

# CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH BẠCH HẦU (QĐ 2957/QĐ-BYT 10/7/2020)

GS.TS. Nguyễn Văn Kính  
BV BNĐ TW



# NỘI DUNG TRÌNH BÀY

1. Tình hình dịch bệnh
2. Lâm sàng, cận lâm sàng
3. Chẩn đoán và điều trị
4. Phòng bệnh



# ĐỊNH NGHĨA

- Bệnh bạch hầu là bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc cấp tính do *Corynebacterium Diphtherie* gây nên.
- Vi khuẩn thường khu trú và làm thương tổn đường hô hấp trên (mũi, họng, thanh quản) tạo giả mạc dai dính, khó bóc tách và sinh ra ngoại độc tố gây nhiễm độc toàn thân (tim, thận, thần kinh)
- Nguy cơ tử vong cao do tắc đường thở và viêm cơ tim.



# TÌNH HÌNH DỊCH BẠCH HẦU TẠI VIỆT NAM

- Trước TCMR (1985) : Bệnh bạch hầu thường xảy ra và gây dịch ở trẻ em ở hầu hết các tỉnh từ tháng 7- 9 hàng năm.
- Sau 1985: Tỷ lệ mắc bạch hầu giảm dần từ 3,95/100.000 dân năm 1985 xuống 0,14/100.000 dân năm 2000.
- Tính đến năm 2012 Việt Nam đã khống chế tỷ lệ mắc bạch hầu xuống dưới 0,01/100.000 dân, đa số là trường hợp tản phát hoặc ổ bệnh bạch hầu nhỏ trên quy mô thôn, xã và thường xảy ra ở các khu vực vùng sâu, vùng xa nơi có tỷ lệ tiêm chủng thấp.
- Từ 2017 -2020: Ca bệnh tản phát tại các tỉnh vùng Tây Nguyên, Quảng Nam, Bình Phước
- Năm 2020 : Đến ngày 21/9/2020: Đã ghi nhận 131ca bệnh và có 4 trường hợp đã tử vong.

# TÁC NHÂN GÂY BỆNH

- Vi khuẩn *Corynebacterium diphtheriae* thuộc họ *Corynebacteriaceae*.
- Vi khuẩn bạch hầu có 3 týp là Gravis, Mitis và Intermedius.
- Hình thái: Hình thể vi khuẩn đa dạng, gram (+). Điển hình là trực khuẩn có một hoặc 2 đầu phình to nên còn gọi là trực khuẩn hình chùy, dài 2-6  $\mu\text{m}$ , rộng 0,5-1  $\mu\text{m}$ . Không sinh nha bào, không di động.

# Photos of the Disease and Images of People Affected by the Disease



# SỨC ĐỀ KHÁNG

- Vi khuẩn có sức đề kháng cao ở ngoài cơ thể và chịu được khô lạnh. Nếu được chất nhày bao quanh bảo vệ thì vi khuẩn có thể sống trên đồ vật vài ngày đến vài tuần; trên đồ vải có thể sống được 30 ngày; trong sữa, nước uồng sống đến 20 ngày; trong tử thi sống được 2 tuần.
- Vi khuẩn bạch hầu nhạy cảm với các yếu tố lý, hoá. Dưới ánh sáng mặt trời trực tiếp, vi khuẩn sẽ bị chết sau vài giờ, ánh sáng khuếch tán sẽ bị diệt sau vài ngày. Ở nhiệt độ  $58^{\circ}\text{C}$  vi khuẩn sống được 10 phút, ở phenol 1% và cồn 60 độ có thể sống được 1 phút. Chuột lang có cảm nhiễm cao đối với vi khuẩn bạch hầu.
- Bản chất của ngoại độc tố bạch hầu là một protein có tính kháng nguyên đặc hiệu, độc tính cao, không chịu được nhiệt độ và focmol. Ngoại độc tố của các typ vi khuẩn bạch hầu đều giống nhau. Ngoại độc tố khi được xử lý bằng nhiệt độ và focmol sẽ mất độc lực làM giải độc tố (anatoxine) dùng làm vắc xin.

# NGUỒN VÀ PHƯƠNG THỨC LÂY TRUYỀN

- Ổ chứa: Người bệnh và người lành mang vi khuẩn. Đây vừa là ổ chứa, vừa là nguồn truyền bệnh.
- Thời kỳ lây truyền : Người bệnh đào thải vi khuẩn từ thời kỳ khởi phát, có thể ngay từ cuối thời kỳ ủ bệnh. Thời kỳ lây truyền kéo dài khoảng 2 tuần hoặc ngắn hơn, ít khi trên 4 tuần. Người lành mang vi khuẩn bạch hầu có thể từ vài ngày đến 3, 4 tuần, rất hiếm trường hợp kéo dài tới 6 tháng nhất là khi đã điều trị kháng sinh
- **Phương thức lây truyền** : Bệnh bạch hầu được lây truyền qua đường hô hấp do tiếp xúc với người bệnh hoặc người lành mang vi khuẩn bạch hầu. Bệnh còn có thể lây do tiếp xúc với những đồ vật có dính chất bài tiết của người bị nhiễm vi khuẩn bạch hầu. Sữa tươi cũng có thể là phương tiện lây truyền bệnh bạch hầu.



# LÂM SÀNG

- Thời gian ủ bệnh: Từ 2 đến 5 ngày, có thể lâu hơn.
- Khởi phát : Sốt , ho, đau họng
- Toàn phát : Viêm họng có giả mạc. Khám thấy họng đỏ, nuốt đau. có giả mạc. Giả mạc bạch hầu thường trắng ngà hoặc màu xám dính chặt vào xung quanh tổ chức viêm nếu bóc ra sẽ bị chảy máu.Cho giả mạc vào cốc nước dù có khuấy mạnh cũng không tan,xung quanh giả mạc bị xung huyết.Cần phân biệt với giả mạc mủ
- Giả mạc có thể xuất hiện ở lỗ mũi trước, hậu môn, cơ quan sinh dục
- Da xanh, mệt, nổi hạch ở dưới hàm làm sưng tấy vùng cổ
- Biến chứng do ngoại độc tố gây viêm cơ tim. Viêm thận, liệt dây thần kinh (lác mắt, liệt màn hầu, yếu liệt chi..).
- Tỷ lệ tử vong khoảng 5% - 10%.
- Lui bệnh : Nếu điều trị sớm, bệnh sẽ khởi sau 7-10 ngày
- Thể lâm sàng: Thể hầu họng-TQ, Bạch hầu ác tính, Bạch hầu mũi/da/SD



# XÉT NGHIỆM

- Mẫu bệnh phẩm: Ngoáy họng lấy chất dịch nhầy ở thành họng hoặc rìa giả mạc tại chỗ viêm.
- Soi kính hiển vi: Làm tiêu bản nhuộm Gram thấy : trực khuẩn bắt màu Gram (+), hai đầu to hình chùy. Hoặc nhuộm Albert; trực khuẩn bắt màu xanh. Cần phân biệt với vi khuẩn giả Bạch hầu.
- Nuôi cấy trên môi trường thạch máu, môi trường chọn lọc Loeffle (Tellurite kali) (hoặc môi trường Cystine tellurite blood agar - CTBA) tìm vi khuẩn bạch hầu, xác định độc tố bạch hầu (Toxigenicity testing bằng VD: Elek test).
- Dùng kĩ thuật PCR xác định gen độc tố bạch hầu ở cơ sở có điều kiện thực hiện.
- Các xét nghiệm thường quy và theo dõi, phát hiện các biến chứng (công thức máu, men gan, men tim, ure, creatinine, điện giải, glucose máu, khí máu nếu cần, điện tâm đồ, tổng phân tích nước tiểu, XQ ngực...)
- ít khi dùng phương pháp tìm kháng thể trong máu bệnh nhân.

# CHẨN ĐOÁN

- Ca bệnh nghi ngờ : Có yếu tố dịch tễ và bệnh cảnh lâm sàng
- Ca bệnh xác định : Là ca bệnh nghi ngờ có kết quả phân lập vi khuẩn bạch hầu dương tính từ mẫu bệnh phẩm lâm sàng.



# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Các viêm a-my-dan hốc mũi có giả mạc mũi do các nguyên nhân khác như: Liên cầu nhóm A ; Bệnh viêm họng Vincent; Epstein-Barr vi rút (EBV); Nấm họng candida
- Các viêm thanh quản do nguyên nhân khác như: Viêm thanh quản do vi rút; Áp xe thành sau họng; Viêm phù thanh quản trong phản vệ
- Biến chứng bạch hầu với các căn nguyên khác gây Viêm cơ tim ; Viêm thận ; Liệt thần kinh



# ĐIỀU TRỊ (1)

Nguyên tắc điều trị :

- Phát hiện sớm, cách ly khi phát hiện ca bệnh và ca bệnh nghi ngờ
- Sử dụng kháng độc tố bạch hầu (SAD) và kháng sinh (penicillin G, erythromycin, azithromycin) càng sớm càng tốt để ngăn chặn các biến chứng , giảm tử vong.
- Theo dõi, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng nhất là viêm cơ tim
- Chăm sóc toàn diện cho người bệnh



