



03. MDDKKC_BM Nhiễm-ThS Trần Đăng Khoa

Progress	
Created	@June 12, 2024 1:39 AM
Thời gian	
Checkbox	<input type="checkbox"/>

https://drive.google.com/file/d/1RbV_woonnX_L-qQdqHdnYfkykBcn8guL/view?usp=share_link - SÁNG 3/6

03_Miễn dịch-đè kháng-ký chủ_Bm Nhiễm-ThS TRẦN ĐĂNG KHOA.pdf

https://prod-files-secure.s3.us-west-2.amazonaws.com/aff592dd-835b-4c5a-be11-ee6a730c158c/d83cdf8d-bf7e-42b8-ac97-c72b8a133e14/NHIỄM-MDDKKC.m4a

SỐT PHÁT BẢN

SXH-D

PHÒNG NGỪA PHƠI NHIỄM HIV

HIV/AIDS

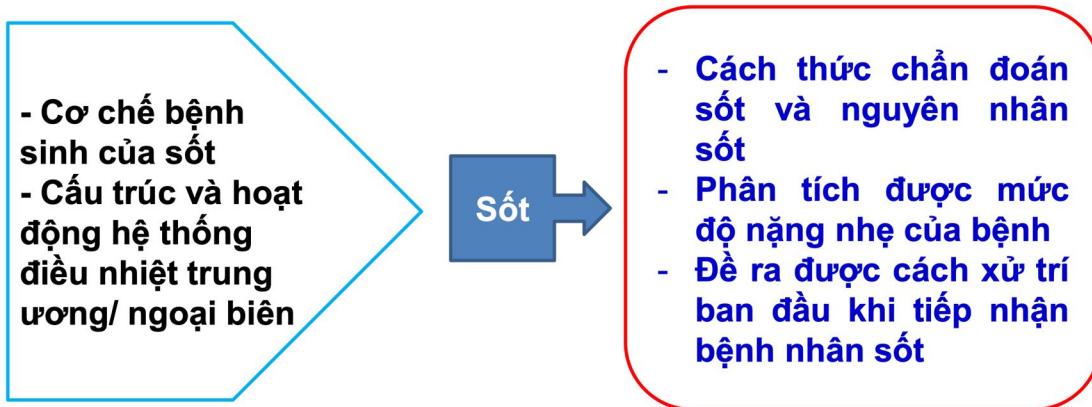
**Miễn dịch- Đề kháng- Ký chủ
(Sốt, sốt phát ban,
PN phơi nhiễm HIV, HIV/AIDS)**

ThS. Trần Đăng Khoa
Bộ môn Nhiễm, ĐH Y Dược TP.HCM

Tiếp cận sốt

Bài sốt rất là rộng. 99% bệnh nhiễm liên quan đến sốt. Cần nắm cơ chế bệnh sinh của sốt, cấu trúc và hoạt động của hệ thống điều nhiệt trung ương, ngoại biên.

Vấn đề lâm sàng: sốt



- Phân biệt sốt nặng, nhẹ. Sốt cao hay vừa.
- Tuỳ theo mức độ sốt, cơ địa BN mà xử trí loại sốt như thế nào. Xem coi BN sốt triệu chứng đi kèm là gì → coi hướng tiếp tục xử trí gì, vô thằng khu cách ly hay sao....

1.1. TIẾP CẬN BN SỐT

Các dấu hiệu bệnh nặng



Tìm nguyên nhân



4

- Phải biết DH bệnh nặng là gì, biết những nguyên nhân cơ bản.
- Đối với bệnh nhiễm trùng sẽ có nhiều kiểu để tiếp cận.
- Tuy nhiên cơ bản có mấy nhóm tác nhân thô: 1.virus, 2.nhiễm trùng, 3.nấm, 4.ký sinh trùng → thường chỉ cần biết những tác nhân này thôi.
- Sau đó phân tích tình huống, phân tích BN, dữ kiện để cho để xếp vào nhóm nào .
→ Từ nhóm đó quay ngược lại xem có thiếu gì không.
- Ví dụ như để hỏi cần hỏi thêm triệu chứng gì → quay lại nhóm đó coi cần hỏi gì nữa không.
⇒ Từ đó khu trú lại được.
- BN sốt tiếp cận theo từng nhóm tác nhân → chia ra từng tác nhân nhỏ nhở.
- DH bệnh nặng tự biết ha!
Ví dụ như sốt sốc, sốt suy HH,...

1.1.1. Các dấu hiệu bệnh nặng

- **Dấu hiệu suy mệt hoặc nhiều cơ quan:** Suy hô hấp, tuần hoàn, tử ban, rối loạn tri giác, hôn mê...

- **Dấu hiệu gợi ý nguyên nhân bệnh nặng:** hội chứng màng não, co giật, đau bụng, rash...

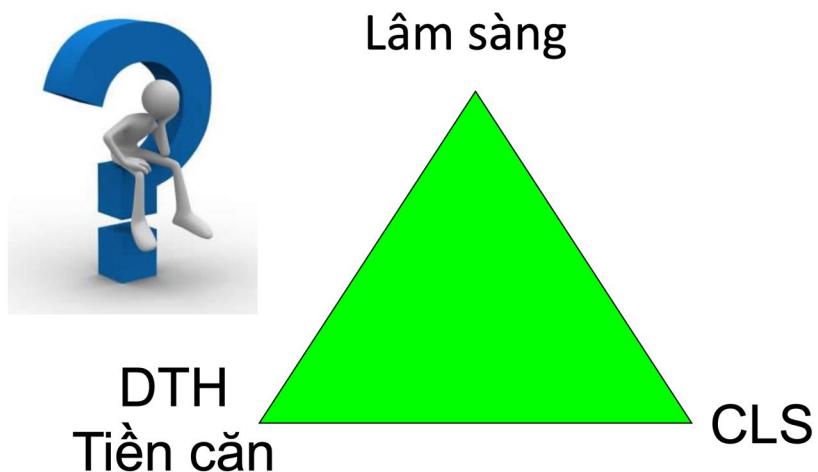
- **Dấu hiệu gợi ý bệnh ngoại khoa cần xử trí cấp cứu:** viêm phúc mạc, viêm ruột thừa, nhiễm trùng đường mật...

5

- Một số triệu chứng gợi ý nguyên nhân bệnh, thậm chí bệnh nặng.
- Ví dụ BN bị hội chứng màng não → cấp cứu nội khoa. Hoặc BN lên cơn co giật → nặng
- Rash coi tuỳ theo sang thương, ví dụ như não mô cầu,... → nặng, thậm chí cần cách ly xử trí gấp
- Một số dấu hiệu ngoại khoa khác, bệnh cạnh nhiễm trùng, sốt có thể do cái bệnh cảnh ngoại khoa như VRT, áp xe,... Nếu chẩn đoán nội khoa ko thì dễ bỏ sót → phải xem có VRT, NT đường mật, sỏi thận,...

1.1.2. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN SỐT

Làm thế nào để chẩn đoán được nguyên nhân gây sốt?



6

"Sao chẩn đoán được ha?"

Bộ ba đơn giản nhất: LS, CLS, DTH tiền căn

1.1.2. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN SỐT

Lâm sàng: Hỏi bệnh + thăm khám

DTH: Nơi cư ngụ, nơi lui tới, quá trình tiếp xúc nguồn lây

Tiền căn: bản thân, gia đình

(**Bệnh nền:** suy dinh dưỡng, béo phì, tiểu đường, xơ gan, dùng thuốc ức chế miễn dịch, cắt lách...)

CLS: XN chẩn đoán trực tiếp, các XN hỗ trợ chẩn đoán

7

DTH: ngoài nơi cư trú, phải hỏi có đi tới đâu ko → tiếp xúc nguồn lây.

