

ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 NHẸ VÀ TRUNG BÌNH

Bs. Huỳnh Thị Thu Hiền
Khoa HSCC – BV Chợ Rẫy



MỤC TIÊU

1. PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN COVID
2. CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN COVID-19 MỨC ĐỘ NHẸ VÀ TRUNG BÌNH
3. TRÌNH BÀY CÁC LIỆU PHÁP ĐIỀU TRỊ



CA LÂM SÀNG

- Bệnh nhân nữ, 66 tuổi, tiền căn ĐTĐ type 2, THA.
- Dịch tễ: Con trai bệnh nhân (sống cùng nhà với bệnh nhân) phát hiện PCR (+) với SARS CoV-2 đã được nhập viện điều trị.
- Bệnh sử: 3 ngày trước nhập viện, bệnh nhân thuộc đối tượng F1, không có triệu chứng, cách ly tập trung tại cơ sở cách ly, PCR SARS CoV-2 (-). Sau 3 ngày, bệnh nhân có triệu chứng sốt, ho, đau họng, PCR SARS CoV-2 (+).
- Bệnh nhân được chuyển đến bệnh viện chuyên biệt điều trị COVID-19.



Ca lâm sàng

- **Tình trạng nhập viện:**
 - Bệnh nhân tỉnh, ho khan
 - Nhiệt độ 38,5°C
 - M 85, HA 140/90
 - Thở 18 l/phút, SpO2 97%/khí trời, không khó thở
- Da niêm hồng
- CC 155 cm, CN 68kg, BMI 28
- Phổi trong
- XQ ngực: bình thường

- **Phân mức độ nặng?**
- **Kế hoạch điều trị?**



Phân mức độ nặng của COVID-19

- **Nhóm không triệu chứng:** XN SARS-CoV-2 (+) bằng sử dụng test virus nhưng không có triệu chứng phù hợp với COVID-19
- **Nhóm có triệu chứng**
 - **Nhẹ:** triệu chứng COVID-19 (sốt, ho, đau họng, mệt mỏi, đau đầu, đau cơ, nôn, ói, tiêu chảy, mất vị giác, mất thính giác) nhưng không triệu chứng khó thở, thở gắng sức hoặc xquang ngực bất thường
 - **Trung bình:** có triệu chứng bệnh lý đường hô hấp dưới (âm sàng hoặc hình ảnh học) và $SpO_2 \geq 94\%$ ở khí trời
 - **Nặng:** $SpO_2 < 90\%$ khí trời, $P/F < 300$ mmHg, $NT > 30$ l/ph hoặc thâm nhiễm phổi $> 50\%$
 - **Nguy kịch:** Suy hô hấp, sốc nhiễm khuẩn và/hoặc suy đa cơ quan



Phân mức độ nặng của COVID-19

1. Không triệu chứng: là người nhiễm SARS-CoV-2 được khẳng định bằng xét nghiệm realtime RT-PCR dương tính, nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

2. Mức độ nhẹ: Viêm đường hô hấp trên cấp tính

- Người bệnh nhiễm SARS-CoV-2 có các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như sốt, ho khan, đau họng, nghẹt mũi, mệt mỏi, đau đầu, đau mỏi cơ.
- Không có các dấu hiệu của viêm phổi hoặc thiếu ô xy.

3. Mức độ vừa: Viêm phổi

- *Người lớn và trẻ lớn:* bị viêm phổi (sốt, ho, khó thở, thở nhanh) và không có dấu hiệu viêm phổi nặng, $SpO_2 \geq 93\%$ khi thở khí trời.
- *Trẻ nhỏ:* trẻ có ho hoặc khó thở và thở nhanh. Thở nhanh được xác định khi nhịp thở ≥ 60 lần/phút ở trẻ dưới 2 tháng; ≥ 50 lần/phút ở trẻ từ 2 - 11 tháng; ≥ 40 lần/phút ở trẻ từ 1 - 5 tuổi) và không có các dấu hiệu của viêm phổi nặng.
- Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, tuy nhiên, hình ảnh X-quang, siêu âm hoặc CT phổi thấy hình ảnh viêm phổi kẽ hoặc phát hiện các biến chứng.

Phân mức độ nặng của COVID-19

Population

This recommendation applies only to people with these characteristics:



Disease severity

Non-severe	Severe	Critical
Absence of signs of severe or critical disease	SpO ₂ < 90% on room air	Requires life sustaining treatment
	Respiratory rate > 30 in adults	Acute respiratory distress syndrome
	Raised respiratory rate in children ⁱ	Sepsis
	Signs of severe respiratory distress	Septic shock

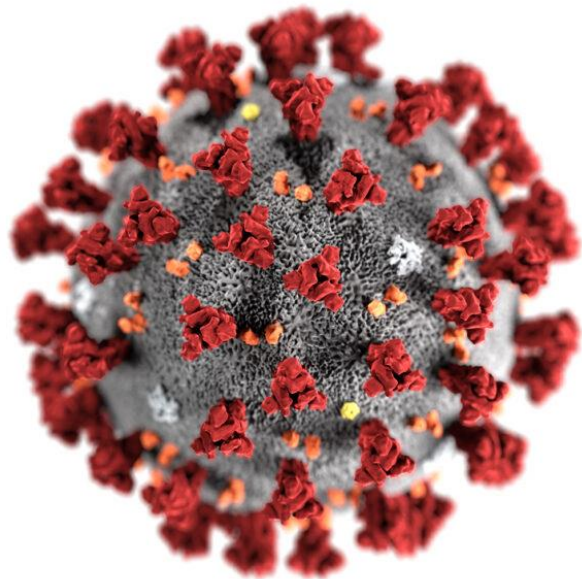


COVID-19:

Mức độ nặng của bệnh và chăm sóc y tế

- Phân loại người bệnh và xác định nơi điều trị tùy theo các mức độ nghiêm trọng của bệnh
 - Ca bệnh không nặng (*viêm đường hô hấp trên, viêm phổi nhẹ*) điều trị tại các khoa phòng thông thường.
 - Ca bệnh nặng (*viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết*) → phòng cấp cứu của các khoa phòng hoặc hồi sức tích cực.
 - Ca bệnh nặng-nguy kịch: (*suy hô hấp nặng, ARDS, sốc nhiễm trùng, suy đa cơ quan*) → hồi sức tích cực.

