

# BỆNH VIÊM MÀNG NÃO DO NÃO MÔ CẦU

Bệnh viêm màng não do não mô cầu thuộc nhóm B trong Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

## 1. Đặc điểm của bệnh

### 1.1. Định nghĩa ca bệnh

Bệnh viêm màng não do não mô cầu là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính xảy ra đột ngột với các triệu chứng sốt, đau đầu dữ dội, buồn nôn và nôn, cổ cứng, thường có ban xuất huyết hình sao hoặc có thể có mụn nước. Bệnh nhân thường lơ mơ hoặc hôn mê. Có trường hợp biểu hiện mệt là đột ngột, xuất hiện mảng xuất huyết và sốc. Ngày nay, nếu phát hiện sớm và điều trị tích cực thì tỷ lệ tử vong từ 5% đến 15%. Bệnh có các thể lâm sàng đa dạng như viêm màng não tuỷ cấp có mủ, nhiễm vi khuẩn huyết do não mô cầu (meningococemia), viêm khớp do não mô cầu, viêm màng trong tim do não mô cầu. Ngoài ra, có nhiều người bị nhiễm não mô cầu nhưng chỉ có sốt và/hoặc viêm mũi họng. Ở nơi có bệnh lưu hành địa phương, số người bị nhiễm não mô cầu ở hầu, họng mà không có triệu chứng lâm sàng chiếm từ 5%-10%. Thể nhiễm khuẩn không có triệu chứng thường hay gặp trong các vụ dịch và đó là nguồn lây truyền dịch rất quan trọng trong cộng đồng.

- Ca bệnh lâm sàng:

+ Sốt cao đột ngột, đau đầu dữ dội, buồn nôn, nôn, cổ cứng, có thể có đốm xuất huyết.

+ Bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao.

+ Nước não tuỷ đục.

- Ca bệnh xác định: Phân lập vi khuẩn não mô cầu (+) trong dịch não tuỷ hoặc trong máu.

1.2. Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh tương tự như: Bệnh viêm màng não mủ do vi khuẩn cúm týp b (*Haemophilus influenzae b*), bệnh viêm màng não mủ do liên cầu phế viêm (*Streptococcus pneumoniae*).

### 1.3. Xét nghiệm:

- Loại mẫu bệnh phẩm:

+ Ngoáy họng lấy chất nhầy ở thành họng.

+ Lấy máu hoặc chích mụn nước hoặc ban xuất huyết.

+ Lấy dịch não tuỷ.

- Phương pháp xét nghiệm;

+ Nhuộm gram soi kính hiển vi tìm song cầu khuẩn hình hạt cà phê, gram (-), thường nằm trong bào tương của bạch cầu đa nhân.

+ Phân lập vi khuẩn não mô cầu.

## 2. Tác nhân gây bệnh

- Tên tác nhân là *Neisseria meningitidis*, còn gọi là *meningococcus*. Dựa vào những kháng nguyên polyozit, người ta chia vi khuẩn não mô cầu thành 4 nhóm chính là A, B, C và D. Não mô cầu nhóm A và B thường hay gặp nhất. Ngoài ra người ta còn bổ sung thêm những nhóm huyết thanh gây bệnh của vi khuẩn não mô cầu như

W-135, X, Y và Z. Những vi khuẩn thuộc nhóm huyết thanh này có thể có ít độc lực nhưng vẫn có thể gây bệnh nặng.

- Hình thái: Vi khuẩn não mô cầu thường ở dạng 2 tế bào cạnh nhau như 2 hạt cà phê, gram (-), thường nằm trong bào tương của bạch cầu đa nhân.

- Khả năng tồn tại trong môi trường bên ngoài: Sức đề kháng của vi khuẩn não mô cầu rất yếu, mặc dù ở trong dịch não tuỷ nhưng vi khuẩn cũng chỉ sống được vài giờ khi ra ngoài cơ thể và sẽ bị diệt bởi 56<sup>0</sup>C trong 30 phút hoặc 60<sup>0</sup>C trong 10 phút, nhưng vi khuẩn vẫn có thể sống được -20<sup>0</sup>C.

### **3. Đặc điểm dịch tễ học :**

- Bệnh viêm màng não do não mô cầu lưu hành ở mọi nơi trên thế giới. Bệnh thường tản phát và có thể gây dịch. Tỷ lệ mắc bệnh cao do vi khuẩn não mô cầu nhóm A tồn tại lâu dài ở vùng bán sa mạc Sahara ở miền trung Châu Phi. Mới đây, bệnh dịch não mô cầu nhóm A đã xảy ra ở Nepal, Ấn Độ và một số nước khác ở Châu Á. Trong những năm 90 của thế kỷ 20, ở nhiều nước châu Mỹ La Tinh như Mỹ, Canada, Cuba, Brazil, Chile, Argentina, Colombia v.v... đã xảy ra các vụ dịch do vi khuẩn não mô cầu nhóm B và C chiếm ưu thế.

- Việt Nam có bệnh viêm màng não do não mô cầu nhóm A lưu hành ở nhiều nơi. Vi khuẩn đã được phân lập trong các vụ dịch ở huyện Bảo Thắng tỉnh Lào Cai; huyện Tuần Giáo tỉnh Điện Biên; huyện Quán Bạ, Mèo Vạc tỉnh Hà Giang; huyện Hiệp Hoà tỉnh Bắc Giang; huyện Mỹ Hào tỉnh Hưng Yên và huyện Thạch Hà tỉnh Hà Tĩnh. Bệnh thường tản phát lẫn trong hội chứng viêm màng não mủ và đã xảy ra dịch ở nhiều nơi, nghiêm trọng nhất là ở miền núi. Theo số liệu của Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, tỷ lệ mắc bệnh từ 1991-2000 ở Việt Nam là 2,3/ 100.000 dân và là bệnh xếp thứ 6 trong 10 bệnh truyền nhiễm có tỷ lệ chết cao nhất (0,03/100.000 dân). Bệnh viêm màng não do não mô cầu xuất hiện tản phát trong suốt năm. Tuy nhiên, ở Việt Nam có thể xảy ra dịch vào thời tiết mùa thu, đông và xuân, nhất là ở các xã vùng núi biên giới. Nhóm tuổi nguy cơ mắc bệnh cao nhất là lứa tuổi trẻ và cũng ở nhóm tuổi này có số người lành mang vi khuẩn nhiều nhất.

### **4. Nguồn truyền nhiễm.**

- Ô chứa của vi khuẩn não mô cầu trong tự nhiên là người. Bởi vậy, nguồn lây bệnh chủ yếu là bệnh nhân và người lành mang trùng. Trong vụ dịch, có thể có trên 25% số người bị nhiễm vi khuẩn không có biểu hiện lâm sàng điển hình và có tới trên 50% số người khoẻ mang vi khuẩn não mô cầu. Đó là những nguồn lây rất quan trọng của bệnh trong cộng đồng.

- Thời gian ủ bệnh từ 2-10 ngày, thông thường từ 3- 4 ngày. Vi khuẩn thường chỉ gây viêm niêm mạc hầu họng. Trường hợp vi khuẩn xâm nhập vào máu và màng não tuỷ gây bệnh điển hình thì ít xảy ra hơn.

- Thời kỳ lây truyền của bệnh tùy thuộc vào sự tồn tại của vi khuẩn não mô cầu ở mũi họng của người nhiễm khuẩn và vi khuẩn sẽ biến mất ở mũi họng sau 24 giờ điều trị kháng sinh. Khi ở ngoài cơ thể, vi khuẩn không tồn tại lâu trong dịch tiết mũi họng. Thuốc Penicillin có tác dụng kìm hãm sự phát triển của vi khuẩn não mô cầu nhưng không diệt được vi khuẩn ở mũi họng.

**5. Phương thức lây truyền:** Phương thức lây truyền của bệnh bằng tiếp xúc trực tiếp qua đường hô hấp với các hạt nước miếng bị nhiễm vi khuẩn não mô cầu từ người nhiễm khuẩn sang mũi họng của người cảm nhiễm. Sự lây truyền của bệnh qua đồ vật là hiếm xảy ra.

**6. Tính cảm nhiễm và miễn dịch:** Mọi người đều có cảm nhiễm với vi khuẩn não mô cầu nhưng tỷ lệ mắc bệnh có biểu hiện lâm sàng thấp và tỷ lệ mắc bệnh giảm dần theo lứa tuổi tăng lên. Sau khi bị nhiễm khuẩn, kể cả những thể không có biểu hiện lâm sàng vẫn để lại miễn dịch cho cơ thể. Tuy nhiên, người ta vẫn chưa biết rõ thời gian miễn dịch đặc hiệu nhóm sau khi mắc bệnh kéo dài được bao lâu. Ở những người bị thiếu hụt bổ thể thì có thể bị mắc bệnh tái phát.

## **7. Các biện pháp phòng chống dịch**

### **7.1. Biện pháp dự phòng:**

- Tuyên truyền giáo dục sức khỏe: Cung cấp những thông tin cần thiết về bệnh viêm màng não do não mô cầu cho nhân dân, nhất là nơi có bệnh lưu hành, để nhân dân biết phát hiện bệnh sớm, cách ly và cộng tác với ngành y tế thực hiện phòng chống dịch trong cộng đồng

- Vệ sinh phòng bệnh:

+ Nhà ở, nhà trẻ, lớp học phải thông thoáng, sạch sẽ và có đủ ánh sáng.

+ Tại nơi có ổ dịch cũ, cần tăng cường giám sát, phát hiện sớm các trường hợp sốt, viêm hầu họng để theo dõi. Nếu có điều kiện thì ngoáy họng bệnh nhân cũ và những người lân cận để xét nghiệm tìm người lành mang vi khuẩn não mô cầu.

+ Hiện nay đã có vắc xin polysaccharide của nhóm A, C, Y, W135 phòng bệnh viêm màng não do não mô cầu. Đây là vắc xin an toàn và miễn dịch cao nhưng rất đắt. Cầu khuẩn nhóm A là tác nhân gây bệnh thường gặp nhưng chưa có vắc xin. Bởi vậy, trong tình hình hiện nay ở Việt Nam, nên áp dụng biện pháp giám sát dịch tễ học một cách nghiêm ngặt bệnh viêm màng não do não mô cầu để chỉ định dùng hoá dược dự phòng khi cần thiết.

### **7.2. Biện pháp chống dịch:**

- **Tổ chức:**

+ Thành lập Ban chống dịch do lãnh đạo chính quyền làm trưởng ban, lãnh đạo y tế địa phương làm phó ban thường trực và các thành viên khác có liên quan như: Y tế, Giáo dục, Công an, Hội Phụ nữ, Hội Chữ thập đỏ v.v...

+ Các thành viên trong Ban chống dịch được phân công nhiệm vụ để chỉ đạo và huy động cộng đồng thực hiện tốt công tác chống dịch.

+ Đối với vụ dịch nhỏ, cần giành một số giường bệnh trong một khu riêng ở khoa lây bệnh viện để cách ly và điều trị bệnh nhân. Nếu có dịch lớn thì có thể thành lập bệnh xá dã chiến trong cộng đồng

- **Chuyên môn:**

+ Bệnh nhân phải được cách ly đường hô hấp trong 24 giờ sau khi điều trị kháng sinh. Những thể lâm sàng viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết phải được điều trị trong bệnh viện có đủ điều kiện chuyên môn, kỹ thuật để ngăn ngừa biến chứng và tử vong.

Những thể bán lâm sàng, viêm mũi họng v.v... cũng cần được điều trị triệt để tại y tế cơ sở và theo dõi sự diễn biến của bệnh.

+ Ngăn chặn sự thăm hỏi bệnh nhân, hạn chế hội họp, tụ tập đông người, hạn chế sự đi lại giữa nơi có dịch với nơi khác. Đặt các trạm kiểm soát ra vào vùng dịch và cho uống hoá dược dự phòng.

+ Quản lý người lành mang khuẩn, người tiếp xúc: Cần theo dõi nghiêm ngặt về nhiệt độ và các triệu chứng khác của bệnh đối với người tiếp xúc và các thành viên trong gia đình bệnh nhân để phát hiện và điều trị bệnh sớm. Dùng kháng sinh nhóm beta lactam, phenicol, sulfamid để dự phòng cho người tiếp xúc, người phục vụ bệnh nhân, người ra vào vùng dịch, người sống trong các tập thể, trường học... có nguy cơ bị lây truyền và cả những người lành mang vi khuẩn để phòng bệnh rộng rãi trong vùng dịch.

+ Xử lý môi trường: Sát khuẩn tẩy uế các chất bài tiết đường mũi họng của bệnh nhân. Nên nhỏ mũi họng dung dịch sunfamit hoặc penicillin cho bệnh nhân và những người tiếp xúc trong vùng dịch.

### **7.3. Nguyên tắc điều trị:**

- Việc dùng sunfamit, penicillin và/hoặc các kháng sinh khác để điều trị và dự phòng phải bảo đảm chắc chắn là các loại thuốc này có nhạy cảm với vi khuẩn não mô cầu.

- Điều trị dự phòng: Sunfamit dùng trong 5 ngày với liều cho trẻ em là 1gam/ngày chia đều 2 lần và người lớn là 2gam/ngày chia đều 2 lần. ở trẻ dưới 5 tuổi với liều là 0,05 gam/kg/ngày chia đều 2 lần trong 5 ngày. Nếu Sunfamit không còn nhạy cảm với vi khuẩn não mô cầu thì dùng rifamycin với liều người lớn 600 mg/ngày chia đều 2 lần trong 2 ngày; trẻ > 1 tháng tuổi với liều 10 mg/kg/ngày và trẻ < 1 tháng tuổi với liều 5 mg/kg/ ngày, chia đều 2 lần trong 2 ngày.

- Điều trị đặc hiệu: Trẻ sơ sinh đến 3 tháng tuổi dùng ampicillin 200 mg/kg và cephalosporin thế hệ III 100 mg/kg, tiêm tĩnh mạch từ 2 đến 3 lần trong 24 giờ. Trẻ dưới 10 tuổi dùng ampicillin 200 mg/kg và chloramphenicol 25 mg/kg hoặc ampicillin và cephalosporin liều như trên tiêm tĩnh mạch 4 lần trong 24 giờ. Đối với người lớn dùng penicillin G 2 triệu đơn vị, tiêm tĩnh mạch cách 2 giờ/lần hoặc ampicillin 2 gam, hoặc cephalosporin thế hệ III 2 gam, tiêm tĩnh mạch 4 lần trong 24 giờ. Thời gian điều trị trung bình 10 ngày.

### **7.4. Kiểm dịch y tế biên giới:** Không có quy định