Tiền căn: tiền căn gia đình, bản thân, bệnh lý trước giờ → từ đó đưa ra XN hỗ trợ chẩn đoán

→ đương nhiên vẫn dựa trên bệnh gì để đưa ra XN chẩn đoán.

1.1.2. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN SỐT

2.1. Nguyên nhân nhiễm trùng:

Virus, KST, nấm

2.2. Sốt không do nhiễm trùng:

- Bệnh tự miễn
- Bệnh ác tính
- Khác: do thuốc...

8

Ngoài ra sốt không do nhiễm trùng có thể bệnh tự miễn, bệnh ác tính, thuốc,...

1.2. Cách xử trí một ca sốt

Tại khoa khám bệnh/phòng nhận bệnh ban đầu

Tại khoa /phòng bệnh trong BV

9

- Xử trí tại phòng nhận bệnh ban đầu hay tại phòng bệnh của BV, ở nhà, → có nhiều kiểu xử trí sốt khác nhau: cho txa về, nhập viện, chuyển viện, cấp cứu,...
- Nếu nhập viện: phòng thường, bệnh nặng hay cách ly,... → tuỳ vô tình hình.
- Khi cho vào khoa thì làm gì, cho XN rồi xử trí hay xử trí liền, hồi sức.
- XN thì XN nào làm ngay, XN nào phải chờ.
- **Ví dụ như chọc dò tuỷ sống, BN đang sốc có chọc được không? → không nha, phải chờ.**
→ Trong lúc chờ, sd kháng sinh, cấy máu. Sau khi hết sốc mới chọc dò được.
Ý là 1 tình huống y vậy, 4 đáp án ABCD y chang luôn nma huyết áp BN bình thường thì phải chọn cho BN chọc dò ngay lập tức.
→ chỉ sửa 1 xíu thôi ⇒ PHẢI XEM ccđ của các xét nghiệm.

1.2. Cách xử trí một ca sốt

Tại khoa khám bệnh/phòng nhận bệnh ban đầu:

- Cho toa về, điều trị ngoại trú
- Nhập viện: khoa thường (phòng bệnh nhẹ hoặc phòng bệnh nặng), khoa HSCC
- Chuyển viện ngay
- Sơ cứu, sau đó chuyển viện

1.2. Cách xử trí một ca sốt

Tại khoa /phòng bệnh trong BV:

- Cho XN, chờ kết quả, xử trí sau khi có XN
- Điều trị đặc hiệu ngay
- Vừa điều trị đặc hiệu, vừa hồi sức

11

1.2. Cách điều trị một bệnh nhân sốt

Xử trí:

1. Điều trị đặc hiệu
2. Điều trị triệu chứng, biến chứng
3. Xử trí khác: chăm sóc điều dưỡng, chế độ ăn, vật lý trị liệu...

Các bước điều trị này tiến hành song song hay tuân tự tùy vào tình trạng nặng nhẹ của người bệnh

12

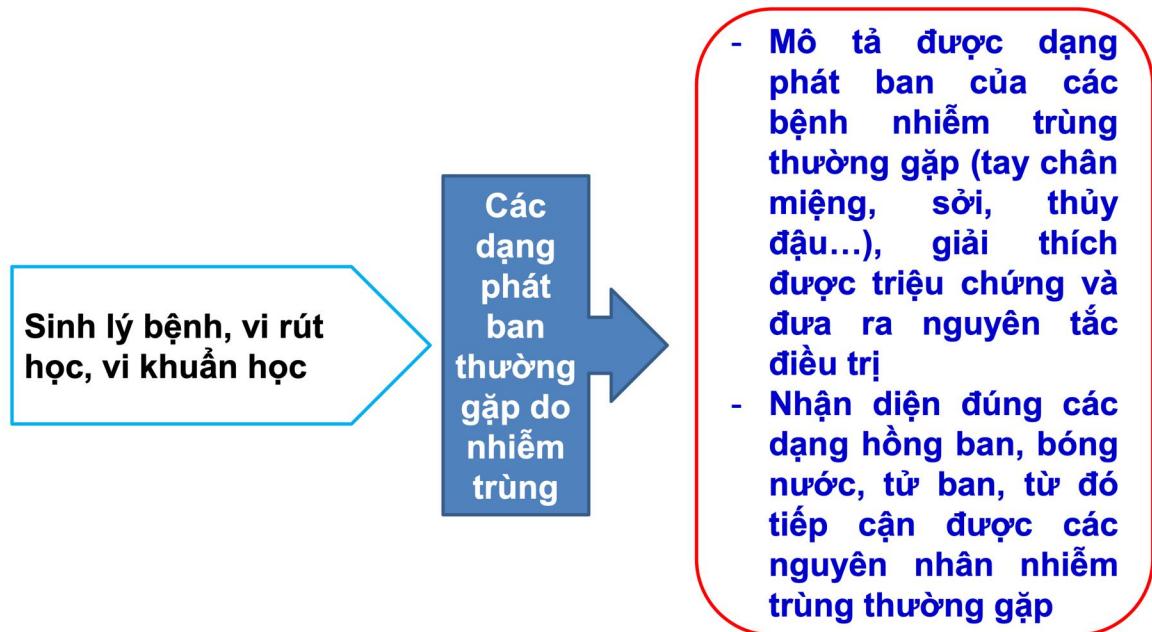
- Thường thường mỗi bệnh sẽ có 1 điều trị đặc hiệu và điều trị triệu chứng. → phải biết điều trị đặc hiệu là điều trị gì, **KS gì - liều bao nhiêu.**
- Điều trị triệu chứng: thường là điều trị sốt.
- Điều trị biến chứng đa số là ít hỏi, CÒN NĂM NAY có hỏi không thì anh không biết.
- Các bước điều trị này sẽ tiến hành song song hay ưu tiên cái nào trước.
- **Ví dụ đề hỏi là xử trí nào là ưu tiên nhất, ABCD đều xử trí đúng nhưng cái nào làm trước nhất, cái nào làm liền → phải biết.**
- Ví dụ XN nào quan trọng nhất trong 4 xét nghiệm này.
- Mô típ hỏi bây giờ không như xưa nữa, đề giờ 0.5 trang a4, hình ảnh trong đó đủ kiểu.

Sốt phát ban do nhiễm trùng

Từ 4 nhóm bệnh nầy, thông thường có triệu chứng hay gặp là phát ban.

SỐT PHÁT BAN

Vân đề lâm sàng: sốt phát ban do nhiễm trùng ở trẻ em và người lớn



Chỉ quan tâm phát ban do nhiễm trùng.

Khám và mô tả sang thương phát ban

Đánh giá đúng sang thương phát ban là điều kiện tiên quyết giúp chẩn đoán đúng nguyên nhân phát ban trong bệnh nhiễm trùng. Các điểm chính cần lưu ý:

- Loại sang thương: dát, sần, bóng nước, mụn mủ, loét...
- Màu sắc: hồng ban, tử ban
- Kích thước
- Hình dạng: hình tròn, hình bia, hình bản đồ...
- Phân bố: số vị trí xuất hiện, ở vùng có hay không có áo quần che, đối xứng hay bất đối xứng...
- Sắp xếp: rải rác hay thành nhóm

Phải mô tả được sang thương do phát ban.

Đề sẽ có hình. Ngày xưa đề thì mô tả sang thương luôn. Nhưng giờ KHÔNG, quăng cái hình thôi, "sang thương da như hình" → phải tự đọc sang thương: thuỷ đậu, TCM, hay dị ứng thuốc thôi?