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ



COVID-19
Nhẹ - TB



Không có nguy cơ
diễn tiến nặng

Chưa có bằng chứng liệu pháp điều trị nào cho thấy có lợi

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ





ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG

- Nghỉ ngơi tại giường, phòng bệnh, đảm bảo thông thoáng, có thể sử dụng hệ thống lọc không khí hoặc khử trùng phòng bệnh: đèn cực tím (nếu có)
- Uống đủ nước, đảm bảo cân bằng dịch, điện giải.
- Đảm bảo dinh dưỡng và nâng cao thể trạng, bổ xung vitamin nếu cần thiết.
- Hạ sốt: paracetamol, liều trẻ em: 10-15 mg/kg/lần, tối đa 60 mg/kg/ngày,
người lớn: tối đa 2 g/ngày
- Giảm ho bằng các thuốc giảm ho thông thường nếu cần thiết.
- Giảm đau: NSAIDs,
- Vệ sinh mũi họng, có thể giữ ẩm mũi bằng nhỏ dung dịch nước muối sinh lý, xúc miệng họng bằng các dung dịch vệ sinh miệng họng thông thường.



TRÁNH LÂY NHIỄM

Người bệnh

- Đeo khẩu trang, bảo đảm khoảng cách ≥ 2 mét
- Che mũi miệng khi ho, hắt hơi và rửa tay ngay sau khi tiếp xúc dịch hô hấp
- Hạn chế di chuyển

Nhân viên y tế

- Sử dụng trang thiết bị bảo hộ (khẩu trang, kính, găng, áo choàng) đúng cách
- Vệ sinh tay, sát khuẩn dụng cụ, tránh lây nhiễm chéo

Cơ sở điều trị

- Phòng bệnh thông thoáng
- Phân nhóm bệnh nhân hợp lý
- Khử khuẩn, vệ sinh phòng bệnh.



THEO DÕI DIỄN TIẾN

- Theo dõi sự thay đổi các triệu chứng: khó thở, tình trạng hô hấp, chóng mặt, thay đổi tri giác.
- Khó thở: thường sau 4-8 ngày khởi phát
- Khó thở tăng dần, đau ngực, nặng ngực gợi ý tổn thương phổi diễn tiến.
- ARDS: thường # 2 ngày sau khó thở
- $SpO_2 \leq 94\%$



PULSE OXYMETRY

Table 1 Causes and mechanisms of unreliable SpO₂ readings.

1. Causes of intermittent drop-outs or inability to read SpO₂
 - Poor perfusion due to a number of causes, *e.g.*, hypovolemia, vasoconstriction, etc
2. Causes of falsely normal or elevated SpO₂
 - Carbon monoxide poisoning
 - Sick cell anemia vasoocclusive crises (overestimation of FO₂Hb and underestimation of SaO₂)
3. Causes of falsely low SpO₂
 - Venous pulsations
 - Excessive movement
 - Intravenous pigmented dyes
 - Inherited forms of abnormal hemoglobin
 - Fingernail polish
 - Severe anemia (with concomitant hypoxemia)
4. Causes of falsely low or high SpO₂
 - Methemoglobinemia
 - Sulfhemoglobinemia
 - Poor probe positioning
 - Sepsis and septic shock
5. Causes of falsely low FO₂Hb as measured by a co-oximeter
 - Severe hyperbilirubinemia
 - Fetal Hb (HbF)

