

SỞI

I. ĐỊNH NGHĨA

Sởi là bệnh truyền nhiễm do siêu vi sởi gây ra, khả năng lây nhiễm mạnh. Bệnh ít gặp ở trẻ dưới 3 tháng tuổi.

Thuốc chủng ngừa có hiệu quả phòng bệnh cao.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Công việc chẩn đoán

a) Hỏi bệnh

- Sốt, ho, tiêu chảy, tiêu đàm máu, đau tai
- Tiếp xúc trẻ mắc sởi, tiền sử chủng ngừa sởi
- Thuốc đã dùng và tiền sử dị ứng thuốc

b) Khám lâm sàng

- Sốt, dấu hiệu viêm long: ho, sổ mũi, mắt đỏ.
- Nốt Koplix thường xảy ra trước hay ngày đầu ra ban và biến mất sau 24 - 48 giờ sau phát ban: nốt trắng kích thước nhỏ bằng đầu kim, ở niêm mạc má vùng răng hàm.
- Hồng ban toàn thân: hồng ban không tẩm nhuận, xuất hiện đầu tiên ở mặt sau đó lan đến thân và tay chân.
- Vết thâm da sau khi ban bay.
- Khám phát hiện biến chứng: (xem phác đồ bệnh liên quan)
 - Viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy cấp, loét miệng, viêm não
 - Mờ giác mạc.
 - Thở rít do viêm thanh quản.
 - Suy dinh dưỡng nặng.

c) Xét nghiệm đề nghị

- Công thức máu
- Huyết thanh tìm IgM: thường dương tính ngày thứ 3 sau khi phát ban
- Xquang phổi: nếu có biểu hiện nghi ngờ viêm phổi.

2. Chẩn đoán

a) Chẩn đoán xác định

Sốt, Phát ban, IgM anti virus sởi dương tính

b) Chẩn đoán có thể

- Sốt, Hồng ban toàn thân
- Kèm một hoặc các dấu hiệu sau: ho, chảy mũi, mắt đỏ.

c) Chẩn đoán phân biệt

- Ban do siêu vi khác
 - Ban không xuất hiện toàn thân, không kèm ho, sổ mũi hay mắt đỏ
 - Ban xuất hiện nhanh và biến mất nhanh
- Ban nhiệt (rôm sảy): xuất hiện ở các vùng nếp gấp, ban có kèm mụn mủ.

- Tinh hồng nhiệt (Scarlatine): ban thường đỏ bầm toàn thân, khi ban bay gây tróc vẩy, tróc da ở đầu ngón tay. Xét nghiệm ASO huyết thanh tăng.
- Ban dị ứng: đột ngột sau khi tiếp xúc dị nguyên, thường nổi mẩn ngứa toàn thân, không có biểu hiện viêm long.
- Kawasaki: sốt cao, hạch cổ, họng đỏ, phù lòng bàn tay chân, bong da lòng bàn tay bàn chân trong giai đoạn trễ, siêu âm tim có thể thấy dấu dẫn mạch vành, tiểu cầu máu tăng.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Bổ sung vitamine A
- Phát hiện và điều trị biến chứng
- Tất cả trẻ sốt biến chứng nặng cần được nhập viện.

2. Điều trị ban đầu

a) **Bổ sung Vitamin A**

- Chỉ định: tất cả trẻ bị sốt, *trừ những trẻ đã uống đủ liều trong 1 tháng.*
- Cách dùng:
 - Cho 2 liều: Liều đầu ngay khi chẩn đoán, liều thứ 2 ngày hôm sau.
 - Liều lượng:
 - Trẻ < 6 tháng: 50 000 đv / liều
 - Trẻ 6 – 11 tháng: 100.000 đv / liều
 - Trẻ 12 tháng – 5 tuổi: 200.000 đv / liều
 - Nếu trẻ có tổn thương mắt do thiếu Vitamine A hoặc duy dinh dưỡng nặng thì cho thêm liều thứ ba sau liều thứ hai từ 2 - 4 tuần.

b) **Điều trị triệu chứng và nâng đỡ**

- Sốt: Paracetamol 10 – 15 mg/kg x 4 lần /ngày nếu trẻ sốt > 38,5° C.
Nếu trẻ sốt còn sốt sau phát ban 3 – 4 ngày: cần tìm nguyên nhân (bội nhiễm, sốt do nguyên nhân khác)
- Giảm ho: thuốc giảm ho thường như Astex, Pectol
- Dinh dưỡng
 - Đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ.
 - Nên cho trẻ ăn chế độ bồi dưỡng, chia nhỏ khẩu phần để dễ tiêu hoá và đủ lượng, chất.
 - Khuyến khích cho trẻ tiếp tục bú mẹ nếu trẻ còn bú.
- Vệ sinh: cho trẻ ở nơi thoáng mát, khô ráo. Vệ sinh sạch sẽ để phòng ngừa bội nhiễm.

3. Điều trị biến chứng

a) **Viêm phổi, Viêm tai giữa:**

- Kháng sinh theo phác đồ viêm phổi
- Nếu có chảy mủ tai: hướng dẫn bà mẹ cách làm khô tai bằng bấc sâu kèn. Dùng vải mềm hoặc giấy vệ sinh cuộn xoắn thành hình bấc sâu kèn đưa vào tai trẻ rồi lấy ra khi ướt. Thay bấc sâu kèn sạch và tiếp tục

đến khi tai khô. Khuyến bà mẹ nên làm 3 lần / ngày cho đến khi hết mủ.

b) Tiêu chảy

Bù nước, kháng sinh khi tiêu máu hoặc tiêu chảy kéo dài

c) Viêm thanh quản (xem phác đồ viêm thanh quản cấp), kháng sinh không có tác dụng.

d) Viêm kết mạc, tổn thương giác mạc, vông mạc: có thể do nhiễm trùng hay thiếu Vitamin A.

- Điều trị Vitamin A
- Nếu mắt chảy mủ đục: vệ sinh, băng mắt phòng ngừa bội nhiễm.
- Pommade Tetracyclin tra mắt 3 lần mỗi ngày trong 7 ngày
- Không được dùng các loại thuốc có steroid

e) Loét miệng

- Nên cho trẻ súc miệng bằng nước muối sinh lý ít nhất 4 lần mỗi ngày.
- Thoa tím Gentian 0,25% vào các vết loét miệng (sau khi đã súc miệng).
- Nếu loét miệng nặng hoặc hôi: Benzyl penicillin (50.000đv/kg mỗi 6 giờ) hoặc Metronidazol uống (7,5mg/kg x 3 lần /ngày) trong 5 ngày.
- Nếu trẻ không ăn uống được nên nuôi ăn qua thông dạ dày.

f) Biến chứng thần kinh: Co giật, li bì, ngủ gà hoặc hôn mê có thể là biến chứng viêm não hay mất nước nặng. Cần đánh giá trẻ tìm dấu hiệu mất nước để có hướng xử trí thích hợp.

g) Suy dinh dưỡng nặng: hội chẩn Dinh dưỡng tìm chế độ ăn phù hợp.

4. Theo dõi

- Đo nhiệt độ 2 lần/ ngày và tìm các biến chứng. Nếu không có biến chứng thường nhiệt độ trở về bình thường khoảng 4 ngày sau phát ban.
- Cần nghĩ đến nhiễm trùng thứ phát khi nhiệt độ không giảm hoặc tăng trở lại sau khi đã bình thường > 24 giờ.
- Cân trẻ mỗi ngày để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

5. Tái khám

- Hồi phục sau giai đoạn sỏi cấp thường kéo dài nhiều tuần, đôi khi nhiều tháng, đặc biệt ở trẻ có suy dinh dưỡng.
- Giai đoạn hồi phục trẻ có thể kiệt sức, nhiễm trùng tái phát, viêm phổi kéo dài và tiêu chảy.
- Tỷ lệ tử vong trong 2 năm tăng đáng kể. Khi xuất viện nên khuyến bà mẹ các vấn đề còn tiềm ẩn và khuyến nên đưa trẻ đến khám lại ngay khi có các vấn đề trên.
- Sắp xếp để trẻ có thể nhận được liều Vitamin A thứ 3 hợp lý (Nếu trẻ có nhu cầu uống 3 liều).