

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 3377/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 30 tháng 8 năm 2023

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sốt rét

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 95/2022/NĐ-CP ngày 15 tháng 11 năm 2022 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn sửa đổi, bổ sung hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Sốt rét được thành lập tại Quyết định số 3022/QĐ-BYT ngày 28 tháng 7 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sốt rét” thay thế hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh Sốt rét ban hành kèm Quyết định số 2699/QĐ-BYT ngày 26 tháng 06 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

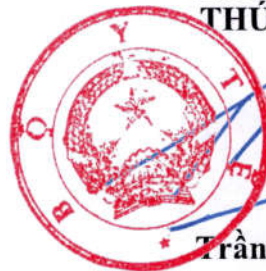
Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các Ông/Bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Viện trưởng các Viện: Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn, Viện Sốt rét-Ký sinh trùng - Côn trùng TP Hồ Chí Minh; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

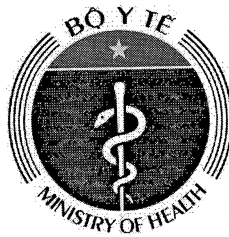
Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Công TTĐT Bộ Y tế; website Cục QLKCB;
- Lưu: VT; KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Trần Văn Thuấn



HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT RÉT

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3377 /QĐ-BYT
ngày 30 tháng 8 năm 2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội - 2023

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN “HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH SỐT RÉT”

Chỉ đạo biên soạn

Gs.Ts. Trần Văn Thuấn	Thứ trưởng Bộ Y tế
-----------------------	--------------------

Chủ biên

Gs.Ts. Nguyễn Văn Kính	Phó Chủ tịch thường trực Tổng hội Y học Việt Nam, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
------------------------	--

Đồng chủ biên

PGs.Ts. Lương Ngọc Khuê	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
Ts. Hoàng Đình Cảnh	Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương

Ban biên soạn

Ts. Nguyễn Trọng Khoa	Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
Ts. Nguyễn Lương Tâm	Phó Cục trưởng Cục Y tế Dự phòng
PGs.Ts. Hồ Văn Hoàng	Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn
BsCKII. Nguyễn Thành Dũng	Giám đốc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh
Ts. Nguyễn Quang Thiều	Phó Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương
Ts. Trần Quang Phục	Phó Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương
Ts. Huỳnh Hồng Quang	Phó Viện trưởng Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Quy Nhơn
BsCKII. Nguyễn Hồng Hà	Nguyên Phó Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
Ths. Trương Lê Văn Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
PGs.Ts. Đỗ Duy Cường	Giám đốc Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai
Ts. Lê Quốc Hùng	Trưởng khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Chợ Rẫy
Ts. Hồ Đăng Trung Nghĩa	Trưởng khoa Nhiễm Việt – Anh, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh
Ts. Trần Văn Giang	Phó Trưởng khoa Vi rút - Ký sinh trùng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
PGs.Ts. Trần Quang Bính	Nguyên Trưởng khoa Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Chợ Rẫy
Ths. Trần Công Đại	Chuyên gia của Tổ chức Y tế thế giới tại Việt Nam

Qua

PGs.Ts. Bùi Quang Phúc	Trưởng khoa Nghiên cứu lâm sàng và Thực nghiệm, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương
Ts. Nguyễn Văn Hồng	Phó Trưởng khoa Nghiên cứu Lâm sàng và Thực nghiệm, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương
Thư ký biên soạn	
BsCKII. Cao Đức Phương	Chuyên viên chính phòng Nghiệp vụ - Bảo vệ sức khỏe cán bộ, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
Ts. Nguyễn Văn Hồng	Phó Trưởng khoa Nghiên cứu lâm sàng và Thực nghiệm, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung ương
Ths. Đỗ Thị Huyền Trang	Cục Quản lý Khám, chữa bệnh

BỘ Y TẾ**CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**HƯỚNG DẪN****Chẩn đoán và điều trị bệnh Sốt rét***(Ban hành kèm theo Quyết định số 3377 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)***I. ĐẠI CƯƠNG**

Bệnh sốt rét là bệnh truyền nhiễm do ký sinh trùng Plasmodium gây ra gồm: *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*), *Plasmodium vivax* (*P. vivax*), *Plasmodium malariae* (*P. malariae*), *Plasmodium ovale* (*P. ovale*) và *Plasmodium knowlesi* (*P. knowlesi*). Muỗi Anopheles là véc tơ truyền bệnh.

Bệnh thường biểu hiện bằng những cơn sốt rét điển hình với ba triệu chứng: rét run, sốt, vã mồ hôi có tính chu kỳ tùy theo loài ký sinh trùng. Sốt rét do *P. falciparum* có thể gây ra sốt rét ác tính dẫn tới tử vong nếu không được chẩn đoán, điều trị kịp thời.

Bệnh sốt rét có thuốc điều trị đặc hiệu và bệnh có thể phòng chống được. Đến năm 2022, Việt Nam đã có 42 tỉnh được công nhận loại trừ sốt rét, tuy nhiên vẫn còn 21 tỉnh có sốt rét lưu hành và có các trường hợp mắc bệnh sốt rét ngoại lai do đi làm việc, công tác, du lịch từ các quốc gia có sốt rét lưu hành trở về.

II. CHẨN ĐOÁN**1. Trường hợp nghi ngờ sốt rét**

Là những trường hợp có sốt và có yếu tố dịch tễ.

a) Sốt: người bệnh đang sốt hoặc có tiền sử sốt trong 3 ngày gần đây.

- Có triệu chứng điển hình của cơn sốt rét: rét run, sốt và vã mồ hôi, có tính chu kỳ.

- Những người bị sốt rét lần đầu tiên thường không có cơn sốt rét điển hình mà thường sốt không thành cơn (người bệnh thấy ớn lạnh, gai rét) hoặc sốt cao liên tục, sốt dao động.

b) Yếu tố dịch tễ: đến vùng sốt rét, đang ở hoặc trở về từ vùng sốt rét lưu hành hoặc có tiền sử mắc sốt rét.

Tất cả các trường hợp nghi ngờ sốt rét đều phải làm xét nghiệm để phát hiện ký sinh trùng sốt rét. Nếu lần đầu xét nghiệm soi lam âm tính, mà vẫn còn nghi ngờ người đó bị sốt rét, thì phải xét nghiệm lại lam máu sau 8 - 24 giờ tốt nhất vào thời điểm người bệnh đang lên cơn sốt.

2. Trường hợp bệnh sốt rét xác định

Trường hợp bệnh sốt rét xác định là trường hợp có ký sinh trùng sốt rét trong máu được xác định bằng xét nghiệm lam máu nhuộm Giemsa hoặc xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên hoặc kỹ thuật sinh học phân tử.

* Các kỹ thuật xét nghiệm xác định ký sinh trùng sốt rét bao gồm:

a) **Kỹ thuật xét nghiệm lam máu nhuộm Giemsa:** là kỹ thuật phổ biến trong phát hiện ký sinh trùng sốt rét ở các cơ sở y tế, kết quả xét nghiệm ký sinh trùng có thể trả lời trong vòng 1 giờ.

b) **Kỹ thuật xét nghiệm chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên sốt rét (Rapid Diagnostic Tests - RDTs):** được áp dụng để chẩn đoán sốt rét tại các cơ sở y tế và y tế thôn bản, kết quả xét nghiệm ký sinh trùng có thể trả lời trong vòng 30 phút.

c) **Kỹ thuật sinh học phân tử:** kỹ thuật xác định chất liệu di truyền (DNA hoặc RNA) của ký sinh trùng sốt rét trong máu. Áp dụng ở những nơi có đủ điều kiện kỹ thuật.

3. Các thể lâm sàng

3.1. Sốt rét thể thông thường (chưa biến chứng)

Sốt rét chưa biến chứng là trường hợp mắc sốt rét xác định, không có dấu hiệu đe dọa tính mạng người bệnh, có thể có triệu chứng lâm sàng hoặc không.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Con sốt rét điển hình có 3 giai đoạn: rét run - sốt - vã mồ hôi, có tính chu kỳ.

+ Con sốt rét không điển hình như: sốt không thành cơn, ớn lạnh, gai rét (hay gặp ở người sống lâu trong vùng sốt rét lưu hành), sốt liên tục hoặc dao động (hay gặp ở trẻ em, người bệnh bị sốt rét lần đầu).

+ Những dấu hiệu khác: thiếu máu, lách to, gan to...

- Xét nghiệm: có ký sinh trùng sốt rét.

3.2. Sốt rét ác tính/biến chứng

Sốt rét ác tính là trường hợp sốt rét có biến chứng đe dọa tính mạng người bệnh. Sốt rét ác tính thường xảy ra trên những người bệnh nhiễm *P. falciparum* hoặc nhiễm phối hợp có *P. falciparum*. Các trường hợp nhiễm *P. vivax* hoặc *P. knowlesi* đơn thuần cũng có thể gây sốt rét ác tính.

3.2.1. Các dấu hiệu cảnh báo sốt rét ác tính

- Rối loạn ý thức nhẹ, thoáng qua (li bì, cuồng sáng, vật vã ...);

- Sốt cao liên tục;

- Rối loạn tiêu hóa: nôn, tiêu chảy nhiều lần trong ngày, đau bụng cấp;

- Đau đầu dữ dội;

Handwritten signature

- Mật độ ký sinh trùng thể vô tính cao (*P. falciparum* ++++ hoặc ≥ 100.000 KST/ μ l máu);

- Thiếu máu nặng: da xanh, niêm mạc nhợt.

3.2.2. Các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm của sốt rét ác tính

Sốt rét ác tính được xác định khi phát hiện có ký sinh trùng sốt rét thể vô tính trong máu và xuất hiện một hoặc nhiều triệu chứng sau đây:

- Suy sụp: yếu toàn thân khiến người bệnh không có khả năng tự ngồi, đứng và đi lại mà không có sự hỗ trợ;

- Rối loạn tri giác hoặc hôn mê: Glasgow < 11 điểm đối với người lớn, Blantyre < 3 điểm đối với trẻ em;

- Co giật nhiều lần: trên 2 cơn /24 giờ;

- Suy hô hấp: nhịp thở > 30 lần/phút, co kéo cơ hô hấp và nghe có ran ẩm ở 2 đáy phổi. Độ bão hòa oxy trong máu mao mạch ngoại vi (SpO_2) < 92% có thể có phù phổi cấp; ARDS; chụp X-quang phổi có hình mờ 2 rốn phổi và đáy phổi;

- Sốc: sốc còn bù được định nghĩa là thời gian đổ đầy mao mạch ≥ 3 giây hoặc chênh lệch nhiệt độ ở chân (đoạn giữa chi và phần chi sát thân mình) nhưng không hạ huyết áp. Sốc mất bù được định nghĩa là huyết áp tâm thu < 70 mmHg ở trẻ em hoặc < 80 mmHg ở người lớn, kèm theo bằng chứng của suy giảm tưới máu (máu ngoại vi hoặc thời gian đổ đầy mao mạch kéo dài);

- Thiếu máu nặng do sốt rét: nồng độ huyết sắc tố ≤ 5 g/dL hoặc hematocrit $\leq 15\%$ ở trẻ em < 12 tuổi, nồng độ huyết sắc tố < 7 g/dL hoặc hematocrit < 20% ở người lớn với số lượng ký sinh trùng > 10.000/ μ L;

- Tồn thương gan: vàng da, Bilirubin toàn phần > 50 μ mol/L (3 mg/dL), men gan cao;

- Suy thận cấp: thiếu niệu (< 400ml/ngày) hoặc vô niệu (< 200ml/ngày), Creatinine huyết tương hoặc huyết thanh > 265 μ mol/L (> 3 mg/dL) ở cả người lớn và trẻ em; hoặc ure máu > 20 mmol/L;

- Rối loạn đông máu: bao gồm chảy máu tái phát hoặc kéo dài ở mũi, nướu răng hoặc các vị trí lấy máu tĩnh mạch; nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen;

- Toan chuyển hóa: thiếu hụt kiềm > 8 mEq/L hoặc thể hiện bằng mức bicarbonate huyết tương < 15 mmol/L (pH < 7,35) hoặc lactate huyết tương tĩnh mạch ≥ 5 mmol/L.

- Hạ đường huyết: đường huyết < 2,2 mmol/L (< 40 mg/dL);

- Mật độ ký sinh trùng cao (> 10% hồng cầu bị nhiễm ký sinh trùng, thường gặp với *P. falciparum*).

Phu

3.2.3. Một số biểu hiện thường gặp trong sốt rét ác tính ở trẻ em và phụ nữ có thai

- Trẻ em: thiếu máu nặng, hôn mê, co giật, hạ đường huyết, suy hô hấp, toan chuyển hóa.
- Phụ nữ có thai: hạ đường huyết (thường sau điều trị quinin), thiếu máu, sảy thai, đẻ non, nhiễm trùng hậu sản sau sảy thai hoặc đẻ non.

4. Chẩn đoán phân biệt

4.1. Chẩn đoán phân biệt sốt rét thường với các bệnh khác

Trường hợp kết quả xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần phân biệt với sốt do các nguyên nhân khác như: sốt xuất huyết Dengue, sốt thương hàn, sốt mò, cảm cúm, viêm họng, viêm amidan, viêm màng não...

4.2. Chẩn đoán phân biệt sốt rét ác tính với các bệnh cảnh ác tính khác

Trường hợp xét nghiệm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần làm thêm các xét nghiệm khác, khai thác kỹ yếu tố dịch tễ liên quan để tìm các nguyên nhân:

- Hôn mê do viêm não, viêm màng não, nhiễm khuẩn nặng...
- Vàng da, vàng mắt do xoắn khuẩn, nhiễm khuẩn đường mật, viêm gan vi rút, tan huyết.
- Sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, sốt mò.
- Suy hô hấp cấp do các nguyên nhân khác.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Phát hiện và điều trị sớm bằng thuốc đặc trị đúng và đủ liều;
- Điều trị cắt cơn sốt kết hợp với chống lây lan đối với sốt rét do *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. knowlesi* và điều trị tiết căn đối với sốt rét do *P. vivax*, *P. ovale* ngay từ ngày đầu tiên;
- Các trường hợp sốt rét do *P. falciparum* không được dùng một thuốc sốt rét đơn thuần, phải điều trị thuốc sốt rét phối hợp hoặc phối hợp các thuốc khác nhau để tăng hiệu lực điều trị và hạn chế kháng thuốc;
- Kết hợp điều trị thuốc sốt rét đặc hiệu với điều trị hỗ trợ và nâng cao thể trạng;
- Điều trị sốt rét ở người bệnh có bệnh lý kèm theo thì phải điều trị kết hợp bệnh lý kèm theo;
- Các trường hợp sốt rét ác tính phải chuyển về đơn vị hồi sức cấp cứu của bệnh viện từ tuyến huyện trở lên, theo dõi chặt chẽ và hồi sức tích cực;
- Có thể chỉ định điều trị cho một số trường hợp nghi ngờ sốt rét có dấu hiệu đe dọa đến tính mạng của người bệnh sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác.

Chu

2. Điều trị cụ thể

2.1. Điều trị sốt rét thể thông thường (chưa biến chứng)

a) Điều trị đặc hiệu ưu tiên

- Sốt rét do *P. falciparum* đơn thuần hoặc phối hợp *P. falciparum* với *P. malariae* hoặc *P. knowlesi*: Pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) uống 3 ngày (xem Bảng 2 hoặc 3) và primaquin liều duy nhất (xem Bảng 4).

- Sốt rét do *P. falciparum* phối hợp với *P. vivax* hoặc *P. ovale*: Pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) uống 3 ngày (xem Bảng 2 hoặc 3) và primaquin uống 7 ngày hoặc 14 ngày (xem Bảng 4) hoặc Tafenoquine liều duy nhất (sử dụng sau khi được Bộ Y tế cấp phép lưu hành, liều dùng theo hướng dẫn của nhà sản xuất).

- Sốt rét do *P. vivax* hoặc *P. ovale*: Chloroquin uống 3 ngày (xem Bảng 5) hoặc Pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) uống 3 ngày (xem Bảng 2 hoặc 3) và primaquin uống 7 ngày hoặc 14 ngày (xem Bảng 4) hoặc Tafenoquine liều duy nhất (sử dụng sau khi được Bộ Y tế cấp phép lưu hành, liều dùng theo hướng dẫn của nhà sản xuất).

- Sốt rét do *P. malariae* hoặc *P. knowlesi*: Chloroquin uống 3 ngày (xem Bảng 5) hoặc Pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) uống 3 ngày (xem Bảng 2 hoặc 3) và primaquin uống liều duy nhất (xem Bảng 4).

* Chú ý:

- Primaquin nên được uống ngay từ ngày đầu tiên.

- Không dùng primaquin cho trẻ em dưới 6 tháng tuổi, phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú (con dưới 6 tháng tuổi).

- Tafenoquine không dùng cho trẻ em dưới 2 tuổi hoặc có cân nặng dưới 5 kg, người thiếu/bán thiếu G6PD, phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú.

b) Điều trị thay thế

Trong trường hợp không có pyronaridin tetraphosphat - artesunat bệnh nhân nhiễm sốt rét có thể được điều trị bằng một trong các thuốc sốt rét sau theo thứ tự ưu tiên:

- Artesunat - mefloquin (xem Bảng 9)

- Artemether - lumefantrin (xem Bảng 10)

- Artesunat - amodiaquin (xem Bảng 11)

- Dihydroartemisinin - piperaquin (xem Bảng 12)

- Quinin (xem Bảng 6) + clindamycin (xem Bảng 7) hoặc quinin (xem Bảng 6) + doxycycline (xem Bảng 8)

Đam

c) Xử trí các trường hợp điều trị thất bại

Tất cả trường hợp điều trị thất bại, phải lấy lam máu để xét nghiệm lại và điều trị như sau:

- Xuất hiện các triệu chứng nguy hiểm trong vòng 3 ngày đầu và còn ký sinh trùng sốt rét thì phải điều trị như sốt rét ác tính (Mục 2.3).

- Nếu người bệnh xuất hiện lại ký sinh trùng sốt rét trong vòng 28 ngày kể từ ngày đầu tiên dùng thuốc thường là tái phát, cần điều trị bằng thuốc điều trị thay thế (phần b Mục 2.1) hoặc bằng pyronaridin tetrachlorophosphat - artesunat (Pyramax) cho người bệnh nhiễm *P. vivax* hoặc *P. ovale* mà ban đầu điều trị bằng chloroquin.

