

Số: /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày tháng năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Nipah

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27 tháng 2 năm 2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Nipah.

Điều 2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Nipah được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

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

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, các Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ/Cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng Y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Trần Văn Thuận



HƯỚNG DẪN

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

BỆNH DO VI RÚT NIPAH

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT,
ngày tháng năm 2026 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội, 2026

MỤC LỤC

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN	4
1. ĐẠI CƯƠNG.....	6
2. TÁC NHÂN GÂY BỆNH	6
3. LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG	7
4. QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU TRỊ.....	9
5. PHÒNG BỆNH	10

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN
“HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH DO VI RÚT NIPAH”

Chỉ đạo biên soạn

GS.TS. Trần Văn Thuấn Thứ trưởng Bộ Y tế.

Chủ biên

BSCKII. Nguyễn Trung Cấp Phó Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Tham gia biên soạn

TS. Nguyễn Trọng Khoa Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB)

GS.TS. Nguyễn Văn Kính Phó Chủ tịch thường trực Tổng hội Y học Việt Nam

PGS.TS. Đỗ Duy Cường Giám đốc Viện Y học nhiệt đới Bạch Mai, Bệnh viện Bạch Mai

PGS.TS. Nguyễn Hoàng Anh Giám đốc Trung tâm DI &ADR quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội

TS. BS. Nguyễn Văn Lâm Giám đốc Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương

PGS.TS. Nguyễn Kim Thu Trưởng khoa Nhiễm khuẩn tổng hợp, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương; Trưởng Bộ môn Truyền Nhiễm, Trường Đại học Y Hà Nội

PGS.TS. Lê Quốc Hùng Trưởng khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Chợ Rẫy

PGS.TS. Phùng Thị Bích Thủy Phụ trách khoa Sinh học phân tử các bệnh truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương

PGS.TS. Trần Văn Giang Viện trưởng Viện Đào tạo và Nghiên cứu Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

TS.BS. Phạm Thế Thạch Phó giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực, Bệnh viện Bạch Mai

BSCKII. Nguyễn Xuân Hiền Trưởng khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế

PGS.TS.BS. Võ Triều Lý Trưởng khoa Nhiễm E, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh

BSCKII. Huỳnh Thị Thúy Hoa Nguyên Trưởng khoa Nội B, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh

BSCKII. Nguyễn Thị Hồng Lan	Trưởng khoa Nội A, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh
TS. Ngũ Duy Nghĩa	Trưởng khoa Kiểm soát bệnh truyền nhiễm, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
TS. Văn Đình Tráng	Trưởng khoa Vi sinh – Sinh học phân tử, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
TS. Vũ Quang Hiếu	Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tại Việt Nam
ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng phòng Nghiệp vụ, Cục QLKCB
TS. Vũ Ngọc Long	Phó Trưởng phòng phụ trách, Phòng kiểm soát bệnh truyền nhiễm, Cục Phòng bệnh
ThS.BSCKII. Cao Đức Phương	Phó Trưởng phòng Điều dưỡng – Dinh dưỡng – Kiểm soát nhiễm khuẩn, Cục QLKCB
ThS.BSNT. Bùi Thị Thúy	Phó Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương
ThS. Đỗ Thị Thu Thủy	Trung tâm Dự phòng và Kiểm soát Bệnh tật Hoa Kỳ
ThS. Phạm Hùng Tiến	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ, Cục QLKCB
DS. Đỗ Thị Ngát	Chuyên viên Phòng Nghiệp vụ, Cục QLKCB

“HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH DO VI RÚT NIPAH”

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày / /2026)

1. Đại cương

Bệnh do vi rút Nipah (NiV) là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây truyền từ động vật sang người (zoonosis), có thể lây từ người sang người. Vi rút được phát hiện lần đầu năm 1998 tại Malaysia, kể từ đó các đợt bùng phát lẻ tẻ nhưng thường xuyên được ghi nhận tại Bangladesh, Ấn Độ, Singapore và Philippines. Biểu hiện nặng của bệnh thường là viêm não và viêm phổi nặng, với tỷ lệ tử vong từ 40% đến 75% hoặc để lại di chứng nặng nề.

Bệnh do vi rút Nipah được xếp vào bệnh truyền nhiễm nhóm A, có tiềm năng gây đại dịch và nằm trong danh sách ưu tiên của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).

2. Tác nhân gây bệnh

Vi rút Nipah là một loại vi rút RNA sợi đơn, họ *Paramyxoviridae*, phân họ *Orthoparamyxovirinae*, chi *Henipavirus*.

Vật chủ tự nhiên: Dơi ăn quả (chi *Pteropus*), dơi mang vi rút nhưng không biểu hiện triệu chứng bệnh. Vật chủ trung gian: Lợn (chủ yếu trong đợt dịch tại Malaysia), đôi khi là ngựa hoặc các gia súc khác (đê, cừu và chó).

