

## QUAI BỊ

### I. ĐỊNH NGHĨA

Quai bị là một bệnh nhiễm virus cấp tính tự giới hạn do siêu vi trùng thuộc nhóm Paramyxovirus gây ra với đặc điểm sưng tuyến mang tai và tuyến nước bọt.

### II. CHẨN ĐOÁN

#### 1. Dịch tễ:

- Tuổi: 2 -12t
- Quai bị lây từ người sang người qua đường hô hấp.
- Virus xuất hiện trong tuyến nước bọt từ 1 tuần trước và 2 tuần sau khi khởi phát sưng tuyến nước bọt. Giai đoạn lây truyền cao nhất xảy ra từ 1 -2 ngày trước và đến 5 ngày sau sưng tuyến mang tai.

#### 2. Lâm sàng:

- *Hỏi bệnh:*
  - + Tiếp xúc với người bệnh quai bị
  - + Chủng ngừa quai bị?
  - + Bệnh sử: sốt, sưng hàm 1 hoặc 2 bên, ói, nhức đầu, đau bụng...
  - + Đau hoặc sưng tuyến mang tai một hoặc hai bên, bờ thường không rõ, da trên tuyến thường không đỏ, không nóng, có thể kèm đau tuyến dưới hàm hoặc dưới lưỡi, đau khi há miệng hoặc khi nuốt.
  - + Sốt, thường kéo dài 2-3 ngày
  - + Triệu chứng nhiễm siêu vi: đau cơ, ăn uống kém, đau đầu, đau tai
  - + Lỗ Stenon đỏ và sưng
- *Biến chứng:*
  - + Sưng 1 hoặc 2 bên tinh hoàn ở nam giới
  - + Viêm màng não: sợ ánh sáng, hôn mê, cổ cứng
  - + Viêm tụy cấp: đau bụng, nhọn ói, ói
  - + Nữ trong độ tuổi sinh đẻ: đau bụng hạ vị phải nghi ngờ viêm buồng trứng nhưng hiếm
  - + Mặc dù quai bị gây ra những triệu chứng và biến chứng khó chịu nhưng bệnh lành tính và tự khỏi trong 10 ngày. Nhiều trẻ em bị quai bị không có biểu hiện lâm sàng.

#### 3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: bạch cầu bình thường hoặc giảm, chủ yếu là tăng lympho.
- Amylase máu và nước tiểu tăng: 90% trong các trường hợp
- Chọc dò dịch não tủy: nghi ngờ có biến chứng viêm màng não
- Siêu âm tuyến mang tai: giúp phân biệt viêm hạch hay viêm tuyến mang tai do vi trùng
- Xét nghiệm tìm kháng thể trong huyết thanh có thể xác định chẩn đoán khi tuyến mang tai hoặc tuyến nước bọt khác không to. Nếu so sánh mẫu máu trong giai đoạn

cấp và mẫu khác trong 3 tuần sau của bệnh, sẽ có sự tăng kháng thể gấp 4 lần nếu bệnh nhân bị quai bị.

#### 4. Chẩn đoán:

- Vùng dịch tể có quai bị và tiếp xúc với bệnh
- Sưng tuyến mang tai một hoặc 2 bên trên 2 ngày
- Phân lập virus trong máu: nhận dạng kháng nguyên virus bằng miễn dịch huỳnh quang hoặc nhận định acid nucleic bằng sự sao chép ngược PCR. Virus có thể phân lập từ dịch tiết của đường hô hấp trên, CSF, nước tiểu trong suốt giai đoạn cấp của bệnh
- Thử nghiệm huyết thanh học thường thuận tiện và có giá trị chẩn đoán

#### 5. Chẩn đoán phân biệt:

- Sưng tuyến mang tai có thể do nguyên nhân nhiễm trùng và không nhiễm trùng khác: parainfluenza 1 và 3, influenza A, CMV, EBV, Enterovirus, lymphocytic choriomeningitis virus và HIV.
- Viêm tuyến mang tai mủ: Staphylococcus aureus, thường 1 bên, căng to và kết hợp với sự gia tăng bạch cầu máu và có thể dẫn lưu mủ từ lỗ Stenon.
- Những nguyên nhân không nhiễm trùng khác gây sưng tuyến mang tai: tắc nghẽn lỗ stenon, bệnh collagen mạch máu như hội chứng Sj#gren, bệnh Lupus hệ thống và ung thư.

