

BMJ Best Practice

Nhiễm sởi

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Cập nhật lần cuối: May 29, 2018

Mục Lục

Tóm tắt	3
Thông tin cơ bản	4
Định nghĩa	4
Dịch tễ học	4
Bệnh căn học	4
Sinh lý bệnh học	4
Phân loại	5
Phòng ngừa	6
Ngăn ngừa sơ cấp	6
Ngăn ngừa thứ cấp	6
Chẩn đoán	7
Tiền sử ca bệnh	7
Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước	7
Các yếu tố nguy cơ	8
Các yếu tố về tiền sử và thăm khám	9
Xét nghiệm chẩn đoán	10
Chẩn đoán khác biệt	10
Điều trị	12
Cách tiếp cận điều trị từng bước	12
Tổng quan về các chi tiết điều trị	12
Các lựa chọn điều trị	13
Giai đoạn đầu	15
Liên lạc theo dõi	16
Khuyến nghị	16
Các biến chứng	16
Tiên lượng	17
Hướng dẫn	18
Hướng dẫn chẩn đoán	18
Hướng dẫn điều trị	18
Nguồn trợ giúp trực tuyến	20
Điểm số bằng chứng	21
Tài liệu tham khảo	22
Hình ảnh	25
Tuyên bố miễn trách nhiệm	28

Tóm tắt

- ◇ Có thể phòng ngừa bằng tiêm chủng, nhưng mức độ bao phủ phải cao để phòng ngừa xảy ra bùng phát dịch bệnh.
- ◇ Không có phương pháp điều trị bệnh sởi đặc hiệu trừ chăm sóc hỗ trợ.
- ◇ Các biến chứng của bệnh sởi thường gặp hơn ở những người suy giảm miễn dịch và thiếu dinh dưỡng, bao gồm viêm phổi, viêm thanh-khí quản, viêm tai giữa, và viêm não.

Định nghĩa

Bệnh sởi là bệnh lây nhiễm cao do vi-rút sởi gây ra, có đặc điểm là phát ban dát sẩn, ho, viêm mũi, viêm kết mạc, và hạt Koplik có thời kỳ ủ bệnh khoảng 10 ngày.

Dịch tễ học

Trong kỷ nguyên trước khi có vắc-xin, bệnh sởi có ở khắp mọi nơi. Ở Anh Quốc, có 160.000 đến 800.000 ca bệnh được báo cáo hàng năm, với đỉnh cao của chu kỳ là cứ 2 năm một lần.[2] Tại Hoa Kỳ, dịch bệnh cũng xảy ra khoảng 2 đến 5 năm một lần; mỗi năm có 200.000 đến 400.000 ca bệnh được báo cáo nhưng trên thực tế gần như mỗi trẻ trong từng nhóm trẻ mới sinh có khoảng 4 triệu trẻ bị ảnh hưởng. Tỷ lệ tấn công cao nhất xảy ra ở trẻ từ 5 đến 9 tuổi, nhưng giữa bé trai và bé gái không có sự khác biệt ở tỷ lệ mắc bệnh được ghi nhận.[1] Vào những năm 1960, người ta đã bắt đầu giới thiệu vắc-xin sởi, giúp giảm đến hơn 99% số ca bệnh sởi được báo cáo. Khuyến cáo tiêm hai liều vắc-xin sởi để đảm bảo sức đề kháng.[3] Ở Phần Lan, người ta đã đưa vào sử dụng tiêm vắc-xin MMR 2 liều từ năm 1982, liên tục đạt được phạm vi bảo vệ cao. Từ năm 1994, bệnh sởi bản địa đã được loại bỏ.[4]

Ở Hoa Kỳ, từ năm 1994, hầu hết các ca bệnh là người nhập cảnh hoặc có liên quan tới những bệnh nhân nhập cảnh.[1] Vào năm 2000, người ta tuyên bố bệnh sởi không còn là dịch bệnh tại Hoa Kỳ nữa.

Vào năm 2014, tại Hoa Kỳ có báo cáo về 667 ca bệnh sởi, đó là số ca bệnh cao nhất từ khi có ghi nhận loại bỏ bệnh sởi vào năm 2000. Vào năm 2017, có 118 ca bệnh sởi tại Hoa Kỳ.[5] Phần lớn các ca nhiễm bệnh là ở những người không được tiêm phòng. Người ta cũng nhận biết các du khách trở về là nguồn gây bùng phát dịch bệnh.[6]

Trên thế giới, bệnh sởi vẫn là bệnh nhiễm trùng thường gặp. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) báo cáo rằng bệnh sởi bùng phát lại ở Vùng Châu Âu của WHO. Sau khi có ghi nhận về tỷ lệ mắc bệnh thấp 5273 ca bệnh vào năm 2016, đã có 21.315 ca bệnh vào năm 2017, với 35 ca tử vong.[7] Bệnh có mặt khắp nơi nếu không có chương trình tiêm chủng. Mặc dù gánh nặng bệnh tật toàn cầu đã giảm đáng kể nhờ các chương trình tiêm chủng và tỷ lệ các ca tử vong do sởi toàn cầu cũng giảm từ 550.100 vào năm 2000 xuống 89.780 vào năm 2016, bệnh sởi vẫn còn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có thể phòng ngừa bằng vắc-xin ở trẻ em dưới 5 tuổi và là nguyên nhân của tỉ lệ mắc bệnh đáng kể.[8] [9] Phần lớn tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do bệnh sởi xảy ra ở các quốc gia có thu nhập thấp với cơ sở hạ tầng y tế yếu kém.[9]

Bệnh căn học

Bệnh sởi do vi-rút RNA có hình cầu thuộc chi Morbillivirus và họ Paramyxoviridae gây ra.

[Fig-1]

Vi-rút sởi có kích thước khá lớn, vật chất di truyền là ARN. Nó liên quan đến vi-rút canine distemper và rinderpest, nhưng bệnh sởi khác với 2 vi-rút này vì không có các neuraminidase đặc hiệu, và nó ngưng kết hồng cầu trong khi các loại khác thì không.

Vi-rút sởi không chịu nhiệt. Con người là vật chủ tự nhiên nhưng khi cũng có thể bị bệnh. Các chủng trong phòng thí nghiệm có thể nhiễm bệnh cho chuột và chuột hamster.

Sinh lý bệnh học

Vi-rút sởi lây truyền qua các giọt nước bọt và xâm nhập các tế bào biểu mô ở mũi và kết mạc. Vi-rút sinh sôi trong các tế bào biểu mô này, sau đó lan rộng ra các hạch bạch huyết khu vực. Nhiễm vi-rút nguyên phát xảy ra từ 2 đến 3 ngày sau khi nhiễm trùng, và vi-rút sởi tiếp tục nhân đôi trong tế bào biểu mô và hệ liên võng nội mô trong vài ngày tiếp theo.

