

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH CÀ MAU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH
MÔN HỌC: BỆNH HỌC
NGÀNH: DƯỢC
TRÌNH ĐỘ: CAO ĐẲNG CHÍNH QUY

*Ban hành kèm theo Quyết định số 19/QĐ – CDYT ngày 25 tháng 01 năm 2022 của
Hiệu trưởng Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau*

Cà Mau, năm 2022
(Lưu hành nội bộ)

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại sách giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm

TaiLieu.vn

LỜI NÓI ĐẦU

Môn học Bệnh học là môn học hướng dẫn chi tiết về triệu chứng lâm sàng, cơ chế gây bệnh, điều trị cũng như dự phòng một số bệnh nhằm cung cấp một số kiến thức để sinh viên học tập và tham khảo khi học lý thuyết cũng như thực hành ở bệnh viện các khoa lâm sàng.

Trước yêu cầu học viên cần có một tài liệu thống nhất để học tập, Ban Giám Hiệu Trường CDYT Cà mau đề xuất Bộ môn biên soạn giáo trình này. Tác giả là những giáo viên tham gia giảng dạy học phần **Bệnh học** biên soạn .

Nhằm tạo điều kiện cho người học có một bộ tài liệu tham khảo mang tính tổng hợp, thống nhất và mang tính thực tiễn sâu hơn. Nhóm người dạy chúng tôi đề xuất và biên soạn học phần **Bệnh học** dành riêng cho người học trình độ Cao đẳng.

Nội dung của giáo trình bao gồm các bài sau:

Chương 1: Sởi

Chương 2: Thủy đậu

Chương 3: Viêm tiểu phế quản trẻ em

Chương 4: Thương hàn

Chương 5: Viêm hô hấp trên

Chương 6: Bệnh tay chân miệng trẻ em

Chương 7: Đái tháo đường

Chương 8: Viêm phổi - Viêm phế quản

Chương 9: Hen phế quản - COPD

Chương 10: Loãng xương, viêm đa khớp

Chương 11: Tiêu chảy cấp

Chương 12: Nhiễm trùng tiêu - Sởi thận

Chương 13: Viêm đại tràng cấp - mãn

Chương 14: Viêm loét dạ dày - tá tràng

Chương 15: Tăng huyết áp

Chương 16: Bệnh mạch vành

Chương 17: Suy tim

Chương 18: Sốc phản vệ

Chương 19: Cúm

Chương 20: Viêm ruột thừa

Chương 21: Sốt xuất huyết Dengue

Chương 22: Rối loạn kinh nguyệt - Các bệnh lý phụ khoa thường gặp

Trong quá trình biên soạn bài giảng này, các tác giả đã cố gắng bám sát khung chương trình đào tạo mới, cập nhật các kiến thức từ nhiều nguồn tài liệu, nhằm thể hiện được kiến thức cơ bản, hiện đại và thực tiễn.

Bên cạnh đó, giáo trình cũng không thể tránh khỏi những sai sót nhất định. Nhóm tác giả rất mong nhận được những ý kiến đóng góp, phản hồi từ quý đồng nghiệp, các bạn người học và bạn đọc.

Trân trọng cảm ơn./.

Cà Mau, ngày 07 tháng 7 năm 2022

Tham gia biên soạn

1. Bs.CK1. Lê Văn Việt
2. Ths.Bs. Nguyễn Thế Tân
3. Bs. Nguyễn Thị Hồng Hà
4. Bs. Lê Yến Ly
5. Bs.CK1. Huỳnh Mai Kiều Diễm
6. CN. Võ Thị Thu Thủy
7. Huỳnh Linh Út

MỤC LỤC

1	<u>Lời nói đầu</u>	trang
2	<u>Mục lục</u>	
3	<u>Giáo trình môn học</u>	
4	<u>Chương 1. Bệnh sởi</u>	
5	<u>Chương 2. Thủy đậu</u>	
6	<u>Chương 3. Viêm tiểu phế quản trẻ em</u>	
7	<u>Chương 4. Thương hàn</u>	
8	<u>Chương 5. Bệnh tay chân miệng trẻ em</u>	
9	<u>Chương 6. Viêm hô hấp trên</u>	
10	<u>Chương 7. Sốt xuất huyết dengue</u>	
11	<u>Chương 8. Viêm phổi – viêm phế quản</u>	

12	<u>Chương 9. Hen phế quản -copd</u>
13	<u>Chương 10. Nhiễm trùng tiêu - sỏi thận</u>
14	<u>Chương 11. Tiêu chảy cấp</u>
15	<u>Chương 12. Loãng xương – viêm đa khớp</u>
16	<u>Chương 13. Viêm đại tràng cấp – mãn</u>
17	<u>Chương 14. Đái tháo đường</u>
18	<u>Chương 15. Viêm loét dạ dày – tá tràng</u>
19	<u>Chương 16. Tăng huyết áp</u>
20	<u>Chương 17. Bệnh mạch vành</u>
21	<u>Chương 18. Suy tim</u>
22	<u>Chương 19. Sốc phản vệ</u>
23	<u>Chương 20. Cúm</u>
24	<u>Chương 21. Viêm ruột thừa</u>
25	<u>Chương 22. Rối loạn kinh nguyệt- các bệnh lý phụ khoa thường gặp</u>

GIÁO TRÌNH MÔN HỌC

1. Tên môn học: BỆNH HỌC

2. Mã môn học: MH20

3. Vị trí, tính chất, ý nghĩa, vai trò của môn học

3.1 Vị trí: Là môn học bắt buộc trong nội dung chương trình đào tạo của nghề Cao đẳng **Được sĩ** chính quy, được bố trí giảng dạy ở học kỳ 1 của năm học thứ hai theo kế hoạch đào tạo của Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau.

3.2 Tính chất: Là môn học cơ sở, giúp sinh viên nắm được các khái niệm cơ bản về nguyên nhân phát sinh bệnh, diễn biến, biến chứng và hậu quả do bệnh. Từ đó vận dụng các kiến thức đã học để giải thích cơ chế phát sinh bệnh, khuyến cáo các biện pháp đề phòng và phục hồi chức năng.

3.3. Ý nghĩa và vai trò của môn học: Đào tạo người **Được sĩ** trình độ cao đẳng hệ chính quy kiến thức và kỹ năng nghề cơ bản để thực hành nghề theo tiêu chuẩn đạo đức nghề nghiệp, trung thực, khách quan, thận trọng trong nghề nghiệp, tôn trọng và chân thành hợp tác với đồng nghiệp, có khả năng tự học vươn lên góp phần đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân.

4. Mục tiêu của môn học

4.1 Kiến thức

- A1. Sinh viên nắm được các khái niệm cơ bản về nguyên nhân phát sinh bệnh, diễn biến, biến chứng và hậu quả do bệnh;
- A2. Giải thích được cơ chế phát sinh bệnh, khuyến cáo các biện pháp đề phòng và phục hồi chức năng;
- A3. Tư vấn và xử lý được một số tình huống rối loạn chức năng.

4.2. Kỹ năng

- B1. Người học có kỹ năng thực hành, biết cách tiếp xúc với bệnh nhân do rối loạn tiêu hóa, tim mạch...;
- B2. Biết quy chế làm việc và cách ly trong phòng thí nghiệm sinh lý bệnh;
- B3. Biết tiếp xúc và phòng tránh một số bệnh do viêm nhiễm, sốt.

4.3. Năng lực và tự chủ trách nhiệm:

- C1. Thực hành nghề nghiệp theo pháp luật, tận tụy với sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân.
- C2. Tôn trọng và chân thành hợp tác với đồng nghiệp, giữ gìn và phát huy truyền thống tốt đẹp của ngành.
- C3. Tuân thủ nội quy, quy định nơi làm việc.

5. Nội dung của môn học

5.2. Chương trình chi tiết môn học

TT	TÊN BÀI GIẢNG	SỐ TIẾT			
		TS	LT	TH	KIỂM TRA
01	Sởi	4	2	2	0
02	Thủy đậu	2	2	0	0

03	Viêm tiểu phế quản trẻ em	2	2	0	0
04	Thương hàn	2	2	0	0
05	Viêm hô hấp trên	4	2	2	0
06	Bệnh tay chân miệng trẻ em	4	2	2	0
07	Đái tháo đường	4	2	2	0
08	Viêm phổi - Viêm phế quản	3	3	0	0
09	Hen phế quản - COPD	4	2	2	0
10	Loãng xương, viêm đa khớp	4	2	2	0
11	Tiêu chảy cấp	4	2	2	0
12	Nhiễm trùng tiểu - Sỏi thận	4	2	2	1
13	Viêm đại tràng cấp - mãn	4	2	2	1
14	Viêm loét dạ dày - tá tràng	4	2	2	0
15	Tăng huyết áp	4	2	2	0
16	Bệnh mạch vành	4	2	2	0
17	Suy tim	4	2	2	0
18	Sốc phản vệ	4	2	2	0
19	Cúm	2	2	0	0
20	Viêm ruột thừa	2	2	0	1
21	Sốt xuất huyết Dengue	4	2	2	1
22	Rối loạn kinh nguyệt - Các bệnh lý phụ khoa thường gặp	2	2	0	0
	Tổng số	75	45	30	4

6. Điều kiện thực hiện môn học:

6.1. Phòng học Lý thuyết/Thực hành: Đáp ứng phòng học chuẩn

6.2. Trang thiết bị dạy học: Projektor, máy vi tính, bảng, phấn

6.3. Học liệu, dụng cụ, mô hình, phương tiện: Giáo trình, mô hình học tập,...

6.4. Các điều kiện khác: Người học tìm hiểu thực tế về công tác xây dựng phương án khắc phục và phòng ngừa rủi ro tại doanh nghiệp.

7. Nội dung và phương pháp đánh giá:

7.1. Nội dung:

- Kiến thức: Đánh giá tất cả nội dung đã nêu trong mục tiêu kiến thức
- Kỹ năng: Đánh giá tất cả nội dung đã nêu trong mục tiêu kỹ năng.
- Năng lực tự chủ và trách nhiệm: Trong quá trình học tập, người học cần:
 - + Nghiên cứu bài trước khi đến lớp.
 - + Chuẩn bị đầy đủ tài liệu học tập.
 - + Tham gia đầy đủ thời lượng môn học.
 - + Nghiêm túc trong quá trình học tập.

7.2. Phương pháp:

Người học được đánh giá tích lũy môn học như sau:

7.2.1. Cách đánh giá

- Áp dụng quy chế đào tạo Cao đẳng hệ chính quy ban hành kèm theo Thông tư số 09/2017/TT-LĐTBXH, ngày 13/3/2017 của Bộ trưởng Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội.

- Hướng dẫn thực hiện quy chế đào tạo áp dụng tại Trường Cao đẳng **Y tế Cà Mau** như sau:

Điểm đánh giá	Trọng số
+ Điểm kiểm tra thường xuyên (Hệ số 1)	40%
+ Điểm kiểm tra định kỳ (Hệ số 2)	
+ Điểm thi kết thúc môn học	60%

7.2.2. Phương pháp đánh giá

Phương pháp đánh giá	Phương pháp tổ chức	Hình thức kiểm tra	Chuẩn đầu ra đánh giá	Số cột	Thời điểm kiểm tra
Thường xuyên	Viết/ Thuyết trình	Tự luận/ Trắc nghiệm/ Báo cáo	A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2	1	Sau 40 giờ.
Định kỳ	Viết/ Thuyết trình	Tự luận/ Trắc nghiệm/ Báo cáo	A3, B3, C3	1	Sau 70 giờ
Kết thúc môn học	Viết	Tự luận và trắc nghiệm	A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2, C3,	1	Sau 75 giờ

7.2.3. Cách tính điểm

- Điểm đánh giá thành phần và điểm thi kết thúc môn học được chấm theo thang điểm 10 (từ 0 đến 10), làm tròn đến một chữ số thập phân.

- Điểm môn học là tổng điểm của tất cả điểm đánh giá thành phần của môn học nhân với trọng số tương ứng. Điểm môn học theo thang điểm 10 làm tròn đến một chữ số thập phân, sau đó được quy đổi sang điểm chữ và điểm số theo thang điểm 4 theo quy định của Bộ Lao động Thương binh và Xã hội về đào tạo theo tín chỉ.

8. Hướng dẫn thực hiện môn học

8.1. Phạm vi, đối tượng áp dụng: Đối tượng Cao đẳng **Dược sĩ** chính quy

8.2. Phương pháp giảng dạy, học tập môn học

8.2.1. Đối với người dạy

* **Lý thuyết:** Áp dụng phương pháp dạy học tích cực bao gồm: thuyết trình ngắn, nêu vấn đề, hướng dẫn đọc tài liệu, bài tập tình huống, câu hỏi thảo luận....

* **Bài tập:** Phân chia nhóm nhỏ thực hiện bài tập theo nội dung đề ra.

* **Thảo luận:** Phân chia nhóm nhỏ thảo luận theo nội dung đề ra.

* **Hướng dẫn tự học theo nhóm:** Nhóm trưởng phân công các thành viên trong nhóm tìm hiểu, nghiên cứu theo yêu cầu nội dung trong bài học, cả nhóm thảo luận, trình bày nội dung, ghi chép và viết báo cáo nhóm.

8.2.2. Đối với người học: Người học phải thực hiện các nhiệm vụ như sau:

- Nghiên cứu kỹ bài học tại nhà trước khi đến lớp. Các tài liệu tham khảo sẽ được cung cấp nguồn trước khi người học vào học môn học này (trang web, thư viện, tài liệu...)

- Tham dự tối thiểu 70% các buổi giảng lý thuyết. Nếu người học vắng >30% số tiết lý thuyết phải học lại môn học mới được tham dự kì thi lần sau.

- Tự học và thảo luận nhóm: là một phương pháp học tập kết hợp giữa làm việc theo nhóm và làm việc cá nhân. Một nhóm gồm 8-10 người học sẽ được cung cấp chủ đề thảo luận trước khi học lý thuyết, thực hành. Mỗi người học sẽ chịu trách nhiệm về 1 hoặc một số nội dung trong chủ đề mà nhóm đã phân công để phát triển và hoàn thiện tốt nhất toàn bộ chủ đề thảo luận của nhóm.

- Tham dự đủ các bài kiểm tra thường xuyên, định kỳ.

- Tham dự thi kết thúc môn học.

- Chủ động tổ chức thực hiện giờ tự học.

9. Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2014), “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh sởi”, Quyết định số 1327/QĐ| BYT Ngày 18 tháng 04 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (2011), "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh cúm mùa*".

3. Cao Minh Nga (2016), “Virus sởi (rubeola, measles virus)”, Virus y học, Bộ môn Vi

sinh – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, NXB Y học, tr. 92-97.

4. Đông thị Hoài Tâm, Bệnh viêm màng não mủ, bệnh truyền nhiễm, ĐHYDược TP HCM, Nxb. Y học, 1997.

5. Lê Đức Hình. Bệnh viêm não Nhật Bản – Hội thảo khoa học: Bệnh VNNB và dự phòng bằng vắc xin, Viện Vệ Sinh dịch tễ Hà Nội, Bộ Y Tế, 1998.