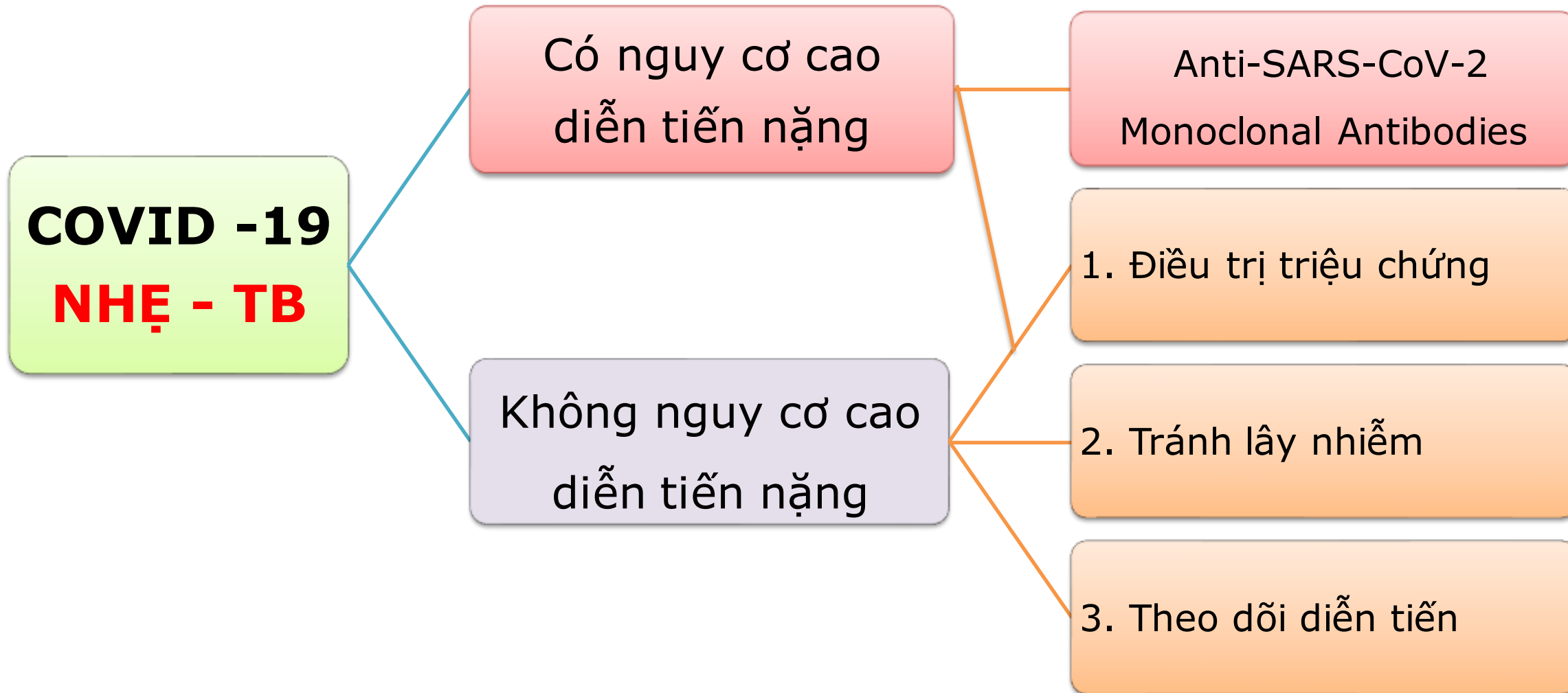


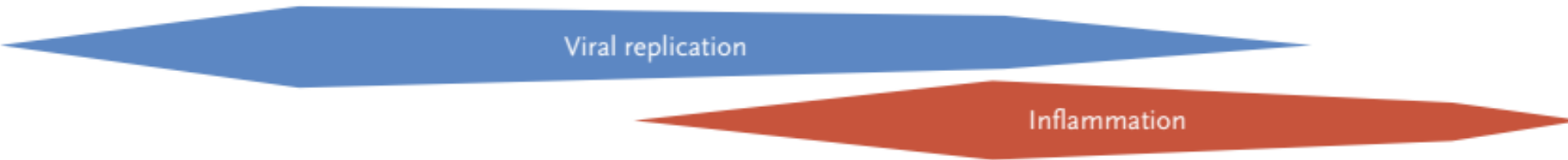
Yếu tố nguy cơ bị bệnh nặng theo EUA

- BMI ≥ 35
- Đái tháo đường
- Bệnh thận mạn
- Tình trạng suy giảm miễn dịch
- Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch
- Người già (≥ 65)
- Tuổi ≥ 55 kèm theo các bệnh sau:
 - Bệnh tim mạch
 - COPD hay bệnh hô hấp khác
- Tuổi từ 12-17 kèm các bệnh sau
 - BMI $\geq$ bách phân vị 85
 - Bệnh hồng cầu hình liềm
 - Bệnh tim bẩm sinh
 - Rối loạn phát triển thần kinh
 - Hen hoặc các bệnh hô hấp khác cần sử dụng thuốc hàng ngày
 - Có các bệnh đi kèm khác cần hỗ trợ của dụng cụ y khoa (mở khí quản, mở dạ dày...)

Các nhóm nguy cơ cao nên được theo dõi sát nhằm phát hiện tình trạng bệnh xấu đi và điều trị kịp thời

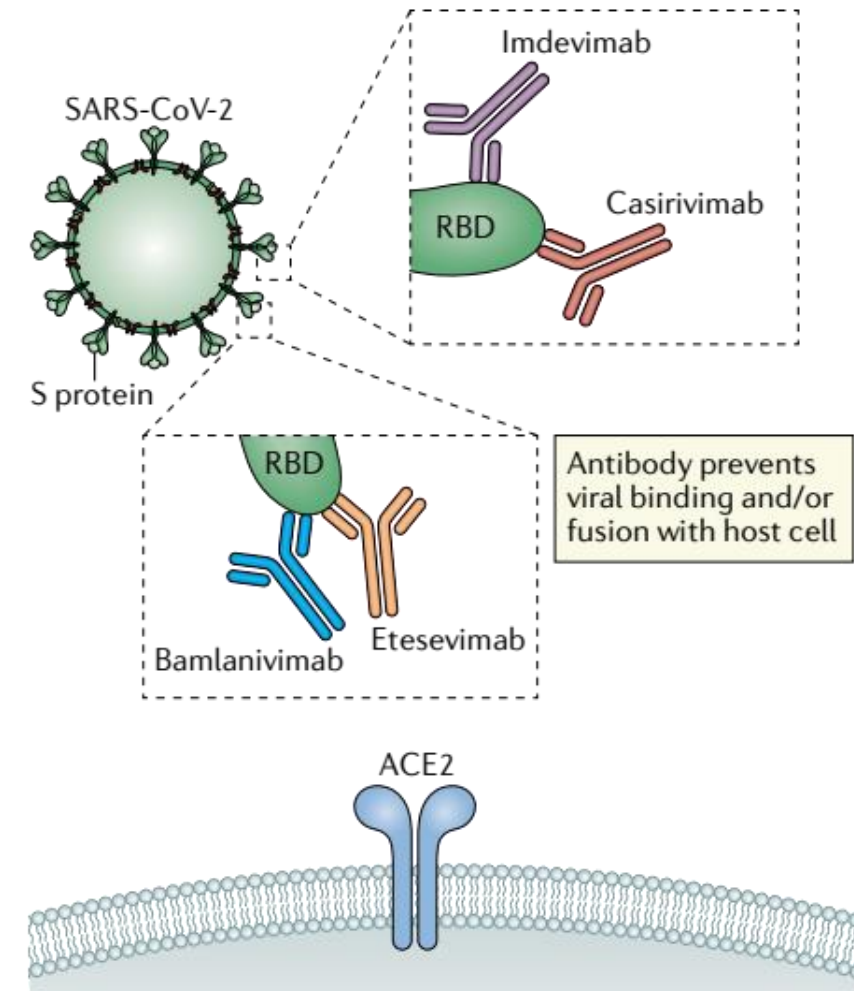
CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ



	Asymptomatic or Presymptomatic	Mild Illness	Moderate Illness	Severe Illness	Critical Illness
Features	Positive SARS-CoV-2 test; no symptoms	Mild symptoms (e.g., fever, cough, or change in taste or smell); no dyspnea	Clinical or radiographic evidence of lower respiratory tract disease; oxygen saturation $\geq 94\%$	Oxygen saturation $< 94\%$; respiratory rate ≥ 30 breaths/min; lung infiltrates $> 50\%$	Respiratory failure, shock, and multiorgan dysfunction or failure
Testing	Screening testing; if patient has known exposure, diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing	Diagnostic testing
Isolation	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Proposed Disease Pathogenesis					
Potential Treatment					
Management Considerations	Monitoring for symptoms	Clinical monitoring and supportive care	Clinical monitoring; if patient is hospitalized and at high risk for deterioration, possibly remdesivir	Hospitalization, oxygen therapy, and specific therapy (remdesivir, dexamethasone)	Critical care and specific therapy (dexamethasone, possibly remdesivir)

ANTI-SARS-CoV-2 MONOCLONAL ANTIBODIES

- Antibodies gắn vào Epitope RBD của S
- Sử dụng giai đoạn sớm:
 - Sau XN SAR-CoV-2 antigen (+) hoặc PCR (+)
 - ≤ 10 ngày từ lúc có triệu chứng
- Không khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân covid nặng
- Thuốc sử dụng
 - Bamlanivimab 700 mg plus etesevimab 1400 mg (Alla)
 - Casirivimab 1200 mg plus imdevimab 1200mg (Alla)
 - Strovimab 500mg





Ca lâm sàng

- **Tình trạng nhập viện:**

- Bệnh nhân tỉnh, ho khan, đau cơ
- Nhiệt độ 38,5°C
- M 85, HA 140/90
- Thở 18 l/phút, SpO2 97%/khí trời, không khó thở
- Da niêm hồng
- CC 155 cm, CN 68kg, BMI 28
- Phổi trong
- XQ ngực: bình thường

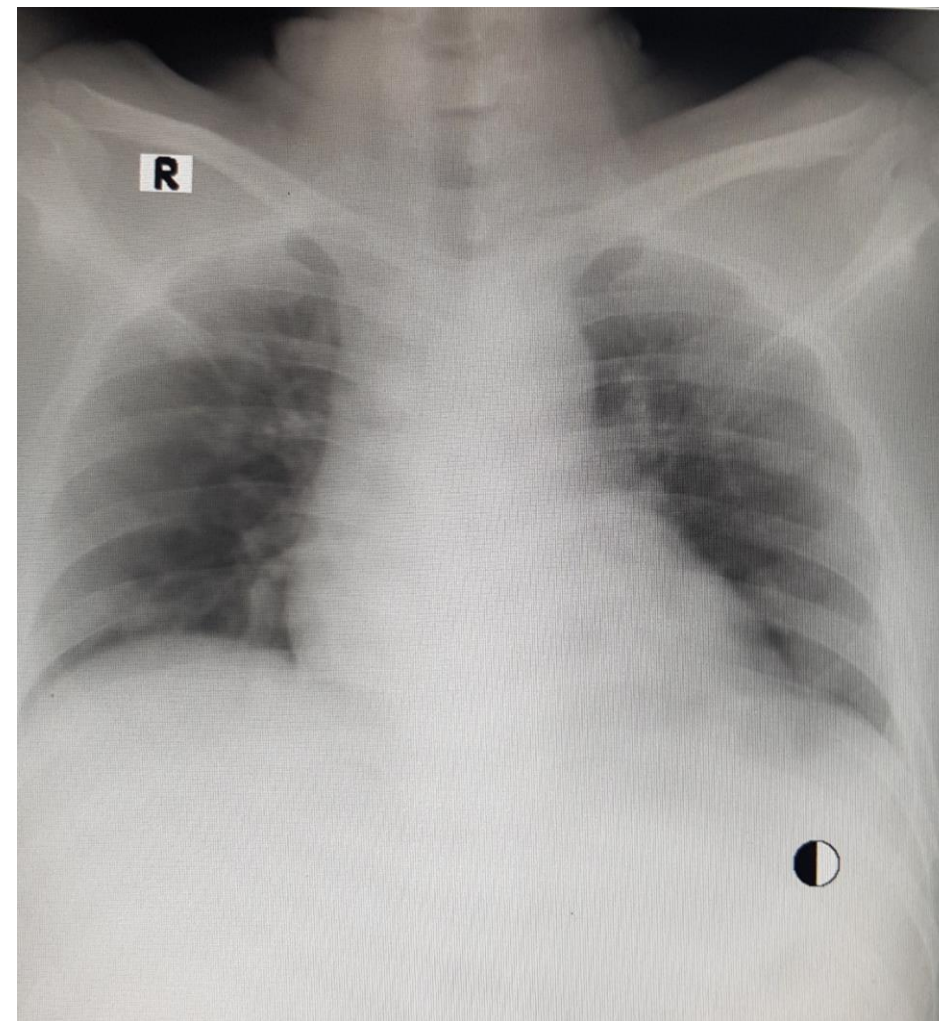
- Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt, giảm đau cơ: Celecoxib
- Giảm ho: Terpin codein
- Sử dụng các biện pháp tránh lây nhiễm
- Điều trị đặc hiệu: Kháng thể đơn dòng (nếu có)
- Theo dõi sinh hiệu, tình trạng hô hấp, SpO2



Ca lâm sàng

- **Ngày thứ 3 sau nhập viện:**
 - Bệnh nhân tỉnh, ho đàm trắng
 - Nhiệt độ 39⁰C
 - M 95, HA 130/90
 - Thở 22 l/phút, SpO2 95%/khí trời
- Da niêm hồng
- CC 155 cm, CN 68kg, BMI 28
- Phổi ít rale nổ
- XQ ngực



Mild

More black than white



80% BN COVID-19



Nhẹ: không viêm phổi virus
và không giảm oxy máu

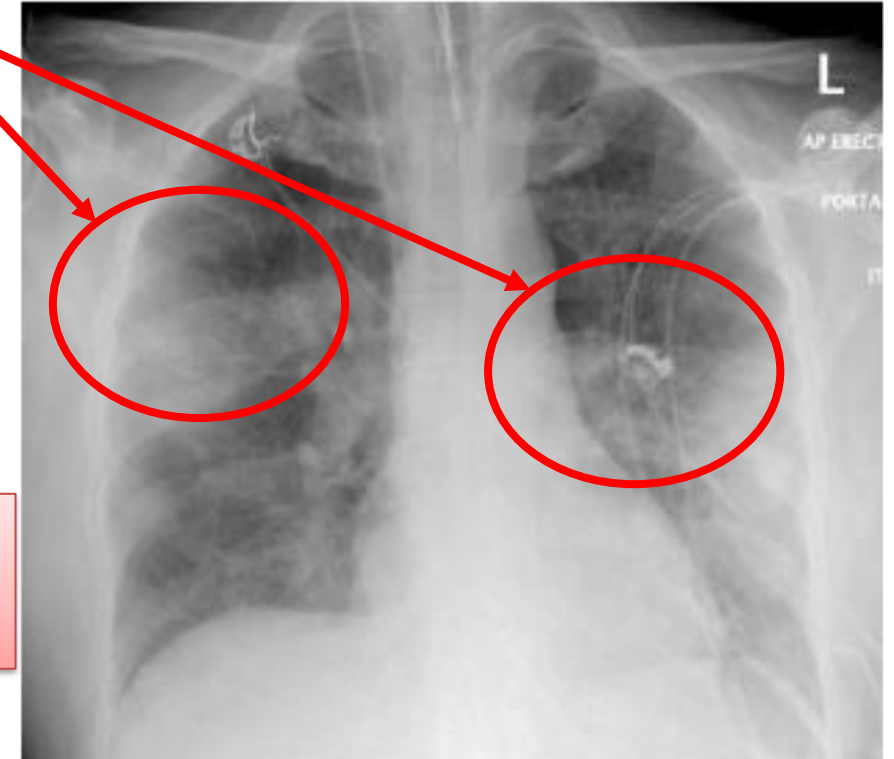
Phân biệt với:
VP vi khuẩn

Dùng kháng sinh
Theo kinh nghiệm

Ngưng sớm nếu
không nhiễm khuẩn

Moderate

Equal black and white



Trung bình: Viêm phổi virus và
không giảm oxy máu



Ca lâm sàng

- **Ngày thứ 3 sau nhập viện:**

- Bệnh nhân tỉnh, ho đàm trắng
- Nhiệt độ 39⁰C
- M 95, HA 130/90
- Thở 22 l/phút, SpO2 95%/khí trời
- Da niêm hồng
- CC 155 cm, CN 68kg, BMI 28
- Phổi ít rale nhỏ
- XQ ngực

- Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt, giảm đau cơ: Celecoxib
- Sử dụng các biện pháp tránh lây nhiễm
- Điều trị đặc hiệu: Kháng thể đơn dòng (nếu có)
- Kháng sinh: Azithromycin/Augmentin/Levofloxacin
- Theo dõi sinh hiệu, tình trạng hô hấp, SpO2, đánh giá bilan nhiễm trùng, cấy đàm



Ca lâm sàng

- **Ngày thứ 4 sau nhập viện:**
 - Bệnh nhân tỉnh, hỏi đáp đúng
 - M 105, HA 140/90
 - Thở 28 l/phút, SpO2 92%/khí trời
 - Nhiệt độ 39⁰C
- Da niêm hồng
- CC 155 cm, CN 68kg, BMI 28
- Phổi rale nổ 2 đáy
- Tim đều nhanh





Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines

Credit NIAID-RML

DISEASE SEVERITY

PANEL'S RECOMMENDATIONS

Not Hospitalized,
Mild to Moderate COVID-19

For patients who are not at high risk for disease progression, provide supportive care and symptomatic management **(AIII)**.

For patients who are at high risk of disease progression (as defined by the FDA EUA criteria for treatment with anti-SARS-CoV-2 monoclonal antibodies), use one of the following combinations:

- **Bamlanivimab plus etesevimab (AIIa)**
- **Casirivimab plus imdevimab (AIIa)**

Hospitalized but Does Not Require
Supplemental Oxygen

There are insufficient data to recommend either for or against the routine use of remdesivir. For patients at high risk of disease progression, the use of remdesivir may be appropriate.

Hospitalized and Requires
Supplemental Oxygen

Use one of the following options:

- **Remdesivir^{a,b}** (e.g., for patients who require minimal supplemental oxygen) **(BIIa)**
- **Dexamethasone^c plus remdesivir^{a,b}** (e.g., for patients who require increasing amounts of supplemental oxygen) **(BIII)^{d,e}**
- **Dexamethasone^c** (e.g., when combination therapy with remdesivir cannot be used or is not available) **(BI)**

Strength of Recommendation

- A:** Strong recommendation for the statement
- B:** Moderate recommendation for the statement
- C:** Optional recommendation for the statement

Quality of Evidence for Recommendation

- I:** One or more randomized trials without major limitations
- IIa:** Other randomized trials or subgroup analyses of randomized trials
- IIb:** Nonrandomized trials or observational cohort studies
- III:** Expert opinion



COVID-19 TRUNG BÌNH CẦN CUNG CẤP OXY

- **Kháng virus**
- **Kháng thể đơn dòng kháng SARS-CoV-2**
 - Sử dụng vào giai đoạn sớm
 - Vaccine hoãn lại ít nhất 90 ngày
- **Kháng đông**
- **Corticoids**



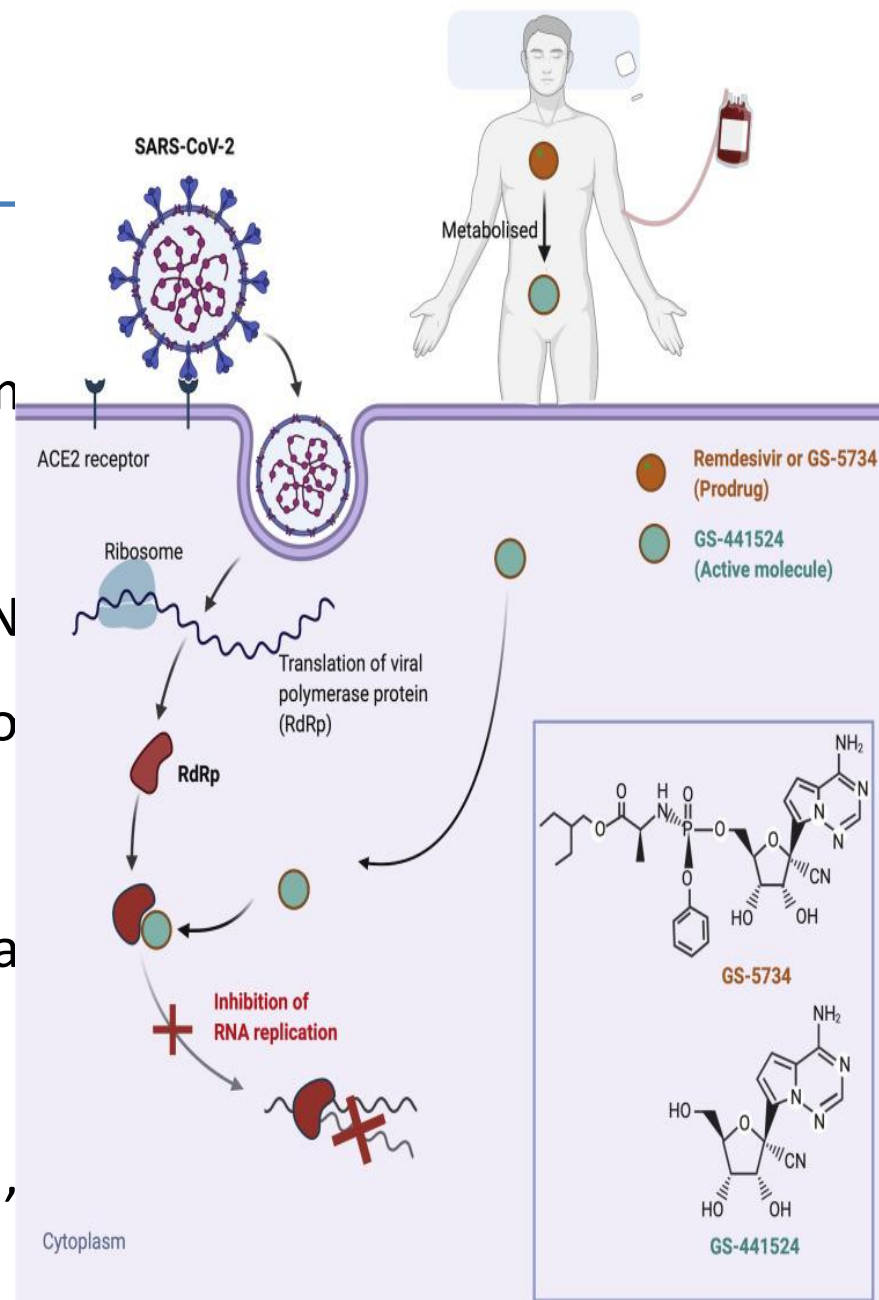
KHÁNG VIRUS

- **Remdesivir:** Duy nhất được FDA công nhận
 - Khuyến cáo sử dụng ở BN nhập viện cần thở oxy
- **Chloroquine hay Hydroxychloroquine:** Không được khuyến cáo sử dụng để điều trị bệnh nhân COVID-19 (AI)
- **Lopinavir/Ritonavir và thuốc ức chế HIV proteas khác:** Không được khuyến cáo sử dụng để điều trị bệnh nhân COVID-19 (AI - AIII)
- **Ivermectin:** chưa đủ bằng chứng khuyến cáo



REMDESIVIR

- Remdesivir - adenosine analog.
- Remdesivir gắn vào RNA polymerase, ức chế sao chép RNA, nhằm ngăn chặn sự nhân lên của virus.
- Remdesivir được FDA công nhận sử dụng trên BN >12 tuổi, CN >40kg, cân nhắc sử dụng trên bệnh nhi <12 tuổi có yếu tố nguy cơ diễn tiến nặng, CN >3.5kg
- Liều: 200 mg IV liều đầu, sau đó 100mg/ngày trong 4 ngày, tối đa 10 ngày ở bệnh nhân thở máy, ECMO
- Lưu ý: tác dụng phụ tăng men gan, ngưng khi ALT tăng gấp 10 lần, không khuyến cáo sử dụng trên bệnh nhân có eGFR <30ml/ph





KHÁNG ĐÔNG

- Sinh lý bệnh COVID - 19 liên quan đến quá trình viêm, ảnh hưởng đến quá trình tiền cục máu đông, tăng fibrin, sản phẩm thoái hoá fibrin, D-dimer, fibrinogen.
- BN đang điều trị kháng đông, kháng tiểu cầu trước đó, nên tiếp tục sau khi chẩn đoán Covid (AIII)
- Sử dụng liều dự phòng ở BN Covid nhập viện (AIII)
- Việc sử dụng liều điều trị để dự phòng ở bệnh nhân Covid chưa đủ dữ liệu để kết luận.