Nhiễm vi-rút thứ phát xảy ra vào trong 5 đến 7 ngày, và nhiễm trùng gây ra các biểu hiện ở da và các tổ chức khác kể cả đường hô hấp trong 7 đến 11 ngày. Giai đoạn khởi phát, kéo dài 2 đến 4 ngày, bao gồm sốt, khó chịu, ho, viêm mũi, và viêm kết mạc. Các hạt Koplik có thể phát triển trên niêm mạc má khoảng 1 đến 2 ngày trước khi phát ban và có thể rõ ràng trong 1 đến 2 ngày sau khi khởi phát ban. Sau đó phát ban tiến triển khoảng 14 ngày sau khi nhiễm trùng; lúc này có thể tìm thấy vi-rút trong máu, da, đường hô hấp và các cơ quan khác. Trong vài ngày tiếp theo, vi-rút huyết giảm dần dần vì các ban hợp lại và từ từ biến mất cùng với các dấu hiệu và triệu chứng khác. Nhiễm vi-rút huyết và sự xuất hiện vi-rút trong mô và các cơ quan giảm trong 15 đến 17 ngày tương ứng với sự xuất hiện của kháng thể.^[1]

Phân loại

Phân loại vi-rút

Chi Morbillivirus, họ Paramyxoviridae.

Liên quan đến vi-rút canine distemper và rinderpest.

Ngăn ngừa sơ cấp

Có thể phòng ngừa bệnh sởi bằng tiêm phòng với vắc-xin vi-rút sống.^[B]^[Evidence] Mặc dù có một vài biến thể giữa các quốc gia, liều vắc-xin thứ nhất được thực hiện vào khoảng 12 đến 15 tháng tuổi, và liều thứ hai vào lúc 3 đến 6 tuổi.^[12]^[13] Trong số những người được tiêm vắc-xin, có 95% và 99% được bảo vệ lần lượt sau một liều và sau 2 liều.^[8]^[11]

Tất cả khách du lịch quốc tế từ 6 tháng tuổi đến 1 tuổi, bất kể điểm đến, cần tiêm một liều vắc-xin có chứa vắc-xin sởi trước khi du lịch, và tất cả khách du lịch quốc tế trên 1 tuổi, bất kể điểm đến, cần tiêm 2 liều vắc-xin có chứa vắc-xin sởi, với khoảng cách tối thiểu 28 ngày trước khi du lịch.^[14] Một nghiên cứu nhận thấy rằng ít hơn một nửa khách du lịch trưởng thành Mỹ đủ điều kiện được tiêm vắc-xin MMR (sởi, quai bị, rubella), làm tăng nguy cơ du nhập và lan truyền bệnh sởi từ khách du lịch trở về.^[6]

Vắc-xin sởi liên quan đến sốt cao ở 5% đến 15% người nhận, và phát ban tạm thời ở khoảng 5%. Giảm tiểu cầu tạm thời xảy ra khoảng 1/25000 đến 1/2000000 người được tiêm vắc-xin có chứa vắc-xin sởi, đặc biệt là MMR.^[15] Viêm não (hoặc bệnh não) xảy ra dưới 1 ca bệnh trong 1 triệu người nhận vắc-xin.^[15] Một đánh giá về sự liên quan giữa việc trì hoãn tiêm vắc-xin lúc nhỏ và có giết cho thấy trì hoãn tiêm phòng vắc-xin MMR (sởi, quai bị, rubella) vào năm hai tuổi liên quan đến tăng nguy cơ có giết sau tiêm phòng so với tiêm vắc-xin đúng theo lịch tiêm chủng. Tính chắc chắn của sự liên quan này tăng gấp đôi với vắc-xin MMRV (sởi, quai bị, rubella, varicella).^[16] Một nghiên cứu thuần tập lớn khác về nhóm trẻ được tiêm phòng với MMR hoặc MMRV không xác nhận các quan ngại mới về vấn đề an toàn nhưng xác định tăng nguy cơ sốt và có giết sau tiêm phòng ở trẻ nữ nhi được tiêm MMRV so với những trẻ được tiêm vắc-xin MMR cộng với varicella.^[17]

Mặc dù giới hạn về bằng chứng, việc tiêm phòng vắc-xin sởi dường như an toàn ở trẻ nhiễm HIV, và cần cân nhắc tiêm phòng ở trẻ có mẹ mới nhiễm HIV, nhất là ở các vùng có nguy cơ cao nhất, có thể tiêm phòng bắt đầu lúc 6 tháng tuổi, bất kể tình trạng HIV của trẻ.^[18]

Có thể tiêm các vắc-xin chứa vắc-xin sởi trong cùng ngày hoặc riêng biệt cách 28 ngày sau khi tiêm vắc-xin vi-rút sống khác hoặc sử dụng vắc-xin khác qua đường mũi. Có thể sử dụng vắc-xin này vào bất kỳ khoảng thời gian nào với các vắc-xin không sống khác.^[19] Các khuyến cáo của Anh Quốc đề nghị khoảng cách thời gian là 28 ngày giữa tiêm vắc-xin MMR và vắc-xin sốt vàng.^[20]

Nhiều nghiên cứu không cho thấy mối liên hệ giữa vắc-xin sởi với bệnh tự kỷ.^[21]^[22]

Ngăn ngừa thứ cấp

Tiêm phòng vắc-xin sởi cho tất cả mọi người theo các khuyến cáo. Các biện pháp kiểm soát bao gồm cách ly bệnh nhân với những người dễ mắc bệnh, tiêm phòng cho những người có khả năng phơi nhiễm, và củng cố chương trình tiêm chủng ở những vùng xảy ra các ca bệnh. Sử dụng immunoglobulin trong vòng 5 ngày kể từ khi phơi nhiễm có thể phòng ngừa bệnh. Nếu tiêm vắc-xin sau đó, có thể không phòng ngừa được bệnh mặc dù có thể kiểm soát được.

Ở các nước đang phát triển, điều trị vitamin A có thể giảm tỉ lệ mắc bệnh.

Tiền sử ca bệnh

Tiền sử ca bệnh #1

Một đứa trẻ 17 tháng tuổi có tiền sử khỏe mạnh nhưng không tiêm phòng, trẻ bị sốt, mệt mỏi, và có các triệu chứng hô hấp trên, bao gồm ho, chảy nước mũi, và viêm kết mạc, trở nên nặng hơn trong vài ngày. Sốt tăng dần lên 39°C đến 40°C (103°F đến 104°F) trong vài ngày và ho ngày càng tệ. Có biểu hiện sợ ánh sáng. Có thể thấy các tổn thương trắng nhạt trên niêm mạc má đang xung huyết. Hai ngày sau, ban đỏ dạng dát sẩn xuất hiện ở đầu và lan rộng từ đầu xuống ngón chân trong 3 ngày tới. Phát ban chuyển màu nâu nhạt và hình dạng hợp nhất trong vài ngày tiếp theo. Sốt thuyên giảm vào ngày thứ ba của phát ban, kéo dài trong khoảng một tuần, và triệu chứng ho cũng vậy.

Các bài trình bày khác

Bệnh sởi không điển hình xảy ra ở những người đã được tiêm phòng trước đây và tiếp xúc với chủng sởi hoang dại. Hầu hết các ca bệnh xảy ra ở những người được tiêm phòng vắc-xin sởi chết. Khởi phát cấp tính kèm theo sốt cao, đau đầu, đau bụng, đau cơ, và ho khan. Viêm mũi và viêm kết mạc không điển hình và các hạt Koplik hiếm gặp. Phát ban, không như phát ban trong bệnh sởi tự nhiên, bắt đầu ở tứ chi và tiến dần lên phía đầu. Có thể đặc biệt điển hình ở cổ tay, mắt cá chân, lòng bàn tay và lòng bàn chân.^[1]

Bệnh sởi thể biến đổi xảy ra trên người có miễn dịch một phần. Thời kỳ tiền triệu ngắn hơn, các hạt Koplik hiếm gặp, và phát ban tiến triển tương tự như bệnh sởi điển hình nhưng không hợp lại với nhau. Những biểu hiện bất thường của bệnh sởi bao gồm viêm phổi, viêm tai giữa, viêm cơ tim/viêm màng ngoài tim, và viêm não. Bệnh sởi nặng hơn ở những người bị suy giảm miễn dịch và thiếu dinh dưỡng. Viêm não xơ hóa bán cấp hiếm gặp, rối loạn thần kinh gây chết người xảy ra khoảng 7 đến 10 năm sau khi nhiễm sởi tự nhiên, có thể là do nhiễm sởi kéo dài trong hệ thần kinh trung ương.

Cách tiếp cận chẩn đoán từng bước

Phương pháp chẩn đoán sởi bắt đầu với việc tìm hiểu tiền sử phơi nhiễm tiềm tàng và các yếu tố nguy cơ, thực hiện khám lâm sàng chi tiết, áp dụng các định nghĩa lâm sàng, và thực hiện các xét nghiệm, nếu cần, để xác định chẩn đoán. Nếu bệnh sởi thường gặp, chẩn đoán có tính lâm sàng. Ở những vùng bệnh sởi hiếm gặp, xác định chẩn đoán bằng xét nghiệm đã trở thành tiêu chuẩn. Mặc dù người ta đã phát triển định nghĩa ca bệnh lâm sàng nhằm mục đích dịch tễ học, có thể khó phân biệt bệnh sởi với các ngoại ban có sốt khác như rubella, bệnh ban đào, ban đỏ nhiễm khuẩn (vi-rút parvo B19), vi-rút herpes 6 ở người, nhiễm EBV, viêm phổi do mycoplasma, và phát ban do thuốc.

Các đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm lâm sàng điển hình bao gồm sốt kèm theo da xung huyết ban đỏ khởi phát cấp tính sau khởi phát 2 đến 4 ngày với các triệu chứng ho, viêm mũi, và viêm kết mạc. Các đặc điểm đặc hiệu hơn bao gồm các hạt Koplik (các đốm đỏ thường có chấm trắng-xanh nhạt ở trung tâm trên niêm mạc miệng xung huyết), phát ban lan rộng từ đầu đến thân mình và tứ chi, và giảm sốt nhanh sau khi xuất hiện phát ban.

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

Định nghĩa ca bệnh lâm sàng của bệnh sởi là sự xuất hiện phát ban kéo dài từ 3 ngày trở lên, nhiệt độ 38°C (101°F) hoặc cao hơn, ho, viêm kết mạc, hoặc viêm mũi. Tuy nhiên, người ta sử dụng định nghĩa này phần lớn cho mục đích dịch tễ học nhưng sử dụng để chẩn đoán lâm sàng còn hạn chế do cần phải có phát ban kéo dài 3 ngày, và ngoại ban do vi-rút khác cũng có thể đáp ứng định nghĩa ca bệnh này.[8]

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm chẩn đoán thường được sử dụng nhiều nhất là phát hiện kháng thể IgM đặc hiệu với sởi. Trong ca nhiễm bệnh nguyên phát, kháng thể này xuất hiện trong vài ngày từ khi khởi phát phát ban. Độ nhạy cao nhất trong 3 đến 14 ngày sau khi khởi phát phát ban.[23]

Xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme (ELISAs) phát hiện IgM và IgG đặc hiệu với sởi được sử dụng rộng rãi vì chúng nhạy cảm và dễ thực hiện. Độ nhạy (83% đến 92%) và độ đặc hiệu (87% đến 100%) là tốt.[24] Nhiễm rubella và parvovirus B19 có thể gây IgM ELISAs dương tính giả.

Có thể sử dụng huyết thanh bất cặp (giai đoạn cấp tính và giai đoạn hồi phục) để phát hiện kháng thể IgG tăng gấp 4 lần bằng xét nghiệm cố định bổ thể, ức chế ngưng kết hồng cầu, và trung hòa.

Có thể phát hiện RNA sởi bằng phản ứng khuếch đại chuỗi gen (PCR) từ mẫu phết cổ họng, mũi, hoặc mũi họng hoặc từ mẫu nước tiểu. Kết quả tốt nhất là khi lấy mẫu vào ngày 1 đến 3 kể từ khi phát ban, nhưng vẫn có thể phát hiện vi-rút đến 10 đến 14 ngày sau khi khởi phát phát ban.[25]

Xét nghiệm trung hòa giảm mangan vẫn là xét nghiệm xác định đối với dữ liệu đo được từ các phương pháp xét nghiệm khác, nhưng tốn nhiều công sức và sử dụng còn hạn chế trong các phòng thí nghiệm nghiên cứu.

Có hệ thống phát hiện kháng nguyên bằng xét nghiệm kháng thể huỳnh quang và phân lập vi-rút trong nuôi cấy mô, nhưng đây là những quy trình tốn nhiều công sức và thường giới hạn ở các phòng thí nghiệm nghiên cứu.

Các yếu tố nguy cơ

Mạnh

phơi nhiễm với vi rút sởi

- Tỷ lệ tấn công của bệnh sởi đạt 100% ở những người dễ bị mắc bệnh khi phơi nhiễm với vi-rút sởi.[1] [8]

không có miễn dịch với bệnh sởi trước đây

- Những người không được tiêm phòng có nguy cơ bị bệnh sởi nếu phơi nhiễm với vi-rút. Do bệnh sởi có tính lây nhiễm cao, các đợt bùng phát có thể xảy ra trong nhóm dễ mắc bệnh cho dù tỷ lệ tiêm chủng khá cao. Mô phỏng toán học gợi ý rằng cần đạt được tỷ lệ tiêm chủng 92% đến 95% để gián đoạn con đường lây truyền bệnh sởi.[10]

không đáp ứng với vắc-xin sởi

- Chín mươi lăm phần trăm trẻ em được tiêm phòng vào 12 tháng tuổi sẽ phát triển sức đề kháng. Sau 2 liều vắc-xin, khoảng 99% sẽ được bảo vệ. Trước khi thực hiện liệu trình 2 liều, số trẻ không được bảo vệ sau một liều vắc-xin đủ để duy trì tình trạng lan truyền bệnh sởi.[11]

Các yếu tố về tiền sử và thăm khám

Các yếu tố chẩn đoán chủ yếu

phơi nhiễm bệnh sởi tiềm ẩn (thường gặp)

- Du lịch đến vùng lưu hành dịch bệnh sởi; tiếp xúc với người bị bệnh sởi.

không tiêm phòng hoặc thất bại miễn dịch sau tiêm phòng (thường gặp)

- Độ bao phủ vắc-xin cao ở các nước phát triển. Thiếu bảo vệ khỏi bệnh sởi không thường gặp nhưng tất cả những người bị bệnh sởi đều không được bảo vệ đầy đủ.

sốt (thường gặp)

- Đặc tính lâm sàng điển hình. Thuyên giảm sớm sau khi xuất hiện phát ban.

ho (thường gặp)

- Các triệu chứng khởi phát điển hình.

viêm mũi (thường gặp)

- Các triệu chứng khởi phát điển hình.

viêm kết mạc (thường gặp)

- Các dấu hiệu khởi phát điển hình.

Hạt Koplik (thường gặp)

- Các đốm đỏ với chấm trắng-xanh nhạt ở trung tâm trên niêm mạc miệng xung huyết. Đặc trưng của nhiễm sởi.

[Fig-2]

[Fig-3]

phát ban dát sẩn (thường gặp)

- Phát ban bắt đầu trên đầu và lan rộng sang thân mình và tứ chi trong một vài ngày.
- Giảm sốt sớm sau khi xuất hiện phát ban.

[Fig-4]

[Fig-5]

Xét nghiệm chẩn đoán

Xét nghiệm thứ nhất cần yêu cầu

Xét nghiệm	Kết quả
huyết thanh IgM và IgG đặc hiệu với bệnh sởi (ELISA) - Xét nghiệm máu nhận biết IgM đặc hiệu với bệnh sởi cho thấy nhiễm trùng cấp tính. Độ nhạy cao nhất trong 3 đến 14 ngày sau khi khởi phát phát ban.[23] Sự hiện diện của IgG cho thấy nhiễm trùng thính thoảng xảy ra trước đây hoặc trước khi tiêm vắc-xin. Độ nhạy (83% đến 92%) và độ đặc hiệu (87% đến 100%) là tốt.[24] - Nhiễm rubella và parvovirus B19 có thể gây IgM ELISAs dương tính giả.	dương tính

Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

Xét nghiệm	Kết quả
huyết thanh cấp tính và trong giai đoạn hồi phục đối với IgG và IgM đặc hiệu đối với bệnh sởi Có thể thực hiện bằng xét nghiệm ức chế ngưng kết hồng cầu, phản ứng cố định bổ thể, ELISA, hoặc phát hiện kháng thể huỳnh quang. Xác định từ việc phát hiện hiệu giá kháng thể IgG tăng gấp 4 lần. Cần có huyết thanh giai đoạn cấp tính và phục hồi. Hữu ích nếu xét nghiệm IgM ban đầu không có nhiều thông tin. Lấy hiệu giá kháng thể giai đoạn hồi phục 3 đến 4 tuần sau hiệu giá kháng thể cấp tính.	kháng thể tăng ≥4 lần
Xét nghiệm PCR phát hiện RNA bệnh sởi Có thể phát hiện RNA sởi bằng phản ứng khuếch đại chuỗi gen (PCR) từ mẫu phết cổ họng, mũi, hoặc mũi họng hoặc từ mẫu nước tiểu. Kết quả tốt nhất là khi lấy mẫu vào ngày 1 đến 3 kể từ khi phát ban, nhưng vẫn có thể phát hiện vi-rút đến 10 đến 14 ngày sau khi khởi phát phát ban.[25]	dương tính
phát hiện kháng nguyên bằng kỹ thuật kháng thể huỳnh quang hoặc PCR Nhằm phát hiện kháng nguyên Tổn nhiều công sức; thường hạn chế ở những phòng thí nghiệm nghiên cứu.	dương tính
phân lập vi-rút trong hệ thống nuôi cấy mô Tốn nhiều công sức; thường hạn chế ở những phòng thí nghiệm nghiên cứu.	dương tính

Chẩn đoán khác biệt

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Rubella	Bệnh thường nhẹ và phát ban cải thiện trong khoảng 3 ngày; không có hạt Koplik.	Kháng thể IgM đặc hiệu với vi-rút Rubella hoặc các xét nghiệm đặc hiệu khác đối với vi-rút Rubella.

Tình trạng	Các dấu hiệu/triệu chứng khác biệt	Các xét nghiệm khác biệt
Vi-rút Parvo B19	Thể điển hình thường nhẹ, liên quan đến phát ban cổ điển với biểu hiện ban đầu là xuất hiện “hồng ban trên má”, tiếp theo là các ban dạng vòng, dạng lưới; có thể liên quan đến bệnh viêm khớp và/hoặc bệnh thiếu máu. Sốt thường giảm xuống trước khi phát ban phát triển. Không có hạt Koplik và thường gặp hơn nhiều so với bệnh sởi.	Phát hiện kháng thể đặc hiệu Parvovirus.
Bệnh ban đào (Bệnh Roseola)	Không có hạt Koplik. Phát ban xuất hiện sau khi bị sốt.	Xét nghiệm đặc hiệu đối với vi-rút herpes tuýp 6 hoặc vi-rút herpes tuýp 7 ở người.
Bệnh sốt xuất huyết dengue	Không có hạt Koplik. Nổi bật là sốt kèm đau đầu, đau nhức cơ thể. Ban xuất huyết có thể ở dạng chấm. Tiền sử phơi nhiễm bao gồm bị muỗi chích có thể mang mầm bệnh sốt xuất huyết dengue.	Xét nghiệm đặc hiệu đối với kháng thể dengue.
Nhiễm EBV (bệnh tăng bạch cầu đơn nhân)	Không có hạt Koplik. Sốt, có thể có đau họng, xuất tiết dịch họng, và gan to, lách to.	Xét nghiệm đặc hiệu đối với kháng thể EBV. Xét nghiệm Monospot đối với trẻ em trên 4 tuổi.
Nhiễm vi-rút Zika	Không có hạt Koplik. Sốt nhẹ kèm theo phát ban ngứa, đau đầu, đau khớp, và viêm kết mạc. Tiền sử phơi nhiễm bao gồm bị muỗi chích có thể mang vi-rút Zika.	Xét nghiệm đặc hiệu đối với kháng thể Zika.
Phát ban do thuốc	Tiền sử điều trị y tế hoặc dùng thuốc gần đây.	Không có xét nghiệm phân biệt.

Cách tiếp cận điều trị từng bước

Chăm sóc hỗ trợ

Không có liệu pháp điều trị bệnh sởi đặc hiệu trừ chăm sóc hỗ trợ. Có thể sử dụng thuốc hạ sốt để giảm sốt và ngứa.[26] [27] Nếu có chứng sợ ánh sáng, bệnh nhân có thể dễ chịu hơn trong môi trường chiếu sáng mờ mờ. Cần hỗ trợ hô hấp trong trường hợp viêm phổi và hỗ trợ thần kinh trong trường hợp viêm não.

Vitamin A

Khuyến cáo vitamin A trong tất cả các ca bệnh sởi nặng, thậm chí ở những quốc gia mà bệnh sởi thường không nặng.[28] Một đánh giá Cochrane chứng tỏ mối liên quan có ý nghĩa về mặt lâm sàng giữa bổ sung vitamin A với giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ở trẻ em, mặc dù không cho thấy có sự liên quan cụ thể giữa bổ sung vitamin A và giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do bệnh sởi.[29] Một số nghiên cứu cho rằng sử dụng liều cao vitamin A có thể giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ở trẻ em mắc bệnh sởi.[30]

Cần nhắc vitamin A ở trẻ em:[15] [31]

- Lên đến 2 tuổi
- Được nhập viện do bệnh sởi
- Có các biến chứng của bệnh sởi
- Suy giảm miễn dịch
- Có bằng chứng lâm sàng thiếu vitamin A
- Có khả năng hấp thu đường ruột kém và suy dinh dưỡng
- Gần đây di cư đến từ các vùng có tỷ lệ tử vong do bệnh sởi cao.

Thuốc kháng vi-rút

Không sử dụng thường qui các loại thuốc như ribavirin và interferon. Ribavirin có thể giảm thời gian bệnh và cả ribavirin và interferon có thể giúp điều trị bệnh ở những người bị suy giảm miễn dịch.[32] [33] Chưa có thử nghiệm đối chứng nào được tiến hành.

Tổng quan về các chi tiết điều trị

Tham khảo cơ sở dữ liệu dược địa phương của quý vị để biết thông tin toàn diện về thuốc, bao gồm các chống chỉ định, tương tác giữa các loại thuốc, và liều dùng thay thế. (xem [Tuyên bố miễn trách nhiệm](#))

Cấp tính	(tóm tắt)	
Tất cả bệnh nhân		
.....	1	Chăm sóc hỗ trợ
.....	bổ sung	bổ sung vitamin A
.....		

Các lựa chọn điều trị

Cấp tính

Tất cả bệnh nhân

1

Chăm sóc hỗ trợ

Các lựa chọn sơ cấp

» **Paracetamol**: trẻ em: 10-15 mg/kg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ khi cần, tối đa 4000 mg/ngày

HOẶC

» **Ibuprofen**: 5-10 mg/kg uống mỗi 6-8 giờ khi cần, tối đa 40 mg/kg/ngày; người lớn: 400-800 mg uống mỗi 6-8 giờ khi cần, tối đa 2400 mg/ngày

» Không có liệu pháp điều trị bệnh sởi đặc hiệu trừ chăm sóc hỗ trợ.

» Có thể sử dụng thuốc hạ sốt thích hợp để giảm sốt.[26] [27]

» Nếu có chứng sợ ánh sáng, bệnh nhân có thể dễ chịu hơn trong môi trường chiếu sáng mờ mờ.

» Cần hỗ trợ hô hấp trong trường hợp viêm phổi và hỗ trợ thần kinh trong trường hợp viêm não.

bổ sung

bổ sung vitamin A

Các lựa chọn sơ cấp

» **vitamin A**: trẻ em <6 tháng tuổi: 50.000 đơn vị uống mỗi ngày một lần trong 2 ngày, lặp lại trong 4 tuần nếu có biểu hiện bệnh mắt; trẻ từ 6-11 tháng tuổi: 100.000 đơn vị uống mỗi ngày một lần trong 2 ngày, lặp lại trong 4 tuần nếu có biểu hiện bệnh mắt; trẻ em ≥12 tháng tuổi: 200.000 đơn vị uống mỗi ngày một lần trong 2 ngày, lặp lại trong 4 tuần nếu có biểu hiện bệnh mắt

» Khuyến cáo vitamin A trong tất cả các ca bệnh sởi nặng, thậm chí ở những quốc gia mà bệnh sởi thường không nặng. Một đánh giá Cochrane chứng tỏ mối liên quan có ý nghĩa về mặt lâm sàng giữa bổ sung vitamin A với giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ở trẻ em, mặc dù không cho thấy có sự liên quan cụ thể giữa bổ sung vitamin A và giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong do bệnh sởi.[29] Một số nghiên cứu cho rằng sử dụng liều cao vitamin A có thể giảm tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong ở trẻ em mắc bệnh sởi.[28]

» Cân nhắc vitamin A ở trẻ em: lên đến 2 tuổi; được nhập viện do bệnh sởi; có các biến chứng của bệnh sởi; suy giảm miễn dịch; có bằng chứng lâm sàng

Cấp tính

thiếu vitamin A; có khả năng hấp thu đường ruột kém và suy dinh dưỡng; hoặc gần đây di cư đến từ các vùng có tỷ lệ tử vong do bệnh sởi cao.[\[15\]](#) [\[31\]](#)

Giai đoạn đầu

Ribavirin

Có thể hiệu quả ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.[8] Không được chấp thuận sử dụng trong nhiễm sởi và không có thử nghiệm lâm sàng.[15]

Interferon

Có thể hiệu quả ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.[8] Không được chấp thuận sử dụng trong nhiễm sởi và không có thử nghiệm lâm sàng.

Thảo dược Trung Quốc

Mặc dù bệnh nhân có thể sử dụng thảo dược Trung Quốc để điều trị bệnh sởi, hiện không có bằng chứng hỗ trợ việc sử dụng này.[34]

Khuyến nghị

Giám sát

Bệnh nhân mắc bệnh sởi có thể sử dụng thuốc hạ sốt và hạn chế hoạt động để thoải mái hơn. Do vi-rút có thể làm tổn thương biểu mô đường hô hấp, bệnh nhân có thể dễ có bội nhiễm vi khuẩn hơn như viêm tai giữa hoặc viêm phổi.

Cần theo dõi sự xuất hiện bội nhiễm vi khuẩn hoặc biến chứng khác ở những người có bệnh không thuyên giảm theo thời gian của nhiễm sởi điển hình.

Hướng dẫn dành cho bệnh nhân

Thuốc hạ sốt có thể giảm khó chịu do sốt. Các biện pháp xoa dịu chung đều thích hợp. Có thể nhắc bệnh nhân tránh sử dụng aspirin ở trẻ em. Có thông tin về vắc-xin địa phương dành cho người được tiêm vắc-xin và cha mẹ của trẻ được tiêm vắc-xin. [NHS: [when to have vaccinations](#)] [CDC: [measles, mumps and rubella vaccines \(MMR\): what you need to know](#)]

Các biến chứng

Các biến chứng	Khung thời gian	Khả năng
Viêm phổi	ngắn hạn	trung bình
Trong giai đoạn sớm của bệnh, tổn thương phổi do vi-rút sởi thường gặp (1-6%) và có thể nguy hiểm ở trẻ em tại các nước đang phát triển.[8] Trong giai đoạn sau của bệnh, bội nhiễm các vi khuẩn thường gặp có khả năng là nguyên nhân dễ gây viêm phổi hơn. Có thể điều trị viêm phổi do vi khuẩn với thuốc kháng sinh. Có thể sử dụng vitamin A cho trẻ nhập viện ở các nước đang phát triển.		
Viêm tai giữa	ngắn hạn	trung bình
Viêm tai giữa xảy ra trong khoảng 7% đến 9% bệnh nhân mắc bệnh sởi và có thể điều trị thông thường với thuốc kháng sinh thích hợp.[8] Thường viêm tai giữa là bội nhiễm sau khi nhiễm sởi.		
Viêm não	ngắn hạn	thấp
Trong 1000 đến 2000 ca bệnh sởi thì có khoảng 1 ca có viêm não.[1] [8] Số ít những người này có thể có di chứng lâu dài.		
viêm não xơ hóa bán cấp (SSPE)	dài hạn	thấp
Trong 100.000 ca bệnh sởi có khoảng 4 đến 11 ca có viêm não xơ hóa bán cấp (SSPE) và là rối loạn thần kinh gây chết người xảy ra khoảng 7 đến 10 năm sau khi nhiễm sởi tự nhiên, có thể là do nhiễm sởi kéo dài trong hệ thần kinh trung ương.[35] Thường gặp hơn ở những người bị nhiễm bệnh ở độ tuổi sớm. Bệnh diễn ra âm thầm và bệnh tiến triển từ các hành vi và cử chỉ bất thường đến sa sút trí tuệ, hôn mê, và tử vong.[1] [8]		

Tiên lượng

Hầu hết mọi người khỏi bệnh sởi mà không có di chứng và tử vong hiếm gặp ở các nước phát triển. Tuy nhiên, ở các nước đang phát triển, tỷ lệ tử vong thay đổi từ 2% đến 15%. Những trẻ suy dinh dưỡng, thiếu vitamin A, và bị suy giảm miễn dịch rất dễ mắc bệnh, tử vong, và có các biến chứng như viêm phổi.

Hướng dẫn chẩn đoán

Châu Âu

Measles: guidance, data and analysis

Nhà xuất bản: Public Health England

Xuất bản lần cuối: 2017

Bắc Mỹ

A guide to utilization of the microbiology laboratory for diagnosis of infectious diseases

Nhà xuất bản: Infectious Diseases Society of America; American Society for Microbiology

Xuất bản lần cuối: 2013

2013 IDSA clinical practice guideline for vaccination of the immunocompromised host

Nhà xuất bản: Infectious Diseases Society of America

Xuất bản lần cuối: 2013

Hướng dẫn điều trị

Châu Âu

Fever in under 5s: assessment and initial management

Nhà xuất bản: National Institute for Health and Care Excellence

Xuất bản lần cuối: 2017

Immunisation guidelines for Ireland

Nhà xuất bản: Royal College of Physicians of Ireland

Xuất bản lần cuối: 2017

Measles: guidance, data and analysis

Nhà xuất bản: Public Health England

Xuất bản lần cuối: 2017

Immunisation against infectious disease: the Green Book

Nhà xuất bản: Public Health England

Xuất bản lần cuối: 2014

Bắc Mỹ

Recommended immunization schedule for children and adolescents aged 18 years or younger - United States, 2018

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2018

Recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older, United States, 2018

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2018

Vaccines and preventable diseases: measles vaccination

Nhà xuất bản: Centers for Disease Control and Prevention

Xuất bản lần cuối: 2016

Bắc Mỹ**Canadian immunization guide****Nhà xuất bản:** Public Health Agency of Canada**Xuất bản lần cuối:** 2016

Nguồn trợ giúp trực tuyến

1. [NHS: when to have vaccinations \(external link\)](#)
2. [CDC: measles, mumps and rubella vaccines \(MMR\): what you need to know \(external link\)](#)

Điểm số bằng chứng

1. Phòng ngừa bệnh sởi: có bằng chứng tương đối chắc chắn cho thấy rằng vắc-xin bệnh sởi đơn giá hoặc vắc-xin sởi-quai bị-rubella (MMR) kết hợp có hiệu quả hơn trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh sởi so với không tiêm vắc-xin.
Bằng chứng cấp độ B: Các thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng (RCT) với <200 người tham gia, các RCT có lỗi về phương pháp với >200 người tham gia, các đánh giá hệ thống (SR) có lỗi về phương pháp hoặc các nghiên cứu quan sát (thuần tập) có chất lượng cao.

Các bài báo chủ yếu

- Public Health England. Immunisation against infectious disease: the Green Book. September 2014 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2013 Jun 14;62(RR-04):1-34. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, et al. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. 2012 Feb 15; (2):CD004407. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

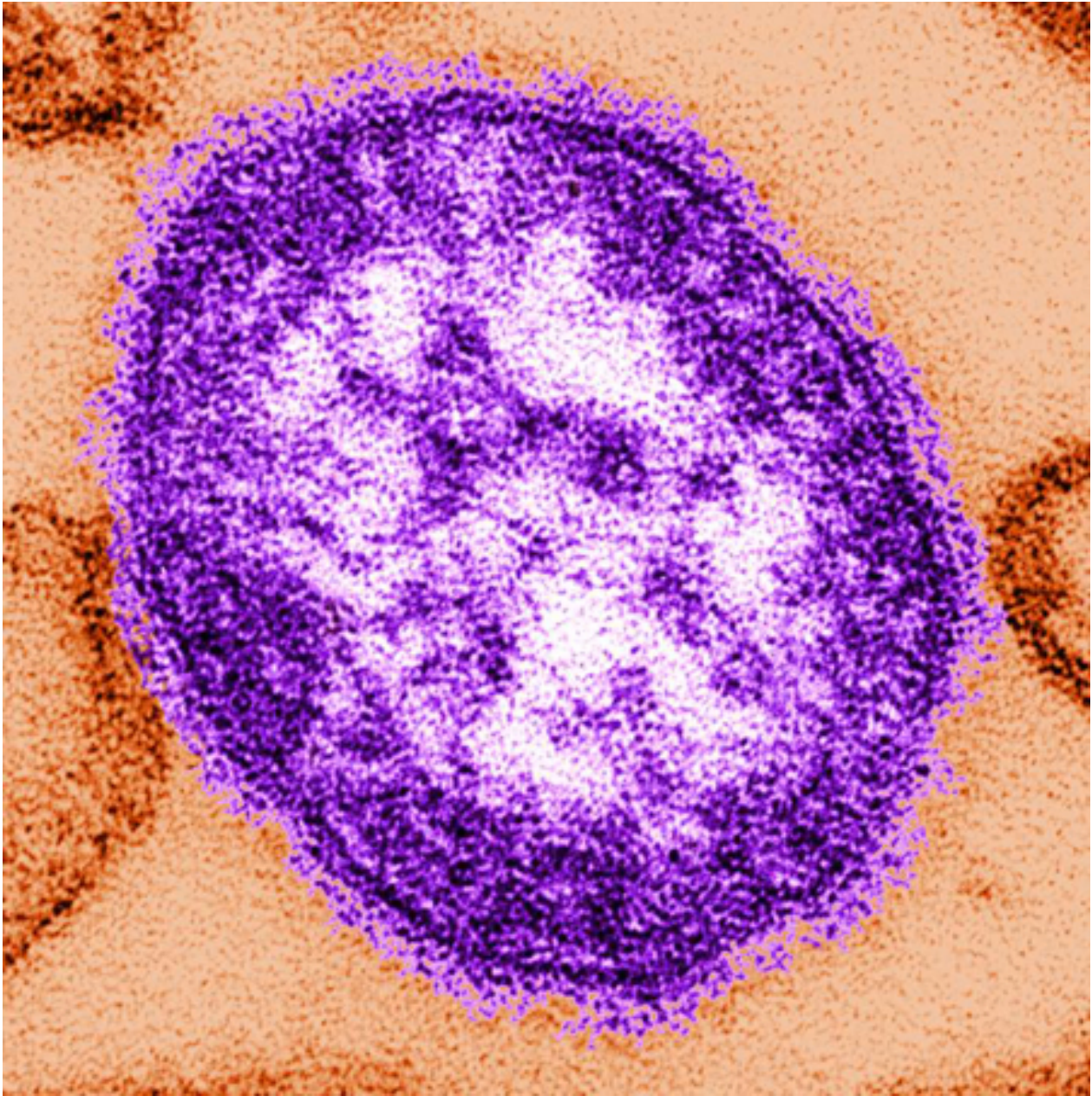
Tài liệu tham khảo

- Cherry JD. Measles virus. In: Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, et al, eds. Textbook of pediatric infectious diseases. 7th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2014:2373-94.
- Public Health England. Immunisation against infectious disease: the Green Book. September 2014 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- World Health Organization. Measles. February 2013 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Peltola H, Heinonen OP, Valle M, et al. The elimination of indigenous measles, mumps and rubella from Finland by a 12-year two-dose vaccination program. N Engl J Med. 1994;331:1397-402. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. Measles cases and outbreaks. February 2018 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Hyle EP, Rao SR, Jentes ES, et al. Missed opportunities for measles, mumps, rubella vaccination among departing U.S. adult travelers receiving pretravel health consultations. Ann Intern Med. 2017 Jul 18;167(2):77-84. [Tóm lược](#)
- World Health Organization. Europe observes a 4-fold increase in measles cases in 2017 compared to previous year. February 2018 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Strebel PM, Papania MJ, Dayan GH, et al. Measles vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, eds. Vaccines. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2013:352-87.
- World Health Organization. Immunization, vaccines and biologicals: measles. November 2017 [internet publication]. [Toàn văn](#)
- Hethcote HW. Measles and rubella in the United States. Am J Epidemiol. 1993 Jan;137(1):2-13. [Tóm lược](#)
- McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, et al; Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2013 Jun 14;62(RR-04):1-34. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

