

## BỆNH SỞI (B05)

### I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm gây dịch lây qua đường hô hấp do vi rút sởi thuộc họ *Paramyxovirus* gây nên.
- Bệnh chỉ gặp ở người, chủ yếu gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, hay xảy ra vào mùa đông xuân, có thể xuất hiện ở người lớn do chưa được tiêm phòng hoặc đã tiêm phòng nhưng chưa được tiêm đầy đủ.
- Virus sởi có thể tồn tại trong không khí và trên các bề mặt đến 2 giờ.
- Tỷ lệ nhiễm sởi lên đến 90% nếu không có miễn dịch và thời điểm lây nhiễm tại trước và sau phát ban 4 ngày.
- Bệnh có biểu hiện đặc trưng là sốt, viêm long đường hô hấp, viêm kết mạc và phát ban, có thể dẫn đến nhiều biến chứng có thể gây tử vong.
- Tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong rất cao đặc biệt là ở trẻ < 5 tuổi (nhất là < 1 tuổi) và > 20 tuổi nhưng đã giảm đáng kể nhờ sự ra đời của vaccin.

### II. LÂM SÀNG

#### 1. Thể điển hình

- Giai đoạn ủ bệnh: 6 – 21 ngày (trung bình 10 ngày). Siêu vi xâm nhập qua niêm mạc hô hấp hoặc kết mạc mắt, nhân lên và lan rộng theo dòng máu.
- Giai đoạn khởi phát (giai đoạn viêm long): 2 – 4 ngày. Người bệnh sốt cao, viêm long đường hô hấp trên và viêm kết mạc (viêm tuyến lệ, sợ ánh sáng), đôi khi có viêm thanh quản cấp, có thể thấy hạt Koplik là các hạt nhỏ có kích thước 0,5 – 1 mm màu trắng/xám có quầng ban đỏ nổi gồ lên trên bề mặt niêm mạc má (phía trong miệng, ngang răng hàm trên), hạt Koplik xuất hiện trong 12 – 72 giờ đầu, thường mất khi phát ban.
- Giai đoạn toàn phát: kéo dài 2-5 ngày. Thường sau khi sốt cao 3 – 4 ngày người bệnh bắt đầu phát ban, ban hồng dát sần, khi căng da thì ban biến mất, xuất hiện từ sau tai, sau gáy, trán, mặt, cổ dần lan đến thân mình và tứ chi, cả ở lòng bàn tay và gan bàn chân. Khi ban mọc hết toàn thân thì thân nhiệt giảm dần. Có thể sưng hạch và lách to.
- Giai đoạn hồi phục: ban nhạt màu dần rồi sang màu xám, bong vảy phần sẫm màu, để lại vết thâm vàng da hổ và biến mất theo thứ tự như khi xuất hiện. Nếu không xuất hiện biến chứng thì bệnh tự khỏi. Có thể có ho kéo dài 1-2 tuần sau khi hết ban.

#### 2. Thể không điển hình

- Thường gặp ở bệnh nhân đã chích ngừa vaccine sởi hoặc có kháng thể từ mẹ truyền sang, có sử dụng IVIG trước đó hoặc tiền sử từng bị sởi.
- Biểu hiện lâm sàng có thể sốt nhẹ thoáng qua, viêm long nhẹ và phát ban ít, toàn trạng tốt. Thể này dễ bị bỏ qua, dẫn đến lây lan bệnh mà không biết.



- Người bệnh cũng có thể sốt cao liên tục, phát ban không điển hình, phù nề tứ chi, đau mỏi toàn thân, thường có viêm phổi nặng kèm theo.

### III. CẬN LÂM SÀNG

#### 1. Xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, giảm bạch cầu lympho nhiều hơn neutrophil và có thể giảm tiểu cầu.
- X-quang phổi có thể thấy viêm phổi kẽ. Có thể tổn thương nhu mô phổi khi có bội nhiễm.

#### 2. Xét nghiệm phát hiện vi rút sởi

- Xét nghiệm huyết thanh học: lấy máu kể từ ngày thứ 3 sau khi phát ban tìm kháng thể IgM. Kháng thể IgM xuất hiện ngay từ ngày 1 đến ngày 2 sau phát ban và tồn tại đến 1 tháng sau. Nếu mẫu huyết thanh đầu tiên lấy < 72 giờ sau phát ban âm tính thì nên lặp lại mẫu 2. IgG tăng sau 7 ngày và đạt đỉnh sau 14 ngày.
- Phản ứng khuếch đại gen (RT - PCR), phân lập virus từ máu, dịch mũi họng giai đoạn sớm nếu có điều kiện nhưng thường chỉ làm khi nghiên cứu.

### IV. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Chẩn đoán xác định dựa vào ba yếu tố:

- Yếu tố dịch tễ: có tiếp xúc với BN sởi, có nhiều người mắc bệnh sởi cùng lúc trong gia đình hoặc trên địa bàn dân cư.
- Lâm sàng: sốt, ho, viêm long (đường hô hấp, kết mạc mắt, tiêu hóa), hạt Koplik và phát ban đặc trưng của bệnh sởi.
- Xét nghiệm phát hiện có kháng thể IgM đối với virus sởi. Hiệu giá kháng thể IgG tăng gấp 4 lần trong giai đoạn hồi phục so với khi khởi phát.
- Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và dịch tễ.

#### 2. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với một số bệnh có phát ban dạng sởi:

- Rubella: phát ban không có trình tự, ít khi có viêm long và thường có hạch cổ.
- Nhiễm *Enterovirus*: phát ban không có trình tự, thường nốt bóng, hay kèm rối loạn tiêu hóa.
- Bệnh Kawasaki: sốt cao khó hạ, môi lưỡi đỏ, hạch cổ, phù đầu chi, phát ban không theo thứ tự.
- Phát ban do các vi rút khác (*Adenovirus*, *EpsteinBarr virus*...).
- Phát ban do vi khuẩn: *Mycoplasma pneumoniae* (sốt nhẹ, đau đầu, viêm phổi không điển hình), *Streptococcus* nhóm A, não mô cầu...
- Phát ban do thuốc.
- Ban dị ứng: kèm theo ngứa, tăng bạch cầu ái toan.

### V. BIẾN CHỨNG

- Bệnh sởi nặng hoặc các biến chứng của sởi có thể gây ra do virus sởi, do bội nhiễm sau sởi.



- Yếu tố nguy cơ dễ bị biến chứng nặng của sởi: trẻ nhỏ, suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch, thiếu vitamin A và tình trạng quá tải.
- Do virus sởi: viêm phổi kẽ thâm nhiễm tế bào khổng lồ, viêm thanh khí phế quản, viêm cơ tim, viêm não, màng não cấp tính (tỷ lệ 1/1.000 trường hợp).
- Do bội nhiễm: viêm phổi (tỷ lệ khoảng 6%, là biến chứng dễ gây tử vong thường gặp nhất), viêm tai giữa (tỷ lệ 5 – 10% những ca sởi), viêm dạ dày ruột (8%)...
- Biến chứng thần kinh: Viêm não cấp (ngày 1 – 14 sau phát ban, khoảng 1/1.000 trường hợp), viêm não tủy cấp tính lan tỏa (Acute disseminated encephalomyelitis – ADEM), viêm não hoại tử bán cấp (subacute sclerosing panencephalitis – SSPE) xảy ra 7 – 10 năm sau.
- Do điều kiện dinh dưỡng và chăm sóc kém: viêm loét hoại tử hàm mắt, viêm loét giác mạc gây mù lòa, suy dinh dưỡng...
- Các biến chứng khác: lao tiến triển, tiêu chảy cấp...
- Phụ nữ mang thai: sảy thai, thai chết lưu, sinh non, thai nhiễm sởi tiên phát.

## VI. ĐIỀU TRỊ

### 1. Nguyên tắc

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ.
- Người bệnh mắc sởi cần được cách ly.
- Phát hiện và điều trị sớm biến chứng.
- Không sử dụng corticoid khi chưa loại trừ sởi.

### 2. Điều trị hỗ trợ

- Vệ sinh da, mắt, miệng họng: không sử dụng các chế phẩm có corticoid
- Tăng cường dinh dưỡng
- Hạ sốt:
  - + Áp dụng các biện pháp hạ nhiệt vật lý như lau nước ấm.
  - + Dùng thuốc hạ sốt paracetamol khi sốt cao.
- Bổ sung nước, điện giải qua đường uống. Chỉ truyền dịch duy trì khi người bệnh nôn nhiều, có nguy cơ mất nước và rối loạn điện giải.
- Bổ sung vitamin A:
  - + Trẻ dưới 6 tháng: uống 50.000 đơn vị/ngày × 2 ngày liên tiếp
  - + Trẻ 6-12 tháng: uống 100.000 đơn vị/ngày × 2 ngày liên tiếp
  - + Trẻ trên 12 tháng và người lớn: uống 200.000 đơn vị/ngày × 2 ngày liên tiếp.
- Trường hợp có biểu hiện thiếu vitamin A: lặp lại liều trên sau 4 – 6 tuần
- Kháng virus: siêu vi sởi nhạy cảm với Ribavirin trong phòng thí nghiệm, một vài nghiên cứu cho thấy có tác dụng giảm sốt, rút ngắn thời gian nằm viện đặc biệt ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch, tuy nhiên cần nhiều dữ liệu nghiên cứu hơn nữa.



### 3. Điều trị các biến chứng

#### 3.1. Viêm phổi do virus

- Điều trị: điều trị triệu chứng
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp

#### 3.2. Viêm phổi do vi khuẩn mắc trong cộng đồng

- Kháng sinh: betalactam/ức chế beta - lactamase, cephalosporin thế hệ 3.
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp
- Điều trị triệu chứng

#### 3.3. Viêm phổi do vi khuẩn mắc phải trong bệnh viện

- Kháng sinh: sử dụng kháng sinh theo phác đồ điều trị viêm phổi mắc phải trong bệnh viện
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp
- Điều trị triệu chứng

#### 3.4. Viêm thanh khí quản

- Khí dung adrenalin khi có biểu hiện co thắt, phù nề thanh khí quản
- Hỗ trợ hô hấp: tùy theo mức độ suy hô hấp
- Điều trị triệu chứng

#### 3.5. Trường hợp viêm não màng não cấp tính

Điều trị: hỗ trợ, duy trì chức năng sống.

