



MỘT SỐ NHIỄM TRÙNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN THAI NHI

Dự Án Khác Biệt Bẩm Sinh

Trường Đại Học Y Dược Huế - Handicap International

TS. NGUYỄN LÔ & PGS. TS. NGUYỄN VIỆT NHÂN
GS. TS. CAO NGỌC THÀNH

MỘT SỐ NHIỆM TRÙNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN THAI NHI

DỰ ÁN KHÁC BIỆT BẨM SINH

**HANDICAP
INTERNATIONAL**



NHÀ XUẤT BẢN ĐẠI HỌC HUẾ

2013

LỜI NÓI ĐẦU

Năm 2011 đã xảy ra một trận dịch sốt phát ban do virus Rubella gây ra, rất nhiều sản phụ đã bị nhiễm Rubella và hậu quả là đã có nhiều trẻ ra đời với các dị tật bẩm sinh như điếc, chậm phát triển tâm thần, mù v.v.... Trong thực tế, không chỉ Rubella, mà một số nhiễm trùng do một số virus, vi khuẩn hoặc đơn bào khác như Toxoplasma, Cytomegalovirus, xoắn khuẩn giang mai, virus gây bệnh thủy đậu v.v... cũng có thể gây ra những tổn thương và dị tật nghiêm trọng cho thai nhi nếu bà mẹ bị mắc trong quá trình mang thai.

Trong điều kiện hiện nay của Việt Nam, các sản phụ luôn đối mặt với nhiều nguy cơ bị nhiễm các loại vi khuẩn, virus nói trên, những biểu hiện nhẹ nhàng trên lâm sàng thường làm các sản phụ và cả cán bộ y tế mất cảnh giác và ít quan tâm đến những hậu quả nặng nề mà chúng có thể gây ra cho thai nhi. Trong việc tư vấn cho các sản phụ phòng tránh và xử trí các trường hợp này, vai trò của các cán bộ y tế cơ sở vô cùng quan trọng. Tuy nhiên cho tới nay vẫn chưa có một tài liệu đầy đủ nào về vấn đề này để cung cấp các thông tin hữu ích cho các cán bộ y tế nhằm nâng cao kiến thức và tư vấn một cách hiệu quả cho cộng đồng.

Xuất phát từ yêu cầu đó, cuốn sách này đã được viết ở mức độ cơ bản nhất, dưới dạng các câu hỏi đáp và đưa ra các phương án xử trí cho các tình huống khác nhau, không chỉ cho sản phụ mà còn dành cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ về các loại nhiễm trùng có thể ảnh hưởng đến trẻ và thai nhi. Chúng tôi hy vọng cuốn sách nhỏ này sẽ là một trợ thủ đắc lực cho các cán bộ y tế cơ sở nhằm trang bị những kiến thức cơ bản liên quan đến vấn đề nhiễm trùng trong quá trình mang thai để có thể tư vấn đúng cho các sản phụ cũng như xây dựng các chương trình dự phòng một cách khoa học tại địa phương.

GS. TS. Cao Ngọc Thành
Hiệu Trưởng Trường Đại Học Y Dược Huế
P. Chủ tịch Hội Phụ Sản Khoa & Sinh Đẻ có Kế Hoạch Việt Nam
Chủ tịch Hội Phụ Sản Thừa Thiên - Huế

MỤC LỤC

NHIỄM CHLAMYDIA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ.. 1

1. Chlamydia là gì?	1
2. Nhiễm Chlamydia ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?.....	2
2.1. Nhiễm Chlamydia nguy hiểm cho đối tượng nào?	2
2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm Chlamydia bẩm sinh?	2
2.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm chlamydia chu sinh?	2
3. Chlamydia lây truyền cho người như thế nào?.....	3
4. Lây nhiễm Chlamydia ở sản phụ diễn ra như thế nào?.....	3
5. Lây nhiễm Chlamydia từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?.....	3
6. Các biểu hiện khi bị nhiễm Chlamydia	3
6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai)	3
6.2. Ở nam giới	4
6.3. Ở phụ nữ (kể cả phụ nữ có thai).....	4
6.4. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ	5
7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm Chlamydia.....	7
7.1. Ở phụ nữ (kể cả thai phụ) :	7
7.2. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ	7
8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán nhiễm Chlamydia?	8
9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm xem có nhiễm Chlamydia?.....	9
10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?	9
11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm Chlamydia như thế nào?	9
12. Làm gì khi chẩn đoán người phụ nữ bị nhiễm Chlamydia?	10
12.1. Điều trị.....	10
12.2. Sinh hoạt cá nhân.....	10
12.3. Phòng lây cho thai nhi.....	10
12.4. Phòng lây cho người chung quanh	10
12.5. Tư vấn can thiệp.....	11
13. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm Chlamydia?.....	11
13.1. Điều trị:.....	11
13.2. Săn sóc trẻ	11

13.3. Phòng lây cho người chung quanh.....	11
14. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm Chlamydia? (cộng đồng).....	11
15. Có vắc xin chủng ngừa Chlamydia không?.....	12

NHIỄM VIRÚT VIÊM GAN B Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

1. Virút viêm gan B là gì?.....	14
2. Nhiễm virút viêm gan B ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?	14
2.1. Nhiễm virút viêm gan B nguy hiểm cho đối tượng nào?	14
2.2. Nhiễm virút viêm gan B ở trẻ sơ sinh.....	15
3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm virút viêm gan B ngay từ khi sinh ra?.....	15
4. Virút viêm gan B lây truyền cho người (kể cả sản phụ) như thế nào?	16
5. Lây nhiễm virút viêm gan B từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?.....	16
5.1. Trường hợp mẹ nhiễm cấp (mới nhiễm) virút viêm gan B trong khi mang thai:.....	16
5.2. Trường hợp mẹ nhiễm HBV mạn tính:	17
6. Các biểu hiện khi bị nhiễm virút viêm gan B.....	17
6.1. Ở người bình thường :	17
6.2. Ở sản phụ	18
6.3. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ	19
7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm virút viêm gan B	19
8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán virút viêm gan B?	19
8.1. Các xét nghiệm thường dùng liên quan đến virút viêm gan B:.....	19
8.2. Các xét nghiệm liên quan đến gan	20
9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm virút viêm gan B?	20
10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?.....	21
11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm virút viêm gan B như thế nào?	21
12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm virút viêm gan B?	22
12.1. Điều trị	22
12.2. Sinh hoạt cá nhân.....	23
12.3. Phòng lây cho thai nhi	23
13. Phòng bệnh.....	26
14. Tư vấn can thiệp	26

- 15. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm virus viêm gan B?.. 26
- 16. Có vắc xin chủng ngừa virus viêm gan B không?..... 26

NHIỄM HIV Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ 31

- 1. HIV là gì? 31
- 2. Nhiễm HIV ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào? 32
- 2.1. Nhiễm HIV nguy hiểm cho đối tượng nào?..... 32
- 2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm HIV bẩm sinh? 32
- 2.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm HIV bẩm sinh?..... 32
- 3. HIV lây truyền cho người như thế nào? 33
- 4. Lây nhiễm HIV ở sản phụ diễn ra như thế nào? 33
- 5. Lây nhiễm HIV từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?..... 33
- 6. Các biểu hiện khi bị nhiễm HIV..... 34
- 6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai) 34
- 6.2. Ở sản phụ 36
- 7. Nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ..... 36
- 8. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm HIV? 36
- 9. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán HIV? 37
- 10. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm HIV? 38
- 11. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ? 38
- 12. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm HIV như thế nào? 38
- 12.1. Nếu xét nghiệm tìm kháng thể kháng HIV ở đối tượng có phơi nhiễm lần đầu tiên âm tính, có thể là:..... 38
- 12.2. Xét nghiệm tìm kháng thể (+) ở trẻ < 18 tháng sinh ra từ mẹ nhiễm HIV . 38
- 13. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm HIV? 38
- 13.1. Khám và xét nghiệm: 38
- 13.2. Thuốc kháng HIV 39
- 14. Phòng lây cho thai nhi..... 39
- 15. Phòng lây cho người chung quanh..... 39
- 16. Tư vấn can thiệp..... 39
- 17. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm HIV? 39
- 17.1. Điều trị:..... 39
- 17.2. Săn sóc trẻ 40

- 18. Phòng lây cho người chung quanh..... 40
- 19. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm HIV? (cộng đồng)..... 40
- 20. Có vắc xin chủng ngừa HIV không? 40

NHIỄM RUBELLA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ..... 42

- 1. Bệnh Rubella là gì? 42
- 2. Nhiễm Rubella ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào? 42
- 2.1. Nhiễm Rubella nguy hiểm cho đối tượng nào? 42
- 2.2. Khi nào thì gọi là hội chứng Rubella bẩm sinh? 42
- 3. Rubella lây truyền như thế nào? 43
- 4. Lây nhiễm Rubella ở sản phụ diễn ra như thế nào? 43
- 5. Lây nhiễm Rubella từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?..... 43
- 6. Các biểu hiện khi bị nhiễm Rubella..... 44
- 6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi mang thai) 44
- 6.2. Ở trẻ sơ sinh 45
- 7. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán Rubella?..... 47
- 8. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm Rubella? 48
- 9. Giải thích các kết quả xét nghiệm kháng thể kháng Rubella IgG và IgM trong chẩn đoán nhiễm Rubella như thế nào?..... 48
- 9.1. Nếu sản phụ đi xét nghiệm Rubella khi biết mình mang thai..... 49
- 9.2. Nếu sản phụ tiếp xúc với người bị nhiễm Rubella hoặc có những triệu chứng nghi ngờ mình bị nhiễm Rubella..... 49
- 10. Làm gì khi sản phụ được chẩn đoán bị nhiễm Rubella? 50
- 10.1. Nếu sản phụ bị nhiễm Rubella lần đầu 51
- 10.2. Nếu sản phụ bị tái nhiễm 51
- 11. Làm thế nào để chẩn đoán thai nhi bị nhiễm Rubella? 52
- 12. Theo dõi trẻ có nguy cơ bị nhiễm Rubella khi sinh như thế nào? 53
- 13. Cần làm gì khi trẻ bị nhiễm Rubella có hoặc không có triệu chứng ? 53
- 14. Có vắc xin chủng ngừa Rubella không? 54
- 14.1. Chủng ngừa vắc xin Rubella được chỉ định cho đối tượng nào? 54
- 14.2. Có cần tiêm nhắc lại sau khi chủng ngừa vắc xin Rubella lần đầu không? 55
- 14.3. Không được chỉ định chính ngừa vắc xin Rubella cho đối tượng nào? 55
- 14.4. Hiệu quả miễn dịch sẽ như thế nào khi chính vắc xin Rubella 1 liều duy nhất? 56
- 14.5. Sản phụ đã chủng ngừa Rubella có thể bị tái nhiễm không? 56

14.6. Trong trường hợp sản phụ chưa được miễn dịch với Rubella có thể chủng ngừa Rubella sau sinh và trong khi cho con bú được không?.....	56
14.7. Nếu chích nhầm vắc xin Rubella khi mang thai có ảnh hưởng đến thai nhi không?	56
14.8. Chích vắc xin MMR cho trẻ có thể gây ra bệnh tự kỷ không?.....	56
14.9. Khi chích vắc xin Rubella với các vắc xin khác có an toàn không?	57
14.10. Các tai biến có thể có khi chích vắc xin?	57
15. Làm thế nào để dự phòng hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh?.....	57

NHIỄM VIRUT THỦY ĐẬU - ZONA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH

VÀ TRẺ NHỎ	60
1. Virut Herpes-zoster là gì?.....	60
2. Nhiễm virut Herpeszoster ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?	60
2.1. Nhiễm virut Herpes-zoster nguy hiểm cho đối tượng nào?	60
2.2. Khi nào thì gọi là hội chứng thủy đậu bẩm sinh?	61
2.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm virut Herpes-zoster bẩm sinh?.....	61
3. Virut Herpes-zoster lây truyền cho người như thế nào?.....	62
4. Lây nhiễm virut Herpes-zoster ở sản phụ diễn ra như thế nào?	62
5. Lây nhiễm virut Herpes-zoster từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?	62
6. Các biểu hiện khi bị nhiễm virut Herpes-zoster	63
6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai và trẻ lớn).....	63
6.2. Ở sản phụ	66
6.3. Hội chứng thủy đậu bẩm sinh	66
6.4. Ở trẻ sơ sinh	67
7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm virut Herpes-zoster	67
8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán virut Herpes-zoster?	68
9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm virut Herpes-zoster?	68
10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?	68
11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm virut Herpes-zoster như thế nào?	69
12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm virut Herpes-zoster?	69
13. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm virut Herpes-zoster?	70
14. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm virut Herpes-zoster tại cộng đồng ..	70

15. Có vắc xin chủng ngừa virut Herpes-zoster không?	71
NHIỄM LISTERIA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ	73
1. Listeria là gì?.....	73
2. Nhiễm Listeria ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?	73
2.1. Ở sản phụ và thai nhi.....	74
2.2. Ở người suy giảm miễn dịch	74
2.3. Các biến chứng.....	74
3. Listeria lây truyền cho người như thế nào?.....	75
4. Lây nhiễm Listeria từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?	75
5. Các biểu hiện khi bị nhiễm Listeria	76
5.1. Ở người lớn (kể cả sản phụ).....	76
5.2. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ	77
6. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm Listeria.....	77
7. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán Listeria?	78
8. Khi nào thì cần xét nghiệm Listeria?.....	78
9. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm Listeria như thế nào?.....	79
10. Nhiễm Listeria được điều trị như thế nào?.....	79
11. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm Listeria?	80
12. Làm thế nào để giữ an toàn thực phẩm ?	83
12.1. Thường xuyên rửa tay và các bề mặt tiếp xúc với thực phẩm	83
12.2. Để riêng từng loại thực phẩm.....	84
12.3. Nấu chín thức ăn đến một nhiệt độ an toàn (đảm bảo chín bên trong thực phẩm)	84
12.4. Giữ lạnh thực phẩm.....	84
13. Có vắc xin chủng ngừa Listeria không?.....	85

NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM B Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH

VÀ TRẺ NHỎ	86
1. Liên cầu nhóm B là gì?	86
2. Nhiễm Liên cầu nhóm B ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?	87
2.1. Nhiễm liên cầu nhóm B nguy hiểm cho đối tượng nào?	87
2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm liên cầu nhóm B bẩm sinh?	87
2.3. Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm B ở trẻ sơ sinh:.....	88
3. Liên cầu nhóm B lây truyền cho người như thế nào?	88

4.	Lây nhiễm liên cầu nhóm B ở sản phụ diễn ra như thế nào?	88
5.	Lây nhiễm liên cầu nhóm B từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?	88
6.	Các biểu hiện khi bị nhiễm liên cầu nhóm B.....	88
6.1.	Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai)	88
6.2.	Ở sản phụ	90
6.3.	Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ	90
7.	Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm liên cầu nhóm B	91
7.1.	Ở người bình thường:.....	91
7.2.	Ở sản phụ:	92
7.3.	Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ :	92
8.	Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán liên cầu nhóm B?	92
9.	Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm liên cầu nhóm B?.....	92
10.	Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?	93
11.	Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm liên cầu nhóm B như thế nào?.....	93
12.	Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm liên cầu nhóm B?.....	93
12.1.	Chỉ định và không có chỉ định điều trị dự phòng cho thai nhi.....	93
12.2.	Thuốc sử dụng	94
13.	Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm liên cầu nhóm B tại cộng đồng	94
14.	Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm liên cầu nhóm B?	94
14.1.	Điều trị kháng sinh	94
14.2.	Sơ đồ chẩn đoán	94
15.	Có vắc xin chủng ngừa liên cầu nhóm B không?.....	95

NHIỄM GIANG MAI Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ.. 98

1.	Bệnh giang mai là gì?	98
2.	Bệnh giang mai ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?	98
2.1.	Bệnh giang mai nguy hiểm cho đối tượng nào?	98
2.2.	Khi nào thì gọi là nhiễm giang mai bẩm sinh?	99
3.	Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm giang mai bẩm sinh?.....	99
4.	Giang mai lây truyền cho người như thế nào?	99
5.	Lây nhiễm giang mai ở sản phụ diễn ra như thế nào?.....	100
6.	Lây nhiễm giang mai từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?.....	100

7.	Các biểu hiện khi bị nhiễm giang mai	101
7.1.	Ở người bình thường (kể cả phụ nữ mang thai)	102
7.2.	Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.....	102
8.	Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm giang mai.....	108
9.	Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán giang mai?.....	109
9.1.	Xét nghiệm trực tiếp cổ điển	109
9.2.	Các xét nghiệm huyết thanh.....	109
9.3.	Các xét nghiệm mới	110
10.	Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm giang mai?.....	110
11.	Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?.....	110
12.	Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm giang mai như thế nào?.....	111
12.1.	Độ nhạy của các xét nghiệm qua các giai đoạn tiến triển của bệnh giang mai.....	111
12.2.	Kết quả dương tính giả.....	112
12.3.	Kết quả âm tính giả	112
12.4.	Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm giang mai?.....	113
13.	Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm giang mai?.....	113
13.1.	Xử trí trẻ bị giang mai > 1 tháng tuổi.....	113
13.2.	Xử trí cho trẻ bị giang mai < 1 tháng tuổi.....	114
14.	Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm giang mai tại cộng đồng	114
15.	Có vắc xin chủng ngừa giang mai không?	115

NHIỄM TOXOPLASMA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

1.	Toxoplasma là gì?	116
2.	Nhiễm Toxoplasma ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?	117
2.1.	Nhiễm Toxoplasma nguy hiểm cho đối tượng nào?	117
2.2.	Khi nào thì gọi là nhiễm Toxoplasma bẩm sinh?	118
3.	Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm Toxoplasma bẩm sinh?.....	118
4.	Toxoplasma lây truyền cho người như thế nào?	118
5.	Lây nhiễm Toxoplasma từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?.....	119
6.	Các biểu hiện khi bị nhiễm Toxoplasma	119
6.1.	Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi mang thai)	119
6.2.	Ở người suy giảm miễn dịch.....	119

6.3. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (nhiễm Toxoplasma bẩm sinh).....	120
7. Khi nào thì nghi ngờ trẻ bị nhiễm Toxoplasma bẩm sinh?.....	122
8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán Toxoplasma? ...	122
8.1. Xét nghiệm nhuộm Sabin-Feldman (Sabin-Feldman dye test).....	122
8.2. Xét nghiệm huyết thanh học	122
8.3. Cây	123
8.4. Khuếch đại DNA với phương pháp PCR.....	123
8.5. Xét nghiệm dịch kính của mắt	123
8.6. Không quên xét nghiệm HIV	123
9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm Toxoplasma?.....	124
10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?.....	124
11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm Toxoplasma như thế nào?.....	124
12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm Toxoplasma?	125
12.1. Tỷ lệ truyền bệnh cho thai nhi.....	125
12.2. Phát hiện bất thường thai nhi bằng siêu âm`.....	126
12.3. Chẩn đoán trước sinh thai nhi nhiễm Toxoplasma.....	126
13. Phòng lây cho thai nhi.....	126
14. Tư vấn can thiệp : Chấm dứt thai kỳ.....	127
15. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm Toxoplasma?	127
15.1. Đánh giá ban đầu và trước khi điều trị	127
15.2. Kết quả.....	127
16. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm Toxoplasma?	127
17. Có vắc xin chủng ngừa Toxoplasma không?.....	128

NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

1. CMV là gì?.....	132
2. Nhiễm CMV có nguy hiểm không?.....	132
3. Người bị nhiễm CMV sẽ có biểu hiện như thế nào?	133
4. CMV lây truyền cho người như thế nào?	133
5. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm CMV?.....	133
6. Lây nhiễm CMV ở sản phụ diễn ra như thế nào?	134
7. Làm thế nào để biết mình bị nhiễm CMV?	134

7.1. Lúc nào thì cần chỉ định xét nghiệm nhiễm CMV trong khi mang thai.....	135
7.2. Giải thích các kết quả xét nghiệm CMV ở sản phụ như thế nào?.....	136
8. Nhiễm CMV bẩm sinh là gì và có thể gây ra những hậu quả như thế nào?	137
8.1. Nguy cơ nhiễm CMV cho thai nhi.....	137
8.2. Trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh có nguy hiểm không?	138
8.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh?.....	140
9. Trẻ sơ sinh bị nhiễm CMV bẩm sinh được theo dõi và điều trị như thế nào?	141
10. Người bị nhiễm CMV được điều trị như thế nào?.....	141
11. Làm thế nào để ngăn ngừa nhiễm CMV bẩm sinh?	141
12. Khi nào cần xét nghiệm CMV cho trẻ sơ sinh?.....	142
13. Có vắc xin chủng ngừa CMV không?	143

NHIỄM LCMV (LYMPHOCYTIC CHORIOMENINGITIS VIRUS) Ở PHỤ NỮ MANG THAI.....

1. LCMV là gì?	144
2. Người bị nhiễm LCMV như thế nào?.....	144
3. Nhiễm LCMV có nguy hiểm không?	145
4. Những người nào có nguy cơ bị nhiễm LCMV.....	145
5. Người bị nhiễm LCMV sẽ có biểu hiện như thế nào?.....	146
5.1. Biểu hiện trên lâm sàng	146
5.2. Các biểu hiện cận lâm sàng.....	148
6. Làm thế nào để tránh bị nhiễm LCMV?	148
7. Cách làm vệ sinh ở những nơi có khả năng bị nhiễm LCMV do chuột hoặc các loài gặm nhấm khác.	148
8. Làm thế nào để chẩn đoán nhiễm LCMV?.....	149
9. Nhiễm LCMV được điều trị như thế nào?	149
10. Đã có vắc xin phòng nhiễm LCMV chưa?.....	150

PHỤ LỤC.....

PHỤ LỤC 1: 10 ĐIỀU BẠN CẦN BIẾT VỀ DỊ TẬT BẨM SINH.....

1. Bạn có biết về sự phổ biến của các dị tật bẩm sinh không ?.....	152
2. Bạn có biết phụ nữ nên dùng acid folic (vitamin B9) trong thời thiếu niên và trong suốt cuộc đời của mình không?	152

3.	Bạn có biết nhiều loại dị tật bẩm sinh chỉ được chẩn đoán khi mẹ đã đưa bé về nhà sau khi sinh không?.....	152
4.	Bạn có biết một số dị tật bẩm sinh có thể được chẩn đoán ngay từ trước khi sinh không?	153
5.	Bạn có biết rất nhiều dị tật bẩm sinh có thể ảnh hưởng rất lớn đến tình hình tài chính không những của gia đình có con bị dị tật mà còn của tất cả mọi người không?.....	153
6.	Bạn có biết rằng dị tật bẩm sinh có thể được gây ra bởi nhiều nguyên nhân khác chứ không phải chỉ luôn là do di truyền không?.....	153
7.	Bạn có biết có thể dự phòng một số loại dị tật bẩm sinh không?.....	153
8.	Bạn có biết có những cách mà người phụ nữ mang thai có thể giữ cho thai nhi khỏi bị nhiễm trùng không?	154
9.	Bạn có biết không có liều lượng rượu an toàn hoặc thời điểm an toàn để uống rượu trong thời kỳ mang thai không?.....	154
10.	Bạn có biết rằng một đứa trẻ khi còn nằm trong bụng mẹ không phải luôn luôn được bảo vệ khỏi tác động từ bên ngoài không?.....	154

PHỤ LỤC 2: NGĂN NGỪA BỆNH TRUYỀN NHIỄM TRONG QUẢ TRÌNH MANG THAI155

1.	Rửa tay thường xuyên và đúng cách	155
2.	Cố gắng tránh dùng chung muỗng, đĩa, ly, tách và thức ăn với trẻ nhỏ.	155
3.	Nấu thật chín thịt.....	156
4.	Tránh uống sữa chưa tiệt trùng và các loại thực phẩm được chế biến từ sữa chưa được tiệt trùng.....	156
5.	Không dọn hoặc đụng chạm vào chỗ đựng phân của mèo.	156
6.	Tránh xa các loài động vật gặm nhấm cũng như phân, nước tiểu hoặc tổ của chúng.....	157
7.	Cần làm các xét nghiệm về các bệnh lây truyền qua đường tình dục như HIV và viêm gan siêu vi B và bảo vệ bạn không mắc các bệnh này.	157
8.	Trao đổi với các bác sĩ về việc chủng ngừa.	158
9.	Tránh tiếp xúc với những người bị nhiễm trùng.....	158
10.	Hãy hỏi các bác sĩ về nhiễm trùng liên cầu khuẩn nhóm B.	158

PHỤ LỤC 3: HƯỚNG DẪN CÁCH RỬA TAY160

1.	Khi nào thì nên rửa tay?.....	160
2.	Rửa tay bằng xà phòng như thế nào là đúng cách?	161
3.	Sử dụng dung dịch rửa tay nhanh như thế nào?	162

PHỤ LỤC 4: CHÍCH NGỪA TRƯỚC KHI MANG THAI 164

1.	Viêm gan siêu vi B.....	164
1.1.	Vì sao phải chủng ngừa viêm gan B?.....	164
1.2.	Ai cần chủng ngừa VGSVB?.....	164
1.3.	Có chống chỉ định nào cho việc chủng ngừa VGSVB không?.....	165
1.4.	Có nên xét nghiệm trước khi chủng ngừa VGSVB?	165
1.5.	Có loại xét nghiệm nên thực hiện trước khi chủng ngừa	165
1.6.	Lịch chủng ngừa VGSVB như thế nào?.....	167
2.	Rubella.....	167
2.1.	Vì sao phải chủng ngừa Rubella trong độ tuổi mang thai?.....	167
2.2.	Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?.....	167
2.3.	Ai cần chủng ngừa Rubella?.....	168
2.4.	Có chống chỉ định nào cho việc chủng ngừa Rubella không?.....	168
2.5.	Có nên xét nghiệm trước khi chủng ngừa Rubella ?	169
2.6.	Lịch chủng ngừa Rubella như thế nào?.....	170
2.7.	Có cần tiêm nhắc lại sau khi chủng ngừa vắc xin Rubella lần đầu không?.....	170
2.8.	Hiệu quả miễn dịch sẽ như thế nào khi chính vắc xin Rubella 1 liều duy nhất?	170
2.9.	Các tai biến có thể có khi chích vắc xin Rubella ?.....	170
2.10.	Một số các câu hỏi phổ biến khác liên quan đến việc chủng ngừa Rubella	171
3.	Sởi	172
3.1.	Vì sao phải chủng ngừa sởi trong độ tuổi mang thai?	172
3.2.	Ai cần chủng ngừa sởi?.....	172
4.	Quai bị	172
4.1.	Vì sao phải chủng ngừa quai bị trong độ tuổi mang thai?	172
4.2.	Ai cần chủng ngừa quai bị?	172
4.3.	Lịch chủng ngừa MMR (sởi - quai bị - Rubella) như thế nào?.....	173
5.	Thủy đậu (Varicella, trái rạ)	173
5.1.	Vì sao phải chủng ngừa thủy đậu trong độ tuổi mang thai?	173
5.2.	Ai cần chủng ngừa thủy đậu?	173
5.3.	Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?.....	173
5.4.	Hiệu quả của việc chủng ngừa thủy đậu như thế nào ?.....	174

5.5. Lịch chủng ngừa thủy đậu như thế nào?.....	174
6. Bệnh uốn ván, bạch hầu và ho gà	174
6.1. Vì sao phải chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà trong độ tuổi mang thai?.....	174
6.2. Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?	175
6.3. Ai cần chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà?.....	175
6.4. Hiệu quả của việc chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà như thế nào ?.....	176
6.5. Lịch chích vắc xin như thế nào?	176
7. Cúm.....	177
7.1. Vì sao phải chủng ngừa cúm khi chuẩn bị mang thai?.....	177
7.2. Ai cần chủng ngừa cúm ?.....	177
7.3. Hiệu quả của việc chủng ngừa cúm như thế nào ?.....	177
7.4. Tại sao phải chủng ngừa cúm mùa mỗi năm?.....	177
7.5. Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?	177
7.6. Thời điểm tiêm vắc xin ?	178
7.7. Ai không nên chủng ngừa cúm ?	178
PHỤ LỤC 5: NHỮNG VIỆC CẦN LÀM TRƯỚC KHI MANG THAI	183

MỘT SỐ NHIỄM TRÙNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN THAI NHI

NHIỄM CHLAMYDIA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Chlamydia đọc là k-la-mi-di-a.

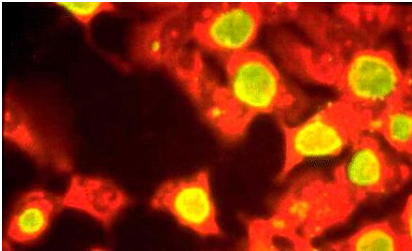
Các tên gọi khác: Nếu nhiễm ở mắt người lớn thường được gọi là bệnh mắt hột, toét mắt, về sau có biến chứng thì gọi là bệnh lông quặm, lông xiêu (tùy địa phương).

1. Chlamydia là gì?

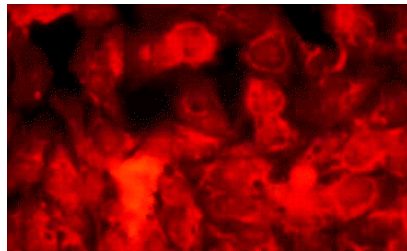
Chlamydia gây bệnh (tên đầy đủ là *Chlamydia trachomatis*), là một trong các vi khuẩn có kích thước nhỏ nhất (chỉ lớn hơn virút). Không thể tự mình sống và nhân lên một cách độc lập mà phải chui vào trong lòng các tế bào của sinh vật khác (gọi là vi khuẩn sống nội bào bắt buộc)

Tùy theo phản ứng đối với các loại huyết thanh khác nhau, người ta phân biệt *Chlamydia trachomatis* có đến 18 týp huyết thanh khác nhau, quy thành nhóm:

- Nhóm gây bệnh cho mắt và đường sinh dục (các týp huyết thanh từ A cho đến K), trong đó các týp từ A đến C thường gây bệnh mắt hột nhiều hơn, týp B và các týp từ D cho đến K thường gây bệnh ở đường niệu dục và cho trẻ sơ sinh
- Nhóm gây u hạt lympho hoa liễu (lymphogranuloma venerum viết tắt theo tiếng Anh là LGV) do các týp huyết thanh L1, L2 và L3.



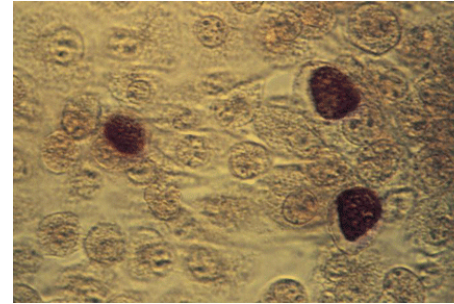
(1.1)



(1.2)

Hình 1.1 và 1.2: Nhuộm kháng thể huỳnh quang phát hiện *Chlamydia trachomatis* nhiễm trong tế bào HeLa (hình 1.1) so với tế bào HeLa không nhiễm (hình 1.2)

Nguồn: CDC Hoa Kỳ, được phép sao chép



Hình 1.3: *Chlamydia trachomatis* hiện rõ là những thể vùi (được nhuộm màu iode trong môi trường cấy đơn lớp tế bào McCoy (một loại của tế bào HeLa).

Nguồn: CDC Hoa Kỳ, được phép sao chép

2. Nhiễm Chlamydia ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm Chlamydia nguy hiểm cho đối tượng nào?

Chlamydia trachomatis gây bệnh mắt hột cho tất cả mọi đối tượng, nếu không điều trị, về sau có thể mù.

Chlamydia trachomatis gây viêm niệu đạo, viêm trực tràng, u sùi lympho, viêm đường sinh dục cho người lớn (viêm mào tinh hoàn, tiền liệt tuyến ở nam giới; viêm âm đạo, viêm cổ tử cung, viêm tử cung, viêm vòi trứng, buồng trứng ở nữ, với nhiều biến chứng : viêm vùng chậu, viêm quanh bao gan nữ và vô sinh)

Ở thai phụ, *C. trachomatis* có thể gây thai ngoài tử cung, sinh non, trẻ thiếu cân

Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, *C. trachomatis* gây viêm phổi (có thể tử vong), viêm kết mạc sau sinh, có thể dẫn đến mù, toét mắt.

Chú ý: Thuốc điều trị đặc hiệu nhiễm *C. trachomatis* cho trẻ sơ sinh có thể gây hẹp phì đại môn vị ở dạ dày gây tắc nghẽn đường tiêu hóa.

2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm Chlamydia bẩm sinh?

Không có trường hợp nào được gọi là nhiễm Chlamydia bẩm sinh, vì trẻ chỉ nhiễm Chlamydia vào thời điểm sắp hay đang được sinh ra (nhiễm chu sinh), chủ yếu là viêm phổi và viêm kết mạc mắt.

2.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm chlamydia chu sinh?

Nếu mẹ bị nhiễm *C. trachomatis* đường niệu dục khi mang thai, 60-70% trẻ sinh ra theo đường âm đạo có nhiễm vi khuẩn này trong mũi hầu.

Trong số đó:

- Viêm kết mạc chiếm 20 -50%
- Viêm phổi từ 5 đến 30%

(Trong khi đó, tỷ lệ hiện mắc (prevalence) Chlamydia ở phụ nữ mang thai vào khoảng 2-20%, tùy quốc gia)

3. Chlamydia lây truyền cho người như thế nào?

Chlamydia trachomatis lây truyền qua đường tình dục và tiếp xúc thân mật. Vì thế ở lứa tuổi thanh thiếu niên và người trưởng thành trẻ tuổi có tỷ lệ mắc bệnh này cao nhất.

4. Lây nhiễm Chlamydia ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Thường sản phụ đã có viêm nhiễm âm đạo hay cổ tử cung hay nhiễm Chlamydia không có triệu chứng trước khi mang thai. Một số ít lây ngay khi đang mang thai, do có quan hệ tình dục với người đang nhiễm. Nếu viêm cổ tử cung nặng, có thể gây sinh non và trẻ thiếu cân.

5. Lây nhiễm Chlamydia từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Lây cho thai nhi xảy ra trong thời kỳ chu sinh. Cụ thể là:

- Trẻ trực tiếp nhiễm Chlamydia từ dịch âm đạo của mẹ vào đường hô hấp và kết mạc mắt khi sinh thường. Kiểu lây truyền này chiếm đa số.
- *Vỡ ối sớm* : vi khuẩn lây ngược dòng lên cho thai nhi. Vì thế, trẻ vẫn nhiễm dù được mổ lấy thai.
- *Qua nhau thai* : Rất hiếm gặp. Nhưng đã có báo cáo trẻ được mổ lấy thai và không bị vỡ ối sớm mà vẫn bị nhiễm Chlamydia từ mẹ.

6. Các biểu hiện khi bị nhiễm Chlamydia

6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai)

Một số nhiễm Chlamydia không có triệu chứng. Nhưng một số khác có những biểu hiện bệnh khác nhau:

- *Viêm niệu đạo không do lậu*: Với các triệu chứng: tiểu đục (có khi tiểu ra mủ), tiểu buốt, tiểu lắt nhắt, tiểu đau. Khi chuyển sang mạn tính, chỉ còn có tiểu đục. Xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu, nhưng không tìm thấy vi khuẩn, và không có vi khuẩn lậu.

- *Viêm trực tràng*: Thường gặp khi có quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Triệu chứng: đau rát ở hậu môn, mót rặn, đi cầu có nhầy và táo bón.
- *Viêm khớp phản ứng*: kết hợp viêm niệu đạo, viêm màng mắt (hay kết mạc mắt) và viêm khớp (hội chứng Reiter)

6.2. Ở nam giới

- *Viêm tiền liệt tuyến*: thường mạn tính.
- *Viêm mào tinh hoàn*: Thường gặp ở một bên. Mào tinh hoàn sưng to, sờ đau, có thể có ứ nước.

6.3. Ở phụ nữ (kể cả phụ nữ có thai)

- Viêm cổ tử cung

Hơn 50% phụ nữ nhiễm *C. trachomatis* có viêm cổ tử cung nhưng không có triệu chứng. Các biểu hiện khi có triệu chứng gồm: khí hư, chảy máu giữa kỳ kinh hay sau giao hợp. Đau bụng mơ hồ, nhất là vùng bụng dưới (ảnh hưởng đến phần sâu của đường sinh dục). Khi khám phát hiện chất tiết cổ tử cung mủ nhầy, niêm mạc dễ tổn thương, phù hay có thể loét phần trong cổ tử cung.



Hình 1.4: Chất tiết mủ nhầy và cổ tử cung đỏ và dễ tổn thương khi bị viêm do Chlamydia.

Nguồn: Jonathan Zenilman, MD.

- Viêm niệu đạo

Thường kèm viêm cổ tử cung. Triệu chứng gồm: đi tiểu nhiều lần, tiểu lắt nhắt, tiểu buốt và đau bụng dưới. Xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu nhiều nhưng không phát hiện các vi khuẩn thông thường gây nhiễm trùng đường tiểu như tụ cầu hoại sinh. Cần gián biệt với nhiễm trùng niệu dục do các bệnh truyền qua đường tình dục khác (STD) như lậu và nhiễm Herpes simplex.

- *Viêm quanh bao gan (hội chứng Fitzhugh-Curtis)*:

Ít gặp. Do viêm vòi trứng và buồng trứng bên phải lan lên quanh gan.

- **Bệnh viêm nhiễm vùng chậu (Pelvic inflammatory disease: PID)**

Hơn 30% phụ nữ nhiễm *C. trachomatis* có viêm nhiễm đường sinh dục trên, gọi là bệnh viêm vùng chậu và có thể dẫn đến có thai ngoài tử cung hay vô sinh.

- **Biến chứng khi có thai**

Nhiễm *C. trachomatis* không điều trị khi có thai có thể gây sinh non và trẻ sinh ra thiếu cân.

6.4. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

- **Viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh**

Là thể bệnh hay gặp nhất khi nhiễm *C. trachomatis* ở trẻ sơ sinh.

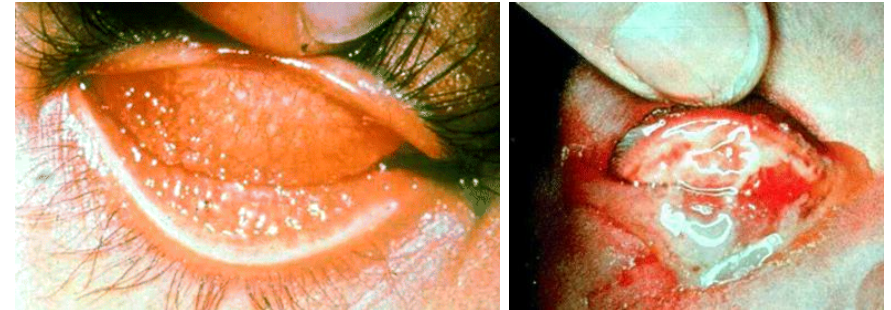
- Ủ bệnh : 5- 14 ngày sau sinh. Nhưng có trường hợp có thể phát bệnh sớm dưới 5 ngày nếu mẹ bị vỡ ối sớm.
- Triệu chứng:
 - + Ban đầu: Sưng mắt nhẹ kèm chảy nước mắt, nhưng ngày càng đặc quánh hơn, thành “nhũ” (hay “ghèn”).
 - + Về sau: Mí mắt sưng rõ, kết mạc đỏ và dày lên (hình 1.5). Các nhũ mắt có thể tạo thành một màng giả làm dính kết mạc. Kết mạc có thể xuất huyết. Nếu không điều trị, sau hơn hai tuần thường dễ có một màng tạo thành từ các mô hạt.



Hình 1.5: Viêm kết mạc do *C. trachomatis* ở trẻ 12 ngày tuổi, có diễn biến sưng mí mắt và chảy nước mắt ngày càng nhiều.

Nguồn: Tasman W, Jaeger E. The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology, 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Copyright © 2001 Lippincott Williams & Wilkins. Được phép sao chép

- Diễn biến: Nếu điều trị kịp thời, cháu sẽ lành và không có biến chứng. Tuy nhiên nếu không điều trị, bệnh có thể kéo dài hàng tháng và có biến chứng sẹo giác mạc (gây mù) hay sẹo kết mạc.



(1.6)

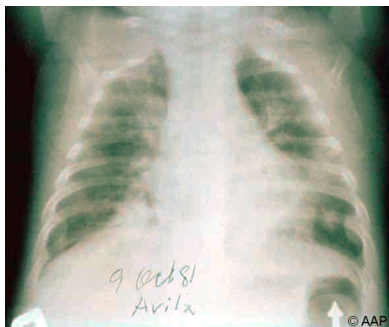
(1.7)

Hình 1.6 và 1.7: Viêm kết mạc ở một trẻ sơ sinh có mẹ viêm cổ tử cung do *C. trachomatis*.

Nguồn và Được phép in lại từ bản quyền của James Biens

- **Viêm phổi**

- Từ 5 đến 30% trẻ sinh ra từ mẹ có nhiễm *C. trachomatis* ở cổ tử cung bị viêm phổi, trong đó một nửa có kèm theo viêm kết mạc cùng do *C. trachomatis*.
- Ủ bệnh : Đa số từ 4-12 tuần kể từ khi sinh ra. Có trường hợp chỉ 2 tuần.
- Triệu chứng:
 - + Ho và tắc mũi nhưng thường không có chất tiết ở mũi, trừ một số ít trường hợp. Ho khúc khúc từng tiếng một và xảy ra đột ngột.
 - + Thở nhanh
 - + Có thể kèm viêm tai giữa.
 - + Không sốt hay sốt nhẹ
 - + Phổi có ran, nhưng ít khi gặp ran rít
 - + Gan, lách dễ sờ thấy
 - + Ở trẻ đẻ non có thể có những cơn ngưng thở.
- Xét nghiệm:
 - + Công thức máu bình thường (điển hình). Có thể tăng bạch cầu ưa axit ($300-400/mm^3$).
 - + Khí máu : hạ oxy máu nhẹ đến vừa. có thể kéo dài hàng tuần dù đã hết nhiễm trùng cấp.
 - + X quang phổi : phổi tăng sáng hai bên, đối xứng, thâm nhiễm khoảng kẽ.



Hình 8: X quang ngực của viêm phổi nặng, hai bên do *C. trachomatis* của một trẻ sơ sinh 4 tuần tuổi.

Nguồn và được phép in lại của Edgar O. Ledbetter, MD, FAAP

7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm Chlamydia

7.1. Ở phụ nữ (kể cả thai phụ) :

Khi có các yếu tố dễ nhiễm Chlamydia:

- Tuổi trẻ (dưới 25 tuổi)
- Nhiều bạn tình.
- Quan hệ tình dục không có bao cao su bảo vệ
- Đã từng hay đang có bệnh lây qua đường tình dục khác, kể cả nhiễm HIV
- Đã từng nhiễm Chlamydia trước đây (có điều trị hay không)
- Có tổn thương giải phẫu ở đường sinh dục sẵn (cổ tử cung dễ bị tổn thương hay bị lộ tuyến).
- Có các triệu chứng nhiễm trùng đường tiểu, nhiễm trùng sinh dục (âm đạo, cổ tử cung) đã nêu ở trên, đau bụng dưới không tìm thấy nguyên nhân do vi khuẩn khác.

Do có nhiều phụ nữ nhiễm Chlamydia không có triệu chứng, nên tốt nhất là có chương trình tầm soát cho các phụ nữ đang ở lứa tuổi sinh đẻ, nhất là khi chuẩn bị có thai hay trong chương trình quản lý thai nghén. Đặc biệt đối với những bà mẹ trẻ dưới 25 tuổi

7.2. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Nghi ngờ trẻ nhiễm Chlamydia khi:

- Mẹ bị viêm cổ tử cung do Chlamydia và chưa được điều trị.
- Trẻ sinh ra theo đường âm đạo.
- Có triệu chứng viêm kết mạc (chảy nước mắt, sưng mí) hay viêm

đường hô hấp xảy ra sau sinh (2 tuần trở lên)

8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán nhiễm Chlamydia?

Trên nguyên tắc những xét nghiệm sau được dùng để chẩn đoán nhiễm Chlamydia:

- Cấy tìm vi khuẩn (khó và thực tế ít dùng)
- Các phương pháp khuếch đại axit nhân. (nhiều phương pháp, phổ biến ở nước ta hiện nay là phương pháp PCR)
- Tìm kháng nguyên của *C. trachomatis*

Hiện nay phổ biến, có độ chính xác cao và được bệnh nhân dễ dàng chấp nhận là phương pháp PCR.

Bệnh phẩm là nước tiểu, phết dịch âm đạo hay dịch trực tràng (không cần thao tác vô trùng). Bệnh nhân có thể tự lấy và bỏ vào môi trường làm sẵn.

Trường hợp lấy bệnh phẩm ở cổ tử cung, phải do nhân viên y tế có huấn luyện, thao tác vô trùng, đặt mỏ vịt...phức tạp hơn. Chỉ dùng kết hợp khi khám phụ khoa để tìm các nguyên nhân gây bệnh ở cổ tử cung.

Ở trẻ sơ sinh, tiêu chuẩn vàng vẫn là cấy tìm Chlamydia. Bệnh phẩm có thể là: phết kết mạc mắt, (viêm kết mạc), dịch ở mũi hầu (viêm phổi) hay dịch khí quản (lấy khi phải đặt nội khí quản cho trẻ). Que phết kết mạc mắt để tìm *C. trachomatis* là loại que riêng (que Dacron) vì các que phết dịch thông thường có thể ức chế *C. trachomatis* phát triển.

Phương pháp PCR đang dần thay thế phương pháp cấy dù bằng chứng thử nghiệm ở trẻ sơ sinh chưa nhiều.

Chú ý :

- PCR vẫn còn là xét nghiệm cao cấp và đắt tiền ở nước ta và không cho kết quả sớm như đối với các vi khuẩn khác và so với các phương pháp khuếch đại axit nhân khác.
- Một số xét nghiệm tìm kháng nguyên của *C. trachomatis* trong bệnh phẩm (nước tiểu hay phết dịch âm đạo, trực tràng) với kháng thể đơn dòng đang được triển khai nhưng vẫn còn đắt và độ nhạy và độ đặc hiệu không cao so với phương pháp PCR

- Soi tươi bệnh phẩm và tìm kháng thể trong huyết thanh không có giá trị chẩn đoán nhiễm Chlamydia.

9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm xem có nhiễm Chlamydia?

Trên nguyên tắc, mọi phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ, nhất là khi dưới 25 tuổi, đều nên xét nghiệm xem có nhiễm Chlamydia hay không, và xét nghiệm bạn tình, nhưng tùy nguồn lực và điều kiện của từng quốc gia và mỗi cá nhân.

Tuy nhiên, nếu có thai, tất cả sản phụ nên xét nghiệm xem có nhiễm Chlamydia không để điều trị phòng lây cho con khi sinh nở (nên đưa vào chương trình tầm soát các bệnh lây qua đường tình dục cho thai phụ trong quản lý thai nghén)

Bắt buộc phải xét nghiệm tìm Chlamydia khi :

- Có các yếu tố nguy cơ cao nhiễm Chlamydia kể trên.
- Có các triệu chứng viêm niệu dục, viêm hay đau vùng chậu không tìm ra nguyên nhân

10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

Trẻ nên được xét nghiệm tìm Chlamydia khi:

- Có biểu hiện viêm phổi ở trẻ nhỏ hơn 3 tháng tuổi
- Có biểu hiện viêm kết mạc ở trẻ dưới 1 tháng tuổi
- Mẹ có bằng chứng hay tiền sử đã nhiễm Chlamydia nhưng không điều trị và không hề đi khám suốt thời gian có thai
- Mẹ thuộc nhóm nguy cơ cao nhiễm Chlamydia và không hề được chăm sóc trước sinh khi có thai.

11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm Chlamydia như thế nào?

Có 3 trường hợp:

- Kết quả PCR (hay cấy) dương tính, có biểu hiện lâm sàng: Bệnh nhân đang bị bệnh do nhiễm Chlamydia.
- Kết quả PCR (hay cấy) dương tính, không có biểu hiện lâm sàng: Bệnh nhân đang nhiễm Chlamydia không có triệu chứng. Là nguồn lây cho người khác (cho thai nhi và cho bạn tình)
- Kết quả PCR (hay cấy) âm tính, nhưng có biểu hiện lâm sàng: Có

thể do bệnh khác biểu hiện tương tự (nhiễm lậu cầu) hoặc do lấy bệnh phẩm không đúng. Mở rộng xét nghiệm tìm các nguyên nhân khác song song với làm lại lần 2.

12. Làm gì khi chẩn đoán người phụ nữ bị nhiễm Chlamydia?

12.1. Điều trị

Nếu kết quả xét nghiệm xác định đã bị nhiễm Chlamydia, các bác sĩ sẽ thực hiện việc điều trị theo phác đồ. Việc sử dụng các loại kháng sinh trong điều trị phụ thuộc vào tình trạng của bệnh nhân, đặc biệt là ở phụ nữ có thai.

Việc xét nghiệm cần được lập lại sau 3 tuần điều trị. Không nên xét nghiệm sớm trước 3 tuần vì có thể cho kết quả dương tính giả (từ xác vi khuẩn còn lại, vẫn còn axit nhân).

Chú ý: Phụ nữ rất dễ tái nhiễm dù đã điều trị thành công. Vì thế nên xét nghiệm tìm lại vi khuẩn *C. trachomatis* nếu bệnh nhân đến khám lại từ 3 đến 12 tháng sau khi đã điều trị *C. trachomatis* có kết quả.

12.2. Sinh hoạt cá nhân

- Đề nghị bạn tình cũng phải đi điều trị Chlamydia dù không có triệu chứng.
- Tình dục an toàn (có bao cao su) khi quan hệ với bạn tình không biết có nhiễm Chlamydia hay không.
- Chung thủy (chỉ nên có một bạn tình)
- Điều trị đồng thời các bệnh lây qua đường tình dục khác, nếu có
- Nếu có thai, khám thai định kỳ

12.3. Phòng lây cho thai nhi

- Điều trị nhiễm Chlamydia ngay khi biết nhiễm.
- Khám thai định kỳ và xét nghiệm đề phòng tái nhiễm nếu phát hiện và điều trị sớm trong thai kỳ.
- Chủ động mổ lấy thai nếu phát hiện nhiễm Chlamydia khi sắp sinh, tốt nhất là trước khi vỡ ối

12.4. Phòng lây cho người chung quanh

- Quan hệ tình dục an toàn
- Điều trị ngay khi biết nhiễm Chlamydia dù không có triệu chứng.

12.5. Tư vấn can thiệp

Chỉ can thiệp khi có thai ngoài tử cung do di chứng viêm vòi trứng của nhiễm Chlamydia lâu ngày.

13. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm Chlamydia?

13.1. Điều trị:

Chỉ thực hiện điều trị khi trẻ bị viêm kết mạc hay viêm phổi do *C. trachomatis*. Các bác sĩ sẽ điều trị bằng kháng sinh toàn thân theo phác đồ quy định. Việc điều trị viêm kết mạc bằng các loại thuốc nhỏ mắt tại chỗ không có hiệu quả.

Chú ý: Thuốc nhỏ mắt điều trị tại chỗ viêm kết mạc không có hiệu quả. Thuốc nhỏ mắt phòng viêm kết mạc lậu cầu không có khả năng phòng viêm kết mạc do *C. trachomatis* cho trẻ sơ sinh

13.2. Săn sóc trẻ

- Trường hợp viêm phổi: Theo dõi kỹ tình trạng hô hấp. Nên điều trị ở phòng hồi sức - cấp cứu vì nếu trở nặng phải đặt nội khí quản, thở máy.

- Theo dõi tai biến của thuốc: Theo dõi các triệu chứng của hẹp phì đại môn vị (nhất là khi trẻ dưới 2 tuần tuổi) biểu hiện tắc đường tiêu hóa cao (nôn, không trung tiện, không đi cầu được)

13.3. Phòng lây cho người chung quanh

Chỉ cần người trực tiếp chăm sóc tuân thủ các nguyên tắc vô trùng và xử lý bệnh phẩm, chất thải của bệnh nhi (găng tay, khẩu trang), xử lý đờm dãi, nước mắt, nhử mắt của bệnh nhi theo đúng quy định của bệnh viện

14. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm Chlamydia? (cộng đồng)

Phổ biến kiến thức đơn giản về nhiễm Chlamydia. Lòng ghép trong chương trình giáo dục về tình dục và phòng các bệnh lây qua đường tình dục cho cộng đồng, nhất là cho giới trẻ (các nguy hiểm, hậu quả khi mắc bệnh, đường lây truyền, cách phòng bệnh, ích lợi khi điều trị sớm nếu đã mắc bệnh)

Khuyến khích lối sống chung thủy (1 bạn tình), không quan hệ tình dục

sớm, tình dục an toàn (có bao cao su) khi chưa biết bạn tình có bệnh đường tình dục hay không.

Khuyến khích tự nguyện khám phụ khoa và tổ chức và trang bị phương tiện khám phụ khoa rộng rãi (trạm y tế) để tầm soát các bệnh lây qua đường tình dục nếu nằm trong nhóm nguy cơ cao (nhiều bạn tình, trẻ, quan hệ không dùng bao cao su, có triệu chứng viêm đường niệu dục...).

Khi có thai, khám thai định kỳ và đề nghị được xét nghiệm tầm soát nhiễm Chlamydia và các bệnh liên quan đến mẹ và thai nhi khác.

15. Có vắc xin chủng ngừa Chlamydia không?

Chưa có vắc xin phòng nhiễm Chlamydia

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics. Chlamydia trachomatis. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th, Pickering, LK (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p.276.
2. Oakeshott P, Hay P, Hay S, et al. Association between bacterial vaginosis or chlamydial infection and miscarriage before 16 weeks' gestation: prospective community based cohort study. BMJ 2002; 325:1334.
3. Rosenman MB, Mahon BE, Downs SM, Kleiman MB. Oral erythromycin prophylaxis vs watchful waiting in caring for newborns exposed to Chlamydia trachomatis. Arch Pediatr Adolesc Med 2003; 157:565.
4. Darville, T. Chlamydia Infections. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7, Remington, JS, Klein JO, Wilson, CB, Nizet V, Maldonado YA (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2010. p.600.
5. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:1.
6. Darville T. Chlamydia trachomatis infections in neonates and young children. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16:235.
7. Yip PP, Chan WH, Yip KT, et al. The use of polymerase chain reaction assay versus conventional methods in detecting neonatal chlamydial conjunctivitis. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2008; 45:234.
8. Centers for, Disease Control, and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:RR12.
9. Rours IG, Hammerschlag MR, Ott A, et al. Chlamydia trachomatis as a cause of neonatal conjunctivitis in Dutch infants. Pediatrics 2008; 121:e321.

