

MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM MỚI NỔI VÀ TÁI NỔI

Mục tiêu:

- Cập nhật được thông tin về một số bệnh Truyền nhiễm mới nổi và tái nổi trong những năm gần đây (tính đến thời điểm học tập).

- Biết phân tích và tổng hợp các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, các yếu tố dịch tễ (đối với bác sĩ) để biện luận chẩn đoán một số bệnh Truyền nhiễm mới nổi và tái nổi, từ đó đưa ra được các biện pháp điều trị, dự phòng thích hợp.

- Tích cực điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân; hết lòng phục vụ người bệnh, không ngại bệnh lây lan

NỘI DUNG

1. Bệnh truyền nhiễm và những thách thức hiện nay

Hơn 10 năm qua, thế giới ghi nhận hàng loạt vụ dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi với số mắc và tử vong tăng cao, tập trung nhiều ở châu Á và châu Phi. Đáng lo ngại là đến 75% bệnh truyền nhiễm mới nổi có nguồn gốc từ động vật. Theo thông kê chưa đầy đủ, hiện tại trên thế giới đã ghi nhận hơn 200 bệnh lây truyền từ động vật sang người và nguy cơ này sẽ tiếp tục tăng lên, đây là mối đe dọa lớn đối với sức khỏe cộng đồng.

Những năm gần đây, khu vực Tây Thái Bình Dương được coi là nơi dễ xảy ra dịch bệnh truyền nhiễm mới nổi nguy hiểm như MER-CoV, Ebola, cúm A/H7N9, cúm A/H5N1, cúm A/H5N6. Ngoài ra, sốt xuất huyết do vi rút Ebola không còn là bệnh của khu vực châu Phi mà đã trở thành mối đe dọa toàn cầu. Tại Đông Nam Á, sự gia tăng của một số bệnh truyền nhiễm mới nổi đang đe dọa sức khỏe hàng triệu người dân.

1.1. Xu thế bệnh truyền nhiễm hiện nay

- Xuất hiện các bệnh dịch mới.

- Tái xuất hiện các bệnh dịch cũ với mức độ nặng hơn và nguy cơ lan rộng hơn.

- Các bệnh nhiễm trùng gia tăng, đặc biệt là nhiễm trùng trên các cơ địa đặc biệt.

Việt Nam cũng được coi là "điểm nóng" của các bệnh truyền nhiễm mới nổi bởi tập quán sống gần gia cầm, vật nuôi; chưa kể thói quen sinh hoạt, ăn uống (như ăn tiết canh động vật, ăn thịt gia cầm ốm chết...) cũng là những nguy cơ tiềm ẩn làm gia tăng sự lây lan bệnh từ động vật sang người.

1.2. Các thách thức lớn về bệnh Truyền nhiễm tại Việt nam giai đoạn hiện nay

- Các bệnh mới xuất hiện (Tay chân miệng, Cúm gia cầm, nhiễm MERS-CoV, Ebolavirus, Zikavirus...)

- Các bệnh tái xuất hiện (sốt xuất huyết, sởi, Rubella,...)

- Các bệnh truyền nhiễm và nhiễm trùng khác: viêm gan, nhiễm HIV/AIDS, viêm não, các nhiễm trùng và nhiễm trùng nặng, viêm phổi, sốt rét...

- Nhiễm trùng bệnh viện và kháng kháng sinh.

2. Một số bệnh truyền nhiễm mới nổi

2.1. Bệnh tay chân miệng

Bệnh Tay Chân Miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hoá. Nguồn lây chính từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh. Bệnh gặp rải rác quanh năm ở hầu hết các địa phương. Tại các tỉnh phía Nam, bệnh có xu hướng tăng cao vào hai thời điểm từ tháng 3 đến tháng 5 và từ tháng 9 đến tháng 12 hàng năm.

Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, đặc biệt tập trung ở nhóm tuổi dưới 3 tuổi. Các yếu tố sinh hoạt tập thể như trẻ đi

học tại nhà trẻ, mẫu giáo, đến các nơi trẻ chơi tập trung là các yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh, đặc biệt là trong các đợt bùng phát.

2.1.1. Triệu chứng lâm sàng thể điển hình

- *Giai đoạn nung bệnh:* 3-7 ngày.

- *Giai đoạn khởi phát:* từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

- *Giai đoạn toàn phát:* có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

+ Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước, đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

+ Phát ban dạng phỏng nước: ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông; tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày), sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

+ Sốt nhẹ.

+ Nôn. Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng. Các biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

- *Giai đoạn lui bệnh:* thường từ 3-5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

2.1.2. Cận lâm sàng

- *Các xét nghiệm cơ bản:*

+ Công thức máu: bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên $16.000/\text{mm}^3$ hay đường huyết tăng $> 160 \text{ mg}\%$ ($8,9 \text{ mmol/L}$) thường liên quan đến biến chứng.

+ Protein C phản ứng (CRP) trong giới hạn bình thường ($< 10 \text{ mg/L}$).

+ Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

- *Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chứng:*

- + Khí máu khi có suy hô hấp
- + Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh ≥ 150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

- + Dịch não tủy: chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng; số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng (tùy trường hợp, có thể là bạch cầu đơn nhân hay đa nhân chiếm ưu thế).

- Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu có điều kiện) từ độ 2b trở lên hoặc cần chẩn đoán phân biệt: lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

- Chụp cộng hưởng từ sọ não: chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

2.1.3. Chẩn đoán

2.1.3.1. Chẩn đoán ca lâm sàng: dựa vào triệu chứng lâm sàng và dịch tễ học.

- Yếu tố dịch tễ: căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh trong cùng một thời gian.

- Lâm sàng: phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

2.1.3.2. Chẩn đoán xác định

- Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

2.1.3.3. Chẩn đoán phân biệt: cần phân biệt với một số bệnh

- Viêm loét miệng (áp-tơ miệng): thường có vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

- Các bệnh có phát ban ngoài da: sốt phát ban do vi rút; ban do dị ứng; viêm da mủ; bệnh thủy đậu; nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu...

2.1.4. Điều trị

2.1.4.1. Nguyên tắc điều trị

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, chỉ điều trị hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).

- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.

- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu (ABC...)

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

2.1.4.2. Điều trị cụ thể

* **Độ 1:** điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở.

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú cần tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 -15 mg/kg/lần (uống) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngơi, tránh kích thích.

* **Độ 2 trở lên:** điều trị nội trú tại bệnh viện

2.2. Bệnh cúm gia cầm

Cúm ở loài lông vũ (chim: Avian flu) còn được gọi **cúm gà** hay **cúm gia cầm**. Vi rút cúm A là một loại [virút](#) sống ký sinh trong nhiều loại chim (hoang dại, gia cầm) trong đó có nhiều týp nhỏ như H5N1, H1N1, H7N1, H7N2, H7N3, H7N7... Trong hàng trăm týp vi rút cúm gia cầm, hiện chỉ có 4 chủng được biết là gây bệnh ở người, đó là H5N1, H7N3, H7N7 và H9N2.

Cúm A (H5N1) là bệnh do [virút](#) cúm A gây ra cho các loài chim (hay [gia cầm](#)) và có thể lây nhiễm sang một số loài [động vật có vú](#) khác, hiếm khi gây bệnh cho người. Tuy nhiên, khi người bị nhiễm, vì không có miễn dịch tự nhiên chống lại loại vi rút này nên vi rút cúm gia cầm có thể làm cho con người bị bệnh nặng và tử vong. Biến chủng [H5N1](#) của vi rút cúm gà bắt đầu hoành hành

từ năm [1997](#) và có nguy cơ bùng phát thành [đại dịch cúm](#) đối với con người trong tương lai.

Cúm A (H1N1), ("cúm lợn" hay "cúm heo") là dịch cúm do một loại [vi rút](#) thuộc chủng [H1N1](#) lần đầu tiên được các cơ quan y tế phát hiện vào tháng 3 năm 2009. Tuy nhiên, các quan chức Mỹ đã đề nghị thay đổi cụm từ "cúm lợn" để tránh tình trạng người dân hiểu lầm là căn bệnh lây qua thịt lợn.

Cúm A (H7N9): vi rút cúm A/H7N9 là một chủng mới, có nguồn gốc gen từ vi rút cúm gia cầm và một số loài chim, có khả năng gây nhiễm cho người dẫn đến viêm phổi nặng tiến triển nhanh, tỉ lệ tử vong cao. Đường lây truyền của vi rút cúm A/H7N9 hiện tại chưa được hiểu rõ. Mặc dù một số tít H7 như H7N2, H7N3, H7N7 thỉnh thoảng được phát hiện nhiễm ở người nhưng cho đến thời điểm này vẫn chưa có bằng chứng về việc [virút](#) H7N9 lây nhiễm từ người sang người.

Cả ba loại vi rút H7N9, H1N1, H5N1 đều là vi rút cúm A nhưng chúng có khả năng lây bệnh khác nhau. H7N9, H5N1 lây nhiễm chủ yếu ở động vật và đôi khi mới lây sang người trong khi H1N1 thì bình thường cũng hay lây nhiễm ở người và cả động vật như chim, lợn...

2.2.1. Chẩn đoán cúm A (H7N9)

2.2.1.1. Ca bệnh nghi ngờ

- Có yếu tố dịch tễ tiếp xúc với cúm A (H7N9) trong vòng 2 tuần:

+ Tiền sử đi vào vùng dịch tễ hoặc sống trong vùng dịch tễ có ca bệnh cúm A (H7N9)

+ Tiếp xúc gần với gia cầm và một số loài chim bị bệnh (nuôi, buôn bán, vận chuyển, giết mổ, chế biến, ăn tiết canh, thịt gia cầm bị bệnh chưa nấu chín, v.v...)

+ Tiếp xúc gần với người bệnh nghi ngờ, có thể hoặc đã xác định mắc cúm A (H7N9)

- Người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp cấp, bao gồm: sốt, ho, khó thở, có tổn thương nhu mô phổi (viêm phổi hoặc hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS) tiến triển nhanh dựa trên lâm sàng hoặc hình ảnh Xquang)

- Không tìm được bằng chứng nhiễm trùng do các căn nguyên khác gây viêm phổi.

2.2.1.2. Ca bệnh xác định

- Là ca bệnh nghi ngờ có biểu hiện lâm sàng như đã nêu trên và được khẳng định bằng xét nghiệm PCR/giải trình tự gen /phân lập vi rút cúm A (H7N9).

- Bệnh phẩm sử dụng để chẩn đoán là dịch đường hô hấp, đờm, dịch nội khí quản, dịch phế nang, mô bệnh được bảo quản trong môi trường vận chuyển vi rút.

Lưu ý: đối với các trường hợp đầu tiên nghi nhiễm vi rút cúm A (H7N9), các đơn vị cần lưu mẫu và chuyển mẫu đến các cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế cho phép khẳng định.

2.2.1.3. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh cảnh lâm sàng do vi rút cúm A (H7N9) gây ra chủ yếu là hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển với tỉ lệ tử vong cao, vì vậy cần phải phân biệt với các trường hợp sau:

- Cúm nặng khác (cúm A/H1N1 hoặc A/H5N1...)
- Viêm phổi do các vi rút khác
- Bệnh Tay Chân Miệng có biến chứng suy hô hấp
- Viêm phổi nặng do vi khuẩn

2.2.2. Điều trị

2.2.2.1. Nguyên tắc điều trị

- Các ca bệnh nghi ngờ đều phải được khám tại bệnh viện, cách ly và được làm xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán xác định bệnh.

- Ca bệnh xác định cần nhập viện điều trị và cách ly hoàn toàn.

- Sử dụng thuốc kháng vi rút (oseltamivir hoặc zanamivir) càng sớm càng tốt.

- Hồi sức hô hấp là cơ bản để đảm bảo giữ $SpO_2 \geq 92\%$.

- Điều trị suy đa tạng (nếu có).

2.2.2.2. Điều trị cụ thể

Dùng thuốc kháng vi rút

Các khuyến cáo sau đây dựa trên những hiểu biết về hiệu quả của thuốc kháng vi rút trong điều trị cúm A (H1N1) đại dịch và cúm A (H5N1):

*** Oseltamivir:**

- Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

- Trẻ em từ 1-13 tuổi: dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể

+ <15 kg: 30 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ 16-23 kg: 45 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ 24-40 kg: 60 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ > 40 kg: 75 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

- Trẻ em dưới 12 tháng:

+ < 3 tháng: 12 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ 3-5 tháng: 20 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

+ 6-11 tháng: 25 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

*** Zanamivir:** dạng hít định liều.

Sử dụng trong các trường hợp: không có oseltamivir, trường hợp chậm đáp ứng hoặc kháng với oseltamivir.

- Người lớn và trẻ em trên 7 tuổi: 2 lần xịt 5mg x 2 lần/ngày x 7 ngày.

- Trẻ em: Từ 5-7 tuổi: 2 lần xịt 5 mg x 1 lần/ngày x 7 ngày.

Zanamivir dạng truyền tĩnh mạch, với liều khuyến cáo 300 – 600 mg/ngày (nếu có).

Lưu ý:

- Trường hợp nặng, đáp ứng chậm với thuốc kháng vi rút có thể dùng liều gấp đôi và thời gian điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày hoặc đến khi xét nghiệm vi rút trở về âm tính.

- Cần theo dõi chức năng gan, thận để điều chỉnh liều lượng cho phù hợp.

Điều trị cụ thể (tham khảo tài liệu)

2.2.3. Phòng bệnh

2.2.3.1. Nguyên tắc

- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt.

- Khi phát hiện người bệnh nghi ngờ mắc cúm A (H7N9) phải khám, và cách ly kịp thời.

- Tại các cơ sở y tế phải thực hiện các phương pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa dựa trên đường lây truyền.

- Thực hiện khai báo, thông tin, báo cáo ca bệnh theo hướng dẫn tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 hướng dẫn chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm.

2.2.3.2. Phòng lây nhiễm cúm A (H7N9) sang người

- Tăng cường tuyên truyền trên các phương tiện thông tin về tác hại của bệnh cúm A (H7N9).

- Không buôn, bán, vận chuyển, giết mổ, sử dụng thịt gia cầm chưa được kiểm dịch đúng quy định.

- Sử dụng các biện pháp phòng hộ lao động và rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh sau khi tiếp xúc với gia cầm.

- Tránh tiếp xúc gần với người mắc bệnh đường hô hấp cấp

- Áp dụng các biện pháp chủ động phòng, chống dịch khác theo quy định.

2.3. Nhiễm MERS-CoV

MERS - Hội chứng hô hấp vùng Trung Đông (Middle East Respiratory Syndrome) là một căn bệnh về hô hấp gây ra bởi một loại coronavirus mới phát hiện được gọi là MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus). Coronavirus là một nhóm vi rút thông thường, thuộc giống betacoronavirus, có vật chất di truyền là ARN sợi đơn, hay gây nhiễm trùng đường hô hấp trên.

Hiện nay, người ta vẫn chưa biết chắc MERS-CoV khởi nguồn từ đâu, nhưng rất có thể là từ động vật. Vi rút được phát hiện từ lạc đà và dơi ở bán đảo Arabia và đã có bằng chứng cho thấy là có lan truyền giữa những người tiếp xúc gần gũi. Những người này gồm bất cứ ai chăm sóc cho người bệnh (nhân viên y tế và thành viên trong gia đình) và bất cứ ai ở cùng chỗ với người đang bị bệnh (người sống chung, người đến thăm...).

2.3.1. Triệu chứng

Triệu chứng khởi phát thường gặp là sốt, ho, ớn lạnh, đau họng, đau cơ khớp. Sau đó bệnh nhân xuất hiện khó thở và tiến triển nhanh tới viêm phổi, khoảng 10% sẽ tiến triển thành ARDS (Hội chứng suy hô hấp cấp)

Khoảng 1/3 số bệnh nhân có các triệu chứng tiêu hóa như nôn và tiêu chảy.