12. Robinson CL, Romero JR, Kempe A, et al. Advisory Committee on Immunization Practices recommended immunization schedule for children and adolescents aged 18 years or younger - United States, 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018 Feb 9;67(5):156-157. [Toàn văn](#)
13. Public Health England. Complete routine immunisation schedule. July 2017 [internet publication]. [Toàn văn](#)
14. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Yellow Book 2018: Health Information for International Travel. New York: Oxford University Press; 2017. [Toàn văn](#)
15. American Academy of Pediatrics. Measles. In Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:535-47.
16. Hambidge SJ, Newcomer SR, Narwaney KJ, et al. Timely versus delayed early childhood vaccination and seizures. Pediatrics. 2014 Jun;133(6):e1492-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
17. Klein NP, Lewis E, Fireman B, et al. Safety of measles-containing vaccines in 1-year-old children. Pediatrics. 2015 Feb;135(2):e321-9. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
18. Scott P, Moss WJ, Gilani Z, et al. Measles vaccination in HIV-infected children: systematic review and meta-analysis of safety and immunogenicity. J Infect Dis. 2011 Jul;204 Suppl 1:S164-78. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
19. Kroger AT, Duchin J, Vázquez M. General best practice guidelines for immunization. Best practices guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). February 2018 [internet publication]. [Toàn văn](#)
20. Public Health England. Revised recommendations for the administration of more than one live vaccine. April 2015 [internet publication]. [Toàn văn](#)
21. Demicheli V, Rivetti A, Debalini MG, et al. Vaccines for measles, mumps and rubella in children. 2012 Feb 15; (2):CD004407. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
22. Maglione MA, Das L, Raaen L, et al. Safety of vaccines used for routine immunization of U.S. children: a systematic review. Pediatrics. 2014 Aug;134(2):325-37. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
23. Helfand RF, Heath JL, Anderson LF, et al. Diagnosis of measles with an IgM capture EIA: the optimal timing of specimen collection after rash onset. J Infect Dis. 1997 Jan;175(1):195-9. [Tóm lược](#)
24. Ratnam S, Tipples G, Head C, et al. Performance of indirect immunoglobulin M (IgM) serology tests and IgM capture assays for laboratory diagnosis of measles. J Clin Microbiol. 2000 Jan;38(1):99-104. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
25. Centers of Disease Control and Prevention. Specimens for detection of measles RNA by RT-PCR or virus isolation. July 2017 [internet publication]. [Toàn văn](#)
26. Prymula R, Siegrist CA, Chlibek R, et al. Effect of prophylactic paracetamol administration at time of vaccination on febrile reactions and antibody responses in children: two open-label, randomised controlled trials. Lancet. 2009 Oct 17;374(9698):1339-50. [Tóm lược](#)
27. Chen RT, Clark TA, Halperin SA. The yin and yang of paracetamol and paediatric immunisations. Lancet. 2009 Oct 17;374(9698):1305-6. [Tóm lược](#)

28. World Health Organization. Weekly epidemiological record: measles and vitamin A. August 2009 [internet publication]. [Toàn văn](#)
29. Imdad A, Mayo-Wilson E, Herzer K, et al. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 11;3:CD008524. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
30. Hussey GD, Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles. N Engl J Med. 1990 Jul 19;323(3):160-4. [Tóm lược](#)
31. Yang HM, Mao M, Wan C. Vitamin A for treating measles in children. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (4):CD001479. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
32. Banks G, Fernandez H. Clinical use of ribavirin in measles: a summarized review. In Smith RA, Knight V, Smith JAD, eds. Clinical applications of ribavirin. New York, NY: Academic Press; 1984:203-9.
33. Ross LA, Kim KS, Mason WH, et al. Successful treatment of disseminated measles in a patient with acquired immunodeficiency syndrome: consideration of antiviral and passive immunotherapy. Am J Med. 1990 Mar;88(3):313-4. [Tóm lược](#)
34. Chen S, Wu T, Kong X, et al. Chinese medicinal herbs for measles. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (11):CD005531. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
35. World Health Organization. Subacute sclerosing panencephalitis and measles vaccination. January 2006 [internet publication]. [Toàn văn](#)

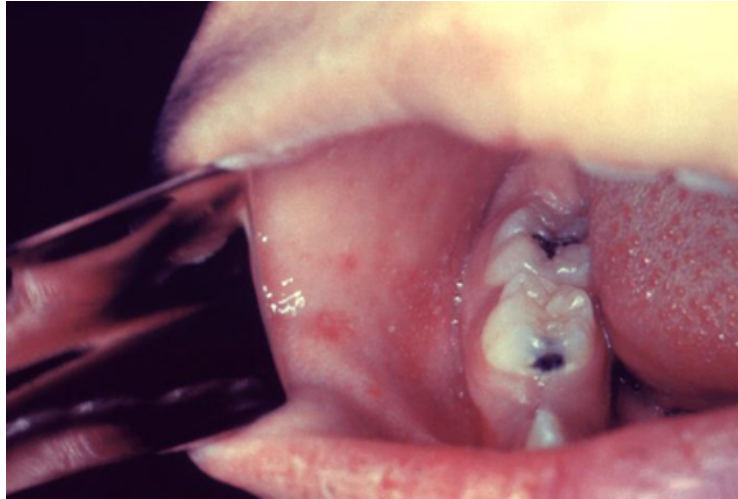
Hình ảnh



HÌNH ẢNH

Hình 1: Soi kính hiển vi điện tử truyền qua cho thấy hình thái siêu cấu trúc của một vi-rút sởi

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh



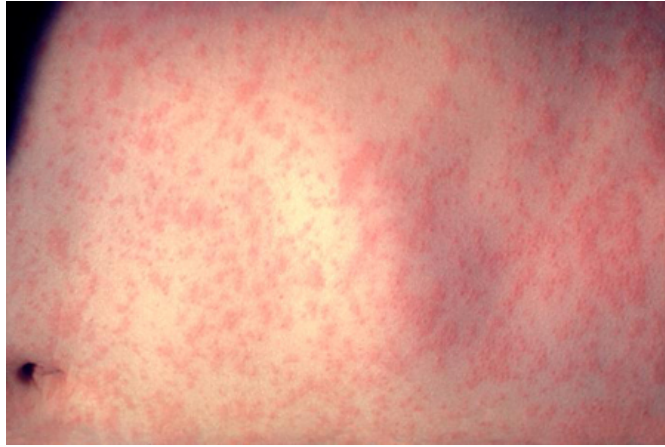
Hình 2: Hạt Koplik

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh



Hình 3: Hạt Koplik

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh



Hình 4: Theo dõi phát ban sởi vào ngày thứ 3

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh



Hình 5: Trẻ mắc bệnh sởi xuất hiện phát ban màu đỏ sậm đặc trưng trên mông và lưng vào ngày phát ban thứ ba.

Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Elizabeth Barnett, MD

Professor of Pediatrics

Boston University School of Medicine, Boston Medical Center, Boston, MA

CÔNG KHAI THÔNG TIN: EB is on the speakers' bureau of Merck and GlaxoSmithKline; has received reimbursements from Salix Pharmaceuticals and Novartis for consulting; has received research funding from Valneva (JE vaccine), PaxVax (cholera vaccine), and Cerexa (ceftaroline for pneumonia in children); served on a data safety monitoring board for Pfizer (pneumococcal vaccine); has received royalties from Elsevier (Immigrant Medicine), AAP (Nelson's pediatric antimicrobial therapy), and UptoDate (Immigrant screening); and has received honorarium from PaxVax (cholera vaccine advisory board).

// Những Người Bình duyệt:

Linda Nield, MD, FAAP

Associate Professor of Pediatrics

West Virginia University School of Medicine, Morgantown, WV

CÔNG KHAI THÔNG TIN: LN is an author of a reference cited in this topic.

Aisha Sethi, MD

Assistant Professor of Medicine

Associate Residency Program Director, University of Chicago, Chicago, IL

CÔNG KHAI THÔNG TIN: AS declares that she has no competing interests.