

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA RUBELLA BẨM SINH TẠI TRUNG TÂM ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC SƠ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Lê Anh Tuấn, Nguyễn Ngọc Lợi, Lê Minh Trác, Vũ Thị Vân Yến
 Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

TÓM TẮT

Nghiên cứu này mô tả đặc điểm của Rubella bẩm sinh trong vụ dịch Rubella ở Miền Bắc tại Trung tâm Chăm sóc và điều trị sơ sinh, bệnh viện Phụ Sản trung ương năm 2011. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ trẻ nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh sau đẻ và mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của Rubella bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp:** đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang các trẻ sơ sinh đẻ tại bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 01/8 đến 31/10 năm 2011 được chẩn đoán là Rubella bẩm sinh là con của các bà mẹ bị nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm Rubella trong thời kỳ thai nghén. **Kết quả:** tỷ lệ trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh là 42,9%, tỷ lệ trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh là 57,1% trong tổng số trẻ sơ sinh đẻ bị Rubella bẩm sinh trong đó có 14,3% các bà mẹ không có triệu chứng mắc Rubella. Trẻ bị Rubella thường có dấu hiệu chung là giảm tiểu cầu 60%, tăng SGOT 55,7%, giảm đường máu 44,3%, Nhiễm khuẩn sơ sinh (22,9%) và tử vong sau đẻ là 5,7%. Hội chứng Rubella bẩm sinh biểu hiện tim bẩm sinh là 38,6%, bệnh về mắt là 12,9%, riêng giảm thính lực/điếc bẩm sinh chưa chẩn đoán được ngay sau sinh. Nhiễm Rubella bẩm sinh có biểu hiện: suy dinh dưỡng bào thai 77,1%, vòng đầu nhỏ so với tuổi thai chiếm 75,7%, ban xuất huyết chiếm 62,9%. **Kết luận:** trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh trên 40%, nhiễm Rubella 60% và trên 14% thai phụ sinh con bị Rubella bẩm sinh không triệu chứng. Các đặc điểm cơ bản thai nhi nhiễm Rubella bẩm sinh là: suy dinh dưỡng, đầu nhỏ, xuất huyết dưới da, xét nghiệm Rubella IgG và IgM dương tính, giảm tiểu cầu, tăng SGOT, giảm đường máu, dị tật tim bẩm sinh, đục thủy tinh thể, nhiễm khuẩn sơ sinh và có thể tử vong sau đẻ.

Từ khoá: Rubella, phụ nữ mang thai, CRS, CRI

ABSTRACT

CONGENITAL RUBELLA SYNDROME AT NEWBORN CENTER, NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

This study described the characteristics of Congenital Rubella Syndrome (CRS) in Rubella treatment service in Newborn Treatment Center, National hospital of Obstetrics and Gynecology (NHOG), in the North of Vietnam 2011. **Objectives:** to evaluate the prevalence of CRS post-partum and describe clinical abnormalities and bio-chemical test among those. **Materials and methods:** This is a cross-sectional study with newborns, who were delivered at NHOG from 1/8 to 31/10/2011, were diagnosed with CRS and their mothers also had Rubella or suspected with. **Results:** the prevalence of newborns with CRS is 42.9%, 57.1% with Congenital Rubella Infection (CRI) and 14.3% mothers had no symptoms. Newborn with CRS had the common symptoms such as 60% Thrombocytopenia, 55.7% increase SGOT, 44.3% glycemia, neonatal infection 22.9%, post-delivery mortality 5.7%, congenital heart disease 38.6%, problems with eyes 12.9%, screening for inborn deaf is not applied yet. **Conclusion:** Newborns with CRS took 40% as a whole, and newborns have Rubella symptom is 60% and 14% mother delivered babies with CRS without symptoms. Common characteristics of CRS is malnutrition, microcephaly, intraventricular hemorrhage, positive IgG and IgM test, thrombocytopenia, increase SGOT, hypoglycemia, congenital heart defects, newborn infection and possibility of post-delivery mortality.