Xét nghiệm công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, đặc biệt là bạch cầu lympho

X quang ngực có hình ảnh phù hợp với viêm phổi do vi rút và ARDS.

2.3.2. Điều trị

Không có phương pháp điều trị cụ thể nào cho các căn bệnh do MERS-CoV gây ra. Chăm sóc y tế là hỗ trợ và giúp làm giảm triệu chứng.

2.3.4. Phòng bệnh

Hiện nay chưa có thuốc chủng ngừa cho MERS.

2.4. Bệnh do vi rút Ebola

Bệnh do vi rút Ebola (trước đây gọi là sốt xuất huyết Ebola) là một bệnh nhiễm trùng nặng, tỉ lệ tử vong có thể lên đến 90%. Bệnh lây truyền do tiếp xúc trực tiếp với mô, máu và dịch cơ thể của động vật hoặc người nhiễm bệnh, có thể bùng phát thành dịch. Vi rút có thể lây truyền từ người sang người do tiếp xúc trực tiếp thông qua vết thương trên da hoặc niêm mạc với máu, chất tiết và dịch cơ thể (*phân, nước tiểu, nước bọt, tinh dịch*) của người bị nhiễm.

Người cũng có thể mắc Ebola do tiếp xúc với các dụng cụ hoặc đồ vật của bệnh nhân bị nhiễm như quần áo, chăn, kim tiêm đã sử dụng.

2.4.1. Triệu chứng

2.4.1.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: trung bình là 2-21 ngày
- Các triệu chứng thường gặp bao gồm: sốt cấp tính/ đau đầu, đau mỏi cơ khớp/ nôn, buồn nôn/ tiêu chảy, đau bụng/ viêm kết mạc
- Phát ban: lúc đầu là những ban nhỏ như đinh ghim, sẫm màu, tập trung ở nang lông, sau hình thành nên tổn thương ban dát sần có ranh giới rõ và cuối cùng tạo thành ban lan tỏa, thường trong tuần đầu của bệnh.
- Triệu chứng xuất huyết: đi ngoài phân đen/ chảy máu nơi tiêm truyền/ ho ra máu, chảy máu chân răng. Có thể thấy đái máu và chảy máu âm đạo

2.4.1.2. Xét nghiệm

- Công thức máu: thường có giảm bạch cầu, tiểu cầu
- Hóa sinh máu: tăng AST, ALT. Creatinin máu và ure có thể tăng trong thời gian tiến triển của bệnh.
- Đông máu: rối loạn đông máu nội quản rải rác
- Nước tiểu: protein niệu
- Xét nghiệm phát hiện căn nguyên: tìm kháng nguyên, kháng thể, PCR và nuôi cấy vi rút. Bệnh phẩm sử dụng để chẩn đoán là máu được bảo quản trong

môi trường vận chuyển và tuân theo quy định an toàn vận chuyển vi rút lây truyền qua đường máu.

2.4.2. Chẩn đoán ca bệnh Ebola

2.4.2.1. Ca bệnh nghi ngờ

- Có yếu tố dịch tễ trong vòng 3 tuần trước khi khởi phát triệu chứng
 - + Tiếp xúc với máu hay dịch cơ thể của bệnh nhân được xác định hoặc nghi nhiễm Ebola
 - + Sống hay đi tới vùng dịch Ebola đang lưu hành
 - + Trực tiếp xử lý, tiếp xúc với dơi, chuột hoặc động vật linh trưởng từ các vùng dịch tễ
- Có biểu hiện lâm sàng của bệnh

2.4.2.2. Ca bệnh xác định

Là ca bệnh nghi ngờ và được khẳng định bằng xét nghiệm PCR dương tính.

2.4.2.3. Chẩn đoán phân biệt: bệnh do vi rút Ebola cần phải phân biệt với:

- Sốt xuất huyết Dengue
- Bệnh do *Streptococcus suis*
- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu
- Nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn
- Bệnh do *Leptospira*
- Sốt rét nặng có biến chứng

2.4.3. Điều trị

2.4.3.1. Nguyên tắc điều trị

- Không có điều trị đặc hiệu, chủ yếu là điều trị hỗ trợ
- Các ca bệnh nghi ngờ đều phải được khám tại bệnh viện, cách ly và lấy mẫu bệnh phẩm gửi làm xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán bệnh. Các ca bệnh xác định cần phải nhập viện điều trị và cách ly hoàn toàn.

2.4.3.2. Điều trị hỗ trợ theo một số nhóm bệnh nhân

- Phụ nữ mang thai: có nguy cơ sảy thai/đẻ non, chảy máu sau sinh rất cao. Việc chỉ định dùng oxytocin và các can thiệp sau sinh cần tuân thủ đúng các hướng dẫn nhằm giúp bệnh nhân cầm máu.

- Phụ nữ cho con bú: vi rút Ebola có thể truyền qua sữa mẹ. Khi nghi ngờ mẹ bị nhiễm bệnh, mẹ và trẻ cần được nhập viện và cách ly cho đến khi loại trừ nhiễm bệnh. Mẹ nên ngừng cho con bú.

2.4.4. Phòng lây nhiễm vi rút Ebola

2.4.4.1. Nguyên tắc

- Thực hiện các biện pháp phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn nghiêm ngặt.

- Khi phát hiện người nghi ngờ nhiễm vi rút Ebola cần phải khám và cách ly kịp thời.

- Tại các cơ sở y tế phải thực hiện các phương pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa theo đường lây.

- Thực hiện khai báo, thông tin, báo cáo ca bệnh theo hướng dẫn tại Thông tư số 48/2010/TT-BYT ngày 31/12/2010 của Bộ Y tế.

2.4.4.2. Đối với người bệnh

- Cách ly, điều trị tại cơ sở y tế theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Sử dụng trang bị phòng hộ cá nhân đúng để hạn chế lây truyền bệnh

2.4.4.3. Đối với người tiếp xúc gần

- Người chăm sóc bệnh nhân phải thực hiện các biện pháp phòng hộ cá nhân (khẩu trang N95, kính đeo bảo hộ mắt, mũ, găng tay, bao giày, quần áo) rửa tay ngay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn khác sau mỗi lần tiếp xúc với người bệnh.

2.4.6.4. Vắc xin phòng bệnh đặc hiệu

Hiện nay chưa có vắc xin phòng bệnh đặc hiệu với vi rút Ebola.

2.5. Bệnh do vi rút Zika

Bệnh do vi rút Zika là bệnh truyền nhiễm cấp tính do muỗi truyền, có thể gây thành dịch. Vi rút Zika thuộc họ Arbovirus, nhóm Flaviviridae, cùng nhóm với các vi rút sốt xuất huyết Dengue, viêm não Nhật Bản, Chikungunya, sốt vàng và sốt Tây sông Nile.

Ồ chứa vi rút Zika và thời kỳ lây truyền của bệnh hiện nay chưa rõ. Bệnh không lây truyền trực tiếp từ người sang người mà do muỗi mang vi rút Zika đốt truyền vi rút sang người lành. Muỗi truyền bệnh thuộc nhóm *Aedes*, chủ yếu là muỗi *Aedes aegypti*.

Thời gian ủ bệnh từ 3 đến 12 ngày.

Từ 60% đến 80% các trường hợp nhiễm vi rút Zika không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Người bệnh có biểu hiện như sốt, phát ban trên da, viêm kết mạc, đau khớp, đau cơ, mệt mỏi và đau đầu. Chưa ghi nhận trường hợp tử vong do nhiễm vi rút Zika.

Hiện nay, WHO đang tập trung nghiên cứu để xác định về mối liên quan của vi rút Zika với hội chứng não nhỏ ở trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm vi rút Zika trong thời kỳ mang thai và hội chứng viêm đa rễ và dây thần kinh Guillain-Barré do sự gia tăng đột biến các trường hợp mắc những bệnh này trong các ổ dịch Zika tại Brazil.

Đến nay, bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh.

2.5.1. Chẩn đoán

2.5.1.1. Trường hợp bệnh nghi ngờ

Trường hợp bệnh nghi ngờ là người có biểu hiện sốt, phát ban, kèm theo ít nhất một trong các biểu hiện sau:

- Viêm kết mạc mắt.
- Đau khớp, đau cơ.
- Đau đầu.

Và có tiền sử ở/đi/đến từ khu vực có dịch hoặc nghi ngờ dịch bệnh do vi rút Zika trong vòng 12 ngày trước khi khởi phát

2.5.1.2. Trường hợp bệnh xác định

Là trường hợp bệnh nghi ngờ có xét nghiệm khẳng định nhiễm vi rút Zika bằng phương pháp sinh học phân tử hoặc phân lập vi rút, hoặc huyết thanh học.

2.5.2. Nội dung giám sát

2.5.2.1. Giám sát tại cửa khẩu phát hiện trường hợp bệnh xâm nhập

Giám sát chặt chẽ các hành khách nhập cảnh từ các quốc gia, vùng lãnh thổ đang có dịch bệnh do vi rút Zika nhằm phát hiện sớm các trường hợp nghi ngờ bằng các biện pháp kiểm tra sàng lọc như sử dụng máy đo thân nhiệt, quan sát thể trạng, khai thác tiền sử dịch tễ, khám sơ bộ, cách ly tạm thời... ngay tại cửa khẩu và chuyển về cơ sở y tế để lấy mẫu xét nghiệm, quản lý theo quy định.

2.5.2.2. Giám sát tại cộng đồng và cơ sở y tế

Giám sát chặt chẽ nhằm phát hiện các trường hợp bệnh xâm nhập, xử lý triệt để ổ dịch, tránh lây lan ra cộng đồng. Thực hiện giám sát, điều tra dịch tễ, lấy mẫu xét nghiệm, lập danh sách, quản lý, theo dõi tất cả các trường hợp nghi ngờ tại các cơ sở y tế và tại cộng đồng.

- Ở các địa phương chưa ghi nhận trường hợp bệnh: chủ động thực hiện giám sát, điều tra dịch tễ, lấy mẫu xét nghiệm tất cả các trường hợp bệnh nghi ngờ.

- Ở nơi đã xác định có ổ dịch: giám sát, điều tra dịch tễ các trường hợp bệnh nghi ngờ; lấy mẫu xét nghiệm ít nhất 3-5 trường hợp bệnh nghi ngờ đầu tiên. Các trường hợp khác trong ổ dịch có triệu chứng tương tự đều được coi là trường hợp bệnh xác định phải báo cáo và xử lý theo quy định.

2.5.2.3. Giám sát trọng điểm

Thực hiện giám sát bệnh nhân và véc tơ lòng ghép với hoạt động giám sát trọng điểm bệnh sốt xuất huyết Dengue của các Viện Vệ sinh dịch tễ, Viện Pasteur.

2.5.2.4. Thông tin, báo cáo

Thực hiện thông tin, báo cáo theo quy định của Bộ Y tế về hướng dẫn chế độ thông tin báo cáo, khai báo bệnh, dịch bệnh truyền nhiễm.

2.5.3. Phòng bệnh

2.5.3.1. Các biện pháp phòng bệnh chung

- Tuyên truyền cho người dân, đặc biệt những người đi/đến/về từ các quốc gia có dịch; các cán bộ y tế, nhân viên làm việc tại khu vực cửa khẩu; cán bộ tham gia công tác phòng chống bệnh do vi rút Zika chủ động tự theo dõi sức khỏe và thông báo cho cơ quan y tế khi có biểu hiện bệnh. Vận động người dân thường xuyên áp dụng các biện pháp diệt lăng quăng/bọ gậy, diệt muỗi; thường xuyên ngủ màn và sử dụng các biện pháp khác phòng, chống muỗi đốt.

- Hạn chế đi tới các vùng đang có dịch khi không cần thiết, đặc biệt đối với phụ nữ đang mang thai, những người mắc các bệnh suy giảm miễn dịch ... Nếu phải đi, cần tìm hiểu kỹ các thông tin về tình hình dịch bệnh tại nơi đến để chủ động áp dụng các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm phù hợp cho bản thân.

- Người về từ vùng dịch tự theo dõi tình trạng sức khỏe trong vòng 12 ngày và khi có biểu hiện nghi ngờ mắc bệnh phải thông báo ngay cho cơ quan y tế gần nhất để được tư vấn, cách ly và điều trị kịp thời.

- Tăng cường sức khỏe bằng ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt hợp lý.

2.5.3.2. Biện pháp phòng bệnh đặc hiệu

Đến nay bệnh do vi rút Zika chưa có biện pháp phòng bệnh đặc hiệu.

3. Một số bệnh truyền nhiễm tái nổi

3.1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue

Sốt xuất huyết Dengue là bệnh truyền nhiễm do vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 týp thanh là DEN-1, DEN-2, DEN-3 và DEN-4. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là côn trùng trung gian truyền bệnh chủ yếu.

Bệnh xảy ra quanh năm, thường gia tăng vào mùa mưa. Bệnh gặp ở cả trẻ em và người lớn. Đặc điểm của sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thoát huyết tương, có thể dẫn đến sốc giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

3.1.1. Diễn biến lâm sàng bệnh sốt xuất huyết Dengue

Bệnh sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện lâm sàng đa dạng, diễn biến nhanh chóng từ nhẹ đến nặng. Bệnh thường khởi phát đột ngột và diễn biến qua ba giai đoạn:

- Giai đoạn sốt
- Giai đoạn nguy hiểm
- Giai đoạn hồi phục.

Phát hiện sớm bệnh và hiểu rõ những vấn đề lâm sàng trong từng giai đoạn của bệnh giúp chẩn đoán sớm, điều trị đúng và kịp thời, nhằm cứu sống người bệnh.

3.1.2. Chẩn đoán bệnh sốt xuất huyết Dengue

3.1.2.1. Chẩn đoán các mức độ của bệnh

Bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ

- Sốt xuất huyết Dengue
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo

Cần lưu ý các dấu hiệu cảnh báo là:

- + *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 và Tiểu cầu giảm nhanh*

chóng

- Sốt xuất huyết Dengue nặng

Khi người bệnh có một trong các biểu hiện sau:

+ 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

+ Xuất huyết nặng

+ Suy tạng nặng

3.1.2. 2. Chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue

** 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.

- 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).

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

3.1.2. 3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virút

- Sốt mò/ sốt rét.

- Nhiễm khuẩn huyết do liên cầu lợn, não mô cầu, vi khuẩn gram âm, ...

- Sốc nhiễm khuẩn.

- Các bệnh máu.

- Bệnh lý ổ bụng cấp, ...

3.1.3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue

Theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue (ban hành kèm Quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế), việc điều trị sốt xuất huyết Dengue bao gồm các nội dung sau:

- 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.

- Điều trị sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo: người bệnh được cho nhập viện điều trị

- Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng: người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu với các qui định cụ thể theo từng thể nặng của bệnh:

+ Điều trị sốt xuất huyết Dengue

+ Điều trị sốc sốt xuất huyết Dengue nặng

+ Điều trị xuất huyết nặng

+ Điều trị suy tạng nặng

+ Điều trị sốt xuất huyết Dengue thể não, rối loạn tri giác, co giật

3.1.4. 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.

3.2. Bệnh Rubella

Rubella (còn gọi là sởi Đức) là một bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Rubella (vi rút ARN, giống Rubivirus, họ Togaviridae) gây nên. Bệnh lây truyền từ người bệnh, người mang vi rút sang người lành qua đường hô hấp hoặc từ mẹ sang thai nhi. Bệnh biểu hiện bằng sốt, phát ban, nổi hạch, thường diễn biến lành tính, nhưng có thể gây một số biến chứng như viêm não - màng não, xuất huyết giảm tiểu cầu...

Nhiễm rubella ở phụ nữ có thai, đặc biệt trong 18 tuần đầu thai kỳ, có thể gây sảy thai, thai lưu, đẻ non và các tổn thương nặng nề cho thai nhi (hội chứng rubella bẩm sinh).

Bệnh xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, thường vào mùa đông xuân, có thể rải rác quanh năm. Những người chưa có miễn dịch đều có thể bị mắc bệnh. Người sau khi mắc bệnh có miễn dịch bền vững; miễn dịch của mẹ truyền cho con có thể bảo vệ trẻ trong vòng 6 đến 9 tháng sau khi sinh.

3.2.1. Chẩn đoán

3.2.1.1. Chẩn đoán ca bệnh lâm sàng

a) Dịch tễ:

- Có tiếp xúc với người bệnh rubella, hoặc;
- Sống hoặc đến từ vùng đang có dịch rubella.

b) Lâm sàng:

- Sốt: thường sốt nhẹ từ 1 đến 3 ngày.

- Phát ban: ban dát sẩn, mọc không theo trình tự, không để lại vết thâm sau khi bay.

- Nổi hạch nhiều nơi.

- Đau mỏi người, đau khớp.

3.2.1.2. Chẩn đoán xác định

Dựa vào chẩn đoán ca bệnh lâm sàng, và xét nghiệm:

- Kháng thể kháng rubella IgM (+) (ELISA). Xét nghiệm IgM có thể âm tính trong vòng 5 ngày đầu sau khi phát ban, cần tiến hành xét nghiệm lại sau 1 tuần.

hoặc

- Kháng thể kháng rubella IgG: hiệu giá kháng thể lần 2 sau 1 tuần tăng gấp 4 lần so với lần 1.

hoặc

- RT-PCR rubella (+): bệnh phẩm dịch hầu họng, máu, dịch não tủy, dịch ối.

** Chú ý: cần phải làm xét nghiệm chẩn đoán cho tất cả những trường hợp rubella có biến chứng và phụ nữ có thai nghi ngờ nhiễm rubella.*

3.2.1.3. Rubella ở một số đối tượng

a) Rubella ở phụ nữ có thai:

Biểu hiện lâm sàng cũng giống với người nhiễm rubella khác. Tỷ lệ lây nhiễm cho thai nhi: trong tháng đầu từ 81- 90%, tháng thứ hai từ 60- 70%, tháng thứ ba từ 35- 50%. Sau tuần thai thứ 20, tỷ lệ này giảm dần xuống còn 5% đến 15%. Hậu quả: sảy thai, thai lưu, đẻ non hoặc dị tật đối với thai nhi.

Việc chẩn đoán nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai rất quan trọng, liên quan tới quyết định đình chỉ hay giữ thai. Cần phải làm đầy đủ các xét nghiệm chẩn đoán ở các cơ sở xét nghiệm tin cậy.

b) Rubella bẩm sinh:

- Trẻ sinh ra từ mẹ có tiền sử nhiễm rubella khi mang thai và trẻ có xét nghiệm IgM (+) với rubella.

- Hội chứng rubella bẩm sinh: với các dị dạng thai nhi thuộc 2 nhóm

+ Nhóm A: đục thủy tinh thể, glaucoma bẩm sinh, bệnh tim bẩm sinh, tổn thương thính giác, bệnh võng mạc sắc tố.

+ Nhóm B: ban tím, gan lách to, vàng da, não nhỏ, chậm phát triển, viêm não màng não, bệnh xương trong (hình ảnh X-quang).

- Việc chẩn đoán xác định trẻ sơ sinh bị nhiễm rubella căn cứ vào việc xét nghiệm kháng thể trong máu cuống rốn: khẳng định nhiễm khi tìm thấy cả IgG và IgM.

3.2.2. Biến chứng

- Viêm não - màng não: có thể xuất hiện trong thời kỳ toàn phát hoặc sau khi đã hết sốt và ban đã bay. Các biểu hiện: chậm chạp, vô cảm, ngủ gà hoặc kích thích, rung giật nhãn cầu, liệt thân kinh sọ, co giật, cơn cơ cứng, hôn mê,

rối loạn tuần hoàn và hô hấp. Dịch não tủy bình thường hoặc biến loạn kiểu viêm màng não nước trong. Có thể tử vong hoặc có di chứng về tinh thần, vận động.

- Tiêu cầu giảm nặng và kéo dài (hiếm gặp) gây xuất huyết dưới da, niêm mạc và nội tạng.

- Các biến chứng khác có thể gặp: viêm phổi, viêm khớp, viêm tinh hoàn.

3.2.3. Điều trị

3.2.3.1. Nguyên tắc điều trị

- Cách ly người bệnh 7 ngày kể từ khi phát ban: tại nhà hoặc tại cơ sở y tế.

- Điều trị triệu chứng và hỗ trợ, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

- Theo dõi, phát hiện và xử lý sớm các biến chứng.

3.2.3.2. Điều trị cụ thể

a) Rubella không biến chứng:

- Nghỉ ngơi, ăn uống đầy đủ.

- Nếu sốt cao: dùng paracetamol.

- Uống các vitamin.

b) Rubella có biến chứng:

- Viêm não:

- + Điều trị chung theo hướng dẫn do Bộ Y tế ban hành.

- + Có thể sử dụng gammaglobulin với liều 0,1- 0,4g/kg cân nặng/ngày x 3 ngày và/hoặc methylprednisolon 2mg/kg/ngày x 5-7 ngày.

- + Sử dụng kháng sinh thích hợp khi có nguy cơ bội nhiễm.

- Xuất huyết giảm tiểu cầu:

- + Truyền khối tiểu cầu khi có biểu hiện xuất huyết và tiểu cầu < 50 G/l hoặc không có biểu hiện xuất huyết mà tiểu cầu < 20 G/l

- + Methylprednisolon 2mg/kg/ngày nếu tiểu cầu < 20 G/l; giảm dần liều theo diễn biến bệnh và sự hồi phục của tiểu cầu.

3.2.3.3. Xử trí nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai

- Phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: tư vấn đình chỉ thai nghén khi đã có chẩn đoán xác định.

- Phụ nữ có thai từ 13 đến 18 tuần bị nhiễm rubella: tư vấn nguy cơ con bị rubella bẩm sinh, cần chọc ối để xét nghiệm chẩn đoán xác định. Tất cả các trường hợp tìm thấy rubella trong nước ối đều tư vấn đình chỉ thai, các trường hợp âm tính tiếp tục theo dõi.

- Phụ nữ có thai trên 18 tuần bị nhiễm rubella: nguy cơ con bị rubella bẩm sinh thấp, theo dõi thai kỳ bình thường.

3.2.4. Phòng bệnh

3.2.4.1. Phòng bệnh chung

- Tuyên truyền sâu rộng trong cộng đồng về bệnh rubella, cách nhận biết và biện pháp phòng chống.

- Tăng cường vệ sinh cá nhân. Đeo khẩu trang khi tiếp xúc hoặc chăm sóc người bệnh.

- Hạn chế tiếp xúc với người mắc/nghi mắc bệnh. Phụ nữ có thai tuyệt đối không tiếp xúc với người bệnh rubella. Khi phải tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang y tế và trang bị phòng hộ cá nhân.

- Trẻ em nhiễm rubella bẩm sinh cần hạn chế tối đa tiếp xúc với phụ nữ có thai và trẻ em khác từ khi sinh ra đến khi trẻ được 1 tuổi.

3.2. 4.2. Phòng bệnh trong bệnh viện

- Cách ly người bệnh. Nhân viên y tế thực hiện đầy đủ các biện pháp dự phòng chuẩn trong chăm sóc, điều trị cho người bệnh rubella.

- Khử khuẩn buồng bệnh: thường xuyên mở cửa sổ, cửa chính để ánh nắng chiếu vào và đảm bảo thông khí thoáng.

3.2.4.3. Phòng bệnh đặc hiệu

- Tiêm vắc xin rubella: sử dụng vắc xin dạng đơn hoặc dạng phối hợp (sởi/ rubella hoặc sởi/quai bị/rubella).

+ Với trẻ em: tiêm vắc xin cho trẻ từ 9 tháng tuổi trở lên và nhắc lại khi trẻ 18 tháng tuổi.

+ Với người lớn: tiêm vắc xin cho những người chưa tiêm phòng hoặc những người chưa có miễn dịch, đặc biệt cho phụ nữ ở tuổi sinh đẻ.

- Không tiêm phòng vắc xin rubella cho phụ nữ đang mang thai.

+ Chỉ nên có thai sau khi tiêm phòng ít nhất 1 tháng.

+ Nếu phát hiện có thai sau khi tiêm phòng thì không có chỉ định đình chỉ thai

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hiện nay thế giới đã thanh toán hoàn toàn các bệnh: đậu mùa, cúm, nhiễm HIV, viêm gan vi rút B và Ebola bằng vaccine.

Đúng Sai

2. Bệnh tay chân miệng lây theo đường nào sau đây:

A. Đường tiêu hóa

B. Đường máu

C. Lây từ mẹ sang con

3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh Tay – Chân – Miệng bao gồm

A. Sốt nhẹ và nôn

B. Nổi nốt phỏng nước trong miệng, trong lòng bàn tay và trong lòng bàn chân.

C. Cả A và B

4. Bệnh cúm A H7N9 có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng thuốc Oseltamivir.

Đúng Sai

5. Nhiễm MERS-CoV có triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: sốt gai rét, đau cơ khớp, ho kèm khó thở và đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu.

Đúng Sai

6. Bệnh do vi rút Ebola lây theo đường nào sau đây:

- A. Đường tiêu hóa
- B. Đường da và niêm mạc
- C. Lây từ mẹ sang con

7. Vi rút Ebola thường gây bệnh lành tính, ít gây tử vong và đã có thuốc điều trị đặc hiệu.

Đúng Sai

8. Những biến chứng cho con khi mẹ mang thai nhiễm vi rút zika

- A. Não úng thủy
- B. Còi xương bẩm sinh
- C. Hội chứng não bé trẻ sơ sinh

9. Khi mẹ mang thai nhiễm vi rút Rubella có thể gây dị tật bẩm sinh nào cho trẻ?

- A. Đục thủy tinh thể
- B. Bệnh tim bẩm sinh
- C. Có thể cả A và B

10. Điều trị sốt xuất huyết Dengue chủ yếu là điều trị triệu chứng, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu

Đúng Sai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Truyền nhiễm- Học viện Quân y (2015)- Bệnh học Truyền nhiễm
– Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội

2. Bộ Y tế (2011)- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue

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

3. Bộ Y tế (2012)- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Tay-chân-miệng

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

4. Bộ Y tế (2013)-Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng lây nhiễm cúm A (H7N9) ở người

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1176 /QĐ-BYT ngày 10 tháng 4 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

5. Bộ Y tế (2014)-Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Sởi

(Ban hành kèm theo Quyết định số 1327/QĐ-BYT ngày 18 tháng 4 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

6. Bộ Y tế (2014)-Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh do vi rút Ebola

(Ban hành kèm Quyết định số 4600/QĐ-BYT ngày 05 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

7. Bộ Y tế (2016)- Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh do vi rút Zika

(Ban hành kèm theo Quyết định số 363/QĐ-BYT ngày 2 tháng 2 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

8. Bộ Y tế (2014)-Kế hoạch tăng cường công tác điều trị, phòng chống bệnh Sởi, Tay-chân-miệng, Sốt xuất huyết và một số bệnh dịch mới nổi năm 2014

(Ban hành kèm theo Quyết định số 4900/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

9. Bộ Y tế (2015)- Quyết định số 2369/QĐ-BYT ngày 16 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế v/v bổ sung Hội chứng viêm đường hô hấp vùng Trung Đông do vi rút Corona (MERS-CoV) vào danh mục các bệnh truyền nhiễm đặc biệt nguy hiểm thuộc nhóm A của Luật phòng chống bệnh truyền nhiễm

10. Bộ Y tế (2013)- Tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Rubella

(Ban hành kèm theo Quyết định số 2354/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

Mục tiêu

- Cập nhật được thông tin về tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện
- Phân tích và tổng hợp được các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm, các yếu tố dịch tễ để biện luận chẩn đoán một số bệnh do nhiễm khuẩn bệnh viện, từ đó đưa ra được các biện pháp điều trị, dự phòng thích hợp.
- Tích cực điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân; hết lòng phục vụ người bệnh, không ngại bệnh lây lan

NỘI DUNG

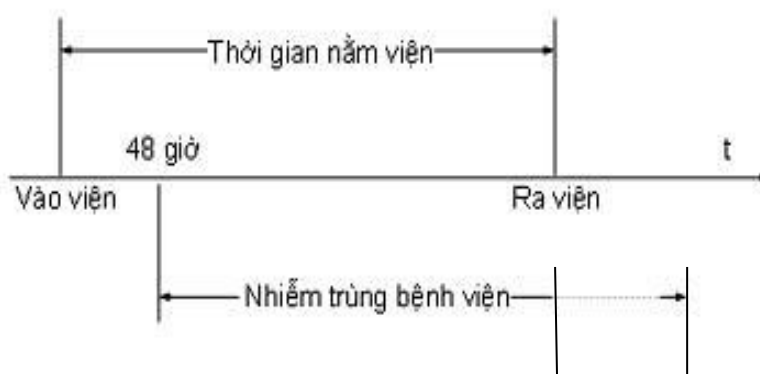
1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Nhiễm khuẩn bệnh viện (*nosocomial infection*) hay còn gọi là nhiễm khuẩn do chăm sóc y tế (*healthcare-associated infections - HAIs*) là nhiễm khuẩn xảy ra sau 48 giờ tính từ khi nhập viện ở những bệnh nhân tại thời điểm nhập viện không có bất cứ một bằng chứng nào chứng minh có nhiễm khuẩn hoặc trong vòng 30 ngày tính từ khi phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật thông thường, một năm ở bệnh nhân cấy ghép tổ chức.

Nhiễm khuẩn bệnh viện không chỉ xảy ra ở bệnh nhân mà còn có thể xảy ra ở người chăm sóc bệnh nhân (người nhà, nhân viên y tế, ...)

Nhiễm khuẩn bệnh viện làm gia tăng chi phí, kéo dài thời gian điều trị, gia tăng tỉ lệ tử vong.



1.2. Lịch sử nghiên cứu

Ngay từ thời Hypocrate đã có nhiều tài liệu mô tả những dịch bệnh và hội chứng bệnh thường xuất hiện ở những nơi thiếu điều kiện vệ sinh như bệnh viện, cơ sở chăm sóc người già, bệnh viện tế bào, nhà tù và nơi tập trung đông người mà ít thấy hơn ở cộng đồng những nơi con người sống tự do hoặc riêng lẻ.

Năm 1841, [Ignaz Semmelweis](#), bác sỹ sản khoa người Hungari làm việc tại bệnh viện ở Vienna đã nhận thấy tỉ lệ sản phụ chết do nhiễm trùng hậu sản ở khoa sản có sinh viên học cao hơn 20 lần khoa sản chỉ có nữ hộ sinh học và vấn đề này tương tự xảy ra ở bệnh viện Dublin, Ireland. Nguyên nhân được chỉ ra là do sinh viên thường xuyên tiếp xúc với xác chết ở labo sau đó tiếp xúc với sản phụ. Áp dụng việc rửa tay vào tháng 5/1841 đã làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong.

Năm 1854, nữ điều dưỡng Florence Nightingale đã chỉ ra việc làm sạch bệnh viện, cọ rửa nền nhà, diệt chuột, sử dụng đồ vải sạch đã làm giảm tỉ lệ chết từ 40% xuống 2% ở các thương binh trong chiến tranh tại Crimea. Cho đến nay 2% lại là chuẩn nhiễm trùng vết mổ thấp nhất trong phẫu thuật.

Năm 1988 CDC Hoa Kỳ thông nhất đưa ra định nghĩa về nhiễm trùng bệnh viện.

Tại Việt Nam, ngày 28/8/2017, Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số: 3916/QĐ-BYT về hướng dẫn kiểm soát HAIs.

2. Dịch tễ học

2.1. Mầm bệnh

Mọi vi sinh vật như vi rút, vi khuẩn, ký sinh trùng, nấm... đều có thể gây HAIs. Tuy nhiên, vi khuẩn là căn nguyên phổ biến nhất và được quan tâm nhiều nhất.

- *Vi khuẩn*

Là tác nhân gây HAIs quan trọng nhất bao gồm một số loại vi khuẩn chủ yếu là:

+ Cầu khuẩn gram (+): tụ cầu, liên cầu... hầu hết sinh β lactamase kháng

kháng sinh nhóm β lactam; *S.aureus* kháng methiciline; *Enterococcus* kháng vancomycin.

+ Trực khuẩn gram (+): *Bacillus*, *Clostridium perfringens* (hoại thư sinh hơi)... gây bệnh ở mắt, mô mềm, phổi, vết thương...

+ Vi khuẩn gram (-): *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, *Proteus*,... là nguyên nhân chính gây HAIs sinh ESBL, NMD1.

6 vi khuẩn gây nhiễm trùng bệnh viện nguy hiểm bao gồm: *Enterococcus faecium*, *S.aureus*, *Klebsiella*, *A.baumannii*, *P.aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes* (ESKAPE)

Nhiễm khuẩn bệnh viện do vi khuẩn hầu hết liên quan đến các phẫu thuật (nhất là các phẫu thuật liên quan tới cơ quan nhiễm trùng (tiêu hóa, tiết niệu, sinh dục), phẫu thuật không được sử dụng kháng sinh dự phòng), thủ thuật xâm lấn như đặt sonde tiêu, đặt tĩnh mạch dưới đòn, đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy, lọc máu liên tục

- Vi rút

+ Vi rút lây truyền qua đường tiêu hóa: *Polyovirus*, *Hepatitis A* và *E*, *Echovirus*, *Coxsackie A* và *B*, *Adenovirus*, *Rotavirus*, *Coronavirus*...

+ Vi rút lây truyền qua đường hô hấp: sởi, quai bị, cúm, á cúm, *Adenovirus*, *Coronavirus*...

+ Vi rút lây truyền qua đường máu chủ yếu là HIV, viêm gan B, C...

+ Vi rút gây nhiễm trùng cơ hội: *Cytomegalovirus*, *Herpes simplex*

-Tác nhân khác

Ngoài ra, HAIs còn do một số tác nhân khác ít gặp hơn như nấm, ký sinh trùng, đơn bào như là nấm *Candida spp*, *Aspergillus* (thường gặp ở khoa hồi sức cấp cứu), hoặc một số ký sinh trùng như *Pneumocystic carinii*, *Toxoplasma gondii*, *Cryptosporidium*...

2.2. Nguồn bệnh

- Từ môi trường

Nguồn	Vi khuẩn	Vi rút	Nấm
Không khí	- Cầu khuẩn Gram (+) (Nguồn gốc từ da	Varicella zoster (chickenpox)	<i>Aspergillus</i>
	- Tuberculosis	Influenza	
Nước	- Trục khuẩn Gram (-) : <i>Pseudomonas aeruginosa,</i> <i>Serratia marcescens,</i> <i>Flavobacterium</i> <i>Acinetobacter</i> <i>Legionella pneumophila</i>	<i>Molluscum contagiosum</i> Human Papillomavirus Noroviruses Rotavirus	<i>Aspergillus</i> <i>Exophiala</i> <i>Jeanselmei</i>
	- Vi khuẩn lao : <i>Mycobacterium xenopi,</i> <i>Mycobacterium chelonae,</i> <i>Mycobacterium avium-Intracellularae</i>		
	<i>Salmonella spp</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Clostridium botulium</i> <i>Bacillus cereus</i> và các trục khuẩn	Caliciviruses	
	Thực phẩm		
	<i>hiếu khí có nha bào</i> <i>Echerichia coli</i> <i>Campylobacter jejuni</i> <i>Yersinia enterocolitia</i>		

<i>Vibrio parahaemolyticus</i>		
<i>Vibrio cholera</i>		
<i>Streptococcus species</i>		
<i>Aeromonas monocytoenes</i>		
<i>Listeria monocytogenes</i>		

-Từ người bệnh

Con người (người bệnh, nhân viên y tế, người nhà người bệnh, khách thăm) đều có thể đóng vai trò như ổ chứa hoặc nguồn chứa tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện. Nguy cơ có thể được phân loại theo 3 mức độ khác nhau:

+ Nguy cơ mức độ thấp: xảy ra ở những người khỏe, hệ miễn dịch không bị ảnh hưởng và không phải can thiệp điều trị.

+ Nguy cơ trung bình: xảy ra ở người có sức khỏe kém, có bệnh lý mạn tính, cao tuổi, suy giảm đáp ứng miễn dịch tế bào và miễn dịch dịch thể, trẻ em có hệ thống đáp ứng miễn dịch chưa hoàn chỉnh.

+ Nguy cơ cao: xảy ra trên những bệnh nhân ghép tạng, ung thư hoặc nhiễm trùng do suy giảm miễn dịch ở người nhiễm HIV, bệnh nhân tổn thương hệ miễn dịch, bệnh nhân đa chấn thương hoặc bỏng nặng và bệnh nhân thường xuyên phải điều trị can thiệp.

- Từ hoạt động khám và điều trị

Có ba yếu tố cơ bản liên quan đến khám và điều trị làm tăng nguy cơ trở thành nguồn gây nhiễm khuẩn bệnh viện, đó là:

+ Thiết bị và dụng cụ sử dụng khám: chủ yếu lây qua bàn tay của nhân viên y tế.

+ Phẫu thuật, thủ thuật: Các vết mổ, nhất là vết mổ ở các cơ quan nhiễm trùng; các thủ thuật xâm nhập như đặt nội khí quản, máy trợ hô hấp, nội soi thăm dò, dẫn lưu sau mổ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, dẫn lưu tiết niệu...tất cả các điều trị can thiệp đó đã bỏ qua cơ chế bảo vệ tự nhiên của cơ thể là ngăn

cản sự xâm nhập và tấn công của các vi sinh gây bệnh và luôn được xem là có nguy cơ cao. Tỷ lệ các HAIs liên quan đến qui trình điều trị xâm nhập hoặc dụng cụ xâm nhập chiếm xấp xỉ 80% tổng số nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

+ Sử dụng kháng sinh không đúng: khoảng 70% nguyên nhân HAIs là do các chủng vi khuẩn kháng thuốc. Vi khuẩn kháng kháng sinh hầu hết do lạm dụng kháng sinh trong quá trình điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Kháng kháng sinh của vi khuẩn là một vấn đề toàn cầu, đặc biệt là các căn nguyên vi khuẩn đa kháng kháng sinh.

2.3. Đường lây

-*Lây qua tiếp xúc* bao gồm lây nhiễm trực tiếp (*direct transmission - tiếp xúc trực tiếp với các tác nhân gây bệnh*) và lây nhiễm gián tiếp (*indirect transmission - tiếp xúc với vật trung gian chứa tác nhân gây bệnh*). Đây là đường lây nhiễm quan trọng và phổ biến nhất trong nhiễm khuẩn bệnh viện.

- *Lây qua các giọt bắn khi ho hoặc hắt hơi (droplet transmission)*. Các tác nhân gây bệnh chứa trong các giọt nhỏ bắn ra khi người bệnh ho, hắt hơi, nói chuyện bắn vào kết mạc mắt, niêm mạc mũi, miệng của người tiếp xúc; các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm có trong các giọt bắn có thể truyền bệnh từ người sang người trong một khoảng cách ngắn (<1 mét). Các giọt bắn có kích thước rất khác nhau, thường >5 µm, có khi lên tới 30 µm hoặc lớn hơn.. Một số tác nhân gây bệnh qua đường giọt bắn cũng có thể truyền qua đường tiếp xúc trực tiếp hoặc tiếp xúc gián tiếp.

- *Lây truyền qua không khí (airborne transmission)* xảy ra do các giọt bắn li ti chứa tác nhân gây bệnh, có kích thước < 5µm. Các giọt bắn li ti phát sinh ra khi người bệnh ho hay hắt hơi, sau đó phát tán vào trong không khí và lưu chuyển đến một khoảng cách xa, trong một thời gian dài tùy thuộc vào các yếu tố môi trường. Những bệnh có khả năng lây truyền bằng đường không khí như lao phổi, sởi, thủy đậu, đậu mùa, cúm, quai bị hoặc cúm, SARS khi có làm thủ thuật tạo khí dung

- *Lây lây nhiễm thông thường (common vehicle transmission)*
- *Lây truyền qua vector (vector borne transmission)*

3. Phân loại nhiễm khuẩn bệnh viện

3.1. Theo nguồn phơi nhiễm

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu do đặt ống thông (*catheter-associated urinary tract infection*).
- Viêm phổi bệnh viện (*hospital associated pneumonia - HAP*) và viêm phổi liên quan đến thở máy (*ventilator-associated pneumonia - VAP*).
- Nhiễm trùng vết mổ (*surgical site infection*).
- Nhiễm trùng máu liên quan đến ống thông (*catheter related bloodstream infection*)

Đây là cách phân loại phổ biến nhất, có giá trị thực tiễn.

3.2. Theo thời gian nung bệnh

- HAIs có thời gian ủ bệnh ngắn: là nhiễm khuẩn có biểu hiện lâm sàng trong thời gian nằm viện. Hầu hết căn nguyên nhân gây HAIs là do vi khuẩn, nấm.
- HAIs có thời gian ủ bệnh dài: là nhiễm trùng xảy ra trong bệnh viện nhưng chưa có biểu hiện lâm sàng trong thời gian nằm viện, bệnh xuất hiện sau thời gian ra viện. Hầu hết do vi rút HIV, HBV, HCV,.. do lao.

4. Một số nhiễm trùng bệnh viện thường gặp

4.1. Nhiễm trùng vết mổ

Là những nhiễm khuẩn xảy ra tại vết mổ, mầm bệnh xâm nhập vào mô sau khi mô bị tổn thương trước, trong và sau phẫu thuật. Mầm bệnh nhiễm có thể từ môi trường như không khí, dụng cụ y tế, từ phẫu thuật viên hoặc nhân viên y tế khác, từ hệ thống vi khuẩn chí trên da, hoặc ở mô bị can thiệp mổ, hoặc hiếm hơn là từ máu. Nhiễm khuẩn vết mổ phụ thuộc vào việc kiểm soát nhiễm khuẩn của toàn bộ kíp mổ, thời gian mổ và mô được can thiệp mổ, tình trạng dinh dưỡng cho bệnh và tình trạng sử dụng kháng sinh dự phòng.

Nhiễm trùng vết mổ được chia làm 3 loại:

4.1.1. Nhiễm trùng vết mổ nông

Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Mầm bệnh hầu hết là vi khuẩn gram dương thuộc hệ vi khuẩn chí trên da như tụ cầu, liên cầu ít kháng kháng sinh. Xác định mầm bệnh bằng cấy dịch mủ. Phương pháp điều trị dựa vào thay băng vô trùng và sử dụng kháng sinh tại chỗ, có thể sử dụng kháng sinh toàn thân, phổ hẹp.

- Chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ.
- Có ít nhất một trong các triệu chứng sau:
 - + Chảy mủ từ vết mổ .
 - + Phân lập được vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô khuẩn từ vết mổ.
 - + Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bung vết mổ, trừ khi nuôi cấy phân lập vi khuẩn từ vết mổ âm tính.
 - + Bác sĩ lâm sàng chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ nông quan sát được bằng mắt thường được, vết mổ chảy dịch, có mủ, có giả mạc, sưng, nóng, đỏ.

4.1.2. Nhiễm trùng vết mổ sâu

Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với bệnh nhân cấy ghép tổ chức. Mầm bệnh gây ổ mủ sâu thường là do vi khuẩn từ bên ngoài xâm nhập vào hoặc từ máu đến. Vi khuẩn thường gây nhiễm khuẩn ổ mủ sâu là cầu khuẩn gram dương như *Enterococci*, *S. aureus*. Các vi khuẩn có thể gây nhiễm khuẩn ổ mủ sâu như *P.aeruginosa*, *Enterobacteria*, *A.baumannii*. Kháng sinh có vai trò quan trọng nhưng không phải là yếu tố quyết định trong điều trị.

- Xảy ra ở mô mềm sâu của đường mổ.
- Có ít nhất một trong các triệu chứng sau:
 - + Chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.
 - + Vết thương hở da sâu tự nhiên hay do phẫu thuật viên mở vết thương khi

bệnh nhân có ít nhất một trong các dấu hiệu hay triệu chứng sau: sốt trên 38°C, đau, sưng, nóng, đỏ, trừ khi nuôi cấy vi khuẩn từ vết mổ âm tính.

+ Áp xe hay bằng chứng nhiễm khuẩn vết mổ sâu qua thăm khám, phẫu thuật lại, Xquang hay giải phẫu bệnh.

+ Bác sĩ chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ sâu.

4.1.3. Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan, khoang phẫu thuật

Tiêu chuẩn chẩn đoán như sau:

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với cấy ghép tổ chức.

- Xảy ra ở bất kỳ nội tạng, loại trừ da, cân, cơ, đã xử lý trong phẫu thuật

- Có ít nhất một trong các triệu chứng sau:

+ Chảy mủ từ dẫn lưu nội tạng

+ Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mô được lấy vô khuẩn ở cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.

+ Áp xe hay bằng chứng khác của nhiễm khuẩn qua thăm khám, phẫu thuật lại, Xquang, siêu âm hay giải phẫu bệnh.

Chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan/khoang phẫu thuật thường thông qua chẩn đoán hình ảnh hoặc dịch mủ chảy từ cơ quan dẫn lưu. Vi khuẩn nhiễm thường là hệ vi khuẩn chí của cơ quan phẫu thuật đôi khi là nhiễm khuẩn từ bên ngoài. Điều trị kháng sinh đóng vai trò quan trọng kết hợp với dẫn lưu ổ mủ.

4.2. Nhiễm khuẩn tiết niệu

Là những nhiễm khuẩn xảy ra ở đường tiết niệu. Có tới 80% trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến đặt dẫn lưu bàng quang. Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu tăng cao ở người già, mắc bệnh lý nền như đột quỵ não, đái đường và suy thận, những người nằm lâu, giới nữ. Nhiễm khuẩn tiết niệu thường do trực khuẩn Gram âm, trong đó hay gặp nhất là *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella* spp và *P.aeruginosa*; ngoài ra còn có thể gặp *Enterococci* và *Enterobacter* spp. Nấm *Candida* cũng được xem là một trong những nguyên

nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở khoa hồi sức tích cực.

4.2.1. Nhiễm khuẩn tiết niệu không triệu chứng

Một số trường hợp không có triệu chứng lâm sàng, thay đổi tính chất nước tiểu và cấy khuẩn niệu có số lượng vi khuẩn $>10^5$ / ml nước tiểu là tiêu chuẩn chẩn đoán.

4.1.2. Nhiễm khuẩn tiết niệu có triệu chứng

Người bệnh thường sốt cao, rét run, đái đục, có trường hợp đái mù, đái buốt, đái rát, đau vùng hạ vị là triệu chứng thường gặp, cấy khuẩn nước tiểu và xét nghiệm cặn lắng nước tiểu là xét nghiệm có giá trị chẩn đoán.

4.3. Nhiễm khuẩn huyết

Hầu hết nhiễm khuẩn huyết là do đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, tiếp đến là do đặt các dụng cụ can thiệp mạch như đặt stent, đặt dụng cụ can thiệp, lọc máu, đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi. Nhiễm khuẩn huyết cũng gặp ở bệnh nhân sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn tiết niệu và viêm phổi bệnh viện. Nhiễm khuẩn huyết chiếm khoảng 15% trong tổng số nhiễm khuẩn bệnh viện. Lâm sàng nhiễm khuẩn huyết là hội chứng đáp ứng viêm hệ thống và có các bằng chứng nhiễm khuẩn trong đó cấy máu (+). Mầm bệnh gây nhiễm khuẩn huyết thường là tụ cầu, liên cầu và cũng có thể là *P.aeruginosa*, *A.baumannii*, *Klebsiella*, *Enterococci*, *E.coli*, *Enterobacteria*, và có thể là nấm, CMV. Điều trị kháng sinh có vai trò quyết định trong điều trị.