6. Nguyễn Thế Hùng (2008), "Bệnh thương hàn", Trong: Bệnh Truyền Nhiễm, Bộ môn nhiễm - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, NXB Y học chi nhánh TP.HCM, tr. 128 -149.

7. Nguyễn Trần Chính (2008), "Bệnh cúm", Bệnh Truyền Nhiễm, Nhà xuất bản Y học chi nhánh TP. HCM, tr. 200-216.

8. Trần Văn Tiến. Dịch tễ học bệnh viêm não Nhật Bản và biện pháp bằng vắcxin, vệ sinh dịch tễ Hà nội, Bộ y tế 1998
9. Bộ Môn Nội trường Đại Học Y Hà Nội (2008), Bệnh Học Nội Khoa, Nhà Xuất bản Y học, tập 1.
10. Bộ Môn Nội trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh (2009), Bệnh học nội, Nhà Xuất Bản Y Học.
11. Hội tim mạch Việt Nam (2010), Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí bệnh tim mạch và chuyển hóa, Nhà xuất bản y học.
12. ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. <http://circ.ahajournals.org> . Circulation. 2013;00:000–000.
13. A.R.Tunkel. W.M. Scheld, Acute Meningitis. Principles and Practice of Infectious Diseases, 4th edition, 1995, 831 -64.
14. Connie R.M, Donald C.L, George M (2011), "Enterobacteriaceae". In: *Text. Diagnostic Microbiology*, 5th ed, Elsevier Saunders, Chapter 19, p. 434.
15. David AP, Samuel IM (2018), "Salmonellosis", In: *Harrison's principles of internal medicine*, 20th ed, McGraw-Hill Companies, Chapter 160, pp. 1173-1177.
16. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal. 2011; 32, pp. 1769–1818
17. IDSA, ATS, CDC. Optimizing Antibiotic Selection for CAP and cUTI in the Emergency Department and Hospital Setting: A systematic Review and Evidence-Based treatment recommendations- Year 2005 Update.
18. Jason R.A, Jason B.H, Edward T.R (2020), "Typhoid Fever, Paratyphoid Fever, and Typhoidal Fevers". In: *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 9th ed, Elsevier Inc., Chapter 100, pp. 1365-1379.
19. John J. Treanor (2020), "Influenza virus, Including Avian Influenza and Swine Influenza" Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th edition, Elsevier Inc., Chap 165, pp. 2143-2168.
20. JT Macfarlane, D Boldy. 2004 of BTS pneumonia guidelines: what's new ? Thorax 2004; 59: 364-366.
21. Matthew W Gillman, "Dietary fat ", Uptodate Nov 2013
22. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, Elsevier Inc., 9th edition, pp. 2110-2116.
23. Maldonado (2012), "Rubeola Virus (Measles and Subacute Sclerosing Panencephalitis)", Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease, Churchill Livingstone, pp. 1137-1144.
24. Neil J. Stone: drugs for elevated low-density lipoprotein cholesterol. In Antman. EM & Sabatine. MS: Cardiovascular Therapeutics: A Companion to Braunwald's Heart Disease 4th. W.B Saunders Company, 2013: 975-984

25. Peter F. Wright (2018), "Influenza", Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th edition, McGraw-Hill, Chap 195, pp. 1382-1388.

26. Peter WF Wilson," Overview of the risk equivalents and established risk factors for cardiovascular disease", Uptodate Nov 2013

27. Robert S Rosenson," Measurement of serum lipids and lipoproteins", Uptodate Nov 2013

28. W.M.Scheld, Bacterial Meningitis and Brain Abscess. Harrison ,s Principles of Internal Medicine, 13th edition,1994, 2296 -2302.

29. www.RxFiles.ca. June 2013.

CHƯƠNG 1. BỆNH SỞI

❖ GIỚI THIỆU CHƯƠNG 1

Bệnh sởi do virus sởi gây ra. Đây là bệnh lây qua đường hô hấp nên rất dễ lan truyền xung quanh. Nếu không kiểm soát kịp thời, dịch sởi bùng phát có thể gây ra những hậu quả vô cùng nghiêm trọng, đặc biệt là với trẻ nhỏ

MỤC TIÊU CHƯƠNG 1

Sau khi học xong bài này, người học có khả năng:

- **Về kiến thức:**
 - *Nêu được tác nhân gây bệnh sởi.*
 - *Nêu được các đặc điểm dịch tễ của bệnh sởi.*
 - *Mô tả được diễn tiến các triệu chứng đặc hiệu trong từng giai đoạn của bệnh sởi.*
 - *Nêu được nguyên tắc chẩn đoán bệnh sởi và chẩn đoán sớm các biến chứng.*
 - *Nêu được nguyên tắc điều trị bệnh sởi và các biến chứng.*
- **Về kỹ năng:**
 - *Nhận diện được bệnh sởi trong thực tế.*
 - *Phân tích được cơ chế sinh bệnh trên bệnh nhân.*
- **Về năng lực tự chủ và trách nhiệm:**
 - *Ý thức được tầm quan trọng của cơ chế sinh bệnh để giải quyết nguyên nhân gây bệnh.*
 - *Cân nhắc sử dụng thuốc.*
 - *Tuân thủ nội quy, quy định nơi làm việc.*

❖ PHƯƠNG PHÁP GIẢNG DẠY VÀ HỌC TẬP CHƯƠNG 1

- Đối với người dạy: sử dụng phương pháp giảng dạy tích cực (diễn giảng, vấn đáp, dạy học theo vấn đề); yêu cầu người học thực hiện câu hỏi thảo luận và bài tập bài 1 (cá nhân hoặc nhóm).
- Đối với người học: chủ động đọc trước giáo trình (bài 1) trước buổi học; hoàn thành đầy đủ câu hỏi thảo luận và bài tập tình huống chương 1 theo cá nhân hoặc nhóm và nộp lại cho người dạy đúng thời gian quy định.

❖ ĐIỀU KIỆN THỰC HIỆN CHƯƠNG 1

- **Phòng học chuyên môn hóa/nhà xưởng:** Không
- **Trang thiết bị máy móc:** Máy chiếu và các thiết bị dạy học khác
- **Học liệu, dụng cụ, nguyên vật liệu:** Chương trình môn học, giáo trình, tài liệu tham khảo, giáo án, phim ảnh, và các tài liệu liên quan.
- **Các điều kiện khác:** Không có

❖ KIỂM TRA VÀ ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG 1

- **Nội dung:**
 - ✓ **Kiến thức:** Kiểm tra và đánh giá tất cả nội dung đã nêu trong mục tiêu kiến thức
 - ✓ **Kỹ năng:** Đánh giá tất cả nội dung đã nêu trong mục tiêu kỹ năng.
 - ✓ **Năng lực tự chủ và trách nhiệm:** Trong quá trình học tập, người học cần:
 - + Nghiên cứu bài trước khi đến lớp
 - + Chuẩn bị đầy đủ tài liệu học tập.
 - + Tham gia đầy đủ thời lượng môn học.
 - + Nghiêm túc trong quá trình học tập.
- **Phương pháp:**
 - ✓ **Điểm kiểm tra thường xuyên:** không có
 - ✓ **Kiểm tra định kỳ lý thuyết:** không có

* NỘI DUNG CHƯƠNG 1

1.1. Đại cương

Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính do siêu vi sởi gây ra ở trẻ em và người lớn chưa có miễn dịch. Biểu hiện bệnh điển hình gồm sốt, đầu Koplik, viêm long đường hô hấp, viêm long kết mạc mắt và phát ban đặc trưng. Đa phần bệnh sởi thường nhẹ, tuy nhiên các biến chứng nặng như viêm phổi, viêm não - màng não... có thể gây tử vong hay để lại di chứng không hồi phục. Ở thai phụ có thể gây nên tình trạng sảy thai, sinh non.