Tác nhân vi rút/ Bệnh	Ban dạng dát, sần	Mụn nước, bóng nước	Tử ban	Loét, đóng mày
Cytomegalovirus			+	
Dengue	+		+	
Enterovirus	+	+	+	
Epstein - Barr virus	+			
Herpesvirus 6	+			
Herpes simplex		+		+
HIV	+			
Parvovirus B19	+			
Rubella	+			
Sởi	+			
Thủy đậu		+		
Zona		+		
Zika	+			

Tác nhân vi khuẩn/ Bệnh	Ban dạng dát, sần	Mụn nước, bóng nước	Tử ban	Loét, đóng mày
Leptospira spp.	+			
Salmonella Typhi	+			
Staphylococcus aureus	+	+		
Streptococcus pyogenes	+	+		
Liên cầu nhóm B			+	+
Streptococcus suis				+
Neisseria meningitidis				+
Vibrio vulnificus			+	+
Enterbacteriaceae			+	+
Gram âm khác			+	+
Bartonella henselae	+			+
Bacillus anthracis			+	+
Treponema pallidum	+			+
Mycoplasma pneumoniae	+	+	+	+
Streptobacillus moniliformis	+			+
Spirillum minus	+		+	
Rickettsia tsutsugamushi	+		+	+

1 sốt dạng phát ban.

Mụn nước, bóng nước có thêm tác nhân mới: ĐẬU MÙA KHỈ

Tác nhân vi nấm	Ban dạng dát, sần	Mụn nước, bong nước	Tử ban	Loét, đóng mày
Cryptococcus neoformans	+			+
Histoplasma capsulatum	+			+
Talaromyces marneffei	+			+



Nhớ chẩn đoán phân biệt thêm thuỷ đậu.



Hình: Ban trong sốt xuất huyết Dengue: A. Tử ban điểm B. Ban hồi phục

Rubella (sởi Đức, third disease): hồng ban dạng dát sần khá giống sởi xuất hiện ở mặt rồi lan ra các phần dưới của cơ thể, mắt nhanh khi lan qua vùng khác, khi ban bay có thể có tróc vảy mịn. Không sởi hoặc sởi nhẹ, viêm long ít và thường có hạch sau tai rồi lan dần ra hai bên má, cổ, ngực, bụng -> toàn thân, có ở lòng bàn tay, bàn chân, sau khi ban lan ra toàn thân thường hết sốt.



Dấu Koplik & vết rắn da hổ

Sởi (measles, first disease): thường gặp ở trẻ em 3-6 tuổi hay người lớn chưa có miễn dịch. Sang thương dạng hồng ban dát sần, kích thước nhỏ, hơi nổi gồ nhẹ lên mặt da, sờ thấy cảm giác mịn, giữa các nốt ban là khoảng da lành. Ban mọc rải rác hay đính liền với nhau thành từng máng tròn 3 - 6 mm. Ban khởi đầu ở chân tóc hoặc sau tai rồi lan dần ra hai bên má, cổ, ngực, bụng -> toàn thân, có ở lòng bàn tay, bàn chân, sau khi ban lan ra toàn thân thường hết sốt.

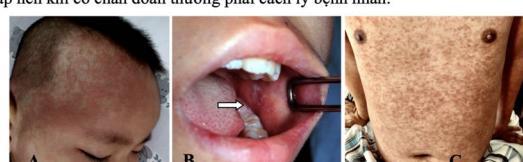
Ban dạng sởi gặp trong nhiều bệnh nhiễm trùng, do đó để chẩn đoán sởi cần hỏi bệnh và thăm khám kỹ. Bệnh sởi diễn hình khởi phát với sốt và viêm long (hô hấp, kêt mạc mắt hay tiêu hóa), không nổi hạch, nếu tìm được dấu Koplik trong họng có thể chẩn đoán sớm. Kể đến là giai đoạn phát ban và “vết rắn da hổ” khi ban bay giúp chẩn đoán xác định sởi. Xét nghiệm IgM đặc hiệu sởi (nên làm Rubella, HIV, EBV, HBV)

↳ ngạch niêm, loét(c-), ban bay đợt, tái vết tróc nhẹ

Sởi: lâm qua đíc cđ qđ khứ (ko chử giọt bơi),để gặp nứu MĐ yếu

↳ gtm, MMR 12m - 18m Phony bộ chuẩn vs khi khám già : KTY ↑

từ ngày thứ 3 phát ban) có thể hỗ trợ chẩn đoán. Sởi là bệnh dễ lây qua đường hô hấp nên khi có chẩn đoán thường phải cách ly bệnh nhân.



Triệu chứng bệnh sởi: A. Ban sởi B. Dấu Koplik C. Vết rắn da hổ

Thủy đậu: do Varicella Zoster virus (VZV) gây ra, sang thương dạng hòn ban mụn nước, mọc tùng đợt rải rác toàn thân, tập trung nhiều ở thân mình và mặt. Ban đầu là sẩn hòn ban, sau đó nổi mụn nước trong lên rồi mụn nước hóa đục và khô, đóng mày. Trên cùng một vùng da có thể có các sang thương ở nhiều giai đoạn khác nhau. Bệnh nhân thường sốt nhẹ hoặc không sốt, tuy nhiên có thể sốt cao, mụn nước bội nhiễm thành mụn mủ. Chẩn đoán bệnh thủy đậu chủ yếu dựa vào lâm sàng nên cần chú ý tính chất sang thương dạng thủy đậu: sẩn hòn ban -> mụn nước trong rồi hóa đục -> lõm trung tâm, đóng mày đen, nâu; rải rác khắp cơ thể và cùng 1 vùng cơ thể có các sang thương thuộc nhiều giai đoạn khác nhau.

Zona: Sau khi khỏi thủy đậu, siêu vi VZV vẫn còn ẩn trong các tế bào thần kinh dưới dạng không hoạt động. Khi hệ miễn dịch suy yếu, VZV hoạt động trở lại, chúng di chuyển và gây tổn thương dọc sợi dây thần kinh. Bệnh nhân sẽ có cảm giác đau, rát vùng thần kinh bị tổn thương trước khi sang thương xuất hiện 2-3 ngày, mệt mỏi, đau đầu, sưng đau hạch lân cận. Sang thương dạng hòn ban mụn nước giống dạng của thủy đậu nhưng **xếp thành chùm** ở vùng thần kinh bị tổn thương. Trên các cơ địa suy giảm miễn dịch, sang thương có thể xuất hiện lan rộng nhiều hơn một vùng thần kinh.



A. Thủy đậu.

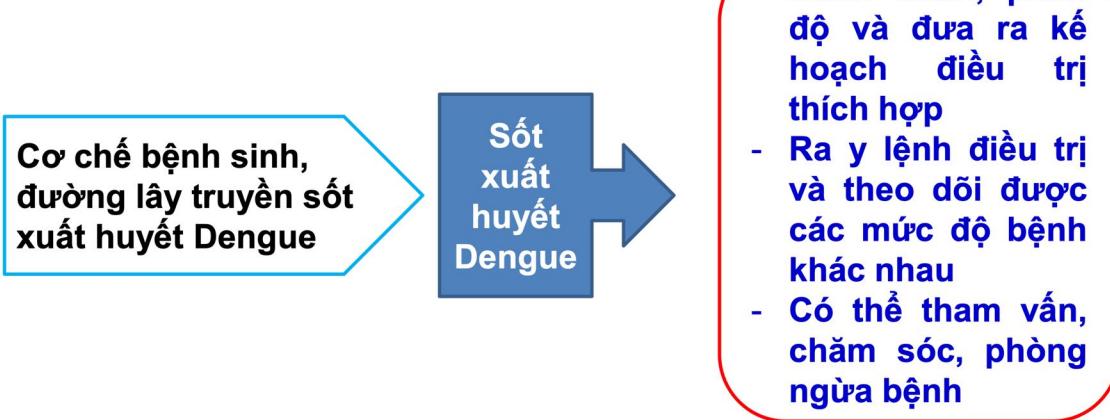
B. Zona.

C. Mụn mủ khi bội nhiễm

SXH-D

Sốt xuất huyết dengue

Vấn đề lâm sàng: sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em và người lớn



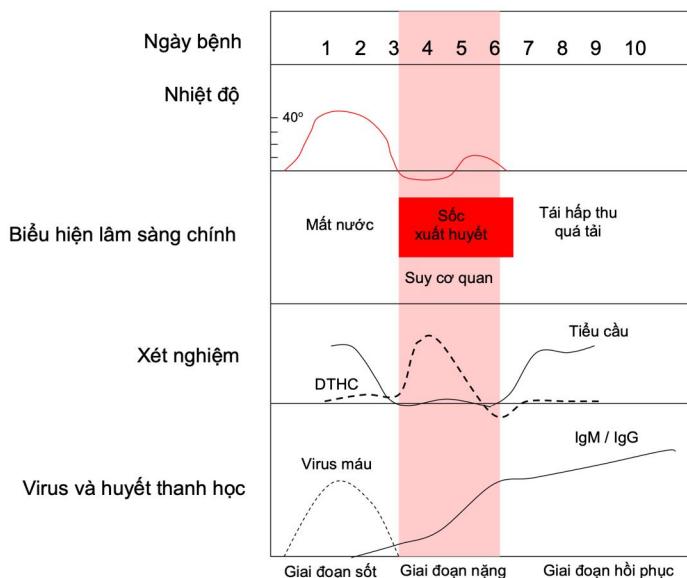
- SXH, cơ chế bệnh sinh, dịch truyền, phân độ → theo phác đồ.

Sách BM xuất bản 2020 → cũ rồi → 1 số hướng dẫn đã cập nhật rồi.

- ĐỀ CẬP NHẬT TỚI NĂM 2023**

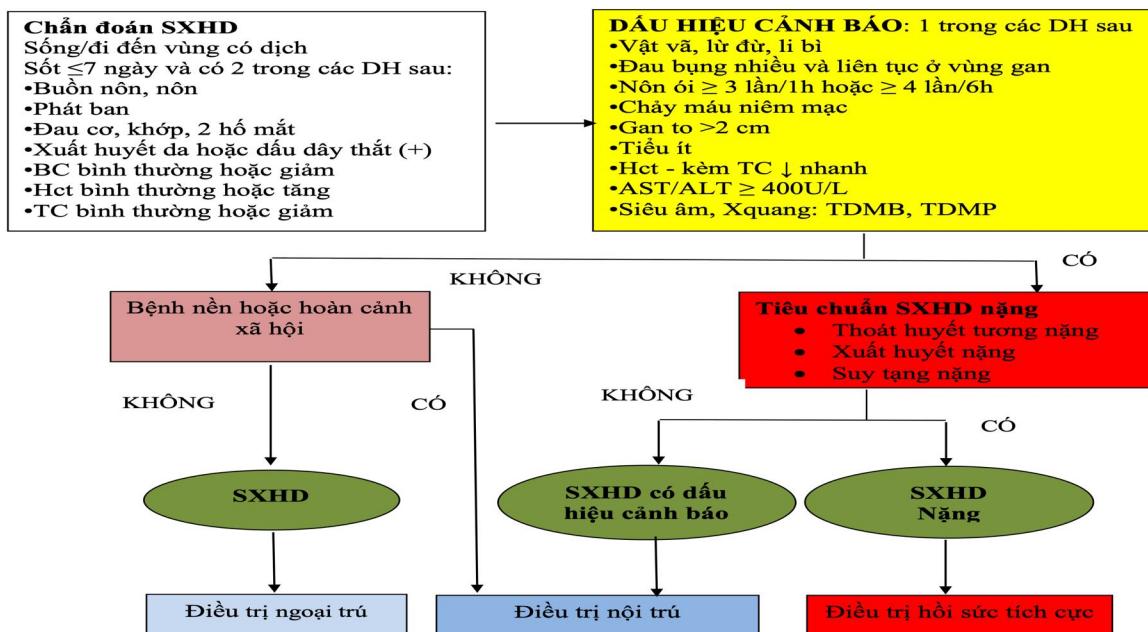
- Nếu chỉ học trong sách coi chừng đánh sai.
- Thay đổi liều, dịch truyền, y lệnh điều trị.

DIỄN TIẾN LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM



Phân độ

Phân độ	SXHD	SXHD có dấu hiệu cảnh báo	SXHD nặng
Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng	Sống/dì đến vùng có dịch. Sốt ≤ 7 ngày và có 2 trong các dấu hiệu sau: - Buồn nôn, nôn. - Phát ban. - Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt. - Xuất huyết da hoặc dấu hiệu dây thắt (+). - Hct bình thường hoặc tăng. - Bạch cầu bình thường hoặc giảm. - Tiêu cầu bình thường hoặc giảm.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau - Vật vã, lờ đờ, lì bì. - Đau bụng nhiều và liên tục hoặc tăng cảm giác đau vùng gan. - Nôn ói nhiều ≥ 3 lần/1h hoặc ≥ 4 lần/6 giờ. - Xuất huyết niêm mạc: chảy máu chân răng, mũi, nôn ra máu, tiêu phân đen hoặc có máu, xuất huyết âm đạo hoặc tiêu máu. - Gan to > 2cm dưới bờ sườn. - Tiêu ít. - Hct tăng kèm tiêu cầu giảm nhanh. - AST/ALT ≥ 400U/L*. - Trần dịch màng phổi, màng bụng trên siêu âm hoặc Xquang *.	Ít nhất 1 trong các dấu hiệu sau 1. Thoát huyết tương nặng dẫn tới - Sốt SXHD, sốc SXHD nặng. - Ứ dịch, biểu hiện suy hô hấp. 2. Xuất huyết nặng 3. Suy cát tạng - Gan: AST hoặc ALT ≥ 1000U/L. - Thận kinh trung ương: rối loạn ý thức. - Tim và các cơ quan khác.



Phải kết hợp bảng trong sách và trong phác đồ.

Xử trí SXH đơn thuần và có dấu hiệu

- Trường hợp sốt xuất huyết
 - Điều trị ngoại trú **cảnh báo**
 - Hạ sốt bằng paracetamol, lau mát
 - Uống nhiều nước (nước chín, nước trái cây, Oresol)
 - Tái khám
- Trường hợp sốt xuất huyết có dấu hiệu cảnh báo
 - Nhập viện, khoa thường
 - Hạ sốt bằng paracetamol, lau mát
 - Uống nhiều nước (nước chín, nước trái cây, Oresol)
 - Theo dõi sinh hiệu, dấu xuất huyết

Trong bài có rồi

Xử trí SXH thẻ sốc

- Nhập khoa cấp cứu hoặc hồi sức
- Nằm đầu bằng
- Thở Oxy mũi 2 lít/phút
- Hiệu chỉnh cân nặng nếu thừa cân hoặc béo phì
- Chống sốc bằng Ringer Lactate hoặc Cao phân tử, liều 15ml/kg/giờ đầu
- Theo dõi :
 - M, HA mỗi giờ,
 - T0 , NT, Sp02 mỗi 3 giờ

Sốc rồi tái sốc, vân vân.

Cân nặng chống sốc

- Cân nặng lý tưởng (kg)
 - Nữ: $45,5 + 0,91 \times (\text{chiều cao(cm)} - 152,4)$
 - Nam: $50,0 + 0,91 \times (\text{chiều cao(cm)} - 152,4)$
- Cân nặng hiệu chỉnh = CN lý tưởng + 0,4 x (CN thực - CN lý tưởng)
- So sánh cân nặng lý tưởng và cân nặng thực tế
 - Nếu CN thực < CN lý tưởng → Chọn CN thực
 - Nếu CN thực từ 100% - 120% CN lý tưởng -> Chọn CN lý tưởng
 - Nếu CN thực > 120% CN lý tưởng → Chọn CN hiệu chỉnh

1. CÂN NẶNG HIỆU CHỈNH Ở TRẺ EM DƯ CÂN HOẶC BÉO PHÌ

(dựa theo hướng dẫn của CDC 2014)

Khuyến cáo áp dụng tính cân nặng bù dịch cho trẻ em dư cân, béo phì này chỉ ước tính cho những giờ đầu và nên đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để theo dõi trong khi bù dịch.

Tuổi (năm)	Nam (kg)	Nữ (kg)
2	13	12
3	14	14
4	16	16
5	18	18
6	21	20
7	23	23
8	26	26
9	29	29
10	32	33
11	36	37
12	40	42
13	45	46
14	51	49
15	56	52
16	61	54

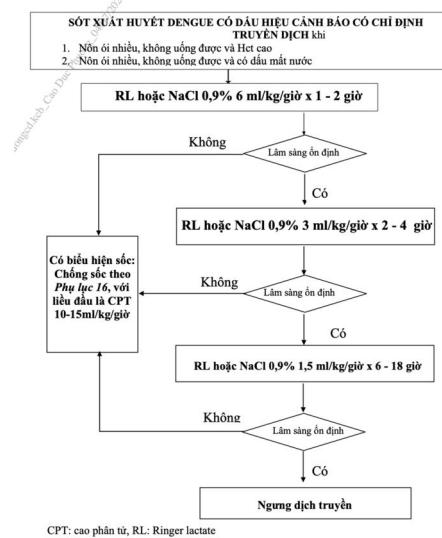
CN lý tưởng, không biết cái đè có cho tính hay không. Thường cho CN vô chuẩn 1 xíu.

Phân độ, xử trí sốc ⇒ PHẢI ĐỌC (theo hướng dẫn của BYT)

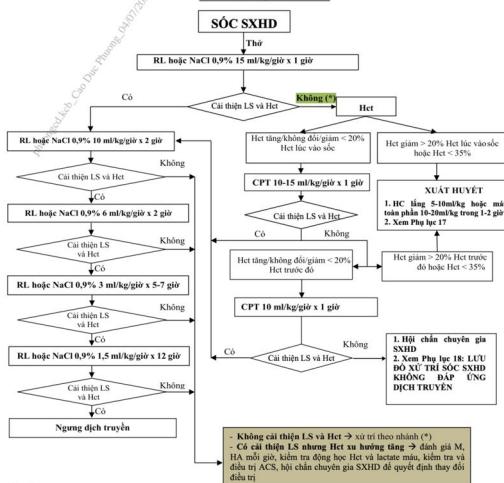
▼ NGƯỜI LỚN

PHỤ LỤC 6

PHỤ LỤC 6
SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SXHD CÓ ĐÁM HIỆU CẢNH BÁO Ở NGƯỜI LỚN
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760 /QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)



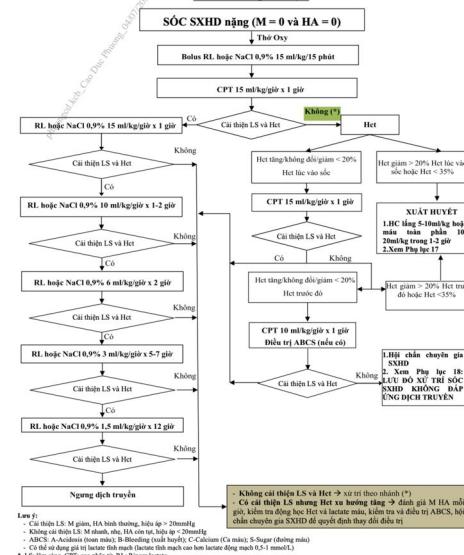
PHỤ LỤC 16.1
**SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở
NGƯỜI LỚN**
(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)



Lưu ý:

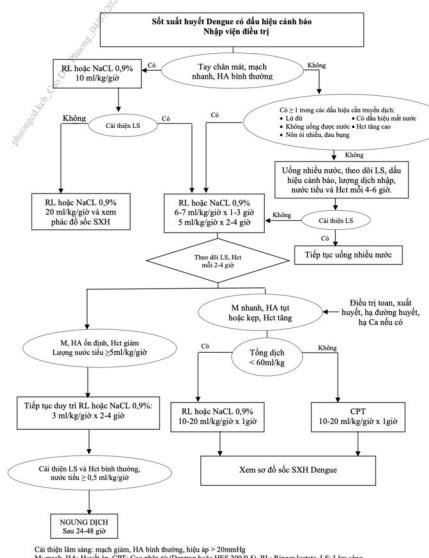
- Cải thiện LS: M giảm, HA bình thường, huyết áp >20mmHg
- Không cải thiện LS: M nhanh, nhẹ, HA còn tự, huyết áp < 20mmHg
- ACS: A-Acidosis (tổn máu); C-Calcium (Ca máu); S-Sugar (đường máu)
- Chỉ có thể sử dụng trại lactate tim mạch (lactate tĩnh mạch cao hơn lactate động mạch 0.5-1 mmol/L)
- * LS: lâm sàng, CPT: cao phân tử, RL: Ringer lactate

PHỤ LỤC 16.2
**SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SỚT XUẤT HUYẾT DENGUE
NANG Ở NGƯỜI LỚN**
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

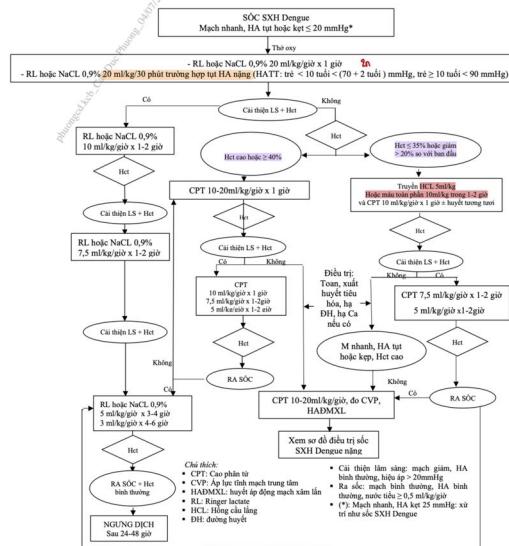


▼ TRẺ EM

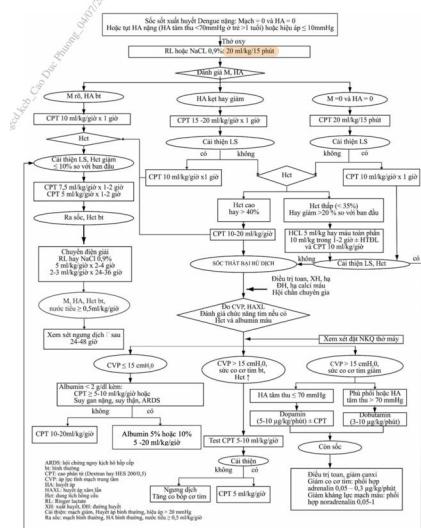
PHỤ LỤC 4
SƠ ĐỒ XỬ TRÍ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CÓ DẤU HIỆU
CẤM TỐ CỦA TRẺ EM
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*



PHỤ LỤC 8
**SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE Ở
TRẺ EM**
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*



PHỤ LỤC 12
SƠ ĐỒ TRUYỀN DỊCH TRONG SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE
NẮNG Ở TRỜI EM
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04 tháng 7 năm 2023
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*



▼ CHẾ PHẨM MÁU

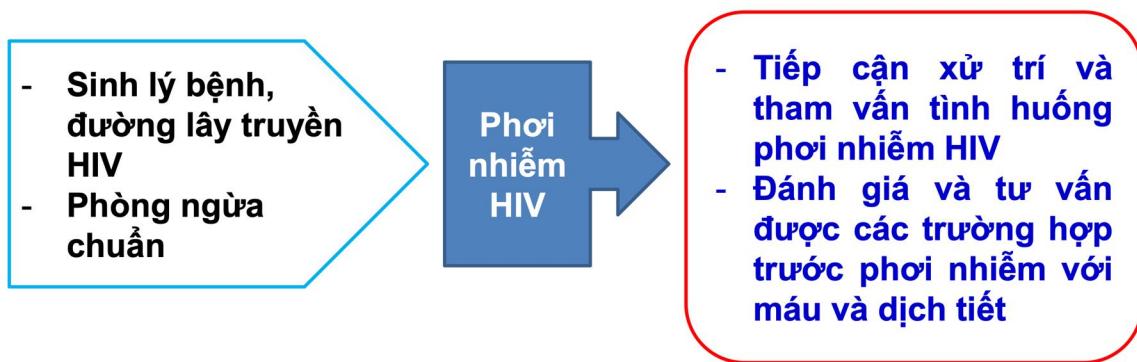
2. Chỉ định truyền máu và chế phẩm máu.

Máu và các chế phẩm máu	Chỉ định	Mục tiêu cần đạt
Huyết tương tươi đông lạnh	- RLDM (PT hay aPTT > 1,5) và đang xuất huyết nặng; - RLDM + chuẩn bị làm thủ thuật.	PT/PTc < 1,5
Kết tủa lạnh	Xuất huyết nặng + Fibrinogen < 1 g/l	Fibrinogen > 1 g/l
Tiêu cầu (TC)	- Tiêu cầu < 50.000/mm ³ + xuất huyết nặng. - Tiêu cầu < 5.000/mm ³ , chưa xuất huyết: xem xét tùy từng trường hợp cụ thể. - Tiêu cầu < 30.000/mm ³ + chuẩn bị làm thủ thuật xâm lấn (trừ ca cấp cứu).	TC > 50.000/mm ³ TC > 30.000/mm ³
Hồng cầu lỏng, máu toàn phần	- Đang xuất huyết nặng/kéo dài. - Sốc không cải thiện sau bù dịch 40-60ml/kg + Hct < 35% hay Hct giảm nhanh trên 20% so với trị số đầu	Hct 35 - 40%

PHÒNG NGỪA PHƠI NHIỄM HIV

Phòng ngừa phơi nhiễm HIV

Vấn đề lâm sàng: phơi nhiễm HIV



Nhớ PN chuẩn là bắt buộc cho tất cả BN.

PN chuyển biệt dựa trên **sinh lý bệnh và đường lây**.

→ Dựa vào đây mới biết đánh giá, tư vấn nguy cơ, XN gì, uống thuốc không.

PHƠI NHIỄM VỚI HIV

- **Phơi nhiễm với HIV**
 - ♦ Tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc các dịch cơ thể của người nhiễm HIV hoặc nghi ngờ nhiễm HIV
 - ♦ Dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV
- PN nghề nghiệp, PN ngoài MT nghề nghiệp

- Thi chỉ hỏi có PN hay không
- ĐỊNH NGHĨA: sao là phơi nhiễm HIV.
 - Ví dụ: tiếp xúc với máu, dịch tiết,....
 - Cụ thể tình huống nào đó, ví dụ tai nạn BN máu me ôm nhau có PN HIV ko, hay mình tiếp xúc ngta thì có gọi là PN không? Ví dụ tiếp xúc ng thân trong BV gì đó có gọi là PN không?

Ước tính khả năng nhiễm HIV sau 10 000 lần phơi nhiễm

Tiệm truyền	
1 Truyền máu	9,250
2 Sử dụng chung kim tiêm	63
3 Vết thương do kim đâm	23
Quan hệ tình dục	
1 Tình dục hậu môn tiếp nhận	138
2 Tình dục âm đạo tiếp nhận	8
3 Tình dục hậu môn xâm nhập	11
4 Tình dục âm đạo xâm nhập	4
5 Tình dục miệng tiếp nhận	Thấp
6 Tình dục miệng xâm nhập	Thấp
Khác	
1 Cần	Không đáng kể
2 Khác nhão	Không đáng kể
3 Bị dính dịch cơ thể (bao gồm tình dục và nước bọt)	Không đáng kể
4 Sử dụng chung đồ chơi tình dục	Không đáng kể

NGUY CƠ LÂY NHIỄM HIV

➤ Hoàn cảnh xảy ra phơi nhiễm:

- ✓ Kiểu phơi nhiễm
 - ✓ Loại dịch bị phơi nhiễm
 - ✓ Lượng máu/ dịch bị phơi nhiễm
 - ✓ Thời gian tiếp xúc
 - ✓ Thời gian siêu vi tồn tại ngoài cơ thể.
- Sử dụng đồ chơi tình dục
- Đặc điểm của nguồn phơi nhiễm:
- ✓ Nồng độ siêu vi
 - ✓ Chủng siêu vi
 - ✓ Thuốc ARV đã sử dụng

DỊCH CƠ THỂ VÀ NGUY CƠ PHOI NHIỄM HIV

Nguy cơ tiềm ẩn	Nguy cơ không đáng kể*
• Máu	• Nước tiểu
• Dịch não tủy (CSF)	• Nước bọt
• Dịch màng phổi	• Đàm
• Dịch màng bụng	• Mồ hôi
• Bất kỳ dịch cơ thể chứa máu có thể nhìn thấy	• Phân
	• Chất nôn

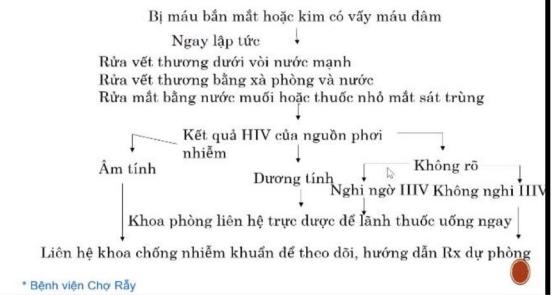
* Nếu không bị vẩy máu
nhìn thấy được

Nồng độ HIV trong máu và dịch tiết là thay đổi và khác nhau.