4.4. Viêm phổi và viêm phổi thở máy

Chiếm tỉ lệ 15% đến 20% nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỉ lệ tử vong do viêm phổi bệnh viện nói chung từ 10% đến 65%. Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi thở máy cao gấp từ 6 đến 12 lần viêm phổi không thở máy và thường từ 25% đến 60%. Tác nhân gây viêm phổi rất phong phú có thể là vi khuẩn, nấm, vi rút. Giai đoạn sớm thường là liên cầu, *Haemophilus influenzae*; giai đoạn trung gian sớm (ngày thứ 5 - 10) thường là MSSA hoặc *E.coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella* nhạy kháng sinh, giai đoạn trung gian muộn (ngày 10-15)

là *P.aeruginosa*, *Klebsiella*, *A. baumannii*, MRSA; giai đoạn muộn (từ ngày 15 trở đi) thường do *S. maltophilia*, nấm, CMV.

Chẩn đoán viêm phổi bệnh viện dựa trên các tiêu chuẩn sau:

Tổn thương mới hay tiến triển trên X quang phổi ≥ 48 giờ nhập viện và ít nhất 2 tiêu chuẩn sau:

- + Đờm mủ
- + Sốt $> 38,5^{\circ}\text{C}$ hay $< 35^{\circ}\text{C}$
- + Bạch cầu máu $> 10.000/\text{mm}^3$ hay $< 1.500 / \text{mm}^3$.
- + Giảm PaO₂

Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm cấy khuẩn dịch đường hô hấp dưới:

- + Chất tiết nội khí quản: số lượng vi khuẩn $> 10^6 / \text{ml}$
- + Chải có bảo vệ: số lượng vi khuẩn $> 10^3 / \text{ml}$
- + Dịch rửa phế quản – phế nang: số lượng vi khuẩn $\times 10^4 / \text{ml}$

Hoặc phân lập vi khuẩn từ cấy máu hay dịch màng phổi

Viêm phổi bệnh viện thường do vi khuẩn bệnh viện gây ra, hầu hết là mầm bệnh đa kháng kháng sinh (MRSA, vi khuẩn gram âm sinh ESBL, NMD, kháng carbapenem) cho nên điều trị rất khó khăn và tỉ lệ tử vong cao nên cần có thái độ hết sức tích cực trong tiếp cận chẩn đoán và điều trị.

4.5. Các nhiễm khuẩn khác

4.5.1. Nhiễm khuẩn vết bỏng

Bệnh nhân bỏng, bề mặt da bị tổn thương, sự kết hợp giữa tình trạng bệnh và sử dụng dụng cụ xâm lấn trong quá trình điều trị là điều kiện thuận lợi cho nhiễm khuẩn bệnh viện, tụ cầu vàng và *P.aeruginosa* là vi khuẩn kháng thuốc thường phân lập được trong tổn thương nhiễm trùng bỏng. Mặt khác, vết bỏng sâu, mô hoại tử là môi trường thuận lợi cho VSV xâm nhập, phát triển và dễ gây nhiễm khuẩn huyết. Các chủng vi khuẩn phân lập được từ bệnh phẩm mủ nhiễm trùng bỏng qua nhiều công trình nghiên cứu cho thấy thường gặp là *Pseudomonas* spp, *Staphylococcus aureus* và *Klebsiella* spp.

4.5.2. Nhiễm khuẩn khác:

Nhiễm khuẩn da và mô mềm, nhiễm khuẩn dạ dày - ruột, Viêm xoang, nhiễm khuẩn mắt và kết mạc, viêm màng nội mạc tử cung.

4.5.3. Các bệnh nhiễm trùng bệnh viện đặc biệt

4.5.3.1. Nhiễm HIV

Nhiễm HIV chiếm tỉ lệ rất thấp dưới 1%, lây hầu hết do là do tiếp xúc với các dịch thể của người bệnh HIV không có triệu chứng lâm sàng. Người nhiễm HIV thường chỉ được phát hiện sau một thời gian dài kể từ khi phơi nhiễm. Do đó, việc kiểm soát lây nhiễm HIV thường chỉ được chú trọng ở những bệnh nhân đã khẳng định nhiễm HIV.

4.5.3.2. Nhiễm HBV, HCV

: Nhiễm HBV, HCV hầu hết xảy ra do lọc máu, do truyền máu và các chế phẩm từ máu. Ngoài ra, lây nhiễm HBV và HCV có một tỉ lệ không nhỏ do tiếp xúc với dịch tiết và di tiêm, truyền.

4.5.3.3. Viêm đại tràng do *Clostridium difficile*

Viêm đại tràng do *C. difficile* thường xảy ra ở người lạm dụng kháng sinh dài ngày dẫn tới mất cân bằng hệ vi khuẩn đường ruột. Hậu quả là *C. difficile* tăng sinh gây bệnh và bài tiết ra môi trường gây bệnh cho người xung quanh. Do vậy, kiểm soát việc dùng kháng sinh và vệ sinh bồn tắm, khử trùng chất thải người bệnh là biện pháp quan trọng dự phòng lây nhiễm.

4.5.3.4. Viêm phổi do *Legionella*

thường xảy ra ở người suy giảm miễn dịch do sử dụng nguồn nước bệnh viện để khí dung, để thở máy.

5. Dự phòng nhiễm khuẩn bệnh viện

5.1. Phòng ngừa chuẩn

5.1.1. Vệ sinh tay

Vệ sinh tay được dùng để chỉ ra các phương pháp làm sạch tay, bao gồm rửa tay bằng nước với xà phòng, chà tay với dung dịch chứa cồn và rửa tay/sát

khuẩn tay phẫu thuật

- Các thời điểm rửa tay:

- + Trước khi động chạm bệnh nhân
- + Trước khi thực hiện thủ thuật hoặc quy trình sạch/vô khuẩn
- + Sau khi có nguy cơ tiếp xúc dịch cơ thể
- + Sau khi động chạm bề mặt xung quanh bệnh nhân

- Quy trình rửa tay 6 bước



5.1.2. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

Sử dụng phương tiện phòng hộ trong hoạt động y tế là một yêu cầu rất cấp thiết. Phương tiện phòng hộ ngoài chức năng bảo vệ NVYT khi thực hành chuyên môn còn có vị trí đặc biệt quan trọng đảm bảo an toàn cho người bệnh. Các phương tiện phòng hộ bao gồm: mũ, khẩu trang, áo choàng, găng tay, kính, mạng che mặt, ủng, bao che dày, mặt nạ...

Các hoạt động chuyên môn y tế thường xuyên sử dụng các phương tiện phòng hộ. Tùy theo tính chất nhu cầu hoạt động chuyên môn mà tiêu chuẩn các loại phòng hộ có sự khác biệt: vô khuẩn, sạch, thông thường...

5.1.3. Sử dụng dụng cụ vô khuẩn

Bệnh nhân được sử dụng dụng cụ vô khuẩn, hạn chế tối đa tái sử dụng dụng cụ nhiều lần.

5.1.4. Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho

5.1.5. Sắp xếp người bệnh đúng đường lây

Những bệnh lây nhiễm như uốn ván, hoại thư sinh hơi, mủm bệnh đa kháng cần có buồng cách ly đặc biệt.

5.1.6. Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn

5.1.7. Vệ sinh môi trường

5.1.8. Xử lý dụng cụ

5.1.9. Xử lý đồ vải

5.1.10. Xử lý chất thải

5.2. Sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ

Kháng sinh dự phòng (KSDP) là việc sử dụng kháng sinh nhằm mục đích ngăn ngừa nhiễm khuẩn. KSDP nhằm giảm tần suất nhiễm khuẩn tại vị trí hoặc cơ quan được phẫu thuật, không dự phòng nhiễm khuẩn toàn thân hoặc vị trí cách xa nơi được phẫu thuật.

Thời điểm sử dụng kháng sinh dự phòng: sử dụng trước khi rạch da và không sớm trước 2 giờ tính từ thời điểm rạch da, tốt nhất trong vòng 60 phút.

Phần lớn các phẫu thuật thông thường chỉ cần dùng một liều đơn KS với $T_{1/2}$ vừa đủ kéo dài tác dụng qua cuộc mổ.

Dùng thêm liều kháng sinh dự phòng phụ thuộc vào:

1. Loại và tính chất phẫu thuật
2. Độ dài cuộc mổ
3. $T^{1/2}$ của KS

Đường tĩnh mạch là đường khuyến cáo sử dụng. Tiêm 1 liều ngay sau khi khởi mê (trước rạch da 30 phút đến 1 giờ).

5.3. Sử dụng kháng sinh điều trị

5.3.1. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm

5.3.2. Sử dụng kháng sinh có bằng chứng vi khuẩn

6. Điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện

6.1. Nguyên tắc sử dụng kháng sinh

- + Sử dụng kháng sinh theo đúng mầm bệnh
- + Sử dụng đúng liều lượng
- + Sử dụng đủ thời gian
- + Sử dụng đúng cách

6.2. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm

Điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm khi chưa có bằng chứng về vi khuẩn học do không có điều kiện nuôi cấy vi khuẩn (do không có Labo vi sinh, không thể lấy được bệnh phẩm), hoặc khi đã nuôi cấy mà không phát hiện được nhưng có bằng chứng lâm sàng rõ rệt về nhiễm khuẩn.

Phác đồ sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm là lựa chọn kháng sinh có phổ hẹp nhưng bao trùm phổ kháng khuẩn với tác nhân phỏng đoán gây bệnh hoặc với các vi khuẩn nguy hiểm có thể gặp trong từng loại nhiễm khuẩn.

Kháng sinh phải có khả năng đến được vị trí nhiễm khuẩn với nồng độ hiệu quả nhưng không gây độc.

Nếu không có bằng chứng về vi khuẩn sau 48 giờ điều trị, cần đánh giá lại lâm sàng trước khi quyết định tiếp tục sử dụng kháng sinh.

Cần thường xuyên cập nhật tình hình dịch tễ và độ nhạy cảm của vi khuẩn tại địa phương để lựa chọn được kháng sinh phù hợp.

Nghiệm pháp xuống thang: Áp dụng cho bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng, đe dọa tính mạng, nhiễm khuẩn bệnh viện. Kháng sinh sử dụng là kháng sinh phổ rộng, hiệu lực mạnh bao trùm hầu hết các vi khuẩn gây bệnh và kết hợp. Theo dõi và đánh giá đáp ứng điều trị sau 3 ngày, nếu lâm sàng tốt lên, PCT, BC giảm thì chuyển phác đồ kháng sinh phù hợp mầm bệnh nghi ngờ. Trường hợp bệnh nặng trở lại sau khi xuống thang thì lại chuyển về phác đồ cũ (lên thang). Trường hợp xác định được mầm bệnh, chuyển phác đồ điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

NHÓM I (Nhiễm khuẩn cộng đồng)	NHÓM II (Nhiễm khuẩn LQ đến chăm sóc y tế)	NHÓM III (Nhiễm khuẩn bệnh viện)
Không tiếp xúc với cơ sở y tế Không sử dụng kháng sinh	Tiền sử có tiếp xúc với cơ sở y tế hoặc có sử dụng kháng sinh trong vòng 90 ngày gần đây	Tiền sử nhập viện nhiều lần hoặc nằm viện trên 5 ngày hoặc có can thiệp xâm nhập hoặc sử dụng kháng sinh phổ rộng hoặc sử dụng nhiều loại kháng sinh trong vòng 90 ngày
Ít có nguy cơ nhiễm vi khuẩn đa kháng kháng sinh (<i>Enterobacteriaceae</i> sinh ESBL và MRSA) hoặc các vi khuẩn không lên men (<i>P. aeruginosa</i> ; <i>A. baumannii</i>)	Nguy cơ nhiễm các vi khuẩn đa kháng kháng sinh (<i>Enterobacteriaceae</i> sinh ESBL và MRSA) Ít có nguy cơ nhiễm các vi khuẩn không lên men (<i>P. aeruginosa</i> ; <i>A. baumannii</i>)	Nguy cơ cao nhiễm vi khuẩn đa kháng KS (<i>Enterobacteriaceae</i> sinh ESBL và MRSA) và các vi khuẩn không lên men (<i>P. aeruginosa</i> ; <i>A. baumannii</i>)
KS phổ hẹp	Kháng sinh phù hợp với mầm bệnh (Cephalo III, IV kết hợp quinolon hoặc aminoside)	Kháng sinh phổ rộng, hoạt lực mạnh (carbapenem, quinolon; aminoside)

6.3. Sử dụng kháng sinh khi có bằng chứng vi khuẩn học

- Kháng sinh được lựa chọn là kháng sinh có hiệu quả cao nhất, độc tính thấp nhất, phổ tác dụng hẹp nhất gần với các tác nhân gây bệnh được phát hiện.

- Ưu tiên sử dụng kháng sinh đơn độc.
- Phối hợp kháng sinh chỉ cần thiết nếu:
 - + Chứng minh có nhiễm đồng thời nhiều loại vi khuẩn nên cần phối hợp mới đủ phổ tác dụng (đặc biệt những trường hợp nghi ngờ có vi khuẩn kỵ khí hoặc vi khuẩn nội bào).
 - + Hoặc khi gặp vi khuẩn kháng thuốc mạnh, cần phối hợp để tăng thêm tác dụng.
 - + Hoặc khi điều trị kéo dài, cần phối hợp để giảm nguy cơ kháng thuốc (ví dụ: điều trị lao, HIV...).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Nhiễm khuẩn bệnh viện (*nosocomial infection*) là nhiễm khuẩn xảy ra sau:

- A: 48 giờ tính từ khi nhập viện ở những bệnh nhân tại thời điểm nhập viện không có bất cứ một bằng chứng nào chứng minh có nhiễm khuẩn hoặc trong vòng 30 ngày tính từ khi phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật thông thường, một năm ở bệnh nhân cấy ghép tổ chức.
- B: 72 giờ tính từ khi nhập viện ở những bệnh nhân tại thời điểm nhập viện không có bất cứ một bằng chứng nào chứng minh có nhiễm khuẩn hoặc trong vòng 30 ngày tính từ khi phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật thông thường, một năm ở bệnh nhân cấy ghép tổ chức.
- C: 24 giờ tính từ khi nhập viện ở những bệnh nhân tại thời điểm nhập viện không có bất cứ một bằng chứng nào chứng minh có nhiễm khuẩn hoặc trong vòng 90 ngày tính từ khi phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật thông thường, một năm ở bệnh nhân cấy ghép tổ chức.
- D: xảy ra khi nhập viện hoặc trong vòng 30 ngày tính từ khi phẫu thuật ở bệnh nhân phẫu thuật thông thường, một năm ở bệnh nhân cấy ghép

tổ chức.