Sởi là bệnh lây qua đường hô hấp nên có thể gây thành dịch lớn trong cộng đồng chưa có miễn dịch. Tiêm phòng vắc xin là cách phòng bệnh hiệu quả.

1.2. Tác nhân gây bệnh

Siêu vi sởi thuộc họ Paramyxoviridae (cùng họ virus hợp bào hô hấp, quai bị và 4 cúm) chủng Morbillivirus. Đây là siêu vi chứa RNA, có hình cầu với đường kính 120-250 nm, có hình sợi, vỏ bọc chứa lipid với bề mặt gồ ghề. Phía bên trong vỏ bọc là vòng xoắn nucleocapside có kích thước 17 nm. Cấu trúc di truyền là một phân tử đơn nhánh RNA không phân đoạn. Siêu vi sởi chỉ có 6 protein chính (thay vì 7 đối với các siêu vi trong họ Paramyxoviridae).

Siêu vi sởi có thụ thể là các phân tử CD46 có nhiều ở bề mặt tế bào của hệ thống 0 thể, CD150 trên tế bào lympho và CD147 có nhiều trên tế bào biểu mô hô hấp. Trên màng bọc ngoài của siêu vi sởi có các gai chứa hemagglutinin giúp tiêu huyết và ngấu ít hồng cầu giúp siêu vi sởi bám vào thụ thể của các tế bào cảm thụ, sau đó protein a màng hoạt động giúp siêu vi sởi xâm nhập vào tế bào cảm thụ và nhân lên trong đó.

Siêu vi sởi không có men neuraminidase, nên thuốc kháng siêu vi bằng cơ chế ức chế men neuraminidase như oseltamivir sẽ không có hiệu quả.

Siêu vi sởi có thể tồn tại khoảng 34 giờ ở nhiệt độ phòng, vài ngày ở 12-15°C, 30 phút ở 56°C, nhiều ngày ở 36°C và trong 2 tuần ở 22°C. Chúng bị bất hoạt nhanh bởi tia cực tím (tia UV) có trong ánh mặt trời. Ở nhiệt độ -70°C siêu vi có thể sống sót được trên 5 năm.

Siêu vi sởi được nuôi cấy trong phòng thí nghiệm trên tế bào phôi gà, tế bào phôi người, tế bào Hela, tế bào Hep-2 và tế bào thần kinh hay chó. Sau khi nhân lên trong tế bào cảm thụ, siêu vi được phóng thích khỏi tế bào theo phương thức này chồi. Siêu vi Sởi được tìm thấy trong chất nhầy ở họng, máu và nước tiểu vào cuối thời kỳ ủ bệnh và một thời gian sau khi bệnh nhân đã phát ban. | Siêu vi sởi có một serotype huyết thanh, nhưng có 8 genotype khác nhau: A, B, C, D, E, F, G và H; bao gồm 23 kiểu gen A, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, E, F, G1, G2, G3, H1 và H2.

1.3. Đặc điểm dịch tễ

Bệnh sốt phát ban trong đó có sởi đã được ghi nhận trong các y văn cổ đại cách nay hơn 2000 năm, nhưng đến thế kỷ IX, người đầu tiên mô tả riêng bệnh sởi là bác sĩ Persian Rhazes, người Ả rập. Sau đó sởi được xem như là một dạng đặc biệt của sốt phát ban và được tách thành bệnh riêng vào thế kỷ XVIII.

Năm 1954, John F. Enders và Thomas C. Peebles đã phân lập thành công siêu vi sởi trong máu của sinh viên 13 tuổi, David Edmonston trong đợt dịch sởi ở Boston, Massachusetts, Mỹ.

Năm 1963, John F. Enders chuyển thành công siêu vi sởi chủng Edmonston -B thành vắc xin sống giảm độc lực.

Năm 1968, vắc xin sởi được cải thiện bởi Maurice Hilleman và cộng sự, sau đó được đưa vào sử dụng đại trà. Vắc xin sởi chủng Edmonston-Enders vẫn được sử dụng rộng rãi cho tới nay.

Bệnh sởi xuất hiện quanh năm và có mặt ở mọi nơi trên thế giới. Ở vùng khí hậu ôn đới, sởi có nhiều vào mùa thu đông hay đông xuân, tại vùng khí hậu nhiệt đới như Việt Nam, bệnh xảy ra nhiều vào mùa khô. Dịch sởi xuất hiện có tính chu kỳ từ 2-4 năm. Thời gian này phụ thuộc nhiều vào việc tiêm chủng tạo miễn dịch. Nếu tỷ lệ phủ vắc xin trong cộng đồng cao thì thời gian này sẽ được kéo dài ra và ngược lại. Tuy

nhiên vì là bệnh truyền nhiễm có tính lây lan cao nên miễn dịch sởi trong quần thể cần phải đạt ít nhất 94% mới có thể cắt được sự lây nhiễm trong cộng đồng.

Người là ký chủ tự nhiên duy nhất của bệnh sởi, một số nghiên cứu thực 1 Sởi nhẹ có thể xuất hiện ở khỉ. Bệnh nhân bị sởi là nguồn lây bệnh duy nhất và không có không có người lành mang mầm bệnh. Siêu vi sởi mang các đặc điểm sinh học tương tự như siêu vi đậu mùa không có ổ chứa ở động vật trong thiên nhiên, không có sinh vật trung gian truyền bệnh chỉ có một type huyết thanh và vaccin đạt hiệu quả cao

Trẻ em dưới 6 tháng tuổi rất ít khi mắc bệnh sởi do có Kilalls nhau thai khi còn là bào thai nằm trong bụng mẹ. Sau 6 tháng tuổi nồng độ kháng thể thụ động từ mẹ giảm dần do đó khả năng mắc bệnh tăng lên. Khoảng 90% trở hơn 10 tuổi đã có miễn dịch đặc hiệu đối với bệnh Sởi, do " bệnh sởi nếu đã có miễn dịch.

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), những quốc gia có tỷ lệ tiêm chủng thấp như châu Phi, hầu như tất cả trẻ em chưa được tiêm chủng sẽ bị nhiễm sởi khi được 5 tuổi. Trong đó, khoảng một nửa các trường hợp xảy ra ở trẻ em dưới 1 tuổi và chiếm tỷ lệ tử vong cao. Ở các nước phát triển và công nghiệp hóa hơn, bệnh hiện là một căn bệnh của trẻ lớn và thanh niên, những người không được tiêm chủng hoặc miễn dịch do tiêm chủng đã yếu kém. Các công trình nghiên cứu cho thấy có khoảng 20-30% thanh niên lứa tuổi 25-30 chưa có miễn dịch. Tại Mỹ, tỷ lệ bệnh nhân sởi trên 20 tuổi khoảng 3% vào năm 1973 sau đó tăng lên 24% ở năm 1984 và tỷ lệ này đạt tới 48% tổng số ca sởi vào năm 2001, đồng thời ghi nhận lứa tuổi trẻ em bị nhiều nhất trong các đợt dịch là 6 tháng tuổi, trùng với thời điểm trẻ không còn được bảo vệ bởi kháng thể của mẹ.

Năm 2013, theo báo cáo của WHO, dịch sởi đã xảy ra ở 188 quốc gia với gần 145.700 trường hợp tử vong, tử vong chủ yếu xảy ra ở em dưới 5 tuổi và 95% ca tử vong tại các nước đang hoặc kém phát triển. Năm 2014, sởi vẫn gây dịch ở 75 quốc gia, trong đó Trung Quốc với 26.000 ca và Philippines với hơn 17.600 ca. Nước Mỹ đã tuyên bố loại trừ bệnh sởi từ năm 2000, tuy nhiên, từ năm 2000 đến 2007, ghi nhận mỗi năm khoảng 63 ca sởi sau đó tăng lên 200 ca mỗi năm từ 2010 đến 2017. Năm 2014 có 667 ca sởi và đầu năm 2015 tại California, ghi nhận 121 ca mắc sởi. Ngoài ra các nước thuộc châu Âu, châu Mỹ và châu Á đều có các trận dịch sởi rải rác từ năm 2010 đến nay.

Từ tháng 1 đến tháng 11 năm 2014, Việt Nam có 5 S64 tnhh tỷ lệ 72,9 ca/1 triệu dân, chỉ số này cao hơn so với Trung Quốc (40,5 ca/1 triệu dân), thấp hơn Philippines (229 ca triệu dân). Khoảng 70% các ca sởi đều dưới 10 tuổi, 10% trường hợp dưới 9 tháng tuổi, Trên 86% các trường hợp ghi nhận không nhớ rõ tiền sử sởi hoặc không có chích ngừa sởi và 10% các ca chỉ chích mũi 1 ngừa sởi, Kiểu gen siêu vi sởi lưu hành từ 2001 tới nay ở Việt nam và gây dịch năm 2014 là H1 và D8. Trong khi đó, kiểu gen gây dịch sởi ở Trung Quốc là H1, còn trận dịch ở Philippines năm 2014 hay ở Mỹ là do kiểu gen B3.

Bệnh sởi lây lan qua đường hô hấp, bệnh nhân nói chuyện, nhảy mũi, ho, khạc đàm “ Vang ra ngoài không khí những giọt nước bọt li ti có chứa siêu vi sởi. Các hạt li ti này tồn tại được 60 phút ngoài môi trường, có khi tới vài giờ (đặc biệt ở môi trường có độ ẩm thấp) mà vẫn còn khả năng lây truyền bệnh nếu được hít vào, điều này giải thích tại sao dịch sởi hay xảy ra vào mùa thu-đông hay mùa khô. Như vậy tiếp xúc trực tiếp người bệnh với người lành không phải là điều kiện bắt buộc để lây lan bệnh sởi, bệnh có thể lây lan ngay trong bệnh viện hoặc phòng mạch bác sĩ qua các hạt nước bọt li ti bay lơ lửng trong môi trường. Khi một thành viên mắc sởi thì khoảng 75-90%

người trong gia đình sẽ bị phơi nhiễm sởi và có khả năng phát bệnh sởi nếu chưa có miễn dịch.

Lứa tuổi dễ mắc bệnh nhất là trẻ em từ 2 đến 6 tuổi. Thời kỳ lây truyền bệnh sởi thông thường khoảng 4 ngày trước khi phát ban (cuối giai đoạn ủ bệnh) đến 4-5 ngày sau khi phát ban. Lây lan mạnh nhất là trong giai đoạn triệu chứng viêm long và giảm khi ban xuất hiện.

Năm 1985, Việt Nam bắt đầu tiêm vắc xin sởi cho trẻ 9 tháng tuổi trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Đến năm 2006, triển khai tiêm nhắc lại vắc xin sởi lần thứ hai cho trẻ từ 18 tháng tuổi.

1.4. Sinh bệnh học

Siêu vi sởi vào cơ thể người qua lớp niêm mạc đường hô hấp hoặc có thể qua kết mạc mắt. Tại đây, siêu vi sởi sẽ xâm nhập vào tế bào monocyte và tế bào lympho tại biểu mô hô hấp qua thụ thể SLAM (CD46) và tăng sinh tại chỗ sau đó phóng thích vào máu (lần 1) và hệ võng nội mô. Lúc này siêu vi tiếp tục sinh sản và được phóng thích vào máu lần 2, từ đó siêu vi xâm nhập vào các bạch cầu máu. Sự xâm lấn vào các tế bào lympho T sẽ gây ra tình trạng ức chế làm suy giảm miễn dịch tế bào tạm thời trong giai đoạn đầu của bệnh sởi.

Vào thời kỳ xâm nhập lần thứ hai của siêu vi vào máu, các cơ quan thuộc hệ hô hấp của người bệnh bị tổn thương gây ra các triệu chứng viêm long đường hô hấp: chảy nước mũi, ho và viêm tiểu phế quản, Chính sự phù nề và sự mất các niêm mạc đường hô hấp tạo điều kiện thuận lợi cho các vi trùng dễ dàng xâm nhập, gây ra bội nhiễm và các biến chứng khác như: viêm tai giữa, viêm phổi.

Siêu vi sởi theo bạch cầu đến các phủ tạng và gây tổn thương các cơ quan trong thời kỳ toàn phát của bệnh. Tổn thương giải phẫu bệnh điển hình là các tế bào khổng lồ An Hecht). Đây là hợp bào chứa nhiều nhân và hạt vùi (chứa siêu vi bên trong) nhân và nguyên sinh chất. Tế bào Hecht xuất hiện vào ngày thứ 4-5 trước khi phát ban và kéo dài 3 - 4 ngày các tế bào này được tìm thấy ở tổ chức lympho, biểu mô niêm mạc khí quản trong trường hợp bị biến chứng viêm não-tủy sẽ có hiện tượng xuất huyết khu trú phù nề và thoái biến myelin ở một vài vùng não và tủy sống. Siêu vi sởi ít khi phân lập được trong dịch não tủy, nên viêm não trong bệnh sởi được cho là tương tác tại chỗ giữa các yếu tố miễn dịch qua trung gian tế bào sởi được cho là do tương tác tại chỗ giữa các tế bào nhiễm siêu vi sởi.

Sang thương do siêu vi sởi gây ra sự tăng tiết dịch và tăng sinh các tế bào bạch cầu đơn nhân quanh các mao mạch cùng với các tế bào đa nhân. Hiện tượng này chủ yếu xảy ra ở da, niêm mạc đường hô hấp, niêm mạc mắt và đường tiêu hóa.

Sang thương tại niêm mạc miệng, phía trong của má sẽ biểu hiện bằng dấu K. (nội ban), gồm những chấm trắng nhỏ li ti như những hạt cám, có kích thước như : đinh ghim. Đây chính là hiện tượng tăng sinh tế bào nội mạch và xuất tiết huyết thanh.

Sang thương ngoài da trong bệnh sởi biểu hiện bằng sự phát ban. Cơ chế ban sởi là do phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào lympho CD8 và NK), làm tăng độ nhạy Can của cơ thể đối với siêu vi, gây ra phản ứng dị ứng nhằm đào thải siêu vi sởi ra khỏi cơ thể. Ở bệnh nhân thiếu hụt gamaglobulin khi bị mắc sởi vẫn có biểu hiện phát ban. trong khi đó bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch tế bào khi mắc sởi không có biểu hiện phát ban nhưng lại có hiện tượng viêm phổi do siêu vi sởi với sự hiện diện của tế bào Hecht đặc hiệu.

1.5. Lâm sàng

1.5.1. Thể điển hình: 4 thời kỳ

1.5.1.1. Thời kỳ ủ bệnh

Tính từ lúc siêu vi sởi bắt đầu xâm nhập vào cơ thể cho đến khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên là triệu chứng sốt. Thời kỳ này kéo dài 8-21 ngày, trung bình 10 ngày. Người lớn có xu hướng ủ bệnh lâu hơn trẻ em.

1.5.1.2. Thời kỳ khởi phát

Thời kỳ này còn được gọi là thời kỳ viêm long kéo dài từ 3 đến 5 ngày. Đây là thời kỳ lây lan HLA, với các biểu hiện chính:

- Sốt: khởi đầu là sốt nhẹ sau đó nhanh chóng 39-40°C kèm theo máy thân, nhức đầu, đau khớp.

- Viêm long (viêm xuất tiết): viêm long đường hô hấp thường gặp ho khan hoặc ho đàm, chảy nước mũi, hắt hơi; viêm kết mạc mắt gây chảy nước mắt, nhiều ghèn, kết mạc mắt đỏ, phù nề mi mắt. Viêm long đường tiêu hóa gây tiêu chảy tăng xuất tiết, không xâm lấn, kèm đau bụng nhẹ. Trên lâm sàng, dấu hiệu viêm long được xác định Khi bệnh nhân có hai trong 3 triệu chứng: Ho (Cough), chảy nước mũi (Coryza) và viêm Kết mạc (Conjunctivitis) trong đó triệu chứng ho hầu như luôn có và thường kéo dài qua giai đoạn hồi phục 1-2 tuần. Ở trẻ bị suy dinh dưỡng kèm thiếu vitamin A, tình trạng Viêm kết mạc thường nặng nề hơn và hay đi kèm biến chứng viêm củng - giác mạc gây sẹo giác mạc hoặc bội nhiễm gây sẹo giác mạc, làm giảm thị lực vĩnh viễn.

- Nội ban: khám họng ở thời kỳ này của bệnh (thường vào ngày thứ 2 của sốt) có thể thấy dấu Koplik. Đây là dấu hiệu lâm sàng rất đặc trưng, sự xuất hiện dấu Koplik giúp khẳng định chẩn đoán sởi về mặt lâm sàng. Triệu chứng này được mô tả vào năm 1896 bởi bác sĩ người Mỹ là Henry Koplik. Đó là các hạt trắng, có kích thước nhỏ như đầu đinh ghim, nổi gồ lên trên bề mặt niêm mạc má (phía trong miệng, thường ngang răng hàm), xung quanh hạt Koplik niêm mạc má thường có sung huyết. Dấu Koplik xuất hiện nhiều sẽ gây cảm giác đau rát vùng miệng và hay đi kèm viêm nướu răng làm bệnh nhân ăn uống kém, giảm cảm giác ngon miệng. Các nghiên cứu ngày nay ở bệnh nhân sởi trẻ em và người lớn cho thấy các hạt Koplik biến mất trong vòng 24-72 giờ sau khi xuất hiện và có trường hợp có thể thấy vào ngày đầu phát ban. Đây là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán bệnh sởi sớm và chắc chắn.

- Hạch bạch huyết có thể sưng to, đau.

1.5.1.3. Thời kỳ toàn phát: còn gọi là giai đoạn phát ban:

Bệnh nhân bắt đầu bị phát ban vào ngày thứ 4 – 6 của bệnh. Ban sởi là ban không tẩm nhuận, có dạng dát sần, kích thước nhỏ, hơi nổi gồ nhẹ lên mặt da, bề mặt hồng ban sờ thấy cảm giác mịn, giữa các nốt ban là khoảng da lành. Ban mọc rải rác hay dính liền với nhau thành từng mảng tròn 3 – 6 mm. Sự phát ban diễn ra theo trình tự:

- Ngày đầu: mọc sau tai rồi lan dần ra hai bên má, cổ.

- Ngày thứ 2: ban lan xuống ngực, bụng và hai tay.

- Ngày thứ 3: ban lan ra sau lưng, hông và chân

Ban sởi có cả trên da đầu, lòng bàn tay, lòng bàn chân và mọc dày hơn ở nơi xuất hiện trước, nên ban ở vùng mặt và cổ có xu hướng dính lại với nhau rất rõ hai chân, hai chân thì thưa thớt. Ở trẻ em, ban sởi tại vùng cổ ở ban sởi tại vùng da nơi cọ xát, phơi nắng, học sớm (mặt, gáy, lưng trên, cánh tay) mọc dày và lân vào nhau mảng hồng ban có các khoảng da lành ở giữa. Những trường hợp này khi Pu giác phù nhẹ vùng nổi ban, kèm ngứa nhẹ, dễ chẩn đoán nhầm với mảng mề đay, hoặc hồng ban do dị ứng.

Khi bắt đầu phát ban, thân nhiệt tăng cao 39 40 độ C bệnh nhân mệt mỏi nhiều, ho nhiều hơn, ho khan hoặc có đàm trắng. Tiêu chảy không xâm lấn xuất hiện nên nặng nề hơn kèm ăn uống kém, đau rát miệng, không cảm giác ngon mìa triệu chứng trên làm bệnh nhân rất mệt mỏi, rõ rệt nhất ở người lớn.

Sau khi phát ban 3 ngày, ban đã lan ra toàn thân thì nhiệt độ thường giảm, các triệu chứng toàn thân nhanh chóng biến mất, hết đỏ mắt, hết chảy mũi, bệnh nhân ca" Phi, hẳn mặc dù họ vẫn còn nhiều. Nếu lúc này bệnh nhân vẫn còn sốt cao, cần chú ý theo dõi những biến chứng. Ngoài ra, bệnh nhân có thể bị sưng to, đau " LÀ Bạch góc hàm, lách to, sưng hạch màng bụng gây đau bụng Các tổn thương do của sởi ở niêm mạc ruột thừa có thể làm hẹp lòng ruột và gây ra các triệu chứng viêm ruột thừa. Các triệu chứng tiêu hóa như: ói, tiêu chảy hoặc viêm tai - Quản thường xảy ra ở trẻ nhỏ hơn trẻ lớn và nhất là ở những trẻ bị suy dinh dưỡng

Ban sẽ tồn tại đến khoảng ngày thứ 6 kể từ ngày bắt đầu, sau khi lan thân, ban sởi sẽ dần biến mất theo trình tự xuất hiện

1.5.1.4. Thời kỳ hồi phục (thời kỳ lui bệnh)

Thông thường sau 6 ngày phát bệnh (ngày thứ 3 sau phát ban), ban sởi lan ra toàn thân và lặn theo thứ tự như khi xuất hiện. Ban lặn dần từ mặt đến thân mình và chi, để lại các nốt thâm có tróc da mỏng, mịn giống như bụi phấn hay vảy cám. Những chỗ thâm đen trên mặt da xen lẫn với những chỗ da bình thường được gọi là dấu hiệu "vết rằn da hổ", đây là dấu hiệu để khẳng định chẩn đoán bệnh sởi. Những vết này sẽ lợt màu dần và biến mất trong vòng 7 – 10 ngày. Bệnh nhân ăn uống ngon miệng trở lại, tổng trạng hồi phục dần, dù thường vẫn còn ho, nhưng với tần suất và mức độ giảm hơn giai đoạn đầu và có thể kéo dài tới 2 tuần sau đó.

1.5.2. Các thể lâm sàng khác

- Ngoài thể lâm sàng điển hình như đã mô tả ở trên, một số trường hợp bệnh sởi rất khó nhận ra do biểu hiện lâm sàng không điển hình.

1.5.2.1. Sởi nhẹ: Bệnh nhân không sốt hoặc sốt nhẹ, chỉ chảy một ít nước mũi, ban thưa, mờ, lặn nhanh. Thể này thường gặp ở trẻ em dưới 6 tháng tuổi do còn kháng thể của mẹ hay ở trẻ em đã được gây miễn dịch bằng Gamma globulin hoặc đã chích ngừa sởi hay từng mắc sởi nhưng chưa đạt được miễn dịch bảo vệ hoàn toàn. Sởi thể nhẹ rất khó chẩn đoán trên lâm sàng và thường bị nhầm với Rubella, hoặc sốt phát ban do siêu vi khác. Thường phải nhờ vào cận lâm sàng mới chẩn đoán xác định được. Thể này dễ bỏ sót, nên là nguồn lan truyền khó kiểm soát trong cộng đồng.

1.5.2.2. Sởi nặng (thể sởi ác tính): Thể rất hiếm gặp, chủ yếu ở trẻ em, các dấu hiệu ác tính thường xuất hiện nhanh chóng trong vòng vài giờ vào cuối thời kỳ khởi phát, trước khi phát ban. Các dấu hiệu ác tính bao gồm: sốt cao đột ngột 39 – 41 độ C, rối loạn tri giác, lơ mơ, bứt rứt, vật vã, co giật, mạch nhanh, huyết áp tụt, thở nhanh, tím tái, nôn mửa, tiêu lỏng, tiểu ít, ban sởi kèm xuất huyết dưới da nổi dày đặc khắp người (nên thể này còn được gọi là sởi đen)... Tiên lượng tử vong rất cao.

1.5.2.3. Sởi ở người lớn

Các nghiên cứu gần đây cho thấy bệnh sởi ở người lớn thường nặng hơn ở trẻ em. Người lớn mắc sởi với triệu chứng rầm rộ, suy nhược mệt mỏi rõ rệt hơn, ban mọc dày hơn, viêm long hô hấp, tiêu hóa nặng nề hơn. Bội nhiễm vi khuẩn ở đường hô hấp chiếm 30%, 17% có thất phế quản, 31% có tăng men gan, 29% bị viêm tai giữa và 25% bị viêm xoang. Những báo cáo của Trung tâm phòng chống dịch bệnh của Mỹ (CDC) cho thấy tỷ lệ biến chứng ở những người trên 20 tuổi mắc sởi cao hơn ở trẻ em

1.5.2.4. Sởi và thai kỳ

Không như bệnh Rubella, sởi không gây dị tật thai nhi. Tuy nhiên, dài kỳ làm tăng nguy cơ sẩy thai và sanh non, Den I do Phụ nữ mang, cũng ghi nhận có tỷ lệ biến chứng viêm phổi cao hơn người bình thường trường hợp mẹ bị sởi ngay thời điểm chuyển dạ vì có khả năng lây cho con sởi trong vòng 10 ngày sau sinh thì gọi là sởi sơ sinh và trẻ phát bệnh sởi 6. ngày sau sinh được gọi là sởi bẩm sinh. Dù sởi sơ sinh hay bẩm sinh thì đều, hiện bệnh từ trung bình đến nặng. Do đó tất cả trẻ sinh ra có phơi nhiễm. tuyên cáo nên tạo miễn dịch thụ động bằng việc chích immunoglobulin.

1.5.2.5. Sởi trên cơ địa suy giảm miễn dịch

Bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch (AIDS, lymphoma, điều trị thuốc ức chế miễn dịch bẩm sinh...) có nguy cơ bị bệnh sởi diễn tiến nặng nề với nguy cơ tử vong cao hiện sởi trên đối tượng suy giảm miễn dịch thường không diễn hình như không, và không có dấu Koplik. Hai biểu hiện thường gặp chủ yếu trên nhóm đối tượng và viêm phổi Hecht và bệnh lý não thể vùi do sởi. Sởi trên bệnh nhân nhiễm HIV làm ở tiến của bệnh HIV nặng nề hơn. Bệnh sởi trên trẻ em bị nhiễm HIV có tỷ lệ tử vong hơn 10 lần so với bệnh sởi ở trẻ bình thường. Trên bệnh nhân HIV bị mắc sởi có khoảng 1/3 trường hợp không phát ban và có tới hơn 80% bị viêm phổi.

Huyết thanh chẩn đoán sởi (IgM) trên đối tượng suy giảm miễn dịch thường. tính và chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào xét nghiệm mô học tìm tế bào khổng Hecht qua phết tế bào biểu mô niêm mạc hầu họng, kết mạc hoặc RT-PCR.

1.5.2.6. Sởi và bệnh lao

Về mặt lý thuyết sinh bệnh học, siêu vi sởi làm giảm miễn dịch qua trung gian bào, và đây là điều kiện thuận lợi để bùng phát lao. Tuy nhiên thực tế các nghiên cứu vẫn chưa ghi nhận bằng chứng của mối liên hệ này. Test Tuberculin (IDR) có ý kết quả âm tính giả trong vòng 01 tháng hậu sởi hoặc sau chích ngừa sởi.

1.5.3. Các biến chứng của bệnh sởi

Nhóm bệnh nhân dễ bị biến chứng trong bệnh sởi

- Cơ địa suy giảm miễn dịch.
- Phụ nữ mang thai.
- Thiếu Vitamin A hoặc suy dinh dưỡng nặng.
- Trẻ dưới 5 tuổi (đặc biệt dưới 1 tuổi) hoặc người lớn.
- Biến chứng thường gặp: viêm phổi, viêm thanh khí phế quản, tiêu chảy, viêm tai giữa, viêm loét miệng, nhiễm trùng bệnh viện.
- Biến chứng hiếm gặp: viêm não – màng não, viêm cơ tim, viêm loét củng-giác mạc, viêm màng ngoài tim, bệnh não xơ hóa bán cấp (SSPE),....
- Biến chứng viêm phổi và viêm não là hai nguyên nhân tử vong hàng đầu trên bệnh nhân sởi.

1.5.3.1. Biến chứng đường hô hấp

Viêm thanh khí quản, viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi... ở giai đoạn sớm là do siêu vi sởi và sau đó là do bội nhiễm (do tụ cầu, liên cầu, phế cầu...). Viêm phổi bội nhiễm là nguyên nhân hàng đầu gây hơn 50% trường hợp tử vong trong bệnh Sởi. Biểu hiện đa dạng: viêm phổi mô kẽ, phế quản phế viêm (viêm phổi đốm) hoặc viêm phổi thùy, vi khuẩn thường gây bội nhiễm là *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* và *Staphylococcus aureus*. Viêm phổi do siêu vi sởi là viêm phổi tế bào khổng lồ hay còn được gọi là viêm phổi Hecht thường xảy ra trong giai đoạn bệnh sởi đang tiến triển và đa số tự giới hạn ở người bình thường. Ở đối tượng suy giảm miễn dịch, viêm phổi Hecht tiến triển nặng nề với biểu hiện lâm sàng suy hô hấp nhanh chóng trong giai đoạn sớm của bệnh, kèm tỷ lệ tử

vong cao. Lâm sàng bệnh nhân còn sốt cao dù bạn đã lan ra toàn thân, ho nhiều, phổi có ran, có thể có suy hô hấp.

1.5.3.2. Biến chứng thần kinh

Viêm não – màng não là biến chứng nguy hiểm nhất của bệnh sởi và thường biểu hiện dưới ba dạng: viêm não cấp, viêm não tủy lan tỏa cấp tính (Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM)) và viêm não xơ cứng bán cấp (Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE)). Nguy cơ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề, không hồi phục.

1.5.3.3. Biến chứng đường tiêu hóa

Viêm niêm mạc miệng, cam tẩu mã (noma) do bội nhiễm xoắn trùng Vincent gây hoại tử, viêm ruột, viêm hạch mạc treo... Viêm niêm mạc miệng không loét rất hay gặp, bệnh nhân có cảm giác đau miệng, giảm vị giác, niêm mạc miệng viêm đỏ xuất tiết và mất nhanh khi hết sốt. Viêm hạch mạc treo do sởi thường lành tính, tự hết, tuy nhiên triệu chứng có thể tương tự như viêm ruột thừa. Cần thăm khám lâm sàng cẩn thận, xét nghiệm sinh hóa máu kết hợp siêu âm bụng hoặc chụp CT-scan bụng để tránh bỏ sót viêm ruột thừa. Một số trường hợp khó phải mổ thám sát mới phân biệt được.

1.5.3.4. Biến chứng Tai-Mũi-Họng

Viêm mũi – họng, viêm tai, viêm tai xương chũm do bội nhiễm. Biến chứng do viêm tai giữa chiếm khoảng 7-14% các trường hợp sởi ở trẻ em, do biểu mô vòi Eustach do siêu vi sởi làm tắc nghẽn sẽ tạo điều kiện cho vi trùng xâm nhập và gây viêm Đường kính vòi Eustach tăng theo tuổi nên viêm tai giữa hay gặp ở trẻ em bị lớn. Lâm sàng ghi nhận trẻ vẫn sốt hoặc sốt lại sau khi bạn sởi lặn, trẻ quấy kh đầu liên tục, than đau tại và có thể có chảy mủ tại. Khám tại thấy màng nhĩ sung mờ đục, phồng ra và kém di động, có thể thấy chảy mủ tai.

1.3.3.5. Biến chứng do suy giảm miễn dịch

Bệnh sởi làm suy giảm miễn dịch qua trung gian tế bào và dễ bùng phát các bên. truyền nhiễm khác như lao. Ngoài ra sởi còn gây viêm miệng làm trẻ kém ăn và A chảy làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em tại các nước đang phát triển. Và suy dinh dưỡng lại làm tình trạng suy giảm miễn dịch nghiêm trọng hơn. Hnữa, theo ghi nhận của WHO, nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng khác hoặc tử vong vẫn còn cao cho đến vài tháng sau khi hồi phục ở bệnh nhân bị sởi.

1.5.3.6. Biến chứng ở mắt

- Trong giai đoạn viêm long, viêm kết mạc và viêm củng mạc mắt xuất hiện ở hơn 57% ca mắc sởi. Nếu không bị suy dinh dưỡng và không bội nhiễm vi trùng thì sau 4-5 ngày phản ứng viêm sẽ cải thiện và không để lại di chứng. Tuy nhiên, sẹo vĩnh viễn và mù lòa có thể gặp trên cơ địa thiếu Vitamin A hay bội nhiễm vi trùng như *Pseudomonas* sp hoặc tụ cầu. Theo WHO, bệnh sởi là nguyên nhân gây ra % các trường hợp mù lòa ở trẻ em bị sởi tại các nước chậm phát triển. Mù lòa do sởi ngoài nguyên nhân tổn thương giác mạc còn do biến chứng viêm não do sởi.

vào

1.6. Cận lâm sàng

1.6.1. Công thức máu

Thường thấy giảm bạch cầu máu, Số lượng lympho giảm và tăng tương đối trung tính. Có thể do siêu vi sởi xâm nhập và tăng sinh trong y giải tế bào. Tiểu cầu giảm cũng hay gặp trong bệnh sởi và thường giảm nhẹ nếu ghi nhận tình trạng ban cũng hay sao và tăng sinh trong bạch cầu biến chứng.

1.6.2. Men gan: men AST và ALT thường tăng dưới 5 lần bình thường.

1.6.3. Huyết thanh chẩn đoán

Sau khi phát ban 3 ngày, kháng thể IgM đặc hiệu sẽ xuất hiện sau đó đạt hiệu giá | Lol da sau 2-4 tuần và tồn tại khoảng 1-2 tháng. Kháng thể IgG xuất hiện từ ngày 10 sau Khi bạn xuất hiện và tồn tại nhiều năm. Hiện nay, xét nghiệm miễn dịch men (ELISA) Phát hiện IgM đặc hiệu của siêu vi sởi trong máu được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán, với độ nhạy cao và dễ thực hiện. Xét nghiệm ELISA nên được làm từ ngày 4 đến ngày 28 tính từ lúc phát ban để tỷ lệ dương tính cao, nếu làm sớm trước ngày 4 thì âm tính vào khoảng 30%. Nhiễm parovirus, human herpesvirus 6 có thể gây dương tính giả.

1.6.4. Phân lập siêu vi

Siêu vi sởi có thể được nuôi cấy từ máu, nước tiểu, chất tiết mũi họng trong giai đoạn viêm long những kỹ thuật phức tạp và tốn kém nên ít được sử dụng. Hiện nay, kỹ thuật khuếch đại chuỗi gen (PCR) và kỹ thuật reverse transcriptase (RT-PCR) cho kết quả nhanh với độ nhạy và đặc hiệu cao thường được sử dụng để thay thế cho nuôi cấy. Bệnh phân phết mũi họng được sử dụng làm RT-PCR cho kết quả dương tính cao nhất vào giai đoạn toàn phát (ngày 1 tới ngày 3 sau phát ban) và có thể dương tính đến 10-14 ngày sau phát ban. Nếu xét nghiệm ELISA chẩn đoán sởi lần 1 cho kết quả âm tính hoặc hiệu giá thấp thì thực hiện lần 2, cách nhau 7- 10 ngày, chẩn đoán sởi khi hiệu giá kháng thể lần hai cao gấp 4 lần so với lần đầu.

Tuy nhiên, trên thực tế các xét nghiệm này rất ít được áp dụng vì kết quả dương tính phụ thuộc thời điểm lấy mẫu (IgM dương tính cao từ ngày phát ban thứ 3) hay chỉ thực hiện ở các phòng xét nghiệm lớn (RT-PCR). Do đó việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào các yếu tố dịch tễ và lâm sàng đặc trưng.

1.7. Chẩn đoán

Dựa vào 3 nhóm yếu tố: dịch tễ, lâm sàng và kết quả xét nghiệm:

1.7.1. Yếu tố dịch tễ: lứa tuổi, đang có dịch sởi xảy ra, có tiếp xúc với bệnh nhân sởi, tiền sử chích ngừa sởi.

1.7.2. Yếu tố lâm sàng

- Hội chứng nhiễm siêu vi: sốt cao, mệt mỏi, uể oải toàn thân, ăn uống kém, nôn ói...
- Hội chứng viêm long: thường có ho khan hoặc có đàm, chảy nước mũi, viêm kết mạc mắt, tiêu chảy...
- Giai đoạn sớm: dấu hiệu Koplik.
- Giai đoạn toàn phát: phát ban dát sần đặc trưng theo trình tự từ mặt cổ lan dần Ángel thân, tay, chân và biến mất theo thứ tự. Sau khi ban bay để lại các “vết rằn da hổ”.
- Các biến chứng nếu có.

1.7.3. Xét nghiệm chẩn đoán xác định; ứng dụng trong thực hành lâm sàngbkhong cao

- Phân lập siêu vi sởi từ máu, dịch mũi họng (giai đoạn sớm).
- Tìm tế bào khổng lồ Hecht ở dịch tiết mũi họng.
- Xét nghiệm ELISA tìm IgM đặc hiệu cho sởi (từ ngày 3 phát ban).

1.8. Chẩn đoán phân biệt

1.8.1. Bệnh Rubella

Sốt thường nhẹ, ít có dấu hiệu nhiễm độc toàn thân. Viêm long không có ba có viêm long hô hấp nhẹ. Ban Rubella cũng là dạng dát sần giống ban sởi nhưng thước nhỏ hơn, mọc sớm hơn từ ngày bệnh 1-2, không có xu hướng kết dính với vi, và khi bay không để lại các vết thâm (vết rằn da hổ). Thường có dấu Forchheimer c. không có