- Nếu người bệnh xuất hiện lại ký sinh trùng sốt rét sau 28 ngày, được coi như tái nhiễm và điều trị như 1 ca mắc mới (phần a Mục 2.1).

- Nếu gặp các trường hợp điều trị thất bại đối với thuốc sốt rét tại cơ sở điều trị, cần báo lên tuyến trên để tiến hành xác minh ký sinh trùng sốt rét kháng thuốc.

2.2. Điều trị sốt rét thể thông thường ở nhóm bệnh nhân đặc biệt

2.2.1. Phụ nữ có thai

Phụ nữ có thai mắc sốt rét dễ chuyển thành sốt rét ác tính, vì vậy việc điều trị phải nhanh chóng và hiệu quả.

a) Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu

- Điều trị sốt rét do *P. falciparum* hoặc nhiễm phối hợp có *P. falciparum*:

- + Thuốc điều trị là quinin sulfat 7 ngày (xem Bảng 6) + clindamycin 7 ngày (xem Bảng 7).

- + Trường hợp không có quinin sulfat, có thể dùng artemether - lumefantrin (xem Bảng 10).

- Điều trị sốt rét do *P. vivax* hoặc *P. malariae* hoặc *P. ovale* hoặc *P. knowlesi*: Thuốc điều trị là chloroquin x 3 ngày (xem Bảng 5).

b) Phụ nữ có thai trên 3 tháng

- Điều trị sốt rét do *P. falciparum* hoặc nhiễm phối hợp có *P. falciparum*: Thuốc điều trị là artemether - lumefantrin (xem Bảng 10) hoặc artesunat - mefloquin (xem Bảng 9) hoặc dihydroartemisinin - piperaquin (xem Bảng 12) hoặc artesunat - amodiaquin (xem Bảng 11) uống 3 ngày. Quinin có liên quan đến việc tăng nguy cơ hạ đường huyết vào cuối thai kỳ nên phác đồ quinin sulfat 7 ngày (xem Bảng 6) + clindamycin 7 ngày (xem Bảng 7) chỉ nên sử dụng nếu không có thuốc thay thế hiệu quả.

- Điều trị sốt rét do *P. vivax* hoặc *P. malariae* hoặc *P. ovale* hoặc *P. knowlesi*: Thuốc điều trị là chloroquin trong 3 ngày hoặc artemether - lumefantrin (xem Bảng 10) hoặc artesunat - mefloquin (xem Bảng 9) hoặc dihydroartemisinin - piperaquin (xem Bảng 12) uống 3 ngày.

Quin

*** Chú ý:** Không điều trị primaquin cho phụ nữ có thai.

2.2.2. Phụ nữ đang cho con bú

Phụ nữ đang cho con bú bị sốt rét, thuốc điều trị cắt cơn với phác đồ được sử dụng như điều trị phụ nữ có thai trên 3 tháng bị sốt rét.

*** Chú ý:**

- Không sử dụng primaquin cho phụ nữ đang cho con bú, trừ khi trẻ được biết không thiếu G6PD.

- Artesunat - mefloquin được tiết qua sữa mẹ, do vậy không dùng trong thời gian đang cho con bú; Nếu không có thuốc khác thay thế, nên ngừng cho bú trong thời gian điều trị.

2.3. Điều trị sốt rét ác tính

a) Nguyên tắc điều trị

- Điều trị ở đơn vị hồi sức cấp cứu;
- Điều trị đặc hiệu phải dùng thuốc tiêm cho đến khi người bệnh tỉnh, nếu người bệnh uống được thì dùng thuốc phối hợp cho đủ 3 ngày. Trường hợp không có thuốc tiêm thì dùng thuốc qua đường sonde dạ dày;
- Điều trị rối loạn chức năng cơ quan (nếu có);
- Làm xét nghiệm lam máu đánh giá mật độ ký sinh trùng sốt rét hàng ngày;
- Nâng cao thể trạng và dinh dưỡng.

b) Thuốc điều trị đặc hiệu

Thuốc được sử dụng theo thứ tự ưu tiên như sau: Artesunat tiêm (xem Bảng 1) hoặc artemether tiêm hoặc quinin tiêm (xem Bảng 13 hoặc Bảng 14):

- Artesunat tiêm (xem Bảng 1): cần tuân thủ liều điều trị của 24 giờ đầu, kể cả khi người bệnh có thể uống được thuốc trước khi hết 24 giờ. Artesunat được ưu tiên dùng bằng đường tiêm tĩnh mạch, nếu không tiêm tĩnh mạch được có thể tiêm bắp.

+ Trẻ em > 20 kg và người lớn: Liều giờ đầu 2,4 mg/kg, tiêm nhắc lại 2,4 mg/kg vào giờ thứ 12 (ngày đầu). Sau đó mỗi ngày tiêm 1 liều 2,4 mg/kg cho đến khi người bệnh tỉnh, có thể uống và hấp thu được, chuyển sang uống pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) 3 ngày.

+ Trẻ em < 20kg liều sử dụng artesunat tiêm là 3mg/kg/lần, quy trình điều trị như trẻ > 20kg.

- Artemether:

+ Đường dùng là tiêm bắp sâu.

+ Ngày đầu tiên liều điều trị là 3,2 mg/kg (giờ đầu và giờ thứ 12). Từ ngày thứ 2 dùng liều 1,6 mg/kg/ngày (không dùng quá 7 ngày), cho đến khi người bệnh

Qua

tĩnh, có thể uống và hấp thu được thì chuyển sang uống pyronaridin tetrphosphat - artesunat (Pyramax) trong 3 ngày liên tục.

- Quinin dihydrochloride: tiêm hoặc truyền tĩnh mạch với liều 20 mg/kg cho 8 giờ đầu, sau đó 10 mg/kg cho mỗi 8 giờ tiếp theo (xem Bảng 14), cho đến khi người bệnh tĩnh có thể uống và hấp thu được thì chuyển sang uống quinin sunfat (xem Bảng 6) + clindamycin (xem Bảng 7)/doxycyclin (xem Bảng 8) cho đủ 7 ngày hoặc pyronaridin tetrphosphat - artesunat (Pyramax) trong 3 ngày.

*** Chú ý:**

- Không dùng artemether cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu, trừ trường hợp sốt rét ác tính mà không có thuốc quinin tiêm.

- Khi dùng quinin để phòng hạ đường huyết và trụy tim mạch do truyền nhanh.

c) Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai

Phụ nữ có thai khi bị sốt rét ác tính có thể dẫn đến sảy thai, đẻ non, thai chết lưu và tử vong. Do vậy, phải tích cực điều trị diệt ký sinh trùng sốt rét kết hợp điều trị triệu chứng, biến chứng.

- Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu dùng quinin dihydrochlorid (xem Bảng 14) và clindamycin (xem Bảng 7). Nếu không có quinin tiêm có thể cân nhắc dùng artesunat nếu lợi ích lớn hơn nguy cơ.

- Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai trên 3 tháng: dùng artesunat tiêm như với người bệnh sốt rét ác tính, khi người bệnh tĩnh và hấp thu được có thể chuyển sang uống artemether - lumefantrin (xem Bảng 10) hoặc artesunat - mefloquin (xem Bảng 9) hoặc dihydroartemisinin - piperquin (xem Bảng 12) hoặc artesunat - amodiaquin (xem Bảng 11) uống 3 ngày hoặc quinin sunfat 7 ngày (xem Bảng 6) + clindamycin 7 ngày (xem Bảng 7) nếu không có thuốc thay thế hiệu quả.

*** Chú ý:**

- Phụ nữ có thai hay bị hạ đường huyết, nhất là khi điều trị quinin, nên truyền glucose 10% và theo dõi glucose máu.

- Khi bị sảy thai hoặc đẻ non cần kiểm soát nhiễm khuẩn do các nguyên nhân khác.

2.4. Theo dõi trong quá trình điều trị

a) Theo dõi lâm sàng

- Nếu bệnh diễn biến nặng hơn hoặc trong 3 ngày điều trị mà người bệnh vẫn sốt hoặc tình trạng bệnh xấu đi và còn ký sinh trùng sốt rét thì dùng thuốc điều trị thay thế.

Am

- Nếu bệnh diễn biến nặng hơn hoặc trong 3 ngày điều trị mà người bệnh vẫn sốt hoặc tình trạng bệnh xấu đi và không còn ký sinh trùng sốt rét thì tìm nguyên nhân khác.

- Nếu người bệnh bị nôn trong vòng 30 phút sau khi uống thuốc, thì phải uống liều khác thay thế hoặc dùng thuốc dạng tiêm.

b) Theo dõi ký sinh trùng

- Lấy lam máu kiểm tra ký sinh trùng sốt rét hàng ngày tại cơ sở điều trị đến khi âm tính.

- Chỉ cho người bệnh ra viện khi kết quả soi lam âm tính.

- Hẹn người bệnh đến xét nghiệm lại vào các ngày thứ 29, ngày thứ 43 hoặc ngày bất kỳ mà bệnh nhân có sốt trở lại.

c) Tư vấn tuân thủ điều trị

Cán bộ y tế tư vấn nhắc nhở người bệnh uống thuốc đúng, đủ theo lộ trình điều trị và tái khám, xét nghiệm theo lịch để theo dõi ký sinh trùng sốt rét.

IV. PHÂN TUYẾN ĐIỀU TRỊ

1. Trạm y tế xã, phòng khám bệnh tư nhân

- Điều trị sốt rét thể thông thường.

- Điều trị sốt rét thể thông thường ở nhóm người bệnh đặc biệt. Trong quá trình điều trị cần theo dõi sát người bệnh, khi có dấu hiệu dự báo ác tính phải chuyển ngay lên cơ sở y tế tuyến trên.

- Trạm y tế xã, cơ sở y tế tư nhân xử trí ban đầu các trường hợp sốt rét ác tính hoặc đe dọa sốt rét ác tính. Người bệnh có các dấu hiệu dự báo sốt rét ác tính cần xử trí như sau:

+ Tiêm ngay liều đầu tiên artesunat (xem Bảng 1) hoặc Quinin hydrochloride nếu là phụ nữ có thai dưới 3 tháng tuổi (xem Bảng 14) hoặc uống 1 liều pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) (xem Bảng 2 hoặc Bảng 3) hoặc quinin sulfat (xem Bảng 6) hoặc các thuốc phối hợp khác (phần b Mục 2.1), sau đó chuyển người bệnh lên tuyến trên. Nếu thời gian vận chuyển trên 8 giờ thì cần cho liều tiếp theo trên đường vận chuyển.

+ Không chuyển ngay những người bệnh đang trong tình trạng sốc (mạch nhanh nhỏ khó bắt, chân tay lạnh, vã mồ hôi, tụt huyết áp), phù phổi cấp, co giật...

+ Trường hợp không thể chuyển lên tuyến trên được, cần đề nghị tuyến trên xuống tăng cường bằng phương tiện nhanh nhất, đồng thời tiếp tục điều trị tích cực trong khi chờ đợi.

2. Trung tâm y tế tuyến huyện, bệnh viện đa khoa tuyến huyện và bệnh viện tư nhân

Điều trị tất cả trường hợp sốt rét, ở một số cơ sở y tế nếu trang thiết bị cấp cứu không đảm bảo thì chuyển bệnh nhân lên cơ sở y tế tuyến trên.

Handwritten signature

3. Bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương

Điều trị tất cả trường hợp sốt rét.

V. ĐIỀU TRỊ MỞ RỘNG

1. Điều trị toàn dân vùng nguy cơ

Định nghĩa: Là việc sử dụng một liệu trình điều trị đầy đủ thuốc chống sốt rét (bất kể có triệu chứng của nhiễm ký sinh trùng sốt rét hay không) cho một nhóm dân số xác định, sống trong một khu vực địa lý xác định (trừ những trường hợp có chống chỉ định) ở trong cùng một thời điểm và thường được lặp lại trong một khoảng thời gian.

Mục đích dùng điều trị toàn dân:

- Ngăn chặn sự lây truyền của bệnh sốt rét;
- Giảm nguy cơ lây lan đa kháng thuốc;
- Trong các vụ dịch sốt rét hoặc có nguy cơ xảy ra dịch sốt rét;
- Trường hợp khẩn cấp, tình trạng đặc biệt.

Các Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng và Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh quyết định chọn phạm vi điều trị, thuốc sử dụng phù hợp và số lần điều trị.

2. Điều trị nhóm đối tượng có nguy cơ cao

- Định nghĩa: Là điều trị một liều đầy đủ của thuốc sốt rét cho những người có nguy cơ nhiễm bệnh sốt rét cao hơn so với quần thể nói chung (đi rừng, ngủ rẫy, đi vào vùng sốt rét lưu hành, giao lưu biên giới...). Tùy thuộc vào tần suất và thời gian phơi nhiễm, có thể điều trị trước, trong hoặc sau khi có nguy cơ phơi nhiễm.

- Các Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng và Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh quyết định chọn đối tượng điều trị, thuốc sử dụng phù hợp và số lần điều trị.

3. Cấp thuốc tự điều trị

- Cấp cho những người đi vào rừng, vùng sốt rét lưu hành để sử dụng khi nghi ngờ bị mắc sốt rét (sốt, rét run...) mà không tiếp cận được dịch vụ chẩn đoán, điều trị.

- Cán bộ y tế từ tuyến xã trở lên mới được cấp thuốc tự điều trị, hướng dẫn cho người được cấp thuốc biết cách sử dụng thuốc và theo dõi sau khi trở về.

- Thuốc sốt rét được cấp để tự điều trị là thuốc phối hợp (đủ liều 3 ngày).

Handwritten signature

PHỤ LỤC I: THUỐC ĐIỀU TRỊ VÀ LIỀU DÙNG

Bảng 1. Artesunat tiêm, lọ 60 mg

- Liều tính theo cân nặng: Giờ đầu tiêm 2,4 mg/kg, tiêm nhắc lại 2,4 mg/kg vào giờ thứ 12. Sau đó mỗi ngày tiêm 1 liều 2,4 mg/kg (tối đa là 7 ngày) cho đến khi người bệnh tỉnh, có thể uống và hấp thu được thì chuyển sang thuốc pyronaridin tetraphosphat - artesunat (Pyramax) x 3 ngày.

- Liều tính theo lứa tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Liều ngày thứ nhất		Liều những ngày sau (dung dịch sau khi pha thuốc)
	Liều giờ thứ nhất (dung dịch sau khi pha thuốc)	Liều giờ thứ 12 (dung dịch sau khi pha thuốc)	
< 1 tuổi	2 ml	2 ml	2 ml
1 - < 5 tuổi	4 ml	4 ml	4 ml
5 - < 12 tuổi	8 ml	8 ml	8 ml
12 - < 15 tuổi	10 ml	10 ml	10 ml
≥ 15 tuổi	12 ml (2 lọ)	12 ml (2 lọ)	12 ml (2 lọ)

*** Chú ý:**

- Không dùng artesunat tiêm cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu, trừ trường hợp sốt rét ác tính.

- Việc pha thêm 5 ml natriclorua 0,9% là để chia liều lượng chính xác cho người bệnh là trẻ em.

- Trường hợp không tiêm được tĩnh mạch thì có thể tiêm bắp. Chỉ cần pha bột thuốc với 1 ml natri bicarbonat 5%, lắc kỹ cho bột artesunat tan hoàn toàn, rồi tiêm bắp.

Bảng 2. Gói bột pyronaridin tetraphosphat/artesunat 60mg/20mg (Pyramax)

Uống ngày 1 lần/ngày, liên tục trong 3 ngày. Liều lượng thuốc theo cân nặng như sau:

Cân nặng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
< 8 kg	1 gói	1 gói	1 gói
8 - < 15kg	2 gói	2 gói	2 gói
15 - < 20 kg	3 gói	3 gói	3 gói

Bảng 3. Pyronaridin tetrphosphat 180mg/artesunat 60mg (Pyramax)

- Uống ngày 1 lần/ ngày, liên tục trong 3 ngày.
- Trong trường hợp cần thiết, bác sĩ điều trị cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi dùng thuốc viên cho trẻ em < 20kg và chỉ dùng khi không có thuốc dạng bột.
- Liều lượng thuốc theo cân nặng như sau:

Cân nặng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
< 8 kg	1/3 viên	1/3 viên	1/3 viên
8 - < 15kg	2/3 viên	2/3 viên	2/3 viên
15 - < 24 kg	1 viên	1 viên	1 viên
24 - < 45 kg	2 viên	2 viên	2 viên
45 - < 65 kg	3 viên	3 viên	3 viên
≥ 65 kg	4 viên	4 viên	4 viên

* **Chú ý:** Không dùng thuốc cho các trường hợp sau:

- Mẫn cảm với pyronaridin, artesunat hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Đang bị tổn thương gan hoặc men gan tăng.
- Suy thận nặng.
- Phụ nữ có thai.

Bảng 4. Primaquin (viên chứa 7,5 mg primaquin base)

Nhóm tuổi	<i>P. falciparum</i>, <i>P. knowlesi</i>, <i>P. malariae</i> điều trị 1 lần	<i>P. vivax</i>, <i>P. ovale</i> điều trị 7 ngày	<i>P. vivax</i>, <i>P. ovale</i> điều trị 14 ngày
≥ 6 tháng - < 3 tuổi	1/2 viên	1/2 viên/ngày	1/4 viên/ngày
3 - < 5 tuổi	1 viên	1 viên/ngày	1/2 viên/ngày
5 - < 12 tuổi	2 viên	2 viên/ngày	1 viên/ngày
12 - < 15 tuổi	3 viên	3 viên/ngày	1½ viên/ngày
≥ 15 tuổi	4 viên	4 viên/ngày	2 viên/ngày

- Đối với người bệnh nhiễm *P. falciparum*/ *P. malariae*/*P. knowlesi*: uống liều duy nhất vào ngày đầu tiên để diệt giao bào.
- Đối với người bệnh nhiễm *P. vivax* hoặc *P. ovale* hoặc nhiễm phối hợp có *P. vivax* hoặc *P. ovale*:

a) Nếu có kết quả xét nghiệm G6PD

Amu

- Thiếu G6PD hoặc hoạt độ G6PD < 30% hoạt độ G6PD ở người bình thường dùng liều primaquin: 0,75mg/kg/lần/tuần x 8 tuần.

- Bán thiếu G6PD (hoạt độ G6PD từ 30 - 70% hoạt độ G6PD ở người bình thường), liều primaquin: 0,25 mg/kg/ngày x 14 ngày.

- Không thiếu G6PD: liều primaquin: 0,5 mg/kg/ngày x 7 ngày.

b) Nếu không có xét nghiệm G6PD: liều primaquin 0,25mg/kg/ngày x 14 ngày

Cần tư vấn cho người bệnh biết cách nhận biết các triệu chứng và dấu hiệu của tan máu cấp khi dùng primaquin (*sốt, nước tiểu màu đỏ sẫm hoặc đen, vàng da, vàng mắt, đau lưng, chóng mặt, khó thở...*) nếu có bất kỳ triệu chứng nào cần dùng uống ngay primaquin và đến cơ sở y tế có khả năng truyền máu. Người bệnh thiếu G6PD và bán thiếu cần phải được theo dõi chặt chẽ khi dùng primaquin.

*** Chú ý:**

- Không dùng primaquin cho trẻ em dưới 6 tháng tuổi, phụ nữ có thai và phụ nữ trong thời kỳ cho con bú (con dưới 6 tháng tuổi), người có bệnh gan. Nếu không có điều kiện xét nghiệm G6PD, thì cần theo dõi biến động lượng hồng cầu, màu sắc da và màu sắc nước tiểu (nước tiểu chuyển màu sẫm như nước vôi hoặc màu nước cà phê đen) để dùng thuốc kịp thời.

- Uống primaquin sau khi ăn.

Bảng 5. Chloroquin phosphat viên 250 mg (chứa 150 mg base)

- Cách dùng: 2 ngày đầu chia 2 lần/ngày cách nhau 6 giờ, ngày thứ 3 uống 1 lần.

- Liều tính theo cân nặng: Tổng liều 25mg base/kg, Liều lượng thuốc điều trị như sau:

+ Ngày 1: Chloroquin phosphat 10 mg base/kg cân nặng.

+ Ngày 2: Chloroquin phosphat 10 mg base/kg cân nặng.

+ Ngày 3: Chloroquin phosphat 5 mg base/kg cân nặng.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Ngày 1 (viên)	Ngày 2 (viên)	Ngày 3 (viên)
Dưới 1 tuổi	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{4}$
$\geq 1 - < 5$ tuổi	1	1	$\frac{1}{2}$
5 - < 12 tuổi	2	2	1
12 - > 15 tuổi	3	3	1 $\frac{1}{2}$
≥ 15 tuổi	4	4	2

Bảng 6. Quinin sulfat viên 250 mg

- Liều tính theo cân nặng: 30 mg/kg/24 giờ (chia đều 3 lần/24 giờ) điều trị 7 ngày.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Liều dùng
< 1 tuổi	1 viên/ngày x 7 ngày
1 - < 5 tuổi	1 $\frac{1}{2}$ viên/ngày x 7 ngày
5 - < 12 tuổi	3 viên/ngày x 7 ngày
12 - < 15 tuổi	5 viên/ngày x 7 ngày
≥ 15 tuổi	6 viên/ngày x 7 ngày

Bảng 7. Clindamycin (viên 150mg hoặc 300mg)

- Liều tính theo cân nặng 15 mg/kg/24 giờ chia 2 lần x 7 ngày.

- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Liều dùng	
	Viên 150 mg	Viên 300 mg
< 3 tuổi	1 viên/ngày x 7 ngày	1/2 viên/ngày x 7 ngày
3 - < 8 tuổi	1 $\frac{1}{2}$ viên/ngày x 7 ngày	3/4 viên/ngày x 7 ngày
8 - < 12 tuổi	2 viên/ngày x 7 ngày	1 viên/ngày x 7 ngày
12 - < 15 tuổi	3 viên/ngày x 7 ngày	1 $\frac{1}{2}$ viên/ngày x 7 ngày
≥ 15 tuổi	4 viên/ngày x 7 ngày	2 viên/ngày x 7 ngày

* **Chú ý:** Chỉ dùng phối hợp clindamycin với quinin viên ở phụ nữ có thai dưới 3 tháng và trẻ em dưới 8 tuổi.

Bảng 8. Doxycyclin viên 100mg

- Liều lượng tính theo cân nặng: 3mg/kg/ngày uống 1 lần x 7 ngày
- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Liều dùng
> 8 - < 12 tuổi	1/2 viên/ngày x 7 ngày
12 - < 15 tuổi	3/4 viên/ngày x 7 ngày
≥ 15 tuổi	1 viên/ngày x 7 ngày

** Chú ý: Chỉ dùng phối hợp doxycyclin với quinin ở người lớn và trẻ em trên 8 tuổi*

Bảng 9. Artesunat 100mg - mefloquin base 200mg

- Uống ngày 1 lần, liên tục trong 3 ngày.
- Liều lượng thuốc theo tuổi hoặc cân nặng như sau:

Nhóm tuổi	Cân nặng tương ứng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
≥ 2,5 tháng - < 12 tháng	≥ 5 - < 9 kg	1/4 viên	1/4 viên	1/4 viên
≥ 1 - < 5 tuổi	9 - < 18 kg	1/2 viên	1/2 viên	1/2 viên
5 - < 10 tuổi	18 - < 30 kg	1 viên	1 viên	1 viên
≥ 10 tuổi	≥ 30 kg	2 viên	2 viên	2 viên

** Chú ý: Không sử dụng điều trị thuốc cho những người có biểu hiện tâm thần, tiền sử động kinh, phụ nữ có thai.*

Bảng 10. Artemether 40mg – lumefantrin 240mg

- Uống 2 lần/ ngày, liên tục trong 3 ngày. Hai liều đầu tiên cách nhau 8 giờ.
- Liều lượng thuốc theo tuổi hoặc cân nặng như sau:

Cân nặng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
≥ 5 - < 15 kg	1/2 viên	1/2 viên	1/2 viên
15 - < 25kg	1 viên	1 viên	1 viên
25 - < 35 kg	1 1/2 viên	1 1/2 viên	1 1/2 viên
≥ 35kg	2 viên	2 viên	2 viên

** Chú ý: Nên uống thuốc ngay sau khi ăn hoặc thức uống có chất béo.*

Chú

Bảng 11. Artesunat 100mg - amodiaquin 270mg

- Uống ngày 1 lần, liên tục trong 3 ngày.
- Liều lượng thuốc theo tuổi hoặc cân nặng như sau:

Nhóm tuổi	Cân nặng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
$\geq 2,5 - < 12$ tháng	$\geq 5 - < 9$ kg	$\frac{1}{4}$ viên	$\frac{1}{4}$ viên	$\frac{1}{4}$ viên
$\geq 1 - < 5$ tuổi	$9 - < 18$ kg	$\frac{1}{2}$ viên	$\frac{1}{2}$ viên	$\frac{1}{2}$ viên
$5 - < 13$ tuổi	$18 - < 36$ kg	1 viên	1 viên	1 viên
≥ 13 tuổi	≥ 36 kg	2 viên	2 viên	2 viên

*** Chú ý:**

- Không sử dụng điều trị thuốc cho những đối tượng sau: Quá mẫn với hoạt chất hoặc bất kỳ tá dược trong viên thuốc, tiền sử tổn thương gan khi điều trị với amodiaquine, mắc các bệnh về máu, các bệnh về võng mạc.

- Artesunat và amodiaquine viên nên không được sử dụng để phòng bệnh sốt rét vì có thể dẫn đến mất bạch cầu hạt và nhiễm độc gan nặng.

Bảng 12. Dihydroartemisinin- piperaquin phosphat

Mỗi viên thuốc chứa dihydroartemisinin 40 mg và piperaquin phosphat 320 mg (biệt dược là Arterakine, CV Artecan). Điều trị ngày 1 lần, liên tục trong 3 ngày, liều thuốc tính theo cân nặng như sau:

Cân nặng	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3
< 8 kg	$\frac{1}{2}$ viên	$\frac{1}{2}$ viên	$\frac{1}{2}$ viên
$8 - < 17$ kg	1 viên	1 viên	1 viên
$17 - < 25$ kg	$1\frac{1}{2}$ viên	$1\frac{1}{2}$ viên	$1\frac{1}{2}$ viên
$25 - < 36$ kg	2 viên	2 viên	2 viên
$36 - < 60$ kg	3 viên	3 viên	3 viên
$60 - < 80$ kg	4 viên	4 viên	4 viên
≥ 80 kg	5 viên	5 viên	5 viên

*** Chú ý:** Không dùng cho phụ nữ có thai 3 tháng đầu.

Bảng 13. Quinin hydrochlorid, ống 500 mg

- Mỗi đợt điều trị 7 ngày.
- Liều tính theo nhóm tuổi (nếu không có cân) như sau:

Nhóm tuổi	Liều dùng
< 1 tuổi	$\frac{1}{10}$ ống x 3 lần /ngày
1 - < 5 tuổi	$\frac{1}{6}$ - $\frac{1}{3}$ ống x 3 lần /ngày
5 - < 12 tuổi	$\frac{1}{2}$ ống x 3 lần /ngày
12 - < 15 tuổi	$\frac{2}{3}$ ống x 3 lần /ngày
≥ 15 tuổi	1 ống x 3 lần /ngày

** Chú ý: Tiêm quinin dễ gây áp xe, cần tiêm bắp sâu và bảo đảm vô trùng.*

Bảng 14. Quinin dihydrochlorid, ống 500 mg

Liều theo cân nặng: Tiêm bắp: 30 mg/kg/24 giờ. Mỗi đợt điều trị 7 ngày.

Thời gian	Liều 8 giờ đầu (0 - 8h)	Liều 8 giờ tiếp theo (9 - 16h)	Liều 8 giờ tiếp theo (17 - 24h)	Liều mỗi ngày từ ngày 2 đến ngày 7 (*)
Quinin dihydrochloride	20 mg/kg	10 mg/kg	10 mg/kg	30 mg/kg chia 3 lần cách nhau 8 giờ.

** Chú ý: Khi người bệnh có thể uống và hấp thu được thì chuyển sang thuốc uống theo hướng dẫn.*

Thuốc được pha trong natri clorua 0,9% hoặc glucose 5% để truyền tĩnh mạch. Nếu trước đó người bệnh chưa điều trị quinin thì truyền tĩnh mạch với liều 20 mg/kg trong 8 giờ đầu, sau đó 10 mg/kg 8 giờ một lần cho đến khi người bệnh có thể uống và hấp thu được thì chuyển sang dùng quinin sulfat liều 30 mg/kg chia 3 lần trong ngày, cho đủ 7 ngày điều trị, nên phối hợp với doxycyclin liều 3 mg/kg x 7 ngày (không dùng cho trẻ em dưới 8 tuổi và phụ nữ có thai) hoặc clindamycin liều 15 mg/kg/24 giờ x 7 ngày.

Ví dụ: 1 người nặng 50kg, liều truyền đầu tiên 1000 mg quinin dihydrochlorid (8 giờ đầu), sau đó cứ 8 giờ truyền 500 mg, pha trong 500 ml natri clorua 0,9% hoặc glucose 5%, với tốc độ 40 giọt/phút.

** Chú ý: Trường hợp người bệnh suy thận, cần tính toán tổng lượng dịch truyền thích hợp, nếu cần chuyển sang tiêm bắp.*

Quin

PHỤ LỤC II

1. Thang điểm Glasgow của người lớn và trẻ em trên 5 tuổi

Dấu hiệu lâm sàng	Điểm
1. Đáp ứng bằng mắt	
Mở mắt tự phát	4
Mở mắt khi nghe gọi	3
Mở mắt khi bị kích thích đau	2
Không đáp ứng	1
2. Phản đáp ứng bằng vận động	
Đáp ứng chính xác theo yêu cầu, lời nói	6
Đáp ứng chính xác khi kích thích đau	5
Đáp ứng không chính xác khi kích thích đau	4
Tư thế co cứng (mất vỏ)	3
Tư thế duỗi cứng (mất não)	2
3. Phản đáp ứng bằng lời nói	
Định hướng tốt, nói được chính xác tên, ngày, giờ, địa điểm	5
Nói mạch lạc nhưng sai thông tin	4
Nói được từ đơn, dễ	3
Nói được những từ và câu vô nghĩa	2
Không nói được	1

Thang điểm Blantyre của trẻ em < 5 tuổi

Dấu hiệu lâm sàng	Điểm
1. Cử động mắt:	
- Theo hướng (ví dụ: theo mặt của mẹ)	1
- Không nhìn theo	0
2. Đáp ứng vận động:	
- Tại chỗ kích thích đau	2
- Co chi với kích thích đau	1
- Không đặc hiệu hoặc không đáp ứng	0
3. Đáp ứng lời nói:	
- Khóc to bình thường	2
- Khóc yếu rên rĩ	1
- Không đáp ứng	0