2. Đường lây chính ở trong các cơ sở y tế, bao gồm:

- A. Lây qua đường tiếp xúc; qua giọt bắn khi ho, hắt hơi; qua không khí
- B. Lây qua đường tiếp xúc; qua các vector; qua không khí
- C. Lây qua ăn uống; qua giọt bắn khi ho, hắt hơi; qua không khí
- D. Lây qua tiêm, truyền, qua giọt bắn khi ho, hắt hơi, qua không khí

3. Người bệnh mắc nhiễm khuẩn bệnh viện là do:

- A. Yếu tố nội sinh (bản thân người bệnh)
- B. Ngoại sinh (môi trường)
- C. Cán bộ y tế
- D. Cả 3 yếu tố trên

4. Nguyên nhân làm cho CBYT bị NKBV do:

- A. Tai nạn rủi ro từ kim tiêm và vật sắc nhọn nhiễm khuẩn
- B. Bắn máu và dịch từ người bệnh vào niêm mạc mắt, mũi, miệng khi làm thủ thuật.
- C. Da tay không lành lặn tiếp xúc với máu và dịch sinh học của người bệnh có chứa tác nhân gây bệnh
- D. Bắn máu và dịch từ người bệnh vào niêm mạc mắt, mũi, miệng khi làm thủ thuật và tai nạn rủi ro từ kim tiêm và vật sắc nhọn nhiễm khuẩn
- E. Tất cả phương án trên

5. Các vi khuẩn đa kháng thuốc đóng vai trò quan trọng trong nhiễm khuẩn phổi bệnh viện hiện nay thường gặp là:

- A. *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter aerogenes*
- B. *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*

aerogenes

- C. *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*
Acinetobacter baumannii, *Clostridium difficile*, *Enterobacter aerogenes*
- D. *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*
Acinetobacter baumannii, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*

6. Các nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp là:

- A. Viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến ống thông, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vết mổ.
- B. Viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến ống thông, nhiễm khuẩn tiết niệu
- C. Viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn vết mổ
- D. Viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn huyết liên quan đến ống thông, nhiễm khuẩn tiết niệu

7. Yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện:

- A. Thiết bị và dụng cụ sử dụng cho thăm khám
- B. Phẫu thuật
- C. Sử dụng kháng sinh
- D. Cả 3 yếu tố trên

8. Vệ sinh tay gồm ...bước:

- A. 6
- B. 4
- C. 3
- D. 5

9: Các thời điểm rửa tay:

- A. Trước khi động chạm bệnh nhân
- B. Trước khi thực hiện thủ thuật hoặc quy trình sạch/vô khuẩn
- C. Sau khi có nguy cơ tiếp xúc dịch cơ thể
- D. Sau khi động chạm bề mặt xung quanh bệnh nhân

E. Tất cả phương án trên

10: Kháng sinh dự phòng phẫu thuật được sử dụng trước khi rạch da...

- A. 30 phút đến 1 giờ
- B. Tại thời điểm rạch da
- C. 2 giờ
- D. Sau khi rạch da

11: Kháng sinh sử dụng điều trị phỏng đoán là:

- A. Kháng sinh có phổ bao trùm vi khuẩn phỏng đoán và có phổ kháng khuẩn hẹp.
- B. Kháng sinh có phổ bao trùm vi khuẩn phỏng đoán và có phổ kháng khuẩn rộng
- C. Kháng sinh có phổ kháng khuẩn hẹp
- D. Kháng sinh có phổ kháng khuẩn hẹp

12: Nghiệm pháp điều trị xuống thang trong điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm được áp dụng cho bệnh nhân:

- A. Nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng, nhiễm khuẩn bệnh viện
- B. Nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng
- C. Nhiễm khuẩn bệnh viện
- D. Nhiễm khuẩn nói chung

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đạt Anh và CS** (2016). Hướng dẫn điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm. Bản dịch nguyên gốc ấn phẩm 14 của Antibiotic essentials
2. **Bộ Y tế** (2015): Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Quyết định số 708/QĐ-

BYT ban hành ngày 02/3/2015.

3. **Bộ Y tế (201)** Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Quyết định số: 3916/QĐ-BYT ban hành ngày 28/8/2017
4. **E. PILLY** (2016). *Maladies infectieuses* . Infections nosominal. pp 935 – 940
5. **Robert A. Weinstein** (2016 . *Harisson principles of internal medicine edition 19 th*. Infections Acquired in Health Care facilities pp. 911 – 930

□

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM GAN VI RÚT B

Mục tiêu

- Trình bày được kiến thức lâm sàng, cận lâm sàng cập nhật để chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B cấp tính và mạn tính.

- Biết phân tích chẩn đoán và sử dụng thuốc đúng chỉ định và đúng đối tượng.

- Tư vấn cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, cộng đồng về đường lây nhiễm, diễn biến, cách phòng tránh, chăm sóc trong quá trình điều trị.

NỘI DUNG

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. 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.

1. Chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B cấp

1.1. Chẩn đoán xác định

* Thể vàng da điển hình

- Có tiền sử truyền máu hay các chế phẩm của máu, tiêm chích, quan hệ tình dục không an toàn trong khoảng từ 4 tuần đến 6 tháng.

- Lâm sàng: có thể có các triệu chứng chán ăn, mệt mỏi, vàng da, tiểu ít sẫm màu, đau tức vùng gan, nôn, buồn nôn, phân bạc màu...

- Cận lâm sàng:

+ AST, ALT tăng cao, Bilirubin tăng cao, chủ yếu là Bilirubin trực tiếp.

+ HBsAg (+) hoặc (-) và anti-HBc IgM (+)

* Một số thể lâm sàng khác

Thể không vàng da; thể vàng da kéo dài; thể viêm gan tối cấp

1.2. Điều trị

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong thời kỳ có triệu chứng lâm sàng.
- Hạn chế ăn chất béo, kiêng rượu bia, tránh sử dụng các thuốc chuyển hóa qua gan. Có thể sử dụng các thuốc bổ trợ gan

2. Chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B mạn

2.1. Chẩn đoán xác định

- HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
- AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
- Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan...)

2.2. Điều trị

*** 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 (-).

*** 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. Ưu tiên sử dụng trong trường hợp phụ nữ muốn sinh con, đồng nhiễm viêm gan vi rút D, không dung nạp hoặc thất bại điều trị với thuốc ức chế sao chép HBV đường uống.

- Xem xét ngừng thuốc ức chế sao chép HBV uống khi:

+ Trường hợp HBeAg (+): sau 6-12 tháng có chuyển đổi huyết thanh HBeAg và HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện.

+ Trường hợp HBeAg (-): HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện trong 3 lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau mỗi 6 tháng.

*** Điều trị cho một số trường hợp đặc biệt**

- Đồng nhiễm HBV/HIV

+ Tiêu chuẩn điều trị giống như đối với trường hợp viêm gan vi rút B đơn thuần nhưng ngưỡng HBV-DNA > 10⁴ copies/ml (2.000 IU/mL).

+ Dùng phác đồ điều trị 3 thuốc kháng HIV (HAART) có chứa TDF và LAM có tác dụng với vi rút viêm gan B.

- Những trường hợp nhiễm HBV (HBsAg dương tính hoặc anti-HBc dương tính) được ghép tạng, **dùng** thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu:

+ Nên xét nghiệm HBV DNA để xác định tình trạng nhiễm HBV.

+ Xem xét điều trị dự phòng viêm gan vi rút B mạn bùng phát bằng thuốc ETV hoặc TDF. Thời gian điều trị trước, trong và tiếp tục ít nhất 12 tháng sau khi ngưng trị liệu thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu.

- Phụ nữ mang thai

+ Đối với phụ nữ đang mang thai phát hiện mắc viêm gan vi rút B mạn:

Nếu có thể trì hoãn điều trị thì trì hoãn và theo dõi sát triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm.

Nếu phải điều trị: dùng thuốc TDF, trong 3 tháng cuối thai kỳ có thể dùng thuốc TDF hoặc LAM.

+ Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan vi rút B mạn tính muốn có thai: Nếu đang dùng thuốc ETV thì ngừng thuốc ETV trước khi có thai 2 tháng và chuyển sang dùng thuốc TDF.

+ Đối với phụ nữ đang điều trị viêm gan vi rút B mạn tính thì mang thai: dùng thuốc TDF, trong 3 tháng cuối thai kỳ có thể dùng thuốc TDF hoặc LAM.

- Trường hợp viêm gan vi rút B mạn tính có bệnh lý gan mất bù

+ Chống chỉ định dùng interferon.

+ Bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt.

+ Lựa chọn dùng ETV hoặc TDF.

+ Theo dõi chức năng thận, acid lactic máu.

- Trường hợp ung thư gan có HBsAg (+): xem xét điều trị bằng ETV hoặc TDF lâu dài trước, trong và sau khi điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC).

- Những trường hợp nhiễm HBV (HBsAg dương tính hoặc anti-HBc dương tính) được ghép tạng, dùng thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu:

+ Nên xét nghiệm HBV DNA để xác định tình trạng nhiễm HBV.

+ Xem xét điều trị dự phòng viêm gan vi rút B mạn bùng phát bằng thuốc ETV, TDF hoặc LAM. Thời gian điều trị trước, trong và tiếp tục ít nhất 12 tháng sau khi ngưng trị liệu thuốc ức chế miễn dịch, hóa trị liệu.

- Bệnh nhân nhiễm HBV mạn tính và tiền sử gia đình liên quan đến ung thư biểu mô tế bào gan (HCC): ưu tiên đặc biệt các trường hợp giá trị của ALT trong khoảng 1 -2 lần giới hạn trên bình thường (ULN), nồng độ HBV-DNA cao (> 10⁶ copies/ml hoặc 200.000 IU/ml), thì cần xem xét sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc các xét nghiệm đánh giá mức độ xơ hóa để quyết định điều trị thuốc kháng vi rút.

3. Theo dõi điều trị

- Tuân thủ điều trị: cần tư vấn cho bệnh nhân về lợi ích của việc tuân thủ điều trị và các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị (phương tiện nhắc uống thuốc).

- Tháng đầu tiên sau khi bắt đầu điều trị: theo dõi AST, ALT, creatinine máu.

- Sau mỗi 3-6 tháng trong quá trình điều trị: theo dõi AST, ALT,

creatinine máu, HBeAg, Anti-HBe, HBV-DNA, có thể định lượng HBsAg.

- Nếu điều trị IFN hoặc Peg IFN: theo dõi công thức máu, glucose máu, ure máu, creatinin máu, chức năng tuyến giáp để phát hiện tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Sau khi ngưng điều trị:

+ Theo dõi các triệu chứng lâm sàng.

+ Xét nghiệm sau mỗi 3 - 6 tháng: AST, ALT, HBsAg, HBeAg, anti-HBe, HBV DNA để đánh giá tái phát.

4. Thất bại điều trị

*** Tiêu chuẩn thất bại điều trị**

- ALT có thể tăng cao trở lại.

- HBV DNA tăng trở lại $> 1\text{lg}10$ so với trị số thấp nhất hoặc giảm $< 1\text{lg}10$ sau 12 tuần điều trị hoặc giảm $< 2\text{lg}10$ sau 24 tuần điều trị.

*** Thay đổi thuốc điều trị**

- Kháng LAM: chuyển sang dùng TDF hoặc phối hợp TDF hoặc có thể phối hợp LAM với ADV.

- Kháng ADV: chuyển sang dùng TDF hoặc ETV hoặc phối hợp ADV với LAM hoặc ETV.

- Kháng ETV: chuyển sang dùng TDF hoặc phối hợp ETV với TDF

- Đáp ứng một phần với TDF: phối hợp TDF với LAM hoặc với ETV. hoặc chuyển sang dùng ETV.

- Kháng TDF và ETV: có thể chuyển sang dùng IFN hoặc PEG-IFN.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Viêm gan vi rút B có thể lây theo các đường:
 - Lây theo đường máu.
 - Lây theo đường tình dục.
 - Lây từ mẹ sang con.
 - Cả 3 đường trên
- Vi rút viêm gan B có thể gây bệnh
 - Viêm gan cấp tính.
 - Viêm gan mạn tính.
 - Xơ gan.
 - Cả 3 bệnh trên
- Chẩn đoán xác định viêm gan vi rút B mạn tính khi
 - HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
 - HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
 - HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan
(được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan...)
- Chỉ định sử dụng thuốc kháng vi rút khi
 - HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
AST, ALT tăng từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng.
 - HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và Anti HBc IgG (+).
ALT tăng trên 2 lần giá trị bình thường và HBV-DNA $\geq 10^5$ copies/ml
 - 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 nếu HBeAg (+) hoặc HBVDNA $\geq 10^4$ copies/ml nếu HBeAg (-).

5. Những thuốc nào dưới đây được sử dụng để điều trị viêm gan vi rút B mạn tính

A. Lamivudin, Adefovir, Nevirapin, Sofosbuvir

B. Entecavir, Tenofovir, Nevirapin, Interferon

C. Lamivudin, Adefovir, Entecavir, Tenofovir

6. Các thuốc kháng vi rút viêm gan B có thể sử dụng cho phụ nữ có thai ở tất cả các giai đoạn thai kì

Đúng Sai

7. Bệnh nhân đồng nhiễm HBV và HIV thì không cần dùng thuốc điều trị viêm gan B.

Đúng Sai

8. Interferon có thể dùng điều trị viêm gan vi rút B mạn tính cho tất cả các trường hợp (kể cả phụ nữ có thai).

Đúng Sai

9. Interferon có thể dùng điều trị cho những trường hợp nào sau đây?

A. Viêm ban B mạn tính

B. Xơ gan còn bù do HBV

C. Xơ gan mất bù do HBV

10. Thế nào là thất bại điều trị viêm gan B mạn tính?

A. Xuất hiện xơ gan

B. Enzym gan tăng nhưng tải lượng HBV-DNA dưới ngưỡng phát hiện

C. Tải lượng HBV-DNA tăng trở lại và giải trình tự gen phát hiện gen kháng với thuốc đang dùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2014)- Hướng dẫn chẩn đoán, 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)

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C

Mục tiêu

- Trình bày được kiến thức lâm sàng, cận lâm sàng cập nhật để chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C cấp tính và mạn tính.
- Biết phân tích chẩn đoán và sử dụng thuốc đúng chỉ định và đúng đối tượng.
- Tư vấn cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân, cộng đồng về đường lây nhiễm, diễn biến, cách phòng tránh, chăm sóc trong quá trình điều trị.

NỘI DUNG

Bệnh viêm gan vi rút C là bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan C (HCV) gây ra. HCV có 6 kiểu gen: 1, 2, 3, 4, 5, 6. HCV có thể gây viêm gan cấp, viêm gan mạn, tiến triển thành xơ gan, ung thư tế bào gan (HCC). Bệnh lây nhiễm qua đường máu, tình dục, mẹ truyền sang con.

1. Chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút C cấp

1.1. Chẩn đoán xác định

- Thời gian nhiễm HCV dưới 6 tháng.
- Có tiền sử phơi nhiễm với nguồn bệnh
- Biểu hiện lâm sàng kín đáo hoặc có thể có biểu hiện của viêm gan cấp: mệt, vàng mắt, vàng da,...
- AST, ALT thường tăng. HCV RNA: dương tính sau 2 tuần phơi nhiễm.
- Anti-HCV có thể âm tính trong vài tuần đầu hoặc dương tính sau 8 - 12 tuần phơi nhiễm.

* Chẩn đoán nhiễm HCV cấp khi (1) có chuyển đảo anti-HCV từ âm tính sang dương tính hay (2) anti-HCV âm tính nhưng HCV RNA dương tính.

1.2. Điều trị

- Khoảng 15-45% người bệnh nhiễm HCV cấp có thể tự khỏi. Không khuyến cáo điều trị điều trị đặc hiệu người bệnh nhiễm HCV cấp.

- Điều trị hỗ trợ: nghỉ ngơi và điều trị triệu chứng.

2. Chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút C mạn tính

2.1. Chẩn đoán xác định

- Thời gian nhiễm HCV > 6 tháng.

- Có hoặc không có biểu hiện lâm sàng.

- Anti-HCV dương tính và HCV RNA dương tính hoặc HCV core-Ag dương tính.

Viêm gan vi rút C ở trẻ em

- Trẻ em < 18 tháng tuổi: xét nghiệm HCV RNA lúc trẻ 6 tháng và 12 tháng. Trẻ được chẩn đoán là nhiễm HCV khi có ít nhất hai lần HCV RNA dương tính

- Trẻ em trên 18 tháng tuổi được chẩn đoán nhiễm HCV khi anti-HCV dương tính và HCV RNA dương tính.

2.2. Điều trị viêm gan vi rút C mạn tính

*** Chỉ định điều trị: HCV RNA dương tính và anti-HCV dương tính**

Các thuốc điều trị viêm gan vi rút C

Tên thuốc	Dạng bào chế	Liều dùng
Peginterferon(PegIFN) α 2a	Bom dung dịch 0,5ml chứa 180 μ g, 135 μ g, 90 μ g	180 μ g/lần/tuần, tiêm dưới da bụng, 12-24 tuần (giảm liều nếu có tác dụng bất lợi)
Peginterferon (PegIFN) α 2b	Lọ bột hoặc bom tiêm chứa 100 μ g, 80 μ g, 50 μ g	1,5 μ g/kg/lần/tuần, tiêm dưới da bụng, 12-24 tuần (giảm liều nếu có tác dụng bất lợi)
Ribavirin (RBV)	Viên nang 200, viên	1000 mg cho người dưới 75kg;

	nén 400 và 500mg	1200mg cho người trên 75kg; uống hàng ngày trong 12, 24 tuần tùy phác đồ (giảm liều nếu có tác dụng bất lợi)
Sofosbuvir (SOF)	Viên nén 400mg	1 viên/ngày, uống, buổi sáng (không sử dụng cho người bệnh có mức lọc cầu thận <30ml/phút/1,73m ²).
Daclatasvir (DCV)	Viên nén 30mg, 60mg	1 viên/ngày, uống, buổi sáng
Sofosbuvir/ Ledipasvir (LDV)	Viên nén chứa 400mg SOF /90mg LDV	1 viên/ngày, uống, buổi sáng, tránh các thuốc kháng a xít
Sofosbuvir/ Velpatasvir (VEL)	Viên nén chứa 400mg SOF /100mg VEL	1 viên/ngày, uống, buổi sáng
Paritaprevir (PTV)/ Ombitasvir (OBV)/ Ritonavir	Viên nén chứa: 75mg PTV/12,5mgOBV/ 50mg ritonavir	2 viên/ngày, uống, buổi sáng, uống trong bữa ăn
Dasabuvir (DSV)	Viên nén 250mg	2 viên/ngày, uống, 1 viên buổi sáng, 1 viên buổi chiều, uống trong bữa ăn.
Simeprevir (SMV)	Viên nang 150 mg	1 viên/ngày, uống trong bữa ăn
Grazoprevir (GZR)/elbasvir(EBR)	Viên nén chứa Grazoprevir 100mg /elbasvir 50mg	1 viên/ngày

Lựa chọn ban đầu là các phác đồ sử dụng các thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs - *Direct acting antivirals*). Các phác đồ có Peg-IFN nên là lựa chọn thay thế.

Điều trị viêm gan vi rút C mạn trên người bệnh không xơ gan

Kiểu gen	SOF/LDV	SOF + DCV	SOF+ RBV	GZR/EBR	SOF/VEL	SMV + SOF	PTV/OBV /r + DSV	PTV/OBV/r	PegIFN + RBV+SOF
1a	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	12 tuần	12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần
1b	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần
2	Không	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
3	Không	12 tuần	24 tuần	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
4	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	12 tuần	Không	12 tuần (+RBV)	12 tuần
5,6	12 tuần	12 tuần	Không	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần

**Điều trị viêm gan vi rút C mạn trên người bệnh xơ gan còn bù
(Child Pugh A)**

Kiểu gen	SOF/LDV	SOF + DCV	SOF+RBV	GZR/EBR	SOF/VEL	SMV + SOF	PTV/OBV /r + DSV	PTV/OBV/r	PegIFN + RBV+SOF
1a	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần	12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần (+RBV)	Không	12 tuần
1b	24 tuần hoặc 12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần	Không	12 tuần	12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần	12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần

	tuần (+RBV)	tuần (+RBV)				tuần (+RBV))		
2	Không	12 tuần	16 - 20 tuần	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
3	Không	24 tuần ± RBV	Không	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần
4	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	12 tuần	12 tuần	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	24 tuần (+RBV)	12 tuần
5,6	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	Không	Không	12 tuần	Không	Không	Không	12 tuần

Điều trị viêm gan vi rút C mạn cho người bệnh có xơ gan mất bù

	SOF+RBV	SOF/LDV	SOF/DCV	SOF/VEL
Kiểu gen 1,4,5,6		24 tuần Hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)
Kiểu gen 2	16-20 tuần	Không	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	
Kiểu gen 3		Không	24 tuần hoặc 12 tuần (+RBV)	

***Chống chỉ định:** Chưa có khuyến cáo điều trị các thuốc DAAs cho người bệnh dưới 18 tuổi và phụ nữ có thai.

3. Theo dõi điều trị

3.1. Theo dõi tác dụng không mong muốn

Theo dõi chặt chẽ các tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị viêm gan C, đặc biệt đối với người bệnh sử dụng phác đồ có PegIFN, ribavirin, điều trị các bệnh kèm theo. Các thuốc DAAs có một số tác dụng phụ nhẹ, thường tự khỏi.

3.2. Theo dõi đáp ứng điều trị viêm gan C mạn tính

- Điều trị khỏi bệnh viêm gan vi rút C là khi người bệnh đạt đáp ứng vi rút bền vững sau 12 tuần kết thúc điều trị (đạt SVR 12). Cần theo dõi sau khi ngưng điều trị 24 tuần bằng xét nghiệm định lượng HCV RNA để bảo đảm người bệnh không bị tái phát.

- Theo dõi người bệnh sau khi điều trị khỏi:

+ Theo dõi biến chứng HCC, đặc biệt ở người bệnh có độ xơ hóa gan từ F3 trở lên: bằng siêu âm bụng và AFP mỗi 3-6 tháng.

+ Người bệnh có nguy cơ tái nhiễm HCV (tiêm chích ma túy) hoặc có tăng men gan trở lại: cần kiểm tra lại xét nghiệm định lượng HCV RNA để phát hiện bệnh tái phát hoặc nhiễm HCV mới.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chẩn đoán viêm gan vi rút C khi có xét nghiệm AntiHCV (+)

Đúng Sai

2. Chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn tính khi có

A. AntiHCV (+) + HCV – RNA (+)

B. AntiHCV (+) + HCVAg (+)

C. AntiHCV (+) + HCV – RNA (+) + Nhiễm HCV > 6 tháng

3. Viêm gan vi rút C có thể lây theo đường máu.

Đúng Sai

4. Viêm gan vi rút C không thể lây cho con từ mẹ.

Đúng Sai

5. Bệnh viêm gan vi rút C mạn có thể điều trị khỏi bằng thuốc kháng vi rút HCV?

Đúng Sai

6. Phác đồ Sofosbuvir + Ledipasvir có thể sử dụng điều trị cho tất các genotype

Đúng Sai

7. Phác đồ Sofosbuvir + Daclatasvir chỉ sử dụng điều trị cho genotype 1 và 6

Đúng Sai

8. Các phác đồ sử dụng các thuốc kháng vi rút trực tiếp có thể được sử dụng và sử dụng với thời gian như nhau với bệnh nhân viêm gan mạn tính, xơ gan còn bù, xơ gan mất bù do HCV

Đúng Sai

9. Tất cả các phác đồ thuốc kháng vi rút trực tiếp có thể được sử dụng điều trị cho phụ nữ có thai và trẻ em bị viêm gan C mạn tính.

Đúng Sai

10. Hiện nay Interferon không được sử dụng trên lâm sàng để điều trị bệnh viêm gan do HCV.

Đúng Sai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2016)- Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút C

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5012/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS

Mục tiêu

- Trình bày những cập nhật tình hình nhiễm HIV, các biện pháp chẩn đoán và chỉ định điều trị ARV, các phác đồ điều trị bậc 1, bậc 2 và bậc 3.
- Kê đơn điều trị được cho người bệnh HIV/AIDS và xử trí được các tác dụng phụ thường gặp của thuốc ARV.
- Tích cực điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân; hết lòng phục vụ người bệnh HIV/AIDS.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà người bệnh, cộng đồng về dịch tễ học, đường lây, các biện pháp phòng tránh, cách phát hiện chẩn đoán, theo dõi diễn biến, điều trị bệnh.

NỘI DUNG

Nhiễm HIV/AIDS là căn bệnh của thế kỷ và được cả thế giới quan tâm. Có thể nói, ít có căn bệnh nào lại được đầu tư công sức và tiền bạc cho nghiên cứu phục vụ chẩn đoán và điều trị như căn bệnh này. Đến nay cơ chế bệnh sinh của bệnh đã được tìm hiểu đầy đủ, đã có nhiều nhóm thuốc và nhiều phác đồ đưa vào điều trị rất hiệu quả, do đó kéo dài được tuổi thọ cho người bệnh và giảm tỷ lệ lây bệnh trong cộng đồng rõ rệt.

Cả thế giới đang chung tay điều trị căn bệnh thế kỷ này để cùng hướng tới mục tiêu đến 2030 sẽ thanh toán hoàn toàn đại dịch HIV/AIDS trên toàn thế giới. Việt Nam chúng ta là một thành viên trong cộng đồng thế giới, chúng ta sẽ phải thường xuyên cập nhật kiến thức để phục vụ tốt nhất cho công tác điều trị và phòng bệnh, góp phần vào mục tiêu chung của toàn nhân loại.

1. Định nghĩa

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) là một hội chứng bệnh lý do Virút gây suy giảm miễn dịch (HIV) gây ra, làm cho cơ thể mất sức đề kháng

với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật bình thường không gây bệnh trở thành gây bệnh, tạo ra các nhiễm trùng cơ hội, làm cho ung thư dễ phát triển và có những thương tổn do chính *HIV* gây ra.

2. Dịch tễ học

2.1. Mầm bệnh

HIV thuộc họ *Lentivirus* và mang tất cả các đặc điểm cấu trúc của nhóm này. Dưới kính hiển vi điện tử, nó là một phần tử có đường kính 100 nm, có vỏ bọc với một nhân chứa ARN và các protein bên trong.

HIV vào cơ thể sẽ xâm nhập vào tế bào lympho T, đại thực bào, bạch cầu đơn nhân và một số tế bào khác sau đó phát triển trong các tế bào này. Tùy thuộc từng loại tế bào mà các tế bào bị nhiễm *HIV* có thể bị tiêu huỷ hoặc bị tổn thương ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau.

HIV là Virút dễ chết, bị bất hoạt nhanh bởi các tác nhân lý hoá chẳng hạn như nước Javen (chết trong 1'); còn 70° (chết trong 1'); formaldehyte 0,1% (chết sau 30' - 1 giờ), 56⁰C (trong 30'), 100⁰C (1 phút) nhưng tia cực tím không diệt được *HIV*.

2.2. Nguồn bệnh

Nguồn bệnh là người nhiễm *HIV* ở tất cả các giai đoạn (Cửa sổ, thâm lạng và giai đoạn AIDS).

2.3. Đường lây

Trên người bệnh nhiễm HIV, nghiên cứu cho thấy *HIV* có trong tinh dịch, dịch âm đạo, máu và các sản phẩm của máu, nước bọt, nước mắt, dịch não tủy, sữa mẹ. Tuy nhiên chỉ 3 đường lây của *HIV* được xác định:

Lây truyền qua quan hệ tình dục không an toàn:

Nguy cơ lây truyền cao ở các nhóm tình dục đồng giới nam, người có bệnh truyền qua đường sinh dục khác. Khả năng truyền từ nam sang nữ cao hơn từ nữ sang nam.

Lây truyền qua máu và các chế phẩm của máu:

- Truyền máu và các chế phẩm của máu mà không kiểm soát sạch *HIV*.
- Lây qua tiêm chích ma túy: khả năng lây nhiễm liên quan với số lần tiêm chích, sử dụng dụng cụ tiêm chích cho nhiều người.
- Lây truyền do tai nạn nghề nghiệp.

Lây truyền từ mẹ sang con:

HIV có thể lây truyền qua nhau thai trong thời kỳ bào thai, chuyển dạ đẻ và qua sữa mẹ sau khi sinh có cho con bú.

2.4. Cơ thể cảm thụ

Mọi người đều có thể bị bệnh, không phân biệt tuổi, giới, điều kiện tự nhiên, xã hội.

3. Cơ chế bệnh sinh

HIV có ái tính chủ yếu với tế bào lympho TCD4. Ngoài ra, *HIV* còn có thể xâm nhập vào nhiều tế bào khác như lympho bào B, đại thực bào, tế bào nguồn, tế bào hình sao, tế bào xơ non... *HIV* gây huỷ diệt tế bào TCD4 dẫn đến suy giảm miễn dịch bao gồm cả miễn dịch tế bào và miễn dịch thể dịch. Các rối loạn chính trong đáp ứng miễn dịch ở bệnh nhân *HIV/AIDS* bao gồm:

- Giảm số lượng tế bào lympho T toàn phần, đặc biệt là TCD4 giảm nặng, tỷ lệ TCD4/TCD8 giảm.
- Giảm chức năng các tế bào miễn dịch: giảm khả năng tăng sinh tế bào đối với các chất gây phân bào và kháng nguyên, giảm đáp ứng độc tế bào do giảm chức năng tế bào TCD8 và tế bào NK (Natural Killer).
- Tăng gamma-globulin.
- Tăng phức hợp miễn dịch, tăng các tự kháng thể và một số protein khác trong huyết thanh.
- Giảm đáp ứng kháng thể nguyên phát đối với các kháng nguyên mới tiếp xúc lần đầu.
- Giảm gamma-Interferon.

Do vậy, bệnh nhân bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội (thường do các vi khuẩn, virút, nấm, ký sinh trùng sinh sản trong tế bào) hoặc mắc các loại ung thư.

4. Lâm sàng(Phân loại giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn và vị thành niên)

Giai đoạn lâm sàng 1

Không triệu chứng

Bệnh lý hạch 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

Giai đoạn lâm sàng 3

Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể)

Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân

Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1

tháng) Nấm candida miệng kéo dài Bạch sản dạng lông ở miệng

Lao phổi.

Nhiễm khuẩn nặng (như viêm mũ màng phổi, viêm mũ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết)

Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp

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

Giai đoạn lâm sàng 4

Hội chứng suy mòn do HIV

Viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii* (PCP)

Viêm phổi do vi khuẩn tái phát

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)

Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi)

Lao ngoài phổi

Kaposi sarcoma

Nhiễm cytomegalovi rút (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovi rút tạng khác)

Toxoplasma ở thân kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh)

Bệnh lý não do HIV

Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não

Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa

Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiên triền

Nhiễm cryptosporidium mạn tính

Nhiễm Isosporia mạn tính

Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, penicilliosis)

U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B)

Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV

Nhiễm khuẩn huyết tái phát (bao gồm cả Salmonella không thương hàn)

Ung thư cổ tử cung xâm lấn

Bệnh Leishmania lan toả không điển hình

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán nhiễm HIV

- Mẫu huyết thanh của một người được xác định dương tính với HIV khi mẫu đó dương tính với cả ba lần xét nghiệm tìm kháng thể kháng HIV bằng ba loại sinh phẩm với nguyên lý xét nghiệm và kháng nguyên khác nhau; hoặc

- Xét nghiệm PCR – HIV dương tính

5.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh HIV tiến triển bao gồm AIDS

Bệnh HIV tiến triển được xác định như sau:

- Ở người lớn và trẻ trên 5 tuổi: khi $CD4 \leq 200$ tế bào/mm³ hoặc giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4;

- Tất cả trẻ dưới năm tuổi được coi là bệnh HIV tiến triển.

- AIDS là khi người bệnh thuộc giai đoạn lâm sàng 4 hoặc số lượng $CD4 \leq 200$ tế bào/mm³.

6. Điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV)

6.1. Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV

- Ngăn chặn tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể;
- Phục hồi chức năng miễn dịch.

6.2. Lợi ích của điều trị ARV sớm

- Giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV;
- Giảm mắc các bệnh NTCH;
- Dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích);
- Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

6.3. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị ARV ngay khi người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV;
- Phối hợp thuốc: Dùng phối hợp ít nhất 3 loại thuốc ARV;
- Điều trị hàng ngày, liên tục, suốt đời;

- Tuân thủ điều trị ARV: uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định.

6.4. Điều trị ARV

** Chuẩn bị điều trị ARV*

Những nội dung cần thực hiện trước khi người bệnh bắt đầu điều trị ARV:

- Rà soát và bổ sung các xét nghiệm cần thiết theo hướng dẫn bao gồm xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV;

- Tư vấn cho người bệnh về lợi ích của việc điều trị bằng thuốc ARV sớm.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, các bệnh khác nếu có và vấn đề tương tác thuốc để cân nhắc chỉ định thuốc hoặc điều chỉnh liều;

- Thông báo cho người bệnh về yêu cầu tuân thủ điều trị để đạt được hiệu quả điều trị thuốc ARV, quy định về thời gian tái khám, lĩnh thuốc, tác dụng phụ của thuốc có thể gặp và cách xử trí, các xét nghiệm cần được thực hiện trong theo dõi điều trị ARV. Với trẻ nhiễm HIV, bao gồm cả trẻ vị thành niên, cần bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ vào thời điểm thích hợp.

- Thảo luận với người bệnh, người hỗ trợ điều trị của người bệnh, người chăm sóc trẻ về nguyện vọng điều trị, các vấn đề có thể gặp phải trong tuân thủ điều trị và các biện pháp giải quyết phù hợp với người bệnh.

- Tư vấn về lợi ích của các can thiệp phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con nếu người nhiễm HIV mang thai;

- Tư vấn về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác như quan hệ tình dục an toàn, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, sử dụng bơm kim tiêm sạch và giới thiệu người bệnh đến các cơ sở cung cấp các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV;

- Tư vấn giới thiệu vợ/chồng/bạn tình/bạn chích, con của mẹ nhiễm HIV, anh/chị/em của trẻ nhiễm HIV đi xét nghiệm HIV.

** Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV*

- Tất cả người nhiễm HIV không phụ thuộc vào giai đoạn lâm sàng và số lượng tế bào CD4.

- Trẻ dưới 18 tháng tuổi ngay sau khi có kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính; và/hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính đồng thời có các biểu hiện sau: nấm miệng, viêm phổi nặng, nhiễm trùng nặng hoặc bất kỳ giai đoạn bệnh lý nào của giai đoạn AIDS. Ngừng điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV.

- Mẹ có kết quả xét nghiệm sàng lọc kháng thể kháng HIV dương tính khi chuyển dạ: tư vấn và bắt đầu điều trị ARV ngay cho mẹ đồng thời làm xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV. Nếu kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV của mẹ âm tính thì ngừng điều trị ARV.

* Các phác đồ sử dụng ARV

Bảng 1: Các phác đồ ARV bậc một

Phác đồ ARV bậc một	Phác đồ ưu tiên	Các phác đồ thay thế
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Phụ nữ mang thai và phụ nữ đang cho con bú	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP
Trẻ vị thành niên (từ 10 đến 19 tuổi)	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + EFV TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP

Bảng 2: Phác đồ ARV bậc hai cho người trưởng thành và trẻ ≥ 10 tuổi

Người nhiễm HIV	Tình huống phác đồ bậc một	Phác đồ bậc hai		
Người trưởng thành bao gồm phụ nữ mang thai, đang cho con bú và trẻ ≥ 10 tuổi	Sử dụng TDF trong phác đồ bậc một	AZT + 3TC	+	LPV/r (hoặc ATV/r)
	Sử dụng AZT trong phác đồ bậc một	TDF + 3TC (hoặc FTC)	+	LPV/r (hoặc ATV/r)
Đồng nhiễm lao và HIV	Đang điều trị lao bằng rifampicin	Điều trị như phác đồ cho người trưởng thành và trẻ vị thành niên nhưng gấp đôi liều LPV/r (LPV/r 800 mg/200mg hai lần mỗi ngày) hoặc tăng liều ritonavir bằng liều LPV (LPV/r 400 mg/400 mg) hai lần mỗi ngày		
	Nếu điều trị lao bằng rifabutin	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LVP/r (hoặc TV/r) AZT + 3TC +LVP/r (hoặc ATV/r)		
Đồng nhiễm HIV và HBV	AZT + TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc ATV/r)			

Bảng 3: Các phác đồ ARV bậc ba

Nhóm tuổi	Tình huống phác đồ bậc hai	Phác đồ bậc ba
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r	DRV/r + DTG (hoặc RAL) ± 1–2 NRTI
	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r	
	AZT + 3TC + ATV/r	
	TDF + 3TC (hoặc FTC) + ATV/r	

7. Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV

Bảng 4: Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV

Thời điểm điều trị	Các xét nghiệm
Bắt đầu điều trị	<ul style="list-style-type: none"> - Công thức máu - Creatinin, AST/ALT - HBsAg, anti – HCV - CD4 - Các XN khác theo chỉ định lâm sàng
Trong quá trình điều trị ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương chức năng thận. - Công thức máu 6 -12 tháng một lần khi sử dụng AZ hoặc nghi ngờ có thiếu máu. - Lipid máu, đường máu 6 – 12 tháng một lần khi sử dụng thuốc ARV thuộc nhóm PI. - Tải lượng HIV: <ul style="list-style-type: none"> +) Thường quy: tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV và sau đó 12 tháng một lần. Trường hợp tại các thời điểm trên không làm được xét nghiệm tải lượng HIV, cần làm xét nghiệm sớm nhất ngay sau đó. +) Có dấu hiệu thất bại điều trị về lâm sàng và/hoặc miễn dịch và/hoặc nghi ngờ thất bại vi rút học và khi tải lượng HIV từ 200 đến <1000 bản sao/mL. +) Ở phụ nữ mang thai chưa bao giờ được XN tải lượng HIV hoặc đã được XN tải lượng HIV thường quy trên 3 tháng: XN tải lượng HIV vào tuần thai thứ 28 hoặc sớm nhất ngay sau đó. - CD4: 6 tháng một lần nếu không có xét nghiệm tải

	<p>lượng HIV thường quy hoặc đang điều trị dự phòng bệnh NTCH (tiên phát hoặc thứ phát).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Làm lại XN anti - HCV mỗi năm một lần nếu kết quả trước đó âm tính và có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C. - Các XN khác theo chỉ định lâm sàng và phác đồ thuốc người bệnh sử dụng.
--	---

8. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV và chẩn đoán thất bại điều trị

8.1. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV

** Theo dõi đáp ứng lâm sàng*

Mỗi lần tái khám, người bệnh cần được khám bệnh toàn diện, theo dõi đáp ứng về lâm sàng:

- Cân nặng, nhiệt độ, mạch, huyết áp;

- Tác dụng phụ của thuốc;

- Sàng lọc lao;

- Phát hiện các nhiễm trùng cơ hội mới, tái phát; phân biệt hội chứng viêm phục hồi miễn dịch hay thất bại điều trị để có hướng xử trí phù hợp;

- Đánh giá lại giai đoạn lâm sàng.

Người bệnh đáp ứng tốt với điều trị ARV khi:

- Tăng cân, thèm ăn trở lại và ăn ngon miệng;

- Hết các dấu hiệu liên quan đến các NTCH và bệnh lý liên quan đến HIV.

** Theo dõi đáp ứng miễn dịch*

- Theo dõi đáp ứng về miễn dịch được thực hiện khi người bệnh không tiếp cận được với xét nghiệm tải lượng HIV thường quy, và/hoặc khi người bệnh điều trị ARV chưa ổn định.

- Theo dõi đáp ứng miễn dịch là theo dõi diễn biến của số lượng tế bào CD4 trong quá trình điều trị đặc biệt là giữa 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp.

- Thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị khi người bệnh có dấu hiệu giảm CD4.

** Theo dõi về vi rút*

Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy là phương pháp tốt nhất để theo dõi đáp ứng với điều trị ARV, qua đó đánh giá tuân thủ điều trị, phát hiện thất bại điều trị về vi rút học.

** Tiêu chuẩn người bệnh điều trị ARV ổn định*

Người bệnh được xác định là điều trị ARV ổn định khi đang được điều trị ARV từ 12 tháng trở lên và có các tiêu chuẩn sau:

- Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV hai lần liên tiếp dưới 1000 bản sao/mL (Trường hợp không làm được xét nghiệm tải lượng HIV, có thể dựa vào số lượng tế bào CD4 trên 200 tế bào/mm³ trong 2 lần xét nghiệm liên tiếp).

- Không có tác dụng của thuốc cần theo dõi;

- Không mang thai hoặc không đang cho con bú;

- Không có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV khác;

- Tuân thủ điều trị tốt.

8.2. Thất bại điều trị ARV

Bảng 5: Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV

Các loại thất bại	Tiêu chuẩn chẩn đoán
Thất bại lâm sàng	- Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng. - Trẻ em dưới 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 3 và 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.

Thất bại miễn dịch	<p>- Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: CD4 giảm xuống bằng hoặc dưới mức trước khi điều trị ARV hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.</p> <p>- Trẻ từ 5 tuổi - 10 tuổi: CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.</p>
Thất bại vi rút	Thất bại điều trị vi rút khi: người bệnh đã điều trị ARV được 6 tháng trở lên, được tư vấn tuân thủ điều trị tốt mà có tải lượng HIV-ARN > 1000 copies/ml huyết thanh ở hai lần liên tiếp cách nhau 3 tháng.

9. Theo dõi độc tính của một số thuốc ARV hay dùng

9.1. Độc tính của TDF

a) Độc tính đối với thận:

TDF có thể gây rối loạn chức năng tế bào ống thận. Xét nghiệm creatinine huyết thanh để theo dõi độc tính ở thận liên quan đến TDF đặc biệt cho người bệnh có các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, có tiền sử bệnh thận, cao huyết áp không kiểm soát được, bị tiểu đường mạn tính, sử dụng thuốc tăng cường PI (ví dụ ritonavir) hoặc các thuốc gây độc cho thận. Sử dụng công thức Cockcroft-Gault (CG) để ước tính mức lọc cầu thận để đánh giá mức độ suy thận:

- Công thức Cockcroft-Gault (CG)

Quy đổi creatinin huyết thanh: 1 mg% = 88.4 μ mol/l.

Không chỉ định TDF khi mức lọc cầu thận ước tính <10 ml/phút hoặc ở người có bệnh tiểu đường lâu ngày, tăng huyết áp không kiểm soát được và người bị suy thận.

b) *Độc tính đối với xương*: TDF có thể làm giảm mật độ xương ở trẻ em mặc dù hiện vẫn chưa rõ tác động của giảm mật độ xương tới sự phát triển của trẻ và nguy cơ gãy xương. Vì vậy cần theo dõi tăng trưởng của trẻ khi dùng TDF.

9.2. Độc tính của AZT

AZT có thể gây các độc tính về máu vì thế cần xét nghiệm hemoglobin trước khi điều trị, đặc biệt ở người lớn và trẻ em có cân nặng thấp, số lượng CD4 thấp và bệnh HIV tiến triển. Không chỉ định AZT cho bệnh nhân có hemoglobin < 8.0 g/dl.

9.3. Độc tính của NVP

Theo dõi men gan để đánh giá độc tính với gan do NVP gây ra đặc biệt đối với phụ nữ có CD4 > 250/mm³ hoặc người bệnh có đồng nhiễm vi rút viêm gan B và C.

9.4. Độc tính của EFV

Độc tính chủ yếu của EFV là tác dụng lên thần kinh trung ương và thường mất đi sau vài tuần. Tuy nhiên một số ít trường hợp có thể kéo dài vài tháng hoặc không mất đi.

10. Các tương tác của thuốc ARV và cách xử trí

Bảng 6: Tương tác của các thuốc ARV và cách xử trí

AZT	Ribavirin và peg interferon alfa-2a	Phác đồ bậc 1: Thay thế AZT bằng TDF
Methadone	Theo dõi độc tính của AZT như thiếu máu domethadone làm tăng nồng độ của AZT	
PI tăng cường (ATV/r,	Rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin Điều chỉnh liều PI

LVP/r)		hoặc thay thế bằng ba thuốc NRTI (đối với trẻ em)
Lovastatin và simvastatin	Sử dụng thuốc điều chỉnh rối loạn mỡ máu khác (ví dụ: pravastatin)	
Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác	
Methadone và buprenorphine	Điều chỉnh liều methadone và buprenorphine trong một số trường hợp	
Astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế	
TDF	Theo dõi chức năng thận	
EFV	Amodiaquine	Sử dụng thuốc kháng sốt rét khác để thay thế
Methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp	
Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác	
Astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế	
Itraconazol	Cân nhắc tăng liều itraconazole	
NVP	Rifampicin	Thay NVP bằng EFV

Itraconazole và Ketoconazole	Sử dụng thuốc chống nấm thay thế (ví dụ: fluconazole)	
Methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp	

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Vi rút HIV có thể lây theo các đường:
 - A. Lây theo đường máu.
 - B. Lây theo đường tình dục.
 - C. Lây từ mẹ sang con.
 - D. Cả 3 đường trên

2. Nhiễm HIV có thể gây suy giảm miễn dịch cho người bệnh, dẫn đến dễ dàng mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Đúng Sai

3. Chẩn đoán xác định nhiễm HIV dựa vào.
 - A. Xét nghiệm Anti HIV (+) bằng 3 phương pháp khác nhau hoặc xét nghiệm PCR-HIV (+).
 - B. Trên lâm sàng bệnh nhân có nấm miệng và họng.
 - C. Phải có đồng thời cả A và B

4. Chỉ định điều trị ARV khi (chọn phương án đúng nhất).
 - A. Triệu chứng lâm sàng giai đoạn 3 và 4.
 - B. Khi xét nghiệm CD4 < 500 tế bào/ml máu
 - C. Chỉ cần có xét nghiệm khẳng định Anti HIV (+) hoặc PCR-HIV (+)

5. Nhiễm HIV có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng thuốc ARV.

Đúng Sai

6. Những phác đồ nào dưới đây được sử dụng để điều trị nhiễm HIV
 - A. Tenofovir + Lamivudin + Efavirenz
 - B. Tenofovir + Lamivudin + Nevirapin

C. Tenofovir + Lamivudin + Adefovir

7. Bệnh nhân đồng nhiễm HBV và HIV thì không cần dùng thuốc điều trị viêm gan B.

Đúng Sai

8. Điều trị nhiễm HIV là dùng thuốc ARV suốt đời.

Đúng Sai

9. Đáp ứng điều trị tốt với thuốc ARV là khi:

A. Cải thiện về lâm sàng

B. Xét nghiệm CD4 tăng lên và tải lượng HIV-ARN giảm xuống

C. Cả A và B

10. Thế nào là thất bại điều trị bệnh nhân nhiễm HIV?

A. Đang điều trị ARV \geq 6 tháng mà xuất hiện bất kỳ bệnh chỉ điểm AIDS

B. Xét nghiệm CD4 giảm xuống và tải lượng HIV-ARN tăng trở lại

C. Cả A và B

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế:** “*Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*” ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế.

2. **Bộ Y tế:** “*Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế*” ban hành kèm theo Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 02 năm 2015.

3. **Bộ môn Truyền nhiễm Học viện quân y (2015).** “*Bệnh học truyền nhiễm*” – Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.

4. **AIDS info, Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents, Aug 2017**

5. **European AIDS Clinical Society (EASL), Guidelines, 2015**

6. **WHO** (2013), Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.

7. **WHO** (2014), Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.

8. **WHO** (2014), March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.

9. **WHO** (2016) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.

10. **WHO** (2017) Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy.