BỆNH HO GÀ

Bệnh ho gà thuộc nhóm B trong Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm.

**1. Đặc điểm của bệnh**  
1.1. Định nghĩa ca bệnh: Ho gà là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính đường hô hấp, thường xảy ra ở trẻ nhỏ. Khởi đầu của bệnh có thể không sốt hoặc sốt nhẹ, có viêm long đường hô hấp trên, mệt mỏi, chán ăn và ho. Cơn ho ngày càng nặng và trở thành cơn ho kịch phát trong 1-2 tuần, kéo dài 1-2 tháng hoặc lâu hơn. Cơn ho gà rất đặc trưng, thể hiện trẻ ho rũ rượi không thể kìm hãm được, sau đó là giai đoạn thở rít như tiếng gà gáy. Cuối cơn ho thường chảy nhiều đờm dãi trong suốt và sau đó là nôn.  
- Ca bệnh lâm sàng:  
+ Ho rũ rượi từng cơn liên tục, kéo dài, sau cơn ho có lúc ngừng thở, tím tái.  
+ Thở rít vào sau mỗi cơn ho.  
+ Nôn sau cơn ho, thoạt đầu nôn thức ăn, rồi đến nước dãi trong suốt.  
+ Sau mỗi cơn ho trẻ mệt bơ phờ, mình đẫm  mồ hôi và thở gấp.  
+ Xét nghiệm máu thấy bạch cầu tăng rất cao từ 15.000 - 50.000/mm³, chủ yếu là tế bào Lympho.  
- Ca bệnh xác định: Phân lập vi khuẩn ho gà (+) hoặc xét nghiệm kháng thể huỳnh quang trực tiếp đối với dịch tiết từ mũi họng bệnh nhân.  
1.2. Chẩn đoán phân biệt với một số bệnh tương tự:  
- Bệnh phó ho gà (Bordetella parapertussis)  giống bệnh ho gà, nhưng bệnh thường nhẹ và hiếm gặp. Không có miễn dịch chéo giữa hai bệnh B. parapertussis và B. pertussis.  
- Bệnh viêm VA và amydan mãn tính.  
- Bệnh viêm phế quản - phổi do bội nhiễm của bệnh ho gà.  
1.3. Xét nghiệm:  
- Loại mẫu bệnh phẩm: dịch tiết hầu họng, mũi.  
- Phương pháp xét nghiệm:   
+ Phân lập vi khuẩn ho gà trên môi trường nuôi cấy chuyên dụng.  
+ Phản ứng kháng thể huỳnh quang trực tiếp.  
**2. Tác nhân gây bệnh**  
- Tên tác nhân là Bordetella pertussis thuộc giống Bordetella gây bệnh ở người.        
- Hình thái: Vi khuẩn ho gà là dạng trực khuẩn hai đầu nhỏ, thuộc loại vi khuẩn có kích thước nhỏ nhất, không di động, gram (-). Vi khuẩn phát triển tốt trên môi trường Bordet-Gengou có thạch máu với những khuẩn lạc điển hình.  
- Khả năng tồn tại trong môi trường bên ngoài: Vi khuẩn có sức đề kháng rất yếu. Vi khuẩn sẽ bị chết trong 1 giờ dưới tác dụng của nhiệt độ, ánh sáng mặt trời trực tiếp hoặc thuốc sát khuẩn thông thường.  
**3. Đặc điểm dịch tễ học.**  
- Bệnh ho gà xuất hiện ở mọi nơi trên thế giới và thường xảy ra ở trẻ em. Trước khi có vắc xin, bệnh ho gà phát triển mạnh và bùng nổ thành dịch có tính chu kỳ khoảng 3 - 4 năm ở nhiều nước. Sau hơn 40 năm sử dụng vắc xin cùng với việc cải thiện đời sống và chăm sóc sức khoẻ, tỷ lệ mắc bệnh ho gà trên thế giới đã giảm xuống từ 100 đến 150 lần vào năm 1970. Nhưng ở thập kỷ 80 và 90 của thế kỷ 20, tỷ lệ mắc ho gà lại tiếp tục tăng. Từ 1992 đến 1994 có 15.286 trường hợp bệnh được báo cáo với tỷ lệ chết là 0,2%. Trong số mắc này, có 50% bệnh nhân chưa được tiêm vắc xin ho gà. Kết quả nghiên cứu dịch tễ học cho biết số mắc thật còn cao hơn số được báo cáo và miễn dịch bảo vệ được tạo thành của vắc xin toàn tế bào ho gà bị suy giảm nhanh  nên vẫn bị mắc bệnh.  
- Ở Châu Mỹ La Tinh, tỷ lệ tiêm vắc xin ho gà tăng lên đã làm giảm số mắc từ 120.000 năm 1980 xuống 40.000 năm 1990.  
- Ở Anh và Thụy Điển, tỷ lệ mắc bệnh tăng vì tỷ lệ tiêm phòng ho gà giảm.  
- Ở Việt Nam, bệnh ho gà lưu hành ở mọi nơi trong cả nước. Khi chưa thực hiện Chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR), bệnh ho gà thường xảy ra và phát triển thành dịch ở nhiều địa phương, đặc biệt nghiêm trọng ở miền núi là nơi có trình độ kinh tế-xã hội phát triển thấp. Trong vụ dịch, bệnh thường diễn biến nặng, dễ tử vong do bị bội nhiễm, gây biến chứng viêm phổi, viêm phế quản-phổi, nhất là ở trẻ dưới 5 tuổi và trẻ suy dinh dưỡng. Dịch có tính chu kỳ khoảng 3-5 năm. Từ năm 1986, Chương trình TCMR được phát triển rộng khắp trong cả nước. Tất cả trẻ dưới 1 tuổi được phổ cập gây miễn dịch cơ bản bằng 3 liều vắc xin bạch hầu- ho gà- uốn ván (DTP). Sau nhiều năm tiêm vắc xin DTP, tỷ lệ mắc và chết của bệnh ho gà đã giảm rất rõ rệt. Tỷ lệ mắc trung bình thời kỳ 1991-1995 của cả nước là 7,5/100.000 dân. Từ năm 1993, tỷ lệ tiêm DTP được duy trì ở mức trên 90%, có năm đạt trên 95% (1997, 2000) với chất lượng tiêm chủng được cải thiện nên tỷ lệ mắc trung bình của cả nước trong thời kỳ 1996-2000 đã giảm xuống 1,8/100.000 dân.  
**4. Nguồn truyền nhiễm**  
**-**Ổ chứa: Người là vật chủ duy nhất. Bởi vậy, nguồn truyền bệnh là bệnh nhân, không có nguồn lây truyền ở người lành mang trùng hoặc người bệnh trong thời kỳ lại sức .  
- Thời gian ủ bệnh: Thông thường từ 7 đến 20 ngày.  
- Thời kỳ lây truyền: Bệnh ho gà lây truyền mạnh nhất trong thời kỳ đầu viêm long, sau đó tính lây truyền giảm dần và sẽ mất đi sau 3 tuần mắc bệnh, mặc dù lúc này cơn ho vẫn còn dai dẳng. Nếu được điều trị kháng sinh có hiệu lực thì thời gian lây truyền được rút ngắn và thông thường khoảng 5 ngày.  
**5. Phương thức lây truyền:** Lây truyền do tiếp xúc trực tiếp qua đường hô hấp có các dịch tiết từ niêm mạc mũi họng bệnh nhân khi ho, hắt hơi. Tính lây truyền rất cao ngay sau khi bị phơi nhiễm với giọt nước miếng của bệnh nhân, nhất là đối với những người sinh hoạt trong cùng một không gian khép kín lâu dài như hộ gia đình, trường học… Tỷ lệ mắc bệnh trong số những người trực tiếp tiếp xúc với bệnh nhân trong cùng gia đình (attack rates) từ 90-100%.  
**6. Tính cảm nhiễm và miễn dịch:**Mọi người đều có cảm nhiễm với bệnh và sau khi mắc bệnh thường được miễn dịch lâu dài, đôi khi có thể bị mắc bệnh lần thứ  hai (có thể là do B. parapertussis). Đến nay vẫn chưa biết rõ kháng thể miễn dịch ho gà của mẹ truyền cho con qua rau thai như thế nào?. Bệnh ho gà vẫn là một bệnh chủ yếu của thế hệ trẻ và tỷ lệ mắc bệnh cao nhất hiện nay là ở trẻ dưới 5 tuổi.  
**7. Các biện pháp phòng chống dịch**  
7.1. Biện pháp dự phòng:  
- Tuyên truyền giáo dục sức khoẻ: Cần cung cấp các thông tin cần thiết về bệnh ho gà cho nhân dân, nhất là cho các bà mẹ, thầy cô giáo biết để cộng tác với cán bộ y tế phát hiện sớm bệnh, biết cách ly, phòng bệnh và cộng tác với cán bộ y tế cho con đi tiêm vắc xin DTP.  
- Vệ sinh phòng bệnh:  
+ Nhà ở, nhà trẻ, lớp học, vườn trẻ... phải thông thoáng, sạch sẽ và có đủ ánh sáng.  
+ Tại nơi có ổ dịch ho gà cũ, cần tăng cường giám sát, phát hiện sớm các trường hợp bệnh có cơn ho gà điển hình, nhất là đến khoảng thời gian chu kỳ của bệnh dịch ở địa phương.  
+ Tổ chức tiêm vắc xin DTP đầy đủ theo Chương trình TCMR.  
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:  
+ Những trường hợp mắc bệnh ho gà nhẹ có thể cách ly, theo dõi và điều trị tại nhà dưới sự giám sát của cán bộ y tế xã. Những trường hợp mắc bệnh ho gà nặng, bị bội nhiễm và có biến chứng cần được cách ly và điều trị tại Trạm Y tế xã hoặc Bệnh viện.  
+ Cách ly đối với những trường hợp bệnh được xác định lâm sàng. Những trường hợp bệnh nghi ngờ cũng không nên cho tiếp xúc với trẻ nhỏ, nhất là những trẻ chưa được gây miễn dịch. Thời gian cách ly khoảng 3 tuần kể từ khi xuất hiện viêm long. Nếu được dùng kháng sinh có hiệu lực thì thời gian cách ly ít nhất 5 ngày nhưng bệnh nhân vẫn phải tiếp tục điều trị kháng sinh đủ liều trong 14 ngày. Bệnh ho gà có vắc xin phòng bệnh hiệu quả tốt. Cần tiêm vắc xin ho gà đơn hoặc vắc xin hỗn hợp (DPT) cho trẻ theo lịch của Chương trình TCMR.  
+ Xử lý môi trường: Cần sát trùng tẩy uế đồng thời đối với dịch mũi họng và các đồ dùng bị nhiễm bẩn của bệnh nhân.  
7.3. Nguyên tắc điều trị:  
+ Điều trị đặc hiệu bằng erythromycin với liều 50 mg/kg/ngày trong 14 ngày. Cần điều trị sớm để diệt vi khuẩn và giảm lây nhiễm. Tuy có dùng kháng sinh nhưng không làm giảm triệu chứng, trừ khi điều trị sớm trong thời kỳ ủ bệnh hoặc thời kỳ đầu viêm long.  
+ Cho nhập viện sớm bệnh nhi dưới 1 tuổi để theo dõi cơn ho ngạt thở và ngừng thở ngạt, hút đờm dãi, thở oxy, bù nước và bù dinh dưỡng là rất cần thiết.  
+ Chống bội nhiễm bằng amoxycillin hoặc cephalosporin.  
+ Điều trị biến chứng thần kinh, chống co giật, chống phù và suy hô hấp.  
7.4. Kiểm dịch y tế biên giới: Không có quy định.