

Số: 2354 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 04 tháng 7 năm 2013

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Tài liệu chuyên môn
hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rubella

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 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 Tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rubella.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rubella 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, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện, Viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Xuyên

TÀI LIỆU CHUYÊN MÔN
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RUBELLA

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2354/QĐ-BYT
ngày 04 tháng 7 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

I. Đại cương

1. Khái niệm

Rubella (còn gọi là Sởi Đức) là một bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút rubella (vi rút ARN giống Rubivirus họ Togaviridae) gây nên. Bệnh lây truyền từ người bệnh, người mang vi rút sang người lành qua đường hô hấp hoặc từ mẹ sang thai nhi.

Bệnh biểu hiện bằng sốt, phát ban, nổi hạch, thường diễn biến lành tính, nhưng có thể gây một số biến chứng như viêm não – màng não, xuất huyết giảm tiểu cầu...

Nhiễm rubella ở phụ nữ có thai, đặc biệt trong 18 tuần đầu thai kỳ, có thể gây sảy thai, thai lưu, đẻ non và các tổn thương nặng nề cho thai nhi (hội chứng rubella bẩm sinh).

2. Dịch tễ

Bệnh xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, thường vào mùa đông xuân, có thể rải rác quanh năm. Người là ổ chứa vi rút duy nhất, khoảng 20%-50% người nhiễm vi rút không có triệu chứng. Bệnh lây truyền từ người bệnh, người mang vi rút sang người lành trong thời gian từ 1 tuần trước khi phát ban cho đến 1 tuần sau khi phát ban. Người bị nhiễm vi rút do hít phải hoặc tiếp xúc trực tiếp với các dịch tiết đường hô hấp của người bệnh, người mang vi rút. Khả năng lây truyền từ mẹ nhiễm rubella sang thai nhi rất cao trong những tháng đầu của thai kỳ. Những người chưa có miễn dịch đều có thể bị mắc bệnh. Người sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững; miễn dịch của mẹ truyền cho con có thể bảo vệ trẻ trong vòng 6 đến 9 tháng sau khi sinh.

II. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán ca bệnh lâm sàng

a) Dịch tễ:

- Có tiếp xúc với người bệnh rubella, hoặc;
- Sống hoặc đến từ vùng đang có dịch rubella.

b) Lâm sàng:

- Sốt: thường sốt nhẹ từ 1 đến 3 ngày.
- Phát ban: ban dát sần, mọc không theo trình tự, không để lại vết thâm sau khi bay.

- Nổi hạch nhiều nơi.
- Đau mỏi người, đau khớp.

2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào chẩn đoán ca bệnh lâm sàng, và xét nghiệm:

- Kháng thể kháng rubella IgM (+) (ELISA). Xét nghiệm IgM có thể âm tính trong vòng 5 ngày đầu sau khi phát ban, cần tiến hành xét nghiệm lại sau 1 tuần.

hoặc

- Kháng thể kháng rubella IgG: hiệu giá kháng thể lần 2 sau 1 tuần tăng gấp 4 lần so với lần 1.

hoặc

- RT-PCR rubella (+): bệnh phẩm dịch hầu họng, máu, dịch não tủy, dịch ối.

*Cần phải làm xét nghiệm chẩn đoán cho tất cả những trường hợp rubella có biến chứng và phụ nữ có thai nghi ngờ nhiễm rubella.

3. Chẩn đoán phân biệt

a) Sởi:

- Có biểu hiện viêm long rõ.
- Ban mọc và bay theo trình tự: từ đầu, ngực tay bụng, chân, ban hồng mịn và xen kẽ với các khoảng da lành, khi mọc tới chân thì ban bay theo thứ tự như trên, để lại vết thâm (dấu hiệu vằn da hổ).

- Xét nghiệm kháng thể kháng sởi IgM (+).

b) Sốt xuất huyết:

- Sốt cao đột ngột.
- Đau đầu, đau mỏi toàn thân, đau nhức nhiều hai hốc mắt.
- Da xung huyết, ít khi có phát ban.
- Dấu hiệu xuất huyết ở dưới da, niêm mạc hoặc nội tạng.
- Xét nghiệm máu: BC giảm, TC giảm, Hct bình thường hoặc tăng.
- Xét nghiệm huyết thanh: NS1 hoặc IgM kháng dengue (+).

c) Sốt phát ban do các vi rút khác: Adenovirus, Coxsackie, Chikungunia.

d) Bệnh tinh hồng nhiệt (sốt phát ban do liên cầu).

đ) Dị ứng thuốc:

- Phát ban đa dạng, ngứa nhiều.
- Có thể kèm tổn thương gan thận.

- Có tiền sử dùng thuốc trước khi có các biểu hiện trên.

4. Rubella ở một số đối tượng

a) Rubella ở phụ nữ có thai:

Biểu hiện lâm sàng cũng giống với người nhiễm rubella khác. Tỷ lệ lây nhiễm cho thai nhi: trong tháng đầu từ 81% đến 90%, tháng thứ hai từ 60% đến 70%, tháng thứ ba từ 35% đến 50%. Sau tuần thai thứ 20, tỷ lệ này giảm dần xuống còn 5% đến 15%. Hậu quả: sảy thai, thai lưu, đẻ non hoặc dị tật đối với thai nhi.

Việc chẩn đoán nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai rất quan trọng liên quan tới quyết định đình chỉ hay giữ thai. Cần phải làm đầy đủ các xét nghiệm chẩn đoán ở các cơ sở xét nghiệm tin cậy.

b) Rubella bẩm sinh:

- Trẻ sinh ra từ mẹ có tiền sử nhiễm rubella khi mang thai và trẻ có xét nghiệm IgM (+) với rubella.

- Hội chứng rubella bẩm sinh: với các dị dạng thai nhi thuộc 2 nhóm

- + Nhóm A: đục thủy tinh thể, glaucoma bẩm sinh, bệnh tim bẩm sinh, tổn thương thính giác, bệnh võng mạc sắc tố.

- + Nhóm B: ban tím, gan lách to, vàng da, não nhỏ, chậm phát triển, viêm não màng não, bệnh xương trong (hình ảnh X-quang).

- Việc chẩn đoán xác định trẻ sơ sinh bị nhiễm rubella căn cứ vào việc xét nghiệm kháng thể trong máu cuống rốn: khẳng định nhiễm khi tìm thấy cả IgG và IgM.

5. Biến chứng

- Viêm não – màng não: Có thể xuất hiện trong thời kỳ toàn phát hoặc sau khi đã hết sốt và ban đã bay. Các biểu hiện: chậm chạp, vô cảm, ngủ gà hoặc kích thích, rung giật nhãn cầu, liệt thần kinh sọ, co giật, cơn co cứng, hôn mê, rối loạn tuần hoàn và hô hấp. Dịch não tủy bình thường hoặc biến loạn kiểu viêm màng não nước trong. Có thể tử vong hoặc có di chứng về tinh thần, vận động.

- Tiêu cầu giảm nặng và kéo dài (hiếm gặp) gây xuất huyết dưới da, niêm mạc và nội tạng.

- Các biến chứng khác có thể gặp: viêm phổi, viêm khớp, viêm tinh hoàn.

III. Điều trị

1. Nguyên tắc điều trị

- Cách ly người bệnh 7 ngày kể từ khi phát ban: tại nhà hoặc tại cơ sở y tế.
- Điều trị triệu chứng và hỗ trợ, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.
- Theo dõi, phát hiện và xử lý sớm các biến chứng.

2. Điều trị cụ thể

a) Rubella không biến chứng:

- Nghỉ ngơi, ăn uống đầy đủ.
- Nếu sốt cao: dùng paracetamol.
- Uống các vitamin.

b) Rubella có biến chứng:

- Viêm não:
 - + Điều trị chung theo hướng dẫn do Bộ Y tế ban hành.
 - + Có thể sử dụng gammaglobulin với liều 0,1– 0,4g/kg cân nặng/ngày x 3 ngày và/hoặc methylprednisolon 2mg/kg/ngày x 5–7 ngày.
 - + Sử dụng kháng sinh thích hợp khi có nguy cơ bội nhiễm.
- Xuất huyết giảm tiểu cầu:
 - + Truyền khối tiểu cầu khi: có biểu hiện xuất huyết và tiểu cầu < 50 G/l hoặc không có biểu hiện xuất huyết mà tiểu cầu < 20 G/l.
 - + Methylprednisolon 2mg/kg/ngày nếu tiểu cầu < 20 G/l; giảm dần liều theo diễn biến bệnh và sự hồi phục của tiểu cầu.

3. Xử trí nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai

- Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: tư vấn đình chỉ thai nghén khi đã có chẩn đoán xác định.
- Phụ nữ có thai từ 13 đến 18 tuần bị nhiễm rubella: tư vấn nguy cơ con bị rubella bẩm sinh, cần chọc ối để xét nghiệm chẩn đoán xác định. Tất cả các trường hợp tìm thấy rubella trong nước ối đều tư vấn đình chỉ thai, các trường hợp âm tính tiếp tục theo dõi.
- Phụ nữ có thai trên 18 tuần bị nhiễm rubella: nguy cơ con bị rubella bẩm sinh thấp, theo dõi thai kỳ bình thường.

IV. Phòng bệnh

1. Phòng bệnh chung

- Tuyên truyền sâu rộng trong cộng đồng về bệnh rubella, cách nhận biết và biện pháp phòng chống.
- Tăng cường vệ sinh cá nhân.
- Đeo khẩu trang khi tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh.
- Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng.
- Tránh tối đa việc chùi tay lên mắt và mũi, miệng.
- Những người tiếp xúc gần (người sống cùng nhà, thầy thuốc trực tiếp chăm sóc, điều trị) nên vệ sinh đường mũi, họng, mắt hàng ngày bằng các dung dịch sát khuẩn thông thường.
- Hạn chế tiếp xúc với người mắc/nghi mắc bệnh, phụ nữ có thai tuyệt đối không tiếp xúc với người bệnh rubella. Khi phải tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang y tế và trang bị phòng hộ cá nhân.

- Hạn chế tập trung đông người, hội họp, đặc biệt tại những phòng chật hẹp, ít thông khí ở khu vực ổ dịch.

- Không cho trẻ em dùng chung vật dụng cá nhân (khăn mặt, bàn chải, kính, cốc, chén, bát đĩa ...), đồ chơi hoặc đồ vật dễ bị ô nhiễm chất tiết mũi họng.

- Trẻ em nhiễm rubella bẩm sinh cần hạn chế tối đa tiếp xúc với phụ nữ có thai và trẻ em khác từ khi sinh ra đến khi trẻ được 1 tuổi.

2. Phòng bệnh trong bệnh viện

- Cách ly người bệnh.

- Nhân viên y tế thực hiện đầy đủ các biện pháp dự phòng chuẩn trong chăm sóc, điều trị cho người bệnh rubella.

- Khử khuẩn buồng bệnh: thường xuyên mở cửa sổ, cửa chính để ánh nắng chiếu vào và đảm bảo thông khí thoáng. Sử dụng khí Ozon hoặc chiếu đèn cực tím.

- Lau sàn nhà, nắm đấm cửa, mặt bàn, ghế, khu vệ sinh chung hoặc bề mặt của đồ vật nghi ngờ bị ô nhiễm bằng dung dịch khử trùng có chứa Clo với nồng độ 0,5% Clo hoạt tính hoặc các chất tẩy rửa thông thường từ 1 - 2 lần/ngày.

- Khử khuẩn đồ dùng, xử lý dịch tiết mũi họng của người bệnh theo quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn.

3. Phòng bệnh đặc hiệu

- Tiêm vắc xin rubella: sử dụng vắc xin dạng đơn hoặc dạng phối hợp (sởi - rubella hoặc sởi-quai bị-rubella).

+ Với trẻ em: tiêm vắc xin cho trẻ từ 9 tháng tuổi trở lên và nhắc lại khi trẻ 18 tháng tuổi.

+ Với người lớn: tiêm vắc xin cho những người chưa tiêm phòng hoặc những người chưa có miễn dịch, đặc biệt cho phụ nữ ở tuổi sinh đẻ.

- Không tiêm phòng vắc xin rubella cho phụ nữ đang mang thai.

+ Chỉ nên có thai sau khi tiêm phòng ít nhất 1 tháng.

+ Nếu phát hiện có thai sau khi tiêm phòng thì không có chỉ định đình chỉ thai.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**



Nguyễn Thị Xuyên