Keyword: Rubella, pregnant women, CRS, CRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rubella được tìm ra năm 1752 bởi Bergen và Orlov người Đức, vì vậy bệnh còn được gọi là sởi Đức. Bệnh lây từ người sang người bởi những giọt nước bọt có virus Rubella qua đường mũi- họng. Trẻ

mắc Rubella bẩm sinh sẽ đào thải virus ra trong dịch tiết hầu - họng, nước tiểu và đó là nguồn nhiễm cho người tiếp xúc. Cho tới nay, người ta thấy người là ổ chứa duy nhất và người mắc bệnh là nguồn truyền nhiễm cho cộng đồng [1,2].

Triệu chứng lâm sàng ở trẻ lớn và người lớn bao gồm: sốt, phát hồng ban từ mặt tới tứ chi, đau rát họng, sưng hạch, có thể đau và cứng khớp, đôi khi gây viêm não, có khoảng 20- 50% người mắc Rubella không rõ triệu chứng [1,3]. Bệnh thường lành tính, tự khỏi nếu như không bị bội nhiễm. Tuy nhiên, ở phụ nữ mang thai khi bị mắc Rubella thì virus dễ lây lan sang thai nhi gây bệnh Rubella bẩm sinh nhất là trong quý đầu của thai nghén. Theo ICD - 10 thì bệnh rubella được chia làm 2 loại: B06 - nhiễm Rubella bẩm sinh (CRI) và P035.0 - hội chứng Rubella bẩm sinh (CRS). Hậu quả là gây sẩy thai, thai lưu, thai bị dị tật bẩm sinh: tai, mắt, tim, xương, thần kinh...

Tỷ lệ nhiễm Rubella cho thai nhi tùy thuộc vào tuổi thai, theo nhiều tác giả nếu mẹ mang thai mắc Rubella có thể lây cho thai nhi: 80% trong quý đầu, 25% trong quý 2, sau 24 tuần còn rất thấp [4,5,6,7].

Cơ chế gây bệnh của virus Rubella là ức chế tế bào nhân lên và gây độc trực tiếp cho tế bào, hậu quả là ức chế phân bào, chết nhiều dòng tế bào gây ra khuyết tật cho thai nhi. Trong quý đầu bị nhiễm dễ gây dị tật ở các cơ quan, trong quý 3 bị nhiễm dễ gây suy dinh dưỡng bào thai [7,8].

Tại Việt Nam, chưa có chương trình tiêm chủng mở rộng phòng ngừa nhiễm Rubella. Tuy nhiên vẫn có vaccin cung cấp dịch vụ tiêm phòng Rubella cho những gia đình có nhu cầu nên nhiều phụ nữ mang thai vẫn bị nhiễm Rubella. Ở nước ta đã có dịch Rubella chủ yếu ở phía nam và đặc biệt năm 2011 dịch Rubella đã tràn ra hầu hết các tỉnh trong cả nước [1,4]. Hậu quả nhiều trẻ sinh ra bị nhiễm Rubella và bị hội chứng Rubella bẩm sinh làm ảnh hưởng nhiều đến công tác chẩn đoán, điều trị và để lại nhiều hậu quả nặng nề cho trẻ và gia đình. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn mô tả những đặc điểm cơ bản về Rubella bẩm sinh với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ trẻ nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh sau đẻ.
2. Mô tả đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của Rubella bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. ĐỐI TƯỢNG VÀ THỜI GIAN NGHIÊN CỨU:

Trẻ sơ sinh đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 01/8 đến 31/10 năm 2011 được chẩn đoán là Rubella bẩm sinh là con của các bà mẹ bị nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm Rubella trong thời kỳ thai nghén.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án mẹ xác định nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm Rubella về lâm sàng và cận lâm sàng.

- Hồ sơ con có đủ các dấu hiệu lâm sàng và cận sàng nhiễm Rubella và hội chứng Rubella bẩm sinh.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ bệnh án thiếu thông tin cần thiết cho nghiên cứu và xét nghiệm IgM âm tính.

2. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả

3. BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU:

+ Mẹ: tuổi thai bị nhiễm, dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm sinh hóa miễn dịch IgG và IgM và siêu âm hình thái học trước sinh.

+ Con: tuổi thai, giới, tình trạng suy dinh dưỡng, dấu hiệu lâm sàng và sinh hóa miễn dịch IgG, IgM và các dấu hiệu bất thường về hình thái và các xét nghiệm cơ bản khác như: CTM, CRP, SGOT, SGPT, Protein, đường máu...

Theo khuyến cáo của tổ chức Y tế thế giới năm 1999 [2] về Hướng dẫn phân loại nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh dựa vào một số dấu hiệu lâm sàng theo 2 nhóm sau:

Bảng 1. Phân nhóm các biến chứng của bệnh Rubella bẩm sinh

Nhóm A	Nhóm B
Điếc bẩm sinh/giảm thính lực	Ban xuất huyết dưới da dạng chấm, nốt
Bệnh tim bẩm sinh	Lách to
Đục thủy tinh thể/ giác mạc	Đầu nhỏ
Viêm võng mạc sắc tố	Vàng da sớm trong 24 giờ sau đẻ
Glacom bẩm sinh	Bệnh xương thủy tinh
	Chậm phát triển trí tuệ/bệnh màng não

+ Bệnh Rubella bẩm sinh được chia làm 2 loại:

* Hội chứng Rubella bẩm sinh gồm các dấu hiệu:

- Định lượng IgM (+) và IgG (+)
 - Có 2 triệu chứng ở nhóm A hoặc 1 triệu chứng của nhóm A phối hợp với 1 hoặc nhiều triệu chứng ở nhóm B.

* Nhiễm Rubella bẩm sinh gồm các dấu hiệu:

- Định lượng IgM (+) và IgG (+)
 - Không có triệu chứng của nhóm A

4. PHƯƠNG PHÁP CHỌN MẪU VÀ THU THẬP SỐ LIỆU:

+ Thu thập số liệu: mỗi đối tượng nghiên cứu được làm một hồ sơ riêng biệt với các biến số nghiên cứu: nhiễm Rubella ở mẹ trong thời kỳ mang thai, lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm hình

thái thai nhi và đánh giá bất thường hình thái sau sinh...

III.KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu tại bệnh viện Phụ Phụ sản trung ương có tổng số 6.425 ca đẻ, trong đó có 125 ca trẻ đẻ ra có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ nhiễm Rubella. Trong đó có 70 ca được chẩn đoán Rubella bẩm sinh chiếm tỷ lệ 1,1% và 4 ca tử vong sau đẻ chiếm 5,7%. Tất cả các trường hợp này đều được chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, đặc biệt là xét nghiệm sinh hóa miễn dịch IgM và IgG đều dương tính. Các trường hợp có các dấu hiệu lâm sàng nghi bị Rubella bẩm sinh nhưng xét nghiệm miễn dịch chỉ có IgG dương tính còn IgM âm tính chúng tôi đều loại ra khỏi nghiên cứu.

1.TỶ LỆ TRẺ NHIỄM RUBELLA BẨM SINH VÀ HỘI CHỨNG RUBELLA BẨM SINH:

Trong tổng số 70 ca trẻ bị Rubella bẩm sinh sau đẻ có 8 ca có mẹ dưới 20 tuổi, 60 ca tuổi mẹ từ 20-35 và 2 ca mẹ trên 35 tuổi. Trong số đó 34 có địa chỉ ở Hà Nội, 10 ca ở Hưng Yên, các tỉnh Nam định, Bắc Ninh, Quảng Ninh mỗi tỉnh có 3 ca ngoài ra Hải Dương và Tuyên Quang mỗi tỉnh có 2 ca và một số tỉnh khác mỗi tỉnh 1 ca. Dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm chúng tôi chẩn đoán được 40 ca trẻ sơ sinh nhiễm Rubella bẩm sinh (57%) và 30 ca trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh (42%). Như vậy, tất cả các ca bị hội chứng Rubella bẩm sinh đều ở các bà mẹ bị mắc Rubella ở tuổi thai dưới 12 tuần (Bảng 2).

Bảng 2: Phân loại nhiễm Rubella bẩm sinh và hội chứng Rubella bẩm sinh[5]

Phân loại	n	Tỷ lệ %
Nhiễm Rubella bẩm sinh	40	57,1
Hội chứng Rubella bẩm sinh	30	42,9
Tổng số	70	100

Tim hiểu tiền sử lây nhiễm Rubella ở các bà mẹ của những đứa trẻ bị bệnh Rubella bẩm sinh chúng tôi thấy có trên 14% bà mẹ không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng mắc Rubella trong thời kỳ mang thai. Số còn lại đều có triệu chứng mắc Rubella nhưng chỉ có 41 ca chiếm tỷ lệ 58% các bà mẹ được khám và chẩn đoán trước sinh hoặc do đi khám quá muộn (sau tuổi thai 28 tuần) nên cũng không thể tư vấn can thiệp gì trước sinh (Bảng 3).

Bảng 3. Phân bố thời điểm mẹ mắc Rubella trong thời kỳ mang thai

Triệu chứng	Tần số	<12 tuần n=47		≥12 tuần n=13		Tỷ lệ %	
		n	%	N	%		
Có triệu chứng mắc Rubella	Được CBTS	41	36	51,4	05	7,2	58,6
	Không được CBTS	19	11	15,7	11	15,7	27,1
Không triệu chứng		10					14,3
Tổng số	70						100%

2. ĐẶC ĐIỂM CỦA RUBELLA BẨM SINH:

2.1 Đặc điểm lâm sàng:

Suy dinh dưỡng, vòng đầu nhỏ và xuất huyết là 3 triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 77,1%, 75,7% và 62,9%. Ngoài ra các dấu hiệu khác như: tim bẩm sinh chỉ chiếm 38%, giãn não thất chiếm 15,7%, Đục thủy tinh thể, đục giác mạc chiếm 12,9% và một số dấu hiệu khác (Bảng 4).

Bảng 4 cũng chỉ ra các ca trẻ bị tim bẩm sinh và đục thủy tinh thể hầu như chỉ gặp ở những thai phụ bị nhiễm Rubella ở 3 tháng đầu, trong đó 10% là mẹ không có triệu chứng lâm sàng (7,1% ở tim bẩm sinh và 2,9% ở trẻ đục thủy tinh thể). Còn các trẻ sơ sinh có các triệu chứng lâm sàng khác như: xuất huyết ở da, giãn não thất, vòng đầu nhỏ, suy dinh dưỡng thì gặp ở các bà mẹ mẹ bị nhiễm ở cả tuổi thai trên 12 tuần và trong số đó cũng có khoảng 10% là các bà mẹ không có triệu chứng mắc.

Có 31 trẻ tới sàng lọc thính lực thấy 23 trẻ có vấn đề (74,2%)

Bảng 4. Phân bố các dấu hiệu lâm sàng theo bệnh Rubella bẩm sinh và triệu chứng mắc Rubella của mẹ

Lâm sàng	Số lượng n=70		Mẹ có triệu chứng mắc n=60				Mẹ không có triệu chứng n=10	
			<12 tuần n=47		≥12 tuần n=13			
	N	%	n	%	n	%	n	%
Tim bẩm sinh	27	38,6	22	31,4	0	0	5	7,1
Đục thủy tinh thể, Đục giác mạc	9	12,9	7	10,0	0	0	2	2,9
Xuất huyết da	44	62,9	33	47,1	3	4,3	8	11,4
Giãn não thất	11	15,7	6	8,6	1	1,4	4	5,7
Vòng đầu nhỏ	53	75,7	42	60,0	2	2,9	9	13,9
Suy dinh dưỡng	54	77,1	42	60,0	3	4,3	9	12,9

2.2 Đặc điểm xét nghiệm:

Tất cả trẻ bị Rubella bẩm sinh đều được chúng tôi làm xét nghiệm máu cho thấy 60% trẻ có tiểu cầu dưới 100 G/l, đa số là ở những trẻ có dấu hiệu

xuất huyết trên lâm sàng. Trên 55% có suy giảm chức năng gan (SGOT trên 50 UI/l), 44,3% có dấu hiệu hạ đường huyết, 22,9% có dấu hiệu nhiễm khuẩn bào thai (CRP>10mg/l) và 17,1% có Hb <130g/l.

Bảng 5. Phân bố các xét nghiệm bất thường ở trẻ bị bệnh Rubella bẩm sinh

Xét nghiệm	N	Tỷ lệ %
Đường máu <2,2mMol/l	31	44,3
Protit <50g/l	13	18,6
SGOT >50IU/l	39	55,7
SGPT >50IU/l	5	7,1
CRP >10mg/l	16	22,9
Bạch cầu <5G/l	6	8,6
Hb <130g/l	12	17,1
Tiểu cầu <100G/l	42	60,0

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 3 tháng giữa vụ dịch Rubella tại một số tỉnh phía bắc từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2011 tại bệnh viện PSTW có 6.425 trẻ được sinh ra trong đó có 70 trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh chiếm tỷ lệ 1,1%. Trong đó có 4 trường hợp được chẩn đoán bị Rubella bẩm sinh tử vong chiếm 5,7%. Chúng tôi đã phát hiện và chẩn đoán được: 42,9% (30/70) trẻ sơ sinh bị hội chứng Rubella bẩm sinh và 57,1% (40/70) trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh. Tất cả trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh đều là con của các bà mẹ bị mắc Rubella ở tuổi thai dưới 12 tuần. Theo Freij và cộng sự thì hội chứng Rubella bẩm sinh được chẩn đoán sau đẻ là dưới 50%, còn lại không rõ và chỉ ghi nhận là nhiễm Rubella bẩm sinh. Tuy vậy, nếu theo dõi lâu dài những cơ quan mắt cảm như tai, mắt bị ảnh hưởng trầm trọng tới 80%, theo WHO có thể tới 90% trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh sau này sẽ bị hội chứng Rubella bẩm sinh[5,2,8]. Trong nghiên cứu, chúng tôi có 30 (42,9%) trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh và tử vong 4 trường hợp (5,7%) thấp hơn với nhận định những trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh sau sinh có thể tử vong từ 10%-20%[2,9,8] chứng tỏ hội chứng Rubella bẩm sinh ảnh hưởng tới nhiều cơ quan trong cơ thể.

Chúng tôi có 60/70 mẹ có triệu chứng nhiễm Rubella, như vậy có 10 mẹ tuy không có triệu chứng nhiễm Rubella (14,3%) nhưng khi sinh con đều bị Rubella bẩm sinh (IgG và IgM đặc hiệu dương tính. Theo tác giả S.Katow (1999), có 7/41 (17,1%) trẻ bị

nhiễm Rubella mà mẹ không có triệu chứng. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi mẹ không có triệu chứng mắc Rubella sinh con bị Rubella bẩm sinh có tỷ lệ gần tương đương.

Biểu hiện lâm sàng chúng tôi gặp 27/70 (38,6%) tim bẩm sinh. Theo Freij và cộng sự, và WHO có khoảng 30% trẻ bị tim bẩm sinh được chẩn đoán ngay sau sinh [5,2]. Kết quả này của chúng tôi là phù hợp với y văn.

Bệnh về mắt chúng tôi gặp 9/70 (12,9%) đục thủy tinh thể và đục giác mạc. Theo WHO và Freij, bệnh lý võng mạc trong hội chứng Rubella chiếm 35% bao gồm: đục thủy tinh thể, đục giác mạc Glaucom bẩm sinh, viêm võng mạc sắc tố. Ở đây chúng tôi chỉ khám và chẩn đoán được đục thủy tinh thể và đục giác mạc còn các bệnh lý khác cần theo dõi chuyên khoa mắt lâu dài nên chúng tôi thấp hơn y văn.

Điếc, chúng tôi có 31 trẻ tới sàng lọc thính lực thấy 23 trẻ có vấn đề (74,2%), theo các tác giả, tỷ lệ điếc có thể tới 70-80%.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng, chúng tôi gặp 54/70 (71,1%), trong đó thai đủ tháng suy dinh dưỡng chiếm 29/54 (41,4%) theo Freij và WHO, thì tỷ lệ này có thể dao động 50-80% sau sinh, vòng đầu nhỏ so với tuổi thai của chúng tôi là 53/70 (75,7%), điều này chứng tỏ nhiễm Rubella đã ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của các cơ quan trong thời kỳ bào thai.

Ban xuất huyết chúng tôi gặp 44/70 (62,9%), trong khi đó giảm tiểu cầu chiếm 42/70 (60%). Theo y văn, thường giảm tiểu cầu dưới 50G/l mới có những nguy cơ xuất huyết nhưng ở đây chúng tôi gặp 2 trường hợp có xuất huyết mà tiểu cầu vẫn trên 100 G/l, chứng tỏ Rubella tác động cả vào mạch máu ở bào thai.

Giãn não thất trên siêu âm chúng tôi gặp 11/70 (15,7%) không thấy y văn mô tả về vấn đề này, chậm phát triển thần kinh, viêm não- màng não là triệu chứng cần theo dõi lâu dài nên chúng tôi chưa khẳng định được ở thời kỳ sơ sinh.

Đặc điểm xét nghiệm chúng tôi thấy có 31/70 (44,3%) có hạ đường máu và 13/70 (18,6%) giảm Protein máu sau sinh. Tình trạng này thường liên quan tới suy dinh dưỡng bào thai, virus Rubella thường tác động thoái hóa gai rau - vì vậy, làm thai kém phát triển. Theo dõi lâu dài những trường hợp hội chứng Rubella bẩm sinh thường bị tiểu đường do virus tác động phá hủy các đảo tụy làm giảm insulin máu [2,6,8].

Chúng tôi gặp tăng men GOT 39/70 (55,7%), trong khi đó GPT có 5/70 (7,1%), mà men GOT có trong tế bào của các mô khác chứng tỏ virus Rubella phá hủy tế bào không chỉ ở gan mà còn các mô khác trong cơ thể.

Các xét nghiệm công thức máu, chúng tôi gặp 42/70 (60%) giảm tiểu cầu, 12/70 (17,1%) thiếu máu và 6/70 (8,6%) giảm bạch cầu. Điều này có nghĩa virus Rubella tấn công vào cơ quan tạo máu ở thời kỳ thai nhi và chủ yếu ảnh hưởng tới tiểu cầu, sau đó là hồng cầu còn dòng bạch cầu ít bị ảnh hưởng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu những trẻ bị Rubella bẩm sinh tại trung tâm chăm sóc và điều trị sơ sinh, bệnh viện Phụ Sản trung ương từ 1/8 đến 31/10/2011, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tỷ lệ trẻ bị hội chứng Rubella bẩm sinh (CRS) là trên 40% và tỷ lệ trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh (CRI) gần 60% trong đó khoảng trên 14% bà mẹ sinh con bị Rubella bẩm sinh không có triệu chứng lâm sàng mắc Rubella.

- Một số đặc điểm của Rubella bẩm sinh: suy dinh dưỡng, đầu nhỏ, xuất huyết dưới da, xét nghiệm Rubella IgG và IgM dương tính, giảm tiểu cầu, tăng SGOT, giảm đường máu, dị tật tim bẩm sinh, đục thủy tinh thể, nhiễm khuẩn sơ sinh và có thể tử vong sau đẻ.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Phụ nữ nhiễm Rubella trong 3 tháng đầu nên đình chỉ thai nghén

2. Trẻ bị nhiễm Rubella bẩm sinh cần được khám, theo dõi và phối hợp lâu dài với nhiều chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Lê Thanh Bình, Phạm Lê An. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng ở trẻ sốt phát ban do nhiễm Rubella đến khám tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Y học TP Hồ Chí Minh, tập 13, quyển 1, 2009; tr207-211.
2. WHO, Department of vaccines and biologicals. Guidelines for surveillance of Congenital Rubella syndrome and Rubella. Geneva, May, 1999.
3. Hess, Alfred Fabian. Sởi Đức (rubella): một nghiên cứu thực nghiệm", Archives of International Medicine (Chicago)13; 1914; 913-916.
4. Nguyễn Ngọc Trang Đài, Hạ Đình Bửu Thắm. Rubella. Bệnh viện Từ Dũ, 2011.
5. Freij BJ, Nam MA, Sever JL 1998. Rubella mẹ và hội chứng Rubella bẩm sinh. Clin Perinatol 15 (2): 247-257.
6. Banat Vala JE, Brown DWG. Rubella seminar. Lancet 2004; 363:p1127-37.
7. Shigetaka Katow. Rubella virus Genome Diagnosis during pregnancy and Mechanism of Congenital Rubella. Intervinology 1998; 41; p163-169.
8. Mary T. Caserta. Congenital Rubella; section. Oct 2009 http://www.merkmanual.com/congenital_rubella.html.
9. Bishara J.Freij, John L.sever, "Rubella, maternal rubella and Congenital Rubella", chapter 17. Chronic Infection; Neonatology, Fourth ed, 1994, p1043-50