# ĐIỀU TRỊ(2)

- Huyết thanh kháng độc tố bạch hầu (SAD hay DAT) Sử dụng ngay khi nghi ngờ mắc bệnh. Liều lượng phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh, không phụ thuộc vào lứa tuổi và cân nặng:
  - + Bạch hầu hầu họng hoặc thanh quản trong 2 ngày đầu: 20.000 - 40.000 UI
  - + Bạch hầu mũi họng: 40.000 - 60.000 UI
  - + Bạch hầu ác tính: 80.000 - 100.000 UI TB hoặc Pha toàn bộ SAD trong 250 - 500ml muối 0,9% truyền tĩnh mạch chậm 2- 4 giờ
- Cần test trước khi tiêm, nếu dương tính thì áp dụng phương pháp giải miễn cảm (Besredka) : Tiêm 0,1 ml huyết thanh bạch hầu và đợi 15 phút. Nếu không có phản ứng thì tiêm thêm 0,25 ml huyết thanh bạch hầu. Nếu không có phản ứng sau 15 phút thì tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch phần còn lại.
- Nếu người bệnh có biểu hiện sự nhạy cảm khi thử phản ứng, thì không nên dùng toàn bộ liều. Tiến hành giải miễn cảm theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

## ĐIỀU TRỊ (2)

### Kháng sinh

- Penicillin G: 50.000 - 100.000 đơn vị/kg/ngày chia 2 lần, tiêm trong 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.
- Hoặc Erythromycin uống: trẻ em 30-50mg/kg/ngày; người lớn 500mg x 4 lần/ngày dùng 14 ngày cho đến khi hết giả mạc.
- Hoặc Azithromycin: trẻ em: 10-12mg/kg/ngày, người lớn: 500mg/ngày x 14 ngày.



# ĐIỀU TRỊ(3)

Các điều trị khác :

- Hỗ trợ hô hấp: Mở KQ khi khó thở TQ độ 2
- Hỗ trợ tuần hoàn: cân bằng nước -điện giải, nếu có sốc nên sử dụng thuốc vận mạch để đảm bảo huyết áp trung bình  $\geq 65\text{mmHg}$  và Lactat máu  $< 2\text{ mmol/l}$ . Nếu bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (block nhĩ thất cấp 2 Mobitz II có thể dùng máy tạo nhịp tạm thời Pacemaker ngoài da hoặc qua tĩnh mạch cảnh. Nếu có viêm cơ tim điều trị theo phác đồ viêm cơ tim hoặc ECMO
- - Bệnh nhân có suy đa tạng, suy thận có thể lọc máu liên tục (CVVH) nếu có chỉ định.
- Corticoid trong trường hợp bạch hầu ác tính, và bạch hầu thanh quản có phù nề nhiều.
- Đảm bảo dinh dưỡng: tĩnh mạch hoàn toàn hay kết hợp qua đường tiêu hóa

# TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Bệnh nhân ổn định sau 2 - 3 tuần điều trị
- Soi cấy kiểm tra 2 lần âm tính và không biến chứng.
- Phải tiêm phòng bạch hầu sau khi xuất viện
- Theo dõi tiếp ngoại trú đủ 60-70 ngày



# PHÒNG BỆNH

- Tất cả người bệnh nghi bạch hầu phải được cách ly cho đến khi kết quả xét nghiệm vi khuẩn hai lần âm tính. Mỗi mẫu bệnh phẩm được lấy cách nhau 24 giờ và không quá 24 giờ sau khi điều trị kháng sinh.
- Nếu không có điều kiện làm xét nghiệm thì phải cách ly bệnh nhân sau 14 ngày điều trị kháng sinh.
- Rửa tay đúng quy cách bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.
- Nhà ở của người bệnh, dụng cụ trong phòng, đồ dùng, quần áo của người bệnh phải tẩy uế và sát khuẩn.
- Phòng bệnh bằng vắc-xin bạch hầu theo EPI
- Với người tiếp xúc: Xét nghiệm vi khuẩn và theo dõi trong vòng 7 ngày.
  - + Tiêm 1 liều đơn benzathine penicillin (trẻ  $\leq 5$  tuổi 600.000 đơn vị; trẻ  $> 5$  tuổi 1.200.000 đơn vị).
  - + Hoặc uống Erythromycin (trẻ em 40mg/kg/ngày, 10mg/lần cách 6 giờ) trong 7 ngày. Người lớn 1g/ngày, 250mg/lần mỗi 6 giờ.
  - + Hoặc Azithromycin: trẻ em 10-12mg/kg 1 lần/ngày, tối đa 500mg/ngày. Điều trị trong 7 ngày. Người lớn: 500mg/ngày, trong 7 ngày

**Xin trân trọng cảm ơn!**

