mạch ở các cơ quan, chẩn đoán và điều trị cần theo các hướng dẫn tương ứng.

3.6. Suy tim

COVID-19 có thể gây ra hoặc làm nặng thêm tình trạng suy tim qua nhiều cơ chế khác nhau như thiếu máu cục bộ/nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim, bệnh cơ tim do stress, tăng áp phổi và thuyên tắc phổi. Suy tim cũng có thể có sẵn đồng mắc và việc chẩn đoán cũng như điều trị bị chậm trễ trong giai đoạn COVID-19 cấp dẫn đến sự tăng nặng của suy tim trong giai đoạn hậu COVID-19.

Việc tiếp cận chẩn đoán suy tim không nên có sự khác biệt ở đối tượng người sau mắc COVID-19 so với quy trình chuẩn. Điều trị triệu chứng với lợi tiểu và giãn mạch. Các thuốc cải thiện tiên lượng trong suy tim như chẹn beta, ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin, ARNI, ức chế SGLT-2 nên được sử dụng nhưng vai trò chính xác vẫn chưa được chứng minh ở những đối tượng có suy tim liên quan đến COVID-19.

3.7. Viêm màng ngoài tim cấp

Tổn thương màng ngoài tim liên quan đến mắc COVID-19 xảy ra ở 27% trường hợp và trong đó khoảng 50% không có triệu chứng. Hệ quả lâu dài của viêm màng ngoài tim chưa được biết rõ. Việc điều trị và theo dõi dài hạn cần được thực hiện. Các thuốc như NSAID và colchicine có thể được lựa chọn và với các trường hợp kháng trị cần xem xét sử dụng corticoid.

3.8. Rối loạn nhịp

Rối loạn nhịp có thể xuất hiện trong COVID-19 qua nhiều cơ chế khác nhau như nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim cũng như bệnh tim nền có sẵn. Các thể rối loạn nhịp gây ra hội chứng thường gặp là nhịp nhanh xoang, ngoại tâm thu nhĩ/thất và rung nhĩ. Điều trị rối loạn nhịp được thực hiện tương tự với các hướng dẫn hiện hành. Rung nhĩ nên được đánh giá nguy cơ đột quỵ dựa trên thang điểm CHA₂DS₂-VASc để xem xét sử dụng kháng đông lâu dài.

Một số điều chỉnh ở các thuốc giãn phế quản kích thích giao cảm, các thuốc ức chế ho cũng như trấn an tâm lý có thể cải thiện triệu chứng hồi hộp.

3.9. Hội chứng nhịp nhanh liên quan đến tư thế

Người bệnh hồi phục sau COVID-19 có thể có tình trạng rối loạn trương lực hệ thần kinh tự chủ. Hội chứng nhịp nhanh liên quan đến tư thế được định nghĩa là tần số tim tăng dai dẳng > 30 lần/phút trong vòng 10 phút sau khi đứng hoặc kê cao đầu. Các biểu hiện kèm theo có thể bao gồm hồi hộp, đau ngực, giảm khả năng gắng sức và không thể đứng được.

Cơ chế của hội chứng nhịp nhanh liên quan tư thế có thể do (1) Tình trạng giảm thể tích và suy yếu trong giai đoạn COVID-19 cấp, (2) Vi rút gây tổn thương các neuron hậu hạch thần kinh giao cảm chi phổi cho tim, gây ra tăng trương lực giao cảm và giãn tĩnh mạch tạng liên quan đến mất đáp ứng co mạch ở tư thế đứng, (3) Vi rút gây tổn thương thân não và ảnh hưởng chức năng hành não gây tăng trương lực giao cảm. Bên cạnh cơ chế liên quan đến vi rút trực tiếp, còn có thể có cơ chế tổn thương do viêm-tự miễn hậu COVID-19.

Hội chứng nhịp nhanh liên quan tư thế chẩn đoán dựa trên đánh giá mạch, huyết áp khi thay đổi tư thế, nghiệm pháp Valsava và nghiệm pháp bàn nghiêng. Khi có chẩn đoán, việc điều trị chủ yếu hướng đến điều trị triệu chứng với khởi đầu là đảm bảo đủ thể tích dịch. Chẹn beta có thể được sử dụng và hạn chế các thuốc gây kích thích nhịp nhanh. Việc rèn luyện thể lực và các động tác chuyên biệt có thể áp dụng cho hội chứng nhịp nhanh liên quan tư thế hậu COVID-19.

3.10. Biểu hiện tim mạch trong các hội chứng toàn thân

Nhiều loại vi rút trong gia đình coronavirus có liên quan đến Hội chứng mệt mỏi mạn tính (CFS - Chronic Fatigue Syndrome) xảy ra trong giai đoạn hồi phục. CFS được định nghĩa là tình trạng mệt mỏi sau khi gắng sức có mức độ nặng nề, gây tàn phế, ảnh hưởng đến chức năng thân thể và tâm thần. Sốt, nhức đầu, đau họng, ho, đau cơ và mệt mỏi là các triệu chứng chủ yếu nhưng có sự khác biệt giữa những người bệnh. Triệu chứng cần xuất hiện ít nhất 50% thời gian trong tối thiểu 6 tháng. Liệu pháp nhận thức hành vi cùng với vận động thể lực phục hồi chức năng là biện pháp hiệu quả bên cạnh điều trị thuốc như nhóm chống trầm cảm.

Hội chứng hoạt hoá tế bào mast (MCAS – Mast Cell Activation Syndrome) là một tình trạng viêm đa hệ thống do tình trạng tăng hoạt của tế bào mast và phóng thích các cytokine. Các

triệu chứng có thể bao gồm đau ngực, hồi hộp và khó thở. Cơ chế của MCAS có nhiều điểm tương đồng với hội chứng hậu COVID-19. Việc điều trị vẫn còn đang được khảo sát do còn cần thêm dữ liệu.

Tình trạng suy nhược (deconditioning) sau bệnh lý cấp tính có thể ảnh hưởng lâu dài đến người bệnh trong giai đoạn hồi phục. Kể cả người khoẻ mạnh vẫn có thay đổi trong hoạt động sinh lý cơ thể sau một khoảng thời gian bất động/ít vận động. Giai đoạn COVID-19 cấp có thể dẫn đến tình trạng suy nhược và có triệu chứng liên quan đến gắng sức. Phục hồi chức năng vận động và biện pháp điều trị hiệu quả cho tình trạng này.

4. Tiếp cận chẩn đoán và xử trí ban đầu

Với những người bệnh có các triệu chứng COVID-19 tiếp diễn hoặc những người bệnh bị nghi ngờ mắc hội chứng hậu COVID-19, chúng ta cần tiếp cận đánh giá một cách toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm. Bao gồm một tiền sử lâm sàng đầy đủ và các thăm khám phù hợp bao gồm đánh giá các dấu hiệu lâm sàng, nhận thức, tâm thần cũng như các khả năng chức năng.

4.1. Hỏi bệnh

Một bệnh sử đầy đủ cần bao gồm:

- Tiền sử mắc COVID-19 cấp tính (nghi ngờ hoặc đã được xác định).
- Bản chất và mức độ của các triệu chứng trước đây và hiện tại.
- Thời điểm và khoảng thời gian các triệu chứng kéo dài từ lúc bắt đầu bị COVID-19 cấp.
- Tiền sử các vấn đề sức khỏe khác: bệnh nền, tiền căn dị ứng.
- Đợt trầm trọng hơn của các triệu chứng đã xuất hiện trước đó.

Các triệu chứng sau giai đoạn COVID-19 cấp rất đa dạng và thay đổi trên từng người bệnh. Cần phải kết hợp giữa hỏi bệnh sử và thăm khám lâm sàng để đánh giá một cách đầy đủ.

Các triệu chứng tim mạch thường được ghi nhận nhiều nhất bao gồm: **nặng ngực, đau ngực, hồi hộp đánh trống ngực.**

- Đau ngực cần được phân loại rõ là đau thắt ngực điển hình, đau thắt ngực không điển hình hay không phải đau thắt ngực (non-anginal chest pain) dựa trên vị trí, tính chất đau, yếu tố tăng giảm.
- Tương tự, các nguyên nhân khó thở từ hô hấp cần phải phân biệt với các nguyên nhân từ tim. Cần cảnh giác với khó thở do tim, đặc biệt trong hội chứng vành cấp, thuyên tắc phổi, viêm cơ

tim hay rối loạn nhịp nhanh, nhằm nhận diện sớm diễn tiến bất lợi của tình trạng tim mạch và tiến hành các điều trị phù hợp.

- Hội hợp đánh trống ngực trong hội chứng hậu COVID-19 có thể do nhịp nhanh xoang không thích hợp, hội chứng nhịp tim nhanh tư thế (postural orthostatic tachycardia syndrome) hoặc ngoại tâm thu thất hoặc các rối loạn nhịp thất là hậu quả của xơ hóa và tạo sẹo cơ tim.
- Ngất do các nguyên nhân thần kinh cần phải được phân biệt với nguyên nhân tim mạch dựa vào bệnh sử chi tiết, thăm khám lâm sàng tỉ mỉ và các cận lâm sàng phù hợp như ECG hay Holter ECG.
- Cần khám và đánh giá một cách đầy đủ, toàn diện.
- Thực hiện một số nghiệm pháp: đánh giá nhịp tim và huyết áp liên quan đến tư thế, test 1 phút từ ngồi sang đứng, test đi bộ 6 phút.

4.2. Cận lâm sàng

Việc thực hiện cận lâm sàng trên người bệnh tùy thuộc vào bệnh cảnh biểu hiện cũng như mức độ nặng. Mục đích của khảo sát là phát hiện và loại trừ các biến chứng cấp tính/đe dọa tính mạng, xác định nguyên nhân biểu hiện lâm sàng có liên quan đến COVID-19 hay là một chẩn đoán khác và đánh giá diễn tiến của bệnh tim nền (Lưu đồ 1).

- Về xét nghiệm sinh hoá, một số cận lâm sàng nên thực hiện bao gồm công thức máu, tốc độ lắng máu, CRP, ferritine với vai trò là marker viêm. Chức năng gan và thận cũng cần được theo dõi. Có thể xem xét chỉ định troponin, NTpro-BNP và D-dimer khi có biểu hiện lâm sàng gợi ý.
- Điện tâm đồ nên được thực hiện để phát hiện các biểu hiện của tổn thương cơ tim trong nhồi máu cơ tim/thiếu máu cục bộ cơ tim và viêm cơ tim cũng như đánh giá rối loạn nhịp.
- Siêu âm tim nên thực hiện để đánh giá chức năng thất trái, chức năng thất phải và tình trạng dịch màng ngoài tim.
- X quang ngực thẳng cung cấp các thông tin liên quan đến tổn thương phổi hậu COVID-19.
- Các khảo sát gắng sức có thể cần thiết, nhất là đối tượng vận động viên trước khi quay lại chương trình huấn luyện sau mắc COVID-19.
- MRI tim được báo cáo giúp phát hiện nhiều trường hợp bất thường cơ tim sau mắc COVID-19 nhưng hầu hết người bệnh đều có không có bất thường chức năng thất trái và

dự hậu lâu dài chưa rõ ràng. Vì vậy, MRI tim chỉ nên thực hiện dựa trên định hướng của biểu hiện lâm sàng, đặc biệt khi cần loại trừ viêm cơ tim, nhồi máu cơ tim và rối loạn chức năng thất trái. Cho đến khi vai trò của MRI tim được chứng minh rõ ràng về hiệu quả, chỉ định cận lâm sàng này không nên thực hiện thường quy cho tất cả người bệnh hậu COVID-19 nhất là cần cân nhắc tính sẵn có cũng như chi phí.

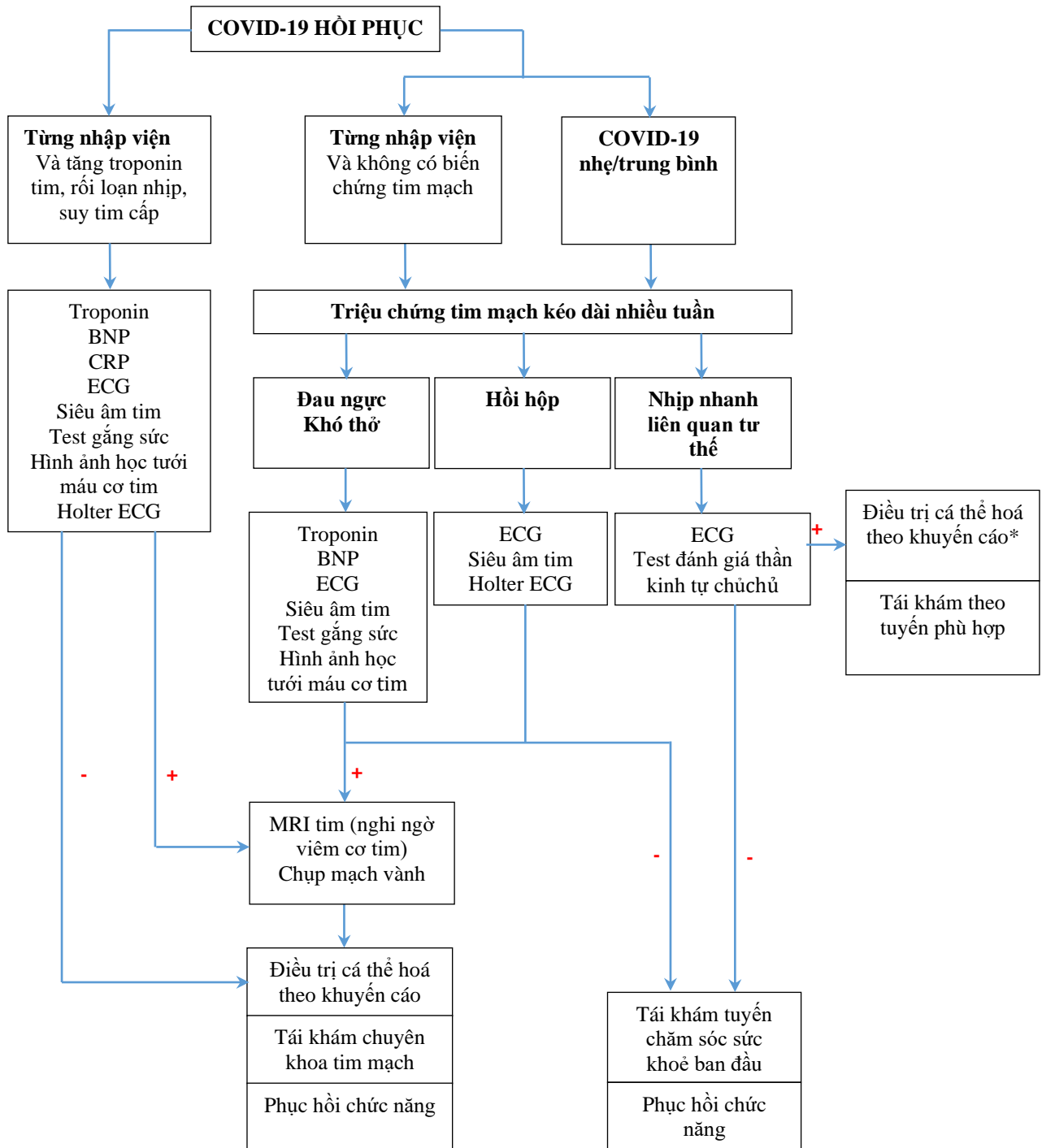
- Các khảo sát khác như Holter ECG, MSCT, nghiệm pháp bàn nghiêng, thông tim chụp mạch được thực hiện tùy theo bệnh cảnh lâm sàng.

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc điều trị

Điều trị tim mạch hậu COVID-19 tùy thuộc vào **tình trạng bệnh tim nền có sẵn và bất thường tim mạch xuất hiện cấp tính/đe dọa tính mạng** (nhồi máu cơ tim cấp, thuyên tắc phổi, rối loạn nhịp nguy hiểm,...) hoặc biểu hiện ở mức độ ổn định. COVID-19 là một bệnh lý đa hệ thống và giai đoạn hậu COVID-19 cũng có ảnh hưởng đến đa cơ quan trong đó có tim mạch. Vì vậy, việc tiếp cận đa chuyên khoa cũng như chăm sóc toàn diện người bệnh sau mắc COVID-19 là điều cần thiết.

Các bệnh lý kèm như đái tháo đường, tăng huyết áp, béo phì, rung nhĩ, nhồi máu cơ tim cũ và suy tim nên được điều trị theo các **hướng dẫn tương ứng hiện hành**. Mục đích điều trị nhằm kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch trong giai đoạn dịch COVID-19 để tránh xuất hiện các biến chứng tim mạch mới cũng như ngăn chặn sự tiến triển của bệnh tim nền (Lưu đồ 1). Việc theo dõi định kỳ cần được tôn trọng với các biện pháp chống lây mắc COVID-19 phù hợp để đảm bảo tuân thủ điều trị cũng như hạn chế xảy ra biến cố tim mạch.



Hình 4. Tiếp cận chẩn đoán và điều trị biểu hiện tim mạch hậu COVID-19

Chỉ định cận lâm sàng cần cá thể hoá và phù hợp với điều kiện tại chỗ. Điều trị theo khuyến cáo mang ý nghĩa các khuyến cáo hiện hành dành cho các chẩn đoán tương ứng.

“*” các trường hợp có kết quả bất thường trên ECG, NT-ProBNP, Troponin T/I, Siêu âm tim: cần kết hợp bệnh sử và khám lâm sàng để xác định chẩn đoán và điều trị phù hợp hoặc chuyển tuyến nếu có chỉ định.

5.2. Chỉ định chuyển tuyến:

- Cần đánh giá toàn diện người bệnh trong vòng 4 tuần sau khi mắc COVID-19 cấp tính tại cơ sở đa chuyên khoa.
- Chuyển tuyến chuyên khoa nếu có các triệu chứng hoặc dấu hiệu có thể gây ra bởi một biến chứng cấp tính hoặc đe dọa tính mạng, bao gồm (nhưng không chỉ giới hạn trong) các biểu hiện.

1. Ngất hoặc các triệu chứng nghi ngờ rối loạn nhịp như hồi hộp, đánh trống ngực

2. Đau ngực do tim

3. Khó thở kéo dài không đáp ứng được xử trí ban đầu

4. Giảm oxy máu hoặc giảm độ bão hòa oxy khi vận động

5. Dấu hiệu gợi ý các bệnh phổi nặng: khò khè, ho kéo dài, phù chân

6. Bất thường trên các cận lâm sàng: ECG, Siêu âm tim, NT-proBNP/BNP, Troponin T/I

5.3. Phục hồi chức năng tim phổi

Hoạt động thể lực tim phổi có thể có lợi ở người bệnh hậu COVID-19 mặc dù cần thêm nhiều bằng chứng. Một số lưu ý cần thực hiện khi tiến hành phục hồi chức năng tim phổi:

- Sau 1 tuần hồi phục khỏi COVID-19 nhẹ, các vận động kéo giãn và tăng dần sức bền được thực hiện trước các bài tập nặng.
- Khi có các triệu chứng hậu COVID-19 nhẹ, vận động nên khởi đầu ở mức đi bộ chậm và tránh các hoạt động gắng sức. Kéo dài thời gian nghỉ giữa các lần tập tùy theo mức độ triệu chứng.
- Đối với các triệu chứng như mệt, ho, khó thở biểu hiện kéo dài, cần giới hạn hoạt động thể lực ở mức 60% tần số tim tối đa ước tính trong 2-3 tuần cho đến khi triệu chứng cải thiện dần.
- Những người cần hỗ trợ oxy trong giai đoạn cấp cần được đánh giá về hô hấp trước khi tiến hành vận động thể lực.
- Đối với người bệnh viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim, các hoạt động nặng cần trì hoãn 3 tháng.

- Vận động viên cần nghỉ ngơi 3-6 tháng, đánh giá sau đó bởi bác sĩ chuyên khoa tim mạch để có thể quay lại hoạt động thể thao sau khi đảm bảo các thông số chức năng, marker sinh học, chức năng thất trái bình thường cũng như không có rối loạn nhịp.

5.4. Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

Việc tự theo dõi tại nhà các triệu chứng cũng như thông số cơ thể như tần số mạch, huyết áp, độ bão hoà oxy máu qua mạch đập nên được thực hiện. Người bệnh cần được hướng dẫn kỹ lưỡng về cách sử dụng các thiết bị liên quan và biểu hiện báo động cần có sự hỗ trợ của nhân viên y tế. Người bệnh nên ghi lại nhật ký về tình trạng sức khỏe cũng như triệu chứng, đặc biệt lưu ý đến các yếu tố thúc đẩy như gắng sức (thể lực, tinh thần), thức ăn cũng như các thuốc sử dụng. Những thông tin này cung cấp cái nhìn toàn diện về người bệnh giúp tối ưu hoá công tác điều trị từ nhân viên y tế.

5.5. Theo dõi và tái khám

Đa số người bệnh sẽ cải thiện triệu chứng trong khoảng từ tuần 4 đến tuần thứ 12 sau khi mắc COVID-19 cấp tính và vì vậy có thể tự theo dõi, quản lý tại nhà trong khoảng thời gian này. Xem xét đến các cơ sở y tế nếu các triệu chứng không cải thiện hoặc xuất hiện những triệu chứng đáng lo ngại vào bất kỳ thời điểm nào.

Việc phân tuyến quản lý và thời gian tái khám phụ thuộc chủ yếu vào chẩn đoán và mức độ nặng trên người bệnh cũng như cần tuân thủ theo khuyến cáo hiện hành của biểu hiện tim mạch tương ứng (Lưu đồ 1). Nếu triệu chứng tiếp tục tiến triển hoặc xuất hiện triệu chứng mới, người bệnh cần đến gặp bác sĩ để được đánh giá kịp thời.

5.6. Kết luận

Biểu hiện tim mạch có thể liên quan đến COVID-19 trong giai đoạn hồi phục sau nhiễm vi rút cấp tính do vậy cần phải lưu ý đến các triệu chứng và dấu hiệu liên quan đến tim mạch trong quá trình quản lý người bệnh hậu COVID-19. Việc thực hiện chẩn đoán đầy đủ, hợp lý cũng như điều trị phù hợp trên từng người bệnh dựa trên các bằng chứng có sẵn và cập nhật đóng vai trò quan trọng trong giảm thiểu tác động lâu dài của COVID-19 lên sức khỏe tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Centers for Disease Control and Prevention. Evaluating and Caring for Patients with Post-COVID Conditions: Interim Guidance. Updated June 14, 2021. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-background.html>
2. Directorate General of Health Sciences – Ministry of Health and Family Welfare Government of India. National Comprehensive Guidelines for Management of Post-COVID – Cardiovascular Sequelae. September 2021.
3. Mohammad Ullah, Islam, A. M., Akanda, M. A. K., & Majumder, A. A. S. (2021). Post COVID Cardiovascular Care - A Review. *Cardiovascular Journal*, 13(2), 189–199.
4. Dixit NM, Churchill A, Nsair A, Hsu JJ. Post-Acute COVID-19 Syndrome and the cardiovascular system: What is known? *Am Heart J Plus*. 2021 May;5:100025. doi: 10.1016/j.ahjo.2021.100025. Epub 2021 Jun 24. PMID: 34192289; PMCID: PMC8223036.
5. Yancy CW, Fonarow GC. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and the Heart-Is Heart Failure the Next Chapter? *JAMA Cardiol*. 2020 Nov 1;5(11):1216-1217.
6. Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS, Cook JR, Nordvig AS, Shalev D, Sehrawat TS, Ahluwalia N, Bikdeli B, Dietz D, Der-Nigoghossian C, Liyanage-Don N, Rosner GF, Bernstein EJ, Mohan S, Beckley AA, Seres DS, Choueiri TK, Uriel N, Ausiello JC, Accili D, Freedberg DE, Baldwin M, Schwartz A, Brodie D, Garcia CK, Elkind MSV, Connors JM, Bilezikian JP, Landry DW, Wan EY. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021 Apr;27(4):601-615.
7. Satterfield BA, Bhatt DL, Gersh BJ. Publisher Correction: Cardiac involvement in the long-term implications of COVID-19. *Nat Rev Cardiol*. 2021 Nov 1:1.
8. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2020 Dec 18. PMID: 33555768.
9. Liu H, Wang Z, Sun H, Teng T, Li Y, Zhou X, Yang Q. Thrombosis and Coagulopathy in COVID-19: Current Understanding and Implications for Antithrombotic Treatment in Patients Treated With Percutaneous Coronary Intervention. *Front Cardiovasc Med*. 2021 Jan 18;7:599334.
10. Rai DK, Sharma P, Kumar R. Post covid 19 pulmonary fibrosis. Is it real threat? *Indian J Tuberc*. 2021 Jul;68(3):330-333. doi: 10.1016/j.ijtb.2020.11.003. Epub 2020 Nov 10. PMID: 34099197; PMCID: PMC7654356.
11. Imazio M. COVID-19 as a Possible Cause of Myocarditis and Pericarditis. *American College of Cardiology*. 2021 May. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2021/02/05/19/37/COVID-19-as-a-possible-cause-of-myocarditis-and-pericarditis>

CHƯƠNG 4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN PHỔ BIẾN SAU MẮC COVID-19

1. Tổng quan

Tỷ lệ các rối loạn tâm thần trong nhóm dân số phơi nhiễm thường gấp 2 - 3 lần trong dân số chung, đại dịch COVID-19 đã đụng chạm đến mọi thành phần xã hội vì vậy cần phải nhìn nhận rằng các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tâm thần sẽ rất lớn. Công tác quản lý sức khỏe và các rối loạn tâm thần trong dịch bệnh căn bản dựa trên các nền tảng can thiệp y khoa chuyên ngành, hỗ trợ của cộng đồng, đa ngành nhằm ứng phó kịp thời các vấn đề cấp tính, quản lý phòng ngừa các diễn biến mãn tính hóa.

Cùng với nỗi sợ nhiễm vi rút trong đại dịch COVID-19, những thay đổi đáng kể trong cuộc sống hàng ngày như bị hạn chế đi lại, giãn cách xã hội cùng với thực tế mới của làm việc tại nhà, thất nghiệp tạm thời, con cái phải học online, thiếu tiếp xúc với anh/chị/em họ hàng, bạn bè... đã làm gia tăng ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tâm thần của mọi người. Sau này các trường hợp không được can thiệp ngay, bệnh diễn biến thành các chứng sợ tiếp xúc, rối loạn ám ảnh..., ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt và cuộc sống hàng ngày.

Kết quả phân tích 66 nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ hiện mắc các rối loạn tâm thần trong đại dịch COVID-19 gia tăng đáng kể như tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm (31,4%), rối loạn lo âu (31,9%) và rối loạn giấc ngủ (41,1%).

Đại dịch COVID-19 gây tác động đặc biệt tới một số nhóm dễ bị tổn thương như nhân viên y tế, những người ở tuyến đầu phòng chống dịch, người có bệnh lý nền, những người sống độc thân.

Ngoài ra, COVID-19 cũng khiến việc cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh và điều trị các rối loạn tâm thần bị gián đoạn và gặp rất nhiều khó khăn.

2. Chăm sóc sức khỏe và các rối loạn tâm thần sau mắc COVID-19

Công tác chăm sóc-quản lý sức khỏe và các rối loạn tâm thần trong dịch bệnh căn bản dựa trên các nền tảng can thiệp y khoa chuyên ngành, hỗ trợ của cộng đồng, đa ngành nhằm ứng phó kịp thời các vấn đề cấp tính, quản lý phòng ngừa các diễn biến mạn tính hóa. Để cụ thể hóa, chúng ta cần lưu ý tới 6 chữ R: **R**eadingness (Công tác chuẩn bị), **R**esponse (Phản ứng

nhanh), **Relief** (Cứu ứng thích hợp), **Rehabilitation** (Tái thích ứng lâu dài dựa vào cộng đồng), **Recovery** (Bình phục) và **Resilience** (Vững chắc).

2.1. Các yếu tố lâm sàng và dịch tễ trong rối loạn tâm thần trong dịch bệnh

Các rối loạn tâm thần trong dịch bệnh có thể chia thành 2 giai đoạn cấp (1-3 tháng) & muộn (quá 3 tháng). Phần lớn đều tự hạn chế, một số kéo dài sẽ cần sự chăm sóc dài lâu của ngành tâm thần. Lưu ý rất nhiều người bệnh sẽ có những triệu chứng kín đáo (sub-syndromal symptoms) biểu hiện qua các dấu hiệu cơ thể như nhức đầu, căng cơ, Hội chứng đau lan tỏa, rối loạn tiêu hóa...

Các yếu tố nguy cơ: độ nặng, độ lan tràn của dịch bệnh, nguy cơ tử vong, thời gian phơi nhiễm, các hỗ trợ y tế-xã hội thiếu thốn, người thân liên quan dịch bệnh...

Nhóm dân số nguy cơ: người già, phụ nữ, trẻ em, người có bệnh nền trước đó, đơn độc, sống xa gia đình, lạm dụng chất, hạn hẹp hoặc mất nguồn tài chính.

2.2. Vai trò ngành tâm thần trong dịch bệnh

- Tham gia vào can thiệp liên ngành, liên chuyên khoa
- Đánh giá nguy cơ về sức khỏe tâm thần:
 - Các khả năng nguy cơ các rối loạn tâm thần
 - Nguồn lực về chăm sóc sức khỏe tâm thần
 - Nhu cầu về chăm sóc sức khỏe tâm thần
- Cung cấp các chăm sóc tâm thần
 - Hội chẩn chuyên khoa
 - Thuốc chuyên khoa
 - Tâm lý nâng đỡ bước đầu (psychological first aid)
 - Liệu pháp cai với những đối tượng lạm dụng chất trong khu dân cư, khu cách ly
 - Can thiệp khủng hoảng tâm lý
- Dự phòng các rối loạn tâm thần
 - Liên kết với các phương tiện truyền thông.
 - Thông tin các khuyến cáo về tâm thần.
 - Hướng dẫn quản lý stress các người bệnh, nhân viên y tế.

- Tránh các diễn biến lâu dài như rối loạn stress sau sang chấn, các rối loạn lo âu tái diễn, các bệnh loạn thần nội sinh cũng như rối loạn khí sắc mất bù trừ.

2.3. Nhóm người bệnh nguy cơ cao mắc các rối loạn tâm thần sau mắc COVID-19

- Mức độ nghiêm trọng khi nhiễm bệnh COVID-19 giai đoạn cấp: đặc biệt từng bị nặng phải nhập viện điều trị, từng vào khu Hồi sức tích cực (có thể liên quan sau này đến tình trạng yếu cơ, các vấn đề về thăng bằng, suy giảm nhận thức và rối loạn tâm thần).
- Tuổi càng cao: gần 50% nếu người bệnh sau 50 tuổi từng mắc COVID-19.
- Mắc càng nhiều bệnh mạn tính.

Các rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh sau mắc COVID-19 được trình bày trong hướng dẫn này:

1. Rối loạn giấc ngủ
2. Rối loạn liên quan đến stress
3. Rối loạn lo âu
4. Rối loạn trầm cảm
5. Rối loạn loạn thần cấp

3. Phát hiện và xử trí

3.1. Tại tuyến y tế cơ sở

- Sàng lọc các vấn đề chung do di chứng sau mắc COVID-19 của người bệnh có liên quan sức khỏe tâm thần
 - Người bệnh sau mắc COVID-19 có thể có triệu chứng hoặc không triệu chứng của mắc COVID-19.
 - Các triệu chứng sau mắc COVID-19 của người bệnh có thể mới, tiếp tục tiến triển hoặc trầm trọng hơn.
 - Các triệu chứng rất khác nhau và trải rộng, có thể gặp ở một hay nhiều chuyên khoa, hằng định, thoáng qua hoặc dao động và có thể thay đổi theo thời gian.
 - Điều quan trọng là phải có nhận thức đúng về những di chứng nổi bật cần biết trong lúc đánh giá cho người bệnh COVID-19 sau giai đoạn cấp.

Tham khảo bảng sau :

Các cơ quan bị ảnh hưởng	Di chứng
Thần kinh	Đột quỵ Suy giảm nhận thức Bệnh lý não Động kinh Viêm tủy Bệnh lý thần kinh/bệnh lý cơ cần chăm sóc đặc biệt Suy giảm nhận thức/ suy giảm thành tích học tập Rối loạn giấc ngủ
Cơ xương khớp	Hội chứng sau nhiễm vi rút tương tự Hội chứng mệt mỏi mạn tính
Sức khỏe tâm thần	Tình trạng giảm nhận thức tồi tệ hơn Trầm cảm Lo âu Rối loạn căng thẳng sau sang chấn (PTSD) do mắc bệnh COVID-19 nặng
Hội chứng sau Hội sức tích cực	Khó thở Lo âu Trầm cảm Đau kéo dài Giảm chức năng hoạt động thể chất Giảm chất lượng cuộc sống
Các triệu chứng sau nhiễm vi rút đa hệ thống không đặc hiệu	Các triệu chứng thường gặp: <ul style="list-style-type: none"> - Mệt - Khó thở - Đau khớp - Đau ngực - Ho - Thay đổi khứu giác hoặc vị giác Các triệu chứng ít gặp hơn: <ul style="list-style-type: none"> - Mất ngủ

	<ul style="list-style-type: none"> - Sốt nhẹ - Đau đầu - Khó khăn về mặt nhận thức - Đau cơ và yếu - Các triệu chứng dạ dày-ruột - Nổi ban - Trầm cảm
--	---

- Hướng xử trí khi phát hiện có vấn đề sức khỏe tâm thần:

- Chuyển gửi tuyến quận/huyện hoặc bệnh viện đa khoa khi triệu chứng xuất hiện kéo dài quá 2 tuần và/hoặc mức độ gây ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.
- Đánh giá và hỗ trợ phục hồi chức năng Nhận thức – Sức khỏe tâm thần:

Tham khảo bảng sau:

Nhận thức	
Mô tả	<p>Chức năng nhận thức là một thuật ngữ rộng liên quan đến tiến trình về mặt tâm trí để có thể thu nạp kiến thức, sử dụng thông tin và logic. Các chức năng này gồm một chuỗi tiếp nhận, ghi nhớ, học tập, chú ý, ra quyết định và khả năng về ngôn ngữ.</p> <p>Khi trải qua khủng hoảng, người bệnh có thể có những biểu hiện mất chức năng nhận thức tạm thời hoặc vĩnh viễn. Việc can thiệp sớm cho sự suy giảm này sẽ giúp hồi phục tối ưu chức năng nhận thức.</p>
Đánh giá	<p>Khám tình trạng Tâm thần (MSE) là một công cụ đơn giản được dùng để sàng lọc chức năng nhận thức và giúp quyết định các cách can thiệp phù hợp có thể giúp người bệnh có lại sự hồi phục về nhận thức:</p> <p>1. Hình dáng bên ngoài; 2. Hành vi; 3. Ngôn ngữ; 4. Khí sắc; 5. Cảm xúc; 6. Suy nghĩ; 7. Tri giác; 8. Nhận thức; 9. Nội thị; 10. Nhận định lâm sàng và đánh giá nguy cơ</p>
Can thiệp	<p>1. Giáo dục tâm lý:</p> <p>Cả người bệnh và thân nhân nên được giáo dục về khả năng suy giảm nhận thức sau mắc COVID-19 cũng như kéo dài thời gian nhập viện.</p>

	<p>Hiểu biết, chấp nhận và kiên nhẫn là cần thiết trong việc tạo ra môi trường lý tưởng cho tiến trình hồi phục chức năng. Thân nhân nên hỗ trợ người bệnh bằng cách cho người bệnh thêm thời gian để phản ứng và xử lý vấn đề.</p> <p>2. Một số chiến lược chủ yếu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng Bản định hướng lực để huấn luyện người bệnh bị suy giảm định hướng lực - Sử dụng các dụng cụ hỗ trợ như sổ tay, điện thoại thông minh hoặc lịch để liệt kê công việc, đặt báo thức hoặc viết ra cho người bệnh bị giảm trí nhớ - Sử dụng các chiến lược hỗ trợ trí nhớ như chiến lược ghi nhớ, trực quan hoặc sắp xếp-tổ chức thông tin để gia tăng trí nhớ - Chia nhỏ các hoạt động thành từng bước riêng lẻ để giúp người bệnh bị suy giảm chức năng điều hành
Quản lý căng thẳng và sức khỏe cảm xúc	
<p>Mô tả</p>	<p>Đại dịch COVID-19 là một yếu tố gây ra căng thẳng và lo âu cho nhiều người bệnh. Những ảnh hưởng này có thể tác động đến chức năng hoạt động và chất lượng cuộc sống của người bệnh.</p>
<p>Đánh giá</p>	<p>DASS là một công cụ đánh giá chung được chuẩn hóa để sử dụng cho mọi người. DASS lượng giá mức độ căng thẳng, lo âu và trầm cảm của người bệnh và giúp quyết định cách quản lý sâu hơn khi cần.</p>
<p>Can thiệp</p>	<p>1. Giáo dục tâm lý</p> <p>Điều quan trọng là cung cấp thông tin đúng cho người bệnh đang dần hồi phục sau mắc COVID-19 để làm giảm căng thẳng và lo âu nhằm cải thiện sự phục hồi. Các kỹ thuật ứng phó phù hợp có thể được người bệnh thực hiện tại nhà và có gia đình cùng bạn bè hỗ trợ sẽ hữu ích.</p> <p>2. Các kỹ thuật thư giãn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thư giãn cơ tuần tự: <p>Bằng cách co và dẫn từng nhóm cơ theo thứ tự, người bệnh sẽ ý thức về đáp ứng về thể lý và cảm giác khác nhau. Người bệnh được hướng dẫn co cơ trong 5 giây và dẫn ra trong 15-30 giây và sau đó lặp lại cho các nhóm cơ</p>

	<p>khác. Người bệnh hoặc bắt đầu từ xa đến gần (từ ngón chân dần lên đầu) hoặc từ gần ra xa (đầu đến các ngón chân).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thư giãn thở sâu (thở bụng): <p>Người bệnh có thể luyện tập kỹ thuật thư giãn thở sâu bằng cách ngồi thoải mái trên ghế hoặc nằm trên giường. Hít vào bằng mũi và phồng bụng dần lên, thở ra qua miệng và xẹp bụng lại.</p> <p>3. Khuyến khích gia tăng dần các hoạt động thể chất tùy theo thể lực của người bệnh một cách an toàn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khởi động các hoạt động thường lệ: Bắt đầu bằng cách tự thay quần áo, nấu ăn đơn giản, đi lại chậm chậm. - Khám phá các hoạt động mới: Lên kế hoạch một hoạt động mới yêu thích sẽ giúp quản lý căng thẳng và cải thiện tâm trạng <p>Vd. Chơi trò ô chữ, bàn cờ, trồng hoa, trang trí nhà đơn giản...</p>
Hỗ trợ giấc ngủ không dùng thuốc	
* Vệ sinh giấc ngủ	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sắp xếp giờ ngủ và thức dậy đều đặn. 2. Không sử dụng các chất cafein vào buổi chiều và tối. 3. Tránh ăn quá no hoặc ăn quá nhiều chất mặn, ngọt vào buổi tối. 4. Nên dùng bữa tối trước giờ đi ngủ ít nhất 3 đến 4 tiếng. 5. Tập thể dục đều đặn hàng ngày. 6. Phòng ngủ thoáng khí, nhiệt độ, ánh sáng, tiếng động thích hợp cho giấc ngủ. 7. Không xem ti-vi nhiều giờ liền trước khi đi ngủ, không trò chuyện quá lâu trên giường ngủ. 	
* Kiểm soát giấc ngủ	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Chỉ lên giường khi cảm thấy buồn ngủ. 2. Nếu cảm thấy khó ngủ nên ra khỏi giường và làm một vài vận động đơn giản, nhẹ nhàng trong 5-10 phút. Khi cảm thấy buồn ngủ thì trở lại giường. 3. Chỉ sử dụng giường để ngủ, không nằm đọc sách hoặc trò chuyện, xem ti-vi trên giường trước khi đi ngủ. 	

<p>4. Đặt đồng hồ báo thức nếu cần thức dậy vào một thời điểm xác định mỗi ngày.</p> <p>5. Tránh ngủ quá nhiều vào ban ngày.</p>
<p>* Ổn định nhịp thức-ngủ</p> <p>1. Hạn chế thời gian thức trên giường bằng cách lập thời khóa biểu ngủ phù hợp với số giờ ngủ thực sự.</p> <p>2. Giữ cố định thời gian thức dậy.</p>
<p>* Rèn luyện thư giãn</p> <p>1. Hít thở sâu và thư giãn cơ bắp hàng ngày vào buổi tối.</p> <p>2. Dọn dẹp tâm trí khi có những suy nghĩ căng thẳng ức chế, hãy nói hoặc viết ra để giải tỏa tâm lý.</p> <p>3. Hình dung đến những hình ảnh đơn giản, dễ chịu và tự nhủ: <i>“Tôi cảm thấy buồn ngủ”, “Tôi đang ngủ đây”</i></p>

3.2. Tại tuyến quận, huyện, các bệnh viện đa khoa

3.2.1. Lưu ý

- Lượng giá người bệnh sau mắc COVID-19 đã đến tuyến y tế cơ sở với những triệu chứng kéo dài.
- Theo dõi người bệnh sau mắc COVID-19 được đặt lịch hẹn khám để tầm soát các bệnh đi kèm hoặc biến chứng (sinh hiệu và sinh hóa máu).
- Xác định những dấu hiệu báo động đỏ và chỉ định chuyển gửi đến tuyến trên.

3.2.2. Khám – Đánh giá và Xử trí

Tất cả các trường hợp người bệnh đều cần được tiếp cận theo hướng toàn diện và đặt người bệnh làm trung tâm. Cần hỏi kỹ tiền sử lâm sàng (tiền sử nghi ngờ hoặc chẩn đoán từng mắc COVID-19; các vấn đề - bệnh lý y khoa khác; thời điểm và thời gian các triệu chứng này xuất hiện từ lúc mắc COVID-19).

Khám và theo dõi theo hệ thống chiều dọc:

- Chăm sóc từ các chuyên khoa liên quan: chăm sóc sức khỏe ban đầu – BS gia đình, BS chuyên trách bệnh lý nền, BS chuyên khoa Tâm - Thần kinh và nhà tâm lý lâm sàng
- Đánh giá lại thường xuyên các triệu chứng và tác dụng phụ của thuốc điều trị.
- Theo dõi sự thay đổi về sức khỏe tâm thần và tâm lý
- Khẳng định lại sự tuân thủ điều trị của người bệnh

Khám, đánh giá và hướng xử trí:

SỨC KHỎE TÂM THẦN		
Các triệu chứng	Đánh giá/ Công cụ đánh giá	Xử trí
Rối loạn trầm cảm điển hình		
<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn giấc ngủ - Giảm hứng thú - Mắc cảm tội lỗi - Giảm năng lượng và mệt mỏi - Có vấn đề tập trung - Thay đổi sự ngon miệng - Thay đổi về tâm lý, vận động - Những ý nghĩ tự sát 	<ul style="list-style-type: none"> - PHQ-2 - PHQ-9 - DASS-21 - WSAS 	<p>Nhẹ đến Trung bình:</p> <p>Giáo dục tâm lý</p> <p>Liệu pháp tâm lý</p> <p>Liệu pháp hóa dược</p> <p>Trung bình đến Nặng:</p> <p>Chuyển gửi cơ sở chuyên khoa Tâm thần</p> <p>Ý nghĩ hoặc Muru toan Tự sát :</p> <p>Chuyển gửi khẩn cấp đến bệnh viện chuyên khoa Tâm thần</p>
Rối loạn lo âu toàn thể		
<ul style="list-style-type: none"> - Lo âu - Khó tập trung - Không thể thư giãn - Dễ bị kích thích - Căng cơ - Cảm giác giảm năng lượng/hay mệt - Rối loạn giấc ngủ 	GAD-7	<p>Nhẹ đến Trung bình</p> <p>Giáo dục tâm lý</p> <p>Liệu pháp tâm lý</p> <p>Liệu pháp hóa dược</p> <p>Trung bình đến Nặng :</p> <p>Chuyển gửi cơ sở chuyên khoa Tâm thần</p>
Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD)		
<ul style="list-style-type: none"> - Ký ức đau khổ lặp đi lặp lại - Ác mộng lặp đi lặp lại - Các cơn hồi tưởng - Rối loạn tâm lý nặng nề đối với sự kiện 	PCL-5	Chuyển gửi cơ sở chuyên khoa Tâm thần

- Các phản ứng về tâm lý nổi bật đối với sự kiện		
Các triệu chứng tâm lý khác		Chuyển gửi cơ sở chuyên khoa Tâm thần
THẦN KINH		
Các triệu chứng	Đánh giá/ Công cụ đánh giá	Xử trí
Mới khởi phát các triệu chứng thần kinh: yếu liệt cục bộ/ giảm cảm giác/ hành vi thay đổi/ đau đầu nặng nề hơn...	Khám Thần kinh toàn diện	- Chuyển gửi Chuyên khoa Thần kinh/ Vật lý trị liệu/ Đội ngũ y tế đa ngành - Cân nhắc việc Nhập viện
Chức năng nhận thức suy giảm	Đánh giá Nhận thức: - Khám Trạng thái Tâm thần tối thiểu (MMSE) - Đánh giá Nhận thức Montreal (MoCA)	Nhẹ đến Trung bình: chuyển gửi Nhà trị liệu Hoạt động Trung bình - Nặng: Chuyển gửi Bệnh viện chuyên khoa Tâm thần / Vật lý trị liệu/ Đội ngũ y tế

3.2.3. Các công cụ hỗ trợ đánh giá:

Các nhân viên y tế (BS, điều dưỡng, nhà tâm lý) muốn thực hiện thì nên được tập huấn ngắn về các công cụ này.

- **PHQ-2:** Hỏi người bệnh có những dấu hiệu sau trong vòng 02 tuần

Bảng câu hỏi cho BN (PHQ)-2				
	Không có	Vài ngày	Khoảng hơn nửa ngày	Gần như mỗi ngày
Ít quan tâm/ hứng thú trong mọi việc hơn 2 tuần qua	0	1	2	3
Thất vọng, chán nản/ mất hy vọng hơn 2 tuần qua	0	1	2	3

Điểm số ≥ 3 thì tiếp tục tầm soát với PHQ-9

- Thang PHQ-9 :

Tầm soát ban đầu:

1. Bệnh nhân hoàn tất bảng câu hỏi PHQ-9 tự đánh giá nhanh
2. Nếu có trên 4 ô đánh dấu trong phần ô màu xám (bao gồm câu hỏi số 1 và 2), nên cân nhắc rối loạn trầm cảm. Thêm các điểm số để xác định mức độ trầm cảm.

Cần nhắc đánh giá rối loạn trầm cảm chủ yếu (MDD):

Nếu có ít nhất 5 ô đánh dấu trong các ô màu xám (1 trong số đó nằm trong câu 1 hay 2)

Cần nhắc đánh giá rối loạn trầm cảm khác:

Nếu có từ 2 - 4 đánh dấu trong các ô màu xám (1 trong số đó nằm trong câu 1 hay 2)

Lưu ý:

Bảng đánh giá dựa vào bệnh nhân tự đánh giá và báo cáo, tất cả câu trả lời cần được Bác sĩ lâm sàng đánh giá lại và chuẩn đoán xác định trên cơ sở lâm sàng có tính đến việc bệnh nhân hiểu câu hỏi đó như thế nào cũng như chuẩn đoán thêm từ các thông tin liên quan khác mà bệnh nhân cung cấp.

Chuẩn đoán RLTC chủ yếu (MDD) và RLTC khác thì cần có đánh giá về suy giảm chức năng về xã hội, nghề nghiệp, và các chức năng quan trọng khác (Câu 10) và loại trừ đau buồn đơn thuần do mất mát, tiền sử có Rối loạn lưỡng cực (Bipolar disorder) và rối loạn thể chất, thuốc điều trị hoặc một số thuốc khác cũng có thể là nguyên nhân sinh học của các triệu chứng trầm cảm.

BẢNG CÂU HỎI SỨC KHỎE BỆNH NHÂN (PHQ-9)

Tên: Ngày:/...../.....

Trong 2 tuần qua, bạn có thường gặp phải các vấn đề sau đây thường xuyên đến mức nào?	Không lúc nào	Vài ngày	Hơn một nửa số ngày	Hầu như mỗi ngày
1. Ít quan tâm hoặc thích thú trong mọi công việc.	0	1	2	3
2. Cảm thấy thất vọng, chán nản, hoặc không còn hy vọng.	0	1	2	3
3. Khó ngủ hoặc ngủ rất nhiều.	0	1	2	3
4. Cảm thấy mệt mỏi hoặc kiệt sức.	0	1	2	3
5. Chán ăn hoặc ăn quá nhiều.	0	1	2	3
6. Cảm thấy bản thân thất bại, vô dụng hoặc cảm thấy đã làm cho bản thân và gia đình thất vọng.	0	1	2	3
7. Khó tập trung vào công việc, chẳng hạn như đọc báo hoặc xem ti vi.	0	1	2	3
8. Di chuyển hoặc nói quá chậm chạp đến mức mọi người có thể nhận ra. Hoặc cảm thấy bất rút hoặc không yên đến mức có cử động nhiều hơn bình thường	0	1	2	3
9. Có ý nghĩ là nên chết đi cho xong hoặc có ý muốn tự làm tổn thương bản thân	0	1	2	3
Công điểm theo cột + + +				
TỔNG CỘNG				
10. Trong bất kỳ vấn đề trên nếu có gặp phải, hãy cho biết nó đã gây khó khăn n	Không có khó khăn		
nào đối với công việc làm, việc nhà, hoặc	Ít khó khăn		
với những người xung quanh?	Hạt nhỏ khó khăn		
	Cực kỳ khó khăn		

Maurer DM. Screening for depression. Depression. 2012;100:23.



Theo dõi sự thay đổi điểm số PHQ-9 qua mỗi lần thăm khám sẽ cho thấy đáp ứng, cải thiện về mặt triệu chứng của bệnh nhân với liệu pháp điều trị

Tổng số điểm PHQ-9 sẽ cho biết mức độ nặng nhẹ của trầm cảm để xác định hướng xử trí phù hợp

Tổng số điểm	Mức độ trầm cảm	Hướng xử trí
1 - 4	Không	Không
5 - 9	Nhẹ	Theo dõi, đánh giá lại PHQ-9 khi tái khám
10 - 14	Vừa	Điều trị gồm tư vấn, theo dõi và có thể dùng thuốc
15 - 19	Nặng vừa	Điều trị thuốc ngay, có thể kết hợp liệu pháp tâm lý
20 - 27	Nặng	Điều trị thuốc ngay, và nếu bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị, nên tiến hành chuyển bệnh nhân đến khám chuyên khoa tâm thần để được điều trị bằng liệu pháp tâm lý và/hoặc kết hợp trị liệu.

ASQ: Đánh giá nguy cơ tự sát

NIMH TOOLKIT

asQ Suicide Risk Screening Tool

Ask Suicide-Screening Questions

Ask the patient:

1. In the past few weeks, have you wished you were dead? Yes No
2. In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead? Yes No
3. In the past week, have you been having thoughts about killing yourself? Yes No
4. Have you ever tried to kill yourself? Yes No
 If yes, how? _____

 When? _____

If the patient answers **Yes** to any of the above, ask the following acuity question:

5. Are you having thoughts of killing yourself right now? Yes No
 If yes, please describe: _____

Next steps:

- If patient answers "No" to all questions 1 through 4, screening is complete (not necessary to ask question #5). No intervention is necessary (*Note: Clinical judgment can always override a negative screen).
- If patient answers "Yes" to any of questions 1 through 4, or refuses to answer, they are considered a **positive screen**. Ask question #5 to assess acuity:
 - "Yes" to question #5 = **acute positive screen** (imminent risk identified)
 - Patient requires a **STAT safety/full mental health evaluation**.
 - Patient cannot leave until evaluated for safety.
 - Keep patient in sight. Remove all dangerous objects from room. Alert physician or clinician responsible for patient's care.
 - "No" to question #5 = **non-acute positive screen** (potential risk identified)
 - Patient requires a **brief suicide safety assessment to determine if a full mental health evaluation is needed**. Patient cannot leave until evaluated for safety.
 - Alert physician or clinician responsible for patient's care.

Provide resources to all patients

- 24/7 National Suicide Prevention Lifeline 1-800-273-TALK (8255) En Español: 1-888-628-9454
- 24/7 Crisis Text Line: Text "HOME" to 741-741

asQ Suicide Risk Screening Toolkit
NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH)
 7/12/2020

- **MMSE (Mini Mental State Examination):** hiện đang được sử dụng rộng rãi như một công cụ đánh giá trạng thái nhận thức thần kinh.

Với thang điểm từ 0 đến 30, đối tượng đạt >24 điểm được xem là không có rối loạn nhận thức, <18 điểm tương đương với tình trạng rối loạn nhận thức mức độ nặng^[42].

PHIẾU LƯỢNG GIÁ MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Họ và tên: Năm sinh: Giới tính:

Nghề nghiệp: Trình độ học vấn:

Địa chỉ:

Nơi giới thiệu: Ngày thực hiện:

STT	Câu	Trả Lời	Điểm tối đa	Điểm đạt
1	Xác định : Thứ/Ngày/Tháng/Năm/ Mùa.		5	
2	Đang ở đâu ? (BV, Tầng, Quận, TP, Quốc gia).		5	
3	Lập lại ba đồ vật không liên quan		3	
4	Nghiêm Pháp 100-7 / Đánh vần ngược từ (THANG).		5	
5	Nhớ lại 3 đồ vật trước đó		3	
6	Đọc tên 2 đồ vật đơn giản (đồng hồ, cây bút).		2	
7	Lập lại nhóm từ (không thể, nếu, và, hoặc, nhưng, mãi).		1	
8	Mệnh lệnh 3 giai đoạn : cầm tờ giấy bằng tay phải, gấp đôi, đặt lên sàn nhà.		3	
9	Thực hiện : (Hãy nhắm mắt lại) trang sau.		1	
10	Viết một câu hoàn chỉnh (trang sau).		1	
11	Yêu cầu vẽ lại một hình (trang sau).		1	
Tổng điểm đạt được				

KẾT QUẢ :

- Định lượng lực :

- Ghi nhận :

- Tính toán :

- Nhớ lại :

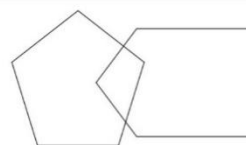
- Ngôn ngữ :

Kết luận chung :

9. Thực hiện :

HÃY NHẮM MẮT LẠI

10. Viết một câu hoàn chỉnh :



11. Hãy vẽ lại hình trên vào khung này :

- MoCA

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)							Họ và tên :	Ngày sinh :
							Trình độ học vấn :	Ngày kiểm tra :
							Giới tính :	
THỊ GIÁC KHÔNG GIAN		Sao chép lại hình hộp này		VỀ ĐỒNG HỒ (11 giờ 10 phút) (3 điểm)			Điểm	
				Hình dạng [] Số [] Kim []				___/5
ĐỊNH TÊN CON VẬT								
						___/3		
TRÍ NHỚ		Đọc danh sách các từ, yêu cầu BN lặp lại.		TRƯỜNG HỌC		VẢI NHUNG		
Làm lần thứ 2 ngay cả khi lần 1 thành công.		Lần thứ 1		BÀN TAY		HOA CÚC		
Yêu cầu BN lặp lại các từ sau 5 phút.		Lần thứ 2		MÀU ĐỎ		KHÔNG CÓ ĐIỂM		
CHÚ Ý		Đọc chuỗi số (1 với 5 giây).		Yêu cầu bệnh nhân đọc lại [] 2 1 8 5 4		Yêu cầu bệnh nhân đọc ngược lại [] 7 4 2		
Đọc loạt từ, bệnh nhân phải vỗ tay sau khi nghe chữ "X". Bệnh nhân không có điểm nếu mắc 2 lỗi:		[] RBACMNAAGKLBARAKDEAAAAGAMORAA B		___/1				
Thực hiện nghiệm pháp 100 trừ 7 liên tiếp. [] 95 [] 88 [] 79 [] 72 [] 65		4 hoặc 5 phép trừ đúng: 3 điểm; 3 hoặc 3 đúng: 2 điểm; 1 đúng: 1 điểm; 0 đúng: 0 điểm.		___/3				
NGÔN NGỮ		Lặp lại: Chim nuôi đẻ trứng trên cây. []		Lý lẽ của luật sư đã thuyết phục họ. []		___/2		
Viết hoa tất cả ngôn ngữ: Kể nhiều nhất có thể các từ bắt đầu bằng chữ "L" trong một phút. []		___ (2-11 từ)		___/1				
TRÚU TƯỞNG		Điền tương đồng: vải - chuỗi - cam - trái cây []		thủ hôn - xe đạp []		đồng hồ - thước kẻ		
___/2								
NHẮC LẠI		[MIS] BN phải nhớ các từ trường học, vải nhung, bàn tay, hoa cúc, màu đỏ		TRƯỜNG HỌC		VẢI NHUNG		
Điểm chỉ số x3		[]		[]		[]		
trí nhớ x2		[]		[]		[]		
[MIS] x1		[]		[]		[]		
Chỉ cho điểm với từ KHÔNG CẦN GHI *		MIS = ___/15		___/5				
ĐỊNH HƯỚNG		[] Thứ [] Ngày [] Tháng [] Năm [] Địa điểm [] TP/Tỉnh		___/6				
© Z.Nasreddine MD		www.mocatest.org		Định thường: 26 / 30		TỔNG ___/30		
Thực hiện bởi: _____		MIS = ___/15		Cộng một điểm nếu TDWV nhỏ hơn 12.				

Kết quả điểm số : Mức điểm trung bình là 23,79 điểm, trong khoảng dự đoán

- Điểm cắt theo lứa tuổi và trình độ học vấn

Lứa tuổi Trình độ học vấn	Lứa tuổi			
	18 tới 30 tuổi	31 tới 45 tuổi	46 tới 60 tuổi	61 tuổi trở lên
Cấp 2	21	20	19	18
Cấp 3	23	22	21	20
Đại học – Sau đại học	24	23	22	21

- Thang trí nhớ MIS: ảnh hưởng bởi tuổi, mức điểm chẩn đoán đề nghị

	18 - 30 tuổi	31 - 42 tuổi	43 - 54 tuổi	55 - 66 tuổi	> 66 tuổi
Cut-off MIS	11	10	9	8	7

- **DASS-21**

Hướng dẫn: Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào các số 0, 1, 2 và 3 ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong suốt một tuần qua. Không có câu trả lời đúng hay sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

- Mức độ đánh giá:

- 0 Không đúng với tôi chút nào cả
- 1 Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng
- 2 Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng
- 3 Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng

S	1.	Tôi thấy khó mà thoải mái được	0 1 2 3
A	2.	Tôi bị khô miệng	0 1 2 3
D	3.	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào	0 1 2 3

A	4.	Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	0 1 2 3
D	5.	Tôi thấy khó bắt tay vào công việc	0 1 2 3
S	6.	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	0 1 2 3
A	7.	Tôi bị ra mồ hôi (chẳng hạn như mồ hôi tay...)	0 1 2 3
S	8.	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0 1 2 3
A	9.	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	0 1 2 3
D	10.	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	0 1 2 3
S	11.	Tôi thấy bản thân dễ bị kích động	0 1 2 3
S	12.	Tôi thấy khó thư giãn được	0 1 2 3
D	13.	Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	0 1 2 3
S	14.	Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0 1 2 3
A	15.	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	0 1 2 3
D	16.	Tôi không thấy hứng hái với bất kỳ việc gì nữa	0 1 2 3
D	17.	Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người	0 1 2 3
S	18.	Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái	0 1 2 3
A	19.	Tôi nghe thấy rõ tiếng nhịp tim dù chẳng làm việc gì cả (ví dụ, tiếng nhịp tim tăng, tiếng tim loạn nhịp)	0 1 2 3
A	20.	Tôi hay sợ vô cớ	0 1 2 3
D	21.	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa	0 1 2 3

Cách tính điểm:

- Điểm của Trầm cảm, Lo âu và Stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần, rồi nhân hệ số 2.

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Nhẹ	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Vừa	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Nặng	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Rất nặng	≥28	≥20	≥34

- **GAD-7**

Nội dung	Không xuất hiện	Xuất hiện vài ngày	Nhiều hơn nửa thời gian	Gần như hàng ngày
1. Cảm giác bối rối, lo lắng và bực mình				
2. Không thể ngừng lo lắng hoặc kiểm soát sự lo lắng đó				
3. Lo lắng quá mức về nhiều điều khác nhau				
4. Khó thư giãn				
5. Thấy bồn chồn bứt rứt đến mức không thể ngồi yên được				
6. Dễ trở nên cáu kỉnh và bực bội				
7. Cảm thấy sợ hãi như thể có điều gì đó khủng khiếp sắp xảy ra				

Tính điểm tổng của thang đo rồi phân nhóm các biểu hiện:

- 0 -4 điểm: Không có lo âu
- 5-9 điểm: Lo âu nhẹ
- 10-14 điểm: Lo lắng vừa phải
- 15-21 điểm: Lo âu nặng

Ưu điểm: GAD -7 có tính năng hoạt động tương đối tốt cho ba rối loạn lo âu khác là rối loạn hoảng loạn, rối loạn ám sợ xã hội, và rối loạn căng thẳng sau sang chấn.

- **PCL-5 :**

Hướng dẫn: Dưới đây là một danh mục các vấn đề mà người ta thỉnh thoảng có khi gặp một trải nghiệm rất stress. Vui lòng đọc từng vấn đề một cách cẩn thận và khoanh tròn một con số phía bên phải để chỉ ra mức độ mà anh/chị bị phiền lòng bởi vấn đề đó trong tháng vừa qua

Trong tháng vừa qua, mức độ mà anh/chị bị phiền lòng bởi:	Không bao giờ	Một chút ít	Vừa phải	Khá nhiều	Cực kỳ nhiều
1. Những ký ức lặp đi lặp lại, gây quấy nhiễu và không mong muốn về trải nghiệm stress?	0	1	2	3	4
2. Các giấc mơ lặp đi lặp lại, gây quấy nhiễu về trải nghiệm stress?	0	1	2	3	4
3. Đột nhiên có cảm giác hoặc hành động như là trải nghiệm stress đang thực sự lại diễn ra (như thể là anh/chị thực sự quay lại sống với trải nghiệm ấy)?	0	1	2	3	4
4. Cảm giác rất phiền muộn khi một điều gì đó gợi nhắc anh/chị nhớ đến trải nghiệm stress đó?	0	1	2	3	4
5. Có phản ứng cơ thể mạnh mẽ khi có gì đó gợi nhắc anh/chị về trải nghiệm stress đó (ví dụ, tim đập nhanh, khó thở, đổ mồ hôi)	0	1	2	3	4
6. Né tránh các ký ức, suy nghĩ hoặc cảm giác có liên quan đến trải nghiệm stress?	0	1	2	3	4
7. Né tránh các yếu tố gợi nhắc từ bên ngoài về trải nghiệm stress đó (ví dụ, con người, nơi chốn, cuộc nói chuyện, hoạt động, đồ vật hoặc tình huống)?	0	1	2	3	4
8. Khó nhớ lại những phần quan trọng của trải nghiệm stress đó?	0	1	2	3	4
9. Có những niềm tin tiêu cực mạnh mẽ về bản thân, về người khác, hoặc về thế giới (ví dụ: có những suy nghĩ như: Tôi thật tồi tệ, có một điều gì đó cực kỳ sai trái với tôi, không thể tin tưởng một ai, thế giới hoàn toàn nguy hiểm)?	0	1	2	3	4
10. Oán trách bản thân hoặc người khác về trải nghiệm stress đó hoặc về những gì đã xảy ra sau đó?	0	1	2	3	4
11. Có những cảm xúc tiêu cực mạnh mẽ như sợ hãi, khiếp sợ, giận dữ, tội lỗi, hoặc xấu hổ?	0	1	2	3	4
12. Mất hứng thú với các hoạt động mà anh/chị từng thích thú?	0	1	2	3	4
13. Cảm giác xa cách hoặc bị cắt đứt quan hệ với những người khác?	0	1	2	3	4
14. Gặp khó khăn trong việc trải nghiệm các cảm giác tích cực (ví dụ: không thể có cảm giác hạnh phúc hoặc	0	1	2	3	4

Trong tháng vừa qua, mức độ mà anh/chị bị phiền lòng bởi:	Không bao giờ	Một chút ít	Vừa phải	Khá nhiều	Cực kỳ nhiều
có cảm giác yêu thương đối với những người gần gũi anh/chị)?					
15. Hành vi gây khó chịu, cơn trút giận, hoặc hành động một cách hung hãn?	0	1	2	3	4
16. Có nhiều mạo hiểm hoặc làm những điều có thể gây nguy hại cho anh/chị?	0	1	2	3	4
17. Có trạng thái “tăng cảnh giác” hoặc dè chừng hoặc phòng vệ?	0	1	2	3	4
18. Cảm giác hay giật mình hoặc dễ giật mình?	0	1	2	3	4
19. Khó tập trung?	0	1	2	3	4
20. Khó đi vào giấc ngủ hoặc giữ giấc ngủ?	0	1	2	3	4

Weather, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr - National Center for PTSD

Điểm số ≥ 47 : chẩn đoán PTSD

- **WSAS: Thang đánh giá khả năng thích ứng công việc và xã hội (WSAS)** giúp đánh giá Chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi vấn đề sức khỏe của người bệnh

Hướng dẫn: Anh/chị chọn 1 mức độ từ 0 tới 9 cho 5 câu hỏi sau đây:

1. Khả năng làm việc của tôi bị suy giảm.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Không	Rất ít	Ít	Có chút ít	Có	Rõ ràng	Rất rõ ràng	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng

2. Việc quản lý nhà cửa của tôi bị suy giảm. (ví dụ: lau, dọn nhà cửa; đi mua sắm; nấu ăn; chăm sóc nhà cửa hay con cá; trả tiền hóa đơn...)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Không	Rất ít	Ít	Có chút ít	Có	Rõ ràng	Rất rõ ràng	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng

3. Các hoạt động yêu thích ngoài xã hội của tôi cùng làm với người khác bị suy giảm. (ví dụ: tiệc tùng; đi câu lạc bộ; đi dạo với người khác; viếng thăm người khác; hẹn hò; giải trí tại nhà cùng người thân...)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Không	Rất ít	Ít	Có chút ít	Có	Rõ ràng	Rất rõ ràng	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng

4. Các hoạt động yêu thích cá nhân của tôi làm một mình bị suy giảm (ví dụ: đọc sách; làm vườn; sưu tập; may vá; đi dạo một mình...)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Không	Rất ít	Ít	Có chút ít	Có	Rõ ràng	Rất rõ ràng	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng

5. Khả năng xây dựng và duy trì các mối quan hệ thân thiết của tôi với người khác bị suy giảm (bao gồm cả với những người cùng sống với tôi).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Không	Rất ít	Ít	Có chút ít	Có	Rõ ràng	Rất rõ ràng	Nghiêm trọng	Rất nghiêm trọng

Kết quả sàng lọc dựa trên tổng số điểm của 5 câu:

- **Mức <10 điểm:** bình thường. Kết quả gợi ý công việc và hoạt động xã hội của anh/chị không bị ảnh hưởng, anh/chị có thể tham khảo thêm một số phương pháp tự chăm sóc sức khỏe tâm thần.
- **Mức từ 10 tới 19 điểm:** Gợi ý công việc và hoạt động xã hội của anh/chị đang bị ảnh hưởng. Anh/chị có thể liên hệ với bác sĩ tâm thần hoặc các chuyên viên tâm lý tại các cơ sở khám chữa bệnh trong danh sách.
- **Mức điểm từ 20 trở lên:** Gợi ý công việc và hoạt động xã hội của anh/chị đang bị ảnh hưởng đang bị ảnh hưởng nặng. Anh/chị nên tới khám tại các cơ sở chuyên khoa tâm thần để được hỗ trợ.

3.3. Tại tuyến chuyên khoa Tâm thần

Các tình trạng cần chuyển gửi đến Chuyên khoa Tâm thần

- Tình trạng thay đổi tâm trạng và/hoặc hành vi kéo dài trên 2 tuần
- Tiền sử Nhập viện ICU và/hoặc giảm thông khí kéo dài
- Tái phát rối loạn tâm thần sẵn có

- Rối loạn giấc ngủ: khó vào giấc ngủ, ngủ hay thức giấc hoặc thức dậy sớm
- Các vấn đề nhận thức như suy giảm nhiều trí nhớ và độ tập trung khi không phải là người cao tuổi
- Tiền sử dùng steroid trong suốt giai đoạn điều trị COVID-19
- Các vấn đề sức khỏe tâm thần ở mức độ trung bình – nặng trở lên sau khám lâm sàng và đánh giá bằng công cụ tương ứng
- Các tình trạng cấp cứu tâm thần

Cần xác định xem người bệnh có 05 vấn đề thuộc sức khỏe tâm thần sau mắc COVID-19 như sau không:

- Xuất hiện các rối loạn tâm thần
- Các vấn đề sức khỏe tâm thần tiềm ẩn
- Tang thương và mất mát
- Kỳ thị và thu rút
- Có liên quan Sang chấn

3.4. Các bệnh lý tâm thần thường gặp

3.4.1. Rối loạn giấc ngủ

A. Dẫn nhập

Mất ngủ là những liên quan đến những than phiền như khó dỗ giấc ngủ, dễ thức giấc, ngủ không ngon giấc, ngủ ít, thường xuyên và kéo dài sự tỉnh giấc, kèm theo các khó chịu và các suy giảm trong ngày liên quan đến mất ngủ như dễ kích thích, khó khăn chịu đựng áp lực, khó tập trung, suy nhược.

Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất **3 lần/tuần** trong vòng **ít nhất 1 tháng**.

Rối loạn giấc ngủ gây ra sự suy sụp rõ nét hoặc làm rối loạn các hoạt động chức năng cá nhân trong cuộc sống hàng ngày.

B. Hướng xử trí

- + Các rối loạn giấc ngủ hậu COVID-19 thường diễn biến lành tính, tự hồi phục
- + Trong một số trường hợp diễn tiến sẽ kéo dài hơn 1 tháng, sẽ cần một số phương pháp điều trị thích hợp.

Trong một số trường hợp, mất ngủ chỉ là một triệu chứng trong một hội chứng tâm thần khác (rối loạn liên quan đến stress, lo âu, trầm cảm, loạn thần...) hoặc là di chứng của một bệnh lý cơ thể sau COVID-19 (hô hấp, tim mạch...)

+ Các biện pháp đề xuất dưới đây nhằm mau chóng giúp đỡ người bệnh lấy lại được nhịp sinh học thức ngủ và quân bình lại nhịp sinh hoạt thường kỳ trong đó có liệu pháp dùng thuốc và không dùng thuốc.

- Không dùng thuốc: hướng dẫn cách giúp người bệnh thư giãn, vệ sinh giấc ngủ; Giáo dục tâm lý về thay đổi giấc ngủ sau mắc COVID-19 cần thời gian phục hồi; thực hành các liệu pháp thư giãn (thở sâu, căng dẫn cơ tuần tự); liệu pháp Nhận thức-Hành vi; liệu pháp Định tâm...
- Liệu pháp hóa dược: (Phụ lục)

3.4.2. Rối loạn liên quan stress

A. Dẫn nhập

- Là các rối loạn liên quan tới sang chấn (*traumatic event*)/các yếu tố gây stress.
- Xuất hiện sau sang chấn/yếu tố gây stress ngay lập tức hoặc sau một thời hạn nhất định
- Biểu hiện lâm sàng có tương quan với nội dung hoặc mức độ sang chấn/yếu tố gây stress.
- Sang chấn là các biến cố vượt khỏi sức chịu đựng bình thường, đe dọa tính mạng, chấn thương nghiêm trọng, bạo hành nặng nề hoặc tra tấn, chứng nhân thảm họa...
- Stress là sự căng thẳng thần kinh, thật ra là quá trình thích ứng khi một cá thể phải đối chọi với một tình huống mới mẻ, khác thường.

Đặc trưng của rối loạn stress cấp & rối loạn stress sau sang chấn

- Tiếp xúc trực tiếp tình huống đe dọa tính mạng, chấn thương nghiêm trọng, bạo hành nặng nề hoặc tra tấn, thảm họa, dịch bệnh ...
- Là nạn nhân, chứng nhân hoặc người thân gần gũi bị nạn

PHẢN ỨNG STRESS BÌNH THƯỜNG SAU SANG CHẤN	
Phản ứng cảm xúc Sốc, sợ hãi, mặc cảm có tội, xấu hổ, tuyệt vọng...	Phản ứng cơ thể Căng thẳng, mệt mỏi, buồn ói, mất ngon miệng, tim nhanh
Phản ứng nhận thức Lú lẫn, rối loạn định hướng lực, phân ly, do dự, mất tập trung, quên thoáng qua	Phản ứng trong quan hệ Dễ cáu gắt, thu mình, tách biệt, không tin tưởng, cảm giác bị bỏ rơi
<i>Kéo dài vài ngày</i>	

RỐI LOẠN THÍCH ỨNG
- Xuất hiện khi gặp yếu tố stress
- Có thể xuất hiện sớm trong vài ngày nếu yếu tố gây stress nghiêm trọng & cấp tính

(Giới hạn khởi phát các triệu chứng thường không quá 3 tháng)

- Biểu hiện hoặc hội chứng lo âu hoặc hội chứng trầm cảm hoặc hỗn hợp cả hai
- Các triệu chứng phản ánh lại nội dung yếu tố gây stress
- Suy giảm đáng kể trong các lãnh vực xã hội, nghề nghiệp...
- Khi yếu tố stress chấm dứt hoặc các hậu quả chấm dứt hoặc người bệnh thích ứng tốt thì các triệu chứng không kéo dài quá 6 tháng (ngoại lệ stress trường diễn)

RỐI LOẠN STRESS CẤP	
Hội chứng tái hiện	Hồi ức, giấc mơ tái hiện sang chấn, Tái hiện lại chớp nhoáng sang chấn (<i>flashback</i>)
Cảm xúc âm tính	Mất cảm nhận sự vui vẻ, thoải mái
Hội chứng phân ly với thực tại	Suy giảm cảm nhận thực tế Quên các tình tiết quan trọng của sang chấn
Hội chứng tránh né	Nỗ lực tránh né các ký ức, suy nghĩ về sang chấn Tránh né các hoàn cảnh, sự vật, con người... gợi lại sang chấn
Hội chứng kích thích tâm thần	RL giấc ngủ, dễ cáu gắt, nhạy cảm, cảnh giác Kém tập trung
Thời gian	Kéo dài vài ngày và không quá 1 tháng.

RỐI LOẠN STRESS SAU SANG CHẤN	
Hội chứng tái hiện	Tránh né kéo dài
Nhận thức tiêu cực Khó nhớ các tình tiết quan trọng của sang chấn, cảm nhận tiêu cực về bản thân và xung quanh, mất hứng thú, ...	Kích thích liên quan tới sang chấn
Suy giảm các chức năng xã hội, việc làm...	Kéo dài hơn 1 tháng, có thể kéo dài đến vài năm.

Lưu ý thứ tự thời gian

- Phản ứng stress bình thường: vài ngày
- Rối loạn thích ứng: từ vài ngày đến dưới 6 tháng.
- Rối loạn stress cấp: Không quá 4 tuần
- Rối loạn stress sau sang chấn: trên 4 tuần

B. Hướng xử trí

+ Liệu pháp không dùng thuốc:

- Nhận biết sớm để có hướng xử trí vì các tình huống phản ứng với các yếu tố gây stress có thể xảy ra cấp tính hoặc bán cấp.

- Liệu pháp Giáo dục tâm lý: thể hiện sự thấu hiểu và đồng cảm, nhìn nhận và thừa nhận nỗi đau tinh thần của người bệnh và tính thực tế của các sự kiện sang chấn. Kèm theo đó là các phương pháp thư giãn và kiểm soát sự lo lắng, giải quyết vấn đề giúp người

bệnh hiệu và vượt qua giai đoạn khó khăn.

- Các liệu pháp tâm lý khác: Nhận thức-Hành vi, Định tâm...

+ **Liệu pháp dùng thuốc:**

- Thuốc mang tính cách hỗ trợ trong một số tình huống cấp tính như kích động, có cơn hoảng loạn, mất ngủ kéo dài... và/hoặc ảnh hưởng chất lượng cuộc sống (phụ lục).
- Nếu người bệnh vẫn không bớt lo lắng hoặc nặng hơn sau **2 - 4 tuần** điều trị nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần để điều trị.

3.4.3. Rối loạn lo âu

A. Định nghĩa

- **Hội chứng lo âu:**

- **Về tâm lý** là một cảm giác lo âu, căng thẳng, sợ một điều gì xấu sắp xảy ra.
- **Về cơ thể** là một tập hợp gồm các triệu chứng căng thẳng, kích phát hệ thần kinh tự trị giao cảm (thần kinh thực vật) với các dấu hiệu như: tim nhanh, khô miệng, máy giật cơ, run tay, nghẹt thở, nặng ngực, khó chịu vùng dạ dày, buồn nôn, choáng váng, dễ giật mình, khó nuốt, dễ kích động nổi nóng, khó thư giãn, kém tập trung, khó ngủ...
- **Lo lắng (lo âu bình thường)** là hiện tượng phản ứng của con người trước những khó khăn và các mối đe dọa của tự nhiên, xã hội mà con người phải tìm cách vượt qua và tồn tại. Lo lắng là một tín hiệu báo động, báo trước một nguy hiểm sắp xảy đến, cho phép con người sử dụng mọi biện pháp để đương đầu với sự đe dọa.
- **Lo âu bệnh lý** là lo âu quá mức hoặc dai dẳng không tương xứng với sự đe dọa được cảm thấy, ảnh hưởng đến hoạt động của người bệnh, có thể kèm theo những ý nghĩ hay hành động có vẻ như quá mức hay vô lý.

B. Hướng xử trí

+ **Liệu pháp không dùng thuốc:**

- Nhận biết sớm để có hướng xử trí thích hợp.
- Liệu pháp Giáo dục tâm lý về Rối loạn lo âu
- Các liệu pháp tâm lý khác: liệu pháp Thư giãn, Nhận thức-Hành vi, Định tâm...
- + **Liệu pháp dùng thuốc:** Thuốc mang tính cách hỗ trợ trong một số tình huống cấp tính như kích động, có cơn hoảng loạn, mất ngủ kéo dài...và/hoặc ảnh hưởng (phụ lục)
- Nên phối hợp liệu pháp không dùng thuốc
- Thuốc lựa chọn gồm: (Phụ lục)
 - Sử dụng các loại thuốc SSRIs

- Nhóm Benzodiazepine (cần thận khi sử dụng vì nguy cơ gây nghiện nếu sử dụng kéo dài)
- Nếu vẫn không đáp ứng điều trị nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần để điều trị ngay.

3.4.4. Rối loạn trầm cảm

A. Định nghĩa

Là một trong những rối loạn cảm xúc thường gặp, gây ảnh hưởng nhiều đến các chức năng hoạt động tâm thần cũng như các hoạt động cơ thể. Bệnh có nhiều biểu hiện lâm sàng đa dạng khác nhau với triệu chứng chính gồm khí sắc **trầm buồn**, mất hoặc giảm **hứng thú** và **mệt mỏi suy nhược** kèm theo các triệu chứng **phụ** như: rối loạn giấc ngủ, ăn kém, giảm tập trung chú ý, mất tự tin, ý tưởng bị tội, bi quan, ý tưởng và hành vi tự sát, ... (các triệu chứng của hội chứng được **in đậm**). Tất cả những triệu chứng này sẽ phải xuất hiện **thường xuyên trong 2 tuần** và gây suy giảm các hoạt động chức năng, sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.

Đây có thể là một bệnh lý tâm thần độc lập khởi phát hoặc tái phát trong hoàn cảnh dịch bệnh, hoặc xuất hiện như một biểu hiện lâm sàng trong các tình huống phản ứng với stress/sang chấn nêu trên.

- **Các mức độ trầm cảm:** Hội chứng trầm cảm có các mức độ sau:
 - Trầm cảm **nhẹ**: **Có thể điều trị tại tuyến Quận/Huyện, Bệnh viện đa khoa**
 - + Có ít nhất 2 triệu chứng **chính** của trầm cảm
 - + Có ít nhất 2 triệu chứng **phụ** khác
 - + Suy giảm ít các hoạt động chức năng, sinh hoạt hàng ngày của người bệnh.
 - Trầm cảm **trung bình**: **Nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần để điều trị.**
 - + Có ít nhất 2 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm
 - + Có ít nhất 3 triệu chứng phổ biến khác
 - + Suy giảm đáng kể các hoạt động chức năng, sinh hoạt hàng ngày của người bệnh
 - Trầm cảm **nặng**: **Nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần để điều trị.**
 - + Có cả 3 triệu chứng đặc trưng của trầm cảm
 - + Có ít nhất 4 triệu chứng phổ biến khác
 - + Một số triệu chứng phải đặc biệt nặng
 - + Suy giảm nghiêm trọng các hoạt động chức năng, sinh hoạt hàng ngày.
 - + Thường trầm cảm nặng có thể kèm hội chứng loạn thần (ảo giác, hoang tưởng, kích động, căng trương lực đồ dẫn, ...) với nguy cơ tự sát cao.

B. Hướng xử trí

+ Liệu pháp không dùng thuốc:

- Nhận biết sớm để có hướng xử trí thích hợp.
- Liệu pháp Giáo dục tâm lý về Rối loạn trầm cảm
- Các liệu pháp tâm lý khác: Liệu pháp Nhận thức-Hành vi, Định tâm...

+ Liệu pháp dùng thuốc: (Phụ lục)

- Nên phối hợp liệu pháp không dùng thuốc
- Thuốc chống trầm cảm là liệu pháp chính yếu để điều trị cho người bệnh
- Các thuốc hỗ trợ gồm: thuốc giải lo âu trong tình huống người bệnh có lo âu đáng kể, thuốc chống loạn thần trong trạng thái loạn thần phối hợp với trầm cảm.
- Nếu không đáp ứng điều trị hoặc có những diễn biến xấu như trầm cảm kéo dài, có cơn hoảng loạn, loạn tâm thần, kích động, ... nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần.

3.4.5. Rối loạn loạn thần cấp

A. Định nghĩa

Là trạng thái loạn thần có đặc điểm khởi đầu cấp tính trong vài ngày, nổi bật với các triệu chứng như hoang tưởng, ảo giác, rối loạn cảm xúc, rối loạn hành vi tác phong...

Thông thường bệnh khởi hoàn toàn trong vòng một vài tháng, có trường hợp vài ngày đến vài tuần, có một số trường hợp chuyển biến mạn tính.

Lâm sàng đa dạng với các triệu chứng phổ biến như:

- Ảo giác: là tri giác như có thực về một sự vật, hiện tượng không có trong hiện thực, thường gặp ảo thanh, đôi lúc có ảo thị.
- Hoang tưởng: là những ý tưởng phán đoán sai lầm, không phù hợp với thực tế khách quan nhưng người bệnh cho là hoàn toàn chính xác, không thể giải thích phê phán được.
- Rối loạn hành vi: thường gặp hành vi kích động và hành vi kỳ quái, vô tổ chức, căng trương lực sùng sờ ...

B. Hướng xử trí

- Thuốc chống loạn thần là liệu pháp chính yếu để điều trị cho người bệnh.
- Các thuốc hỗ trợ gồm: thuốc giải lo âu trong tình huống người bệnh có lo âu đáng kể; thuốc chống trầm cảm trong trạng thái loạn thần kết hợp với trầm cảm.
- Các liệu pháp hỗ trợ cơ thể như: tăng cường dinh dưỡng/vitamin.
- Liệu pháp môi trường: yên tĩnh, tránh kích thích, bố trí người thân chăm sóc và theo dõi.

- Liệu pháp tâm lý: chủ yếu là Hỗ trợ tâm lý (tạo mối quan hệ kết nối với người bệnh để họ chia sẻ những khó khăn, vấn đề khiến họ căng thẳng, lo lắng); Giáo dục tâm lý sau khi kiểm soát được tình trạng loạn thần để họ tuân thủ, cam kết điều trị dù đã ổn định các triệu chứng cũng như nhận biết và quản lý các yếu tố dễ gây căng thẳng cho người bệnh...
- Nếu không kiểm soát được hoặc có những diễn biến xấu như: trầm cảm kéo dài, có cơn hoang loạn, loạn tâm thần, kích động, ... nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần.
- Tình trạng loạn thần phải được theo dõi ít nhất 6 tháng sau khi đã ổn định để tránh các biến chuyển mạn tính.

Lưu ý: Tất cả các trường hợp người bệnh có ảo giác, hoang tưởng và rối loạn hành vi nặng nề gây nguy hiểm cho bản thân và người xung quanh cần đưa đến khám ngay tại bệnh viện Tâm thần để kịp thời điều trị.

3.5. Phân độ đánh giá và quản lý các rối loạn tâm thần

MỨC ĐỘ	NHỆ	TRUNG BÌNH	NẶNG	XỬ TRÍ
Rối loạn giấc ngủ	- chỉ khó ngủ - 5 giờ/ngày - có thể ngủ sâu - sáng dậy không mệt	- khó ngủ - 2 - <5 giờ/ngày - ngủ chập chờn - sáng dậy thấy mệt mỏi	- trắng đêm - chỉ vài phút/ ngày - sáng mệt mỏi nhiều	Nhẹ - Trung bình: có thể xử trí tại tuyến YT cơ sở, Quận/Huyện, Bệnh viện đa khoa Trung bình - Nặng: nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần
Rối loạn trầm cảm	4 triệu chứng	5 triệu chứng	7 triệu chứng	Nhẹ: có thể xử trí tại tuyến YT cơ sở, Quận/Huyện, Bệnh viện đa khoa Trung bình - Nặng: nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần
Rối loạn lo âu	- cảm giác bất ổn, hồi hộp, tim nhanh, ... nhưng không gây khó chịu nhiều.	- lo lắng nhiều, hồi hộp, tim nhanh, ... gây khó chịu	- lo lắng suốt ngày, ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh	Nhẹ: có thể xử trí tại tuyến YT cơ sở, Quận/Huyện, Bệnh viện đa khoa Trung bình - Nặng: nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần
Rối loạn liên quan stress/ sang chấn	- Lo âu, biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật ít gây khó chịu cho người bệnh	- Lo âu, biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật gây khó chịu cho người bệnh, có thể ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày	- Lo âu, biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống, sinh hoạt của người bệnh.	Nhẹ: có thể xử trí tại tuyến YT cơ sở, Quận/Huyện, Bệnh viện đa khoa Trung bình - Nặng: nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần
Rối loạn loạn thần cấp	Không có các tình huống cấp cứu tâm thần. - ảo giác, hoang tưởng rải rác không chi phối hành vi, tác phong - không kích động, không có hành vi nguy hiểm cho bản thân và xung quanh.	Các trường hợp diễn biến xấu như: cấp cứu tâm thần, loạn thần không đáp ứng điều trị.	Các trường hợp diễn biến xấu như: cấp cứu tâm thần, loạn thần không đáp ứng điều trị.	Nhẹ: có thể xử trí tại tuyến YT cơ sở, Quận/Huyện, Bệnh viện đa khoa Trung bình - Nặng: nên chuyển đến cơ sở chuyên khoa tâm thần

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. COVID19 rapid guideline: Managing the longterm effects of COVID19. NICE Guideline 18/10/2020 (www.nice.org.uk/guidance/ng188).
2. Shah W, Hillman T, Playford E D, Hishmeh L. Managing the longterm effects of covid19: summary of NICE, SIGN, and RCGP rapid guideline. *BMJ* 2021; 372: n136 doi:10.1136/bmj. n136.
3. Care of People Who Experience Symptoms PostAcute COVID19. National COVID19 Clinical Evidence Task Force Australia. Version 1.1 25/02/2021.
4. Các quy trình và kỹ thuật đánh giá, can thiệp tâm lý của BV. Tâm thần Tp.HCM
5. Roy D, Ghosh R, Dubey S, Dubey MJ, BenitoLeón J, Kan" Ray B. Neurological and Neuropsychiatric Impacts of COVID1919 Pandemic. *Can J Neurol Sci.* 2021;48(1):924. doi:10.1017/cjn.2020.173.
6. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edition). American Psychiatric Publishing.
7. Erin T. Kaseda & Andrew J. Levine (2020) Posttraumatic stress disorder: A differential diagnosis consideration for COVID1919 survivors, *The Clinical Neuropsychologist*, 34:78, 14981514, DOI: 10.1080/13854046.2020.1811894.
8. Evaldas Kazlauskas & Soledad Quero. Adjustment and Coronavirus: How to Prepare for COVID1919 Pandemic Related Adjustment Disorder Worldwide? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2020, Vol. 12, No. S1, S22–S24. [h&p://dx.doi.org/10.1037/tra0000706](https://dx.doi.org/10.1037/tra0000706).
9. Güler Boyraz & Dominique N. Legros (2020) Coronavirus Disease (COVID 1919) and Traumatic Stress: Probable Risk Factors and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Loss and Trauma*, 25:6-7, 503522, DOI: 10.1080/15325024.2020.1763556.
10. Mona Salehi, Man Amanat, Mohammadreza Mohammadi, Maryam Salmanian, Nima Rezaei, Amene Saghazadeh, Amir Garakani (2021) The prevalence of posttraumatic stress disorder related symptoms in Coronavirus outbreaks: A systematic review and metaanalysis. [h&ps://doi.org/10.1016/j.jad .2020.12.188](https://doi.org/10.1016/j.jad .2020.12.188).
11. Yuan et al (2021) Prevalence of post trauma stress disorder after infectious disease pandemics in the twentyfirst century, including COVID 1919: a metaanalysis and systemic review. *Molecular Psychiatry*.

CHƯƠNG 5. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SAU MẮC COVID-19 Ở TRẺ EM

1. Đại cương

- Đa số trẻ nhiễm SARS-CoV-2 sẽ không có triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ.
- Sau khi khỏi bệnh, một số trẻ có hội chứng hậu COVID-19 hoặc COVID-19 kéo dài
- Theo Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ 2021: Hội chứng hậu COVID-19 khi các triệu chứng xuất hiện sau đợt nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính ≥ 4 tuần khi trẻ đã khỏi bệnh và các triệu chứng này không giải thích được bởi bất kỳ chẩn đoán nào khác.
- Hội chứng hậu COVID-19 cơ chế sinh bệnh chưa rõ:
 - Triệu chứng hô hấp là thường gặp nhất.
 - Hội chứng viêm đa cơ quan ở trẻ em ít gặp nhưng nặng cần nhập cấp cứu.
- Các yếu tố nguy cơ hậu COVID-19 ở trẻ em:
 - Trẻ dư cân, béo phì
 - Trẻ lớn > 6 tuổi
 - Giới: nữ
 - Có bệnh nền, bệnh lý mạn tính
 - Tiền sử dị ứng, hen, cơ địa dị ứng
 - Điều trị trước đó có thở máy, hồi sức sốc, lọc máu, ECMO, nằm khoa hồi sức cấp cứu.
 - Chưa tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19
 - COVID-19 nặng
 - Nằm viện kéo dài

2. Chẩn đoán


2.1. Công việc chẩn đoán

* Hỏi bệnh

- Bằng chứng nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính trước đó (ngghi ngờ hoặc xác định) dựa trên
 - ✓ Giấy tờ liên quan COVID-19 do y tế cung cấp
 - ✓ Kết quả PCR (+) với SARS-CoV-2

- ✓ Kết quả test nhanh SARS-CoV-2
- ✓ Test kháng thể SARS-CoV-2
- Mức độ nặng của các triệu chứng trong đợt cấp và hiện tại.
- Thời điểm xuất hiện và thời gian kéo dài của các triệu chứng tính từ lúc khởi phát đợt COVID-19 cấp.
- Bệnh nền, mạn tính
- Cơ địa dị ứng, suyễn, dị ứng thuốc
- Thuốc đang điều trị
- Mức độ nặng của các triệu chứng sau mắc COVID-19 và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Các triệu chứng thường gặp sau mắc COVID-19 ở trẻ em:

<p>Tổng trạng Sốt Đau nhức toàn thân Mệt mỏi</p>	<p>Hội chứng viêm đa cơ quan ở trẻ em (MIS-C)</p>	<p>Thần kinh Đau đầu Giảm tập trung Rối loạn giấc ngủ Chóng mặt Nói sảng</p>
<p>Tai mũi họng Đau tai Ù tai Đau họng Mất vị giác Nghe kém</p>		<p>Tâm thần - tâm lý Trầm cảm Rối loạn lo âu</p>
<p>Hô hấp Ho Khó thở</p>		<p>Tim mạch Đau ngực Đau thắt ngực Đánh trống ngực Rối loạn nhịp tim</p>
<p>Tiêu hóa Đau bụng Nôn ói Tiêu chảy Biếng ăn</p>		<p>Cơ xương khớp Đau khớp Đau cơ</p>
		<p>Da Nổi mẩn đỏ Rụng tóc</p>

Hội chứng viêm đa cơ quan ở trẻ em (MIS-C)

Sau mắc COVID-19 khoảng 2-6 tuần:

- (1) Sốt VÀ
- (2) Có bằng chứng viêm VÀ
- (3) Tồn thương ≥ 2 cơ quan (tim mạch, thận, hô hấp, huyết học, tiêu hóa, da niêm, thần kinh)

Xem Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em của Bộ Y tế năm 2022 (Ban hành kèm theo Quyết định số 405/QĐ-BYT ngày 22 tháng 02 năm 2022)

2.2. Khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn: nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp, SpO₂, tri giác và đánh giá tình trạng tưới máu
- Tìm dấu hiệu nguy hiểm, cấp cứu hay nhập viện:
 - Khó thở hoặc SpO₂ < 95%
 - Sốc
 - Đau ngực vùng trước tim
 - Rối loạn nhịp tim
 - Rối loạn tri giác
- Hội chứng viêm đa cơ quan ở trẻ em (MIS-C).
- Mức độ tri giác: đánh giá theo A (tỉnh táo), V (đáp ứng lời nói), P (đáp ứng kích thích đau), U (hôn mê).
- Tai mũi họng.
- Mắt: kết mạc mắt.
- Hô hấp:
 - Khó thở, thở nhanh, rút lõm ngực.
 - Ran phổi, phế âm.
- Tim mạch: nghe tim, rối loạn nhịp tim.
- Tiêu hóa: khám bụng điểu đau, chướng, báng, kích thích gan, lách.
- Cơ xương khớp: nổi mẩn đỏ, đau viêm cơ khớp, sức cơ, trương lực cơ.
- Da lông tóc móng: hồng ban ở mặt, lưng ngực bụng, bong tróc da đầu ngón tay chân, rụng tóc.
- Khác: môi, lưỡi đỏ, hạch cổ.
- Dinh dưỡng: đánh giá tình trạng dinh dưỡng, BMI.

2.3. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm được đề nghị tùy theo dấu hiệu và triệu chứng khai thác được ở từng bệnh nhi với mục tiêu chính:
 - Loại trừ biến chứng nặng ảnh hưởng tính mạng
 - Hỗ trợ chẩn đoán phân biệt hội chứng sau mắc COVID-19 với các bệnh lý khác

- Các trường hợp sau mắc COVID-19 không có chỉ định xét nghiệm:
 - Không có dấu hiệu cấp cứu, không có dấu hiệu nguy hiểm hoặc không có dấu hiệu nhập viện.
 - Triệu chứng nhẹ không ảnh hưởng đến dấu hiệu sinh tồn và dưới 1 tuần.
- Các trường hợp sau mắc COVID-19 có chỉ định xét nghiệm:

Xét nghiệm ban đầu được chỉ định theo triệu chứng có liên quan:

	CT M	CRP	Đông máu	XQ ngực	CN hô hấp	SA bụng	SA tim	ECG	SA khớp	XQ xương khớp	Nội soi tiêu hóa	CN gan/thận	CT MRI não	Tropon-in, Ferritin, LDH
Sốt cao $\geq 39^{\circ}$	x	±												
Ho kéo dài trên 2 tuần				x										
Khó thở	x			x	±		x							
Đau ngực				x			x	x						
Đau bụng, nôn ói						x					±			
Đau đầu kéo dài > 2 tuần													±	
Đau xương khớp	x	x							x	x				
MIS-C	x	x	x	x			x	x				x		x

2.4. Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân của các triệu chứng sau mắc COVID-19

Dấu hiệu hậu mắc COVID-19	Nguyên nhân thường gặp
Khó thở Thiếu oxy SpO₂ < 94%	Viêm phổi Cơ suyễn Tràn khí màng phổi Thuyên tắc phổi Nhồi máu cơ tim Viêm cơ tim Xơ phổi
Đau ngực cấp	Nhồi máu cơ tim Thuyên tắc phổi Rối loạn nhịp tim
Tụt huyết áp, sốc	Sốc nhiễm khuẩn Viêm cơ tim Nhồi máu cơ tim Thuyên tắc phổi
Rối loạn tri giác Hôn mê Dấu hiệu thần kinh khu trú.	Hạ đường huyết Thuyên tắc mạch máu não Xuất huyết não Viêm não màng não
Rối loạn nhịp tim	Viêm cơ tim MIS-C Tăng hoặc hạ Kali máu
Sốt	Tái phát COVID-19 MIS-C Sốt xuất huyết Dengue Nhiễm khuẩn huyết Viêm phổi Lao phổi
Ho dai dẳng	Viêm mũi xoang Suyễn / COPD Trào ngược dạ dày thực quản Viêm phổi
Đau bụng Nôn ói	Bệnh lý bụng ngoại khoa Viêm dạ dày Trào ngược dạ dày thực quản
Đau khớp	Viêm khớp mủ Thấp khớp cấp Viêm đa khớp dạng thấp

2.5. Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng hậu COVID-19 ở trẻ em

Chẩn đoán hội chứng hậu COVID-19 ở trẻ em khi có đủ 3 tiêu chuẩn:

- (1) Các triệu chứng xuất hiện sau đợt nhiễm SARS-CoV-2 cấp tính ≥ 4 tuần.
- (2) Khi trẻ đã khỏi bệnh.
- (3) Các triệu chứng nay không giải thích được bởi bất kỳ chẩn đoán nào khác.

3. Điều trị

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cấp cứu ngay khi người bệnh có dấu hiệu cấp cứu.
- Điều trị triệu chứng.
- Dinh dưỡng đầy đủ.
- Phục hồi chức năng, tập thể dục, khuyến khích vận động.
- Tư vấn tâm lý cho trẻ và gia đình.
- Hướng dẫn theo dõi tại nhà và tái khám.

3.2. Điều trị

3.2.1. Cấp cứu ngay khi người bệnh có dấu hiệu cấp cứu

- Hỗ trợ hô hấp
 - Thở oxy gọng mũi, thở không xâm lấn giữ SpO₂ 94-98%.
 - Đặt nội khí quản, thở máy khi có chỉ định.
- Chống sốc nếu có
 - Truyền dịch LR hoặc NS nhanh 20 mL/kg/15-60 phút.
 - Truyền tĩnh mạch Adrenaline (sốc lạnh) hoặc Noradrenaline (sốc ấm).
 - Kháng sinh phổ rộng tiêm tĩnh mạch khi nghi ngờ nhiễm khuẩn.
- Hôn mê:
 - Tư thế an toàn.
 - Thông đường thở.
 - Thở oxy.

3.2.2. Điều trị hạ đường huyết nếu có với TM Glucose 30% liều 1-2 ml/kg sau đó truyền Glucose 10%.

3.2.3. Điều trị hội chứng viêm đa hệ thống ở trẻ em (MIS-C): Xem thêm ở Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em của Bộ Y tế năm 2022 (Ban hành kèm theo Quyết định số 405/QĐ-BYT ngày 22 tháng 02 năm 2022)

Nhập viện cấp cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh hoặc chuyên khoa nhi.

- MIS-C đơn thuần
 - Methylprednisolon TM 2 mg/kg/ngày trong 1-3 ngày.
- MIS-C giống bệnh Kawasaki
 - IVIG truyền tĩnh mạch 1-2 g/kg.
 - Phối hợp Methylprednisolon TM 2 mg/kg/ngày trong 1-3 ngày.
 - Xem xét Aspirin, chống đông.
 - Không kháng sinh.
- MIS-C Sốc hoặc tổn thương đa cơ quan
 - IVIG truyền tĩnh mạch 2 g/kg (tối đa 100g).
 - Phối hợp Methylprednisolon TM 10 mg/kg/ngày trong 1-3 ngày.
 - Aspirin.
 - Kháng sinh phổ rộng.
 - Xem xét thuốc chống đông.

Đánh giá lại sau 48 - 72 giờ

Nếu không cải thiện: Hội chẩn xem xét lặp lại IVIG liều 2 hoặc sử dụng thuốc sinh học Anakinra/Tocilizumab/Infliximab.

3.2.4. Điều trị ngoại trú

Phần lớn người bệnh hậu COVID-19 có triệu chứng nhẹ, điều trị ngoại trú và các triệu chứng sẽ khỏi sau 2 – 8 tuần.

Dấu hiệu hậu COVID-19	Điều trị ngoại trú
Sốt	<ul style="list-style-type: none"> - Thuốc hạ nhiệt Paracetamol (U) 10-15 mg/kg/lần mỗi 6-8 giờ - Lau mát hạ sốt - Uống nhiều nước - Dinh dưỡng đầy đủ
Ho	<ul style="list-style-type: none"> - Tập thở - Thuốc ho thảo dược nếu cần
Khó thở	<ul style="list-style-type: none"> - Tập thở - Tập thể dục, khuyến khích vận động - Ngủ đủ, giảm stress - Khám chuyên khoa hô hấp hoặc tim mạch nếu cần
Đau ngực	<ul style="list-style-type: none"> - Tập thể dục, khuyến khích vận động

	<ul style="list-style-type: none"> - Ngủ đủ, giảm stress - Khám chuyên khoa tim mạch nếu cần
<p>Nhức đầu Mệt mỏi Hay quên, mất tập trung Học kém Biếng ăn Mất mùi vị</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thuốc giảm đau Paracetamol (U) 10-15 mg/kg/lần mỗi 6-8 giờ nếu cần - Dinh dưỡng đầy đủ, vi chất, vitamin - Tập thể dục, khuyến khích vận động - Ngủ đủ, giảm stress - Tư vấn tâm lý cho trẻ và gia đình. - Khám chuyên khoa thần kinh nếu cần.
<p>Trầm cảm Rối loạn lo âu Rối loạn hành vi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinh dưỡng đầy đủ, vi chất, vitamin - Tập thể dục, khuyến khích vận động - Ngủ đủ, giảm stress - Khám chuyên khoa tâm lý
<p>Đau cơ, xương khớp</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thuốc giảm đau Paracetamol (U) 10-15 mg/kg/lần mỗi 6-8 giờ hoặc Ibuprofene (U) 10 mg/kg/lần mỗi 8 giờ - Tập thể dục, khuyến khích vận động - Vật lý trị liệu

• **Chỉ định nhập viện**

- Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
- Có dấu hiệu cảnh báo nặng theo chuyên khoa.
- Hội chứng viêm đa hệ thống liên quan COVID-19 ở trẻ em (MIS-C)

4. Chỉ định chuyên chuyên khoa

- **Hô hấp:** khó thở, ho kéo dài, nặng ngực, hen và các rối loạn chức năng hô hấp sau covid.
- **Tim mạch:** nếu có triệu chứng nghi ngờ loạn nhịp tim như hồi hộp đánh trống ngực, choáng, ngất khi thay đổi tư thế, bất thường khi siêu âm tim.
- **Thần kinh:** đau đầu, chóng mặt, giảm tập trung, rối loạn giấc ngủ.
- **Tâm lý:** trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn hành vi.

5. Chỉ định chuyên khám chuyên khoa hoặc BV đa khoa tỉnh, chuyên khoa nhi tuyến cuối

Các trường hợp hậu COVID-19 cần hỗ trợ hô hấp tuần hoàn hoặc cần can thiệp chuyên khoa sâu hoặc triệu chứng kéo dài trên 2 tuần không đáp ứng với các biện pháp điều trị thông thường, cần được hội chẩn chuyên khoa hoặc chuyển tuyến trên để trẻ được điều trị tốt hơn

Khám chuyên khoa	Chỉ định
Hô hấp	<ul style="list-style-type: none"> - Khó thở - Ho kéo dài - Nặng ngực - Hen suyễn - Có rối loạn khi đo chức năng hô hấp.
Tim mạch	<ul style="list-style-type: none"> - MIS-C - Nghi ngờ loạn nhịp tim như hội hộp đánh trống ngực, choáng, ngất khi thay đổi tư thế, - Rối loạn nhịp tim trên ECG - Bất thường trên siêu âm tim.
Thần kinh	<ul style="list-style-type: none"> - Rối loạn tri giác - DH thần kinh khu trú. - Nhức đầu thất bại với thuốc giảm đau - Chóng mặt - Giảm tập trung - Rối loạn giấc ngủ
Phục hồi chức năng	Khi có suy giảm chức năng hô hấp vận động, thần kinh
Dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng
Tâm lý*	<ul style="list-style-type: none"> - Trầm cảm - Rối loạn lo âu - Rối loạn hành vi

* Hướng dẫn và thực hiện các test tâm soát sức khỏe tâm thần cho trẻ tùy theo độ tuổi phù hợp như DASS 21 (đánh giá 3 yếu tố: mức độ trầm cảm, lo âu, stress), PSS-10-C (Stress do COVID-19 (Xem phụ lục 1).

6. Hướng dẫn theo dõi tại nhà và tái khám

- Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà:
 - Uống thuốc theo đơn.
 - Dinh dưỡng đầy đủ, vi chất, vitamin.
 - Tập thể dục, khuyến khích vận động.
 - Ngủ đủ, giảm stress.
 - Luôn động viên trẻ.
- Hướng dẫn dấu hiệu cấp cứu hoặc nặng cần đưa trẻ đến cơ sở y tế hoặc bệnh viện cấp cứu ngay.
- Hướng dẫn tái khám theo hẹn.
- **Theo dõi và tái khám MIS-C**

- Siêu âm tim kiểm tra: Nếu có bất thường mạch vành hay bất thường trên siêu âm tim (chức năng tim giảm, tràn dịch màng tim, hở van tim...) chuyển đến phòng khám tim mạch.
- Nếu không bất thường: Aspirin liều 3-5 mg/kg/ngày và Prednisone 1mg/kg trong 5 ngày đầu, giảm liều 0,5 mg/kg ở 5 ngày kế tiếp sau rồi ngưng.
- Tái khám mỗi 1-2 tuần trong tháng đầu. Sau đó nếu diễn tiến thuận lợi, tái khám mỗi tháng trong 3-6 tháng.

7. Phòng ngừa

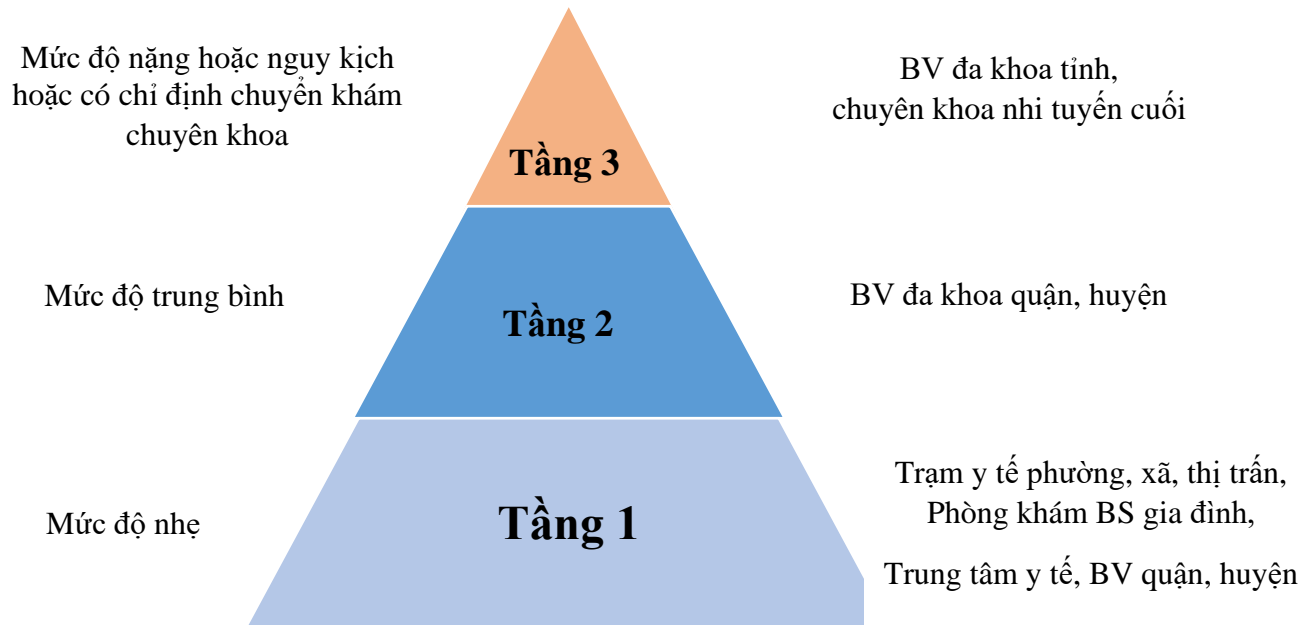
Biện pháp phòng ngừa hậu COVID-19 là tránh bệnh COVID-19 bằng cách:

- Tiêm chủng vắc xin ngừa SARS-CoV-2 cho trẻ từ 5-16 tuổi đầy đủ theo khuyến cáo của Bộ Y tế.
- Thực hiện nguyên tắc 5K để tránh nhiễm vi-rút SARS-CoV-2.

8. Phân tầng điều trị

Đa số các trường hợp hội chứng hậu COVID-19 thường nhẹ, được điều trị ở tầng 1 (Trạm y tế phường, xã, thị trấn, phòng khám BS gia đình, trung tâm y tế, Bệnh viện quận/huyện) hoặc tầng 2 (BV Đa khoa quận, huyện),

Một số ít trường hợp mức độ nặng hoặc nguy kịch hoặc có chỉ định chuyên khám chuyên khoa sẽ được điều trị tầng 3 (BV Đa khoa tỉnh, chuyên khoa nhi tuyến cuối).



PHỤ LỤC 1

THANG ĐÁNH GIÁ STRESS – LO ÂU – TRẦM CẢM (DASS 21)

Họ và tên: Năm sinh:..... Giới:.....

Đơn vị:..... Ngày làm:.....

Hãy đọc mỗi câu và khoanh tròn vào các số 0, 1, 2 và 3 ứng với tình trạng mà bạn cảm thấy trong SUỐT MỘT TUẦN QUA. Không có câu trả lời đúng hay sai. Và đừng dừng lại quá lâu ở bất kỳ câu nào.

Mức độ đánh giá:

0 Không đúng với tôi chút nào cả

1 Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng

2 Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là

3 Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng

S	1.	Tôi thấy khó mà thoải mái được	0	1	2	3
A	2.	Tôi bị khô miệng	0	1	2	3
D	3.	Tôi dường như chẳng có chút cảm xúc tích cực nào	0	1	2	3
A	4.	Tôi bị rối loạn nhịp thở (thở gấp, khó thở dù chẳng làm việc gì nặng)	0	1	2	3
D	5.	Tôi thấy khó bắt tay vào công việc	0	1	2	3
S	6.	Tôi có xu hướng phản ứng thái quá với mọi tình huống	0	1	2	3
A	7.	Tôi bị ra mồ hôi (chẳng hạn như mồ hôi tay...)	0	1	2	3
S	8.	Tôi thấy mình đang suy nghĩ quá nhiều	0	1	2	3
A	9.	Tôi lo lắng về những tình huống có thể làm tôi hoảng sợ hoặc biến tôi thành trò cười	0	1	2	3
D	10.	Tôi thấy mình chẳng có gì để mong đợi cả	0	1	2	3
S	11.	Tôi thấy bản thân dễ bị kích động	0	1	2	3
S	12.	Tôi thấy khó thư giãn được	0	1	2	3
D	13.	Tôi cảm thấy chán nản, thất vọng	0	1	2	3
S	14.	Tôi không chấp nhận được việc có cái gì đó xen vào cản trở việc tôi đang làm	0	1	2	3
A	15.	Tôi thấy mình gần như hoảng loạn	0	1	2	3
D	16.	Tôi không thấy hứng hái với bất kỳ việc gì nữa	0	1	2	3
D	17.	Tôi cảm thấy mình chẳng đáng làm người	0	1	2	3
S	18.	Tôi thấy mình khá dễ phật ý, tự ái	0	1	2	3

A	19.	Tôi nghe thấy rõ tiếng nhịp tim dù chẳng làm việc gì cả (ví dụ, tiếng nhịp tim tăng, tiếng tim loạn nhịp)	0	1	2	3
A	20.	Tôi hay sợ vô cớ	0	1	2	3
D	21.	Tôi thấy cuộc sống vô nghĩa	0	1	2	3

Cách tính điểm:

Điểm của Trầm cảm, Lo âu và Stress được tính bằng cách cộng điểm các đề mục thành phần, rồi nhân hệ số 2.

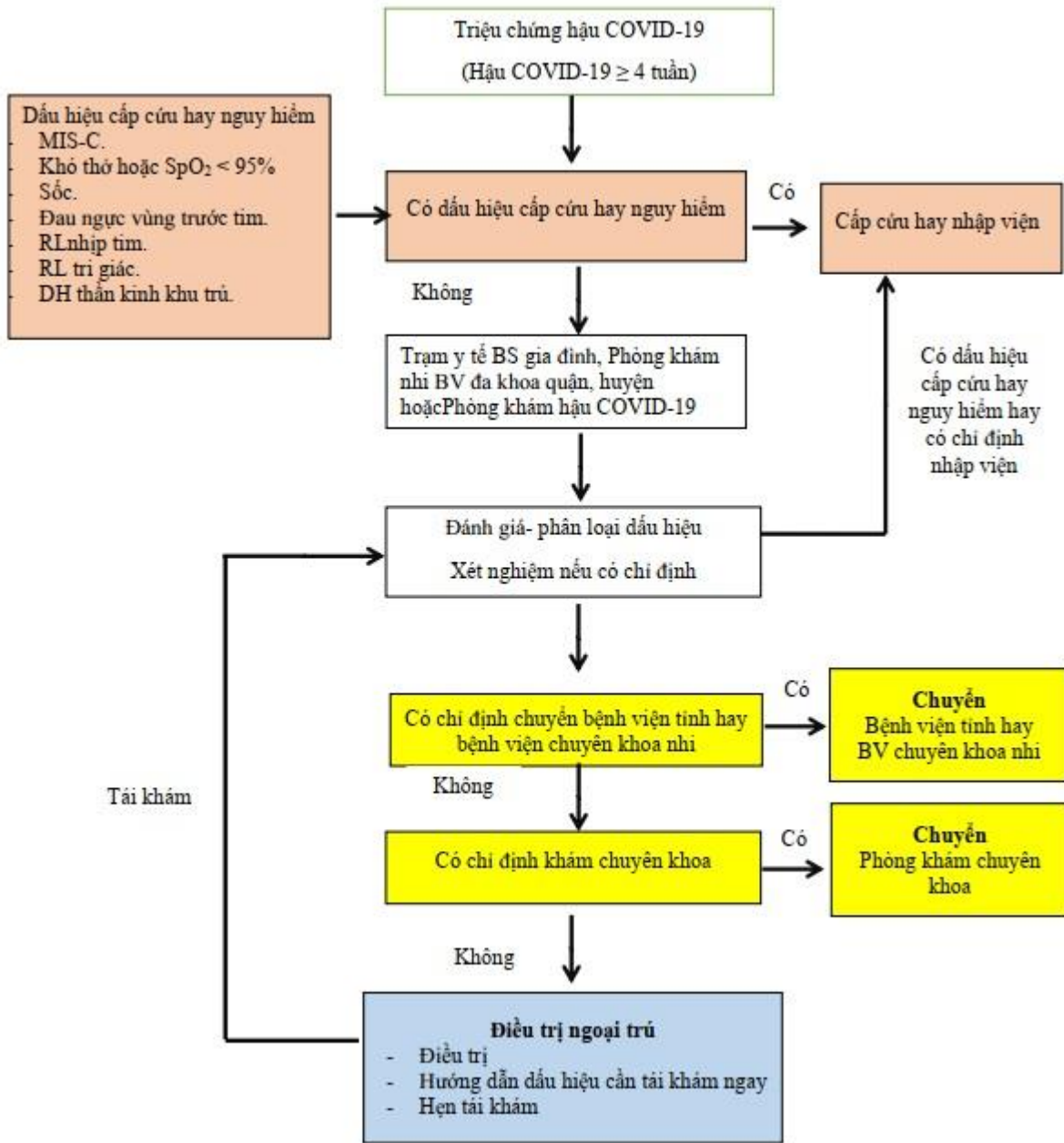
Mức độ	Trầm cảm (D)	Lo âu (A)	Stress (S)
Bình thường	0 - 9	0 - 7	0 - 14
Nhẹ	10 - 13	8 - 9	15 - 18
Vừa	14 - 20	10 - 14	19 - 25
Nặng	21 - 27	15 - 19	26 - 33
Rất nặng	≥28	≥20	≥34

Stress (S): 1, 6, 8, 11, 12, 18

Lo âu (A): 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

Trầm cảm (D): 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG HẬU COVID-19 Ở TRẺ EM



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19 ở trẻ em (ban hành kèm theo quyết định số 405/QĐ-BYT ngày 22 tháng 02 năm 2022).
2. Zimmermann P, Pittet LF, Curtis N. How common is long COVID in children and adolescents? *Pediatr Infect Dis J*. Dec 2021; 40(12):e482-e487. doi: 10.1097/INF.0000000000003328. PMID: 34870392; PMCID: PMC8575095.
3. American Academy of Pediatrics. Post-COVID-19 conditions in children and adolescents. Dec 2021.
4. Thomson H. Children with long COVID. *New Sci*. Feb 2021;249(3323):10-11. doi: 10.1016/S0262-4079(21)00303-1.
5. NICE, RCGP, and SIGN, 2022. *COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19*.
6. AAP, 2021. Post-COVID-19 conditions in children and adolescents

CHƯƠNG 6. HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SAU MẮC COVID-19 DƯỚI GÓC NHÌN Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Định nghĩa

Khái niệm COVID-19 kéo dài thường được dùng để chỉ những người có dấu hiệu và triệu chứng nhiễm Covid tiếp tục kéo dài và phát triển sau nhiễm COVID-19 cấp tính. Trong giai đoạn COVID-19 kéo dài khi người bệnh có xuất hiện triệu chứng COVID-19 kéo dài bao gồm giai đoạn “Triệu chứng COVID-19 tiếp diễn” (4-12 tuần) và hội chứng Hậu COVID-19 (12 tuần trở lên).

Theo Quyết định Số 4539/QĐ-BYT ngày 25 tháng 09 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn tạm thời sử dụng y dược cổ truyền để phòng, chống dịch COVID-19 thì sau khi xét nghiệm COVID-19 âm tính được gọi là COVID-19 giai đoạn hồi phục.

2. Triệu chứng sau mắc COVID-19 dưới góc nhìn Y học cổ truyền

Theo y học cổ truyền, sau khi khỏi bệnh, cơ thể chưa hồi phục hoàn toàn, chính khí suy nhược, tân dịch hao tổn, do đó cần tiếp tục điều trị để phục hồi chức năng Tạng Phủ, cân bằng Âm Dương cơ thể.

Nhóm triệu chứng COVID-19 kéo dài được chia làm bốn thể cơ bản: Thể phế tỳ khí suy, thể khí âm lưỡng hư, thể khí hư huyết ứ, thể khí huyết hư. Nhưng triệu chứng này chưa từng xuất hiện trước khi nhiễm Covid mà chỉ xuất hiện sau khi nhiễm

Chẩn đoán: Tất cả các thể hậu COVID-19 đều có chung triệu chứng của Khí suy: Mệt mỏi, hụt hơi hay cảm giác khó thở, làm việc mau mệt, tiếng nói nhỏ yếu, các triệu chứng nặng nên khi hoạt động, Lưỡi bệu, mạch hư. Ngoài ra tùy theo các thể sẽ có thêm các triệu chứng:

2.1. Thể Khí âm lưỡng hư:

Đây là thể thường gặp nhất. Triệu chứng của thể này là nóng và khô: miệng khô, khát, hôi hóp, nhiều mồ hôi, ăn kém, sốt hâm hấp hay người nóng bứt rứt, hoặc hay bốc hỏa, ho khan ít đờm. Mạch tế hoặc hư vô lực. Lưỡi đỏ khô.

2.2. Thể Phế Tỳ Khí hư:

Buồn nôn, ăn kém, bĩ mẫn, đại tiện vô lực, phân lỏng không hết bã. Lưỡi nhạt bệu, rêu trắng nhòn.

2.3. Thể Khí hư huyết ứ:

Đau tức ngực, đau lâu ngày không đỡ, đau nhói, khô miệng không muốn uống nước, trớ ngực, mất ngủ hay mơ, phiền táo, hay tức giận. Lưỡi đỏ xạm, có điểm huyết ứ. Mạch khẩn hoặc sấp. Lưu ý đây là thể thường kèm các bệnh lý nền và có thể gây những di chứng như đột quỵ, nhồi máu cơ tim v.v. nên cần điều trị tích cực và theo dõi thường xuyên

2.4. Thể Khí huyết hư:

Ho khan không đờm, ăn uống kém, tay chân vô lực, hoa mắt chóng mặt, hồi hộp, mất ngủ, sắc mặt trắng xanh không tươi, móng tay chân nhợt, trong người nóng lại sợ lạnh, chất lưỡi non bệu, mạch tế vô lực.

3. Trị liệu:

3.1. Nguyên tắc:

- Với các thể nhẹ và trung bình, không có các bệnh lý nền nặng có thể kết hợp điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc kết hợp các phương pháp dưỡng sinh của Y học cổ truyền tại tuyến cơ sở hay tổ chức điều trị ngoại trú. Đối với các triệu chứng nặng, một số triệu chứng nghi ngờ các bệnh lý nội khoa như đau ngực, khó thở với $SPO_2 < 95\%$, các bệnh lý tâm thần như trầm cảm, một số bệnh lý nền nặng như suy tim, suy thận, ung thư, di chứng đột quỵ ... nên được thăm khám và điều trị nội trú hay tại các bệnh viện đa khoa hay chuyên khoa.
- Căn cứ vào chẩn đoán, biện chứng luận trị và thể chất, tình trạng cụ thể của người bệnh. Chú trọng vị trí bệnh và chứng hậu chủ yếu của từng thể bệnh.
- Kết hợp bài thuốc trị thể bệnh, gia giảm các vị thuốc trị triệu chứng theo lý, pháp, phương, dược. Có thể dùng các thuốc thành phẩm do bệnh viện tự sản xuất hay các dạng thuốc phép lưu hành có công thức tương đương để tiện cho người bệnh sử dụng lâu dài.
- Kết hợp giữa trị liệu y học cổ truyền với hướng dẫn người bệnh tăng cường tập dưỡng sinh tự xoa bóp và chế độ ăn phù hợp, nhất là với những người bệnh có triệu chứng ở mức độ nhẹ và trung bình, chưa ảnh hưởng nhiều đến lao động và sinh hoạt.

3.2. Trị liệu các thể Y học cổ truyền

3.2.1. Thể khí âm lưỡng hư:

Triệu chứng lâm sàng: Mệt mỏi, hụt hơi, miệng khô, khát, hồi hộp, nhiều mồ hôi, ăn kém, sốt hâm hấp hay người nóng bứt rứt, ho khan ít đờm. Mạch tế hoặc hư vô lực. Lưỡi đỏ khô.

Pháp điều trị: ích khí dưỡng âm, sinh tân chỉ khái.

BÀI THUỐC 1:

Sinh mạch tán (Nội ngoại thương biến hoặc luận) dùng trong trường hợp mệt mỏi nhiều, người nóng, ho khan, nhiều mồ hôi.

Thành phần: Đảng sâm 12 g, Ngũ vị tử 8 g, Mạch môn 12 g

Cách dùng, liều dùng:

- Thuốc sắc: sắc uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống lúc ấm.
- Dạng bột: mỗi lần 8-12g, hãm với nước nóng, chắt lấy nước uống, bỏ bã thuốc, ngày 2 lần sau ăn sáng chiều.

Gia giảm:

- Mất ngủ gia Toan táo nhân và Tri mẫu.
- Ho khan nhiều gia Sa sâm, hay Tang bạch bì chích mật.
- Nóng bứt rứt nhiều gia Tri mẫu, Sinh địa.

BÀI THUỐC 2:

Lục vị địa hoàng hoàn (Tiểu nhi dược chứng trực quyết) hợp Sinh mạch ẩm (Nội ngoại thương biến hoặc luận)

Thành phần:

Hoài sơn	8g	Phục linh	8g	Trạch tả	6g
Đơn bì	10g	Sa sâm	10g	Mạch môn	6g
Ngũ vị tử	6g				

Dạng bào chế: Thuốc sắc hoặc cao lỏng.

Cách dùng, liều dùng:

- Thuốc sắc: sắc uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống lúc ấm.
- Dạng cao lỏng: Cách dùng và liều dùng tương đương với 1 thang sắc.

BÀI THUỐC 3:

Dưỡng âm thanh phế thang (Trùng lâu ngọc hồ) dùng trong trường hợp Khí âm lưỡng hư người nóng bứt rứt, ho khan nhiều.

Thành phần: Có thể gia thêm vị thuốc Đảng sâm.

Sinh địa	12-20g	Huyền sâm	8-16g
----------	--------	-----------	-------

Xích thước	8-12g	Mạch môn	8-16g
Đơn bì	8-16g	Xuyên bối mẫu	8-12g
Bạc hà	6-8g	Cam thảo	6-8g

Dạng bào chế: Thuốc sắc hoặc cao lỏng.

Cách dùng, liều dùng:

- Thuốc sắc: sắc uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống ấm.
- Dạng cao lỏng: Cách dùng và liều dùng tương đương với 1 thang sắc.

CHÂM CỨU:

- Châm bổ: Quan nguyên, Khí hải, Túc tam lý, Tam âm giao, Thái khê, Phục lưu, Âm cốc, Khúc tuyền, Phế du, Tâm du, Can du, Thận du.
- Bình bổ bình tả: Thái xung, Nội quan.

Căn cứ biện chứng luận trị, thầy thuốc gia giảm phương huyết phù hợp.

- Phương pháp châm: Điện châm.
- Thủy châm: Vitamin nhóm B kết hợp.

3.2.2. Thể phế tỳ khí suy:

Triệu chứng lâm sàng: Khí đoản, mỗi mệt uể oải, buồn nôn, ăn kém, bí mẫn, đại tiện vô lực, phân lỏng không hết bãi. Lưỡi nhạt bệu, rêu trắng nhờn.

Pháp điều trị: Kiện tỳ bổ phế, ích khí hóa thấp.

BÀI 1:

Sâm linh bạch truật tán (Thái bình huệ dân hoà tế cục phương) dùng trong trường hợp đàm nhiều, đau bụng nhiều, tiêu phân nhão phân sống.

Thành phần:

Đảng sâm	12g	Hoài sơn	12g
Bạch truật	12g	Phục linh	12g
Ý dĩ	10-12g	Bạch biển đậu	10-12g
Liên nhục	10-12g	Cát cánh	6-8g
Sa nhân	6-8g	Cam thảo	12g

Cách dùng, liều dùng:

- Dạng thuốc sắc: dùng mỗi vị với hàm lượng từ 8-12g, khi sắc cần lưu ý đặc điểm của mỗi vị thuốc để đảm bảo hiệu quả. Sắc uống 1 thang/ngày, uống lúc ấm chia đều 2 lần sau ăn

sáng chiều.

- Dạng bột: Mỗi lần uống 8-12g, hãm với 150ml nước nóng, mỗi ngày uống 2 lần.

BÀI 2:

Hương sa lục quân tử thang (Thái bình huệ dân hoà tễ cục phương) Dùng trong trường hợp bụng hay bị lạnh, ăn đồ sống lạnh tiêu chảy.

Thành phần:

Đảng sâm	10g	Phục linh	9g
Bạch truật	9g	Cam thảo	6g
Trần bì	9g	Bán hạ	12g
Sa nhân	6g	Mộc hương	6g

Cách dùng, liều dùng:

- Dạng thuốc sắc: uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống ấm.
- Dạng thuốc viên: ngày uống 2 lần x 3 viên.

BÀI 3:

Bổ trung ích khí thang (Tỳ vị luận) dùng trong trường hợp mệt mỏi nhiều, hay hoa mắt chóng mặt, tiêu chảy phân nhão.

Thành phần:

Đảng sâm	12-16g	Hoàng kỳ	20g
Bạch truật	12g	Thăng ma	4-6g
Sài hồ	6-10g	Trần bì	4-6g
Đương quy	12g	Cam thảo	4g

Cách dùng, liều dùng:

- Dạng thuốc sắc: uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống ấm.
- Dạng thuốc tễ : Ngày uống 2 lần x 1 viên.

CHÂM CỨU:

- Châm bổ: Quan nguyên, Khí hải, Túc tam lý, Thái khê, Phế du, Tỳ du, Thận du.
- Châm tả: Phong long, Âm lăng tuyền.
- Cứu: Quan nguyên, Khí hải.

Căn cứ biện chứng luận trị, thầy thuốc gia giảm phương huyết phù hợp.

- Phương pháp châm: Điện châm.

- Thủy châm: Vitamin nhóm B kết hợp.
- Liệu trình: 15 ngày/ 1 liệu trình, chọn từ 5 - 15 huyết.

3.2.3. Thể khí hư huyết ứ:

Triệu chứng lâm sàng: Mệt mỏi, khó thở, thở gấp, đau tức ngực, đau lâu ngày không đỡ, đau nhói, khô miệng không muốn uống nước, trống ngực, mất ngủ hay mơ, phiền táo, hay tức giận. Lưỡi đỏ xạm, có điểm huyết ứ. Mạch khẩn hoặc sáp.

Pháp điều trị: Ích khí bỏ phế, hoạt huyết hóa ứ.

Bài thuốc:

Bảo nguyên thang (Tỳ vị luận) phối với Huyết phủ trục ứ thang (Y lâm cải thác)

Thành phần:

Cam thảo chích	40g	Đảng sâm	80g
Sinh khương	4g	Hoàng kỳ chích	12g
Nhục quế	2g	Đào nhân	16g
Hồng hoa	12g	Đương quy	12g
Sinh địa	12g	Xuyên khung	6g
Xích thực	8g	Ngưu tất	12g
Cát cánh	6g	Sài hồ	4g
Chỉ xác	8g	Cam thảo	4g

Dạng bào chế: Thuốc sắc hoặc cao lỏng.

Cách dùng, liều dùng:

- Thuốc sắc: sắc uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống ấm.
- Dạng cao lỏng: Cách dùng và liều dùng tương đương với 1 thang sắc.

Châm cứu:

- Châm bổ: Quan nguyên, Khí hải, Túc tam lý, Tam âm giao, Tâm du, Can du, Thận du, Thần môn.
- Châm tả: Huyết hải, Lương khô, Hợp cốc, Liệt khuyết, Thái xung.

Căn cứ biện chứng luận trị, thầy thuốc gia giảm phương huyết phù hợp.

- Phương pháp châm: Điện châm.
- Thủy châm: Vitamin nhóm B kết hợp.
- Liệu trình: 15 ngày/ 1 liệu trình, chọn từ 5 - 15 huyết.

3.2.4. Thể khí huyết hư

Triệu chứng lâm sàng: Tinh thần mệt mỏi, đoản hơi đoản khí, ho khan không đờm, dễ mệt mỏi, ăn uống kém, tay chân vô lực, hoa mắt chóng mặt, hồi hộp, mất ngủ, sắc mặt trắng xanh không tươi, móng tay chân nhợt, trong người nóng lại sợ lạnh, chất lưỡi non bệu, mạch tế vô lực.

Pháp điều trị: Bổ khí dưỡng huyết.

Bài thuốc:

Bát trân thang gia giảm (Thủy trúc đường kinh nghiệm phương)

Thành phần:

Đảng sâm	12g	Đương quy	12g
Sinh địa	16g	Xuyên khung	8g
Cát cánh	8g	Bạch thược	10g
Bạch linh	10g	Bạch truật	10g
Kim ngân hoa	12g	Tang diệp	12g
Sài đất	12g	Cam thảo	4g
Xạ can			

Dạng bào chế: Thuốc sắc hoặc cao lỏng.

Cách dùng, liều dùng:

- Thuốc sắc: sắc uống 1 thang/ngày, chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều, uống ấm.
- Dạng cao lỏng: Cách dùng và liều dùng tương đương với 1 thang sắc.

Châm cứu:

- Châm bổ: Quan nguyên, Khí hải, Túc tam lý, Tam âm giao, Tâm du, Can du, Thận du, Thần môn.

Căn cứ biện chứng luận trị, thầy thuốc gia giảm phương huyết phù hợp.

Phương pháp châm: Điện châm.

Thủy châm: Vitamin nhóm B kết hợp.

Liệu trình: 15 ngày/ 1 liệu trình, chọn từ 5 - 15 huyệt.

3.3. Điều trị các triệu chứng thường gặp

3.3.1. Ho (Khái thấu)

- Ho khạc nhiều đàm, tiếng ho trầm đục, đờm trắng dính nhớt, hay đặc đục hay trong loãng, ho khạc đàm nhiều buổi sáng, sau khi khạc đàm thì giảm ho, kèm nặng ngực, đầy bụng, buồn

nôn ăn kém, bụng chướng đại tiện phân lỏng nát, rêu lưỡi dày nhớt, mạch nhu hoạt thuộc thể Đàm thấp uẩn phế.

Nhị trần thang (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương) phối hợp Tam tử dưỡng thân thang (Hàn thị y thông)

Trần bì	10g	Bán hạ	10g
Bạch linh	12g	Bạch giới tử	6g
Cam thảo chích	10g	Tô tử	10g
Lai phục tử	10g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

b. Tiếng ho thô, gấp hoặc nghe tiếng khò khè trong họng, đờm nhiều, màu vàng dính, tanh, kèm đau hai mạng sườn, ho thấy đau tăng, mặt hồng hoặc bị sốt, khô miệng khát nước, chất lưỡi hồng rêu lưỡi vàng mỏng nhớt, mạch hoạt sắc thuộc thể Đàm nhiệt uất phế.

BÀI THUỐC: Thanh kim hóa đàm thang (Tập bệnh quảng yếu)

Hoàng cầm	12g	Chi tử	12g
Cát cánh	06g	Mạch môn	6g
Bối mẫu	06g	Bạch linh	12g
Tang bạch bì	12g	Tri mẫu	12g
Trần bì	12g	Qua lâu nhân	10g
Cam thảo chích	10g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

c. Ho từng cơn, khi ho gây mặt và mắt đỏ, đau tức ngực, triệu chứng trên tăng khi cúi gập kèm bứt rứt khô họng, thấy đờm vướng trong họng nhưng khó khạc, miệng khô và đắng, đau tức hai sườn, chất lưỡi hồng, rêu lưỡi vàng mỏng khô, mạch huyền sắc thuộc thể Can hỏa phạm phế.

BÀI THUỐC: Hoàng cầm tả bạch tán (Thương hàn thái bạch) phối hợp với Đại cáp tán (Nghiệm phương)

Tang bạch bì	12g	Địa cốt bì	12g
Hoàng cầm sao	10g	Thanh đại	03g
Cáp giới	12g	Cam thảo chích	10g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

d. Ho khan, tiếng ho ngắn, ít đàm, hoặc ho dần khan đặc, kèm sốt về chiều, gò má đỏ, lòng bàn tay chân nóng, ngủ hay mê, ra mồ hôi trộm, miệng họng khô, bệnh tiến triển từ từ, gầy sút cân, chất lưỡi hồng rêu lưỡi ít, mạch tế sác thuộc thể Phế âm hao hư.

BÀI THUỐC: Sa sâm mạch đông thang (Ôn bệnh điều biện) gia vị

Sa sâm	12g	Ngọc trúc	12g
Tang diệp	12g	Sinh cam thảo	06g
Bạch biển đậu(sao)	10g	Mạch môn	6g
Thiên hoa phấn	10g	Bối mẫu	06g
Hạnh nhân	10g	Tang bạch bì	12g
Địa cốt bì	12g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

CHÂM CỨU:

- Phương huyết chung Trung phủ, Liệt khuyết, Thái uyên
- Đàm nhiều thêm Phong Long, Túc tam lý.
- Ho nhiều khi cáu giận thể Can hỏa phạm phế thêm Hành gian, Ngưu tể.
- Ho khan nhiều thêm Thái khô, Chiếu hải.
- Mỗi ngày châm một lần. Thái uyên châm bổ, các huyết còn lại châm tả hay bình bổ bình tả.

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz
- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

3.3.2. Hồi hộp (Tâm quý)

Nên khám chuyên khoa tim mạch để loại trừ các bệnh lý thực thể của tim mạch.

- Hồi hộp, thở gấp, mất ngủ, hay mơ, lo lắng buồn rầu thì triệu chứng nặng lên, dễ mệt, hay quên, chóng mặt, sắc mặt nhợt nhạt, chán ăn, bụng đầy chướng, đại tiện phân nát chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch tế nhược, thuộc thể Tâm tỳ lưỡng hư.

BÀI THUỐC: Quy tỳ thang (Chính thể loại yếu).

Bạch truật	15g	Đương quy	12g
Hoàng kỳ	15g	Đảng sâm	06g
Phục thần	10g	Long nhãn	12g
Táo nhân	10g	Viễn chí	06g
Cam thảo chích	10g	Mộc hương	06g
Sinh khương	12g	Đại táo	12g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Hồi hộp, mắt ngủ, chóng mặt, ù tai, kèm gầy sút cân, lòng bàn tay, bàn chân nóng, cảm thấy nóng bức về chiều, ra mồ hôi trộm, đau lưng mỗi gối, mắt nhìn mờ, hai mắt khô sấp, khô miệng, chân tay tê, dễ cáu giận, chất lưỡi hồng khô, ít rêu hay không có rêu, mạch tế sắc thuộc thể Can thận âm hư.

BÀI THUỐC: Thiên vương bổ tâm đan (Hiệu chú phụ nhân lương phương).

Nhân sâm	06g	Đan sâm	06g
Cát cánh	06g	Thiên môn	06g
Táo nhân sao	10g	Sinh địa	12g
Bạch linh	06g	Ngũ vị tử	06g
Mạch môn	06g	Huyền sâm	06g
Viễn chí	10g	Bá tử nhân	10g
Đương quy	12g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Hồi hộp, tức nghẹn trong ngực, đau ngực từng cơn kèm đau hai sườn, thích thở dài, người lạnh, chân tay lạnh, sắc mặt và môi tím, móng tay chân xanh tím, chất lưỡi ám tím, có ban hay điểm ứ huyết, mạch sấp hay kết đại, thuộc thể huyết ứ khí trệ.

BÀI THUỐC: Huyết phủ trục ứ thang (Y lâm cải thác)

Sinh địa	12g	Đương quy	12g
Xích thực	12g	Đào nhân	10g
Hồng hoa	10g	Xuyên khung	12g
Ngưu tất	12g	Chỉ xác	12g
Cát cánh	06g	Sài hồ sao dấm	06g

Sinh Cam thảo 06g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

Có thể sử dụng thuốc thành phẩm Sechi (tâm sen chỉ thực) ngày 2 lần x 2 viên có công dụng giảm các cơn nhịp nhanh, giảm triệu chứng hồi hộp và mất ngủ.

CHÂM CỨU

Châm tả các huyết

- Bách hội
- Nội quan
- Túc tam lý
- Ấn đường
- Thần môn
- Thái dương
- Thái xung

Châm bổ huyết + Túc tam lý (trong trường hợp có trạng thái hư)

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6-20Hz, + Bô: 0,5-4Hz
- Cường độ: Từ 14-150 micro Ampe
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

3.3.3. Mất ngủ (Thất miên, bất寐)

- Ngủ hay giật mình, hay mơ, dễ tỉnh giấc, hồi hộp, hay quên, kèm hao mắt chóng mặt, mỏi chân tay, ăn không ngon, sắc mặt không tươi nhuận, hoặc đầy tức bụng, chán ăn, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng hay trơn nhớt, Mạch tế nhược hay nhu hoạt thuộc thể Tâm tỳ lưỡng hư.

BÀI THUỐC: Quy tỳ thang (Chính thể loại yếu).

Bạch truật	15g	Đương quy	12g
Hoàng kỳ	15g	Đảng sâm	06g
Phục thần	10g	Long nhãn	12g
Táo nhân	10g	Viễn chí	06g
Cam thảo chích	10g	Mộc hương	06g
Sinh khương	12g	Đại táo	12g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Bút rút, mất ngủ, hồi hộp không yên, kèm theo đau đầu, ù tai, hay quên, đau lưng, mộng tinh,

lòng bàn tay bàn chân nóng, miệng khô, chất lưỡi hồng, rêu ít, hoặc không thấy rêu lưỡi, mạch tế sắc thuộc thể âm hư hỏa vượng.

BÀI THUỐC: Thiên vương bổ tâm đan (Hiệu chú phụ nhân lương phương).

Nhân sâm	06g	Đan sâm	06g
Cát cánh	06g	Thiên môn	06g
Táo nhân sao	10g	Sinh địa	12g
Bạch linh	06g	Ngũ vị tử	06g
Mạch môn	06g	Huyền sâm	06g
Viễn chí	10g	Bá tử nhân	10g
Đương quy	12g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Mất ngủ, bồn chồn, hồi hộp không yên, hoa mắt chóng mặt, khô miệng, chất lưỡi hồng, mạch huyền tế thuộc thể Âm huyết hư

BÀI THUỐC: Toan táo nhân thang

Toan táo nhân sao	12g	Phục linh	10g
Tri mẫu	6g	Xuyên khung	10g
Sinh Cam thảo	6g		

- Mất ngủ, đầu căng nặng, tức ngực, đờm dãi nhiều, bứt rứt, kèm thấy buồn nôn, ợ hơi, đắng miệng, hoa mắt hoặc táo bón, mất ngủ cả đêm, lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch hoạt sắc thuộc thể đàm nhiệt nội nhiễu.

BÀI THUỐC: Ôn đờm thang (Tam nhân cực – Bệnh chứng phương luận) gia vị

Trần bì	06g	Bán hạ	10g
Bạch linh	10g	Trúc nhự	06g
Cam thảo chích	10g	Chỉ thực	05g
Qua lâu nhân	12g	Hoàng liên	06g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Mất ngủ, bực bội dễ cáu gắt, nếu nặng thì mất ngủ cả đêm, kèm theo đau tức mạng sườn, khát nước, thích uống, không muốn ăn, miệng khô đắng, mắt đỏ, ù tai, nước tiểu thẫm màu, hoặc hoa mắt, chóng mặt, đau đầu dữ dội, táo bón, chất lưỡi đỏ, rêu vàng hoặc vàng khô, mạch huyền hoạt hay huyền sắc thuộc thể Can hỏa thượng viêm.

BÀI THUỐC: Long đởm tả can thang (Y phương tập giải)

Long đởm thảo	12g	Hoàng cầm sao	12g
Chi tử sao	12g	Đương quy	12g
Trạch tả	15g	Thông thảo	06g
Sinh địa	12g	Sài hồ sao dấm	06g
Xa tiền tử	12g	Sinh Cam thảo	06g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

Các thuốc thành phẩm chữa mất ngủ có thể sử dụng: Sechi (ngày uống 2 lần x 2 viên), Mimosa (tối uống 2 viên), Rotunda (tối uống 2 viên)...

CHÂM CỨU:

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim nhanh qua da, đẩy kim từ từ tới huyệt theo hướng tả hay bổ, châm phải đạt đắc khí.

- **Do tâm âm hư, châm bổ:**

- + Thần môn + Nội quan
- + Gian sử + Thái xung

- **Do tâm dương vượng, châm tả:**

- + Thần môn + Giải khê
- + Gian sử + Thiên khu
- + Nội quan + Hợp cốc

- **Do Tâm Tỳ khuy tổn:**

- Châm bổ: +Thần môn + Nội quan
- + Tam âm giao + Thái bạch
 - + Âm lăng tuyền + Chương môn
 - + Thái xung

Châm tả: + Trung quản + Thái dương + Thiên khu

- **Do Tâm Thận bất giao:**

- Châm bổ: + Thái khê + Thận du + Quan nguyên.
- Châm tả: + Thần môn + Nội quan + Thái dương.

- **Do Can huyết hư tổn, châm bổ:**

- + Thái khê + Chương môn

Thực địa	12g	Hoài sơn	12g
Son thù	06g	Trạch tả	12g
Đan bì	12g	Bạch linh	10g
Ngũ vị tử	06g	Táo nhân sao	10g
Viễn chí	06g	Thạch xương bò	06g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Hay quên, thích nằm nghỉ, chóng mặt, tức ngực, buồn nôn, ho khạc nhiều đờm dãi, rêu lưỡi nhớt, mạch huyền hoạt thuộc thể Đàm trọc nhiễu tâm.

BÀI THUỐC: Ôn đờm thang (Tam nhân cực – Bệnh chứng phương luận) gia vị

Bán hạ	10g	Thương truật	12g
Trúc nhự	10g	Chỉ thực	06g
Bạch truật	12g	Bạch linh	10g
Cam thảo chích	06g	Thạch xương bò	06g
Uất kim	06g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Hay quên sự việc mới xảy ra, hồi hộp, tức ngực, nói năng chậm rãi, tinh thần không minh mẫn, ngẩn ngơ, sắc mặt và môi tím thẫm, chất lưỡi tím có ban điểm ứ huyết, mạch tế sắc hay kết đại.

BÀI THUỐC: Huyết phủ trực ứ thang (Y lâm cải thác)

Đương quy	12g	Sinh địa	12g
Sài hồ	12g	Đào nhân	10g
Hồng hoa	10g	Xuyên khung	12g
Ngưu tất	12g	Xích thực	12g
Cát cánh	06g	Chỉ xác	06g
Cam thảo chích	10g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

3.3.5. Chóng mặt (Huyễn vựng)

- Hoa mắt, chóng mặt, tai ù như ve kêu, bệnh lâu ngày không khỏi kèm hay quên, thị lực giảm, hay mắt khô sấp, đau âm ỉ hai sườn, đau lưng, mỏi gối, khô miệng, lòng bàn chân tay nóng, ngủ ít, ngủ hay mê, chất lưỡi đỏ, rêu ít hay không rêu, mạch tế sắc thuộc thể Can thận âm hư.

BÀI THUỐC: Tả quy hoàn (Cảnh nhạc toàn thư)

Thục địa	15g	Kỷ tử	10g
Lộc giác giao	10g	Hoài sơn	12g
Ngưu tất	15g	Quy bản	15g
Sơn thù	06g	Thỏ ty tử	12g

Hiện nay, vận dụng để sắc uống, ngày 01 thang

- Hoa mắt, chóng mặt muôn ngã, ù tai, đầu căng đau kèm mặt đỏ, mắt đỏ, dễ cáu giận, chân tay tê và run, đau lưng, mỏi gối, hồi hộp hay quên, mất ngủ, ngủ hay mê, khi mệt mỏi hay khi cáu giận triệu chứng nặng thêm, chất lưỡi đỏ, rêu vàng mỏng mạch huyền tế sắc thuộc thể Phong dương thượng nhiều.

BÀI THUỐC: Thiên ma câu đằng âm (Tạp bệnh chứng trị tân nghĩa)

Thiên ma	12g	Chi tử sao	12g
Đỗ trọng	10g	Dạ giao đằng	12g
Câu đằng	08g	Hoàng cầm sao	12g
Ích mẫu thảo	12g	Phục thần	10g
Thạch quyết minh	20g	Ngưu tất	15g
Tang ký sinh	12g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Hoa mắt, chóng mặt khi vận động bệnh tái phát kèm theo tinh thần uể oải, lưỡi nói, tự ra mồ hôi, sắc mặt không tươi nhuận, môi và móng tay nhợt, hồi hộp, mất ngủ, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch tế nhược thuộc thể Khí huyết hao hư.

Mất ngủ nhiều dùng bài thuốc Quy tỳ thang (Chính thể loại yếu)

Bạch truật	12g	Hoàng kỳ	15g
Táo nhân	10g	Đảng sâm	06g
Đương quy	12g	Long nhãn	12g
Mộc hương	08g	Phục thần	12g
Viễn chí	08g	Cam thảo chích	10g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Mệt mỏi, chóng mặt nhiều dùng bài Bổ trung ích khí thang (Nội ngoại thương biện hoặc luận)

Hoàng kỳ	15g	Thăng ma	06g
Đương quy	12g	Đảng sâm	06g

Sài hồ sao dấm	06g	Bạch truật	12g
Sinh Cam thảo	06g	Trần bì	05g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Nhìn đồ vật quay cuồng, đầu căng nặng như bó thít, kèm theo thấy tức ngực, nôn ra nhiều đàm dãi, ăn kém, bụng đầy chướng, uể oải, rêu lưỡi bệnh, có dấu ấn răng, rêu lưỡi trắng nhớt, mạch huyền hoạt thuộc thể Đàm trọc trung trở.

BÀI THUỐC: Bán hạ bạch truật thiên ma thang (Y học tâm ngộ)

Bán hạ	10g	Trần bì	06g
Thiên ma	06g	Bạch truật	12g
Phục linh	10g	Cam thảo chích	10g

Các vị thuốc trên sắc cùng với sinh khương 03 lát, đại táo 03 quả, ngày 01 thang.

- Hoa mắt, chóng mặt từng cơn, đau đầu dữ dội kèm thấy sắc mặt ám đen, môi tím, da có đốm xuất huyết, hay quên, hồi hộp, mất ngủ, tai ù, tai điếc, chất lưỡi tím, có ban điểm ứ huyết, mạch huyền sáp hay tế sáp thuộc thể Huyết ứ trệ khiếu.

BÀI THUỐC: Thông khiếu hoạt huyết thang (Y lâm cải thác)

Xích thực	12g	Hồng hoa	08g
Đại táo	12g	Xuyên khung	12g
Thông bạch	12g	Xạ hương	0,1g
Đào nhân	10g	Sinh khương	06g
Hoàng tử	1 cốc		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

CHÂM CỨU

- Phương huyết chung: Bách hội, Phong trì, Thái dương, Đầu duy, Huyền chung.
- Can dương thượng cang gia thêm Hành gian Thái xung, Thái khê chỉ châm không cứu, châm tả.
- Đàm trọc trung trở: Nội quan, Trung quản, Phong long châm cứu cùng dùng. Châm bình bổ bình tả.
- Khí huyết bất túc: gia Khí hải, Huyết hải, Túc tam lý, châm và cứu, châm bổ.
- Can thận âm hư gia Can du, Thận du, Thái khê. Châm không cứu, bình bổ bình tả.

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6-20Hz, + Bỏ: 0,5-4Hz
- Cường độ: Từ 14-50 micro Ampe
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

3.3.6. Đau dạ dày (Vị quản thống)

- Bụng đầy chướng và đau, ăn xong đau hơn, ợ hơi, kèm ăn kém, ợ mùi nồng, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi dày nhớt, hay trắng mỏng, hay vàng mỏng, mạch hoạt hay phù sác, hoặc nhu thuộc thể Vị khí ú trệ

BÀI THUỐC: Hương tô tán (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương)

Hương phụ	08g	Tô diệp	12g
Cam thảo chích	10g	Trần bì	08g

Hiện nay vận dụng để sắc uống, ngày 01 thang.

- Bụng đầy chướng và đau, đau lan ra hai mạng sườn, đau từng cơn khi giận đau tăng, kèm thích thở dài, không muốn ăn, tinh thần uất ức, ngủ không yên giấc, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền hoạt thuộc thể Can vị ú trệ.

BÀI THUỐC: Sài hồ sơ can tán (Cảnh Nhạc toàn thư)

Sài hồ sao dấm	12g	Trần bì	06g
Xuyên khung	12g	Hương phụ	12g
Chỉ xác	06g	Bạch thược	15g
Cam thảo chích	10g	Thanh bì	10g
Uất kim	06g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang, uống thuốc trước khi ăn.

- Đau rất bụng, mùa lạnh hay ăn thức ăn lạnh thì đỡ đau, mùa nóng hoặc ăn thức ăn ấm nóng thì đau tăng, kèm miệng khô, thích uống nước mát, hôi miệng, loét miệng và lưỡi, táo bón, rêu lưỡi vàng khô, mạch hoạt sác thuộc thể Vị trung uẩn nhiệt.

BÀI THUỐC: Tả tâm thang (Kim quỹ yếu lược) kết hợp với Kim linh tử tán (Thái bình thánh huệ phương)

Đại hoàng	06g	Hoàng cầm	12g
-----------	-----	-----------	-----

Hoàng liên	06g	Diên hồ sách	10g
Kim linh tử	10g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Đau rát bụng, đau dữ dội, kèm ợ chua, khô miệng, đắng miệng, thích uống nước mát, dễ cáu giận, chất lưỡi hồng rêu vàng, mạch huyền hoạt sắc thuộc thể Can vị uất nhiệt.

BÀI THUỐC: Nếu can nhiệt phạm vị thì dùng bài Hóa can tiễn (Cảnh Nhạc toàn thư)

Thanh bì	06g	Trần bì	06g
Bạch thược	12g	Trạch tả	12g
Đan bì	12g	Chi tử sao	12g
Bối mẫu	06g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Bụng đau như châm kim, đau cố định, không thích xoa nắn, bệnh lâu ngày, tái phát nhiều lần sắc mặt ám tối, môi tím, phụ nữ kinh nguyệt kéo dài, sắc kinh đen, chất lưỡi ám tím, có ban điểm ứ huyết, mạch sáp thuộc thể Huyết ứ trở trệ.

BÀI THUỐC: Thất tiểu tán (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương) phối hợp với Đan sâm ẩm (Thời phương ca quát)

Ngũ linh chi	06g	Bồ hoàng (thán)	06g
Đàn hương	10g	Đan sâm	20g
Sa nhân	08g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Đau bụng âm ỉ, thỉnh thoảng nhói đau, thấy đói nhưng không muốn ăn, miệng khô nhưng không thích uống, môi khô, họng khô, đại tiện táo bón, chất lưỡi thon hồng, ít rêu lưỡi, hay không rêu lưỡi, mạch tế sắc thuộc thể Vị âm bất túc.

BÀI THUỐC: Ích vị thang (Ôn bệnh điều biện) phối hợp với Thược dược cam thảo thang (Thương hàn luận)

Sa sâm	12g	Mạch môn	06g
Sinh địa	12g	Bạch thược	12g
Ngọc trúc	12g	Đường phèn	05g
Cam thảo chích	10g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Đau bụng âm ỉ, gặp lạnh hay đói đau hơn, thời tiết ẩm nóng, hoặc ăn thức ăn ẩm thì dễ chịu, thích xoa nắn, sắc mặt không tươi nhuận, mỗi mệt, uể oải, chân tay không ấm, ăn ít, đại tiện lỏng nôn ra dịch trong, chất lưỡi nhợt bệu, rìa lưỡi có dấu ấn răng, rêu trắng mỏng, mạch trầm tế vô lực thuộc thể Tỳ vị hư hàn.

BÀI THUỐC: Hương sa lục quân tử thang (Cổ kim danh y phương luận)

Đảng sâm	05g	Bạch linh	12g
Bạch truật	12g	Cam thảo	10g
Trần bì	10g	Bán hạ	10g
Mộc hương	08g	Sa nhân	08g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

CHÂM CỨU

- Phương huyết chung: Trung quản, Nội quan, Công tôn, Túc tam lý.
- Tỳ vị hư hàn gia Thần khuyết (cứu, không châm) Khí hải, Tỳ du, Vị du, châm và cứu, châm bổ.
- Vị âm hư gia Vị du, Thái khô, Tam âm giao. Chỉ châm không cứu, châm bình bổ bình tả.
- Hàn tà phạm vị gia Thần khuyết (cứu, không châm) Lương khâu. Châm và cứu, châm tả.
- Thực tích thương vị thêm Kiến lý, Lương môn, chỉ châm không cứu, châm tả.
- Can khí phạm vị gia Kỳ môn Thái xung chỉ châm không cứu.
- Huyết ứ đình trệ thêm Cách du, A thị, chỉ châm không cứu, châm tả.

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bô: 0,5- 4Hz
- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

3.3.7. Đau bụng (Phúc thống)

- Bụng đầy chướng và đau, không thích xoa nắn, táo bón hay phân lỏng, kèm đầy tức ngực, khát nước, thích uống, sốt, tự ra mồ hôi, nước tiểu ít và sậm màu, rêu vàng khô hay vàng nhợt, mạch hoạt sắc thuộc thể Thấp nhiệt ủng trệ.

BÀI THUỐC: Đại thừa khí thang (Thương hàn luận)

Đại hoàng	10g	Hậu phác	20g
Chỉ thực	12g	Mang tiêu	06g

Sắc hậu phác và chỉ thực trước, gấn được mới cho đại hoàng vào, khi chất nước thuốc mới hòa mang tiêu để uống.

- Đau triền miên, lúc đau lúc ngừng, thích ẩm, sợ lạnh, khi đau thích xoa nắn, kèm đau tăng khi đói và lao động mệt mỏi, ăn vào hay nghỉ ngơi thì giảm đau, tinh thần uể oải, hụt hơi, ngại nói, người lạnh, chân và tay lạnh, chán ăn, sắc mặt không tươi, đại tiện phân lỏng, chất lưỡi nhạt, rêu trắng mỏng, mạch trầm tế thuộc thể Tỳ dương hư.

BÀI THUỐC: Tiểu kiến trung thang(Thương hàn luận)

Bạch thực	12g	Sinh khương	12g
Cam thảo chích	10g	Quế chi	12g
Đại táo	12g	Di đường	30g
Hoàng kỳ	15g	Đảng sâm	05g
Bạch truật	12g	Can khương	06g
Ngô thù du	03g	Ô dược	12g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

c. Đau bụng, đầy tức bụng, đau lan ra hay bên sườn kèm đau xuống hai hố chậu, lúc tụ lúc tán, ợ hơi hay trung tiện được thì bớt đau, căng thẳng thân kinh hoặc lo lắng thì đau hơn, rêu lưỡi trắng mỏng mạch huyền thuộc thể Khí cơ uất trệ.

Bài thuốc: Sài hồ sơ can tán(Cảnh Nhạc toàn thư)

Sài hồ sao dấm	06g	Trần bì	10g
Xuyên khung	12g	Hương phụ	12g
Chỉ xác	08g	Bạch thực	12g
Cam thảo chích	10g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

CHÂM CỨU:

- Phương huyết chung: Trung quản, Thiên xu, Quan nguyên, Túc tam lý
- Thực tích đình động thêm Nội đình. Chỉ châm không cứu, châm tả
- Can uất khí trệ thêm Thái xung. Chỉ châm không cứu, châm tả

- Hàn tà nội trở thêm Khí hải, châm và cứu, châm tả.
- Tỳ dương hư thêm huyết Tỳ du, châm và cứu, châm bổ.

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz
- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

3.3.8. Tiêu chảy (Tiết tả)

- Tiêu lỏng, nặng thì phân giống như nước, kèm đau bụng, sôi bụng, đầy bụng, ăn kém, sợ lạnh, sốt, đau đầu, tắc mũi, đau nhức chân tay, rêu lưỡi trắng mỏng hay trắng nhớt, mạch nhu hoãn thuộc thể Hàn thấp.

Bài thuốc: Hoắc hương chính khí tán (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương)

Đại phúc bì	30g	Bạch chi	30g
Tử tô	30g	Bạch linh	30g
Bán hạ	60g	Bạch truật	60g
Cát cánh	60g	Trần bì	90g
Hậu phác	60g	Hoắc hương	90g
Cam thảo	75g		

Các vị thuốc trên tán nhỏ, mỗi lần dùng 06g, uống với nước sắc sinh khương 03 lát và đại táo 01 quả. Hoặc giảm liều lượng thành thuốc thang với tỷ lệ tương tự như trên.

- Đau bụng là muốn đi liền, đi gấp rút, phân tóe nước hay tiêu chảy xong bụng vẫn không thoải mái, phân màu vàng nâu, mùi khắm, người bứt rứt, khát nước, tiểu ít mà thẫm màu, hậu môn nóng rát, chất lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch nhu sắc hay hoạt sắc thuộc thể Thấp nhiệt

Bài thuốc: Cát căn cầm liên thang(Thương hàn luận) gia vị

Cát căn	15g	Cam thảo chích	10g
Hoàng cầm sao	12g	Hoàng liên	12g
Kim ngân hoa	12g	Bạch linh	10g
Thông thảo	06g	Xa tiền tử	12g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Đau bụng, sôi bụng, đi ngoài xong thì giảm đau bụng phân thối khắm như trứng thối, phân lẫn thức ăn chưa tiêu, kèm bụng đầy tức, ợ hơi, ợ chua nồng, không muốn ăn, rêu lưỡi bản hay nhớp, mạch hoạt đại thuộc thể Thực trệ trường vị.

Bảo hoà hoàn (Đan Khê tâm pháp)

Sơn tra	10g	Thần khúc	10g
---------	-----	-----------	-----

Bán hạ	10g	Bạch linh	10g
--------	-----	-----------	-----

Trần bì	08g	Liên kiều	12g
---------	-----	-----------	-----

Lai phục tử 10g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Sôi bụng, đau bụng từng cơn, khi đau là mắc đi ngoài, đi xong giảm đau, mỗi khi cấu giận thì bệnh khởi phát, kèm theo ngực sườn đầy tức, ợ hơi, ăn kém, trung tiện nhiều, rêu lưỡi trắng mỏng hay mỏng nhớp, mạch tế huyền thuộc thể Can khí thừa tỳ.

Bài thuốc: Tiêu dao tán (Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương)

Cam thảo	10g	Đương quy	12g
----------	-----	-----------	-----

Phục linh	10g	Bạch thược	15g
-----------	-----	------------	-----

Bạch truật	12g	Sài hồ sao dấm	06g
------------	-----	----------------	-----

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Đại tiện phân lúc nhão lúc như nước, bệnh tái phát từng đợt, nếu ăn uống không cẩn thận thì số lần sẽ tăng lên, phân lẫn thức ăn, ăn uống giảm, bụng đầy chướng không thoải mái, sắc mặt không tươi nhuận, chân tay mỏi, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng, mạch tế nhược thuộc thể Tỳ vị hư nhược.

Bài thuốc Sâm linh bạch truật tán

Đảng sâm	12g	Hoài sơn	12g
----------	-----	----------	-----

Bạch truật	12g	Phục linh	12g
------------	-----	-----------	-----

Ý dĩ	10-12g	Bạch biển đậu	10-12g
------	--------	---------------	--------

Liên nhục	10-12g	Cát cánh	6-8g
-----------	--------	----------	------

Sa nhân	6-8g	Cam thảo chích	10g
---------	------	----------------	-----

Cách dùng, liều dùng:

- Dạng thuốc sắc: dùng mỗi vị với hàm lượng từ 8-12g, khi sắc cần lưu ý đặc điểm của mỗi vị thuốc để đảm bảo hiệu quả. Sắc uống 1 thang/ngày, uống lúc ấm chia đều 2 lần sau ăn sáng chiều.
- Dạng bột: Mỗi lần uống 8-12g, hãm với 150ml nước nóng, mỗi ngày uống 2 lần.

CHÂM CỨU

- Phương huyết chung: Thần khuyết (chỉ cứu, không châm), Thiên xu, Đại trường du, Thượng cự hư, Tam âm giao.

- Hàn thấp khôn tý thêm Tý du, Âm lăng tuyền, châm và cứu, châm tả,

- Tý khí hư: Thêm huyết Tý du, Túc tam lý: châm và cứu, châm bổ.

- Thận dương hư: Thêm Quan nguyên, Mệnh môn, Thận du, châm và cứu, châm bổ.

- Trường phủ thấp nhiệt: Thêm hợp cốc, Hạ cự hư, chỉ châm, không cứu, châm tả.

- Thực trệ vị trường: gia Trung quản, Kiến lý, chỉ châm không cứu, châm tả.

- Can uất khí trệ: gia Kỳ môn, Thái xung, chỉ châm, không cứu, châm tả.

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bổ: 0,5- 4Hz

- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe

- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

3.3.9. Đau đầu (Đầu thống)

- Đầu căng đau, vuốt tóc cũng đau, thường đau cả hai bên đầu, hoa mắt, chóng mặt, bứt rứt, dễ cáu giận, mặt đỏ, mắt đỏ, đắng miệng, đau hai bên sườn, mất ngủ, ngủ hay mê, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng mỏng, hay ít rêu, mạch huyền hay huyền tế sắc thuộc thể Can dương thượng cương

Bài thuốc Thiên ma câu đằng ẩm (Tập bệnh chứng trị tân nghĩa)

Thiên ma	08g	Chi tử sao	12g
Đỗ trọng	10g	Dạ giao đằng	12g
Câu đằng	15g	Hoàng cầm sao	12g
Ích mẫu thảo	12g	Phục thần	10g

Thạch quyết minh	20g	Ngưu tất	15g
Tang ký sinh	12g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Đau đầu âm ỉ, lúc đau lúc ngừng, lao động đau tăng, chóng mặt, mệt mỏi, hụt hơi, ngại nói, tự ra mồ hôi, sắc mặt trắng bệch, chất lưỡi hồng nhợt hay nhạt bệu, rìa lưỡi có dấu ấn răng, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch tế nhược hay mạch đại vô lực thuộc thể Khí hư.

Bài thuốc Bổ trung ích khí thang (Nội ngoại thương biện hoặc luận)

Hoàng kỳ	15g	Thăng ma	12g
Đương quy	12g	Đảng sâm	06g
Sài hồ sao dấm	06g	Bạch truật	12g
Sinh Cam thảo	06g	Trần bì	05g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Đau đầu âm ỉ, đau triền miên, kèm sắc mặt không tươi nhuận, chóng mặt, hồi hộp, mất ngủ, ngủ hay mê, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch tế hay tế nhược thuộc thể Huyết hư.

Bài thuốc Gia vị tứ vật thang (Kim quỹ dục)

Xuyên khung	12g	Bạch thược	12g
Cúc hoa	10g	Đương quy	12g
Mạn kinh tử	10g	Cam thảo chích	10g
Thục địa	12g	Hoàng cầm sao	10g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Đau đầu, cảm giác đầu trống rỗng, đau lưng, mỏi gối, chóng mặt, ù tai, mệt mỏi, nam giới thấy di tinh, nữ giới huyết trắng, bốc hỏa từng cơn, lòng bàn tay chân nóng, ra mồ hôi trộm, chất lưỡi đỏ, ít rêu, mạch tế sắc thuộc thể Thận âm hư

Bài thuốc: Đại bổ nguyên tiển (Cảnh nhạc toàn thư)

Đảng sâm	06g	Đương quy	12g
Kỷ tử	10g	Hoài sơn	12g
Sơn thù	10g	Cam thảo chích	10g
Thục địa	12g	Đỗ trọng	12g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

CHÂM CỨU

Phác đồ huyệt

- | | | |
|---------------|-----------------|---------------|
| - Bách hội | - Tứ thần thông | - Phong trì |
| - Thái dương | - Thượng tinh | - Hợp cốc |
| - Quan nguyên | - Khí hải | - Đản trung |
| - Túc tam lý | - Cách du | - Can du |
| - Huyệt hải | - Tam âm giao | - Khúc trì |
| - Đại chùy | - Phong long | - Liệt khuyết |
| - Phong phủ | - Phế du | - Thái Uyên |
| - Xích trạch | - Hành gian | - Nhân nghinh |

Thủ thuật

Xác định và sát trùng da vùng huyệt, châm kim qua da nhanh, đẩy kim từ từ theo hướng huyệt đã định, châm phải đạt đắc khí.

- Châm tả:

- | | |
|---------------|-----------------|
| + Bách hội | + Tứ thần thông |
| + Phong trì | + Thái dương |
| + Thượng tinh | + Hợp cốc |

- Nếu do khí hư, châm bổ thêm các huyệt:

- | | |
|---------------|---------------|
| + Quan nguyên | + Khí hải |
| + Đản trung | + Túc tam lý. |

- Nếu do huyết hư, châm bổ thêm các huyệt:

- | | |
|-------------|---------------|
| + Cách du | + Can du |
| + Huyệt hải | + Tam âm giao |

- Nếu do nhiệt hoả, châm tả thêm các huyệt:

- | | |
|------------|------------|
| + Khúc trì | + Đại chùy |
|------------|------------|

- Nếu do đàm thấp, châm tả thêm các huyệt:

- | | |
|--------------|---------------|
| + Phong long | + Liệt khuyết |
|--------------|---------------|

Châm bổ: + Tam âm giao + Túc tam lý

- Nếu do cảm mạo phong hàn, châm tả thêm các huyệt: Phong phủ, Liệt khuyết và châm bổ Phế du, Thái Uyên.

- Nếu do cảm mạo phong nhiệt châm tả thêm các huyệt:

- + Phong phủ + Trung phủ
- + Xích trạch.

- Nếu do huyết áp cao châm tả thêm các huyệt:

- + Khúc trì
- + Hành gian
- + Châm bình bổ bình tả Túc tam lý.

- Nếu do huyết áp thấp châm bổ thêm các huyệt:

- + Nhân nghinh + Khí hải
- + Quan nguyên

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: 3-40 Hz
- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe, tăng dần đến ngưỡng người bệnh chịu được.
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, điều trị triệu chứng kết hợp với điều trị nguyên nhân cho đến khi người bệnh ổn định.

3.3.9. Căng thẳng, rối loạn lo âu (Uất chứng)

- Tinh thần uất ức, bứt rứt không yên kèm tức ngực, đau tức hai bên mạng sườn, đau không cố định, bụng đầy, ợ hơi, không muốn ăn, rối loạn đại tiện, chất lưỡi hồng nhợt, rêu lưỡi mỏng nhợt, mạch huyền thuộc thể Can khí uất kết.

Bài thuốc: Sài hồ sơ can (Cảnh nhạc toàn thư) gia vị

Sài hồ sao dấm	06g	Trần bì	08g
Cam thảo chích	10g	Phật thủ	10g
Hương phụ	08g	Uất kim	06g
Chỉ xác	06g	Bạch thược	12g
Thanh bì	06g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Tinh thần căng thẳng, dễ cáu gắt, căng tức và đau ngực, kèm khô miệng, đắng miệng, đau đầu, mắt đỏ, ù tai, hoặc thấy ợ chua, táo bón, chất lưỡi đỏ, rêu vàng mạch huyền sắc thuộc thể Khí uất

hóa hỏa.

Bài thuốc Đan chi tiêu dao (Nội khoa trích yếu) gia vị

Chi tử sao	12g	Bạch truật	12g
Đương quy	12g	Bạc hà	08g
Đan bì	12g	Bạch thược	12g
Cam thảo chích	10g	Bạch linh	12g
Sài hồ sao dấm	08g	Sinh khương	08g

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Tinh thần uất ức, đau nhói mạng sườn kèm bức xúc, dễ cáu, đau đầu, mất ngủ, hay quên hoặc một bộ phận nào đó trên cơ thể thấy nóng hay thấy lạnh, chất lưỡi ám tím, có ban ứ huyết, rêu lưỡi mỏng, mạch huyền hay sáp thuộc thể Huyết hành uất trệ.

Bài thuốc Huyết phủ trục ứ thang (Y lâm cải thác) gia vị

Đào nhân	10g	Sinh địa	12g
Ngưu tất	12g	Chỉ xác	12g
Hồng hoa	10g	Xuyên khung	12g
Cát cánh	08g	Cam thảo	10g
Đương quy	12g	Xích thược	12g
Sài hồ sao dấm	06g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

- Tinh thần ức uất, cảm giá có dị vật trong họng kèm tức nghẹt trong ngực, đau tức hai bên sườn, cảm giác dị vật trong họng nôn không ra được, nuốt không xuống hoặc thấy ho khạc đờm hoặc khạc đàm nhưng không ho, đau ngực sườn, chất lưỡi hồng nhợt, rêu lưỡi trắng nhớt, mạch huyền hoạt thuộc thể Đàm khí uất kết.

Bài thuốc Bán hạ hậu phác thang (Kim quỹ yếu lược)

Bán hạ	10g	Tô diệp	12g
Hậu phác	08g	Sinh khương	08g
Bạch linh	12g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Bút rút không yên, hồi hộp, khô miệng, hay quên, mất ngủ, ngủ hay mê, lòng bàn tay bàn chân nóng, nóng bức từng cơn, ra mồ hôi trộm hoặc di tinh, đau lưng, chất lưỡi đỏ, khô, ít rêu lưỡi

nếu nặng không có rêu lưỡi, mạch tế sắc thuộc thể Tâm âm hao hư.

Bài thuốc: Thiên vương bổ tâm đan (Hiệu chú phụ nhân lương phương)

Nhân sâm	06g	Đan sâm	06g	Cát cánh	06g
Thiên môn	06g	Táo nhân sao	10g	Sinh địa	12g
Bạch linh	06g	Ngũ vị tử	06g	Mạch môn	06g
Huyền sâm	06g	Viễn chí	10g	Bá tử nhân	10g
Đương quy	12g				

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang

- Hay lo âu, hoài nghi, chán ăn, chóng mặt, hay quên, hồi hộp, mất ngủ, ngủ hay mê, hồi hộp, dễ hoảng hốt, sắc mặt không tươi nhuận, hụt hơi, ngại nói, tự ra mồ hôi, hoặc dễ đầy chướng bụng, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch tế nhược thuộc thể Tâm tỳ lưỡng hư.

Bài thuốc Quy tỳ thang (Chính thể loại yếu)

Bạch truật	12g	Hoàng kỳ	12g
Táo nhân	10g	Đảng sâm	06g
Đương quy	12g	Long nhãn	12g
Mộc hương	06g	Phục thần	12g
Viễn chí	06g	Cam thảo chích	10g

Các vị thuốc trên gia thêm sinh khương, đại táo, sắc uống, ngày 01 thang

- Bút rút không yên, khô mắt, sợ ánh sáng, kèm hay bực bội, dễ cáu giận, chóng mặt, ù tai, mắt nhìn mờ, hoặc thấy đau đầu, mắt căng tức, mặt đỏ, mắt đỏ, hoặc thấy chân tay bì, giật cơ, chất lưỡi đỏ khô, rêu lưỡi ít, mạch huyền tế hay huyền tế sắc thuộc thể Can âm hao hư.

Bài thuốc: Tư thủy thanh can (Y tông kỷ nhậm thiên)

Thục địa	12g	Bạch thược	12g
Hoài sơn	12g	Trạch tả	12g
Đương quy	12g	Sơn thù	08g
Toan táo nhân sao	10g	Chi tử sao	12g
Đan bì	12g	Bạch linh	12g
Sài hồ sao dấm	06g		

Các vị thuốc trên sắc uống, ngày 01 thang.

CHÂM CỨU:

Nhóm huyệt 1: Bách hội, Thượng tinh, Hạ quan, Khúc trì, Nội quan, Hợp cốc, Liệt khuyệt, Hậu Khê.

Nhóm huyệt 2: Phong trì, Thái dương, Túc tam lý, Tam âm giao, Thái Khê, Chiếu hải, Thái xung, Công tôn.

Hai nhóm huyệt thay nhau sử dụng, mỗi ngày châm một lần, mỗi lần châm 20 – 30 phút, Bình bổ bình tả, kết hợp điện châm.

Kích thích bằng máy điện châm

- Tần số: + Tả: 6- 20Hz, + Bỏ: 0,5- 4Hz
- Cường độ: Từ 14-150micro Ampe
- Thời gian: 20-30 phút cho một lần điện châm

Liệu trình

Điện châm một ngày một lần, một liệu trình điều trị từ 2- 4 tuần tùy theo mức độ và diễn biến của bệnh.

4. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH CÁC PHƯƠNG PHÁP BỔ TRỢ

4.1. Tập thở

Bài tập thở 4 thì.

Mỗi lần tập mười hơi thở. Một ngày tập một đến hai lần. Khi chữa bệnh tập nhiều hơn 20 – 40 hơi thở mỗi lần (Tăng huyết áp, hen suyễn...) Để theo dõi đủ 10 hơi thở ta dùng mười ngón tay

Tác dụng: luyện tổng hợp hô hấp, tuần hoàn và thần kinh; chủ yếu là luyện sự cân bằng hai quá trình hưng phấn và ức chế

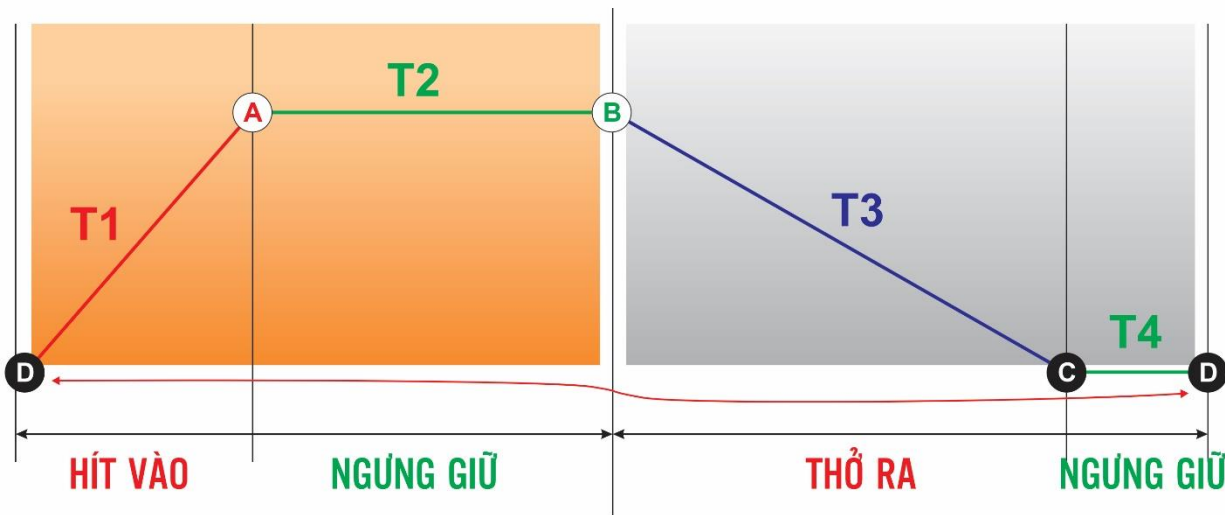
- **T1 (HÍT VÀO):** Hít vào bằng mũi nhẹ êm, hít vào ngực bụng cùng vươn lên, hít vào vừa đủ - vừa căng (80-85%). Hít vào không gắng gượng do quá sức hít vào để tránh đóng thanh quản. Trong quá trình hít vào, để ý sự nâng lên của lồng ngực và bụng thông qua cảm giác tại 2 bàn tay. Nét mặt tươi, thanh thản. - Lưu ý : Hít vào căng vươn đều, không trôi sụt, sức căng vòng nhẹ và lan tỏa đều. Ngực bụng cùng lên một lúc.
- **T2 (NGỪNG GIỮ HƠI THỞ):** Ngưng thở vào (không đóng thanh quản) khoảng 2 - 3 giây. Co nhẹ cơ đáy chậu (hậu môn) và giữ trong thời gian ngưng thở.

1. Đóng thanh quản, nhót hơi

2. Gò ngực bụng khi ngưng hơi

Ngưng không thở vào, giữ cho hơi không đi ngược ra. Thanh quản vẫn mở nhưng không tiếp tục cho không khí vào, ra, sức căng trên ngực bụng trước sau căng đều gò tròn, căng và lan tỏa đều.

- **T3 (THỞ RA):** Thả lỏng cơ thắt đáy chậu (hậu môn). Thở ra bằng mũi. Ngay khoảnh khắc tích tắc trước khi thở ra, nhớ kiểm soát xem nụ cười còn hay mất, nếu mất thì hãy nở một nụ cười. Để ý hai bàn tay chần nhẹ lên ngực – bụng. Để ý đến cảm giác nặng nặng đó. Khi thở ra, để lồng ngực và bụng xẹp xuống một cách nhẹ nhàng tự nhiên – không kèm cũng không thúc (ngực bụng xuống cùng lúc).
- **T4 (NGỪNG GIỮ HƠI THỞ):** Sau khi đã xẹp vừa thì ngưng, không ép thêm nữa (không vất cạn hoặc hắt hơi), thì ngưng trong vòng 2 - 3 giây (khi đó Tâm Ý vẫn giữ ở hai bàn tay). Giữ trạng thái xẹp này không cho không khí đi vào nhưng thanh quản vẫn mở. Cảm giác toàn thân phẳng đẹp, xẹp, trĩ nặng trên sàn (như quả bóng hết hơi). Nét mặt thanh thản. Lưu ý khi xẹp rồi, giữ độ xẹp đó đúng hiện trạng, không gồng cơ.



Hình 1: Sơ đồ các thì bài tập thở 4 thì

4.2. Bài tập vẩy tay

Tìm nơi thoáng mát, không khí trong lành. Quần áo mặc rộng rãi. Người thẳng, hai chân dang ra song song ngang vai, các ngón chân bám chặt xuống mặt đất, bụng dưới hơi thóp, ngực hơi thu vào, vai xuôi tự nhiên, hai mắt khép hờ, đầu lưỡi chạm nướu răng trên, tâm hướng về Đan Điền (phía dưới rốn 3 phân).

Hai cánh tay, bàn tay và các ngón tay duỗi thẳng tự nhiên. Hai cánh tay hơi cong ở khuỷu, đưa hai cánh tay về phía trước đồng thời thở ra. Dùng lực vẩy hai cánh tay ra phía sau đến hết tầm tay trong khi nhú hậu môn lại và hít vào. Khi hết tầm tay ra phía sau, hai cánh tay theo đà của lực quán tính trở về trước, buông lỏng cơ hậu môn đồng thời thở ra. Sau khi thở ra lại tiếp tục vẩy tay ra phía sau. Một lần hít vào, một lần thở ra là một cái vẩy tay. Làm liên tục nhiều cái. Tối thiểu 500 cái một lần. Mỗi ngày có thể làm hai lần.

Chú ý:

Động tác vẩy tay phải bền bỉ, đều đặn, nhẹ nhàng, linh hoạt. Do đó, không cần dùng sức mạnh để cố vẩy tay ra phía sau mà chỉ dùng sức bình thường tương ứng với nhịp thở điều hòa của cơ thể. Việc nhú hậu môn và bắm các ngón chân xuống đất cũng vậy. Chỉ cần dùng sức vừa phải để bảo đảm thoải mái về tâm lý, dẻo dai về thể lực.

4.3. Món ăn bài thuốc

Nguyên tắc chung: chọn thực phẩm đa dạng về chủng loại, cân bằng, chú trọng bù nước, điện giải. Chú trọng bổ Phế, khai vị, an thần, thông đại tiểu tiện.

Tùy theo thể trạng và tình trạng người bệnh sau khi khỏi bệnh, có thể lựa chọn hoặc phối hợp các loại thực phẩm sau đây:

- (1) Còn ớn lạnh sợ lạnh, hay lạnh bụng, đau dạ dày khi ăn đồ sống lạnh (vị hàn), dễ tiêu chảy, sôi lạnh bụng: Gừng, Hành, Canh cải xanh nấu gừng, rau ngò (rau mùi)...
- (2) Miệng khô, họng khô, khát nước, nóng bứt rứt: Trà xanh, Đậu đỏ, Đậu xanh, Khé , Dưa hấu cả phần vỏ trắng (Tây qua Thúc Y), Sương sâm, nước dừa tươi...
- (3) Vẫn còn ho, khạc đàm: Lê, Bạch quả, Ô mai, Trần bì, Cải thảo, Tía tô...
- (4) Ăn uống không ngon miệng, hay chướng bụng: Sơn tra, Đậu ván, Hoài sơn, Phục linh, Củ cải, Sa nhân...
- (5) Mất ngủ: Tâm sen, nhãn lồng, vông nem...

Lưu ý: Dược thiện mang tính chất phòng ngừa và hồi phục sức khỏe sau bệnh, cần sử dụng đúng liều lượng, không lạm dụng; hạn chế bổ sung Câu kỷ tử trong trường hợp này vì dễ sinh đàm thấp.

Một số công thức đề xuất:

Công thức 1: Cháo Hoài sơn, bí xanh, hạt sen

Thành phần:

Hoài sơn	30g	Hạt sen	20g
Bí xanh	20g	Ý dĩ (bo bo)	20g
Gừng tươi	5g		

Công dụng: Kiện Tỳ thâm thấp, Hòa trung an thần.

Đặc điểm: Thích hợp cho đại đa số người, đặc biệt những người cơ thể suy nhược, dễ bị cảm, tăng cường sức đề kháng, dự phòng bệnh tật.

Liều lượng: 1 tuần 2 đến 3 lần.

Công thức 2: Hoàng kỳ Hoài sơn hầm gà

Thành phần:

Thịt gà	300g đến 500g
Sinh Hoàng Kỳ	30g
Hoài sơn	15g
Gừng tươi	15g

Công dụng: Bổ phế ích khí, Kiện Tỳ dưỡng Vị.

Đặc điểm: Thích hợp cho đại đa số người, những người dễ bị cảm ho, ăn không tiêu, phục hồi sức khỏe, đặc biệt bổ phế ích khí cho người bệnh sau khi khỏi bệnh vẫn còn cảm giác thở ngắn, khó thở, mệt khi gắng sức.

Liều lượng: 1 tuần 1 lần.

Công thức 3: Cháo Cát căn hạt sen táo đỏ

Thành phần:

Cát căn	30g
Hạt sen	15g
Táo đỏ	5g
Gạo trắng	100g

Công dụng: Nhuận phế Kiện Tỳ, Dưỡng Tâm an thần.

Đặc điểm: Thích hợp cho đại đa số người, đặc biệt khí âm lưỡng hư, sau bệnh hay đổ mồ hôi, người nóng bứt rứt, tức ngực. Khó thở, khó ngủ, mệt mỏi.

Liều lượng: 1 tuần 1 lần.

PHỤ LỤC 1. CÁC VẤN ĐỀ LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG THUỐC SAU MẮC COVID-19

1. Tổng quan

Những người bệnh có các di chứng hậu COVID-19 ngày càng được công nhận là một nhóm dân số đang gia tăng cần được quan tâm. Người ta thấy rằng nhiều người bệnh đã trải qua các di chứng từ ngắn hạn đến dài hạn. Ảnh hưởng lâu dài của hội chứng “hậu COVID-19” đối với người bệnh và hệ thống y tế là không chắc chắn, nhưng dựa trên những ước tính mới nhất, hàng triệu người trên thế giới đã và đang bị ảnh hưởng. Khi cơ sở bằng chứng đang tiếp tục được phát triển, mục đích của chương này là cung cấp cho nhân viên y tế thông tin về các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc trong điều trị các triệu chứng sau mắc COVID-19.

2. Quản lý và điều trị

Đối với tình trạng sau mắc COVID-19, việc điều trị và sử dụng thuốc chủ yếu liên quan đến giải quyết các triệu chứng và có thể kết hợp một vài phương pháp điều trị không dùng thuốc

Nếu người bệnh cảm thấy mệt mỏi, khuyên người bệnh cố gắng nghỉ ngơi thật nhiều. Người bệnh cũng có thể thử những cách sau để giảm bớt cảm giác mệt mỏi:

- Lên kế hoạch thực hiện những công việc quan trọng khi cơ thể có nhiều năng lượng nhất, thường là vào buổi sáng.
- Không làm quá nhiều công việc cùng một lúc và nghỉ giải lao nếu cảm thấy mệt mỏi.
- Nghĩ về những nhiệm vụ và hoạt động nào là quan trọng nhất mỗi ngày để không sử dụng nhiều năng lượng hơn mức cần thiết.
- Đi ngủ và thức dậy vào cùng một thời điểm mỗi ngày, tránh uống caffein và đồ uống có cồn vào cuối ngày, không nhìn vào màn hình (điện thoại, máy tính, ti vi,...) trước khi đi ngủ.

Tùy vào tình huống của người bệnh, có thể cần:

- Thuốc để giảm các triệu chứng như ho hoặc đau.
- Phục hồi chức năng tim: cải thiện sức khỏe tim mạch thông qua những việc như tập thể dục, thay đổi chế độ ăn uống và không hút thuốc lá.
- Phục hồi chức năng phổi: gồm các bài tập thở để giúp phổi khỏe mạnh hơn.

- Vật lý trị liệu và vận động: các bài tập, chuyển động và cách thực hiện công việc hàng ngày.
- Điều trị lo âu hoặc trầm cảm: có thể cần đến thuốc và tư vấn tâm lý.
- Các bài tập và chiến lược giúp ghi nhớ và tập trung hơn

3. Các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc

3.1. Điều trị các di chứng hô hấp sau mắc COVID-19

Việc điều trị các di chứng hô hấp sau mắc COVID-19 bao gồm điều trị các tình trạng bệnh lý cụ thể như *bệnh phổi mô kẽ hậu covid, thuyên tắc phổi, nhiễm trùng phổi hoặc các bệnh khác*, liên quan đến việc quản lý các triệu chứng hô hấp.

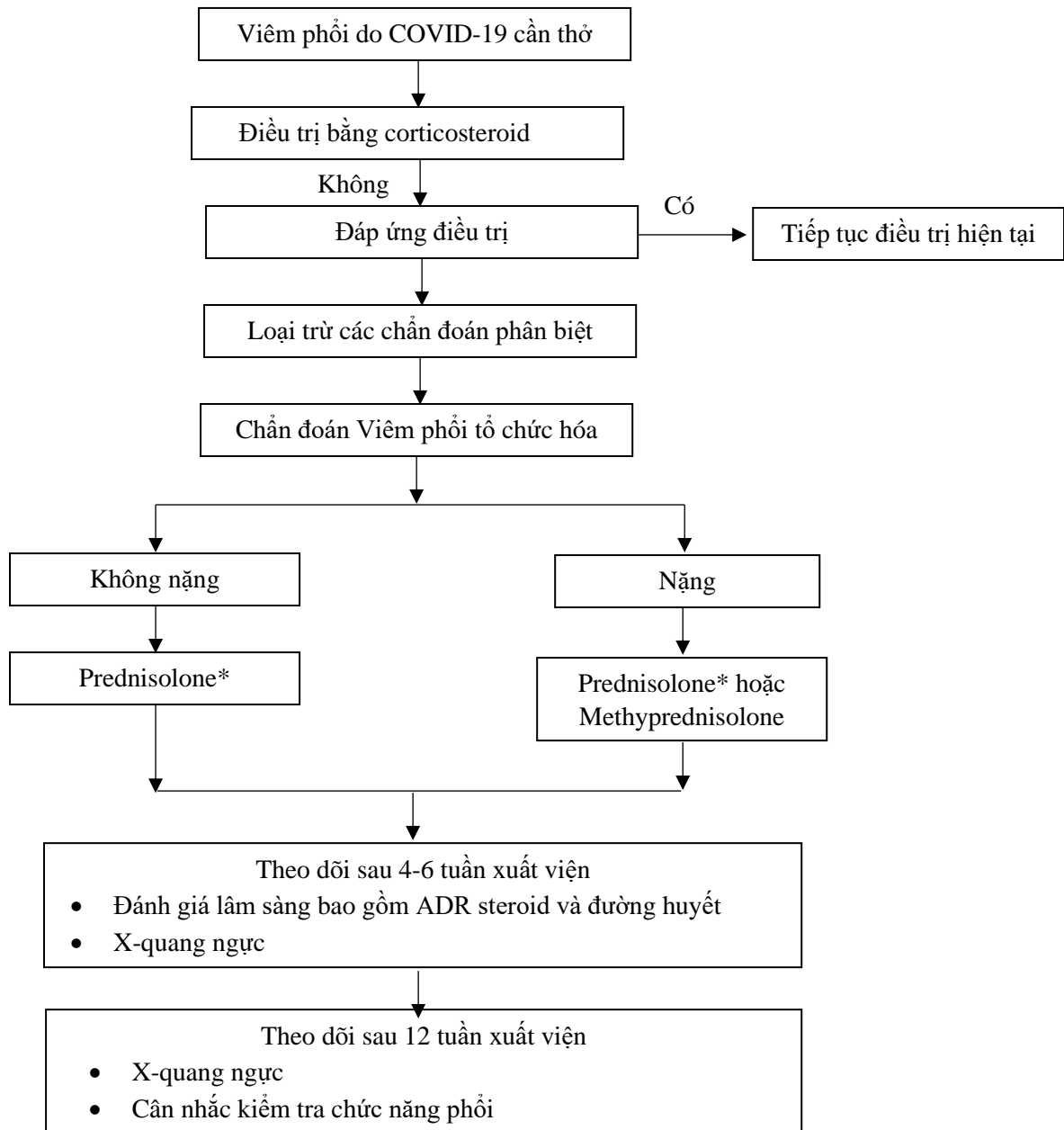
Xử trí các tình trạng phổi sau mắc COVID-19 cụ thể:

a) Bệnh phổi mô kẽ sau mắc COVID-19

Steroids: còn đang nghiên cứu, đa phần các chuyên gia đồng thuận sử dụng corticoid liều thấp theo kinh nghiệm. Chỉ định steroids cần được cân nhắc bởi bác sĩ chuyên khoa hô hấp và cần loại trừ nhiễm khuẩn bao gồm lao, nhiễm nấm

- Liều 0,5 – 1 mg/kg/ngày (tối đa 60 mg/ngày)
- Có thể cân nhắc prednisolone liều thấp ở các người bệnh
 - Nguy cơ biến chứng cao (cao tuổi, suy giảm miễn dịch, đái tháo đường kém kiểm soát, nhiều bệnh đồng mắc)
 - Ít sang thương lan tỏa trên CT
 - Sang thương lan tỏa trên CT nhưng có nguy cơ biến chứng cao
- Liều Methylprednisolone IV và prednisolone uống cần cá thể hóa ở người bệnh mức độ nặng
- Giảm dần liều 5mg mỗi 5 ngày
- Thời gian điều trị: 1 – 3 tháng

Thuốc chống xơ: pirfenidone và nintedanib được xem xét trong bệnh phổi mô kẽ, cần được hội chẩn bởi các bác sĩ chuyên khoa hô hấp



b) Thuyên tắc phổi

Điều trị chống đông máu nên được dùng cho người bệnh thuyên tắc phổi. Thời gian điều trị tối thiểu 3 tháng. Việc kéo dài quá thời hạn này sẽ phụ thuộc vào việc đánh giá nguy cơ tái phát và phải được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa.

Bảng 3. Tổng quan các loại thuốc kháng đông trong điều trị thuyên tắc phổi

Thuốc	Liều	Lưu ý
UFH	80 UI/kg IV bolus, sau đó truyền 18 UI/kg/giờ	
Enoxaparin	1 mg/kg TDD x 2 lần/ngày	
Dalteparin	200 UI/kg/ngày TDD trong 1 tháng sau đó 150 UI/kg/ngày TDD từ tháng 2 – tháng 6	Tối đa 18000 UI/ngày
Fondaparinux	< 50kg: 5mg TDD mỗi ngày 50 – 100kg: 7,5mg TDD mỗi ngày > 100kg: 10mg TDD mỗi ngày	Khởi động warfarin trong 72 giờ và dùng đồng thời trong ít nhất 5 ngày
Edoxaban	60mg 1 lần/ngày; 30mg 1 lần/ngày nếu ≤ 60kg	Không dùng ở người bệnh có CrCl > 95 mL/phút. Khởi động sau 5 – 10 ngày dùng kháng đông tĩnh mạch
Apixaban	10mg x 2 lần/ngày trong 7 ngày, sau đó 5mg x 2 lần/ngày	
Rivaroxaban	15mg x 2 lần/ngày x 3 tuần, sau đó 20mg 1 lần/ngày trong ít nhất 6 tháng	Dùng khi ăn để cải thiện hấp thu
Dabigatran	150mg x 2 lần/ngày; 110mg x 2 lần/ngày với người bệnh ≥ 80 tuổi	Khởi động sau 5 – 10 ngày dùng kháng đông tĩnh mạch Giảm liều còn 110mg x 2 lần/ngày ở người bệnh ≥ 80 tuổi hoặc ≥ 75 tuổi với ít nhất 1 yếu tố nguy cơ chảy máu

Heparin không phân đoạn (UFH)

UFH là một dạng kháng đông đường tĩnh mạch, được phân lập từ mô bò hoặc mô lợn, hoạt động bằng cách bất hoạt thrombin (IIa) và yếu tố Xa thông qua anti-thrombin. Với thời gian bán hủy từ 0,5 – 1,5 giờ, UFH là kháng đông được ưa chuộng ở người bệnh thuyên tắc phổi, đặc biệt là những trường hợp có nguy cơ chảy máu cao, bệnh nguy kịch, hoặc người cần được tiến hành thủ thuật/phẫu thuật. Hoạt tính kháng đông xảy ra nhanh chóng và biến mất trong vòng vài giờ sau khi ngưng truyền. Một ưu điểm khác của UFH là sự chuyển hóa và thải trừ chuyên biệt qua hệ lưới nội bào, từ đó khiến nó trở nên một lựa chọn tốt cho những người bệnh có chức năng thận xấu hoặc không ổn định (độ thanh thải creatinine (CrCl) < 30 mL/phút). Vì UFH không có hoạt tính enzyme cytochrome P450 tại gan, tương tác thuốc chỉ giới hạn ở mức tăng nguy cơ chảy máu khi dùng các thuốc kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu đồng thời. Đường truyền tĩnh mạch là lựa chọn được ưa chuộng trong tình huống shock

và/hoặc tụt huyết áp. Nếu chọn khởi động IV UFH, liều khởi đầu sẽ là bolus 80 U/kg hoặc 5000 U, sau đó truyền liên tục 18 U/kg/giờ hoặc 1300 U/giờ; với mục tiêu là đạt được nhanh chóng và duy trì aPTT ở trong ngưỡng điều trị. Chúng ta sẽ theo dõi aPTT mỗi 4 – 6 giờ để chỉnh liều UFH thích hợp.

Giảm tiêu cầu liên quan với heparin có thể hiện diện ở 2 dạng. Một dạng giảm tiêu cầu không do miễn dịch, xảy ra sớm, lành tính, có thể phục hồi được; và một dạng giảm tiêu cầu qua trung gian miễn dịch IgG xảy ra muộn, nguy hiểm hơn, gọi là giảm tiêu cầu do heparin (heparin-induced thrombocytopenia – HIT). HIT là một điều đáng quan ngại khi dùng UFH trong điều trị thuyên tắc phổi, với tần suất toàn thể được báo cáo lên đến 7% với tử suất từ 20 – 30% và thay đổi dựa trên nhiều yếu tố như tùy dân số người bệnh (phẫu thuật so với dùng thuốc), thời gian dùng heparin, loại heparin được sử dụng. UFH có nguy cơ gây HIT cao hơn LMWH 3 lần và có các biến chứng đe dọa chi và đe dọa tính mạng nghiêm trọng. Cơ chế của HIT đến từ việc hình thành IgG chống lại phức hợp heparin/PF4 trên tiểu cầu. Một khi IgG gắn vào phức hợp heparin/PF4 trên tiểu cầu, tiểu cầu sẽ trở nên hoạt hóa, từ đó hình thành huyết khối động mạch và tĩnh mạch. Khuyến cáo theo dõi số lượng tiểu cầu mỗi 2 – 4 ngày hoặc sát hơn ở những người bệnh nguy cơ cao hơn ở những người bệnh được dùng heparin.

Một số tác dụng phụ đáng quan tâm là giảm tiêu cầu và chảy máu nặng, như chảy máu não và chảy máu tiêu hóa. Một tác dụng phụ khác là giảm mật độ xương đáng kể với tần suất được báo cáo lên tới 30% số người bệnh người lớn và gãy xương có triệu chứng xảy ra ở 2 – 3% số người bệnh được dùng heparin ít nhất 1 tháng.

Bảng 4. Điều chỉnh liều heparin không phân đoạn

aPTT	Thay đổi liều
< 35s (< 1,2 x chứng)	80 U/kg bolus, sau đó tăng tốc độ truyền 4 U/kg/giờ
35 – 45s (1,2 – 1,5 x chứng)	40 U/kg bolus, sau đó tăng tốc độ truyền 2 U/kg/giờ
46 – 70s (1,5 – 2,3 x chứng)	Không thay đổi
71 – 90s (2,3 – 3,0 x chứng)	Giảm tốc độ truyền 2 U/kg/giờ
> 90s (> 3,0 x chứng)	Ngưng truyền trong 1 giờ, sau đó giảm tốc độ 3 U/kg/giờ

Heparin trọng lượng phân tử thấp (LMWH)

LMWH, bao gồm enoxaparin và dalteparin, có trọng lượng phân tử trung bình dưới 50% UFH. Các thuốc này có ưu điểm là hoạt tính kháng đông bền vững khi dùng qua đường tiêm dưới da và chỉnh liều theo trọng lượng cơ thể. LMWHs hiện nay được khuyến cáo là

kháng đông ưa chuộng trong trường hợp bệnh lý ác tính đang hoạt động và thai kỳ. Tuy vậy các bằng chứng mới hơn có sự cởi mở hơn trong việc chỉ định DOACs, khi các bằng chứng chỉ ra lợi ích của các thuốc này trong điều trị VTE ở người bệnh ung thư. Theo dõi nồng độ anti-Xa thường quy không được khuyến cáo khi dùng enoxaparin nhưng có thể được cân nhắc ở những người bệnh có chức năng thận suy giảm nặng hoặc không ổn định và những người bệnh béo phì với BMI ≥ 40 kg/m² (hoặc > 190 kg) và sẽ dùng enoxaparin kéo dài hơn 1 – 2 tuần. Nồng độ anti-Xa đạt đỉnh sẽ được ghi nhận tại thời điểm nồng độ thuốc đã đạt được trạng thái bình nguyên và được lấy máu 4 giờ sau khi tiêm enoxaparin, với mục tiêu điều trị là 0,6 – 1,9 IU/mL. Theo dõi hoạt tính anti-Xa ở những người bệnh béo phì > 120 – 140 kg và những người bệnh suy thận nặng/không ổn định có thể được cân nhắc trong trường hợp dalteparin với ngưỡng anti-Xa mục tiêu 0,5 – 1,5 IU/mL. Tương tự như enoxaparin, nồng độ anti-Xa khi dùng dalteparin cũng được ghi nhận khi đã đạt được trạng thái bình nguyên (tức dùng ít nhất 3 – 4 liều thuốc) và sau 4 – 6 giờ tiêm dalteparin.

Dù nguy cơ HIT khi dùng LMWH là thấp hơn UFH, nên ghi nhận số lượng tiểu cầu nền tảng để theo dõi tiến triển của HIT. Những người bệnh đã có tiền căn HIT nên tránh dùng LMWH. Mặc dù LMWH ít kích hoạt sự hình thành kháng thể HIT hơn UFH, thì một khi đã hình thành kháng thể HIT rồi thì LMWH cũng tác dụng tương đương UFH trong kích hoạt hoạt tính tiểu cầu bởi kháng thể HIT.

Bảng 5. Kháng đông tĩnh mạch ngắt quãng trong điều trị thuyên tắc phổi

	Liều	Khoảng liều
Enoxaparin	1,0 mg/kg	Mỗi 12 giờ
	Hoặc	
	1,5 mg/kg	Mỗi ngày
Tinzaparin	175 U/kg	Mỗi ngày
Dalteparin	100 IU/kg	Mỗi 12 giờ
	Hoặc	
	200 IU/kg	Mỗi ngày
Nadroparin	86 IU/kg	Mỗi 12 giờ
	Hoặc	

	171 IU/kg	Mỗi ngày
Fondaparinux	5 mg (cân nặng < 50 kg)	Mỗi ngày
	7,5 mg (cân nặng 50 – 100 kg)	
	10 mg (cân nặng > 100 kg)	

Kháng vitamin K đường uống (VKA)

Thuốc kháng vitamin K đường uống (Vitamin K antagonist – VKA) như warfarin vẫn có vai trò trong điều trị thuyên tắc phổi, đặc biệt ở những người bệnh có suy chức năng thận nặng, hội chứng kháng phospholipid, và eo hẹp về kinh tế để có thể dùng DOACs. Khuyến cáo theo dõi điều trị với VKA bằng chỉ số INR. Mặc dù khi bắt đầu sử dụng, chỉ số INR có thể tăng, những người bệnh có thể sẽ có tình trạng tăng đông trong những ngày đầu tiên dùng warfarin do các đặc tính của thuốc: thời gian bán hủy dài, chậm thải trừ yếu tố II và thải trừ nhanh yếu tố kháng đông protein C. Do tình trạng tăng đông ban đầu này, bắc cầu với UFH, LMWH, hoặc fondaparinux trong ít nhất 5 ngày cho đến khi INR đạt được ngưỡng điều trị là 2 – 3. Các thuốc giàu vitamin K như dầu, mỡ, gan, các loại hạt và rau xanh có thể tương tác và làm giảm tác dụng của warfarin. Các người bệnh dùng warfarin sẽ được tư vấn về việc ổn định trong chế độ ăn và cần thảo luận với bác sĩ trước khi có bất kỳ thay đổi trong chế độ ăn nào. Bên cạnh đó, warfarin còn tương tác đáng kể với các thuốc có chuyển hóa qua CYP2C9, 2C19, 1A2 và 3A4. Không chỉ bất lợi về việc theo dõi INR, mà sự tương tác thuốc và thức ăn rộng rãi cũng là nhược điểm làm hạn chế sử dụng warfarin trong điều trị lâu dài.

Kháng đông đường uống thế hệ mới

Apixaban là thuốc ức chế trực tiếp yếu tố Xa đường uống được chỉ định trong giảm nguy cơ đột quy và phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT) và điều trị DVT và thuyên tắc phổi. Các chỉ định mới gần đây của apixaban bao gồm nằm trong liệu pháp kháng huyết khối sau hội chứng vành cấp (ACS) hoặc can thiệp mạch vành qua da (PCI) ở người bệnh có rung nhĩ và HIT. Hoạt tính sinh học qua đường uống vào khoảng 50%, với phần lớn sự hấp thu diễn ra tại ruột non. Thải trừ thuốc thông qua chuyển hóa bởi hệ CYP3A4 trong ruột và gan. Một khi đã được hấp thu, thời gian bán hủy sẽ từ 8 – 12 giờ, với trạng thái ổn định đạt được sau 3 ngày.

Rivaroxaban là thuốc ức chế yếu tố Xa trực tiếp với hoạt tính sinh học đường uống vào khoảng 80% – 100% cho liều 10mg và 66% cho liều 20mg. Liều \geq 15mg cải thiện khả dụng sinh học khi dùng chung bữa ăn. Thời gian bán hủy trong huyết tương của rivaroxaban từ 5 – 9 giờ, với thời gian bán hủy kéo dài đến 11 – 13 giờ ở những người bệnh lớn tuổi. Nồng độ đạt trạng thái ổn định thường diễn ra sau 3 ngày. Rivaroxaban thải trừ qua thận khoảng

36% lượng thuốc không chuyển hóa; hiện chưa khuyến cáo dùng thuốc khi CrCl < 30 mL/phút, và CrCl < 15 mL/phút là chống chỉ định. Rivaroxaban không lọc qua màng lọc thận. Rivaroxaban cũng thải trừ theo con đường tương tự apixaban, với chuyển hóa qua hệ CYP3A4 chiếm khoảng 57%.

Dabigatran là thuốc ức chế trực tiếp thrombin (IIa). Liều dùng trong điều trị thuyên tắc phổi là 150mg đường uống 2 lần mỗi ngày sau khi đã dùng 5 – 10 ngày thuốc kháng đông đường tĩnh mạch ở những người bệnh có chức năng thận tương đối tốt (CrCl > 30 mL/phút). Khác với rivaroxaban và apixaban, dabigatran cần bắt đầu với UFH hoặc LMWH trong 5 – 10 ngày. Dabigatran nên được dùng trước liều dự kiến của kháng đông tĩnh mạch từ 0 – 2 giờ, hoặc là tại thời điểm ngưng truyền UFH. Tương tự với các loại kháng đông khác, bất kỳ loại thuốc nào có khả năng làm tăng nguy cơ chảy máu, như kháng kết tập tiểu cầu, kháng đông và tiêu sợi huyết cũng cần nên được cân nhắc là tương tác thuốc quan trọng khi dùng cùng với dabigatran. Các thuốc cảm ứng P-glycoprotein như phenobarbital, rifampin, fosphenytoin làm giảm tác dụng của dabigatran và do đó nên tránh dùng. Ngược lại, các thuốc ức chế P-glycoprotein làm tăng tác dụng của dabigatran; khuyến cáo hiện nay khác nhau tùy theo loại thuốc ức chế P-glycoprotein và chỉ định của dabigatran.

Suy giảm chức năng thận và các thuốc ức chế P-gp là những yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng dẫn đến tăng nồng độ dabigatran và từ đó tăng nguy cơ chảy máu. Đánh giá chức năng thận được khuyến cáo trước khi khởi động dùng dabigatran và trước các tình huống có thể làm suy giảm chức năng thận. Cần trọng trong sử dụng ở những người bệnh lớn tuổi, vì nguy cơ đột quy và nguy cơ chảy máu đều tăng theo tuổi, như đã được phân tích trong nghiên cứu RE-LY (Randomized Evaluation of Long Term Anticoagulation Therapy). Dabigatran có chống chỉ định ở những người bệnh có van tim cơ học. Nghiên cứu RE-ALIGN (Randomized, Phase II Study to Evaluate the sAfty and Pharmacokinetics of oral dabigatran Etextilate in Patients after Heart Valve replacement) bị ngừng sớm do các biến cố thuyên tắc huyết khối (huyết khối tại van, đột quy, và nhồi máu cơ tim), cũng như biến cố chảy máu nặng được ghi nhận trong nhóm dabigatran so với nhóm warfarin trên dân số người bệnh van tim.

Bên cạnh các biến cố chảy máu nặng và nhẹ, các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu với tần suất từ 24,7% đến 35%. Tác dụng phụ trên đường tiêu hóa có thể bao gồm *khó tiêu, viêm dạ dày, đau thượng vị*. Do tần suất hay gặp của các tác dụng phụ này, cần thiết tư vấn cho người bệnh về chúng và khuyên họ không nên ngưng thuốc đột ngột mà chưa thảo luận với bác sĩ. Một đặc tính riêng biệt của dabigatran là tăng độ khả dụng sinh học 75% nếu viên thuốc bị bẻ, nhai, hoặc bị tách vỏ bọc. Việc này đương nhiên dẫn đến các nguy cơ đi kèm, đặc biệt là nguy cơ chảy máu. Cũng vì nguyên nhân này, dabigatran không nên dùng qua bất kỳ loại ống nuôi ăn nào. Thuốc cũng không nên dùng sau 4 tháng kể từ ngày mở hộp vì kém bền với ánh sáng và độ ẩm có thể làm thuốc bị phân hủy và giảm hoạt tính.

Edoxaban là một loại thuốc ức chế yếu tố X trực tiếp đường uống, được chấp thuận sử dụng ở Hoa Kỳ và châu Âu vào năm 2015 cho chỉ định điều trị thuyên tắc phổi. Chấp thuận này chủ yếu được dựa trên nghiên cứu Hokusai VTE, trong đó thu thập 3319 người bệnh thuyên tắc phổi. Nghiên cứu này cho thấy edoxaban không tốt hơn warfarin nhưng có nguy cơ chảy máu thấp hơn. Edoxaban hiện chỉ được chấp thuận trong phòng ngừa để làm giảm nguy cơ đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở những người bệnh rung nhĩ không do van tim và trong điều trị VTE. Khác với apixaban và rivaroxaban, edoxaban không có chỉ định trong phòng ngừa tái phát VTE hoặc trong phòng ngừa của phẫu thuật thay khớp gối và háng.

c) Viêm phổi bội nhiễm

Viêm phổi do bội nhiễm vi khuẩn nên được quản lý bằng kháng sinh uống hoặc tiêm tĩnh mạch phù hợp với các hướng dẫn tiêu chuẩn. Các bác sĩ nên lưu ý hầu hết những người bệnh như vậy sẽ phải tiếp xúc với cơ sở chăm sóc sức khỏe trong thời gian mắc COVID-19, do đó, họ có nguy cơ bị vi khuẩn kháng thuốc cao hơn. Vì đã có sự gia tăng các trường hợp nhiễm nấm phổi, đặc biệt là nhiễm trùng mucormycosis, cần chú ý cẩn thận để loại trừ những nhiễm trùng này ở những người bệnh sốt, có đờm hoặc ho ra máu.

Điều trị bằng thuốc:

- + Nghỉ ngơi, bỏ thuốc lá, giữ ấm.
- + Giảm ho, long đờm: ho khan nhiều, gây mất ngủ có thể cho các thuốc giảm ho như:
 - Terpin codein 15- 30 mg/24 giờ hoặc
 - Dextromethorphan 10-20 mg/24 giờ ở người lớn hoặc
 - Nếu ho có đờm: thuốc long đờm có acetylcystein 200 mg x 3 gói/24 giờ.
- + Nếu có co thắt phế quản: thuốc giãn phế quản cường β_2 đường phun hít (salbutamol, terbutanyl) hoặc khí dung salbutamol 5 mg x 2- 4 nang/24 giờ hoặc uống salbutamol 4 mg x 2-4 viên/24 giờ.
- + Bảo đảm đủ nước uống, dinh dưỡng.
- Chọn kháng sinh tùy thuộc mô hình vi khuẩn và tình hình kháng thuốc tại địa phương. Có thể dùng kháng sinh như sau:
 - + Ampicillin, amoxicilin liều 3 g/24 giờ, hoặc
 - + Amoxicillin + acid clavulanic; ampicillin + sulbactam: liều 3 g/24 giờ, hoặc
 - + Cephalosporin thế hệ 1: cephalexin 2-3 g/24 giờ, hoặc
 - + Cefuroxim 1,5 g/24 giờ, hoặc

+ Macrolid: Erythromycin 1, 5g ngày x 7 ngày, azithromycin 500 mg x 1 lần/ngày x 3 ngày (tránh dùng thuốc nhóm này cùng với thuốc giãn phế quản nhóm xanthin, thuốc nhóm IMAO).

d) Quản lý các triệu chứng và sức khỏe tổng quát

Tất cả các người bệnh có các triệu chứng sau mắc COVID-19 nên tuân theo chế độ ăn đủ dinh dưỡng, lịch tập thể dục thường xuyên phù hợp với lứa tuổi và tình trạng thể chất, theo dõi thường xuyên các thông số quan trọng (như độ bão hòa oxy khi nghỉ ngơi và khi vận động, đặc biệt đối với những người bệnh có di chứng hô hấp). Ôxy chủ động và phục hồi chức năng phổi có thể được chỉ định ở một số người bệnh nhất định. Người bệnh khó thở và ho có thể được hưởng lợi từ các bài tập thở. Một số biện pháp dược lý có thể được yêu cầu để kiểm soát ho và khó thở. Các bệnh đi kèm cần được quản lý thích hợp.

e) Quản lý Ho

- Ho cần được điều trị theo nguyên nhân cơ bản.
- Đánh giá thích hợp các bệnh nhiễm trùng nên được thực hiện đối với ho có đờm.
- Ho khan do bệnh phổi có thể được kiểm soát bằng các thuốc trị ho đơn giản như dextromethorphan: liều dùng 30 mg/lần x 3 lần/ngày x 5-7 ngày.
- Nếu ho có kèm theo thở khò khè, có thể dùng thuốc giãn phế quản dạng hít: Corticoid dạng phun hít: có thể dùng liều nhỏ corticoid dạng hít: budesonid, fluticason,.. (hoặc dạng kết hợp: salmeterol/fluticason; budesonid/formoterol) liều 250-500 mcg/ngày x 10 ngày.
- Ho do trào ngược dạ dày thực quản và chảy nước mũi có thể được điều trị bằng cách sử dụng thuốc chống trào ngược (thuốc ức chế bơm proton) và thuốc kháng histamin. Súc miệng hoặc ngâm nước muối ấm có thể giúp làm dịu cổ họng trong trường hợp ho liên quan đến đường hô hấp trên.
- Ho do viêm phế quản cấp do vi rút: dùng thuốc bổ phế dạng xi rô.
- Uống nhiều nước, tối thiểu 2 lít/ngày. Uống nước nhiều lần, không đợi khát mới uống.
- Phương pháp dân gian: mật ong, tắc đường phèn, nước gừng,...

Bảng 6. Các thuốc điều trị ho

Ho khan		
Thuốc ức chế trung tâm ho	Dextromethorphan	Người lớn và trẻ trên 12 tuổi: 30mg/lần x 3-4 lần/ngày, tối đa 120mg/ngày Trẻ 6-12 tuổi: 15mg/lần x 3-4 lần/ngày, tối đa 60mg/ngày Trẻ 2-6 tuổi: 7,5mg/lần x 3-4 lần/ngày, tối đa 30mg/ngày
Thuốc tác động ở ngoại biên	Eucalyptol	Người lớn: 200mg/lần x 3 lần/ngày Trẻ ≥ 12 tuổi: 100mg/lần x 3 lần/ngày

Ho có đờm		
Thuốc đờm	N-Acetylcystein	Người lớn: 200mg/lần x 3 lần/ngày Trẻ ≥ 2 tuổi: 200mg/lần x 2 lần/ngày
	Bromhexin	Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: 8mg/lần x 3 lần/ngày Trẻ 5-10 tuổi: 4mg/lần x 2-4 lần/ngày
	Ambroxol	Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: 30mg/lần x 3 lần/ngày Trẻ 5-10 tuổi: 15mg/lần x 3 lần/ngày

Bảng 7. Các thuốc giãn phế quản và corticoid

Thuốc	Liều dùng
Cường beta-2 tác dụng ngắn	
Salbutamol	Viên 4 mg, uống ngày 4 viên, chia 4 lần, hoặc Nang khí dung 5 mg, khí dung ngày 4 nang, chia 4 lần, hoặc Salbutamol xịt 100 mcg/lần xịt, xịt ngày 4 lần, mỗi lần 2 nhát
Terbutalin	Viên 5 mg, uống ngày 4 viên, chia 4 lần, hoặc Nang khí dung 5 mg, khí dung ngày 4 nang, chia 4 lần
Cường beta-2 tác dụng kéo dài	
Indacaterol	Dạng hít, 150, 300 mcg/liều, dùng 1 liều/ngày
Formoterol	Dạng hít 4,5 mcg/liều. Hít ngày 2 lần, mỗi lần 2 liều
Salmeterol	Dạng xịt, mỗi liều chứa 25 mcg, xịt ngày 2 lần, mỗi lần 2 liều
Kháng cholinergic	
Ipratropium bromid	Nang 2,5 ml. Khí dung ngày 3 nang, chia 3 lần
Tiotropium	Dạng hít ngày 1 viên 18 mcg
Kết hợp cường beta-2 tác dụng ngắn và kháng cholinergic	
Fenoterol/Ipratropium	Dạng khí dung: khí dung ngày 3 lần, mỗi lần pha 1-2 ml berodual với 3 ml natriclorua 0,9%. Dạng xịt: xịt ngày 3 lần, mỗi lần 2 nhát
Salbutamol/Ipratropium	Nang 2,5 ml. Khí dung ngày 3 nang, chia 3 lần
Nhóm Methylxanthin (chú ý không dùng kèm thuốc nhóm macrolid, tổng liều (bao gồm tất cả các thuốc nhóm methylxanthin) không quá 10 mg/kg/ngày).	
Aminophyllin	Ống 240 mg. Pha truyền tĩnh mạch ngày 2 ống, hoặc pha 1/2 ống với 10 ml glucose 5%, tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu con khó thở cấp.
Theophyllin (SR)	Viên 0,1g hoặc 0,3g. Liều 10 mg/kg/ngày. Uống chia 2 lần.

Glucocorticosteroid dạng phun hít	
<i>Chú ý: cần súc miệng sau sử dụng các thuốc dạng phun hít có chứa glucocorticosteroid</i>	
Beclomethason	Dạng xịt chứa 100 mcg/liều. Xịt ngày 4 liều, chia 2 lần
Budesonid	Nang khí dung 0,5 mg. Khí dung ngày 2-4 nang, chia 2 lần, hoặc Dạng hít, xịt, liều 200 mcg/liều. Dùng 2-4 liều/ngày, chia 2 lần.
Fluticason	Nang 5 mg, khí dung ngày 2-4 nang, chia 2 lần
Kết hợp cường beta-2 tác dụng kéo dài và glucocorticosteroid	
Formoterol/Budesonid	Dạng ống hít. Liều 160/4,5 cho 1 liều hít. Dùng 2-4 liều/ngày, chia 2 lần
Salmeterol/ Fluticason	Dạng xịt hoặc hít. Liều 50/250 hoặc 25/250 cho 1 liều. Dùng ngày 2-4 liều, chia 2 lần.
Glucocorticosteroid đường toàn thân	
Prednison	Viên 5 mg. Uống ngày 6-8 viên, uống 1 lần sau ăn sáng.
Methylprednisolon	Lọ 40 mg, tiêm tĩnh mạch. Ngày tiêm 1-2 lọ

3.2. Sử dụng thuốc trong điều trị các bệnh lý tim mạch ở người bệnh sau mắc COVID-19

3.2.1. Điều trị chống đông

3.2.1.1. Dựa vào mức độ nặng người bệnh COVID-19

a. Người nhiễm không triệu chứng, mức độ nhẹ

- Chưa điều trị.
- Nếu người bệnh đang duy trì thuốc chống đông theo bệnh lý nền: tiếp tục duy trì.
- Dùng liều dự phòng nếu người bệnh có nguy cơ cao, bệnh lý nền: tăng huyết áp, tiểu đường, ung thư, bệnh phổi mạn tính, bệnh lý mạch vành, tiền sử huyết khối, béo phì.
- Phụ nữ có thai xem xét phối hợp thêm aspirin
- Dùng liều dự phòng khi điểm Modified IMPROVE-VTE 2 hoặc 3.

b. Mức độ trung bình

- Dùng liều dự phòng tăng cường/hoặc liều điều trị nếu có xét nghiệm theo dõi điều trị.

c. Mức độ nặng

- Dùng liều điều trị/hoặc điều chỉnh theo quy trình của máy lọc máu (nếu người bệnh đang lọc máu).
- Mức độ nguy kịch (phụ thuộc tình trạng người bệnh)
- Dùng liều dự phòng nếu người bệnh có giảm đông.
- Hoặc liều điều trị.

3.2.1.2. Dựa vào kết quả xét nghiệm

Căn cứ xét nghiệm	Liều dự phòng (chỉnh liều theo BMI và chức năng thận)	Liều điều trị (chỉnh liều theo BMI và chức năng thận)
CRP	Tăng ≤ 15 mg/L	> 15 mg/L
Ferritin	Tăng ≤ 1.000 ng/ml	> 1.000 ng/ml
D-dimer	D-dimer tăng từ > 2 đến < 5 lần ngưỡng bình thường	≥ 5 lần ngưỡng bình thường Tăng nhanh gấp 2 lần trong vòng 24-48h Gấp 2 bình thường + điểm ModifiedImprove = 2-3.
IL-6	15 – 40 pg/ml	> 40 pg/ml
Bạch cầu Lympho	Chưa giảm \rightarrow tham khảo các tiêu chuẩn khác	$\leq 0,8$ G/l
Bạch cầu trung tính	Tăng ≤ 10 G/l	> 10 G/l
Huyết khối được xác định bằng chẩn đoán hình ảnh	Không có huyết khối \rightarrow tham khảo các tiêu chuẩn khác	Có
Tổn thương phổi trên XQ	Chưa tổn thương \rightarrow tham khảo các tiêu chuẩn khác	Có

3.2.2. Chống chỉ định thuốc chống đông

- Không sử dụng chống đông nếu người bệnh có một trong những yếu tố sau: đang có chảy máu, mới xuất huyết não, Fibrinogen $< 0,5$ g/l, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn cấp.

- Thận trọng dùng chống đông nếu người bệnh có một trong những yếu tố sau: điểm HAS-BLED ≥ 3 , tiểu cầu < 25 G/l. Với người bệnh có tiểu cầu < 50 G/l: không dùng UFH.

3.2.3. Liều dùng các thuốc chống đông

Lựa chọn một trong các thuốc chống đông và liều như sau (ưu tiên dùng enoxaparin liều tăng cường):

	BMI và chức năng thận	Heparin standard (UFH)	LMWH (Enoxaparin)	Các thuốc chống đông khác (nếu không có Heparin)
Liều dự phòng 7-10 ngày	BMI ≤ 30 và CrCl ≥ 30 ml/phút	5000U TDD mỗi 12h	Liều chuẩn: 40mg TDD mỗi 24h Liều tăng cường: 0,5mg/kg mỗi 12h	- Có thể lựa chọn 1 trong các loại chống đông khác sau đây để thay thế heparin: Rivaroxaban 10-20mg, uống 1 lần/ngày
	BMI > 30 và CrCl ≥ 30 ml/phút	7500U TDD mỗi 12h	Liều chuẩn: 40mg TDD mỗi 12h Liều tăng cường: 0,5mg/kg TDD mỗi 12h	Apixaban 2,5mg, uống 2 lần/ngày Dabigatran 220mg, uống 1 lần/ngày
	CrCl < 30 ml/phút	5000 - 7500U TDD mỗi 12h	Liều chuẩn: 30mg mỗi 24h Liều tăng cường: 0,5mg/kg x 1 lần/ngày (TDD)	Dabigatran 75mg, uống 2 lần/ngày Rivaroxaban 15mg, uống 1 lần/ngày Không dùng DOACs khi CrCl < 15ml/phút
Liều điều trị Dùng từ 2-6 tuần, nếu có bằng chứng huyết khối từ 3-6 tháng	BMI ≤ 30kg/m ² và CrCl ≥ 30ml/phút	Có thể xem xét tiêm bolus 5000UI (hoặc 18UI/kg/h hoặc 250U/kg, TDD mỗi 12h.	*Khởi đầu bằng 1mg/kg x 2 lần/ngày (TDD)	+ Nhóm acecumarol, warfarin: Đạt INR 2-3; + Rivaroxaban 15mg, uống 2 lần/ngày; + Dabigatran 150mg, uống 2 lần/ngày; Ở người bệnh cao tuổi, có ít nhất
	BMI > 30kg/m ² và CrCl ≥ 30ml/phút		*Khởi đầu bằng liều 0,8mg/kg, TDD 2 lần/ngày Liều 1 lần/ngày không áp dụng với người bệnh BMI > 30kg/m ² và CrCl ≥ 30ml/phút	1 yếu tố nguy cơ chảy máu, dùng liều 110mg, uống, 2 lần/ngày. + Apixaban 5-10mg, uống 2 lần/ngày; + Endoxaban 30mg -60mg, uống ngày 1 lần; + Warfarin: Đạt INR 2-3. Không dùng DOACs khi CrCl < 15ml/phút

CrCl < 30ml/phút	Liều điều trị, có thể bolus sau đó truyền tĩnh mạch	1mg/kg/ngày	+ Warfarin: Đạt INR 2-3; + Dabigatran 75mg, uống 2 lần/ngày; + Rivaroxaban 15mg, uống 1 lần/ngày; + Endoxaban 30mg, uống ngày 1 lần. Không dùng DOACs khi CrCl < 15ml/phút
------------------	---	-------------	--

Ghi chú:

- Người bệnh đang dùng aspirin thì khi vẫn tiếp tục dùng aspirin nếu dùng chống đông liều dự phòng, ngừng aspirin nếu dùng liều điều trị.
- Nếu người bệnh đang dùng thuốc chống đông đường uống, ngừng lại chuyển sang dùng heparin

Thời gian điều trị thuốc chống đông

- Sử dụng thuốc chống đông đến khi lâm sàng và xét nghiệm ổn định hoặc D-dimer giảm < 2 lần, và có thể duy trì chống đông sau khi xuất viện căn cứ vào nguy cơ huyết khối của người bệnh dựa vào 1 trong các điều kiện như sau:

- Nhóm nguy cơ cao huyết khối:

+ Modified IMPROVE-VTE score ≥ 4 ;

+ Modified IMPROVE-VTE score ≥ 2 và D-dimer > 2 lần bình thường

+ ≥ 75 tuổi;

+ > 60 tuổi và D-dimer > 2 lần bình thường;

+ 40 - 60 tuổi, D-dimer > 2 lần bình thường, có tiền sử huyết khối hoặc bệnh nền ung thư;

- Nhóm huyết khối: có bằng chứng của huyết khối dựa trên chẩn đoán hình ảnh.

- **Thuốc và liều dùng:** Chống đông đường uống liều dự phòng (rivaroxaban 10mg/ngày, apixaban 5mg/ngày hoặc dabigatran 110mg/ngày) với thời gian dùng:

+ Nhóm nguy cơ huyết khối cao: 2 - 6 tuần.

+ Nhóm huyết khối: 3 - 6 tháng.

Chú ý:

- Nếu có bất kỳ triệu chứng chảy máu hoặc đau ngực, sưng nề chi thì cần khám lại ngay.
- Luôn phải đánh giá theo cá thể người bệnh về nguy cơ huyết, nguy cơ chảy máu của người bệnh.

Theo dõi điều trị thuốc chống đông

- Thực hiện các xét nghiệm theo dõi như sau (tần suất xét nghiệm tùy tình trạng người bệnh và điều kiện cơ sở điều trị): Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, PT, APTT, Fibrinogen, D-dimer, anti-Xa, FM, ROTEM.
- Khi dùng heparin tiêu chuẩn: theo dõi bằng xét nghiệm anti-Xa cần đạt là 0,3-0,7 UI/ml (nên theo dõi bằng anti-Xa, không nên sử dụng APTT vì yếu tố VIII ở người bệnh COVID-19 tăng rất cao, > 70% người bệnh có kháng đông nội sinh lưu hành và sai lệch khi người bệnh suy thận). Trường hợp chỉ có xét nghiệm APTT thì cần chỉnh liều với mục tiêu rAPTT từ 1,5 -2 (tối đa đến 2,5). Lấy mẫu xét sau tiêm 4h.
- Khi dùng enoxaparin: theo dõi bằng anti-Xa với mục tiêu cần đạt là 0,5-1 UI/ml (tối đa đến 1,5 UI/ml). Lấy mẫu xét nghiệm sau tiêm dưới da 3-4h.
- Không khuyến cáo theo dõi anti-Xa với liều UFH hay LMWH dự phòng, tuy nhiên với người bệnh có ClCr < 30ml cần kiểm tra sau 10 liều. Cân nặng < 50kg: theo dõi sau tiêm 10 liều. Cân nặng > 120kg: theo dõi sau tiêm 3 liều. Mục tiêu anti Xa cần đạt: 0,1-0,4 UI/ml.
- Nếu có tình trạng giảm tiểu cầu do heparin (HIT) cần dừng heparin và dùng chống đông khác thay thế như agatroban, fondaparinux hoặc DOACs.

3.2.2. Điều trị kháng tiểu cầu kép

Đối với tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là hội chứng mạch vành (HCMV) cấp không ST chênh lên: cần dùng phối hợp hai loại: aspirin và một trong các thuốc ức chế thụ thể P2Y12 (chiến lược sử dụng kháng tiểu cầu kép hay DAPT).

- **Aspirin:** Cơ chế chống ngưng kết tiểu cầu của Aspirin là thông qua chặn con đường Thromboxan A₂ làm giảm hoạt tính ngưng tập của tiểu cầu. Liều dùng: liều nạp ngay 150 – 300 mg dạng hấp thu nhanh, sau đó duy trì 75 – 100 mg/ngày (nên dùng liều 81 mg/ngày).
- **Các thuốc chống ngưng kết tiểu cầu thuộc nhóm ức chế thụ thể P2Y12 của tiểu cầu:** Hiện nay có ba thuốc nhóm này được khuyến cáo dùng, trong đó có hai loại thuộc nhóm thienopyridine (clopidogrel; prasugrel) và loại non - thienopyridine (ticagrelor).

Ticagrelor không phụ thuộc vào thuốc nào thuộc nhóm này đã được sử dụng trước đó, với liều nạp 180 mg sau đó dùng liều 90 mg x 2 lần trong ngày.

Prasugrel với những BN chưa sử dụng các thuốc ức chế P2Y₁₂ và đang chuẩn bị làm can thiệp ĐMV qua da (60 mg liều nạp, 10 mg hàng ngày).

Clopidogrel (600 mg liều nạp, 75 mg hàng ngày) chỉ khi không có prasugrel hoặc ticagrelor hoặc có chống chỉ định với hai loại này.

Như vậy: Đối với điều trị trước can thiệp ở bệnh nhân HCMV cấp không ST chênh lên, sau khi có được chẩn đoán nên xem xét sử dụng ngay các thuốc sau càng sớm càng tốt: Ticagrelor

(180 mg liều nạp, sau đó 90 mg x 2 lần/ngày) hoặc Clopidogrel (600mg liều nạp, sau đó 75mg hàng ngày, khi ticagrelor không được lựa chọn).

- Thời gian kéo dài dùng thuốc kháng tiểu cầu kép (DAPT): tốt nhất là nên được dùng trong tối thiểu 12 tháng, sau đó dùng một loại (aspirin). Với bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao hoặc trong thời gian dùng có biến cố chảy máu có thể dùng DAPT trong 6 tháng sau đó chuyển sang một loại. Với bệnh nhân nguy cơ chảy máu thấp và nguy cơ huyết khối cao có thể dùng DAPT kéo dài vô hạn định. Với phác đồ dùng aspirin và ticagrelor, nếu có chiến lược dùng kéo dài (vô hạn định) sau 12 tháng có thể xem xét sử dụng liều ticagrelor 60mg x 2 lần trong ngày.

3.2.3. Điều trị với kháng viêm steroid

Mức độ	Thuốc
Nhẹ	Chưa dùng
Trung bình	Dexamethason 6mg/24giờ x 7-10 ngày (đường tiêm hoặc đường uống); Hoặc methylprednisolon 16mg: uống 1 viên x 2 lần/ngày x 7-10 ngày.
Nặng	Dexamethason 6-12 mg/ngày tiêm tĩnh mạch x 5 ngày, sau đó giảm ½ liều trong 5 ngày). Hoặc methylprednisolon 1- 2 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch x 5 ngày, sau đó giảm ½ liều trong 5 ngày.
Nguy kịch	Dexamethason 12-20 mg/ngày tiêm tĩnh mạch x 5 ngày, sau đó giảm ½ liều trong 5 ngày). Hoặc methylprednisolon 2-3 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch x 5 ngày, sau đó giảm ½ liều trong 5 ngày.
Chú ý trong điều trị chống cơn bão cytokin	<p>Khởi đầu tăng liều ngay khi có dấu hiệu chuyển độ nặng của bệnh.</p> <p>Sử dụng corticoid liều cao nên duy trì < 7 ngày và giảm liều ngay khi có cải thiện lâm sàng để tránh các tác dụng không mong muốn của thuốc.</p> <p>Theo dõi đáp ứng điều trị: triệu chứng lâm sàng cải thiện, kết quả xét nghiệm các chỉ số viêm (CRP, IL-6, LDH, Ferritin...). Nếu không cải thiện, phối hợp sử dụng kháng thể đơn dòng ức chế IL-6, lọc máu.</p> <p>Chú ý tầm soát nhiễm khuẩn, nấm thứ phát.</p> <p>Chú ý điều chỉnh đường huyết và điện giải.</p> <p>Có thể dùng cùng lúc với các thuốc kháng thể đơn dòng, kháng IL-6 hoặc remdesivir.</p>

3.2.4. Thuốc ức chế men chuyển

Ức chế men chuyển	Liều hằng ngày	
	Liều thấp	Liều thông thường

Benazepril	5	10-40
Captopril	12,5 x 2 lần	50-100 x 2 lần
Enaplapril	5	10-40
Fosinopril	10	10-40
Lisinopril	5	10-40
Perindopril	5	5-10
Quinapril	5	10-40
Ramipril	2,5	5-10
Trandolapril	1-2	2-8
Imidapril	2,5-5	5-10

3.2.5. Thuốc chẹn thụ thể angiotensin

Chẹn thụ thể angiotensin	Liều hằng ngày	
	Liều thấp	Liều thông thường
Azilsartan	40	80
Candesartan	4	8-32
Eprosatan	400	600-800
Irbesartan	150	150-300
Losartan	50	50-100
Olmesaratan	10	20-40
Telmisartan	40	40-80
Valsartan	80	80-320

3.2.6. Thuốc chẹn beta

Chẹn beta	Liều hằng ngày	
	Liều thấp	Liều thông thường
Acebutalol	200	200 - 400
Atenolol	25	100
Bisoprolol	5	5 - 10
Carvedilol	3,125 x 2 lần	6.25 – 25 x 2 lần
Labetalol	100 x 2 lần	100 - 300 x 2 lần
Metoprolol succinate	25	50 - 100
Metoprolol tartrate	25 x 2 lần	50 - 100 x 2 lần
Nadolol	20	40 - 80
Nebivolol	2,5	5 – 10

Propranolol	40 x 2 lần	40 - 160 x 2 lần
-------------	------------	------------------

3.2.7. Thuốc lợi tiểu

Lợi tiểu	Liều hằng ngày	
	Liều thấp	Liều thông thường
<i>Lợi tiểu Thiazide và giống thiazide</i>		
Bendroflumethiazide	5	10
Chlorthalidone	12,5	12,5 – 25
Hydrochlorothiazide	12,5	12,5 - 50
Indapamide	12,5	2,5
<i>Lợi tiểu quai</i>		
Bumetamide	0,5	1
Furosemide	20 x 2 lần	40 x 2 lần
Torsemide	5	10
<i>Lợi tiểu giữ Kali</i>		
Amiloride	5	5 – 10
Eplerenone	25	50 – 100
Spirolactone	12,5	25 – 50
Triamterene	100	100

3.2.8. Thuốc giãn mạch

Thuốc giãn mạch	Liều hằng ngày	
	Liều thấp	Liều thông thường
Hydralazin	10 x 2 lần	25-100 x 2 lần
Minoxidil	2,5	5-10

3.3. TÂM THẦN

3.3.1. Thuốc điều hòa khí sắc

TÊN THƯƠNG MẠI	TÊN HOẠT CHẤT	LIỀU LƯỢNG
Depakote	Divalproex	750 mg - 3000 mg
Depakine, Valmagol	Muối Valproateb (Na, Mg)	500 mg - 3000 mg

Eskalith	Lithium carbonate	600 mg - 2400 mg
Gabitril	Tiagabine	32 mg - 56 mg
Lamictal	Lamotrigine	100 mg - 200 mg

Neurontin	Gabapentin	900 mg - 1800 mg
Symbyax	Olanzapine/fluoxetine	6/25 mg - 12/50 mg
Tegretol	Carbamazepine	600 mg - 1200 mg
Topamax	Topiramate	200 mg - 400 mg
Trileptal	Oxcarbazepine	600 - 1200 mg

3.3.2. Nhóm thuốc Z

Thuốc	Liều dùng (mg /ngày)
Zolpidem	5 - 10
Zaleplon	5 - 10
Eszopiclone	2 - 3

3.3.3. Thuốc chống trầm cảm**NHÓM THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM**

Thuốc	Đường dùng	Liều hiệu quả (mg/ngày)
Amitriptylin	Uống	25 - 150
Tianeptin	Uống	12.5 - 37.5
Mirtazapin	Uống	30 - 45
Fluoxetin	Uống	20 - 40
Paroxetin	Uống	20 - 50
Sertralin	Uống	50 - 200
Citalopram	Uống	20 - 40
Escitalopram	Uống	10 - 20
Venlafaxin	Uống	75 - 375

	Kháng cholinergic	Chóng mặt	Mất ngủ / kích động	Tụt HA tư thế	Loạn nhịp tim	RL tiêu hóa	Tăng cân	Liều hiệu quả (mg)
Amitriptylin	4+	4+	0	4+	3+	0	4+	150-300
Clomipramin	3+	3+	4+	2+	2+	3+	3+	150-300
Desipramin	1+	1+	1+	2+	2+	0	1+	150-300
Tianeptine	1+	1+	1+	0	0	1+	0	12.5 - 37.5
Doxepin	3+	4+	0	2+	2+	0	3+	150-300
Duloxetine	0	0	2+	0	0	3+	0	150-300
Imipramin	3+	3+	1+	4+	3+	1+	3+	150-300
Nortriptylin	1+	1+	0	2+	2+	0	1+	75-150
Protriptylin	2+	1+	1+	2+	2+	0	0	15-60
Trimipramin	1+	4+	0	2+	2+	0	3+	150-200
Amoxapin	2+	2+	2+	2+	3+	0	1+	150-400
Maprotilin	2+	4+	0	0	1+	0	2+	150-225
Trazodon	0	4+	0	1+	1+	1+	1+	100-300
Nefazodon	1+	2+	0	1+	0	2+	0	100-200
Bupropion	0	0	2+	0	1+	1+	0	300

Bupropion SR	0	0	1+	0	1+	1+	0	150-200
Bupropion XL	0	0	1+	0	1+	1+	0	300-450
Mirtazapin	1+	4+	0	0	0	0	3+	30-45
Fluoxetin	0	0	2+	0	0	3+	0	20-40
Paroxetin	1+	1+	1+	0	0	3+	0	20-50
Paroxetin CR	1+	1+	1+	0	0	1+	0	20-50
Sertralin	0	0	2+	0	0	3+	0	50-200
Fluvoxamin	0	1+	1+	0	0	3+	0	100-300
Citalopram	0	0	1+	0	0	3+	0	20-40
Escitalopram	0	0	1+	0	0	3+	0	10-20
Venlafaxin	0	0	2+	0	0	3+	0	75-375
Venlafaxin XR	0	0	2+	0	0	1+	0	75-375

3.3.4. Thuốc chống loạn thần

Tên thuốc	Đường dùng	Liều (mg/ngày)	Buồn ngủ	TC TKTV	TDP ngoại tháp
Phénothiazines					
Chlopromazin*	Uống Tiêm bắp	200 - 600	+++	+++	++
Thioridazin*	Uống	200 - 600	+++	+++	++
Lévomepromazin*	Uống Tiêm bắp	50 - 300	++	++	+
Butyrophénones					
Halopéridol *	Uống Tiêm bắp	5 - 20	+	+	+++
Thioxanthènes					
Thiothixène *	Uống Tiêm bắp	5 - 30	+	+	+++
Dibenzoxazépin					
Loxapin*	Uống Tiêm bắp	20 - 100	++	+	++
Arylpipéridylindole					
Sertidole**	Uống	12 - 24	+	++	0 ?
Thiánobenzodiazépin					
Olanzapin**	Uống	7,5 - 25	+	++	0 ?
Dibenzothiazépin					
Quetiapin**	Uống	150 - 750	++	++	0 ?
Benzioxazole					
Rispéridon**	Uống	2 - 16	+	++	+
Benzamid					
Amisulprid**	Uống	400 - 800	+	++	+
Sulpirid	Uống	200 - 600	0	0	0
Dibenzodiazépin					
Clozapin**	Uống	150 - 900	+++	+++	0 ?
Aripiprazol**	Uống	10 - 30	+	0	0?

Lưu ý:

- Nhóm chống loạn thần thế hệ mới:

Liều tương đương 500 mg Chlorpromazin:

Uống: 10 mg Haloperidol, 4 mg Risperidon, 15 mg Olanzapin, 600 mg Quetiapin, 400 mg Clozapin, 120 mg Ziprasidon, 15 mg Aripiprazol, 800 mg Amisulprid.

- Lưu ý khi chuyển từ dạng uống qua:

50 và 100mg Haldol Decanoat/ 4 tuần, tương đương 5 - 10mg Haldol Uống/ ngày.

5mg, 12,5mg và 25mg Fluphenazine Decanoat/ 4 tuần tương đương 2, 5mg, 5mg, và 10mg Fluphenazin, Uống/ ngày.

3.3.5. Nhóm chống lo âu

Tên thuốc	Liều tương đương (mg)	Liều điều trị (mg)	Thời gian tác dụng
Diazepam (Valium)	5	2-60	Dài
Clobazam (Urbanyl)	20	5-40	Dài
Prazepam (Lysanxia)	20	10-60	Dài
Clorazepate(Tranxene)	15	10-50 (max 200)	Dài
Clonazepam (Rivotril)	10	10-150	Trung bình
Bromazepam(Lexomil)	3	3-12	Trung bình
Alprazolam (Xanax)	1	1-7.5	Trung bình
Oxazepam (Seresta)	0.375	0.5-4	Ngắn
Lorazepam(Temesta)	0.5	0.5-10	Ngắn

- Thuốc chống lo âu không thuộc nhóm BZD

Etifoxin chlorhydrate liều điều trị 50 - 200 mg / ngày

3.3.6. Thuốc chống động kinh

TÊN THUỐC	LIỀU KHỞI ĐẦU Người lớn: mg/ngày Trẻ em: mg/kg/ngày	LIỀU DUY TRÌ Người lớn: mg/ngày Trẻ em: mg/kg/ngày
Carbamazepin	Người lớn : 100 Trẻ em : 5 - 10	Người lớn : 400 - 1600 Trẻ em : 10 - 20
Clonazepam	Người lớn : 0,5 Trẻ em : 0,01 - 0,03	Người lớn : 0,5 - 4 Trẻ em : 0,1 - 0,2
Ethosuximide	Người lớn : 250 Trẻ em : 10	Người lớn : 750 - 2000 Trẻ em : 15- 20
Gabapentin	Người lớn : 300 Trẻ em : 10	Người lớn : 900 - 3600 Trẻ em : 20
Lamotrigin	Người lớn : 1.000 Trẻ em : 0,15 - 0,3	Người lớn : 3.000 (tối đa) Trẻ em : 1 - 5
Levetiracetam	Người lớn : 20 - 60 Trẻ em : 20	Người lớn : 20 - 60 Trẻ em : 60
Oxcarbazepin	Người lớn : 600 Trẻ em : 8 - 10	Người lớn : 900 - 2400 Trẻ em : 20 - 40
Phenobarbital	Người lớn : 30 Trẻ em : 2 - 3	Người lớn : 50 - 400 Trẻ em : 3 - 5
Phenytoin	Người lớn : 100mg - 200 Trẻ em : 5	Người lớn : 100 - 300 Trẻ em : 5 - 8
Topiramate	Người lớn : 25 - 50 Trẻ em : 1 - 3	Người lớn : 200 - 600 Trẻ em : 5 - 9
Valproate de sodium	Người lớn : 400 - 500 Trẻ em : 10	Người lớn : 1000 - 3000 Trẻ em : 20 - 60

3.3.7. Thuốc tăng cường tuần hoàn não và bồi bổ thần kinh

STT	Tên hoạt chất	Đường dùng	Chỉ định	Liều lượng (mg/ngày)
1	Ginkgo Biloba	Uống	Thiếu năng tuần hoàn não Giảm trí nhớ, kém tập trung Ù tai, chóng mặt	80 - 160
2	Piracetam	Uống	Điều trị chóng mặt Các tổn thương sau chấn thương sọ não Rối loạn TKTW: chóng mặt, nhức đầu Suy giảm trí nhớ, thiếu tập trung, sa sút trí tuệ ở người già	800 - 2400
3	Branin (Bacopa Monnieri)	Uống	Bổ não, cải thiện khả năng ghi nhớ, học tập, tập trung	3000 - 6000
4	Duxil (Almitrine, Raubasine)	Uống	Giảm sút trí nhớ, tập trung ở người già	
5	Arcalion (Sulbutiamin)	Uống	Suy nhược cơ thể, thể lực, mệt mỏi, căng thẳng	200 - 400
6	Arginin	Uống	Điều trị rối loạn chức năng gan (do rượu)	200 - 400
7	Fortec (Biphenyl Dimethyl Dicarboxylase)	Uống	Điều trị rối loạn chức năng gan (do rượu)	50 - 150
8	Poly vitamin - Khoáng chất	Uống	Suy kiệt cơ thể	
9	Vitamin B1	Uống	Thiếu vitamin B1, bệnh Beri Beri, cai hoặc nghiện rượu	250 - 1000
10	Trivita BF (B1, B6, B12)	Uống	Thiếu vitamin B1, B6, B12, đau nhức thần kinh, giải độc	2 - 3 viên/ngày
11	Neurobion (B1, B6, B12)	IM	Thiếu vitamin B1, B6, B12, đau nhức thần kinh, giải độc	1 ống/ngày

3.3.8. Thuốc khác

STT	Tên hoạt chất	Đường dùng	Chỉ định	Liều (mg/ngày)
1	Flunarizine	Uống	Đau nửa đầu Rối loạn tiền đình: hoa mắt, chóng mặt, ù tai	5 - 10
2	Cinnarizin	Uống	Rối loạn tiền đình: hoa mắt, chóng mặt, ù tai	25 - 75
3	Tanganil (Acetyl D Leucin)	Uống	Chóng mặt, đau nửa đầu	500 - 2000

3.4. Xử trí tác dụng phụ và biến chứng một số thuốc tâm thần thường gặp

3.4.1. Thuốc điều hòa khí sắc

3.4.1.1. Nhóm valproate

- Tác dụng phụ trên dạ dày - ruột với biểu hiện (buồn nôn, nôn, khó tiêu, tiêu chảy). Những biểu hiện này thường lành tính, giảm dần theo thời gian. Tuy nhiên nếu kéo dài thì điều trị bằng các chất anti rec H₂ như Cimetidine, Famotidine, Sucrafate
- Tác dụng phụ trên hệ thần kinh như an dịu, thất điều (anxia), loạn vận động, run
- Các triệu chứng an dịu, thất điều thường hết khi giảm liều. Nếu run nhiều có thể xử trí bằng chất đối vận p adrenergic như propranolol
- Rụng tóc. Có thể kèm theo vitamin hoặc kẽm để hạn chế việc rụng tóc
- Tăng cân. Khuyến người bệnh tiết chế chất béo và tăng cường hoạt động thể chất
- Gây đa nang buồng trứng hoặc tăng nồng độ androgen ở phụ nữ gây rối loạn kinh nguyệt, béo phì. Thuốc gây quái thai trong 3 tháng đầu của thai kì. Nên cân nhắc trong vấn đề lựa chọn thuốc cho người bệnh nữ trẻ, trong tuổi sinh sản và phải giải thích rõ ràng tác dụng phụ cho người bệnh biết.

3.4.1.2. Carbamazepine

- Tác động lên hệ thần kinh trung ương: chóng mặt, an dịu, thất điều, nhìn đôi. Nên chú ý phòng ngừa bằng dùng liều thấp, tăng liều dần dần.
- Gây giảm bạch cầu. Nên theo dõi công thức máu người bệnh hàng tháng trong vòng 6 - 12

tháng. Ngưng thuốc khi BC giảm nhiều. Lưu ý người bệnh báo ngay cho BS khi có triệu chứng sốt, đau họng, đốm xuất huyết... trong quá trình điều trị

- Trên hormone: Trong giai đoạn đầu điều trị, thuốc gây giảm hormone tuyến giáp T3, T4 nhưng không tăng TSH. Sau đó thì T3, T4 có thể trở về giới hạn bình thường
- Làm hạ Na máu do kích thích trực tiếp hoặc gián tiếp lên chức năng vasopressin. Cần kiểm tra ion đồ máu khi người bệnh có biểu hiện lú lẫn, đau đầu, yếu cơ
- Thuốc làm tăng nhẹ men gan. Trường hợp tăng cao và kéo dài nên ngừng thuốc. Nên theo dõi chức năng gan mỗi 6 - 12 tháng
- Phát ban ở da, thường là ban dạng sẩn, trường hợp nặng có hiện tượng bong tróc như hội chứng Stevens - Johnson, hội chứng Lyell (hoại tử biểu bì nhiễm độc). Nên ngừng thuốc ngay lập tức khi thấy xuất hiện ban đỏ ở da.

3.4.1.3. *Lithium*

- Trên hệ thần kinh: giảm trí nhớ, bồn chồn, khó chịu, phản ứng chậm chạp, thiếu tự chủ, tư duy chậm chạp. Các triệu chứng này cải thiện khi giảm liều
- Run tay. Nên giảm liều hoặc sử dụng chất đối vận p adrenergic như propranolol
- Trên tim mạch: làm thay đổi sóng T trên EEG
- Gây đa niệu, gây ảnh hưởng đến chức năng nghề nghiệp, gây mất ngủ, mất nước. Nên giảm liều, bù dịch điện giải.

3.4.2. **Thuốc chống trầm cảm**

3.4.2.1. *Nhóm thuốc chống trầm cảm 3 vòng*

- Trên hệ thần kinh trung ương: do tác dụng kháng cholinergic trung ương có thể gây mê sảng & co giật. Tác dụng phụ này phụ thuộc vào liều. Nồng độ thuốc trong máu >300ng/ml làm tăng nguy cơ mê sảng trên người bệnh. Nên ngừng thuốc, xử trí cấp cứu nội khoa
- Trên hệ thần kinh thực vật: do ức chế thụ thể muscarinic nên thuốc gây ra tác dụng phụ kháng cholinergic như: khô miệng, táo bón, nhìn mờ, tiểu khó, tăng nhãn áp ở người bệnh bị glaucoma góc đóng. Trong trường hợp nặng như tăng nhãn áp, liệt ruột thì nên ngừng thuốc. Nên chú ý khi điều trị ở người già
- Trên tim mạch: hạ huyết áp tư thế thường gặp ở người già, tăng nhịp tim.
- Có thể tăng men gan nhưng ở mức độ nhẹ. Nếu tăng men gan cao thì nên ngừng thuốc.
- Khác: rối loạn chức năng tình dục, ban dị ứng, tăng cân. Xử trí nên giảm liều hoặc đổi thuốc nhóm khác.

3.4.2.2. *Nhóm thuốc ức chế tái hấp thu chọn lọc serotonin (SSRI)*

- Ức chế tình dục biểu hiện là giảm khoái cảm. Xử trí bằng cách giảm liều thuốc hoặc chuyển sang thuốc khác ít ảnh hưởng đến chức năng tình dục như bupropion
- Trên dạ dày & ruột: hay gặp buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đi phân lỏng. Tác dụng phụ này thường liên quan đến liều và tự hết sau vài tuần điều trị.

- Trên hệ thần kinh trung ương:
 - o Lo âu: hay gặp khi sử dụng thuốc fluoxetine và thường hết sau 1-2 tuần điều trị
 - o Rối loạn giấc ngủ: fluoxetine gây mất ngủ; nhóm citalopram, escitalopram và paroxetine có tính an dịu, gây ngủ gà ^ Nếu người bệnh bị mất ngủ khi sử dụng thuốc nên điều trị kèm theo BZD
 - o Ác mộng: thường tự hết sau vài tuần
 - o Ngoại tháp: Fluoxetine có thể gây run chi (5-10%)
- Thuốc có thể ảnh hưởng đến chức năng tiểu cầu gây vết bầm trên da nhưng hiếm gặp
- Hội chứng serotonin: gồm tiêu chảy, bồn chồn bất an, kích động mạnh, tăng phản xạ, rối loạn thần kinh thực vật, rung giật cơ, co giật, tăng thân nhiệt. Nặng có thể gây mê sảng, hôn mê, trụy tim mạch... Xử trí: ngừng các thuốc đang sử dụng, điều trị hỗ trợ bằng nitroglycerin, dantrolen, benzodiazepine, thuốc chống co giật.
- Hội chứng cai SSRI: khi ngưng sử dụng đột ngột SSRI có thời gian bán hủy ngắn như paroxetine, luvoxamine. Biểu hiện: chóng mặt, yếu, đau đầu, chóng mặt, làm nặng trở lại triệu chứng lo âu, trầm cảm. Các triệu chứng này tự hết sau 3 tuần.

3.4.2.3. *Thuốc venlafaxine*

- Thường gặp là buồn nôn, ngủ gà, khô miệng, chóng mặt, căng thẳng, lo âu, táo bón, suy nhược, chán ăn, nhìn mờ, rối loạn phóng tinh, cương dương, giảm khoái cảm.
- Nếu ngừng thuốc đột ngột có thể gây hội chứng cai. Nên giảm liều từ từ trong vòng 2 - 4 tuần trước khi ngừng thuốc

3.4.2.4. *Thuốc mirtazapine*

- Thường gặp là ngủ gà có thể gây nguy hiểm cho người lái xe, làm việc trên cao hay điều khiển máy móc.

3.4.2.5. *Thuốc nefazodone*

- Thường gặp là buồn nôn, chóng mặt, mất ngủ.
- Trên tim mạch: có thể gây hạ huyết áp nên thận trọng trên người bệnh tiền sử bệnh tim mạch
- Gây hoạt hóa cơn hưng cảm ở người bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực

3.4.2.6. *Thuốc trazodone*

- Thường gặp là tính an dịu, hạ huyết áp tư thế, chóng mặt, nhức đầu, buồn nôn, khô miệng
- Có thể gây loạn nhịp trên người bệnh sa van 2 lá
- Hiếm gây cương dương kéo dài.

3.4.2.7. *Thuốc bupropion*

- Hay gặp là đau đầu, mất ngủ, buồn nôn
- Không gây giảm chức năng tình dục là tác dụng phụ hay gặp ở những thuốc chống trầm cảm khác

3.4.3. *Thuốc chống loạn thần*

3.4.3.1. Tác dụng phụ không thuộc thần kinh

a) Ảnh hưởng trên tim

- Chlorpromazine và Thioridazine kéo dài khoảng QT, PR, gây sóng T dẹt và độ chênh ST giảm
- Thioridazine có thể gây rối loạn nhịp tim ác tính như rối loạn nhịp tim xoắn đỉnh

Xử trí: Nên theo dõi điện tim đồ (ECG) trên người bệnh tiền căn bệnh tim điều trị với Thioridazine

b) Hạ huyết áp tư thế

- Thường gặp ở nhóm thuốc chống loạn thần hiệu lực thấp: Chlopromazine, Thioridazine, Levomepromazine ...

Xử trí: đo huyết áp tư thế nằm và ngồi trước và sau khi tiêm bắp thuốc chống loạn thần từ 1 - 2 giờ

- Báo trước và hướng dẫn người bệnh phòng tránh bằng cách ngồi và đứng dậy từ từ, nếu thấy chóng mặt thì nên nằm x Uống ngay
- Khi xảy ra hạ huyết áp tư thế thì cho người bệnh nằm đầu thấp chân nâng cao, nói bớt quần áo, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, quan sát đồng tử
- Truyền dịch NaCl 0,9% 500ml truyền tĩnh mạch 30 giọt/phút
- Nếu không có kết quả thì dùng Hept-a-myl 2 - 5 ml tiêm tĩnh mạch chậm hoặc thuốc co mạch Metaraminol (Aramine)
- Chống chỉ định: dùng Epinephrine vì làm hạ huyết áp nặng qua việc kích thích p adrenergic

c) Ảnh hưởng huyết học

- Clozapine có biến chứng giảm bạch cầu
- **Xử trí:** Phải làm công thức máu trong 6 - 12 tuần lễ đầu và mỗi tháng sau đó

d) Tác động anticholinergic ngoại biên

- Thường gặp nhóm thuốc hiệu lực thấp, biểu hiện bao gồm: khô miệng, nhìn mờ, giãn đồng tử, táo bón, tiểu khó.
- **Xử trí:** điều trị triệu chứng
- Khô miệng thì khuyên người bệnh Uống nhiều nước
- Dùng thuốc nhuận trường
- Giãn đồng tử, mờ mắt có thể sử dụng Pilocarpine
- Tiểu khó có thể dùng Urecholine (bethanechol) 20 - 40 mg/ngày

e) Ảnh hưởng trên hoạt động tình dục

- Ở nam: thuốc làm giảm ham muốn tình dục, gây rối loạn phóng tinh, cương dương
- Ở nữ: thuốc làm giảm ham muốn tình dục, mất khoái cảm

f) Ảnh hưởng nội tiết

- Ở phụ nữ có hiện tượng tăng prolactin máu có thể gây chảy sữa, rối loạn kinh nguyệt, giảm

nồng độ estrogen trong máu

- Ở nam có hiện tượng giảm testosterone, gây chứng vú to

3.4.3.2. Tác dụng phụ thần kinh

a) Hội chứng Parkinson do thuốc chống loạn thần

- Đặc trưng bởi 3 triệu chứng: run khi nghỉ ngơi, co cứng, vận động chậm chạp
- Xuất hiện khi người bệnh sử dụng thuốc chống loạn thần hiệu lực cao với hoạt động anticholinergic thấp, hoặc trên người bệnh cao tuổi, có tiền sử bị Parkinson do thuốc
- **Xử trí:** Có thể giảm liều thuốc chống loạn thần nhưng vẫn đảm bảo kiểm soát các triệu chứng
- Dùng anticholinergic như Trihexyphenidyl 2 - 6 mg hoặc Atropine 0,25 - 0,5mg

b) Loạn trương lực cơ cấp do thuốc chống loạn thần

- Là hiện tượng co cứng các cơ vùng thân, mình, mặt và cổ. Biểu hiện bằng các triệu chứng uốn cong người, uốn cổ ra sau, vẹo cổ, cơn đảo nhãn cầu, thè lưỡi
- **Xử trí:** Dùng thuốc anticholinergic dạng tiêm bắp như Diphenhydramine 50mg ; Atropin 0,5mg hoặc giãn cơ như Diazepam 10mg

c) Chứng đứng ngồi không yên (akathisia)

- người bệnh biểu hiện bồn chồn, khó chịu, đứng ngồi không yên, đi tới đi lui liên tục
- **Xử trí:** dùng thuốc anticholinergic hoặc Propranolol 10 - 80mg/ngày

d) Loạn vận động muộn

- Tất cả thuốc CLT cổ điển đều có thể gây rối loạn vận động muộn, gặp ít hơn ở Thioridazine và những thuốc CLT thế hệ mới
- **Xử trí:** Giảm liều thuốc CLT đến mức thấp nhất có hiệu quả điều trị. Xem xét việc ngừng thuốc nếu thấy cần thiết. Lựa chọn thuốc CLT khác ít biểu hiện tác dụng phụ vận động: Clozapine ...
- Benzodiazepine có thể hữu ích để loại trừ sự khó chịu và lo âu
- Chống chỉ định thuốc kháng Parkinson vì làm cho trạng thái rối loạn vận động nặng nề hơn

e) Hội chứng ác tính do thuốc

- Nguy hiểm có thể gây tử vong cho người bệnh
- Biểu hiện chính trên lâm sàng: sốt cao, cứng cơ, tăng tỷ lệ creatinine phosphokinase. Các triệu chứng phụ như rối loạn thần kinh thực vật (huyết áp bất thường, nhịp thở nhanh, mạch nhanh), suy giảm ý thức, tăng bạch cầu
- **Xử trí:** ngưng thuốc chống loạn thần ngay lập tức, hồi sức cấp cứu, theo dõi dấu hiệu sinh tồn bằng monitoring, điều chỉnh nước - điện giải.
- Thuốc doãi cơ: Dantrolen 0,3 - 1 mg/kg IV mỗi 6h
- Thuốc đồng vận Dopaminergic: Bromocriptin 2 - 10mg /8 giờ (Uống)

f) Giảm ngưỡng co giật

Thuốc chống loạn thần hiệu lực thấp thường có nguy cơ gây co giật ở những người bệnh tiền sử bị co giật.

g) Gây buồn ngủ

Nên cảnh báo trước với người bệnh về tác dụng phụ này nhất là với nhóm Phénothiazine

3.4.4. Thuốc chống lo âu nhóm benzodiazepin

- Ngủ gà. BS nên khuyến cáo cho người bệnh làm nghề lái xe, làm việc trên cao, điều khiển máy móc
- Chóng mặt, thất điều, suy giảm nhận thức, quên thuận chiều. Tác dụng phụ này nên chú ý khi sử dụng trên người già
- Nên thận trọng trên người bệnh suy gan, suy thận (vì dễ gây nguy cơ ngộ độc), người bệnh bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (do tác dụng ức chế hô hấp của thuốc), người bệnh bị nhược cơ (vì tính dẫn cơ của thuốc)
- Có hiện tượng dung nạp, lệ thuộc và cai thuốc. Hội chứng cai thuốc xuất hiện chậm sau 1 - 2 tuần ở người bệnh sử dụng thuốc có thời gian bán hủy kéo dài và có thể biến mất sau 2-3 tuần

3.4.5. Tâm lý trị liệu

- Gồm các liệu pháp trị liệu:
 - Tâm lý nhận thức hành vi
 - Tâm lý nâng đỡ
 - Tâm lý nhóm
 - Tâm lý gia đình

PHỤ LỤC 2. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19

Người bệnh sau mắc COVID-19 cần được đánh giá chung về phục hồi chức năng (PHCN).

1. Nội dung đánh giá chung về phục hồi chức năng:

(1) **Đánh giá lâm sàng:** khám sức khỏe, hình ảnh, xét nghiệm, chức năng phổi, ...

(2) **Đánh giá bài tập và chức năng hô hấp:**

- Sức mạnh cơ hô hấp: áp lực hít vào tối đa / áp lực thở ra tối đa (MIP-Maximum Inspiratory Pressure /MEP-Maximum Expiratory Pressure).
- Sức mạnh cơ bắp (muscle strength), kiểm tra cơ đẳng động (IMT- Isokinetic Muscle *Testing*).
- Đo tầm độ hoạt động của khớp (ROM-Range Of Motion).
- Đánh giá chức năng cân bằng: Thang đo Cân bằng Berg (**Phụ lục 2**)
- Năng lực tập aerobic: Đi bộ 6 phút (6MWT-6 minute walk test), đi bộ 3 phút (3MWT), đi bộ 1 phút (1MWT).
- Đánh giá hoạt động thể chất:
 - Bảng câu hỏi Hoạt động thể chất quốc tế (IPAQ-International Physical Activity Questionnaire) (**Phụ lục 4**)
 - Thang đo hoạt động thể chất cho người cao tuổi (PASE-Physical Activity Scale for the Elderly) (**Phụ lục 3**)

(3) **Đánh giá khả năng sinh hoạt hàng ngày:**

Đánh giá các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ADL-Activities of Daily Living) thông qua chỉ số Barthel (**Phụ lục 1**)

2. Các can thiệp phục hồi chức năng hô hấp

2.1. Giáo dục người bệnh:

- Sách hướng dẫn hoặc tài liệu video để giải thích tầm quan trọng của việc phục hồi chức năng hô hấp (**Phụ lục 5 và 6**)
- Giáo dục lối sống lành mạnh.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động gia đình và xã hội.

2.2. Khuyến cáo phục hồi chức năng hô hấp:

- Cho người bệnh tập thể dục như đi bộ, đi bộ nhanh, chạy bộ, bơi lội,... bắt đầu từ cường độ thấp, tăng dần cường độ và thời lượng: 3-5 lần mỗi tuần, mỗi lần 20 đến 30 phút. Tập thể dục ngắt quãng có thể được áp dụng cho những người bệnh dễ bị mệt mỏi.
- Tập luyện sức bền: luyện tập sức bền tăng dần được khuyến khích với tần suất 2 đến 3 lần mỗi tuần, thời gian luyện tập là 6 tuần và mỗi tuần tăng từ 5% đến 10% khối lượng vận động.
- Tập luyện thăng bằng: Người bệnh bị rối loạn chức năng thăng bằng nên trải qua tập luyện thăng bằng, bao gồm các bài tập thăng bằng và tập luyện thăng bằng bằng thiết bị, dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên vật lý trị liệu.
- Tập thở: nếu người bệnh khó thở, thở khò khè, khó khạc đờm ... thì phải bắt đầu tập thở và tập ho thải đờm và luyện chế độ thở bao gồm quản lý cơ thể, điều chỉnh nhịp thở, luyện hoạt động lồng ngực và vận động thở với sự tham gia của nhóm cơ hô hấp chính, cơ hô hấp phụ và cơ các chi.
- Tập luyện ho thải đờm: đầu tiên, người bệnh được sử dụng các kỹ thuật thở để giúp dễ thải đờm và giảm tiêu hao năng lượng trong cơn ho; thứ hai, người bệnh có thể cần được hỗ trợ với áp lực thở ra dương (PEP- Positive Expiratory Pressure) / PEP dao động và các thiết bị khác.

2.3. Hướng dẫn ADL:

- Các hoạt động cơ bản của cuộc sống hàng ngày (BADL-Basic Activities of Daily Living): đánh giá khả năng của người bệnh để thực hiện các hoạt động hàng ngày như ăn, uống, mặc quần áo, đi vệ sinh, tắm, chải chuốt v.v. và cung cấp các dụng cụ hỗ trợ để thực hiện các chức năng cơ bản trong cuộc sống hàng ngày.
- Các hoạt động có sử dụng dụng cụ trong cuộc sống hàng ngày (IADL- Instrumental Activity of Daily Living): đánh giá khả năng của các hoạt động hàng ngày với dụng cụ,

xác định những trở ngại trong việc tham gia nhiệm vụ và tiến hành can thiệp có mục tiêu dưới sự hướng dẫn của kỹ thuật viên hoạt động trị liệu.

2.3.1. Nhóm người bệnh sau mắc COVID-19 mức độ nhẹ và trung bình:

Cần theo dõi các chỉ số sau:

- Đo nồng độ oxy trong máu tại nhà bằng cách sử dụng các thiết bị đo thông dụng.
- Nhóm COVID-19 nặng và nhẹ đến trung bình đề nghị đánh giá lâm sàng và chụp X-quang phổi ở tất cả người bệnh ở tuần thứ 12, cùng với việc xem xét PFTs - Pulmonary Function Tests, 6MWT, lấy mẫu đàm và siêu âm tim theo đánh giá lâm sàng. Dựa trên đánh giá 12 tuần này, người bệnh được khuyến nghị đánh giá thêm bằng chụp CT ngực độ phân giải cao, chụp CT mạch phổi hoặc siêu âm tim, hoặc xuất viện sau khi tái khám.
- Ngoài đánh giá 12 tuần này, đánh giá lâm sàng sớm hơn về di chứng hô hấp, tâm thần và huyết khối, cũng như nhu cầu phục hồi chức năng, cũng được khuyến nghị vào 4–6 tuần sau khi xuất viện đối với những người bị COVID-19 cấp tính nặng, được định nghĩa là những người bị viêm phổi nặng, cần chăm sóc ICU, lớn tuổi hoặc có nhiều bệnh đi kèm.
- Đánh giá với các bài kiểm tra chức năng phổi (PFT) và kiểm tra đi bộ 6 phút (6MWT), hoặc đi bộ 3 phút (3MWT) nếu người bệnh không thể đi bộ được 3 phút, hoặc đi bộ 1 phút (1MWT) cho những người bệnh không thể đi bộ được 3 phút cho những người bệnh khó thở dai dẳng, cũng như chụp CT ngực độ phân giải cao ở 6 và 12 tháng.
- Xây dựng các sổ tay hướng dẫn về các bài tập PHCN hô hấp cho các nhóm người bệnh sau mắc COVID-19 mức độ nhẹ, trung bình.
- Hoàn chỉnh ứng dụng TELE-REHAB phiên bản Việt hóa để sử dụng cho các nhóm người bệnh hậu COVID-19 mức độ nhẹ, trung bình và nhóm người bệnh nặng, nguy kịch.

2.3.2. Nhóm người bệnh sau mắc COVID-19 mức độ nặng và nguy kịch:

Nhóm người bệnh này cần được:

- Đánh giá thăng bằng và nguy cơ té ngã (thang điểm Berg)
- Tập kỹ thuật thở để rèn luyện các cơ hô hấp
- Các bài tập và liệu pháp thực hành để cải thiện chức năng cơ và tầm vận động của khớp.
- Điều trị độ cứng khớp và khả năng vận động
- Tập bài tập thể dục
- Đánh giá đáng đi để cải thiện, bình thường hóa đáng đi và đảm bảo an toàn khi dịch chuyển

- Giáo dục về thể chất và chức năng hiện tại liên quan đến các mục tiêu trong tương lai và sự tiến bộ an toàn
- Huấn luyện sức mạnh
- Xác định công việc tiện lợi để có khả năng trở lại làm việc
- Đánh giá hoạt động thể thao và trở lại hoạt động thể thao (dành cho các vận động viên).

**Phụ lục 1: CHỈ SỐ BARTHEL - Đánh giá các hoạt động sinh hoạt hàng ngày
(ADL-Activities of Daily Living)**

Ăn	0: không thể được 5: cần trợ giúp trong cắt thức ăn, quét bơ, vv hoặc cần thay đổi thức ăn 10: độc lập
Tắm	0: phụ thuộc 5: độc lập(hoặc trong bồn tắm)
Vệ sinh đầu mặt	0: cần giúp đỡ để chăm sóc cá nhân 5: độc lập vệ sinh mặt/chải tóc/đánh răng/cao râu(được cung cấp dụng cụ)
Mặt áo quần	0: phụ thuộc 5: cần trợ giúp nhưng có thể tự làm hơn một nửa 10: độc lập(bao gồm cài nút, kéo khoá, buộc áo ngực ...)
Đại tiện	0: không tự chủ(hoặc cần thuốc xổ) 5: đôi lúc bị không tự chủ 10: tự chủ
Tiểu tiện	0: không tự chủ, hoặc đặt thông và không thể tự xử lý 5: đôi lúc không tự chủ 10: tự chủ
Sử dụng toilet	0: phụ thuộc 5: cần một phần trợ giúp, nhưng có thể làm một phần 10: độc lập(vào/ra, mặc đồ, chùi rửa)
Dịch chuyển (giường sang ghế và ngược lại)	0: không thể được, không có thang bằng ngồi 5: trợ giúp nhiều (một hoặc hai người bằng tay), có thể ngồi 10: trợ giúp ít (bằng lời nói hoặc bằng tay) 15: độc lập
Di chuyển(trên mặt bằng)	0: không thể di chuyển hoặc 50m 10: đi với sự trợ giúp của một người (bằng lời nói hoặc hành động) >50 m 15: độc lập(nhưng có thể sử dụng dụng cụ trợ giúp, ví như gậy)>50m
Lên xuống cầu thang	0: không thể được 5: cần trợ giúp (bằng lời nhắc, hành động, mang dụng cụ trợ giúp) 10: độc lập
TỔNG ĐIỂM (0-100)	

Hướng dẫn chỉ số Sinh hoạt hằng ngày Barthel

1. Chỉ số này nên được sử dụng như một bản ghi điều người bệnh làm được, chứ không phải là một bản ghi về những gì người bệnh có thể làm.
2. Mục đích chính là để xác định mức độ độc lập với bất kỳ sự trợ giúp, vật lý hay lời nói, cho dù là nhỏ và vì bất cứ lý do gì.
3. Nhu cầu giám sát khiến người bệnh không độc lập.
4. Khả năng thực hiện của người bệnh nên được xác định bằng các bằng chứng tốt nhất có được. Hỏi người bệnh, bạn bè / người thân và y tá là những nguồn thông thường, nhưng quan sát trực tiếp và tư duy thông thường cũng rất quan trọng. Tuy nhiên, thử nghiệm trực tiếp là không cần thiết.
5. Thông thường, khả năng thực hiện của người bệnh trong 24 - 48 giờ trước là quan trọng, nhưng đôi khi thời gian dài hơn sẽ có ý nghĩa.
6. Các mức trung gian ngụ ý rằng người bệnh cố gắng trên 50 phần trăm.
7. Cho phép sử dụng dụng cụ trợ giúp để độc lập

Phụ lục 2: THANG ĐO LƯỜNG THĂNG BẰNG BERG

Mô tả: Thang đo lường gồm 14 mục được thiết kế để đo lường khả năng thăng bằng ở người cao tuổi hơn trong bối cảnh lâm sàng.

Các dụng cụ cần thiết: Thước kẻ, hai cái ghế kích thước tiêu chuẩn (một ghế có tay vịn, một ghế không tay vịn), ghế để chân hoặc bậc cấp, đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ đeo tay, lối đi dài 15 ft (= 4.572mét)

Thực hiện:

- Thời gian: 15 – 20 phút
- Cách cho điểm: Thang đo lường 5 điểm, từ 0 – 4.
“0” biểu thị cấp độ chức năng thấp nhất và “4” biểu thị cấp độ chức năng cao nhất.
Tổng điểm = 56
- Diễn giải:
41 – 56 = nguy cơ té ngã thấp.
21 – 40 = nguy cơ té ngã trung bình
0 – 20 = nguy cơ té ngã cao

Cần có mức thay đổi là 8 điểm thì mới cho thấy được sự thay đổi thật sự về chức năng giữa hai lần lượng giá.

Các mục về thăng bằng	ĐIỂM SỐ (0-4)
Từ ngồi chuyển sang đứng	
Đứng không có hỗ trợ	
Ngồi không có hỗ trợ	
Từ đứng chuyển sang ngồi	
Dịch chuyển	
Đứng, mắt nhắm	
Đứng hai chân chụm vào nhau	
Với tới trước và cánh tay duỗi thẳng	
Nhặt đồ vật lên từ trên sàn	
Xoay người để nhìn ra sau	
Xoay 360 độ	
Luân phiên đặt chân này rồi chân kia lên ghế	
Đứng một chân đặt ra trước	
Đứng bằng một chân	
Tổng điểm	

HƯỚNG DẪN CHUNG

Xin hãy ghi nhận thông tin về từng hoạt động và/hoặc đưa ra hướng dẫn như đã trình bày trong bài lượng giá. Khi cho điểm, xin hãy ghi nhận loại đáp ứng thấp nhất cho từng mục.

Đối với đa số mục, người bệnh được yêu cầu giữ một vị thế nhất định trong một khoảng thời gian cụ thể. Điểm bị trừ dần nếu:

- Người bệnh không đạt yêu cầu về thời gian hoặc khoảng cách
- Với cách thực hiện như vậy, người bệnh chắc chắn cần được giám sát
- Người bệnh sờ vào một vật nào đó để hỗ trợ hoặc được người lượng giá hỗ trợ

Người bệnh nên hiểu rằng họ phải duy trì sự thăng bằng của họ trong khi cố gắng thực hiện các hoạt động. Người bệnh có thể lựa chọn đứng bằng chân nào hoặc với tới bao xa. Khả năng phán đoán kém sẽ ảnh hưởng bất lợi đến cách thực hiện và điểm số.

Các dụng cụ cần cho bài kiểm tra là đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ đeo tay có kim giây, và một Cây thước kẻ hoặc những thước đo khác dài 2,5, và 10 inch (=khoảng 5,12.7 và 25.4cm). Ghế được sử dụng trong quá trình kiểm tra nên có độ cao vừa phải. Có thể sử dụng một bậc cấp hoặc một cái ghế có chiều cao bằng với một bậc cấp thông thường để thực hiện mục #12.

Thang đo lường thăng bằng Berg

TỪ NGỒI CHUYỂN SANG ĐỨNG

LỜI HƯỚNG DẪN: Xin hãy đứng lên. Cố gắng đừng dùng tay để vịn.

- () 4 có thể đứng không sử dụng tay và giữ thăng bằng độc lập
- () 3 có thể đứng độc lập có sử dụng tay
- () 2 có thể đứng có sử dụng tay sau vài lần thử
- () 1 cần rất ít hỗ trợ để đứng hoặc giữ thăng bằng
- () 0 cần sự hỗ trợ trung bình hoặc tối đa để đứng

ĐỨNG KHÔNG CÓ HỖ TRỢ

LỜI HƯỚNG DẪN: Xin hãy đứng trong vòng hai phút mà không vịn.

- () 4 có thể đứng an toàn trong 2 phút
- () 3 Có thể đứng trong 2 phút dưới sự giám sát
- () 2 Có thể đứng trong 30 giây không có hỗ trợ
- () 1 cần vài lần thử để đứng trong 30 giây không có hỗ trợ
- () 0 không thể đứng trong 30 giây không có hỗ trợ

Nếu người bệnh có thể đứng trong 2 phút không có hỗ trợ, hãy cho điểm tối đa cho mục ngồi không có hỗ trợ. Tiếp tục qua mục #4.

NGỒI KHÔNG CÓ TỰA LƯNG NHƯNG CHÂN ĐƯỢC ĐẶT TRÊN SÀN HOẶC TRÊN MỘT CÁI GHẾ ĐỂ CHÂN

LỜI HƯỚNG DẪN: Xin hãy ngồi khoanh hai tay lại trong vòng 2 phút.

- 4 có thể ngồi vững và an toàn trong 2 phút
- 3 có thể ngồi trong 2 phút dưới sự giám sát
- 2 có thể có thể ngồi trong 30 giây
- 1 có thể ngồi trong 10 giây
- 0 không thể ngồi không có hỗ trợ trong 10 giây

TỪ ĐỨNG CHUYỂN SANG NGỒI

LỜI HƯỚNG DẪN: Xin hãy ngồi xuống.

- 4 ngồi an toàn và sử dụng tay rất ít
- 3 dùng tay để kiểm soát việc ngồi xuống
- 2 từ vùng phía sau của chân lên ghế để kiểm soát việc ngồi xuống
- 1 ngồi độc lập nhưng ngồi phịch xuống không kiểm soát được
- 0 cần được hỗ trợ để ngồi

DỊCH CHUYỂN

LỜI HƯỚNG DẪN: Sắp xếp (các) ghế để người bệnh dịch chuyển trực. Yêu cầu người bệnh dịch chuyển một lần qua chỗ ngồi có tay vịn và một lần qua chỗ ngồi không tay vịn. Anh/chị có thể sử dụng hai cái ghế (một cái có tay vịn và một cái không tay vịn) hoặc một cái giường hoặc một cái ghế.

- 4 có thể dịch chuyển an toàn và sử dụng tay rất ít
- 3 có thể dịch chuyển an toàn nhưng chắc chắn cần sử dụng tay
- 2 Có thể dịch chuyển khi có gợi ý bằng lời và/hoặc giám sát
- 1 cần một người trợ giúp
- 0 cần hai người trợ giúp hoặc giám sát cho an toàn

ĐỨNG KHÔNG CÓ HỖ TRỢ, MẮT NHẮM

LỜI HƯỚNG DẪN: Xin hãy nhắm mắt lại và đứng yên trong vòng 10 giây.

- 4 có thể đứng trong 10 giây an toàn
- 3 có thể đứng trong 10 giây dưới sự giám sát
- 2 có thể đứng trong 3 giây
- 1 Không thể giữ cho mắt nhắm lại trong 3 giây nhưng đứng an toàn
- 0 cần trợ giúp để tránh té ngã

ĐỨNG KHÔNG CÓ HỖ TRỢ, HAI CHÂN CHỤM VÀO NHAU

LỜI HƯỚNG DẪN: Hãy chụm hai chân vào nhau và đứng mà không vịn.

- () 4 có thể độc lập chụm hai chân vào nhau và đứng an toàn trong 1 phút
- () 3 có thể độc lập chụm hai chân vào nhau và đứng trong 1 phút dưới sự giám sát
- () 2 có thể độc lập chụm hai chân vào nhau nhưng không thể giữ vị thế trong 30 giây Berg Balance Scale [Thang đo lường thăng bằng Berg]
- () 1 cần trợ giúp để đạt được vị thế nhưng có thể đứng hai chân chụm vào nhau 15 giây
- () 0 cần trợ giúp để đạt được vị thế và không thể giữ vị thế trong 15 giây

VỚI TỚI TRƯỚC VÀ CÁNH TAY DUỖI THẲNG TRONG KHI ĐỨNG

LỜI HƯỚNG DẪN: Hãy nâng cánh tay lên 90 độ. Duỗi thẳng ngón tay ra và với tới trước càng xa càng tốt. (Người lượng giá đặt một cây thước kẻ ở đầu ngón tay khi cánh tay ở vị trí 90 độ. Các ngón tay không nên chạm vào thước kẻ trong khi với tới trước. Số đo được ghi nhận là khoảng cách tới trước mà ngón tay với tới được khi người bệnh ở vị thế nghiêng người ra trước hết mức có thể. Khi có thể, hãy yêu cầu người bệnh dùng cả hai tay khi với để tránh xoay thân người.)

- () 4 Có thể tự tin với tới trước 25cm(10 inch)
- () 3 có thể với tới trước 12 cm (5 inch)
- () 2 có thể với tới trước 5 cm (2 inch)
- () 1 với tới trước nhưng cần được giám sát
- () 0 mất thăng bằng trong khi cố gắng thực hiện/cần sự hỗ trợ bên ngoài

Ở TƯ THẾ ĐỨNG, CÚI NHẶT ĐỒ VẬT LÊN TỪ TRÊN SÀN

LỜI HƯỚNG DẪN: Hãy nhặt chiếc giày/dép ở phía trước chân của anh/chị lên.

- () 4 có thể nhặt giày/dép lên một cách an toàn và dễ dàng
- () 3 có thể nhặt giày/dép lên nhưng cần được giám sát
- () 2 không thể nhặt lên nhưng với được cách giày/dép 2-5 cm (1-2 inch) và giữ thăng bằng độc lập
- () 1 không thể nhặt lên và cần được giám sát trong khi cố gắng thực hiện
- () 0 không thể cố gắng thực hiện/cần trợ giúp để không mất thăng bằng hoặc té ngã

XOAY NGƯỜI NHÌN RA SAU BÊN TRÁI VÀ BÊN PHẢI TRONG KHI ĐỨNG

LỜI HƯỚNG DẪN: Xoay ra sau bên trái và nhìn thẳng vào đằng sau của anh/chị. Lặp lại với phía bên phải. (Người lượng giá có thể chọn nhìn vào một đồ vật ngay đằng sau người bệnh để khuyến khích họ xoay người tốt hơn.)

- () 4 nhìn ra sau ở cả hai phía và chuyển sức nặng tốt
- () 3 chỉ nhìn ra sau một phía phía còn lại cho thấy sự chuyển sức nặng ít hơn
- () 2 chỉ xoay sang bên nhưng giữ được thăng bằng

- () 1 cần được giám sát trong khi xoay người
- () 0 cần được trợ giúp để tránh mất thăng bằng hoặc té ngã

XOAY 360 ĐỘ

LỜI HƯỚNG DẪN: Xoay người lại hoàn toàn theo một vòng tròn. Nghi. Sau đó xoay một vòng tròn theo hướng ngược lại.

- () 4 có thể xoay 360 độ an toàn trong 4 giây hoặc ít hơn
- () 3 Có thể xoay 360 độ an toàn chỉ một bên trong 4 giây hoặc ít hơn
- () 2 có thể xoay 360 độ an toàn nhưng chậm
- () 1 cần được giám sát chặt chẽ hoặc có gợi ý bằng lời
- () 0 cần được trợ giúp trong khi xoay

LUÂN PHIÊN ĐẶT CHÂN NÀY RỜI CHÂN KIA LÊN BẬC CẤP HOẶC GHẾ TRONG KHI ĐỨNG KHÔNG CÓ HỖ TRỢ

LỜI HƯỚNG DẪN: Hãy luân phiên đặt chân này rời chân kia lên bậc cấp/ghế. Tiếp tục thực hiện cho đến khi mỗi chân đã chạm vào bậc cấp/ghế bốn lần.

- () 4 Có thể đứng độc lập và an toàn và hoàn thành 8 bước trong 20 giây
- () 3 có thể đứng độc lập và hoàn thành 8 bước trong > 20 giây
- () 2 Có thể hoàn thành 4 bước không cần hỗ trợ dưới sự giám sát
- () 1 có thể hoàn thành > 2 bước cần rất ít hỗ trợ
- () 0 cần được trợ giúp để tránh té ngã/không thể cố gắng thực hiện

ĐỨNG KHÔNG CÓ HỖ TRỢ VÀ MỘT CHÂN ĐẶT RA TRƯỚC

LỜI HƯỚNG DẪN:(LÀM MẪU CHO NGƯỜI BỆNH) Hãy đặt một chân ngay phía trước chân còn lại. Nếu anh/chị cảm thấy không thể đặt chân ngay phía trước chân kia, hãy cố gắng bước tới trước đủ xa để gót của chân trước ở đằng trước ngón của chân sau. (Để đạt được 3 điểm, chiều dài bước tới nên dài hơn chiều dài của chân sau và độ rộng của vị thế đứng nên gần bằng với khoảng cách một bước bình thường của người bệnh.)

- () 4 Có thể độc lập đặt chân trước chân sau và giữ vị thế trong 30 giây
- () 3 có thể độc lập đặt chân ra trước và giữ vị thế trong 30 giây
- () 2 có thể độc lập bước một bước nhỏ và giữ vị thế trong 30 giây Berg Balance Scale
- () 1 cần được trợ giúp để bước nhưng có thể giữ vị thế trong 15 giây
- () 0 mất thăng bằng trong khi bước hoặc đứng

ĐỨNG BẰNG MỘT CHÂN

LỜI HƯỚNG DẪN: Hãy đứng bằng một chân càng lâu càng tốt mà không vịn.

- () 4 có thể độc lập nâng chân lên và giữ vị thế trong > 10 giây

- () 3 có thể độc lập nâng chân lên và giữ vị thế trong 5-10 giây
- () 2 có thể độc lập nâng chân lên và giữ vị thế trong ≥ 3 giây
- () 1 cố gắng nâng chân lên không thể giữ vị thế trong 3 giây vẫn độc lập duy trì tư thế đứng.
- () 0 không thể cố gắng thực hiện cần được trợ giúp để tránh té ngã

TỔNG ĐIỂM (Tối đa = 56)

Phụ lục 3: THANG ĐO HOẠT ĐỘNG THỂ CHẤT CHO NGƯỜI CAO TUỔI

Physical Activity Scale for the Elderly - PASE

Bảng câu hỏi PASE bao gồm phần về hoạt động giải trí, hoạt động gia đình và hoạt động liên quan đến công việc như sau:

Ví dụ: Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên nhìn thấy ánh nắng?

- [0.] Không bao giờ
- [1.] Hiếm khi (1-2 ngày)
- [2.] Thỉnh thoảng (3-4 ngày)
- [3.] Thường xuyên (5-7 ngày)

HOẠT ĐỘNG GIẢI TRÍ

1. Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên tham gia vào các hoạt động tại chỗ như đọc sách, xem TV hoặc làm các công việc thủ công không?

- [0.] Không bao giờ (chuyển sang câu hỏi 2)
- [1.] Hiếm khi (1-2 ngày) (chuyển sang câu hỏi 1.a và 1.b)
- [2.] Thỉnh thoảng (3-4 ngày) (chuyển sang câu hỏi 1.a và 1.b)
- [3.] Thường xuyên (5-7 ngày) (chuyển sang câu hỏi 1.a và 1.b)

1.a Những hoạt động này là gì?

1.b Trung bình, bạn đã tham gia vào các hoạt động tại chỗ này bao nhiêu giờ?

- [0.] Dưới 1 giờ
- [1.] 1 nhưng dưới 2 giờ
- [2.] 2 - 4 giờ
- [3.] hơn 4 giờ

2. Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên đi dạo bên ngoài nhà hoặc ngoài sân vì bất kỳ lý do gì không? Ví dụ: để giải trí hoặc tập thể dục, đi bộ đến nơi làm việc, dắt chó đi dạo, v.v.

- [0.] Không bao giờ (chuyển sang câu hỏi 3)
- [1.] Hiếm khi (1-2 ngày) (chuyển đến câu hỏi 2.a)
- [2.] Thỉnh thoảng (3-4 ngày) (chuyển sang câu hỏi 2.a)

[3.] Thường xuyên (5-7 ngày) (chuyển đến câu hỏi 2.a)

2a. Trung bình, bạn đã dành bao nhiêu giờ đi bộ mỗi ngày?

[0.] Dưới 1 giờ

[1.] 1 nhưng dưới 2 giờ

[2.] 2 - 4 giờ

[3.] hơn 4 giờ

3. Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên tham gia vào các hoạt động thể thao hoặc giải trí nhẹ nhàng như chơi bowling, chơi gôn bằng xe đẩy, ván trượt ván, câu cá từ thuyền hoặc bến tàu hoặc các hoạt động tương tự khác không?

[0.] Không bao giờ (chuyển sang câu hỏi 4)

[1.] Hiếm khi (1-2 ngày) (chuyển đến câu hỏi 3.a và 3.b)

[2.] Thỉnh thoảng (3-4 ngày) (chuyển sang câu 3.a và 3.b)

[3.] Thường xuyên (5-7 ngày) (chuyển đến câu hỏi 3.a và 3.b)

3.a Những hoạt động này là gì?

3.b Trung bình, bạn đã tham gia bao nhiêu giờ vào các môn thể thao nhẹ nhàng hoặc các hoạt động giải trí?

[0.] Dưới 1 giờ

[1.] 1 nhưng dưới 2 giờ

[2.] 2 - 4 giờ

[3.] hơn 4 giờ

4. Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên tham gia các hoạt động thể thao và giải trí vừa phải như quần vợt đôi, khiêu vũ, săn bắn, trượt băng, chơi gôn không có xe đẩy, chơi bóng mềm hoặc các hoạt động tương tự khác không?

[0.] Không bao giờ (chuyển đến câu hỏi 5)

[1.] Hiếm khi (1-2 ngày) (chuyển đến câu 4.a và 4.b)

[2.] Thỉnh thoảng (3-4 ngày) (chuyển sang câu 4.a và 4.b)

[3.] Thường xuyên (5-7 ngày) (chuyển đến câu 4.a và 4.b)

4.a Những hoạt động này là gì?

4.b Trung bình, bạn đã tham gia vào các hoạt động thể thao hoặc giải trí vừa phải bao nhiêu giờ?

[0.] Dưới 1 giờ

[1.] 1 nhưng dưới 2 giờ

[2.] 2 - 4 giờ

[3.] hơn 4 giờ

5. Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên tham gia các hoạt động thể thao và giải trí cường độ cao như chạy bộ, bơi lội, đạp xe, quần vợt đơn, nhảy aerobic, trượt tuyết (đổ đèo hoặc băng đồng) hoặc các hoạt động tương tự khác không?

- [0.] Không bao giờ (chuyển đến câu hỏi 6)
- [1.] Hiếm khi (1-2 ngày) (chuyển đến câu hỏi 5.a và 5.b)
- [2.] thỉnh thoảng (3-4 ngày) (chuyển đến câu 5.a và 5.b)
- [3.] Thường xuyên (5-7 ngày) (chuyển đến câu 5.a và 5.b)

5.a Những hoạt động này là gì?

5.b Trung bình, bạn đã tham gia bao nhiêu giờ cho các hoạt động thể thao hoặc giải trí cường độ cao này?

- [0.] Dưới 1 giờ
- [1.] 1 nhưng dưới 2 giờ
- [2.] 2 - 4 giờ
- [3.] hơn 4 giờ

6. Trong 7 ngày qua, bạn có thường xuyên thực hiện bất kỳ bài tập nào đặc biệt để tăng sức mạnh và độ bền của cơ bắp, chẳng hạn như nâng tạ hoặc chống đẩy, v.v.?

- [0.] Không bao giờ (chuyển sang câu hỏi 7)
- [1.] Hiếm khi (1-2 ngày) (chuyển đến câu hỏi 6.a và 6.b)
- [2.] thỉnh thoảng (3-4 ngày) (chuyển đến câu 6.a và 6.b)
- [3.] Thường xuyên (5-7 ngày) (chuyển đến câu hỏi 6.a và 6.b)

6.a Những hoạt động này là gì?

6.b Trung bình, bạn đã tham gia bao nhiêu giờ cho các hoạt động thể thao hoặc giải trí vất vả này?

- [0.] Dưới 1 giờ
- [1.] 1 nhưng dưới 2 giờ
- [2.] 2 - 4 giờ
- [3.] hơn 4 giờ

HOẠT ĐỘNG GIA ĐÌNH

7. Trong 7 ngày qua, bạn có làm việc nhà nhẹ nhàng nào như quét rác hay rửa bát không?

- [1.] KHÔNG
- [2.] CÓ

8. Trong 7 ngày qua, bạn có làm bất kỳ công việc nhà hoặc công việc nặng nhọc nào, chẳng hạn như hút bụi, chà sàn, rửa cửa sổ, hoặc khuân vác không?

- [1.] KHÔNG
- [2.] CÓ

Trong 7 ngày qua, bạn có tham gia vào hoạt động nào sau đây không? Vui lòng trả lời CÓ hoặc KHÔNG cho mỗi mục.

- a. Sửa chữa nhà như sơn, dán tường, sửa chữa điện, v.v.

- b. Công việc cắt cỏ hoặc chăm sóc sân, bao gồm cả việc dọn tuyết hoặc lá, chặt gỗ, v.v.
- c. Làm vườn ngoài trời
- d. Chăm sóc người khác, chẳng hạn như con cái, người già phụ thuộc hoặc người lớn khác

HOẠT ĐỘNG LIÊN QUAN ĐẾN CÔNG VIỆC

10. Trong 7 ngày qua, bạn làm việc được trả công hay làm tình nguyện viên?

[1.] KHÔNG

[2.] CÓ (chuyển đến câu 10.a và 10.b)

10a. Bạn đã làm việc bao nhiêu giờ mỗi tuần để được trả lương hoặc làm tình nguyện viên? _____ giờ

10b. Loại nào sau đây mô tả chính xác nhất lượng hoạt động thể chất cần thiết trong công việc và hoặc công việc tình nguyện của bạn?

1. Chủ yếu ngồi với một số cử động cánh tay nhẹ (Ví dụ: nhân viên văn phòng, thợ đồng hồ, công nhân dây chuyền lắp ráp ngồi, tài xế xe buýt, v.v.)
2. Ngồi hoặc đứng khi đi bộ (Ví dụ: nhân viên thu ngân, nhân viên văn phòng nói chung, công nhân máy móc và dụng cụ nhẹ)
3. Đi bộ với một số công việc xử lý vật liệu thường nặng dưới 50 pound (Ví dụ: người đưa thư, bồi bàn / nhân viên phục vụ, công nhân xây dựng, công cụ nặng và công nhân máy móc)
4. Đi bộ và các công việc thủ công nặng nhọc thường đòi hỏi phải xử lý các vật liệu có trọng lượng trên 50 pound (Ví dụ: thợ rừng, thợ nề, nông trại hoặc lao động phổ thông)

TỔNG ĐIỂM

Hướng dẫn đánh giá:

Hiệu số giữa điểm đánh giá lần 2 và lần 1 càng lớn càng cho thấy sự cải thiện của người bệnh.

Phụ lục 4: BẢNG CÂU HỎI VỀ CÁC HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC QUỐC TẾ (INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE – IPAQ)

Biện pháp này đánh giá cường độ hoạt động thể chất và thời gian ngồi mà mọi người thực hiện như một phần của cuộc sống hàng ngày được coi là ước tính tổng số hoạt động thể chất tính bằng MET-phút / tuần và thời gian ngồi.

Bảng câu hỏi về hoạt động thể chất quốc tế (IPAQ) bao gồm một bộ 4 bảng câu hỏi. Phiên bản dài (5 lĩnh vực hoạt động được hỏi độc lập) và phiên bản ngắn (4 mục chung) để sử dụng bởi có thể sử dụng điện thoại hoặc các phương thức tự quản lý. Mục đích của bảng câu hỏi là cung cấp các công cụ phổ biến có thể được sử dụng để thu được dữ liệu có thể so sánh quốc tế về hoạt động thể chất liên quan đến sức khỏe.

Hãy nghĩ về tất cả các hoạt động nặng mà bạn đã làm trong 7 ngày qua. Hoạt động thể chất nặng đề cập đến các hoạt động tốn nhiều sức lực và khiến bạn thở khó hơn nhiều so với bình thường. Chỉ nghĩ về những hoạt động thể chất mà bạn đã làm lúc ít nhất 10 phút mỗi lần.

1. Trong 7 ngày qua, bạn đã hoạt động thể chất nặng bao nhiêu ngày? Các hoạt động như nâng vật nặng, đào đất, thể dục nhịp điệu hoặc đi xe đạp nhanh?

_____ ngày một tuần

Không có hoạt động thể chất mạnh → Chuyển đến câu hỏi 3

2. Bạn thường dành bao nhiêu thời gian để thực hiện các hoạt động thể chất mạnh mẽ cho một của những ngày đó?

_____ giờ mỗi ngày

_____ phút mỗi ngày

Không biết / Không chắc

Nhĩ về tất cả các hoạt động vừa phải mà bạn đã làm trong 7 ngày qua. Vừa phải hoạt động đề cập đến các hoạt động cần nỗ lực thể chất vừa phải và khiến bạn thở có phần khó hơn bình thường. Chỉ nghĩ về những hoạt động thể chất mà bạn đã làm ít nhất 10 phút mỗi lần.

3. Trong 7 ngày qua, bạn tập thể dục vừa phải bao nhiêu ngày các hoạt động như mang vác nhẹ, đi xe đạp với tốc độ bình thường hoặc đánh quần vợt đôi? Không bao gồm đi bộ.

_____ ngày một tuần

Không hoạt động thể chất vừa phải → Chuyển đến câu hỏi 5

4. Bạn thường dành bao nhiêu thời gian để thực hiện các hoạt động thể chất vừa phải cho một của những ngày đó?

_____ giờ mỗi ngày

_____ phút mỗi ngày

Không biết / Không chắc

Hãy nghĩ về khoảng thời gian bạn đã đi bộ trong 7 ngày qua. Điều này bao gồm tại nơi làm việc và tại về nhà, đi bộ để đi từ nơi này đến nơi khác và bất kỳ cuộc đi bộ nào khác mà bạn đã thực hiện chỉ để giải trí, thể thao, tập thể dục hoặc thư giãn.

5. Trong 7 ngày qua, bạn đi bộ ít nhất 10 phút trong bao nhiêu ngày? tại một thời điểm? _____ ngày một tuần

Không đi bộ Chuyển đến câu hỏi 7 6. Bạn thường dành bao nhiêu thời gian để đi bộ vào một trong những ngày đó?

_____ giờ mỗi ngày

_____ phút mỗi ngày

Không biết / Không chắc

Câu hỏi cuối cùng là về thời gian bạn đã ngồi vào các ngày trong tuần trong 7 năm qua ngày. Bao gồm thời gian ở cơ quan, ở nhà, trong khi thực hiện khóa học và trong thời gian giải trí thời gian. Điều này có thể bao gồm thời gian ngồi vào bàn làm việc, thăm bạn bè, đọc sách hoặc ngồi hoặc nằm xem ti vi.

7. Trong 7 ngày qua, bạn đã dành bao nhiêu thời gian để ngồi trong một ngày trong tuần?

_____ giờ mỗi ngày

_____ phút mỗi ngày

Không biết / Không chắc

Đây là phần cuối của bảng câu hỏi, cảm ơn bạn đã tham gia.

Phụ lục 5:



BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP

HƯỚNG DẪN
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG PHỔI - CẢI THIỆN CHỨC
NĂNG HÔ HẤP DÀNH CHO NGƯỜI MẮC COVID-19
TẠI CỘNG ĐỒNG
(Thế nhẹ và trung bình)



TẬN TÂM - AN TOÀN
CHẤT LƯỢNG - HIỆU QUẢ



Tài liệu hướng dẫn Phục hồi chức năng hô hấp dành cho người bệnh Covid 19 tại cộng đồng

Các bài tập thở dưới đây giúp cải thiện tình trạng khó thở, giúp kéo dài thời gian thở ra và làm tăng dung tích phổi. Kết hợp với các bài tập vận động sẽ giúp nâng cao thể lực cũng như thể chất và tinh thần.

KIỀU THỞ CƠ HOÀNH

Bước 1: Một tay đặt lên ngực, một tay đặt lên bụng



Bước 2: Hít vào bằng mũi, bụng phình ra (tay ở bụng di lên)



Bước 3: Thở từ từ bằng miệng, môi chúm lại, bụng xẹp xuống



KIỀU THỞ CHÚM MÔI

Thở chúm môi giúp kiểm soát nhịp thở, cải thiện tình trạng khó thở

HÍT VÀO



Hít sâu bằng mũi, giữ lại 1-2 giây để phổi chứa đầy khí

THỞ RA



Chúm môi thở ra từ từ, thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào

Tài liệu hướng dẫn Phục hồi chức năng hô hấp dành cho người bệnh Covid 19 tại cộng đồng



BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP

COVID-19

TƯ THẾ NGHỈ NGƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Nằm sấp giúp cải thiện sự cung cấp oxy, tăng độ bão hòa oxy và tạo sự thoải mái khi thở. Tư thế này có lợi cho bệnh nhân COVID-19 bị tổn thương hô hấp, đặc biệt trong thời gian cách ly tại nhà.

Để tự nằm sấp:

- > Bạn sẽ cần 4-5 cái gối
- > Thường xuyên thay đổi tư thế khi nằm
- > Mỗi tư thế không quá 30 phút

1 NẪM SẤP

⌚ 30 phút



2 NẪM NGHIÊNG PHẢI

⌚ 30 phút



TƯ THẾ NẪM ĐẦU CAO

⌚ 30 phút 3



4 NẪM NGHIÊNG TRÁI

⌚ 30 phút



5 NẪM SẤP CO CHÂN

⌚ 30 phút



LƯU Ý:

- > Nằm sấp chỉ nên được khuyến cáo ở bệnh nhân không thở và khi SpO2 dưới 94%.
- > Trong một giờ sau ăn tránh nằm sấp.
- > Tránh nằm sấp khi đang có thai, huyết khối tĩnh mạch sâu, người mắc bệnh tim mạch, có vấn đề về cột sống hoặc gãy xương chậu

Tài liệu hướng dẫn Phục hồi chức năng hô hấp dành cho người bệnh Covid 19 tại cộng đồng

BÀI TẬP VẬN ĐỘNG TẠI GIƯỜNG

Mục đích: Giảm biến chứng cho ít vận động, chống teo cơ, ngăn chặn sự suy giảm thể chất và tinh thần.

Tập vận động ít nhất 2 lần/ngày, tùy theo tình trạng sức khỏe, nên từ 30 phút trở lên

1 GẤP CÁNH TAY 10 đến 20 lần



Đưa cánh tay qua đầu (giữ khuỷu thẳng)

2 GẤP DUỐI KHUỶU TAY 10 đến 20 lần



Cánh tay áp sát thân mình, gấp khuỷu tay sau đó duỗi thẳng ra

3 GẤP, DUỖI, XOAY CỔ CHÂN 10 đến 20 lần



Gấp, duỗi, xoay cổ chân theo chiều kim đồng hồ và ngược lại

4 DẠNG KHÉP CHÂN 10 đến 20 lần



Kéo chân dạng ra ngoài, sau đó khép vào

5 GẤP HÔNG, GẤP GỐI, DUỖI CĂNG CHÂN 10 đến 20 lần



Co chân, gấp gối sau đó duỗi thẳng chân

6 NÂNG CAO CHÂN 10 đến 20 lần



Co 1 chân, nâng cao chân còn lại, giữ lưng áp sát giường để tránh đau lưng

Tài liệu hướng dẫn Phục hồi chức năng hô hấp dành cho người bệnh Covid 19 tại cộng đồng

PHỤ LỤC 3. DINH DƯỠNG PHỤC HỒI CHO NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19

1. TỔNG QUAN VỀ NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19

Người bệnh COVID-19 có nguy cơ suy dinh dưỡng và suy giảm khối lượng, chức năng khối cơ. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của người bệnh COVID-19 nằm viện khoảng 49.11% và có thể tiếp tục tiến triển ở giai đoạn sau mắc COVID-19. Người bệnh bị suy dinh dưỡng nặng sẽ tăng nguy cơ tử vong gấp 10 lần người có tình trạng dinh dưỡng bình thường.

- Nguyên nhân

- Mệt mỏi kéo dài gây chán ăn
- Ăn uống kém do mất vị giác-khứu giác, khô miệng
- Rối loạn nuốt
- Rối loạn tiêu hóa, rối loạn hấp thu (tiêu chảy, táo bón, buồn nôn/nôn, đầy bụng...)
- Các bệnh lý dạ dày - ruột đi kèm hoặc mới khởi phát (viêm loét dạ dày tá tràng...)

- Hậu quả

- Suy giảm chức năng miễn dịch, giảm khả năng đề kháng, tăng nguy cơ nhiễm trùng
- Suy yếu chức năng nhiều cơ quan trong cơ thể như cơ xương khớp, tim mạch, hô hấp...
- Chậm hồi phục tổng trạng.

2. VAI TRÒ CỦA DINH DƯỠNG ĐỐI VỚI NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19

Dinh dưỡng cho người sau điều trị COVID-19 rất quan trọng. Chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ nhanh chóng giúp:

- Cải thiện tình trạng dinh dưỡng, giúp cơ thể nhanh hồi phục
- Cải thiện các chức năng trong cơ thể, trong đó quan trọng nhất là chức năng hô hấp.

3. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG

3.1. Khám lâm sàng:

- Hỏi bệnh sử

- Cân nặng trước mắc COVID-19 (hoặc trong vòng 3-6 tháng trước), cân nặng hiện tại, đánh giá mức độ sụt cân

- Tình trạng ăn uống trong 5 ngày gần đây: số bữa ăn, lượng thức ăn, loại thức ăn, tính chất thức ăn (đặc, sệt, lỏng)
- Các triệu chứng: chán ăn, khô miệng, mất/giảm vị giác/khứu giác, buồn nôn-nôn, nuốt sặc, tiêu lỏng/táo bón, đầy bụng...
- Các bệnh lý cấp đang mắc

- Khám

- Cân nặng (kg), chiều cao (m). Tính BMI: $BMI = \text{cân nặng}/(\text{chiều cao})^2$
- Cơ/mỡ dưới da: đánh giá mức độ teo cơ/mỡ dưới da
- Phù, báng bụng
- Da, niêm, lông, tóc, móng

Thang điểm đánh giá dinh dưỡng MUST-BAPEN

Tiêu chí đánh giá		Điểm
BMI (kg/m ²)	> 20 (>30: béo phì)	0
	18,5-20	1
	<18.5	2
Sụt cân không chủ ý trong vòng 3 – 6 tháng	<5%	0
	5%-10%	1
	>10%	0
Bệnh lý cấp	Có bệnh lý cấp hoặc bỏ ăn > 5 ngày	2
TỔNG ĐIỂM		

Tổng điểm	Phân nhóm	Hướng xử trí
0	Nguy cơ thấp	Tư vấn dinh dưỡng
1	Nguy cơ trung bình	Tư vấn dinh dưỡng, tái đánh giá sau 2-3 tháng
≥2	Nguy cơ cao	Khám BS chuyên khoa dinh dưỡng

4. NGUYÊN TẮC DINH DƯỠNG

- **Năng lượng** cung cấp 25-40 Kcal/kg cân nặng/ngày tùy cá thể hóa người bệnh.

- Khi cần tăng cân, có thể tăng thêm 400-500 Kcal/ngày so với trước khi mắc COVID-19 (tương đương khoảng 1 bữa ăn)

- Năng lượng trong khẩu phần được cung cấp đủ về số lượng, đảm bảo tỷ lệ hợp lý giữa 3 chất dinh dưỡng đại lượng: đạm 13-20%, béo 20-25%, bột đường 55-65%.
- Đa dạng, phối hợp 15-20 loại thực phẩm trong ngày.

- **Chất bột đường:**

- Ưu tiên các loại tinh bột phức như ngũ cốc nguyên vỏ, gạo, khoai, củ...
- Hạn chế đường đơn (bánh ngọt, kẹo, mứt, kem...)

- **Chất đạm**

- Khẩu phần ăn cần có sự phối hợp ở tỷ lệ cân đối giữa đạm động vật và thực vật (thịt, cá, trứng, sữa, tôm, cua, hải sản, đậu, nấm...)
- Chọn chất đạm có giá trị sinh học cao (đạm động vật, trứng, sữa, đạm Whey...), thực phẩm giàu HMB (ví dụ: sữa Ensure Plus Advance...) nhằm cung cấp đầy đủ các acid amin thiết yếu để duy trì các hoạt động chức năng của cơ thể, tăng tạo cơ, giảm hủy cơ, tham gia vào hàng rào bảo vệ, sự dịch chuyển, hấp thu các chất dinh dưỡng.
- Ăn cá ít nhất 3 bữa/tuần
- Người ăn chay cần ăn bổ sung thức ăn giàu đạm thực vật: đậu nành, đậu hũ, các loại đậu, các loại hạt, nấm, sữa và các sản phẩm từ sữa.

- **Chất béo:**

- Ưu tiên sử dụng các loại chất béo có omega 3 là các thực phẩm có nguồn gốc từ cá biển sâu, dầu gan cá, quả óc chó.
- Hạn chế thực phẩm giàu cholesterol, chất béo bão hòa, chất béo trans (thức ăn chiên/xào, thức ăn nhanh chế biến sẵn, mỡ động vật, da, nội tạng...)
- Ăn trứng khoảng 3 quả/tuần
- **Sữa:** bổ sung 1-2 ly/ngày, nên chọn các loại sữa cao năng lượng, giàu đạm, giàu HMB.

- **Chất xơ, vitamin, khoáng chất**

- Vitamin, khoáng chất giúp chống oxy hóa như vitamin A, C, D, E, chất sắt, kẽm, ... có vai trò trong nâng cao sức đề kháng - miễn dịch, chống oxy hóa, chống viêm, chống nhiễm trùng....
- Vitamin A và beta-carotene: có nhiều trong thịt, cá, gan, lòng đỏ trứng, bí đỏ, cà rốt, cam, xoài chín, gấc, sữa ...

- Vitamin C có nhiều trong ổi, ớt chuông vàng, cam, quýt, kiwi, bông cải xanh, dâu tây, táo nhỏ, đu đủ...
- Vitamin D: Vitamin D tương tác với các thụ thể ACE2 trong cơ thể, có khả năng ngăn chặn vi rút liên kết với chúng và giảm các biến chứng liên quan đến COVID-19. Vitamin D cũng có thể đóng một vai trò bảo vệ và hỗ trợ chữa lành các mô bị tổn thương, chủ yếu ở phổi. Thực phẩm giàu vitamin D là gan cá tuyết, các loại cá béo như cá trích, cá mòi, cá ngừ đóng hộp, cá hồi..., lòng đỏ trứng, nấm, sữa và các sản phẩm từ sữa.
- Vitamin E có nhiều trong các loại dầu thực vật như dầu hướng dương, đậu nành, các loại thực phẩm như giá đỗ, các loại rau xanh, thịt, cá, trứng, sữa...
- Sắt: có nhiều trong gan, thịt đỏ, trứng, bông cải, các loại đậu...
- Kẽm: thực phẩm giàu kẽm như thức ăn từ động vật như cua bể, thịt bò, tôm, thịt, cá...
- Các flavonoid: có nhiều trong các rau gia vị, trà xanh, cải xanh, nho, táo, cherry...
- Probiotic: có trong các loại sữa chua, Yakult, phô mai, đậu tương lên men...
- Chất xơ: 20-30 g/ngày, tương đương 400-600 g rau xanh, trái cây giúp tiêu hóa tốt hơn, hạn chế táo bón, giảm hấp thu cholesterol.

- **Nước:** Tăng cường bổ sung nước để bù lại lượng nước mất giúp cho cơ thể mau phục hồi. Uống > 1,5-2 lít/ngày (8-12 ly lớn/ngày). Không nên uống nước trước hoặc trong bữa ăn để gây cảm giác mau no. Các loại nước ép trái cây tươi, sinh tố, nước uống điện giải, nước có bổ sung vitamin-khoáng chất- chất xơ... cũng phù hợp cho người bệnh sau mắc COVID-19.

- **Hạn chế:**

- Các thực phẩm chứa nhiều muối như giò, chả, xúc xích, đồ hộp, đồ khô, mắm, thực phẩm muối chua.
- Rượu, bia, nước uống có ga, cà phê, trà đậm.

- **Đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm**

5. LƯU Ý MỘT SỐ TÌNH HUỐNG ĐẶC BIỆT

- **Người bệnh bị chán ăn**

- Chia làm nhiều bữa ăn nhỏ, khoảng 4-6 bữa/ngày, tránh ăn quá no có thể gây mệt, khó thở, đầy bụng, dễ buồn nôn. Không nên bỏ bữa.
- Hạn chế thức ăn chiên, rán, xào nhiều dầu mỡ gây mau no, đầy bụng.

- Thường xuyên thay đổi thực đơn với nhiều món ăn, bổ sung 1-2 ly sữa/ngày.
- Các món ăn chế biến ở mềm, thái nhỏ, hàm kỹ để dễ tiêu hóa, hấp thu.
- Nên ăn các món luộc, hấp, nấu thay thế các món ăn chiên, rán, nướng để dễ tiêu hóa
- Bổ sung thêm men tiêu hóa (probiotic), đa vitamin - khoáng chất (dạng viên, gói hoặc ống) cho các trường hợp cần thiết.
- Dùng dụng cụ đựng thức ăn lớn hơn: tạo tâm lý thoải mái, cảm giác thức ăn ít đi.
- Ăn cùng với người thân gia đình.

- Người bệnh bị giảm khứu giác, vị giác

- Có thể cải thiện chất lượng bữa ăn bằng cách tự nêm nếm theo khẩu vị, gia tăng các gia vị, hương liệu (rau thơm, lá bạc hà, quế, đinh hương, gừng, riềng, hành tỏi, tiêu ớt...).
- Thường xuyên giữ gìn vệ sinh răng miệng.

- Người bệnh bị khô miệng

- Nhai kẹo cao su, ngậm kẹo có vị chua, hương bạc hà... để kích thích tăng tiết nước bọt.
- Uống nước lạnh, ăn thức ăn mát, lạnh.

- Người bệnh có rối loạn nuốt:

- Cần lưu ý tư thế khi ăn cũng như thay đổi cấu trúc thực phẩm.
- Tư thế ăn: giữ tư thế ngồi thẳng lưng, cằm hơi gập xuống để tránh hiện tượng sặc thức ăn vào phổi. Nếu bệnh nhân phải nằm ăn, cần giữ tư thế đầu cao từ 35-40 độ khi cho ăn.
- Thay đổi cấu trúc thực phẩm, chọn dạng nghiền nhuyễn hoặc lỏng, sệt như cháo, sữa, súp... có thể sử dụng chất tạo đặc (Xanthan Gum, ChickenUp Clear...) để pha vào thực phẩm, làm thực phẩm có độ kết dính tốt hơn, giảm tình trạng sặc thức ăn vào phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cách khắc phục chứng chán ăn hậu COVID-19. Viện Dinh Dưỡng (13/03/2022)
2. Dinh dưỡng phục hồi sau điều trị COVID-19. Viện Dinh Dưỡng (11/06/2021)
3. Practical guidance for using ‘MUST’ to identify malnutrition during the COVID-19 pandemic Malnutrition Action Group (MAG) update. BAPEN. MAG COVID-19 Update, May 2020
4. Semagn Mekonnen Abate. Prevalence and outcomes of malnutrition among hospitalized COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. Clinical Nutrition ESPEN 43 (2021) 174-183.