KHÁNG ĐÔNG

	Nguy cơ thấp huyết khối tĩnh mạch	Nguy cơ trung bình huyết khối tĩnh mạch	Nguy cơ cao huyết khối tĩnh mạch
Tiêu chí	D-Dimer < 1000 ng/ml Fibrinogen < 5 g/l	D-Dimer 1000-2900 ng/ml Fibrinogen ≥ 5g/l	Có bất cứ yếu tố nguy cơ nào: - D-Dimer ≥ 3000 ng/ml - Fibrinogen ≥ 8g/l - DIC Score ≥ 4 - Thở máy, ECMO - Có yếu tố nguy cơ cao tắc mạch phổi
Thuốc	BMI <20: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc heparin nếu CrCl <30 ml/phút BMI 20-29: Enoxaparin 40 mg TDD mỗi 24 giờ hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút BMI ≥ 30: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút	BMI <20: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 24 giờ hoặc Heparin nếu CrCl < 30ml/phút BMI ≥ 20: Enoxaparin 40mg TDD mỗi 12 giờ (0.5mg/kg/12 giờ) hoặc Heparin nếu CrCl <30 ml/phút Nếu có sự gia tăng nhanh d-dimer hoặc tình trạng oxy máu xấu đi cấp tính chuyển sang liều nguy cơ cao	≤ 150 kg: Enoxaparin 1 mg/kg TDD mỗi 12 giờ >150kg hoặc CrCl <30 ml/phút: Heparin chỉnh liều theo APTT
Theo dõi	Không khuyến cáo theo dõi Anti- Xa	Theo dõi Anti-Xa khi dùng enoxaparin Theo dõi APTT khi dùng Heparin	Theo dõi Anti-Xa khi dùng Enoxaparin Theo dõi APTT, AT III khi dùng Heparin

Trẻ em

- Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch thấp: *(trẻ được đặt tĩnh mạch trung tâm, bệnh nặng nhưng không có tình trạng tăng đông, tăng viêm, D-Dimer < 1500 ng/ml)*

Enoxaparine tiêm dưới da theo liều lượng:

+ Trẻ < 2 tháng tuổi: 0.75 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

+ Trẻ ≥ 2 tháng tuổi: 0.5 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

- Nguy cơ huyết khối tĩnh mạch cao: *(trẻ trong tình trạng nặng, nguy kịch tình trạng tăng đông, tăng viêm, D-Dimer > 1500 ng/ml, Feritin >500 ng/ml, CRP > 150mg/L, hoặc có tiền sử bị huyết khối)*

Enoxaparine tiêm dưới da theo liều lượng:

+ Trẻ < 2 tháng tuổi: 1.5 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

+ Trẻ ≥ 2 tháng tuổi: 1.0 mg/kg/liều, mỗi 12 giờ

Theo dõi Anti-Xa, đích của Anti-Xa: 0.5-1.0 UI/m



CORTICOIDS

- Sinh lý bệnh COVID – 19 liên quan đến quá trình viêm hệ thống, làm tổn thương phổi nặng hơn, cũng như tổn thương các cơ quan khác.
- Sử dụng kháng viêm corticoids có thể ngăn ngừa hoặc làm nhẹ hơn các triệu chứng do đáp ứng viêm quá mức.
- Sử dụng corticoids được khuyến cáo ở bệnh nhân Covid-19 từ mức độ trung bình trở lên (AIII)

Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19

The RECOVERY Collaborative Group*

Multi-center, randomized
open-label adaptive trial in
hospitalized patients with
suspected or laboratory-confirmed COVID-19
Count

Key Inclusion Criteria:

- Hospitalization with clinically suspected or laboratory-confirmed SARS-CoV-2

Respiratory Support at Randomization

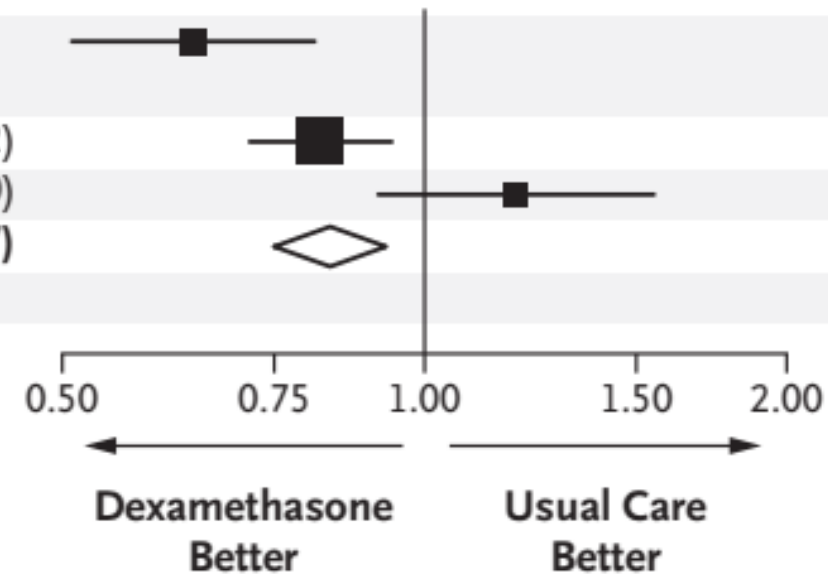
	Dexamethasone <i>no. of events/total no. (%)</i>	Usual Care	Rate Ratio (95% CI)	
Invasive mechanical ventilation	95/324 (29.3)	283/683 (41.4)		0.64 (0.51–0.81)
Oxygen only	298/1279 (23.3)	682/2604 (26.2)		0.82 (0.72–0.94)
No oxygen received	89/501 (17.8)	145/1034 (14.0)		1.19 (0.92–1.55)
All Patients	482/2104 (22.9)	1110/4321 (25.7)		0.83 (0.75–0.93)
P<0.001				

Chi-square trend across three categories: 11.6

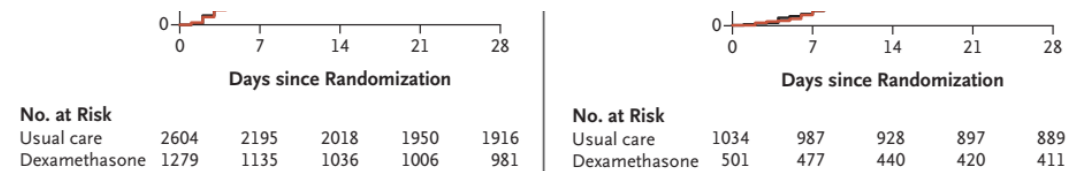
A All Participants (N=6425)