#### 6. Biến chứng:

Phổ biến nhất là viêm màng não và hoặc viêm não, viêm tuyến sinh dục. Ít gặp nhất: viêm màng kết, viêm dây thần kinh mắt, viêm phổi, viêm thận, viêm tụy và giảm tiểu cầu, viêm khớp, viêm tuyến giáp...

### III. ĐIỀU TRỊ

#### 1. Nguyên tắc điều trị:

- Không có điều trị đặc hiệu
- Phát hiện và điều trị triệu chứng

#### 2. Điều trị triệu chứng:

Không có liệu pháp kháng virus đặc hiệu cho quai bị, giảm đau, hạ sốt và cân bằng nước điện giải, ngăn ngừa mất nước do sốt hoặc chán ăn

#### 3. Điều trị biến chứng:

- Viêm màng não sau quai bị: không cần điều trị, cần theo dõi để chẩn đoán phân biệt viêm màng não do vi trùng
- Đối với biến chứng viêm tinh hoàn : nằm nghỉ ngơi tại chỗ và dùng corticoid để giảm viêm: 1mg/kg/j x 7 -10 ngày
- Viêm tụy cấp.

### IV. PHÒNG NGỪA

- Cách ly tránh lây lan
- Miễn dịch chủ động với virus sống giảm độc lực: MMR  
+ Liều 1: từ 12 -15 tháng

- + Liều 2: từ 4 – 6 tuổi
- Nếu không được tiêm từ 4 -6 tuổi, liều 2 sẽ được tiêm trước tuổi dậy thì. Khả năng bảo vệ đến 95% sau liều 1 và được bảo vệ trên 25 năm sau 2 liều.
- Phản ứng có hại đối với vaccin virus quai bị là hiếm. Viêm tuyến mang tai và viêm tinh hoàn được ghi nhận là hiếm. Phản ứng phụ khác: sốt cao co giật, tật điếc, rash, xuất huyết, viêm não và viêm màng não

BV Nhi đồng 2

# RUBELLA

ĐINH THỊ CẨM NHUNG

## I. ĐỊNH NGHĨA

Rubella hay còn gọi là sởi Đức hay sởi 3 ngày, do virus thuộc thành viên của gia đình Togaviridae, là bệnh phát ban ngoại biên nhẹ gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nhưng gây ra những biến chứng nghiêm trọng khi nhiễm trong thời kỳ mang thai và gây tổn hại ở trẻ sơ sinh gọi là hội chứng Rubella bẩm sinh

## II. SINH BỆNH HỌC

- Trước thời đại vaccine, Rubella xuất hiện xảy ra những đợt dịch lớn mỗi 6 -9 năm với những đợt dịch nhỏ mỗi 3 – 4 năm và phổ biến tuổi trước đến trường và tuổi đến trường. Sau khi có vaccine, tỷ lệ mắc giảm đến 99%, với tỷ lệ % tương đối nhiễm được ghi nhận trong lứa tuổi > 19.
- Cơ chế gây tổn thương tế bào và chết trong Rubella chưa được hiểu nhiều ở trẻ sơ sinh và bẩm sinh. Sau khi nhiễm, virus sao chép trong biểu mô hệ hô hấp sau đó trải rộng đến hạch lympho. Virus sinh sản nhiều nhất sau nhiễm từ 10 đến 17 ngày. Giai đoạn lây truyền cao nhất từ 5 ngày trước và 6 ngày sau khi xuất hiện phát ban.
- Yếu tố nguy cơ quan trọng cho hội chứng Rubella bẩm sinh là lây truyền trong thời kỳ mang thai, khoảng 90% gây ra do mẹ nhiễm trước 11 tuần đầu của thai kỳ.

## III. LÂM SÀNG

- Sau thời kỳ ủ bệnh 14 – 21 ngày, với triệu chứng sốt nhẹ, đau họng, đỏ mắt với có hoặc không đau mắt, đau đầu, mệt mỏi, chán ăn và hạch bạch huyết. Hạch bạch huyết chủ yếu ở dưới cằm, sau tai, trước cổ.
- Ở trẻ em, biểu hiện đầu tiên thường là phát ban, bắt đầu ở mặt và cổ, những vết ban màu hồng không đều kết thành chùm và lan đến thân mình và đầu chi.
- Khi phát ban, khám họng phát hiện họng có nhiều nốt hoại tử màu hồng nhỏ gọi là điểm Forch heimer, hoặc chấm xuất huyết ở khẩu cái mềm. Ban mờ dần theo thứ tự xuất hiện.
- Thời gian phát ban khoảng 3 ngày và thường không tróc vảy. Khoảng 25 - 40% nhiễm Rubella ở trẻ em không phát ban

## IV. CẬN LÂM SÀNG

Giảm bạch cầu, giảm số lượng neutro và tiểu cầu

## V. CHẨN ĐOÁN

Vùng dịch tễ rất quan trọng cho chẩn đoán Rubella ở phụ nữ mang thai và xác định chẩn đoán Rubella bẩm sinh

Lâm sàng: như đã mô tả ở trên

Xét nghiệm: test thử nghiệm miễn dịch hấp thụ enzyme IgM Rubella với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 96 – 99% và 86 – 97%

## VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

Sởi: phát ban tương tự nhưng không có dấu Koplik và biểu hiện khởi phát gồm 4 giai đoạn như sởi

Bệnh phát ban khác: adenovirus, parvovirus B19 (*ban đỏ*), Epstein - Barr virus, enterovirus, Mycoplasma pneumoniae

## VII. BIẾN CHỨNG

- Giảm tiểu cầu sau nhiễm Rubella xảy ra khoảng 1/3000 và ở trẻ em đặc biệt ở trẻ nữ, biểu hiện khoảng 2 tuần sau phát ban với xuất huyết da, chảy máu cam, xuất huyết tiêu hoá, xuất huyết đường tiểu và thường tự giới hạn.
- Viêm khớp: xảy ra sau nhiễm Rubella thường phổ biến ở người lớn đặc biệt là phụ nữ, xuất hiện 1 tuần sau phát ban và biểu hiện ở những khớp nhỏ của tay và tự giới hạn và không biến chứng
- Viêm não: là biến chứng nghiêm trọng nhất khi nhiễm Rubella ở trẻ sơ sinh, xảy ra dưới 2 hình thức: hậu nhiễm sau giai đoạn nhiễm Rubella cấp và rối loạn sự thoái hoá thần kinh sau nhiều năm. Xuất hiện trong vòng 7 ngày sau phát ban với biểu hiện: đau đầu, co giật, sự lú lẫn, hôn mê, dấu thần kinh định vị, mất điều hoà.
- DNT: tế bào bình thường hoặc tăng nhẹ, với đa số là lympho, đạm bình thường
- Phần lớn bệnh nhân khởi hoàn toàn, tỷ lệ tử vong khoảng 20% và có di chứng thần kinh trong thời gian dài.
- Biểu hiện thần kinh khác hiếm gặp bao gồm: hội chứng Guillain-Barré, viêm dây thần kinh ngoại biên và viêm cơ tim...
- Hội chứng Rubella bẩm sinh: được mô tả đầu tiên 1941 bởi Norman Gregg – giáo sư chuyên về mắt của Úc, được mô tả đầu tiên với đục thủy tinh thể, tim bẩm sinh có hoặc không có sự chậm phát triển về thần kinh và tật đầu nhỏ và do mẹ nhiễm Rubella trong thời kỳ mang thai. Sau 1 thời gian ngắn xảy ra nhiều đợt dịch, hội chứng Rubella bẩm sinh được mô tả đầy đủ với các triệu chứng sau:
  - Điếc
  - Mắt: đục thủy tinh thể, bệnh màng lưới
  - Biểu hiện ở tim: còn ống động mạch, hẹp động mạch phổi phải và trái, hẹp van động mạch phổi
  - Sinh non nhẹ cân
  - Chậm phát triển tâm thần vận động
  - Ban xuất huyết sơ sinh
  - Tử vong

## VII. ĐIỀU TRỊ

- Không có điều trị đặc hiệu cho bệnh Rubella và hội chứng Rubella bẩm sinh.

- Điều trị hỗ trợ: chủ yếu thuốc hạ sốt và giảm đau. Immumoglobulin tĩnh mạch và corticoid được xem xét trong biến chứng xuất huyết giảm tiểu cầu nặng
- Xử trí hội chứng Rubella bẩm sinh cần phải có sự kết hợp các chuyên khoa nhi, tim mạch, mắt và thần kinh để can thiệp sớm hạn chế di chứng

### VIII. TIÊN LƯỢNG

- Đối với trẻ nhũ nhi và trẻ em nhiễm Rubella: tiên lượng tốt
- Hậu quả lâu dài của hội chứng Rubella bẩm sinh: ít có triển vọng và có ít thay đổi khi có can thiệp điều trị.

### IX. PHÒNG NGỪA

- Cách ly tránh lây lan
- Vaccin Rubella kết hợp với sởi, quai bị (MMR) hoặc kết hợp với thủy đậu (MMRV) liều đầu từ 12 – 15 tháng và liều 2 từ 4 – 6 tuổi.

BV Nhi đồng 2