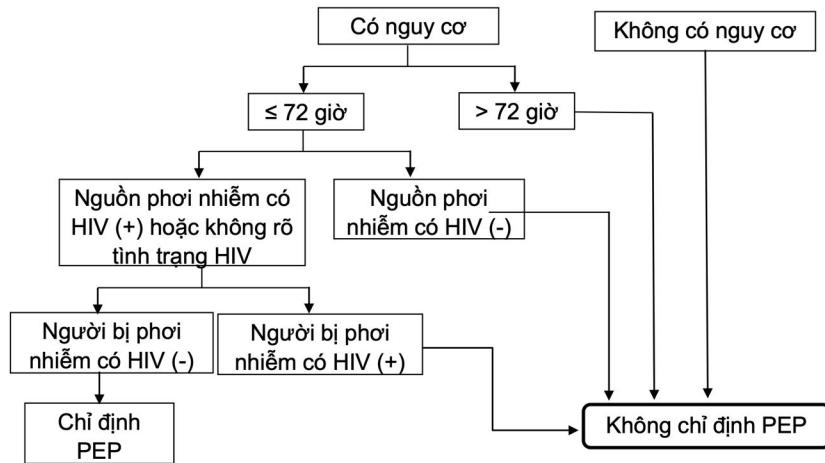
DỰ PHÒNG SAU PHOI NHIỄM (PEP)

- Sử dụng thuốc để dự phòng các NT sau khi tiếp xúc với mầm bệnh
- Các loại phơi nhiễm bao gồm:
 - ✓ Vết thương xuyên qua da (kim dâm, cắt vào da)
 - ✓ Tiếp xúc với niêm mạc hoặc da không nguyên vẹn với các dịch cơ thể có nguy cơ gây nhiễm

QUY TRÌNH XỬ LÝ SAU KHI PHOI NHIỄM MÁU/ DỊCH TIẾT



Quy trình xử trí sau phơi nhiễm



- Nguy cơ lây nhiễm nhiều hay ít.
- Nếu có nguy cơ → xem có uống thuốc dự phòng không
- Dự phòng sau phơi nhiễm là PEP.
- Nguồn phơi nhiễm (+) hay không rõ
- Nhớ mốc 72 giờ, lố 72 giờ là không chỉ định PEP nữa.

Các bước xử trí sau phơi nhiễm

1. Xử trí tại vị trí phơi nhiễm
2. Báo cáo người phụ trách và làm biên bản
3. Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm dựa trên mức độ tổn thương và diện tích tiếp xúc
4. Xác định tình trạng HIV của nguồn phơi nhiễm
5. Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm
6. Tư vấn cho người bị phơi nhiễm về nguy cơ nhiễm HIV, VGSV B, C, Rx dự phòng, dự phòng lây nhiễm.
7. Cung cấp ARV điều trị dự phòng (nếu có chỉ định)

Mấy bước phải xem → xem tình huống BN mình sẽ bắt đầu xử trí như thế nào.

Hướng dẫn quốc gia về phác đồ PEP

1. Bắt đầu **< 72 h** kể từ lúc phơi nhiễm, duy trì 28 ngày
2. Phác đồ:

Đối tượng	Phác đồ thuốc ARV
Người lớn	Ưu tiên: TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG Thay thế: TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r hoặc TDF + 3TC (hoặc FTC) + RAL
TE < 10 tuổi	Ưu tiên: AZT + 3TC + DTG hoặc ABC + 3TC + DTG hoặc TDF + 3TC + DTG Thay thế: AZT + 3TC + LPV/r hoặc AZT + 3TC + RAL

3. Theo dõi tác dụng phụ/ Hỗ trợ tâm lý
4. Dự phòng thứ phát

Phác đồ rất nhiều, tuy nhiên cái mới nhất vẫn chưa có gì thay đổi.

Phải biết TDF, 3TC, DTG là gì. Cái đề sẽ viết đầy đủ chữ.

HIV viết tắt khác, HBV viết tắt khác.

TDF: tenofovir

3TC: Lamivudine

DTG: Dolutegravir

FTC: Emtricitabine

Xét nghiệm theo dõi

- Xét nghiệm HIV cho NVYT sau 1, 3 tháng
- Tiến hành XN theo dõi tác dụng phụ ARV
 - ✓ Công thức máu, ALT, creatinine trước khi điều trị và sau 4 tuần
 - ✓ Có thể xem xét HBsAg

XN theo dõi gì đó ha.

XN HIV 1 tháng, 3 tháng.

Những XN gì đấy xem coi sau 4 tuần. Không chỉ có XN HIV không, phải xem hết XN khác.

CHỈ ĐỊNH PrEP

- HIV âm tính
- Không có Hội chứng nhiễm HIV cấp
- Có nguy cơ cao nhiễm HIV, một trong các yếu tố trong 6 tháng
 - ✓ QHTD hậu môn/ âm đạo không sử dụng BCS từ hai bạn tình trở lên
 - ✓ Có bạn tình có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ cao nhiễm HIV hoặc không rõ yếu tố nguy cơ nhiễm HIV

CHỈ ĐỊNH PrEP

- Có nguy cơ cao nhiễm HIV, một trong các yếu tố trong 6 tháng
 - ✓ Có bạn tình nhiễm HIV chưa Rx ARV hoặc Rx nhưng HIV > 200 bản sao/mL hoặc chưa được XN tải lượng HIV
 - ✓ Có tiền sử mắc hoặc đang điều trị STDs
 - ✓ Đã từng điều trị PEP và vẫn có hành vi nguy cơ cao
 - ✓ Dùng chung bơm kim tiêm hoặc dụng cụ tiêm chích
 - ✓ Yêu cầu sử dụng PrEP

- PrEP là dự phòng trước PN HIV, chỉ định nó rộng hơn.
- HC nhiễm HIV cấp là gì??

Nhiễm HIV cấp

- Xuất hiện 2-4 tuần sau khi nhiễm HIV, kéo dài 1-2 tuần
- Triệu chứng: sốt, đau cơ/đau khớp, viêm họng, hạch to, phát ban
- Chuyển đổi huyết thanh xuất hiện 4-12 tuần
- Xét nghiệm HIV RNA có thể chẩn đoán nhiễm HIV cấp tính

- Có nguy cơ cao nhiễm HIV: vân vân
- Tình huống cho bạn tình bla, hỏi có YTNC không.
- BN vô đòn uống PrEP, phải biết có chỉ định hay không

"Đọc tự hiểu nha"

CHỐNG CHỈ ĐỊNH PrEP

- HIV dương tính
- Nhiễm HIV cấp hoặc mới nhiễm HIV
- Dị ứng, CCĐ với bất kỳ thuốc PrEP
- Độ thanh thải creatinin < 60 ml/phút hoặc < 35 kg

Đánh giá có chống chỉ định không.

Độ thanh thải Cre: CCĐ của TDF.

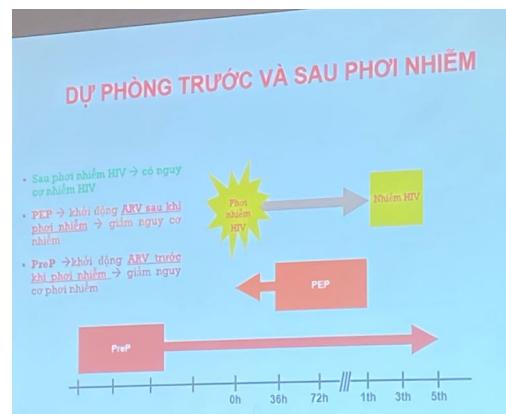
Quy trình PrEP

- **Bước 1:** Sàng lọc nguy cơ cao lây nhiễm HIV
- **Bước 2:** Tư vấn và xét nghiệm HIV
- **Bước 3:** Khai thác tiền sử và khám lâm sàng: nhiễm HIV cấp tính, VGSV B, STDs, bệnh thận.
- **Bước 4:** Xét nghiệm: creatinine, HBsAg và anti-HCV, STDs, thử thai.
- **Bước 5:** Xem xét chỉ định PrEP
- **Bước 6:** Kê đơn và tư vấn

Quy trình xem có cần uống PrEP hay không.

Thuốc Rx dự phòng PrEP

- TDF/FTC (300mg/200mg), TDF/3TC (300mg/300mg), TDF (300mg).
- **Liều dùng**
 - ❑ **Với PrEP hàng ngày:** mỗi ngày 01 viên.
 - ❑ **Với PrEP tinh huống:** TDF/FTC theo công thức: 2 + 1 + 1



Phác đồ 1 or 2 thuốc.