10. Rours GI, Hammerschlag MR, Van Doornum GJ, et al. Chlamydia trachomatis respiratory infection in Dutch infants. Arch Dis Child 2009; 94:705.
11. Koumans EH, Rosen J, van Dyke MK, et al. Prevention of mother-to-child transmission of infections during pregnancy: implementation of recommended interventions, United States, 2003-2004. Am J Obstet Gynecol 2012; 206:158.e1.
12. American Academy of Pediatrics. Gonococcal infections. In: Red Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases, 28th ed, Pickering, LK (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2009. p. 301.
13. Chang K, Cheng VY, Kwong NS. Neonatal haemorrhagic conjunctivitis: a specific sign of chlamydial infection. Hong Kong Med J 2006; 12:27.

NHIỄM VIRÚT VIÊM GAN B Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

1. Virút viêm gan B là gì?

Virút viêm gan B (viết tắt theo tiếng Anh là HBV) là một loại virút có ái tính với đến gan. Dù xâm nhập vào cơ thể bằng cách nào, cuối cùng, virút viêm gan B vẫn chọn gan là cơ quan đích ưu tiên để cư trú và nhân lên. Do đó trên lâm sàng, nếu đã có biểu hiện bệnh lý do virút này, bao giờ cũng có biểu hiện ở gan trước hay nổi bật nhất. Virút viêm gan B là virút có vỏ, axit nhân là DNA, thuộc họ Hepadnaviridae. Một virút hoàn



chỉnh có các cấu trúc kháng nguyên quan trọng (và cơ thể sẽ sản xuất các kháng thể tương ứng) giúp chẩn đoán tình trạng nhiễm, mức độ lây, giai đoạn tiến triển của quá trình nhiễm virút viêm gan B.

Hình 2.1: Các dạng của virút viêm gan B dưới kính hiển vi điện tử

Nguồn: Harrison's Principles of internal medicine 17th edition.

Chú ý: Có đến năm loại virút hướng gan, khi xâm nhập vào cơ thể, ưu tiên gây bệnh cho gan đầu tiên là: Virút viêm gan A, B, C, D và E. Trong đó chỉ có virút viêm gan B và C có thể trở thành mạn tính với các biến chứng về sau như xơ gan và ung thư gan. Virút viêm gan D chỉ gây bệnh khi đồng nhiễm hay đã nhiễm sẵn virút viêm gan B. Do dễ lây và truyền được từ mẹ sang con, lại phòng được nhưng chương trình chủng ngừa chưa trở thành thường quy cho sản phụ, viêm gan B trở thành vấn đề quan trọng trong chăm sóc sức khỏe sản phụ và thai nhi

2. Nhiễm virút viêm gan B ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm virút viêm gan B nguy hiểm cho đối tượng nào?

Nhiễm virút viêm gan B có tiến triển khác nhau tùy theo phản ứng miễn dịch của từng cá thể. Biểu hiện lâm sàng và biến chứng trước mắt cũng

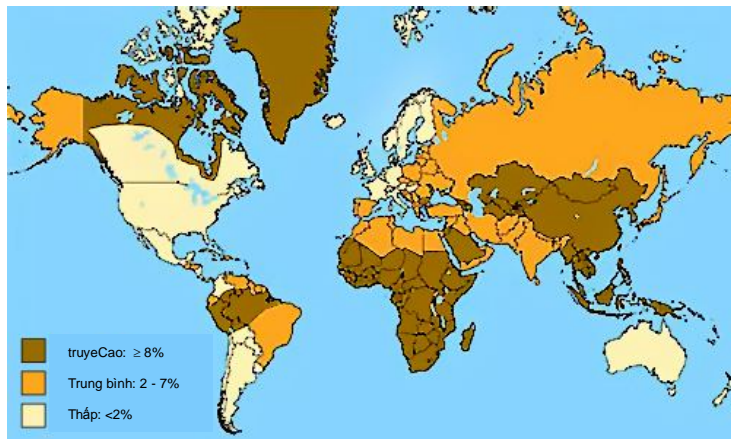
như lâu dài (trong đó có các biến chứng nguy hiểm như suy gan cấp, viêm gan mạn hoạt động dẫn đến xơ gan và ung thư tế bào gan nguyên phát) tùy thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi khi bắt đầu nhiễm, đáp ứng miễn dịch của cơ thể, can thiệp của thầy thuốc..

2.2. Nhiễm virút viêm gan B ở trẻ sơ sinh

Trẻ sinh ra từ mẹ đang nhiễm virút viêm gan B, nhất là nhiễm mạn tính có nguy cơ nhiễm virút viêm gan B ngay khi sinh ra. Những trẻ này nếu không có biện pháp ngăn chặn kịp thời thường có nguy cơ nhiễm virút mạn tính suốt đời, dễ có biến chứng ung thư tế bào gan nguyên phát về sau, và là nguồn lây nhiễm cho người khác trong xã hội.

3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm virút viêm gan B ngay từ khi sinh ra?

Tỷ lệ trẻ sơ sinh đã nhiễm virút viêm gan B từ mẹ thay đổi tùy theo nhiều yếu tố : mẹ nhiễm cấp trong thai kỳ (tỷ lệ tùy vào thời điểm nhiễm vào giai đoạn nào của thai kỳ) hay đã nhiễm từ trước khi mang thai (nhiễm mạn), nồng độ virút trong máu trong thời kỳ mang thai, nhất là giai đoạn chu sinh, can thiệp trước và sau sinh để phòng nhiễm cho trẻ, tỷ lệ mắc trong quần thể và địa phương trẻ được sinh ra.



Hình 2.2: Bản đồ dịch tễ viêm gan siêu vi B toàn thế giới (2006). Việt Nam nằm trong khu vực có tỷ lệ mắc cao (> 8%)

Nguồn: http://relief.unboundmedicine.com/relief/ub/view/cdc-yellow-book/204049/4/Hepatitis_B

Ở các nước đã phổ biến vắc xin phòng viêm gan B, số người nhiễm đa số là từ mẹ và không được can thiệp sớm. Hầu hết trẻ nhiễm từ mẹ đều trở thành người nhiễm virút viêm gan B mạn tính và vắc xin can thiệp muộn không có hiệu quả.

Việt Nam nằm trong khu vực có lây nhiễm virút viêm gan B cao (20 - 25%), tỷ lệ thai phụ nhiễm virút viêm gan B vào khoảng 9 -11% tùy theo vùng. Đa số không được can thiệp sau sinh kịp thời, nên tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm virút viêm gan B ước tính khoảng 9% số trẻ sinh ra.

4. Virút viêm gan B lây cho người (kể cả sản phụ) như thế nào?

Virút viêm gan B có thể lây truyền từ người này sang người khác theo nhiều đường khác nhau:

- Qua da và niêm mạc xây xát có tiếp xúc với dịch cơ thể của người nhiễm: ví dụ dùng chung bàn chải đánh răng, dao cạo râu hay cả đồ chơi (đường lây chủ yếu của các trẻ lớn)
- Do truyền máu: nhận máu của người nhiễm virút viêm gan B
- Quan hệ tình dục không bảo vệ: là đường lây chính ở người lớn.
- Dùng chung bơm kim tiêm với người nhiễm virút viêm gan B: Đường lây chủ yếu của những người tiêm chích ma túy
- Nhiễm trùng bệnh viện: do xử dụng chung các dụng cụ y tế xâm nhập không sát trùng kỹ hay từ nhân viên y tế
- Do ghép tạng: nhận tạng của người nhiễm virút viêm gan B
- Từ mẹ sang con: sẽ trình bày chi tiết ở mục dưới đây

5. Lây nhiễm virút viêm gan B từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Lây nhiễm virút viêm gan B từ mẹ sang con tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Hầu hết nhiễm trong giai đoạn chu sinh vì virút viêm gan B rất khó lọt qua nhau thai.

5.1. Trường hợp mẹ nhiễm cấp (mới nhiễm) virút viêm gan B trong khi mang thai:

Tỷ lệ lây truyền cho con tùy thuộc vào thời điểm nhiễm vào giai đoạn nào của thai kỳ và tùy thuộc vào diễn tiến bệnh của mẹ sau khi nhiễm

- Nếu mẹ nhiễm virút viêm gan B cấp trong quý đầu của thai nghén và không trở thành mạn tính, nguy cơ truyền cho con hầu như

không có (gần 0%)

- Nếu mẹ nhiễm virus viêm gan B cấp trong quý hai của thai kỳ, tỷ lệ lây nhiễm cho con, theo một nghiên cứu là 1/17
- Nếu mẹ nhiễm virus viêm gan B trong thời gian từ quý 3 cho đến ngay lúc sau sinh, tỷ lệ nhiễm cho trẻ rất cao.

5.2. Trường hợp mẹ nhiễm virus viêm gan B mạn tính:

Hầu hết mẹ truyền bệnh cho con trong thời gian chu sinh. Tỷ lệ truyền cho con suốt trong thai kỳ chỉ chiếm 10 -15% số trẻ nhiễm từ mẹ (những trẻ này thường không đáp ứng với biện pháp dự phòng dùng vắc xin và globulin miễn dịch chống virus viêm gan B ngay sau sinh). Tỷ lệ truyền cho con phụ thuộc vào các yếu tố sau:

- Tình trạng nhân lên của virus: với virus type nguyên thủy, nếu mẹ có HBeAg (+), 85 - 90% trẻ sinh ra nhiễm virus viêm gan B, và chỉ 32% nếu mẹ HBeAg (-).
- Tải lượng virus viêm gan B DNA trong máu mẹ trong thai kỳ, nhất là thời gian chu sinh. Tải lượng càng cao, nguy cơ truyền virus viêm gan B cho con càng lớn, bất chấp HBeAg dương hay âm tính. Nếu tải lượng virus viêm gan B DNA < 10⁹ copies/mL máu mẹ, tỷ lệ lây cho con không đáng kể, nhưng nếu từ 10⁸⁻⁹ copies/mL máu mẹ trở lên, tỷ lệ lây lên đến > 50%
- Can thiệp với lamuvidine hay globulin miễn dịch chống virus viêm gan B (HBIG) có thể làm giảm tỷ lệ lây truyền cho trẻ lúc chu sinh, nhưng các bằng chứng chưa đủ thuyết phục.

6. Các biểu hiện khi bị nhiễm virus viêm gan B

6.1. Ở người bình thường :

Nhiễm virus viêm gan B có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau tùy theo tương tác giữa người bệnh với virus viêm gan B. Các tương tác này thay đổi tùy theo lứa tuổi khi bắt đầu nhiễm virus viêm gan B.

Ở người lớn, đa số có triệu chứng viêm gan siêu vi cấp và 90% sẽ lành, khoảng 10% còn lại diễn biến sang viêm gan mạn với các biến chứng xơ gan và ung thư gan về sau.

Nếu nhiễm lúc tuổi càng nhỏ, khả năng trở thành người mang virus mạn tính càng cao và hầu như không tự lành được, nguy cơ ung thư gan về sau càng lớn, nhưng nếu không có biểu hiện viêm gan thì không có biến

chứng xơ gan.

Nhìn chung, nhiễm virus viêm gan B có thể có những biểu hiện như sau:

- *Không có triệu chứng lâm sàng cũng như không có thay đổi chức năng gan trên xét nghiệm:* Người nhiễm virus viêm gan B mạn tính, không có nguy cơ viêm gan mạn tiến triển đến xơ gan nhưng nguy cơ ung thư tế bào gan nguyên phát cao nếu không hạn chế sự nhân lên của virus. Là nguồn lây của xã hội. Đa số nhiễm từ mẹ ngay từ khi mang thai hay ngay khi sinh ra.
- *Viêm gan tiềm ẩn:* Có bất thường về xét nghiệm liên quan đến gan nhưng không có biểu hiện lâm sàng. Thường trở thành viêm gan mạn tính
- *Viêm gan cấp :* Có biểu hiện lâm sàng và bất thường về xét nghiệm liên quan đến chức năng gan như vàng da, mệt mỏi, chán ăn, đau tức vùng gan, buồn nôn, nôn. Xét nghiệm chức năng gan có ALT, AST tăng, bilirubin máu tăng, tỷ prothrombin có thể giảm... Đa số (> 90%) tự lành trong vòng 6 tháng, 10% còn lại trở thành viêm gan mạn
- *Viêm gan tối cấp:* biểu hiện với hội chứng suy gan cấp, có thể tử vong do bệnh não gan, hội chứng gan thận hay chảy máu. Tuy nhiên nếu còn sống thường lành hẳn, hiếm khi trở thành mạn tính.
- *Viêm gan mạn:* virus viêm gan B tồn tại kéo dài với bất thường về chức năng gan và hoại tử tế bào gan tồn tại kéo dài gần như suốt đời với ALT, AST tăng. Tình trạng có thể có những đợt cấp. Lâu dài dẫn đến xơ gan và ung thư gan.

6.2. Ở sản phụ

Viêm gan siêu vi B không nguy hiểm cho sản phụ (tỷ lệ các biến chứng trong giai đoạn cấp tương đương với những phụ nữ không có thai cũng như đối với quần thể chung), không gây quái thai cho thai nhi. Tuy nhiên lại truyền virus viêm gan B cho thai nhi, nhất là trong giai đoạn chu sinh

Chú ý: Viêm gan siêu vi E có biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm chức năng gan tương tự như nhiễm virus viêm gan B cấp, nhưng rất nguy hiểm vì có biến chứng suy gan nặng và tỷ lệ tử vong cho sản phụ cao, lên đến 20%. Vì thế luôn luôn cảnh giác viêm gan siêu vi E ở sản phụ nhất là khi có du lịch từ Ấn Độ và các nước lân cận Ấn Độ trở về.

6.3. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Hầu hết trẻ sơ sinh nhiễm virút viêm gan B từ mẹ thường không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng cũng như bất thường về xét nghiệm chức năng gan. Từ tháng thứ ba đến tháng thứ 6, trẻ có thể có tăng các enzyme aminotransferases (ALT, AST) và các kháng nguyên của virút viêm gan B. Một số ít trẻ có thể có biểu hiện lâm sàng với nhiều bệnh cảnh khác nhau như trẻ lớn hay người lớn: từ viêm gan cấp với vàng da nhẹ, thoáng qua đến viêm gan tối cấp, viêm gan mạn tồn tại hay tấn công (kèm xơ gan hay không)

Chú ý: Đa số nhiễm virút viêm gan B từ mẹ trong thời kỳ chu sinh đều trở thành người mang virut mạn tính, không có triệu chứng gì, có thể suốt đời. Tuy nhiên, về sau dễ bị ung thư tế bào gan (HCC) hơn so với người không nhiễm virút viêm gan B.

7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm virút viêm gan B

Nước ta có tỷ lệ nhiễm virút viêm gan B cao (20 – 25%), nên mọi người đều có khả năng nhiễm virút viêm gan B không triệu chứng hoặc đã tự lành (chỉ có xét nghiệm kháng thể HBcAb dòng IgG dương tính), hoặc trở thành mạn tính (với HBsAg và HBcAb dòng IgG cùng dương tính)

Những trường hợp có vàng da, không kèm theo sốt cao và không có bằng chứng nghẽn mật sau gan, đều phải nghi ngờ viêm gan siêu vi (trong đó thường gặp do virút viêm gan B và C). Tuy nhiên ở sản phụ, phải xác định có do virút viêm gan E không vì viêm gan do virút E rất nguy hiểm cho sản phụ, tỷ lệ tử vong cao, lên đến 20%. Ngoài ra cũng phải loại trừ viêm gan do virút A.

8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán virút viêm gan B?

Để chẩn đoán nhiễm virút viêm gan B, nhiễm cấp hay mạn (kéo dài > 6 tháng), virút đang nhân lên hay không, type nguyên thủy hay đột biến, người ta dựa vào các kết quả tìm các kháng nguyên và kháng thể tương ứng của virút viêm gan B.

8.1. Các xét nghiệm thường dùng liên quan đến virút viêm gan B:

- HBsAg : kháng nguyên vỏ. Kháng thể tương ứng là anti-HBsAg (hay còn viết là HBsAb)
- Kháng thể anti-HBcAg (còn viết là HBcAb) dòng IgM (nhiễm cấp)

và IgG (nhiễm > 6 tháng). Kháng nguyên tương ứng là HBcAg không có trong máu, chỉ có trong gan

- HBeAg: biểu hiện virút nhân lên. Kháng thể tương ứng là anti-HBeAg (còn viết là HBeAb). Các chủng đột biến tiền lõi hay đột biến đoạn gen hoạt hóa vùng lõi (core promoter) thường không có HBeAg.
- Virút viêm gan B DNA (xét nghiệm định lượng), nói lên tải lượng (hay nồng độ) virút trong máu. Chính xác hơn HBeAg, nhất là khi nhiễm chủng đột biến tiền lõi.

8.2. Các xét nghiệm liên quan đến gan: (Tùy bối cảnh lâm sàng)

- ALT, AST : nếu tăng cao là hoại tử tế bào gan (ALT > AST).
- Tỷ Prothrombin
- Bilirubin toàn phần, trực tiếp, gián tiếp (khi có vàng da)
- Albumin máu
- Số tiểu cầu trong máu
- NH3
- Ure máu
- Siêu âm gan
- Xét nghiệm nước báng nếu có.
- Sinh thiết gan

Ngoài ra tùy bối cảnh lâm sàng, có thể phải thực hiện các xét nghiệm khác để chẩn đoán gián biệt với viêm gan siêu vi B (các xét nghiệm liên quan đến virút viêm gan E, A, C, bệnh xơ gan ứ mật tiên phát, bệnh gan mỡ cấp, hội chứng HELLP ở thai phụ...)

9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm virút viêm gan B?

Ở nước ta, do tỷ lệ nhiễm virút viêm gan B trong dân chúng cao, mọi sản phụ chưa được chủng ngừa đều nên được xét nghiệm sàng lọc tìm virút viêm gan B nhất là khi có vàng da hay ALT, AST tăng. Các xét nghiệm sàng lọc viêm gan B trước tiên là HBsAg, anti-HBcAg rồi đến HBeAg.

Nếu không sàng lọc được toàn bộ sản phụ, thì những sản phụ có nguy cơ cao (chồng hay bạn tình nhiễm virút viêm gan B, nhiều bạn tình, gia đình có người nhiễm virút viêm gan B) hay đang có vàng da đều phải xét nghiệm sàng lọc virút viêm gan B.

10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

Trẻ có mẹ nhiễm virút viêm gan B trước hoặc mới nhiễm virút viêm gan B từ quý 2 của thai kỳ trở đi đều nên xét nghiệm về virút viêm gan B và chức năng gan vào lúc 3 hay 6 tháng tuổi, dù khi sinh ra có được chủng ngừa và tiêm HBIG (globulin miễn dịch chống virút viêm gan B) hay không để theo dõi và điều trị

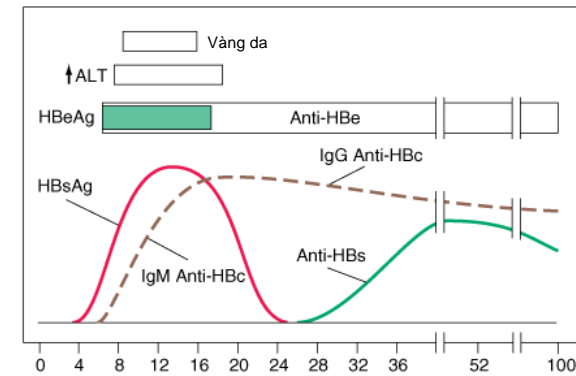
11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm virút viêm gan B như thế nào?

Theo bảng dưới đây:

Bảng 2.1: Bảng liên quan giữa kết quả xét nghiệm và chẩn đoán nhiễm virút viêm gan B

HBsAg	HBeAg	IgM anti-HBc	IgG anti-HBc	Anti-HBs	Anti-HBe	HBV DNA	GIẢI THÍCH
Nhiễm HBV cấp							
+	+	+				+++	Giai đoạn sớm
		+				+	Giai đoạn cửa sổ
			+	+	+	±	Giai đoạn hồi phục
Nhiễm HBV mạn							
+	+		+			+++	Giai đoạn nhân lên
+			+		+	±	Giai đoạn chậm, không nhân lên
+	±	+	+			+	Đợt cấp của nhiễm HBV mạn
+			+		+	++	Đợt biến tiền lõi/ đoạn kích hoạt lõi
-	-		-			+	Nhiễm HBV tiềm ẩn

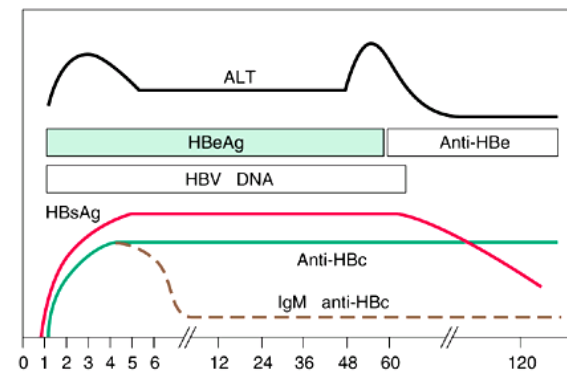
Chú ý: Lý giải các kết quả xét nghiệm các dấu chỉ điểm của viêm gan siêu vi B khá phức tạp. Cần tham khảo Bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm hay chuyên khoa Nội Gan mật



Tuần kể từ khi nhiễm virút viêm gan B

Hình 2.3: Diễn biến các dấu chỉ điểm virút viêm gan B trong viêm gan siêu vi B cấp

Nguồn: Harrison's Principles of internal medicine. 17th edition.



Tháng kể từ khi nhiễm virút viêm gan B

Hình 2.4: Diễn biến các dấu chỉ điểm virút viêm gan B trong viêm gan siêu vi B mạn

Nguồn: Harrison's Principles of internal medicine. 17th edition.

12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm virút viêm gan B?

12.1. Điều trị

Nhìn chung, điều trị nhiễm virút viêm gan B cho sản phụ tương tự như với người không có thai, tùy theo bối cảnh lâm sàng nhưng không được dùng interferon vì nguy hiểm cho thai.

Nếu nhiễm cấp và có triệu chứng lâm sàng, chủ yếu điều trị triệu chứng. Nếu nhiễm cấp vào quý 3 hay nhiễm virút viêm gan B mạn trước khi có thai có thể dùng thuốc ức chế virút lamivudine 100mg/ngày từ quý 3 của thai kỳ với hy vọng giảm nồng độ virút để giảm thiểu nguy cơ lây truyền cho thai nhi khi sinh hay có biểu hiện suy gan cấp đe dọa tính mạng.

12.2. Sinh hoạt cá nhân

Tránh lây cho người khác như khi không có thai. Tránh các thuốc, thức ăn độc cho gan và cho thai nhi như sản phụ không nhiễm virút viêm gan B

12.3. Phòng lây nhiễm cho thai nhi

Bảng 2.2: Lịch phòng nhiễm virút viêm gan B cho trẻ sinh đủ tháng và cân nặng > 2 kg

Kết quả xét nghiệm HBsAg của mẹ	Vắc xin chỉ một kháng nguyên		Vắc xin một kháng nguyên + phối hợp	
	Liều	Tuổi	Liều	Tuổi
Dương tính	1*	mới sinh (≤12 giờ)	1*	mới sinh (≤12 giờ)
	HBIG	mới sinh (≤12 giờ)	HBIG	mới sinh (≤12 giờ)
	2	1-2 tháng	2	2 tháng
	3 ^Δ	tháng [◊]	3	4 tháng
Không rõ về HBsAg của mẹ [§]			4 ^Δ	6 tháng (Pediarix) hay 12-15 tháng (Comvax) [◊]
	1*	mới sinh (≤12 giờ)	1*	mới sinh (≤12 giờ)
	2	1-2 tháng	2	2 tháng
	3 ^Δ	6 tháng	3	4 tháng
Âm tính			4 ^Δ	6 tháng (Pediarix) hay 12-15 tháng (Comvax)
	1**	mới sinh (trước khi ra viện)	1**	mới sinh (trước khi ra viện)
	2	1-2 tháng	2	2 tháng
	3 ^Δ	6-18 tháng	3	4 tháng
		4 ^Δ	6 tháng (Pediarix) or 12-15 tháng (Comvax)	

Ghi chú:

- HBsAg: Kháng nguyên vỏ; HBIG: globulin miễn dịch chống HBV; anti-HBs: kháng thể chống HBsAg.
- Recombivax HB hay Engerix-B nên dùng cho trẻ mới sinh. Comvax và Pediarix không nên dùng cho trẻ < 6 tuần
- HBIG (0.5mL) TIÊM BẮP ở vị trí khác với vị trí tiêm vắc xin.
- Δ Liều vắc xin cuối cùng nên tiêm khi trẻ đủ 24 tuần tuổi (164 ngày).
- ◊ Các trẻ này nên xét nghiệm tìm anti-HBs và HBsAg lúc được 9 - 18 tháng tuổi - khoảng 3 tháng sau mũi tiêm phòng cuối cùng.
- § Nên xét nghiệm cho mẹ về HBsAg càng sớm càng tốt khi sản phụ nhập viện chờ sinh; Nếu HBsAg (+) nên tiêm HBIG cho trẻ càng sớm càng tốt, nhưng không để muộn hơn 7 ngày kể từ khi sinh.
- ¥ Những trường hợp hiếm gặp, liều đầu tiên có thể trì hoãn đến sau khi xuất viện cho những trẻ có cân nặng khi sinh ≥2000 g và mẹ có kết quả HBsAg âm tính, nhưng chỉ khi có y lệnh bác sĩ tạm hoãn và có bản sao kết quả gốc HBsAg âm tính đính vào bệnh án.

Trích từ: Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Part 1: immunization of infants, children, and adolescents. MMWR Recomm Rep 2005; 54:1.

Mẹ nhiễm cấp virút viêm gan B ở quý 1 của thai kỳ và không có dấu hiệu tự lành sau 6 tháng, hay nhiễm cấp từ quý 2 trở đi, nhất là từ quý 3 cũng như sản phụ đã nhiễm mạn virút viêm gan B trước khi mang thai có nguy cơ lây cho thai nhi, nhất là trong thời kỳ chu sinh. Vì thế, có thể phòng lây cho thai nhi như sau:

- Mẹ nhiễm cấp trong thai kỳ hay nhiễm mạn trước khi có thai: Có thể dùng lamivudine 100mg/ngày từ quý 3 trở đi để làm giảm nồng độ virút viêm gan B trong máu mẹ. Globuline chống HBV từng được thử nghiệm cho mẹ ở quý cuối nhưng chưa có kết quả thuyết phục so với không dùng
- + Chưa có bằng chứng mổ lấy thai làm giảm tỷ lệ nhiễm virút viêm gan B cho trẻ.
- + Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm virút viêm gan B cần tiêm globulin miễn dịch kháng virút viêm gan B (HBIG) và vắc xin phòng viêm gan B ngay trong vòng 12 giờ đầu tiên của cuộc đời. Liều lượng và cách dùng xem ở các bảng dưới đây

Chú ý: Nên tham khảo bác sĩ chuyên khoa truyền nhiễm, chuyên khoa nhi hay chuyên khoa Nội Gan mật để được tư vấn và chỉ định chi tiết hơn khi muốn dự phòng nhiễm virút viêm gan B cho trẻ sinh ra cho mẹ đang nhiễm virút viêm gan B

- Trong trường hợp trẻ sinh thiếu tháng hay chỉ cân nặng

< 2000gam thì áp dụng theo bảng dưới đây:

Bảng 2.3: Xử trí phòng nhiễm HBV cho trẻ sơ sinh thiếu tháng hay cân nặng <2000 g

Kết quả xét nghiệm HBsAg của mẹ	KHUYẾN CÁO
Dương tính	<ul style="list-style-type: none"> - HBIG + vắc xin viêm gan B trong vòng 12 giờ sau sinh - Không tính lần tiêm vắc xin khi sinh vào số lần vắc xin tiêm theo lịch tiêm chủng - Sau đó tiêm đủ 3 liều vắc xin <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nếu vắc xin một kháng nguyên vào lúc 1, 2 - 3, và 6 tháng tuổi <i>hay</i> ▪ Vắc xin đa giá có chứa vắc xin viêm gan B nên tiêm vào lúc trẻ được 2, 4, và 6 tháng tuổi (Pediarix) hay 2, 4, và 12 đến 15 tháng tuổi (Comvax)* - Xét nghiệm tìm HBsAg và kháng thể anti-HBsAg 1 - 2 tháng sau khi tiêm đủ > 3 liều theo lịch tiêm vắc xin viêm gan B (ví dụ vào tháng thứ 9 đến tháng thứ 18). Không nên xét nghiệm khi trẻ chưa đủ 9 tháng tuổi cũng như mới tiêm xong chưa đủ 4 tuần.
Không biết	<p>Tiêm HBIG + và vắc xin đơn giá của viêm gan siêu vi B</p> <ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm mẹ tìm HBsAg - Không tính mũi tiêm phòng sau sinh trong số lần tiêm theo lịch chủng viêm gan B - Tiêm tiếp theo 3 mũi tiêm phòng viêm gan B theo lịch <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vắc xin riêng cho viêm gan B vào lúc cháu được 1, 2 - 3, và 6 tháng tuổi, <i>hay</i> ▪ Vắc xin đa giá có chứa vắc xin viêm gan B vào lúc cháu được 2, 4, và 6 tháng tuổi (Pediarix) hay lúc 2, 4, và 12 - 15 tháng tuổi (Comvax)*
Âm tính	<ul style="list-style-type: none"> - Trì hoãn tiêm phòng viêm gan B cho đến khi cháu đủ 1 tháng tuổi hay đến khi xuất viện - Hoàn thành đủ các mũi tiêm tiếp theo cho trẻ: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Với vắc xin đơn giá (chỉ phòng viêm gan B) lúc 2 tháng tuổi và lúc 6 - 18 tháng tuổi, <i>hay</i> ▪ Vắc xin đa giá có vắc xin viêm gan B vào lúc cháu được 2, 4, và 6 tháng tuổi và (Pediarix) hay 2, 4, và 12 - 15 tháng tuổi (Comvax)*

Ghi chú:

- HBsAg: Kháng nguyên bề mặt của HBV; HBIG: Globulin miễn dịch chống HBV.

- * Liều sau cùng của vắc xin không được sớm hơn 24 tuần (164 ngày).

Trích từ :Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States. MMWR 2005; 54:1. A list of the major errata appeared in MMWR on December 7, 2007.

13. Phòng bệnh

Phòng nhiễm virút viêm gan B chủ động là chủng ngừa vắc xin. Tuy nhiên với những người đã nhiễm, cần có biện pháp phòng lây cho người khác chưa được chủng ngừa hay chủng ngừa không có hay chưa có hiệu lực. Người đang nhiễm virút viêm gan B cần :

- Không cho máu, hiến tạng
- Không dùng chung kim, bơm tiêm và những dụng cụ sắc nhọn có thể gây rách da (dao, kim, dụng cụ làm móng tay, chân, kim châm cứu, xăm hình, dao cạo râu...)
- Tinh dục an toàn (bao cao su). Màng chắn khi quan hệ miệng – sinh dục
- Sát trùng các chất dịch trong cơ thể khi vấy ra ngoài môi trường
- Phòng lây cho thai nhi (đã đề cập ở trên)

14. Tư vấn can thiệp

Nhiễm virút viêm gan B không ảnh hưởng đến quá trình thai nghén, không gây dị tật bẩm sinh nên không cần thiết phải đình chỉ thai: do đó không cần tư vấn can thiệp với bệnh này.

15. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm virút viêm gan B?

- Hầu hết trẻ nhiễm virút viêm gan B ngay khi sinh từ mẹ và không đáp ứng với các biện pháp dự phòng ngay sau sinh thường trở thành người nhiễm virút viêm gan B không triệu chứng suốt đời, và là nguồn lây cho người khác, với nguy cơ ung thư tế bào gan nguyên phát về sau.
- Điều trị ức chế virút nhân lên có chỉ định như trẻ lớn.
- Phòng lây cho trẻ khác và người khác tương tự như phòng bệnh đối với người lớn.

16. Có vắc xin chủng ngừa virút viêm gan B không?

Có nhiều loại vắc xin phòng viêm gan siêu vi B. Những người chưa nhiễm virút viêm gan B hay đã nhiễm và lành rồi nhưng không có kháng

thể chống HBsAg nên được chủng ngừa.

Bảng 2.4: Các vắc xin thông dụng với liều lượng và số lần chủng tùy theo tuổi

Nhóm tuổi	Vắc xin một kháng nguyên				Vắc xin phối hợp					
	Recombivax HB		Engerix-B		Comvax*		Pediatrix®		TwinrixΔ	
	Liều, µg ◊	Thể tích, mL	Liều, µg ◊	Thể tích, mL	Liều, µg ◊	Thể tích, mL	Liều, µg ◊	Thể tích, mL	Liều, µg ◊	Thể tích, mL
Trẻ nhỏ (<1 tuổi)	5	0.5	10	0.5	5	0.5	10	0.5	KAD	KAD
Trẻ lớn (1-10 tuổi)	5	0.5	10	0.5	5	0.5	10	0.5	KAD	KAD
Thiếu niên										
11-15 tuổi	10§	1.0	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD
11-19 tuổi	5	0.5	10	0.5	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD
Người lớn (≥20 tuổi)	10	1.0	20	1.0	KAD	KAD	KAD	KAD	20	1.0
Bệnh nhân lọc máu hay có suy giảm miễn dịch										
<20 tuổi‡	5	0.5	10	0.5	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD
≥20 tuổi	40‡	1.0	40†	2.0	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD	KAD

Ghi chú:

- KAD: KHÔNG ÁP DỤNG
- * Kết hợp viêm gan B- Haemophilus influenzae type b. Không dùng cho trẻ < 6 tuần tuổi hay > 71 tháng
- • Kết hợp viêm gan B-bạch hầu, uốn ván, và ho gà - bại liệt. Không dùng cho trẻ sơ sinh, < 6 tuần hay ≥7 tuổi. Tương tự vắc xin 5 bệnh của Việt Nam hiện nay
- Δ Kết hợp vắc xin viêm gan A và B . Nên dùng cho người ≥18 tuổi có nguy cơ cao nhiễm 2 virút này .
- ◊ HBs Ag tái tổ hợp
- § Công thức tiêm 2-Liều cho người lớn
- ‡ Liều cao có thể kích thích tạo kháng thể nhiều hơn, nhưng chưa có khuyến cáo cụ thể.

- ‡ Công thức dành cho người thẩm phân với 3-Liều lúc mới sinh 0, 1, và 6 tháng.
- † 2 liều 1.0-mL vào một vị trí, theo công thức tiêm 4-Liều schedule lúc mới sinh và lúc 1, 2, và 6 tháng.

Nguồn:

A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: Immunization of infants, children, and adolescents. MMWR Recomm Rep 2005; 54 (RR-16):1.

Pediatrix [Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis Adsorbed, Hepatitis B (Recombinant and Inactivated Poliovirus Vaccine Combined)] Prescribing Information. Glaxo SmithKline, 2003.



Hình 2.5: Các loại vắc xin viêm gan B phổ biến

Nguồn: Internet

Ở nước ta, vắc xin viêm gan B nhập từ nhiều nguồn và nhiều chủng loại khác nhau. Có thể từ Hoa Kỳ, Bỉ, Pháp, Hàn Quốc. Có vắc xin đơn giá (chỉ phòng viêm gan B), phối hợp với phòng các bệnh khác. Hiện trẻ em dưới 1 tuổi đang được tiêm phòng vắc xin Quinvaxem phòng 5 bệnh : Bạch hầu, uốn ván, ho gà, viêm gan siêu vi B và Hemophilus influenza type B trong chương trình tiêm chủng mở rộng (của Hàn quốc). Tuy nhiên, mỗi cơ sở lại có nhập thêm nhiều loại vắc xin khác nhau, trong đó có phòng viêm gan B (như Viện Pasteur thành phố HCM, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP Hồ chí Minh)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benaboud S, Pruvost A, Coffie PA, et al. Concentrations of tenofovir and emtricitabine in breast milk of HIV-1-infected women in Abidjan, Cote d'Ivoire, in the ANRS 12109 TEmAA Study, Step 2. Antimicrob Agents Chemother 2011; 55:1315.
2. Brown RS Jr, Verna EC, Pereira MR, et al. Hepatitis B virus and human immunodeficiency virus drugs in pregnancy: findings from the Antiretroviral Pregnancy Registry. J Hepatol 2012; 57:953.
3. Chen HL, Lin LH, Hu FC, et al. Effects of maternal screening and universal immunization to prevent mother-to-infant transmission of HBV. Gastroenterology

- 2012; 142:773.
4. Chen LZ, Zhou WQ, Zhao SS, et al. A nested case-control study of maternal-neonatal transmission of hepatitis B virus in a Chinese population. *World J Gastroenterol* 2011; 17:3640.
 5. Connell LE, Salihu HM, Salemi JL, et al. Maternal hepatitis B and hepatitis C carrier status and perinatal outcomes. *Liver Int* 2011; 31:1163.
 6. Degertekin B, Lok AS. Indications for therapy in hepatitis B. *Hepatology* 2009; 49:S129.
 7. Gibb DM, Kizito H, Russell EC, et al. Pregnancy and infant outcomes among HIV-infected women taking long-term ART with and without tenofovir in the DART trial. *PLoS Med* 2012; 9:e1001217.
 8. Gill US, et al. Factors determining bone mineral density loss in chronic hepatitis B patients: is tenofovir disoproxil fumarate the main culprit? *Gut* 2011; 60:A230.
 9. Han GR, Cao MK, Zhao W, et al. A prospective and open-label study for the efficacy and safety of telbivudine in pregnancy for the prevention of perinatal transmission of hepatitis B virus infection. *J Hepatol* 2011; 55:1215.
 10. Jonas MM. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue. *Liver Int* 2009; 29 Suppl 1:133.
 11. Lobstein S, Faber R, Tillmann HL. Prevalence of hepatitis B among pregnant women and its impact on pregnancy and newborn complications at a tertiary hospital in the eastern part of Germany. *Digestion* 2011; 83:76.
 12. López M, Coll O. Chronic viral infections and invasive procedures: risk of vertical transmission and current recommendations. *Fetal Diagn Ther* 2010; 28:1.
 13. Nguyen G, Garcia RT, Nguyen N, et al. Clinical course of hepatitis B virus infection during pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29:755.
 14. Pan C, Han GR, Zhao W, et al. Virologic factors associated with failure to passive-active immunoprophylaxis in infants with HBsAg-positive at birth. *Hepatology* 2011; 54:878A.
 15. Pan CQ, Han GR, Jiang HX, et al. Telbivudine prevents vertical transmission from HBeAg-positive women with chronic hepatitis B. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012; 10:520.
 16. Potthoff A, Rifai K, Wedemeyer H, et al. Successful treatment of fulminant hepatitis B during pregnancy. *Z Gastroenterol* 2009; 47:667.
 17. Reddick KL, Jhaveri R, Gandhi M, et al. Pregnancy outcomes associated with viral hepatitis. *J Viral Hepat* 2011; 18:e394.
 18. Safir A, Levy A, Sikuler E, Sheiner E. Maternal hepatitis B virus or hepatitis C virus carrier status as an independent risk factor for adverse perinatal outcome. *Liver Int* 2010; 30:765.
 19. Shaheen AA, Myers RP. The outcomes of pregnancy in patients with cirrhosis: a population-based study. *Liver Int* 2010; 30:275.
 20. Shi Z, Yang Y, Ma L, et al. Lamivudine in late pregnancy to interrupt in utero transmission of hepatitis B virus: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2010; 116:147.
 21. Siberry GK, Williams PL, Mendez H, et al. Safety of tenofovir use during pregnancy: early growth outcomes in HIV-exposed uninfected infants. *AIDS* 2012; 26:1151.

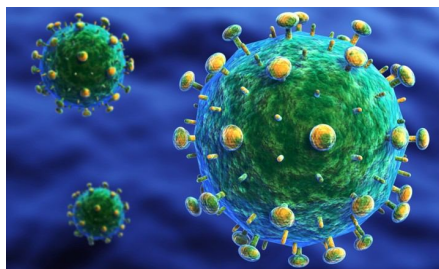
22. Tan HH, Lui HF, Chow WC. Chronic hepatitis B virus (HBV) infection in pregnancy. *Hepatol Int* 2008; 2:370.
23. ter Borg MJ, Leemans WF, de Man RA, Janssen HL. Exacerbation of chronic hepatitis B infection after delivery. *J Viral Hepat* 2008; 15:37.
24. Thompson ND, Perz JF, Moorman AC, Holmberg SD. Nonhospital health care-associated hepatitis B and C virus transmission: United States, 1998-2008. *Ann Intern Med* 2009; 150:33.
25. Tse KY, Ho LF, Lao T. The impact of maternal HBsAg carrier status on pregnancy outcomes: a case-control study. *J Hepatol* 2005; 43:771.
26. Van Rompay KK, Durand-Gasselin L, Brignolo LL, et al. Chronic administration of tenofovir to rhesus macaques from infancy through adulthood and pregnancy: summary of pharmacokinetics and biological and virological effects. *Antimicrob Agents Chemother* 2008; 52:3144.
27. Viganò A, Mora S, Giacomet V, et al. In utero exposure to tenofovir disoproxil fumarate does not impair growth and bone health in HIV-uninfected children born to HIV-infected mothers. *Antivir Ther* 2011; 16:1259.
28. Wiseman E, Fraser MA, Holden S, et al. Perinatal transmission of hepatitis B virus: an Australian experience. *Med J Aust* 2009; 190:489.
29. Xu WM, Cui YT, Wang L, et al. Lamivudine in late pregnancy to prevent perinatal transmission of hepatitis B virus infection: a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Viral Hepat* 2009; 16:94.
30. Yang J, Zeng XM, Men YL, Zhao LS. Elective caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to child transmission of hepatitis B virus--a systematic review. *Virology* 2008; 5:100.

NHIỄM HIV Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Các tên gọi khác: AIDS (giai đoạn cuối của HIV), bệnh SIDA

1. HIV là gì?

HIV là viết tắt theo tên tiếng Anh của một loại virus (Human Immuno-deficiency Virus) gây bệnh cho người. Chúng làm cơ thể mất khả năng đề kháng chống lại các bệnh tật khác, đưa đến tình trạng dễ mắc nhiều bệnh nhiễm trùng không điều trị được đưa đến chết. Nói gọn hơn HIV là virus làm suy giảm miễn dịch cơ thể.

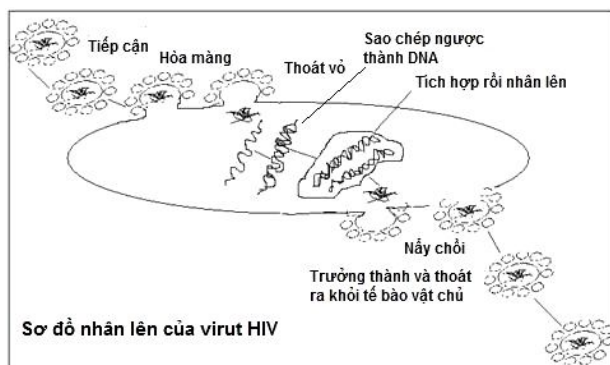


Hình 3.1: Virus HIV.

Nguồn: <http://www.shutterstock.com>

AIDS là tên viết tắt theo tiếng Anh giai đoạn cuối của HIV, nguyên nghĩa là hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải. AIDS viết tắt theo tiếng Pháp là SIDA, nên nhiều người còn gọi là bệnh SIDA.

Người bị HIV, giảm sức đề kháng dần dần, đến giai đoạn cuối, mắc nhiều bệnh khác nhau cùng lúc, không điều trị được. Đó là giai đoạn AIDS.



Hình 3.2: Sơ đồ nhân lên của virus HIV

Nguồn: www.pharmainfo.net

Khi đã vào giai đoạn AIDS, bệnh nhân thường chỉ sống được từ vài tháng cho đến 2 năm nếu không có được điều trị gì cả. Nếu được chẩn đoán sớm và có phương tiện thuốc men, có thể kéo dài được cuộc sống bệnh nhân lâu hơn.

2. Nhiễm HIV ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm HIV nguy hiểm cho đối tượng nào?

Bất cứ người nào cũng có thể nhiễm HIV. Khi nhiễm HIV, cơ thể sẽ bị suy giảm miễn dịch dần, cuối cùng sẽ bị nhiễm nhiều tác nhân vi sinh vật (mà người bình thường không bị) gọi là nhiễm trùng cơ hội và/hay không khống chế được các bệnh ung thư mà người bình thường có thể khống chế được một phần, cuối cùng tử vong.

Thời gian từ khi nhiễm virus HIV đến khi tử vong do nhiễm trùng hay ung thư cơ hội thay đổi tùy theo từng người, tùy theo có được dùng thuốc ức chế sự sinh sản của HIV hay không. Nhanh nhất trong vòng 3 năm, nhưng có người kéo dài đến 14-15 năm,

2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm HIV bẩm sinh?

Trẻ nhiễm HIV do mẹ truyền qua khi nằm trong bụng mẹ hay trong thời gian chu sinh gọi là nhiễm HIV bẩm sinh. Trẻ sinh ra rồi chưa nhiễm, nhưng sau đó nhiễm qua tiếp xúc với mẹ (bú mẹ, niêm mạc miệng có dính dịch hay máu của mẹ khi vú bị viêm nhiễm) thì không gọi là nhiễm bẩm sinh, nhưng trong thực tế không cần phân biệt vì can thiệp giống nhau

2.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm HIV bẩm sinh?

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, toàn thế giới đến cuối năm 2011, có 34 triệu người nhiễm HIV còn sống, khoảng 50% là phụ nữ với 3,3 triệu trẻ em nhiễm HIV từ mẹ.

Trong năm 2011, toàn thế giới có thêm 330.000 trẻ mới nhiễm HIV, 230.000 trẻ chết vì HIV và 17,3 triệu trẻ mồ côi vì bố mẹ đã chết do HIV.

Ở Việt Nam, tính đến 30/6/2012, có 204.019 người nhiễm HIV còn sống. Trong 6 tháng đầu năm 2012, tỷ lệ mới phát hiện là 5.927 người.

3. HIV lây truyền cho người như thế nào?

HIV lây truyền cho người qua 3 đường cơ bản:

- Đường máu, da và niêm mạc

Nhận máu người nhiễm HIV, dùng chung bơm kim tiêm với người nhiễm HIV (tiêm chích ma túy), da đã bị xây xước hay niêm mạc bị vấy dịch sinh dục hay dịch (hoặc máu) nằm sâu trong cơ thể người nhiễm HIV (tai nạn phơi nhiễm) đều có thể lây nhiễm HIV

- Đường tình dục:

Phụ nữ chưa nhiễm quan hệ tình dục không an toàn với nam giới nhiễm HIV dễ bị lây nhiễm HIV hơn là ngược lại.

- Từ mẹ sang con:

Đa số truyền sang cho con trong thời gian chu sinh. Tỷ lệ khi không can thiệp gì từ 25 – 30%. Nếu có dùng thuốc ức chế HIV trước sinh tỷ lệ còn < 5%. Nếu mẹ đang dùng thuốc ức chế HIV suốt thời kỳ mang thai, và mổ lấy thai chủ động, tỷ lệ nhiễm rất thấp < 0,1%.

Chú ý:

- Các dịch tiết ra ngoài trong sinh hoạt bình thường của người nhiễm HIV (nước mắt, nước bọt, dịch mũi, mồ hôi, nước tiểu, phân và kể cả sữa mẹ) có nồng độ virus HIV rất thấp, dưới ngưỡng lây cho người khác, nên **KHÔNG LÂY KHI TIẾP XÚC BÌNH THƯỜNG** với người nhiễm HIV. Do đó không cần cách ly và không nên lo sợ hay kỳ thị, xa lánh người nhiễm HIV.
- Các dịch sinh dục, các dịch nằm sâu trong cơ thể bệnh nhân đều có thể gây lây nhiễm HIV nếu vấy vào niêm mạc (như mắt) da đã bị xây xước hay do vật nhọn đã vấy dịch người nhiễm HIV đâm, chích vào người.

4. Lây nhiễm HIV ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Phụ nữ có thai lây nhiễm HIV như mọi người khác. Có thai không làm nặng thêm hay làm diễn tiến đến giai đoạn AIDS nhanh hơn người không có thai. Nhưng có thai khi đã vào giai đoạn AIDS, nguy hiểm cho thai nhi vì có thể tử vong (theo mẹ) hay mắc những bệnh bẩm sinh (do nhiễm trùng cơ hội) và nhiễm HIV từ mẹ

5. Lây nhiễm HIV từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Mẹ nhiễm HIV mang thai có thể lây cho thai nhi qua nhiều cách:

- Trong suốt thời kỳ mang thai:

HIV có thể qua nhau thai bất kỳ giai đoạn nào, nhưng tỷ lệ rất thấp.

- Trong thời gian chu sinh:

Đây là giai đoạn lây truyền mạnh nhất. HIV qua được nhau thai khi các màng nhau thai bắt đầu vỡ, tiếp xúc trực tiếp giữa cháu với dịch sinh dục của mẹ khi sinh qua đường âm đạo. Quá trình sinh càng khó khăn, cần can thiệp (hút, forcep...) càng dễ nhiễm HIV cho con.

- Trong thời gian cho con bú:

Mặc dù nồng độ HIV trong sữa mẹ thấp, nhưng quá trình cho bú lâu dài, đầu vú và vú mẹ có thể viêm nhiễm, xây xước, nứt, nhiễm trùng, áp xe hóa và cháu bú phải dịch viêm có nhiều HIV nên vẫn lây được.

Tỷ lệ mẹ nhiễm HIV truyền sang cho con khi mang thai hay thời kỳ chu sinh thay đổi tùy theo nhiều yếu tố sau:

- Tải lượng (còn gọi là nồng độ) HIV trong máu của mẹ trong thời gian chu sinh hay tùy theo giai đoạn nhiễm HIV của mẹ (giai đoạn sơ nhiễm và giai đoạn AIDS tải lượng virus thường cao).
- Mẹ có được uống thuốc ức chế HIV (gọi là ART : anti-retroviral treatment) trong khi mang thai hay trong thời gian chu sinh không.
- Trẻ sinh ra theo đường âm đạo hay mổ lấy thai chủ động.

6. Các biểu hiện khi bị nhiễm HIV

6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai)

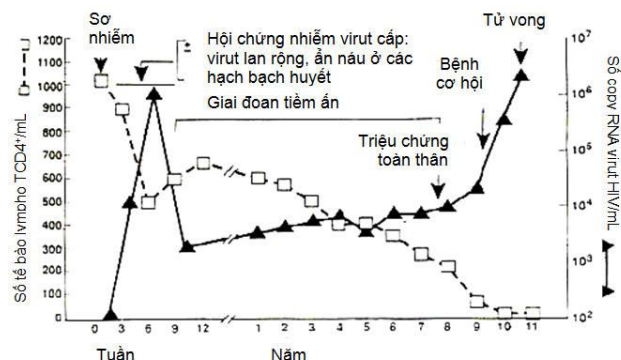
Tiến triển tự nhiên của quá trình nhiễm HIV rất dài (có khi đến 20 năm), khi đến giai đoạn cận AIDS và giai đoạn AIDS thì biểu hiện rất phong phú vì mắc nhiều bệnh nhiễm trùng cơ hội và ung thư trên nhiều cơ quan khác nhau. Người nhiễm HIV thường hiếm khi tử vong vì chính HIV mà do các bệnh cơ hội.

Về mặt miễn dịch, tiến triển của nhiễm HIV gồm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn sơ nhiễm

Từ khi HIV nhiễm vào cơ thể đến khi phát hiện được kháng thể chống các kháng nguyên của HIV. Thường kéo dài khoảng 4 tuần, nhưng có

người đến 12 tuần (3 tháng). Giai đoạn này, tải lượng virus tăng, số tế bào lympho T CD4+ giảm tạm thời rồi tăng trở lại, Các xét nghiệm tìm kháng thể HIV cho kết quả âm tính. Muốn phát hiện nhiễm HIV phải dùng các phương pháp tìm trực tiếp virus (PCR, cấy...) rất đắt.



Hình 3.3: Tiến triển tự nhiên về tải lượng virus và số tế bào T CD4+ trong máu người nhiễm HIV.

Nguồn: CDC

• **Giai đoạn tiềm ẩn**

Tính từ khi có kháng thể đến khi có các triệu chứng lâm sàng gọi ý nhiễm HIV (hội chứng hay phức hợp liên quan đến AIDS trước đây). thường không có triệu chứng gì, Xét nghiệm tìm kháng thể chống HIV (+), là cơ sở để phát hiện nhiễm HIV phổ biến hiện nay. Thời gian này dài, tùy theo người, ngắn nhất là 3 năm và dài nhất có thể gần 20 năm

• **Giai đoạn tiền AIDS**

Bệnh nhân có một số biểu hiện bệnh lý cơ hội hay bệnh thông thường nhưng khó chữa, dễ tái phát lại nhiều lần. Tương ứng với số tế bào lympho T CD4+ < 350/mL máu.

• **Giai đoạn AIDS**

Khi có mắc một hay nhiều bệnh cơ hội và /hay số tế bào lympho T CD4+ < 200/mL máu

Trong thực tế lâm sàng, người ta xếp loại nhiễm HIV theo hai cách:

• Theo xếp loại của CDC 1993

Dựa vào số tế bào lympho T CD4+ trong máu phối hợp với lâm sàng như bảng bên dưới:

Bảng 3.1: Cách xếp loại của CDC 1993 dành cho người lớn nhiễm HIV

Số tế bào T CD4+ /mm ³ hay tỷ %	A không có triệu chứng	B có một số bệnh	C* có bệnh xác định AIDS
> 500 (>29%)	A1	B1	C1
200 - 499 (14-28%)	A2	B2	C2
< 200 (<14%)	A3	B3	C3

(*) Những bệnh nhân thuộc vào nhóm C và/hay có chỉ số 3 được xếp vào giai đoạn AIDS.

• Theo Tổ chức Y Tế Thế Giới 1993

Nhiễm HIV được chia thành 4 giai đoạn theo tiến triển nặng dần từ giai đoạn 1 đến giai đoạn 4 (không dùng tiêu chuẩn số tế bào TCD4 trong máu).

6.2. Ở sản phụ

Quá trình diễn tiến của sản phụ như những người lớn không có thai và quá trình này không bị ảnh hưởng nhiều do thai nghén

7. Nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Trẻ sơ sinh nhiễm HIV không phân biệt được với trẻ không nhiễm. Do kháng thể kháng HIV dòng IgG của mẹ qua nhau thai, nên các xét nghiệm tìm kháng thể ở trẻ sơ sinh luôn luôn dương tính dù trẻ có nhiễm HIV hay không. Muốn xác định nhiễm HIV, phải tìm trực tiếp tải lượng virus bằng phương pháp PCR. Nếu không phải đợi đến 18 tháng sau mới xác định được bằng cách tìm kháng thể kháng HIV do chính cơ thể trẻ sản xuất (của mẹ đã thoái hóa hết)

Trẻ nhiễm HIV thường dễ bị chậm lớn, nhiễm trùng cơ hội và tử vong sớm trong 2 năm đầu tiên. Tuy nhiên nếu vượt qua giai đoạn này, trẻ có thể sống đến 12 tuổi, nhưng đa số tử vong lúc 5 – 6 tuổi nếu không được can thiệp và chăm sóc đúng mức.

8. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm HIV?

Một sản phụ nghi ngờ nhiễm HIV khi:

- Có nguy cơ nhiễm do phơi nhiễm nhiều lần và kéo dài: chồng nhiễm HIV, hành nghề mại dâm, nhiều bạn tình và quan hệ tình dục không an toàn, tiêm chích ma túy với bơm, kim tiêm chung với người khác.
- Có phơi nhiễm với đối tượng biết chắc nhiễm HIV (quan hệ tình dục không an toàn, tai nạn phơi nhiễm..)
- Có biểu hiện bệnh cơ hội hay bệnh xác định AIDS (hầu như chỉ có người nhiễm HIV mới bị)
- Sốt, tiêu chảy kéo dài > 1 tháng không tìm ra nguyên nhân
- Sụt cân > 10% trọng lượng cơ thể không tìm ra nguyên nhân

9. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán HIV?

Trong giai đoạn phơi nhiễm, phải tìm tải lượng virus, hoặc chờ 3 tháng sau, khi bệnh nhân qua khỏi giai đoạn sơ nhiễm mới làm các xét nghiệm tìm kháng thể kháng HIV.

Người ta thường xét nghiệm theo ba bước:

• Bước 1: Xét nghiệm sàng lọc

Dùng những xét nghiệm có độ nhạy cao và độ đặc hiệu thấp như Serodia, Quicktest, Determine.. Các xét nghiệm này khi âm tính là không nhiễm HIV (không kể giai đoạn sơ nhiễm), nếu dương tính chưa chắc đã nhiễm, cần xét nghiệm tiếp bước thứ hai.

• Bước 2: Xét nghiệm xác định với phương pháp ELISA

Tuy có độ đặc hiệu khá cao nhưng vẫn không phải là 100%, Người ta làm 2 hay 3 lần với các kit kháng nguyên HIV khác nhau. Nếu tất cả đều dương tính, có thể kết luận nhiễm HIV với sai số rất nhỏ nhưng muốn chắc chắn 100% phải làm tiếp bước ba

• Bước 3: Xét nghiệm Western-Blot

Cho phép phát hiện nhiều loại kháng thể chống HIV nên có độ đặc hiệu 100%.

Chú ý: Ở Việt Nam, nếu đối tượng có nguy cơ cao, Bộ Y Tế cho phép chẩn đoán xác định nhiễm HIV khi có hai kết quả (+) với hai xét nghiệm ELISA với hai kháng nguyên khác nhau.

10. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm HIV?

Tất cả các sản phụ đều nên xét nghiệm tầm soát HIV trong thời gian mang thai. Khi sản phụ vào viện sinh, nên động viên sản phụ xét nghiệm tầm soát HIV nhất là khi có nguy cơ cao.

11. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

Trẻ sơ sinh hay trẻ có mẹ nhiễm HIV trước khi sinh đều nên xét nghiệm tìm HIV. Với trẻ < 18 tháng, phải làm xét nghiệm tìm tải lượng virus vì các xét nghiệm tìm kháng thể đều (+) dù trẻ có nhiễm hay không.

12. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm HIV như thế nào?

12.1. Nếu xét nghiệm tìm kháng thể kháng HIV ở đối tượng có phơi nhiễm lần đầu tiên âm tính, có thể là:

- Thật sự không nhiễm HIV
- Nhiễm HIV nhưng đang ở trong giai đoạn sơ nhiễm và chưa sản xuất được kháng thể chưa xuất hiện
- Bệnh nhân suy giảm miễn dịch quá nặng, không còn sản xuất được kháng thể nữa. Thực tế trường hợp này rất hiếm vì bệnh nhân tử vong trước khi đến giai đoạn này vì các bệnh cơ hội ngay khi T CD4+ < 200/mL

Chú ý: Vì thế, khi xét nghiệm tìm kháng thể lần đầu tiên âm tính, hoặc làm tải lượng virus hoặc hẹn bệnh nhân xét nghiệm lần thứ hai sau đó 3 tháng. Trong thời gian giữa hai lần xét nghiệm không được có hành vi nào có nguy cơ nhiễm HIV.

12.2. Xét nghiệm tìm kháng thể (+) ở trẻ < 18 tháng sinh ra từ mẹ nhiễm HIV

Điều này không có nghĩa là trẻ nhiễm HIV. Vì đó là do kháng thể của mẹ truyền qua nhau thai. Trường hợp này phải làm tải lượng virus để chẩn đoán

13. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm HIV?

13.1. Khám và xét nghiệm:

- Xét nghiệm đánh giá tình trạng miễn dịch (số tế bào T CD4/mL máu)

- Tải lượng virut nếu có phương tiện
- Siêu âm bụng, siêu âm thai, siêu âm tim, phim phổi, AFB đàm
- Các xét nghiệm đặc hiệu tìm các bệnh cơ hội
- Các xét nghiệm sàng lọc các bệnh có ảnh hưởng đến mẹ và con trong thai kỳ và chu sinh như sản phụ không nhiễm HIV

13.2. Thuốc kháng HIV

- Nếu số tế bào T CD4 + < 350/mL: cho dùng phác đồ thuốc kháng HIV như mọi bệnh nhân nhiễm HIV khác. Không được dùng Efavirenz vì có thể gây quá thai.
- Nếu số tế bào T CD4 >350 vẫn dùng thuốc kháng HIV cho đến lúc sinh để phòng phơi nhiễm cho thai nhi

14. Phòng lây cho thai nhi

- Cho mẹ uống thuốc kháng HIV từ khi phát hiện nhiễm HIV bất kỳ lúc nào trong thai kỳ.
- Nếu phát hiện nhiễm HIV khi đã chuyển dạ : Uống khẩn cấp Nevirapine, sau đó sẽ cho trẻ sơ sinh uống thuốc kháng HIV ngay sau sinh ra.
- Nếu được, giải thích và nên mổ lấy thai chủ động (không đợi đến khi không sinh được bằng đường âm đạo mới mổ) để làm giảm nguy cơ lây nhiễm cho trẻ.

Chú ý: Không nên cho trẻ bú mẹ

15. Phòng lây cho người chung quanh

Với mẹ, phòng lây cho người khác như những người nhiễm HIV khác.

16. Tư vấn can thiệp

- Tư vấn không nên có thai khi nhiễm HIV
- Khi đã lỡ có thai, tư vấn tuân thủ uống thuốc phòng nhiễm cho trẻ đều đặn và đúng giờ.
- Tư vấn mổ lấy thai chủ động để giảm nguy cơ nhiễm HIV cho trẻ
- Tư vấn không cho con bú

17. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm HIV?

17.1. Điều trị:

- Cho trẻ uống thuốc kháng HIV ngay cho đến khi xác định trẻ

không nhiễm HIV

- Không cho trẻ bú sữa mẹ có nhiễm HIV nếu đủ điều kiện kinh tế

17.2. Săn sóc trẻ

- Theo dõi tình trạng miễn dịch của trẻ (xét nghiệm số tế bào T CD4)
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc kháng HIV
- Không tiêm các vắc xin sống cho trẻ khi có giảm miễn dịch nặng. Hỏi ý kiến các chuyên khoa.
- Cách ly trẻ khi có các vụ dịch nhiễm trùng xảy ra.
- Phát hiện sớm các bệnh cơ hội để điều trị kịp thời

18. Phòng lây cho người chung quanh

Không cần cách ly trẻ sơ sinh nhiễm HIV. Nhưng những dụng cụ có dính dịch cơ thể hay máu của trẻ phải được bỏ vào thùng có dung dịch sát trùng để diệt HIV tránh phơi nhiễm cho người khác

19. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm HIV? (cộng đồng)

- Không nhận máu và nội tạng người nhiễm HIV
- Không dùng chung kim, bơm tiêm và các dụng cụ sắc nhọn với người nhiễm HIV.
- Quan hệ tình dục có bảo vệ với người nhiễm HIV hay không biết rõ có nhiễm hay không. Tốt nhất là chung thủy, một bạn tình.
- Xử lý tốt các chất thải có chứa dịch trong cơ thể hay máu người nhiễm HIV
- Uống thuốc kháng HIV kịp thời (trước 72 giờ kể từ khi phơi nhiễm) và đủ liều, đúng giờ (4 tuần)

20. Có vắc xin chủng ngừa HIV không?

Hiện chưa có vắc xin phòng HIV. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee (2012). Antiretroviral Pregnancy Registry Steering Committee. Antiretroviral pregnancy registry international interim report for 1 Jan 1989 - 31 January 2012. Wilmington, NC: Registry Coordinating Center; 2010. <http://www.APRegistry.com> (Accessed on July 16, 2012).
2. Colebunders R, Hodossy B, Burger D, et al. The effect of highly active antiretroviral

- treatment on viral load and antiretroviral drug levels in breast milk. AIDS 2005; 19:1912.
- Cotter AM, Brookfield KF, Duthely LM, et al. Duration of membrane rupture and risk of perinatal transmission of HIV-1 in the era of combination antiretroviral therapy. Am J Obstet Gynecol 2012; 207:482.e1.
 - Ekoukou D, Khuong-Josses MA, Ghibaudo N, et al. Amniocentesis in pregnant HIV-infected patients. Absence of mother-to-child viral transmission in a series of selected patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008; 140:212.
 - European Collaborative Study. Mother-to-child transmission of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2005; 40:458.
 - European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. Lancet 1999; 353:1035.
 - Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, et al. A national review of vertical HIV transmission. AIDS 2012; 26:757.
 - Kaplan JE, Benson C, Holmes KH, et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV-infected adults and adolescents: recommendations from CDC, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep 2009; 58:1.
 - Mehta S, Manji KP, Young AM, et al. Nutritional indicators of adverse pregnancy outcomes and mother-to-child transmission of HIV among HIV-infected women. Am J Clin Nutr 2008; 87:1639.
 - Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, July 31, 2012. <http://aidsinfo.nih.gov/Guidelines/HTML/3/perinatal-guidelines/0> (Accessed on August 02, 2012).
 - Pickering LK, Baker CJ, Freed GL, et al. Immunization programs for infants, children, adolescents, and adults: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009; 49:817.
 - Polis CB, Shah SN, Johnson KE, Gupta A. Impact of maternal HIV coinfection on the vertical transmission of hepatitis C virus: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2007; 44:1123.
 - Schneider S, Peltier A, Gras A, et al. Efavirenz in human breast milk, mothers', and newborns' plasma. J Acquir Immune Defic Syndr 2008; 48:450.
 - Shapiro RL, Holland DT, Capparelli E, et al. Antiretroviral concentrations in breast-feeding infants of women in Botswana receiving antiretroviral treatment. J Infect Dis 2005; 192:720.
 - Somigliana E, Bucceri AM, Tibaldi C, et al. Early invasive diagnostic techniques in pregnant women who are infected with the HIV: a multicenter case series. Am J Obstet Gynecol 2005; 193:437.
 - Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. AIDS 2008; 22:973.

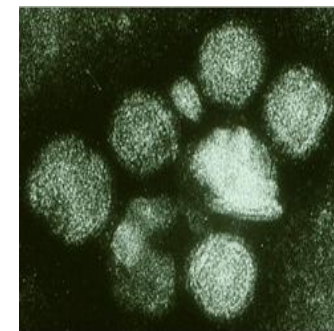
NHIỄM RUBELLA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Rubella đọc là ru-ben-la

Các tên gọi khác: Sởi Đức, Sởi ba ngày.

1. Bệnh Rubella là gì?

Bệnh Rubella là một bệnh nhiễm trùng gây ra bởi virus rubella, một loại togavirus có bộ gen là một sợi ARN đơn. Từ Rubella xuất xứ từ tiếng Latin nghĩa là nốt đỏ nhỏ. Cần tránh nhầm lẫn với bệnh Rubeola (ru-bê-ô-la), một tên gọi khác của bệnh sởi.



Hình 4.1.: Virus Rubella

Nguồn: <http://www.aboutkidshealth.ca>

2. Nhiễm Rubella ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm Rubella nguy hiểm cho đối tượng nào?

Nhiễm Rubella có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, ở trẻ em bệnh thường nhẹ, ở người trưởng thành bệnh có xu hướng có nhiều biến chứng hơn. Tuy nhiên Rubella đặc biệt rất nguy hiểm cho các phụ nữ đang mang thai vì có thể gây chết thai, sinh non, gây các khuyết tật bẩm sinh nghiêm trọng cho thai nhi.

2.2. Khi nào thì gọi là hội chứng Rubella bẩm sinh?

Nếu phụ nữ bị nhiễm Rubella khi đang mang thai, virus Rubella có thể nhiễm sang thai nhi gây ra hội chứng Rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Do virus tác động lên sự phát triển của nhiều cơ quan khác nhau của thai nhi bị nhiễm Rubella nên gây ra các khiếm khuyết trong quá trình phát triển của tim, não, mắt hoặc thính giác v.v.... do đó trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh có thể mắc các dị tật nặng nề như tật tim bẩm sinh (phổ biến nhất là tật còn ống động mạch), mù, điếc, đầu nhỏ, chậm phát triển tâm thần hoặc dị tật của các cơ quan khác v.v...

Chú ý: Phụ nữ mang thai bị nhiễm Rubella rất nguy hiểm vì có thể gây ra hội chứng Rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh có thể mắc các dị tật bẩm sinh nghiêm trọng.

3. Rubella lây truyền như thế nào?

Virút Rubella truyền từ người này sang người khác khi giao tiếp thông qua các hạt nhỏ li ti chứa virút bung ra từ chất tiết đường hô hấp của người mắc bệnh. Sau khi bị nhiễm, virút nhân lên rất nhanh trong các hạch bạch huyết và vùng mũi - hầu của bệnh nhân. Sau 5 đến 7 ngày, virút xuất hiện trong máu và phát tán khắp cơ thể.

Người bị nhiễm Rubella có thời kỳ ủ bệnh kéo dài từ 2 đến 3 tuần trước khi phát ban. Giai đoạn phát ban là giai đoạn mà người bệnh gây lây nhiễm cho người chung quanh nhiều nhất, tuy nhiên sự lây nhiễm đã có thể xảy ra trong khoảng thời gian 1 tuần trước khi phát ban và khoảng 1 tuần sau khi sạch ban. Lưu ý là những người nhiễm Rubella có thể không có triệu chứng nhưng vẫn có thể truyền bệnh cho người khác.

Chú ý: Người mắc bệnh Rubella có thể lây bệnh 1 tuần trước khi phát ban và khoảng 1 tuần sau khi sạch ban. Giai đoạn phát ban là giai đoạn mà người bệnh gây lây nhiễm cho người chung quanh nhiều nhất

4. Lây nhiễm Rubella ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Cũng giống như mọi người khác, phụ nữ đang mang thai có thể bị nhiễm bệnh qua giao tiếp với người bị Rubella.

Nếu một sản phụ nghi ngờ có tiếp xúc với người bị nhiễm Rubella hoặc có những triệu chứng nghi nhiễm Rubella cần phải được xét nghiệm máu để xác định tình trạng miễn dịch với Rubella và nguy cơ thai nhi mắc hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh.

Chú ý: Nếu sản phụ có những triệu chứng nghi nhiễm Rubella, hoặc có tiếp xúc với người bị nổi ban cần phải được xét nghiệm máu để xác định tình trạng miễn dịch với Rubella.

5. Lây nhiễm Rubella từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Phụ nữ khi đang mang thai nếu bị nhiễm Rubella, virút có thể đi qua nhau thai để lây nhiễm cho thai nhi. Trong cơ thể thai nhi virút Rubella có thể làm đình chỉ sự phát triển của các tế bào hoặc phá hủy tế bào của thai nhi gây ra hội chứng Rubella bẩm sinh.

Khi mẹ bị nhiễm Rubella trong quý I của thai kỳ, tỷ lệ thai nhi bị nhiễm Rubella gần tới 80%, nếu mẹ bị nhiễm ở quý II, tỷ lệ thai nhi bị nhiễm

giảm xuống còn 25%. Tuy nhiên, nếu mẹ bị nhiễm Rubella trong quý III thì tỷ lệ nhiễm của thai nhi tăng lên trở lại từ mức 35% ở tuổi thai khi được 27 đến 30 tuần rồi lên đến gần 100% khi mẹ bị nhiễm Rubella từ tuần thai thứ 36 trở đi.

Cần lưu ý là có sự khác biệt giữa tỷ lệ nhiễm Rubella ở thai nhi và nguy cơ thai nhi bị mắc hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh gây các khuyết tật bẩm sinh. Theo Hiệp hội các bệnh nhiễm trùng Úc, nguy cơ thai nhi bị mắc hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh lên tới 90 - 100% nếu mẹ bị nhiễm khi tuổi thai chưa quá 8 tuần, ở tuổi thai từ 8 - 12 tuần nguy cơ là 50%, từ tuần thứ 12 đến 20 nguy cơ còn khoảng 20% và khi thai trên 20 tuần tuổi nguy cơ chỉ còn dưới 1%.

Chú ý: Có sự khác biệt giữa nhiễm Rubella ở thai nhi và nguy cơ thai nhi bị mắc hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh gây ra các khuyết tật bẩm sinh. Nguy cơ thai nhi bị mắc hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh lên tới 90 - 100% khi mẹ bị nhiễm trước khi tuổi thai được 8 tuần

6. Các biểu hiện khi bị nhiễm Rubella

6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi mang thai)

Virút Rubella có thể gây bệnh cho người ở mọi độ tuổi khác nhau, các triệu chứng thường nhẹ nhàng và không rõ ràng. Có tới một nửa số người bị nhiễm Rubella không hề có triệu chứng nào.



Hình 4.2. : Ban đỏ ở người bị nhiễm Rubella.

Nguồn: <http://www.bupa.co.uk>.

Trong trường hợp điển hình, sau khi ủ bệnh trong vòng từ 2 đến 3 tuần (14 đến 21 ngày), người nhiễm Rubella sẽ có biểu hiện tương tự như bị cúm với các triệu chứng:

- Sốt nhẹ, hiếm khi vượt quá 38^oc
- Sưng hạch ở vùng cổ, vùng chẩm phía sau tai và sau gáy, hạch sưng có thể kéo dài cả tuần
- Viêm đường hô hấp trên

- Nhức đầu.
- Viêm kết mạc mắt
- Sau đó nổi ban, các nốt ban xuất hiện trên da dưới dạng các chấm đỏ nhạt hoặc hồng, mọc rải rác, đầu tiên ban nổi ở trên mặt sau đó lan dần xuống thân rồi đến tứ chi, gây ngứa và thường biến mất sau khoảng 3 ngày không để lại các vết thâm trên da. Tuy nhiên ban do Rubella ít khi mọc theo trình tự. Cần phân biệt ban do Rubella và ban do bị sởi. Ban do sởi có màu đỏ, mọc dày và mịn, xuất hiện đầu tiên ở sau tai, lan ra mặt, cổ xuống thân mình, tứ chi trong 1-2 ngày, bệnh sẽ lui khi hết sốt, ban do sởi bay dần theo trình tự đã mọc và để lại các vết thâm trên da.
- Ở những người nhiễm Rubella trong độ tuổi thanh niên và ở phụ nữ trưởng thành có từ 60 đến 70% xuất hiện các dấu hiệu viêm, đau các khớp bàn tay, cổ tay, đầu gối, cổ chân đối xứng cả 2 bên khoảng 1 tuần sau khi phát ban. Tình trạng này có thể kéo dài từ 1 đến 4 tuần.
- Trong một số rất ít trường hợp có thể có các biểu hiện nặng nề như viêm não sau nhiễm trùng, viêm cơ tim, viêm gan v.v....

6.2. Ở trẻ sơ sinh

Trẻ sơ sinh nếu mắc hội chứng Rubella bẩm sinh có thể bị các dị tật bẩm sinh khá nặng nề liên quan đến các cơ quan sau:

- **Mắt:** đục thủy tinh thể, tật nhãn cầu nhỏ, tăng nhãn áp bẩm sinh, bệnh võng mạc sắc tố.
- **Tim:** còn ống động mạch, hẹp động mạch phổi.
- **Thần kinh:** Rối loạn nhân cách, chậm phát triển tâm thần, viêm não màng não, tật đầu nhỏ.
- **Thính giác:** điếc thần kinh cảm giác.

Tuy nhiên nguy cơ xảy ra các khuyết tật trong hội chứng Rubella bẩm sinh phụ thuộc rất nhiều vào tuổi thai ở thời điểm sản phụ bị nhiễm Rubella. Các biểu hiện của hội chứng Rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh gồm có:

- **Điếc** (chiếm từ 60 đến 70% trường hợp) suy giảm thính lực do tổn thương thần kinh giác quan.
- **Các khuyết tật của tim** (chiếm từ 10 đến 20% trường hợp): trẻ có thể mắc các khuyết tật như hẹp động mạch phổi, còn ống động mạch, khiếm khuyết của vách tâm thất.

- **Các khuyết tật của mắt** (chiếm từ 10 đến 25%): trẻ có thể bị bệnh của võng mạc, đục thủy tinh thể, tật mắt nhỏ, tăng nhãn áp (glôcôm) bẩm sinh.
- **Bất thường của hệ thần kinh trung ương** (chiếm từ 10 đến 25%): trẻ có thể bị chậm phát triển tâm thần, tật đầu nhỏ hoặc viêm não màng não.
- Ngoài ra trẻ có thể bị giảm tiểu cầu, gan lách lớn, nổi các ban xanh tím ở da v.v...

Hình 4.3: Một số hình ảnh về các khuyết tật của trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh

Nguồn: Committee on Infectious Diseases et al. Red Book Online 2012, 629-634



Hai mắt bị đục thủy tinh thể



Trẻ sơ sinh nổi ban xanh tím ở da



Bé trai bị tật đầu nhỏ (microcephaly)



Trẻ sơ sinh bị xuất huyết do giảm tiểu cầu (thrombocytopenia)

Nói chung, biểu hiện của hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh ở trẻ khá thay đổi và khó dự đoán, các biểu hiện có thể từ rất nặng dẫn đến tình trạng thai lưu hoặc trẻ có thể hoàn toàn gần như bình thường. Tuy nhiên điều cần lưu ý là trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh có thể lây bệnh cho những người chung quanh trong vòng 1 năm tính từ khi sinh.

Nhiều trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh ngoài các biểu hiện xuất hiện ngay từ khi sinh còn có thể có các biểu hiện muộn như:

- Đái tháo đường
- Rối loạn chức năng tuyến giáp
- Thiếu hoocmôn tăng trưởng
- Rối loạn nhân cách

Chú ý: Trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh có thể lây bệnh cho những người chung quanh trong vòng 1 năm tính từ khi sinh. Ngoài các biểu hiện xuất hiện ngay từ khi sinh trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh còn có thể có các biểu hiện bệnh lý muộn hơn trong cuộc đời của trẻ.

7. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán Rubella?

Chẩn đoán chính xác nhiễm Rubella nhất là ở sản phụ là điều hết sức cần thiết. Xét nghiệm phổ biến hiện nay được thực hiện qua xét nghiệm máu của người nghi nhiễm để đo lượng kháng thể kháng Rubella IgG và IgM, đây là các kháng thể mà cơ thể người bị nhiễm Rubella tạo ra để giúp cơ thể chống lại Rubella.

Tùy theo khả năng của phòng thí nghiệm mà người ta có thể cấy virút từ dịch hầu họng, mũi, máu, nước tiểu hoặc dịch não tủy tuy nhiên điều này chỉ thành công nếu mẫu bệnh phẩm được lấy trong vòng từ 1 tuần trước đến 2 tuần sau khi phát ban.

Trong trường hợp nghi ngờ thai nhi bị nhiễm Rubella có thể sử dụng kỹ thuật phân tử PCR¹ đặc hiệu (RT-PCR²) cho Rubella để chẩn đoán, đây

¹ PCR (Polymerase Chain Reaction: phản ứng chuỗi trùng hợp hay phản ứng khuếch đại gen) là một kỹ thuật cho phép phân tích bất kỳ một đoạn của phân tử ADN. PCR được sử dụng để nhân nhanh những đoạn ADN chọn lọc. Kỹ thuật PCR được thực hiện trong ống nghiệm tạo ra vô số bản sao của ADN trong một thời gian ngắn.

² RT-PCR (Reverse-transcriptase PCR: phản ứng chuỗi trùng hợp sao chép ngược) là một kỹ thuật có độ nhạy cao để tìm và định lượng mRNA (ARN thông tin). Kỹ thuật này gồm 2 phần: (1) Tổng hợp cADN (complementaryADN: ADN bổ sung) từ ARN bằng quá trình sao chép ngược (Reverse transcription) và (2) khuếch đại một cADN nào đó bằng kỹ thuật PCR.

là kỹ thuật cho phép phát hiện sự có mặt của virút Rubella ở thai nhi. Kỹ thuật này có thể được thực hiện trên mẫu gai nhau lấy ở tuần thứ 11 đến 12 tuần, hoặc mẫu nước ối lấy ở tuần thứ 14 đến 16 hoặc lấy máu từ cuống rốn thai nhi ở tuần thai thứ 18 đến 20. Một nghiên cứu cho thấy kỹ thuật RT-PCR dùng trong chẩn đoán trước sinh nhiễm Rubella bẩm sinh trên mẫu nước ối cho thấy kỹ thuật này có độ đặc hiệu 100% nhưng độ nhạy chỉ đạt được từ 83 - 95%, nghĩa là có khoảng từ 5 - 17% trường hợp nhiễm Rubella nhưng vẫn có kết quả RT-PCR âm tính, do đó cần lưu ý là khi có kết quả PCR âm tính cũng không loại trừ được khả năng nhiễm Rubella.

Chú ý: Xét nghiệm phổ biến để chẩn đoán nhiễm Rubella là xét nghiệm máu của người nghi nhiễm để đo lượng kháng thể kháng Rubella IgG và IgM. Cần lưu ý khi xét nghiệm mẫu nước ối của thai nhi bằng kỹ thuật PCR, khi có kết quả âm tính cũng không loại trừ được khả năng nhiễm Rubella ở thai nhi.

8. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm Rubella?

Sản phụ cần đi xét nghiệm Rubella trong các trường hợp sau:

- Khi biết mình mang thai sản phụ cần đi xét nghiệm Rubella như là một xét nghiệm thường quy để biết mình đã có kháng thể giúp chống lại Rubella chưa: chỉ cần xét nghiệm IgG.
- Khi tiếp xúc với người bị nhiễm hoặc nghi bị nhiễm Rubella: xét nghiệm IgG và IgM.
- Khi có những biểu hiện nghi nhiễm Rubella như sốt, đau khớp, nổi ban, nổi hạch ở sau gáy v.v..., hoặc có biểu hiện giống cúm: xét nghiệm IgG và IgM.

Chú ý: khi mang thai sản phụ nên xét nghiệm kháng thể kháng Rubella IgG

9. Giải thích các kết quả xét nghiệm kháng thể kháng Rubella IgG và IgM trong chẩn đoán nhiễm Rubella như thế nào?

Để có thể đánh giá tình trạng nhiễm Rubella, sản phụ cần xét nghiệm định lượng kháng thể kháng Rubella IgG và IgM trong máu:

- **Nếu kháng thể kháng Rubella IgM dương tính (+)** chứng tỏ tình trạng đang bị nhiễm Rubella hoặc mới bị nhiễm Rubella gần đây. Ở bệnh nhân bị nhiễm Rubella, IgM được thấy trong máu khoảng vài ngày sau khi có các biểu hiện của bệnh, nồng độ IgM tăng tới mức cao nhất trong vòng từ 7 đến 10 ngày sau đó nồng độ IgM sẽ giảm dần trong vòng từ 4 đến 5 tuần.

- **Nếu kháng thể kháng Rubella IgG dương tính (+)** chứng tỏ đã bị nhiễm Rubella gần đây hay trước đó rất lâu.

Tuy nhiên việc giải thích kết quả này ở sản phụ rất phức tạp. Phụ thuộc vào lý do làm sản phụ đi xét nghiệm, thời điểm nhiễm Rubella trong quá trình mang thai và tình trạng miễn dịch của sản phụ, tốt nhất sản phụ cần đến bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn đầy đủ. Dưới đây là một số tình huống để tham khảo:

9.1. Nếu sản phụ đi xét nghiệm Rubella khi biết mình mang thai

Mọi sản phụ khi mang thai đều được hướng dẫn thực hiện xét nghiệm để xem đã được miễn dịch với Rubella chưa, thường chỉ cần thực hiện xét nghiệm định lượng IgG trong máu.

- **Nếu kết quả cho thấy IgG âm (-):** sản phụ chưa được miễn nhiễm với Rubella do đó sau khi sinh xong cần phải đi chủng ngừa vắc xin phòng Rubella để tránh nhiễm bệnh và tránh bị nhiễm Rubella trong quá trình mang thai.
- **Nếu IgG dương (+):** sản phụ đã được miễn dịch với Rubella tuy nhiên tùy thuộc vào nồng độ IgG cao hay thấp mà bác sĩ sẽ tư vấn sản phụ nên đi chủng ngừa lại vắc xin hay không sau khi sinh để tránh bị nhiễm bệnh.

9.2. Nếu sản phụ tiếp xúc với người bị nhiễm Rubella hoặc có những triệu chứng nghi ngờ mình bị nhiễm Rubella

Nếu sản phụ tiếp xúc với người bị nhiễm Rubella hoặc có những triệu chứng nghi ngờ mình bị nhiễm Rubella như phát ban, đau khớp, sốt, nổi hạch ở cổ, gáy v.v... hoặc những biểu hiện giống cúm khi đó sản phụ cần xét nghiệm định lượng IgG và IgM trong máu (chi phí xét nghiệm sẽ đắt hơn định tính). Xét nghiệm nên được thực hiện trong vòng 7 đến 10 ngày sau khi bắt đầu nổi ban và nên lập lại sau từ 2 đến 3 tuần. Lưu ý là trong vòng 5 ngày tính từ khi nổi ban kháng thể IgM có thể không phát hiện được trong máu mẹ.

- **Nếu IgG dương (+) và IgM âm (-):** chứng tỏ sản phụ đã được chủng ngừa Rubella hoặc trước đây đã từng nhiễm Rubella nên đã được miễn dịch. Cách giải quyết giống trường hợp có kết quả IgG dương (+) trong tình huống mô tả ở mục 9.1.
- **Nếu IgG âm (-) và IgM dương (+):** sự có mặt IgM chứng tỏ sản phụ có thể mới bị nhiễm Rubella cần xét nghiệm lại IgG và IgM sau hai đến ba tuần:

- + **Nếu xét nghiệm lại cho kết quả không thay đổi:** có thể do kết quả IgM dương tính sai (không phải do nhiễm Rubella), mẹ chưa bị nhiễm Rubella do đó nên đi chính ngừa Rubella sau khi sinh.
- + **Nếu xét nghiệm lại cho thấy có sự xuất hiện IgG:** chắc chắn mẹ đã bị nhiễm Rubella, sản phụ cần đến bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn.
- **Nếu cả IgG âm (-) và IgM âm (-):** chứng tỏ sản phụ chưa được miễn nhiễm với Rubella và có nguy cơ bị lây nhiễm Rubella.
 - + Nếu từ khi tiếp xúc với người nghi nhiễm Rubella tới khi có kết quả trên chưa tới 3 tuần (21 ngày): cần làm lại xét nghiệm sau 2 tuần.
 - + Nếu từ khi khởi bệnh tới khi có kết quả trên chưa tới 7 ngày: cần làm lại xét nghiệm sau 2 tuần.
 - **Nếu xét nghiệm lại cho kết quả không thay đổi:** mẹ dễ bị nhiễm Rubella do đó nên đi chính ngừa Rubella sau khi sinh.
 - **Nếu xét nghiệm lại cho thấy có sự xuất hiện IgG:** chắc chắn mẹ đã bị nhiễm Rubella, sản phụ cần đến bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn.
- **Nếu cả IgG dương (+) và IgM dương (+):** chứng tỏ sản phụ có thể vừa mới nhiễm Rubella hoặc tái nhiễm Rubella (nếu trước đây đã từng bị Rubella hoặc chủng ngừa Rubella). Cần làm lại xét nghiệm để xác định chẩn đoán sau 2 đến 3 tuần. Nếu nồng độ IgG tăng lên gấp 4 lần so với ban đầu chắc chắn sản phụ đã bị nhiễm Rubella, sản phụ cần đến bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn về tình trạng nhiễm Rubella của thai.
- **Nếu nồng độ IgG tăng đáng kể nhưng IgM âm (-):** cần lưu ý tới khả năng tái nhiễm Rubella của sản phụ.

Chú ý: việc phân tích kết quả xét nghiệm IgG và IgM trong đánh giá nhiễm Rubella ở sản phụ rất phức tạp, sản phụ cần được tư vấn bởi các chuyên gia trong lĩnh vực này.

10. Làm gì khi sản phụ được chẩn đoán bị nhiễm Rubella?

Khi đã được chẩn đoán nhiễm Rubella, sản phụ cần đến các bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn. Mức độ ảnh hưởng đến thai nhi khi mẹ nhiễm Rubella phụ thuộc vào các yếu tố:

- Sản phụ bị nhiễm Rubella lần đầu hay bị tái nhiễm (trước đây đã

bị nhiễm Rubella rồi nay bị nhiễm lại).

- Thời điểm bị nhiễm rơi vào tuần thứ mấy của thai kỳ vì tùy theo tuổi thai mà ảnh hưởng của tình trạng nhiễm Rubella đến sự phát triển của thai nhi cũng rất khác nhau, đây là vấn đề cần phải được chú ý trong tư vấn cho sản phụ khi nhiễm Rubella.

10.1. Nếu sản phụ bị nhiễm Rubella lần đầu

Cần xác định sản phụ đang mang thai ở tuần thai thứ mấy, tuổi thai rất quan trọng đối với việc đánh giá nguy cơ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh do liên quan chặt chẽ với nguy cơ xảy ra hội chứng Rubella bẩm sinh. Bảng dưới đây giới thiệu mối liên quan giữa thời điểm nhiễm Rubella của sản phụ tương quan với tuổi thai và nguy cơ thai nhi mắc hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh. Theo Hiệp hội các bệnh nhiễm trùng Úc mối tương quan giữa tuổi thai và nguy cơ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh được trình bày trong bảng dưới đây:

Bảng 4.1. : Mối liên quan giữa tuổi thai và nguy cơ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh

Tuần thai	Nguy cơ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh
< 8 tuần	90 – 100%
8 – 12 tuần	50%
12 – 20 tuần	20%
>20 tuần	1%

Chú ý: Nếu đã được chẩn đoán nhiễm Rubella khi mang thai, sản phụ cần đem kết quả đến bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn. Nguy cơ thai nhi mắc hội chứng Rubella bẩm sinh phụ thuộc vào tuổi thai tại thời điểm sản phụ bị nhiễm Rubella.

10.2. Nếu sản phụ bị tái nhiễm

Nếu sản phụ có các biểu hiện điển hình của bệnh Rubella hoặc không chắc chắn về khả năng đã có miễn dịch trước đó, nguy cơ gây nhiễm cho thai nhi nên được xem giống như sản phụ lần đầu tiên bị nhiễm.

Nếu sản phụ không có những biểu hiện của nhiễm Rubella và có tiền sử đáng tin cậy cho thấy đã có miễn dịch trước đó, nguy cơ gây tổn thương cho thai nhi sẽ thấp hơn 5%.

11. Làm thế nào để chẩn đoán thai nhi bị nhiễm Rubella?

Tình trạng nhiễm Rubella trong tử cung có thể được chẩn đoán trước sinh bằng kỹ thuật phân tử RT-PCR trên mẫu gai nhau (lấy ở giai đoạn thai được khoảng từ 12 đến 14 tuần) hoặc trên mẫu nước ối (lấy ở giai đoạn thai được khoảng từ 16 đến 18 tuần) hoặc trên mẫu máu lấy từ dây rốn của thai nhi (lấy ở giai đoạn thai từ 18 đến 20 tuần). Thường việc chẩn đoán thai nhi nhiễm Rubella được thực hiện khi mẹ bị nhiễm trong quý II của thai kỳ.

Việc lấy mẫu gai nhau để chẩn đoán khá phức tạp, tốn kém và có nguy cơ lẫn với mẫu mô có nguồn gốc từ mẹ và làm cho kết quả RT-PCR dương tính sai. Đó là chưa kể tới nguy cơ gây sẩy thai đến từ việc thực hiện thủ thuật lấy gai nhau, lấy nước ối hoặc lấy máu dây rốn của thai nhi. Mặt khác RT-PCR rất khó được sử dụng rộng rãi do đòi hỏi thiết bị cao cấp và cán bộ kỹ thuật chuyên về lĩnh vực sinh học phân tử.

Tuy nhiên khi kết quả RT-PCR âm tính cũng không đủ độ tin cậy để có thể đưa ra kết luận chắc chắn về tình trạng nhiễm Rubella hay không của thai nhi. Một nghiên cứu cho thấy sử dụng RT-PCR trong chẩn đoán trước sinh nhiễm Rubella trên mẫu nước ối ở thai nhi mắc đầu có độ đặc hiệu đến 100% nghĩa là nếu thai nhi không bị nhiễm Rubella chắc chắn 100% sẽ cho kết quả RT-PCR âm tính nhưng độ nhạy chỉ đạt từ 83 đến 95% nghĩa là có từ 5 đến 17% trường hợp thai nhi nhiễm Rubella vẫn cho kết quả RT-PCR âm tính. Tuy nhiên nếu kết quả RT-PCR dương tính sau khi đã loại trừ tình trạng nhiễm với mô hoặc tế bào có nguồn gốc từ mẹ, sẽ rất có ích trong việc xác định tình trạng nhiễm Rubella của thai nhi.

Siêu âm rất khó để chẩn đoán hội chứng Rubella bẩm sinh, dấu hiệu thai chậm phát triển phát hiện trên siêu âm có thể gặp trong những trường hợp nhiễm virus bẩm sinh bao gồm cả nhiễm Rubella.

Chú ý: Chẩn đoán thai nhi bị nhiễm Rubella bằng kỹ thuật RT-PCR thực hiện phổ biến trên mẫu nước ối. Nếu thai nhi không nhiễm Rubella kết quả sẽ (-) nhưng nếu thai nhi bị nhiễm Rubella sẽ chỉ cho kết quả (+) trong từ 83 đến 95% trường hợp.

12. Theo dõi trẻ có nguy cơ bị nhiễm Rubella khi sinh như thế nào?

Sau khi sinh cần khám trẻ cẩn thận để phát hiện các biểu hiện của hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh như dấu hiệu chậm phát triển, khuyết tật của tim, mắt, giảm tiểu cầu, xuất huyết dạng chấm hoặc dạng ban, thiếu máu huyết tán, vàng da, gan lách to, có những đốm màu xanh thẫm trên da v.v...

- Nếu trẻ không có các biểu hiện của hội chứng Rubella bẩm sinh:
 - + Xét nghiệm song song huyết thanh của mẹ và trẻ cho thấy trẻ có nồng độ IgG thấp hơn hoặc bằng IgG của mẹ, IgM âm tính.
 - + Kết quả PCR mẫu nước tiểu hoặc từ dịch ngoáy họng âm tính

Các kết quả trên cho phép xác định trẻ không bị nhiễm Rubella. Cần xác nhận tình trạng không nhiễm Rubella của trẻ thông qua xét nghiệm cho thấy lượng IgG trong máu giảm hoặc không có IgG trong huyết thanh sau 9 tháng tuổi.

- Nếu trẻ có IgM dương tính, PCR dương tính và không có các biểu hiện lâm sàng của hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh: trẻ bị nhiễm Rubella nhưng không có triệu chứng, trẻ có nguy cơ khởi bệnh muộn trong vòng nhiều tháng hoặc nhiều năm sau khi sinh.
- Nếu trẻ có biểu hiện lâm sàng của hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh:
 - + Xét nghiệm song song huyết thanh của mẹ và trẻ cho thấy trẻ có nồng độ IgG cao hơn hoặc bằng IgG của mẹ, IgM dương tính.
 - + Kết quả PCR mẫu nước tiểu hoặc dịch ngoáy họng dương tính

Kết quả trên cho thấy trẻ đang bị nhiễm Rubella có triệu chứng.

Chú ý: Để xác định trẻ sơ sinh có bị nhiễm Rubella hay không, không chỉ dựa trên các biểu hiện lâm sàng mà cần thực hiện thêm các xét nghiệm IgG, IgM và PCR để đánh giá.

13. Cần làm gì khi trẻ bị nhiễm Rubella có hoặc không có triệu chứng ?

- Vấn cho trẻ bú mẹ
- Cần đánh giá tình trạng của tim, thị lực và thính lực của trẻ sau sinh.

- Trẻ cần được cách ly tại bệnh viện
- Trẻ bị nhiễm Rubella sau sinh trở thành nguy cơ lây nhiễm cho các cán bộ y tế nữ và các sản phụ khi tiếp xúc với trẻ trong ít nhất 12 tháng tính từ khi sinh.
- Phải đảm bảo tất cả các người chăm sóc, cán bộ y tế có liên quan đều đã được miễn dịch với Rubella.
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ (3 đến 6 tháng) cho trẻ, việc này rất cần thiết trong những tháng, năm đầu đời của trẻ để có thể phát hiện được các tình huống bất thường cần can thiệp sớm như điếc, các khiếm khuyết về thần kinh, động kinh, đục thủy tinh thể, bệnh lí võng mạc, khiếm khuyết răng và tình trạng chậm phát triển.

Chú ý: Đối với trẻ sơ sinh bị nhiễm Rubella cần được cách ly để tránh lây nhiễm cho người khác. Cần kiểm tra sức khỏe định kỳ cho trẻ mỗi từ 3 đến 6 tháng.

14. Có vắc xin chủng ngừa Rubella không?

Hiện đã có vắc xin phòng bệnh Rubella.

Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin Rubella sống, giảm độc lực được điều chế từ virus rubella chủng Wistar RA 27/3. Vắc xin có thể chỉ để phòng một mình Rubella hoặc phối hợp với phòng sởi (MR) hoặc phối hợp với phòng sởi và quai bị (MMR).

Vắc xin thường được chích một liều duy nhất vào mặt ngoài ở giữa đùi hoặc ở phần trên cánh tay tùy theo tuổi

14.1. Chủng ngừa vắc xin Rubella được chỉ định cho đối tượng nào?

Vắc xin rubella được chỉ định tiêm phòng trong các trường hợp sau :

- Đối tượng từ 12 tháng tuổi đến tuổi dậy thì.
- Giáo viên và học sinh ở các cấp học từ nhà trẻ đến đại học.
- Các nhân viên y tế

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. **Người đã tiêm vắc xin không nên có thai trong vòng ít nhất 1 tháng sau khi tiêm.**

Có thể tiêm vắc xin rubella cho:

- Trẻ suy dinh dưỡng
- Trẻ nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm virus HIV.

14.2. Có cần tiêm nhắc lại sau khi chủng ngừa vắc xin Rubella lần đầu không?

Đối với các trẻ nhỏ: tiêm 1 liều cơ bản sau đó nhắc lại lúc 4-12 tuổi.

Những người có bằng chứng cho thấy lần tiêm trước không có hiệu quả cũng cần được tiêm nhắc.

14.3. Không được chỉ định chính ngừa vắc xin Rubella cho đối tượng nào?

Phụ nữ đang mang thai không được tiêm vắc xin trong thai kỳ. Tốt nhất phụ nữ nên đi chủng ngừa ngay sau khi sạch kinh để đảm bảo là chưa mang thai.

- Không tiêm vắc xin đối với các trường hợp suy giảm miễn dịch qua trung gian tế bào.
- Những người đang sử dụng corticosteroids, các thuốc ức chế miễn dịch khác hoặc đang xạ trị có thể không có đáp ứng được miễn dịch tối ưu.
- Những người đang mắc các bệnh truyền nhiễm cấp tính, sốt, bệnh bạch hầu, thiếu máu nghiêm trọng và các bệnh nặng khác về máu, có tổn thương chức năng thận, bệnh tim mất bù.
- Người đang sử dụng gamma-globulin hoặc truyền máu: Không nên tiêm vắc xin rubella trong vòng 6 tuần hoặc nếu có thể trong vòng 3 tháng kể từ khi sử dụng immunoglobulins (một loại protein có vai trò bảo vệ cơ thể) hoặc một sản phẩm máu khác có chứa immunoglobulins (máu hoặc huyết tương) do nguy cơ các globulin miễn dịch này sẽ làm mất hoạt tính của vắc xin và ngược lại không được sử dụng immunoglobulins trong vòng 2 tuần sau khi tiêm vắc xin.
- Vắc xin có thể còn vết của neomycin, một loại kháng sinh được sử dụng trong quá trình sản xuất vắc xin, do đó chống chỉ định tuyệt đối với người có tiền sử phản ứng quá mẫn (dị ứng) với neomycin.
- Không chống chỉ định đối với các trường hợp sốt nhẹ, viêm đường hô hấp nhẹ hoặc tiêu chảy, các triệu chứng ốm nhẹ khác.

14.4. Hiệu quả miễn dịch sẽ như thế nào khi chính vắc xin Rubella 1 liều duy nhất?

Chích một liều vắc xin Rubella duy nhất sẽ có thể tạo ra kháng thể kháng Rubella hiệu quả ở 95% trường hợp được chủng ngừa, nồng độ kháng thể tồn tại tối thiểu là 18 năm tính từ khi chích vắc xin. Việc chủng ngừa thất bại trong khoảng 5% trường hợp.

14.5. Sản phụ đã chủng ngừa Rubella có thể bị tái nhiễm không?

Trong một số trường hợp, sản phụ đã được chủng ngừa Rubella cũng có thể bị tái nhiễm, tuy nhiên trong trường hợp này nguy cơ gây hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh chỉ xảy ra khoảng 8% trường hợp nếu tái nhiễm xảy ra trong quý I của thai kỳ.

14.6. Trong trường hợp sản phụ chưa được miễn dịch với Rubella có thể chủng ngừa Rubella sau sinh và trong khi cho con bú được không?

Chủng ngừa Rubella hoàn toàn an toàn cho sản phụ ngay sau khi sinh và trong giai đoạn cho con bú.

14.7. Nếu chích nhầm vắc xin Rubella khi mang thai có ảnh hưởng đến thai nhi không?

Do vắc xin Rubella được làm từ virus sống đã được giảm độc tính và virus Rubella có trong vắc xin cũng có thể đi qua nhau thai để gây nhiễm cho thai nhi do đó:

- Không được tiêm vắc xin cho phụ nữ đang mang thai
- Người đã tiêm vắc xin Rubella không nên có thai trong vòng 1 tháng sau khi tiêm.

Tuy nhiên hiện nay chưa có báo cáo nào về hội chứng Rubella bẩm sinh xảy ra ở những trường hợp lỡ chủng ngừa Rubella khi mang thai. Do đó trong những trường hợp này không có chỉ định đình thai.

14.8. Chích vắc xin MMR cho trẻ có thể gây ra bệnh tự kỷ không?

Cho tới nay chưa có bằng chứng nào chứng tỏ chủng ngừa MMR có thể làm trẻ bị mắc bệnh tự kỷ.

14.9. Khi chính vắc xin Rubella với các vắc xin khác có an toàn không?

Vắc xin rubella an toàn và vẫn có hiệu lực khi tiêm đồng thời với các vắc xin khác như DTP, DT, TT, Td, BCG và Polio (OPV và IPV), Haemophilus influenzae typ b, vắc xin viêm gan B, vắc xin sốt vàng.

14.10. Các tai biến có thể có khi chủng vắc xin?

- Vắc xin rubella có thể gây đau nhẹ và tăng cảm giác tại vùng tiêm trong vòng 24 giờ sau khi tiêm.
- Sốt: Đối với riêng vắc xin sởi, khoảng 5 đến 15% trẻ bị sốt nhẹ trong vòng 5 đến 12 ngày sau tiêm.
- Nổi ban: Khoảng 1/20 trẻ có biểu hiện ban nhẹ xuất hiện từ 5 đến 12 ngày sau khi tiêm.
- Có thể gây triệu chứng đau khớp (25%) và viêm khớp (10%) ở nữ giới thanh thiếu niên và trưởng thành, rất hiếm gặp ở trẻ em và nam giới (0-3%).
- Vắc xin quai bị có trong thành phần của vắc xin có thể dẫn tới tình trạng viêm tuyến nước bọt mang tai và viêm não nước trong (viêm não vô khuẩn) nhưng hiếm gặp. Một vài trường hợp có thể phải đến bệnh viện nhưng đa số có thể tự hồi phục. Những nguy cơ này khác nhau tùy thuộc vào chủng được sử dụng để sản xuất vắc xin.
- Các phản ứng sốc phản vệ cũng hiếm khi gặp.

Chú ý: Phụ nữ đang mang thai không được tiêm vắc xin trong thai kỳ và người đã tiêm vắc xin không nên có thai trong vòng ít nhất 1 tháng sau khi tiêm.

15. Làm thế nào để dự phòng hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh?

Cách điều trị tốt nhất cho hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh là dự phòng. Tất cả phụ nữ nên được chủng ngừa vắc xin phòng Rubella trước khi bước vào tuổi mang thai.

Để dự phòng hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh cần nhớ:

- Chủng ngừa Rubella cho mọi trẻ nhỏ.
- Phải chắc chắn mọi phụ nữ đều được miễn dịch với Rubella trước khi bước vào tuổi mang thai.
- Cần xét nghiệm sàng lọc để xác định tình trạng kháng thể kháng Rubella của tất cả sản phụ để xác định mức độ nhạy cảm với

Rubella.

- Nên có chương trình chính ngừa ngay sau sinh cho các sản phụ không có miễn dịch với Rubella ngay tại bệnh viện trước khi sản phụ và bé về nhà.
- Cần đánh giá mức độ miễn dịch với Rubella và chủng ngừa cho tất cả nhân viên y tế. ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Congenital Viral Infections Slide Set, Rubella. Sẵn có tại: URL: <http://virology-online.com/viruses/Rubella.htm>
2. Freij BJ, South MA, Sever JL (1988). "Maternal rubella and the congenital rubella syndrome". Clin Perinatol 15 (2): 247-57. PMID 3288422.
3. Huong McLean, PhD, MPH; Susan Redd; Emily Abernathy, MS; Joseph Icenogle, PhD, Gregory Wallace, MD, MS, MPH. Chapter 15: Congenital Rubella Syndrome. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases (5th Edition, 2012). Sẵn có tại: URL: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt15-crs.html>
4. Macé M, Cointe D, Six C, Levy-Bruhl D, Parent du Chatelet I, Ingrand D, Grangeot-Keros L. Assessment of the diagnostic value of RT-PCR on amniotic fluid for prenatal diagnosis of congenital rubella infection. Pathol Biol (Paris). 2004 Nov;52(9):540-3. PMID: 15531119
5. Measles, German (Rubella). March 1, 2013. Sẵn có tại: URL: http://im.unboundmedicine.com/medicine/ub/view/5-Minute-Clinical-Consult/116369/all/Measles__German__Rubella_
6. Migliucci A, Di Fraja D, Sarno L, Acampora E, Mazzarelli LL, Quaglia F, Mallia Milanese G, Buffolano W, Napolitano R, Simioli S, Maruotti GM, Martinelli P. Prenatal diagnosis of congenital rubella infection and ultrasonography: a preliminary study. Minerva Ginecol. 2011 Dec;63(6):485-9. PMID 22036752.
7. Muriel M, Denis C, Daniel LB, Isabelle PC, Didier I, Liliane GK. Diagnostic Value of Reverse Transcription-PCR of Amniotic Fluid for Prenatal Diagnosis of Congenital Rubella Infection in Pregnant Women with Confirmed Primary Rubella Infection. J Clin Microbiol. 2004 October; 42(10)
8. Pamela P, Mike S, Cheryl J. Management of Perinatal Infections. Australian Society for Infectious Diseases 2002. 33-35. PMID 15531119.

9. Redbook online. Section 3. Summaries of infectious diseases. Rubella. 2012. Sẵn có tại: URL: <http://redbookarchive.aappublications.org/cgi/content/full/2009/1/3.116>
10. Rubella and pregnancy. 3/2012. Sẵn có tại: URL: http://www.marchofdimes.com/pregnancy/complications_rubella.html
11. Rubella and your baby. 4/2012. Sẵn có tại: URL: http://www.marchofdimes.com/baby/sickbabycare_rubellababy.html
12. Rubella: Make Sure Your Child Gets Vaccinated. Content source: National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. January 7 2012. Sẵn có tại: URL: <http://www.cdc.gov/Features/Rubella/>
13. Tang JW, Aarons E, Hesketh LM, Strobel S, Schalasta G, Jauniaux E, Brink NS, Enders G. Prenatal diagnosis of congenital rubella infection in the second trimester of pregnancy. Prenat Diagn. 2003 Jun;23(6):509-12. PMID 12813768.
14. The University of Iowa (UIHC). Department of Pathology. laboratory services handbook. Rubella Antibody IgM. 12/6/2012. Sẵn có tại: URL: http://www.healthcare.uiowa.edu/path_handbook/handbook/test2224.html
15. Vaccinations during pregnancy. 2/2013. Sẵn có tại: URL: http://www.marchofdimes.com/pregnancy/prenatalcare_vaccinations.html
16. Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh. Vắc xin sởi - rubella (MR) và vắc xin sởi - quai bị - rubella (MMR). Sẵn có tại: URL: http://www.pasteur-hcm.org.vn/ytecongdong/tiemchung/vacxin_MR_MMR.htm
17. Viện Vệ Sinh Dịch Tễ Trung Ương. Trung tâm dịch vụ khoa học kỹ thuật và y tế dự phòng. Vắc xin Rubella. Sẵn có tại: URL: <http://yteduphong.com.vn/vaccine/vaccine-nhap-ngoai/vacxin-rubella-c3453i4345.htm>
18. Weisinger HS, Pesudovs K (2002). "Optical complications in congenital rubella syndrome". Optometry 73 (7): 418–24. PMID 12365660

NHIỄM VIRUS THỦY ĐẬU - ZONA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

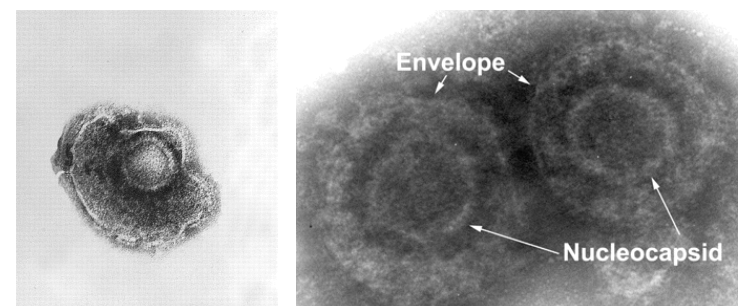
Các tên gọi khác:

Virus gây hai bệnh cảnh khác nhau và có tên gọi cũng khác nhau:

- Bệnh cảnh lan tỏa toàn thân: bệnh Thủy đậu. Các tên gọi khác: mụn phỏng, trái rạ, lên tót, bệnh đậu phỏng (tùy địa phương)
- Bệnh khu trú một vùng: Bệnh zona. Các tên khác: gờn bò, gờn leo.
- Tên khoa học: Nhiễm virus Herpes-zoster (đọc là Ếc-pét zốt-s-te). Trong bài sẽ sử dụng tên khoa học này

1. Virus Herpes-zoster là gì?

Virus Herpes-Zoster là một trong 8 virus thuộc họ Herpes gây bệnh ở người. Kích thước khoảng 100 nm (1nm bằng 1/1.000.000 milimét), gồm một phần lõi ở giữa và vỏ bọc chung quanh (Xem hình vẽ bên dưới)



Hình 5.1 (trái) và hình 5.2 (phải): Hình ảnh virus Herpes zoster dưới kính hiển vi điện tử. Envelope: vỏ bọc. Nucleocapsid: lõi nhân của virus.

Nguồn CDC Hoa Kỳ

2. Nhiễm virus Herpeszoster ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm virus Herpes-zoster nguy hiểm cho đối tượng nào?

- Nhiễm virus Herpes-zoster lần đầu:

Gây bệnh cảnh thủy đậu, toàn thân

- Ở trẻ lớn, đa số nhẹ hiếm khi có biến chứng
- Ở người lớn, thủy đậu có nhiều biến chứng nặng, nhất là ở người có suy giảm miễn dịch sẵn, có khi gây tử vong.

- Ở sản phụ, có thể viêm phổi nặng (tử vong 20%), nguy cơ gây khuyết tật bẩm sinh cho thai nhi (gọi là hội chứng thủy đậu bẩm sinh) như teo các chi, bất thường về phát triển hệ thần kinh, tổn thương mắt, da gây tàn phế suốt đời.
- Nếu mẹ nhiễm virus thủy đậu trong thai kỳ, nhất là 5 ngày trước và 2 ngày sau sinh, trẻ sơ sinh sẽ bị thủy đậu với nhiều biến chứng nặng như người suy giảm miễn dịch.

• **Virut Herpes-zoster tái hoạt động:**

Biểu hiện ở da khu trú theo phân bố của rễ thần kinh gọi là bệnh zona. Có thể có những biến chứng: đau dữ dội sau zona kéo dài, tổn thương mắt, tai biến mạch máu (não và một số mạch máu quan trọng).

Hiếm khi thai nhi và trẻ sơ sinh bị ảnh hưởng khi thai phụ bị zona trong khi mang thai.

Trẻ nhỏ dưới 3 tuổi có thể bị Zona nếu mẹ nhiễm thủy đậu khi mang thai hay chu sinh.

Chú ý: Rất nhiều người tưởng nhầm thủy đậu và zona là 2 bệnh có nguyên nhân khác nhau. Thật ra đều do virus HZV gây ra cả, trong đó thủy đậu là biểu hiện khi nhiễm lần đầu hay các lần sau khi suy giảm miễn dịch nặng (nhiễm HIV), zona là biểu hiện tái hoạt động của virus thủy đậu sau nhiều năm tiềm ẩn trong cơ thể sau lần nhiễm đầu tiên.

2.2. Khi nào thì gọi là hội chứng thủy đậu bẩm sinh?

Trẻ được gọi là có hội chứng thủy đậu bẩm sinh khi mẹ bị thủy đậu trong thời gian mang thai và có bằng chứng cho thấy virus đã qua được nhau thai, tác hại lên thai nhi

Có thể chẩn đoán trước sinh (siêu âm kèm xét nghiệm phát hiện virus trong nước ối, máu thai nhi) hay sau khi sinh (lâm sàng và bằng chứng nhiễm virus herpes zoster).(xem phần lâm sàng và chẩn đoán)

2.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm virus Herpes-zoster bẩm sinh?

Tương đối ít gặp. Tỷ lệ tùy vào mẹ bị thủy đậu vào giai đoạn nào của thai kỳ.

- Nếu thai phụ bị thủy đậu khi thai chưa đầy 12 tuần: tỷ lệ 0,4%
- Nếu thai phụ bị thủy đậu khi thai kỳ từ tuần thứ 12 đến tuần thứ 20: tỷ lệ 2%.
- Thai phụ nhiễm từ tuần thứ 21 trở đi: rất hiếm. Đến nay chỉ có phát hiện được 9 trường hợp bị thủy đậu bẩm sinh.

3. Virus Herpes-zoster lây truyền cho người như thế nào?

Thủy đậu lây cho người khác nhiều hơn là bệnh zona.

Các chất tiết ở các ban thủy đậu tại da, nước bọt và các chất tiết đường hô hấp có chứa nhiều virus và lan ra ngoài không khí. Tuy nhiên, virus không tồn tại lâu ở bên ngoài không khí.

Người lành nhiễm virus herpes-zoster khi tiếp xúc với người bị thủy đậu, hoặc do tay chân sờ vào ban, dính chất tiết từ ban trên da, dính nước bọt, chất tiết đường hô hấp.

Người bị thủy đậu có khả năng lây cho người khác 2 ngày trước khi phát ban cho đến khi các ban khô và đóng vảy.

Đối tượng hay nhiễm virus lần đầu tiên là trẻ dưới 10 tuổi.

4. Lây nhiễm virus Herpes-zoster ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Lây nhiễm cho sản phụ tương tự như ở người lớn và phụ nữ không mang thai. Đa số đều đã từng nhiễm virus herpes-zoster lúc còn nhỏ nên tần số bị thủy đậu ở người lớn và sản phụ không cao, nhưng nếu mắc thì nguy hiểm hơn

5. Lây nhiễm virus Herpes-zoster từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Chỉ khi mẹ bị thủy đậu mới lây nhiễm cho con. Mẹ bị zona hầu như không lây.

Khi bị thủy đậu, mẹ có thể lây nhiễm virus Herpes-zoster cho con qua các thời kỳ:

- *Khi đang mang thai:* virus qua nhau thai. Thường gây nên hội chứng thủy đậu bẩm sinh với nhiều di chứng nghiêm trọng.
- *Trong thời gian chu sinh:* khi mẹ bị thủy đậu 5 ngày trước khi sinh và 2 ngày sau sinh. Có thể lây cho con qua đường nhau thai hay tiếp xúc sau sinh. Trẻ sơ sinh sẽ bị thủy đậu sau đó với nhiều biến chứng nặng
- *Sau sinh:* Lây truyền như với các người khác. (Tiếp xúc trực tiếp với dịch hô hấp, dịch tiết từ ban thủy đậu của mẹ)

6. Các biểu hiện khi bị nhiễm virus Herpes-zoster

6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai và trẻ lớn)

- Nhiễm lần đầu tiên: Bệnh Thủy đậu.

Từ khi nhiễm virus đến khi có biểu hiện bệnh (thời gian ủ bệnh) từ 10 đến 24 ngày.

Đặc điểm

Ban nổi toàn thân. Ban đầu ở mặt và cổ rồi lan ra toàn thân. Có khi có ở trong niêm mạc các xoang tự nhiên (miệng, kết mạc mắt). Số lượng ban tùy theo từng người. Có khi đến hàng trăm cái, rải rác toàn thân và ở nhiều giai đoạn khác nhau.

Tính chất và tiến triển của ban

Ban đầu ban có dạng dát đỏ, nhanh chóng chuyển sang dạng sẩn (gồ lên mặt da) rồi thành các bóng nước trong, vài ngày sau thành đục, vỡ hay khô tự nhiên rồi bong vảy. Kích thước không đều nhau. Khi lành, để lại một mảng giảm sắc tố, nhưng có thể mất đi theo thời gian. Nếu không có bội nhiễm thêm vi khuẩn, ban không để lại sẹo.

Các triệu chứng khác

Sốt nhẹ, ngứa (tùy theo người).



Hình 5.3 (trái): Thủy đậu ở một trẻ gái lớn. Hình 5.4 (phải): Hình ảnh ban ở các giai đoạn khác nhau ở một trẻ trai bị thủy đậu.

Nguồn: www.aapredbook/aapublication.org.



Hình 5.5 (trái): Ban ở niêm mạc mắt (Viêm kết mạc và củng mạc).

Hình 5.6 (phải): Niêm mạc xoang miệng kết hợp với tổn thương da do thủy đậu,
Nguồn: www.aapredbook/aapublication.org

Biến chứng

Người bình thường hiếm khi có biến chứng. Nhưng ở người có thai, suy giảm miễn dịch, trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh có nhiều biến chứng nặng.



Hình 5.7 (trái): Tổn thương zona ở thân. Hình 5.8 (phải): Tổn thương zona ở vùng thái dương.

Nguồn: www.aapredbook/aapublication.org

- Virus tái hoạt động: Bệnh Zona

Chỉ biểu hiện trên một vùng da, theo phân bố của rễ thần kinh cảm giác.

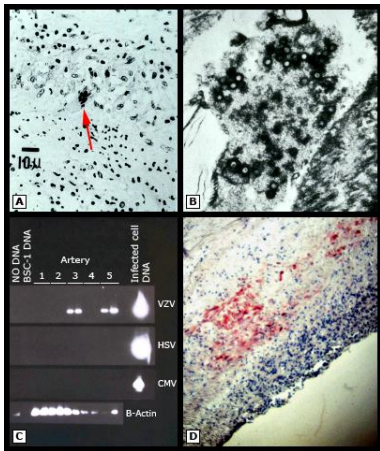
Những ngày đầu tiên, bệnh nhân cảm thấy có cảm giác nóng, rát tự xảy ra hay khi có chạm nhẹ vào mặt da. Vài ngày sau biểu hiện các bóng

nước nhỏ, thành từng đám trên một nền da đỏ, rải rác dọc theo vùng da bị đau. Đau có khi rất dữ dội và cả ngày lẫn đêm (tuổi càng lớn càng đau và càng kéo dài)

Các ban biến mất sau một vài tuần, nhưng cảm giác đau hay cảm giác lạ có thể kéo dài nhiều ngày sau, có khi hàng tháng, thậm chí cả năm (gọi là hội chứng đau sau zona)

Có khi tổn thương các dây thần kinh sọ não (gây mù, liệt mặt..)

Zona ít lây nhưng có thể có biến chứng mạch máu gây tai biến mạch máu (não và các cơ quan khác) và đau hậu zona rất khó chữa.



Hình 5.9: Kết quả giải phẫu bệnh và viro học ở một bệnh nhân tử vong vì viêm mạch máu do virus herpes-zoster.

(A) Một động mạch não có các tế bào khổng lồ nhiều nhân (mũi tên).

(B) Nhiều hạt virus trong động mạch não.

(C) VZV DNA trong động mạch não sau (làn 3) và động mạch nền (làn 5).

(D) Kháng nguyên VZV (đỏ) trong lớp áo giữa của động mạch não.

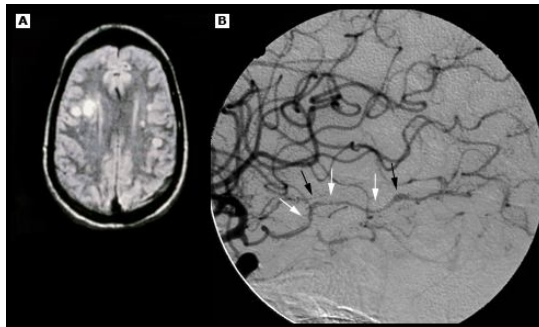
Nguồn: <http://heq.rogue.delmio.net.ua/vzv-treatment.html>

Hình 5.10: Hình ảnh chụp MRI của viêm động mạch đa ổ do virus herpes-zoster

(A) Nhiều vùng nhồi máu cả 2 bên bán cầu não, chủ yếu ở vùng giáp giới chất trắng và chất xám.

(B) Chụp nhuộm động mạch não cho thấy những ổ bị hẹp (mũi tên trắng) và vùng dẫn động mạch sau chỗ hẹp (mũi tên trắng) động mạch não sau bên phải.

Được phép sao chép của Donald H Gilden, MD



6.2. Ở sản phụ

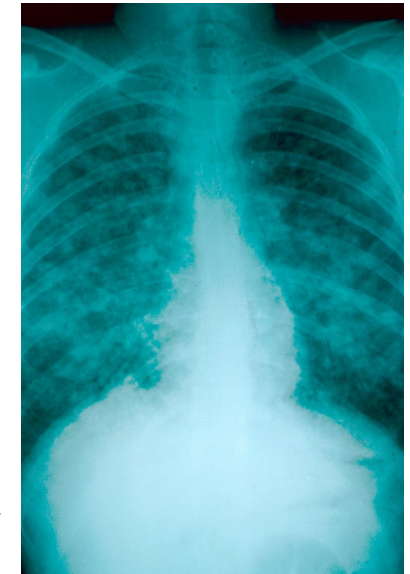
Biểu hiện thủy đậu và zona ở sản phụ có thể giống như người bình thường khác. Tuy nhiên sản phụ dễ có biến chứng viêm phổi nặng với nguy cơ tử vong cao. Triệu chứng gồm sốt, ho, thở nhanh và khó thở, xảy ra trong tuần đang nổi ban.

Diễn biến khó lường và có thể dẫn đến thiếu oxy máu và suy hô hấp.

X quang phổi có thâm nhiễm dạng nốt (hay dạng hạt kê) ở quanh phế quản hai phổi.

Hình 5.11: Viêm phổi do virus Herpes-Zoster

Nguồn: <http://redbookarchive.aappublications.org>



6.3. Hội chứng thủy đậu bẩm sinh



Hình 5. 12 (trái): Di chứng teo bán cầu não trái do hội chứng thủy đậu bẩm sinh. Được phép sao chép của Dimitris P. Agamanolis, MD.

Hình 5.13 (phải): Di chứng sẹo trên da và chi ngắn của hội chứng thủy đậu bẩm sinh. Mẹ nhiễm thủy đậu khi mang thai quý 3.

Được phép sao chép của David Clark, MD.

Tương đối hiếm gặp. Tỷ lệ gặp 2% phụ nữ có thai trước 20 tuần bị thủy đậu.

Biểu hiện có thể là:

- Tổn thương sọc trên da, lõm hay sắc tố đậm, theo phân bố vùng da của rãnh thần kinh.
- Khuyết tật bẩm sinh ở mắt như đục thủy tinh thể, viêm mạch mạc - võng mạc, hội chứng Horner, mắt teo nhỏ và nhãn chấn.
- Bất thường về các chi (teo nhỏ) do giảm sản xương và cơ.
- Bất thường hệ thần kinh trung ương như teo vỏ não, động kinh và chậm phát triển trí tuệ.

Chú ý: Do đa số trường hợp mắc thủy đậu thường lành tính, nên thầy thuốc mất cảnh giác khi thai phụ nhiễm thủy đậu. Nên nhớ là thai phụ mắc thủy đậu có thể tử vong do viêm phổi, chưa kể biến chứng lên thai nhi, nếu mẹ còn sống.

6.4. Ở trẻ sơ sinh

Khi mẹ phơi nhiễm hay bị thủy đậu trong vòng 2 tuần trước khi sinh trẻ sinh ra thường bị thủy đậu. Bệnh nặng, tử vong có thể đến 30%, nhất là khi mẹ nhiễm hay mắc bệnh trong vòng 5 ngày trước khi sinh. Nếu mắc bệnh sau khi sinh trong vòng từ 10 đến 28 ngày, bệnh có nhẹ hơn nhưng vẫn nghiêm trọng hơn so với trẻ > 1 tháng tuổi.

Trẻ đẻ non dễ nhiễm thủy đậu do môi trường bệnh viện hơn trẻ sinh đủ tháng.

Biểu hiện lâm sàng:

Có thể nhẹ, tương tự như bệnh cảnh của trẻ lớn, sốt, phát ban dạng bọng nước, lành trong vòng 7 -10 ngày.

Nhưng có thể nặng với biến chứng nội tạng: viêm phổi, viêm gan, viêm não – màng não

Hình 5.14: Thủy đậu trẻ sơ sinh, có biến chứng xuất huyết và viêm mô dưới da. Trẻ bị nhiễm từ mẹ khi mới sinh ra.

Nguồn: <http://redbookarchive.aappublications.org>



7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm virus Herpes-zoster

- Nghi ngờ bị nhiễm virus Herpes-zoster khi:
 - Có tiền sử tiếp xúc với người bị thủy đậu hay zona trước đó.

- Mẹ bị thủy đậu trong vòng 2 tuần trước sinh (ở trẻ sơ sinh).
- Triệu chứng lâm sàng điển hình của thủy đậu hay zona
- Nghi ngờ hội chứng thủy đậu bẩm sinh:
 - Mẹ có bị thủy đậu trong thai kỳ (nhất là khi nhiễm trước tuần thứ 20 của thai kỳ) kèm các khuyết tật như đề cập ở trên khi sinh ra

8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán virus Herpes-zoster?

- Phản ứng huyết thanh tìm kháng thể chống virus Herpes-zoster. Dòng IgM xuất hiện sớm (3 ngày sau khi có ban), IgG 7 ngày sau khi có ban và tồn tại lâu dài. Thường dùng các phản ứng ngưng kết nhựa latex, ELISA, cho kết quả nhanh
- Tìm axit nhân của virus : phương pháp PCR. Tốt nhưng đắt tiền.
- Cây tìm virus từ dịch của ban, chất tiết đường hô hấp : chính xác nhưng đắt tiền và cho kết quả muộn.

9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm virus Herpes-zoster?

- Chuẩn bị có thai: xét nghiệm xem đã nhiễm Herpes-zoster trước đó hay chưa (tìm kháng thể IgG) nếu chưa có chủng ngừa vắc xin trước khi có thai.
- Khi đã có thai: có tiếp xúc với người bị thủy đậu hay zona, xét nghiệm xem đã có kháng thể bảo vệ chưa. Nếu chưa có, uống thuốc phòng cho mình và thai nhi.
- Khi đã có triệu chứng của thủy đậu, xét nghiệm để chẩn đoán thai nhi có hội chứng thủy đậu bẩm sinh: Kết hợp siêu âm nhiều lần với phương pháp PCR với bệnh phẩm là máu cuống rốn hay nước ối (kỹ thuật xâm nhập, có nguy hiểm cho thai nhi).

10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

- Lâm sàng điển hình + tiền sử mẹ bị thủy đậu trong thai kỳ. Không cần xét nghiệm để chẩn đoán. Nhưng có thể xét nghiệm để đánh giá tình trạng miễn dịch của trẻ giúp quyết định dùng globulin miễn dịch chống virus Herpes-zoster hay không.
- Nếu bệnh cảnh xảy ra muộn, mẹ không có tiền sử nhiễm hay phơi

nhiễm với thủy đậu (có thể nhiễm từ môi trường bệnh viện lây cho cháu sau khi sinh) hoặc bệnh cảnh không điển hình. Xét nghiệm với phương pháp PCR tìm axit nhân của virus.

11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm virus Herpes-zoster như thế nào?

- Ở thai phụ có phơi nhiễm, không có (hay chưa có) biểu hiện lâm sàng:

Phản ứng tìm kháng thể chống virus Herpes-zoster IgG (+): đã từng nhiễm virus này hay đã có chủng ngừa, có hiệu lực. Nếu IgG (-): đặt vấn đề phòng ngừa sau phơi nhiễm cho mẹ và thai nhi.

- Ở thai phụ có biểu hiện lâm sàng, IgM (+), IgG (-):

Nhiễm cấp, có bệnh chưa đầy 1 tuần, cần điều trị bệnh cho mẹ và phòng hội chứng thủy đậu bẩm sinh cho thai nhi> Nếu cả hai dòng đều dương tính, nhiễm cấp, bệnh đã kéo dài trên 1 tuần.

- Ở thai phụ lâm sàng thủy đậu điển hình, nhưng cả hai dòng IgM, IgG đều âm tính:

Có thể xét nghiệm quá sớm, thai phụ có suy giảm miễn dịch tạm thời hay bệnh nhẹ khiến kháng thể xuất hiện chậm. Có thể xét nghiệm lại sau 3 tuần hay xét nghiệm PCR tìm axit nhân của virus.

- Nếu lâm sàng là zona điển hình, IgG thường (+) (virus tái hoạt động)

12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm virus Herpes-zoster?

- Điều trị

Sản phụ sẽ được điều trị bởi các bác sĩ chuyên khoa, Acyclovir là thuốc được lựa chọn để điều trị nhiễm virus Herpes-zoster.

- Sinh hoạt cá nhân

Cách ly sản phụ bị bệnh cho đến khi các ban bóng nước khô và đóng vảy vì có thể lây cho người khác. Nếu sản phụ mắc bệnh trong thời gian chưa đầy 2 tuần trước khi sinh và sinh ra cháu không có biểu hiện mắc thủy đậu, cách ly cháu và xử trí phòng phơi nhiễm cho cháu với globulin miễn dịch chống thủy đậu nếu có sẵn.

- Phòng lây cho thai nhi

Acyclovir qua được nhau thai, nhưng chưa có nghiên cứu nào chứng minh cũng như bác bỏ công dụng của Acyclovir trong việc làm giảm tỷ lệ mắc hội chứng thủy đậu bẩm sinh cho thai nhi.

- Phòng lây cho người chung quanh

Những người phải tiếp xúc với sản phụ bị thủy đậu, cần có khẩu trang, găng tay, áo choàng. Thay bỏ áo choàng, khẩu trang và găng tay kèm rửa tay sạch đúng quy cách khi rời phòng sản phụ.

Chỉ những người đã có miễn dịch với bệnh thủy đậu mới được tiếp xúc với bệnh nhân và cũng phải tuân theo quy định trên để tránh lây cho người khác.

- Tư vấn can thiệp

Khi siêu âm và xét nghiệm tìm virus cho thấy thai nhi bị hội chứng thủy đậu với các khuyết tật nặng (teo tứ chi, teo não, tổn thương mắt trầm trọng..)

13. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm virus Herpes-zoster?

- Điều trị

Trẻ sẽ được điều trị bởi các bác sĩ chuyên khoa. Acyclovir là thuốc được lựa chọn trong điều trị.

- Săn sóc trẻ

Nếu trẻ bú được, nên cho bú mẹ. Sữa mẹ (đã hay đang mắc bệnh) thường có kháng thể IgG qua được sữa để chống virus Herpes-zoster.

- Phòng lây cho người chung quanh

Cách ly trẻ khỏi những trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ khác

14. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm virus Herpes-zoster tại cộng đồng

- Sàng lọc để phát hiện những người chưa có kháng thể chống virus herpes-zoster trong cộng đồng.
- Chủng ngừa vắc xin cho những người chưa có miễn dịch chống virus herpes-zoster, nhất là với phụ nữ chuẩn bị có thai.

- Cách ly người bị thủy đậu cho đến khi các ban bóng nước khô và bong vảy. Với người bị zona thì ít nghiêm ngặt hơn, nhưng không được sờ trực tiếp vào các ban bóng nước zona bị vỡ vì có thể lây.
- Điều trị sớm (<72 giờ) kể từ khi xuất hiện các ban bóng nước đầu tiên
- Phòng hội chứng thủy đậu bẩm sinh cho thai nhi ở phụ nữ có thai: Nên tránh tiếp xúc trực tiếp và thân mật với người bị thủy đậu. Nếu có phơi nhiễm, trong vòng 10 ngày đầu tiên, có thể dùng globulin miễn dịch chống thủy đậu nếu có sẵn. Điều trị sớm khi sản phụ có biểu hiện bệnh thủy đậu

15. Có vắc xin chủng ngừa virus Herpes-zoster không?

- **Loại vắc xin phổ biến**
 - Loại đơn giá: chỉ phòng nhiễm virus Herpes-zoster. Ví dụ VARIVAX (Mỹ)
 - Loại đa giá, phối hợp với các vắc xin phòng các bệnh sởi, quai bị, rubella.
 - Bản chất của vắc xin phòng virus herpes-zoster là virus sống giảm độc lực.
- **Chỉ định**
 - Trẻ em dưới 13 tuổi
 - Người lớn chưa có miễn dịch chống thủy đậu, nhất là người trẻ
 - Phụ nữ đang ở lứa tuổi sinh đẻ, nhưng CHƯA CÓ THAI và chưa có miễn dịch. Sau khi tiêm mũi thứ hai 1 tháng mới được có thai.
 - **Lưu ý:** Trước khi tiêm, cần xem người tiêm đã có miễn dịch với bệnh thủy đậu chưa. Các đối tượng được xem là đã có miễn dịch (do đó không cần tiêm) là:
 - + Có tiền sử đã mắc thủy đậu
 - + Đã có chủng ngừa thủy đậu
 - + Xét nghiệm có kháng thể IgG chống thủy đậu
- **Chống chỉ định**
 - Phụ nữ có thai. Tuy nhiên nên tiêm ngay sau khi sinh xong và liều thứ hai sau đó 6 tuần
 - Trẻ sinh non
 - Người bị suy giảm miễn dịch

- **Thời gian hiệu lực của vắc xin**
 - Vắc xin được tiêm hai mũi, cách nhau 4- 8 tuần.
 - Hiệu lực vắc xin xuất hiện khoảng 1 tháng sau mũi tiêm thứ hai. Hiệu lực bảo vệ chống lại các biểu hiện bệnh nặng của nhiễm herpes-zoster từ 98 -100% sau 10 năm theo dõi.

- **Tai biến có thể có**

Hội chứng thủy đậu bẩm sinh cho thai nhi nếu tiêm khi có thai hay có thai sớm (chưa đầy 1 tháng sau khi tiêm mũi thứ hai của vắc xin).

Chú ý: Do bản chất vắc xin là virus giảm độc lực, những cơ thể chưa có hay suy giảm miễn dịch vẫn có thể nguy hiểm khi tiêm vắc xin (thai nhi trong bụng mẹ, trẻ sinh non, sơ sinh, người suy giảm miễn dịch nặng(HIV giai đoạn AIDS), nên chống chỉ định cho những đối tượng này .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics. Antiviral drugs. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th ed, Pickering, LK (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p.840.
2. American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster infections. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th ed, Pickering, LK (Eds), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p.774.
3. Bailey, JE, Toltzis, P. Perinatal viral infections. In: Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant, 9th, Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC (Eds), Elsevier Mosby, St. Louis 2011. Vol 2, p.841.
4. Gershon, AA. Chickenox, measles, and mumps. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7th ed, Remington, JS, et al. (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2010. p.661.
5. http://www.cdc.gov/ncbddd/pregnancy_gateway/infections-chickenpox.html (Accessed on October 15, 2012).
6. Tebruegge M, Pantazidou A, Curtis N. Towards evidence based medicine for paediatricians. How effective is varicella-zoster immunoglobulin (VZIG) in preventing chickenpox in neonates following perinatal exposure? Arch Dis Child 2009; 94:559.

NHIỄM LISTERIA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Listeria đọc là lít-tơ-ria

Các tên gọi khác: Listeria, Listeria monocytogenes

16. Listeria là gì?



Hình 6.1: Vi khuẩn Listeria monocytogenes dưới kính hiển vi điện tử.

Nguồn: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Listeria_monocytogenes_PHIL_2287_lores.jpg

Listeria (Listeria monocytogenes) là một loại vi khuẩn kỵ khí, di động, gram dương có khả năng phát triển và sinh sản bên trong tế bào vật chủ.

Listeria là một trong những loại vi khuẩn nguy hiểm nhất truyền qua thực phẩm gây bệnh, với 20 đến 30% trường hợp tử vong ở các ca nhiễm trùng trên lâm. Tại Hoa Kỳ, khoảng 2.500 ca bệnh và 500 trường hợp tử vong hàng năm do nhiễm khuẩn Listeria. Nhiễm Listeria là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các tác nhân gây bệnh do thực phẩm bị nhiễm khuẩn.

Listeria có mặt khắp nơi tuy nhiên hầu hết các trường hợp nhiễm Listeria đều do ăn phải thức ăn bị nhiễm khuẩn.

Chú ý: Nhiễm Listeria là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các tác nhân gây bệnh do thực phẩm bị nhiễm khuẩn.

17. Nhiễm Listeria ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

Listeria truyền chủ yếu là do thực phẩm. Phụ nữ mang thai, người cao tuổi và người bị suy giảm miễn dịch là những đối tượng có nguy cơ cao bị nhiễm Listeria. Những người khỏe mạnh hiếm khi bị bệnh do nhiễm Listeria.

17.1. Ở sản phụ và thai nhi

Một số nghiên cứu cho thấy sản phụ có nguy cơ nhiễm Listeria cao gấp 20 lần hơn so với người bình thường khỏe mạnh và 1/3 số ca nhiễm Listeria xảy ra ở sản phụ. Listeria có thể đi từ mẹ sang thai nhi qua nhau thai để gây bệnh cho thai nhi mặc dù khi bị nhiễm Listeria sản phụ có thể hoàn toàn không có biểu hiện gì của bệnh. Thai nhi bị nhiễm vi khuẩn Listeria có thể bị:

- Sinh non
- Sảy thai
- Thai chết lưu
- Một số vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe ở trẻ sơ sinh

Đáng tiếc là hầu hết sản phụ đều hiểu biết rất hạn chế về tác hại của nhiễm Listeria và các biện pháp để dự phòng.

Chú ý: Sản phụ bị nhiễm Listeria ở quý 2 và quý 3 của thai kỳ có thể gây chết thai từ 40 đến 50% số trường hợp. Hầu hết sản phụ đều hiểu biết rất hạn chế về tác hại của nhiễm Listeria và các biện pháp để dự phòng.

17.2. Ở người suy giảm miễn dịch

Những đối tượng sau đây có nguy cơ cao nhiễm Listeria:

- Trên 60 tuổi
- Bị hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS)
- Đang trong giai đoạn hóa trị liệu (điều trị ung thư)
- Bị đái đường hoặc mắc bệnh thận
- Đang sử dụng corticoid liều cao hoặc các thuốc điều trị viêm khớp dạng thấp
- Đang dùng các thuốc chống loại thải tạng ghép ở những người ghép tạng

17.3. Các biến chứng

Hầu hết các trường hợp nhiễm khuẩn Listeria đều rất nhẹ và không được chú ý. Tuy nhiên trong một số trường hợp nhiễm Listeria có thể dẫn đến một số biến chứng đe dọa đến tính mạng của người bệnh bao gồm:

- Nhiễm trùng máu
- Viêm não - màng não

Chú ý: Các biến chứng của nhiễm Listeria có thể rất nghiêm trọng đối với thai nhi. Nhiễm Listeria ở giai đoạn sớm trong thai kỳ có thể gây sảy thai. Ở giai đoạn muộn hơn của thai kỳ, nhiễm Listeria có thể dẫn đến thai chết lưu, sinh non hoặc nhiễm trùng có thể gây tử vong ở trẻ sau khi sinh ngay cả khi sản phụ chỉ có biểu hiện bệnh nhẹ.

18. Listeria lây truyền cho người như thế nào?

Vi khuẩn Listeria phân bố rộng rãi trong môi trường, Listeria có trong đất, nước và phân thú vật và trở thành nguồn lây phổ biến. Người bị nhiễm Listeria chủ yếu thông qua việc sử dụng các thực phẩm bị nhiễm khuẩn. Tình trạng này có thể gây ra các vụ dịch nhiễm khuẩn Listeria hoặc các trường hợp mắc bệnh riêng lẻ. Các loại thực phẩm thường gây nhiễm Listeria là:

- Sữa chưa tiệt trùng và các chế phẩm làm từ loại sữa chưa tiệt trùng này như phô mai, da ua.
- Các loại thịt được nấu chưa chín tới.
- Các loại thịt nguội như xúc xích, thịt hun khói
- Các loại patê
- Các loại sa lát, cốc-tai hoa quả.
- Các loại hải sản chưa nấu chín (cá khô, mực khô, cá hun khói)
- Các loại rau sống bị nhiễm Listeria từ đất, hoặc tưới bón bằng phân nhiễm Listeria.

Tỷ lệ có Listeria ở người lớn khỏe mạnh, không có triệu chứng ước tính khoảng từ 1% đến 5%. Thời gian ủ bệnh khi nhiễm Listeria khá thay đổi, có thể từ 1 ngày cho đến trên 3 tuần.

Chú ý: Người bị nhiễm Listeria chủ yếu thông qua việc sử dụng các thực phẩm bị nhiễm khuẩn

19. Lây nhiễm Listeria từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Khi mẹ bị nhiễm Listeria, bào thai có thể bị nhiễm do vi khuẩn Listeria đi từ máu mẹ qua bánh nhau để sang thai nhi. Trong một số rất ít trường hợp, thai nhi có thể bị nhiễm Listeria do truyền qua đường âm đạo.

Nhiễm trùng khởi phát muộn ở trẻ sơ sinh có thể xảy ra do trẻ bị nhiễm trong cuộc đẻ khi đi qua âm đạo hoặc bị nhiễm từ môi trường chung quanh.

Không có bằng chứng cho thấy sự lây nhiễm Listeria cho trẻ qua đường

bú sữa mẹ.

Chú ý: Vi khuẩn Listeria đi từ máu mẹ qua bánh nhau để lây sang thai nhi

20. Các biểu hiện khi bị nhiễm Listeria

20.1. Ở người lớn (kể cả sản phụ)

Sau khi nhiễm Listeria, các triệu chứng xuất hiện sau một vài ngày hoặc vài tuần và thường rất nhẹ, bạn thậm chí có thể không biết mình bị nhiễm Listeria. Đây là lý do tại sao cần phải hết sức thận trọng khi sử dụng thực phẩm trong thời gian mang thai. Chỉ có khoảng 65% sản phụ bị nhiễm Listeria có các biểu hiện của bệnh trước khi con của họ được chẩn đoán là nhiễm Listeria.

Ở phụ nữ mang thai, nhiễm Listeria có thể gây ra các triệu chứng giống như khi bị cúm với các biểu hiện:

- Sốt
- Ớn lạnh
- Mệt mỏi
- Đau cơ, đau lưng
- Tiêu chảy
- Khó chịu vùng dạ dày

Nếu tình trạng nhiễm trùng ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh có thể xuất hiện các triệu chứng:

- Nhức đầu
- Cứng cổ
- Lẫn lộn
- Mất thăng bằng
- Co giật

Nếu bạn thấy có những triệu chứng trên cần tham khảo ý kiến của các bác sĩ. Một số xét nghiệm có thể được thực hiện để tìm hiểu và xác định xem bạn có thật sự bị nhiễm Listeria hay không.

Chú ý: Chỉ có khoảng 65% sản phụ bị nhiễm Listeria có các biểu hiện của bệnh

20.2. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Mặc dù sản phụ có các biểu hiện khá nhẹ nhàng khi nhiễm Listeria trong thai kỳ nhưng hậu quả trên thai nhi có thể rất nặng nề. Trẻ có thể chết trước khi sinh hoặc bị nhiễm trùng rất nặng trong vòng vài ngày đầu sau sinh.

Trẻ sơ sinh nhiễm Listeria có các có hội chứng tương tự như trường hợp nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B, bệnh có thể có thể khởi phát sớm với các biểu hiện phổ biến :

- Sinh non
- Viêm phổi
- Nhiễm trùng huyết

Trong các trường hợp nhiễm trùng sơ sinh nặng có thể thấy trẻ xuất hiện hồng ban sần nhỏ, nhạt.

Nhiễm trùng có thể khởi phát muộn sau sinh khoảng một tuần với biểu hiện của tình trạng viêm màng não.

Triệu chứng nhiễm Listeria ở trẻ sơ sinh khá tinh tế, trẻ có thể có các biểu hiện:

- Bú mẹ kém
- Khó chịu
- Sốt
- Nôn mửa

Nhiễm khuẩn Listeria có thể gây ra các hậu quả nặng nề. Khi bị viêm màng não do Listeria, tỷ lệ tử vong lên tới 70%, nếu bị nhiễm trùng huyết tỷ lệ tử vong lên tới 50% và trong các trường hợp nhiễm trùng chu sinh và ở trẻ sơ sinh tỷ lệ tử vong trên 80%.

Chú ý: Khi nhiễm Listeria sản phụ có thể có các biểu hiện khá nhẹ nhàng nhưng hậu quả trên thai nhi có thể rất nặng nề.

21. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm Listeria

Sau khi ăn thức ăn có khả năng bị nhiễm Listeria, chẳng hạn như các loại thực phẩm được làm từ sữa chưa được tiệt trùng hoặc nấu sôi, xúc xích hay thịt nguội v.v... cần chú ý tới bất kỳ triệu chứng nào của nhiễm Listeria.

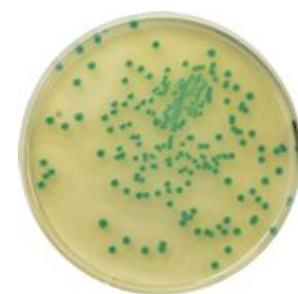
Nếu bạn bị sốt, đau cơ, buồn nôn hoặc tiêu chảy, hãy tham khảo ý kiến bác sĩ của bạn để được tư vấn, có thể bạn đã bị nhiễm Listeria.

Nếu bạn bị sốt cao và đau nhức cơ hoặc cứng cổ cần đến khám bác sĩ ngay lập tức vì đây là những dấu hiệu gợi ý khả năng viêm màng não do vi khuẩn, một biến chứng đe dọa tính mạng do nhiễm Listeria. Xét nghiệm máu hoặc dịch não tủy sẽ được chỉ định để tìm vi khuẩn Listeria.

Chú ý: Sản phụ cần tham khảo ý kiến của bác sĩ khi có các biểu hiện nghi bị nhiễm Listeria.

22. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán Listeria?

Xét nghiệm máu là cách phổ biến và hiệu quả nhất để xác định xem bạn có bị nhiễm Listeria không, ngoài ra trong một số trường hợp các mẫu nghiệm như dịch não tủy, phân su, dịch rửa dạ dày, mẫu mô nhau thai hoặc thai, nước ối, nước tiểu, dịch khớp v.v... có thể được sử dụng để xét nghiệm chẩn đoán. Các mẫu này được nuôi cấy trên một môi trường đặc hiệu để phát hiện sự có mặt của vi khuẩn Listeria. Thời gian cấy vi khuẩn mất từ 1 đến 2 ngày.



Hình 6.2: Vi khuẩn Listeria monocytogenes mọc trên môi trường nuôi cấy đặc hiệu.

Nguồn:
<http://www.eolabs.com/productdetail>

Các mẫu nghiệm lấy từ dịch hút dạ dày, mô nhau thai, dịch não tủy của người nghi bị nhiễm Listeria được nhuộm Gram để phát hiện sự có mặt của vi khuẩn Listeria.

Các xét nghiệm huyết thanh học trong chẩn đoán nhiễm Listeria không đáng tin cậy và không được chỉ định trong trường hợp nhiễm Listeria.

Chú ý: Các xét nghiệm huyết thanh học trong chẩn đoán nhiễm Listeria không đáng tin cậy và không được chỉ định trong trường hợp nhiễm Listeria.

23. Khi nào thì cần xét nghiệm Listeria?

Listeria có mặt ở trong môi trường và mọi người đều thường xuyên tiếp xúc với nó. Do đó, nếu bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, ngay

cả khi có nguy cơ cao, việc chỉ định thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán hoàn toàn không cần thiết.

Chỉ định xét nghiệm Listeria chỉ đặt ra đối với những bệnh nhân có các triệu chứng nghi ngờ nhiễm Listeria. Tùy theo đối tượng và triệu chứng bệnh mà các mẫu xét nghiệm như máu, dịch não tủy (nếu có các triệu chứng của hệ thần kinh), hoặc nước ối/nhau thai (trong trường hợp nhiễm Listeria ở sản phụ) sẽ được gửi đi xét nghiệm để phân lập vi khuẩn Listeria trên các môi trường đặc hiệu.

Chú ý: Việc chỉ định thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm Listeria là hoàn toàn không cần thiết nếu bệnh nhân không có triệu chứng nghi nhiễm Listeria

24. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm Listeria như thế nào?

Chẩn đoán nhiễm Listeria chỉ được xác định sau khi đã phân lập được Listeria trong các mẫu bệnh phẩm (máu, dịch não tủy, nước ối v.v...).

Tuy nhiên cũng cần phân biệt Listeria với các vi khuẩn gram dương hình que khác do đặc điểm hình thái của Listeria tương tự hình thái của các vi khuẩn dạng bạch hầu (Diphtheroids) và các liên cầu khuẩn.

Nếu kết quả nuôi cấy vi khuẩn không cho thấy sự có mặt của Listeria cũng không cho phép loại trừ tình trạng nhiễm Listeria trong trường hợp có biểu hiện điển hình của nhiễm Listeria trên lâm sàng.

Chú ý: Nếu kết quả nuôi cấy vi khuẩn không cho thấy sự có mặt của Listeria cũng không cho phép loại trừ tình trạng nhiễm Listeria trong trường hợp có biểu hiện điển hình của nhiễm Listeria trên lâm sàng.

25. Nhiễm Listeria được điều trị như thế nào?

Việc điều trị nhiễm Listeria khác nhau tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh. Nếu bạn ăn phải thực phẩm nghi ngờ nhiễm Listeria nhưng không có bất kỳ một triệu chứng nào thì không cần phải làm xét nghiệm hoặc điều trị gì cho dù bạn đang mang thai.

Tuy nhiên, nếu bạn ăn phải thực phẩm nghi bị nhiễm Listeria trong khi đang mang thai và xuất hiện các triệu chứng giống như cúm thì cần phải được bác sĩ tư vấn, xét nghiệm để chẩn đoán và điều trị bằng kháng sinh.

Ở sản phụ, việc điều trị nhanh chóng bằng kháng sinh (Amoxycilin/

Ampicillin và Gentamycin) có thể giúp ngăn cản tình trạng nhiễm khuẩn ảnh hưởng đến thai và trẻ sơ sinh. Thuốc kháng sinh cũng được sử dụng cho trẻ sơ sinh bị nhiễm Listeria.

Chú ý: Nếu bạn ăn phải thực phẩm nghi ngờ nhiễm Listeria nhưng không có bất kỳ một triệu chứng nào thì không cần phải làm xét nghiệm hoặc điều trị gì cho dù đang mang thai.

26. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm Listeria?

Để tránh lây nhiễm Listeria chỉ cần tuân theo các hướng dẫn an toàn thực phẩm đơn giản dưới đây:



Giữ mọi thứ sạch sẽ: Rửa tay thật kỹ bằng xà phòng trước và sau khi xử lý hoặc chuẩn bị thức ăn. Sau khi nấu ăn, dùng xà phòng để rửa các đồ dùng, thớt và các dụng cụ chuẩn bị thức ăn khác.



Sử dụng rau sạch và rửa kỹ trước khi sử dụng: Lựa chọn rau sạch có nguồn gốc rõ ràng, sau khi nhặt rau, rửa kỹ dưới vòi nước chảy.



Nấu chín kỹ các loại thức ăn. Lưu ý các loại thịt, thịt gia cầm, trứng được nấu chín thật kỹ để tránh thực phẩm còn sống ở bên trong.



Giữ vệ sinh tủ lạnh của bạn. Cần lau chùi, làm vệ sinh tủ lạnh đều đặn. Kiểm tra để đảm bảo tủ lạnh luôn được giữ ở nhiệt độ khoảng từ 4,5 đến 5°C trở xuống và không để các loại thực phẩm để hỏng quá lâu trong tủ lạnh

Nếu bạn đang mang thai hoặc có hệ thống miễn dịch bị suy giảm, để tránh nhiễm Liesteria các bạn cần lưu ý:

- Không ăn các loại thịt nguội đã chế biến như xúc xích nếu như chưa được hấp chín, nếu cảm thấy không an tâm về chất lượng tốt nhất không nên ăn.
- Không ăn các loại bơ, phô mai nếu không chắc các loại bơ hoặc phô mai này được làm từ sữa đã được tiệt trùng.
- Không ăn các loại thịt, hải sản hun khói nếu như chưa được nấu chín.
- Không ăn rau sống, các loại xà lách (salad), các loại cốc tay (cocktail) hoa quả.
- Không ăn các loại patê tự làm mặc dù được cất giữ trong tủ lạnh.
- Đối với các loại thực phẩm đóng hộp: có thể sử dụng nếu được bảo quản đúng quy cách và còn trong hạn sử dụng.
- Không ăn bánh mì kẹp thịt, bánh mì batê, hotdog v.v... nếu không chắc các loại thịt, xúc xích, patê được chế biến hợp vệ sinh và được đảm bảo chất lượng.
- Không uống sữa hoặc các loại thực phẩm được chế biến từ sữa chưa tiệt trùng

Chú ý: Để tránh lây nhiễm Listeria cần tuân theo các hướng dẫn an toàn thực phẩm. Đặc biệt khi mang thai cần tránh ăn những thức ăn chưa nấu chín, chưa được tiệt trùng và không rõ nguồn gốc.

Hình 6.3: Một số loại thực phẩm cần lưu ý để tránh lây nhiễm Listeria

Nguồn: Internet



Các loại thịt nguội, thịt xông khói



Xúc xích



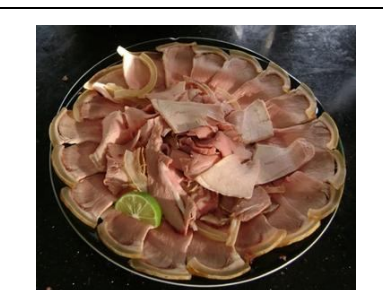
Các loại mì thịt nguội







Các loại rau sống



Các loại salad



Các loại thịt tái

<p>Hình 6.3: Một số loại thực phẩm cần lưu ý để tránh lây nhiễm Listeria</p> <p>Nguồn: Internet</p>	
	
<p>Trứng chưa nấu chín</p>	<p>Patê gan tự làm</p>
	
<p>Các loại hotdog</p>	<p>Các loại phô mai làm từ sữa chưa tiệt trùng</p>

27. Làm thế nào để giữ an toàn thực phẩm?

Để giữ an toàn thực phẩm các bạn lưu ý đến 4 việc cần làm sau đây:

27.1. Thường xuyên rửa tay và các bề mặt tiếp xúc với thực phẩm

- Rửa tay với nước ấm và xà phòng trong vòng 20 giây trước và sau khi xử lý thực phẩm, sau khi đi vệ sinh, thay tã, hoặc xử lý chất thải của vật nuôi.
- Rửa thớt, xoong, nồi, các đồ đựng thức ăn, bàn bếp bằng nước

nóng và xả phòng sau khi tiếp xúc với thịt, thịt gia cầm, hải sản, và trứng sống.

- Rửa sạch các nguyên liệu chế biến thức ăn trong nước không sử dụng xà phòng hoặc chất tẩy rửa.
- Lau sạch thức ăn rơi trong tủ lạnh ngay lập tức và làm sạch tủ lạnh thường xuyên.

27.2. Để riêng từng loại thực phẩm

- Thịt, gia cầm, và hải sản sống có thể chứa các vi khuẩn có hại, vì vậy phải để tách riêng chúng ra với những thực phẩm khác khi đi mua sắm và để ở ngăn riêng trong tủ lạnh. Các loại thực phẩm cần được bọc kín trong túi nhựa hoặc trong hộp nhựa đóng kín, tránh rò rỉ nước lên các thực phẩm khác.
- Sử dụng một cái thớt riêng để cắt thịt, gia cầm và hải sản sống và một thớt riêng để cắt các loại thực phẩm khác.
- Rửa thớt, các món ăn và đồ dùng bằng nước nóng và xả phòng sau khi tiếp xúc với thịt, gia cầm, hải sản, và trứng.
- Sử dụng các bát đĩa riêng để đựng các thực phẩm đã nấu chín và bát đĩa riêng cho thực phẩm sống.

27.3. Nấu chín thức ăn đến một nhiệt độ an toàn (đảm bảo chín bên trong thực phẩm)

- Thực phẩm phải được nấu đến nhiệt độ thích hợp để tiêu diệt vi khuẩn có hại, do đó cần nấu chín thật kỹ thịt, thịt gia cầm, và hải sản. Nếu có thể nên sử dụng một nhiệt kế sạch để kiểm tra nhiệt độ khi nấu.
- Nấu trứng cho đến khi lòng đỏ và trắng đặc lại.
- Đun sôi kỹ các loại thức ăn thừa trước khi dùng lại.

27.4. Giữ lạnh thực phẩm

Tủ lạnh của bạn nên đặt ở nhiệt độ 4°C hoặc thấp hơn và tủ đông đá ở -18°C. Nên đặt một nhiệt kế tủ lạnh trong tủ lạnh và kiểm tra nhiệt độ định kỳ. Một nhiệt kế thứ hai nên đặt trong tủ đá để kiểm tra nhiệt độ.

Lưu trữ thực phẩm dễ hỏng đã sơ chế hoặc sẵn sàng để ăn trong tủ lạnh ở nhiệt độ 4°C hoặc thấp hơn và sử dụng càng sớm càng tốt. Đừng giữ chúng quá lâu trong tủ lạnh.

28. Có vắc xin chủng ngừa Listeria không?

Do vi khuẩn Listeria phát triển bên trong tế bào vật chủ nên việc sản xuất các loại vắc xin để tạo ra kháng thể chống lại Listeria gặp rất nhiều khó khăn do đó vắc xin chủng ngừa Listeria vẫn đang còn trong giai đoạn nghiên cứu hiện vẫn chưa có vắc xin chủng ngừa Listeria.

Chú ý: Hiện chưa có vắc xin chủng ngừa Listeria

TÀI LIỆU THAM KHẢO

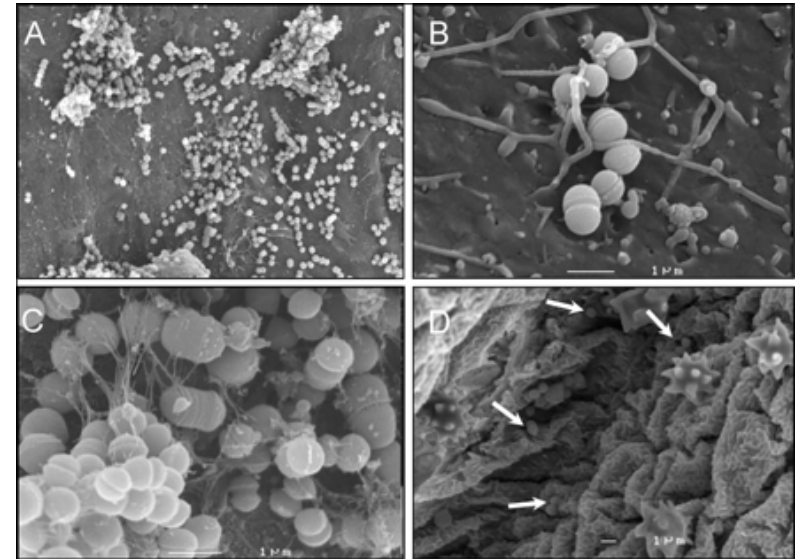
1. Benschushan A, Tsafir A, Arbel R, Rahav G, Ariel I, Rojansky N. Listeria infection during pregnancy: a 10 year experience. *Isr Med Assoc J*. 2002 Oct;4(10):776-80. Sẵn có tại URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389339>
2. Bubonja-Sonje M, Mustac E, Brunn A, Deckert M, Abram M. Listeriosis in pregnancy: case report and retrospective study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013 Feb;26(3):321-3. doi: 10.3109/14767058.2012.733780. Epub 2012 Oct 29 Sẵn có tại URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23039339>
3. Elizabeth Dougherty. Vaccine Strategy Beats Listeria at Its Own Game. News from Harvard Medical Dental, ad Public Helath Schools. URL: http://archives.focus.hms.harvard.edu/2006/040706/research_briefs.shtml
4. Keep Listeria Out of Your Kitchen. Sẵn có tại URL: <http://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm079667.htm>
5. Listeria infection. Sẵn có tại URL: <http://www.mayoclinic.com/print/listeria-infection/DS00963/DSECTION=all&METHOD=pri>
6. Listeria monocytogenes Infections (Listeriosis). Sẵn có tại URL: <http://aapredbook.aapublications.org/content/1/SEC131/SEC211.body?sid=c670033f-e6c1-4ef7-88df-ebf05aaf1ff5>
7. Listeria (Listeriosis). Sẵn có tại URL: <http://www.cdc.gov/listeria>
8. Listeriosis (Listeria) and Pregnancy. Sẵn có tại URL: http://www.cdc.gov/ncbddd/pregnancy_gateway/infections-Listeria.html
9. Listeriosis. Sẵn có tại URL: <http://im.unboundmedicine.com/medicine/ub/view/5-Minute-Clinical-Consult/116353/all/Listeriosis>
10. Novel vaccine approach stimulates protective immunity against listeria. Harvard Medical School. Public release date: 20-Mar-2006. Sẵn có tại URL: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2006-03/hms-nva031706.php
11. Ogunmodede F, Jones JL, Scheffel J, Kirkland E, Schulkin J, Lynfield R. Listeriosis prevention knowledge among pregnant women in the USA. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2005 Mar;13(1):11-5. Sẵn có tại URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16040322>
12. Pamela P, Mike S, Cheryl J. Management of Perinatal Infections. Australian Society for Infectious Diseases 2002. 24-26.
13. While You're Pregnant - Listeria. Sẵn có tại URL: <http://www.fda.gov/Food/ResourcesForYou/Consumers/ucm083320.htm>

NHIỄM LIÊN CẦU NHÓM B Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

1. Liên cầu nhóm B là gì?

Liên cầu là những vi khuẩn, hình cầu. Dưới kính hiển vi thông thường, chúng nối nhau thành từng chuỗi nên được gọi là "liên cầu". Có rất nhiều loại liên cầu, người ta quy thành từng nhóm, tùy theo các đặc tính các kháng nguyên của chúng và đặt tên các nhóm theo mẫu tự A, B.. Lancerfield phát hiện ra kháng nguyên nhóm B của nhóm liên cầu trong bài này, nên được gọi là liên cầu nhóm B Lancerfield. Tên khoa học là *Streptococcus agalactiae*

S. agalactiae có khả năng gây tan máu trong môi trường cấy nên còn gọi là liên cầu tan máu nhóm B



Hình 7.1 : Liên cầu nhóm B gây nhiễm trùng bàng quang dưới kính hiển vi điện tử

Nguồn: <http://aapredbook.aapublications.org>

2. Nhiễm Liên cầu nhóm B ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm liên cầu nhóm B nguy hiểm cho đối tượng nào?

• Cho trẻ sơ sinh

Trẻ sinh ra từ mẹ có nhiễm trùng âm đạo hay đường tiểu do liên cầu nhóm B trong khi mang thai có thể bị bệnh nhiễm liên cầu nhóm B sớm (từ khi sinh ra đến ngày thứ 6) hay muộn (từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 90 sau sinh) với các bệnh cảnh có thể gây tử vong hay di chứng nặng nề cho trẻ về sau:

- Nhiễm trùng huyết
- Viêm phổi
- Viêm màng não

• Cho thai phụ

Phụ nữ có thai nhiễm liên cầu nhóm B có thể đưa đến các bệnh cảnh sau

- Nhiễm trùng đường tiểu (thường không có triệu chứng)
- Nhiễm trùng ối (gây nguy hiểm cho thai nhi)
- Viêm nội mạc tử cung sau sinh
- Nhiễm trùng huyết sau sinh
- Truyền bệnh cho con khi sinh hay ngay khi đang còn trong tử cung qua nhiễm trùng ối.

• Cho những đối tượng khác:

Có thể gây nhiễm trùng da và mô dưới da, các ổ áp xe khu trú, hoặc bệnh cảnh nhiễm trùng có đáp ứng toàn thân (sepsis). Thường gặp ở những người có bệnh làm giảm sức đề kháng của cơ thể như đái tháo đường, bệnh gan mạn, ung thư, nhất là ung thư vú và người già.

Chú ý: Nhiễm trùng liên cầu nhóm B ở trẻ sơ sinh thường có những bệnh cảnh nặng (nhiễm trùng huyết, viêm màng não, viêm phổi..) nên phải phát hiện sớm để điều trị, và có thể điều trị có kết quả tốt. Triệu chứng rất mơ hồ và nghèo nàn, đôi khi triệu chứng duy nhất là trẻ không chịu bú mà thôi. Vì thế phải luôn cảnh giác và báo cho bác sĩ chuyên khoa nhi sơ sinh khi trẻ không chịu bú.

2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm liên cầu nhóm B bẩm sinh?

Người ta không gọi là nhiễm liên cầu nhóm B bẩm sinh ngay cả khi trẻ

sinh ra đã có bệnh cảnh nhiễm liên cầu nhóm B sẵn trong những giờ đầu tiên do nhiễm từ trong tử cung vì bệnh cảnh nhiễm trùng giống như một trẻ bình thường sinh ra và bị nhiễm liên cầu nhóm B ở bên ngoài.

2.3. Tỷ lệ nhiễm liên cầu nhóm B ở trẻ sơ sinh:

Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm liên cầu nhóm B so với toàn bộ trẻ sơ sinh còn sống khi sinh ra từ 1 – 4/1.000. Tỷ lệ tính trên trẻ sinh ra từ mẹ có nhiễm liên cầu nhóm B niệu dục khi mang thai là 1 -2 %, trong đó 75% là nhiễm trùng sớm (trong vòng 6 ngày sau khi sinh)

3. Liên cầu nhóm B lây truyền cho người như thế nào?

Liên cầu nhóm B thường có sẵn ở đường tiêu hóa và sinh dục ở nhiều người nhưng không có triệu chứng. Đôi khi còn tìm thấy ở họng.

Đường lây truyền có thể qua tiếp xúc thân mật (kể cả quan hệ tình dục với người mang liên cầu nhóm B) và qua đường phân miệng.

4. Lây nhiễm liên cầu nhóm B ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Sản phụ có thể nhiễm liên cầu nhóm B ở đường tiểu hay âm đạo (nhưng không có triệu chứng) trước khi có thai, hoặc khi có tiếp xúc thân mật với người khác đang nhiễm liên cầu nhóm B. Hiện diện của liên cầu nhóm B ở đường tiêu hóa, vùng tầng sinh môn là một nguy cơ gây nhiễm liên cầu nhóm B đến âm đạo và đường tiểu cho phụ nữ.

5. Lây nhiễm liên cầu nhóm B từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Liên cầu nhóm B từ mẹ có thể truyền sang cho con qua các đường sau:

- Ngay trong tử cung (do nhiễm trùng ối từ âm đạo lên)
- Khi sinh ra qua đường âm đạo đang bị nhiễm liên cầu

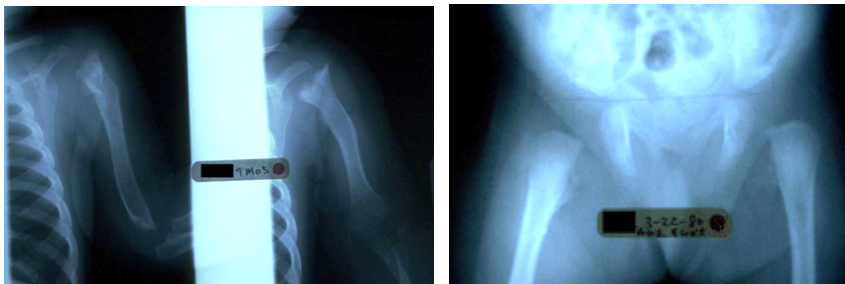
6. Các biểu hiện khi bị nhiễm liên cầu nhóm B

6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi không mang thai)

- *Nhiễm trùng da và các mô mềm:* với nhiều biểu hiện khác nhau, có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết. Loét bàn chân, loét do nằm liệt giường, viêm mô dưới da (cellulitis), viêm cân hoại tử, áp xe, viêm quy đầu là những biểu hiện thường gặp. Có trường hợp gây sốc do độc tố. Các yếu tố nguy cơ là phù bạch mạch, suy tĩnh

mạch, viêm da hay tổn thương da do tia xạ. Có trường hợp viêm mô dưới da vùng đùi và có biểu hiện nhiễm trùng toàn thân sau quan hệ tình dục ở phụ nữ có nhiễm liên cầu nhóm B ở âm đạo trước đó.

- **Nhiễm trùng huyết không rõ tiêu điểm:** Có khi gây tử vong
- **Nhiễm trùng đường tiểu:** (khi khuẩn lạc liên cầu trong nước tiểu $> 10^5$ /mL). Thường gây viêm bàng quang, viêm thận bể thận. Ở nam giới có khi viêm tinh hoàn, viêm tiền liệt tuyến, viêm niệu đạo.
- **Viêm đường hô hấp trên:** thường kết hợp với các yếu tố và các vi khuẩn khác.
- **Viêm xương khớp:** Gây viêm xương tủy và viêm khớp nhiễm trùng. Thường xảy ra ở khớp lớn đã có bệnh trước đó (chấn thương, khớp giả..)



Hình 7.2 (trái): Biến dạng xương cánh tay trái ở một trẻ nhỏ 7 tháng tuổi.
Hình 7.3 (phải): Viêm khớp háng và viêm xương tủy đầu trên xương đùi phải do nhiễm liên cầu nhóm B

Nguồn: <http://aapredbook/aapublications.org>

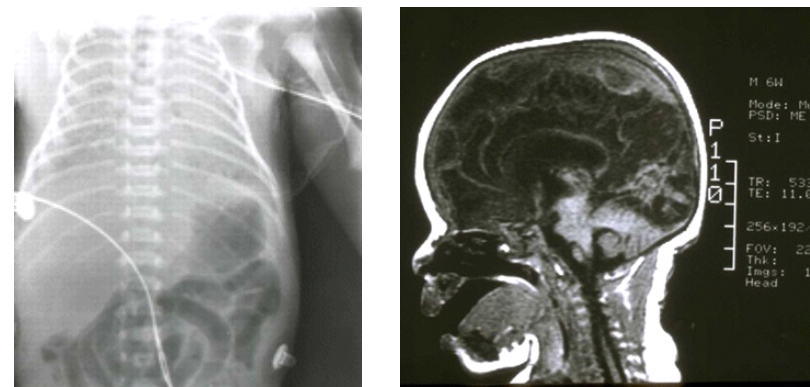
- **Tim:** Liên cầu nhóm B có thể gây viêm nội tâm mạc, viêm và tổn thương van tim
- **Hệ thần kinh trung ương:** Thường gây viêm màng não. Nguy hiểm ở người già và người suy giảm miễn dịch
- **Nhiễm trùng ở các vị trí khác:** viêm nội nhãn, viêm đường mật, áp xe ổ bụng (thường lan theo đường máu)
- **Hội chứng sốc do nhiễm độc tố liên cầu:** gồm sốt, ban đỏ, hạ huyết áp, rối loạn điện giải xảy ra ở người nhiễm trùng đường tiểu hay viêm cân hoại tử do liên cầu. Có thể gây tử vong

6.2. Ở sản phụ

- **Nhiễm trùng đường tiểu** từ không triệu chứng cho đến viêm bàng quang, viêm thận - bể thận như ở người không mang thai. Là nguồn gốc gây viêm đường sinh dục (phần phụ, nội mạc tử cung, âm đạo)
- **Nhiễm trùng ối:** mẹ có biểu hiện sốt, đau vùng tử cung, nhịp tim nhanh, bạch cầu trong máu tăng. Chọc thấy nước ối đục, có mủ. Thai có biểu hiện nhịp tim nhanh.
- **Viêm nội mạc tử cung sau sinh:** Khi sản phụ có nhiễm liên cầu ở đường sinh dục trước đó. Phải điều trị kháng sinh. Nhiều trường hợp phải lựa chọn kháng sinh thích hợp vì có nguy cơ đe dọa tử vong hay phải cắt tử cung.
- **Nhiễm trùng huyết:** Thường xảy ra thời kỳ chu sinh. Nguyên nhân do liên cầu nhóm B đứng hàng thứ hai (sau E. coli)
- **Nhiễm trùng các vị trí khác:** Viêm màng não chu sinh (có thể trước hay sau khi sinh) cho mẹ, viêm nội tâm mạc, viêm cân hoại tử, áp xe ổ bụng. Thường xảy ra sau khi sinh hay sau khi chủ động chấm dứt thai kỳ.

6.3. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Nhiễm liên cầu nhóm B ở trẻ sơ sinh có thể chia ra:



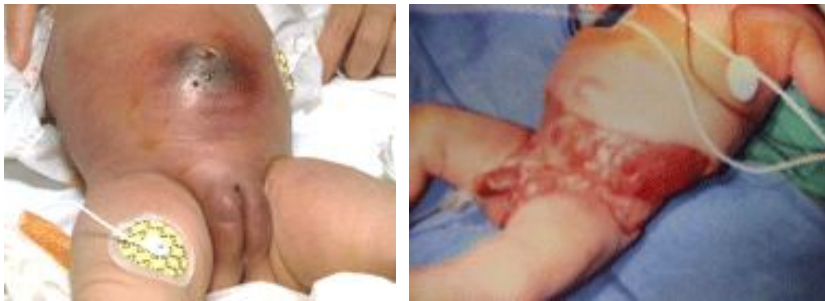
Hình 7.4 (trái): Viêm phổi nặng 2 bên do nhiễm liên cầu nhóm B ở trẻ sơ sinh
Hình 7.5 (phải): Hình ảnh MRI sọ não sau viêm màng não do nhiễm liên cầu nhóm B ở trẻ nhỏ.

Nguồn: <http://aapredbook/aapublications.org>

- **Nhiễm trùng sớm:** xảy ra trong vòng 24 giờ cho đến ngày thứ sáu

sau sinh. Biểu hiện lâm sàng: nhiễm trùng có biểu hiện toàn thân (sepsis), viêm phổi và viêm màng não.

- **Nhiễm trùng muện:** xảy ra từ ngày thứ bảy đến ngày thứ 89 (đủ 3 tháng tuổi). Thường gây nhiễm trùng huyết không tìm ra tiêu điểm. Tuy nhiên có khi tìm ra tiêu điểm là viêm màng não hay có ổ nhiễm liên cầu khu trú. So với nhiễm trùng sớm, nhiễm trùng muộn ít sốc nặng hơn, nhưng nếu có viêm màng não thường gây co giật nhiều hơn.
- **Nhiễm trùng rất muộn:** xảy ra khi trẻ đã đủ 3 tháng tuổi trở lên. Hay gặp ở trẻ sinh non (< 28 tuần thai hay trẻ đủ tháng nhưng có suy giảm miễn dịch). Có thể gây nhiễm trùng huyết, viêm phổi, viêm màng não, viêm khớp, xương, mô mềm...và ở trẻ 6 tháng tuổi, nhiễm liên cầu nhóm B có thể gợi ý có nhiễm HIV



Hình 7.6 (trái): Viêm cân mạc quanh rốn phối hợp tụ cầu. Hình 7.7 (phải): Viêm cân - mô dưới da (hình phải) do liên cầu nhóm B ở trẻ 3 tháng tuổi.

Nguồn: <http://aapredbook/aapublications.org>

Chú ý: Do mẹ có thể nhiễm liên cầu nhóm B đường tiểu không có triệu chứng, nhưng vẫn lây cho trẻ khi sinh, nên xét nghiệm tầm soát nhiễm liên cầu nhóm B đường niệu dục cho tất cả các sản phụ đến sinh vỡ ối sớm hay sinh sớm < 37 tuần.

7. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm liên cầu nhóm B

7.1. Ở người bình thường

Những người có nguy cơ dễ nhiễm liên cầu: người già, nghiện rượu, đái tháo đường, nhiễm HIV, chấn thương, bệnh gan thận tiến triển và có tổn thương hay bệnh lý có thể do liên cầu gây ra. Phát hiện liên cầu nhóm B trong đường tiêu hóa (cấy phân) là một nguy cơ gây nhiễm đường niệu

dục. Nên tầm soát nhiễm trùng đường tiểu không triệu chứng cho phụ nữ

7.2. Ở sản phụ

Ngoài các yếu tố như ở người không mang thai, nên tầm soát nhiễm liên cầu đường tiểu và viêm âm đạo không triệu chứng. Nghi ngờ nhiễm liên cầu khi có các biểu hiện lâm sàng có thể do liên cầu gây ra.

7.3. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Nguy cơ nhiễm liên cầu nhóm B cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ là mẹ có nhiễm vi khuẩn này ở đường niệu dục hay đường tiêu hóa. Các yếu tố nguy cơ khác là :

- Sinh sớm (< 37 tuần)
- Vỡ ối (hay các màng nhau thai) bất kỳ lúc nào trong thai kỳ
- Vỡ ối > 18 giờ trước sinh
- Nhiễm trùng ối
- Mẹ có liên cầu nhóm B trong nước tiểu khi mang thai (> 10⁴ CFU/mL)
- Mẹ sốt (>38⁰C) khi sinh
- Sản phụ đã có sinh một trẻ trước đó có nhiễm liên cầu.

Các yếu tố tăng khả năng nhiễm liên cầu cao hơn gồm:

- Chủng vi khuẩn có độc tính cao
- Mẹ nhiễm nhiều vi khuẩn đường niệu dục (> 10⁵ CFU/mL)
- Khi sinh mẹ chưa có kháng thể IgG chống vỏ liên cầu nhóm B.
- Kèm theo trên lâm sàng trẻ có các triệu chứng nghi ngờ nhiễm liên cầu.

8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán liên cầu nhóm B?

Nhuộm Gram, cấy bệnh phẩm trên môi trường thông thường. Định danh với các kit kháng huyết thanh. Có thể phân type huyết thanh. Các type huyết thanh III và Ia thường hay gặp nhất

9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm liên cầu nhóm B?

Nếu không có chỉ định hay kế hoạch mổ lấy thai, nên sàng lọc cho tất cả

sản phụ vào tuần thứ 36 -37 xem có nhiễm liên cầu ở đường âm đạo hay trực tràng không để có biện pháp phòng ngừa cho trẻ.

Tuy nhiên với sản phụ đã từng sinh một trẻ bị nhiễm liên cầu hay đã phát hiện nhiễm liên cầu trong nước tiểu bất kỳ ở giai đoạn nào trong thời kỳ thì không cần phải sàng lọc mà tiến hành phòng ngừa ngay.

10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

Tiến hành xét nghiệm tìm liên cầu cho trẻ sơ sinh qua đường âm đạo khi có những yếu tố sau:

- Trẻ sinh ra có biểu hiện bệnh
- Mẹ bị nhiễm trùng ối hay vỡ ối sớm
- Mẹ đang được dùng thuốc để phòng liên cầu nhóm B cho con

11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm liên cầu nhóm B như thế nào?

Sản phụ có nhiễm liên cầu nhóm B trong nước tiểu, âm đạo, trực tràng cần phải tiến hành phòng ngừa cho trẻ trước sinh bằng kháng sinh

Tuy nhiên nếu phát hiện nhiễm liên cầu nhóm B ở miệng thì không nhất thiết phải tiến hành phòng ngừa.

12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm liên cầu nhóm B?

Khi sản phụ có nhiễm liên cầu nhóm B trong nước tiểu, âm đạo, trực tràng, nhiễm trùng ối, vỡ ối sớm và không mổ lấy thai, vào tuần thứ 36 trở đi của thai kỳ, cần tiến hành dự phòng bằng thuốc trước sinh cho thai nhi

12.1. Chỉ định và không có chỉ định điều trị dự phòng cho thai nhi

Bảng 7.1: Chỉ định và không có chỉ định điều trị dự phòng trước sinh

Chỉ định	Không có chỉ định
Trẻ sinh lần trước có nhiễm liên cầu nhóm B nặng và sớm	Nhiễm liên cầu B trong lần mang thai trước (trừ khi có chỉ định trong lần mang thai này)
Có liên cầu nhóm B trong nước tiểu bất kỳ lúc nào trong thời gian mang thai*	Nhiễm liên cầu B nước tiểu trong lần mang thai trước (trừ khi có chỉ định trong lần mang thai này)

Chỉ định	Không có chỉ định
Cấy sàng lọc tìm liên cầu nhóm B trong âm đạo/trực tràng vào quý cuối của thai kỳ (+)	Cấy sàng lọc có kết quả âm tính (âm đạo và trực tràng) trong lần mang thai này dù có các yếu tố nguy cơ
Không biết có nhiễm liên cầu hay không khi sản phụ đến sinh và có bất kỳ điều nào sau đây: <ul style="list-style-type: none"> - Sinh sớm < 37 tuần - Vỡ ối sớm ≥18 giờ - Nhiệt độ trong bào thai ≥38.0°C^S - PCR bệnh phẩm trong tử cung dương tính với liên cầu B 	

12.2. Thuốc sử dụng

- Sản phụ không dị ứng với họ Penicilline

Việc điều trị cho sản phụ được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa. Penicilline, Ampicilline là kháng sinh được lựa chọn nếu sản phụ không bị dị ứng với Penicilline. Trong trường hợp sản phụ dị ứng với Penicilline, các loại kháng sinh Cefazolin, Clindamycine hoặc Vancomycine sẽ được lựa chọn để thay thế.

13. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm liên cầu nhóm B tại cộng đồng

Chỉ cách ly khi có dịch nhiễm liên cầu bộc phát trong phòng trẻ sơ sinh

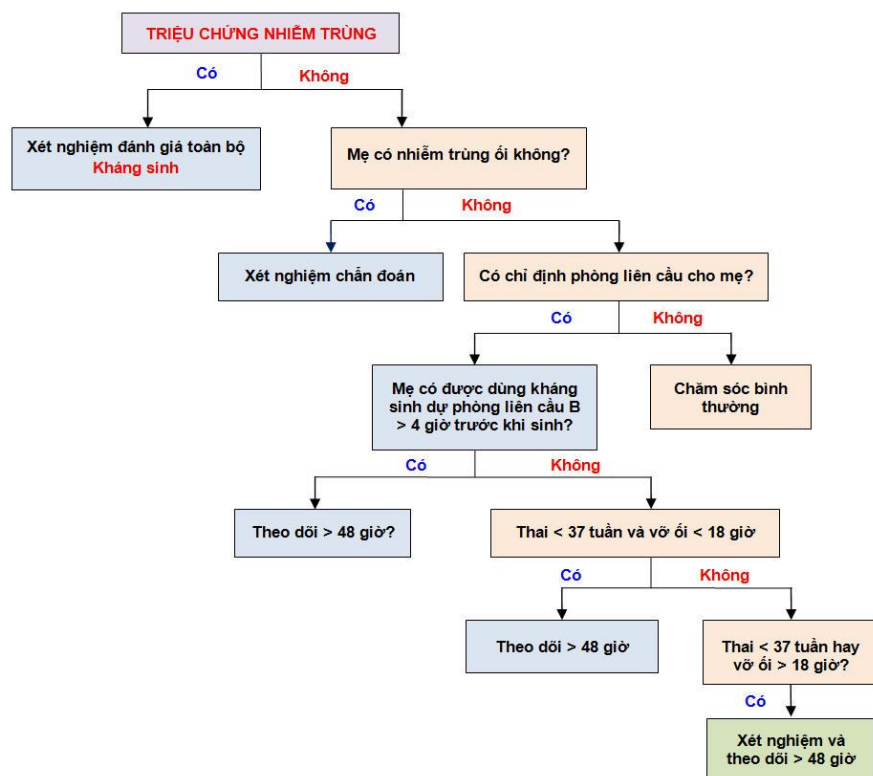
14. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm liên cầu nhóm B?

14.1. Điều trị kháng sinh

- Dùng ampiciline (liều thông thường dành cho trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn). Nên kết hợp thêm với gentamycine.
- Nếu có viêm màng não, ưu tiên dùng cephalosporine thế hệ 3

14.2. Sơ đồ chẩn đoán

Sơ đồ dưới đây minh họa quy trình chẩn đoán nhiễm liên cầu nhóm B



Sơ đồ 7.1: Quy trình chẩn đoán nhiễm liên cầu nhóm B

15. Có vắc-xin chủng ngừa liên cầu nhóm B không?

Hiện đang có nhiều hướng nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng nhưng chưa có vắc-xin ngừa liên cầu nhóm B được áp dụng chính thức vào cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics. Group B streptococcal infections. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th, Pickering LK. (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p.680.
2. Carbonell-Estrany X, Figueras-Aloy J, Salcedo-Abizanda S, et al. Probable early-onset group B streptococcal neonatal sepsis: a serious clinical condition related to intrauterine infection. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2008; 93:F85.

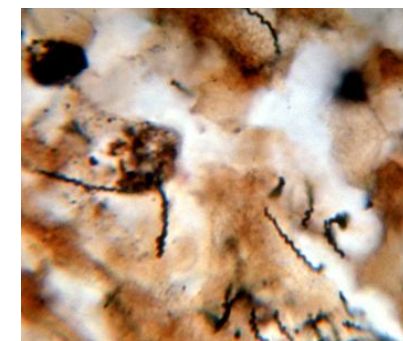
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Trends in perinatal group B streptococcal disease - United States, 2000-2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58:109.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Active Bacterial Core Surveillance Report, Emerging Infections Program Network, Group B Streptococcus, 2010. www.cdc.gov/abcs/reports-findings/surveys/gbs10.html (Accessed on May 11, 2012).
5. Eberly MD, Rajnik M. The effect of universal maternal screening on the incidence of neonatal early-onset group B streptococcal disease. Clin Pediatr (Phila) 2009; 48:369.
6. Edwards MS, Baker CJ. Streptococcus agalactiae (Group B streptococcus). In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 2nd, Long SS, Pickering LK, Prober CG (Eds), Churchill Livingstone, New York 2008. p.711.
7. Edwards, MS, Nizet, V. Group B streptococcal infections. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7th ed, Remington, JS, Klein, JO, Wilson, CB, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2011. p.419.
8. Gagneur A, Héry-Arnaud G, Croly-Labourdette S, et al. Infected breast milk associated with late-onset and recurrent group B streptococcal infection in neonatal twins: a genetic analysis. Eur J Pediatr 2009; 168:1155.
9. Guilbert J, Levy C, Cohen R, et al. Late and ultra late onset Streptococcus B meningitis: clinical and bacteriological data over 6 years in France. Acta Paediatr 2010; 99:47.
10. INIS Collaborative Group, Brocklehurst P, Farrell B, et al. Treatment of neonatal sepsis with intravenous immune globulin. N Engl J Med 2011; 365:1201.
11. Jones SM, Steele RW. Recurrent group B streptococcal bacteremia. Clin Pediatr (Phila) 2012; 51:884.
12. Jordan HT, Farley MM, Craig A, et al. Revisiting the need for vaccine prevention of late-onset neonatal group B streptococcal disease: a multistate, population-based analysis. Pediatr Infect Dis J 2008; 27:1057.
13. Levent F, Baker CJ, Rench MA, Edwards MS. Early outcomes of group B streptococcal meningitis in the 21st century. Pediatr Infect Dis J 2010; 29:1009.
14. Libster R, Edwards KM, Levent F, et al. Long-term Outcomes of Group B Streptococcal Meningitis. Pediatrics 2012; 130:e8.
15. Newman TB, Puopolo KM, Wi S, et al. Interpreting complete blood counts soon after birth in newborns at risk for sepsis. Pediatrics 2010; 126:903.
16. Pannaraj PS, Baker, CJ.. Group B streptococcal infections. In: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. p.1239.
17. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, et al. Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005. JAMA 2008; 299:2056.
18. Polin RA, Committee on Fetus and Newborn. Management of neonates with suspected or proven early-onset bacterial sepsis. Pediatrics 2012; 129:1006.
19. Pulver LS, Hopfenbeck MM, Young PC, et al. Continued early onset group B streptococcal infections in the era of intrapartum prophylaxis. J Perinatol 2009; 29:20.

20. Puopolo KM, Draper D, Wi S, et al. Estimating the probability of neonatal early-onset infection on the basis of maternal risk factors. *Pediatrics* 2011; 128:e1155.
21. Puopolo KM, Eichenwald EC. No change in the incidence of ampicillin-resistant, neonatal, early-onset sepsis over 18 years. *Pediatrics* 2010; 125:e1031.
22. Soukka H, Rantakokko-Jalava K, Vähäkuopus S, Ruuskanen O. Three distinct episodes of GBS septicemia in a healthy newborn during the first month of life. *Eur J Pediatr* 2010; 169:1275.
23. Stoll BJ, Hansen NI, Sánchez PJ, et al. Early onset neonatal sepsis: the burden of group B Streptococcal and E. coli disease continues. *Pediatrics* 2011; 127:817.
24. Van Dyke MK, Phares CR, Lynfield R, et al. Evaluation of universal antenatal screening for group B streptococcus. *N Engl J Med* 2009; 360:2626.
25. Verani JR, McGee L, Schrag SJ, Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59:1.

NHIỄM GIANG MAI Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

1. Bệnh giang mai là gì?

Bệnh giang mai là một bệnh lây truyền chủ yếu qua đường tình dục, do một loại xoắn khuẩn có tên khoa học là *Treponema pallidum*. Ngoài đường tình dục, giang mai còn có thể truyền qua đường máu và mẹ truyền cho con trong thời kỳ mang thai



Hình 8.1 : Hình ảnh xoắn khuẩn giang mai trong tiêu bản nhuộm bạc, bệnh phẩm từ mắt trẻ mắc giang mai bẩm sinh lây từ mẹ

Nguồn và được phép sao chép của Rubin E, Farber JL. Pathology, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 1999. Copyright © 1999 Lippincott Williams & Wilkins

Trước khi tìm ra kháng sinh, bệnh giang mai từng gây kinh hoàng cho nhân loại tương tự như nhiễm HIV/AIDS hiện nay, vì nếu không điều trị, giai đoạn cuối, giang mai thường gây bệnh ở nội tạng gây tàn phế và tử vong.

Trẻ bị nhiễm giang mai từ trong bụng mẹ gọi là giang mai bẩm sinh với nhiều hậu quả đáng sợ như dị tật ở nhiều cơ quan, chậm phát triển trí tuệ.

Chú ý: Hiện nay, tuy có thuốc điều trị, nhưng thường được phát hiện muộn nên vẫn có nhiều trường hợp di chứng cho trẻ cũng như mẹ nhiễm giang mai.

2. Bệnh giang mai ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Bệnh giang mai nguy hiểm cho đối tượng nào?

Trên nguyên tắc, vi khuẩn giang mai gây nguy hiểm cho bất cứ người nào nhiễm vi khuẩn này mà không được điều trị. Tuy nhiên nguy hiểm nhất cho những người đang nằm trong lứa tuổi hoạt động tình dục, có nhiều bạn tình, quan hệ tình dục không an toàn với người mới quen hay không quen biết (mãi dâm).

Các yếu tố nguy cơ dễ lây nhiễm giang mai cho phụ nữ đang ở độ tuổi sinh đẻ là: nghèo, hành nghề mãi dâm, nghiện ma túy, có bệnh truyền

qua đường tình dục khác và ở vùng có tỷ lệ nhiễm giang mai cao.

Bệnh giang mai còn nguy hiểm cho thai nhi của những sản phụ nhiễm giang mai không được điều trị. Có thể gây thai lưu, sảy thai, sinh non, thiếu cân, tử vong chu sinh và nếu sống có thể bị giang mai bẩm sinh với nhiều di chứng khác nhau.

2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm giang mai bẩm sinh?

Trẻ bị giang mai bẩm sinh khi nhiễm giang mai do mẹ truyền qua trong thời kỳ thai nghén. Trên nguyên tắc, vi khuẩn giang mai có thể qua nhau thai bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ, nhưng thường biểu hiện vào tháng thứ tư của thai kỳ trở đi. Biểu hiện lâm sàng có thể sớm (trong năm đầu tiên) hay muộn, và trẻ sơ sinh có thể chưa có triệu chứng gì khác lạ.

Vì vậy, CDC Hoa Kỳ, mở rộng định nghĩa, bao gồm cả những trẻ có mẹ nhiễm giang mai trước (không quá 4 năm) hay trong thời kỳ mang thai chưa điều trị hay không được điều trị đầy đủ đều xem như có giang mai bẩm sinh để sàng lọc và điều trị sớm.

3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm giang mai bẩm sinh?

Trên phạm vi toàn cầu, theo báo cáo của Tổ Chức Y Tế Thế Giới (2007), hàng năm có khoảng 1.575.000 trẻ bị nhiễm giang mai bẩm sinh. Tỷ lệ này thay đổi tùy theo quốc gia và cũng thay đổi theo chiến lược tầm soát và phòng chống các bệnh lây qua đường tình dục cũng như công tác thống kê y tế của mỗi nước.

Ở nước ta chưa có báo cáo về vấn đề này .

4. Giang mai lây truyền cho người như thế nào?

Vi khuẩn giang mai chỉ có người là nguồn bệnh duy nhất. Lây truyền từ người này sang người khác chủ yếu theo ba đường:

- **Qua da và niêm mạc:** chủ yếu qua quan hệ tình dục với người có vi khuẩn giang mai giai đoạn sớm (trong vòng một năm kể từ khi nhiễm kể cả người không có biểu hiện lâm sàng của giai đoạn sơ nhiễm và giai đoạn 2).
- **Đường máu:** Nhận máu người có vi khuẩn giang mai trong máu. Rất hiếm gặp
- **Từ mẹ truyền cho con:** Mẹ mắc giang mai có thể truyền cho thai

nhi bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ. Cao điểm là từ khi mắc giang mai đến khi mang thai không quá 4 năm và chưa được điều trị hay không được điều trị đầy đủ. Sau 4 năm, tỷ lệ truyền bệnh cho con giảm xuống nhiều. Hầu như chỉ còn truyền cho con trong giai đoạn chu sinh.

5. Lây nhiễm giang mai ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Sản phụ nhiễm giang mai từ người khác chủ yếu qua đường quan hệ tình dục. Có thể nhiễm giang mai trước khi có thai hay trong khi có thai (mới quan hệ tình dục với người nhiễm giang mai khi đang có thai)

6. Lây nhiễm giang mai từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Thai nhi có thể nhiễm giang mai từ mẹ ở bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ, nhưng tỷ lệ nhiễm chu sinh lên đến 50% nếu mẹ đang ở giai đoạn sớm (tiền phát hay kỳ 2). Tỷ lệ nhiễm chu sinh giảm khi mẹ mắc giang mai tiềm ẩn sớm (40%) hay muộn (10%) hay giang mai kỳ 3 (10%). Lây cao nhất cho con trong 4 năm đầu tiên kể từ khi mẹ nhiễm giang mai và không được điều trị hay điều trị không đầy đủ.

Nếu mẹ được điều trị giang mai đầy đủ trước khi sinh ít nhất 30 ngày, tỷ lệ nhiễm giang mai bẩm sinh cho trẻ (nhất là trong thời gian chu sinh) giảm rất nhiều, chỉ còn 1-2% so với 70% nếu không điều trị.

Hầu hết trường hợp, xoắn khuẩn từ máu mẹ truyền qua nhau thai gây nhiễm cho con. Chỉ có một số trường hợp rất hiếm, khi sinh ra trẻ tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc hay da mẹ đang có tổn thương do xoắn khuẩn rồi bị lây nhiễm.

Mẹ nhiễm giang mai có biểu hiện lâm sàng sơ nhiễm hay thời kỳ 2 lây nhiễm cho trẻ nhiều hơn (60-90%) là nhiễm tiềm ẩn (tiềm ẩn sớm tỷ lệ lây 40%, muộn < 10%). Thời gian từ khi mẹ nhiễm giang mai không được điều trị đến khi có thai nếu < 4 năm thì lây nhiều cho trẻ hơn sau 4 năm (2%).

Chú ý: Dù tỷ lệ truyền cho con thấp hơn, nhưng mẹ nhiễm giang mai tiềm ẩn thường bị bỏ sót, không phát hiện được, nên không được điều trị và phòng bệnh kịp thời so với mẹ nhiễm có biểu hiện lâm sàng.

7. Các biểu hiện khi bị nhiễm giang mai

7.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ mang thai)

Tùy theo biểu hiện lâm sàng và thời gian từ khi nhiễm đến khi biểu hiện hay phát hiện bệnh, người ta chia ra các thể sau:

- **Giang mai sớm**

Khi biểu hiện xảy ra trong vòng 1 năm kể từ khi nhiễm vi khuẩn giang mai vào cơ thể. Giang mai sớm có thể sơ nhiễm hay thứ phát (kỳ 2).



Hình 8.2 (trái): Sẩn giang mai ở bàn tay (kỳ 2). Hình 8.3 (phải): Mảng tổn thương giang mai kỳ 2 ở lưỡi

Nguồn: Courtesy of Ron Roddy

- **Biểu hiện giang mai sơ nhiễm:** Đặc trưng là sẩn giang mai, xuất hiện ở da và niêm mạc, nơi vi khuẩn xâm nhập vào, có thể ở cơ quan sinh dục hay nơi khác. Đặc điểm là nổi gồ lên, không đau, kích thước 1-2 cm, bờ cứng, sau đó loét ở giữa nhưng vẫn không đau. Sau 3-6 tuần sẩn tự lành dù không điều trị gì. Ở phụ nữ, rất dễ bỏ sót vì sẩn thường xuất hiện ở niêm mạc âm đạo và cổ tử cung. Kèm theo sẩn thường có hạch lớn, cả hai bên.
- **Giang mai kỳ 2:** Xuất hiện sau khi có sẩn giang mai 6 tuần cho đến 6 tháng với biểu hiện ban ở da. Thường gặp ở lòng bàn tay, bàn chân, niêm mạc, nhưng không có ở mắt. Kèm theo vùng da có ban, có hạch phản ứng kèm theo. Có thể kèm theo sốt, viêm họng, sụt cân và có tổn thương lớn ở cơ quan sinh dục (dạng u condylomata lata). Giang mai kỳ hai biến mất dù không điều trị trong vòng 2 đến 6 tuần.

- **Giang mai tiềm ẩn sớm**

Không có triệu chứng gì trong vòng 1 năm kể từ có vi khuẩn giang mai

trong cơ thể. Ít truyền qua cho con ngoài trừ trong giai đoạn chu sinh

- **Giang mai tiềm ẩn muộn hay không rõ thời gian nhiễm bệnh:** Không có triệu chứng nhưng đã nhiễm vi khuẩn giang mai > 1 năm hay không rõ thời gian nhiễm.

- **Giang mai muộn (Thường gọi giang mai kỳ 3)**

Xảy ra từ 5 đến 20 năm sau một thời gian tiềm ẩn. Lâm sàng gồm gồm giang mai, bệnh lý tim mạch và giang mai thần kinh. Hiện nay hiếm gặp vì thường được điều trị với kháng sinh ở giai đoạn sơ nhiễm hay kỳ 2.

7.2. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

Biểu hiện lâm sàng của trẻ bị nhiễm giang mai bẩm sinh từ mẹ rất phong phú. Trẻ có thể có triệu chứng ngay khi còn trong bụng mẹ, ngay khi sinh ra hay muộn hơn khi đã lớn (nếu không điều trị).

- **Giang mai bẩm sinh sớm**

Gọi là sớm khi trẻ có biểu hiện lâm sàng trong 2 năm đầu tiên. Biểu hiện đa dạng và nhiều mức độ khác nhau. 40 – 60 % có các biểu hiện sau: gan lớn, xuất tiết mũi, ban đỏ trên da, nổi hạch và bất thường về xương.

Triệu chứng thực thể có thể gặp ngay khi sinh ra hoặc trong vòng 3 tháng đầu, nhất là vào tuần tuổi thứ 5. Một phần ba sinh ra không có triệu chứng gì.

- **Biểu hiện ở nhau và dây rốn:** Nhau của trẻ nhiễm giang mai bẩm sinh thường lớn, dày và xanh tái. Dây rốn phù nề, có những dải xoắn đỏ hay xanh xen kẽ với những mảng trắng như phấn, tập trung quanh các mạch máu, đôi khi có những ổ hoại tử như những áp xe có chứa một chất dạng gel gọi là chất gel Wharton.
- **Gan lớn** có thể kèm thêm lách lớn hay không. Nhưng thường có vàng da và biến đổi chức năng gan. Sinh thiết gan có thể tìm thấy xoắn khuẩn.

Hình 8.4: Viêm mũi do giang mai ở trẻ sơ sinh

Nguồn: Dr. Norman Cole. CDC Hoa Kỳ



- **Viêm mũi:** báo hiệu có giang mai bẩm sinh. Thường xảy ra trong tuần đầu tiên, hiếm khi sau tuần thứ ba kể từ khi sinh ra. Dịch mũi trắng, đôi khi có máu, hay có mủ (bội nhiễm vi khuẩn khác). Dịch mũi có chứa nhiều xoắn khuẩn giang mai nên có thể lây.



Hình 8.5: Bàn sấn giang mai bẩm sinh ở lòng bàn chân.

Nguồn: Dr. Norman Cole. CDC Hoa Kỳ

- **Ngoài biểu hiện ban ở da và hạch lớn**, bệnh nhi có thể có các triệu chứng khác như sốt, viêm cơ tim, viêm phổi, giả liệt Parrot (do đau), biểu hiện ở mắt (không có lông mày, sáng giang mai ở mí mắt, viêm võng mạc, viêm móng mắt, đục thủy tinh thể, glaucoma), xuất huyết tiêu hóa (do viêm hồi tràng), viêm ruột hoại tử, kém hấp thụ và hội chứng thận hư.
- **Giang mai thần kinh:** có thể không có biểu hiện lâm sàng (chỉ có biến loạn dịch não tủy). Xoắn khuẩn giang mai có mặt trong dịch não tủy rất sớm, ngay cả khi không có biểu hiện lâm sàng viêm màng não. Biểu hiện lâm sàng gồm có viêm màng não, bệnh lý mạch máu màng não mạn tính với tiến triển dẫn đến não úng thủy, liệt các dây thần kinh sọ não, teo thần kinh thị, chậm phát triển và co giật. Bệnh lý mạch máu não có thể gây tai biến cho trẻ vào năm thứ hai. Ngoài ra còn ảnh hưởng đến tuyến yên gây đái tháo nhạt hay hạ đường máu.



Hình 8.6 : Tổn thương xương tay do giang mai bẩm sinh.

Nguồn: CDC Hoa Kỳ

- **Bệnh lý về xương dài:** Biểu hiện trên phim X quang. Các xương hay gặp là xương đùi, xương cánh tay, xương chày. Đối xứng hai bên và ảnh hưởng đến nhiều xương. Các tổn thương có thể phát hiện qua phim là: dải cổ xương (metaphysis) trong (mũi tên nhỏ trong hình dưới); phần giữa cổ xương đùi trên có các ổ mất khoáng chất hay hủy xương (dấu Wimberger); cơ xương có tổn thương dạng răng cưa (dấu Wegener); viêm màng thân xương kèm hình thành các ổ xương mới (mũi tên lớn trong hình 6); các vùng mật độ xương không đều, tăng hay giảm rõ rệt. Cần lưu ý là các bệnh lý xương dài rất gợi ý cho giang mai bẩm sinh, nhưng có thể gặp trong một số bệnh lý khác.
- **X quang ngực:** Trước khi có penicilline, biểu hiện phim phổi thường là mờ đều cả hai phế trường (viêm phổi);, nhưng từ khi có penicilline, chỉ có các tổn thương xâm nhập rải rác hai phế trường của trẻ.
- **Tổn thương huyết học:** Thiếu máu tan huyết với test Coomb trực tiếp âm tính ở trẻ sơ sinh; thiếu máu không do tan huyết ở trẻ lớn hơn; giảm tiểu cầu, tăng hay giảm bạch cầu.
- **Bất thường dịch não tủy:** phản ứng VDRL dịch não tủy (+), bạch cầu tăng (5 tế bào trở lên, thường > 25 tế bào/mm³), protein tăng.

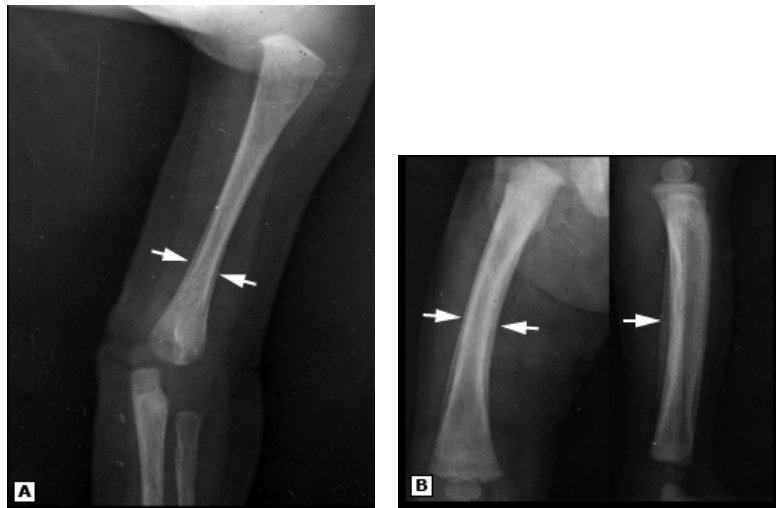
- **Giang mai bẩm sinh muộn:**

Gọi là muộn khi trẻ có biểu hiện bệnh khi đã được 2 tuổi trở lên. Đa số là do di chứng (sẹo) hay quá trình viêm do giang mai vẫn tiếp tục, đặc trưng bởi các u hạt (gôm) giang mai ở nhiều nơi khác nhau trong cơ thể. Một số biến chứng có thể phòng được giang mai bẩm sinh muộn cho trẻ khi điều trị sớm cho mẹ khi chưa sinh hay cho trẻ sinh ra trong 3 tháng đầu.

Biểu hiện lâm sàng của giang mai bẩm sinh muộn gồm:

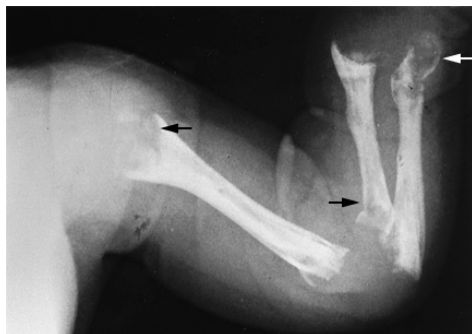
- **Ở mắt:** Trán nhô, mũi dạng yên ngựa, xương hàm trên ngắn, xương hàm dưới đẩy ra trước.
- **Mắt:** Sùng hóa khoảng kẽ (thường gặp lúc dậy thì, nhưng có thể xảy ra bất kỳ lúc nào từ 4 đến 30 tuổi), glaucoma thứ phát, teo thần kinh thị và sẹo giác mạc.
- **Tai:** Điếc, thường gặp lúc 8 đến 10 tuổi, kèm với sùng hóa khoảng kẽ. Ban đầu không nghe được các âm thanh tần số cao, rồi mới đến các âm thanh bình thường. Điếc do giang mai bẩm sinh có thể đáp ứng với điều trị corticoide.

- **Vùng miệng hầu:** Răng đing vít Hutchinson, răng hàm có tổn thương lỗ chỗ dạng như trái dâu (mulberry molar), thủng vòm khẩu cái.
- **Da:** Nứt hay sẹo quanh miệng theo hình nan hoa. Gôm giang mai ở da hay niêm mạc.
- **Thần kinh:** Chậm phát triển trí tuệ, não úng thủy, liệt một số dây thần kinh sọ não.
- **Xương:** Bờ xương chày nổi gồ lên từng cục (saber shin); đầu ức đòn của xương đòn lớn (dấu Higoumenakis); Viêm khớp gối nhưng không đau (dấu khớp của Clutton), có thể có ở khớp khác.



Hình 8.7 : Phản ứng viêm màng xương do giang mai bẩm sinh.

Nguồn: CDC Hoa kỳ



Hình 8.8 : Tổn thương xương lan rộng do viêm xương của giang mai bẩm sinh.

Nguồn: CDC Hoa kỳ

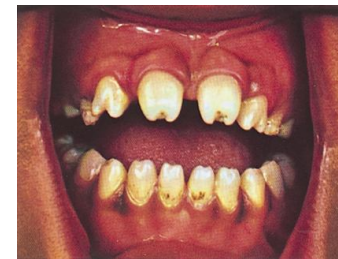


Hình 8.9: Di chứng trên mặt của giang mai bẩm sinh: trán gồ, sống mũi xẹp (hình yên ngựa, viêm mũi xuất tiết, ban có viền trên da.

Hình 8.10: Sùng hóa khoảng kẽ gây đục giác mạc hai bên do giang mai bẩm sinh.

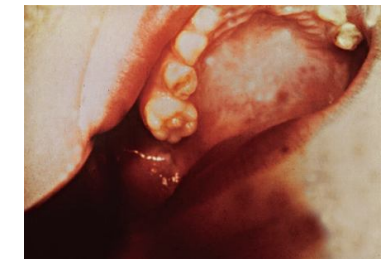
Nguồn: CDC Hoa kỳ

Nguồn: Bickley LS, Szilagy P. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 8th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2003. Copyright © 2003 Lippincott Williams & Wilkins.



Hình 8.11: Răng dạng đing vít Hutchinson

Nguồn và được phép của Robinson HBG, Miller AS. Colby, Kerr, and Robinson's Color Atlas of Oral Pathology. JB Lippincott, Philadelphia 1990. Copyright © 1990 Lippincott Williams & Wilkins

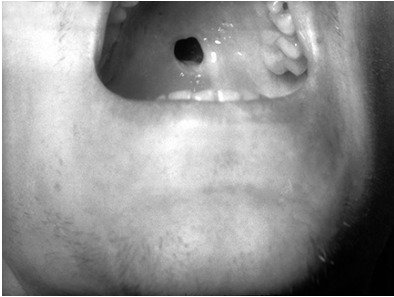


Hình 8.12 : Răng hàm dạng trái dâu tây

Nguồn: Sweet RL, Gibbs RS. Atlas of Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005. Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins

- **Thận:** Tiểu Hb kích phát do lạnh.

Trong các biểu hiện trên, tam chứng Hutchinson (răng đinh vít, sừng hóa khoáng kê và điếc), răng hàm dạng dâu tây, và dấu viêm khớp Clutton tương đối đặc hiệu cho giang mai bẩm sinh.



Hình 8.13: Thũng vòm xương khẩu cái
Nguồn: CDC Hoa kỳ



Hình 8.14: Các rãnh và nếp nứt da quanh miệng do giang mai bẩm sinh muộn
Nguồn: CDC Hoa kỳ



Hình 8.15 : Bờ xương chày nổi gờ lên từng cục do giang mai bẩm sinh

Nguồn: Sweet RL, Gibbs RS. Atlas of Infectious Diseases of the Female Genital Tract. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2005. Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins



Hình 8.16: Tràn dịch khớp gối, không đau (Khớp Clutton) do giang mai bẩm sinh muộn.

Nguồn: CDC, Hoa kỳ

Chú ý: Khi mẹ có nhiễm giang mai chưa đầy 4 năm tính đến lúc sinh, dù trẻ sinh ra có vẻ bình thường, vẫn phải theo dõi và làm các xét nghiệm để phát hiện giang mai sớm cho trẻ để điều trị vì giang mai ở trẻ có thể biểu hiện rất muộn.

8. Khi nào thì nghi ngờ bị nhiễm giang mai

Nghi ngờ mẹ nhiễm giang mai khi có quan hệ với người đang bị giang mai (sơ nhiễm hay kỳ 2) hay có bệnh truyền qua đường tình dục khác nhưng không phát hiện hoặc phát hiện nhưng không được điều trị hay không được điều trị đúng liều. Trường hợp quan hệ tình dục ở người không biết rõ về bệnh tật, tốt nhất là đi sàng lọc (khám phụ khoa) từ 33 giờ sau cho đến 1 tháng. Sau giai đoạn này nên làm các xét huyết thanh sàng lọc giang mai.

- Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nghi ngờ mắc giang mai khi sinh ra từ các bà mẹ:
 - Dương tính với các phản ứng tìm vi khuẩn giang mai, sau đó chẩn đoán xác định
 - Mẹ có biểu hiện lâm sàng hay có tiền sử tiếp xúc với người có giang mai biểu hiện giang mai sớm trong vòng 3 tháng sau khi sinh.
 - Trẻ sinh ra từ mẹ có tiền sử nhiễm giang mai nhưng không được điều trị hay điều trị không đầy đủ, hay
- Mẹ có nguy cơ cao nhiễm giang mai kèm trẻ có các triệu chứng sau:
 - Sinh non không có lý do (<37 tuần)
 - Thai nước không rõ nguyên nhân (hydrops fetalis)
 - Nhau thai lớn
 - Không cử động tay chân được (giả liệt do đau)
 - Viêm mũi kéo dài
 - Ban đỏ kéo dài nhất là ở vùng mông và sinh dục (vùng quần tả : diaper area)
 - Vàng da, gan lớn
 - Viêm phổi sơ sinh
 - Hạch lớn nhiều vùng
 - Thiếu máu (Tét Coomb's trực tiếp âm tính)
 - Giảm tiểu cầu

- Điếc
- Sùng hóa khoảng kẽ

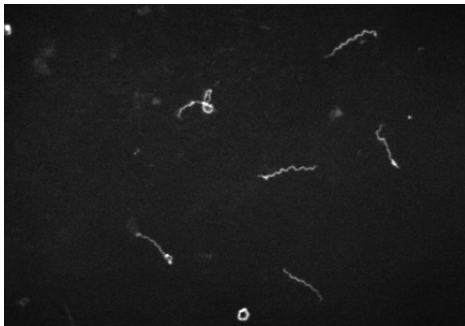
9. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán giang mai?

Vi khuẩn giang mai không cấy được. Các xét nghiệm dùng để chẩn đoán giang mai chia thành các nhóm sau:

9.1. Xét nghiệm trực tiếp cổ điển:

- Phát hiện vi khuẩn dưới kính hiển vi nền đen từ bệnh phẩm lấy trực tiếp từ tổn thương của bệnh nhân:

Đòi hỏi có kinh nghiệm và phải xét nghiệm ngay lập tức sau khi lấy bệnh phẩm, nên phải xét nghiệm tại chỗ. Khó thực hiện thường xuyên và ở các tuyến y tế cơ sở hay không chuyên khoa.



Hình 8.17: Xoắn khuẩn giang mai dưới kính hiển vi nền đen.

Nguồn: CDC, Hoa Kỳ

- Xét nghiệm tìm kháng thể huỳnh quang trực tiếp (Direct fluorescent antibody testing) từ bệnh phẩm.

Không cần thiết phải làm ngay tại chỗ nhưng cần có trang bị kính hiển vi huỳnh quang và kính nghiệm của người thực hiện.

9.2. Các xét nghiệm huyết thanh.

- Các xét nghiệm huyết thanh không đặc hiệu cho Treponema:

Tương đối dễ thực hiện nhưng không đặc hiệu. Có thể có âm tính giả lẫn dương tính giả, tùy trường hợp. Thường dùng để sàng lọc. Để xác định phải làm tiếp theo các xét nghiệm đặc hiệu cho Treponema hay xét

nghiệm trực tiếp. Các xét nghiệm thuộc nhóm này gồm:

- VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)
- RPR (Rapid Plasma Reagin): Tìm reagin huyết tương nhanh
- TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test): xét nghiệm huyết thanh không đun nóng với đỏ toluidine.

- Các xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu cho Treponema:

Đặc hiệu, nhưng đắt tiền và khó thực hiện. thường chỉ định sau khi có xét sàng lọc (không đặc hiệu) cho giang mai dương tính.

- Hấp thụ kháng thể Treponema huỳnh quang (Fluorescent Treponemal antibody absorption: FTA-ABS)
- Xét nghiệm ngưng kết vi thể của kháng thể chống Treponema pallidum (Microhemagglutination test for antibodies to Treponema pallidum : MHA-TP)
- Ngưng kết mảnh Treponema pallidum (Treponema pallidum particle agglutination assay : TP-PA)
- TP-EIA (Treponema pallidum enzyme immunoassay)

9.3. Các xét nghiệm mới đang chờ áp dụng rộng rãi:

- Xét nghiệm huyết thanh nhanh (Rapid serologic testing) cho kết quả nhanh và không đắt lắm. Nhưng không phân biệt được đang mắc giang mai hay đã từng mắc và được điều trị lành.
- PCR : Chưa phổ biến vì đắt tiền và độ nhạy cũng chỉ từ 70 - 95 % và độ đặc hiệu 92 - 98 %.

10. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm giang mai?

Tất cả mọi sản phụ đều nên làm xét nghiệm sàng lọc giang mai trong lần khám thai đầu tiên.

Những sản phụ có nguy cơ cao mắc giang mai, sống trong vùng có mật độ nhiễm giang mai cao, chưa xét nghiệm tìm giang mai lần nào hay dương tính trong lần khám thai trước nên xét nghiệm tìm giang mai lại vào quý thứ ba (từ tuần thứ 28 đến 32) và một lần nữa khi chuyển dạ sinh.

11. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

- Khi mẹ có xét nghiệm huyết thanh về giang mai dương tính trong suốt thời kỳ mang thai (sau khi đã loại trừ các kết quả dương tính

giả)

- Mẹ có tiền sử mắc giang mai không điều trị hay không điều trị đầy đủ trước khi mang thai, nhất là trong vòng 4 năm khi mang thai và không được chăm sóc đầy đủ trong thời kỳ thai nghén (không làm xét nghiệm giang mai)
- Trẻ tiếp xúc với tổn thương nghi giang mai tiên phát của mẹ trong vòng 3 tháng sau sinh.
- Mẹ có nguy cơ cao nhiễm giang mai và trẻ có các biểu hiện lâm sàng nghi ngờ mắc giang mai (xem ở trên)

12. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm giang mai như thế nào?

12.1. Độ nhạy của các xét nghiệm qua các giai đoạn tiến triển của bệnh giang mai

Bảng 8.1: Độ nhạy của các test huyết thanh trong trường hợp giang mai không điều trị^a

Test ^a	Tỷ % kết quả dương tính (mức) vào các giai đoạn tiến triển của bệnh ^b			
	Sơ nhiễm	Kỳ 2	Tiềm ẩn	Kỳ 3
VDRL, RPR	78 (74–87)	100	95 (88–100)	71 (37–94)
FTA-ABS	84 (70–100)	100	100	96
TP-PA ^c	89	100	100	Không thực hiện

^a Độ đặc hiệu của mỗi test là 94–99%.

^b Theo nghiên cứu của CDC.

^c Huyết thanh được xét nghiệm TP-PA còn hạn chế.

Nguồn: Có thay đổi bởi SA Larsen và cộng sự: Clin Microbiol Rev 8:1, 1995; và V Pope và cộng sự: J Clin Microbiol 38:2543, 2000

Tất cả mọi xét nghiệm có thể âm tính vào giai đoạn rất sớm của bệnh, mặc dù các xét nghiệm đặc hiệu cho Treponema có thể nhạy hơn. Các xét nghiệm đều dương tính ở giai đoạn giang mai kỳ 2. Sau khi điều trị, các xét nghiệm không đặc hiệu cho Treponema sẽ giảm hiệu giá dần và trở nên âm tính trong khi các xét nghiệm đặc hiệu cho Treponema vẫn tiếp tục dương tính kéo dài; vì thế các xét nghiệm đặc hiệu không phân biệt hiện đang nhiễm hay đã từng nhiễm trong quá khứ.

12.2. Kết quả dương tính giả:

Các kháng nguyên có bản chất lipid dùng cho các test không đặc hiệu có thể có trong các mô của cơ thể, và có thể cho phản ứng dương tính (hiệu giá thường < 1/8) dù người xét nghiệm không bị nhiễm giang mai. Trong các bệnh nhân có nguy cơ phơi nhiễm cao, có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ, có phơi nhiễm, tỷ lệ dương tính giả chiếm < 1%. Các xét nghiệm hiện đại về VDRL và RPR có độ đặc hiệu lên đến 97-99%; chỉ dương tính giả ở những người có bệnh tự miễn hay nghiện chích ma túy.

Tỷ lệ dương tính giả tăng theo tuổi, lên đến 10% ở người > 70 tuổi. Tuy nhiên, có thể phát hiện dương tính giả khi tiến hành xét nghiệm tiếp theo với các xét nghiệm đặc hiệu cho Treponema (sẽ cho kết quả âm tính).

12.3. Kết quả âm tính giả

Khi xét nghiệm quá sớm, cơ thể chưa sản xuất kháng thể. Lúc này tất cả các loại xét nghiệm huyết thanh đều cho kết quả âm tính. Nếu cần phải chẩn đoán ngay khi lâm sàng rất gợi ý, có thể tiến hành các xét nghiệm trực tiếp (soi trên kính hiển vi nền đen, PCR...). Hoặc lập lại các xét nghiệm huyết thanh sau một đến hai tuần, thường sẽ có kết quả dương tính.

Hiện tượng phản ứng không kết tủa (prozone reaction). Khi lượng kháng thể quá nhiều (trong giang mai kỳ 2), vượt quá mức của kháng nguyên rất nhiều, số kháng thể thừa sẽ ngăn cản các phức hợp kháng nguyên kháng thể kết hợp, tạo cảm giác phản ứng âm tính giả (không có kết tủa). Những nhà xét nghiệm nhiều kinh nghiệm có thể nghi ngờ có hiện tượng này khi kết quả không kết tủa nhưng có vẻ đục, dạng hạt. Khi lâm sàng rất gợi ý và kết quả âm tính, thảo luận với các chuyên gia labo về khả năng có thể âm tính do hiện tượng prozone này.

Do điều trị quá sớm, cơ thể không có cơ hội tiếp xúc nhiều với kháng nguyên của xoắn khuẩn để tạo kháng thể.

12.4. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm giang mai?

- Điều trị

Việc điều trị được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa. Penicillin là kháng sinh được sử dụng trong điều trị giang mai. Nếu sản phụ dị ứng Penicillin thì phải giải mẫn cảm vì các thuốc điều trị được giang mai khác hoặc chống chỉ định cho thai nhi hoặc chưa có thử nghiệm lâm sàng có hiệu quả chắc chắn.

- Sinh hoạt cá nhân, phòng lây cho thai nhi và người chung quanh

Điều trị sớm để phòng lây cho trẻ. Quan hệ tình dục an toàn khi điều trị chưa đủ liều để phòng lây nhiễm cho người khác. Tránh tiếp xúc trực tiếp các tổn thương da và niêm mạc với da và niêm mạc người khác.

13. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm giang mai?

13.1. Xử trí trẻ bị giang mai > 1 tháng tuổi

Trường hợp trẻ > 1 tháng tuổi rất khó phân biệt giữa giang mai bẩm sinh hay mắc phải do lây từ mẹ (qua tiếp xúc với tổn thương säng giang mai khi sinh). Cả hai đều có thể gây biến loạn dịch não tủy và công thức máu. Tuy nhiên những biến đổi về xương trên X quang gợi ý đến do giang mai bẩm sinh hơn. Các xét nghiệm nên làm cho trường hợp này là:

- Chọc dịch não tủy và xét nghiệm VDRL, bạch cầu, protein.
- Công thức máu, công thức bạch cầu và số lượng tiểu cầu
- Xét nghiệm thêm HIV

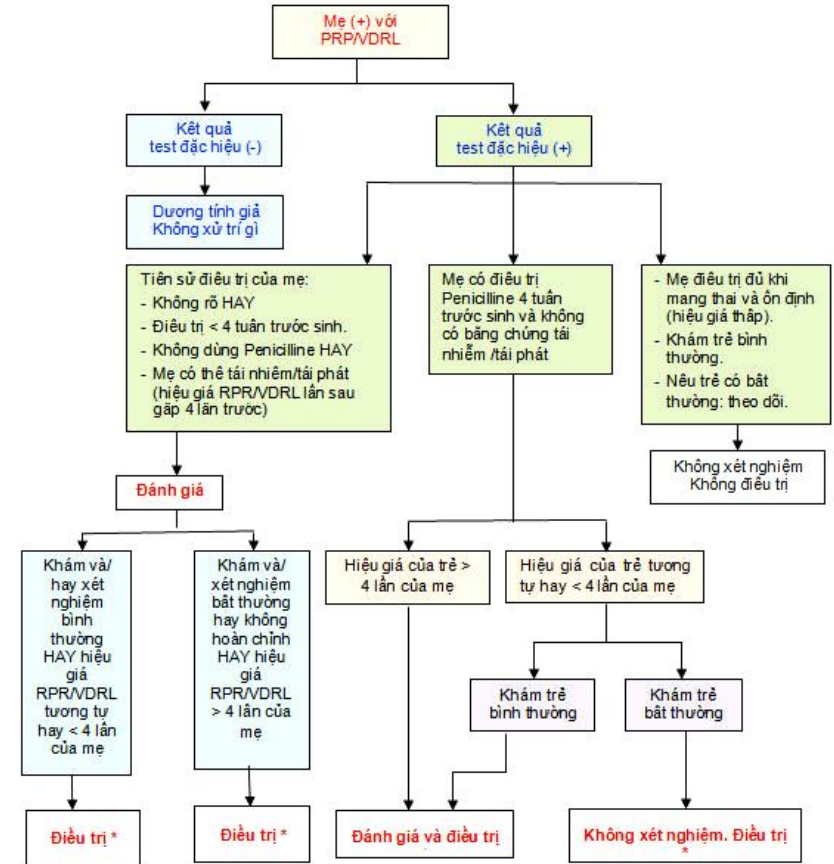
Các xét khác tùy theo bối cảnh lâm sàng gợi ý (Ví dụ: Chụp X quang các xương dài, lồng ngực, xét nghiệm chức năng, siêu âm bụng, khám mắt, các phản ứng thính giác cuống não và chẩn đoán hình ảnh thần kinh trung ương)

- Điều trị

Việc điều trị được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa với kháng sinh Penicillin. Với trẻ không có triệu chứng lâm sàng, dịch não tủy bình thường nhưng có xét nghiệm giang mai (+) cũng được khuyến nghị điều trị bằng Penicillin.

13.2. Xử trí cho trẻ bị giang mai < 1 tháng tuổi:

Xử trí cho trẻ bị giang mai < 1 tháng tuổi theo sơ đồ dưới đây:



(*) Tham khảo BS chuyên khoa về phác đồ điều trị

Sơ đồ 8.1: Xử trí nhiễm giang mai ở trẻ dưới 1 tháng tuổi

14. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm giang mai tại cộng đồng

Giang mai là bệnh chủ yếu lây qua đường tình dục nên chung thủy, tình dục an toàn (bao cao su) khi quan hệ tình dục với người chưa rõ lai lịch về bệnh lây qua đường tình dục.

Tổ chức sàng lọc giang mai cho phụ nữ chuẩn bị mang thai hay trong

khi mang thai ngay từ lần khám thai đầu tiên và điều trị đủ liều để phòng lây nhiễm cho con

Trẻ sinh ra từ mẹ có nguy cơ cao mắc giang mai và các phản ứng đặc hiệu giang mai (+) nên được xét nghiệm và điều trị ngay theo phác đồ nêu trên.

Không cần cách ly trẻ đang mắc giang mai

15. Có vắc xin chủng ngừa giang mai không?

Hiện tại chưa có vắc xin phòng giang mai.

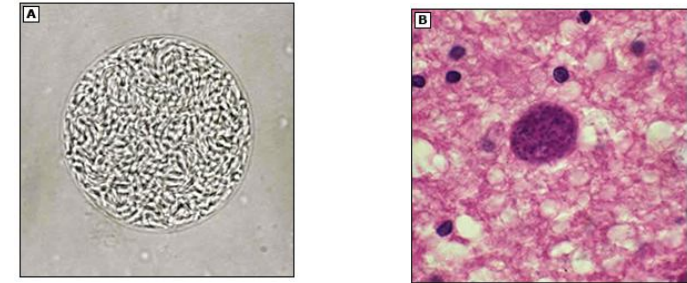
TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics. Syphilis. In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, Pickering LK. (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. Vol 29th, p.690.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Congenital syphilis - United States, 2003-2008. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2010; 59:413.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis (Treponema pallidum) case definition. <http://www.cdc.gov/ncphi/od/ai/casedef/syphiliscurrent.htm> (Accessed on September 30, 2010).
4. Centers for Disease Control and Prevention. National Notifiable Diseases Surveillance System. http://www.cdc.gov/osels/ph_surveillance/nndss/phs/infdis.htm (Accessed on August 12, 2011).
5. Chakraborty R, Luck S. Syphilis is on the increase: the implications for child health. Arch Dis Child 2008; 93:105.
6. Dobson SR, Sanchez PJ. Syphilis. In: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th, Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. p.1826.
7. Kollmann TR, Dobson S. Syphilis. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7th, Remington JS, Klein JO, Wilson CB, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2011. p.524.
8. Rawstron SA. Treponema pallidum (Syphilis). In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 3rd edition, Long SS, Pickering LK, Prober CG (Eds), Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia 2008. p.930.
9. Woods CR. Syphilis in children: congenital and acquired. Semin Pediatr Infect Dis 2005; 16:245.
10. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:1.

NHIỄM TOXOPLASMA Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Toxoplasma đọc là Tộc xô p-lát sma

1. Toxoplasma là gì?



Hình 9.1 (trái): kén Toxoplasma, soi tươi không nhuộm.
Hình 9.2 (phải): Kén Toxoplasma gondii trong não

Nguồn : CDC Hoa kỳ

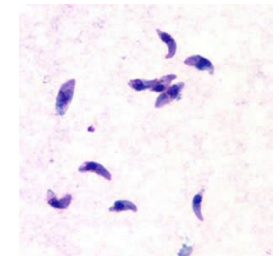
Toxoplasma là một loại ký sinh trùng đơn bào, xâm nhập vào tế bào vật chủ (kể cả người), có phổ biến trong môi trường chung quanh chúng ta.

- Chu trình sống của Toxoplasma có hai chu trình:

Chu trình liên quan đến mèo và chu trình liên quan đến các vật chủ khác, trong đó có người. Chu trình sống như sau:

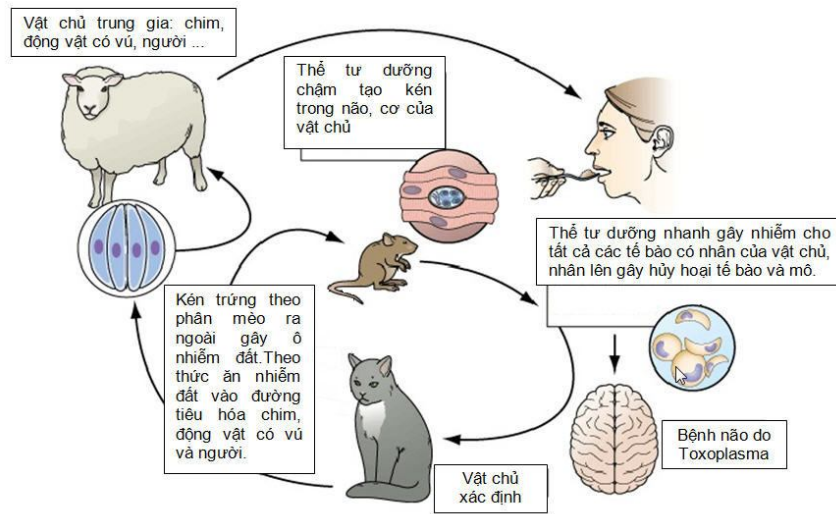
Hình 9.3: Thể tư dưỡng nhanh của T. gondii

Nguồn : CDC Hoa kỳ



Chu trình sống có 2 giai đoạn:

- Giai đoạn ngoài cơ thể mèo: gồm hai loại tư dưỡng
 - + Nhanh (tấn công tế bào có nhân, gây hủy tế bào và mô vật chủ).
 - + Chậm (thành kén và tiềm ẩn)
- Giai đoạn trong cơ thể mèo (vật chủ chính): tạo giao tử, kết hợp thành trứng



Hình 9.4: Chu trình sống của *Toxoplasma gondii*.

Nguồn: CDC Hoa Kỳ.

2. Nhiễm Toxoplasma ảnh hưởng đến sức khỏe như thế nào?

2.1. Nhiễm Toxoplasma nguy hiểm cho đối tượng nào?

- Ở người miễn dịch bình thường: Có thể có một số triệu chứng trong giai đoạn nhiễm cấp tính trong lần đầu tiên. Nhưng sau đó chuyển sang giai đoạn nhiễm mạn tính không triệu chứng, nhưng tiềm ẩn suốt đời
- Ở người suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV khi T4 < 100 ở giai đoạn AIDS), tái hoạt động và gây bệnh. Thường gây bệnh ở võng mạc, não và phổi. Nếu không điều trị, tử vong 100%. Là một trong những bệnh cơ hội phổ biến ở người nhiễm HIV giai đoạn AIDS.
- Nhiễm bẩm sinh từ mẹ: Mẹ nhiễm cấp Toxoplasma trong vòng 6 tháng tính đến khi mang thai, trẻ sinh ra có thể ban đầu không có triệu chứng, nhưng về sau có thể viêm võng mạc, lác mắt, động kinh và chậm phát triển trí tuệ.

2.2. Khi nào thì gọi là nhiễm Toxoplasma bẩm sinh?

Gọi là nhiễm Toxoplasma bẩm sinh khi trẻ nhiễm Toxoplasma khi còn trong bụng mẹ (gặp trong trường hợp mẹ bị nhiễm cấp tính trong vòng 6 tháng tính đến khi mang thai hoặc mẹ bị suy giảm miễn dịch tạo điều kiện cho Toxoplasma đang ở dạng tiềm ẩn tái hoạt động và xuyên qua nhau thai), khi sinh ra sẽ có nhiều biến chứng, nhất là ở mắt, hệ thần kinh trung ương với hậu quả nặng nề kéo dài cho đến khi trưởng thành.

3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm Toxoplasma bẩm sinh?

Nhiễm Toxoplasma bẩm sinh phổ biến toàn thế giới, nhưng tỷ lệ thay đổi tùy theo vùng, khí hậu (ấm, nóng và ẩm như Việt Nam) và độc lực của chủng Toxoplasma đang lưu hành. Những vùng có tỷ lệ cao là châu Âu (đặc biệt Pháp), Trung Mỹ, Braxin và Trung Phi. Tỷ lệ trẻ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh khoảng 1/1.000 trẻ sinh ra nuôi được ở vùng châu Mỹ la tinh, khoảng 1/10.000 trẻ sinh ra nuôi được ở Hoa Kỳ. Ở châu Âu, trong 10 năm, tỷ lệ trước đây vốn khá cao, nay đã giảm rõ nhờ vào chương trình sàng lọc cho sản phụ và các chương trình can thiệp tích cực có tính chất quốc gia.

Ở Việt Nam, chưa có thống kê về vấn đề trẻ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh.

4. Toxoplasma lây truyền cho người như thế nào?

Nguồn Toxoplasma có thể là: thoa trùng (trưởng thành từ trứng thải ra từ phân mèo) hay thể tự dưỡng chậm trong môi trường như đất, nước, hoa quả và rau củ bị nhiễm. Thịt các động vật trung gian có chứa kén (tự dưỡng chậm) hay đôi khi thể tự dưỡng nhanh. Vì thế, Toxoplasma có thể truyền cho người qua các đường sau:

- Đường miệng
 - Thức ăn sống nhiễm nang chứa thoa trùng trong đất từ phân mèo thải ra không được rửa kỹ (rau sống, vỏ ngoài trái cây..).
 - Nước uống có thoa trùng hay kén tự dưỡng chậm không được lọc kỹ và/hay không đun sôi
 - Thịt chứa tự dưỡng chậm không nấu kỹ của động vật nhiễm tiềm ẩn Toxoplasma.
 - Tay nhiễm bẩn không rửa sạch trước khi đưa vào miệng.

- Mẹ truyền cho thai nhi (mới nhiễm < 6 tháng trước khi có thai)
- Truyền máu và ghép tạng

5. Lây nhiễm Toxoplasma từ sản phụ qua thai nhi như thế nào?

Khi sản phụ nhiễm lần đầu tiên (sơ nhiễm) Toxoplasma thể tư dưỡng nhanh sẽ truyền qua nhau thai, gây nhiễm cho thai nhi. Trường hợp sản phụ đã nhiễm từ lâu, hiện đang ở dạng tiềm ẩn, hầu như không có nguy cơ cho thai nhi. Tuy nhiên, nếu suy giảm miễn dịch nặng, không đủ để ức chế, Toxoplasma sẽ trở thành tái hoạt động và thể tư dưỡng nhanh xuất hiện và xuyên qua nhau thai như trong giai đoạn sơ nhiễm.

Tuổi thai càng lớn, nguy cơ nhiễm Toxoplasma khi mẹ nhiễm cấp càng cao, nhưng tác hại lên thai nhi ít hơn so với nhiễm lúc tuổi thai còn non.

Chú ý: Đa số phụ nữ ở nước ta đã nhiễm toxoplasma từ nhỏ do môi trường và vệ sinh ăn uống và vệ sinh cơ thể kém. Tuy nhiên, do mức sống, dân trí và vệ sinh cơ thể và môi trường ngày càng cải thiện, một số phụ nữ lớn lên ở thành thị có thể chưa nhiễm Toxoplasma trước đó, có thể nhiễm Toxoplasma cấp khi mang thai có nguy cơ cho thai nhi, nên cần chú ý sàng lọc cho các thai phụ thuộc diện này

6. Các biểu hiện khi bị nhiễm Toxoplasma

6.1. Ở người bình thường (kể cả phụ nữ khi mang thai)

Đa số không có triệu chứng, tự giới hạn. Nhưng kén chứa thể tư dưỡng chậm có thể tồn tại suốt đời trong cơ thể. Khi cơ thể suy giảm miễn dịch, có thể tái hoạt động, gây nhiều bệnh cảnh nguy hiểm.

- **Giai đoạn cấp (sơ nhiễm):**
 - Hạch cổ, dưới xương chẩm, thượng đòn, trung thất. Không đau, không dính
 - Các triệu chứng nhiễm trùng không đặc hiệu.
 - Tự lành trong vài tuần
- **Chẩn đoán : PCR dịch não tủy**

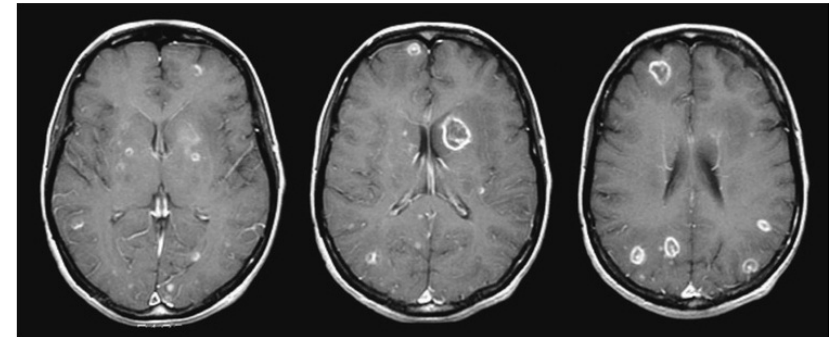
6.2. Ở người suy giảm miễn dịch

Suy giảm miễn dịch gặp ở người nhiễm HIV giai đoạn AIDS (số tế bào lympho T CD4⁺ < 100/mL máu) hay dùng thuốc ức chế miễn dịch (nhận ghép tạng, bệnh tự miễn)

Nhiễm Toxo não (TE) gây chết nếu không điều trị. > 50% nhiễm Toxo ở người nhiễm HIV ở hệ thần kinh trung ương

- **Biểu hiện bệnh Toxoplasma não có thể là:**
 - Bệnh não do Toxo
 - U choán chỗ.
 - Viêm não – màng não

Ngoài ra còn có bệnh ở võng mạc (viêm màng đệm – võng mạc : chorioretinitis).



Hình 9.5: Hình ảnh MRI não của bệnh nhân nhiễm T. Gondii não.

Nguồn: Harrison's Principles of Internal medicine 17th edition.

6.3. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (nhiễm Toxoplasma bẩm sinh)

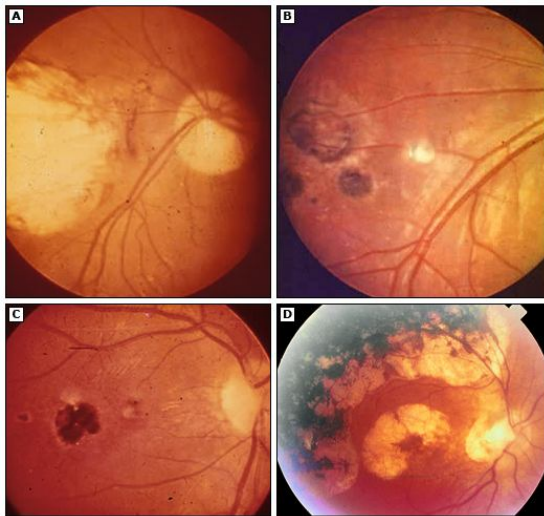
Biểu hiện lâm sàng của Toxoplasma bẩm sinh phong phú và không đặc hiệu.

Tam chứng Toxoplasma bẩm sinh (viêm màng mạch – võng mạc (chorioretinitis) ở mắt, não úng thủy, canxi hóa nội sọ) tuy rất gợi ý nhưng chỉ gặp 10% trường hợp nhiễm Toxoplasma bẩm sinh. Hầu hết trẻ mới sinh ra đều không có triệu chứng.

- **Biểu hiện lâm sàng của nhiễm Toxoplasma bẩm sinh gồm có bốn thể:**
 - Thể kín đáo (subclinical infection): Hầu hết trẻ sơ sinh ở dạng thể này có vẻ bình thường và khám lâm sàng không phát hiện gì. Tuy nhiên, nếu tiến hành soi đáy mắt, xét nghiệm hình ảnh hệ thần kinh trung ương và chọc dịch não tủy (nên tiến hành khi có mẹ có yếu tố nguy cơ nhiễm Toxoplasma lần đầu hay tái hoạt

động) sẽ phát hiện bất thường: Sẹo võng mạc thường ở một bên mắt, các ổ canxi hóa nhỏ trong não và biến loạn dịch não tủy.

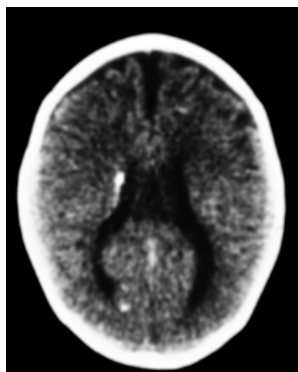
- Thể nặng ở trẻ sơ sinh
- Thể sớm xuất hiện trong những tháng tuổi đầu tiên (nhẹ hay nặng)
- Thể muộn hay di chứng, tái phát (thường do bỏ sót không chẩn đoán được trong giai đoạn sớm) ở các giai đoạn trẻ nhỏ, trẻ lớn, thiếu niên)



Hình 9.6: (A) Viêm màng mạch - võng mạch nặng, tiến triển.
(B) viêm màng mạch võng mạc ngoại vi.
(C) Viêm màng mạch võng mạc trung tâm, đang lành.
(D) Nhiều ổ sẹo ở võng mạc và màng mạch.

Nguồn:

Ba ảnh A, B, và C từ CDC Hoa Kỳ
Ảnh D Gold DH, Weingeist TA.
Color Atlas of the Eye in Systemic Disease. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. Copyright © 2001 Lippincott Williams & Wilkins.



Hình 9.7 : Canxi hóa nội sọ trẻ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh.

Nguồn: Được phép của Lynfield R, Guerina G. Toxoplasmosis. Pediatr Rev 1997; 18:75. Copyright © 1997 by the AAP

7. Khi nào thì nghi ngờ trẻ bị nhiễm Toxoplasma bẩm sinh?

- Những trẻ sinh ra từ mẹ có bằng chứng nhiễm Toxoplasma tiên phát (lần đầu) < 6 tháng kể từ khi mang thai
- Những trẻ sinh ra từ mẹ bị suy giảm miễn dịch và có bằng chứng đã từng nhiễm Toxoplasma trước đây
- Những trẻ có lâm sàng và cận lâm sàng gợi ý nhiễm Toxoplasma bẩm sinh (ví dụ: canxi hóa nội sọ, viêm màng mạch – võng mạc, biến loạn dịch não tủy như tăng bạch cầu đơn nhân, hay tăng protein không có nguyên nhân nào khác)
- Những trẻ nhỏ có kết quả sàng lọc tìm kháng thể kháng Toxoplasma IgM dương tính.

8. Những xét nghiệm nào được sử dụng trong chẩn đoán Toxoplasma?

Có nhiều xét nghiệm dùng để chẩn đoán xác định nhiễm Toxoplasma. Mỗi xét nghiệm có các ưu và khuyết điểm khác nhau, độ nhạy và độ đặc hiệu cũng khác nhau và có cả những trường hợp dương tính giả.

Giải thích kết quả các xét nghiệm dựa trên nhiều xét nghiệm khác nhau, có thể hai lần xét nghiệm cách nhau 2 tuần, và nhất là phải dựa trên bối cảnh lâm sàng của mỗi bệnh nhân. Dưới đây là các xét nghiệm thường được dùng để chẩn đoán xác định Toxoplasma. Lý giải kết quả các xét nghiệm được trình bày ở một mục khác.

8.1. Xét nghiệm nhuộm Sabin-Feldman (Sabin-Feldman dye test)

Xét nghiệm này được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán. Các xét nghiệm khác phải so sánh với xét nghiệm này để đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu. Tuy nhiên xét nghiệm này khó làm và chỉ có một số labo chuyên sâu mới thực hiện.

8.2. Xét nghiệm huyết thanh học

Tìm sự hiện diện và diễn biến động học của các kháng thể kháng Toxoplasma IgM và IgG.

- Phương pháp ELISA:

Người ta thường dùng phương pháp ELISA để tìm IgG, ELISA kiểu bánh kẹp sandwich hay kiểu bắt giữ (capture) để phát hiện IgM.

- Phương pháp tìm kháng thể huỳnh quang gián tiếp (Indirectly fluorescent antibody test: IFA)

Có kit sẵn trên thị trường, nhưng có thể cho kết quả dương tính giả khi bệnh nhân có kháng thể kháng nhân, yếu tố thấp và âm tính giả khi nồng độ kháng thể (nhất là với IgG) thấp

- Xét nghiệm ngưng kết miễn dịch hấp phụ (Immunosorbent agglutination assay: ISAGA):

Giúp phân biệt giữa nhiễm cấp và mạn và không cho dương tính giả khi bệnh nhân có kháng thể kháng nhân và yếu tố thấp

- Xét nghiệm tăng ái tính của IgG:

Rất hữu ích cho sản phụ vì phát hiện sớm và giúp tính được thời điểm nhiễm cấp Toxoplasma so với lúc bắt đầu mang thai. Tuy nhiên chỉ thực hiện được ở một số labo chuyên biệt.

8.3. Cây

Ở nước ta ít khi sử dụng phương pháp này vì phải cấy trên môi trường tế bào sống (kết quả nhanh từ 3 đến 6 ngày) hay chuột (kết quả chậm: 3 đến 6 tuần)

8.4. Khuyếch đại DNA với phương pháp PCR

It khi dùng và độ nhạy cũng không cao: chỉ 53%. Hiện nay phương pháp Real time PCR làm độ nhạy tăng cao hơn nhiều, nhưng cũng đắt tiền hơn.

8.5. Xét nghiệm dịch kính của mắt

Khi có biểu hiện viêm màng mắt

8.6. Không quên xét nghiệm HIV

Cho người có biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán đang mắc bệnh do Toxoplasma, nhất là khi không có lý do gì giải thích tình trạng suy giảm miễn dịch nặng ở bệnh nhân.

Chú ý: Chỉ nhiễm cấp Toxoplasma trong vòng 6 tháng trước đó tính đến khi mang thai và trong suốt thai kỳ mới nguy hiểm cho thai nhi. Một kết quả IgG (+) chỉ chứng tỏ đã từng nhiễm trước đó chứ chưa khẳng định được đang nhiễm cấp.

9. Khi nào thì sản phụ cần xét nghiệm Toxoplasma?

Chiến lược sàng lọc có nhiễm Toxoplasma trong vòng 6 tháng tính đến khi có thai cho tất cả sản phụ thay đổi tùy theo từng quốc gia và tỷ lệ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh cao hay thấp. Những nước như Pháp có tỷ lệ cao, đã có chương trình quốc gia về sàng lọc Toxoplasma nghiêm ngặt cho tất cả sản phụ đã làm giảm tỷ lệ Toxoplasma bẩm sinh đáng kể. Nhưng Hoa Kỳ thì không khuyến cáo sàng lọc cho tất cả các sản phụ miễn dịch bình thường.

Ở nước ta, cần phải điều tra để phân tích tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ hiện mắc của Toxoplasma bẩm sinh mới có thể có chiến lược sàng lọc được vì rất tốn kém và lãng phí nếu tỷ lệ thấp.

Tuy nhiên, những trường hợp sau đây đều phải xét nghiệm về Toxoplasma cho mẹ:

- Mẹ bị suy giảm miễn dịch nặng trong khi mang thai (nhiễm HIV với số tế bào lympho T CD4+ < 200/ mL, nhất là khi < 100/mL)
- Mẹ có biểu hiện lâm sàng nhiễm Toxoplasma (não hay mắt...) chưa đầy 6 tháng tính đến khi bắt đầu mang thai hay nhiễm trong thời gian mang thai.
- Mẹ có hội chứng như hội chứng nhiễm trùng đơn nhân nhưng các xét nghiệm tìm nguyên nhân khác đều âm tính.

10. Khi nào thì trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ cần xét nghiệm ?

Tất cả các trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có nghi ngờ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh (xem mục 7) đều cần làm các xét nghiệm để xác định. Tuy nhiên, do giải thích các kết quả xét nghiệm tìm kháng thể chống Toxoplasma không đơn giản, cần phải khám kỹ lâm sàng và làm thêm các xét nghiệm khác để kết luận (xem mục 13)

11. Giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán nhiễm Toxoplasma như thế nào?

Do các xét nghiệm liên quan đến Toxoplasma vẫn có thể cho kết quả dương tính và âm tính giả, cho nên phải thận trọng khi giải thích các kết quả xét nghiệm liên quan đến Toxoplasma. Thường phải kết hợp toàn diện bối cảnh lâm sàng và cận lâm sàng, dịch tể và trường hợp phơi nhiễm để kết luận, nhất là khi chỉ mới có kết quả xét nghiệm một lần.

Các xét nghiệm huyết thanh tìm kháng thể IgM và IgG kháng Toxoplasma

Trong phạm vi bài này chỉ đề cập đến trường hợp của sản phụ. Giải thích ở trẻ sơ sinh được đề cập trong mục 13 dưới đây. Các trường hợp khác (phụ nữ không mang thai, người lớn bình thường không suy giảm miễn dịch), bạn đọc tham khảo ở các tài liệu liên quan.

- *Khi chỉ có kết quả dương tính của một lần xét nghiệm IgM hay IgA hay kết quả xét nghiệm tăng ái tính IgG kháng Toxoplasma có hiệu giá thấp :*

Không thể kết luận mới nhiễm cấp Toxoplasma được.

Lý do: IgM có thể tồn tại sau khi nhiễm cấp đến 10 – 13 tháng, thậm chí hàng năm, tùy thuộc vào loại xét nghiệm để phát hiện và tùy từng người. Đến ¼ người có IgM và hiệu giá IgG thấp khi xét nghiệm tăng ái tính của IgG kéo dài hàng năm sau nhiễm cấp, trong khi đó, ta cần xác định có nhiễm < 6 tháng hay không tính đến lúc mang thai để có xử trí thích hợp phòng Toxoplasma bẩm sinh cho thai nhi. Kết quả xét nghiệm lần đầu, vào tuần thứ 13 của thai kỳ, dương tính của cả IgM lẫn IgG, chỉ có 1 – 3% là mới nhiễm khi mang thai.

Có thể có dương tính giả với IgM nếu sản phụ đang có bệnh tự miễn với kháng thể kháng nhân (+). IgG phát hiện với phương pháp ELISA cũng cho kết quả dương tính giả nếu sản phụ có kháng thể kháng nhân hay bệnh có yếu tố thấp (Rhumatic Factor) như viêm đa khớp dạng thấp.

- *Kết luận mới nhiễm Toxoplasma trong vòng 2 tuần trước khi xét nghiệm lần thứ nhất :*

Chỉ khi phối hợp kết quả hai lần xét nghiệm huyết thanh học cách nhau 2 tuần, trong đó kết quả lần đầu có IgM (+), IgG (-), lần thứ hai cả hai đều (+).

Chú ý: Ở các nước tiên tiến (như Hoa Kỳ), phải làm thêm các xét nghiệm chuyên biệt để xác định nhiễm Toxoplasma ở các trung tâm chuyên về toxoplasma.

12. Làm gì khi chẩn đoán sản phụ bị nhiễm Toxoplasma?

12.1. Tỷ lệ truyền bệnh cho thai nhi

Nguy cơ thai nhi bị nhiễm Toxoplasma tăng theo tuổi thai tại thời điểm

mẹ chuyển đổi huyết thanh. Một nghiên cứu cho kết quả nguy cơ mẹ truyền bệnh cho con là 15% khi mẹ chuyển đổi huyết thanh vào tuần thứ 13 của thai kỳ và 44% vào tuần thứ 26 và 71% vào tuần 36 của thai kỳ.

12.2. Phát hiện bất thường thai nhi bằng siêu âm

Theo dõi bằng siêu âm có thể phát hiện được những bất thường về phát triển của thai nhi (dù không khẳng định được do nguyên nhân nhiễm Toxoplasma). Dấu hiệu đặc trưng nhất là phát hiện những ổ nhỏ canxi hóa hay tăng âm nội sọ hay hình ảnh dẫn não thất, và có tiên lượng xấu. Dẫn não thất thường 2 bên và đối xứng. Tuy nhiên các dấu hiệu này chỉ xuất hiện sau tuần thứ 21 của thai kỳ. Các dấu hiệu khác ngoài não ít đặc hiệu hơn như gan tăng mật độ, nhau dày hơn và tăng mật độ, bụng báng và có khi tràn dịch màng tim và màng phổi (hiếm). Chậm phát triển và não nhỏ không đặc hiệu cho nhiễm Toxoplasma bẩm sinh.

12.3. Chẩn đoán trước sinh thai nhi nhiễm Toxoplasma

Mục đích quan trọng nhất của chẩn đoán trước sinh là giúp thầy thuốc quyết định chuyển điều trị trước sinh từ spiramycin sang phác đồ pyrimethamine + sulfonamide. Ngoài ra, chẩn đoán trước sinh (kèm phát hiện bất thường qua siêu âm) còn giúp sản phụ quyết định có tiếp tục thai kỳ hay không. Cuối cùng, nếu loại trừ được nhiễm Toxoplasma bẩm sinh ngay khi trước sinh sẽ giúp tránh các can thiệp không cần thiết cho cả mẹ lẫn con.

Phương pháp chẩn đoán trước sinh là tìm DNA của Toxoplasma (bằng phương pháp PCR hoặc tốt hơn là RT-PCR có độ nhạy 92,2% và độ đặc hiệu 100%) với mẫu nghiệm là nước ối và vì vậy là phương pháp xâm nhập và có tai biến sẩy thai dù tỷ lệ thấp. Người ta thường khuyên lấy nước ối 4 tuần kể từ khi có chuyển đổi huyết thanh của mẹ, nhưng một số nghiên cứu gần đây cho thấy không có liên quan giữa độ nhạy của phương pháp PCR với thời điểm chuyển đổi huyết thanh của mẹ.

13. Phòng lây cho thai nhi

Điều trị trước sinh làm giảm rõ rệt di chứng nặng lên hệ thần kinh trung ương và tử vong sau sinh cho trẻ bị nhiễm Toxoplasma bẩm sinh từ mẹ dù không làm giảm biến chứng lên mắt và thị giác cho trẻ. Vì thế người

ta vẫn khuyến cáo NÊN điều trị trước sinh khi có bằng chứng trẻ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh từ mẹ. Việc điều trị cần được thực hiện và theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa. Thuốc được sử dụng phổ biến là pyrimethamine phối hợp với sulfadiazine.

Chú ý: Khi phát hiện nên gửi ngay đến BS chuyên khoa để điều trị. Vì điều trị tuy đơn giản, nhưng phải theo dõi các tác dụng phụ của thuốc. Nhiều thuốc có ảnh hưởng đến thai nhi.

14. Tư vấn can thiệp: Chấm dứt thai kỳ

Một số sản phụ muốn chấm dứt thai kỳ khi thai nhi có dấu hiệu nhiễm Toxoplasma bẩm sinh. Tuy nhiên, cần thông tin rằng, chỉ khi có bằng chứng nhiễm Toxoplasma bẩm sinh (PCR nước ối (+) và có bất thường nội sọ phát hiện qua siêu âm) mới đặt vấn đề chấm dứt thai kỳ vì những trẻ này thường có nhiều di chứng nặng nề về thần kinh sau này hay tử vong sau sinh. Những trẻ khác có thể vẫn phát triển gần như bình thường ít nhất trong 4 năm đầu tiên so với trẻ không nhiễm Toxoplasma từ trong bụng mẹ. Hơn nữa trẻ nếu chưa có biểu hiện bất thường khi sinh ra, thường được điều trị.

15. Làm gì khi chẩn đoán trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ bị nhiễm Toxoplasma?

15.1. Đánh giá ban đầu và trước khi điều trị

Trẻ sinh ra từ mẹ có nhiễm Toxoplasma cấp < 6 tháng tính đến khi có thai hay có bằng chứng nhiễm Toxoplasma từ trong bụng mẹ, cần được tiến hành khám, đánh giá trước khi điều trị theo bảng sau:

Thử nghiệm	Bàn luận
Đánh giá trên lâm sàng	
Khám toàn diện	Sốt, vàng da, gan lách lớn và nổi hạch toàn thân là những triệu chứng thực thể hay gặp ở trẻ có biểu hiện lâm sàng (nhưng trong đa số trường hợp, kết quả các xét nghiệm lại bình thường).
Mời chuyên gia có kinh nghiệm về mắt soi đáy mắt cho trẻ.	Biểu hiện duy nhất có thể gặp là viêm màng mạch – võng mạc.
Khám và xét nghiệm về thần kinh kể cả CT sọ não, không	Biểu hiện duy nhất có thể phát hiện là các ổ canxi hóa nội sọ hay não úng thủy

Thử nghiệm	Bàn luận
tiêm cân quang.	
Đánh giá thính lực	Khuyến cáo nên thực hiện cho mọi trẻ sơ sinh
Chọc và xét nghiệm dịch não tủy	
Xét nghiệm đường, protein, và số tế bào	Có thể có biến loạn và là bất thường duy nhất có thể phát hiện, gồm: protein có thể >1 g/dL ở dịch não tủy của trẻ bị nặng, nhưng thông thường thấp hơn ở trẻ có bệnh cảnh nhẹ hay tiềm ẩn
PCR đặc hiệu cho Toxoplasma*	Có thể xác định chẩn đoán
Huyết thanh học cơ bản ban đầu*	
Tim kháng thể đặc hiệu chống Toxoplasma dòng IgG (ELISA)	Trong giai đoạn sơ sinh không phân biệt được IgG của con hay của mẹ truyền qua
Tim kháng thể đặc hiệu chống Toxoplasma dòng IgM (ELISA kẹp chữ đôi)	Xác định nhiễm Toxoplasma bẩm sinh nếu không vấy nhầm máu của mẹ. Tuy nhiên kết quả IgM âm tính không loại trừ được chẩn đoán
Các xét nghiệm huyết thanh bổ sung** (bổ sung hay nhạy hơn các xét nghiệm huyết thanh cơ bản)	
Xét nghiệm tìm IgA đặc hiệu chống Toxoplasma (ELISA/ISAGA)	Xác định nhiễm Toxoplasma bẩm sinh nếu không vấy nhầm máu của mẹ; đặc biệt có ích khi kết quả về IgG và IgM không xác định rõ.
Xét nghiệm tìm IgE đặc hiệu chống Toxoplasma (ELISA/ISAGA)	Xác định nhiễm Toxoplasma bẩm sinh nếu không vấy nhầm máu của mẹ; đặc biệt có ích khi kết quả về IgG và IgM không xác định rõ.
Các xét nghiệm máu (thực hiện bước đầu trước khi điều trị những trường hợp chẩn đoán xác định hay chỉ nghi ngờ)	
Công thức máu toàn bộ. Chú ý phân tích công thức bạch cầu và tiểu cầu.	Thiếu máu và giảm tiểu cầu hay gặp ở trẻ có triệu chứng lâm sàng. Và cũng cần phải biết tình trạng trước khi điều trị vì các thuốc điều trị có thể gây suy tủy.
Xét nghiệm G6PD (trước khi bắt đầu điều trị)	Điều trị với sulfadiazine có thể gây tan máu ở trẻ thiếu G6PD
Xét nghiệm chức năng gan (ALT, AST, bilirubin toàn phần và trực tiếp)	Phải đánh giá trước khi điều trị vì trẻ nhiễm Toxoplasma bẩm sinh có thể có vàng da do ứ mật và tăng bilirubin trực tiếp.
Creatinine máu và phân tích nước tiểu (trước khi bắt đầu điều trị)	Phải điều chỉnh liều Sulfadiazine (hay sulfamerazine hay sulfamethazine) nếu trẻ có suy thận
Các xét nghiệm khác	

Thử nghiệm	Bàn luận
Tìm virus cytomegalovirus trong nước tiểu	Loại trừ nhiễm cytomegalovirus bẩm sinh, vì có biểu hiện tương tự như nhiễm Toxoplasma bẩm sinh; Ngoài ra còn có thể đồng nhiễm cả hai bệnh này cùng lúc.

Trích theo:

Remington JS, McLeod R, Wilson CB, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant, 7th ed, Remington JS, Klein JO, Wilson CB, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2011. p.918.

Lynfield R, Ogunmodede F, Guerina NG. Toxoplasmosis. In: Oski's Pediatrics: Principles and Practice, 4th ed, McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006. p.1351.

15.2. Kết quả

So với trẻ không điều trị, biến chứng lâu dài và biến chứng mới xuất hiện giảm rõ rệt ở trẻ có điều trị. Tuy nhiên tiên lượng cho những trẻ có triệu chứng sớm, ngay từ khi sinh ra thường vẫn không tốt.

16. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm Toxoplasma?

- Phòng sơ nhiễm cho sản phụ hay phụ nữ đang lứa tuổi sinh đẻ chuẩn bị có thai bằng cách tránh nguồn lây nhiễm và thay đổi hành vi có nguy cơ lây nhiễm. Cụ thể gồm những biện pháp sau cho sản phụ:
- Tránh du lịch đến những vùng có nguy cơ lây nhiễm cao, nhất là Nam Mỹ, nơi chủng Toxoplasma có độc lực cao hơn những chủng ở vùng khác.
- Tránh uống nước không đun sôi hay không được lọc kỹ
- Rửa tay thật sạch và đúng quy cách sau khi lao động có chạm tay đến đất, phân mèo..Rửa thật sạch dưới vòi nước vỏ trái cây và rau sống trước khi ăn.
- Thịt sống và chưa nấu kỹ (thịt tái) là nguồn lây quan trọng. Phải nấu chín thịt và các dụng cụ chuẩn bị thức ăn liên quan đến thịt sống như dao, thớt, son, nồi, kệ có chứa thịt sống đều phải rửa kỹ thật sạch sau khi chế biến thịt sống. Tránh tiếp xúc trực tiếp niêm mạc với thịt sống khi chế biến thịt sống. Tránh nếm các món này khi đang nấu chưa chín.
- Nên nấu thịt chín từ 66°C trở lên, hay để đông lạnh ít nhất 24 giờ ở nhiệt độ < -12°C), vì ở nhiệt độ này có thể diệt hết các thể tự dưỡng nhanh và chậm của Toxoplasma. Các phương pháp bảo quản thịt sống khác (phơi khô, hun khói chưa biết rõ có an toàn không), tốt nhất nên tránh dùng

- Sò hén cũng có bằng chứng chứa Toxoplasma
- Sản phụ không nên dọn phân mèo. Nếu phải làm phải có găng tay, khẩu trang, và cố gắng tránh tiếp xúc với phân mèo và đất cát quanh phân mèo.

17. Có vắc xin chủng ngừa Toxoplasma không?

Chưa có vắc xin ngừa Toxoplasma

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Pediatrics. Toxoplasma gondii infections (toxoplasmosis). In: Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases, 29th, Pickering LK. (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2012. p.720.
2. Berger F, Goulet V, Le Strat Y, Desenclos JC. Toxoplasmosis among pregnant women in France: risk factors and change of prevalence between 1995 and 2003. Rev Epidemiol Sante Publique 2009; 57:241.
3. Boyer KM, Marcinak JF, McLeod RL. Toxoplasma gondii (Toxoplasmosis). In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 3rd ed, Long SS, Pickering LK, Prober CG (Eds), Churchill Livingstone, New York 2008. p.1267.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory identification of parasites of public health concern. Toxoplasmosis [Toxoplasma gondii]. <http://www.dpd.cdc.gov/dpdx/HTML/Toxoplasmosis.htm> (Accessed on December 13, 2010).
5. Dubey JP, Jones JL. Toxoplasma gondii infection in humans and animals in the United States. Int J Parasitol 2008; 38:1257.
6. Filisetti D, Cocquerelle V, Pfaff A, et al. Placental testing for Toxoplasma gondii is not useful to diagnose congenital toxoplasmosis. Pediatr Infect Dis J 2010; 29:665.
7. Jamieson SE, de Roubaix LA, Cortina-Borja M, et al. Genetic and epigenetic factors at COL2A1 and ABCA4 influence clinical outcome in congenital toxoplasmosis. PLoS One 2008; 3:e2285.
8. McAuley JB, Boyer KM, Remington JS, McLeod RL. Toxoplasmosis. In: Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 6th ed, Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL (Eds), Saunders, Philadelphia 2009. p.2954.
9. McAuley JB. Toxoplasmosis in children. Pediatr Infect Dis J 2008; 27:161.
10. Montoya JG, Remington JS. Management of Toxoplasma gondii infection during pregnancy. Clin Infect Dis 2008; 47:554.
11. Phan L, Kasza K, Jalbrzikowski J, et al. Longitudinal study of new eye lesions in children with toxoplasmosis who were not treated during the first year of life. Am J Ophthalmol 2008; 146:375.
12. Phan L, Kasza K, Jalbrzikowski J, et al. Longitudinal study of new eye lesions in treated congenital toxoplasmosis. Ophthalmology 2008; 115:553.
13. Rabilloud M, Wallon M, Peyron F. In utero and at birth diagnosis of congenital

toxoplasmosis: use of likelihood ratios for clinical management. *Pediatr Infect Dis J* 2010; 29:421.

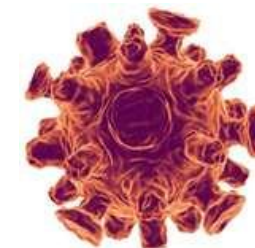
14. Remington JS, McLeod R, Wilson CB, Desmonts G. Toxoplasmosis. In: *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant*, 7th ed, Remington, JS, Klein, JO, Wilson, CB, et al (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2011. p.918.
15. Varella IS, Canti IC, Santos BR, et al. Prevalence of acute toxoplasmosis infection among 41,112 pregnant women and the mother-to-child transmission rate in a public hospital in South Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2009; 104:383.

NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS Ở PHỤ NỮ MANG THAI, TRẺ SƠ SINH VÀ TRẺ NHỎ

Cytomegalovirus đọc là xytômêgalôvirút, viết tắt là CMV

1. CMV là gì?

CMV là một loại virút (nhỏ hơn rất nhiều so với vi trùng), còn được gọi là human herpesvirus 5, thuộc nhóm Herpesvirus (*Herpesviridae*), bộ gen của CMV mang phân tử ADN chuỗi kép. CMV có thể gây bệnh và những tật bẩm sinh cho người ở các nhóm tuổi khác nhau.



Hình 10.1:
Cytomegalovirus

Nguồn:
<http://www.piadvocates.org/Pages/Virus>

2. Nhiễm CMV có nguy hiểm không?

Nhiễm CMV rất phổ biến ở người và thường không có hại. Điều tra ở Mỹ cho thấy cứ trong 100 người trưởng thành tính đến khi 40 tuổi sẽ có khoảng từ 50 đến 80 người bị nhiễm CMV (50 – 80%). Sau khi bị nhiễm cơ thể sẽ mang loại virút này suốt cả cuộc đời. Tuy nhiên nếu người mẹ bị nhiễm CMV khi mang thai sẽ có thể truyền virút qua thai nhi gây ra hội chứng nhiễm CMV bẩm sinh có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng cho thai nhi và trẻ sau sinh.

Chú ý: Nhiễm CMV thường vô hại nhưng nếu mẹ bị nhiễm CMV khi mang thai có thể gây hậu quả nghiêm trọng cho thai nhi.

3. Người bị nhiễm CMV sẽ có biểu hiện như thế nào?

Hầu hết người lớn và trẻ em khỏe mạnh khi nhiễm CMV đều không có biểu hiện gì và thậm chí không biết mình đã bị nhiễm CMV. Một vài người có thể có biểu hiện giống như cảm cúm khi nhiễm CMV như sốt, đau họng, mệt mỏi và sưng các hạch. Đây cũng là biểu hiện của nhiều bệnh khác nhau nên nhìn chung hầu hết mọi người đều không biết mình đã bị nhiễm CMV.

Tuy nhiên ở người có hệ thống miễn dịch (hệ thống giúp cơ thể chống lại các tác nhân gây bệnh) bị suy yếu như:

- Đang mắc bệnh ung thư

- Người được ghép tạng,
- Bệnh nhân đang được điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch,
- Người bị nhiễm HIV

Khi bị nhiễm CMV hoặc CMV đã có sẵn trong cơ thể, virút có thể chuyển sang trạng thái hoạt động gây ra những hậu quả nghiêm trọng.

Chú ý: Nhiễm CMV thường không có triệu chứng, một số có các biểu hiện giống cảm cúm. CMV chỉ gây hậu quả nghiêm trọng ở những người có hệ thống miễn dịch bị suy yếu.

4. CMV lây truyền cho người như thế nào?

Nguy cơ nhiễm CMV qua tiếp xúc bình thường rất thấp. CMV thường lây từ người bị nhiễm CMV do tiếp xúc trực tiếp với nước bọt, nước tiểu hoặc những dịch khác của cơ thể như sữa mẹ, tinh dịch.

CMV có thể truyền qua đường sinh hoạt tình dục, hoặc do được ghép tạng hoặc truyền máu bị nhiễm CMV.

Người nhiễm CMV có thể thải virút vào môi trường. Trẻ bị nhiễm CMV có thể thải virút vào môi trường trong nhiều tháng sau khi bị nhiễm lần đầu tiên do đó bố mẹ của trẻ bị nhiễm CMV có thể bị nhiễm CMV từ trẻ tuy nhiên tỷ lệ nhiễm này ở bố mẹ chỉ chiếm khoảng 20% khi tiếp xúc với trẻ trong vòng 1 năm.

Mặc dù CMV có thể truyền qua sữa mẹ, tuy nhiên do tình trạng nhiễm CMV qua sữa mẹ không gây ra triệu chứng hoặc bệnh gì cho trẻ bú sữa mẹ nên không có khuyến cáo không cho bú sữa mẹ nếu mẹ nhiễm CMV.

Chú ý: Nhiễm CMV do tiếp xúc trực tiếp với nước bọt, nước tiểu hoặc những loại dịch khác từ người mắc bệnh hoặc do sinh hoạt tình dục. Mẹ bị nhiễm CMV vẫn có thể cho con bú.

5. Làm thế nào để đề phòng lây nhiễm CMV?

Vì nhiễm CMV rất phổ biến ở người bình thường khỏe mạnh và không có biểu hiện triệu chứng nên các nỗ lực ngăn ngừa lây nhiễm CMV không cần thiết phải thực hiện cho tất cả mọi người trừ khi bạn đang mang thai hoặc có hệ miễn dịch bị suy yếu.

Chú ý: Do tính phổ biến của tình trạng nhiễm CMV và hầu hết không có biểu hiện triệu chứng do đó không cần phải đề phòng nhiễm CMV trừ khi đang mang

thai hoặc có hệ miễn dịch bị suy yếu.

6. Lây nhiễm CMV ở sản phụ diễn ra như thế nào?

Theo điều tra ở Mỹ, có khoảng 30 đến 50% phụ nữ không bị nhiễm CMV, trong số này sẽ có 1 đến 4% sẽ bị nhiễm CMV lần đầu tiên trong khi mang thai, và khoảng 1/3 trong số này tức là khoảng 33 trong số 100 sản phụ bị nhiễm lần đầu tiên khi mang thai sẽ truyền CMV sang cho thai nhi. Nếu một phụ nữ đã bị nhiễm CMV từ trước khi mang thai thì nguy cơ truyền CMV sang cho thai nhi khi mang thai khoảng 1%.

Sự lây nhiễm CMV ở sản phụ xảy ra phổ biến nhất là do sinh hoạt tình dục và tiếp xúc với nước tiểu hoặc nước bọt của trẻ bị nhiễm CMV.

Chú ý: Phụ nữ bị nhiễm CMV trước hoặc trong khi mang thai có thể truyền CMV cho thai nhi

7. Làm thế nào để biết mình bị nhiễm CMV?

Hầu hết các trường hợp nhiễm CMV đều không được chẩn đoán vì thường không có triệu chứng. Tuy nhiên khi đã bị nhiễm CMV cơ thể sẽ sinh ra các kháng thể IgG và IgM để chống lại CMV. Xét nghiệm những kháng thể này trong máu sẽ cho biết người đó đã hay đang bị nhiễm CMV.

Hiện nay có thêm xét nghiệm để đánh giá ái tính của IgG (IgG avidity assays) để đo lường mức độ thành thực của kháng thể trong việc đề kháng với CMV. Nếu một người mới nhiễm CMV, cơ thể sẽ sản xuất ra kháng thể IgG có ái lực thấp. Sau 2 đến 4 tháng, cơ thể bắt đầu sản xuất IgG có ái lực cao với CMV. Do đó ái lực của IgG CMV thấp gợi ý tình trạng bị nhiễm CMV lần đầu trong vòng từ 2 đến 4 tháng. Ái lực IgG CMV cao gợi ý đã nhiễm CMV cách từ 2 đến 4 tháng trở lên

Các xét nghiệm phát hiện virút trong mẫu nước bọt, nước tiểu, máu hoặc các mẫu dịch lấy từ mũi họng bệnh nhân được thực hiện để xác định sự có mặt và đánh giá tình trạng hoạt động của CMV, nếu phát hiện thấy virút chứng tỏ người đó đang bị nhiễm CMV ở trạng thái đang hoạt động. Các kỹ thuật phổ biến để xác định sự có mặt của CMV gồm:

- Kỹ thuật PCR (một kỹ thuật phân tử nhằm xác định sự có mặt đoạn ADN của CMV ở mẫu bệnh phẩm), cho kết quả nhanh.
- Sử dụng kỹ thuật kháng thể huỳnh quang (DFA) để phát hiện trực

tiếp CMV, cho kết quả nhanh.

- Nuôi cấy và phân lập CMV, thường mất đến 4 tuần.

Chú ý: xét nghiệm phổ biến để biết tình trạng nhiễm CMV là đánh giá kháng thể kháng CMV IgG và IgM trong máu mẹ.

7.1. Lúc nào thì cần chỉ định xét nghiệm nhiễm CMV trong khi mang thai

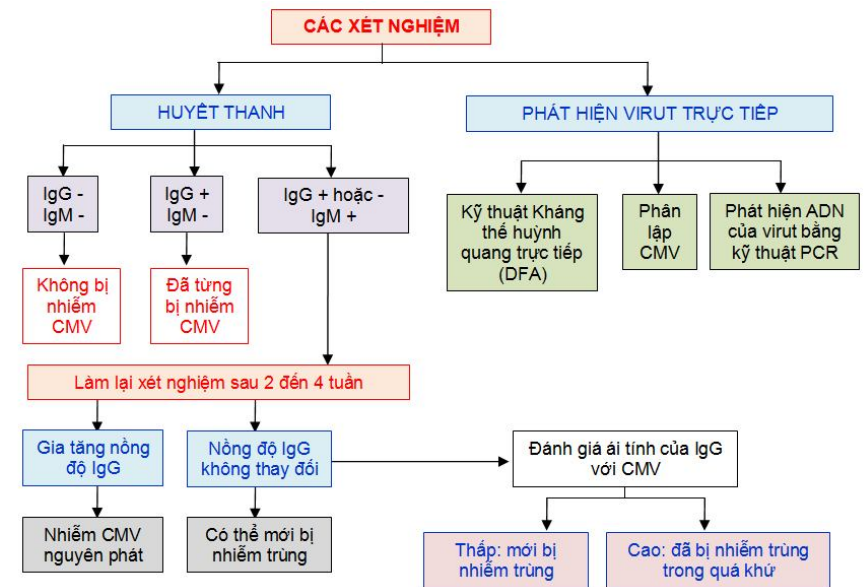
Sản phụ được chỉ định xét nghiệm nhiễm CMV khi:

- Hầu hết sản phụ khi nhiễm CMV đều không có triệu chứng, tuy nhiên một vài sản phụ có những triệu chứng giống như bị cảm cúm. Khi có những triệu chứng như vậy sản phụ nên xét nghiệm CMV.
- Có tiếp xúc với người được biết là bị nhiễm CMV
- Siêu âm phát hiện có bất thường của thai nhi. Những biểu hiện thường gặp trong trường hợp thai bị nhiễm CMV bẩm sinh gồm: tật đầu nhỏ, não úng thủy (dãn não thất), thai chậm phát triển trong tử cung, canxi hóa trong hộp sọ, canxi hóa trong bụng, gan to, phù thai, thiếu ối hoặc đa ối v.v... tuy nhiên cần lưu ý là các biểu hiện trên không phải lúc nào cũng dự báo được tình trạng tổn thương ở thai nhi. Độ nhạy của việc đánh giá thai nhi bằng siêu âm (khả năng phát hiện số trường hợp bất thường trong tổng số các trường hợp bất thường) chỉ đạt khoảng từ 30 – 50%.
- Sản phụ có hệ miễn dịch kém
- Nếu bạn được xác định là nhiễm CMV lần đầu tiên trong quá trình mang thai, cần phải xét nghiệm tình trạng nhiễm CMV cho con của bạn ngay sau khi sinh càng sớm càng tốt.
- Việc đưa xét nghiệm thường quy để phát hiện tình trạng nhiễm CMV ở sản phụ vẫn đang còn tranh cãi.

Chú ý:

- Chưa có ý kiến thống nhất trong việc xét nghiệm thường quy ở sản phụ để phát hiện tình trạng nhiễm CMV.
- Sản phụ nên đi xét nghiệm CMV khi có những triệu chứng giống cảm cúm.
- Xét nghiệm tình trạng nhiễm CMV cho con của bạn ngay sau khi sinh càng sớm càng tốt nếu bạn được xác định là nhiễm CMV lần đầu tiên trong quá trình mang thai.

7.2. Giải thích các kết quả xét nghiệm CMV ở sản phụ như thế nào?



Sơ đồ 2.1: Sơ đồ xét nghiệm nhiễm CMV ở sản phụ

Xét nghiệm huyết thanh nếu cho thấy:

- Kháng thể kháng CMV IgG và IgM âm tính chứng tỏ bạn chưa bị nhiễm CMV.
- Kháng thể kháng CMV IgG dương tính còn IgM âm tính: chứng tỏ bạn đã bị nhiễm CMV ở một thời điểm nào đó trong quá khứ, nhưng không thể cho biết chính xác thời điểm bị nhiễm.
- Kháng thể kháng CMV IgG âm hoặc dương tính còn IgM dương tính: nên làm lại xét nghiệm IgG và IgM sau từ 4 tuần nếu thấy có sự gia tăng nồng độ IgG chứng tỏ bạn bị nhiễm CMV.
 - + Nếu không thấy có sự thay đổi nồng độ IgG có thể bạn mới bị nhiễm CMV
 - + Nếu có điều kiện nên đánh giá ái tính của IgG đặc hiệu với CMV, nếu ái lực thấp có thể bạn mới bị nhiễm CMV, nếu ái lực cao có thể bạn đã nhiễm cách đây khá lâu.

- + Kết quả dương tính sai
- Sự có mặt của chỉ một mình kết quả kháng thể kháng IgM dương tính thường không đủ để chứng minh tình trạng mới nhiễm CMV. Kết quả xét nghiệm kháng thể kháng CMV IgM dương tính có thể xảy ra trong nhiều trường hợp như:
 - + Mới bị nhiễm CMV
 - + Đã bị nhiễm CMV trong quá khứ nhưng gần đây bị tái nhiễm CMV
 - + CMV tái hoạt động trở lại sau khi đã bị nhiễm CMV trong quá khứ
- Kết quả các xét nghiệm phát hiện virus trực tiếp trong mẫu nước bọt, nước tiểu hoặc dịch ngoáy họng nếu dương tính chứng tỏ bệnh nhân đang ở tình trạng nhiễm CMV đang hoạt động, tuy nhiên cần lưu ý:
 - + Độ nhạy của việc phát hiện tình trạng nhiễm CMV (tức là khả năng phát hiện số ca nhiễm virus trong số tất cả các trường hợp nhiễm CMV) của kỹ thuật DFA là 80 – 90% trong khi đó của kỹ thuật PCR là từ 95 – 100%.
 - + Độ đặc hiệu cho bệnh (tức là khả năng phát hiện người không mắc bệnh do nhiễm CMV trong số những người không mắc bệnh) đối với kỹ thuật DFA là từ 95 – 100%, kỹ thuật phân lập virus từ 95 – 100% trong khi đó kỹ thuật PCR chỉ có 40 – 50%.
 - + Kỹ thuật DFA và PCR cho kết quả nhanh còn kỹ thuật phân lập virus thường mất tới 4 tuần.

Chú ý: nếu chỉ có xét nghiệm IgM dương tính sẽ không đủ để kết luận nhiễm CMV.

8. Nhiễm CMV bẩm sinh là gì và có thể gây ra những hậu quả như thế nào?

Trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh nghĩa là trẻ đã bị nhiễm CMV từ khi còn nằm trong tử cung của người mẹ. CMV có thể truyền từ mẹ bị nhiễm CMV sang thai nhi khi mang thai. Virus sẽ đi từ máu mẹ qua nhau thai để lây nhiễm cho thai nhi.

8.1. Nguy cơ nhiễm CMV cho thai nhi

Trong trường hợp sản phụ bị nhiễm CMV **nguyên phát** (bị lần đầu tiên) sẽ có khoảng 50% khả năng truyền virus cho thai nhi. Trong số thai nhi bị nhiễm sẽ có 10% trẻ sinh ra bị nhiễm CMV bẩm sinh có triệu chứng

với 90% trong số đó có nguy cơ bị di chứng và 10% bình thường, 90% nhiễm CMV nhưng không có triệu chứng với 10% trong số đó có nguy cơ bị di chứng và 90% bình thường.

Trong trường hợp sản phụ bị **tái nhiễm** CMV sẽ có dưới 1% khả năng truyền virus cho thai nhi. Trong số thai nhi bị nhiễm sẽ có dưới 1% trẻ sinh ra bị nhiễm CMV bẩm sinh có triệu chứng và trên 99% nhiễm CMV nhưng không có triệu chứng. Nguy cơ bị di chứng khoảng 10%.

8.2. Trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh có nguy hiểm không?

Trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh có thể có một hoặc một số biểu hiện ngay từ khi sinh như:







- Sinh non
- Gan, lách lớn
- Tật đầu nhỏ
- Động kinh
- Viêm màng mạch-võng mạc
- Không có nhãn cầu
- Xuất huyết dưới da
- Trẻ nhỏ con khi sinh
- Siêu âm đầu cho thấy trẻ bị não úng thủy
- Trên hình chụp CT và MRI có thể thấy tình trạng canxi hóa nội sọ, teo não, giãn não thất

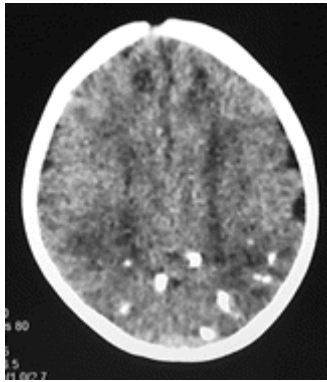
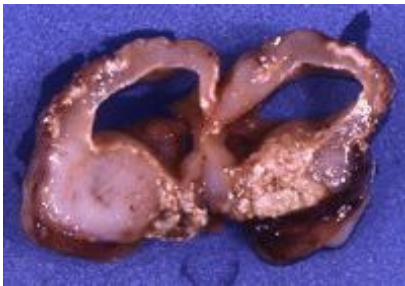
Với các trường hợp trẻ nhiễm CMV bẩm sinh **có triệu chứng ngay từ khi sinh** các nguy cơ có thể gặp gồm có:

- Tỷ lệ tử vong khoảng từ 10 – 30%.
- Điếc thính giác cảm giác³(25 – 50%) trong đó khoảng 30% điếc một bên, 70% điếc 2 bên và 43% điếc ổn định⁴.
- Di chứng thính giác của tật đầu nhỏ (30 – 50%), động kinh (10%), chậm phát triển tâm thần (dưới 70%), viêm màng mạch và võng mạc (10 – 20%).

³ Điếc do tổn thương ở tai trong, liên quan đến tổn thương của ốc tai (bộ phận có nhiệm vụ chuyển tín hiệu âm thanh thành xung thần kinh để chuyển lên não) hoặc thần kinh thính giác

⁴ Điếc ổn định nghĩa là mức độ điếc không thay đổi theo thời gian.

<p>Hình 10.2: Một số hình ảnh về các khuyết tật của trẻ nhiễm CMV bẩm sinh</p> <p>Nguồn: Committee on Infectious Diseases et al. Red Book Online 2012, 300-305</p>	
	
Ban xuất huyết trên da trẻ sơ sinh	Trẻ có bụng to do gan lách lớn
	
Viêm màng mạch võng mạc với hình ảnh giống các "đám cháy nhỏ" trên võng mạc	Mắt phải không có nhãn cầu
	
Khuôn mặt với thương tổn giống "bánh nướng rã trái việt quất (*)"	Trẻ có gan lách lớn và ban xuất huyết trên da

<p>Hình 10.2: Một số hình ảnh về các khuyết tật của trẻ nhiễm CMV bẩm sinh</p> <p>Nguồn: Committee on Infectious Diseases et al. Red Book Online 2012, 300-305</p>	
	
Hình ảnh canxi hóa quanh não thất	Não nhỏ và canxi hóa não

(*) Trái việt quất có kích thước tròn nhỏ như trái sim, khi tươi có màu xanh dương đậm với ánh bạc, có thể ăn tươi hoặc làm mứt.

Đối với các trường hợp trẻ nhiễm CMV bẩm sinh nhưng **không có triệu chứng** các nguy cơ có thể gặp gồm có:

- Điếc thần kinh cảm giác (5%) trong đó khoảng 64% điếc một bên, 36% điếc 2 bên và 64% điếc ổn định.
- Viêm màng mạch và võng mạc (2%).

Cần lưu ý là một số trẻ bị nhiễm CMV khi sinh ra có thể hoàn toàn bình thường nhưng sau đó nhiều năm tình trạng điếc hoặc mù mới dần dần xuất hiện. Do đó nếu bạn biết con mình bị nhiễm CMV bẩm sinh cần phải cho trẻ đi kiểm tra định kỳ thính lực và thị giác.

Chú ý: tình trạng điếc hoặc mù ở trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh có thể không biểu hiện ngay từ khi sinh mà xuất hiện sau đó nhiều năm vì vậy nếu bạn biết con mình bị nhiễm CMV bẩm sinh cần cho trẻ đi kiểm tra thính lực và thị giác định kỳ.

8.3. Có bao nhiêu trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh?

Ở Mỹ trong số 150 trẻ sinh ra sẽ có 1 trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh. Trung bình cứ 5 trẻ nhiễm CMV bẩm sinh sẽ có 1 trẻ (20% số trẻ bị nhiễm CMV) bị những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, những biểu hiện này có thể có mặt ngay từ khi sinh hoặc sau 2 hoặc nhiều năm sau sinh. Nhìn

chung trong số 1000 trẻ sinh sống sẽ có khoảng từ 1 đến 2 trẻ mắc phải những vấn đề về sức khỏe do nhiễm CMV bẩm sinh.

9. Trẻ sơ sinh bị nhiễm CMV bẩm sinh được theo dõi và điều trị như thế nào?

Nếu trẻ được chẩn đoán bị **nhiễm CMV bẩm sinh mà không có triệu chứng**, bạn cần kiểm tra định kỳ thị lực và thính lực cho trẻ. Khoảng 80% trẻ mắc CMV bẩm sinh phát triển khỏe mạnh bình thường nhưng nếu phát hiện trẻ có những biểu hiện đáng lo ngại liên quan đến thính giác và thị giác cần đem trẻ đến khám bác sĩ chuyên khoa thính lực (hoặc tai mũi họng), chuyên khoa mắt để có thể can thiệp sớm cho trẻ nếu phát hiện các bất thường của thính giác và thị giác.

Nếu trẻ **nhiễm CMV bẩm sinh và có triệu chứng từ khi sinh**, tùy theo mức độ ảnh hưởng đến các cơ quan mà các bác sĩ nhi khoa sẽ có quyết định phù hợp trong việc điều trị.

Một số nghiên cứu cho thấy sử dụng **ganciclovir**, một loại thuốc kháng virút, để điều trị có thể ngăn ngừa tình trạng suy giảm thính lực và những hậu quả lên sự phát triển ở trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh. Tuy nhiên loại thuốc này có thể gây ra những tác dụng phụ nghiêm trọng và chỉ mới được thử nghiệm ở các trẻ có những triệu chứng nặng nề do nhiễm CMV bẩm sinh.

Chú ý: nếu phát hiện trẻ có những biểu hiện đáng lo ngại liên quan đến thính giác và thị giác cần đem trẻ đến khám bác sĩ chuyên khoa ngay.

10. Người bị nhiễm CMV được điều trị như thế nào?

Người khỏe mạnh nhiễm CMV nhưng không có triệu chứng thường không cần phải điều trị gì.

Hiện không có thuốc đặc trị để điều trị nhiễm CMV. Chưa có nhiều thông tin về hiệu quả sử dụng các thuốc chống virút như **ganciclovir** ở trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh.

11. Làm thế nào để ngăn ngừa nhiễm CMV bẩm sinh?

Đối với sản phụ, giảm nguy cơ lây nhiễm CMV sẽ giảm thiểu được nguy cơ truyền CMV qua thai nhi. Để làm được điều này sản phụ cần tránh tiếp xúc với nước tiểu, nước bọt của trẻ bị nhiễm CMV bẩm sinh vì

chúng có thể chứa virút. Việc dự phòng có thể thực hiện đơn giản bằng cách:

- Rửa tay bằng xà phòng trong vòng 20 giây sau khi:
 - + Thay tả lót cho trẻ
 - + Cho trẻ nhỏ ăn
 - + Chăm đồ chơi của trẻ
 - + Lau chùi nước mũi hoặc nước bọt của trẻ
- Không ăn thức ăn, nước uống hoặc sử dụng các thìa, muỗng đã được trẻ sử dụng
- Không ngậm núm vú của trẻ
- Không dùng chung bàn chải đánh răng của trẻ nhỏ
- Tránh tiếp xúc với nước bọt của trẻ khi hôn trẻ
- Lau chùi sạch đồ chơi, hoặc các bề mặt đồ dùng có thể dính nước tiểu hoặc nước bọt của trẻ.

Chú ý: Tránh tiếp xúc với nước tiểu, nước bọt, các vật dụng có thể dính nước tiểu, nước bọt của trẻ nhiễm CMV bẩm sinh để tránh lây CMV. Nếu có tiếp xúc cần rửa tay bằng xà phòng đúng cách.

12. Khi nào cần xét nghiệm CMV cho trẻ sơ sinh?

Ở trẻ sơ sinh khi thấy có những triệu chứng nghi ngờ nhiễm CMV, cần thực hiện các xét nghiệm như dưới đây để xác định chẩn đoán:

- Xét nghiệm kháng thể kháng CMV IgM trong huyết thanh của trẻ, trường hợp tăng cao nồng độ IgM gợi ý khả năng nhiễm CMV bẩm sinh.
- Phân lập virút trong nước tiểu, nước bọt, máu hoặc dịch mũi họng của trẻ
- Sử dụng kỹ thuật PCR để xác định ADN của CMV trong tế bào bạch cầu. Tuy nhiên cần lưu ý kết quả PCR âm tính cũng không loại trừ được khả năng nhiễm CMV bẩm sinh.
- Việc xét nghiệm chẩn đoán cần được thực hiện trong vòng từ 2 đến 4 tuần đầu ngay sau sinh để xác định tình trạng nhiễm CMV từ trong tử cung của mẹ.
- Nhiễm CMV bẩm sinh được xác định khi phát hiện được sự có mặt của virút trong nước tiểu, nước bọt, máu hoặc các mô khác của trẻ. Nếu xét nghiệm được làm sau khi sinh từ 2 đến 4 tuần sẽ rất khó phân biệt giữa nhiễm CMV từ trong tử cung hay trong giai

đoạn chu sản trừ khi có những biểu hiện lâm sàng trước đó như viêm màng mạch võng mạc hay tình trạng canxi hóa nội sọ.

Chú ý: cần xét nghiệm sớm trong vòng từ 2 đến 4 tuần sau sinh để xác định tình trạng nhiễm CMV bẩm sinh.

13. Có vắc xin chủng ngừa CMV không?

Hiện nay chưa có vắc xin chủng ngừa để phòng nhiễm CMV. Một vài loại vắc xin phòng nhiễm CMV ở người đang được thử nghiệm nhưng chưa được phép sử dụng.

Chú ý: chưa có vắc xin chủng ngừa để phòng nhiễm CMV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

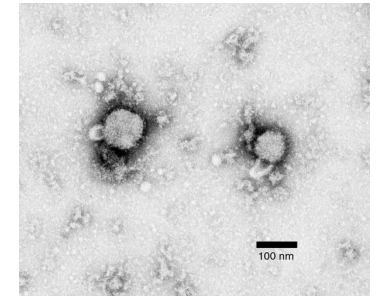
1. Bộ Y tế. Cục Y tế dự phòng và môi trường. Cẩm nang phòng chống bệnh truyền nhiễm. Bệnh do virus Cytomegalovirus, trang 412 -415. NXBYH, Hà Nội 2009
2. Cannon MJ. Congenital cytomegalovirus (CMV) epidemiology and awareness. J Clin Virol. 2009;46 [Suppl 4]:S6-10.
3. CMV, overview. Sẵn có tại: URL: <http://www.cdc.gov/cmV>
4. Cytomegalovirus infection clinical manifestations. URL: <http://aapredbook.aapublications.org/content/1/SEC131/SEC173.body>
5. Fowler KB, McCollister FP, Dahle AJ et al. Progressive and fluctuating sensorineural hearing loss in children with asymptomatic congenital cytomegalovirus infection. J. Pediatr. 1997; 130(4): 624-30.
6. Gouarin S, Palmer P, Cointe D, et al. Congenital HCMV infection: a collaborative and comparative study of virus detection in amniotic fluid by culture and by PCR. J Clin Virol. 2001; 2: 47-55.
7. Lê TX, Nhiễm khuẩn do CMV. Sẵn có tại: URL: <http://www.benhhoc.com/content/2595-Nhiem-khuan-do-CMV.html>
8. Nguyễn LN. Sự nhiễm Cytomegalovirus (CMV) ở phụ nữ mang thai, trẻ em và người ghép tạng. 06/09/2011. Sẵn có tại: URL: <http://www.medlatec.vn/chi-tiet/can-lam-sang/su-nhiem-cytomegalovirus-cmv-o-phu-nu-mang-thai-tre-em-va-nguoi-ghiep-tang-22-679.aspx>
9. Noyola DE, Demmler GJ, Nelson CT et al. Early predictors of neurodevelopmental outcome in symptomatic congenital cytomegalovirus infection. J Pediatr 2001; 138: 325-31
10. Pamela P, Mike S, Cheryl J. Management of Perinatal Infections. Australian Society for Infectious Diseases 2002. 1-4.
11. Triệu TN, Huỳnh QH, Võ TTT. Nhiễm Cytomegalovirus, 05/04/2011. Sẵn có tại: URL: <http://www.impe-qn.org.vn/impe-qn/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=58&cat=945&ID=4686>

NHIỄM (LCMV) LYMPHOCYTIC CHORIOMENINGITIS VIRUS Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Lymphocytic choriomeningitis virus viết tắt là LCMV, là loại virus gây bệnh viêm màng não đám rối màng mạch limphô bào.

1. LCMV là gì?

LCMV là một loại virút lây truyền thông qua các động vật gặm nhấm như chuột nhà, chuột hamster v.v... gây ra bệnh viêm màng não vô trùng (không phải do vi khuẩn mà do virút), viêm não hoặc viêm não màng não. Virút này thuộc họ Arenaviridae.



Hình 11.1: Lymphocytic choriomeningitis virus

Nguồn: <http://www.redorbit.com>

2. Người bị nhiễm LCMV như thế nào?

Chuột nhà là vật chủ chính của LCMV, nghĩa là LCMV có thể sống trong cơ thể chuột nhà mà không hề gây bệnh cho chuột. Nghiên cứu ở Hoa Kỳ cho thấy 5% số chuột trên khắp nước Mỹ mang LCMV, tỷ lệ này thay đổi tùy theo vùng. Vi rút được tìm thấy trong nước bọt, nước tiểu và phân của những con chuột bị nhiễm LCMV. Virút này được chuột bị nhiễm LCMV thải ra môi trường chung quanh trong suốt thời gian sống của chuột mà không hề có bất kỳ biểu hiện bệnh lý nào. Các loại động vật gặm nhấm khác, như chuột hamster, thường được nuôi như thú cưng trong gia đình có thể bị nhiễm LCMV từ chuột nhà khi được nuôi trong môi trường gia đình.



Hình 11.2: Chuột Hamster

Nguồn: <http://www.tumblr.com/tagged/love%20hamsters>

Người bị nhiễm LCMV sau khi tiếp xúc với nước tiểu, phân, nước bọt, hoặc các vật liệu được chuột sử dụng làm tổ. Tình trạng nhiễm LCMV cũng có thể xảy ra khi các vật liệu truyền bệnh trên tiếp xúc trực tiếp vào vùng da bị tổn thương, qua mũi, mắt,

miệng, hoặc qua vết cắn của động vật gặm nhấm bị nhiễm LCMV. Tình trạng truyền bệnh từ người sang người chưa được báo cáo, trừ sự lây truyền LCMV từ mẹ sang thai nhi. Điều tra gần đây cho thấy rằng cấy ghép cơ quan cũng có thể là một phương tiện truyền dẫn.

Con người bị nhiễm LCMV chủ yếu từ chuột nhà, nhưng cũng đã có một số báo cáo về tình trạng lây nhiễm LCMV từ động vật gặm nhấm được nuôi như vật nuôi.

Chú ý: Chuột nhà là vật chủ của LCMV, người bị nhiễm LCMV từ chuột nhà và các động vật gặm nhấm được nuôi trong gia đình. LCMV có thể truyền từ mẹ sang thai nhi.

3. Nhiễm LCMV có nguy hiểm không?

Mặc dù loại virus này, như tên gọi của nó, được công nhận phổ biến là nguyên nhân gây ra các bệnh lý nghiêm trọng của hệ thần kinh như viêm màng não, viêm não, viêm não - màng não nhưng biểu hiện lâm sàng thường gặp khi nhiễm loại virus này là tình trạng nhiễm trùng không có triệu chứng hoặc sốt nhẹ.

Tuy nhiên nếu mẹ bị nhiễm LCMV khi mang thai có thể gây ra các dị tật bẩm sinh cho thai nhi như tật não úng thủy bẩm sinh, viêm màng mạch - võng mạc⁵ ở mắt và chậm phát triển tâm thần hoặc gây sảy thai.

Chú ý: Nhiễm LCMV ở sản phụ có thể gây ra tật não úng thủy bẩm sinh, viêm màng mạch - võng mạc và chậm phát triển tâm thần.

4. Những người nào có nguy cơ bị nhiễm LCMV

Người ở bất cứ độ tuổi nào nếu tiếp xúc với nước tiểu, phân, nước bọt hoặc máu của chuột đều có nguy cơ bị nhiễm LCMV.

Nhân viên ở các phòng thí nghiệm làm việc với virus hoặc đụng chạm các động vật thí nghiệm bị nhiễm LCMV cũng có nguy cơ bị nhiễm. Khả năng bị nhiễm LCMV trong trường hợp này có thể được hạn chế tối thiểu nếu sử dụng nguồn động vật thí nghiệm được kiểm tra định kỳ về khả năng nhiễm virus, mang dụng cụ bảo vệ, và tuân thủ các quy định an toàn trong quá trình làm việc.

⁵ Tình trạng viêm của màng mạch và võng mạc của mắt, thường là do nhiễm ký sinh trùng, vi khuẩn hoặc virus, được đặc trưng bởi nhìn mờ, sợ ánh sáng và hình ảnh bị méo mó.

Những người nuôi chuột hoặc chuột hamster làm vật nuôi cũng có nguy cơ bị nhiễm LCMV nếu các vật nuôi này bị nhiễm LCMV từ chuột hoang hoặc chuột nhà.

Mẹ đang mang thai nếu bị nhiễm LCMV có nguy cơ truyền LCMV cho thai.

Chú ý: Nuôi chuột hoặc chuột hamster làm vật nuôi có thể bị nhiễm LCMV. Thai nhi có nguy cơ bị nhiễm LCMV từ mẹ bị nhiễm LCMV.

5. Người bị nhiễm LCMV sẽ có biểu hiện như thế nào?

5.1. Biểu hiện trên lâm sàng

Một số người bị nhiễm LCMV không hề có biểu hiện của bệnh. Đối với người có biểu hiện bệnh, các triệu chứng thường khởi phát sau khi tiếp xúc với virus từ 8 đến 13 ngày. Bệnh có đặc điểm với sốt chia làm hai giai đoạn:

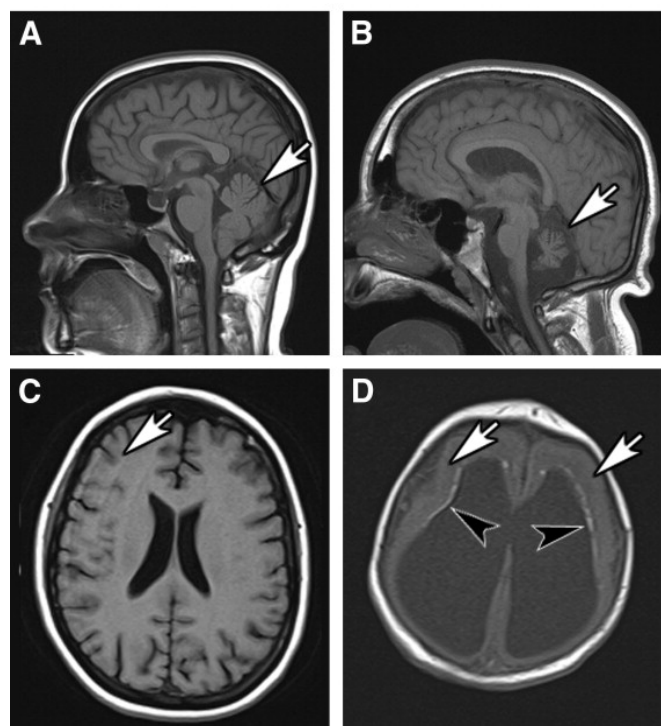
- **Giai đoạn thứ nhất:**

Có thể kéo dài khoảng một tuần, thường bắt đầu với một, một số hoặc tất cả các triệu chứng sau: sốt, mệt mỏi, biếng ăn, đau cơ, nhức đầu, buồn nôn, và nôn mửa. Các triệu chứng khác xuất hiện ít thường xuyên hơn gồm đau họng, ho, đau khớp, đau ngực, đau tinh hoàn, và đau do viêm tuyến nước bọt ở mang tai.

- **Giai đoạn thứ hai:**

Sau một vài ngày hồi phục, giai đoạn thứ hai của bệnh xảy ra, với các triệu chứng của bệnh viêm màng não (sốt, nhức đầu, và cứng cổ) hoặc viêm não (buồn ngủ, lú lẫn, rối loạn cảm giác, và/hoặc các bất thường vận động như tê liệt).

LCMV cũng có thể gây ra não úng thủy cấp tính do tăng lượng dịch trong não đòi hỏi phải được phẫu thuật để dẫn lưu nhằm làm giảm sự gia tăng áp lực nội sọ. Trong một số rất ít trường hợp LCMV có thể gây viêm tủy sống với các triệu chứng như yếu cơ, tê liệt, hoặc thay đổi trong cảm giác cơ thể. Đã có một số gợi ý về mối liên hệ giữa nhiễm LCMV và viêm cơ tim.



Bình thường

Nhiễm LCMV bẩm sinh

Hình 11.3: Hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) ở trẻ bình thường (A và C) và trẻ bị nhiễm LCMV bẩm sinh (B và D). Trên thiết diện dọc A: tiểu não lớn và lập đầy hồ sau; B: trong nhiễm LCMV bẩm sinh, virus có thể làm giảm sản tiểu não; C: Trên thiết diện ngang của trẻ bình thường, võ não xếp thành những nếp tạo nên một phức hợp gồm nhiều nếp gấp nông sâu khác nhau.; D: Trường hợp nhiễm LCMV bẩm sinh, võ não thường mịn, nhẵn và không tạo nên các nếp gấp, không có những nếp gấp nông sâu như trên võ não.

Nguồn: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1071909112000034>

Hầu hết các bệnh nhân bị viêm màng não hoặc viêm não do LCMV hồi phục hoàn toàn. Không thấy có tình trạng nhiễm LCMV mãn tính ở người, và sau giai đoạn cấp tính của bệnh, LCMV biến mất hoàn toàn. Tuy nhiên, cũng như trong tất cả các bệnh nhiễm trùng của hệ thống thần kinh trung ương, đặc biệt là viêm não, các tổn thương thần kinh có thể xảy ra tạm thời hoặc vĩnh viễn. Một số trường hợp bị điếc do tổn thương thần kinh và viêm khớp đã được báo cáo. Nhiễm LCMV trong

giai đoạn sớm của thai kỳ có thể làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến sự phát triển của thai nhi.

Tỷ lệ tử vong do nhiễm LCMV rất thấp, khoảng 1%.

5.2. Các biểu hiện cận lâm sàng

Trong giai đoạn đầu của bệnh, bất thường phổ biến nhất được thấy qua xét nghiệm là giảm số lượng bạch cầu và tiểu cầu. Men gan (2 loại men gan được xét nghiệm phổ biến là SGOT, SGPT) trong huyết thanh có thể tăng nhẹ.

Sau khi xuất hiện các biểu hiện bệnh lý của hệ thần kinh trong giai đoạn thứ hai, có thể thấy sự gia tăng nồng độ protein, tăng số lượng bạch cầu hoặc giảm nồng độ glucose trong dịch não tủy

Chú ý: Nhiễm LCMV thường không có triệu chứng. Các trường hợp có biểu hiện bệnh thường chia làm hai giai đoạn, giai đoạn đầu giống bị cúm, giai đoạn thứ hai có các biểu hiện bệnh lý của hệ thần kinh.

6. Làm thế nào để tránh bị nhiễm LCMV?

Có thể phòng ngừa nhiễm LCMV bằng cách tránh tiếp xúc với chuột nhà và cẩn thận khi nuôi các vật nuôi thuộc loài gặm nhấm như chuột lang, chuột hamster v.v...).

- Nếu nơi ở của bạn đang bị chuột phá hại, cần có biện pháp diệt chuột hữu hiệu.
- Dọn dẹp nơi làm tổ của chuột, nơi chúng làm rơi vãi thức ăn, làm sạch nước tiểu, phân, các vật liệu làm tổ của chuột.
- Nếu bạn đang nuôi vật nuôi thuộc loài gặm nhấm nên nuôi riêng chúng.
- Cần rửa tay bằng xà phòng đúng phương pháp sau khi tiếp xúc với các vật nuôi thuộc loài gặm nhấm hoặc sau khi dọn dẹp các chất thải, các vật liệu làm tổ của loài gặm nhấm.

Chú ý: Để tránh bị nhiễm LCMV, đặc biệt ở phụ nữ đang mang thai hoặc dự định mang thai hãy tránh tiếp xúc với các động vật thuộc loài gặm nhấm.

7. Cách làm vệ sinh ở những nơi có khả năng bị nhiễm LCMV do chuột hoặc các loài gặm nhấm khác.

Để làm vệ sinh những nơi có khả năng bị nhiễm LCMV do chuột hoặc các loài gặm nhấm khác cần lưu ý các điểm sau đây:

- Trước khi dọn dẹp cần đóng kín phòng để tránh gió lùa làm tung bụi trong đó có thể có LCMV.
- Mang găng cao su khi làm vệ sinh.
- Đừng sử dụng máy hút bụi, quét dọn, hoặc bất kỳ phương tiện dọn dẹp nào khác có thể làm khuấy tung bụi lên.
- Làm ướt khu vực bị ô nhiễm bằng các dung dịch thuốc tẩy rửa dùng trong gia đình.
- Dùng khăn ướt để hút bỏ vùng bị ô nhiễm rồi lau sạch bằng dung dịch thuốc tẩy rửa.
- Xịt chất khử trùng lên xác chết của các động vật gặm nhấm sau đó cho xác và các vật liệu lau chùi vào trong túi có hai lớp túi, gói kín rồi cho vào nơi có hệ thống xử lý chất thải phù hợp.
- Hủy bỏ găng tay và rửa tay thật kỹ bằng xà phòng

Chú ý: Khi chùi dọn nơi bị nhiễm LCMV cần tránh không để làm tung bụi có chứa LCMV

8. Làm thế nào để chẩn đoán nhiễm LCMV?

Người đang bị nhiễm LCMV hoặc trước đây đã từng bị nhiễm LCMV có thể được chẩn đoán qua xét nghiệm máu. Các xét nghiệm bằng cách phân lập virút từ máu, dịch não tủy hoặc dịch hầu họng rất ít được sử dụng.

Trường hợp nhiễm trùng cấp có thể được chẩn đoán qua việc phát hiện kháng thể IgM đặc hiệu trong máu. Kháng thể kháng LCMV có thể được thấy trong dịch não tủy. Trong các trường hợp nhiễm trùng bẩm sinh, virút thường biến mất khi sinh, trong hầu hết các trường hợp cả mẹ và trẻ đều có kháng thể IgG và không có IgM. Kỹ thuật RT-PCR (Lymphocytic choriomeningitis virus) cũng có thể được sử dụng để phát hiện axit nucleic trong máu và dịch não tủy nhưng đắt tiền.

9. Nhiễm LCMV được điều trị như thế nào?

Không có thuốc điều trị đặc hiệu cho nhiễm LCMV. Các trường hợp viêm màng não, viêm não, viêm não - màng não cần được nhập viện để theo dõi và điều trị hỗ trợ dựa trên mức độ nghiêm trọng của bệnh. Các thuốc kháng viêm như corticoid có thể được sử dụng trong những trường hợp nhất định. Một số nghiên cứu cho thấy ribavirin, một loại thuốc được sử dụng để điều trị nhiều loại bệnh do virút gây ra, có hiệu quả chống lại LCMV trong điều kiện thí nghiệm nhưng chưa có bằng

chứng về hiệu quả trên người.

Chú ý: Chưa có thuốc đặc trị cho LCMV

10. Đã có vắc xin phòng nhiễm LCMV chưa?

Hiện chưa có vắc xin phòng nhiễm LCMV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daniel JB. Lymphocytic Choriomeningitis Virus: An Underrecognized Cause of Neurologic Disease in the Fetus, Child, and Adult. *Seminars in Pediatric Neurology*. September 2012, Pages 89–95.
2. Exposure to Lymphocytic Choriomeningitis Virus, New York, USA. Volume 17, Number 7—July 2011. Sẵn có tại URL: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/17/7/10-1349_article.htm.
3. Lymphocytic Choriomeningitis Virus (LCMV) and Pregnancy. age last updated: April 1, 2010. Sẵn có tại URL: <http://www.cdc.gov/pregnancy/infections-lcmv.html>
4. Lymphocytic Choriomeningitis. last reviewed July 9, 2012. Sẵn có tại URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/dispages/lcmv/qa.htm>
5. Notes from the Field: Lymphocytic Choriomeningitis Virus Infections in Employees of a Rodent Breeding Facility — Indiana, May–June 2012. *Weekly*. Sẵn có tại URL: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6132a5.htm>
6. Rhonda W., Daniel J., Mark N., Thomas GK., Pierre R., Ronald VK. Daniel JB., Patrick H., Charles FG., William EB., James FB. Congenital Lymphocytic Choriomeningitis Virus Syndrome: A Disease That Mimics Congenital Toxoplasmosis or Cytomegalovirus Infection. *Pediatrics* Vol. 100 No. 1 July 1, 1997. Sẵn có tại URL: <http://www.pediatricsdigest.mobi/content/100/1/e9.full>

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

10 ĐIỀU BẠN CẦN BIẾT VỀ DỊ TẬT BẨM SINH

Tài liệu của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention viết tắt là CDC)

<http://www.cdc.gov/features/BirthDefects/>



Theo CDC dị tật bẩm sinh xảy ra ở 1 trong số 33 trẻ sơ sinh mỗi năm và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ sơ sinh. Dưới đây là 10 câu hỏi mà CDC đặt ra để giúp các bạn hiểu đúng về các dị tật bẩm sinh để có thể dự phòng cho đứa con tương lai của bạn.

1. Bạn có biết về sự phổ biến của các dị tật bẩm sinh không ?

Thực tế: Hằng năm, trung bình cứ 33 trẻ sinh sống sẽ có 1 trẻ mắc dị tật bẩm sinh (rất phổ biến) và trong số 5 ca tử vong ở trẻ sơ sinh có 1 ca là do mắc dị tật bẩm sinh. Nhiều trẻ sinh ra bị dị tật bẩm sinh mà trong gia đình hoàn toàn không có ai mắc dị tật này.

2. Bạn có biết phụ nữ nên dùng acid folic (vitamin B9) trong thời kỳ thanh niên và trong suốt cuộc đời của mình không?

Thực tế: Tại Mỹ một nửa số ca mang thai nằm ngoài kế hoạch (ở Việt Nam chắc chắn con số này phải cao hơn nhiều), tất cả phụ nữ trong độ tuổi mang thai nên uống axit folic hằng ngày. Loại vitamin này sẽ giúp giảm thiểu nguy cơ dị tật của hệ thần kinh trung ương (sọ não và tủy sống) vốn phát triển từ rất sớm trong tháng đầu tiên của thai kỳ, thời điểm mà đôi khi người phụ nữ có thể không hề biết mình đã mang thai.

3. Bạn có biết nhiều loại dị tật bẩm sinh chỉ được chẩn đoán khi mẹ đã đưa bé về nhà sau khi sinh không?

Thực tế: Nhiều loại dị tật bẩm sinh không được phát hiện ngay từ lúc mới sinh. Một số dị tật bẩm sinh có thể chỉ ảnh hưởng đến bề ngoài của cơ thể (dễ phát hiện bằng mắt thường) hoặc ảnh hưởng đến cách thức

ơ thể hoạt động (khó phát hiện bằng mắt thường) hoặc ảnh hưởng đến cả hai. Một số dị tật bẩm sinh rất dễ thấy như tật khe hở môi hoặc tật nứt đốt sống nhưng một số dị tật khác lại khó được phát hiện như các dị tật tim bẩm sinh .

4. **Bạn có biết một số dị tật bẩm sinh có thể được chẩn đoán ngay từ trước khi sinh không?**

Thực tế: Một số các xét nghiệm như siêu âm, lấy nước ối để xét nghiệm có thể giúp phát hiện một số dị tật bẩm sinh của thai nhi như tật nứt đốt sống, các dị tật tim bẩm sinh, hay hội chứng Down. Khám thai và sàng lọc trước sinh rất quan trọng vì sẽ giúp chẩn đoán sớm nhiều loại dị tật của thai nhi qua đó cho phép gia đình đưa ra các quyết định phù hợp và lập kế hoạch cho tương lai.

5. **Bạn có biết rất nhiều dị tật bẩm sinh có thể ảnh hưởng rất lớn đến tình hình tài chính không những của gia đình có con bị dị tật mà còn của tất cả mọi người không?**

Thực tế: Tại Mỹ, các ca dị tật bẩm sinh chiếm trung bình hơn 139.000 ngày nằm viện trong một năm, tiêu tốn khoản viện phí chừng 2,6 tỷ USD. Ngân sách của gia đình và chính phủ sẽ phải chịu các chi phí này. Thêm vào đó việc có con bị dị tật cũng ảnh hưởng lớn đến công việc làm ăn của bố mẹ do đó làm giảm thu nhập của gia đình.

6. **Bạn có biết rằng dị tật bẩm sinh có thể được gây ra bởi nhiều nguyên nhân khác chứ không phải chỉ luôn là do di truyền không?**

Thực tế: Nguyên nhân của hầu hết các dị tật bẩm sinh chưa được biết rõ. Hút thuốc lá, uống rượu, sử dụng các loại ma túy và một số loại dược phẩm, phơi nhiễm với các hóa chất và mắc các bệnh nhiễm trùng trong thời kỳ mang thai có thể gây ra dị tật bẩm sinh cho thai nhi. Các nhà nghiên cứu đang tiếp tục nghiên cứu về vai trò của các yếu tố này, cũng như yếu tố di truyền trong việc gây ra các dị tật bẩm sinh.

7. **Bạn có biết có thể dự phòng một số loại dị tật bẩm sinh không?**

Thực tế: Một người phụ nữ có thể thực hiện một số việc quan trọng trước và trong khi mang thai để dự phòng các dị tật bẩm sinh như uống

axit folic, kiểm tra y tế thường xuyên, đảm bảo các vấn đề về sức khỏe như tình trạng tiểu đường phải được kiểm soát, phải được xét nghiệm về khả năng mắc các bệnh nhiễm trùng và được chủng ngừa các loại vắc xin cần thiết, không hút thuốc, uống rượu, sử dụng các loại ma túy.

8. **Bạn có biết có những cách mà người phụ nữ mang thai có thể giữ cho thai nhi khỏi bị nhiễm trùng không?**

Thực tế: Cách tốt nhất để giữ cho thai nhi khỏi bị nhiễm trùng là sản phụ nên rửa tay thường xuyên và đúng cách, đặc biệt là sau khi đi vệ sinh, chạm vào thịt sống, trứng chưa nấu chín, hoặc rau chưa rửa, bồng bế vật nuôi, làm vườn, hoặc chăm sóc cho trẻ nhỏ.

9. **Bạn có biết không có liều lượng rượu an toàn hoặc thời điểm an toàn để uống rượu trong thời kỳ mang thai không?**

Thực tế: Các rối loạn ở thai nhi do rượu (fetal alcohol spectrum disorders: FASDs) là một nhóm các biểu hiện bệnh lý ở trẻ có thể xảy ra khi người mẹ uống rượu trong thời kỳ mang thai. Những tác động này bao gồm các vấn đề về thể chất và cả các vấn đề về hành vi và học tập có thể kéo dài suốt cuộc đời của trẻ. Không có liều lượng rượu an toàn, không có thời gian uống rượu an toàn và loại rượu thích hợp để uống trong thời kỳ mang thai. Những rối loạn này có thể phòng ngừa được 100% nếu phụ nữ không uống rượu khi mang thai.

10. **Bạn có biết rằng một đứa trẻ khi còn nằm trong bụng mẹ không phải luôn luôn được bảo vệ khỏi tác động từ bên ngoài không?**

Thực tế: Bạn cần biết bánh nhau, cầu nối giữa mẹ và bé, không phải là một rào cản chắc chắn để bảo vệ thai nhi. Khi mẹ hút thuốc, uống rượu, sử dụng các loại ma túy, các loại dược phẩm hoặc tiếp xúc với các loại bệnh truyền nhiễm thì trẻ cũng bị phơi nhiễm. Các thói quen lành mạnh như uống axit folic hàng ngày, ăn các loại thực phẩm bổ dưỡng và hợp vệ sinh có thể giúp đảm bảo trẻ sẽ được sinh ra khỏe mạnh. ■

PHỤ LỤC 2

NGĂN NGỪA BỆNH TRUYỀN NHIỄM TRONG QUÁ TRÌNH MANG THAI

Tài liệu của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (Centers for Disease Control and Prevention viết tắt là CDC)

http://www.cdc.gov/ncbddd/pregnancy_gateway/infections.html

Bạn có thể giữ mình tránh mắc phải các bệnh truyền nhiễm khi mang thai và qua đó giữ cho thai nhi được an toàn. Dưới đây là những điều bạn nên làm:

1. Rửa tay thường xuyên và đúng cách, đặc biệt là khi ...



- Đi vệ sinh
- Đụng chạm vào thịt sống, trứng sống, hoặc rau chưa rửa
- Chuẩn bị thức ăn, trước và sau khi ăn
- Sau khi làm vườn, chạm vào đất hoặc những chỗ bẩn

- Bồng bế vật nuôi
- Tiếp xúc với những vật dụng xung quanh người bị bệnh
- Nhổ nước bọt (nước miếng) trên tay của bạn
- Chăm sóc hoặc chơi đùa với trẻ
- Thay tã lót cho trẻ
- Nếu không có sẵn xà phòng và nước để rửa, bạn có thể sử dụng dung dịch rửa tay có chất cồn.

- [Đọc thêm về cách rửa tay.](#)

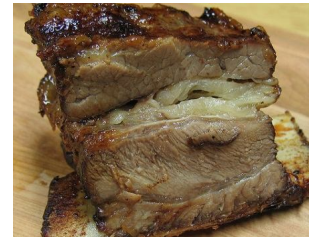
2. Cố gắng tránh dùng chung muỗng, đĩa, ly, tách và thức ăn với trẻ nhỏ.



Rửa tay sau khi tiếp xúc với trẻ. Nước bọt và nước tiểu của trẻ có thể chứa virus. chúng có thể vô hại đối với trẻ nhưng lại có thể gây nguy hiểm cho bạn và thai nhi.

- [Đọc thêm về nhiễm cytomegalovirus \(CMV\).](#)

3. Nấu thật chín thịt.



Thịt phải được nấu thật chín cho đến khi bên trong thịt không còn màu hồng và nước chảy ra từ thịt có màu trong. Không nên ăn các loại thịt nguội, xúc xích v.v... Những loại thịt chưa được nấu và chế biến kỹ có thể chứa vi khuẩn có hại.

- [Đọc thêm về nhiễm Listeria.](#)

4. Tránh uống sữa chưa tiệt trùng và các loại thực phẩm được chế biến từ sữa chưa được tiệt trùng.



Không uống các loại sữa chưa được tiệt trùng hoặc ăn các loại phô mát làm từ sữa chưa tiệt trùng (thường là các loại phô mát mềm như feta, brie, và queso fresco) trừ khi chúng được ghi rõ trên nhãn là đã được tiệt trùng. Các sản phẩm chưa được tiệt trùng có thể chứa vi khuẩn có hại.

- [Đọc thêm về nhiễm Listeria.](#)

5. Không dọn hoặc đụng chạm vào chỗ đựng phân của mèo.



Nếu gia đình bạn có nuôi mèo và đã sắp xếp chỗ để đựng phân mèo, hãy tránh tiếp xúc hoặc trực tiếp dọn dẹp chỗ đó mà nên để người khác làm điều này. Trong trường hợp bạn phải tự làm lấy thì phải đeo găng tay và rửa tay sau khi dọn dẹp xong. Mèo có thể mang một loại ký sinh trùng có hại cho bạn và thai nhi. Tốt nhất tránh nuôi mèo và tiếp xúc với mèo và phân mèo khi bạn mang thai.

- [Đọc thêm về nhiễm Toxoplasma.](#)

6. Tránh xa các loài động vật gặm nhấm cũng như phân, nước tiểu hoặc tổ của chúng.



(1) (2) (3)

Hình: (1): Chuột lang (Guinea pig); (2) Chuột Hamster; (3) Chuột bạch

Cần diệt chuột ở trong và chung quanh nhà bạn, nếu trong nhà có nuôi các loài vật nuôi thuộc loài gặm nhấm như chuột Hamster (Việt Nam cấm nuôi loại chuột này, Bộ Nông nghiệp & Phát triển Nông thôn đã thông báo tổ chức, cá nhân nào có hành vi này đều có thể phải chịu mức phạt từ 20 đến 30 triệu đồng), chuột lang (guinea pig) hoặc chuột bạch, bạn không nên đụng chạm hoặc dọn dẹp chuồng cho chúng khi đang mang thai mà nên để người khác làm. Một số loài gặm nhấm có thể mang một loại virus có hại cho bạn và thai nhi.

- [Tìm hiểu thêm về virus choriomeningitis lymphocytic \(LCMV\).](#)

7. Cần làm các xét nghiệm về các bệnh lây truyền qua đường tình dục như HIV và viêm gan siêu vi B và bảo vệ bạn không mắc các bệnh này.



Một số người bị nhiễm HIV, viêm gan siêu vi B, hoặc một bệnh lây truyền qua đường tình dục khác có thể không hề biết mình bị bệnh. Việc biết mình có bị mắc một trong số những bệnh này hay không rất quan trọng. Nếu bạn đi

xét nghiệm và biết mình bị mắc bệnh nên đến ngay các bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn nhằm làm giảm nguy cơ truyền bệnh cho con của bạn.

- [Đọc thêm về bệnh lây truyền qua đường tình dục.](#)

8. Trao đổi với các bác sĩ về việc chủng ngừa.



Một số các loại vắc xin cần được khuyến cáo sử dụng ở những thời điểm thích hợp để giúp bạn tránh bị lây nhiễm một số bệnh nhiễm trùng và qua đó giúp con của bạn tránh được trước những hậu quả nặng nề nếu bạn mắc phải những bệnh đó. Có những vắc xin chỉ được chích

trước khi mang thai hoặc sau khi sinh, một số loại vắc xin có thể chích khi bạn đang mang thai do đó bạn cần nhận được tư vấn một cách đầy đủ về việc chủng ngừa.

- [Đọc thêm về tiêm chủng.](#)

9. Tránh tiếp xúc với những người bị nhiễm trùng.



Tránh xa những người bạn biết là đang bị nhiễm trùng, như bệnh thủy đậu (hình bên) hoặc rubella, nếu bạn chưa từng mắc các bệnh đó hoặc chưa chủng ngừa các bệnh này từ trước khi mang thai.

- [Đọc thêm về bệnh thủy đậu và bệnh Rubella.](#)

10. Hãy hỏi các bác sĩ về nhiễm trùng liên cầu khuẩn nhóm B.



Trung bình trong khoảng 4 phụ nữ sẽ có 1 người mang loại vi khuẩn này, nhưng không hề biết mình mắc nó. Một loại xét nghiệm đơn giản bằng cách sử dụng que tăm bông quét ở âm đạo và hậu môn vào gần cuối của thai kỳ (khoảng tuần thai thứ 35 – 37) để gửi đi

xét nghiệm sẽ giúp bạn biết mình có bị nhiễm loại vi khuẩn này hay không. Nếu bạn bị nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B, hãy hỏi ngay bác sĩ về việc làm thế nào để tránh lây nhiễm cho con của bạn trong quá trình sinh bé.

- **Đọc thêm nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B.**

Những lời khuyên trên đây có thể giúp bạn tránh được việc mắc phải các bệnh nhiễm trùng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của thai nhi.

Tuy nhiên đây không phải là một hướng dẫn hoàn chỉnh và đầy đủ để giúp bạn có một thai kỳ an toàn và khỏe mạnh. Bạn nên trao đổi thêm với các bác sĩ chuyên khoa để tìm hiểu thêm thông tin.

Chú ý: Không phải khi nào bạn cũng biết mình đang mắc một bệnh nhiễm trùng, đôi khi bạn thậm chí sẽ không cảm thấy mình mắc bệnh. Nếu bạn nghĩ rằng bạn có thể đang mắc một nhiễm trùng nào đó hoặc nghĩ rằng mình có thể đang có nguy cơ mắc bệnh hãy tìm đến các bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn. ■

PHỤ LỤC 3

HƯỚNG DẪN CÁCH RỬA TAY

Rửa tay sạch là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất để ngăn ngừa tình trạng lây lan của rất nhiều bệnh truyền nhiễm. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chỉ với một động tác rửa tay bằng xà phòng đã có thể giúp giảm tới 35% nguy cơ lây truyền các bệnh tiêu chảy. Tuy nhiên để đem lại hiệu quả việc rửa tay cần phải được thực hiện đúng lúc và đúng phương pháp.

Dưới đây xin giới thiệu với các bạn hướng dẫn của Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Bệnh dịch Mỹ (CDC) để biết khi nào cần phải rửa tay cùng với cách thức rửa tay đơn giản, dễ thực hiện nhưng hiệu quả bằng xà phòng hoặc bằng dung dịch rửa nhanh.

1. Khi nào thì nên rửa tay?

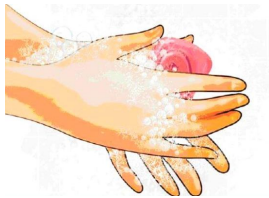
Bạn cần rửa tay trong các trường hợp sau:

- Trước, trong và sau khi chuẩn bị thức ăn.
- Trước khi ăn.
- Trước và sau khi chăm sóc người bệnh.
- Trước và sau khi điều trị một vết cắt hoặc một vết thương.
- Sau khi đi vệ sinh.
- Sau khi thay tả hoặc lau rửa cho trẻ vừa đi vệ sinh xong.
- Sau khi hỉ mũi, ho, hoặc hắt hơi.
- Sau khi đụng chạm vào động vật, thú nuôi hoặc là chất thải của chúng.
- Sau khi xử lý rác.
- Sau khi xử lý các vật dụng bị nhiễm bẩn sau lũ lụt hoặc dính nước cống rãnh
- Ngoài ra khi rửa tay cũng cần lưu ý:
 - Cắt ngắn móng tay thường xuyên.
 - Cần phải rửa cả cổ tay và cẳng tay nếu những bộ phận này bị nhiễm bẩn.
 - Xắn cao tay áo khi rửa tay để tránh dây nước vào tay áo khi rửa tay

2. Rửa tay bằng xà phòng như thế nào là đúng cách?

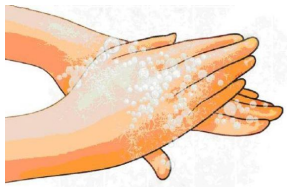
Rửa tay bằng nước và xà phòng là cách tốt nhất để làm giảm số lượng vi khuẩn trên hai tay. Cách rửa gồm 4 bước cơ bản được thực hiện trong tối thiểu 20 giây như sau:

- **Bước 1:**



Đặt hai tay dưới vòi nước (nước lạnh hoặc nước ấm) và xát xà phòng. Chà xát lòng bàn tay vào nhau để xà phòng nổi bọt

- **Bước 2:**



Dùng lòng bàn tay này để chà xát lưng của bàn tay kia.



Chà xát kỹ giữa kẽ của các ngón tay, dùng bàn tay này để chà xát từng ngón tay của bàn tay kia, chà xát đầu các ngón tay của bàn tay này vào lòng của bàn tay kia.



- **Bước 3:**

Tiếp tục chà xát hai tay theo cách trên trong vòng ít nhất 20 giây, để dễ tính thời gian bạn có thể vừa rửa vừa đếm chậm từ 1 đến 20.



- **Bước 4:**



Sau cùng rửa sạch tay dưới vòi nước chảy

Lau khô tay bằng khăn sạch, nếu không có khăn, có thể để khô tay tự nhiên hoặc sấy khô dưới máy sấy tay.

Chú ý: Nếu không có xà phòng và nước để rửa tay hãy dùng dung dịch rửa tay nhanh (có chứa cồn) để rửa.

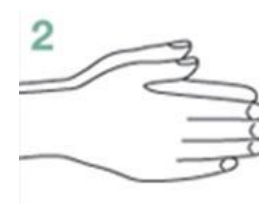
3. Sử dụng dung dịch rửa tay nhanh như thế nào?

Nếu nước và xà phòng không có sẵn hãy dùng dung dịch rửa tay nhanh có chứa ít nhất 60% cồn để rửa tay. Dung dịch rửa tay nhanh có thể làm giảm nhanh chóng số lượng vi khuẩn trên tay trong một số trường hợp, tuy nhiên việc rửa tay nhanh không thể loại bỏ hết được tất cả các loại vi khuẩn.

- **Cách rửa tay bằng dung dịch rửa được thực hiện theo các bước sau:**



Nhỏ 1 đến 2 giọt dung dịch rửa vào lòng một bàn tay.



Xoa hai lòng bàn tay vào nhau.



Chà xát giữa các ngón tay.



Dùng lòng bàn tay này để chà sát lưng của bàn tay kia.



Chà sát đầu các ngón tay của bàn tay này vào lòng của bàn tay kia.



Dùng lòng bàn tay này để chà sát ngón cái của bàn tay kia.



Dùng lòng bàn tay này để chà sát cổ tay của bàn tay kia.



Chà sát lòng hai bàn tay cho tới khi dịch rửa tay khô hẳn.

Không sử dụng giấy lau để lau tay.

Chú ý: Khi bạn nhìn thấy tay mình bị bẩn thì cách rửa tay bằng dung dịch rửa nhanh nói trên sẽ không có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Handwashing. Sẵn có tại URL: <http://www.sciancanada.ca/index.cfm?PAGEPATH=&ID=25387>
2. Handwashing: Clean Hands Save Lives. Sẵn có tại URL: <http://www.cdc.gov/handwashing/>
3. Hướng dẫn quy trình 06 bước rửa tay cho học sinh tại trường Tiểu học Dư Khánh. Sẵn có tại URL: <http://www.nguonnuoc.org.vn/news/detail/490/huong-dan-quy-trinh-06-buoc-rua-tay-cho-hoc-sinh-tai-truong-tieu-hoc-du-khanh.html>

PHỤ LỤC 4

CHÍCH NGỪA TRƯỚC KHI MANG THAI

Trước khi chuẩn bị mang thai bạn cần kiểm tra đã được chủng ngừa hoặc đã mắc một số các bệnh nhiễm trùng có thể ảnh hưởng nghiêm trọng cho thai nhi nếu không may bạn mắc phải trong thời kỳ mang thai như các bệnh sởi, quai bị, rubella, thủy đậu, bệnh bạch hầu, uốn ván và ho gà v.v... Nếu không chắc chắn là bạn đã được chủng ngừa hoặc đã từng mắc các bệnh trên, bạn cần được tư vấn chủng ngừa sớm để phòng bệnh. Một số xét nghiệm máu có thể được chỉ định để xác định khả năng miễn dịch đối với một số bệnh trước khi chủng ngừa.

Chú ý: Trong trường hợp bạn được chủng ngừa bằng loại vắc xin là virus sống như vắc xin phòng sởi, quai bị và Rubella thì cần lưu ý là **chỉ được chích khi chắc chắn là không mang thai, và chỉ nên mang thai sau khi chủng ngừa tối thiểu 1 tháng.**

Các loại vắc xin dưới đây được đề xuất để chủng ngừa vào giai đoạn trước khi mang thai:

- Vắc xin phòng bệnh sởi, quai bị, rubella (MMR)
- Vắc xin phòng bệnh thủy đậu
- Vắc xin phòng bệnh bạch hầu, uốn ván và ho gà (Tdap)
- Vắc xin phòng bệnh cúm.

Các nội dung dưới đây giúp các bạn hiểu thêm về từng loại vắc xin được sử dụng trước khi mang thai.

1. Viêm gan siêu vi B

1.1. Vì sao phải chủng ngừa viêm gan B?

Viêm gan siêu vi B (VGSVB) có thể dẫn đến viêm gan mạn đưa đến nguy cơ tử vong do xơ gan và ung thư gan. Khi đã mắc bệnh thì việc điều trị khá phức tạp, tốn kém, nên việc chủng ngừa đã được nhiều nước trên thế giới đưa vào chương trình tiêm chủng quốc gia. Ước tính ở VN có đến 15% dân số bị nhiễm siêu vi viêm gan B

1.2. Ai cần chủng ngừa VGSVB?

Tất cả mọi đối tượng từ trẻ sơ sinh, trẻ em và thanh thiếu niên đặc biệt phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ do nguy cơ truyền bệnh từ mẹ sang thai

nhì và trẻ sơ sinh. Khoảng 90% trẻ bị nhiễm ở giai đoạn sơ sinh chuyển thành mãn tính và trở thành nguồn lây.

Với người lớn hoàn toàn có thể chủng ngừa nếu chưa bị nhiễm virus viêm gan B.

1.3. Có chống chỉ định nào cho việc chủng ngừa VGSVB không?

Chủng ngừa VGSVB rất an toàn và chưa có một chống chỉ định nào

1.4. Có nên xét nghiệm trước khi chủng ngừa VGSVB?

- Với trẻ sơ sinh

Chích ngừa càng sớm càng tốt mà không cần xét nghiệm.

- Với trẻ em và người lớn

Do tình trạng nhiễm virus viêm gan B khá phổ biến ở Việt Nam nên nhiều trẻ em và người lớn có khả năng đã bị nhiễm. Vì vậy trước khi chủng ngừa cần xét nghiệm máu xem mình đã bị nhiễm chưa.

1.5. Có loại xét nghiệm nên thực hiện trước khi chủng ngừa

- Nếu điều kiện không cho phép, tối thiểu cũng phải làm xét nghiệm HbsAg**

- HBsAg** là từ viết tắt của Hepatitis B surface Antigen, tức là kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B. Kết quả xét nghiệm HbsAg sẽ cho biết cơ thể có đang nhiễm virus viêm gan B hay không:
- Nếu kết quả xét nghiệm là HBsAg (+) nghĩa là cơ thể đang bị nhiễm virus viêm gan B. Kháng nguyên này sẽ tăng nhanh trong vòng 10 tuần lễ đầu sau khi nhiễm bệnh. Trong trường hợp cơ thể khỏe mạnh, sức đề kháng tốt thì HbsAg sẽ từ từ giảm dần và biến mất hoàn toàn trong khoảng 4-6 tháng sau đó. Cơ thể coi như hoàn toàn khỏi bệnh và có miễn nhiễm suốt đời với virus viêm gan B mà không cần phải chủng ngừa. Nếu HbsAg không mất đi mà tiếp tục hiện diện trên 6 tháng thì đó là trường hợp người lành mang mầm bệnh VGSVB mạn tính.
- Nếu kết quả xét nghiệm là HBsAg (-) nghĩa là cơ thể chưa bị nhiễm virus viêm gan B.

- Nếu điều kiện cho phép, làm thêm các xét nghiệm antiHBs, HbeAg và antiHBe.**

- antiHBs** là kháng thể chống lại kháng nguyên bề mặt của virus

viêm gan B (HBsAg). Kết quả xét nghiệm antiHBs cho biết một người đã có miễn nhiễm đối với virus viêm gan B chưa.

- Nếu kết quả xét nghiệm là antiHBs (+) nghĩa là người bị nhiễm virus viêm gan B đã khỏi bệnh, cơ thể đã tạo ra kháng thể chống lại virus viêm gan B hoặc người này chưa từng nhiễm virus viêm gan B nhưng đã được chủng ngừa virus viêm gan B đúng cách. Người có antiHBs dương tính sẽ không sợ bị người khác lây bệnh và không lây bệnh cho người khác.
- Nếu kết quả xét nghiệm là antiHBs (-) nghĩa là cơ thể chưa có kháng thể chống lại virus viêm gan B. Người này có thể chưa bị nhiễm virus viêm gan B hoặc đã nhiễm virus viêm gan B nhưng cơ thể chưa tạo ra được kháng thể để bảo vệ.

Bảng: Mối liên quan giữa kết quả xét nghiệm HBsAg, antiHBs với tình trạng nhiễm virus viêm gan B và yêu cầu chủng ngừa.

HBsAg	antiHBs	Tình trạng nhiễm	Chủng ngừa
Âm tính	Dương tính	Bị nhiễm nhưng đã khỏi bệnh	Không cần chủng ngừa
Dương tính	Âm tính	Bị nhiễm nhưng cơ thể chưa được bảo vệ bởi kháng thể, tùy theo tình trạng cụ thể của bệnh nhân mà bác sĩ quyết định điều trị hay theo dõi	Không cần chủng ngừa
Âm tính	Âm tính	Cơ thể hoàn toàn chưa bị nhiễm	Cần chủng ngừa

- HBeAg** là kháng nguyên e của virus viêm gan B, kháng nguyên này là một loại protein có ở trong máu khi virus viêm gan B ở trạng thái hoạt động. HBeAg (+) chứng tỏ người này đang bị nhiễm virus viêm gan B, virus đang ở trạng thái hoạt động và có thể lây truyền virus cho người khác. Như vậy HBeAg cho biết tình trạng hoạt động, sinh sản của virus viêm gan B và khả năng lây bệnh của người bệnh.

- AntiHBe** là kháng thể chống lại kháng nguyên HBeAg. Xét nghiệm cho thấy antiHBe (+) khi người bị nhiễm virus viêm gan B đã qua khỏi thời kỳ cấp tính, virus viêm gan B đã không còn hoạt động và khả năng lây bệnh cho người khác không còn cao nữa. AntiHBe cũng dương tính ở người bị VGSVB mãn tính được điều

trị bằng thuốc có hiệu quả (lúc này thì HBeAg sẽ chuyển sang âm tính).

1.6. Lịch chủng ngừa VGSVB như thế nào?

Phương pháp 1: theo lịch chủng ngừa **0 -1 - 6**, có nghĩa là hai mũi tiêm đầu cách nhau một tháng để tạo miễn dịch cơ bản ban đầu, mũi thứ ba được tiêm nhắc lại cách sáu tháng tính từ mũi đầu tiên. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ hoặc trước khi mang thai sẽ tiêm ba mũi ngừa viêm gan siêu vi B theo cách này nhưng không nhất thiết phải đợi chích xong 3 mũi mới mang thai mà sau mũi thứ hai bạn có thể chích tiếp mũi sau trong giai đoạn mang thai.

Phương pháp 2: theo lịch chủng ngừa **0 - 1 – 2 – 12**, có nghĩa là 3 mũi đầu cách nhau một tháng để tạo miễn dịch cơ bản, còn mũi thứ tư cách mũi đầu tiên 12 tháng là mũi tiêm nhắc lại. Trường hợp này được áp dụng trong các trường hợp đặc biệt cần kích thích nhanh đáp ứng miễn dịch của cơ thể, nhất là ở trẻ sơ sinh có mẹ bị nhiễm siêu vi B mãn tính.

Chú ý: Để thuận tiện cho lịch tiêm chủng chung ở trẻ em, người ta có thể kết hợp tiêm cùng lúc với các thuốc chủng ngừa khác theo quy định của Bộ Y Tế.

2. Rubella

2.1. Vì sao phải chủng ngừa Rubella trong độ tuổi mang thai?

Nhiễm rubella trong những tuần đầu của thai kỳ có thể gây thai chết hoặc hội chứng rubella bẩm sinh, hội chứng này đặc trưng bởi nhiều khuyết tật của tim, não, mắt hoặc thính giác v.v.... do đó trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh khi sinh có thể mắc các dị tật nặng nề như tật tim bẩm sinh mù, điếc, đầu nhỏ, chậm phát triển tâm thần hoặc dị tật của các cơ quan khác v.v...

Virut rubella lây truyền từ người này sang người khác khi giao tiếp qua đường hô hấp. Ở trẻ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh, virut rubella có thể tồn tại trong cơ thể trẻ trên 1 năm và được bài xuất qua dịch tiết hầu họng, nước tiểu và là nguồn lây nhiễm cho những người tiếp xúc.

2.2. Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?

Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin Rubella sống, giảm độc lực được điều chế từ virut rubella chủng Wistar RA 27/3.

Vắc xin có thể chỉ để phòng một mình Rubella hoặc phối hợp với phòng sởi (MR) hoặc phối hợp với phòng sởi và quai bị (MMR).

Vắc xin thường được chích một liều duy nhất vào mặt ngoài ở giữa đùi hoặc ở phần trên cánh tay tùy theo tuổi

2.3. Ai cần chủng ngừa Rubella?

Vắc xin rubella được chỉ định tiêm phòng trong các trường hợp sau :

- Đối tượng từ 12 tháng tuổi đến tuổi dậy thì.
- Giáo viên và học sinh ở các cấp học từ nhà trẻ đến đại học.
- Các nhân viên y tế
- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. **Người đã tiêm vắc xin không nên có thai trong vòng 1 tháng sau khi tiêm.**
- Phụ nữ hết tuổi sinh đẻ
- Có thể tiêm vắc xin rubella cho:
- Trẻ suy dinh dưỡng
- Trẻ nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm virut HIV.

Nhìn chung có 2 chiến lược chủng ngừa Rubella:

Chiến lược 1: Chủng ngừa Rubella cho toàn bộ trẻ ở 12 tháng tuổi, đây là biện pháp hiệu quả để phòng Rubella một cách triệt để và loại bỏ được nguy cơ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh. Do tốn kém nên chiến lược này thường được thực hiện ở những nước có điều kiện kinh tế. Tại Hoa Kỳ, chương trình tiêm chủng vắc xin MMR (quai bị - sởi - rubella) cho toàn bộ trẻ em được triển khai từ năm 1968 đến năm 1978 đã đạt được thành công đánh kể trong việc giảm thiểu tỷ lệ mắc hội chứng Rubella bẩm sinh và nhiễm Rubella sau sinh.

Chiến lược 2: Chủng ngừa Rubella trên đối tượng có nguy cơ cao, chủ yếu là tất cả trẻ nữ trước độ tuổi dậy thì. Chiến lược này thường được thực hiện ở những nơi có điều kiện kinh tế khó khăn.

2.4. Có chống chỉ định nào cho việc chủng ngừa Rubella không?

Chủng ngừa Rubella không được phép thực hiện trong những trường hợp sau:

- **Phụ nữ đang mang thai**, tốt nhất phụ nữ nên đi chủng ngừa ngay sau khi sạch kinh để đảm bảo là chưa mang thai.

- Không tiêm vắc xin đối với các trường hợp suy giảm miễn dịch qua trung gian tế bào.
- Những người đang sử dụng corticosteroids, các thuốc ức chế miễn dịch khác hoặc đang xạ trị có thể không có đáp ứng được miễn dịch tối ưu.
- Những người đang mắc các bệnh truyền nhiễm cấp tính, sốt, bệnh bạch hầu, thiếu máu nghiêm trọng và các bệnh nặng khác về máu, có tổn thương chức năng thận, bệnh tim mắt bù, đang sử dụng gammaglobulin hoặc truyền máu.
- Vắc xin có thể còn vết của neomycin, một loại kháng sinh được sử dụng trong quá trình sản xuất vắc xin, do đó chống chỉ định tuyệt đối với người có tiền sử phản ứng quá mẫn (dị ứng) với neomycin.
- Không chống chỉ định đối với các trường hợp sốt nhẹ, viêm đường hô hấp nhẹ hoặc tiêu chảy, các triệu chứng ốm nhẹ khác.
- Cần tiêm phòng cho trẻ em suy dinh dưỡng.
- Không nên tiêm vắc xin rubella trong vòng 6 tuần, và nếu có thể trong vòng 3 tháng kể từ khi sử dụng immunoglobulins (một loại protein có vai trò bảo vệ cơ thể) hoặc một sản phẩm máu khác có chứa immunoglobulins (máu hoặc huyết tương) do nguy cơ vắc xin sẽ bị làm mất hoạt tính bởi các globulin miễn dịch và ngược lại không được sử dụng immunoglobulins trong vòng 2 tuần sau khi tiêm vắc xin.

2.5. Có nên xét nghiệm trước khi chủng ngừa Rubella ?

Trước khi chủng ngừa Rubella, mọi phụ nữ **cần được xác định chắc chắn là chưa mang thai**. Để yên tâm nên chủng ngừa Rubella sau khi sạch kinh và chỉ mang thai ít nhất 1 tháng sau khi chủng ngừa Rubella.

Một xét nghiệm có thể làm trước khi chủng ngừa Rubella là xét nghiệm IgG của Rubella trong huyết thanh:

- **Nếu IgG âm (-)** chứng tỏ chưa được miễn nhiễm với virus Rubella, cần đi chích vắc xin phòng Rubella.
- **Tuy nhiên nếu IgG dương (+)** cũng chưa chắc đã được miễn nhiễm hiệu quả với Rubella vì nếu nồng độ thấp (<15 IU/mL) cũng cần được chủng ngừa Rubella lại để tránh tái nhiễm. Cũng cần lưu ý là ngưỡng nồng độ để phân biệt giữa cao và thấp có thể đổi tùy theo phòng xét nghiệm, ngưỡng thấp có thể thay đổi từ 7 đến 50 IU/mL.

- Do xét nghiệm IgG khá tốn kém, đặc biệt là test định lượng. Giá xét nghiệm có thể cao hơn giá chủng ngừa vắc xin do đó nếu không chắc đã được miễn nhiễm với Rubella các bạn có thể chủng ngừa Rubella mà không cần thực hiện xét nghiệm đánh giá IgG.

2.6. Lịch chủng ngừa Rubella như thế nào?

- Tiêm cho người lớn và trẻ trên 12 tháng
- Đối với các trẻ nhỏ: tiêm 1 liều cơ bản sau đó nhắc lại lúc 4-12 tuổi.
- Trẻ lớn và người lớn tiêm 1 liều duy nhất.

2.7. Có cần tiêm nhắc lại sau khi chủng ngừa vắc xin Rubella lần đầu không?

- Trẻ em nếu được tiêm lần đầu ở độ tuổi dưới 12 tháng phải được tiêm nhắc lại. Không cần tiêm nhắc lại đối với những đối tượng đã tiêm lần đầu ở độ tuổi đủ 12 tháng tuổi trở lên.
- Những người có bằng chứng cho thấy lần tiêm trước không có hiệu quả.

2.8. Hiệu quả miễn dịch sẽ như thế nào khi chích vắc xin Rubella 1 liều duy nhất?

Chích một liều vắc xin Rubella duy nhất sẽ có thể tạo ra kháng thể kháng Rubella hiệu quả ở 95% trường hợp được chủng ngừa, nồng độ kháng thể tồn tại tối thiểu là 18 năm tính từ khi chích vắc xin. Việc chủng ngừa thất bại trong khoảng 5% trường hợp.

2.9. Các tai biến có thể có khi chích vắc xin Rubella ?

- Vắc xin rubella có thể gây đau nhẹ và nhạy cảm tại vùng tiêm trong vòng 24 giờ sau khi tiêm.
- Sốt : Đối với riêng vắc xin kết hợp có thành phần Rubella và sởi, khoảng 5 đến 15% trẻ bị sốt nhẹ trong vòng 5 đến 12 ngày sau tiêm.
- Nổi ban: Khoảng 1/20 trẻ có biểu hiện ban nhẹ xuất hiện từ 5 đến 12 ngày sau khi tiêm.
- Có thể gây triệu chứng đau khớp (25%) và viêm khớp (10%) ở nữ giới thanh thiếu niên và trưởng thành, rất hiếm gặp ở trẻ em và nam giới (0-3%).

- Vaccine kết hợp có thành phần Rubella và quai bị có thể dẫn tới tình trạng viêm tuyến nước bọt mang tai và viêm não nước trong (viêm não vô khuẩn) nhưng hiếm gặp. Một vài trường hợp có thể phải đến bệnh viện nhưng đa số có thể tự hồi phục. Những nguy cơ này khác nhau tùy thuộc vào chủng được sử dụng để sản xuất vaccine.
- Các phản ứng sốc phản vệ cũng hiếm khi gặp.

2.10. Một số các câu hỏi phổ biến khác liên quan đến việc chủng ngừa Rubella

• *Sản phụ đã chủng ngừa Rubella có thể bị tái nhiễm không?*

Trong một số trường hợp, sản phụ đã được chủng ngừa Rubella cũng có thể bị tái nhiễm, tuy nhiên trong trường hợp này nguy cơ gây hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh chỉ xảy ra khoảng 8% trường hợp nếu tái nhiễm xảy ra trong quý I của thai kỳ.

• *Trong trường hợp sản phụ chưa được miễn dịch với Rubella có thể chủng ngừa Rubella sau sinh và trong khi cho con bú được không?*

Chủng ngừa Rubella hoàn toàn an toàn cho sản phụ ngay sau khi sinh và trong giai đoạn cho con bú.

• *Nếu chích nhầm vaccine Rubella khi mang thai có ảnh hưởng đến thai nhi không?*

Do vaccine Rubella được làm từ virus Rubella sống đã được giảm độc tính và virus Rubella có trong vaccine cũng có thể đi qua nhau thai để gây nhiễm cho thai nhi do đó:

- Không được tiêm vaccine cho phụ nữ đang mang thai
- Người đã tiêm vaccine Rubella không nên có thai trong vòng ít nhất 1 tháng sau khi tiêm.

Tuy nhiên hiện nay chưa có báo cáo nào về hội chứng Rubella bẩm sinh xảy ra ở những trường hợp lỡ chủng ngừa Rubella khi mang thai.

Do đó trong những trường hợp này không có chỉ định đình thai.

• *Chích vaccine MMR cho trẻ có thể gây ra bệnh tự kỷ không?*

Cho tới nay chưa có bằng chứng nào chứng tỏ chủng ngừa MMR có thể làm trẻ bị mắc bệnh tự kỷ.

• *Khi chích vaccine Rubella với các vaccine khác có an toàn không?*

Vaccine rubella lan toàn và có hiệu lực khi tiêm đồng thời với các vaccine khác như vaccine DTP (bạch hầu – uốn ván – ho gà), DT, TT, Td, BCG và Polio (OPV và IPV), Haemophilus influenzae tuýp b, vaccine viêm gan B, vaccine sốt vàng.

3. Sởi

3.1. Vì sao phải chủng ngừa sởi trong độ tuổi mang thai?

Mặc dù bệnh sởi được gặp phổ biến ở trẻ nhỏ nhưng bệnh có thể thấy ở bất cứ độ tuổi nào. Mắc bệnh sởi khi đang mang thai có thể gây ra sẩy thai, thai lưu hoặc sinh non nếu sản phụ không được miễn nhiễm với virus gây bệnh sởi.

Bệnh sởi rất dễ lây qua đường hô hấp khi giao tiếp với bệnh nhân bị sởi.

3.2. Ai cần chủng ngừa sởi?

Nếu bạn đang có dự định mang thai và bạn không chắc mình trước đây đã bị sởi hoặc đã được chủng ngừa sởi thì bạn nên chủng ngừa.

Loại vaccine phổ biến hiện nay là loại vaccine phối hợp phòng sởi, Rubella và quai bị (MMR). Đây là những vaccine virus sống đã giảm độc do đó không chích khi mang thai và chỉ được mang thai sau khi chích tối thiểu 1 tháng.

4. Quai bị

4.1. Vì sao phải chủng ngừa quai bị trong độ tuổi mang thai?

Bệnh quai bị ảnh hưởng chủ yếu đến trẻ nhỏ ở độ tuổi từ 5 đến 15 tuổi tuy nhiên bệnh cũng có thể được gặp ở mọi lứa tuổi. Bệnh quai bị chưa thấy gây ảnh hưởng hoặc gây ra dị dạng thai nhi, tuy nhiên nếu mắc bệnh quai bị trong khoảng từ 12 đến 16 tuần đầu của thai kỳ có thể làm hơi tăng nguy cơ sẩy thai

Giống như bệnh Rubella và bệnh sởi, bệnh quai bị cũng rất dễ lây qua đường hô hấp khi giao tiếp.

4.2. Ai cần chủng ngừa quai bị?

Nếu bạn đang có dự định mang thai và bạn không chắc mình trước đây đã bị quai bị hoặc đã được chủng ngừa quai bị thì bạn nên chủng ngừa.

Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin phối hợp phòng sởi, Rubella và quai bị (MMR). Đây là những vắc xin virus sống đã giảm độc do đó không chích khi mang thai và chỉ được mang thai sau khi chích tối thiểu 1 tháng.

4.3. Lịch chủng ngừa MMR (sởi - quai bị - Rubella) như thế nào?

- Tiêm cho người lớn và trẻ trên 12 tháng
- Đối với các trẻ nhỏ: tiêm 1 liều cơ bản sau đó nhắc lại lúc 4-12 tuổi.
- Trẻ lớn và người lớn tiêm 1 liều duy nhất.

5. Thủy đậu (Varicella, trái rạ)

5.1. Vì sao phải chủng ngừa thủy đậu trong độ tuổi mang thai?

Nếu bạn đang mang thai và bị thủy đậu trước hết bạn sẽ có nguy cơ cao bị biến chứng nặng như viêm phổi.

Đối với thai nhi, nguy cơ phụ thuộc vào thời điểm bạn bị thủy đậu. Nếu bạn bị trong vòng 20 tuần đầu của thai kỳ, đặc biệt là giữa tuần 8 và 20 thai nhi có thể mắc phải một dị tật bẩm sinh nghiêm trọng được gọi là hội chứng thủy đậu bẩm sinh mặc dù hiếm gặp. Trẻ bị hội chứng thủy đậu bẩm sinh khi sinh ra có thể có những vết sẹo trên da, nhẹ cân và các bất thường của tay, chân, não và mắt.

Nếu mẹ bị thủy đậu trong vòng từ 5 ngày trước khi sinh cho đến 2 ngày sau khi sinh, trẻ sơ sinh sẽ có nguy cơ bị thủy đậu sơ sinh. Nếu không được điều trị khoảng 30% trẻ này sẽ bị bệnh thủy đậu rất nặng.

5.2. Ai cần chủng ngừa thủy đậu?

Tất cả người lớn và trẻ em chưa chủng ngừa hoặc chưa từng bị thủy đậu. Nếu bạn không nhớ chắc là đã được chủng ngừa hoặc mắc thủy đậu, hoặc đã được chủng ngừa cách đây trên 20 năm thì nên chủng ngừa thủy đậu lại.

5.3. Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?

Vắc xin phòng thủy đậu hiện đang được sử dụng là vắc xin được bào chế từ virus sống để phòng bệnh gây ra do virus varicella zoster virus (VZV). Đây là những vắc xin virus sống đã giảm độc do đó **không chích khi**

mang thai và chỉ được mang thai sau khi chủng ngừa tối thiểu 1 tháng.

5.4. Hiệu quả của việc chủng ngừa thủy đậu như thế nào?

Theo Viện Hàn lâm Nhi khoa Mỹ, các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh vắc xin varicella có hiệu quả phòng bệnh từ 70% đến 90%. Theo một nghiên cứu ở Nhật. việc chủng ngừa cho phép bảo vệ cơ thể trong ít nhất ít nhất 20 năm.

Một số người sau khi chủng ngừa có thể hệ miễn dịch không phát triển đủ để bảo vệ cơ thể, trong trường hợp này khi tiếp xúc với người bị bệnh thủy đậu có thể có biểu hiện bệnh nhẹ.

5.5. Lịch chủng ngừa thủy đậu như thế nào?

- Tiêm cho người lớn và trẻ em trên 12 tháng tuổi.

6. Bệnh uốn ván, bạch hầu và ho gà

6.1. Vì sao phải chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà trong độ tuổi mang thai?

Hầu hết phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ dễ bị bệnh ho gà. Bệnh gây ra do nhiễm vi khuẩn *Bordetella pertussis*. Mặc dù bệnh không có khả năng gây hậu quả nghiêm trọng ở người lớn khỏe mạnh, nhưng nó có thể gây bệnh nặng và tử vong ở trẻ nhỏ. Các nghiên cứu cho thấy nguồn lây chính cho trẻ trước khi được chủng ngừa là từ cha mẹ bị nhiễm bệnh.

Uốn ván vẫn là một nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tỷ lệ tử vong cho bà mẹ và trẻ sơ sinh ở các nước đang phát triển do vết thương bị nhiễm bẩn hoặc cắt rốn không hợp vệ sinh. Bệnh gây ra bởi các độc tố của vi khuẩn *Clostridium tetani*, một loại trực khuẩn kỵ khí. Các độc tố ngăn ngừa giải phóng chất dẫn truyền thần kinh dẫn đến co thắt cơ, rối loạn hô hấp và rối loạn chức năng thần kinh tự động.

Bệnh bạch hầu do vi trùng *Corynebacterium diphtheriae* gây nên. Vi trùng này thường trú ở họng, amidan, mũi, thanh quản và thường tạo thành màng giả màu trắng. Nếu không được điều trị sớm, bệnh sẽ có nhiều biến chứng, khả năng tử vong cao. Bệnh bạch hầu có thể xảy ra trong bất cứ giai đoạn nào của thai kỳ, khi sinh hoặc trong giai đoạn hậu sản. Tỷ lệ tử vong của bệnh bạch hầu ở sản phụ khoảng 50% nếu

không được điều trị bằng kháng độc tố bạch hầu. Bệnh gây sẩy thai hoặc sinh non ở khoảng 1/3 sản phụ lành bệnh. Phụ nữ mắc bệnh bạch hầu sau sinh có thể truyền bệnh cho trẻ sơ sinh.

6.2. Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?

Có hai loại vắc xin phòng uốn ván, bạch hầu và ho gà (DPT: Diphtheria , Pertussis and Tetanus) là DTaP và Tdap, cả hai đều được làm từ giải độc tố bạch hầu, giải độc tố uốn ván và các thành phần của vi khuẩn đã được tinh sạch. DTaP được sử dụng cho trẻ em dưới 7 tuổi còn Tdap, chứa liều vắc-xin bạch hầu và ho gà thấp hơn, được sử dụng cho thanh thiếu niên bắt đầu từ tuổi 11 và người lớn tuổi từ 19 đến 64.

Hiện nay có nhiều loại vắc xin phối hợp bao gồm cả phòng bệnh bạch hầu, ho gà, uốn ván để tránh phải tiêm nhiều lần như:

- Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Bại liệt
- Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Viêm gan B
- Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Bại liệt, HIB
- Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Bại liệt, Viêm gan B, HIB

6.3. Ai cần chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà?

- Tất cả trẻ em từ 2 tháng đến 7 tuổi
- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trước đây chưa chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà nên chủng ngừa trước trước khi mang thai.
- Người lớn và trong độ tuổi vị thành niên chưa được chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà.
- Những người chuẩn bị mang thai hoặc người có tiếp xúc với trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi để phòng bệnh và giảm nguy cơ truyền bệnh cho trẻ.
- Không có chống chỉ định chủng ngừa loại vắc xin này cho phụ nữ đang mang thai nhưng nên chích ngay sau sinh, trước khi sản phụ xuất viện. Chích vắc xin uốn ván, bạch hầu và ho gà khi mang thai chỉ khi sản phụ có nguy cơ cao bị lây nhiễm ho gà trong giai đoạn này.

6.4. Hiệu quả của việc chủng ngừa uốn ván, bạch hầu và ho gà như thế nào ?

Đối với bệnh uốn ván và bạch hầu: sau khi chủng ngừa 95% số người được chích vắc xin được bảo vệ chống 2 bệnh này trong khoảng 10 năm

Đối với bệnh ho gà: sau khi chủng ngừa, miễn dịch thường không kéo dài do đó trong độ tuổi từ 11 đến 18 nên tiêm nhắc lại sau 5 năm, và để giảm nguy cơ mắc bệnh ho gà nên tiêm nhắc lại trong vòng 2 năm.

6.5. Lịch chích vắc xin như thế nào?

Lịch chích cho trẻ nhỏ đối với các loại vắc xin phối hợp:

- **Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Bại liệt:** Tiêm cho trẻ từ 2 tháng, tháng tiêm 3 liều cơ bản (mỗi liều cách nhau 1-2 tháng), nhắc lại sau 1 năm.
- **Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Viêm gan B:** Tiêm cho trẻ từ 2 tháng, tiêm 3 liều cơ bản (mỗi liều cách nhau 1-2 tháng), nhắc lại sau 1 năm.
- **Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Bại liệt, HIB:** Tiêm cho trẻ từ 2 tháng, tiêm 3 liều cơ bản (mỗi liều cách nhau 1-2 tháng), nhắc lại sau 1 năm.
- **Vắc xin ngừa Bạch hầu, Uốn ván, Ho gà, Bại liệt, Viêm gan B, HIB:** Tiêm cho trẻ từ 2 tháng, tiêm 3 liều cơ bản (mỗi liều cách nhau 1-2 tháng), nhắc lại sau 1 năm.

Ở người lớn việc chủng ngừa cần lưu ý:

- Đối với bệnh uốn ván và bạch hầu: sau khi chủng ngừa vắc xin sẽ chỉ giúp cơ thể bảo vệ chống 2 bệnh này trong khoảng 10 năm. Do đó nếu bạn đã chủng ngừa trước đây nhưng đã gần 10 năm nên có một liều Tdap tiêm nhắc lại.
- Đối với bệnh ho gà: sau khi chủng ngừa, miễn dịch thường không kéo dài do đó để giảm nguy cơ mắc bệnh ho gà nên tiêm nhắc lại trong vòng 2 năm.
- Nếu bạn chưa được chủng ngừa đủ 3 liều vắc xin Tdap, bạn cần chích đủ 3 liều vắc xin, mỗi lần cách nhau từ 1 đến 2 tháng.

7. Cúm

7.1. Vì sao phải chủng ngừa cúm khi chuẩn bị mang thai?

Nhiều nghiên cứu cho thấy việc mang thai làm tăng nguy cơ biến chứng do cúm cho mẹ, do đó phương pháp hiệu quả nhất để ngăn ngừa nhiễm virus cúm và các biến chứng của nó là thông qua việc chủng ngừa cúm hàng năm. Việc chủng ngừa cúm được thực hiện hàng năm cho phụ nữ đang mang thai hay sẽ mang thai trong mùa dịch cúm.

Do không thể chủng ngừa cúm cho trẻ sơ sinh trước khi 6 tháng tuổi vì vậy nhóm trẻ này có nguy cơ cao phải nhập viện do bị cúm và các biến chứng. Nếu mẹ đã được chủng ngừa cúm, kháng thể chống cúm sẽ từ mẹ truyền sang con qua sữa mẹ giúp bảo vệ trẻ cho đến khi được chủng ngừa cúm.

7.2. Ai cần chủng ngừa cúm ?

- Tất cả mọi người từ 6 tháng tuổi trở lên cần được chủng ngừa hàng năm,
- **Phụ nữ nếu không được tiêm phòng cúm trong khi mang thai**, nhưng sinh con trong mùa cúm cần được chủng ngừa ngay sau sinh để bảo vệ trẻ sơ sinh khỏi bị cúm.

7.3. Hiệu quả của việc chủng ngừa cúm như thế nào ?

Mẹ nếu được chủng ngừa cúm, kháng thể từ mẹ sẽ truyền cho con qua sữa mẹ và giúp bảo vệ trẻ trong những tháng đầu của cuộc sống cho tới khi được chủng ngừa cúm.

7.4. Tại sao phải chủng ngừa cúm mùa mỗi năm?

Do virus cúm có khả năng đột biến gen cao, dễ thay đổi cấu trúc, tạo nên những biến chủng mới. Do đó ở mỗi mùa cúm, thường có sự xuất hiện của một chủng vi-rút cúm mới mà cơ thể người chưa kịp tạo kháng thể. Vì vậy để phòng ngừa cúm hiệu quả cần chủng ngừa mỗi năm để tạo kháng thể với loại virus đang lưu hành.

7.5. Loại vắc xin phổ biến hiện nay là loại vắc xin gì?

- Các vi-rút trong vắc-xin cúm thay đổi hàng năm dựa vào giám sát quốc tế và dự báo của các nhà khoa học về việc loại và chủng vi-rút nào sẽ lưu hành trong một năm cụ thể. Ví dụ loại vắc xin cúm

mùa (VAXIGRIP) 2011/2012 giúp bảo vệ chúng ta khỏi 3 chủng vi-rút gây bệnh cúm: A/California/7/2009 (H1N1), A/Perth/16/2009 (H3N2) và B/Brisbane/60/2008.

- Có 2 dạng vắc xin cúm :
 - + **Vắc xin cúm dạng tiêm:** là loại vắc-xin bất hoạt chứa vi-rút đã chết. Thường dùng cho người trên 6 tháng tuổi, gồm cả người khỏe mạnh, phụ nữ mang thai và người có bệnh mãn tính.
 - + **Vắc xin cúm dạng xịt qua đường mũi:** làm bằng vi-rút cúm sống, bị làm suy yếu nên không thể gây bệnh cúm. Sử dụng cho người khỏe mạnh từ 2 -49 tuổi, phụ nữ không mang thai.
- Khoảng 2 tuần sau khi chủng ngừa, các kháng thể bảo vệ khỏi nhiễm vi-rút cúm sẽ phát triển trong cơ thể.

7.6. Thời điểm tiêm vắc xin ?

Mùa của bệnh cúm thông thường bắt đầu từ tháng 9 và kéo dài đến tận tháng 5 do đó tháng 10 và tháng 11 là thời gian tốt nhất để tiêm vắc xin phòng cúm.

7.7. Ai không nên chủng ngừa cúm ?

Một số người cần có ý kiến của bác sỹ trước khi chủng ngừa:

- Trẻ em dưới 6 tháng tuổi
- Người bị dị ứng với trứng gà
- Người có phản ứng nghiêm trọng với vắc xin cúm trước đây
- Người bị hội chứng Guillain – Barre trong vòng 6 tuần lễ sau khi tiêm vắc xin phòng cúm
- Người đang bị ốm hoặc sốt, chỉ có thể tiêm phòng khi bệnh thuyên giảm hoặc không còn dấu hiệu của bệnh ■

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "American Academy of Pediatrics. Committee on Infectious Diseases. Varicella vaccine update". Pediatrics 105 (1 Pt 1): 136–41. January 2000
2. Bisgard KM, Pascual FB, Ehresmann KR, et al. Infant Pertussis: Who Was the Source? The Pediatric Infectious Disease Journal. 2004;23(11):985-89.
3. Brian WJ., Hani A., Dean VC., Merry-KM., Julie O., Kay J.. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. 29 July 2008. Sẵn có tại: URL: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00887-9/fulltext#tbl1](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00887-9/fulltext#tbl1)
4. CARRIE ARMSTRONG, Am Fam Physician. 2009 Mar 15;79(6):513-514.

5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and Control of Influenza: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. Early Release. July 17, 2008;57:1 – 60. Sẵn có tại: URL: http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr57e717a1.htm?s_cid=rr57e717a1_e.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention and Prevention of Pertussis, Tetanus, and Diphtheria Among Pregnant and Postpartum Women and Their Infants: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Morbidity and Mortality Weekly Report. May 30, 2008;57(RR-4):1 – 51.
7. Clinical Care for Women Immunization. last reviewed: May 1, 2012. Sẵn có tại: URL: <http://www.cdc.gov/preconception/careforwomen/immunization.html>
8. Dịch vụ tiêm ngừa.01 - 08 - 2011. Sẵn có tại: URL: <http://www.pasteur-hcm.org.vn/dichvu/tiemngua.htm>
9. Hepatitis B. Fact sheet N°204. July 2012.Sẵn có tại: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
10. Nguyễn Thị Minh Phượng. Để phòng ngừa bệnh cúm : Hãy tiêm chủng vắc-xin cúm mùa mỗi năm.4/2011.Sẵn có tại: URL: <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/data/news/2011/4/7991/dephong.htm>
11. Pre-conception - advice and management - Management. Which scenario?.Sẵn có tại: URL: http://www.cks.nhs.uk/pre_conception_advice_and_management
12. Pregnant Women. last updated: November 16, 2011. Sẵn có tại: URL: <http://www.cdc.gov/chickenpox/hcp/high-risk.html>
13. Quyết định số 845/QĐ-BYT của Bộ Y Tế về lịch tiêm các vắc xin phong lao, viêm gan B, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, sởi, HIB trong dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia.
14. Roger W. H..Chickenpox and pregnancy: What are the concerns?. Nov. 21, 2012.Sẵn có tại: URL: <http://www.mayoclinic.com/health/chickenpox-and-pregnancy/HO00036>
15. Sheffield JS, Ramin SM.,Am J Perinatol. 2004 May;21(4):173-82.
16. Vaccination of women planning pregnancy, pregnant or breastfeeding women, and preterm infants - updated July 2009. Sẵn có tại: URL: <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/Handbook-specialrisk232>
17. Vaccinations during pregnancy. Last reviewed February 2013. Sẵn có tại: URL: http://www.marchofdimes.com/pregnancy/prenatalcare_vaccinations.html
18. Vaccines You Need Before Pregnancy. Sẵn có tại: URL: <http://www.whattoexpect.com/preconception/vaccinations-before-pregnancy.aspx>

PHỤ LỤC 5

NHỮNG VIỆC CẦN LÀM TRƯỚC KHI MANG THAI

Nhiều phụ nữ không ý thức được tầm quan trọng của việc chuẩn bị trước khi mang thai và có xu hướng để mọi việc diễn ra “tự nhiên”. Trong khi đó việc mang thai tiềm ẩn nhiều nguy cơ đến từ việc sử dụng các loại thực phẩm, dược phẩm hoặc mắc các bệnh nhiễm trùng trong thời kỳ mang thai, ngoài ra một số bệnh lý di truyền, bệnh mãn tính cũng có thể ảnh hưởng đến thai nhi. Bên cạnh đó nhiều phụ nữ không chủ động trong việc mang thai, đa số do vỡ kế hoạch. Tất cả những điều đã làm cho phụ nữ không có sự chuẩn bị tốt cho quá trình mang thai:

Để chuẩn bị tốt cho việc mang thai, chị em phụ nữ nên đến bác sĩ chuyên khoa để được tư vấn trong khoảng từ 3 đến 6 tháng trước khi mang thai. Khoảng thời gian này cho phép người phụ nữ có được một sự chuẩn bị tốt hơn cho bản thân để làm tốt thiên chức của người phụ nữ, giảm thiểu các nguy cơ có thể ảnh hưởng sức khỏe của bản thân trong quá trình mang thai và sự phát triển của thai nhi.

Theo March of Dime, Hoa kỳ, dưới đây là một số việc chị em phụ nữ cần làm để chuẩn bị tốt cho việc mang thai:

1. Kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai: Việc kiểm tra sức khỏe trước khi mang thai nhằm đảm bảo bạn khỏe mạnh khi mang thai. Ngay khi mang thai bạn cần được chăm sóc sức khỏe sớm và thường xuyên.

2. Kiểm tra tình trạng chủng ngừa các bệnh nhiễm trùng: Nếu trong khi mang thai bạn mắc phải các bệnh như Rubella hoặc thủy đậu, thai nhi sẽ có nguy cơ bị các dị tật bẩm sinh và những vấn đề sức khỏe nghiêm trọng khác.

3. Kiểm tra tình trạng răng miệng: Cần kiểm tra thường xuyên răng miệng trước khi mang thai và trong suốt thời kỳ mang thai. Nếu bạn bị mắc các bệnh của nướu răng, cần được điều trị trước khi mang thai để tránh gây ra những vấn đề sức khỏe cho bạn và thai nhi.

4. Sử dụng vitamin tổng hợp trong đó có 400 micrograms⁶ axit folic mỗi ngày: Axit folic là một loại vitamin B (vitamin B9) rất cần thiết cho

⁶ Liều 400 micrograms được khuyến cáo ở những nước có bổ sung axit folic vào thực phẩm. Liều hàng ngày của axit folic là không quá 1mg.

từng tế bào của cơ thể phát triển và tăng cường khỏe mạnh. Nếu bạn uống Axit folic trước khi mang thai và trong giai đoạn sớm của thai kỳ sẽ giúp dự phòng các khuyết tật bẩm sinh của não và tủy sống của thai nhi (các dị tật của ống thần kinh).

5. Ăn thức ăn tốt cho sức khỏe và có trọng lượng phù hợp: Bạn cần có trọng lượng phù hợp trước khi chuẩn bị mang thai để tránh những vấn đề sức khỏe cho cả bạn và thai nhi. Những phụ nữ béo phì, quá cân hoặc nhẹ cân đều có nguy cơ cao hơn những phụ nữ có cân nặng thích hợp mắc phải những vấn đề liên quan đến việc mang thai. Cần ăn những loại thực phẩm tốt cho sức khỏe trong khi mang thai và cần biết về những loại thực phẩm nên tránh sử dụng khi mang thai.

6. Không hút thuốc, uống rượu, sử dụng các loại ma túy, không tự ý sử dụng các loại thuốc trị bệnh không phải được kê toa cho bạn, tránh những nơi có khói thuốc: Tất cả chúng đều có thể gây hại cho thai nhi nếu bạn đang mang thai.

7. Tránh bị nhiễm loại ký sinh trùng Toxoplasma bằng cách không ăn thịt chưa nấu chín và tránh xa nơi có phân mèo: Phân mèo và thịt chưa nấu chín có thể chứa ký sinh trùng Toxoplasma gây bệnh, bệnh này có thể gây ra dị tật bẩm sinh cho thai nhi.

8. Tránh các loại thú nuôi thuộc họ gặm nhấm như chuột lang, hamster, chuột bạch: Loài gặm nhấm có thể mang loại virus LCMV (Lymphocytic choriomeningitis) có thể gây bệnh cho thai nhi.

9. Tránh các loại hóa chất độc hại như các loại dung dịch để tẩy các loại sơn tan trong dầu: Một số loại hóa chất có thể làm tăng nguy cơ sinh con bị dị tật bẩm sinh.

10. Tìm kiếm sự giúp đỡ nếu bạn bị chồng ngược đãi: Tình trạng bị ngược đãi sẽ trở nên tồi tệ hơn khi bạn mang thai.

11. Giảm căng thẳng trong cuộc sống: Chịu quá nhiều căng thẳng trong cuộc sống có thể gây ra những vấn đề về sức khỏe trong quá trình mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Getting healthy before pregnancy. Last reviewed September 2012. Sẵn có tại URL: http://www.marchofdimes.com/pregnancy/getready_checklist.html

Các hình ảnh trong cuốn sách này được lấy chủ yếu từ Internet
Hình trang bìa: <http://latterdaycommentary.files.wordpress.com/2012/04/fetus.jpg>



HANDICAP INTERNATIONAL

Khách sạn La Thành, Nhà F

Phòng F2

218 Đội Cấn, Hà Nội Việt Nam

ĐT: (84) – (04)37629135

www.handicapvietnam.org



TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

06 Ngô Quyền

Thành phố Huế

ĐT: (84) – (054)3822173

www.huemed-univ.edu.vn