

BỆNH SỐT ĐẰNG GƠ, SỐT XUẤT HUYẾT ĐẰNG GƠ *(Febris Dengue, Febris Dengue haemorrhagia)*

ICD-10 A90: Dengue fever, A91: Dengue hemorrhagic fever

Bệnh sốt Đẳng gơ, sốt xuất huyết Đẳng gơ thuộc nhóm B trong Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

1. Đặc điểm của bệnh

1.1 Định nghĩa ca bệnh

* *Ca bệnh lâm sàng sốt đẵng gơ (SD)*: Bệnh nhân có sốt đột ngột, sốt cao trên 38,5°C, kéo dài 2 – 7 ngày, đi cùng với các triệu chứng đau đầu, đau hốc mắt, đau cơ, đau khớp, phát ban, có biểu hiện xuất huyết (dấu hiệu dây thắt dương tính); giảm bạch cầu.

* *Ca bệnh lâm sàng sốt xuất huyết đẵng gơ (SXHD)*: Bệnh nhân có bệnh cảnh của sốt đẵng gơ, có thể thêm một số triệu chứng: ban xuất huyết, đốm xuất huyết, chảy máu (chân răng, mũi, đường tiêu hóa, tại nơi tiêm, kinh nguyệt kéo dài...); giảm tiểu cầu (dưới 100.000 /mm³); có dấu hiệu thoát huyết tương do tăng tính thấm thành mạch, hematocrite tăng trên 20% so với giá trị trung bình tính theo tuổi và giới.

* *Hội chứng sốc đẵng gơ*: Bệnh nhân có các triệu chứng của sốt xuất huyết dengue (DHF) cộng với các dấu hiệu của suy tuần hoàn: mạch nhanh và yếu, huyết áp kẹt (chênh lệch dưới 20 mm Hg) hoặc tụt huyết áp so với tuổi, da lạnh và ẩm, tình trạng tâm tinh thần thay đổi.

* *Ca bệnh SD/SXHD xác định*: có 1 hay nhiều kết quả xét nghiệm sau:

- Kháng thể IgM phát hiện trong giai đoạn cấp tính bằng phản ứng MAC- ELISA dương tính.
- Kháng thể IgG phát hiện qua xét nghiệm huyết thanh kép tăng ít nhất 4 lần, hoặc nếu xét nghiệm huyết thanh đơn thì hiệu giá kháng thể ngăn ngưng kết hồng cầu (HI) ≥ 1280 .
- Phân lập được vi rút dengue từ huyết thanh, huyết tương, bạch cầu hoặc mẫu sinh thiết.

1.2 Chẩn đoán phân biệt: Cần phân biệt SD/SXHD với một số bệnh sốt có phát ban và có xuất huyết như sốt chikungunia, sởi, rubella, sốt do rickettsia, bệnh do liên cầu khuẩn... Để loại trừ cần làm xét nghiệm tìm kháng thể IgM, IgG đặc hiệu hoặc phân lập vi rút dengue.

1.3 Xét nghiệm

- Loại mẫu bệnh phẩm: Máu, lấy trong giai đoạn sớm (0 - 5 ngày sau khởi phát), hoặc trong giai đoạn muộn (14 - 21 ngày sau khởi phát). Máu có thể lấy vào ống

nghiệm hoặc bằng giấy thấm. Ngoài ra, có thể lấy dịch não tủy, mô tử thi hoặc thu thập mẫu muỗi *Aedes* để phân lập vi rút dengue.

- Phương pháp xét nghiệm: (i) phân lập vi rút dengue; (ii) xét nghiệm huyết thanh phát hiện IgM bằng MAC-ELISA, phát hiện IgG bằng GAC-ELISA hoặc phản ứng ngưng kết hồng cầu (HI); (iii) xét nghiệm dấu ấn ARN vi rút dengue bằng phản ứng PCR.

2. Tác nhân gây bệnh

- Vi rút dengue (*Dengue virus*) gây bệnh SD/SXHD thuộc giống *Flaviviruses*, họ *Flaviviridae*; gồm 4 týp huyết thanh có ký hiệu là D1, D2, D3, D4. Cả 4 týp huyết thanh đều có thể gặp ở Việt Nam và luân phiên gây dịch.

- Hình thể: hạt vi rút hình cầu, kích thước nhỏ, đường kính khoảng 40 - 50 nm, cấu trúc di truyền ANR, sợi đơn 11 kb, mã hóa 3 protein cấu trúc và 7 protein không cấu trúc của nucleocapsid và vỏ glycoprotein, liên quan tới hoạt tính ngưng kết hồng cầu và trung hòa của vi rút.

- Khả năng tồn tại ở môi trường: vi rút dengue có thể tồn tại, phát triển lâu dài trong cơ thể muỗi *Aedes aegypti*, tuy nhiên dễ dàng bị diệt khi ra môi trường bên ngoài. Các hóa chất khử khuẩn thông thường (nhóm clo hoạt, nhóm alcol, các muối kim loại nặng, chất ô xy hóa, chất tẩy, xà phòng...) và nhiệt độ trên 56°C bất hoạt vi rút chỉ trong vài chục phút. Vi rút có thể tồn tại lâu dài hơn (nhiều tháng, hàng năm) trong nhiệt độ âm sâu (-70°C).

3. Đặc điểm dịch tễ học

- Phân bố địa lý: Bệnh SD/SXHD lưu hành ở khu vực nhiệt đới và cận nhiệt đới, nơi sinh sống của các loài muỗi *Aedes*. Ở Châu Á, bệnh lưu hành ở hầu hết các quốc gia trong khu vực. Bệnh gặp cả ở vùng thành thị, nông thôn và ngay cả miền núi, tuy nhiên tập trung cao nhất ở các khu vực có mật độ dân cư đông, tình trạng đô thị hóa cao. Việt Nam được coi là vùng dịch lưu hành địa phương, chủ yếu ở các tỉnh miền Nam và Nam Trung bộ. Tỷ lệ mắc hàng năm trong vòng 10 năm gần đây dao động từ 40 tới 310 trường hợp trên 100.000 dân, trong đó khu vực miền Nam thường xuyên chiếm trên 70% các ca mắc mới. Tỷ lệ tử vong có thể lớn hơn 1/100 000 dân, tuy nhiên trong những năm gần đây Việt Nam thường duy trì ở mức thấp hoặc rất thấp, từ 0,1 tới 0,01/100.000 người.

- Phân bố theo thời gian: Bệnh thường xuất hiện và gây thành dịch vào các tháng mùa mưa, nhiệt độ trung bình tháng cao; ở miền Nam gần như quanh năm, ở miền Bắc từ tháng 7 tới tháng 11. Chu kỳ của dịch bệnh SD/SXHD khoảng 3 - 5 năm. Thường sau một số chu kỳ dịch nhỏ và vừa lại có một chu kỳ dịch lớn xảy ra, ví dụ ở Việt Nam các đỉnh dịch SD/SXHD lớn và tương đối lớn rơi vào các năm 1987,

1998, 2007, trong khi các đỉnh dịch nhỏ gặp vào các năm 1991, 2004.

- Phân bố theo nhóm người: Mọi người sống trong khu vực lưu hành địa phương của SD/SXHD đều có thể mắc bệnh hoặc nhiễm vi rút lành. Tuy nhiên, do chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố nên tỷ lệ mắc bệnh rất khác nhau giữa các nhóm dân cư. Nhóm người có nguy cơ cao mắc SD/SXHD là trẻ em, người di cư hay du lịch đến từ vùng không lưu hành sốt xuất huyết, người dân sinh sống tại các khu đang đô thị hóa, đời sống kinh tế thấp kém, vùng có tập quán trữ nước và sử dụng nước không được kiểm soát, vùng có mật độ muỗi *Aedes aegypti* thường xuyên cao.

4. Nguồn truyền nhiễm

- Ổ chứa: Người là ổ chứa và là nguồn truyền nhiễm chủ yếu của bệnh SD/SXHD trong chu trình “*người-muỗi Aedes aegypti*” ở khu vực thành thị và nông thôn. Ngoài bệnh nhân, người mang vi rút dengue không triệu chứng cũng có vai trò truyền bệnh quan trọng. Trong ổ dịch SD/SXHD cứ 1 trường hợp bệnh điển hình có hàng chục trường hợp mang vi rút tiềm ẩn, không có triệu chứng.

- Thời gian ủ bệnh: Từ 3 -14 ngày, thông thường từ 5 - 7 ngày.

- Thời kỳ lây truyền: Bệnh nhân SD/SXHD là nguồn lây truyền ngay trước khi xuất hiện cơn sốt cho tới khi hết sốt, trung bình khoảng 6 - 7 ngày. Người mang vi rút không triệu chứng thường có thời kỳ lây truyền ngắn hơn. Muỗi *Aedes aegypti* nhiễm vi rút từ 6 - 12 ngày sau khi hút máu và có khả năng truyền bệnh suốt đời.

5. Phương thức lây truyền:

- Bệnh lây truyền qua véc tơ, ở Việt Nam là 2 loài muỗi *Aedes aegypti* và *Aedes albopictus*. Vi rút được truyền qua vết đốt của muỗi, chủ yếu là của loài muỗi *Aedes aegypti*. Đây là loài muỗi ưa thích đốt hút máu người, đốt ban ngày, thường vào buổi sáng sớm và chiều tà, có thể đốt nhiều lần trong ngày nếu chưa no máu. Muỗi trưởng thành thường trú đậu ở các góc tối trong nhà, thích đẻ trứng ở những vật chứa nước sạch trong khu dân cư. Muỗi *Aedes* phát triển mạnh vào mùa mưa, khi nhiệt độ trung bình hàng tháng trên 20°C.

- Loài muỗi *Aedes albopictus* ít có vai trò truyền bệnh do ít đốt hút máu người và có thể sống ngoài thiên nhiên, rừng núi. Vai trò truyền bệnh SD/SXHD của loài muỗi này ở nước ta đang được tiếp tục nghiên cứu thêm.

6. Tính cảm nhiễm và miễn dịch

- Mọi chủng người, giới tính, lứa tuổi đều có thể nhiễm vi rút và mắc bệnh SD/SXHD nếu chưa có miễn dịch. Ở vùng bệnh lưu hành nặng (miền Nam và Nam Trung bộ nước ta), tỷ lệ mắc bệnh của trẻ em (dưới 15 tuổi) thường cao hơn, còn ở vùng lưu hành nhẹ, khả năng mắc của trẻ em và người lớn như nhau tuy bệnh cảnh

trên người lớn thường nặng hơn. Người từng nhiễm vi rút dengue hoặc đã mắc bệnh thường có miễn dịch lâu dài với vi rút cùng týp huyết thanh. Tuy nhiên, nếu nhiễm lại một týp vi rút dengue khác với týp đã từng nhiễm thường xuất hiện bệnh cảnh nặng hơn, dễ trở thành SXHD hoặc sốc dengue do cơ chế hình thành các phức hợp miễn dịch trong máu.

- Các yếu tố khác như chủng vi rút dengue (D1, D2, D3, D4) khi chúng luân phiên gây dịch, giới tính, chủng người, thể trạng và dinh dưỡng của trẻ, bệnh đi kèm...cũng có thể ảnh hưởng tới tính cảm nhiễm với vi rút dengue và mức độ nặng của bệnh SD/SXHD.

7. Các biện pháp phòng, chống dịch

7.1 Biện pháp dự phòng

- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe: Để thực hiện kiểm soát và khống chế muỗi *Aedes* truyền bệnh một cách hiệu quả, lâu dài cần tuyên truyền giáo dục và hướng dẫn cho người dân quy hoạch lại khu vực dân cư và cách dự trữ nước sinh hoạt ở hộ gia đình; thường xuyên làm tổng vệ sinh môi trường khu dân cư, loại bỏ tối đa ổ bọ gây nguồn (là vị trí muỗi đẻ trứng hay gặp nhất ở mỗi địa phương) của loài muỗi *Aedes*. - Vệ sinh phòng bệnh: Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh SD/SXHD; biện pháp kiểm soát, diệt bọ gây/loăng quăng và muỗi trưởng thành của loài *Aedes* là quan trọng nhất. Tuyên truyền giáo dục và hướng dẫn để người dân làm nắp đậy kín bể chứa nước, thường xuyên thau rửa bể, chum, vại; loại bỏ hoặc kiểm soát những nơi muỗi *Aedes* thường đẻ trứng như lọ hoa, bể cá cảnh, đồ vật phế thải có đọng nước mưa quanh hộ gia đình; nuôi thả một số loại cá nhỏ hoặc giáp xác ăn bọ gây như *Mesocyclop* ở những vật chứa nước lớn ít có khả năng thay rửa. Cho muối hoặc dầu hỏa, ma dút vào nước chống kiến chân trạn. Chồng muỗi đốt bằng nằm màn cả đêm và ngày, nhất là cho trẻ nhỏ; hướng dẫn cách xua muỗi chống đốt cho trẻ lớn.

Diệt muỗi trưởng thành bằng hóa chất diệt côn trùng theo đúng chỉ định và hướng dẫn của ngành y tế. Hóa chất thường dùng hiện nay là các dẫn chất thuộc nhóm Pyrethroid ít độc với người và gia súc. Cũng có thể sử dụng các biện pháp khác để xua, diệt muỗi trưởng thành như xông khói, xua đập cơ học, dùng màn rèm thường hoặc màn rèm tẩm hóa chất, dùng hương muỗi...vào những giờ muỗi hoạt động mạnh.

Làm tốt thường xuyên việc giám sát bệnh nhân SD/SXHD, giám sát cơ cấu loài và mật độ muỗi *Aedes*, mức độ kháng hóa chất của chúng

7.2 Biện pháp chống dịch

- Báo cáo ngay cho cơ quan Y tế dự phòng tuyến trên khi có chùm ca bệnh nghi

mắc SD/SXHD (đạt ngưỡng cảnh báo dịch). Thực hiện chế độ báo cáo khẩn cấp (khi có dịch), hoặc báo cáo thường xuyên theo tuần và theo tháng.

- Thành lập Ban chỉ đạo phòng chống SD/SXHD theo từng tuyến (xã, huyện, tỉnh) khi có công bố dịch. Ban chỉ đạo hoạt động theo các điều khoản của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm, áp dụng cho các bệnh truyền nhiễm thuộc nhóm B.

- Cách ly bệnh nhân: chủ yếu thực hiện biện pháp nằm màn, chống muỗi đốt trong thời kỳ lây truyền.

- Điều tra phát hiện kịp thời các trường hợp bệnh SD/SXHD mới xuất hiện trong ổ dịch để tổ chức cách ly, hạn chế nguồn lây, điều trị triệu chứng đúng quy định để tránh chuyển thành bệnh nặng hoặc tử vong.

- Tăng cường các biện pháp diệt muỗi *Aedes* trưởng thành, thực hiện phun hóa chất dạng thể tích cực nhỏ (ULV) tại ổ dịch theo đúng chỉ định của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh/thành phố. Tăng cường biện pháp xua diệt chống muỗi đốt cho người, đặc biệt chú ý bảo vệ đối tượng trẻ em dưới 5 tuổi. Thực hiện các biện pháp diệt và làm giảm quần thể bọ gậy/loăng quăng muỗi *Aedes* tại từng hộ gia đình và khu dân cư.

- Tổ chức chiến dịch tuyên truyền giáo dục cộng đồng diệt muỗi, bọ gậy, cải tạo vệ sinh môi trường sống, chú trọng vệ sinh các nguồn nước sinh hoạt.

7.3 Nguyên tắc điều trị:

- Bệnh nhân SD: phát hiện và điều trị sớm tại nhà hoặc y tế cơ sở; tập trung điều trị triệu chứng như giảm sốt, giảm đau, bù nước và điện giải theo đường uống là chính; kết hợp dùng thuốc đông y; theo dõi chặt chẽ phát hiện dấu hiệu chuyển thành SXHD hoặc sốc dengue để xử trí kịp thời.

- Bệnh nhân SXHD: Phát hiện và điều trị sớm tại bệnh viện; tập trung điều trị bù nước và điện giải bằng truyền dịch kết hợp đường uống; điều trị triệu chứng hạ sốt (tránh dùng các thuốc hạ sốt có Salixylat), giảm đau, hạn chế thâm thẩu thành mạch thoát huyết tương; chống xuất huyết nặng (truyền máu tươi khi xuất huyết phủ tạng nặng và hematocrit không cao) và chống sốc dengue.

7.4 Kiểm dịch y tế biên giới

- Cá nhân tự khai báo bệnh khi quá cảnh.

- Tuân thủ các biện pháp kiểm dịch, diệt muỗi nhằm ngăn chặn sự lan rộng của muỗi *Aedes* qua tàu thủy, máy bay và các phương tiện vận tải đường bộ từ nơi có dịch SD/SXHD tới các vùng khác.

Nguồn: Cục Phòng bệnh, Bộ Y tế.