- Chống co giật: phenobarbital 10 – 20 mg/kg pha trong glucose 5% truyền tĩnh mạch trong 30 – 60 phút. Lặp lại 8 – 12 giờ nếu cần.
- Chống phù não.
- Chống suy hô hấp (do phù phổi cấp hoặc viêm não): hỗ trợ khi có suy hô hấp.
- Chỉ định IVIG (Intravenous Immunoglobulin) khi có tình trạng nhiễm trùng nặng hoặc tình trạng suy hô hấp tiến triển nhanh, viêm não. Chế phẩm: lọ 2,5 gram/50 ml. Liều dùng: khuyến cáo của WHO là 0,4g/kg.
- Có thể dùng corticoid nếu nghi ADEM hoặc SSPE. Sử dụng solumedrol 30mg/kg/ngày, tối đa 1g/ngày trong 5 ngày, sau đó uống prednisone 1mg/kg/ngày trong 6-8 tuần.

#### 3.6. Viêm loét giác mạc

- Hai liều vitamin A và lặp lại liều thứ 3 sau 2-4 tuần.
- Dùng tetracyclin pomade tra mắt 3 lần/1 ngày x 7 ngày.
- Đắp mắt bằng miếng gạc bảo vệ mắt.
- Nếu tình trạng xấu hơn phải gặp bác sĩ chuyên khoa mắt.

#### 3.7. Tiêu chảy

- Đây là biến chứng thường gặp, nhất là ở trẻ suy dinh dưỡng.
- Đánh giá mức độ mất nước và bù dịch theo phác đồ.
- Tiếp tục bú mẹ, nếu trẻ bú sữa bò thì nên giảm lượng hoặc thay thế bằng sữa mẹ và các sản phẩm sữa lên men như yaourt hoặc thay thế ½ sữa công thức bằng ½ thức ăn đặc giàu dinh dưỡng.



## VII. TIÊN LƯỢNG

Dự hậu của trẻ bị sởi dựa vào bốn yếu tố:

- Tuổi mắc bệnh
- Lượng virus gây bệnh
- Tình trạng dinh dưỡng
- Chăm sóc y tế

## VIII. PHÒNG BỆNH

### 1. Phòng bệnh chủ động bằng vắc xin

- Thực hiện tiêm chủng 2 mũi vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng theo quy định của Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (mũi đầu tiên bắt buộc tiêm lúc 9 tháng tuổi).
- Tiêm vắc xin phòng sởi cho các đối tượng khác theo hướng dẫn của cơ quan chuyên môn.
- Lịch chủng ngừa sởi
  - + Mũi 1: 9 tháng
  - + Mũi 2: 15 – 18 tháng (có thể là mũi MR hoặc MMR)
  - + Có thể lặp lại mũi 3 lúc 4 – 6 tuổi
- Khoảng cách tối thiểu của 2 mũi là 1 tháng.
- Virus sởi cần thời gian để xâm nhập vào các mô cơ thể gây bệnh. Do vậy, vắc xin có thể phòng bệnh nếu tiêm trong vòng 72 giờ kể từ khi tiếp xúc.

### 2. Cách ly người bệnh và vệ sinh cá nhân

Người bệnh sởi phải được cách ly tại nhà hoặc tại cơ sở điều trị theo nguyên tắc cách ly đối với bệnh lây truyền qua đường hô hấp.

- Sử dụng khẩu trang phẫu thuật cho người bệnh, người chăm sóc, tiếp xúc gần và nhân viên y tế.
- Hạn chế việc tiếp xúc gần không cần thiết của nhân viên y tế và người thăm người bệnh đối với người bệnh.
- Thời gian cách ly từ lúc nghi mắc sởi cho đến ít nhất 4 ngày sau khi bắt đầu phát ban.

### 3. Phòng lây nhiễm trong bệnh viện

Phát hiện sớm và thực hiện cách ly đối với các đối tượng nghi sởi hoặc mắc sởi.

- IVIG tiêm bắp cho các trường hợp tiếp xúc gần với bệnh nhân sởi trong vòng 5 ngày (3-6 ngày)
  - + Suy giảm miễn dịch
  - + Trẻ 6-9 tháng tuổi (các trẻ dưới 5 tháng có kháng thể từ mẹ)
  - + Trẻ < 12 tháng có mẹ bị sởi
  - + Phụ nữ có thai mà IgG (-)/sởi → chích ngừa MMR sau đó ít nhất 3 tháng.

Không dùng cho trẻ đã được điều trị IVIG trong vòng 1 tháng hoặc đã tiêm phòng đủ 2 mũi vắc xin sởi. Dạng bào chế: immune globulin (IG) 16%, ống 2ml. Liều dùng 0,25 ml/kg, tiêm bắp, 1 vị trí tiêm không quá 3ml. Với trẻ suy giảm miễn dịch có thể tăng liều gấp đôi.