B Invasive Mechanical Ventilation (N=1007)



- All-cause mortality at 28 days after randomization





CORTICOIDS

* **Dexamethasone (ưu tiên)**

- Liều lượng:

+ Người lớn: 6 mg, 1 lần/ngày

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

- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch hoặc đường uống

* **Hydrocortisone**

- Liều lượng:

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

+ Trẻ em: 0.5 mg/kg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 150 mg/ngày) - Đường dùng: tiêm tĩnh mạch

* **Methylprednisolone**

- Liều lượng:

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

+ Trẻ em: 0.8 mg/kg/lần, 2 lần/ngày cách 12 giờ (tối đa 32 mg/ngày) - Đường dùng: tiêm tĩnh mạch

* **Prednisolone**

- Liều lượng:

+ Người lớn: 40 mg/lần, 1 lần/ngày,

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

- Đường dùng: uống



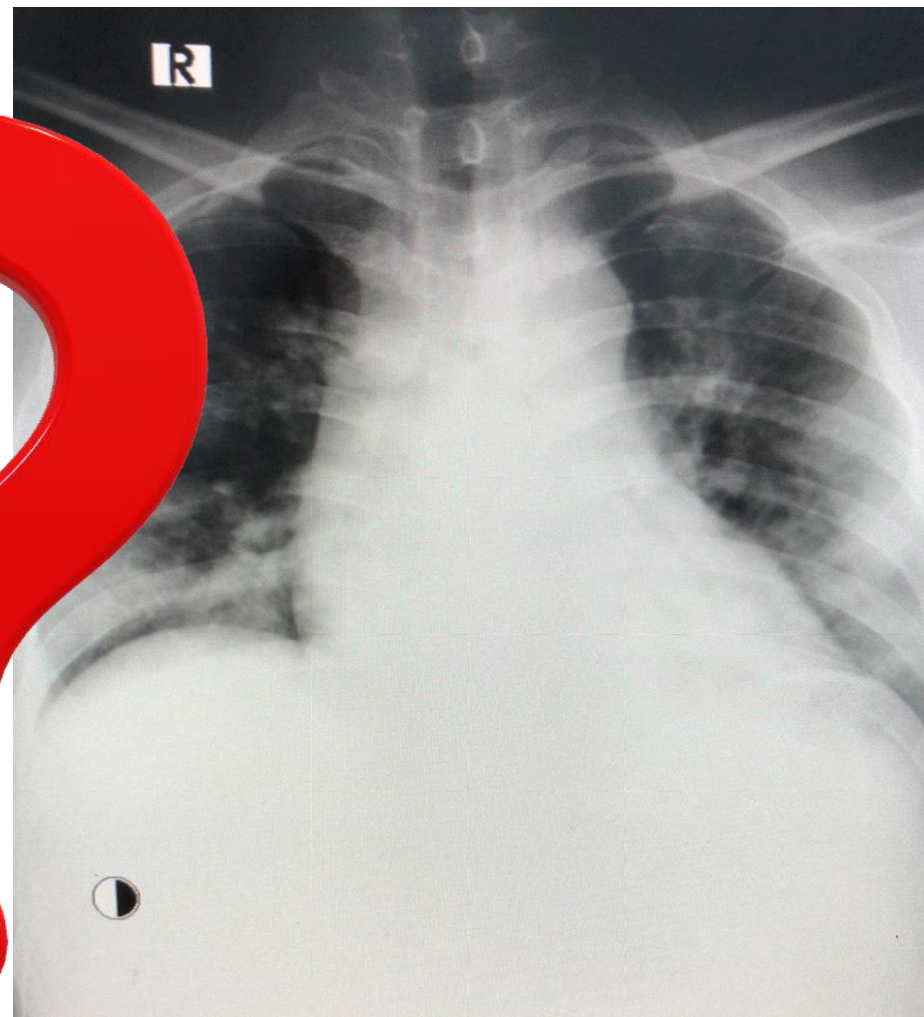
Ca lâm sàng

- **Ngày thứ 4 sau nhập viện:**
 - Bệnh nhân tỉnh, hỏi đáp đúng
 - M 105, HA 140/90
 - **Thở 25 l/phút, SpO2 95%/oxy cannula 5l/ph**
 - Nhiệt độ 39⁰C
- Da niêm hồng
- CC 155 cm, CN 68kg, BMI 28
- Phổi rale nổ 2 đáy
- Thở co kéo nhẹ

- Oxy cannula 5 l/ph
- Dexamethasone 8mg/d TM
- *Remdesivir (nếu có)*
- Kháng đông
 - Lovenox 40mg x 2 TDD
- Kháng sinh: Augmentin 1g x 2
- Điều trị triệu chứng
 - Hạ sốt: Paracetamol, celecoxib
 - Bù nước, điện giải

Ca lâm sàng

- Ngày thứ 6 sau nhập viện:
 - Bệnh nhân tỉnh
 - Than mệt, khó thở nhiều hơn
 - M 115, HA 130/80
 - Thở 30 l/phút, SpO₂ 88%/oxy cannula 6 l/ph
 - Nhiệt độ 39⁰C
- Phổi rale nổ 2 bên
- Tim nhanh
- Thở co kéo cơ hô hấp phụ





TAKE HOME MESSAGE

- Phân loại BN đúng là yếu tố quan trọng để điều trị
- Cần đánh giá cẩn thận, tránh bỏ sót các nguy cơ cao có khả năng diễn tiến nặng ở BN COVID-19
- SpO2 là một thông số hữu ích để theo dõi BN
- BN COVID-19 nhẹ và tb không nguy cơ diễn tiến nặng hiện tại chưa có liệu pháp điều trị nào cho thấy có lợi
- Sử dụng kháng thể đơn dòng sớm có thể giúp làm chậm diễn tiến bệnh
- Bệnh nhân diễn tiến cần các điều trị: kháng virus, kháng đông, corticoids nhằm giảm nguy cơ diễn tiến nặng hơn

Thank you
for
listening!