Vi rút có hai dòng gây bệnh chính:

- NiV-Malaysia (NiV-M): Liên quan đến lây từ động vật sang người. Khả năng lây truyền từ người sang người của dòng này rất thấp.
- NiV-Bangladesh (NiV-B) & NiV-India (NiV-I): Có độc lực cao hơn, khả năng lây truyền từ người sang người khi tiếp xúc với dịch tiết của người bệnh cao hơn so với chủng Malaysia.

Đường lây truyền: Tiếp xúc trực tiếp với động vật nhiễm bệnh hoặc chất tiết của chúng (nước tiểu, nước bọt, ...). Tiêu thụ thực phẩm (như nhựa cây chà là, trái cây, ...) bị nhiễm chất bài tiết của dơi. Lây từ người sang người (hệ số lây nhiễm từ người sang người thấp: từ 0,2 đến 0,4) qua dịch tiết hô hấp, nước tiểu hoặc chất nôn, vi rút lan truyền qua các giọt bắn (droplets) khi người bệnh ho hoặc hắt hơi. Những người bệnh có triệu chứng hô hấp (ho, khó thở) có nguy cơ lây truyền cao hơn những người chỉ có triệu chứng viêm não.

3. Lâm sàng và cận lâm sàng

3.1. Biểu hiện lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: dao động từ 3-14 ngày, có thể đến 45 ngày (hiếm gặp).
- Khởi phát đột ngột với các triệu chứng: sốt cao, đau đầu nhiều, đau mỏi cơ bắp, đau họng, nôn và tiêu chảy.
- Toàn phát với các biểu hiện:
 - + Biểu hiện thần kinh: chóng mặt, lơ mơ, lú lẫn, mất định hướng không gian và thời gian. Giảm ý thức ở các mức độ khác nhau, có thể tiến triển nhanh chóng từ lơ mơ sang hôn mê sâu trong vòng 24 đến 48 giờ. Các triệu chứng khác có thể gặp như co giật, yếu chi, liệt mềm, liệt vận nhãn, ...
 - + Biểu hiện hô hấp: ho, khó thở, và suy hô hấp tiến triển nhanh.
 - + Suy đa tạng: Trong các giai đoạn nặng, người bệnh có thể bị suy thận, suy tim, xuất huyết tiêu hóa và nhiễm trùng huyết.
 - + Nguy cơ tử vong ở giai đoạn này cao, từ 40–75%.
 - + Biến chứng viêm não muện hoặc tái phát: Một số người sống sót có thể bị viêm não tái phát sau nhiều tháng hoặc thậm chí nhiều năm sau khi hồi phục.
- Thời kỳ lui bệnh: hầu hết những người sống sót có thể hồi phục hoàn toàn, tuy nhiên có thể gặp các di chứng thần kinh lâu dài: Khoảng 20% người sống sót để lại các di chứng như mệt mỏi dai dẳng, thay đổi tính cách, trầm cảm và dấu hiệu thần kinh khu trú.

3.2. Cận lâm sàng

a. Xét nghiệm chẩn đoán:

Tuân thủ quy định lấy mẫu, bảo quản, đóng gói và vận chuyển mẫu theo hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh do Bộ Y tế ban hành.

- Xét nghiệm phát hiện RNA của vi rút bằng phương pháp Real-time RT-PCR hoặc giải trình tự gen. Mẫu bệnh phẩm: dịch tiết đường hô hấp, nước tiểu, máu và dịch não tủy.

- Xét nghiệm huyết thanh học (ELISA): Để phát hiện kháng thể trong máu hoặc dịch não tủy, hữu ích cho cả chẩn đoán giai đoạn cấp và giai đoạn hồi phục. Kháng thể IgM thường xuất hiện trong vòng 5 ngày đầu sau khi khởi phát triệu chứng. Kháng thể IgG thường xuất hiện muộn hơn (2–4 tuần sau khi khởi phát) và tồn tại lâu.

- Phân lập vi rút: Chỉ được thực hiện trong các phòng thí nghiệm an toàn sinh học cấp độ 4 (BSL-4).

b. Các xét nghiệm khác.

- Công thức máu: Thường gặp giảm bạch cầu máu, tăng tỷ lệ bạch cầu lympho và giảm tiểu cầu.

- Sinh hóa máu: phát hiện rối loạn, tổn thương các tạng như: tăng men gan, suy thận, rối loạn điện giải (đặc biệt là hạ natri máu) và rối loạn đường huyết.

- Xét nghiệm dịch não tủy: tăng nhẹ bạch cầu, protein tăng nhẹ hoặc bình thường và glucose bình thường. Xét nghiệm này giúp loại trừ các nguyên nhân viêm màng não do vi khuẩn.

- Chụp X-quang ngực: Phát hiện các dấu hiệu viêm phổi kẽ, thâm nhiễm lan tỏa hoặc đông đặc phổi, đặc biệt quan trọng ở những người bệnh có hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS). Nên sử dụng máy X-quang di động ngay tại khu cách ly.

- Chụp cộng hưởng từ (MRI) não khi có biểu hiện tổn thương thần kinh: Hình ảnh tăng tín hiệu trên T2 và FLAIR, tổn thương chủ yếu chất trắng dưới vỏ.

- Các xét nghiệm khác tùy theo triệu chứng và bệnh lý nền của người bệnh để chẩn đoán và theo dõi điều trị.

3.3. Chẩn đoán

a. Ca bệnh nghi ngờ:

Người có yếu tố dịch tễ trở về từ vùng dịch lưu hành, hoặc có tiếp xúc với dịch tiết của ca bệnh xác định trong vòng 14 ngày VÀ

- Có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ, bao gồm: Sốt kèm biểu hiện rối loạn thần kinh/ Sốt kèm đau đầu/ Sốt kèm các triệu chứng hô hấp (ho, khó thở). HOẶC
- Xét nghiệm huyết thanh học dương tính.

b. Ca bệnh xác định: Người có bằng chứng xét nghiệm xác nhận nhiễm vi rút NiV qua phát hiện RNA của vi rút.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt với các bệnh gây viêm não và nhiễm trùng thần kinh khác như: viêm não Nhật Bản hoặc viêm não do vi rút Herpes, viêm màng não do vi khuẩn.

Các bệnh lý gây viêm phổi nặng khác.

4. Quản lý và điều trị

4.1. Nguyên tắc chung

- Cách ly và kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu nên điều trị hỗ trợ tích cực và điều trị triệu chứng là chính.

4.2. Điều trị cụ thể

a. Cách ly và kiểm soát nhiễm khuẩn

Đây là bước đầu tiên và quan trọng nhất để ngăn chặn bệnh lây lan:

- Nhập viện và cách ly ngay lập tức: Tất cả các ca bệnh nghi ngờ hoặc xác định phải được nhập viện và điều trị tại các phòng cách ly riêng biệt hoặc khu vực chuyên biệt. Không cho phép người nhà hoặc người không có nhiệm vụ vào thăm người bệnh trong khu vực cách ly.

- Phòng ngừa chuẩn: Áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây truyền qua đường tiếp xúc và giọt bắn theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

b. Điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ:

- Sốt: Sử dụng Paracetamol để hạ sốt. Chống chỉ định với NSAID do nguy cơ gây biến chứng chảy máu hoặc hội chứng Reye.

- Điều trị hỗ trợ các cơ quan bị tổn thương:

+ Điều trị hỗ trợ hô hấp: Tùy theo tình trạng người bệnh áp dụng các biện pháp hỗ trợ, hồi sức phù hợp.

+ Điều trị hỗ trợ thần kinh: chống co giật bằng cách sử dụng các thuốc chống co giật như diazepam, phenobarbitone, phenytoin hoặc levetiracetam theo liều lượng khuyến cáo. Kiểm soát tăng áp lực nội sọ bằng nâng cao đầu giường 30 độ, sử dụng mannitol đường tĩnh mạch. Đặt nội khí quản bảo vệ đường thở và thở máy cho người bệnh hôn mê sâu.

+ Chỉ sử dụng kháng sinh nếu có bằng chứng nhiễm khuẩn thứ phát.

+ Cân bằng dịch và điện giải: Cần duy trì cân bằng dịch và điện giải thông qua đường uống hoặc truyền tĩnh mạch.

+ Điều trị các triệu chứng và tình trạng rối loạn chức năng khác theo từng trường hợp bệnh cụ thể.

- Các thuốc kháng vi rút: đang nghiên cứu, chưa có khuyến cáo chuẩn.

5. Phòng bệnh

Hiện chưa có vắc-xin phòng bệnh.

Thực hiện các biện pháp phòng bệnh chủ yếu dựa vào ngăn chặn đường lây truyền theo quy định của Bộ Y tế.

Tài liệu tham khảo:

1. WHO & IEDCR Bangladesh. *National Guideline for Management, Prevention and Control of Nipah Virus Infection (2011, cập nhật 2016)*.
2. Madhukalya R, et al. *Nipah virus: pathogenesis, genome, diagnosis, and treatment. Applied Microbiology and Biotechnology, 2025*.
3. *National Guideline for Clinical Management, Protocol for Nipah Virus Infection Disease* – Ministry of Health and Family Welfare India (2011, cập nhật 2016).
4. Tổ chức Y tế thế giới, Thông tin về vi rút Nipah (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nipah-virus>; <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON577>);
5. Quyết định 3644/QĐ-BYT ban hành ngày 25/11/2025 bổ sung một số bệnh vào danh mục bệnh truyền nhiễm nhóm A và B theo Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm.