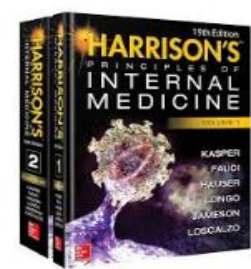




TẬP BÀI GIẢNG BỆNH LÝ HỌC PTH 350



MỤC LỤC

1. BỆNH LÝ & THUỐC DỊ ỨNG-MIỄN DỊCH

1.1 Đ.cương B.lý Dị ứng – Miễn dịch	03
1.2 Các bệnh dị ứng	51
1.3 Lupus ban đỏ hệ thống	78
1.4 Xơ cứng bì hệ thống	100
1.5 Viêm khớp dạng thấp	117

2. BỆNH LÝ & THUỐC HÔ HẤP

2.1 Đại cương bệnh lý hệ hô hấp	145
2.2 Các bệnh tai mũi họng	168
2.3 Viêm phế quản cấp	192
2.4 Viêm phế quản mạn	202
2.5 Viêm phổi	216
2.6 Hen phế quản	238
2.7 Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	290

3. BỆNH LÝ & THUỐC TIM MẠCH

3.1 Đại cương bệnh lý về tim mạch	334
3.2 Suy tim	362
3.3 Tăng huyết áp	403
3.4 Thấp tim	442

4. BỆNH LÝ & THUỐC TIÊU HÓA

4.1 Đại cương bệnh lý tiêu hoá	467
4.2. Loét dạ dày - tá tràng	502
4.3 Xơ gan	542
4.4 Ap xe gan do amip	566
4.5 Sỏi mật	586
4.6 Tiêu chảy và táo bón	616
4.7 Bệnh nhiễm khuẩn đg tiêu hóa	643

5. BỆNH LÝ & THUỐC TIẾT NIỆU

5.1 Đại cương bệnh lý tiết niệu	689
5.2 Viêm cầu thận cấp	713
5.3 Hội chứng thận hư	731
5.4 Suy thận cấp	748
5.5 Suy thận mạn	770
5.6 Sỏi tiết niệu	801
5.7 Nhiễm khuẩn tiết niệu	826

6. BỆNH LÝ & THUỐC NỘI TIẾT

6.1 Đái tháo đường	850
6.2 Bệnh lý tuyến giáp	893
6.3 Bệnh lý vỏ thượng thận	942

7. BỆNH LÝ & THUỐC VỀ MÁU, TẠO MÁU

7.1 Đại cương về máu và cơ quan tạo máu	969
7.2 Thiếu máu	998
7.3 Xuất huyết	1034
7.4 Các bệnh bạch cầu	1061

8. BỆNH LÝ & THUỐC TRỊ NHIỄM TRÙNG

8.1 Bệnh sinh các bệnh nhiễm trùng	1079
8.2 Bệnh lao	1117
8.3 HIV.AIDS	1154
8.4 Các bệnh lây qua đường tình dục	1191
8.5 viêm gan do virus	1276
8.6 Sốt xuất huyết Dengue	1303

9. BỆNH LÝ & THUỐC THẦN KINH

9.1 Đại cương bệnh lý hệ thần kinh	1341
9.2 Động kinh	1388
9.3 Bệnh Parkinson	1423
9.4 Tai biến mạch não	1441

10. BỆNH LÝ & THUỐC TRỊ UNG THƯ, YHCT

10.1 Ung thư và thuốc điều trị	1491
10.2 YHCT và thuốc cổ truyền Việt Nam	1538
10.3 Ngộ độc & quá liều thuốc	1579



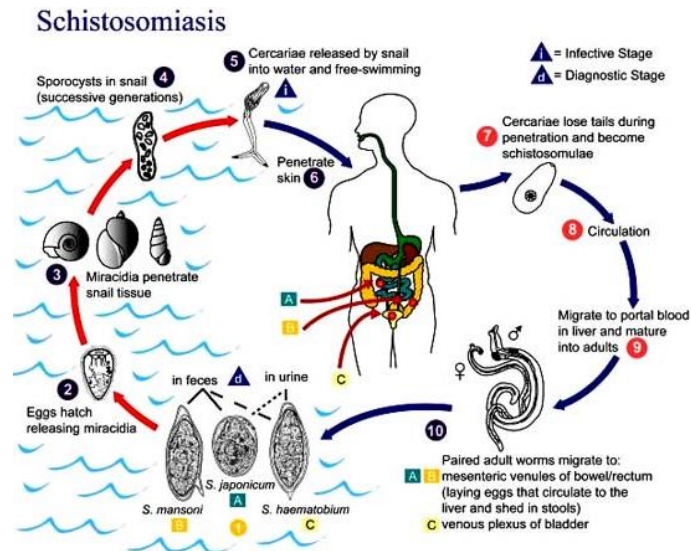
NHỮNG VẤN ĐỀ CƠ BẢN TRONG BỆNH SINH CÁC BỆNH NHIỄM TRÙNG

Mục tiêu học tập - Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được các tác nhân gây bệnh nhiễm trùng
2. Nêu được cơ chế bảo vệ chống vi sinh vật của cơ thể vật chủ
3. Hiểu được cơ chế vi sinh vật gây bệnh vượt qua hàng rào bảo vệ của cơ thể
4. Trình bày được cơ chế gây bệnh nhiễm trùng của vi sinh vật
5. Trình bày được các biến đổi của cơ thể vật chủ trong bệnh nhiễm trùng
6. Nêu được các hình thái phản ứng mô của vật chủ với nhiễm trùng.

Nội dung

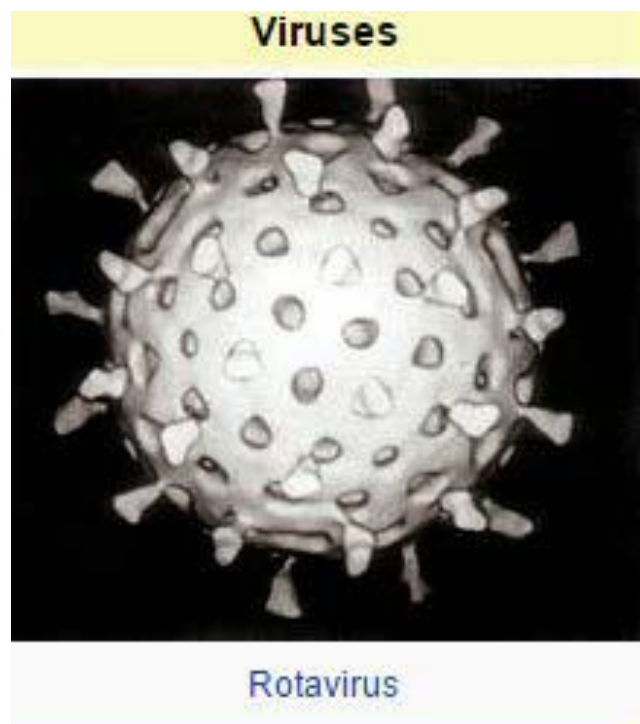
1. Tác nhân gây bệnh nhiễm trùng.
2. Các cơ chế bảo vệ chống vi sinh vật của cơ thể vật chủ
3. Cơ chế vi sinh vật gây bệnh vượt qua hàng rào bảo vệ cơ thể
4. Cơ chế gây bệnh nhiễm trùng của vi sinh vật
5. Biến đổi của cơ thể vật chủ trong bệnh nhiễm trùng
6. Các hình thái phản ứng mô của vật chủ với nhiễm trùng



1. Tác nhân gây bệnh nhiễm trùng.

1.1 Virus

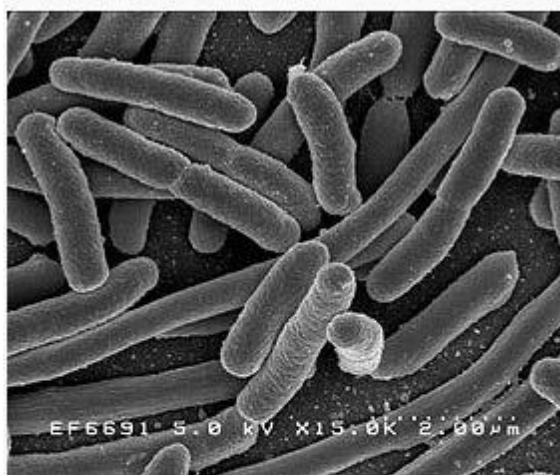
Các virus đều sống và nhân lên nhờ năng lượng của tế bào chủ mà nó xâm nhập, vì vậy nó bắt buộc phải ký sinh trong tế bào.



Virus classification	
Group:	I–VII
Groups	
I:	dsDNA viruses
II:	ssDNA viruses
III:	dsRNA viruses
IV:	(+)ssRNA viruses
V:	(-)ssRNA viruses
VI:	ssRNA-RT viruses
VII:	dsDNA-RT viruses

1.2 Vi khuẩn

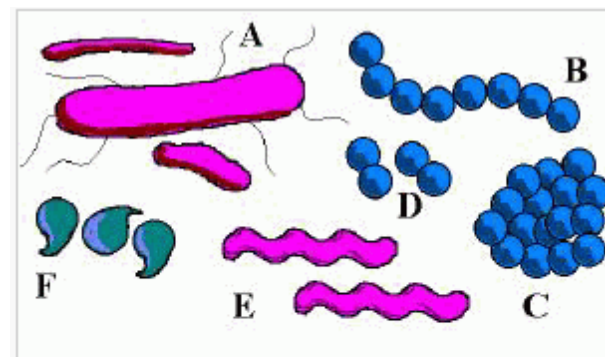
- Các tế bào vi khuẩn là những tế bào có nhân phân tán, không có lưới nội nguyên sinh, thành tế bào gồm 2 lớp phospholipid và 1 lớp peptidoglycan.
- Thể thực khuẩn, plasmid và transposon: là những yếu tố di truyền động mã hóa các yếu tố độc của vi khuẩn ...



Tế bào *Escherichia coli* phóng lớn gấp 25.000 lần

Phân loại khoa học

Vực (<i>domain</i>)	Bacteria
Liên giới (<i>superregnum</i>)	Bacteria
Giới (<i>regnum</i>)	Bacteria



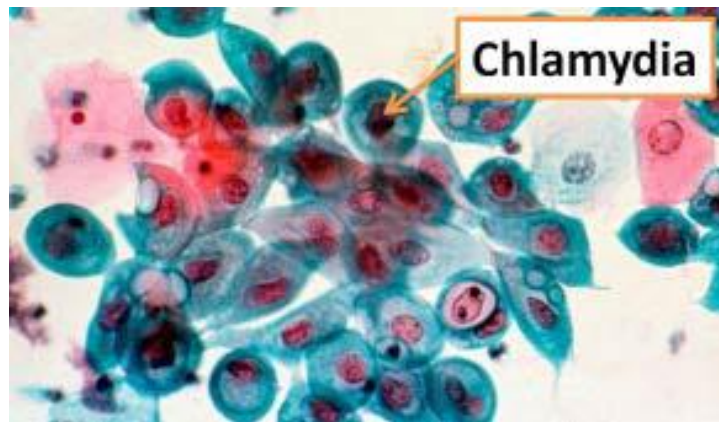
Vi khuẩn có nhiều hình dạng khác nhau:

- A. Hình que - trực khuẩn (Bacillus)
- B. Hình cầu (coccus) tạo thành chuỗi (strepto-) - liên cầu khuẩn (Streptococcus).
- C. Hình cầu tạo đám (staphylo-) - tụ cầu khuẩn (Staphylococcus).
- D. Hình tròn song đôi (diplo-) - song cầu khuẩn (Diplococcus).
- E. Hình xoắn - xoắn khuẩn (Spirillum, Spirochete).
- F. Hình dấu phẩy - phẩy khuẩn (Vibrio).

1.3 Chlamydiae, Richkettisia, Mycoplasma

Chlamydiae - Chlamydia sống ký sinh nội bào, kích thước rất nhỏ bé nhưng không phải là virus mà là vi khuẩn vì:

- + Chứa 2 loại axit nucleic: ADN và ARN.
 - + Có vách tế bào bản chất mucopeptit chứa axit muramic.
 - + Chứa ribosom và nhiều enzyme chuyển hóa.
 - + Chúng nhân lên theo kiểu phân đôi
 - + Nhạy cảm với nhiều kháng sinh.
- Chlamydia gây nên nhiều bệnh khác nhau, đặc biệt là bệnh mắt hột, bệnh Nicolas-Favre, bệnh sốt vẹt - sốt chim (Ornithose- psittacose).
 - Ngày nay người ta còn thấy Chlamydia là tác nhân của một số bệnh về đường sinh dục - tiết niệu, bệnh viêm nhiễm tiểu khung, bệnh viêm niệu đạo...



Rickettsia - Rickettsia đã có một thời xem như liên hệ mật thiết với virus vì kích thước nhỏ bé và phát triển nội bào. Ngày nay Rickettsia được khẳng định là vi khuẩn vì:

- + Rickettsia có tất cả đặc tính cấu tạo của vi khuẩn, đặc biệt là có vách tế bào điển hình.
 - + Có tất cả các enzyme cần thiết cho sự chuyển hóa.
 - + Chứa cả 2 loại axit nucleic: ADN và ARN.
 - + Phân bào giống vi khuẩn.
 - + Sử dụng oxy và nhạy cảm với một số kháng sinh (chloramphenicol, tetracyclin).
- Dựa vào đặc điểm lâm sàng, dịch tể học và miễn dịch học người ta chia Rickettsia làm 4 nhóm:
- + Nhóm I: Sốt phát ban dịch tể
 - + Nhóm II: Sốt có nốt.
 - + Nhóm III: Nhóm sốt phát ban rừng rú.
 - + Nhóm IV: Nhóm sốt “Q” (Query)

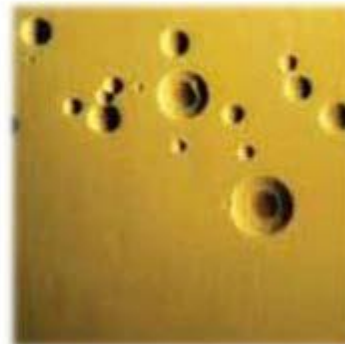
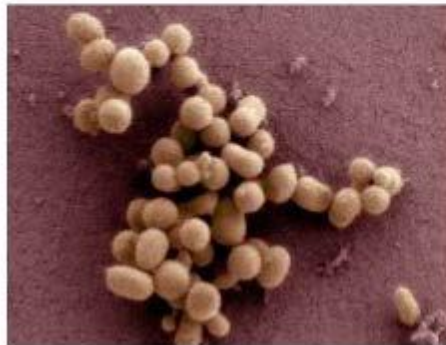
RICKETTSIA



Mycoplasma - Mycoplasma là vi khuẩn không vách tế bào, kích thước nhỏ chứa ADN và ARN, tỷ lệ ARN/ADN nhỏ hơn 1, không có vách tế bào nhưng có một vỏ mỏng như màng nguyên tương của vi khuẩn.

- Ở người Mycoplasma có một ái tính với niêm mạc hô hấp và niêm mạc đường sinh dục. Đa số loài sống hoại sinh.
- Chỉ có 4 loài gây bệnh chắc chắn ở người đó là:
 - + *Mycoplasma pneumoniae* gây bệnh hô hấp,
 - + *Mycoplasma hominis*,
 - + *Mycoplasma genitalium* và
 - + *Mycoplasma (Ureaplasma) urealyticum* là tác nhân của bệnh đường sinh dục.

MYCOPLASMA



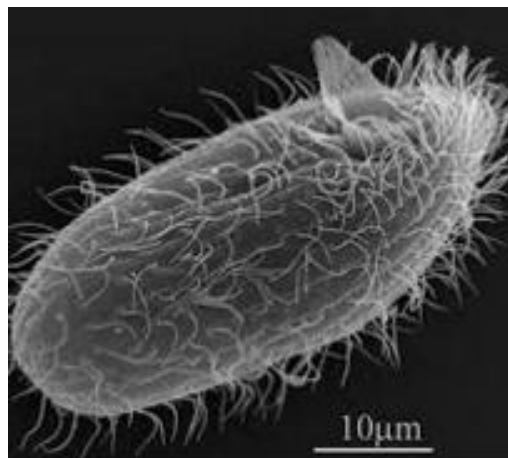
1.4 Nấm

Nấm có thành tế bào dày và có thể sinh ra những bào tử đề kháng với môi trường không thuận lợi.



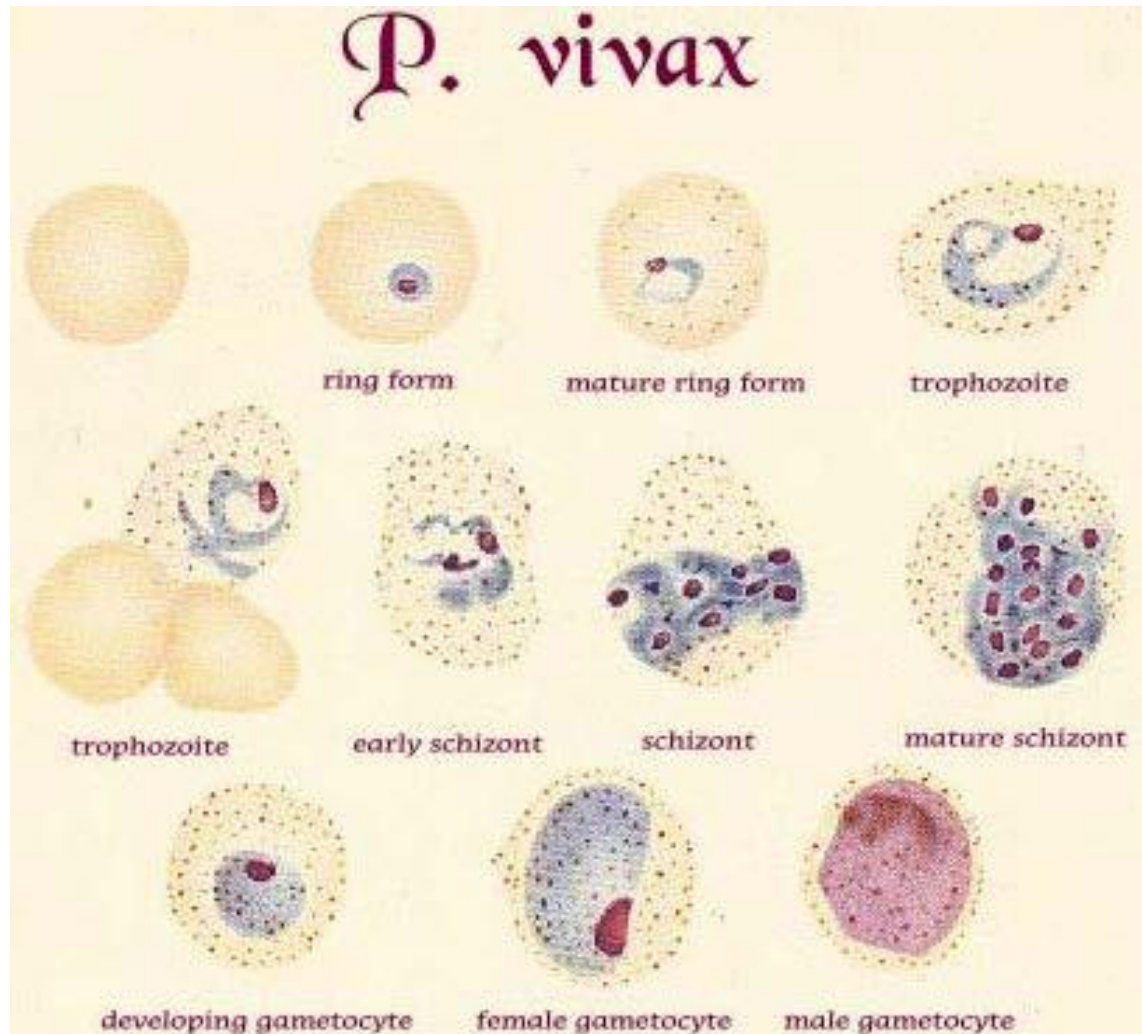
1.5 Sinh vật đơn bào

Các sinh vật đơn bào có khả năng vận động, có màng bào tương gấp nếp được và có những bào quan phức tạp



1.6 Ký sinh trùng

Các ký sinh trùng là những cơ thể đa bào biệt hóa, vòng đời phức tạp

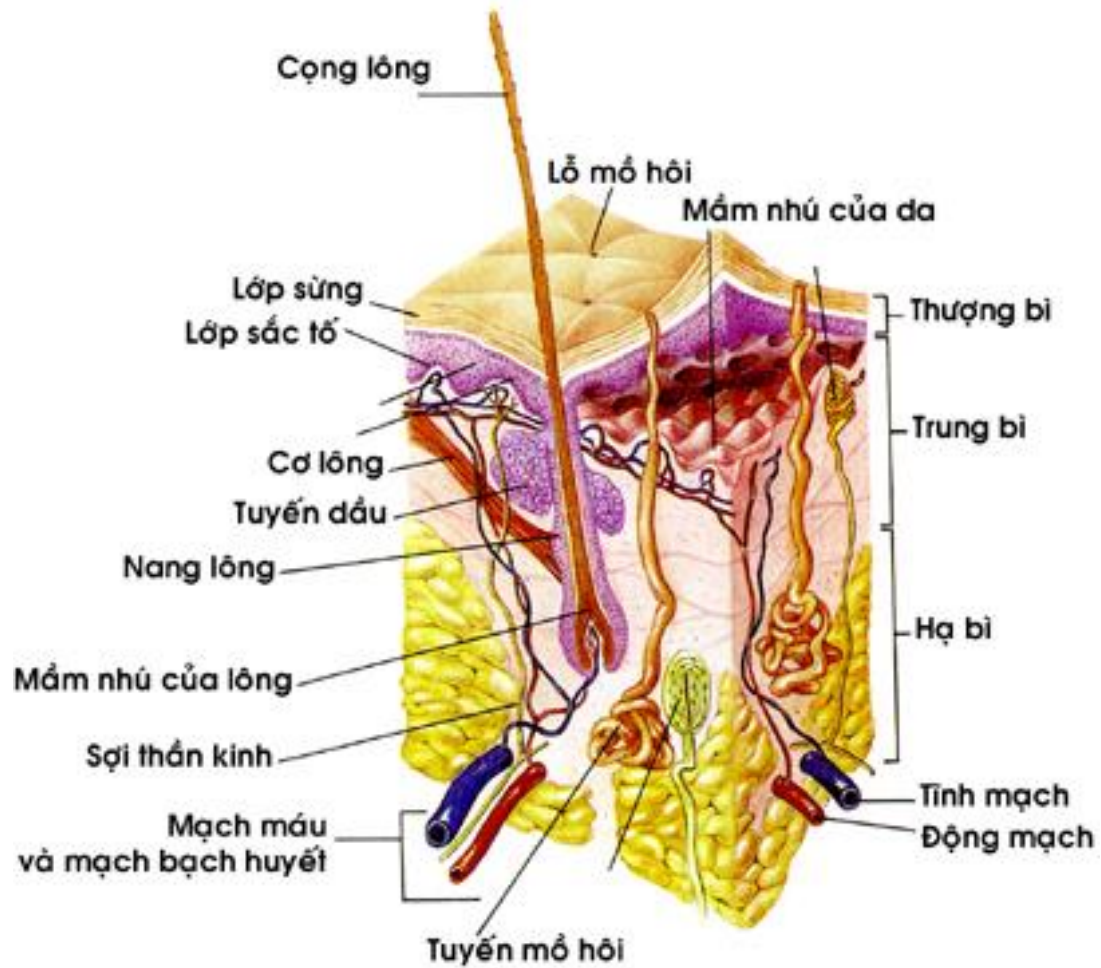


2. Các cơ chế bảo vệ chống vi sinh vật của cơ thể vật chủ

Cơ chế bảo vệ	Chi tiết
Hàng rào vật lý và hóa học	Tính toàn vẹn của da và niêm mạc Các cơ vòng, nắp thanh quản Dòng bài tiết bình thường Vi khuẩn chí nội sinh Dịch tiết: acid dạ dày, dịch tụy
Đáp ứng viêm	Các tế bào thực bào trong máu Bổ thể Hệ thống protein huyết tương...
Hệ võng nội mô	Các thực bào trong mô
Đáp ứng miễn dịch	Miễn dịch qua trung gian tế bào Miễn dịch dịch thể

2.1 Hàng rào vật lý hoá học

2.1.1 Da

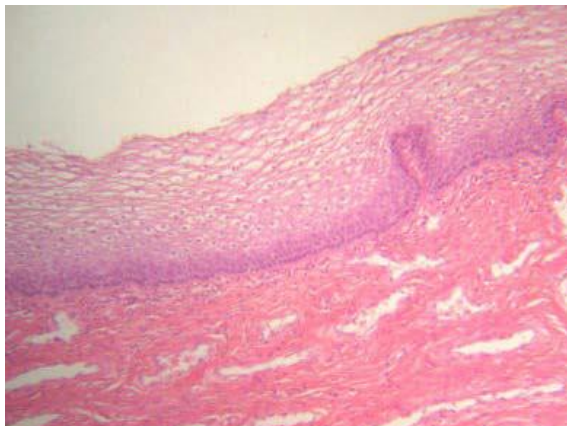


2.1.1 Các niêm mạc

Niêm mạc đường hô hấp



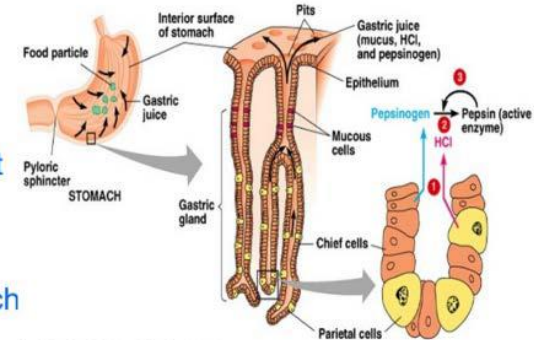
Niêm mạc đường tiêu hóa – sinh dục



Niêm mạc đường tiêu hóa

Cấu tạo lớp niêm mạc dạ dày

- Tế bào chủ tiết enzym
- Tế bào vách tiết HCl
- Tế bào phụ tiết niêm dịch



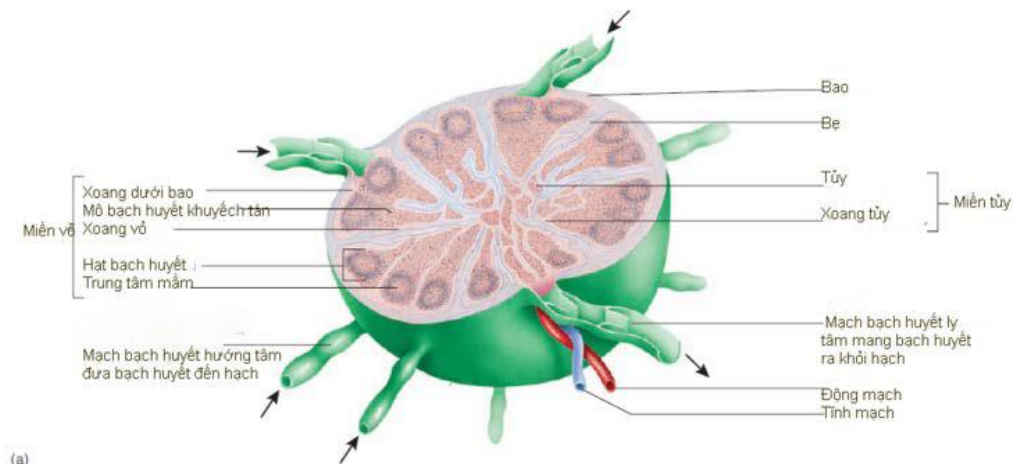
Copyright © 2002 Pearson Education, Inc., publishing as Benjamin Cummings.

2.2 Đáp ứng viêm

- Các tế bào thực bào lưu hành (bạch cầu đa nhân và monocyte) là nền tảng cho đáp ứng viêm.
- Chúng thực bào các vi khuẩn tại các ổ nhiễm trùng và khởi động đáp ứng viêm .

2.3 Hệ liên võng nội mô

- Gồm tế bào Kupper (đại thực bào trong gan), đại thực bào phế nang, đại thực bào lách, hạch bạch huyết, tế bào màng nang cuộn mao mạch trong thận, tế bào đệm trong nhu mô não.

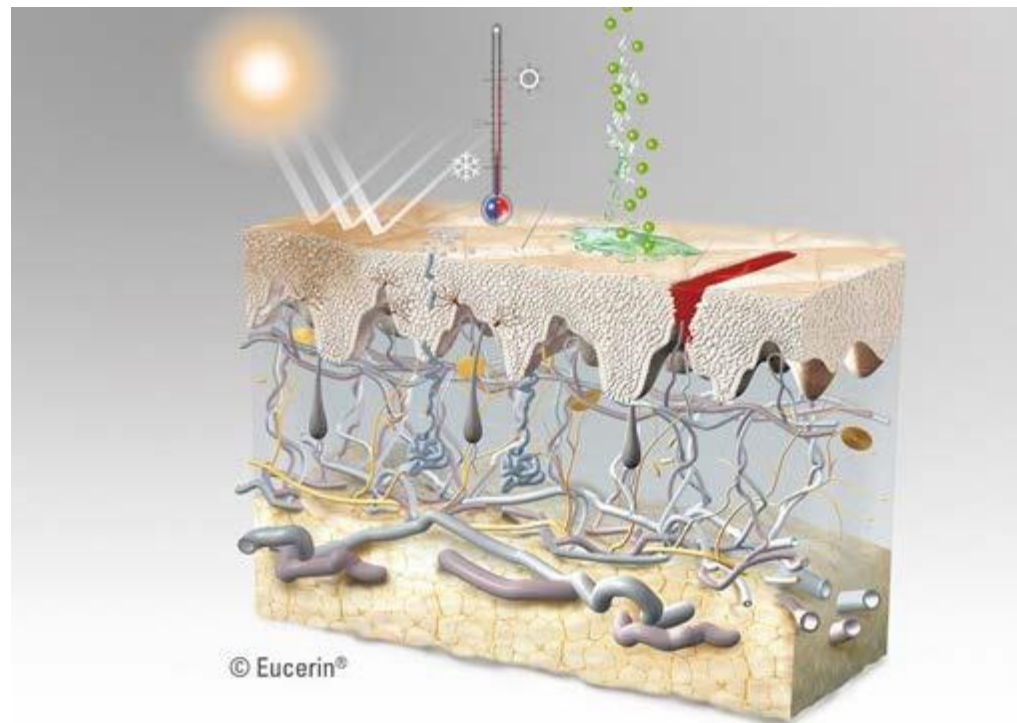


2.4 Đáp ứng miễn dịch (đã nêu trong chương miễn dịch – dị ứng)

3. Cơ chế vi sinh vật gây bệnh vượt qua hàng rào bảo vệ cơ thể

3.1 Qua da

Do xước, bỏng, tổn thương, can thiệp y tế, chọc dò...



3.2 Qua các niêm mạc

3.2.1 Đường hô hấp

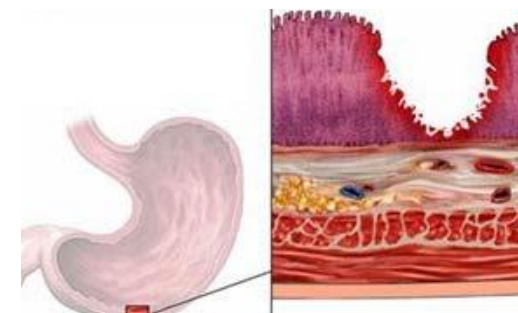
Khi hệ lông chuyển và chất nhày bị tổn thương do khói thuốc, can thiệp đặt ống sond, ống NKQ... còn do vi khuẩn tiết men phân giải chất nhày hoặc liệt biểu mô lông chuyển...



3.2.2 Đường tiêu hóa

Khi độ acid của dạ dày thấp, mất cân bằng các chủng vi khuẩn trong ruột hay do tắc ruột

Do độc tố vi khuẩn (tụ cầu, tả...) gây loét viêm, tổn thương niêm mạc (Shigela, Amip...)



3.2.3 Đường tiết niệu

Khi xước, tắc do sỏi, thủ thuật hay lây qua đường tình dục...



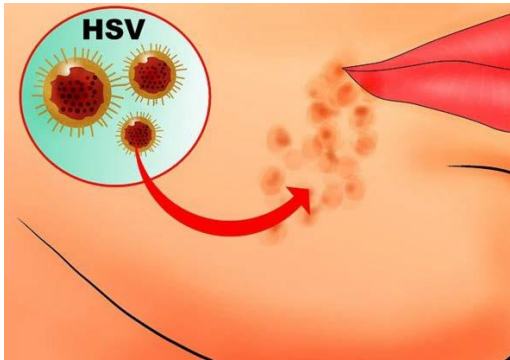
4. Cơ chế gây bệnh nhiễm trùng của vi sinh vật

- Vi sinh vật gây tổn thương mô theo các cách sau:
 - + Gây chết tế bào trực tiếp
 - + Giải phóng nội độc tố hay ngoại độc tố gây chết tế bào, giải phóng men phân giải các thành phần của mô hoặc gây hoại tử thiêu máu hay tổn thương mạch máu.
 - + Gây nên phản ứng của tế bào vật chủ, do quá trình chống lại tác nhân gây nên các tổn thương mô kèm theo như tạo mủ, sẹo hay quá mẫn.



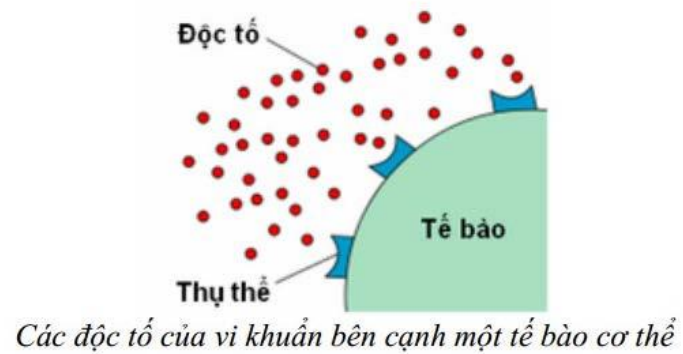
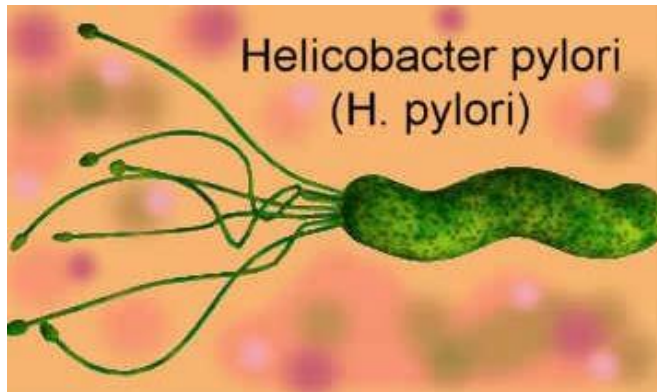
4.1 Virus

- Virus xâm nhập vào trong và nhân lên ở bên trong tế bào của vật chủ nên gây tổn thương,
- Sự xâm nhập có liên quan đến các protein đặc hiệu gắn trên các thụ thể đặc hiệu của tế bào vật chủ
- Chúng gây chết tế bào vật chủ do:
 - + Ức chế tổng hợp DNA, RNA, protein của tế bào vật chủ.
 - + Gây tổn hại màng tế bào vật chủ
 - + Gây độc tế bào
 - + Tổn thương các tế bào quan trọng đóng vai trò đề kháng của cơ thể với vi sinh vật
 - + Tổn thương gián tiếp tới các tế bào khác
 - + Gây chuyển dạng tế bào làm tăng sinh u.



4.2 Yếu tố dính và độc tố vi khuẩn

- Yếu tố dính của vi khuẩn là các phân tử gắn vào các thụ thể đặc biệt của mô tế bào, các phân tử này thường khu trú trên các cấu trúc sợi (lông, tua) của vi khuẩn. Chính yếu tố dính làm tăng độc lực của vi khuẩn.
- Độc tố của vi khuẩn giúp cho vi khuẩn xâm nhập vào mô và gây tổn thương mô, rối loạn chức năng mô hoặc hệ cơ quan khác hay toàn thân.



4.3 Sự né tránh miễn dịch của vi sinh vật

Vi sinh vật có thể vượt qua hệ thống miễn dịch của cơ thể bằng các cơ chế như:

4.3.1 Không tiếp xúc với phản ứng miễn dịch

Sống trong long ruột non, bang quang hoặc xâm nhập nhanh vào tế bào chủ trước khi phản ứng miễn dịch có hiệu lực hay tạo thành nang...

4.3.2 Che đậy hoặc thay đổi cấu trúc kháng nguyên

Một số có khả năng thay đổi kháng nguyên bề mặt trong những lần tái nhiễm để cơ thể vật chủ không nhận ra ...

4.3.3 Đề kháng với tiêu hủy qua trung gian bổ thể

Một số E.coli có kháng nguyên K ngăn cản sự hoạt hóa bổ thể theo con đường tắt và sự ly giải tế bào...

4.4.4 Ức chế miễn dịch đặc hiệu và không đặc hiệu

Heamophilus tiết ra các protease phân hủy các kháng thể...

5. Biến đổi của cơ thể vật chủ trong bệnh nhiễm trùng

- Những biến đổi trong cơ thể người bệnh mắc bệnh nhiễm trùng về lâm sàng thường là các triệu chứng:
- sốt, sưng, nóng đỏ, đau, rét run, viêm cục bộ, tăng bạch cầu, di hóa protein và phản ứng huyết thanh.
- BC đa nhân tăng trong máu là do lympho và đại thực bào tham gia quá trình đáp ứng chống nhiễm trùng sản xuất ra các cytokine thúc đẩy tủy xương tăng sinh bạch cầu...
- Đáp ứng của cơ thể có thể gây ra các phản ứng có lợi hoặc bất lợi



6. Các hình thái phản ứng mô của vật chủ với nhiễm trùng

Nhiều tác nhân gây bệnh gây nên cùng một kiểu phản ứng của mô , ít có những hình ảnh đặc trưng cho một tác nhân gây bệnh. Các hình thái phản ứng mô chủ yếu là:

6.1 Viêm mủ

Hay xảy ra nhất với các cầu khuẩn Gram +...tại vùng viêm có các chất hóa ứng động bạch cầu là cho bạch cầu đa nhân bị lôi kéo đến ổ viêm và phá hủy tổ chức tạo thành mủ.



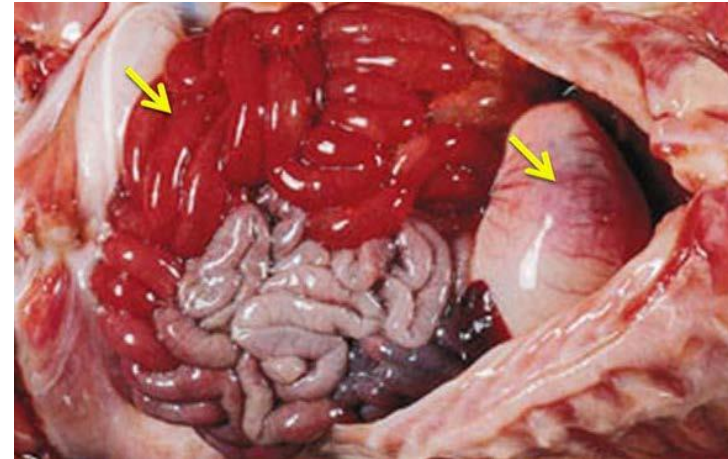
6.2 Viêm u hạt

Hay xảy ra với các vi khuẩn phân chia chậm (vk lao) Tổn thương là ổ hoại tử trung tâm, xung quanh u hạt là những tế bào khổng lồ (do các đại thực bào tổn thương hợp nhất với nhau tạo thành) và các tế bào lympho.



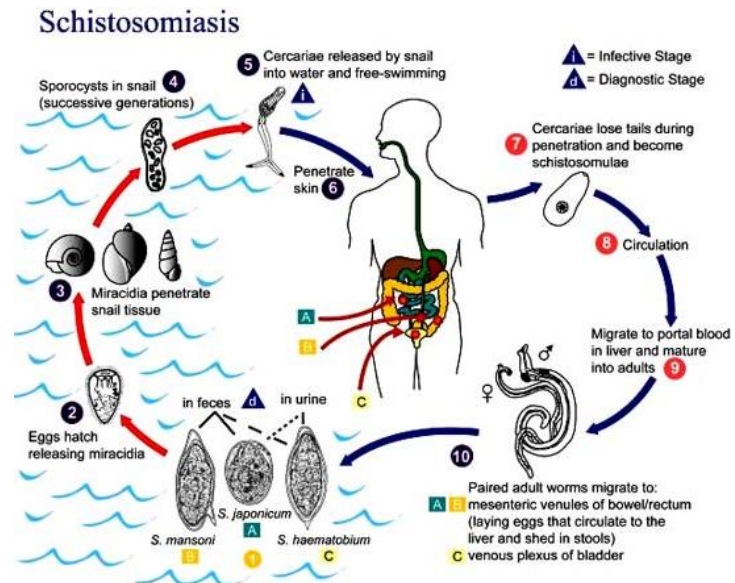
6.3 Viêm hoại tử

Những vi sinh vật tiết các độc tố mạnh (như *Chlostridium perfringens*...) gây ra tổn thương mô nặng và nhanh đến mức gây chết tế bào, đây là hiện tượng nổi bật của viêm hoại tử.



6.4 Viêm mạn tính và sẹo hóa

Một số tác nhân gây viêm mạn tính có thể dẫn tới sẹo hóa quá mức gây rối loạn chức năng cơ quan (xơ gan do trứng sán máng...)



DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê duyệt kết quả đấu thầu - gói thầu: Cung ứng thuốc năm 2013 cho các cơ sở khám chữa bệnh trực thuộc Sở Y tế thành phố Đà Nẵng và quyết định số 3331/SYT-NVD ngày 29/11/2013 của Sở y tế thành phố Đà Nẵng về việc hướng dẫn ký hợp đồng mua thuốc phục vụ công tác khám chữa bệnh, Giám đốc bệnh viện ban hành danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú GD/IK/BS	Công ty trung tâm
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRUNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:								
6.1. Thuốc trị giun, sán:								
92	Albendazol	Pentinox	Uống- 400mg/viê	SPM - VNam	Viên	2.499	x	Dapharco
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:								
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:								
93	Amoxicilin	Amoxicilin	Uống- 250mg/gói	Bidiphar - VNam	Gói	777	x	Dapharco
94	Amoxicilin	Amoxicilin 250mg	Uống- 250mg/viê	Vidipha - VNam	Viên	495	x	Dapharco
95	Amoxicilin	Amoxicilin 500mg	Uống- 500mg/viê	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	672	x	Bidiphar
96	Amoxicillin+acid clavulanic	Nacova DT	Uống- (200+28,5)mg/viên	Micro Labs - Ấn Độ	Viên	3.499	x	Dapharco
97	Amoxicillin + acid clavulanic	pms- Claminat 250mg/31,25 mg	Uống- (250+ 31,25)mg/ gói	Công ty Cổ phần Dược phẩm Imexpharm Việt Nam	Gói	4.494	x	Dapharco
98	Amoxicillin + acid clavulanic	Augbidil 625	Uống- (500+125) mg/viên	Bidiphar - VNam	Viên	3.570	x	Dapharco
99	Amoxicillin + acid clavulanic	Koact 625 Tab	Uống- (500+125) mg/viên	Aurobindo Pharma Ltd. - Ấn Độ	Viên	6.700	x	Dapharco
100	Amoxicillin + acid clavulanic	pms- Claminat 625mg	Uống- (500+125) mg /viên	Công ty Cổ phầnDược phẩm Imexpharm	Viên	5.292	x	Dapharco
101	Amoxicillin + acid clavulanic	Augmex Duo	Uống- (875+125) mg/viên	Korea United - Hàn Quốc	Viên	9.979	x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê duyệt kết quả đấu thầu - gói thầu: Cung ứng thuốc năm 2013 cho các cơ sở khám chữa bệnh trực thuộc Sở Y tế thành phố Đà Nẵng và quyết định số 3331/SYT-NVD ngày 29/11/2013 của Sở y tế thành phố Đà Nẵng về việc hướng dẫn ký hợp đồng mua thuốc phục vụ công tác khám chữa bệnh, Giám đốc bệnh viện ban hành danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú		Công ty trung thầu
							GD	TKBS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KỶ SINH TRUNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:									
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:									
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:									
102	Amoxicillin + acid clavulanic	Clamogentin 1,2g	Tiêm- (1+0,2)g/1	VCP - VNam	Lọ	28.645		x	Dapharco
103	Amoxicillin + acid clavulanic	Augmentin	Tiêm - (1+0,2)g/1 ọ	SmithKline Beecham Pharmaceutical s. - Anh	Lọ	42.209		x	Dapharco
104	Ampicilin+Sulbactam	Auropennz 1,5	Tiêm- (1g+0,5g)/ lọ	Aurobindo Pharma-India	Lọ	39.995		x	Dapharco
105	Ampicilin+Sulbactam	Bipisyn	Tiêm- (1g+0,5g)/ lọ	Bidiphar 1 - Việt Nam	Lọ	19.740		x	Bidiphar
106	Ampicilin+Sulbactam	Sulacillin 1,5g	Tiêm- (1g+0,5g)/ lọ	Mustafa - Thổ Nhĩ Kỳ	Lọ	56.699		x	Dapharco
107	Benzylpenicilin	Benzyl Penicilin 1.000.000 IU	Tiêm- 1MUI/lọ	Pharbaco - VNam	Lọ	2.498		x	Dapharco
108	Cefaclor	Cefaclor	Uống- 125mg/gói	Domesco - VNam	Gói	1.754		x	Dapharco
109	Cefaclor	Cefaclor 250mg	Uống- 250mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	2.205		x	Dapharco
110	Cefaclor	Celorstad 250mg	Uống- 250mg/ viên	Công ty cổ phần Pymepharco Việt Nam	Viên	4.750		x	Dapharco
111	Cefaclor	Iclor	Uống- 250mg/viê	Ildong - Hàn Quốc	Viên	4.947		x	Dapharco
112	Cefadroxil	Cefadroxil	Uống- 250mg/gói	Domesco - VNam	Gói	1.460		x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê duyệt kết quả đấu thầu - gói thầu: Cung ứng thuốc năm 2013 cho các cơ sở khám chữa bệnh trực thuộc Sở Y tế thành phố Đà Nẵng và quyết định số 3331/SYT-NVD ngày 29/11/2013 của Sở y tế thành phố Đà Nẵng về việc hướng dẫn ký hợp đồng mua thuốc phục vụ công tác khám chữa bệnh, Giám đốc bệnh viện ban hành danh mục thuốc sử dụng tại Bệnh

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú GDTKBS	Công ty trung thà
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRUNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:								
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:								
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:								
114	Cefadroxil	Cefadroxil 500mg	Uống- 500mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	1.302	x	Dapharco
115	Cefadroxil	Droxicef 500mg	Uống- 500mg/ viên	Công ty cổ phần Pymepharco	Viên	2.200	x	Dapharco
116	Cefalexin	Biceflexin powder	Uống- 250mg/gói	Bidiphar - VNam	Gói	1.029	x	Dapharco
117	Cefalexin	Cephalexin 250mg	Uống- 250mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	609	x	Dapharco
118	Cefazolin	Cefazolin 1g	Tiêm-1g bột đóng khô/lo	Bidiphar 1 - Việt Nam	Lọ	16.800	x	Bidiphar
119	Cefazolin	Sprealin	Tiêm- 1g/lọ	Công Ty CPDP Am Vi- VN (SXNQ: Affordable - USA)	Lọ	24.995	x	Dapharco
120	Cefdinir	Aldinir 300mg	Uống- 300mg/viê n.	Alembic - Ấn Độ	Viên	10.003	x	Dapharco
121	Cefepim*	Amfapime 1g	Tiêm-	Alkem - Ấn	Lọ	71.998	x	Dapharco
122	Cefixim	Bicebid 100	Uống- 100mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	1.365	x	Dapharco
123	Cefixim	Bicebid 200	Uống- 200mg/viê	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	3.885	x	Bidiphar
124	Cefixim	Cefimbrand 100	Uống- 100mg/gói	Vidipha - VNam	Gói	1.910	x	Dapharco
125	Cefixim	Cefixim 100	Uống- 100mg/viê	Pragya - Ấn Độ	Viên	1.299	x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú		Công ty trung thầu
							GD	TKBS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:									
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:									
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:									
126	Cefixim	Cefixime MKP 50	Uống- 50mg/ gói	Công ty cổ phần hoá- được phẩm	Gói	2.100		x	Dapharco
127	Cefixim	Daxame	Uống- 200mg/viê	Gracure - Ấn Đô	Viên	2.390		x	Dapharco
128	Cefixim	Macefix-B.E	Uống- 150mg/ viên	Công ty cổ phần tập đoàn Merap Việt	Viên	7.550		x	Dapharco
129	Cefixim	Macefix-B.E	Uống- 200mg/ viên	Công ty cổ phần tập đoàn Merap Việt	Viên	9.300		x	Dapharco
130	Cefixim	Macefix-B.E	Uống- 250mg/ viên	Công ty cổ phần tập đoàn Merap Việt	Viên	12.300		x	Dapharco
131	Cefixim	Macefix-B.E	Uống- 75mg/ gói	Công ty cổ phần tập đoàn Merap Việt	Gói	6.550		x	Dapharco
132	Cefoperazon*	Bifopezon 1g	Tiêm- 1g/lo	Bidiphar 1 - Việt Nam	Lọ	19.782	x		Bidiphar
133	Cefoperazon + sulbactam*	Prazone - S 1g	Tiêm- (0,5+0,5)g /lo	Venus Remedies-India	Lọ	52.700	x		Dapharco
134	Cefotaxim	Midataxim 0.75g	Tiêm- 0.75g/lo	Minh Dân - VNam	Lọ	18.898		x	Dapharco
135	Cefotaxim	Cefotaxone 1g	Tiêm- 1g/lo	Bidiphar 1 - Việt Nam	Lọ	9.980		x	Dapharco
136	Cefotaxim	Cefantral	Tiêm- 1g/lo	Lupin Limited- India	Lọ	17.895		x	Dapharco
137	Cefotaxim	Seonelxime 1g	Tiêm- 1g/lo	Chunggei Pharm - Hàn	Lọ	17.900		x	Dapharco
138	Cefotiam*	Kontiam	Tiêm- 1g/lo	Hankook Korus - Hàn	Lọ	58.000	x		Dapharco
139	Cefpodoxim	Auropodox 100	Uống- 100mg/viê	Aurobindo Pharma - Ấn	Viên	7.499		x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	DVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung tâm
							GD	TK	BS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:										
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:										
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:										
154	Cefuroxim	Zinnat	Uống - 250mg/viê n	Glaxo Operations UK Ltd -Anh	Viên	13.158			x	Dapharco
155	Cefuroxim	Bifumax 250	Uống- 250mg/viê n	Bidiphar - VNam	Viên	2.415			x	Dapharco
156	Cefuroxim axetil	Bifumax 500	Uống- 500mg/ viên	Công ty Cổ phần Dược phẩm Bidiphar l. Việt Nam.	Viên	4.590			x	Dapharco
157	Cefuroxim	Zinnat	Uống - 500mg/viê n	Glaxo Operations UK Ltd -Anh	Viên	24.579			x	Dapharco
158	Cefuroxim	Tamecef - 500	Uống- 500mg/viê n	Systa Labs - Ấn Độ	Viên	9.499			x	Dapharco
159	Cefuroxim	Cefuroxim 750mg	Tiêm- 750mg/lo	VCP - VNam	Lọ	18.500			x	Dapharco
160	Cefuroxim	Newtiroxim	Tiêm- 750mg/lo	Myung - In - Hàn Quốc	Lọ	32.000			x	Dapharco
161	Cefuroxim	Zinnat	Uống - 125mg/5m l/50ml	Glaxo Operations UK Ltd -Anh	Chai	#####	x			Dapharco
162	Cloxacilin	Bixacin	Tiêm- 0,5g bột đông	Bidiphar - VNam	Lọ	28.350			x	Dapharco
163	Cloxacilin	Cloxacillin 0.5g	Tiêm- 0,5g/lo	Bidiphar - VNam	Lọ	16.800			x	Dapharco
164	Ertapenem*	Invarez inj 1g	Tiêm- 1g/lo	Laboratoire Merck Sharp & Dohme - Chibret (Mirabel)- Pháp, packed	Viên	#####	x			Dapharco
165	Imipenem+Cilastati n*	Tienam	Tiêm - (0,5+0,5)g /lo	Merck & Co., Inc- Mỹ, packed by	Lọ	#####	x			Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ,	Cơ sở sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty
			Hàm lượng	nước sản xuất			GD	TK	BS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRUNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:										
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:										
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:										
166	Imipenem+ Cilastatin*	Alimpenam - C	Tiêm- (0,5+0,5)g /lo	Alembic - Ấn Độ	Lọ	#####	x			Dapharco
167	Meropenem*	DBL Meropenem	Tiêm- 1g/ống	Hospira Healthcare India Pvt. Ltd	Ống	#####	x			Dapharco
168	Meropenem*	Meropenem	Tiêm - 1g/lo	ACS Dobfar S.P.A - Ý	Lọ	#####	x			Dapharco
169	Meropenem*	Maxpenem Inj 500mg	Tiêm- 500mg/ón g	JW Pharmaceutical Korea Corporation - Hàn Quốc	Ống	#####	x			Dapharco
170	Meropenem*	Nopen	Tiêm- 500mg/lo	Phil Inter Pharma -	Lọ	#####	x			Dapharco
171	Oxacilin	Oxacillin 1g	Tiêm-	Bidiphar -	Lọ	35.070			x	Dapharco
172	Piperacilin+ tazobactam*	Pisa 4,5g	Tiêm- (4+0,5)g/l	Venus Remedie	Lọ	#####	x			Dapharco
173	Ticarcilin+Acid Clavulanic	Combikit	Tiêm- (1,5+0,1)g /lo	Công ty Minh Dân - VNam	Lọ	#####	x			Dapharco
6.2.2. Thuốc nhóm aminoglycosid:										
174	Amikacin*	Abicin 250	Tiêm- 250mg/lo	Bidiphar - VNam	Lọ	28.350	x			Dapharco
175	Amikacin*	Amikacin 500mg	Tiêm- 500mg bột đông khô/lo	Bidiphar - VNam	Lọ	36.015	x			Dapharco
176	Amikacin*	Vinphacine 500mg/2ml	Tiêm- 500mg/ón	Vĩnh Phúc - VNam	Ống	15.750	x			Dapharco
177	Gentamycin	Gentamicin Kabi 40mg/ml	Tiêm- 40mg/ống	Bidiphar - VNam	Ống	987			x	Dapharco
178	Gentamycin	Gentamicin Kabi	Tiêm- 80mg/lo	Bidiphar - VNam	Ống	1.092			x	Dapharco
179	Gentamycin	Gentamycin	Tiêm- 80mg/ón	Vĩnh Phúc - VNam	Lọ	1.092			x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ,	Cơ sở sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú		Công ty
			Hàm lượng	nước sản xuất			GD	TKBS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRUNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:									
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:									
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:									
180	Tobramycin	Vinbrex-80mg/2ml	Tiêm-80mg/2ml	Vinphaco - VNam	Ống	26.400		x	Dapharco
6.2.3. Thuốc nhóm phenicol:									
181	Cloramphenicol	Clorocid 250mg	Uống-250mg/viê	Pharbac Việt Nam	viên	574		x	Dapharco
6.2.4. Thuốc nhóm nitroimidazol:									
182	Metronidazol	Metronidazol Kabi 500mg/100ml	Tiêm-500mg/100ml	Bidiphar - VNam	Ống	13.062		x	Dapharco
183	Tinidazol	Tinidazol 500mg	Uống-500mg/viê	TV Pharm - VNam	Viên	496		x	Dapharco
6.2.5. Thuốc nhóm lincosamid:									
184	Clindamycin	Clindamycin 150mg	Uống-150mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	735		x	Dapharco
185	Clindamycin	Clindamycin 300mg	Uống-300mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	1.575		x	Dapharco
186	Clindamycin	Dalacin C	Tiêm - 300mg/2ml	Pfizer Manufacturing Belgium NV - VNam	Lọ	49.130		x	Dapharco
187	Clindamycin	Clindacine 600	Tiêm-600mg/4ml	Vinphaco - VNam	Lọ	39.480		x	Dapharco
188	Clindamycin	Clyodas	Tiêm-600mg bột đông khô/lọ	Bidiphar 1 - Việt Nam	Lọ	42.000		x	Bidiphar
6.2.6. Thuốc nhóm macrolid:									
189	Azithromycin	Azithromycin 250mg	Uống-250mg/viê	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	2.415		x	Bidiphar
190	Azithromycin	Azoget 250mg	Uống-250mg/viê	Getz Pharma - Pakistan	Viên	4.849		x	Dapharco
191	Azithromycin	Aziefti 500mg	Uống-500mg/viê	3/2 - VNam	Viên	3.822		x	Dapharco
192	Clarithromycin	Cetecocenclar 250	Uống-250mg/viê	TW3 - VNam	Viên	1.870		x	Dapharco
193	Clarithromycin	Claritab 500	Uống-500mg/viê	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	3.885		x	Bidiphar

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú		Công ty trúng thầu
							GD	TKBS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRUNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:									
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:									
6.2.1. Thuốc nhóm beta-lactam:									
194	Clarithromycin	Clarithromycin Stada	Uống- 500mg/viê	Stada-VN	Viên	5.500		x	Dapharco
195	Erythromycin	Erythromycin 250mg	Uống- 250mg/gói	Bidiphar - VNam	Gói	2.100		x	Dapharco
196	Erythromycin	Erythromycin 250mg	Uống- 250mg/viê	Vidipha - VNam	Viên	992		x	Dapharco
197	Roxithromycin	Dorolid	Uống- 150mg/viê	Domesco - VNam	Viên	802		x	Dapharco
198	Spiramycin	Doropycin 750.000IU	Uống- 0,75MUI/ gói	Domesco - VNam	Gói	1.284		x	Dapharco
199	Spiramycin	Doropycin 1,5MIU	Uống- 1,5MUI/vi ên	Domesco - VNam	Viên	1.732		x	Dapharco
200	Spiramycin	Rovagi 3 MUI	Uống- 3MUI/viê	Agimexpfarm - Việt Nam	viên	3.350		x	Agimexp harm
201	Spiramycin+Metro nidazol	Zolgyl	Uống- (750000U I+125mg) /viên	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	1.050		x	Bidiphar
6.2.7. Thuốc nhóm quinolon:									
202	Ciprofloxacin	Ciprobay 500	Uống - 500mg/viê	Bayer Schering	Viên	13.903		x	Dapharco
203	Ciprofloxacin	Ciprofloxacin 500	Uống- 500mg/viê	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	693		x	Bidiphar
204	Ciprofloxacin	Ciprobay 200 I.V	Tiêm truyền - 200mg/10 0ml	Bayer Schering Pharma AG, Đức	Lọ	#####	x		Dapharco
205	Ciprofloxacin	Biocip 200mg	Tiêm truyền- 200mg/10 0ml	Claris - India	Lọ	29.500		x	Dapharco
206	Ciprofloxacin	Ciprofloxacin Kabi	Tiêm- 200mg/10 0ml	Bidiphar - VNam	Chai	16.800		x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung thầu
							GD	TK	B/S	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:										
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:										
207	Levofloxacin*	Levocil IV	Tiêm- 500mg/10 0ml*	CCL Pharma - Pakistan	chai	63.500	x			Dapharco
208	Levofloxacin*	Tavanic	Truyền TM - 500mg/10 0ml	Sanofi - Aventis Deutschland GmbH - Đức	Chai	#####	x			Dapharco
209	Levofloxacin	Levoquin 250	Uống- 250mg/viê	Pymepharco - VNam	Viên	6.000			x	Dapharco
210	Moxifloxacin*	Engmox	Tiêm truyền- 400mg/25 0ml*	English Pharma - Pakistan	Chai	#####	x			Dapharco
211	Moxifloxacin	Avelox	Uống - 400mg/viê	Bayer Schering	Viên	55.120			x	Dapharco
212	Nalidixic acid	Negradixid	Uống- 500mg/viê	LD Meyer Boc - VNam	Viên	1.175			x	Dapharco
213	Nalidixic acid	Itadixic	Uống- 300mg/5m l/100ml	Beltapharm- Italy	Chai	77.995			x	Dapharco
214	Ofloxacin	Ofloxacin	Uống- 200mg/viê	TW3 - VNam	Viên	550			x	Dapharco
215	Pefloxacin	Peflacin 400mg	Tiêm- 400mg/5m l	Haupt Pharma Livron - Livron Sur Drome - Pháp	Ống	20.471			x	Dapharco
6.2.8. Thuốc nhóm sulfamid:										
216	Sulfadiazin bạc	Silvirin 20g	Kem- 1%/20g/tu bê	Satyam - Ấn Độ	Tube	13.128			x	Dapharco
217	Sulfamethoxazol +Trimethoprim	Bidiseptol	Uống- (400+80) mg/viê	Bidiphar - VNam	Viên	315			x	Dapharco
218	Sulfamethoxazol +Trimethoprim	Agi-Cotrim F	Uống- (800+160) mg/viê	Agimexpharm - Việt Nam	viên	540			x	Agimexp harm

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ,	Cơ sở sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú		Công ty
			Hàm lượng	nước sản xuất			GD	TKBS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:									
6.2. Thuốc chống nhiễm khuẩn:									
6.2.9. Thuốc nhóm tetracyclin:									
219	Doxycyclin	Cyclindox	Uống- 100mg/viê	Medochemi- Cyprus	Viên	1.495		x	Dapharco
6.2.10. Thuốc khác:									
220	Vancomycin*	Vanco- Lyomark	Tiêm- 0,5g/lo	Grunenthal GmbH-	Lọ	74.000	x		Dapharco
221	Vancomycin*	Vancom 0,5g	Tiêm- 500mg/lo	Kiltich Drug - Ấn Độ	Lọ	51.999	x		Dapharco
222	Vancomycin*	Vancomycin	Tiêm- 500g bột đồng	Bidiphar - VNam	Lọ	54.600	x		Dapharco
223	Vancomycin*	Tamiacin 1 gam	Tiêm- 1g/lo	Pymepharco - VNam	Lọ	#####	x		Dapharco
6.3. Thuốc chống virus:									
224	Aciclovir	Aciclovir 200	Uống- 200mg/viê	Agimexpharm - Việt Nam	viên	680		x	Agimexp harm
225	Aciclovir	Aciclovir cream BP 5%	Mô- 5%/5g/tub	Delhi Pharma - Ấn Độ	Tube	5.999		x	Dapharco
226	Aciclovir	Lacovir	Kem- 5%/5g/tub	Cân Giơ - VNam	Tube	7.500		x	Dapharco
227	Adefovir dipivoxil	Adefovir Stada 10mg	Uống- 10mg/viên	Stada-VN	Viên	14.995		x	Dapharco
228	Adefovir dipivoxil	Ambihep	Uống- 10mg/viên	Ampharco USA - VNam	Viên	11.000		x	Dapharco
229	Entecavir	Baraclude 0,5mg Tab	Uống- 0,5mg/viê	Bristol-Myers Squibb -MỸ	Viên	79.890		x	Dapharco
230	Entecavir	Entecavir Stada 0,5mg	Uống- 0,5mg/viê	LD Stada - VNam	Viên	29.200		x	Dapharco
231	Lamivudin	Bilavir	Uống- 100mg/viê	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	2.688		x	Bidiphar
232	Ribavirin	Copegus Tab 200mg	Uống- 200mg/viê	Patheon - Canada	Viên	3.589		x	Dapharco
233	Tenofovir	Tenofovir	Uống- 300mg/viê	Daviphar - VNam	Viên	13.750		x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung thầu
							GD	TK	BS	
VI. THUỐC ĐIỀU TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN:										
6.4. Thuốc chống nấm:										
234	Amphotericin B*	Amphotret	Tiêm- 50mg/lọ	Bharat Serums and Vaccines Ltd- Ấn Độ	Lọ	#####	x			Dapharco
235	Dequalinium	Fluomizin	Thuốc đặt- 10mg/viên	Rottendorf Pharma GmbH - Đức	Viên	18.145			x	Dapharco
236	Fluconazol	Fluconazol Stada 150mg	Uống- 150mg/viê	Stada-VN	Viên	11.995			x	Dapharco
237	Itraconazol	Itranstad	Uống- 100mg/viê	Stada-VN	Viên	11.995			x	Dapharco
238	Itraconazol	Kupitral	Uống- 100mg/viê	Korea United - Hàn Quốc	Viên	8.200			x	Dapharco
239	Itraconazol	Taleva 100mg	Uống- 100mg/viê	BV Pharma - VNam	Viên	7.598			x	Dapharco
240	Itraconazol	Sporanox IV	Tiêm - 250mg/25 ml	Janssen Pharmaceutica N.V., Belgium	Ống	#####	x			Dapharco
241	Ketoconazol	Ketoconazole 200mg	Uống- 200mg/viê	Mekophar - VNam	Viên	758			x	Dapharco
242	Nystatin+Neomycin +Polymyxin B	Ladyvagi	Đặt âm đạo- (100+ 35+35)M	Phil Inter Pharma - VNam	Viên	5.029			x	Dapharco

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyện, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Giáo trình Bệnh học Nội khoa, (2008). Bộ Môn Nội - Trường Đại học Y Dược Huế, NXB Y học
6. Bài Giảng Bệnh học Nội khoa, (2003). Các Bộ môn Nội- Trường Đại học Y Hà nội, NXB Y học
7. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.1.1. Chọn câu sai ~ tác nhân gây bệnh nhiễm trùng gồm:

- A. Virus
- B. Vi khuẩn
- C. Nấm
- D. Động vật

8.1.2. Chọn câu đúng ~ Các cơ chế bảo vệ chống vi sinh vật của cơ thể vật chủ gồm Hàng rào vật lý và hóa học + Đáp ứng viêm + Hệ võng nội mô + Đáp ứng miễn dịch..

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.3. Chọn câu sai ~ Hàng rào vật lý và hóa học trong các cơ chế bảo vệ chống vi sinh vật của cơ thể vật chủ, gồm:

- A. Tính toàn vẹn của da và niêm mạc
- B. Các cơ vòng, nắp thanh quản
- C. Các tế bào thực bào trong máu
- D. Dòng bài tiết bình thường

8.1.4. Chọn câu sai ~ các hình thái phản ứng mô của vật chủ với nhiễm trùng gồm có:

- A. Viêm mủ
- B. Viêm u ác tính
- C. Viêm hoại tử
- D. Viêm mạn tính và sẹo hóa

8.1.5. Chọn đúng sai ~ Các virus đều sống và nhân lên nhờ năng lượng của tế bào chủ mà nó xâm nhập, vì vậy nó bắt buộc phải ký sinh trong tế bào..

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.6. Chọn đúng sai ~ Các tế bào vi khuẩn là những tế bào có nhân phân tán, không có lưới nội nguyên sinh, thành tế bào gồm 2 lớp phospholipid và 1 lớp peptidoglycan

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.7. Chọn đúng sai ~ Thể thực khuẩn, plasmid và transposon là những yếu tố di truyền

động mã hóa các yếu tố độc của vi khuẩn ...

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.8. Chọn câu sai ~ Chlamydia sống ký sinh nội bào, kích thước rất nhỏ bé nhưng không phải là virus mà là vi khuẩn vì:

- A. Chứa axit nucleic ADN .
- B. Có vách tế bào bản chất mucopeptit chứa axit muramic.
- C. Chứa ribosom và nhiều enzyme chuyển hóa.
- D. Chúng nhân lên theo kiểu phân đôi

8.1.9. Chọn câu sai ~ Rickettsia được khẳng định là vi khuẩn vì:

- A. Có tất cả các enzyme cần thiết cho sự chuyển hóa.
- B. Chứa axit nucleic ADN.
- C. Phân bào giống vi khuẩn.
- D. Sử dụng oxy

8.1.10. Chọn đúng/sai ~ Mycoplasma là vi khuẩn không vách tế bào, kích thước nhỏ. Chứa ADN và ARN, tỷ lệ ARN/ADN nhỏ hơn 1, không có vách tế bào nhưng có một vỏ mỏng như màng nguyên tương của vi khuẩn.

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.11. Chọn đúng/sai ~ Nấm có thành tế bào dày và có thể sinh ra những bào tử đề kháng với môi trường không thuận lợi.

- A. Đúng
- B. Sai

- 8.1.12. Chọn câu sai ~ Các cơ chế bảo vệ chống vi sinh vật của cơ thể vật chủ, gồm có
- A. Tính toàn vẹn của da và niêm mạc. Các cơ vòng, nắp thanh quản. Dòng bài tiết bình thường. Vi khuẩn chí nội sinh,. Dịch tiết: acid dạ dày, dịch tụy
 - B. Các tế bào thực bào trong máu. Bổ thể. Hệ thống protein huyết tương...
 - C. Các thực bào trong máu
 - D. Miễn dịch qua trung gian tế bào. Miễn dịch dịch thể

8.1.13. Chọn đúng/sai ~ Các sinh vật đơn bào có khả năng vận động, có màng bào tương gấp nếp được và có những bào quan phức tạp.

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.14. Chọn đúng/sai ~ Các ký sinh trùng là những cơ thể đơn bào biệt hóa, vòng đời phức tạp.

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.15. Chọn đúng/sai ~ Hệ liên võng nội mô gồm tế bào Kupper (đại thực bào trong gan), đại thực bào phế nang, đại thực bào lách, hạch bạch huyết, tế bào màng nang cuộn mao mạch trong thận, tế bào đệm trong nhu mô não

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.16. Chọn đúng/sai ~ Vi sinh vật gây tổn thương mô theo cách sau: Gây chết tế bào trực tiếp. Giải phóng nội độc tố hay ngoại độc tố gây chết tế bào, giải phóng men phân giải các thành phần của mô hoặc gây hoại tử thiêu máu hay tổn thương mạch máu.

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.17. Chọn đúng/sai - Vi sinh vật gây tổn thương mô theo cách sau: Gây nên phản ứng của tế bào vật chủ, do quá trình chống lại tác nhân gây nên các tổn thương mô kèm theo như tạo mủ, sẹo hay quá mẫn.

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.18. Chọn đúng/sai ~ Những biến đổi trong cơ thể người bệnh mắc bệnh nhiễm trùng về lâm sàng thường là các triệu chứng: sốt, sưng, nóng đỏ, đau, rét run, viêm cục bộ, tăng bạch cầu, di hóa protein và phản ứng huyết thanh.

- A. Đúng
- B. Sai

8.1.19. Chọn đúng/sai ~ Những biến đổi trong cơ thể người bệnh mắc bệnh nhiễm trùng về lâm sàng thường là tăng BC đa nhân trong máu (là do lympho và đại thực bào tham gia quá trình đáp ứng chống nhiễm trùng sản xuất ra các cytokine thúc đẩy tủy xương tăng sinh bạch cầu...).

- A. Đúng
- B. Sai





BỆNH LAO

Mục tiêu học tập - Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế b
2. Trình bày được triệu chứng lao phổi ở người lớn
3. Trình bày được nguyên tắc điều trị của bệnh lao
4. Nêu được các phác đồ điều trị bệnh lao áp dụng trong chương trình chống lao quốc gia hiện nay.

Nội dung

1. Định nghĩa và tình hình mắc lao
2. Nguyên nhân, điều kiện thuận lợi và nguồn lây
3. Cơ chế bệnh sinh
4. Phân loại và một số thể lâm sàng bệnh lao
5. Triệu chứng lao phổi ở người lớn
6. Điều trị
7. Phòng bệnh lao



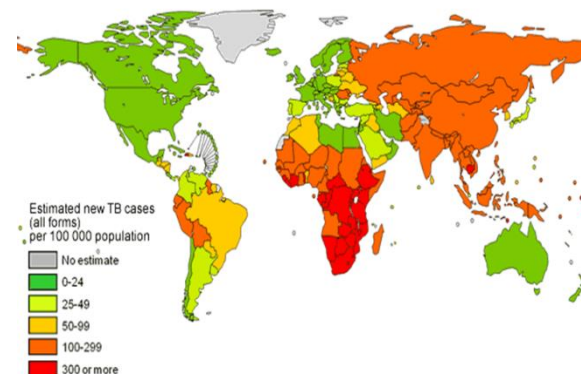
1. Định nghĩa và tình hình mắc lao

1.1 Định nghĩa

- Lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên.
- Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất (chiếm 80 – 85% tổng số ca bệnh) và là nguồn lây chính cho người xung quanh.

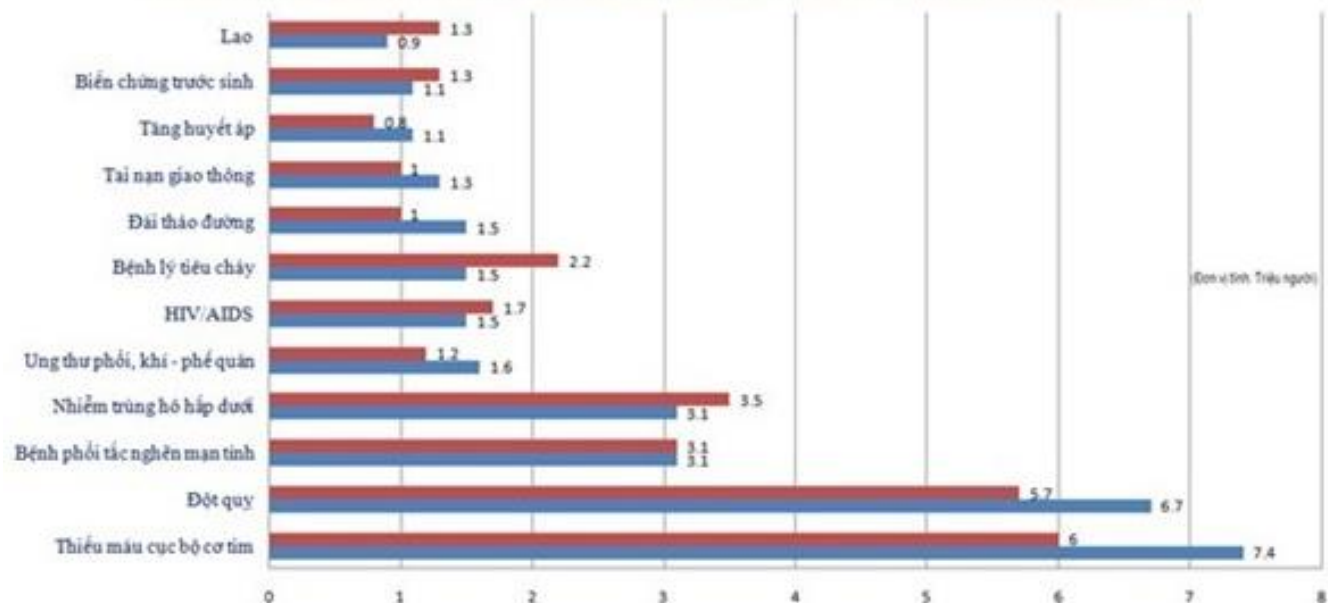
1.2 Tình hình mắc lao hiện nay

- Lao là tình trạng nhiễm vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis*, thường gặp nhất ở phổi nhưng cũng có thể ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương (lao màng não), hệ bạch huyết, hệ tuần hoàn (lao kê), hệ niệu dục, xương và khớp.
- Hiện nay lao là bệnh nhiễm khuẩn chính và thường gặp nhất, ảnh hưởng đến 2 tỉ người tức 1/3 dân số, với 9 triệu ca mới mỗi năm, gây 2 triệu người tử vong, hầu hết ở các nước đang phát triển. (map 2014).



- Hầu hết (90%) các trường hợp nhiễm khuẩn lao là tiềm ẩn không triệu chứng. 10% những người này trong cuộc đời họ sẽ tiến triển thành bệnh lao có triệu chứng, và nếu không điều trị, nó sẽ giết 50% số nạn nhân.
- Lao là một trong 3 bệnh truyền nhiễm gây tử vong cao nhất trên thế giới: HIV/AIDS giết 3 triệu người mỗi năm, lao giết 2 triệu, và sốt rét giết 1 triệu. Sự sa sút trong các chương trình kiểm soát lao, sự bùng phát của đại dịch HIV/AIDS và việc di dân đã khiến lao trở lại.
- Các chủng lao kháng đa thuốc (MDR, multiple drug resistant) đang tăng. Năm 1993, Tổ chức Y tế Thế giới tuyên bố tình trạng khẩn cấp toàn cầu đối với lao.

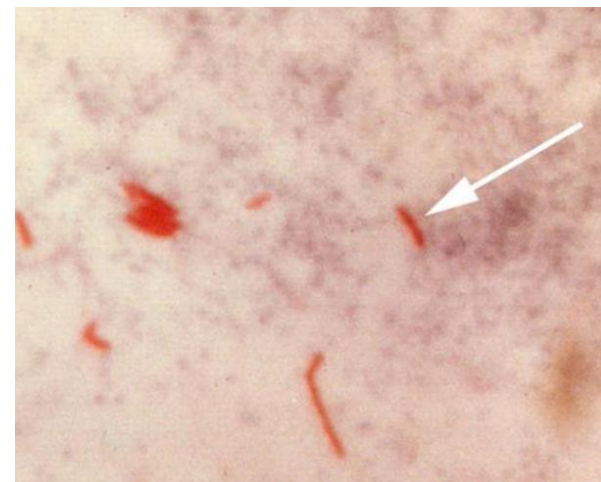
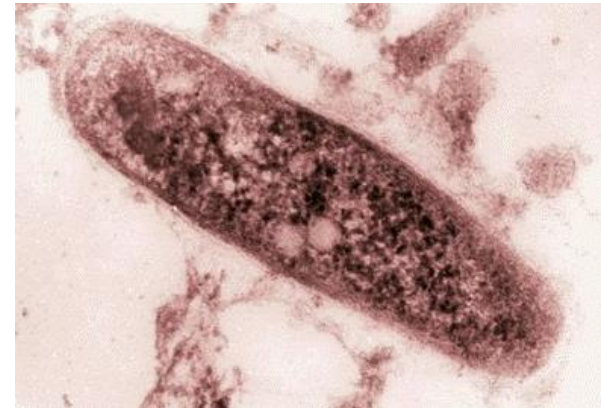
So sánh các nguyên nhân tử vong hàng đầu giữa năm 2012 (xanh) và năm 2000 (hồng)



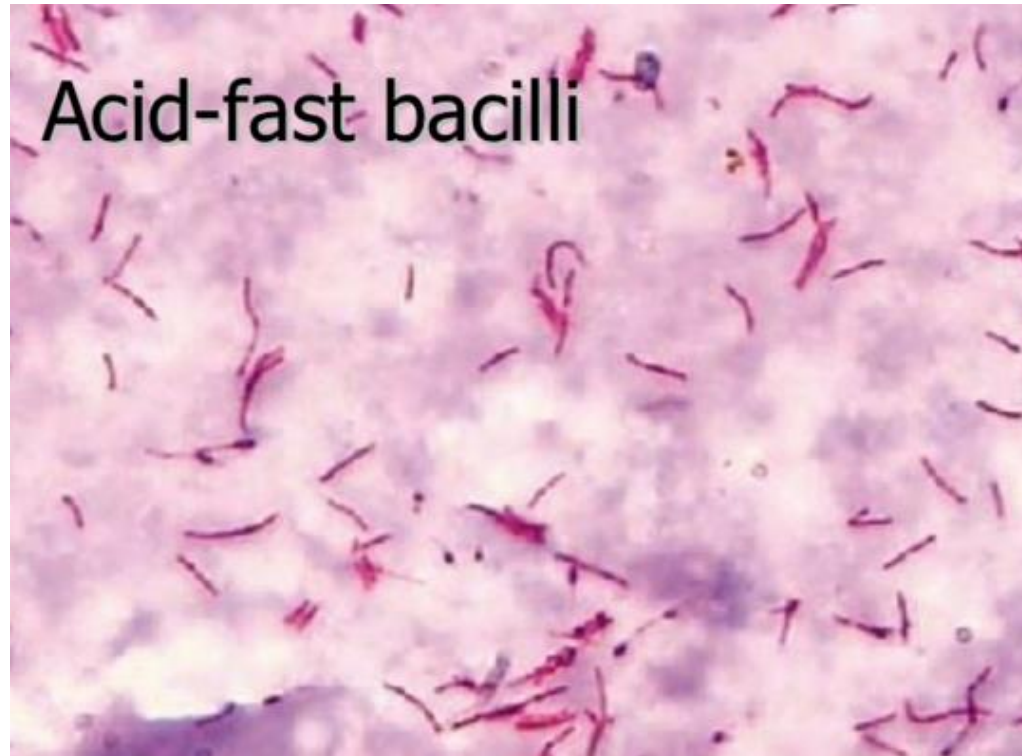
2. Nguyên nhân, điều kiện thuận lợi và nguồn lây

2.1 Nguyên nhân

- Tác nhân gây bệnh lao, *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), là vi khuẩn hiếu khí.
- Vi khuẩn này phân chia mỗi 16 đến 20 giờ, rất chậm so với thời gian phân chia tính bằng phút của các vi khuẩn khác (trong số các vi khuẩn phân chia nhanh nhất là một chủng *E. coli*, có thể phân chia mỗi 20 phút). MTB không được phân loại Gram dương hay Gram âm vì chúng không có đặc tính hoá học này, mặc dù thành tế bào có chứa peptidoglycan.
- Trên mẫu nhuộm Gram, nó nhuộm Gram dương rất yếu hoặc là không biểu hiện gì cả.
- Trực khuẩn lao có hình dạng giống que nhỏ, có thể chịu đựng được chất sát khuẩn yếu và sống sót trong trạng thái khô trong nhiều tuần nhưng, trong điều kiện tự nhiên, chỉ có thể phát triển trong sinh vật ký chủ (cấy *M. tuberculosis* in vitro cần thời gian dài để lấy có kết quả, nhưng ngày nay là công việc bình thường ở phòng xét nghiệm).

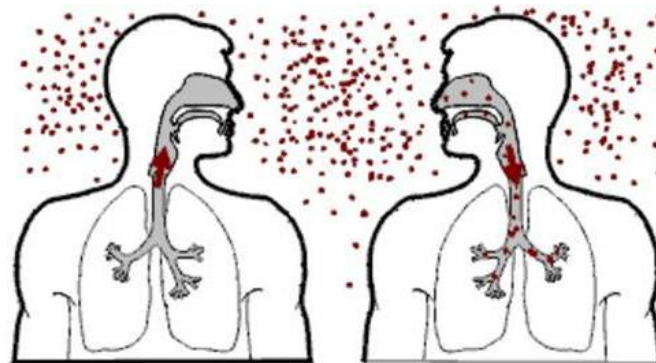


- Trực khuẩn lao được xác định dưới kính hiển vi bằng đặc tính nhuộm của nó: nó vẫn giữ màu nhuộm sau khi bị xử lý với dung dịch acid, vì vậy nó được phân loại là "trực khuẩn kháng acid" (acid-fast bacillus, viết tắt là AFB).
- Với kỹ thuật nhuộm thông thường nhất là nhuộm Ziehl-Neelsen, AFB có màu đỏ tươi nổi bật trên nền xanh. Trực khuẩn kháng acid cũng có thể được xem bằng kính hiển vi huỳnh quang và phép nhuộm auramine-rhodamine.



2.2 Điều kiện thuận lợi

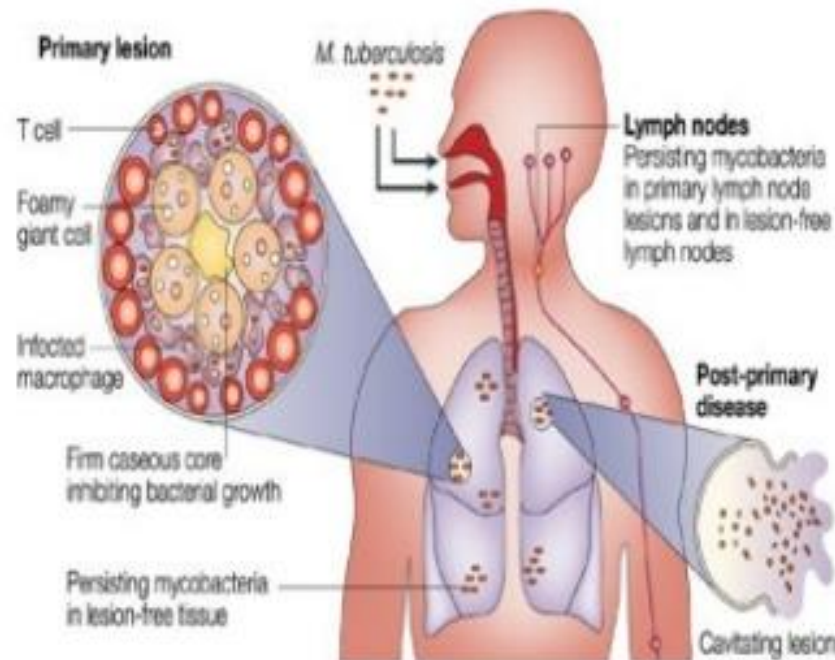
- Lao lan truyền qua các giọt nước trong không khí từ chất tiết khi ho, nháy mũi, nói chuyện hay khạc nhổ của người nhiễm vi khuẩn hoạt động.
- Tiếp xúc gần gũi (kéo dài, thường xuyên, thân mật) là nguy cơ nhiễm bệnh cao nhất (khoảng 22%, nhưng có thể đến 100%).
- Người mắc lao hoạt động không điều trị có thể lây sang 10-15 người khác mỗi năm.
- Các nguy cơ khác bao gồm ra đời ở vùng lao phổ biến, bệnh nhân rối loạn miễn dịch (như HIV/AIDS), cư dân hoặc làm việc ở nơi đông người nguy cơ cao, nhân viên chăm sóc sức khỏe phục vụ đối tượng có nguy cơ cao, nơi thu nhập kém, thiếu vắng dịch vụ y tế, dân thiểu số nguy cơ cao, trẻ em phơi nhiễm với người lớn thuộc nhóm nguy cơ cao, người tiêm chích ma túy.



2.3 Nguồn lây

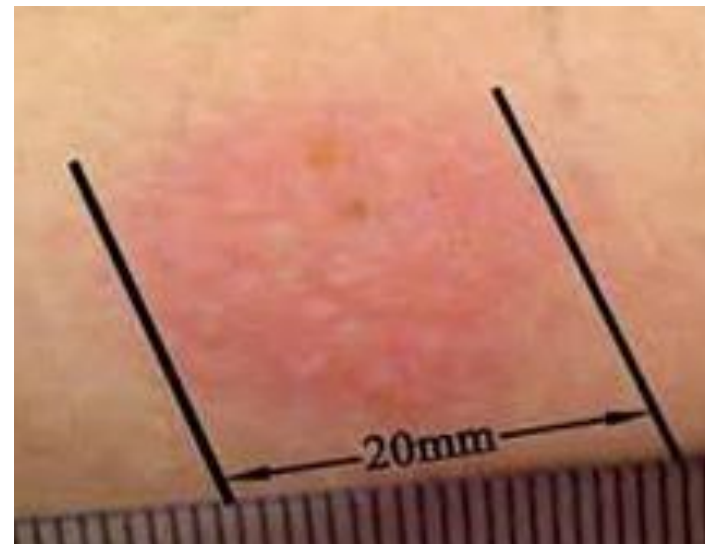
2.3.1. Cơ chế lây truyền trong bệnh lao:

- Bệnh lao là bệnh lây truyền qua đường hô hấp do hít phải các hạt khí dung trong không khí có chứa vi khuẩn lao, các hạt khí dung có chứa vi khuẩn lao được sinh ra khi người mắc lao phổi trong giai đoạn tiến triển ho, khạc, hắt hơi (hạt khí dung có đường kính khoảng 1 – 5 micromet bay lơ lửng trong không khí khoảng từ vài giờ đến 24 giờ).
- Khả năng lây lan giảm mạnh sau điều trị từ 2 – 4 tuần, do vậy phát hiện và điều sớm bệnh lao sẽ làm giảm lây lan trong cộng đồng.



2.3.2. Nhiễm lao:

- Là tình trạng có vi khuẩn lao trong cơ thể nhưng không sinh trưởng được do sự khống chế của hệ thống miễn dịch, vi khuẩn tồn tại trong cơ thể nhưng không hoạt động và có thể hoạt động sau này khi sức đề kháng của cơ thể suy giảm.
- Người nhiễm lao không có biểu hiện lâm sàng của bệnh lao, số lượng vi khuẩn lao ít, có thể phát hiện tình trạng nhiễm lao thông qua các xét nghiệm miễn dịch học như phản ứng Mantoux, hoặc xét nghiệm IGRA (xét nghiệm trên cơ sở giải phóng interferon gamma)



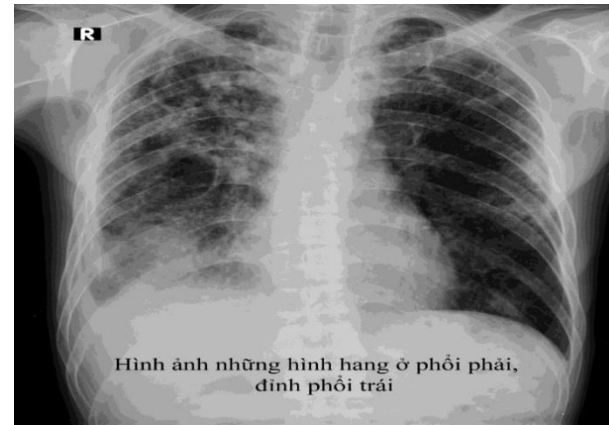
Kết quả phản ứng Mantoux

n=106

	N	Tỷ lệ %
Âm tính	35	33
5-10mm	17	16
10-15mm	27	34,9
15-30mm	13	12,3
>20mm	4	3,8

2.3.3. Bệnh lao: Lao là một bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) gây nên.

- Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất (chiếm 80 – 85%) và là nguồn lây chính cho người xung quanh.
- Người bệnh có các dấu hiệu của bệnh lao, số lượng vi khuẩn ở người bệnh lao nhiều hơn với số lượng vi khuẩn ở người nhiễm lao



2.3.4. Nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao:

- Khoảng 10% trong suốt cuộc đời những người khỏe mạnh có hệ thống miễn dịch bình thường bị nhiễm lao từ lúc nhỏ sẽ chuyển thành bệnh lao.
- Với những người suy giảm miễn dịch như đồng nhiễm HIV thì nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao hoạt động sẽ tăng lên rất cao, khoảng 10% /năm

Lao nhiễm - lao bệnh	
LAO NHIỄM <ul style="list-style-type: none">• Vi khuẩn lao xâm nhập vào cơ thể• Không có biểu hiện lâm sàng• Test Tuberculin (+)• Không điều trị lao	LAO BỆNH <ul style="list-style-type: none">• Có biểu hiện lâm sàng• X quang có tổn thương• Tìm được BK trong bệnh phẩm• Điều trị lao
Nguy cơ chuyển từ lao nhiễm sang lao bệnh là 10% đời người, nếu HIV là 10% / năm	

2.3.5. Một số yếu tố liên quan đến sự lây truyền bệnh lao:

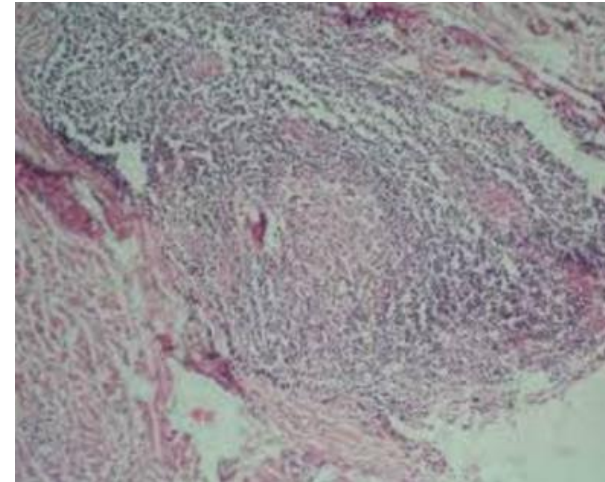
- Sự tập trung của các hạt khí dung trong không khí bị chi phối bởi số lượng vi khuẩn do người bệnh ho khạc ra và sự thông khí tại khu vực phơi nhiễm.
- Thời gian tiếp xúc với các hạt khí dung bị nhiễm vi khuẩn lao
- Trạng thái gần với nguồn các hạt khí dung mang vi khuẩn lao
- Hệ thống miễn dịch suy giảm: HIV, tiểu đường, và suy dinh dưỡng...
- Những người sử dụng thuốc lá, rượu có thể làm gia tăng nguy cơ nhiễm lao và bệnh lao.
- Các yếu tố môi trường: Không gian chật hẹp, thông khí không đầy đủ, tái lưu thông không khí có chứa các hạt khí dung chứa vi khuẩn lao.



3. Cơ chế bệnh sinh

- Mặc dù chỉ 10% ca nhiễm vi khuẩn lao tiến triển đến bệnh lao, nhưng tỉ lệ tử vong là 51% nếu không điều trị.
- Nhiễm lao bắt đầu khi trực khuẩn lao vào đến phế nang, xâm nhiễm vào đại thực bào phế nang và sinh sôi theo cấp số mũ.
- Vi khuẩn bị tế bào đuôi gai bắt giữ và mang đến hạch lympho vùng ở trung thất, sau đó theo dòng máu đến các mô và cơ quan xa, nơi mà bệnh lao có khả năng phát triển: đỉnh phổi, hạch lympho ngoại biên, thận, não và xương.
- Lao được phân loại là trình trạng viêm u hạt.
- Đại thực bào, lympho bào T, lympho bào B và nguyên bào sợi là các tế bào kết tập lại tạo u hạt, với các lympho bào vây quanh đại thực bào.
- Chức năng của u hạt không chỉ ngăn cản sự lan toả của mycobacteria, mà còn tạo môi trường tại chỗ cho các tế bào của hệ miễn dịch trao đổi thông tin.
- Bên trong u hạt, lympho bào T tiết cytokine, như interferon gamma, hoạt hoá đại thực bào và khiến chúng chống nhiễm khuẩn tốt hơn. Lympho T cũng giết trực tiếp các tế bào bị nhiễm.

- Điều quan trọng là vi khuẩn không bị u hạt loại trừ hoàn toàn, mà trở nên bất hoạt, tạo dạng nhiễm khuẩn tiềm ẩn.
- Một đặc điểm nữa của u hạt ở lao người là diễn tiến đến chết tế bào, còn gọi là hoại tử, ở trung tâm của củ lao.
- Nhìn bằng mắt thường, củ lao có dạng pho mát trắng mềm và được gọi là hoại tử bã đậu.
- Nếu vi khuẩn lao xâm nhập vào dòng máu và lan toả khắp cơ thể, chúng tạo vô số ổ nhiễm, với biểu hiện là các củ lao màu trắng ở mô. Trường hợp này được gọi là lao kê và có tiên lượng nặng.



- Ở nhiều bệnh nhân nhiễm khuẩn lúc tăng lúc giảm.
- Mô hoại tử xơ hoá, tạo sẹo và các khoang chứa chất hoại tử bã đậu.
- Trong giai đoạn bệnh hoạt động, một số khoang này thông với phế quản và chất hoại tử có thể bị ho ra ngoài, chứa vi khuẩn sống và lây nhiễm sang người khác.
- Điều trị với kháng sinh thích hợp có thể tiêu diệt được vi khuẩn và lành bệnh.
- Vùng bị ảnh hưởng được thay thế bằng mô sẹo.



4. Phân loại và một số thể lâm sàng bệnh lao

4.1 Phân loại bệnh lao

4.1.1 Phân loại bệnh lao theo vị trí giải phẫu

– Lao phổi:

Bệnh lao tổn thương ở phổi – phế quản, bao gồm cả lao kê.

– Lao ngoài phổi:

- + Bệnh lao tổn thương ở các cơ quan ngoài phổi như màng phổi, hạch, màng bụng, sinh dục tiết niệu, da, xương, khớp, màng não, màng tim,...
- + Nếu lao nhiều bộ phận, thì bộ phận có biểu hiện tổn thương nặng nhất (lao màng não, xương, khớp,...) được ghi là chẩn đoán chính.

4.1.2. Phân loại lao phổi theo kết quả xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp:

- + Lao phổi AFB(+) và
- + Lao phổi AFB (-).

4.1.3. Phân loại bệnh lao theo kết quả xét nghiệm vi khuẩn

4.1.4. Phân loại người bệnh lao theo tiền sử điều trị lao

4.1.5. Phân loại người bệnh theo tình trạng nhiễm HIV

4.1.6. Phân loại người bệnh dựa trên tình trạng kháng thuốc

4.2 Một số thể lâm sàng

4.2.1 Lao sơ nhiễm

- Lao sơ nhiễm hay gặp ở trẻ em với tổn thương tiên phát ở phổi, thường không có triệu chứng hoặc biểu hiện viêm phổi không điển hình.
- Tổn thương là nốt ở phổi kèm theo hạch rốn phổi to ra, có thể tự khỏi hoặc xuất hiện các thể lao khác lao: màng não, lao kê...



4.2.2 Lao kê

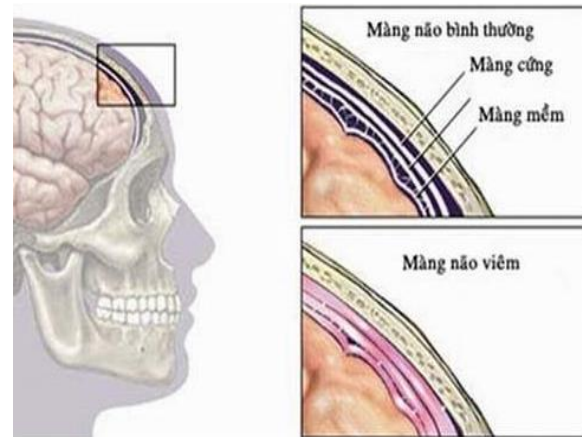
Lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng thường rầm rộ: sốt cao, khó thở, tím tái.
- Triệu chứng thực thể tại phổi nghèo nàn (có thể chỉ nghe thấy tiếng thở thô).



4.2.3 Lao não - màng não

- Triệu chứng lâm sàng: Bệnh cảnh viêm màng não khởi phát bằng đau đầu tăng dần và rối loạn tri giác.
- Khám thường thấy có dấu hiệu cổ cứng và dấu hiệu Kernig (+). Có thể có dấu hiệu tổn thương dây thần kinh sọ não và dấu hiệu thần kinh khu trú .



4.2.4 Lao ở người nhiễm HIV

- Người nhiễm HIV sẽ có nguy cơ cao bị bệnh lao tiến triển sau sơ nhiễm
- Đồng thời cũng có nguy cơ cao do vi khuẩn tiềm tàng trong cơ thể tái hoạt động trở lại.



5. Triệu chứng lao phổi ở người lớn

5.1 Triệu chứng lâm sàng

– Toàn thân:

Sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi đêm, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút cân.

– Cơ năng:

Ho, khạc đờm, ho ra máu, đau ngực, khó thở.

– Thực thể:

Nghe phổi có thể có tiếng bệnh lý (ran ẩm, ran nổ,...).



5.2 Triệu chứng cận lâm sàng

- Nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB:
 - + Tất cả những người có triệu chứng nghi lao phải được xét nghiệm đờm phát hiện lao phổi.
 - + Để thuận lợi cho người bệnh có thể chẩn đoán được trong ngày đến khám bệnh, xét nghiệm 2 mẫu đờm tại chỗ cần được áp dụng thay cho xét nghiệm 3 mẫu đờm như trước đây.
 - + Mẫu đờm tại chỗ cần được hướng dẫn cẩn thận để người bệnh lấy đúng cách, thời điểm lấy mẫu 1 và mẫu 2 phải cách nhau ít nhất là 2 giờ.
- Xét nghiệm Xpert MTB/RIF (nếu có thể):
 - + Cho kết quả sau khoảng 2 giờ với độ nhạy và độ đặc hiệu cao.
- Nuôi cấy tìm vi khuẩn lao:
 - + Nuôi cấy trên môi trường đặc cho kết quả dương tính sau 3-4 tuần.
 - + Nuôi cấy trong môi trường lỏng (MGIT - BACTEC) cho kết quả dương tính sau 2 tuần.
 - + Các trường hợp phát hiện tại các bệnh viện tuyến tỉnh nên được khuyến khích xét nghiệm nuôi cấy khi có điều kiện.

5.3 Tổn thương trên X quang phổi

- Xquang phổi thường quy: Hình ảnh trên phim Xquang gợi ý lao phổi tiến triển là thâm nhiễm, nốt, hang, xơ hang, có thể co kéo ở 1/2 trên của phế trường, có thể 1 bên hoặc 2 bên.
- Ở người có HIV, hình ảnh Xquang phổi ít thấy hình hang, hay gặp tổn thương tổ chức kẽ và có thể ở vùng thấp của phổi.
- Xquang phổi có giá trị sàng lọc cao với độ nhạy trên 90% với các trường hợp lao phổi AFB(+).
- Cần tăng cường sử dụng Xquang phổi tại các tuyến cho các trường hợp có triệu chứng hô hấp.
- Tuy nhiên cần lưu ý độ đặc hiệu không cao, nên không khẳng định chẩn đoán lao phổi chỉ bằng 1 phim Xquang phổi.



5.4 Chẩn đoán xác định:

- Xác định sự có mặt của vi khuẩn lao trong đờm, dịch phế quản, dịch dạ dày.
- Khi có đủ các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng mà không xác định được sự có mặt của vi khuẩn lao, cần có ý kiến của thầy thuốc chuyên khoa lao để quyết định chẩn đoán.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa theo xét nghiệm soi đờm trực tiếp tìm AFB
 - + Lao phổi AFB (+):

Có ít nhất 1 mẫu đờm hoặc dịch phế quản, dịch dạ dày có kết quả soi trực tiếp AFB (+) tại các phòng xét nghiệm được kiểm chuẩn bởi Chương trình chống lao Quốc gia.
 - + Lao phổi AFB (-):

Khi có ít nhất 2 mẫu đờm AFB(-), người bệnh cần được thực hiện quy trình chẩn đoán lao phổi AFB (-)

6 Điều trị

6.1 Nguyên tắc điều trị bệnh lao

- a) Phối hợp các thuốc chống lao: phối hợp ít nhất 3 loại thuốc kháng lao ngay từ giai đoạn đầu (giai đoạn tấn công) để cùng một lúc diệt một số lượng lớn BK nhằm mục đích hạn chế tối đa sự đột biến kháng thuốc, tránh hiện tượng chọn lọc dòng BK kháng thuốc.
- b) Phải dùng thuốc đúng liều: Liều lượng thuốc phải đủ để tiêu diệt được BK. Để đạt được nồng độ đỉnh huyết thanh cao trong máu cần uống (và tiêm) các thuốc kháng lao cùng một lúc vào buổi sáng (khi đói). Nếu liều thấp dễ tạo sự chọn lọc dòng BK kháng thuốc.
- c) Phải dùng thuốc đủ thời gian: Thời gian ngắn nhất cho phép đối với điều trị lao là 6 tháng (nếu có RMP), thông thường từ 8 đến 9 tháng, bảo đảm đủ thời gian diệt được toàn bộ BK để tránh tái phát. Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu điều trị thời gian càng ngắn (<6 tháng) tỉ lệ tái phát càng cao.
- d) Phải liên tục có kiểm soát: Điều trị liên tục với 2 giai đoạn:
 - + Giai đoạn tấn công: dùng thuốc hàng ngày
 - + Giai đoạn duy trì (hay cách khoảng): dùng thuốc hàng ngày, 2 lần hoặc 3 lần một tuần tùy theo phác đồ điều trị theo liều qui định.

Đồng thời trong quá trình điều trị phải theo dõi kiểm tra kết quả âm hóa đờm để đánh giá hiệu quả điều trị, kịp thời xử trí tai biến thuốc có thể gặp.

Điều trị theo công thức DOTS (directly observed treatment, short-course).

- Để tăng cường hiệu quả công tác chống lao, tạo điều kiện thuận lợi cho việc đi lại đối với BN lao, chương trình Chống lao đã cung cấp thuốc kháng lao về tận các tuyến y tế địa phương (xã, phường), bảo đảm BN được uống (tiêm thuốc) tại trạm y tế dưới sự kiểm soát của nhân viên y tế, gọi là “DOTS”: “hóa trị liệu ngắn hạn có kiểm soát trực tiếp” (DOTS: Directly Observed Treatment Short Course): Giai đoạn tấn công 2 tới 3 tháng với ít nhất 4 loại thuốc kháng lao (SHRZ), giai đoạn duy trì 4 tới 6 tháng dùng ít nhất 2 loại thuốc kháng lao.
- Phác đồ IA: 2RHZE/4RHE
Chỉ định: Dùng cho tất cả mọi thể lao mới ở người lớn (chưa điều trị lao bao giờ hoặc đã từng điều trị lao nhưng dưới 1 tháng).
- Phác đồ IB: 2RHZE/4RH
Chỉ định: Dùng trong tất cả các trường hợp bệnh lao mới ở trẻ em (chưa điều trị lao bao giờ hoặc đã từng điều trị lao nhưng dưới 1 tháng).
- Phác đồ II: 2SRHZE/1RHZE/5RHE
Chỉ định: Dùng cho các trường hợp lao tái phát, lao bỏ trị, điều trị lại hoặc điều trị thất bại với công thức 1A, 1B và trường hợp bệnh lao được phân loại là “Khác” mà không có điều kiện làm xét nghiệm chẩn đoán lao đa kháng nhanh.

Tên thuốc: **Isoniazide (H)** Viết tắt INH, ký hiệu H. Biệt dược: Rimifon, Rimicid, Tubazid.

- Isoniazid là hydrazid của acid isonicotinic. Hoá chất này được tổng hợp ở Praha năm 1912 nhưng đến năm 1952 mới biết được tác dụng của thuốc với vi khuẩn lao.
- Tác dụng: diệt vi khuẩn lao trong và ngoài tế bào. Kích hoạt enzym catalaz peroxydaz và acid mycolic của màng ngoài tế bào, dẫn đến phá hủy màng này của vi khuẩn lao (thể cấp và mạn).
- Thuốc được trình bày dưới dạng viên nén, hàm lượng 50mg, 100mg, 150mg, 300mg, riêng biệt hoặc kết hợp với rifampicin (viên RH).
- Liều dùng hàng ngày: 5mg/kg thể trọng (4 – 6mg) cho cả trẻ em và người lớn, liều hàng ngày tối đa là 300mg, nên uống một lần lúc đói.
- Liều cách quãng: Dùng 3 lần/tuần liều là 10mg/kg thể trọng (8 – 12mg).
- Dùng 2 lần/tuần liều là 15mg/kg thể trọng (13 – 17mg).



Tên thuốc: **Streptomycin (S)**: Viết tắt SM, ký hiệu S. Biệt dược: Streptorit, Didromycin...

- Gắn vào ribosom làm hỏng sự hình thành AND dẫn đến đảo lộn sự tổng hợp protein của loại vi khuẩn lao nằm ngoài tế bào (tức thể lao cấp tính).
- Khi tiêm, streptomycin khuếch tán nhanh vào máu diệt vi khuẩn lao, sau đó thải trừ qua thận.
- Thuốc làm tổn thương tiền đình, tổn thương dây thần kinh số 8, gây ù tai, giảm thính lực, nặng hơn nữa là gây điếc. Không nên dùng cho trẻ em.
- Thuốc được trình bày dưới dạng bột trong lọ chân không, hàm lượng 1g. Hoà với nước cất trước khi tiêm; 1g tương đương 1.000.000 đơn vị.
- Liều lượng: liều dùng hàng ngày và cách quãng là 15mg/kg thể trọng cho người lớn bằng đường tiêm bắp thịt. Liều tối đa 1g/ngày. Người lớn trên 45 tuổi và người có trọng lượng dưới 50 kg chỉ dùng 0,75g/ngày



Tên thuốc: **Pyrazinamid (Z)** Viết tắt PZA, ký hiệu Z. Dẫn xuất amid của acid pyrazinoic. Biệt dược: Aldinamide, Piraldine, Tebrazide.:

- Kích hoạt enzym pyrazinamidaz làm đảo lộn sự chuyển hóa của vi khuẩn lao.
- Hoạt tính của nó thể hiện trên cả hai thể vi khuẩn lao nhưng mạnh hơn đối với vi khuẩn lao nằm trong tế bào và loại vi khuẩn lao dai dẳng.
- Thuốc làm ứ đọng acid uric gây bệnh goute.
- Thuốc được trình bày dưới dạng viên nén, hàm lượng 250mg, 500mg.
- Liều điều trị: hàng ngày 25mg (20 – 30mg)/kg thể trọng cho người lớn và trẻ em; liều tối đa cho người lớn 2g/ngày.
- Liều điều trị cách quãng 3 lần/ tuần là 35mg (30 – 40)/kg thể trọng.
- Liều cách quãng 2lần/tuần là 50mg (40 – 60mg)/kg thể trọng.
- Liều tối đa cách quãng cho người lớn là 3,5g/ngày.



Tên thuốc: **Rifampicin (R)** (Metyl - 4 - piperazynyl - 1 - iminometyl - 3 - rifammicin SV) Viết tắt: RMP, ký hiệu R. Biệt dược: Rimactan, Rifadine, Rifampine, Tubocine.

- Là kháng sinh bán tổng hợp từ rifamicin, rifamicin được phân lập từ nấm *Streptomyces mediteranei*.
- Tác dụng: diệt trùng và tiết trùng. Ngoài vi khuẩn lao thuốc còn tác dụng với các vi khuẩn gram (-) và gram (+) khác và tác dụng với cả vi khuẩn lao không điển hình (*Mycobacterium atypique*).
- Thuốc được trình bày dưới dạng viên nang, hàm lượng 150mg và 300mg. Hiện nay có viên hỗn hợp RH hàm lượng 150/100mg và hàm lượng 300/150mg. Hoặc viên hỗn hợp RHZ hàm lượng 150/75/400mg.
- Liều lượng: dùng hàng ngày là 10mg (8 – 12mg)/kg thể trọng cho trẻ em và người lớn. Liều cách quãng dùng 2 – 3 lần trong tuần cũng giống liều dùng hàng ngày, không dùng quá liều 12mg/kg cân nặng.



Tên thuốc: **Ethambutol (E)** Viết tắt EMB, ký hiệu E. Biệt dược: Myambutol, Servambutol, Dexambutol, Sytomen, Sural

- Tác động lên enzym arabinosyltransferaz, ức chế sự tổng hợp arabinogalactan, một yếu tố tạo thành sườn của màng vi khuẩn lao, dẫn đến phá hủy cấu trúc màng này.
- Thuốc kìm nhưng không diệt được vi khuẩn lao.
- Liều dùng hàng ngày là 15 mg (15 – 20mg)/kg thể trọng.
- Liều cách quãng 3lần/tuần là 30mg (25 – 35mg)/kg thể trọng.
- Liều cách quãng 2lần/tuần là 45mg (45 – 50mg)/kg thể trọng.
- Độc tính: viêm thần kinh thị giác làm giảm thị lực, rối loạn nhận cảm màu sắc



6.2 Các phác đồ điều trị bệnh lao theo chương trình chống lao quốc gia Việt Nam

a. Phác đồ điều trị bệnh nhân lao mới:

Phác đồ IA: 2RHZE(S)/4RHE

- Hướng dẫn:
 - + Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày.
 - + Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng, gồm 3 loại thuốc là R, H và E dùng hàng ngày.
- Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao mới người lớn (chưa điều trị lao bao giờ hoặc đã từng điều trị lao nhưng dưới 1 tháng). Điều trị lao màng tim có thể sử dụng corticosteroid
- liều 2mg/kg cân nặng và giảm dần trong tháng đầu tiên.

Phác đồ IB: 2RHZE/4RH

- Hướng dẫn:
 - + Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày.
 - + Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng, gồm 2 loại thuốc là R và H dùng hàng ngày.
- Chỉ định: cho các trường hợp bệnh lao mới trẻ em (chưa điều trị lao bao giờ hoặc đã từng điều trị lao nhưng dưới 1 tháng). Điều trị lao màng tim có thể sử dụng corticosteroid
- liều 2mg/kg cân nặng và giảm dần trong tháng đầu tiên.

b. Phác đồ điều trị lại

Phác đồ II: 2SRHZE/1RHZE/5RHE hoặc 2SRHZE/1RHZE/5R3H3E3

- Hướng dẫn:
 - + Giai đoạn tấn công kéo dài 3 tháng, 2 tháng đầu tiên với cả 5 loại thuốc chống lao thiết yếu S, H, R, Z, E dùng hàng ngày, 1 tháng tiếp theo với 4 loại thuốc (HRZE) dùng hàng ngày.
 - + Giai đoạn duy trì kéo dài 5 tháng với 3 loại thuốc H, R và E dùng hàng ngày. (hoặc dùng cách quãng 3 lần/tuần).

Phác đồ III A: 2RHZE/10RHE

- Hướng dẫn:
 - + Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc H, R, Z, E dùng hàng ngày.
 - + Giai đoạn duy trì kéo dài 10 tháng, gồm 3 loại thuốc là R, H, E dùng hàng ngày.
- Chỉ định: Lao màng não và lao xương khớp người lớn. Điều trị lao màng não có thể sử dụng corticosteroid liều 2mg/kg cân nặng và giảm dần trong tháng đầu tiên và dùng Streptomycin trong giai

c. Phác đồ điều trị lao trẻ em

Phác đồ III B: 2RHZE/10RH

- Hướng dẫn:
 - + Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc H, R, Z, E dùng hàng ngày.
 - + Giai đoạn duy trì kéo dài 10 tháng, gồm 2 loại thuốc là R, H dùng hàng ngày.
- Chỉ định: Lao màng não và lao xương khớp trẻ em. Điều trị lao màng não có thể sử dụng corticosteroid liều 2mg/kg cân nặng và giảm dần trong tháng đầu tiên và dùng Streptomycin trong giai đoạn tấn công.



7. Phòng bệnh lao

Phòng bệnh lao là áp dụng các biện pháp nhằm:

- + Giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn lao
- + Giảm nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao

7.1. Giảm nguy cơ nhiễm vi khuẩn lao

- a) Kiểm soát vệ sinh môi trường
- b) Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân cho nhân viên y tế
- c) Giảm tiếp xúc nguồn lây

7.2. Giảm nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao

- a) Tiêm vắc xin BCG (Bacille Calmette-Guérin): do Chương trình Tiêm chủng mở rộng thực hiện nhằm giúp cho cơ thể hình thành miễn dịch chống lại bệnh lao khi bị nhiễm lao.
- b) Điều trị lao tiềm ẩn bằng INH

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyện, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 ([http://www.nguyenphuchoc199.com/pth- 350](http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350)).
5. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao – theo Quyết định số 4263/QĐ-BYT, Hà nội ngày 13.10.2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế
6. Giáo trình Bệnh học Nội khoa, (2008). Bộ Môn Nội - Trường Đại học Y Dược Huế, NXB Y học
7. Bài Giảng Bệnh học Nội khoa, (2003). Các Bộ môn Nội- Trường Đại học Y Hà nội, NXB Y học
8. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.2.1. Chọn câu sai ~ Triệu chứng lâm sàng lao phổi ở người lớn là:

- A. Toàn thân: Sốt nhẹ về chiều, ra mồ hôi đêm, chán ăn, mệt mỏi, gầy sút cân
- B. Cơ năng: Ho, khạc đờm, ho ra máu, đau ngực, khó thở
- C. Thực thể: Nghe phổi có thể có tiếng bệnh lý (ran ẩm, ran nổ,...).
- D. Hình ảnh trên phim Xquang gợi ý lao phổi như thâm nhiễm, nốt, hang, ...

8.2.2. Chọn đúng/sai ~ Bệnh lao có thể gặp ở tất cả các bộ phận của cơ thể, trong đó lao phổi là thể lao phổ biến nhất (chiếm 60 – 65% tổng số ca bệnh) và là nguồn lây chính cho người xung quanh.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.3. Chọn đúng/sai ~ Lao là một trong 3 bệnh truyền nhiễm gây tử vong cao nhất trên thế giới: HIV/AIDS giết 3 triệu người mỗi năm, lao giết 2 triệu, và sốt rét giết 1 triệu.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.4. Chọn đúng/sai ~ Vi khuẩn này phân chia mỗi 1,6 đến 2,0 giờ, rất chậm so với thời gian phân chia tính bằng phút của các vi khuẩn khác

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.5. Chọn câu sai ~ Điều kiện thuận lợi mắc bệnh lao

- A. Lao lan truyền qua các giọt nước trong không khí từ chất tiết khi ho, nháy mũi, nói chuyện hay khạc nhổ của người nhiễm vi khuẩn hoạt động.
- B. Tiếp xúc gần gũi (kéo dài, thường xuyên, thân mật) là nguy cơ nhiễm bệnh cao nhất (khoảng 22%, nhưng có thể đến 100%).
- C. Người mắc lao hoạt động không điều trị có thể lây sang 100-150 người khác mỗi năm.
- D. Các nguy cơ khác bao gồm ra đời ở vùng lao phổ biến, bệnh nhân rối loạn miễn dịch (như HIV/AIDS),

8.2.6. Chọn đúng sai ~ Khoảng 15% những người khỏe mạnh có hệ thống miễn dịch bình thường bị nhiễm lao từ lúc nhỏ sẽ có nguy cơ chuyển từ nhiễm lao sang bệnh lao.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.7. Chọn đúng sai ~ Phân loại bệnh lao theo vị trí giải phẫu gồm lao phổi và lao ngoài phổi

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.8. Chọn đúng sai ~ Phân loại lao phổi theo kết quả xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp gồm lao phổi AFB(+) và lao phổi AFB (-).

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.9. Chọn câu sai ~ Nhuộm soi đờm trực tiếp tìm AFB cần phải làm:

- A. Tất cả những người có triệu chứng nghi lao phải được xét nghiệm đờm phát hiện lao phổi.
- B. Để thuận lợi cho người bệnh có thể chẩn đoán được trong ngày đến khám bệnh, xét nghiệm 2 mẫu đờm tại chỗ cần được áp dụng thay cho xét nghiệm 3 mẫu đờm như trước đây.
- C. Để thuận lợi cho người bệnh có thể chẩn đoán được trong ngày đến khám bệnh, xét nghiệm 1 mẫu đờm tại chỗ cần được áp dụng thay cho xét nghiệm 2 mẫu đờm như trước đây.
- D. Mẫu đờm tại chỗ cần được hướng dẫn cẩn thận để người bệnh lấy đúng cách, thời điểm lấy mẫu 1 và mẫu 2 phải cách nhau ít nhất là 2 giờ.

8.2.10. Chọn đúng/sai ~ X quang phổi có giá trị sàng lọc cao với độ nhạy trên 90% với các trường hợp lao phổi AFB(+).

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.11. Chọn đúng/sai ~ Chẩn đoán xác định bệnh lao khi xác định sự có mặt của vi khuẩn lao trong đờm, dịch phế quản, dịch dạ dày.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.12. Chọn câu sai ~ Nguyên tắc điều trị bệnh lao gồm:

- A. Dùng các thuốc chống lao
- B. Phải dùng thuốc đúng liều
- C. Phải dùng thuốc đủ thời gian
- D. Phải liên tục có kiểm soát

8.2.13. Chọn đúng/sai ~ DOTS (Directly Observed Treatment Short Course -hóa trị liệu ngắn hạn có kiểm soát trực tiếp) gồm giai đoạn tấn công 2 tới 3 tháng với ít nhất 4 loại thuốc kháng lao (SHRZ), giai đoạn duy trì 4 tới 6 tháng dùng ít nhất 2 loại thuốc kháng lao.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.14. Chọn đúng/sai ~ Chỉ định phác đồ IA (2RHZE/4RHE theo công thức DOTS) là cho tất cả mọi thể lao mới ở người lớn (chưa điều trị lao bao giờ hoặc đã từng điều trị lao nhưng dưới 1 tháng).

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.15. Chọn đúng/sai ~ Chỉ định phác đồ IB (2RHZE/4RH theo công thức DOTS) là cho các trường hợp lao tái phát, lao bỏ trị, điều trị lại hoặc điều trị thất bại với công thức 1A...

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.16. Chọn đúng/sai ~ Streptomycin (S): Viết tắt SM, ký hiệu S. Biệt dược: Streptorit, Didromycin..... cơ chế tác dụng: diệt vi khuẩn lao trong và ngoài tế bào

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.17. Chọn đúng/sai ~ Isoniazide (H) Viết tắt INH, ký hiệu H. Biệt dược: Rimifon, Rimicid, Tubazid... cơ chế tác dụng: gắn vào ribosom làm hỏng sự hình thành AND dẫn đến đảo lộn sự tổng hợp protein của loại vi khuẩn lao nằm ngoài tế bào (tức thể lao cấp tính).

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.18. Chọn đúng/sai ~ Pyrazinamid (Z) Viết tắt PZA, ký hiệu Z. Dẫn xuất amid của acid pyrazinoic. Biệt dược: Aldinamide, Piraldine, Tebrazide. Cơ chế tác dụng: kích hoạt enzym pyrazinamidaz làm đảo lộn sự chuyển hóa của vi khuẩn lao.

- A. Đúng
- B. Sai

8.2.19. Chọn đúng/sai ~ Rifampicin (R) (Metyl - 4 - piperazynyl - 1 - iminometyl - 3 - rifammicin SV) Viết tắt: RMP, ký hiệu R. Biệt dược: Rimactan, Rifadine, Rifampine, Tubocine..

- A. Đúng
- B. Sai






HIV / AIDS

Mục tiêu học tập - Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được cơ chế gây suy giảm miễn dịch của HIV.
2. Trình bày được các giai đoạn nhiễm HIV
3. Trình bày được biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của AIDS
4. Nêu được các phương pháp điều trị HIV/AIDS

Nội dung

1. Định nghĩa, tình hình mắc bệnh
2. Virus HIV
3. Cơ chế bệnh sinh rối loạn miễn dịch do HIV
4. Các giai đoạn nhiễm HIV và hội chứng AIDS
5. Điều trị và dự phòng HIV/AIDS

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)	
<i>Phân loại và tư liệu bên ngoài</i>	
	
Biểu tượng Ruy băng đỏ được dùng đại diện cho tinh thần đoàn kết và khoan dung với người nhiễm HIV/AIDS	
ICD-10	B24
ICD-9	042
DiseasesDB	5938
MedlinePlus	000594
eMedicine	emerg/253
MeSH	D000163

1. Định nghĩa & tình hình mắc bệnh

1.1 Định nghĩa

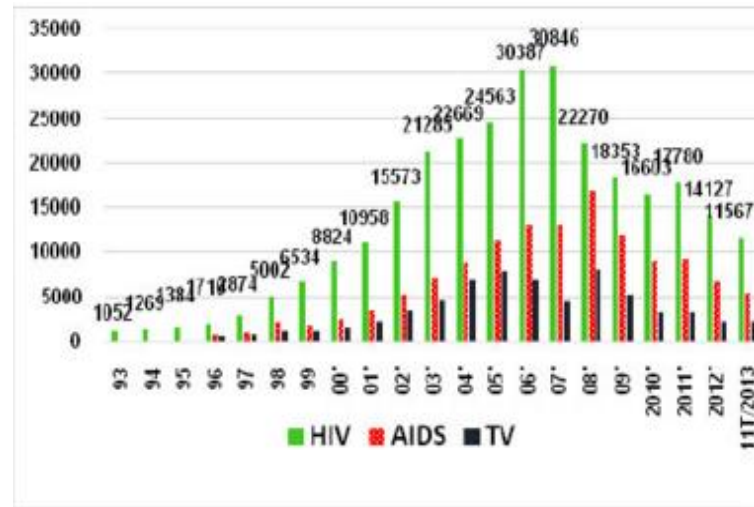
- HIV: Human Immuno deficiency Virus (vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người).
- AIDS: Acquired Immuno - Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).
- Nhiễm HIV (vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người) và AIDS (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải) là một quá trình bệnh lý do một loại vi rút thuộc họ Retroviridae gây ra.
- HIV làm suy giảm nặng tế bào TCD4, từ đó gây ra suy giảm nghiêm trọng tình trạng miễn dịch dẫn đến bệnh nhân mắc các nhiễm trùng cơ hội và ung thư, suy kiệt và tử vong.



1.2 Tình hình mắc bệnh

1.2.1 Lịch sử phát hiện

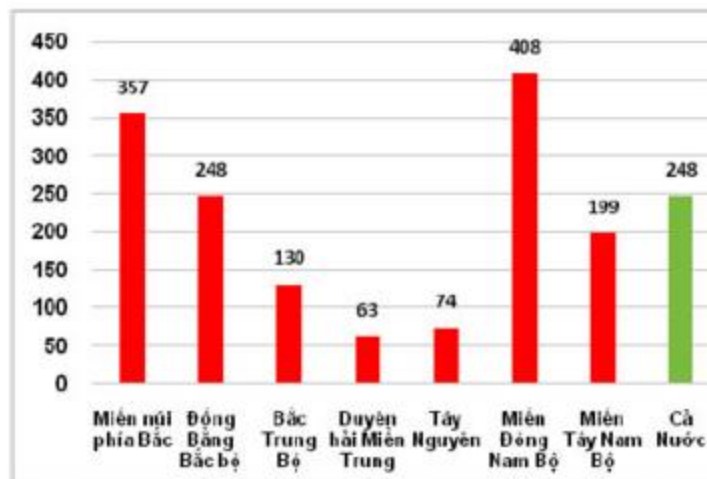
- Tháng 6/1981 ở thành phố Los Angeles (Hoa Kỳ) đã phát hiện thấy 5 thanh niên thuộc loại quan hệ tình dục đồng giới bị viêm phổi do *Pneumocystis carinii*, khi điều trị bằng pentamidin liều cao không khỏi và tất cả các bệnh nhân đều có tình trạng suy giảm miễn dịch.
- Năm 1983 được xác định là phát hiện ra HIV-1. Năm 1985, L. Montagnier và cs. phân lập được một vi rút từ các bệnh nhân AIDS ở Guinea-Bissau (Ân Phi), sau được gọi là HIV-2.
- Hiện nay, nhiễm HIV/AIDS đang được coi là đại dịch, là hiểm họa toàn cầu. Tính đến cuối năm 2005. Theo Tổ chức Y tế thế giới, đã có hơn 40 triệu người trên thế giới nhiễm HIV, riêng năm 2005 có gần 5 triệu người mới nhiễm HIV, 3,1 triệu người chết vì AIDS.



Biểu đồ 1. Số phát hiện HIV/AIDS và tử vong qua các năm

1.2.2 Tình hình nhiễm HIV/AIDS hiện nay ở Việt Nam

- Kể từ ca nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện năm 1990 tính đến ngày 31/12/2014, toàn quốc có 226.964 trường hợp nhiễm HIV (trong đó 71.433 người bệnh chuyển sang giai đoạn AIDS) và 71.368 trường hợp người nhiễm HIV/AIDS đã tử vong.
- Số người nhiễm HIV được phát hiện hằng năm có xu hướng giảm trong 7 năm gần đây nhưng vẫn ở mức cao, với khoảng 12.000 - 14.000 trường hợp nhiễm mới mỗi năm.
- Tính đến cuối năm 2014, 100% số tỉnh thành phố, 98,9% số quận huyện và 80,3% số xã, phường đã có người nhiễm HIV.
- Một số xã, phường có số người nhiễm HIV cao gấp 10 lần số ca nhiễm trung bình của toàn quốc và tập trung chủ yếu ở các vùng xa và dân tộc thiểu số.
- Dịch HIV ở Việt Nam tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cao là người tiêm chích ma túy, nam quan hệ tình dục đồng giới và phụ nữ bán dâm.



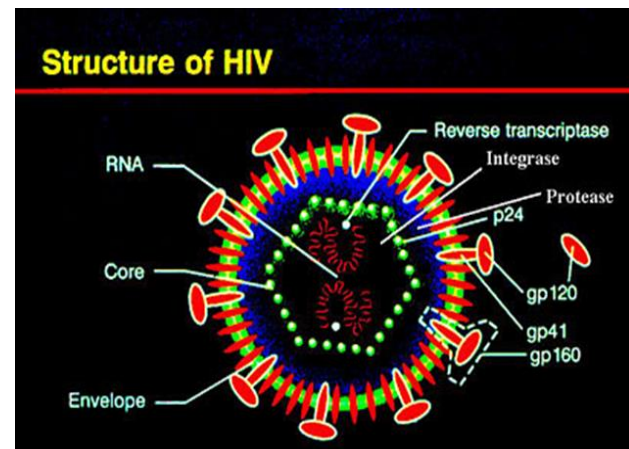
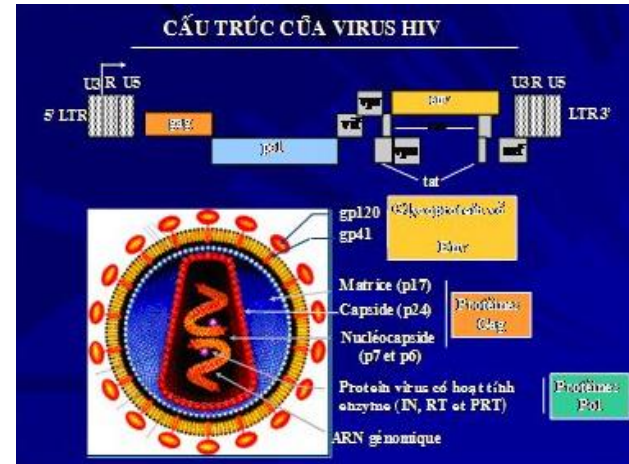
Biểu đồ 2. So sánh tỷ lệ nhiễm HIV trên 100.000 dân của cả nước và các khu vực

2. Virus HIV

2.1 Cấu trúc và đặc điểm của HIV

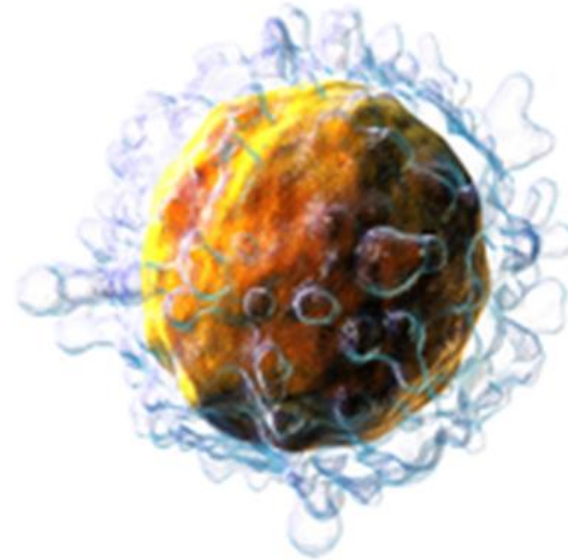
2.1.1 Cấu trúc

- HIV có cấu trúc hình cầu đường kính 110 nm gồm 3 lớp:
 - + Bao ngoài (Envelop): Là một màng lipid kép có nhiều kháng nguyên là những cấu trúc Glycoprotein (ký hiệu: Gp)
 - + Vỏ: Gồm 2 lớp, cấu trúc là Protein.
 - + Lõi (nhân): Có hình trụ được bọc trong một lớp Protein. Gồm có 2 loại kháng nguyên ký hiệu là: GAG (Group Specific Antigen) và POL (Polymerase) nhưng bản chất chung đều là các Protein (ký hiệu P).
- HIV-1 có nhiều kháng nguyên đặc hiệu như: Gp 41, Gp 120, Gp 160, P24.
- HIV có sức đề kháng yếu, dễ bị bất hoạt bởi các yếu tố lý, hoá và các chất khử trùng thông thường.



2.1.2 Đặc điểm HIV

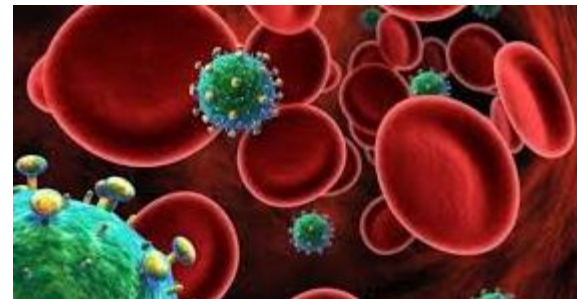
- HIV có ái tính với lympho T-CD4, monocyte và đại thực bào
- HIV có khả năng né tránh miễn dịch: do có khả năng biến dị kháng nguyên, tạo ra nhiều loại kháng nguyên khác nhau và có cấu tử đường che đậy cấu trúc kháng nguyên.



Lymphocyte
T cell

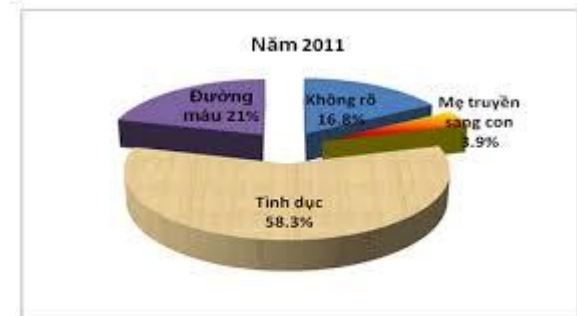
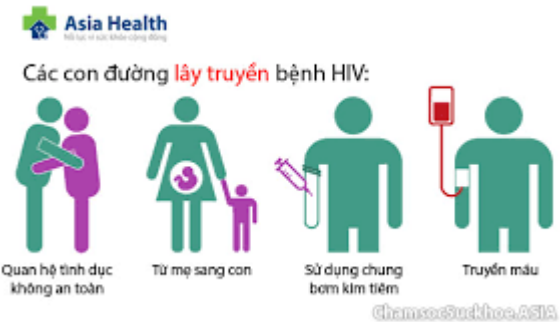
2.2 Vòng sống của HIV

- HIV sống và phát triển nhờ năng lượng chuyển hóa của chính tế bào mà chúng xâm nhập...



2.3 Đường lây nhiễm HIV

- HIV có thể tìm thấy trong máu và các sản phẩm của máu, tinh dịch, dịch âm đạo, nước bọt, nước mắt, dịch não tủy, nước tiểu, sữa mẹ.
- Tuy nhiên chỉ có 3 phương thức lây được xác định là:
 - + Lây truyền qua đường tình dục: qua đường tình dục qua tình dục khác giới chiếm 71%, qua tình dục đồng giới (nam) chiếm 15%. ...
 - + Lây truyền qua đường máu: Do truyền máu và các sản phẩm của máu, ghép tạng không kiểm soát được HIV, do dùng chung bơm kim tiêm ...
 - + Lây truyền từ mẹ sang con: Người mẹ nhiễm HIV có thể truyền cho con trong thời kỳ mang thai, trong khi đẻ và sau khi đẻ (qua sữa).
- Ngoài các phương thức lây truyền như trên, hiện nay chưa xác định được các phương thức lây khác như đường hô hấp, qua muỗi hoặc côn trùng đốt, hôn, dùng chung bát đĩa...

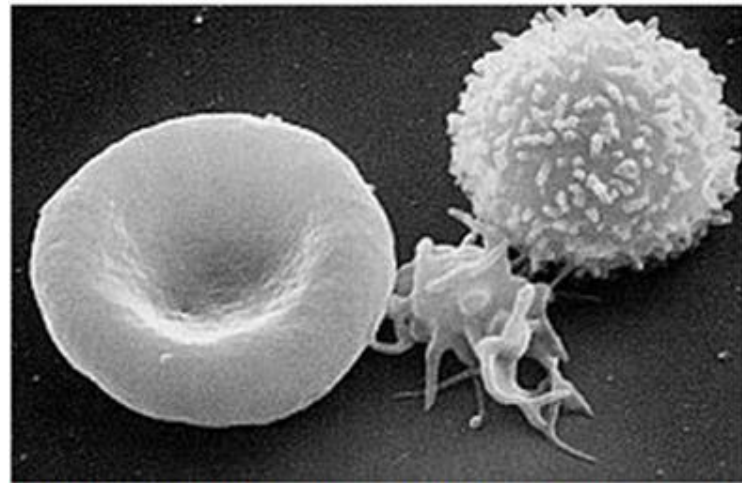


Biểu đồ 7: Phân bố nhiễm HIV theo nguy cơ lây nhiễm năm 2011



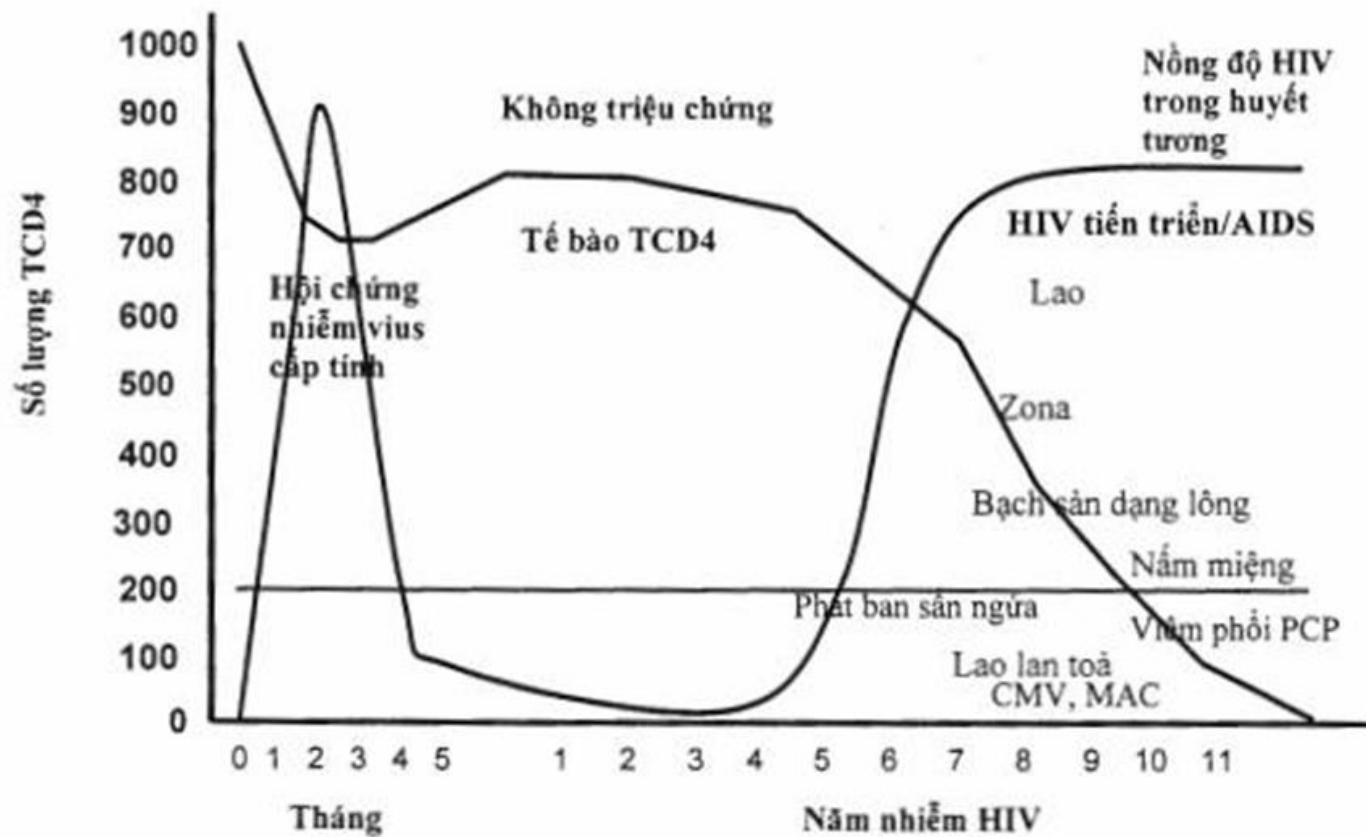
3. Cơ chế bệnh sinh rối loạn miễn dịch do HIV

- HIV gây tổn thương các tế bào của hệ miễn dịch, dẫn tới các rối loạn đáp ứng miễn dịch.
- Trong các tế bào miễn dịch bị tổn thương thì T-CD4 bị tổn thương đầu tiên và trầm trọng nhất.
- Khi HIV xâm nhập tế bào T-CD4, nó sẽ trực tiếp hủy diệt T-CD4 bằng cách tăng thẩm thấu màng tế bào, gây độc tế bào hoặc gián tiếp giết T-CD4 do hình thành kháng thể kháng lympho hoặc phản ứng chéo giữa kháng thể kháng HIV với kháng nguyên tế bào đích.



Scanning electron micrograph of T lymphocyte (right), a platelet (center) and a red blood cell (left)

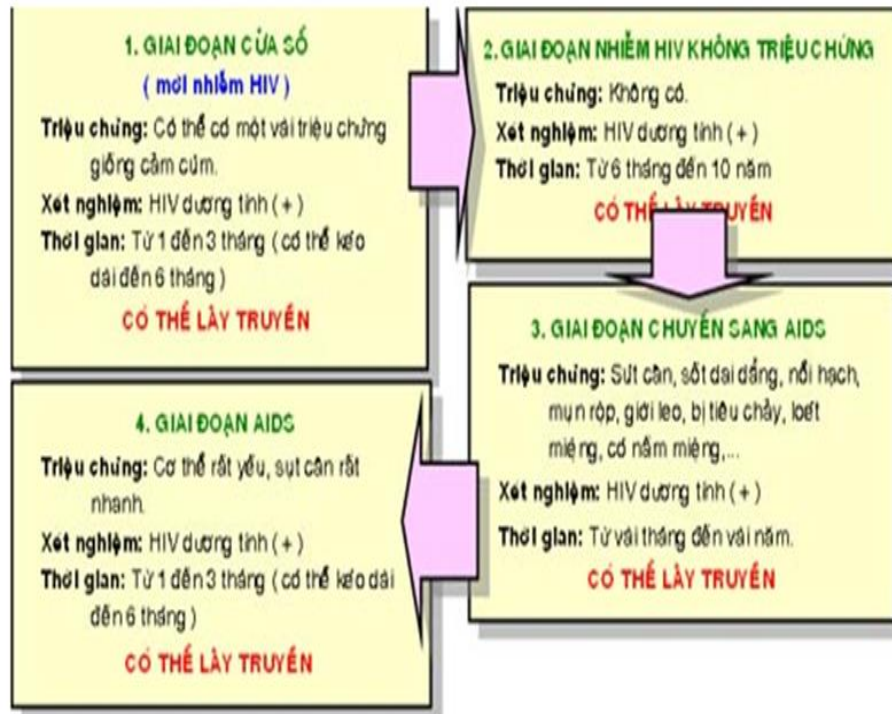
4. Các giai đoạn nhiễm HIV và hội chứng AIDS



4.1 Các giai đoạn nhiễm HIV

4.1.1 Giai đoạn nhiễm trùng khởi phát

- Giai đoạn này kéo dài từ 3 đến 8 tuần. Trong 1 -2 tuần đầu không thấy kháng nguyên và kháng thể kháng HIV trong máu. Từ khoảng tuần thứ 3 trong huyết thanh có kháng nguyên p24 và kháng thể kháng HIV typ IgM.
- Tuy nhiên các yếu tố này xuất hiện ở mức độ thấp, các kỹ thuật hiện nay có thể không đủ độ nhạy để phát hiện.
- Đây là giai đoạn cửa sổ, nếu lấy máu để truyền trong giai đoạn này sẽ dễ bị nhiễm HIV, mặc dù đã làm các xét nghiệm sàng lọc.



4.1.2 Giai đoạn nhiễm trùng tiềm tàng

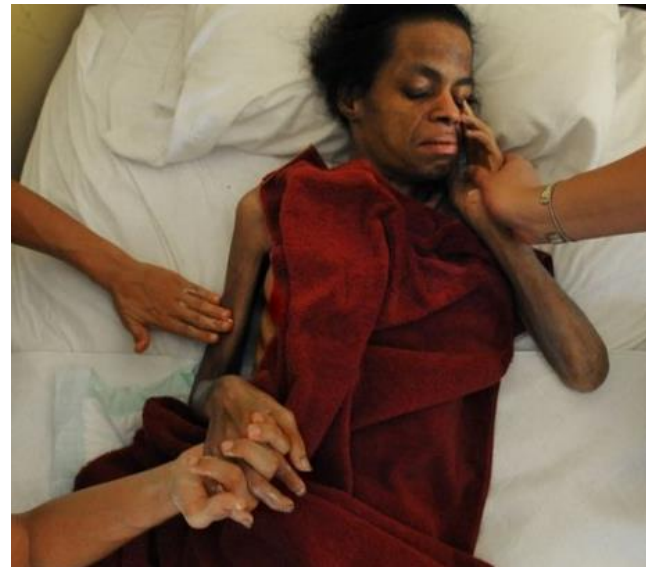
- Giai đoạn này kéo dài 3 tháng đến 10 năm hoặc dài hơn.
- Trong huyết thanh có các kháng thể đặc hiệu với từng kháng nguyên của HIV, phần lớn kháng thể kháng HIV typ IgG, dễ phát hiện.
- Không có triệu chứng lâm sàng.

4.1.3 Giai đoạn hình thành hội chứng AIDS

- Biểu hiện hội chứng AIDS trên lâm sàng
- Trong huyết thanh có thể phát hiện các kháng nguyên, các kháng thể kháng HIV đặc hiệu cho từng kháng nguyên và các phức hợp miễn dịch.

Giai đoạn tiềm tàng

- Đặc điểm là giảm dần số lượng CD4
- Bệnh nhân có thể khỏe mạnh trong 5-10 năm trước khi xuất hiện triệu chứng
 - Có thể xuất hiện triệu chứng khi CD4 < 500 tế bào/mm³
 - Các NTCH xuất hiện khi CD4 < 200 tế bào/mm³



4.2.1 Lâm sàng

a. Những nhóm bệnh thường gặp của hội chứng HIV

– Nhiễm trùng cơ hội:

Thường gặp viêm phổi do *Pneumocystis carinii* hoặc nhiễm *Cytomegalovirus*. Đây là những bệnh ít xảy ra ở cơ thể có đáp ứng miễn dịch bình thường.

– Nhiễm trùng do các nguyên nhân thông thường:

Nếu gặp ở người nhiễm HIV thì có khuynh hướng nặng hơn, tần suất cao hơn và triệu chứng thường không điển hình như Herpes simplex virus, nhiễm lao.

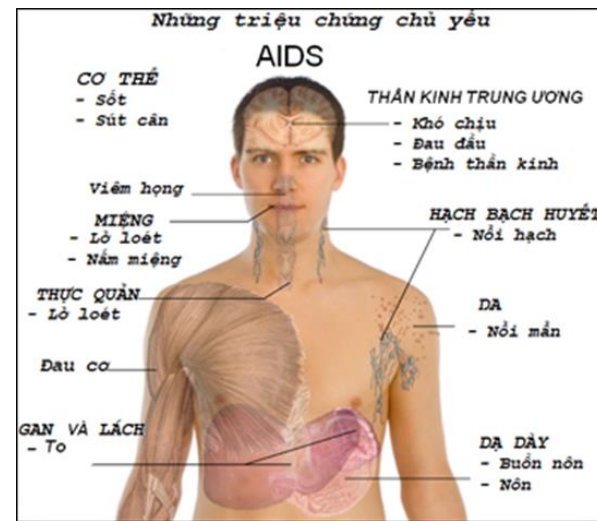


- Ung thư hóa:

Ung thư phát sinh ở những hệ thống bình thường ít xảy ra ung thư ở những người có đáp ứng miễn dịch bình thường, ví dụ như: ung thư hóa hệ lympho (hạch to dạng Kaposi's sarcoma, u lympho không Hodgkin).



- Biểu hiện trực tiếp của nhiễm HIV: Bệnh não do HIV, bệnh tử do HIV.



b. Phức hợp liên quan AIDS và hội chứng AIDS đầy đủ

- Mặc dù biểu hiện lâm sàng của hội chứng AIDS khác nhau giữa các cá thể nhưng biểu hiện thường qua hai giai đoạn:
 - + giai đoạn đầu các triệu chứng không đặc hiệu gọi là phức hợp liên quan AIDS,
 - + giai đoạn sau biểu hiện hội chứng AIDS đầy đủ.
- Phức hợp liên quan AIDS (AIDS – Related Complex – ARC):
 - + Sốt kéo dài, gày sút > 10% thể trọng; tiêu chảy kéo dài;
 - + viêm loét răng miệng kéo dài; nhiễm Herpes simplex virus hoặc nhiễm Varicella zoster virus tái nhiễm nhiều lần; nhiễm nấm da và niêm mạc,
 - + ngứa, ban đỏ, bầm tím trên da.



- Hội chứng AIDS đầy đủ: Bao gồm các triệu chứng trên, kèm theo 1 hoặc nhiều biểu hiện sau:
 - + Hạch to dạng Kaposi sarcoma
 - + Nhiễm trùng phổi: viêm phổi do *Phneumocytis carinii*, lao phổi, nấm phổi.
 - + Thần kinh: liệt, rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ, rối loạn cảm giác nóng lạnh.



Phân loại lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em (theo “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS – Quyết định số 3047/QĐ-BYT, Hà nội ngày 22.7.2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

Người lớn và vị thành niên^a	Trẻ em
Giai đoạn lâm sàng 1	
Không triệu chứng Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng	Không triệu chứng Bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng
Giai đoạn lâm sàng 2	
Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân (<10% cân nặng cơ thể) Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng) Bệnh zô-na Viêm khóe miệng Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Viêm da bã nhờn	Gan lách to dai dẳng không rõ nguyên nhân Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái phát (viêm tai giữa, chảy dịch tai, viêm xoang, viêm amidan) Bệnh zô-na Hồng ban vạch ở lợi Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Nhiễm vi rút mụn cơm lan rộng U mềm lây lan rộng Viêm da đốm lan toả Sung tuyến mang tai dai dẳng không rõ nguyên nhân

Phân loại lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em (theo “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS – Quyết định số 3047/QĐ-BYT, Hà nội ngày 22.7.2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

Giai đoạn lâm sàng 3	
<p>Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể)</p> <p>Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân</p> <p>Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1 tháng)</p>	<p>Suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình^b không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị chuẩn</p> <p>Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (từ 14 ngày trở lên)</p> <p>Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (trên</p>
<p>Nấm candida miệng kéo dài</p> <p>Bạch sản dạng lông ở miệng</p> <p>Lao phổi</p> <p>Nhiễm khuẩn nặng (như viêm màng phổi, viêm mô cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết)</p> <p>Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp</p> <p>Thiếu máu (<8 g /dl), giảm bạch cầu trung tính (<0.5 x 10⁹ /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50 x 10⁹ /l) không rõ nguyên nhân</p>	<p>37.5°C, không liên tục hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng)</p> <p>Nấm candida miệng kéo dài (sau 6 tuần đầu)</p> <p>Bạch sản dạng lông ở miệng</p> <p>Lao hạch</p> <p>Lao phổi</p> <p>Viêm phổi nặng tái diễn do vi khuẩn</p> <p>Viêm lợi hoặc viêm quanh răng loét hoại tử cấp</p> <p>Thiếu máu (<8 g /dl), giảm bạch cầu trung tính (<0.5 x 10⁹ /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50 x 10⁹ /l) không rõ nguyên nhân</p> <p>Viêm phổi kẽ dạng lympho có triệu chứng.</p> <p>Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản.</p>

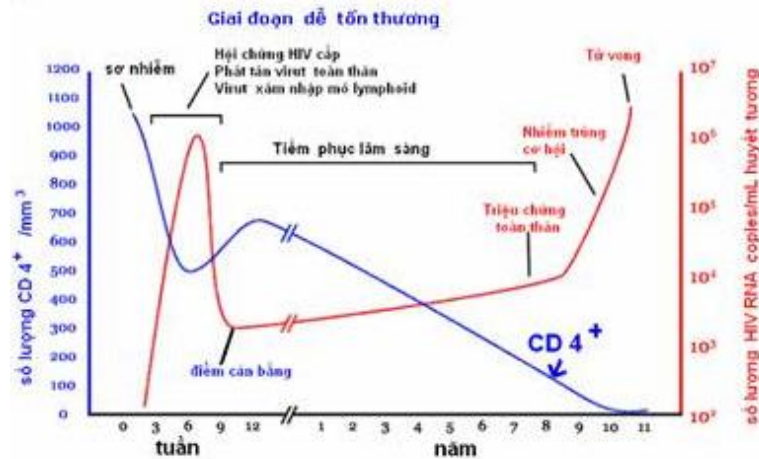
Phân loại lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em (theo “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS – Quyết định số 3047/QĐ-BYT, Hà nội ngày 22.7.2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

Giai đoạn lâm sàng 4	
<p>Hội chứng suy mòn do HIV</p> <p>Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)</p> <p>Viêm phổi do vi khuẩn tái phát</p> <p>Nhiễm herpes simplex mãn tính (môi miệng, sinh dục, hoặc hậu môn, trực tràng) kéo dài trên 1 tháng, hay herpes nội tạng bất kể vị trí nào)</p> <p>Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi)</p> <p>Lao ngoài phổi</p> <p>Kaposi sarcoma</p> <p>Nhiễm cytomegalovi rút (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovi rút tạng khác)</p> <p>Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh)</p>	<p>Gầy mòn, còi cọc nặng hoặc suy dinh dưỡng nặng^c không giải thích được không đáp ứng phù hợp với điều trị chuẩn thông thường</p> <p>Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP)</p> <p>Nhiễm khuẩn nặng tái diễn, như viêm màng phổi, viêm màng não, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não nhưng loại trừ viêm phổi</p> <p>Nhiễm herpes mãn tính (Nhiễm herpes simplex mạn tính ở môi miệng hoặc ngoài da kéo dài trên 1 tháng hoặc ở bất cứ tạng nào)</p> <p>Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi)</p> <p>Lao ngoài phổi</p>

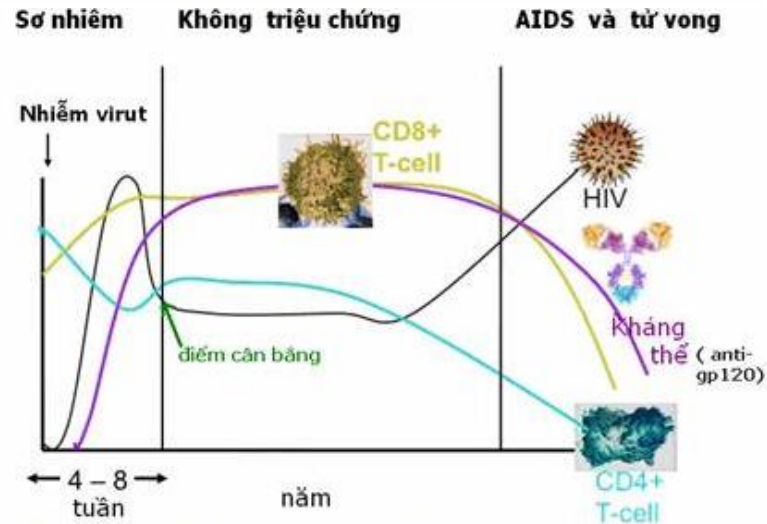
<p>Bệnh lý não do HIV</p> <p>Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não</p> <p>Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa</p> <p>Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển</p> <p>Nhiễm cryptosporidium mạn tính</p> <p>Nhiễm Isosporia mạn tính</p> <p>Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, penicilliosis)</p> <p>U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B)</p> <p>Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV</p> <p>Nhiễm khuẩn huyết tái phát (bao gồm cả Salmonella không thương hàn)</p> <p>Ung thư cổ tử cung xâm lấn</p> <p>Bệnh leishmania lan tỏa không điển hình</p>	<p>Kaposi sarcoma</p> <p>Nhiễm cytomegalovirus (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovi rút tạng khởi phát sau 1 tháng tuổi)</p> <p>Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh)</p> <p>Bệnh lý não do HIV</p> <p>Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não</p> <p>Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa</p> <p>Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển</p> <p>Nhiễm cryptosporidium mạn tính (có tiêu chảy)</p> <p>Isosporiasis mạn tính</p> <p>Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, penicilliosis)</p> <p>U lympho (không Hodgkin thể não hoặc tế bào B)</p> <p>Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV</p>
---	--

4.2.2 Cận lâm sàng

- Biểu hiện đặc hiệu nhất là trong huyết thanh có kháng thể đặc hiệu kháng HIV hoặc kháng nguyên của HIV.
- Số lượng T-CD4 giảm (bình thường số lượng T-CD4 từ 500 – 1500/mm³). Mức độ giảm T-CD4 tương ứng với mức độ suy giảm miễn dịch.
- Số lượng lympho toàn phần giảm.
- Tỷ lệ T-CD4/T-CD8 < 1 (bình thường 1,5 – 2,5).
- Ở giai đoạn muộn, số lượng hồng cầu, tiểu cầu, bạch cầu giảm.



Tương quan giữa diễn biến lâm sàng / số lượng CD4⁺ T và số lượng các copies HIV RNA huyết thanh



Diễn biến miễn dịch tương ứng các giai đoạn lâm sàng

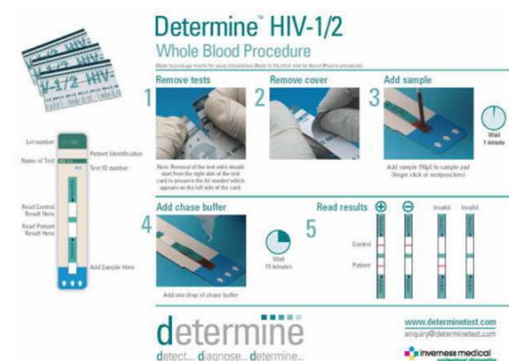
Nguyên tắc tư vấn và xét nghiệm HIV

Mọi hình thức tư vấn và xét nghiệm HIV đều phải tuân thủ nghiêm ngặt đồng bộ 5 nguyên tắc sau: Đồng thuận, Bảo mật, Tư vấn, Chính xác, Kết nối với chăm sóc, điều trị.

- + Đồng thuận: Phải có sự đồng ý của khách hàng sau khi đã được cung cấp đầy đủ thông tin về xét nghiệm HIV. Khách hàng có quyền từ chối xét nghiệm.
- + Bảo mật: Đảm bảo tính bí mật thông tin của người được tư vấn và xét nghiệm HIV. Nội dung thảo luận giữa người tư vấn và khách hàng không được tiết lộ cho bất kỳ ai nếu không có sự đồng ý của họ.
- + Tư vấn: Tất cả các trường hợp làm xét nghiệm HIV đều phải được cung cấp thông tin trước xét nghiệm và tư vấn sau xét nghiệm.
- + Chính xác: Các cơ sở xét nghiệm cần thực hiện nghiêm ngặt quy trình thực hành chuẩn về xét nghiệm HIV và áp dụng phương cách xét nghiệm quốc gia. Các cơ sở xét nghiệm HIV cần tham gia hệ thống đảm bảo chất lượng xét nghiệm để đảm bảo tính chính xác của kết quả xét nghiệm.
- + Kết nối với chăm sóc và điều trị: Người nhiễm HIV cần được kết nối ngay với chăm sóc và điều trị. Có cơ chế phản hồi để đảm bảo chuyển gửi thành công và được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

Các phương pháp xét nghiệm HIV (theo “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS – Quyết định số 3047/QĐ-BYT, Hà nội ngày 22.7.2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

TT	Sinh phẩm thứ nhất (SP1) sàng lọc	Sinh phẩm thứ hai (SP2) bổ sung	Sinh phẩm thứ ba (SP3) bổ sung	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %
A	Các sinh phẩm nhanh có thể dùng mẫu máu toàn phần, huyết thanh hoặc huyết tương (Khuyến cáo áp dụng cho phòng xét nghiệm có số mẫu <40 mẫu/ngày)				
1	SD Bioline HIV1/2 3.0	Vikia HIV 1/2	Double Check Gold HIV 1&2	100	100
2	Vikia HIV 1/2	SD Bioline HIV1/2 3.0	Determine HIV 1/2	100	100
3	Determine HIV 1/2	SD Bioline HIV1/2 3.0	Vikia HIV 1/2	100	100
4	Vikia HIV 1/2	SD Bioline HIV1/2 3.0	Double Check Gold HIV 1&2	100	100
5	SD Bioline HIV1/2 3.0	Determine HIV 1/2	Double Check Gold HIV 1&2	100	100
6	SD Bioline HIV1/2 3.0	Determine HIV 1/2	Vikia HIV 1/2	100	100



B	2 sinh phẩm nhanh + 1 ELISA (Khuyến cáo áp dụng cho phòng xét nghiệm có lượng mẫu ít <40 mẫu/ngày)				
1	SD Bioline HIV1/2 3.0	Determine HIV 1/2	Murex HIV 1.2.O	100	100
2	Vikia HIV 1/2	SD Bioline HIV1/2 3.0	Murex HIV 1.2.O	100	100
3	SD Bioline HIV1/2 3.0	Double Check Gold HIV 1&2	Murex HIV 1.2.O	100	100
4	Determine HIV 1/2	SD Bioline HIV1/2 3.0	Murex HIV 1.2.O	100	100



Determine™ HIV-1/2 Whole Blood Procedure

(Refer to package inserts for assay procedures) Refer to the user site for Biokit® (Patent pending)

- Remove tests**
- Remove cover**
- Add sample**

Wait 1 minute
- Add chase buffer**

Wait 15 minutes
- Read results**

Control: [Red line in C, No line in T] = Invalid
 Patient: [Red line in C, Red line in T] = Invalid
 Patient: [Red line in C, No line in T] = Invalid
 Patient: [No line in C, Red line in T] = Invalid
 Patient: [Red line in C, Red line in T] = Valid

www.determinetest.com
enquiry@determinetest.com

ONE STEP Anti-HIV1/2 TEST

SD BIO LINE HIV-1/2 3.0

For in vitro diagnostic use only. Store at 1-30°C until expiration date.

One Step, Rapid, Immunochromatographic test for the detection of anti-HIV 1/2 in Human Serum, Plasma or Whole Blood.

CONTENTS:

- 1) 25 tests (individually foil-pouched with a desiccant)
- 2) Assay diluent
- 3) Lancet, Capillary pipette
- 4) Package insert

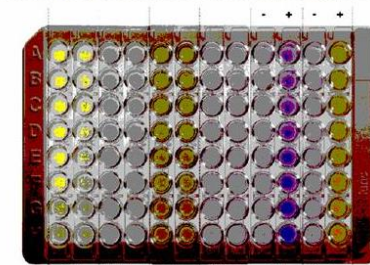
IVD
 Lot No. 076009
 Expiration 3000 10 14
 Mfg. date

Manufactured by **SD STANDARD DIAGNOSTICS, INC.**
 World Headquarters: 3000 W. Higgins Parkway, Mesa, AZ 85205-5000
 www.sdstandard.com

C	ELISA + 2 sinh phẩm nhanh (Khuyến cáo áp dụng cho phòng xét nghiệm có lượng mẫu nhiều ≥ 40 mẫu/ngày)				
1	Murex 1.2.O	SD Bioline HIV1/2 3.0	Vikia HIV 1/2	100	100
2	Murex 1.2.O	SD Bioline HIV1/2 3.0	Double Check Gold HIV 1&2	100	100
3	SD HIV ELISA 3.0	Double Check Gold HIV 1&2	Vikia HIV 1/2	100	100
4	SD HIV ELISA 3.0	Double Check Gold HIV 1&2	Determine HIV 1/2	100	100
5	Murex HIV Ag/Ab Combination	Double Check Gold HIV 1&2	SD Bioline HIV1/2 3.0	100	100
6	Murex HIV Ag/Ab Combination	SD Bioline HIV1/2 3.0	Vikia HIV 1/2	100	100



Murex Microplate



The colors at each stage of an assay which reflect SAM™ and color coded reagents

5. Điều trị và dự phòng HIV/AIDS

5.1 Điều trị đặc hiệu

- Các thuốc kháng HIV có tác dụng kìm hãm sự phát triển của HIV, làm kéo dài thời gian nhiễm, chậm lại thời điểm xuất hiện AIDS.
- Thường kết hợp 3 – 4 loại thuốc từ các nhóm thuốc kháng HIV sau:
 - + *Nucleoside và nucleosid reverse transcriptase inhibitor (nRTI) - thuốc ức chế men RT để ức chế quá trình sao chép RNA: zidovudine, zalcitabine, didanosine, lamivudine.*



- + *Non - nucleosid reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) - Ức chế RT trực tiếp bằng cách gắn vào enzym: delaviridine, efavirenz, nevirapine.*



+ *Protease Inhibitor* ức chế men protease để ức chế quá trình tạo vỏ:

- * ritronavir,
- * indinavir,
- * saquinavir,
- * amprenavir,
- * neltegravir.



- + *Integrase Inhibitor - ức chế enzym integrase: raltegravir.*



- + *Entry inhibitor - ức chế gắn và xâm nhập của virus vào tế bào: maraviroc.*



- + *Fusion inhibitor - thuốc ức chế hòa màng virus, ngăn virus vào tế bào đích: enfuvirtide.*



5.2 Các điều trị khác

5.2.1 Điều trị và dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội – tùy từng bệnh cảnh cụ thể, ví dụ:

- Dự phòng lao bằng isoniazid
- Dự phòng viêm phổi do P.carinii bằng penttamidin và cotrimoxazol.



5.2.2 Điều trị miễn dịch

- Phục hồi chức năng tạo lympho bằng interleukin I, II.
- Hỗ trợ miễn dịch thể dịch bằng γ globulin
- Kích thích sinh tế bào máu bằng GM-CSF, interleukin III.



5.3 Dự phòng

5.3.1 Dự phòng đặc hiệu

- Hiện chưa có vaccin để dự phòng HIV
- Những người bị phơi nhiễm HIV nguy cơ cao (quan hệ tình dục không an toàn với người nhiễm HIV, tiêm chích chung kim với người nhiễm HIV (+), vết thương gây ra từ người dính máu nhiễm HIV, da niêm mạc hoặc vết thương tiếp xúc với máu HIV (+)) cần được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV: kết hợp 2 – 3 thuốc trong 4 tuần.

5.3.2 Dự phòng không đặc hiệu hạn chế lây nhiễm HIV bằng cách cắt đứt các đường lây truyền:

- Tình dục an toàn (dùng bao cao su), lành mạch (chung thủy).
- Không tiêm chích ma túy.
- Kiểm tra và sàng lọc HIV ở các sản phẩm máu và máu trước khi truyền.
- Dụng cụ y tế phải được tiệt trùng đúng qui định.
- Nếu mẹ nhiễm HIV thì không nên sinh con. Nếu đã mang thai muốn sinh con cần phải dự phòng bằng zidovudine hoặc nevirapine.

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS – Quyết định số 3047/QĐ-BYT, Hà nội ngày 22.7.2015 của Bộ trưởng Bộ Y Tế
6. Giáo trình Bệnh học Nội khoa, (2008). Bộ Môn Nội - Trường Đại học Y Dược Huế, NXB Y học
7. Bài Giảng Bệnh học Nội khoa, (2003). Các Bộ môn Nội- Trường Đại học Y Hà nội, NXB Y học
8. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.3.1. Chọn câu đúng ~ HIV là loại Retrovirus, cấu trúc bởi 2 thành phần cơ bản:

- A. Lớp vỏ protein; lớp nhân gồm liprotein và enzyme RT
- B. Lớp vỏ RNA và men RT; lớp nhân gồm liprotein và glycoprotein
- C. Lớp vỏ liprotein và glycoprotein; nhân gồm RNA và enzyme RT
- D. Lớp vỏ liprotein và enzyme RT; lớp nhân gồm RNA và glycoprotein

8.3.2. Chọn câu đúng ~ lây nhiễm HIV qua các đường:

- A. Mẹ sang con
- B. Đường máu
- C. Đường tình dục
- D. Cả A, B và C đúng

8.3.3. Chọn câu đúng ~ Tế bào miễn dịch nào bị HIV gây tổn thương đầu tiên và trầm trọng nhất

- A. Tế bào lympho B
- B. Tế bào NK
- C. Tế bào T-CD4
- D. Cả A, B và C đúng

8.3.4. Chọn câu đúng ~ Các giai đoạn nhiễm HIV:

- A. Giai đoạn đầu (cửa sổ) 1-3 tháng
- B. Giai đoạn tiềm tàng 1 tháng đến 10 năm
- C. Giai đoạn toàn phát thành AIDS
- D. Các giai đoạn trên

8.3.5. Chọn câu đúng ~ Những nhóm bệnh thường gặp của hội chứng AIDS:

- A. Nhiễm trùng cơ hội
- B. Ung thư hóa
- C. Bệnh tử do HIV
- D. Cả A, B và C đều đúng

8.3.6. Chọn câu đúng ~ Xét nghiệm xác định nhiễm HIV:

- A. Xét nghiệm Determine có Se cao nhưng Sp thấp
- B. Xét nghiệm Western Blott có Se thấp nhưng Sp cao
- C. Xét nghiệm IDR
- D. Câu A và B đúng

8.3.7. Chọn câu đúng ~ Trong điều trị đặc hiệu các thuốc kháng HIV có tác dụng gì:

- A. Kìm hãm sự phát triển của HIV,
- B. Kéo dài thời gian xuất hiện AIDS
- C. Kích thích tế bào máu bằng GM-CSF, Interleukin III
- D. Câu A và B đúng

8.3.8. Chọn câu đúng ~ Virus HIV

- A. Suy giảm miễn dịch mắc phải
- B. Bệnh tử vong do virus phá hủy cơ thể
- C. Suy giảm miễn dịch bẩm sinh
- D. Đã có thuốc điều trị đặc hiệu

8.3.9. Chọn câu đúng ~ Bị tiêu diệt nhanh với nước Javel 1/10 trong 5 phút

- A. Đúng
- B. Sai

8.3.10. Chọn câu đúng ~ HIV có thể bị tiêu diệt bởi các tác nhân ngoại trừ

- A. Javel
- B. Cồn
- C. Thuốc tím
- D. Tia X

8.3.11. Chọn câu đúng ~ HIV có thể lây qua hôn môi

- A. Đúng
- B. Sai

8.3.12. Chọn câu đúng ~ HIV đánh vào

- A. Lympho T CD 4
- B. Lympho B
- C. Lympho T độc
- D. A và C đúng

8.3.13. Chọn câu đúng ~ Chẩn đoán HIV chỉ cần test nhanh:

- A. Đúng
- B. Sai

8.3.14. Chọn câu đúng ~ Chẩn đoán giai đoạn theo WHO HIV có:

- A. 3 giai đoạn dựa vào TCD 4
- B. 4 giai đoạn dựa vào TCD 4
- C. 3 giai đoạn trên quy đổi lympho
- D. 4 giai đoạn không cần đếm T CD 4

8.3.15. Chọn câu đúng ~ Ước lượng mức T CD4 từ tế bào lympho $<1000/\text{mm}^3$

- A. $<200/\text{mm}^3$
- B. $200-499/\text{mm}^3$
- C. $150-300\text{mm}^3$
- D. $<500\text{mm}^3$

8.3.16. Chọn câu đúng ~ Ước lượng T CD4 >500 thì số tế bào lympho $>2000\text{mm}^3$

- A. Đúng
- B. Sai

8.3.17. Chọn câu đúng ~ Bệnh nhiễm trùng cơ hội trên bệnh nhân HIV ở Việt Nam nhiều nhất là:

- A. Lao
- B. Tiêu Chảy kéo dài do E.coli
- C. Nấm Candida
- D. Viêm màng não do Cryptococcus

8.3.18. Chọn câu đúng ~ Giai đoạn sơ nhiễm HIV chẩn đoán qua kháng nguyên P24

- A. Đúng
- B. Sai

8.3.19. Chọn câu đúng ~ Xét nghiệm Western Blot dương tính thì bệnh nhân đó

- A. Chắc chắn nhiễm HIV
- B. Chưa chắc chắn cần làm thêm PCR virus HIV
- C. Cần làm thêm 2 lần Elisa
- D. Không có ý nào đúng

8.3.20. Chọn câu đúng ~ Sự phát triển của AIDS phụ thuộc:

- A. Tuổi và giới của bệnh nhân
- B. Nồng độ của virus
- C. Số lượng T
- D. Bệnh cơ hội trên bệnh nhân

8.3.21. Chọn câu đúng ~ Độ tuổi có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất

- A. 10-19
- B. 20-29
- C. 30-49
- D. >50

8.3.22. Chọn câu sai ~ Ung thư cơ hội hay gặp ở người nhiễm HIV

- A. Lymphoma
- B. Ung thư gan
- C. Kaposi
- D. K cổ tử cung

8.3.23. Chọn câu đúng ~ Bệnh nhân nhiễm HIV có nên sử dụng Vacin phòng bệnh cơ hội hay không

- A. Có
- B. Không





CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

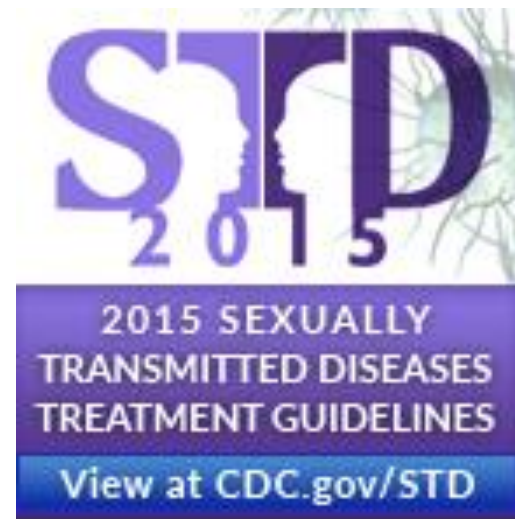
Sexually Transmitted Diseases - STDs

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được những nguyên nhân thường gặp của các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
2. Trình bày được triệu chứng và phương pháp điều trị bệnh lậu.
3. Trình bày được triệu chứng và phương pháp điều trị bệnh giang mai

Nội dung

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1. ĐẠI CƯƠNG | 10. HERPES SINH DỤC |
| 2. BỆNH LẬU | 11. U MỀM LÂY |
| 3. BỆNH GIANG MAI | 12. NHIỄM |
| 4. NHIỄM CHLAMYDIA | CYTOMEGALOVIRUS |
| TRACHOMATIS SINH | 13. VIÊM GAN B |
| DỤC - TIẾT NIỆU | 14. HIV/AIDS |
| 5. BỆNH HẠ CAM | 15. VIÊM ÂM HỘ - ÂM |
| 6. BỆNH HỘT XOÀI | ĐẠO DO CANDIDA |
| 7. BỆNH U HẠT BỆN | 16. VIÊM ÂM ĐẠO DO |
| HOA LIỄU | TRÙNG ROI |
| 8. VIÊM ÂM ĐẠO DO VI | 17. BỆNH GHỀ |
| KHUẨN | 18. RẬN MU |
| 9. BỆNH SÙI MÀO GÀ | |



1. ĐẠI CƯƠNG

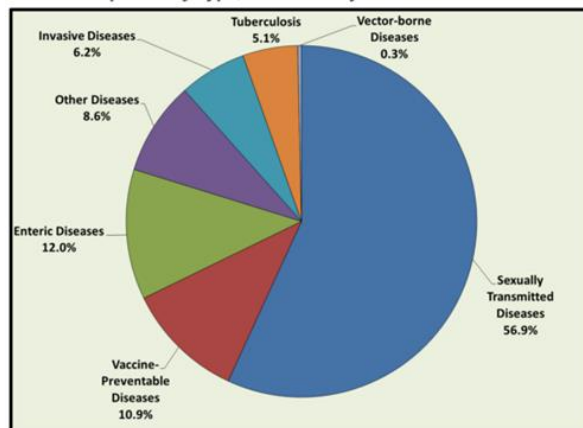
1.1 Vài nét về các bệnh lây truyền qua đường tình dục

- Bệnh lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Diseases - STDs) là các hội chứng lâm sàng gây ra bởi những tác nhân gây bệnh có thể mắc phải và lây truyền do các hoạt động tình dục bao gồm giao hợp qua âm đạo, quan hệ tình dục bằng miệng lưỡi hay qua hậu môn.
- Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections – STIs) là thuật ngữ bao quát hơn vì người nhiễm các tác nhân gây bệnh có thể không có triệu chứng nhưng có nguy cơ lây bệnh cho người khác
- Các tác nhân gây bệnh STDs :
 - + Bệnh do vi khuẩn: Hạ cam mềm; Chlamydia (*Chlamydia trachomatis*), u hạt bẹn, bệnh lậu, giang mai, bệnh do vi nấm cặn, dermatophytes, candida.
 - + Bệnh do virus: Herpes sinh dục, Viêm gan siêu vi B, Bệnh sùi mào gà do HPV, U mềm lây, HIV/AIDS.
 - + Bệnh do ký sinh trùng: Rận mu, cái ghẻ, trùng roi âm đạo
 - + Các chủng nấm: candida albicans...
 - + Các động vật nguyên sinh : trùng roi, amip...

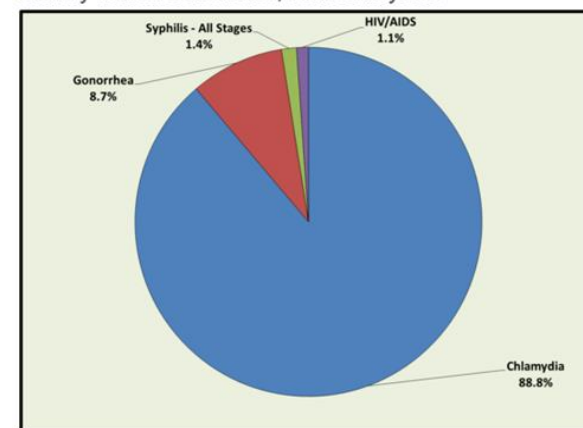
Dịch tễ:

- Theo một báo cáo mới của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh (CDC) cho biết tỉ lệ mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục đang ở mức cao trong lịch sử.
- Năm 2014 là năm có số lượng người mắc bệnh chlamydia cao hơn bao giờ hết, bệnh giang mai và lậu cũng tăng cao.
- Bệnh này có ở tất cả các thành phần trong xã hội, ở mọi lứa tuổi (từ sơ sinh đến người cao tuổi) ở mọi địa phương, giới tính (nữ > nam) với tỷ lệ 4/1 -3/1.
- Bản chất của bệnh là bệnh lây truyền, bệnh chịu tác động của nhiều yếu tố xã hội : kinh tế, văn hóa, di dân, lối sống của giới trẻ.
- Việt Nam đang nằm trong vùng trung tâm, có tỷ lệ mắc bệnh cao của khu vực và trên thế giới.
- Còn nhiều bất cập giữa các chính sách và can thiệp.

Diseases Reported by Type, Davis County 2015



Sexually-Transmitted Diseases, Davis County 2015



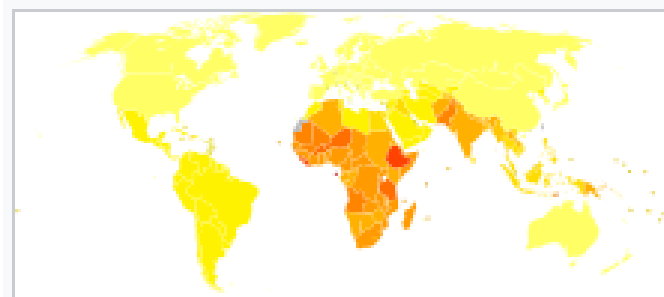
1.2 Các bệnh và hội chứng thường gặp nhất của STDs

1.2.1 Các bệnh STDs thường gặp nhất

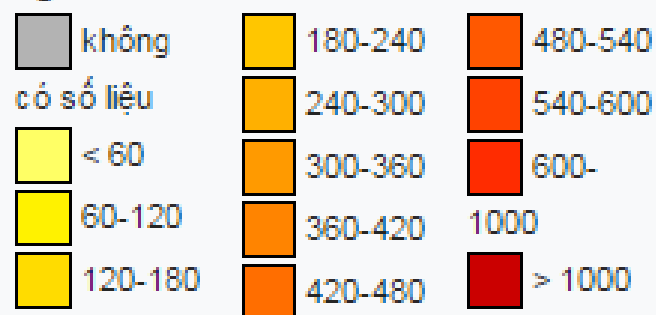
Bệnh	Nguyên nhân
Lậu	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> : song cầu khuẩn lậu
Giang mai	<i>Treponema pallidum</i> : xoắn khuẩn giang mai
Viêm niệu đạo	<i>Chlamydia trachomatis</i>
HIV/AIDS	HIV
Herpes sinh dục	cytomegalovirus
Viêm gan B	HBV – hepatitis B viruss
Viêm niệu đạo/ âm đạo	<i>Giardia lamblia</i>
Viêm niệu đạo / âm đạo	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Carcinoma cổ tử cung	Papilomavirus
Tăng bạch cầu đơn nhân	Cytomegalovirus

1.2.2 Các hội chứng thường gặp của STDs

- STDs được biểu hiện qua một số hội chứng.
- Cùng một tác nhân gây bệnh có thể gây nhiều hội chứng khác nhau.
- Trước biểu hiện tại bộ phận sinh dục ta có thể xác định được tác nhân gây ra hội chứng đó, ví dụ:
 - + Viêm niệu đạo: căn nguyên có thể do lậu, trichomonas.
 - + Viêm mào tinh hoàn: có thể do lao, lậu cầu.
 - + Viêm âm đạo: có thể do trùng roi, candida.
 - + Viêm âm đạo rất hôi (yếm khí) có thể do trichomonas vaginalis.
 - + Viêm hố chậu: có thể do lậu cầu, mycoplasma hominis.
 - + Loét bộ phận sinh dục: có thể do giang mai, virus herpes, Chlamydia trachomatis.
 - + Xùi tăng gai bao quy đầu: có thể do papovavirus.



Số người nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục (không bao gồm HIV) trên toàn thế giới, xét trên 100.000 người vào năm 2004. [15]



- Những biểu hiện ở xa bộ phận sinh dục:
 - + Trên da, các giác quan, kẽ bẹn, nách, chân) có liên quan đến bệnh STD là:
 - * Ngứa ở vùng lông xương mu: do rận mu.
 - * Ngứa ở kẽ chân do nấm men.
 - * Ngứa ở kẽ tay, cùi tay, bụng đùi là ghẻ.
 - * Viêm kết mạc trẻ sơ sinh do lậu cầu.
 - * Viêm võng mạc do virus herpes type 5
 - * Tổn thương các xương khớp có thể do lậu cầu.
 - + Tổn thương ở hệ tiêu hóa:
 - * Viêm trực tràng có thể do lậu cầu, herpes tuyp 1 2, Chlamydia.
 - * Viêm ruột non có thể do Giardia lamblia.
 - * Viêm gan do hepatitis B
 - + Tổn thương ở hệ hô hấp:
 - * Viêm họng có thể do lậu cầu, chlamydia.
 - * Viêm phổi do nấm men.
 - + Ngoài ra còn có biểu hiện ở các cơ quan:
 - * Gan to, lách to, tuần hoàn bàng hệ ở trẻ sơ sinh do giang bầm sinh, HTLV-3.

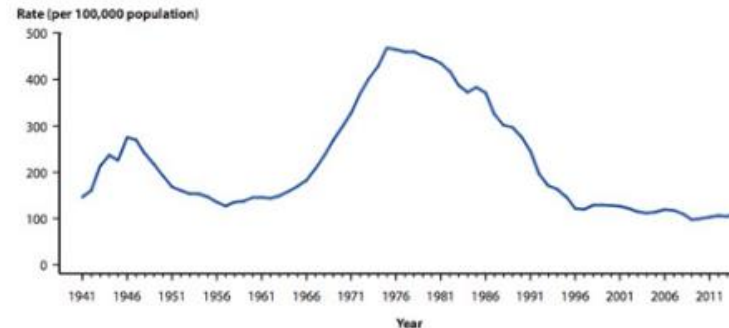
2. BỆNH LẬU

2.1 Định nghĩa và nguyên nhân

2.1.1 Định nghĩa

- Là một bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, tương đối phổ biến (chiếm 3-15% trong tổng số các bệnh lây truyền qua đường tình dục), căn nguyên do vi khuẩn *Neisseria gonorrhoeae*, triệu chứng lậu cấp điển hình là đái buốt, đái ra mủ, nhưng phần lớn lại gặp là lậu mạn tính với các triệu chứng không điển hình, bệnh có thể để lại nhiều biến chứng cho bệnh nhân.
- Tỷ lệ bệnh lậu giảm mạnh sau thời kỳ đỉnh cao vào năm 1978 nhưng con số lại tăng lên đáng kể vào năm 2009.
- Ở Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng trên 50.000 -100.000 trường hợp bị lậu. - Bệnh có thể phối hợp với một số tác nhân gây viêm niệu đạo khác, trong đó thường gặp nhất là *Chlamydia trachomatis* và các tác nhân khác như trùng roi, *ureaplasma*, *mycoplasma*.

Figure 12. Gonorrhea — Rates of Reported Cases by Year, United States, 1941–2014



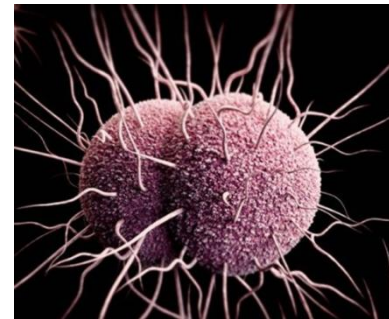
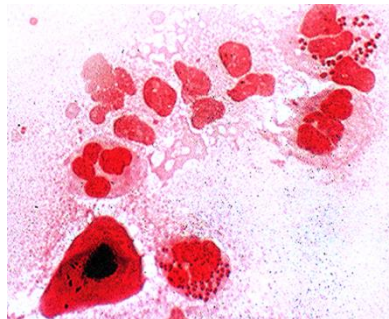
2.1.2 Nguyên nhân

- Vi khuẩn lậu bắt màu gram (-), nằm trong tế bào bạch cầu đa nhân, đứng từng đôi một, khi lậu cấp tính thường có hình ảnh rõ, khi lậu mạn thường phải nuôi cấy để chẩn đoán xác định (nuôi cấy trong môi trường thạch máu có CO₂), dùng hình ảnh đại thể và phân lập trên môi trường đường để xác định vi khuẩn lậu.
- Sức đề kháng vi khuẩn lậu kém, ra môi trường ngoài cơ thể và các thuốc sát trùng thông thường đều diệt được.

Cơ chế bệnh sinh:

- Sau khi quan hệ với bạn tình có bệnh, vi khuẩn lậu có sức bám dính vào màng tế bào biểu mô trụ của đường tiết niệu sinh dục người lành, nên việc nhiễm bệnh xảy ra rất nhanh ngay sau khi quan hệ tình dục.
- Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn lậu: cho đến nay các kháng sinh sau đây còn có tác dụng (xếp theo giảm dần). Ceftriaxone , Spectinomycine, Erythromycin, Ciprofloxacin.

Vi khuẩn lậu

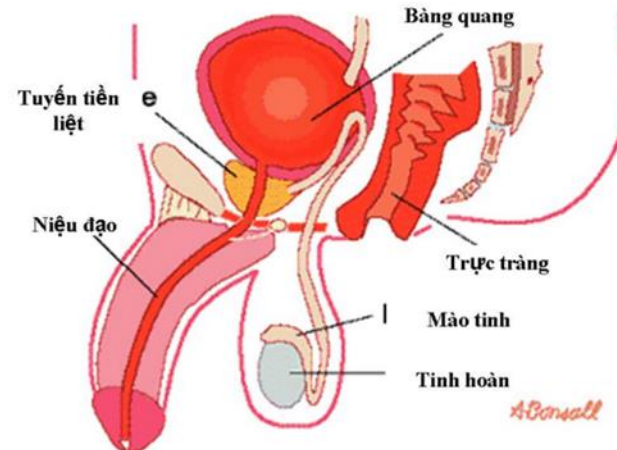


2.2 Triệu chứng lâm sàng

2.2.1 Bệnh lậu ở nam giới

– Lậu cấp:

- + Ủ bệnh trung bình 3-5 ngày, sớm nhất là 1 ngày, chậm nhất là 2 tuần. Thời gian này người bệnh dù không có triệu chứng gì nhưng vẫn có khả năng lây lan cho người khác.
- + Biểu hiện sớm nhất là cảm giác khó chịu dọc niệu đạo kèm đái dắt, đái buốt.
- + Miệng sáo, quy đầu viêm đỏ, có mủ chảy ra tự nhiên hoặc chảy ra khi vuốt dọc từ gốc dương vật.
- + Toàn thân: có thể sốt, mệt mỏi.



- Lậu mạn tính:
 - + Thường do lậu cấp không được điều trị hoặc điều trị không đúng. Biểu hiện lâm sàng thường khó nhận biết làm người bệnh không biết mình bị bệnh. Có thể thấy các triệu chứng sau:
 - + Có giọt mủ vào buổi sáng khi chưa đi tiểu gọi là "giọt mủ ban mai".
 - + Đái buốt không rõ ràng. Người bệnh có cảm giác nóng rát, dấm dút dọc niệu đạo.
 - + Đái rắt do viêm niệu đạo sau.
 - + Có thể có các biến chứng như viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh.
- Khoảng 25% bệnh nhân có triệu chứng không rõ
 - + Biểu hiện ra dịch niệu đạo nhưng không nhiều và màu trong, không phân biệt được với viêm niệu đạo không do lậu.
 - + Một số trường hợp không có triệu chứng.
- Các bệnh nhân có triệu chứng nếu không điều trị thì sau vài ngày đến vài tuần sẽ giảm triệu chứng cấp tính và có thể xảy ra biến chứng tại chỗ như viêm niệu đạo sau gây đái són đau, viêm mào tinh hoàn, viêm túi tinh....
- Nhiều trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng bệnh lý rõ ràng. Tuy nhiên, dù có hay không có triệu chứng mà không được điều trị thì đều có thể gây biến chứng.

2.2.2 Bệnh lậu ở nữ

- Lậu cấp:
 - + Thời kỳ ủ bệnh ở nữ thường kéo dài hơn, trung bình 5-7 ngày. Biểu hiện lâm sàng thường âm thầm không rõ ràng.
 - + Khám bộ phận sinh dục thấy: mủ ở âm hộ, lỗ niệu đạo viêm đỏ có thể có mủ chảy ra, các lỗ tuyến Skène, Bartholin đỏ.
 - + Cổ tử cung viêm đỏ có mủ nhày màu vàng hoặc vàng xanh.
- Lậu mạn:
 - + Triệu chứng nghèo nàn.
 - + Có thể ra "khí hư" giống bất cứ viêm nhiễm nào ở bộ phận sinh dục.
 - + Tuy nhiên, có thể đưa đến nhiều biến chứng như: viêm niêm mạc tử cung, áp xe phần phụ, viêm tắc vòi trứng, viêm vùng hố chậu có thể gây vô sinh, chửa ngoài tử cung.
- Tỷ lệ nữ bị mắc bệnh lậu sau một lần quan hệ tình dục với đàn ông bị bệnh vào khoảng 60-80%.
- Viêm ống cổ tử cung là biểu hiện đầu tiên của bệnh lậu nữ. Niệu đạo cũng bị nhiễm lậu cầu (70-90%). Các tuyến Skène và Bartholin cũng thường bị nhiễm trùng.
- Thời gian ủ bệnh của bệnh lậu ở nữ là không rõ ràng nhưng thông thường trong khoảng 10 ngày.

- Các triệu chứng thường thấy là ra khí hư nhiều, tiểu khó, ra máu giữa kỳ kinh, rong kinh... Bệnh nhân có thể có đơn độc một triệu chứng hoặc có nhiều triệu chứng. Biểu hiện các triệu chứng có thể rất nhẹ hoặc rầm rộ.
- Khi khám có thể không thấy biểu hiện bất thường ở cổ tử cung, nhưng nhiều bệnh nhân cổ tử cung ra mủ hoặc mủ nhày, đỏ và phù nề vùng ngoài cổ tử cung và khi chạm vào rất dễ chảy máu. Khi khám có thể thấy mủ ở niệu đạo, các tuyến quanh niệu đạo, tuyến Bartholin.
- Bệnh lậu ở phụ nữ có thai không khác bệnh lậu ở phụ nữ không có thai. Tuy nhiên, có thể nhận thấy phụ nữ có thai ít bị viêm tiểu khung hơn và hay gặp lậu hầu họng hơn. Các biến chứng thường xảy ra ở phụ nữ có thai là sảy thai tự nhiên, vỡ ối sớm, đẻ non, viêm cấp màng ối rau, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh, viêm hầu họng...
- Viêm âm hộ do lậu ở trẻ em gái: có thể gặp ở bé gái bị hẹp âm, do dùng chung khăn, chậu bị nhiễm lậu khi vệ sinh bộ phận sinh dục. Biểu hiện lâm sàng: âm hộ viêm đỏ có mủ vàng xanh kèm theo đái buốt.



2.2.3. Nhiễm trùng hậu môn- trực tràng

- Nhiễm trùng hậu môn thường gặp ở người tình dục đồng giới nam và một số phụ nữ có viêm cổ tử cung do lậu. Viêm trực tràng ít gặp hơn.
- Triệu chứng có thể biểu hiện như ngứa hậu môn, chảy dịch mủ nhày ở hậu môn nhưng không đau, đôi khi thấy chảy máu trực tràng, có thể nặng như viêm trực tràng, biểu hiện đau, mót rặn và có thể tiêu chảy, đi ra chất nhày hoặc mủ, táo bón. Khám thấy hậu môn đỏ, có mủ nhày, soi hậu môn có nhày hoặc mủ, đỏ, phù nề, niêm mạc dễ chảy máu.

2.2.4. Nhiễm trùng hầu họng

- Tỷ lệ nhiễm trùng hầu họng trong những bệnh nhân bị lậu tình dục khác giới nam khoảng 3-7%, nữ 10-20% và 10-25% nam tình dục đồng giới. Có tới trên 90% trường hợp không triệu chứng.
- Biểu hiện viêm hầu họng, viêm amidan cấp, đôi khi có sốt và sưng hạch vùng cổ.



2.2.5. Nhiễm trùng các cơ quan khác

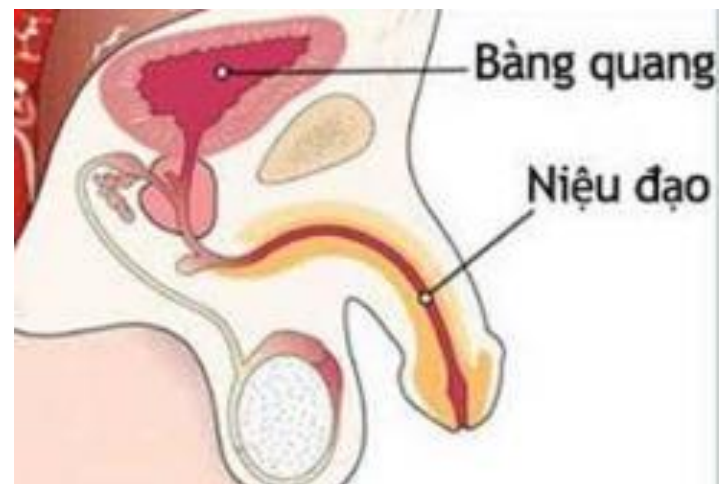
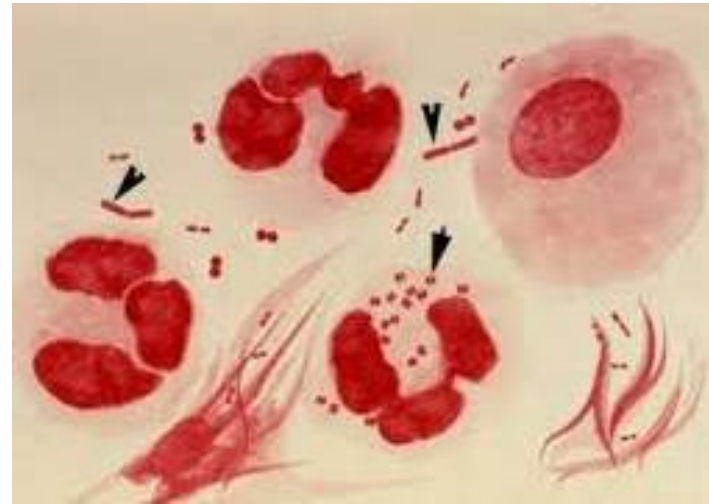
- Viêm kết mạc mắt hiếm gặp ở người lớn và do tự lây nhiễm lậu cầu từ sinh dục-hậu môn, do dùng chung khăn chậu với bệnh nhân. Một số trường hợp có thể xảy ra ở nhân viên phòng xét nghiệm do tai biến nghề nghiệp.
- Nhiễm trùng da tiên phát do lậu có thể xảy ra và thường là các vết loét ở sinh dục, tầng sinh môn, đùi và ngón tay.
- Lậu mắt ở trẻ sơ sinh. Bệnh thường xuất hiện sau đẻ 1 - 3 ngày. Có thể bị một hoặc cả hai mắt. Mắt sưng nề không mở được, có rất nhiều mủ từ mắt chảy ra, kết mạc, giác mạc viêm đỏ và có thể loét.



2.2.6. Các biến chứng của bệnh lậu

a. Biến chứng tại chỗ ở nam

- Biến chứng thường gặp nhất là viêm mào tinh hoàn. Trước khi có kháng sinh trị liệu có hiệu quả, tỷ lệ biến chứng này khoảng 20% số bệnh nhân lậu.
- Biểu hiện sưng một bên bìu, đau và thường có viêm niệu đạo.
- Viêm bạch mạch hiếm gặp.
- Chít hẹp niệu đạo và áp xe quanh niệu đạo ngày nay rất hiếm do viêm-áp xe tuyến Littre.
- Các biến chứng hiếm gặp là viêm túi tinh, viêm tuyến tiền liệt.



b. Biến chứng tại chỗ ở nữ

- Biến chứng thường gặp nhất là viêm cấp vòi trứng hay viêm tiểu khung chiếm khoảng 10-20% trường hợp lậu cấp.
- Viêm vòi trứng là biến chứng hay gặp nhất của bệnh lậu và có thể để lại những hậu quả lâu dài như vô sinh, chửa ngoài tử cung, đau tiểu khung mạn tính. Biểu hiện là đau bụng dưới, đau khi giao hợp, rối loạn kinh nguyệt, ra máu giữa kỳ kinh ...
- Khám thấy bụng dưới, tử cung, phần phụ đau, di động cổ tử cung đau, dịch nhày hoặc mủ nhày cổ tử cung, đôi khi có đám áp xe phần phụ và vòi trứng-buồng trứng.
- Bệnh nhân có thể sốt, tăng bạch cầu, tăng tốc độ lắng máu, tăng protêin phản ứng C (Creactive protein)...
- Xét nghiệm tìm lậu cầu chỉ thấy ở khoảng 50% trường hợp.
- Viêm tiểu khung do lậu thường cấp tính hơn và xuất hiện sớm hơn viêm tiểu khung do các tác nhân khác.
- Áp xe tuyến Bartholin gặp khoảng 28% số bệnh nhân lậu nữ.
- Viêm-áp xe tuyến Skène hiếm gặp.

c. Biến chứng toàn thân

- Nhiễm lậu cầu toàn thân là biến chứng hay gặp nhất của biến chứng lậu toàn thân, gặp khoảng 0,5-3% trong số bệnh nhân lậu cấp không điều trị.
- Một số tác giả gọi là Hội chứng viêm da-khớp vì biểu hiện lâm sàng là đau khớp và có biểu hiện ngoài da.
- Thương tổn hay gặp nhất là mụn mủ hoại tử, đau trên nền da đỏ nhưng cũng có thể là dát, sẩn, mụn mủ đơn thuần, xuất huyết, bong nước.
- Đau khớp hoặc viêm gân bao hoạt dịch xảy ra ở các khớp gối, cổ tay, khớp cổ chân và khớp ngón tay, ngón chân. Bệnh hay gặp ở nữ hơn nam và thường hay xảy ra sau 1 tuần khi có kinh.
- Biểu hiện nhiễm trùng huyết do lậu đôi khi khó xác định về lâm sàng, xét nghiệm máu nuôi cấy tìm lậu cầu cũng khó khăn, tỷ lệ dương tính chỉ khoảng 20-30%.
- Viêm màng não và viêm màng tim do lậu. Tỷ lệ xảy ra trên bệnh nhân rất thấp, chỉ khoảng 1-3%. Tuy nhiên, đây là biến chứng rất nặng, có thể gây tổn hại van tim, thường là van động mạch chủ đe dọa tính mạng người bệnh. Viêm màng não hiếm gặp và không có biểu hiện điển hình.

2.3 Xét nghiệm

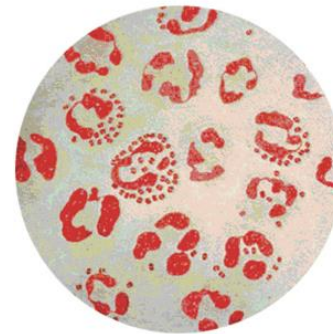
2.3.1. Nuôi cấy

- Phân lập lậu cầu bằng nuôi cấy là tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh. Đồng thời nuôi cấy lậu cầu cũng xác định được kháng sinh sử dụng cho điều trị. Môi trường hiện nay thường dùng là Thayer-Martin có chứa Vancomycin.
- Tỷ lệ dương tính khi nuôi cấy lậu cầu trong môi trường chọn lọc hay không chọn lọc ở nam là khoảng 80-95% tùy theo vị trí lấy bệnh phẩm.

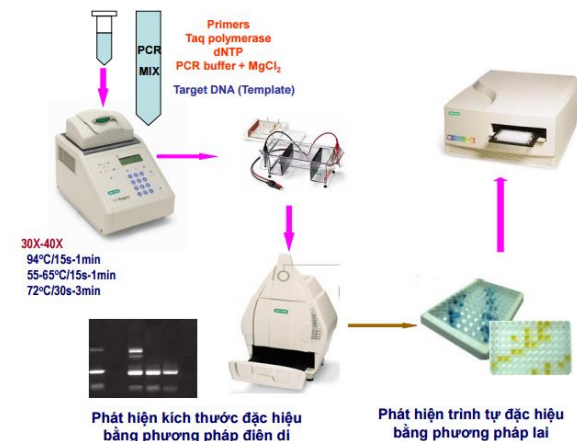
2.3.2. Nhuộm Gram

- Khi thấy song cầu Gram âm điển hình nằm trong hay sát bên bạch cầu đa nhân thì có thể kết luận dương tính.
- Đối với bệnh nhân nam, nhuộm Gram dịch niệu đạo có thể đủ chẩn đoán bệnh lậu, nhưng đối với bệnh nhân nữ thì cần phải nuôi cấy.

2.3.3. PCR (polymerase chain reaction) là kỹ thuật mới có độ đặc hiệu và độ nhạy cao.



Hình dạng song cầu trùng Gram (-) nằm trong tế bào bạch cầu sau khi nhuộm.



2.4 Điều trị

2.4.1 Nguyên tắc chung

- Điều trị đồng thời nhiễm Chlamydia.
- Điều trị sớm.
- Điều trị đúng phác đồ.
- Điều trị cả bạn tình.
- Tuân thủ chế độ điều trị: không quan hệ tình dục, không uống rượu bia và chất kích thích, không làm thủ thuật tiết niệu trong thời gian điều trị.
- Xét nghiệm huyết thanh giang mai và HIV trước và sau khi điều trị để phát hiện sàng lọc hai bệnh này.



2.4.2 Phác đồ điều trị lậu không biến chứng

- Spectinomycine 2 gram: tiêm bắp liều duy nhất.
- Hoặc Ceftriaxone 250 mg: tiêm bắp liều duy nhất.
- Sau đó dùng Doxycyclin 100 mg x 2 viên / ngày x 7 ngày.



2.4.3 Điều trị lậu biến chứng

- Ceftriaxone 1 gram / 1 ngày tiêm bắp x 3- 7 ngày. Sau đó dùng Doxycyclin 100 mg x 2 viên/ ngày x 7 ngày.
- Các trường hợp nặng hơn (biến chứng viêm màng não, viêm nội tâm mạc do lậu) cần dùng liều lượng trên nhưng phải kéo dài đến 4 tuần lễ.

2.4.4 Điều trị đồng thời Chlamydia với các thuốc sau:

- Azithromycin 1g liều duy nhất, hoặc:
- Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc:
- Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày, hoặc:
- Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày, hoặc:
- Clarithromycin 250mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- Không dùng doxycyclin và tetracyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi. Điều trị bệnh tình giống như điều trị cho người bệnh.



2.4.5 Lậu mạn (lậu biến chứng)

- Có biến chứng sinh dục tiết niệu: ceftriaxon 1g/ngày x 5-7 ngày. Phối hợp với điều trị Chlamydia như phác đồ trên.
- Có biến chứng nhiễm lậu toàn thân, viêm màng não cần cho người bệnh nằm điều trị nội trú. Ceftriaxon 1-2 g/ngày, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch x 10-14 ngày. Phối hợp với điều trị Chlamydia như phác đồ trên.
- Lậu mắt ở trẻ sơ sinh: ceftriaxon 50mg/kg tiêm bắp liều duy nhất, tối đa không quá 125mg. Rửa mắt bằng nước muối sinh lý. Điều trị lậu cho bố mẹ. Phòng ngừa lậu mắt ở trẻ sơ sinh: rửa sạch mắt trẻ ngay sau khi đẻ. Nhỏ mắt bằng dung dịch nitrat bạc 1%.

3. BỆNH GIANG MAI

3.1 Định nghĩa và nguyên nhân

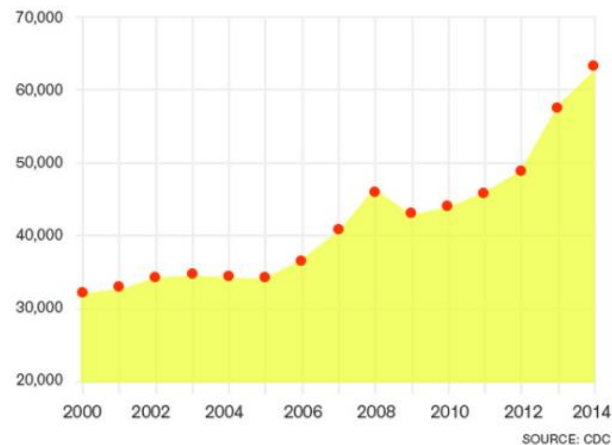
3.1.1 Định nghĩa

- Bệnh giang mai là bệnh nhiễm trùng kinh điển hệ thống, lây truyền qua đường tình dục, do xoắn khuẩn nhạt, tên khoa học là *Treponema pallidum* gây nên.
- Bệnh lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục và có thể lây truyền qua đường máu, lây truyền từ mẹ sang con.
- Bệnh có thể gây hậu quả trầm trọng như giang mai thần kinh, giang mai tim mạch, giang mai bẩm sinh..
- Nếu không được điều trị bệnh có thể xâm nhập vào tới cả các phủ tạng đặc biệt là da, tim mạch, thần kinh trung ương gây nhiều biến chứng rất nặng, có nhiều hình thái lâm sàng khác nhau nên chẩn đoán cũng rất khó khăn.
- Ở Châu Âu người ta cho rằng bệnh lan truyền do Christopho Colombo cùng 44 thủy thủ mang bệnh từ Haiti về Tây Ban Nha và sau do bệnh lan thành dịch ở Châu Âu vào đầu thế kỷ 16.
- Ở Việt Nam bệnh xuất hiện thời kỳ nào cũng chưa xác định rõ. Có thuyết cho rằng bệnh có từ lúc lính của Gia Long viễn chinh sang Xiêm La (Thái Lan) mang bệnh về (thế kỷ 18) vì vậy mới có tên là bệnh tiêm la.
- Sự thực bệnh giang mai có từ đời thượng cổ vì trong tài liệu của Trung Quốc, Ấn Độ, Hy Lạp người ta đã mô tả những thương tổn ở xương người giống hệt căn bệnh giang mai.

- Gần đây người ta cho bệnh giang mai là một trong nhóm bệnh xoắn khuẩn gây nên:
 - + Bệnh Pian (ghẻ cóc): nguyên nhân do T.Pertenu . Bệnh này gặp ở Tây Nguyên- Việt Nam và vùng Trung Mỹ nh Mehico...
 - + Bệnh Pinta (tiếng Bồ Đào Nha Maldel Pinta có nghĩa là vẽ màu, vì bệnh này để lại các vết màu xanh). Nguyên nhân gây bệnh do T.carateum. Bệnh này gặp ở Nam Mỹ nh Braxin, Achentina...
 - + Bệnh giang mai gây nên do T.Pallidum . Bệnh này gặp ơ tất cả các n-ước trên thế giới.
- Tỷ lệ mắc mới tăng gấp đôi tính từ năm 2000 cho tới 2014. Đây là căn bệnh nhiễm khuẩn gây loét trên bộ phận sinh dục hay miệng, phát ban trên bàn tay và chân, đau họng và sốt.

Syphilis

Reported cases in the United States, 2000 – 2014

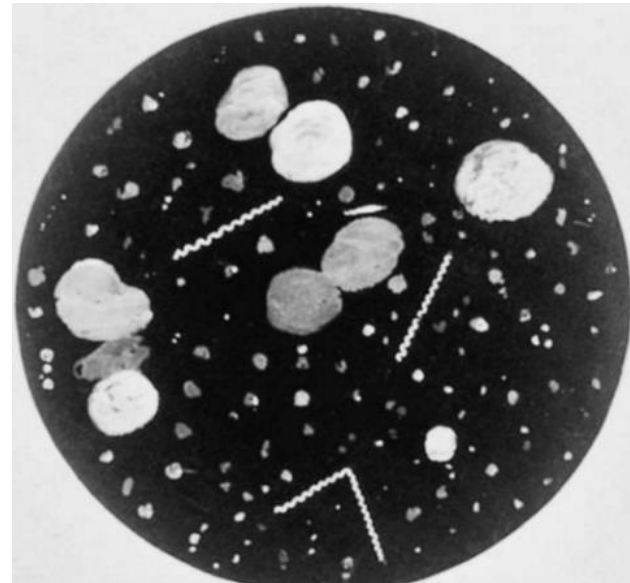


3.1.2 Nguyên nhân

- Bệnh giang mai gây nên do xoắn khuẩn nhạt (*Treponema pallidum*) do Schaudinn và Hoffmann phát hiện ra năm 1905.
- Đây là 1 loại xoắn khuẩn hình lò xo có 6 - 10 vòng xoắn, đường kính ngang không quá $0,5\mu$, dài 6 - 15μ .
- Xoắn khuẩn có thể có 3 loại di động:
 - + Di động theo trục dọc kiểu vặn đinh ốc.
 - + Di động qua lại như một quả lắc đồng hồ.
 - + Di động lượn sóng.
- Ở môi trường ẩm ướt cả 3 loại di động này có thể tồn tại và kéo dài đến 2 ngày .
- Xoắn khuẩn giang mai là 1 loại vi khuẩn yếu, ra ngoài cơ thể nó không sống quá được vài tiếng đồng hồ, nó chết nhanh chóng ở nơi khô, ở nơi ẩm ướt nó sống dai dẳng hơn. ở trong nước đá và độ lạnh $- 20^{\circ}\text{C}$ nó vẫn di động được rất lâu. ở 45°C nó bị bất động và có thể sống được 30 phút.
- Xà phòng có thể giết được xoắn khuẩn sau vài phút.
- Xoắn khuẩn vào cơ thể qua chỗ da và niêm mạc bị xây xát thường là do tiếp xúc trực tiếp do giao hợp, đường sinh dục, đường hậu môn hay đường miệng. Từ đó xoắn khuẩn đi vào hạch và 1 vài giờ sau nó đi vào máu và lan truyền khắp cơ thể.

3.1.3 Cách lây truyền

- Xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể người lành qua giao hợp đường âm đạo, đường hậu môn hoặc đường miệng.
- Ngoài ra bệnh có thể lây gián tiếp qua các đồ dùng, vật dụng bị nhiễm xoắn trùng.
- Lây qua các vết xước trên da – niêm mạc khi thầy thuốc tiếp xúc mà không được bảo vệ.
- Lây do truyền máu: truyền máu hoặc tiêm chích mà bơm kim tiêm không vô khuẩn.
- Lây từ mẹ sang con, thường sau tháng thứ 3 của thai kỳ và gây bệnh giang mai bẩm sinh.



3. 2 Triệu chứng lâm sàng:

3.2.1. Giang mai thời kỳ I

a. Săng (chancre)

- Thương tổn đơn độc, số lượng thường chỉ có một, xuất hiện ngay tại nơi xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể.
- Săng giang mai có thể xuất hiện thông thường khoảng 3 - 4 tuần (khoảng 10 - 90 ngày) sau lây nhiễm.
- Săng có đặc điểm: Là vết trợt nông, chỉ mất một phần thương bì, hình tròn hay bầu dục, không có bờ nổi gờ lên hoặc lõm xuống, bề mặt bằng phẳng, màu đỏ thịt tươi. Nền của săng giang mai thường rắn, cứng như tờ bìa, đó là đặc điểm quan trọng giúp phân biệt các vết trợt khác. Săng giang mai không ngứa, không đau, không có mủ, không điều trị cũng tự khỏi. Thường kèm theo viêm hạch vùng lân cận.
- Vị trí khu trú: săng thường thấy ở bộ phận sinh dục (>90% các trường hợp). Ngoài ra săng còn có thể xuất hiện ở một số vị trí khác như: môi, lưỡi, amidan (do quan hệ miệng - sinh dục), ngón tay (thường ở nữ hộ sinh), trán, vú v.v...

b. Hạch

- Vài ngày sau khi có săng ở bộ phận sinh dục, các hạch vùng bẹn thường bị viêm, họp thành chùm, trong đó có một hạch to hơn các hạch khác gọi là “hạch chúa”. Hạch rắn, không đau, không hóa mủ, không dính vào nhau và vào tổ chức xung quanh, di động dễ.

Giang mai thời kỳ I

a. Săng (chancre)



b. Hạch



3.2.2. Giang mai thời kỳ II

- Thời kỳ thứ II bắt đầu khoảng 6 - 8 tuần sau khi có sãng.
- Đây là giai đoạn xoắn khuẩn vào máu và đi đến tất cả các cơ quan trong cơ thể nên thương tổn có tính chất lan tràn, ăn nông hời hợt trên mặt da, có rất nhiều xoắn khuẩn trên thương tổn nên thời kỳ này rất lây, nguy hiểm nhiều cho xã hội hơn là bản thân bệnh nhân.
- Bệnh tiến triển thành nhiều đợt, dai dẳng từ 1 - 2 năm. Các phản ứng huyết thanh trong giai đoạn này dương tính rất mạnh.
- Giang mai thời kỳ II có thể chia thành:
 - + giang mai thời kỳ II sơ phát và
 - + giang mai thời kỳ II tái phát.



a. Giang mai II sơ phát: có các triệu chứng sau

- Đào ban (Roseole): là những vết màu hồng tươi như cánh đào, bằng phẳng với mặt da, hình bầu dục, số lượng có thể ít hoặc nhiều. Sờ mềm, không thâm nhiễm, không ngứa, không đau. Khu trú chủ yếu ở hai bên mạng sườn, mặt, lòng bàn tay/chân. Đào ban xuất hiện ở da đầu gây rụng tóc. Đào ban tồn tại một thời gian không điều trị gì cũng mất đi để lại vết nhiễm sắc tố loang lổ.
- Mảng niêm mạc: là vết trợt rất nông của niêm mạc, không có bờ, có thể nhỏ bằng hạt đỗ hay đồng xu. Bề mặt thường trợt ướt, đôi khi hơi nổi cao, sần sùi hoặc nứt nẻ đóng vảy tiết, chứa nhiều xoắn khuẩn nên rất lây. Vị trí thường gặp ở các niêm mạc mép, lỗ mũi, hậu môn, âm hộ, rãnh quy đầu.
- Vết loang trắng đen: là những di tích còn lại của đào ban, sản tạo thành các vết loang trắng đen loang lổ. Nếu thương tổn tập trung ở cổ thì gọi là “vòng vệ nữ”.
- Viêm hạch lan tỏa: có thể thấy hạch ở bẹn, nách, cổ, dưới hàm, ụ rọng rọc. Hạch to nhỏ không đều, không đau, không dính vào nhau. Trong hạch có nhiều xoắn khuẩn.
- Các triệu chứng toàn thân: Nhức đầu thường hay xảy ra về ban đêm.
- Rụng tóc đều, làm tóc bị thưa dần, còn gọi là rụng tóc kiểu “rừng thưa”.

b. Giang mai II tái phát

- Thời kỳ này bắt đầu khoảng tháng thứ 4 đến tháng 12 kể từ khi mắc giang mai I.
- Các triệu chứng của giang mai II sơ phát tồn tại trong một thời gian rồi lại mất đi cho dù không điều trị.
- Qua một thời gian im lặng (giang mai kín) lại phát ra các thương tổn da, niêm mạc. Đó chính là giang mai thời kỳ II tái phát. Số lượng thương tổn ít hơn, nhưng tồn tại dai dẳng hơn.
- Các thương tổn giang mai II tái phát: đào ban tái phát với ít vết hơn, nhưng kích thước mỗi vết lại to hơn, khu trú vào một vùng và hay sắp xếp thành hình vòng.



- Sẩn giang mai: trên các vùng da khác nhau, xuất hiện những sẩn, nổi cao hơn mặt da, rắn chắc, màu đỏ hồng, hình bán cầu, xung quanh có viền vảy.
- Các sẩn giang mai rất đa dạng về hình thái:
 - + Sẩn dạng vẩy nến, dạng trứng cá, dạng thủy đậu, dạng loét...
 - + Ở hậu môn, âm hộ, các sẩn thường to hơn bình thường, có chân bè rộng, bề mặt phẳng và ướt, có khi xếp thành vòng xung quanh hậu môn, âm hộ. Các sẩn này chứa rất nhiều xoắn khuẩn và rất lây được gọi là sẩn phì đại hay sẩn sùi.
 - + Ở lòng bàn tay, bàn chân các sẩn giang mai có bề mặt phẳng, bong vảy da hoặc dày sừng, bong vảy theo hướng ly tâm nên thường tạo thành viền vảy mỏng ở xung quanh, gọi là "viền vảy Biette".
- Biểu hiện khác của giang mai thời kỳ II:
 - + Có thể thấy viêm móng mắt,
 - + viêm gan,
 - + viêm họng khàn tiếng,
 - + viêm màng xương, đau nhức xương cơ đùi về đêm,
 - + viêm thận,
 - + biểu hiện thần kinh (đau, nhức đầu).

3.2.3. Giang mai thời kỳ III

- Thời kỳ này thường bắt đầu vào năm thứ 3 của bệnh.
- Ngày nay ít gặp giang mai thời kỳ III vì người bệnh thường được phát hiện và điều trị sớm bằng Penixilin.
- Ở thời kỳ này thương tổn có tính chất khu trú, mang tính phá hủy tổ chức, gây nên những di chứng không hồi phục, thậm chí tử vong cho bệnh nhân.
- Đối với xã hội, thời kỳ này ít nguy hiểm vì khả năng lây lan trong cộng đồng bị hạn chế.



Các thương tổn giang mai III:

- Đào ban giang mai III: là những vết màu hồng, sắp xếp thành nhiều vòng cung, tiến triển rất chậm, tự khỏi, không để lại sẹo.
- Củ giang mai: thương tổn ở trung bì, nổi lên thành hình bán cầu có đường kính khoảng 5 - 20mm, giống như hạt đỗ xanh. Các củ có thể đứng riêng rẽ hoặc tập trung thành đám, nhưng thường sắp xếp thành hình nhẫn, hình cung hoặc vằn vèo. Cũng có khi loét ra và đóng vảy tiết đen.
- Gôm giang mai (Gomme): gôm giang mai là thương tổn đặc trưng của giang mai thời kỳ III. Gôm là một thương tổn chắc ở hạ bì, tiến triển qua 4 giai đoạn:
 - + Bắt đầu là những cục trứng dưới da sờ giống như hạch, dần dần các cục này to ra, mềm dần và vỡ chảy ra dịch dính giống như nhựa cao su tạo thành vết loét và vết loét dần dần lên da non rồi thành sẹo.
 - + Gôm có thể nhiều hoặc ít và có thể khu trú vào bất kỳ chỗ nào.
 - + Vị trí thường gặp là mặt, da đầu, móng, đùi, mặt ngoài phần trên cẳng chân, v.v...
 - + Ở niêm mạc, vị trí thông thường là miệng, môi, vòm miệng, lưỡi, mũi, hầu...

- Ngoài thương tổn ở da/niêm mạc, giang mai thời kỳ III cũng thường khu trú vào phủ tạng như:
 - + Tim mạch: gây phình động mạch, hở động mạch chủ.
 - + Mắt: viêm củng mạc, viêm mống mắt.
 - + Thần kinh: viêm màng não cấp, kinh. Gôm ở màng não, tủy sống gây tê liệt.

3.2.4. Giang mai kín hay còn gọi là giang mai tiềm ẩn

- Bệnh giang mai tiến triển qua các giai đoạn, giữa các giai đoạn có thời kỳ im lặng không biểu hiện triệu chứng bệnh, chỉ có thể phát hiện bằng xét nghiệm huyết thanh.
- Giang mai kín sớm: các thương tổn giang mai biến mất, không có triệu chứng thực thể và cơ năng. Thời gian thường trong vòng hai năm đầu.
- Giang mai kín muộn: trên da không có thương tổn, có thể kéo dài vài tháng hay rất nhiều năm (có thể 10 - 20 năm hoặc lâu hơn). Chỉ phát hiện bằng phản ứng huyết thanh hoặc có khi đẻ ra một em bé bị giang mai bẩm sinh thì người mẹ mới được phát hiện ra mắc bệnh.

3.2.5. Giang mai bẩm sinh

a. Giang mai bẩm sinh sớm

- Thường xuất hiện trong 2 năm đầu của trẻ, nhưng thường gặp nhất vẫn là 3 tháng đầu.
- Các biểu hiện thường mang tính chất của giang mai thời kỳ thứ II mắc phải ở người lớn.
- Có thể có các triệu chứng sau:
 - + Phồng nước lòng bàn tay/chân, thường gặp hơn là triệu chứng bong vảy ở lòng bàn tay, chân,
 - + Sổ mũi, khụt khịt mũi, viêm xương sụn
 - + Giả liệt Parrot: thường trong 6 tháng đầu của trẻ sau sinh, có thể gặp chứng viêm xương sụn ở các xương dài với các biểu hiện: xương to, đau các đầu xương làm trở ngại vận động các chi hay "giả liệt Parrot".
 - + Toàn thân: trẻ đẻ ra nhỏ hơn bình thường, da nhăn nheo như ông già, bụng to, tuần hoàn bàng hệ, gan to, lách to. ..



b. Giang mai bẩm sinh muộn

- Xuất hiện sau đẻ 3 - 4 năm hoặc khi đã trưởng thành.
- Các triệu chứng của giang mai bẩm sinh muộn thường mang tính chất của giang mai thời kỳ thứ III mắc phải ở người lớn.
- Các triệu chứng thường gặp là:
 - + Viêm giác mạc kẽ: thường xuất hiện lúc dậy thì, bắt đầu bằng các triệu chứng nhức mắt, sợ ánh sáng ở một bên, về sau cả hai bên. Có thể dẫn đến mù. Lác quy tụ.
 - + Điếc cả hai tai bắt đầu từ 10 tuổi, thường kèm theo viêm giác mạc kẽ.
 - + Cũng có khi trên lâm sàng, người ta không phát hiện được các dấu hiệu của giang mai bẩm sinh sớm, giang mai bẩm sinh muộn mà chỉ thấy thủng vòm miệng, mũi tẹt, trán dô, xương chày lười kiếm... Đây chính là các di chứng của giang mai bẩm sinh do các thương tổn giang mai ở bào thai đã liền sẹo để lại.

3.3 Xét nghiệm

3.3.1 Tìm vi khuẩn

- Lấy bệnh phẩm trên vết trợt, vết loét hay trên sẩn, mảng niêm mạc, chọc trong hạch.
- Soi trực tiếp trên kính hiển vi nền đen, xoắn khuẩn nhìn thấy dưới dạng lò xo di động.
- Các phản ứng huyết thanh chẩn đoán giang mai

3.3.2 Kỹ thuật phát hiện nhanh:

- Phản ứng Citochol bằng giọt máu hiện nay không làm.
- Phản ứng RPR (Rapid) Rapid Plasma Reagin.
- Kháng nguyên Cardiolipin tinh chế có gắn than hoạt. Kết quả nhanh và độ đặc hiệu cao.



3.3.3 Các phản ứng huyết thanh cổ điển bao gồm:

- Phản ứng kết hợp bổ thể nh BW cổ điển, BWKolm.
- Phản ứng lên bông như VDRL, Kahn, Citochol.
- Tất cả các phản ứng này đều dùng kháng nguyên không phải là xoắn khuẩn mà dùng kháng nguyên lipit lấy từ phủ tạng người, tim bò, bê để phát hiện kháng nguyên reagin có trong huyết thanh bệnh nhân.

3.3.4 Các phản ứng đặc hiệu gồm:

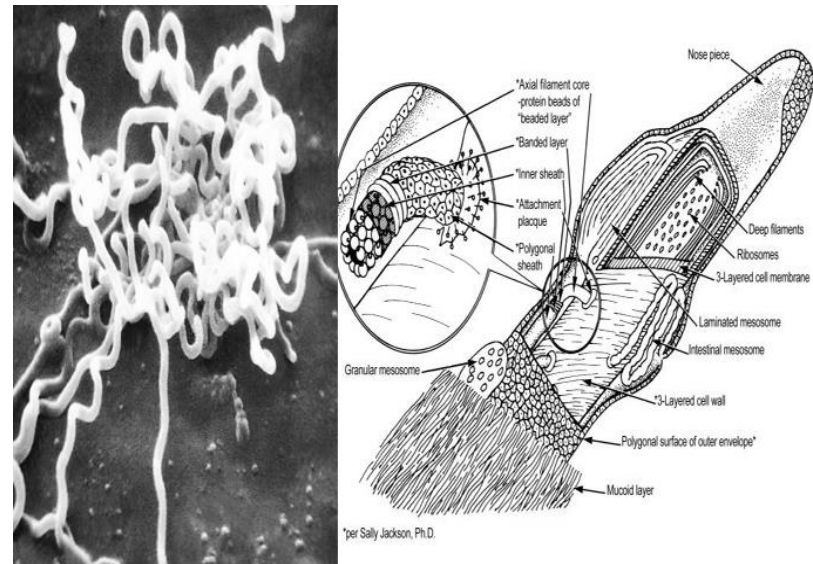
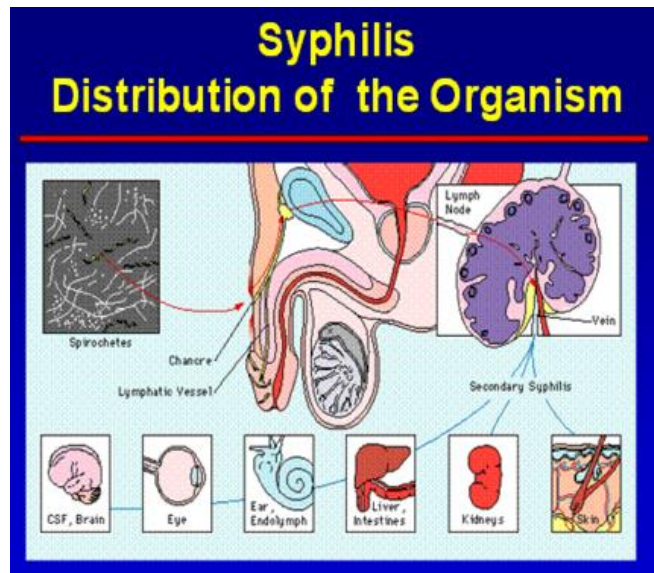
- Phản ứng bất động xoắn khuẩn TPI (Treponemal Pallidum immobilization test).
- Phản ứng kháng thể xoắn khuẩn huỳnh quang. FTA (Fluorescent treponemal antibody).
- Treponemal Antibody Test và FTA abs (Fluorescent treponemal antibody absorption test đơn giản hơn TPI nhưng đặc hiệu hơn nên được sử dụng rộng rãi để khẳng định chẩn đoán).
- Phản ứng ngưng kết hồng cầu có gắn kháng nguyên kháng khuẩn TPHA (Treponemal pallidum hemagglutination test).
- Các phản ứng kháng nguyên là xoắn khuẩn này đều dương tính với một số bệnh khác như Pinta, ghẻ cóc (Pian).



3.4. Điều trị:

3.4.1. Nguyên tắc

- Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng tái phát và di chứng.
- Điều trị đồng thời cho cả bạn tình của bệnh nhân.
- Penicillin là thuốc được lựa chọn, cho đến nay chưa có trường hợp nào xoắn khuẩn giang mai kháng Penicillin.



3.4.2. Điều trị cụ thể: Penixilin

Tùy theo bệnh giang mai mới mắc hay đã mắc lâu mà áp dụng phác đồ thích hợp.

- Điều trị giang mai thời kỳ I áp dụng 1 trong 3 phác đồ theo thứ tự ưu tiên:
 - + Benzathin penixilin G, 2.400.000đv tiêm bắp sâu liều duy nhất, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv, hoặc
 - + Penixilin procaine G: tổng liều 15.000.000đv. Mỗi ngày tiêm 1.000.000đv, chia 2 sáng 500.000đv, chiều 500.000đv, hoặc
 - + Benzyl penixilin G hòa tan trong nước. Tổng liều 30.000.000đv. Ngày tiêm 1.000.000đv chia làm nhiều lần, cứ 2-3h tiêm 1 lần, mỗi lần 100.000 - 150.000đv.
- Điều trị giang mai II sơ phát, giang mai kín sớm: áp dụng 1 trong 3 phác đồ theo thứ tự ưu tiên:
 - + Benzathin penixilin G: tổng liều 4.800.000đv tiêm bắp sâu, trong 2 tuần liên tiếp. Mỗi tuần tiêm 2.400.000 đv, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv, hoặc
 - + Penixilin procaine G: tổng liều 15.000.000đv. Mỗi ngày tiêm 1.000.000đv, chia hai mũi, sáng 500.000đv, chiều 500.000đv, hoặc
 - + Benzyl penixilin G hòa tan trong nước. Tổng liều 30.000.000đv. Ngày
 - + tiêm 1.000.000đv chia làm nhiều lần cứ 2 - 3h tiêm 1 lần, mỗi lần 100.000 - 150.000đ.v.
 - + Nếu dị ứng với penixilin thì thay thế bằng: tetracyclin 2g/ngày x 15 ngày hoặc erythromycin 2g/ngày x 15 ngày.

- Điều trị giang mai II tái phát, phụ nữ có thai, giang mai III, giang mai kín muộn, giang mai bẩm sinh muộn ở người lớn. Áp dụng một trong ba phác đồ theo thứ tự ưu tiên:
 - + Benzathin penixilin G, tổng liều 9.600.000đv, tiêm bắp sâu trong 4 tuần liên tiếp. Mỗi tuần tiêm 2.400.000đv, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv, hoặc
 - + Penixilin procaine G: Tổng liều 30.000.000đv. Mỗi ngày tiêm 1.000.000đv, chia 2 lần, sáng 500.000đv, chiều 500.000đv, hoặc
 - + Benzyl penixilin G hòa tan trong nước. Tổng liều 30.000.000đv. Ngày tiêm 1.000.000đv chia làm nhiều lần, cứ 2 - 3h tiêm 1 lần, mỗi lần 100.000 - 150.000đv.
 - + Nếu bệnh nhân dị ứng với penixilin có thể thay thế bằng tetracyclin 2g/ngày trong 15 - 20 ngày. Phụ nữ có thai dùng erythromycin 2g/ngày trong 15 - 20 ngày.



Điều trị giang mai bẩm sinh:

- Đối với giang mai bẩm sinh sớm trẻ < 2 tuổi:
 - + Nếu dịch não tủy bình thường: benzathin penicillin G 50.000đv/kg cân nặng, tiêm bắp liều duy nhất.
 - + Nếu dịch não tủy bất thường: benzyl penicillin G 50.000đv/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp 2 lần/ngày trong 10 ngày hoặc procain penicillin G 50.000đv/kg cân nặng tiêm bắp trong 10 ngày.
- Đối với giang mai muộn (trẻ > 2 tuổi):
 - + Benzyl penicillin G 20.000 - 30.000đv/kg/ngày tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp chia 2 lần, trong 14 ngày.
 - + Nếu bệnh nhân dị ứng với penicillin: erythromycin 7,5 - 12,5mg/kg, uống 4 lần/ngày trong 30 ngày.



3.5 Phòng bệnh giang mai

- Phòng cá nhân: mỡ penicillin, mỡ calomel rửa xà phòng vẫn không đảm bảo.
- Bao cao su: có thể lây qua chỗ xây xát khác không được bao cao su bảo vệ.
- Phòng chống trong cộng đồng:
 - + Hợp tác nhiều ngành để giáo dục nam nữ thanh niên sống lành mạnh - Bảo vệ thuần phong mỹ tục của dân tộc.
 - + Phòng ngừa thái hoá truy lạc.
 - + Chống nạn mãi dâm gái điếm.
 - + Cải tạo gái điếm.
 - + Xây dựng qui chế cưới xin (cần kiểm tra sức khoẻ trước khi cho đăng ký kết hôn).
 - + Giáo dục y tế về bệnh lây truyền qua đường tình dục.
 - + Xây dựng mạng lưới y tế từ trung ương đến phường xã chú trọng các thành phố, đô thị, hải cảng.
 - + Tổ chức lồng ghép các hoạt động phòng chống bệnh vào hoạt động của mạng lưới đa khoa.

4. NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS SINH DỤC - TIẾT NIỆU

4.1 Đặc điểm: (Chlamydia trachomatis infection)

- Từ đầu những năm 1970 người ta đã biết *C. trachomatis* gây nhiễm khuẩn đường sinh dục có triệu chứng gần giống như bệnh lậu. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới hàng năm có 89 triệu trường hợp mới mắc Chlamydia.
- Theo báo cáo của CDC, số trường hợp nhiễm chlamydia tăng gấp 3 lần chỉ trong 10 năm, từ năm 1994 là 450.000 trường hợp và đến năm 2014 tăng lên con số là 1,4 triệu

4.2 Căn nguyên:

- *Chlamydia trachomatis* là một trong ba loài thuộc nhóm Chlamydia- là một nguyên nhân rất quan trọng gây mù loà và bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).
- Chlamydia là vi khuẩn nội tế bào bắt buộc do không có khả năng tổng hợp các hợp chất có năng lượng cao. Tiến triển của bệnh và biểu hiện lâm sàng của nhiễm chlamydia là do hiệu quả phối hợp của huỷ hoại tổ chức tế bào do chlamydia nhân lên và đáp ứng viêm của tổ chức với vi khuẩn này và các chất hoại tử do tế bào bị phá huỷ.
- Nhiễm chlamydia có thể đồng nhiễm với lậu, *U. urealyticum*, *M. genitalium*, trùng roi và nhiễm HSV.

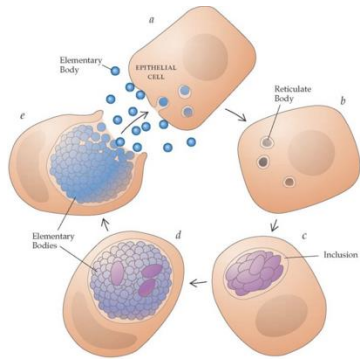
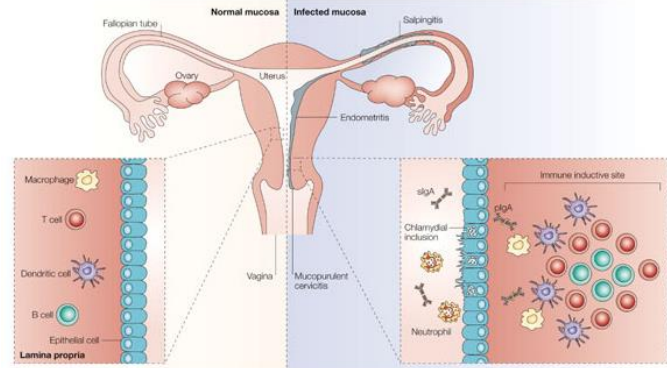
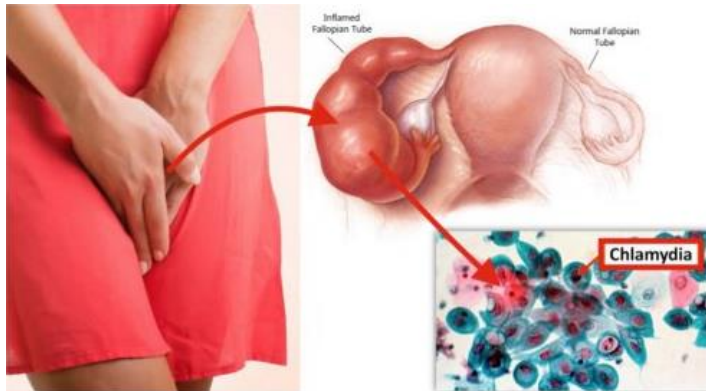
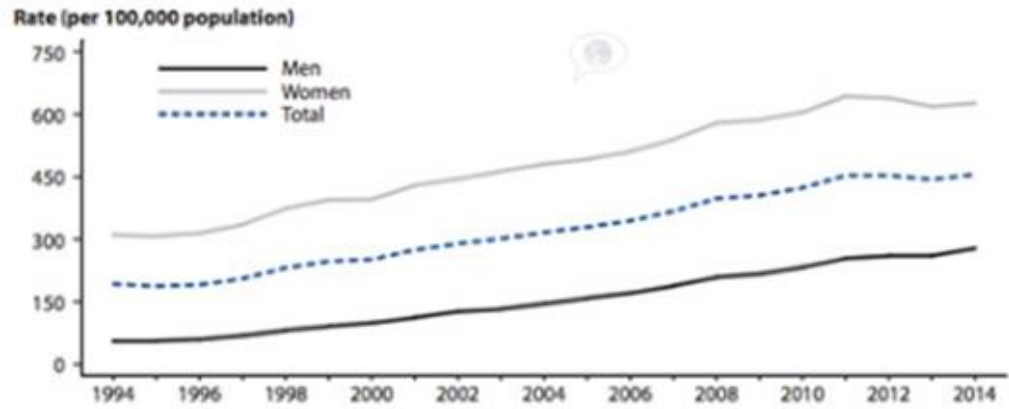


Figure 1. Chlamydia — Rates of Reported Cases by Sex, United States, 1994–2014



4.3. Triệu chứng lâm sàng:

- Biểu hiện lâm sàng của bệnh gần giống với bệnh lậu.
- Cả hai loại vi khuẩn này thường gây nhiễm tế bào biểu mô lát trụ của niệu đạo rồi lan lên mào tinh hoàn, cổ tử cung- niêm mạc tử cung, vòi trứng, phúc mạc và trực tràng.
- Cả hai vi khuẩn đều có thể gây viêm dưới biểu mô, loét biểu mô và gây sẹo.
- Tuy nhiên, *C. trachomatis* ít gây nhiễm khuẩn toàn thân.

4.3.1. Nhiễm *C. trachomatis* ở nam:

- Biểu hiện nhiễm *C. trachomatis* ở nam chủ yếu là viêm niệu đạo.
- Thời gian ủ bệnh khá dài 7-21 ngày.
- Viêm niệu đạo: Ở các bệnh nhân bị viêm niệu đạo không do lậu (Non-gonococcal urethritis-NGU) có khoảng 35-50% do *C. trachomatis*. Triệu chứng của bệnh là đi tiểu khó (đái buốt, đái rắt, đau khi đi tiểu) và tiết dịch niệu đạo, dịch nhày màu trắng đục hay trắng trong, số lượng ít đến vừa. Khám thấy miệng sáo đỏ, viêm nề, không thấy các bệnh lý khác như sưng hạch bẹn, các ổ đau trong niệu đạo, các thương tổn bệnh herpes ở miệng sáo và dương vật.
- Nhiều bệnh nhân không có triệu chứng bệnh, có tới trên 50% không biểu hiện triệu chứng, khi xét nghiệm dịch niệu đạo bằng nhuộm Gram không thấy song cầu Gram (-) và có 5 bạch cầu đa nhân/vi trường với độ phóng đại 1000X.

- Viêm mào tinh hoàn và viêm tuyến tiền liệt:
 - + *C. trachomatis* là nguyên nhân chủ yếu gây viêm mào tinh hoàn mà trước đây cho rằng không rõ căn nguyên.
 - + Biểu hiện lâm sàng là đau một bên bìu, phù nề, đau và sốt- thường có viêm niệu đạo. Tuy vậy, có khi không có triệu chứng của viêm niệu đạo.
 - + Điều trị bằng tetracyclin bệnh tiến triển tốt, điều đó ủng hộ cho quan điểm cho rằng *C. trachomatis* là căn nguyên gây bệnh.
 - + Vai trò gây bệnh của *C. trachomatis* trong viêm tuyến tiền liệt không do vi khuẩn chưa được rõ.
- Viêm trực tràng:
 - + Ở những người giao hợp qua đường hậu môn thì *C. trachomatis* có thể gây viêm trực tràng.
 - + Biểu hiện lâm sàng nhẹ hơn từ không có triệu chứng đến có triệu chứng giống viêm trực tràng do lậu rồi biểu hiện đau trực tràng và chảy máu, tiết nhày và ỉa chảy.
- Hội chứng Reiter gồm các triệu chứng :
 - + Viêm niệu đạo, viêm kết mạc mắt,
 - + Viêm khớp và các thương tổn đặc trưng ở da, niêm mạc có liên quan đến nhiễm trùng *C. trachomatis*

4.3.2. Nhiễm *C. trachomatis* ở phụ nữ:

– Viêm cổ tử cung:

- + Đa số bệnh nhân không có biểu hiện các dấu hiệu và triệu chứng bệnh, khoảng 1/3 có dấu hiệu tại chỗ.
- + Các dấu hiệu thường gặp là tiết dịch nhày mủ và lộ tuyến phì đại với biểu hiện phù nề, xung huyết và dễ chảy máu.
- + Khám lâm sàng cổ tử cung thấy cổ tử cung dễ chảy máu, có dịch mủ tử cung và phù nề ở vùng lộ tuyến phì đại cổ tử cung. Nhuộm Gram dịch tiết cổ tử cung thấy có > 30 bạch cầu /vi trường, độ phóng đại 1000X.

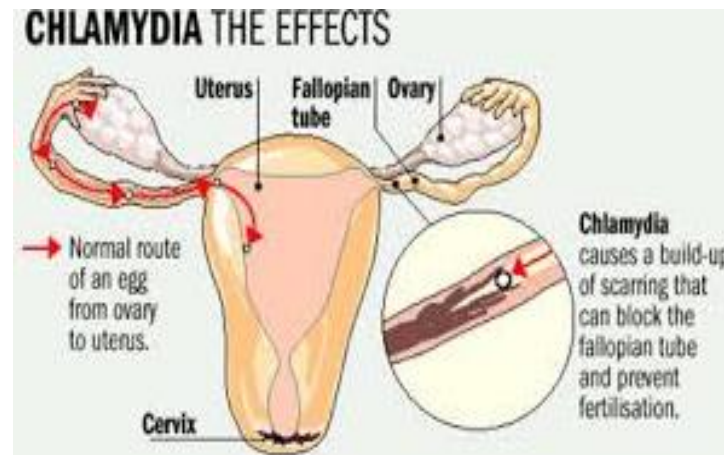
– Viêm niệu đạo:

- + Biểu hiện triệu chứng gồm có tiết dịch niệu đạo, miệng niệu đạo đỏ hoặc phù nề. Ở những người có dịch tiết cổ tử cung có kèm theo đái khó, đái rất là gợi ý việc bệnh nhân đồng thời bị viêm niệu đạo do *C. trachomatis*.
- + Viêm niệu đạo do *C. trachomatis* có thể được nghĩ đến ở những người phụ nữ trẻ ở tuổi hoạt động tình dục mạnh mà có đi tiểu khó, đái rất và mủ niệu, đặc biệt khi họ có bạn tình có triệu chứng viêm niệu đạo hoặc có bạn tình mới.
- + Nhuộm Gram dịch tiết niệu đạo thấy có trên 10 bạch cầu đa nhân trung tính/vi trường độ phóng đại 1000X, không thấy có lậu cầu, trùng roi và trực khuẩn. Tuy nhiên, đại đa số bệnh nhân bị viêm niệu đạo do *C. trachomatis* không có triệu chứng lâm sàng.

- Viêm tuyến Bartholin:
 - + Cũng như lậu cầu, *C. trachomatis* gây viêm xuất tiết ống tuyến Bartholin.
 - + Viêm tuyến Bartholin có mũ có thể do *C. trachomatis* đơn thuần hay phối hợp với lậu cầu.
- Viêm nội mạc tử cung:
 - + Có tới gần một nửa số bệnh nhân viêm cổ tử cung và hầu hết số viêm vòi trứng bị viêm nội mạc tử cung.
 - + Vi khuẩn lan qua niêm mạc tử cung lên vòi trứng.
 - + Sốt sau khi đẻ và viêm nội mạc tử cung sau đẻ thường do không điều trị *C. trachomatis* khi mang thai.
- Viêm vòi trứng:
 - + Viêm vòi trứng cũng là biến chứng của viêm cổ tử cung do *C. trachomatis*. Tuy vậy, triệu chứng rất nghèo nàn hoặc không có triệu chứng.
 - + Hậu quả sẹo ống dẫn trứng gây nên chửa ngoài tử cung và vô sinh.
- Viêm quanh gan (HC Fitz-Hugh- Cutis):
 - + Viêm quanh gan có thể xảy ra sau hoặc cùng lúc với viêm vòi trứng.
 - + Bệnh có thể được nghĩ đến khi gặp ở phụ nữ trong tuổi hoạt động tình dục mạnh, có biểu hiện đau hạ sườn phải, sốt, buồn nôn hoặc nôn.

4.4. XÉT NGHIỆM:

- Nuôi cấy phân lập: có độ đặc hiệu và độ nhạy cao.
- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp bằng kháng thể đơn dòng có độ nhạy không cao.
- Miễn dịch gắn men: ELISA bằng kháng thể đơn dòng hoặc đa dòng, độ nhạy đạt 60-80%, đặc hiệu 97-99%.
- PCR hoặc LCR: là kỹ thuật có độ nhạy và đặc hiệu cao nhất.



4.5 Điều trị:

- Trị liệu được lựa chọn là Tetracyclin hoặc Doxycyclin trong 1-3 tuần.
- Điều trị nhiễm *C. trachomatis* không biến chứng ở niệu đạo, cổ tử cung và trực tràng:
 - + Doxycyclin 100mg uống 2 viên/ngày trong 7 ngày, hoặc
 - + Tetracyclin 1g/ngày trong 7 ngày, hoặc
 - + Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc
 - + Ofloxacin 300mg uống 2 viên/ngày trong 7 ngày
 - + Erythromycin 500mg uống 4 viên/ngày trong 7 ngày, hoặc
- Theo dõi sau điều trị cho thấy có một số trường hợp bị lại (5-10%) có thể do tái phát hoặc tái nhiễm.
- Một số bệnh nhân sau điều trị mặc dù không còn *C. trachomatis* nhưng vẫn còn triệu chứng hoặc tái phát triệu chứng bệnh (10-15%) có thể do đồng thời bị một tác nhân gây bệnh khác.
- Điều trị cho phụ nữ có thai:
 - + Erythromycin 500mg uống 4 viên/ngày trong 7 ngày, hoặc
 - + Azithromycin 1g uống liều duy nhất
- Các biến tình của bệnh nhân: Cần được xét nghiệm trong vòng 30 ngày sau khi phơi nhiễm hoặc được điều trị bằng tetracyclin, doxycyclin.



5. BỆNH HẠ CAM (Chancroid)

- Hạ cam là một bệnh cấp tính, lây truyền qua đường tình dục và có thời gian ủ bệnh ngắn 2-5 ngày.
- Biểu hiện đặc trưng của bệnh là một vết loét đau nơi vi khuẩn xâm nhập, thường là sinh dục ngoài và gây viêm hạch bẹn có mủ.
- Bệnh hạ cam có đồng yếu tố dịch tế học trong lây truyền HIV, làm tăng khả năng lây truyền HIV từ 5-9 lần hoặc cao hơn nữa.
- Dịch tế học:
 - + Bệnh có trên toàn cầu, nhưng gặp nhiều ở các nước đang phát triển, đặc biệt ở châu Phi.
 - + Việt nam hiện nay hiếm gặp và đa số bệnh nhân ở phía Nam.
 - + Nam bị bệnh nhiều hơn nữ, viêm hạch bạch huyết cũng hay gặp ở nam. Lây truyền từ người này sang người khác qua quan hệ tình dục không an toàn.
- Căn nguyên:
 - + Tác nhân gây bệnh là trực khuẩn Gram (-) có tên là *Haemophilus ducreyi*.
 - + Bệnh lây qua tiếp xúc trực tiếp, chủ yếu lây qua quan hệ tình dục không an toàn.
 - + Trực khuẩn hạ cam có thể tự lây nhiễm từ thương tổn ra vùng da, niêm mạc lành nên bệnh nhân thường có nhiều thương tổn.



6. BỆNH HỘT XOÀI (Lymphogranuloma venereum)

- Bệnh hạt xoài hay u hạt Lympho sinh dục (Lymphogranuloma venereum- LGV) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do vi khuẩn *Chlamydia trachomatis* (CT) gây nên.
- Bệnh có thể biểu hiện cấp tính và mạn tính. Nếu không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ thì bệnh có thể gây nhiều biến chứng như dò vùng sinh dục, xơ hoá chít hẹp sinh dục - hậu môn và tạo các lỗ dò bạch huyết, phù bạch mạch.
- Các biến chứng và di chứng đó của bệnh có thể phải can thiệp ngoại khoa.
- Tỷ lệ nam/nữ là 5/1. Hiện nay ở Việt Nam bệnh ít gặp, chủ yếu ở các tỉnh phía Nam.
- Căn nguyên:
 - + Tác nhân gây bệnh là *Chlamydia trachomatis* type L1, L2, L3.
 - + *Chlamydia* xâm nhập vào da-niêm mạc qua các vết sang chấn nhỏ.
- Bệnh diễn biến vài tuần đến vài tháng, khi khỏi để lại tổ chức xơ hóa, phá hủy tổ chức bạch mạch và làm tắc mạch bạch huyết gây phù voi. Tổ chức bị phù, xơ cứng thành mảng lớn.
- Sau khi nhiễm trùng, kháng thể kháng *Chlamydia* có thể phát hiện được sau 1-2 tuần, xét Frei và kháng thể huyết thanh đặc hiệu LGV- *Chlamydia* dương tính.
- Nếu không điều trị, LGV- *Chlamydia* có thể tồn tại trong tổ chức 10-20 năm và có thể gây nhiễm trùng lan rộng.



7. BỆNH U HẠT BỆN HOA LIỄU (L. inguinale)

- Bệnh u hạt bẹn là một bệnh lây truyền qua đường tình dục mạn tính hay còn gọi là bệnh Donovanosis do trực khuẩn Gram (-) *Calymmatobacterium granulomatis* gây nên.
- Cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi 20-40, nam nhiều hơn nữ.
- Thời gian ủ bệnh không rõ ràng, dao động từ 1-360 ngày, trung bình khoảng 17 ngày.
- Bệnh có thể lây truyền qua phân, vi trùng xâm nhập vào da niêm mạc bị xây xước. Trẻ sơ sinh có thể bị lây nhiễm bệnh khi đẻ qua đường sinh dục người mẹ bị bệnh, do vậy cần tắm rửa sạch trẻ khi sinh.
- Căn nguyên:
 - + Tác nhân gây bệnh *C. granulomatis* là vi khuẩn Gram (-) nằm trong và ngoài thể Donovan, chúng có nhiều hình thái, cầu trùng, cầu trực trùng và trực trùng.
 - + Nghiên cứu DNA, một số tác giả xếp loại vi khuẩn vào nhóm *Klebsiella* nhưng nhiều tác giả khác vẫn cho rằng nó thuộc nhóm *Calymmatobacterium*.
- Vi khuẩn xâm nhập vào da niêm mạc, thường ở vùng sinh dục qua các sang chấn. Biểu hiện ban đầu là cục cứng nhỏ. Thường xảy ra ở những người vệ sinh vùng sinh dục kém.



8. VIÊM ÂM ĐẠO DO VI KHUẨN (Bacterial Vaginosis)

- Viêm âm đạo do vi khuẩn (BV: Bacterial Vaginosis) xảy ra khi có sự mất cân bằng hệ sinh thái âm đạo bình thường, do có sự tăng sinh quá mức của một số vi khuẩn Gram (-) như:



Mobiluncus, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides species* và nhất là *Gardnerella vaginalis*. Các vi khuẩn này phát triển, tăng sinh làm giảm số lượng trực khuẩn lactobaccilli có lợi trong âm đạo, gây nên viêm âm đạo không đặc hiệu.

- Bình thường trong âm đạo vi khuẩn yếm khí chỉ chiếm một lượng rất ít. Ở phụ nữ bị viêm âm đạo không đặc hiệu do vi khuẩn (BV), vi khuẩn yếm khí cao gấp 100 đến 1000 lần ở phụ nữ bình thường. BV gặp khoảng 20% phụ nữ bình thường và khoảng 16 - 29% ở phụ nữ có thai.
- Ở Mỹ, tại các phòng khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm âm đạo do vi khuẩn chiếm tỷ lệ khá cao, dao động từ 33 - 64% , ở các phòng khám phụ khoa thông thường là 15% - 23%, ở phụ nữ có thai, tỷ lệ này dao động từ 19 % - 26%.

9. BỆNH SÙI MÀO GÀ (Condyloma acuminata)

– Sùi mào gà là tình trạng tăng sinh của các tế bào biểu bì ở da và niêm mạc sinh dục, do vi rút có tên Human Papilloma Virus (HPV) gây nên.

– Tên khác:

+ Hạt cơm sinh dục (genital warts)

+ Hạt cơm vùng hậu môn sinh dục (ano-genital warts, condyloma acuminata)

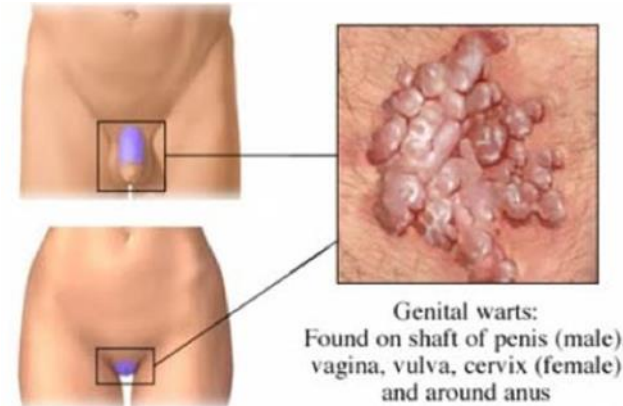
– Bệnh lây nhiễm do quan hệ tình dục không an toàn với người mắc bệnh và được xếp vào nhóm các bệnh lây truyền qua đường tình dục do các HPV có ái tính với tế bào sừng vùng sinh dục hậu môn.

– Bệnh có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Một số trường hợp nhiễm HPV có khả năng gây ung thư biểu mô vảy.

– Bệnh gặp ở mọi giới và mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, thường gặp nhất ở tuổi hoạt động tình dục. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở những người suy giảm miễn dịch.

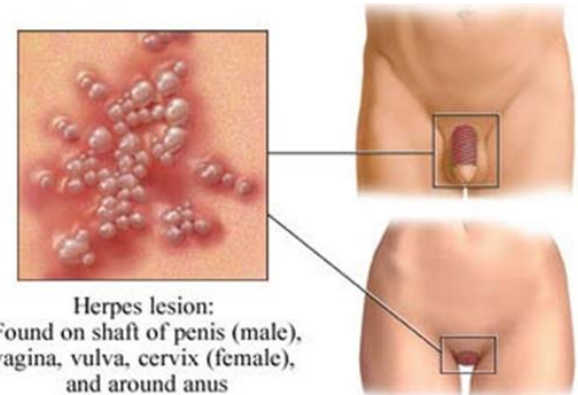
– Ở Mỹ, ước tính khoảng 1% số người ở độ tuổi hoạt động tình dục bị nhiễm HPV và có khoảng 1,3 triệu bệnh nhân mới/năm. Theo một báo cáo, 10,6% phụ nữ Bắc Âu tuổi từ 18 đến 45 mắc sùi mào gà.

– Ở Việt Nam việc xác định tỷ lệ bệnh trong cộng đồng rất khó khăn vì nhiều bệnh nhân tự chữa bệnh hoặc đến các phòng mạch tư nhân để điều trị mà không đăng ký.




10. HERPES SINH DỤC (Genital herpes simplex virus infection)

- Nhiễm HSV sinh dục là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thể biểu hiện triệu chứng bệnh hoặc không có triệu chứng.
- Biểu hiện lâm sàng của bệnh giống như nhiễm HSV ngoài sinh dục là nhiễm tiên phát và tái phát.
- Các mụn nước thành chùm hoặc các vết chọt sau khi mụn nước vỡ, thường kèm theo đau tại thương tổn. Hạch lympho vùng lân cận sưng đau.
- Bệnh gây ảnh hưởng nhiều đến tâm lý người bệnh vì triệu chứng xảy ra ở vùng sinh dục, diễn biến mạn tính và tái phát, hiện chưa điều trị khỏi được và lây cho bạn tình, có thể lây cho trẻ khi mẹ bị bệnh.
- Dịch tễ:
 - + Bệnh thường xảy ra ở người trẻ tuổi, trong độ tuổi hoạt động tình dục mạnh. Bệnh gặp nhiều trên các nhóm có hành vi tình dục nguy cơ cao.
 - + Tỷ lệ hiện mắc tùy theo vùng địa lý, nhóm đối tượng, tỷ lệ chung ở người lớn thay đổi vào khoảng hơn 20% đến 70-80%.
 - + Tỷ lệ lây truyền cho tất cả các trường hợp là đào thải HSV khi người bệnh không có triệu chứng.
 - + Tỷ lệ lây truyền giữa cặp vợ chồng khi một người bị nhiễm là 10%/năm. HSV sinh dục có nguy cơ cao tăng lây nhiễm HIV



11. U MỀM LÂY (Molluscum contagiosum)

- U mềm lây được Batcman mô tả lần đầu tiên năm 1817 và năm 1905 Juliusburg phát hiện ra căn nguyên gây bệnh là vi rút có tên khoa học là Molluscum contagiosum virus (MCV).
- Ở Mỹ, ước tính khoảng 1% dân số mắc ít nhất một lần u mềm lây trong đời.
- Bệnh có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng thường gặp nhất ở trẻ em.
- Phương thức lây truyền là tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp qua các dụng cụ, tắm cùng bể tắm, dùng khăn, dụng cụ thể thao chung hoặc ngồi cùng ghế.
- Căn nguyên:
 - + MCV thuộc nhóm poxvirus có kích thước lớn (200×300×100nm).
 - + Có 4 type vi rút là MCV 1, 2, 3 và 4. Hai type thường gặp là MCV 1 và MCV 2.
 - + Tuy nhiên, type 1 là nguyên nhân chủ yếu còn type 2 thường gây u mềm lây ở người lớn và được xếp vào nhóm các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Lâm sàng rất khó phân biệt các type gây bệnh mà chủ yếu dựa vào xét nghiệm PCR mới có thể định type được vi rút.
- Có nhiều yếu tố thuận lợi cho vi rút phát triển, đặc biệt là tình trạng da khô, viêm da cơ địa và điều trị bôi các loại kem corticoid

12. NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS

- Cytomegalovirus (CMV) là vi rút thường gặp và lây lan qua tiếp xúc với các dịch, qua quan hệ tình dục.
- Nhiều người có thể bị nhiễm bệnh nhưng không có biểu hiện lâm sàng.
- Phụ nữ đang mang thai nhiễm CMV có thể truyền cho các trẻ sơ sinh hoặc trong quá trình thai nghén hoặc sau khi sinh có thể gây nên những biến chứng nặng nề cho trẻ như tật sọ nhỏ, điếc, giảm thị lực hoặc chậm phát triển trí tuệ.
- Ở Hoa Kỳ, khoảng 1% sơ sinh bị nhiễm CMV.
- Căn nguyên: CMV gồm nhiều loại vi rút thuộc nhóm β herpes virus thường ẩn trong nguyên bào sợi để phân chia và tăng trưởng.
- CMV có mặt trên toàn cầu, được phân lập từ bệnh nhân mắc bệnh “tế bào to có chứa túi to trong nhân, và túi nhỏ hơn trong tế bào chất”.
- CMV có trong nước tiểu, phân người, nước bọt và sữa mẹ. Khi trong gia đình có bé bị lây nhiễm thì trong vòng 6 tháng 50% thành viên gia đình có CMV (+).
- CMV lây truyền qua tiếp xúc lâu dài, CMV có thể lây truyền qua đường tình dục (CMV có trong tinh dịch và chất nhầy cổ tử cung), truyền máu.
- Khi bị nhiễm CMV, người bệnh mang CMV suốt đời mặc dù không có triệu chứng. Đợt tái phát sẽ xảy ra khi suy giảm miễn dịch như nhiễm HIV/AIDS, dùng thuốc ức chế miễn dịch lâu dài.



13. VIÊM GAN B

- Viêm gan B do vi rút viêm gan B gây nên. Bệnh gặp chủ yếu ở các nước đang phát triển.
- Theo thống kê, khoảng 5-10% các bệnh viêm gan mạn tính là do vi rút viêm gan B và 10-15% ung thư gan do viêm gan B. Ước tính 1/3 dân số thế giới nhiễm vi rút viêm gan B và khoảng 350 triệu người mang vi rút trong cơ thể.



- Vi rút viêm gan B: Hepatitis B virus (HBV) có kích thước 42µm gồm phần vỏ và lõi DNA.
- Vi rút vào cơ thể qua đường máu (truyền máu, tiêm chích...) hoặc đường sinh dục, thâm nhập vào các tế bào gan, nhân lên gây hủy hoại các tế bào gan.
- Vi rút viêm gan B có thể phân lập được từ máu, nước bọt, dịch âm đạo, tinh dịch ở những người mang vi rút.
- Do vậy sự nhiễm vi rút viêm gan B chủ yếu qua đường máu. Ngoài ra, vi rút viêm gan B có thể lây truyền qua đường tình dục.

14. HIV/AIDS

- HIV là tên viết tắt của cụm từ tiếng Anh: Human Immuno-deficiency Virus (Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người). HIV có 2 type là HIV-1 và HIV-2.
- AIDS là tên viết tắt của cụm từ tiếng Anh: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).
- AIDS là một bệnh mạn tính do HIV gây ra. HIV phá huỷ các tế bào của hệ miễn dịch, khiến cơ thể không còn khả năng chống lại các vi rút, vi khuẩn và nấm gây bệnh. Do đó bệnh nhân dễ bị một số loại ung thư và nhiễm trùng cơ hội mà bình thường có thể đề kháng được. Thuật ngữ AIDS được dùng để chỉ giai đoạn muộn hơn của bệnh. Như vậy, thuật ngữ nhiễm HIV/AIDS được dùng để chỉ những giai đoạn khác nhau của cùng một bệnh.
- Cách lây truyền: HIV lây truyền thông qua 3 đường :
 - + Quan hệ tình dục: có QHTD với người nhiễm HIV
 - + Đường máu: dùng chung các dụng cụ tiêm chích (đặc biệt đối với những người tiêm chích ma túy), xăm trổ qua da; có thể qua truyền máu; có thể lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với máu của người nhiễm HIV...
 - + Từ mẹ sang con: em bé sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV có thể lây HIV từ mẹ trong quá trình mang thai, lúc sinh và khi mẹ cho con bú.



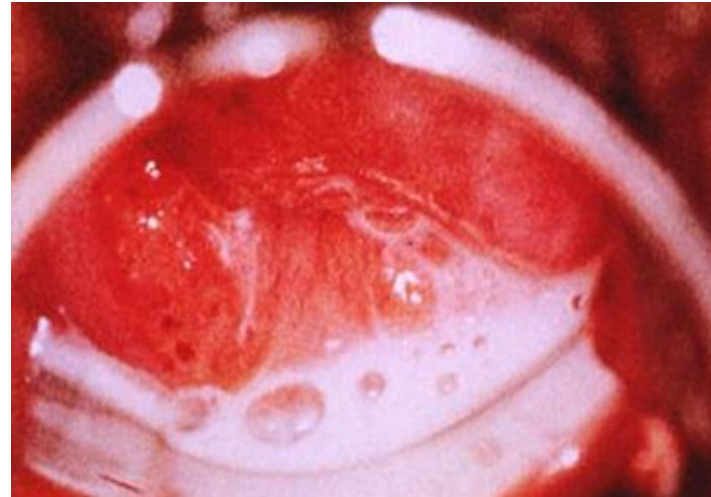
15. VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO DO CANDIDA

- Nhiễm nấm phụ khoa là một bệnh thường gặp ở nữ giới, mà nguyên nhân chính là *Candida albicans* (90%).
- Ở điều kiện bình thường, nấm thường trực trong môi trường ở dạng bào tử nhưng không gây bệnh. Khi có điều kiện thuận lợi như thời tiết nóng, ẩm hoặc gây mất cân bằng môi trường sinh lý âm đạo, nấm sẽ phát triển và gây bệnh.
- Có hai hình thức khác nhau về sự diễn tiến của bệnh: nhiễm nấm cấp tính và nhiễm nấm mãn tính.
- Việc điều trị viêm âm đạo do nấm sẽ khó khăn hơn khi có sự suy giảm miễn dịch.
- *Candida albicans* hiện diện trong âm đạo với một số lượng nhỏ và bị lấn át bởi vi khuẩn có lợi của âm đạo (*Lactobacillus*).
- Căn nguyên: Viêm âm đạo do nấm chủ yếu là *Candida albicans* (> 90%), đôi khi do *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida stelltoidea*.



16. VIÊM ÂM ĐẠO DO TRÙNG ROI (Trichomoniasis)

- Viêm âm đạo do Trichomonas là bệnh lây truyền trực tiếp khi quan hệ tình dục qua đường âm đạo.
- Ngoài ra, trùng roi có thể sống ở da trong nhiều giờ, trong băng vệ sinh, sẽ lây truyền khi có sự tiếp xúc, hoặc lây truyền gián tiếp qua nước rửa, nước bể tắm, bể bơi. Trichomonas rất nhạy cảm với môi trường khô hanh.



- Căn nguyên: Trùng roi âm đạo (*Trichomonas vaginalis*) là một loại ký sinh trùng chuyển động, có 3- 5 roi, kích thước từ 10-20 μm thuộc loại đơn bào kỵ khí.
- *T. vaginalis* ký sinh chủ yếu trong âm đạo có pH 6- 6,5 và tìm thấy trong niệu đạo nữ, khoảng 20- 25% ở độ tuổi từ 16- 35. Ở nam giới *T.vaginalis* cũng thường ký sinh ở niệu đạo, đôi khi gặp trong túi tinh và tiền liệt tuyến.

17. BỆNH GHỀ (Scabies)

- Bệnh ghẻ (Scabies) là bệnh nhiễm trùng trên da do ký sinh trùng ghẻ *Sarcoptes scabiei hominis* gây nên.
- Ký sinh trùng ghẻ lây lan từ người này qua người khác do dùng chung quần áo, chăn chiếu hoặc do tiếp xúc khi quan hệ tình dục.
- Bệnh có thể xuất hiện thành ổ dịch ở các đơn vị tập thể, ở các đơn vị tân binh mới nhập ngũ, vùng dân cư đông đúc, nhà ở chật hẹp, thiếu vệ sinh, ở trại giam....
- Bệnh ghẻ nếu không được điều trị chu đáo bệnh sẽ gây ra các biến chứng như: nhiễm trùng, chàm hoá, viêm cầu thận cấp...
- Căn nguyên: Tác nhân gây bệnh ghẻ là do ký sinh trùng ghẻ có tên là *Sarcoptes scabiei hominis*. Cái ghẻ hình bầu dục, kích thước khoảng 1/4mm đường kính, 300 - 400µm (mắt thường có thể thấy như một điểm trắng di động), có 8 chân, 2 đôi chân trước có ống giác, 2 đôi chân sau có lông tơ, đầu có vòi để hút thức ăn.
- Ghẻ cái ký sinh ở lớp sừng của thượng bì, đào hang về ban đêm, đẻ trứng về ban ngày, mỗi ngày ghẻ cái đẻ 1-5 trứng, trứng sau 72-96 giờ nở thành ấu trùng, sau 5-6 lần lột xác (trong vòng 20-25 ngày) trở thành cái ghẻ trưởng thành, sau đó bò ra khỏi hang, giao hợp và tiếp tục đào hầm, đẻ trứng mới.



18. RẬN MU (*Phthirus pubis*)

- Rận mu (tên khoa học là *Phthirus pubis*), còn được gọi là “rận cua” là một loại côn trùng rất nhỏ gây bệnh chủ yếu ở vùng lông mu sinh dục, hiếm hơn là các vùng lông khác của cơ thể như lông mày, lông mi, lông ngực, bụng...
- Cho đến nay, có 3 loại rận gây bệnh cho người được biết là
 - + *Pediculus humanus capitis* (rận trên da đầu, còn gọi là chấy),
 - + *Pediculus humanus corporis* (rận cơ thể) và
 - + *Phthirus pubis* (rận mu).
- Rận mu là bệnh khá phổ biến. Trên thế giới, tỉ lệ mắc bệnh ước tính khoảng 2%, tuy nhiên số liệu chính xác rất khó xác định do ở nhiều quốc gia nhiễm rận mu không được báo cáo và nhiều trường hợp bệnh nhân tự điều trị hoặc được thầy thuốc tư điều trị một cách bí mật.
- Căn nguyên: Căn nguyên gây bệnh rận mu là một loài kí sinh trùng nhỏ có tên là *Phthirus pubis* chỉ có vật chủ là người. Con rận trưởng thành dài 1,3-2mm, nhỏ hơn rận ở thân mình và chấy trên đầu. Cơ thể rận có hình con cua, đầu hình chữ nhật với 3 đôi chân, trong đó hai đôi chân sau to gấp nhiều lần đôi chân trước và có móng vuốt lớn. Với đặc điểm như vậy, rận mu còn được gọi là “rận cua” và là dấu hiệu quan trọng để phân biệt rận mu với các loài chấy, rận khác.



**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
1. <i>Chlamydia</i> đường sinh sản	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất.	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày	
2. <i>Chlamydia</i> đường sinh sản khi thai nghén	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất	Amoxicillin 500mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày	
3. <i>Chlamydia</i> viêm kết mạc sơ sinh	Erythromycin base hoặc ethylsuccinat 50mg/kg, chia 4 lần/ngày, trong 14 ngày	Trimethoprim 40 mg và sulfamethoxazol 200mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày	Không có	

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

4. Herpes sơ phát	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày, trong 7 ngày	Famciclovir 250mg, uống 3 lần/ ngày, trong 7 ngày	Điều trị ngay càng sớm càng tốt, nếu tổn thương chưa lành thời gian điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày
5. Herpes tái phát	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày, trong 5 ngày	Famciclovir 125mg, uống 2 lần/ngày, trong 5 ngày	Điều trị ngay khi có triệu chứng tái phát
6. Herpes khi thai nghén	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày, trong 5 ngày	Không có	Cần nhắc phẫu thuật lấy thai nếu như xuất hiện herpes ở thời gian gần khi sinh

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

8. Herpes ở người nhiễm HIV	Acyclovir 400mg, uống 3 - 5 lần/ngày, đến khi khỏi	Famciclovir 500mg, uống 2 lần/ngày đến khi khỏi	Không có	
9. Ghé và rạn mu	DEP, bôi 1 lần/ngày, trong 10 ngày	Permethrin 1 % bôi 1 lần/ngày, tắm sau bôi 24 giờ	Không có	DEP không dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú. DEP bôi vào bộ phận sinh dục sẽ gây nóng rát
10. Giang mai sớm (bao gồm giang mai I và giang mai II sơ phát)	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày	

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

11. Giang mai muộn (trên 2 năm)	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp mỗi tuần, trong 3 - 4 tuần liên tục	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 20 ngày liên tục	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 30 ngày	
12. Giang mai sớm ở phụ nữ có thai	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tục	Không có	
13. Giang mai muộn ở phụ nữ có thai	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp, mỗi tuần, trong 3 - 4 tuần liên tục	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 20 ngày liên tục	Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 30 ngày	Erythromycin có tỷ lệ thất bại cao
14. Giang mai bẩm sinh sớm (dưới 2 tuổi)	Benzylpenicilin 100.000 - 150.000 đv/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch 2 lần/ngày, trong 7 ngày và 3 lần/ngày,	Procain penicilin G 50.000 đv/kg, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tục	Không có	

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

15. Hạ cam	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất	Ciprofloxacin 500mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày	Vài báo cáo về việc trực khuẩn hạ cam kháng lại ciprofloxacin và erythromycin
16. Lậu không biến chứng	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất	Cefixim 400mg, uống liều duy nhất	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất	40% vi khuẩn lậu kháng với quinolon
17. Lậu khi thai nghén	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất	Cefixim 400mg, uống liều duy nhất	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất	
18. Lậu hệ thống	Ceftriaxon 1g/ngày, tiêm bắp, trong 7 ngày	Spectinomycin 2g, tiêm bắp 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Cefixim 400mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Viêm nội mạc tim, điều trị đến 6 tuần

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

19. Viêm kết mạc do lậu	Ceftriaxon 1g, tiêm bắp liều duy nhất. Lưu ý: Trẻ sơ sinh 50mg/kg, tiêm bắp không quá 125mg trong 24 giờ	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất	Azithromycin 2g, uống liều duy nhất	Phối hợp với làm sạch mắt bằng nước muối sinh lý liên tục trong 5 ngày
20. Nấm candida	Nystatin 100.000đv, đặt âm đạo, 1 viên/ngày, trong 14 ngày	Itraconazol 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày	Fluconazol 150mg, uống liều duy nhất	
21. Nấm candida khi thai nghén	Clotrimazol 100mg, đặt âm đạo trong 7 ngày	Miconazol 100mg, đặt âm đạo trong 7 ngày	Nystatin 100.000 đv, đặt âm đạo 1 viên/ngày, trong 14 ngày	
22. Sùi mào gà sinh dục chung	Acid trichloroacetic 80% - 90%	Đốt điện hoặc đốt lạnh	Podophyllin 10% - 25%	Podophyllin hấp thụ, độc tính. Bôi mỡ kháng sinh vào vùng da, niêm mạc

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

23. Sùi mào gà sinh dục khi thai nghén	Acid trichloroacetic 80% - 90%	Đốt lạnh	Đốt điện hoặc laser CO ₂	Thường tổn thương sùi mào gà phát triển nhanh trong thời kỳ mang thai. Xem xét phẫu thuật lấy thai
24. Trùng roi âm đạo	Metronidazol 500mg, uống 2 lần/ngày, uống trong 7 ngày	Metronidazol 2g, uống liều duy nhất	Tinidazol 2g, uống liều duy nhất	Không uống rượu, không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu khi điều trị bằng metronidazol
25. Trùng roi âm đạo ở phụ nữ có thai	Metronidazol 250mg uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày	Metronidazol gel 0,75% bôi âm đạo, 2 lần/ngày, trong 5 ngày	Clindamycin 300mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Chỉ dùng thuốc sau 3 tháng đầu của thai kì hoặc thay bằng bôi gel metronidazol

**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN
LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

26. Viêm âm đạo do vi khuẩn	Metronidazol 500mg uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Kem clindamycin 3% bôi âm đạo khi đi ngủ, trong 7 ngày	Tinidazol 2g, uống liều duy nhất	Không uống rượu, không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu khi điều trị bằng metronidazol
27. U hạt bạch huyết hoa liễu (hột xoài)	Doxycyclin 100mg uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 14 ngày	Tetracyclin 500mg/ngày, trong 14 ngày	Doxycyclin và tetracyclin không dùng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyện, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục số 4568/QĐ-BYT của Bộ Y tế 14/11/2013
6. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention.
7. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.4.1. Chọn đúng sai ~ Bệnh lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Diseases - STDs) là các hội chứng lâm sàng gây ra bởi những tác nhân gây bệnh có thể mắc phải và lây truyền ...

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.2. Chọn đúng sai ~ Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections – STIs) là thuật ngữ bao quát hơn STDs vì người nhiễm các tác nhân gây bệnh có thể không có triệu chứng nhưng có nguy cơ lây bệnh cho người khác.

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.3. Chọn câu sai ~ Các tác nhân gây bệnh STDs là

- A. Vi khuẩn, vi rus
- B. Kí sinh trùng, nấm
- C. Động vật nguyên sinh
- D. Động vật chân đốt

8.4.4. Chọn đúng sai ~ Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections – STIs) có ở tất cả các thành phần trong xã hội, ở mọi lứa tuổi (từ sơ sinh đến người cao tuổi) ở mọi địa phương, giới tính (nữ > nam) với tỷ lệ 1/4 - 1/3...

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.5. Chọn đúng sai ~ Ở Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng trên 50.000 -100.000 trường hợp bị lậu

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.6. Chọn đúng sai ~ Vi khuẩn lậu bắt màu gram (-), nằm trong tế bào bạch cầu đa nhân, đứng từng đôi một

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.7. Chọn câu sai ~ Bệnh lậu là một bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục

- A. Chiếm 15-30% trong tổng số các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- B. Căn nguyên do vi khuẩn *Neisseria gonorrhoeae* ,
- C. Triệu chứng lậu cấp điển hình là đái buốt, đái ra mủ,
- D. Phần lớn lại gặp là lậu mạn tính với các triệu chứng không điển hình

8.4.8. Chọn đúng sai ~ Sức đề kháng vi khuẩn lậu kém, ra môi trường ngoài cơ thể và các thuốc sát trùng thông thường đều diệt được

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.9. Chọn câu sai ~ Triệu chứng lâm sàng bệnh lậu cấp

- A. Ủ bệnh không có triệu chứng
- B. Biểu hiện sớm nhất là cảm giác khó chịu dọc niệu đạo kèm đái dắt, đái buốt,
- C. Tại chỗ: miệng sáo, quy đầu viêm đỏ, có mủ chảy ra tự nhiên,
- D. Toàn thân: thường sốt cao, mệt mỏi

8.4.10. Chọn câu sai ~ Triệu chứng lâm sàng bệnh lậu mạn

- A. Có giọt mủ vào buổi sáng khi chưa đi tiểu gọi là "giọt mủ ban mai".
- B. Đái rất buốt. Người bệnh có cảm giác nóng rát dọc niệu đạo,
- C. Đái rắt do viêm niệu đạo sau.
- D. Có thể có các biến chứng như viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh

8.4.11. Chọn đúng sai ~ Tỷ lệ nữ bị mắc bệnh lậu sau một lần quan hệ tình dục với đàn ông bị bệnh vào khoảng 50%.

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.12. Chọn đúng sai ~ Xét nghiệm huyết thanh giang mai và HIV trước và sau khi điều trị lậu để phát hiện sàng lọc hai bệnh này.

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.13. Chọn câu sai ~ Nguyên tắc điều trị bệnh lậu

- A. Điều trị đồng thời nhiễm Chlamydia.
- B. Điều trị sớm.
- C. Điều trị đúng phác đồ.
- D. Điều trị cả gia đình

8.4.14. Chọn câu sai ~ Phác đồ điều trị lậu không biến chứng:

- A. Spectinomycine 2 gram: tiêm bắp liều duy nhất.
- B. Hoặc Ceftriaxone 250 mg: tiêm bắp liều duy nhất,
- C. Sau đó dùng Doxycyclin 100 mg x 1 viên / ngày x 7 ngày.
- D. Sau đó dùng Doxycyclin 100 mg x 2 viên / ngày x 7 ngày

8.4.15. Chọn đúng sai ~ Điều trị lậu biến chứng tiêm Ceftriaxone 1 gram / 1 ngày tiêm bắp x 3- 7 ngày. Sau đó dùng Doxycyclin 100 mg x 2 viên/ ngày x 7 ngày

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.16. Chọn đúng sai ~ Bệnh giang mai là bệnh nhiễm trùng kinh điển hệ thống, lây truyền qua đường tình dục, do xoắn khuẩn nhạt, tên khoa học là *Treponema pallidum* gây nên.

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.17. Chọn câu sai ~ Xoắn khuẩn giang mai có thể có 3 loại di động:

- A. Di động theo trục dọc kiểu vặn đinh ốc.
- B. Di động qua lại như một quả lắc đồng hồ.
- C. Di động kiểu giả túc.
- D. Di động gợn sóng

8.4.18. Chọn câu sai ~ Xoắn khuẩn giang mai có thể lây truyền qua:

- A. Giao hợp đường âm đạo, đường hậu môn hoặc đường miệng.
- B. Gián tiếp qua các đồ dùng, vật dụng bị nhiễm xoắn trùng,
- C. Truyền máu hoặc tiêm chích h mà bơm kim tiêm không vô khuẩn.
- D. Lây từ mẹ sang con, thường sau tháng thứ 3 của thai kỳ và gây bệnh giang mai di truyền

8.4.19. Chọn đúng sai ~ Xà phòng có thể giết được xoắn khuẩn giang mai sau vài phút

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.20. Chọn đúng sai ~ Vài ngày sau khi có sảng giang mai ở bộ phận sinh dục, các hạch vùng bẹn thường bị viêm, họp thành chùm, trong đó có một hạch to hơn các hạch khác gọi là “hạch chúa”.

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.21. Chọn đúng sai ~ giang mai thời kỳ II là giai đoạn xoắn khuẩn vào máu và đi đến tất cả các cơ quan trong cơ thể.

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.22. Chọn câu sai ~ Sảng (chancre) giang mai có đặc điểm:

- A. Thương tổn đơn độc, số lượng thường chỉ có một.
- B. Sảng ít thấy ở bộ phận sinh dục (> 90% các trường hợp)..
- C. Sảng có đặc điểm: Là vết trợt nông, chỉ mất một phần thượng bì, hình tròn hay bầu dục.
- D. Sảng giang mai có thể xuất hiện thông thường khoảng 3 - 4 tuần (khoảng 10 - 90 ngày) sau lây nhiễm

8.4.23. Chọn câu sai ~ Giang mai bẩm sinh có thể có các triệu chứng sau :

- A. Phồng nước lòng bàn tay/chân.
- B. Xương to, đau các đầu xương làm trở ngại vận động,
- C. biểu hiện thường khác tính chất của giang mai thời kỳ thứ II mắc phải ở người lớn
- D. Trẻ đẻ ra nhỏ hơn bình thường, da nhăn nheo như ông già.

8.4.24. Chọn câu sai ~ Nguyên tắc điều trị giang mai:

- A. Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng tái phát và di chứng.
- B. Điều trị đồng thời cho cả bạn tình của bệnh nhân.
- C. Ceftriaxon hiện là thuốc được lựa chọn, vì đến nay có nhiều trường hợp xoắn khuẩn giang mai kháng Penixilin.
- D. Penicillin là thuốc được lựa chọn, cho đến nay chưa có trường hợp nào xoắn khuẩn giang mai kháng Penixilin.

8.4.25. Chọn đúng sai ~ Chlamydia là vi khuẩn nội tế bào bắt buộc do không có khả năng tổng hợp các hợp chất có năng lượng cao

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.26. Chọn đúng sai ~ Biểu hiện lâm sàng của bệnh gần giống với bệnh lậu. Trị liệu được lựa chọn là Tetracyclin hoặc Doxycyclin trong 1-3 tuần

- A. Đúng
- B. Sai

8.4.27. Chọn câu sai ~ Hội chứng Reiter trong nhiễm trùng *C. trachomatis*.gồm các triệu chứng :

- A. Viêm niệu đạo,
- B. Viêm kết mạc mắt,
- C. Viêm cơ tim
- D. Các thương tổn đặc trưng ở da, niêm mạc có liên quan đến nhiễm trùng *C. trachomatis*.

8.4.28. Chọn câu sai ~ Bệnh lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Diseases)

- STDs) là các bệnh nhiễm trùng sau :

- A. Hạ cam,
- B. Bệnh hạch xoài hay u hạt bẹn (Lymphogranuloma inguinale)
- C. Ghẻ, rận mu
- D. Bệnh lậu, giang mai

8.4.29. Chọn câu sai ~ Bệnh lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Diseases - STDs) là các bệnh nhiễm trùng sau :

- A. Sùi mào gà, (Condyloma acuminata)
- B. Nhiễm HSV sinh dục,
- C. U mềm lây (Molluscum contagiosum)
- D. Viêm âm đạo do nấm, do Trichomonas, do vi khuẩn, virus

8.4.30. Chọn đúng sai ~ nhiễm vi rút viêm gan B chủ yếu qua đường máu. Ngoài ra, vi rút viêm gan B có thể lây truyền qua đường tình dục.

- A. Đúng
- B. Sai





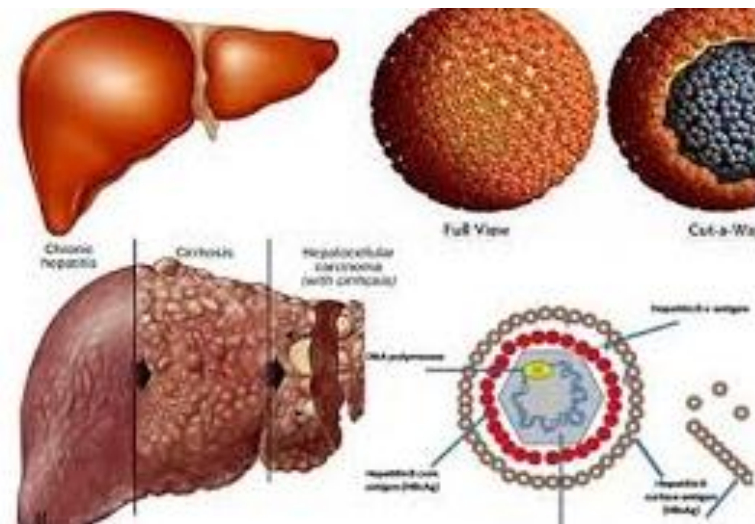
VIÊM GAN DO VIRUS

Mục tiêu học tập - Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh viêm gan do virus
2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm của bệnh viêm gan do virus thể điển hình.
3. Nêu được hướng điều trị và cách phòng bệnh viêm gan do virus.

Nội dung

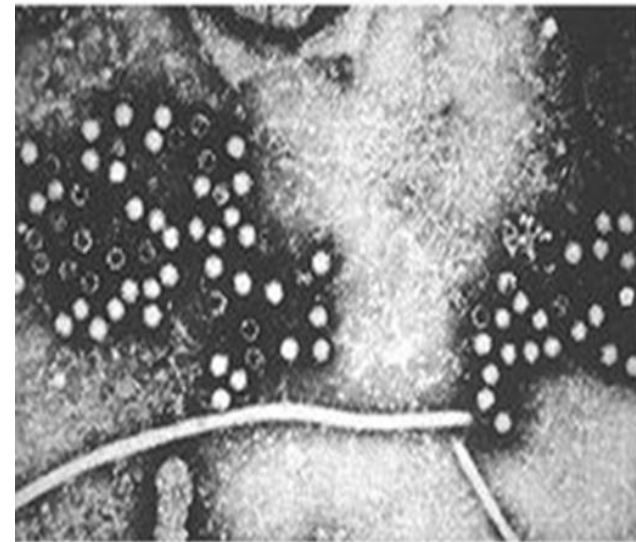
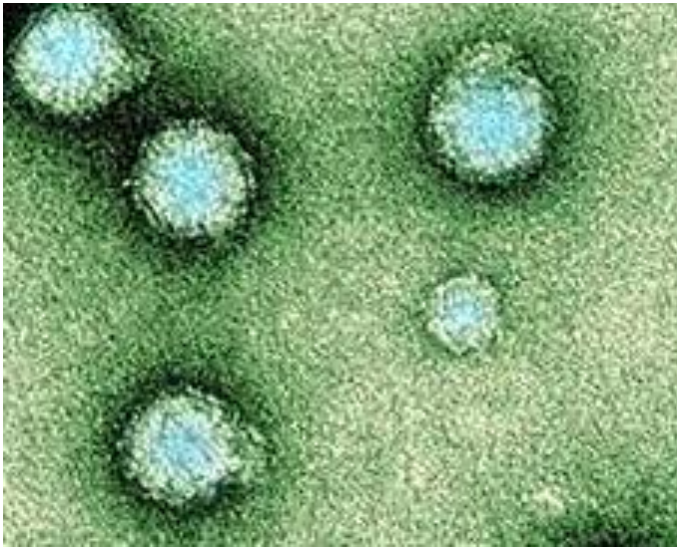
1. Định nghĩa và nguyên nhân
2. Triệu chứng lâm sàng
3. Xét nghiệm
4. Điều trị và phòng bệnh
 - 4.1 Nguyên tắc chung
 - 4.2 Điều trị và dự phòng với từng loại
 - 4.2.1 Viêm gan A và E
 - 4.2.2 Viêm gan B
 - 4.2.3 Viêm gan D
 - 4.2.4 Viêm gan C



1. Định nghĩa và nguyên nhân

1.1 Định nghĩa

- Viêm gan virus cấp là một bệnh truyền nhiễm cấp tính thường gặp do các virus viêm gan (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, ...) gây ra.
- Bệnh có đặc điểm lâm sàng chung là tình trạng nhiễm độc nặng làm bệnh nhân mệt nhiều, gan to, vàng da và niêm mạc, hoại tử tế bào gan dẫn đến tăng các enzym GOT và GPT (hay AST và ALT) trong huyết thanh...



Hepatitis E virus

1.2 Nguyên nhân

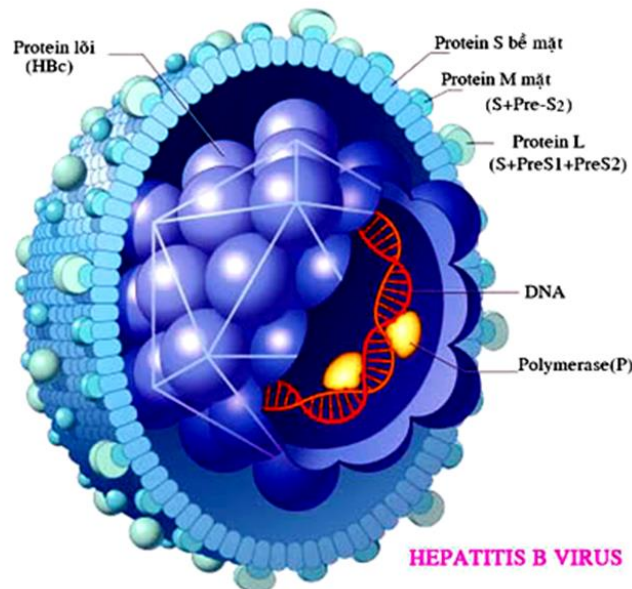
1.2.1 Viêm gan A, E, G (HAV, HEV, HGV)

- HAV, HEV, HGV là những virus có bộ gen RNA, không vỏ bọc, lây truyền bệnh theo con đường phân – miệng.
- HAV + HEV gây viêm gan lây lan. Đây là hình thức phổ biến nhất và chịu trách nhiệm khoảng 40% bệnh viêm gan có triệu chứng. Chúng có thể gây bệnh viêm gan cấp, lành tính hoặc không có triệu chứng. Thời gian ủ bệnh kéo dài khoảng 4 tuần và từ khi bắt đầu có triệu chứng đến khi bình phục khoảng 3 tuần.
- HAV gây viêm gan A, xuất hiện trên toàn thế giới vào mùa thu do phân nhiễm vào thức ăn và nước uống. thường gặp ở nơi vệ sinh kém. Tỷ lệ tử vong khoảng 5% ở những người > 50 tuổi. Bệnh nhân có thể trong trạng thái suy nhược trong vài tháng nhưng không bao giờ chuyển sang trạng thái mạn tính.
- HEV gây viêm gan E, chỉ chiếm 1% nhưng thường gây thành những vụ dịch bùng nổ ở các địa phương (Phi, Á, Trung Mỹ, Trung Đông). HEV đặc biệt nguy hiểm ở phụ nữ có thai trong giai đoạn 3 của thai kỳ, tỷ lệ chết của mẹ cao (20-25%) và nguy cơ cao với thai nhi.

Thai kỳ phát triển của bào thai có thể được chia làm ba giai đoạn: Giai đoạn thụ thai được xem như là phần đầu tiên kéo dài khoảng chừng hai tuần đầu của thai kỳ. Thời kỳ phôi: từ hai đến tám tuần lễ (hai tháng) bé phát triển như một phôi thai. Thời kỳ bào thai: là giai đoạn còn lại (từ tuần thứ chín đến khi sinh) em bé trong bụng mẹ lúc đó được gọi là bào thai.

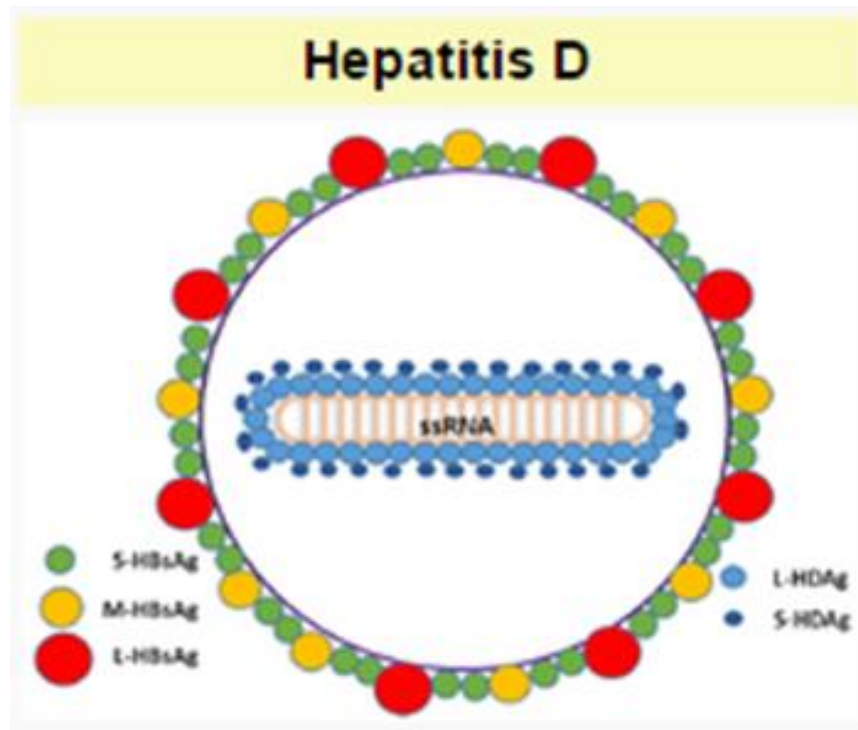
1.2.2 Virus viêm gan B (HBV)

- Viêm gan vi rút B là một bệnh phổ biến toàn cầu, do vi rút viêm gan B (HBV) gây ra. Bệnh có thể lây truyền qua đường máu, đường tình dục, từ mẹ truyền sang con. Nếu mẹ nhiễm HBV và có HBeAg (+) thì khả năng lây cho con là hơn 80% và khoảng 90% trẻ sinh ra sẽ mang HBV mạn tính.
- Viêm gan vi rút B có thể diễn biến cấp tính, trong đó hơn 90% số trường hợp khỏi hoàn toàn, gần 10% chuyển sang viêm gan mạn tính và hậu quả cuối cùng là xơ gan hoặc ung thư gan.
- HBV thuộc họ Hepadnaviridae, có cấu trúc DNA. Dựa vào trình tự các nucleotide, HBV được chia thành 10 kiểu gen khác nhau ký hiệu từ A đến J.



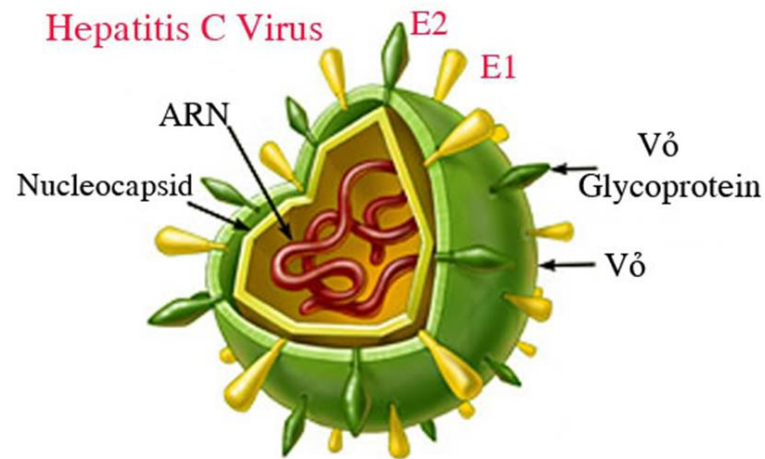
1.2.3 Virus viêm gan delta (HDV)

- Vi rút viêm gan D được xem là vi rút "không trọn vẹn", chúng phải mượn lớp vỏ HBsAg để có thể xâm nhập vào tế bào gan.
- Bệnh có đường lây truyền giống viêm gan B: đường máu, đường tình dục, từ mẹ truyền sang con (hiếm gặp).



1.2.4 Virus viêm gan C (HCV)

- Vi rút viêm gan C thuộc họ Flaviviridae, có dạng hình cầu. Theo tổ chức y tế thế giới, hiện nay có khoảng 170 triệu người nhiễm vi rút viêm gan C, chiếm 3% dân số thế giới. Tại Việt Nam, nhiễm vi rút viêm gan C có xu hướng ngày càng gia tăng.
- Viêm gan vi rút C lây qua đường máu, phần lớn không có biểu hiện lâm sàng, có thể gây viêm gan vi rút cấp, viêm gan mạn, dẫn tới xơ gan và ung thư gan.



1.2.5 Virus viêm gan G (HGV)

- HGV vừa được phát hiện gần đây,
- Là loại virus có họ hàng gần với HCV, thường gây viêm gan cấp nhưng lành tính.

ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC LOẠI VIRUS VIÊM GAN

Loại virus	Bộ Gen	Đường lây	Kháng nguyên	Kháng thể	Tiến triển
HAV	RNA	Tiêu hóa	HAV	IgM anti HAV IgG anti HAV	Cấp tính. Không mạn
HBV	DNA	Máu	HbsAg HbcAg HbeAg	Anti Hbs Anti Hbc Anti Hbe	Cấp tính Mạn tính
HDV	RNA	Máu	HDV Ag	Anti HDV	Đồng nhiễm hay bội nhiễm với HBV
HCV	RNA	Máu	HCV Ag	Anti HCV	Cấp tính Mạn tính
HEV	RNA	Tiêu hóa	HEV Ag	Anti HEV	Cấp tính. Không mạn.
HGV	RNA	Máu	HGV Ag	Anti HGV	

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1 Thời kỳ ủ bệnh: Chưa có triệu chứng lâm sàng, phụ thuộc vào loại virus viêm gan:

Viêm gan A	Viêm gan B	Viêm gan C	Viêm gan D	Viêm gan E
1-6 tuần (15- 45 ngày)	1-6 tháng (30-120 ngày)	1-6 tháng (30-150 ngày)	1-3 tháng (20-90 ngày)	1-2 tháng (20-50 ngày)

2.2 Thời kỳ khởi phát (tiền vàng da)

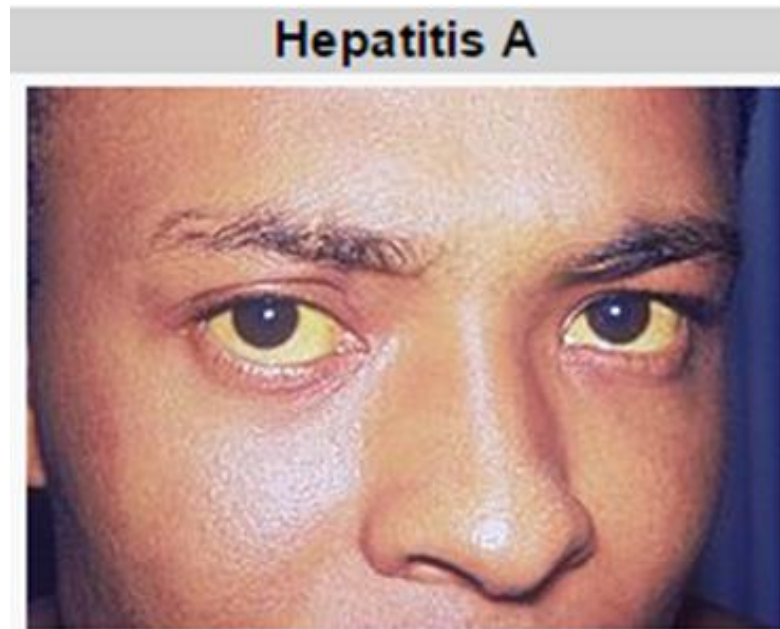
- Cách khởi phát của bệnh viêm gan virus rất đa dạng. Suvalopva E. P. chia ra các kiểu khởi phát sau:
- Kiểu rối loạn tiêu hoá: Bệnh nhân có chán ăn, sợ mỡ, buồn nôn, nôn, đau bụng và đôi khi rối loạn đại tiện; các triệu chứng này xuất hiện cùng với sốt nhẹ hoặc vừa, kéo dài trong 1 tuần.
- Kiểu viêm khớp: Đau các khớp nhưng không có biến đổi về hình dạng tại khớp.
- Kiểu viêm xuất tiết (hay còn gọi là kiểu giả cúm): Bệnh nhân sổ mũi, đau họng, ho khan cùng với sốt.
- Kiểu suy nhược thần kinh: Bệnh nhân mệt mỏi, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ (có thể ở trạng thái ức chế hoặc kích thích).
- Kiểu hỗn hợp: Gồm nhiều triệu chứng lẫn lộn của các kiểu khởi phát trên.

- Tất cả các kiểu khởi phát trên thường kèm theo sốt nhẹ hoặc vừa vài ngày đến một tuần, đau tức vùng hạ sườn phải. Đặc biệt trong thời kỳ này là tình trạng mệt mỏi không tương xứng với sốt. Tuy bệnh nhân sốt nhẹ, ngắn ngày, có bệnh nhân không sốt, nhưng bệnh nhân cảm giác thấy mệt nhiều, không muốn đi lại, không muốn làm kể cả các việc nhẹ...
- Trong thời kỳ khởi phát có thể thấy hầu hết bệnh nhân khám có gan to (90-95%). Đa số bệnh nhân ngay thời kỳ này đã thấy nước tiểu vàng thẫm; xét nghiệm nước tiểu xuất hiện urobilinogen (+).

2.3 Thời kỳ toàn phát (vàng da)

- Bắt đầu vào thời kỳ vàng da bệnh nhân hầu như hết sốt. ở mức độ nhẹ và vừa bệnh nhân thường cảm thấy dễ chịu hẳn lên, ăn được, hết đau khớp...
- Ngược lại, với những bệnh nhân mức độ nặng bước vào thời kỳ vàng da các triệu chứng bệnh phát triển và nặng hẳn lên: Gan to, đau, một số trường hợp có lách to, chán ăn, mệt mỏi, rối loạn tiêu hoá... Xét nghiệm thấy enzyme transaminase tăng cao, đặc biệt là SGPT (hay ALT), Bilirubin máu toàn phần tăng mà chủ yếu là Bilirubin trực tiếp, photphotaza kiềm tăng ở những trường hợp tắc mật, urobilinogen nước tiểu đang từ (+) chuyển thành (-) tính. Xét nghiệm công thức máu ít biến đổi.

- Giai đoạn này vàng da phát triển rất nhanh, thường đạt mức tối đa trong vòng 2-5 ngày.
- Vàng da đạt đến mức tối đa và giữ nguyên mức ổn định trong vài ngày đến vài tuần (thường từ 2 - 4 tuần).
- Trong thời kỳ này các triệu chứng về lâm sàng và cận lâm sàng tăng lên tới mức tối đa. ở những bệnh nhân vàng da nặng, phân trắng giống như phân cò (phân bạc màu), nước tiểu ít và sẫm màu như nước vối đặc, bệnh nhân rất ngứa nên có nhiều vết gãi trên da.



2.4 Thời kỳ hồi phục

- Thường bắt đầu bằng hiện tượng đa niệu (gọi là cơn đa niệu). Các triệu chứng lâm sàng cùng với các rối loạn sinh hoá bắt đầu giảm.
- Bệnh nhân cảm thấy dễ chịu, các triệu chứng của bệnh mất dần, ăn ngủ được, nước tiểu trong, gan thu dần về bình thường, các xét nghiệm transaminase, bilirubin và các chỉ tiêu sinh hoá khác dần dần trở về bình thường. Tuy vậy cảm giác mệt mỏi và tức, nặng ở vùng gan nhất là sau khi ăn còn có thể kéo dài.

3. Xét nghiệm

3.1 Xét nghiệm đánh giá chức năng gan

- Hội chứng hủy hoại tế bào gan: AST/ALT tăng.
- Hội chứng suy tế bào gan: Bilirubin tăng, albumin máu giảm, PT giảm.

3.2 Xét nghiệm tìm nguyên nhân

3.2.1 Xét nghiệm chẩn đoán viêm gan A

- + IgM anti HAV (+) trong giai đoạn cấp.
- + IgG anti HAV trong giai đoạn hồi phục
- + 3.2.2 Xét nghiệm chẩn đoán viêm gan B
- + HBsAg (+) 2 lần cách 6 tháng.

3.2.2 Xét nghiệm chẩn đoán viêm gan B

- HBsAg : thuộc lớp vỏ của HBV (Kháng nguyên bề mặt viêm gan B là bề mặt ngoài vỏ của virus) - dùng trong xét nghiệm máu để biết có HBV trong cơ thể.
- Xét nghiệm dương tính có nghĩa là bạn dễ dàng lây truyền virus sang người khác. Xét nghiệm âm tính có nghĩa hiện bạn không bị nhiễm virus.
- Viêm gan B cấp tính đặc trưng bởi HBsAg và IgM anti-HBc dương tính.
- Khoảng 10-15% số người có HbsAg (+) trở thành viêm gan B mạn.

- Anti-HBc IgM (+) (Kháng thể kháng - kháng nguyên lõi HBV).
- Kháng thể anti-HBc có hai loại: IgM trong thời kỳ bị nhiễm trùng cấp tính và IgG trong thời kỳ chuyển tiếp.
- Nếu anti-HBc IgG không hạ xuống và có HBsAg có nghĩa bệnh nhân đang bị dạng viêm gan mạn tính.
- HBeAg (+) trong giai đoạn đầu của viêm gan B cấp, nếu (+) kéo dài hơn 4 tuần là có khả năng bệnh diễn biến thành viêm gan B mạn hoạt động.
- Anti-HBs (+) trong viêm cấp (Kháng thể kháng - kháng nguyên bề mặt HBV).
- Khi HBsAg biến mất, thì kháng thể chống sAg (anti-HBs) mới xuất hiện. Kết quả xét nghiệm này dương tính nghĩa là bạn có kháng thể kháng HBV. Điều này có thể do nhiễm HBV (virus viêm gan B) từ trước và bạn đã khỏi. Hoặc bạn đã được tiêm vắc xin.
- Một khi anti-HBs xuất hiện người bệnh được coi như hồi phục, trở thành miễn nhiễm đối với HBV (virus viêm gan B) và không lây bệnh qua người khác được. Bạn đã được bảo vệ bởi vắc xin hoặc bởi miễn dịch tự nhiên của chính bạn.
- Một số bệnh nhân không tạo được kháng thể này và tiếp tục mang mầm bệnh HBsAg, sẽ có thể lây cho người khác.

3.2.3 XN chẩn đoán viêm gan C

- Chẩn đoán xác định viêm gan vi rút C cấp
 - + HCV RNA dương tính, anti-HCV có thể âm tính hoặc dương tính: HCV RNA thường dương tính 2 tuần sau khi phơi nhiễm, trong khi anti - HCV xuất hiện sau 8 - 12 tuần.
 - + AST, ALT bình thường hoặc tăng
 - + Chẩn đoán xác định viêm gan vi rút C mạn
- Anti HCV dương tính, HCV RNA dương tính;
 - + Thời gian mắc bệnh > 6 tháng, hoặc có biểu hiện xơ gan

3.2.4 XN chẩn đoán viêm gan D

- HBsAg (+), Anti HBc – IgM (+).
- HDAg: (+), xuất hiện sớm, thời gian tồn tại ngắn, nhiều trường hợp không thể xác định được trong huyết thanh.

3.2.5 XN chẩn đoán viêm gan E

- IgM anti-HEV (+) ngay khi có triệu chứng và có thể kéo dài đến 6 tháng.
- IgG anti-HEV (+) sau 10-12 ngày khi có biểu hiện bệnh và kéo dài nhiều năm.
- Vi rút viêm gan E có thể hiện diện trong phân của người bị nhiễm bệnh lên đến hai tháng sau khi có biểu hiện lâm sàng.

4. Điều trị và phòng bệnh

- Cũng như nhiều bệnh do virus khác, viêm gan virus cho tới nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu có hiệu quả.
- Tuy vậy một vài thuốc kháng virus đã được áp dụng cho điều trị viêm gan B và C nhưng hiệu quả chưa cao.
- Do đó những nguyên tắc điều trị chung bệnh viêm gan virus có thể khái quát như sau:

4.1 Nguyên tắc chung

- Chế độ nghỉ ngơi và nằm nghỉ tại giường trong thời kỳ khởi phát và toàn phát, sau đó hoạt động nhẹ nhàng. ở tư thế nằm, lượng máu qua gan sẽ tăng lên 25-30% so với tư thế đứng, giúp cho gan được tưới máu nhiều hơn.
- Khi ra viện bệnh nhân được miễn lao động nặng trong vòng 6-12 tháng tùy theo mức độ bệnh.
- Chế độ ăn giàu đạm, đường, vitamin, giảm mỡ động vật đặc biệt là các món xào, rán. Tăng cường ăn hoa quả tươi, sữa chua.
- Không rượu, bia và hạn chế sử dụng các thuốc, hoá chất gây độc cho gan.
- Sử dụng các thuốc điều trị triệu chứng khi cần: Lợi mật, truyền dịch, lợi tiểu khi có vàng da đậm; vitamin K khi có hội chứng xuất huyết; các vitamin nhóm B.

4.2 Điều trị và dự phòng với từng loại

4.2.1 Viêm gan A và E

- Chủ yếu là điều trị triệu chứng.
- Phòng bệnh khẩn cấp bằng Gammaglobulin miễn dịch, hiệu quả bảo vệ chỉ được 4-6 tháng. Vacxin bất hoạt bằng Formalin (Havrix) cho hiệu quả dự phòng nhưng chưa được sử dụng rộng rãi. Gần đây Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương đã sản xuất thành công Vacxin phòng bệnh viêm gan A.
- Đã có vacxin tiêm phòng viêm gan virus E nhưng chưa được phổ biến rộng rãi.

4.2.2 Viêm gan B

Điều trị

a) Chỉ định điều trị khi:

- ALT tăng trên 2 lần giá trị bình thường hoặc có bằng chứng xác nhận có xơ hóa gan tiến triển/xơ gan bất kể ALT ở mức nào. và
- HBV-DNA $\geq 10^5$ copies/ml (20.000 IU/ml) nếu HBeAg (+) hoặc HBVDNA $\geq 10^4$ copies/ml (2.000 IU/ml) nếu HBeAg (-).

b) Điều trị cụ thể:

- Thuốc điều trị:
 - + Tenofovir + Lamivudine + Adefovir + Peg-IFN α , IFN α

b) Điều trị cụ thể:

– Thuốc điều trị:

+ Tenofovir (300mg/ngày)
hoặc entecavir (0,5 mg/ngày).



+ Lamivudine (100mg/ngày) sử dụng cho người bệnh xơ gan mất bù, phụ nữ mang thai.



- + Adefovir dùng phối hợp với lamivudine khi có kháng thuốc.
- + Peg-IFN α , IFN α (Peg-IFN α -2a liều 180mcg/tuần; Peg-IFN α -2b liều 1,5mcg/kg/tuần; IFN α liều 5 triệu IU/ngày hoặc 10 triệu IU/lần -3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6-12 tháng.



Dự phòng viêm gan B

a. Phòng chủ động:

- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho tất cả trẻ em trong vòng 24h sau sinh và các mũi tiếp theo lúc 2, 3 và 4 tháng tuổi theo chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho các đối tượng chưa bị nhiễm HBV.
- Cần xét nghiệm HBsAg và anti-HBs trước khi tiêm phòng vắc xin.
- Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho nhân viên y tế.

b. Phòng lây truyền từ mẹ sang con:

- Nếu mẹ mang thai có HBsAg (+): Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B liều sau sinh cho trẻ theo chương trình tiêm chủng mở rộng và phối hợp với tiêm kháng thể kháng HBV cho trẻ. Nên tiêm cùng thời điểm nhưng ở hai vị trí khác nhau. Sau đó tiêm đầy đủ các liều vắc xin viêm gan vi rút B cho trẻ theo quy định của chương trình tiêm chủng mở rộng.
- Nếu mẹ mang thai có HBV-DNA > 10⁶ copies/ml (200.000 IU/mL):
- Dùng thuốc kháng vi rút (lamivudine hoặc tenofovir) từ 3 tháng cuối của thai kỳ.
- Xét nghiệm lại HBV DNA sau sinh 3 tháng để quyết định ngừng thuốc hoặc tiếp tục điều trị nếu mẹ đủ tiêu chuẩn điều trị. Theo dõi sát người mẹ để phát hiện viêm gan bùng phát.

4.2.3 Viêm gan D

- Peg-interferon có hiệu quả trong việc ức chế sự nhân lên của vi rút viêm gan D.
- Nhiễm HDV chỉ xảy ra với người đã nhiễm HBV. Việc nhiễm cả 2 virus này sẽ làm cho bệnh nặng hơn.
- Vaccin tiêm phòng HBV có tác dụng phòng cho cả HDV.

4.2.4 Viêm gan C

- Điều trị đặc hiệu-Phác đồ chuẩn: Interferon (IFN) + Ribavirin.
- Hiện chưa có vaccin tiêm phòng viêm gan virus C.



Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút B (Ban hành kèm theo Quyết định số: 5448/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút C (Ban hành kèm theo Quyết định số 4817/QĐ-BYT ngày 28/11/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
7. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút D (Ban hành kèm theo Quyết định số 5449/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
8. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút E (Ban hành kèm theo Quyết định số 5450/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
9. Quyết định về việc ban hành kế hoạch phòng chống bệnh viêm gan vi rút giai đoạn 2015-2019 (Quyết định số 739/QĐ-BYT ngày 05 tháng 3 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
10. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.5.1. Chọn câu sai ~ Định nghĩa Viêm gan virut cấp :

- A. Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính thường gặp do các virut viêm gan (HAV, HBV, HCV, HDV, HEV, ...) gây ra
- B. Có đặc điểm chung là tình trạng nhiễm độc nặng làm bệnh nhân mệt nhiều
- C. Giảm các enzym GOT và GPT (hay AST và ALT) trong huyết thanh...
- D. Bệnh có đặc điểm lâm sàng chung là gan to, vàng da và niêm mạc, hoại tử tế bào gan

8.5.2. Chọn câu sai ~ Nguyên nhân Viêm gan A, E, G (HAV, HEV, HGV):

- A. HAV, HEV, HGV là những virus có bộ gen RNA, không vỏ bọc
- B. HAV, HEV, HGV là những virus lây truyền bệnh theo con đường phân – miệng
- C. HAV gây viêm gan A, xuất hiện trên toàn thế giới vào mùa thu do phân nhiễm vào thức ăn và nước uống
- D. HEV gây viêm gan E, HEV ít nguy hiểm ở phụ nữ có thai trong giai đoạn 3 của thai kỳ

8.5.3. Chọn đúng/sai ~ Viêm gan vi rút B là một bệnh phổ biến toàn cầu, do vi rút viêm gan B (HBV) gây ra.

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.4. Chọn câu đúng ~ Viêm gan vi rus B:

- A. Viêm gan vi rút B có thể diễn biến cấp tính, trong đó hơn 90% số trường hợp khỏi hoàn toàn
- B. Viêm gan vi rút B 25% có thể chuyển sang viêm gan mạn tính và hậu quả cuối cùng là xơ gan hoặc ung thư gan
- C. Viêm gan vi rút B là bệnh chỉ lây truyền qua đường máu, đường tình dục.
- D. Nếu mẹ nhiễm HBV và có HBeAg (+) thì khả năng lây cho con là hơn 50% và khoảng 50% trẻ sinh ra sẽ mang HBV mạn tính

8.5.5. Chọn đúng/sai ~ Viêm gan vi rút B chỉ có thể lây truyền qua đường máu, đường tình dục:

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.6. Chọn đúng/sai ~ Virus viêm gan delta (HDV) được xem là vi rút "không trọn vẹn", chúng phải mượn lớp vỏ HBsAg để có thể xâm nhập vào tế bào gan.

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.7. Chọn đúng/sai ~ Bệnh vi rus viêm gan D có đường lây truyền giống viêm gan B: đường máu, đường tình dục, từ mẹ truyền sang con (hiếm gặp)..

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.8. Chọn đúng/sai ~ Virus viêm gan C (HCV) chiếm 3% dân số thế giới. Tại Việt Nam, nhiễm vi rút viêm gan C có xu hướng ngày càng gia tăng.

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.9. Chọn đúng/sai ~ Virus viêm gan C (HCV) thuộc họ Hepadnaviridae, có dạng hình cầu.

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.10. Chọn câu đúng ~ đặc điểm của vi rus viêm gan A

- A. Bộ gien DNA
- B. Lây đường máu
- C. Tiến triển mạn tính
- D. Kháng nguyên HAV

8.5.11. Chọn đúng/sai ~ Virus viêm gan G (HGV) HGV vừa được phát hiện gần đây, Là loại virus có họ hàng gần với HCV, thường gây viêm gan cấp nhưng lành tính.

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.12. Chọn câu sai ~ đặc điểm của vi rus viêm gan B

- A. Bộ gien DNA
- B. Lây đường máu
- C. Tiến triển mạn tính
- D. Kháng nguyên HAV

8.5.13. Chọn đúng/sai ~ Thời kỳ ủ bệnh của vi rút viêm gan B từ 1 – 6 tuần (15 – 45 ngày):

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.14. Chọn câu sai ~ Thời kỳ khởi phát (tiền vàng da):

- A. Kiểu viêm khớp: Đau các khớp nhưng không có biến đổi về hình dạng tại khớp
- B. Kiểu rối loạn tiêu hoá: Bệnh nhân có chán ăn, sợ mỡ, buồn nôn, nôn, đau bụng và đôi khi rối loạn đại tiện
- C. Kiểu viêm xuất tiết (hay còn gọi là kiểu giả cúm): Bệnh nhân sổ mũi, đau họng, ho khan cùng với sốt
- D. Cách khởi phát của bệnh viêm gan virus giống hệt nhau

8.5.15. Chọn đúng/sai ~ Tất cả các kiểu khởi phát của viêm gan vi rus thường kèm theo sốt nhẹ hoặc vừa vài ngày đến một tuần, đau tức vùng hạ sườn phải. Đặc biệt trong thời kỳ này là tình trạng mệt mỏi không tương xứng với sốt..

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.16. Chọn đúng/sai ~ Trong thời kỳ khởi phát của viêm gan vi rus có thể thấy hầu hết bệnh nhân khám có gan to (90-95%). Đa số bệnh nhân ngay thời kỳ này đã thấy nước tiểu vàng thẫm; xét nghiệm nước tiểu xuất hiện urobilinogen (+).

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.17. Chọn đúng/sai ~ Thời kỳ toàn phát (vàng da) của viêm gan vi rus đa số bệnh nhân hầu như hết sốt. ở mức độ nhẹ và vừa bệnh nhân thường cảm thấy dễ chịu hẳn lên, ăn được, hết đau khớp...

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.18. Chọn đúng/sai ~ Thời kỳ toàn phát với những bệnh nhân mức độ nặng bước vào thời kỳ vàng da các triệu chứng bệnh phát triển và nặng hẳn lên: Gan to, đau, một số trường hợp có lách to, chán ăn, mệt mỏi, rối loạn tiêu hoá...

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.19. Chọn câu sai ~ Thời kỳ toàn phát với những bệnh nhân mức độ nặng - Xét nghiệm thấy:

- A. Xét nghiệm công thức máu rất biến đổi.
- B. enzyme transaminase tăng cao, đặc biệt là SGPT (hay ALT)
- C. Bilirubin máu toàn phần tăng mà chủ yếu là Bilirubin trực tiếp
- D. photphotazakiềm tăng ở những trường hợp tắc mật

8.5.20. Chọn câu sai ~ Thời kỳ toàn phát với những bệnh nhân mức độ nặng - Xét nghiệm thấy:

- A. Bilirubin máu toàn phần tăng mà chủ yếu là Bilirubin gián tiếp.
- B. enzyme transaminase tăng cao, đặc biệt là SGPT (hay ALT)
- C. Xét nghiệm công thức máu ít biến đổi.
- D. urobilinogen nước tiểu đang từ (+) chuyển thành (-) tính

8.5.21. Chọn đúng/sai ~ Thời kỳ hồi phục viêm gan vi rus - Thường bắt đầu bằng hiện tượng đa niệu (gọi là cơn đa niệu). Các triệu chứng lâm sàng cùng với các rối loạn sinh hoá bắt đầu giảm

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.22. Chọn đúng/sai ~ Cũng như nhiều bệnh do virus khác, viêm gan virus cho tới nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu có hiệu quả

- A. Đúng
- B. Sai

8.5.23. Chọn đúng/sai ~ Dự phòng chủ động viêm gan B: Tiêm vắc xin viêm gan vi rút B cho tất cả trẻ em trong vòng 24h sau sinh và các mũi tiếp theo lúc 2, 3 và 4 tháng tuổi theo chương trình tiêm chủng mở rộng

- A. Đúng
- B. Sai





SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE



Mục tiêu học tập - Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân và phân độ của bệnh sốt xuất huyết Dengue
2. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm của bệnh.
3. Nêu được hướng điều trị và cách phòng bệnh.

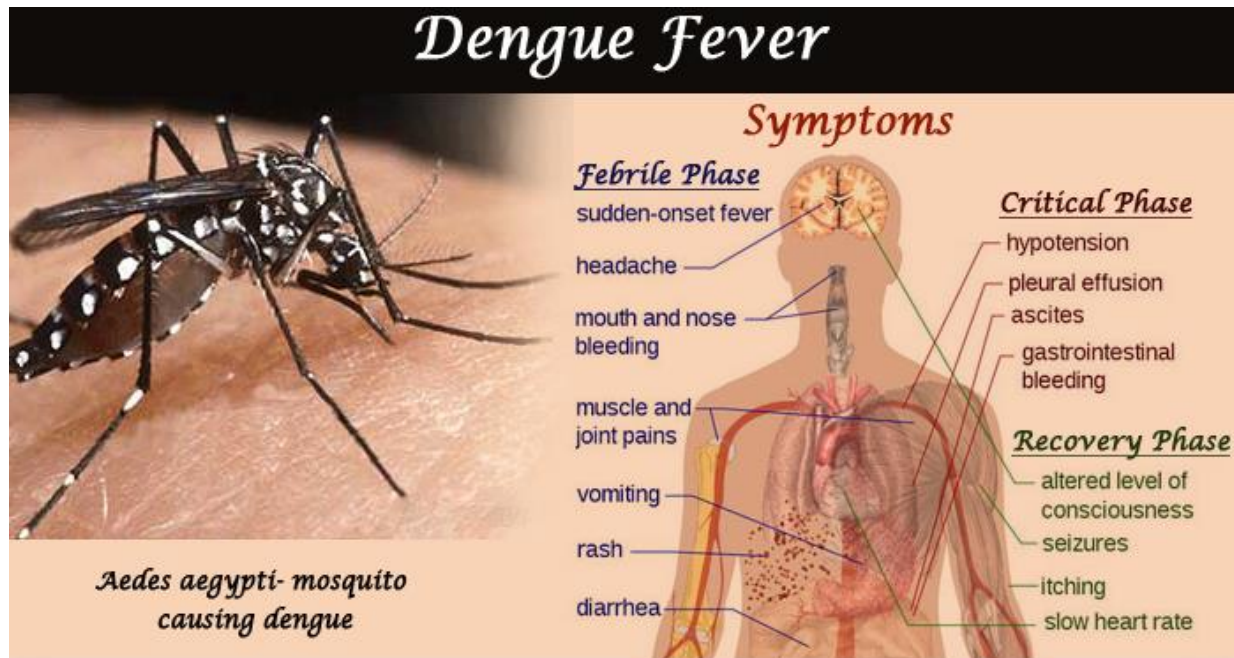
Nội dung

1. Định nghĩa, nguyên nhân và nguồn lây
2. Cơ chế gây bệnh và phân độ bệnh
3. Triệu chứng, lâm sàng và cận lâm sàng sốt XH Dengue (Hướng dẫn BHYT 2011)
4. Chẩn đoán
5. Điều trị
6. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện
7. Phòng bệnh

1. Định nghĩa, nguyên nhân và nguồn lây

1.1 Định nghĩa

- Sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây nên, bệnh lây theo đường máu, trung gian truyền bệnh là muỗi *Aedes aegypti*.
- Bệnh có biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sốt cấp diễn và xuất huyết với nhiều dạng khác, nhưng thể nặng có sốc do giảm khối lượng máu lưu hành.



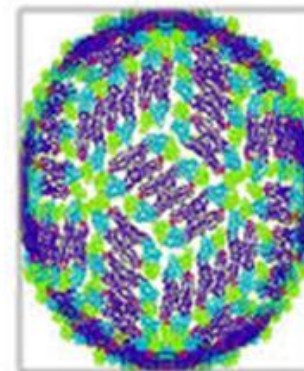
1.2 Nguyên nhân, nguồn bệnh và nguồn lây

Mầm bệnh

- Virut Dengue thuộc nhóm Flavivirus (họ Arbovirut nhóm B hay Flaviviridae) virut Dengue có 4 typ huyết thanh: 1,2,3 và 4. Có nhân ARN, có 3 gen Protein có cấu trúc Protein C (lõi), Protein M (màng), Protein (vỏ) và 7 Protein không cấu trúc. Protein E có chức năng trung hoà và tương tác với các thụ thể.
- Các virut Dengue có nhiều kháng nguyên, có kháng nguyên đặc hiệu của typ, có những kháng nguyên chung của phân nhóm và nhóm.
- Cả 4 typ huyết thanh virut Dengue có họ hàng với nhau phản ứng chéo nhau. Tuy nhiên kháng thể thu được sau khi nhiễm một typ huyết thanh có phản ứng dương tính nhưng không trung hoà hoàn toàn được các typ còn lại

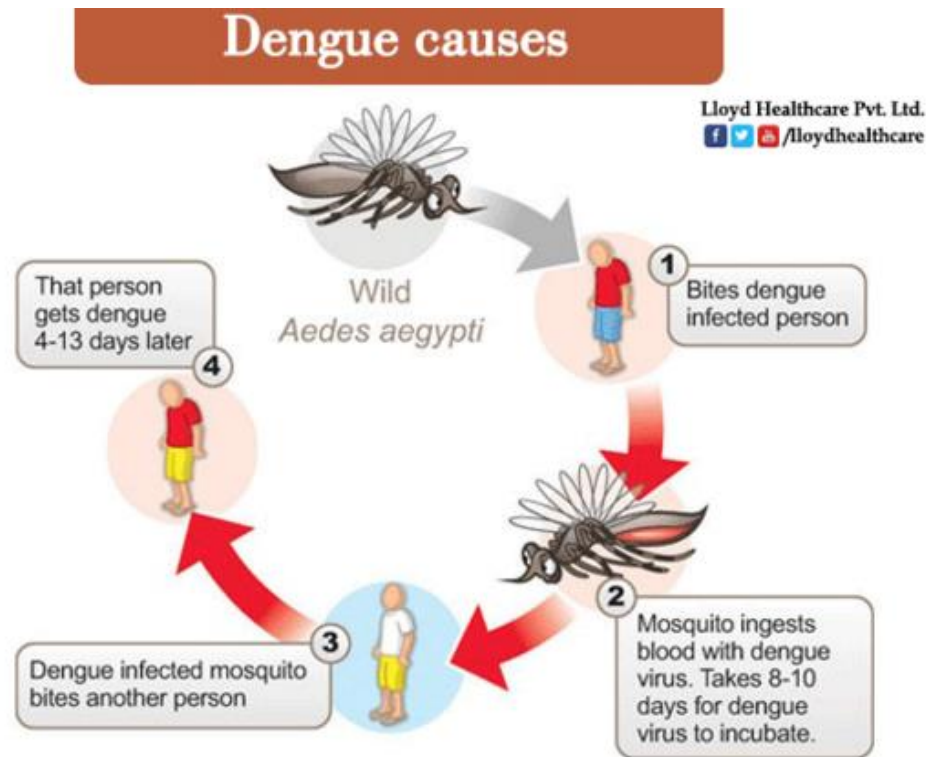
Dengue Virus – A Flavivirus

- **Flavivirus** are spherical and 40- 60 nm in diameter.
Genome – Positive sense, single sense RNA, 11kb in size
Genome – RNA infectious
Enveloped virus
Three structural polypeptides two are glycosylated
Replication in cytoplasm



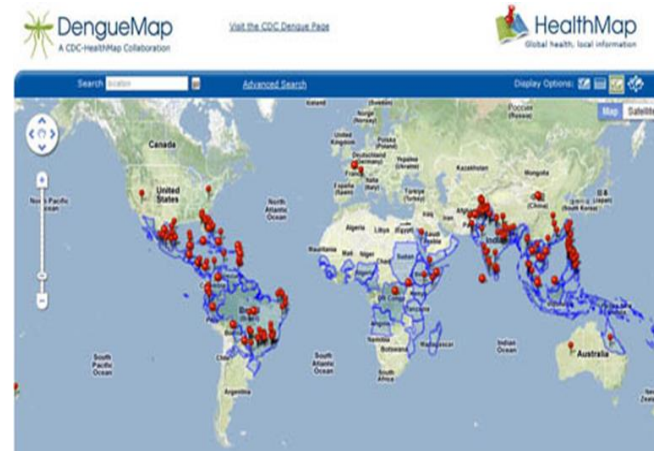
Nguồn bệnh

- Là bệnh nhân - cần chú ý những người mắc bệnh thể nhẹ ít được quản lý nên là nguồn bệnh quan trọng.
- Những nghiên cứu ở Malaixia đã chứng minh được loài muỗi hoang dã là nguồn chứa mầm bệnh, nhưng chưa có bằng chứng bệnh lây từ muỗi sang người



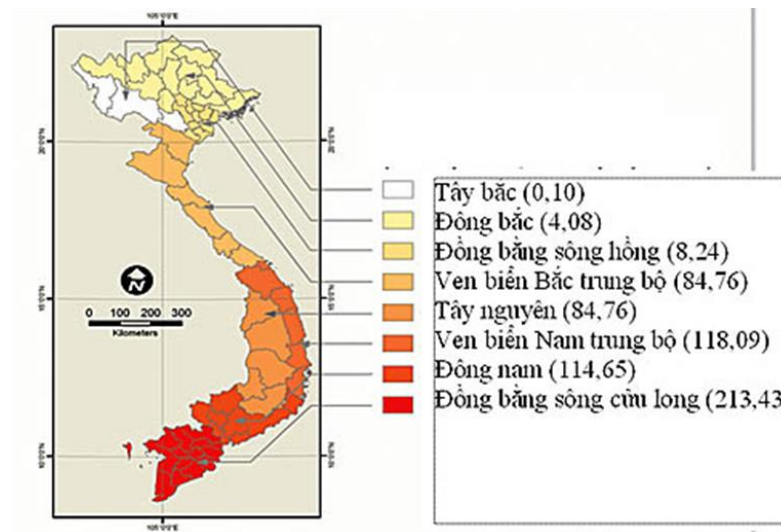
Đường lây

- Bệnh lây theo đường máu qua muỗi Aedes.
- Muỗi chủ yếu: *A. aegypti* ở thành thị.
- Muỗi thứ yếu: *A. acbopictus* ở nông thôn, trong rừng *A. Polynesiensis* ở Nam thái bình dương. Một số loài muỗi khác như *A. Scultellaris*, *A. niveus*, *A. cooki*...là trung gian truyền bệnh thứ yếu.
- *Aedes aegypti* là muỗi vằn, có nhiều ở thành phố, thị xã, sống trong nhà và ngoài trời sinh sản thuận lợi ở những dụng cụ chứa muỗi nhân tạo gần nhà.
- Nhiệt độ thuận lợi cho trứng muỗi phát triển là trên 260 C (11- 18 ngày) ở nhiệt độ 32- 330 C chỉ cần 4-7 ngày.
- Muỗi *Aedes aegypti* ưa đốt người, đốt dai, đốt nhiều lần đến no máu thì thôi, đốt người chủ yếu vào ban ngày. Sau khi đốt no máu, muỗi đậu ở nơi tối, độ cao từ 2m trở xuống, bay xa được 400m



Dịch

- Dịch sốt xuất huyết Dengue hay xảy ra vào mùa mưa, nóng. Mật độ muỗi *A. aegypti* cao ≥ 1 con/ nhà và $\geq 50\%$ nhà kế cận có muỗi) ở nước ta, dịch bệnh Dengue xuất huyết được chia thành 3 vùng.
- Vùng 1: Có bệnh quanh năm phát triển dịch vào mùa hè thu gặp chủ yếu ở trẻ em, là những vùng có nhiệt độ trên 200 C, đồng bằng sông Cửu Long, ven biển miền trung.
- Vùng 2: Không có bệnh vào những tháng rét, dịch xuất hiện vào các tháng mưa, nóng cả người lớn và trẻ em đều mắc bệnh, là vùng đồng bắc bộ khu 4
- Vùng 3: Bệnh tản phát vào các tháng mưa, nóng thường không thành dịch nặng là vùng Tây Nguyên vùng núi phía bắc.



2. Cơ chế gây bệnh và phân độ bệnh

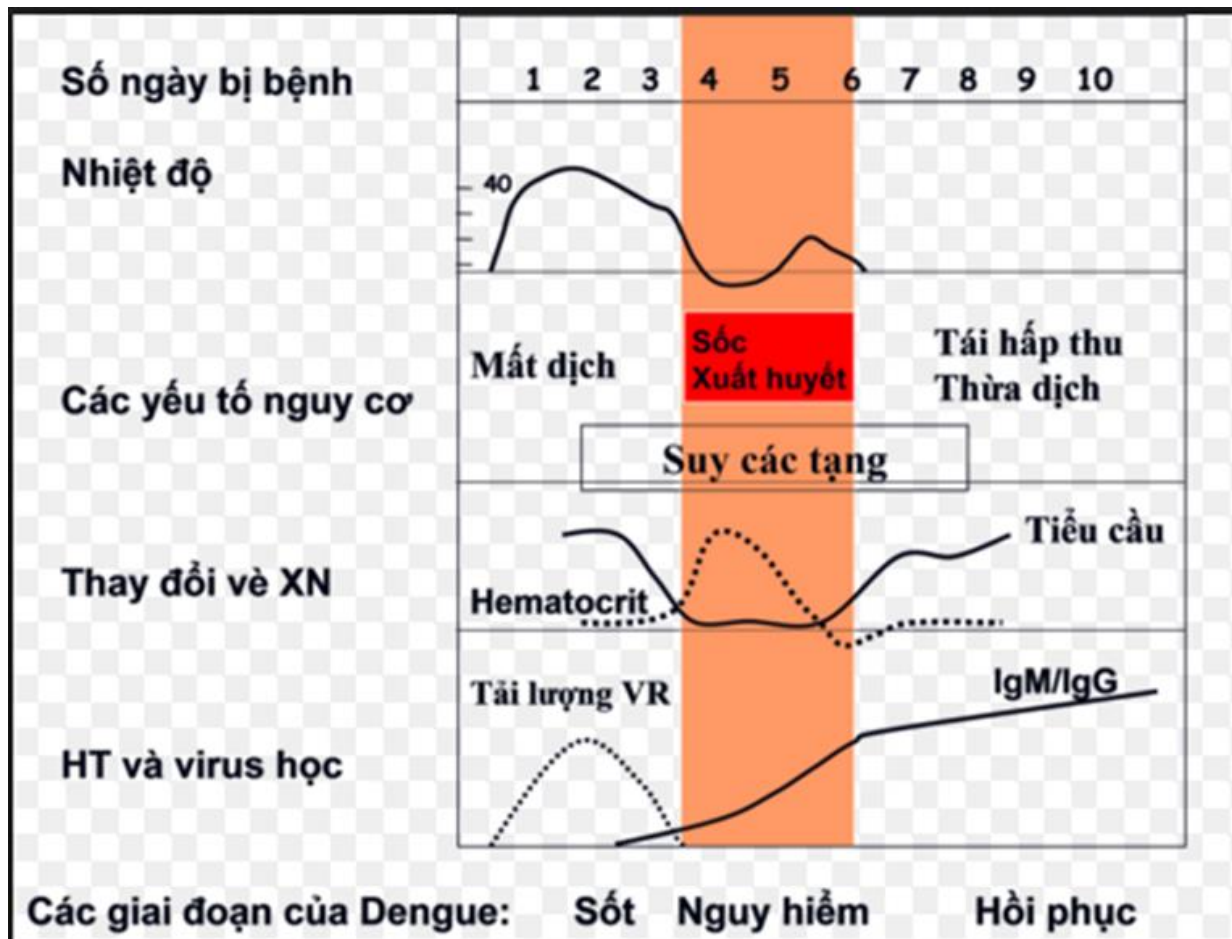
2.1 Cơ chế bệnh sinh

- Cơ chế bệnh sinh sốt xuất huyết Dengue chưa được nghiên cứu đầy đủ.
- Virut Dengue có thể gây nhiều thể bệnh khác nhau.
- Hiện nay có hai giả thuyết chính:
 - + Giả thuyết về độc lực của virut, theo giả thuyết này, các týp virut Dengue có độc lực mạnh thì gây thể bệnh nặng có sốc có xuất huyết.
 - + Giả thuyết về cơ địa bệnh nhân: Bệnh nhân nhiễm virut Dengue có xuất huyết và có sốc là do tái nhiễm virut Dengue khác týp và do đáp ứng miễn dịch bệnh lý của cơ thể (Halstead SB), giả thuyết này được nhiều người ủng hộ.
- Người ta thấy rằng: Kháng thể đối với một Serotype Dengue có phản ứng với những Serotype Dengue còn lại, nhưng không trung hoà được chúng

2.2 Rối loạn sinh lý bệnh trong sốt xuất huyết Dengue

- Tăng tính thấm thành mạch - do phản ứng kháng nguyên- kháng thể bổ thể và do virut Dengue sinh sản trong bạch cầu đơn nhân dẫn đến:
 - + Giải phóng các chất trung gian vận mạch (Anaphylatoxin, Histamin, Kinin, Serotonin...)
 - + Kích hoạt bổ thể.
 - + Giải phóng Thromboplastin tổ chức.
 - + Thành mạch tăng tính thấm, dịch từ trong lòng mạch thoát ra ngoài gian bào, hậu quả là giảm khối lượng máu lưu hành, máu cô và sốc.
 - + Theo Guyton khi thể tích tuần hoàn mất đi 10-15% cơ thể còn bù được, mất 20-30% sốc xảy ra, mất 35- 40% huyết áp bằng 0.
- Rối loạn đông máu trong sốt xuất huyết Dengue, là do:
 - + Thành mạch bị tổn thương và tăng tính thấm.
 - + Tiểu cầu giảm.
 - + Các yếu tố đông máu giảm do bị tiêu thụ vào quá trình tăng đông.
 - + Suy chức năng gan: Giảm tổng hợp các yếu tố đông máu, vấn đề này cần được nghiên cứu tiếp.
- Ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue hai rối loạn trên tác động lẫn nhau dẫn đến các triệu chứng lâm sàng nặng của bệnh là sốc và xuất huyết.

3. Triệu chứng - diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng sốt xuất huyết Dengue (Hướng dẫn BHYT 2011)



3.1. Giai đoạn sốt

3.1.1. Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.
- Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- Thường có chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.



3.1.2. Cận lâm sàng.

- Dung tích hồng cầu (Hematocrit) bình thường.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc giảm dần (nhưng còn trên $100.000/mm^3$).
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

3.2. Giai đoạn nguy hiểm:

Thường vào ngày thứ 3-7 của bệnh

3.2.1. Lâm sàng

a) Người bệnh có thể còn sốt hoặc đã giảm sốt.

b) Có thể có các biểu hiện sau:

– Biểu hiện thoát huyết tương

do tăng tính thấm thành mạch (thường kéo dài 24-48 giờ):

- + Tràn dịch màng phổi, mô kẽ, màng bụng, nề mi mắt, gan to, có thể đau.
- + Nếu thoát huyết tương nhiều sẽ dẫn đến sốc với các biểu hiện vật vã, bứt rứt hoặc li bì, lạnh đầu chi, da lạnh ẩm, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg), tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp, tiểu ít.

– Xuất huyết:

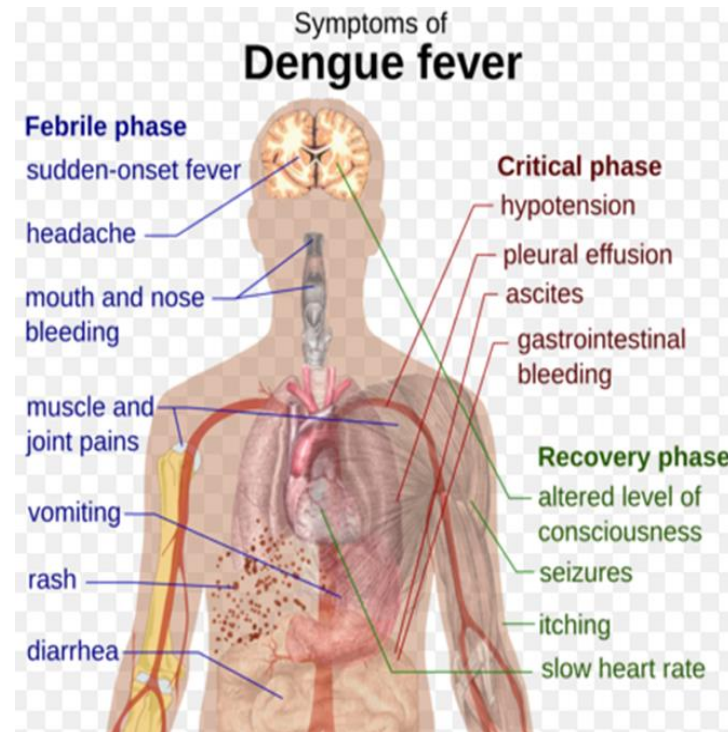
- + Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn hoặc mảng bầm tím.
- + Xuất huyết ở niêm mạc: Chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn kỳ hạn.
- + Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng.



- c) Một số trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy tạng như viêm gan nặng, viêm não, viêm cơ tim. Những biểu hiện nặng này có thể xảy ra ở một số người bệnh không có dấu hiệu thoát huyết tương rõ hoặc không sốc.

3.2.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit tăng so với giá trị ban đầu của người bệnh hoặc so với giá trị trung bình của dân số ở cùng lứa tuổi.
- Số lượng tiểu cầu giảm dưới $100.000/mm^3$ (<100 G/L).
- Enzym AST, ALT thường tăng.
- Trong trường hợp nặng có thể có rối loạn đông máu.
- Siêu âm hoặc xquang có thể phát hiện tràn dịch màng bụng, màng phổi.



3.3. Giai đoạn hồi phục

3.3.1. Lâm sàng

- Sau 24-48 giờ của giai đoạn nguy hiểm, có hiện tượng tái hấp thu dần dịch từ mô kẽ vào bên trong lòng mạch. Giai đoạn này kéo dài 48-72 giờ.
- Người bệnh hết sốt, toàn trạng tốt lên, thèm ăn, huyết động ổn định và tiểu nhiều.
- Có thể có nhịp tim chậm và thay đổi về điện tâm đồ.
- Trong giai đoạn này, nếu truyền dịch quá mức có thể gây ra phù phổi hoặc suy tim.

3.3.2. Cận lâm sàng

- Hematocrit trở về bình thường hoặc có thể thấp hơn do hiện tượng pha loãng máu khi dịch được tái hấp thu trở lại.
- Số lượng bạch cầu máu thường tăng lên sớm sau giai đoạn hạ sốt.
- Số lượng tiểu cầu dần trở về bình thường, muộn hơn so với số lượng bạch cầu.

4. Chẩn đoán

A. Chẩn đoán mức độ bệnh:

Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009):

- + Sốt xuất huyết Dengue.
- + Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- + Sốt xuất huyết Dengue nặng.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

*(Ban hành kèm theo quyết định số
458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

4.1. Chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue

a) Lâm sàng

- Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:
- Biểu hiện xuất huyết có thể như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.
- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết, phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

b) Cận lâm sàng

- Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.



Dấu hiệu dây thắt làm đúng phải đạt yêu cầu cản trở hoàn toàn tuần hoàn tĩnh mạch, mà vẫn duy trì được tuần hoàn động mạch;

Nên dùng HA kế- duy trì 10 phút ở HA trung bình; sau khi tháo hơi - theo dõi tiếp 10 phút nữa; bình thường da hơi tím nhẹ-rồi trở lại bình thường, không có đốm chảy máu nào cả; có tác giả cho là âm tính nếu chỉ xuất hiện ở nếp khủy với <10 đốm trong vòng tròn $d=2,5cm$!).

4.2. Chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

- Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của sốt xuất huyết Dengue, kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:
 - + Vật vã, lừ đừ, li bì.
 - + Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan.
 - + Gan to > 2 cm.
 - + Nôn nhiều.
 - + Xuất huyết niêm mạc.
 - + Tiểu ít.
- Xét nghiệm máu:
 - + Hematocrit tăng cao.
 - + Tiểu cầu giảm nhanh chóng.
- Nếu người bệnh có những dấu hiệu cảnh báo trên phải theo dõi sát mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu, làm xét nghiệm hematocrit, tiểu cầu và có chỉ định truyền dịch kịp thời.



4.3. Chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- a) Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (Sốc sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều.
- b) Xuất huyết nặng.
- c) Suy tạng.



a) Sốc sốt xuất huyết Dengue

- Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như vật vã; bứt rứt hoặc li bì; lạnh đầu chi, da lạnh ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu ≤ 20 mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp; tiểu ít.
- Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ để điều trị bù dịch:
 - + Sốc sốt xuất huyết Dengue: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.
 - + Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.
- Chú ý: Trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

b) Xuất huyết nặng

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng.
- Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetylsalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày, tá tràng, viêm gan mạn.

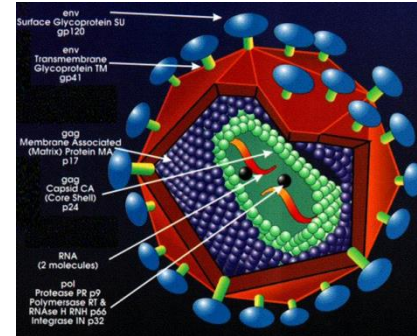
c) Suy tạng nặng

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT \geq 1000 U/L.
- Suy thận cấp.
- Rối loạn tri giác (Sốt xuất huyết thể não).
- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

B. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

a. Xét nghiệm huyết thanh

- Xét nghiệm nhanh:
 - + Tìm kháng nguyên NS1 trong 5 ngày đầu của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgM từ ngày thứ 5 trở đi.

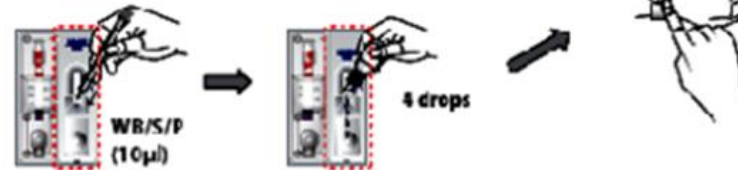


Test Procedure

Dengue NS1 Ag



Dengue IgG/IgM



Interpretation



- Xét nghiệm ELISA:
 - + Tìm kháng thể IgM: xét nghiệm từ ngày thứ năm của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).
- Có test nhanh giống như Quick-test.
- Năm 2006 có Bộ KIT của Viện CNSH VN chế tạo, giúp chẩn đoán nhanh trong 45 phút).



- b) Xét nghiệm PCR, phân lập vi rút: Lấy máu trong giai đoạn sốt (thực hiện ở các cơ sở xét nghiệm có điều kiện).

C. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virus
- Sốt mò.
- Sốt rét.
- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn,
- Tử ban não mô cầu,
- Vi khuẩn gram âm
- Sốc nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp,
- ...

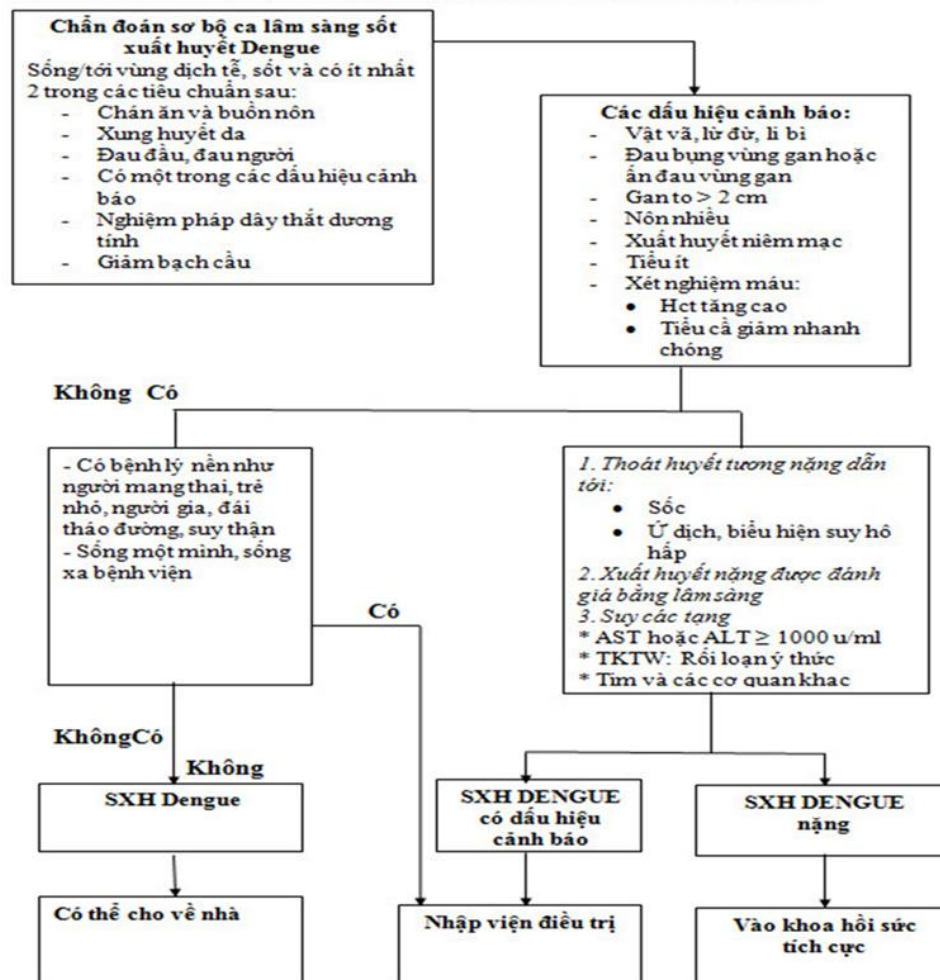


5. Điều trị

5.1. Điều trị - Sốt xuất huyết Dengue

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi chặt chẽ phát hiện sớm sốc xảy ra để xử trí kịp thời.

SƠ ĐỒ PHÂN NHOM ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE



5.1.1. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.
- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ.
- Chú ý:
 - + Tổng liều paracetamol không quá 60mg/kg cân nặng/24h.
 - + Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), analgin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

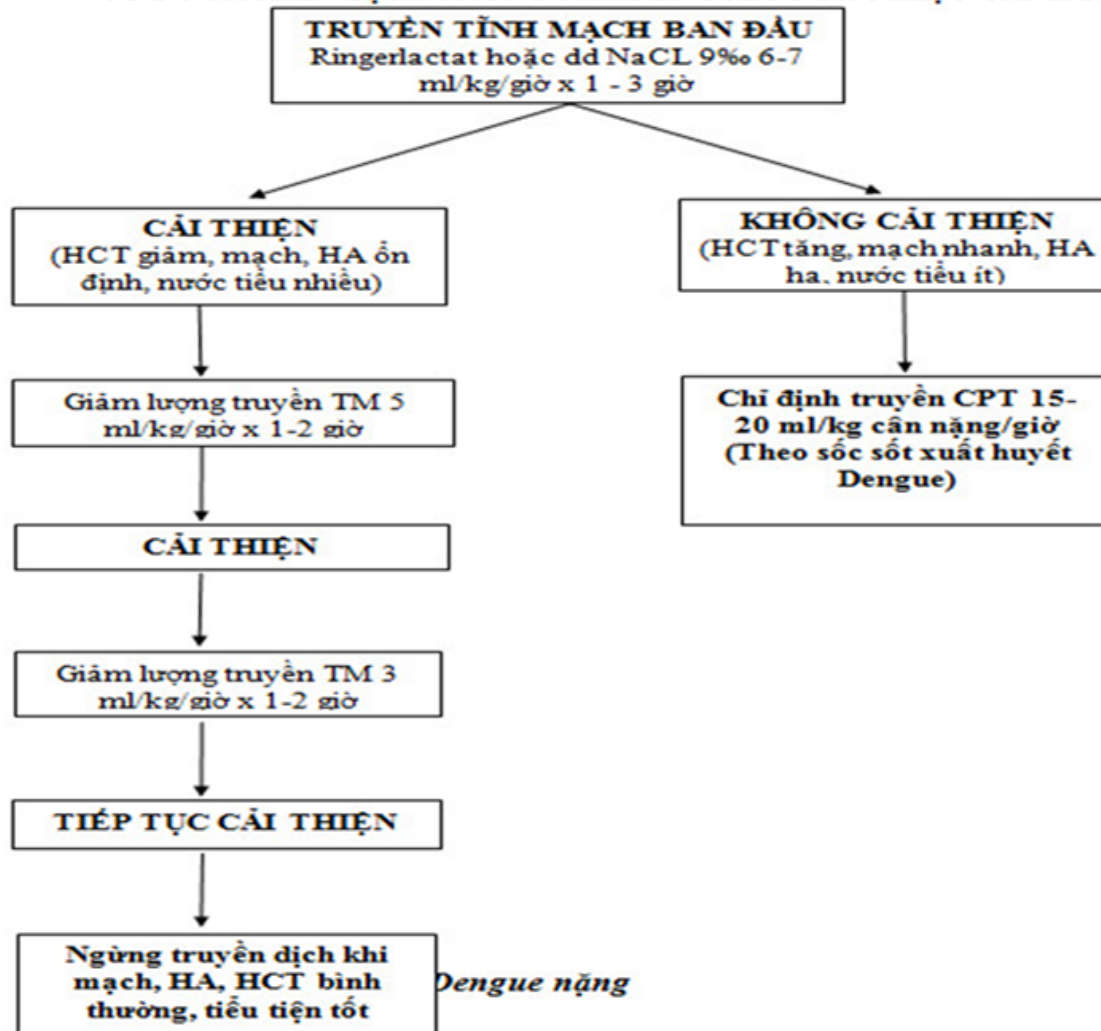


5.1.2. Bù dịch sớm bằng đường uống: Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh, ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

5.2. Điều trị - Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

- Người bệnh cần được cho nhập viện điều trị.
- Chỉ định truyền dịch:
 - + Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao; mặc dù huyết áp vẫn ổn định.
 - + Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0,9%.
- Chú ý:
 - + Ở người bệnh ≥ 15 tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền khi hết nôn, ăn uống được.
 - + Sốt xuất huyết Dengue trên cơ địa đặc biệt như phụ nữ mang thai, trẻ nhũ nhi, người béo phì, người cao tuổi; có các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường, viêm phổi, hen phế quản, bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận, ...; người sống một mình hoặc nhà ở xa cơ sở y tế nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị.

SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SXH DENGUE CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO



5.3.1. Điều trị - Sốc sốt xuất huyết Dengue

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue:

- Cần chuẩn bị các dịch truyền sau
 - + Ringer lactat. Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0,9%)
 - + Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxyethyl starch (HES)).
- Cách thức truyền
 - + Phải thay thế nhanh chóng lượng huyết thanh mất đi bằng Ringer lactat hoặc dung dịch NaCl 0,9%, truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng/giờ.
 - + Đánh giá lại tình trạng người bệnh sau 1 giờ; truyền sau 2 giờ phải kiểm tra lại hematocrit

b) Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

- Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) thì phải xử trí rất khẩn trương.
- Để người bệnh nằm đầu thấp. Thở oxy.
- Truyền dịch
- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan
- Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:
 - + Hạ đường huyết
 - + Tái sốc.
 - + Xuất huyết nội.
 - + Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.

5.3.2. Điều trị xuất huyết nặng

a) Truyền máu và các chế phẩm máu

- Khi người bệnh có sốc cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.
- Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần:
 - + Sau khi đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%).
 - + Xuất huyết nặng

b) Truyền tiểu cầu

- Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới 50.000/mm³ kèm theo xuất huyết nặng.
- Nếu số lượng tiểu cầu dưới 5.000/mm³ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

c) Truyền plasma tươi, tủa lạnh: Xem xét truyền khi người bệnh có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng.

5.3.3. Điều trị suy tạng nặng

5.3.4. Quá tải dịch không đáp ứng điều trị nội khoa

5.3.5. Sốt xuất huyết Dengue thể não, rối loạn tri giác, co giật

5.3.6. Viêm cơ tim, suy tim: vận mạch dopamine, dobutamine, đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn

5.4. Thở oxy: Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính qua mũi.

5.5. Sử dụng các thuốc vận mạch.

- Khi sốt kéo dài, cần phải đo CVP để quyết định thái độ xử trí.
- Nếu đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và áp lực tĩnh mạch trung ương đã trên 10 cm nước thì truyền tĩnh mạch.
 - + Dopamin, liều lượng 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.
 - + Nếu đã dùng dopamin liều 10 mcg/kg cân nặng/phút mà huyết áp vẫn chưa lên thì nên phối hợp dobutamin 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.

5.6. Các biện pháp điều trị khác

- Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO2 giảm...
- Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue...
- Khi người bệnh ăn kém cần phối hợp nuôi dưỡng đường miệng kết hợp đường tĩnh mạch.

5.7. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốc

- Giữ ấm.
- Khi đang có sốc ...
- Đo hematocrit ...
- Ghi lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ.
- Đo lượng nước tiểu.
- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

6. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện

- Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Số lượng tiểu cầu $> 50.000/mm^3$.

7. Phòng bệnh

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế. Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh.
- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành, vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.



Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350
(<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. BM Truyền nhiễm Đại học y dược TP.HCM,1997, Bệnh truyền nhiễm
6. BM truyền nhiễm HVQY, 2008, Bệnh học truyền nhiễm, NXB HVQY.
7. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị sốt xuất huyết Dengue của Bộ Y tế 2011
8. Principles of internal medicine –Harrison’s- 18th edition-2012
9. Tropical Medicine and Emerging infectious Diseases- Hunter’s Eighth Edition- 2000
10. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.6.1. Chọn đúng / sai ~ Sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây nên, bệnh lây theo đường máu, trung gian truyền bệnh là muỗi *Aedes aegypti*. Bệnh có biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sốt cấp diễn và xuất huyết với nhiều dạng khác, nhưng thể nặng có sốc do giảm khối lượng máu lưu hành.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.2. Chọn đúng / sai ~ Nguyên nhân của bệnh sốt xuất huyết Dengue là do Muỗi (chủ yếu là *A. aegypti*) truyền Virus Dengue thuộc nhóm Flavivirus (họ Arbovirus nhóm B hay Flaviviridae) từ người này qua người khác..

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.3. Chọn câu sai ~ phân độ của bệnh sốt xuất huyết Dengue, Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 2009):

- A. Sốt xuất huyết Dengue
- B. Sốt xuất huyết Dengue độ 1, 2, 3, 4
- C. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo
- D. Sốt xuất huyết Dengue nặng

8.6.4. Chọn đúng / sai ~ Một trong hai giả thuyết về cơ chế bệnh sinh sốt xuất huyết Dengue hiện nay là giả thuyết về độc lực của virus, theo giả thuyết này, các týp virus Dengue có độc lực mạnh thì gây thể bệnh nặng có sốc có xuất huyết.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.5. Chọn đúng / sai ~ Một trong hai giả thuyết về cơ chế bệnh sinh sốt xuất huyết Dengue hiện nay là giả thuyết về cơ địa bệnh nhân, theo giả thuyết này bệnh nhân nhiễm virus Dengue có xuất huyết và có sốc là do tái nhiễm virus Dengue cùng týp và do đáp ứng miễn dịch bệnh lý của cơ thể.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.6. Chọn câu sai ~ Triệu chứng xét nghiệm của chẩn đoán mức độ Sốt xuất huyết Dengue là::

- A. Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.
- B. Hematocrit giảm (có biểu hiện loãng máu)
- C. Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm
- D. Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm

8.6.7. Chọn đúng / sai ~ Triệu chứng lâm sàng khi chẩn đoán bệnh ở mức độ sốt xuất huyết Dengue: Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có các dấu hiệu biểu hiện xuất huyết như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.8. Chọn đúng / sai ~ Triệu chứng lâm sàng khi chẩn đoán bệnh ở mức độ sốt xuất huyết Dengue: Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có các dấu hiệu như nhức đầu, chán ăn, buồn nôn, da xung huyết, phát ban.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.9. Chọn đúng / sai ~ Triệu chứng lâm sàng khi chẩn đoán bệnh ở mức độ sốt xuất huyết Dengue: Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có các dấu hiệu như da xung huyết, phát ban, đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.10. Chọn đúng / sai ~ Triệu chứng lâm sàng khi chẩn đoán bệnh ở mức độ sốt xuất huyết Dengue: Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có các dấu hiệu như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.11. Chọn đúng / sai ~ Các virus Dengue có nhiều kháng nguyên, có kháng nguyên đặc hiệu của typ, có những kháng nguyên chung của phân nhóm và nhóm.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.12. Chọn đúng / sai ~ Các virus Dengue từ loài khỉ hoang dã là nguồn chứa mầm bệnh, bệnh lây từ khỉ sang người.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.13. Chọn đúng / sai ~ Bệnh sốt xuất huyết Dengue lây theo đường máu qua muỗi *Aedes aegypti* là loại ưa đốt người, đốt dai, đốt nhiều lần đến no máu thì thôi, đốt người chủ yếu vào ban đêm. Sau khi đốt no máu, muỗi đậu ở nơi có độ cao từ 2m trở lên, bay xa được 4000m.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.14. Chọn đúng / sai ~ Dịch sốt xuất huyết Dengue hay xảy ra vào mùa mưa, nóng. Khi mật độ muỗi *A. aegypti* cao ≥ 1 con/ nhà và $\geq 50\%$ nhà kế cận có muỗi) ở nước ta...

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.15. Chọn đúng / sai ~ trong sốt xuất huyết Dengue cơ chế tăng tính thấm thành mạch là do phản ứng kháng nguyên - kháng thể bổ thể và do virut Dengue sinh sản trong bạch cầu đơn nhân.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.16. Chọn đúng / sai ~ Rối loạn đông máu trong sốt xuất huyết Dengue, là do các thành mạch bị tổn thương và tăng tính thấm, tiểu cầu giảm, các yếu tố đông máu giảm do bị tiêu thụ vào quá trình tăng đông cộng với suy chức năng gan.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.17. Chọn câu sai ~ Triệu chứng xuất huyết trong Sốt xuất huyết Dengue trong giai đoạn nguy hiểm là:

- A. Nghiệm pháp dây thắt dương tính.
- B. Xuất huyết dưới da: Nốt xuất huyết rải rác hoặc chấm xuất huyết thường ở mặt trước hai cẳng chân và mặt trong hai cánh tay, bụng, đùi, mạng sườn hoặc mảng bầm tím
- C. Xuất huyết ở niêm mạc: Chảy máu mũi, lợi, tiểu ra máu. Kinh nguyệt kéo dài hoặc xuất hiện kinh sớm hơn kz hạn
- D. Xuất huyết nội tạng như tiêu hóa, phổi, não là biểu hiện nặng

8.6.18. Chọn đúng / sai ~ Dấu hiệu dây thắt làm đúng phải đạt yêu cầu cản trở hoàn toàn tuần hoàn tĩnh mạch và tuần hoàn động mạch.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.19. Chọn đúng / sai ~ Sốc sốt xuất huyết Dengue – Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.20. Chọn đúng / sai ~ Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ để điều trị bù dịch là Sốc sốt xuất huyết Dengue và Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.21. Chọn câu sai ~ Chẩn đoán Sốt xuất huyết Dengue nặng là khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

- A. Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (Sốc sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều.
- B. Xuất huyết nặng.
- C. Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày
- D. Suy tạng.

8.6.22. Chọn đúng / sai ~ Điều trị triệu chứng sốt xuất huyết Dengue –Nếu sốt cao $\geq 39^{\circ}\text{C}$, cho thuốc hạ nhiệt, cởi lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.23. Chọn đúng / sai ~ Điều trị triệu chứng sốt xuất huyết Dengue –Thuốc hạ nhiệt dùng paracetamol liều dùng từ 10 - 15 mg/kg cân nặng/lần, cách nhau mỗi 4-6 giờ. Tổng liều paracetamol không quá 90mg/kg cân nặng/24h.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.24. Chọn đúng / sai ~ Sốc sốt xuất huyết Dengue có chỉ định Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần sau khi đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%). Hoặc xuất huyết nặng.

- A. Đúng
- B. Sai

8.6.25. Chọn đúng / sai ~ Sốt xuất huyết Dengue Có chỉ định truyền tiểu cầu khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới 50.000/mm³ kèm theo xuất huyết nặng. Nếu số lượng tiểu cầu dưới 5.000/mm³ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

- A. Đúng
- B. Sai

