

MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM MỚI NỔI VÀ TÁI NỔI

Mục tiêu:

- Cập nhật được thông tin về một số bệnh Truyền nhiễm mới nổi và tái nổi trong những năm gần đây (tính đến thời điểm học tập).

- Biết phân tích và tổng hợp các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, các yếu tố dịch tễ (đối với bác sĩ) để biện luận chẩn đoán một số bệnh Truyền nhiễm mới nổi và tái nổi, từ đó đưa ra được các biện pháp điều trị, dự phòng thích hợp.

- Tích cực điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân; hết lòng phục vụ người bệnh, không ngại bệnh lây lan

NỘI DUNG

1. Bệnh truyền nhiễm và những thách thức hiện nay

Hơn 10 năm qua, thế giới ghi nhận hàng loạt vụ dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi với số mắc và tử vong tăng cao, tập trung nhiều ở châu Á và châu Phi. Đáng lo ngại là đến 75% bệnh truyền nhiễm mới nổi có nguồn gốc từ động vật. Theo thông kê chưa đầy đủ, hiện tại trên thế giới đã ghi nhận hơn 200 bệnh lây truyền từ động vật sang người và nguy cơ này sẽ tiếp tục tăng lên, đây là mối đe dọa lớn đối với sức khỏe cộng đồng.

Những năm gần đây, khu vực Tây Thái Bình Dương được coi là nơi dễ xảy ra dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi nguy hiểm như MER-CoV, Ebola, cúm A/H7N9, cúm A/H5N1, cúm A/H5N6. Ngoài ra, sốt xuất huyết do vi rút Ebola không còn là bệnh của khu vực châu Phi mà đã trở thành mối đe dọa toàn cầu. Tại Đông Nam Á, sự gia tăng của một số bệnh truyền nhiễm mới nổi đang đe dọa sức khỏe hàng triệu người dân.

1.1. Xu thế bệnh truyền nhiễm hiện nay

- Xuất hiện các bệnh dịch mới.
- Tái xuất hiện các bệnh dịch cũ với mức độ nặng hơn và nguy cơ lan rộng hơn.
- Các bệnh nhiễm trùng gia tăng, đặc biệt là nhiễm trùng trên các cơ địa đặc biệt.

Việt Nam cũng được coi là "điểm nóng" của các bệnh truyền nhiễm mới nổi bởi tập quán sống gần gia cầm, vật nuôi; chưa kể thói quen sinh hoạt, ăn uống (như ăn tiết canh động vật, ăn thịt gia cầm ôm chết...) cũng là những nguy cơ tiềm ẩn làm gia tăng sự lây lan bệnh từ động vật sang người.

1.2. Các thách thức lớn về bệnh Truyền nhiễm tại Việt nam giai đoạn hiện nay

- Các bệnh mới xuất hiện (Tay chân miệng, Cúm gia cầm, nhiễm MERS-CoV, Ebolavirus, Zikavirus...)
- Các bệnh tái xuất hiện (sốt xuất huyết, sởi, Rubella,...)
- Các bệnh truyền nhiễm và nhiễm trùng khác: viêm gan, nhiễm HIV/AIDS, viêm não, các nhiễm trùng và nhiễm trùng nặng, viêm phổi, sốt rét...
- Nhiễm trùng bệnh viện và kháng kháng sinh.

2. Một số bệnh truyền nhiễm mới nổi

2.1. Bệnh tay chân miệng

Bệnh Tay Chân Miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh. Bệnh gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng thể điển hình

- *Giai đoạn nung bệnh:* 3-7 ngày.
- *Giai đoạn khởi phát:* từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.
- *Giai đoạn toàn phát:* có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

+ Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước, đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

+ Phát ban dạng phỏng nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày), sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

+ Sốt nhẹ.

+ Nôn. Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng. Các biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

- *Giai đoạn lui bệnh*: thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- *Các xét nghiệm cơ bản*:

+ Công thức máu: bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên $16.000/\text{mm}^3$ hay đường huyết tăng $> 160 \text{ mg}\%$ ($8,9 \text{ mmol/L}$) thường liên quan đến biến chứng.

+ Protein C phản ứng (CRP) trong giới hạn bình thường ($< 10 \text{ mg/L}$).

+ Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

- *Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng*:

+ Khí máu khi có suy hô hấp

+ Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

+ Dịch não tủy: chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng; số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng (tùy trường hợp, có thể là bạch cầu đơn nhân hay đa nhân chiếm ưu thế).

- Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

- Chụp cộng hưởng từ sọ não: chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

2.1.3. Chẩn đoán

2.1.3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng: dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng: phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

2.1.3.2. Chẩn đoán xác định

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

2.1.3.3. Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt với một số bệnh

- Viêm loét miệng (áp-tơ miệng): thường có vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.
- Các bệnh có phát ban ngoài da: sốt phát ban do vi rút; ban do dị ứng; viêm da mủ; bệnh thuỷ đậu; nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu...

2.1.4. Điều trị

2.1.4.1. Nguyên tắc điều trị

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).

- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.

- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC...)

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2.1.4.2. Điều trị cụ thể

* **Độ 1:** điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 -15 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

* **Độ 2 trở lên:** điều trị nội trú tại bệnh viện

2.2. Bệnh cúm gia cầm

Cúm ở loài lông vũ (chim: Avian flu) còn được gọi **cúm gà** hay **cúm gia cầm**. Vi rút cúm A là một loại [virút](#) sống ký sinh trong nhiều loại chim (hoang dại, gia cầm) trong đó có nhiều týp nhỏ như H5N1, H1N1, H7N1, H7N2, H7N3, H7N7... Trong hàng trăm týp vi rút cúm gia cầm, hiện chỉ có 4 chủng được biết là gây bệnh ở người, đó là H5N1, H7N3, H7N7 và H9N2.

Cúm A (H5N1) là bệnh do [virút](#) cúm A gây ra cho các loài chim (hay [gia cầm](#)) và có thể lây nhiễm sang một số loài [động vật có vú](#) khác, hiếm khi gây bệnh cho người. Tuy nhiên, khi người bị nhiễm, vì không có miễn dịch tự nhiên chống lại loại vi rút này

nên vi rút cúm gia cầm có thể làm cho con người bị bệnh nặng và tử vong. Biến chủng [H5N1](#) của vi rút cúm gà bắt đầu hoành hành từ năm [1997](#) và có nguy cơ bùng phát thành [đại dịch cúm](#) đối với con người trong tương lai.

[Cúm A \(H1N1\)](#), ("cúm lợn" hay "cúm heo") là dịch cúm do một loại [vi rút](#) thuộc chủng [H1N1](#) lần đầu tiên được các cơ quan y tế phát hiện vào tháng 3 năm 2009. Tuy nhiên, các quan chức Mỹ đã đề nghị thay đổi cụm từ "cúm lợn" để tránh tình trạng người dân hiểu lầm là căn bệnh lây qua thịt lợn.

[Cúm A \(H7N9\)](#): vi rút cúm A/H7N9 là một chủng mới, có nguồn gốc gen từ vi rút cúm gia cầm và một số loài chim, có khả năng gây nhiễm cho người dẫn đến viêm phổi nặng tiến triển nhanh, tỉ lệ tử vong cao. Đường lây truyền của vi rút cúm A/H7N9 hiện tại chưa được hiểu rõ. Mặc dù một số tít H7 như H7N2, H7N3, H7N7 thỉnh thoảng được phát hiện nhiễm ở người nhưng cho đến thời điểm này vẫn chưa có bằng chứng về việc [virút](#) H7N9 lây nhiễm từ người sang người.

Cả ba loại vi rút H7N9, H1N1, H5N1 đều là vi rút cúm A nhưng chúng có khả năng lây bệnh khác nhau. H7N9, H5N1 lây nhiễm chủ yếu ở động vật và đôi khi mới lây sang người trong khi H1N1 thì bình thường cũng hay lây nhiễm ở người và cả động vật như chim, lợn...

2.2.1. Chẩn đoán cúm A (H7N9)

2.2.1.1. Ca bệnh nghi ngờ

- Có yếu tố dịch tễ tiếp xúc với cúm A (H7N9) trong vòng 2 tuần:
 - + Tiền sử đi vào vùng dịch tễ hoặc sống trong vùng dịch tễ có ca bệnh cúm A (H7N9)
 - + Tiếp xúc gần với gia cầm và một số loài chim bị bệnh (nuôi, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, chế biến, ăn tiết canh, thịt gia cầm bị bệnh chưa nấu chín, v.v...)
 - + Tiếp xúc gần với người bệnh nghi ngờ, có thể hoặc đã xác định mắc cúm A (H7N9)
- Người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp cấp, bao gồm: sốt, ho, khó thở, có tổn thương nhu mô phổi (viêm phổi hoặc hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) tiến triển nhanh dựa trên lâm sàng hoặc hình ảnh Xquang)
- Không tìm được bằng chứng nhiễm trùng do các căn nguyên khác gây viêm phổi.

2.2.1.2. Ca bệnh xác định

- Là ca bệnh nghi ngờ có biểu hiện lâm sàng như đã nêu trên và được khẳng định bằng xét nghiệm PCR/giải trình tự gen /phân lập vi rút cúm A (H7N9).

- Bệnh phẩm sử dụng để chẩn đoán là dịch đường hô hấp, đờm, dịch nội khí quản, dịch phế nang, mô bệnh được bảo quản trong môi trường vận chuyển vi rút.

Lưu ý: đối với các trường hợp đầu tiên nghi nhiễm vi rút cúm A (H7N9), các đơn vị cần lưu mẫu và chuyển mẫu đến các cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế cho phép khẳng định.

2.2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh cảnh lâm sàng do vi rút cúm A (H7N9) gây ra chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển với tỉ lệ tử vong cao, vì vậy cần phải phân biệt với các trường hợp sau:

- Cúm nặng khác (cúm A/H1N1 hoặc A/H5N1...)
- Viêm phổi do các vi rút khác
- Bệnh Tay Chân Miệng có biến chứng suy hô hấp
- Viêm phổi nặng do vi khuẩn

2.2.2. Điều trị

2.2.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Các ca bệnh nghi ngờ đều phải được khám tại bệnh viện, cách ly và được làm xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán xác định bệnh.

- Ca bệnh xác định cần nhập viện điều trị và cách ly hoàn toàn.
- Sử dụng thuốc kháng vi rút (oseltamivir hoặc zanamivir) càng sớm càng tốt.
- Hồi sức hô hấp là cơ bản để đảm bảo giữ SpO₂ ≥ 92%.
- Điều trị suy đa tạng (nếu có).

2.2.2.2. Điều trị cụ thể

Dùng thuốc kháng vi rút

Các khuyến cáo sau đây dựa trên những hiểu biết về hiệu quả của thuốc kháng vi rút trong điều trị cúm A (H1N1) đại dịch và cúm A (H5N1):

*** Oseltamivir:**

- Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- Trẻ em từ 1-13 tuổi: dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể
 - + <15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
 - + 16-23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

- + 24-40 kg: 60 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
- + > 40 kg: 75 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
- Trẻ em dưới 12 tháng:
 - + < 3 tháng: 12 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
 - + 3-5 tháng: 20 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày
 - + 6-11 tháng: 25 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

* **Zanamivir**: dạng hít định liều.

Sử dụng trong các trường hợp: không có oseltamivir, trường hợp chậm đáp ứng hoặc kháng với oseltamivir.

- Người lớn và trẻ em trên 7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- Trẻ em: Từ 5-7 tuổi: 2 lần xịt 5 mg x 1 lần/ngày x 7 ngày.

Zanamivir dạng truyền tĩnh mạch, với liều khuyến cáo 300 – 600 mg/ngày (nếu có).

Lưu ý:

- Trường hợp nặng, đáp ứng chậm với thuốc kháng vi rút có thể dùng liều gấp đôi và thời gian điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày hoặc đến khi xét nghiệm vi rút trở về âm tính.

- Cần theo dõi chức năng gan, thận để điều chỉnh liều lượng cho phù hợp.

Điều trị cụ thể (tham khảo tài liệu)

2.2.3. Phòng bệnh

2.2.3.1. Nguyên tắc

- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt.
- Khi phát hiện người bệnh nghi ngờ mắc cúm A (H7N9) phải khám, và cách ly kịp thời.
- Tại các cơ sở y tế phải thực hiện các phương pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa dựa trên đường lây truyền.

- Thực hiện khai báo, thông tin, báo cáo ca bệnh theo hướng dẫn tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm.

2.2.3.2. Phòng lây nhiễm cúm A (H7N9) sang người

- Tăng cường tuyên truyền trên các phương tiện thông tin về tác hại của bệnh cúm A (H7N9).

- Không buôn, bán, vận chuyển, giết mổ, sử dụng thịt gia cầm chưa được kiểm dịch đúng quy định.

- Sử dụng các biện pháp phòng hộ lao động và rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh sau khi tiếp xúc với gia cầm.

- Tránh tiếp xúc gần với người mắc bệnh đường hô hấp cấp

- Áp dụng các biện pháp chủ động phòng, chống dịch khác theo quy định.

2.3. Nhiễm MERS-CoV

MERS - Hội chứng hô hấp vùng Trung Đông (Middle East Respiratory Syndrome) là một căn bệnh về hô hấp gây ra bởi một loại coronavirus mới phát hiện được gọi là MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus). Coronavirus là một nhóm vi rút thông thường, thuộc giống betacoronavirus, có vật chất di truyền là ARN sợi đơn, hay gây nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Hiện nay, người ta vẫn chưa biết chắc MERS-CoV khởi nguồn từ đâu, nhưng rất có thể là từ động vật. Vi rút được phát hiện từ lạc đà và dơi ở bán đảo Arabia và đã có bằng chứng cho thấy là có lan truyền giữa những người tiếp xúc gần gũi. Những người này gồm bất cứ ai chăm sóc cho người bệnh (nhân viên y tế và thành viên trong gia đình) và bất cứ ai ở cùng chỗ với người đang bị bệnh (người sống chung, người đến thăm...).

2.3.1. Triệu chứng

Triệu chứng khởi phát thường gặp là sốt, ho, ớn lạnh, đau họng, đau cơ khớp. Sau đó bệnh nhân xuất hiện khó thở và tiến triển nhanh tới viêm phổi, khoảng 10% sẽ tiến triển thành ARDS (Hội chứng suy hô hấp cấp)

Khoảng 1/3 số bệnh nhân có các triệu chứng tiêu hóa như nôn và tiêu chảy.

Xét nghiệm công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu lympho

X quang ngực có hình ảnh phù hợp với viêm phổi do vi rút và ARDS.

2.3.2. Điều trị

Không có phương pháp điều trị cụ thể nào cho các căn bệnh do MERS-CoV gây ra. Chăm sóc y tế là hỗ trợ và giúp làm giảm triệu chứng.

2.3.4. Phòng bệnh

Hiện nay chưa có thuốc chủng ngừa cho MERS.

2.4. Bệnh do vi rút Ebola

Bệnh do vi rút Ebola (trước đây gọi là sốt xuất huyết Ebola) là một bệnh nhiễm trùng nặng, tỉ lệ tử vong có thể lên đến 90%. Bệnh lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với mô, máu và dịch cơ thể của động vật hoặc người nhiễm bệnh, có thể bùng phát thành dịch. Vi rút có thể lây truyền từ người sang người do tiếp xúc trực tiếp thông qua vết thương trên da hoặc niêm mạc với máu, chất tiết và dịch cơ thể (*phân, nước tiểu, nước bọt, tinh dịch*) của người bị nhiễm.

Người cũng có thể mắc Ebola do tiếp xúc với các dụng cụ hoặc đồ vật của bệnh nhân bị nhiễm như quần áo, chăn, kim tiêm đã sử dụng.

2.4.1. Triệu chứng

2.4.1.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: trung bình là 2-21 ngày
- Các triệu chứng thường gặp bao gồm: sốt cấp tính/ đau đầu, đau mỏi cơ khớp/ nôn, buồn nôn/ tiêu chảy, đau bụng/ viêm kết mạc
- Phát ban: lúc đầu là những ban nhỏ như đinh ghim, sẫm màu, tập trung ở nang lông, sau hình thành nên tổn thương ban dát sần có ranh giới rõ và cuối cùng tạo thành ban lan tỏa, thường trong tuần đầu của bệnh.
- Triệu chứng xuất huyết: đi ngoài phân đen/ chảy máu nơi tiêm truyền/ ho ra máu, chảy máu chân răng. Có thể thấy đái máu và chảy máu âm đạo

2.4.1.2. Xét nghiệm

- Công thức máu: thường có giảm bạch cầu, tiểu cầu
- Hóa sinh máu: tăng AST, ALT. Creatinin máu và ure có thể tăng trong thời gian tiến triển của bệnh.
- Đông máu: rối loạn đông máu nội quản rải rác
- Nước tiểu: protein niệu
- Xét nghiệm phát hiện căn nguyên: tìm kháng nguyên, kháng thể, PCR và nuôi cấy vi rút. Bệnh phẩm sử dụng để chẩn đoán là máu được bảo quản trong môi trường vận chuyển và tuân theo quy định an toàn vận chuyển vi rút lây truyền qua đường máu.

2.4.2. Chẩn đoán ca bệnh Ebola

2.4.2.1. Ca bệnh nghi ngờ

- Có yếu tố dịch tễ trong vòng 3 tuần trước khi khởi phát triệu chứng

+ Tiếp xúc với máu hay dịch cơ thể của bệnh nhân được xác định hoặc nghi nhiễm Ebola

+ Sống hay đi tới vùng dịch Ebola đang lưu hành

+ Trực tiếp xử lý, tiếp xúc với dơi, chuột hoặc động vật linh trưởng từ các vùng dịch tễ

- Có biểu hiện lâm sàng của bệnh

2.4.2.2. Ca bệnh xác định

Là ca bệnh nghi ngờ và được khẳng định bằng xét nghiệm PCR dương tính.

2.4.2.3. Chẩn đoán phân biệt: bệnh do vi rút Ebola cần phải phân biệt với:

- Sốt xuất huyết Dengue

- Bệnh do *Streptococcus suis*

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu

- Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn

- Bệnh do *Leptospira*

- Sốt rét nặng có biến chứng

2.4.3. Điều trị

2.4.3.1. Nguyên tắc điều trị

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ

- Các ca bệnh nghi ngờ đều phải được khám tại bệnh viện, cách ly và lấy mẫu bệnh phẩm gửi làm xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán bệnh. Các ca bệnh xác định cần phải nhập viện điều trị và cách ly hoàn toàn.

2.4.3.2. Điều trị hỗ trợ theo một số nhóm bệnh nhân

- Phụ nữ mang thai: có nguy cơ sảy thai/đẻ non, chảy máu sau sinh rất cao. Việc chỉ định dùng oxytocin và các can thiệp sau sinh cần tuân thủ đúng các hướng dẫn nhằm giúp bệnh nhân cầm máu.

- Phụ nữ cho con bú: vi rút Ebola có thể truyền qua sữa mẹ. Khi nghi ngờ mẹ bị nhiễm bệnh, mẹ và trẻ cần được nhập viện và cách ly cho đến khi loại trừ nhiễm bệnh. Mẹ nên ngừng cho con bú.

2.4.4. Phòng lây nhiễm vi rút Ebola

2.4.4.1. Nguyên tắc

- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt.

- Khi phát hiện người nghi ngờ nhiễm vi rút Ebola cần phải khám và cách ly kịp thời.

- Tại các cơ sở y tế phải thực hiện các phương pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa theo đường lây.

- Thực hiện khai báo, thông tin, báo cáo ca bệnh theo hướng dẫn tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế.

2.4.4.2. Đối với người bệnh

- Cách ly, điều trị tại cơ sở y tế theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Sử dụng trang bị phòng hộ cá nhân đúng để hạn chế lây truyền bệnh

2.4.4.3. Đối với người tiếp xúc gần

- Người chăm sóc bệnh nhân phải thực hiện các biện pháp phòng hộ cá nhân (khẩu trang N95, kính đeo bảo hộ mắt, mũ, găng tay, bao giày, quần áo) rửa tay ngay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn khác sau mỗi lần tiếp xúc với người bệnh.

2.4.6.4. Vắc xin phòng bệnh đặc hiệu

Hiện nay chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu với vi rút Ebola.

2.5. Bệnh do vi rút Zika

Bệnh do vi rút Zika là bệnh truyền nhiễm cấp tính do muỗi truyền, có thể gây thành dịch. Vi rút Zika thuộc họ Arbovirus, nhóm Flaviviridae, cùng nhóm với các vi rút sốt xuất huyết Dengue, viêm não Nhật Bản, Chikungunya, sốt vàng và sốt Tây sông Nile.

Ồ chứa vi rút Zika và thời kỳ lây truyền của bệnh hiện nay chưa rõ. Bệnh không lây truyền trực tiếp từ người sang người mà do muỗi mang vi rút Zika đốt truyền vi rút sang người lành. Muỗi truyền bệnh thuộc nhóm *Aedes*, chủ yếu là muỗi *Aedes aegypti*.

Thời gian ủ bệnh từ 3 đến 12 ngày.

Từ 60% đến 80% các trường hợp nhiễm vi rút Zika không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Người bệnh có biểu hiện như sốt, phát ban trên da, viêm kết mạc, đau khớp, đau cơ, mệt mỏi và đau đầu. Chưa ghi nhận trường hợp tử vong do nhiễm vi rút Zika.

Hiện nay, WHO đang tập trung nghiên cứu để xác định về mối liên quan của vi rút Zika với hội chứng não nhỏ ở trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm vi rút Zika trong thời kỳ mang thai và hội chứng viêm đa rễ và dây thần kinh Guillain-Barré do sự gia tăng đột biến các trường hợp mắc những bệnh này trong các ổ dịch Zika tại Brazil.

Đến nay, bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh.

2.5.1. Chẩn đoán

2.5.1.1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

Trường hợp bệnh nghi ngờ là người có biểu hiện sốt, phát ban, kèm theo ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Viêm kết mạc mắt.

- Đau khớp, đau cơ.
- Đau đầu.

Và có tiền sử ở/đi/đến từ khu vực có dịch hoặc nghi ngờ dịch bệnh do vi rút Zika trong vòng 12 ngày trước khi khởi phát

2.5.1.2. Trường hợp bệnh xác định

Là trường hợp bệnh nghi ngờ có xét nghiệm khẳng định nhiễm vi rút Zika bằng phương pháp sinh học phân tử hoặc phân lập vi rút, hoặc huyết thanh học.

2.5.2. Nội dung giám sát

2.5.2.1. Giám sát tại cửa khẩu phát hiện trường hợp bệnh xâm nhập

Giám sát chặt chẽ các hành khách nhập cảnh từ các quốc gia, vùng lãnh thổ đang có dịch bệnh do vi rút Zika nhằm phát hiện sớm các trường hợp nghi ngờ bằng các biện pháp kiểm tra sàng lọc như sử dụng máy đo thân nhiệt, quan sát thể trạng, khai thác tiền sử dịch tễ, khám sơ bộ, cách ly tạm thời... ngay tại cửa khẩu và chuyển về cơ sở y tế để lấy mẫu xét nghiệm, quản lý theo quy định.

2.5.2.2. Giám sát tại cộng đồng và cơ sở y tế

Giám sát chặt chẽ nhằm phát hiện các trường hợp bệnh xâm nhập, xử lý triệt để ổ dịch, tránh lây lan ra cộng đồng. Thực hiện giám sát, điều tra dịch tễ, lấy mẫu xét nghiệm, lập danh sách, quản lý, theo dõi tất cả các trường hợp nghi ngờ tại các cơ sở y tế và tại cộng đồng.

- Ở các địa phương chưa ghi nhận trường hợp bệnh: chủ động thực hiện giám sát, điều tra dịch tễ, lấy mẫu xét nghiệm tất cả các trường hợp bệnh nghi ngờ.

- Ở nơi đã xác định có ổ dịch: giám sát, điều tra dịch tễ các trường hợp bệnh nghi ngờ; lấy mẫu xét nghiệm ít nhất 3-5 trường hợp bệnh nghi ngờ đầu tiên. Các trường hợp khác trong ổ dịch có triệu chứng tương tự đều được coi là trường hợp bệnh xác định phải báo cáo và xử lý theo quy định.

2.5.2.3. Giám sát trọng điểm

Thực hiện giám sát bệnh nhân và véc tơ lòng ghép với hoạt động giám sát trọng điểm bệnh sốt xuất huyết Dengue của các Viện Vệ sinh dịch tễ, Viện Pasteur.

2.5.2.4. Thông tin, báo cáo

Thực hiện thông tin, báo cáo theo quy định của Bộ Y tế về hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo, khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm.

2.5.3. Phòng bệnh

2.5.3.1. Các biện pháp phòng bệnh chung

- Tuyên truyền cho người dân, đặc biệt những người đi/đến/về từ các quốc gia có dịch; các cán bộ y tế, nhân viên làm việc tại khu vực cửa khẩu; cán bộ tham gia công tác phòng chống bệnh do vi rút Zika chủ động tự theo dõi sức khỏe và thông báo cho cơ quan y tế khi có biểu hiện bệnh. Vận động người dân thường xuyên áp dụng các biện pháp diệt lăng quăng/bọ gậy, diệt muỗi; thường xuyên ngủ màn và sử dụng các biện pháp khác phòng, chống muỗi đốt.

- Hạn chế đi tới các vùng đang có dịch khi không cần thiết, đặc biệt đối với phụ nữ đang mang thai, những người mắc các bệnh suy giảm miễn dịch ... Nếu phải đi, cần tìm hiểu kỹ các thông tin về tình hình dịch bệnh tại nơi đến để chủ động áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm phù hợp cho bản thân.

- Người về từ vùng dịch tự theo dõi tình trạng sức khỏe trong vòng 12 ngày và khi có biểu hiện nghi ngờ mắc bệnh phải thông báo ngay cho cơ quan y tế gần nhất để được tư vấn, cách ly và điều trị kịp thời.

- Tăng cường sức khỏe bằng ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt hợp lý.

2.5.3.2. Biện pháp phòng bệnh đặc hiệu

Đến nay bệnh do vi rút Zika chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

3. Một số bệnh truyền nhiễm tái nổi

3.1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

3.1.1. Diễn biến lâm sàng bệnh sốt xuất huyết Dengue

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn:

- Giai đoạn sốt

- Giai đoạn nguy hiểm
- Giai đoạn hồi phục.

Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

3.1.2. Chẩn đoán bệnh sốt xuất huyết Dengue

3.1.2.1. Chẩn đoán các mức độ của bệnh

Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ

- Sốt xuất huyết Dengue
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Cần lưu ý các dấu hiệu cảnh báo là:

- + *Vật vã, lừ đừ, li bì*
 - + *Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan*
 - + *Gan to > 2 cm*
 - + *Nôn - nhiều*
 - + *Xuất huyết niêm mạc*
 - + *Tiểu ít*
 - + *Xét nghiệm máu: Hematocrit tăng cao và Tiểu cầu giảm nhanh chóng*
- Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- + *Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (sốc sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều*
- + *Xuất huyết nặng*
- + *Suy tạng nặng*

3.1.2. 2. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

** Xét nghiệm huyết thanh*

- Xét nghiệm nhanh:
 - + *Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.*
 - + *Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.*
- Xét nghiệm ELISA:
 - + *Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ năm của bệnh.*
 - + *Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).*

* *Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút:* lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

3.1.2. 3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virút
- Sốt mò/ sốt rét.
- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...
- Sốc nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp, ...

3.1.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue (*ban hành kèm Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế*), việc điều trị sốt xuất huyết Dengue bao gồm các nội dung sau:

- Điều trị sốt xuất huyết Dengue: phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

- Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: người bệnh được cho nhập viện điều trị

- Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng: người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu với các qui định cụ thể theo từng thể nặng của bệnh:

- + Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue
- + Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng
- + Điều trị xuất huyết nặng
- + Điều trị suy tạng nặng
- + Điều trị sốt xuất huyết Dengue thể não, rối loạn tri giác, co giật

3.1.4. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh.

- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

3.2. Bệnh Rubella

Rubella (còn gọi là sởi Đức) là một bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Rubella (vi rút ARN, giống Rubivirus, họ Togaviridae) gây nên. Bệnh lây truyền từ người bệnh, người mang vi rút sang người lành qua đường hô hấp hoặc từ mẹ sang thai nhi. Bệnh biểu hiện bằng sốt, phát ban, nổi hạch, thường diễn biến lành tính, nhưng có thể gây một số biến chứng như viêm não - màng não, xuất huyết giảm tiểu cầu...

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

Bệnh xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, thường vào mùa đông xuân, có thể rải rác quanh năm. Những người chưa có miễn dịch đều có thể bị mắc bệnh. Người sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững; miễn dịch của mẹ truyền cho con có thể bảo vệ trẻ trong vòng 6 đến 9 tháng sau khi sinh.

3.2.1. Chẩn đoán

3.2.1.1. Chẩn đoán ca bệnh lâm sàng

a) Dịch tễ:

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

b) Lâm sàng:

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

- Nổi hạch nhiều nơi.

- Đau mỏi người, đau khớp.

3.2.1.2. Chẩn đoán xác định

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

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

hoặc

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

hoặc

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

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

3.2.1.3. Rubella ở một số đối tượng

a) Rubella ở phụ nữ có thai:

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

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

b) Rubella bẩm sinh:

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

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

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

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

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

3.2.2. Biến chứng

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

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

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

3.2.3. Điều trị

3.2.3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cách ly người bệnh 7 ngày kể từ khi phát ban: tại nhà hoặc tại cơ sở y tế.

- Điều trị triệu chứng và hỗ trợ, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

- Theo dõi, phát hiện và xử lý sớm các biến chứng.

3.2. 3.2. Điều trị cụ thể

a) Rubella không biến chứng:

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

b) Rubella có biến chứng:

- Viêm não:

+ Điều trị chung theo hướng dẫn do Bộ Y tế ban hành.

+ Có thể sử dụng gammaglobulin với liều 0,1- 0,4g/kg cân nặng/ngày x 3 ngày và/hoặc methylprednisolon 2mg/kg/ngày x 5-7 ngày.

+ Sử dụng kháng sinh thích hợp khi có nguy cơ bội nhiễm.

- Xuất huyết giảm tiểu cầu:

+ Truyền khối tiểu cầu khi có biểu hiện xuất huyết và tiểu cầu < 50 G/l hoặc không có biểu hiện xuất huyết mà tiểu cầu < 20 G/l

+ Methylprednisolon 2mg/kg/ngày nếu tiểu cầu < 20 G/l; giảm dần liều theo diễn biến bệnh và sự hồi phục của tiểu cầu.

3.2.3.3. Xử trí nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai

- Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: tư vấn đình chỉ thai nghén khi đã có chẩn đoán xác định.

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

- Phụ nữ có thai trên 18 tuần bị nhiễm rubella: nguy cơ con bị rubella bẩm sinh thấp, theo dõi thai kỳ bình thường.

3.2.4. Phòng bệnh

3.2.4.1. Phòng bệnh chung

- Tuyên truyền sâu rộng trong cộng đồng về bệnh rubella, cách nhận biết và biện pháp phòng chống.

- Tăng cường vệ sinh cá nhân. Đeo khẩu trang khi tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh.

- Hạn chế tiếp xúc với người mắc/nghi mắc bệnh. Phụ nữ có thai tuyệt đối không tiếp xúc với người bệnh rubella. Khi phải tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang y tế và trang bị phòng hộ cá nhân.

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

3.2. 4.2. Phòng bệnh trong bệnh viện

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

- Khử khuẩn buồng bệnh: thường xuyên mở cửa sổ, cửa chính để ánh nắng chiếu vào và đảm bảo thông khí thoáng.

3.2.4.3. Phòng bệnh đặc hiệu

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

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

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

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

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

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

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hiện nay thế giới đã thanh toán hoàn toàn các bệnh: đậu mùa, cúm, nhiễm HIV, viêm gan vi rút B và Ebola bằng vaccine.

Đúng Sai

2. Bệnh tay chân miệng lây theo đường nào sau đây:

- A. Đường tiêu hóa
- B. Đường máu
- C. Lây từ mẹ sang con

3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh Tay – Chân – Miệng bao gồm

- A. Sốt nhẹ và nôn
- B. Nổi nốt phỏng nước trong miệng, trong lòng bàn tay và trong lòng bàn chân.
- C. Cả A và B

4. Bệnh cúm A H7N9 có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng thuốc Oseltamivir.

Đúng Sai

5. Nhiễm MERS-CoV có triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: sốt gai rét, đau cơ khớp, ho kèm khó thở và đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

Đúng Sai

6. Bệnh do vi rút Ebola lây theo đường nào sau đây:

- A. Đường tiêu hóa
- B. Đường da và niêm mạc
- C. Lây từ mẹ sang con

7. Vi rút Ebola thường gây bệnh lành tính, ít gây tử vong và đã có thuốc điều trị đặc hiệu.

Đúng Sai

8. Những biến chứng cho con khi mẹ mang thai nhiễm vi rút zika

- A. Não úng thủy
- B. Còi xương bẩm sinh
- C. Hội chứng não bé trẻ sơ sinh

9. Khi mẹ mang thai nhiễm vi rút Rubella có thể gây dị tật bẩm sinh nào cho trẻ?

- A. Đục thủy tinh thể
- B. Bệnh tim bẩm sinh
- C. Có thể cả A và B

10. Điều trị sốt xuất huyết Dengue chủ yếu là điều trị triệu chứng, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu

Đúng

Sai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ môn Truyền nhiễm- Học viện Quân y (2015)- Bệnh học Truyền nhiễm – Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội**
- 2. Bộ Y tế (2011)- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue**
(Ban hành kèm Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 3. Bộ Y tế (2012)- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Tay-chân-miệng**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 4. Bộ Y tế (2013)- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng lây nhiễm cúm A (H7N9) ở người**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1176 /QĐ-BYT ngày 10 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 5. Bộ Y tế (2014)- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sởi**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 1327/QĐ-BYT ngày 18 tháng 4 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 6. Bộ Y tế (2014)- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Ebola**
(Ban hành kèm Quyết định số 4600/QĐ-BYT ngày 05 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 7. Bộ Y tế (2016)- Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh do vi rút Zika**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 363/QĐ-BYT ngày 2 tháng 2 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 8. Bộ Y tế (2014)- Kế hoạch tăng cường công tác điều trị, phòng chống bệnh Sởi, Tay-chân-miệng, Sốt xuất huyết và một số bệnh dịch mới nổi năm 2014**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4900/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
- 9. Bộ Y tế (2015)- Quyết định số 2369/QĐ-BYT ngày 16 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế v/v bổ sung Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông do vi rút Corona (MERS-CoV) vào danh mục các bệnh truyền nhiễm đặc biệt nguy hiểm thuộc nhóm A của Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm**
- 10. Bộ Y tế (2013)- Tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Rubella**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2354/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)