1 là TDF thô. 2 là TDF + 3TC or TDF + FTC.

Y5 nhớ cái bài viêm gan, 3TC trong viêm gan xài liều 100m, ở đây 300mg → coi chừng sai liều.

NGƯỜNG SỬ DỤNG PrEP

- **PrEP tình huống:** tiếp tục mỗi ngày 01 viên trong 02 ngày liên tiếp sau QHTD cuối
- Đối với nữ có nguy cơ nhiễm HIV hoặc người có nguy cơ nhiễm HIV qua đường máu: tiếp tục 07 ngày liên tiếp kể từ lần phơi nhiễm cuối cùng

Uống mỗi ngày 1 viên tới 2 ngày liên tiếp sau QHTD cuối cùng.

Theo dõi và tái khám

- Theo dõi để đảm bảo hiệu quả dự phòng và xử trí tác dụng phụ
- Tư vấn hỗ trợ đối tượng giảm các hành vi nguy cơ nhiễm HIV, bệnh lây truyền qua đường tình dục

PrEP nhìn đơn giản vậy thôi.

Nhưng trình độ mẩy đứa ngày càng giỏi → nên thầy cô đem thực tế LS vô soạn → nó không đơn giản như này.

Ví dụ vừa muốn uống PrEP vừa viêm gan B (đã điều trị/chưa điều trị) thì sao? hay tiểu đường, CKD thì uống gì.

Thuốc HBV liều khác, coi chừng lộn liều.

Đề nào đề nấy càng kinh khủng, phải vận dụng kiến thức của mình.

Chú ý: Cần phải hỏi tình trạng nhiễm VGSV B.

Vì uống tenoclovir cũng tác động lên siêu vi B => tải lượng siêu vi B hạ xuống và khi xét nghiệm có thể âm tính => uống PrEP sẽ gây âm tính giả nếu xét nghiệm VGSV B, sau khi ngưng Prep, VGB sẽ tái lại và phát triển. Sau ngưng PrEP, BN VGB phải đi tái khám.

- Khách hàng có viêm gan B: đánh giá tình trạng viêm gan B mạn và tư vấn về nguy cơ bùng phát viêm gan B khi ngừng điều trị PrEP. Tư vấn chuyển điều trị viêm gan B nếu cần.

PrEP và PEP khác nhau như thế nào?

PrEP – dự phòng trước phơi nhiễm HIV chính là sử dụng thuốc kháng vi-rút ARV đối với người chưa nhiễm HIV để ngăn ngừa nguy cơ lây nhiễm. Thuốc PrEP có hiệu quả rất cao trong phòng lây nhiễm HIV (có thể lên đến 90% nếu tuân thủ điều trị theo chỉ định của bác sĩ).

PEP – điều trị dự phòng sau phơi nhiễm, là sử dụng ARV sau khi phơi nhiễm với HIV, phải được sử dụng trong 72 giờ sau khi phơi nhiễm, sử dụng càng sớm hiệu quả càng cao. Dùng PEP trong 28 ngày. PEP cũng được chứng minh có hiệu quả trong phơi nhiễm nghề nghiệp, phơi nhiễm qua quan hệ tình dục, tiêm chích cùng bơm kim tiêm....

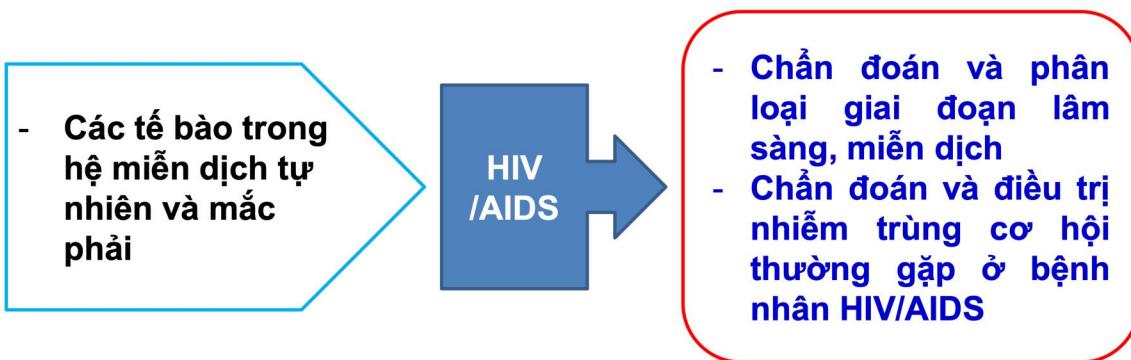
Dùng PrEP như thế nào?

Thuốc PrEP uống hàng ngày, mỗi ngày 01 viên. Có thể uống trước hoặc sau khi ăn. Nên uống vào một thời điểm nhất định để tạo ra thói quen uống thuốc đều đặn. Nếu quên liều, cần uống ngay khi nhớ ra. Tuy nhiên không được uống quá 2 liều trong một ngày (trong 24 giờ).

HIV/AIDS

HIV/AIDS

Vấn đề lâm sàng: HIV/AIDS



Học chẩn đoán, LS, 1 số bệnh NT cơ hội thường gặp.

Chẩn đoán nhỡ (+) với 3 Xn.

CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV Ở NGƯỜI LỚN VÀ ≥18 THÁNG TUỔI

3.1. Nội dung

Chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ em trên 18 tháng tuổi được thực hiện theo hướng dẫn xét nghiệm HIV quốc gia. Mẫu xét nghiệm được coi là dương tính với HIV khi có phản ứng với cả ba loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau. Các nội dung cụ thể bao gồm:

- Cung cấp thông tin trước xét nghiệm.
- Lấy mẫu làm xét nghiệm HIV khi có sự đồng ý của khách hàng.
- Quy trình thực hiện xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV theo hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm HIV.
- Tư vấn và trả kết quả và kết nối các dịch vụ sau xét nghiệm.

(Nguồn: Bộ Y tế, 2021)

Phải có sự đồng ý của BN, ko đc làm lén.

⇒ PHẢI CẬP NHẬT: không giải quyết mấy câu phúc khảo "em đọc trong sách trang mấy bla"

HIV 3 test (+) (1 test nhanh và 2 ELISA dương tính)

Yêu cầu xét nghiệm	Kết quả	Giá trị tham chiếu	Đơn vị	Tên máy	Mã PPXN
Miễn dịch					
ARC HIV Ag/Ab combo*	126.28 REACTIVE.	(<1)	S/CO	Architect*	QTHH 50-16
Determine HIV 1/2*	REACTIVE				QTHH 21-16
HIV Duo	875 REACTIVE	(<1)	COI	Cobas 8000	QTHH 53-16
Kết luận: DƯƠNG TÍNH					

Determine HIV 1/2 là test nhanh.

2 cái còn lại là ELISA: đo được dấu hiệu tham chiếu

GIAI ĐOẠN MIỄN DỊCH NHIỄM HIV Ở NGƯỜI LỚN

Mức độ	TCD4 ⁺
Bình thường hoặc suy giảm không đáng kể	> 500
Suy giảm nhẹ	359 -499
Suy giảm tiền triển	200 - 349
Suy giảm nặng	< 200

Tuỳ theo mức độ CD4 → có được mức độ SGMD

MỘT SỐ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP

- Bệnh do nấm *Cryptococcus neoformans*
- Viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii*
- Nấm miệng – nấm thức quản do *Candida sp*
- Bệnh do nấm *Talaromyces marneffei*
- Viêm não *Toxoplasma gondii*

Giới hạn chỉ học nhiêu đây thôi.

- Triệu chứng, chẩn đoán, XN, xử trí, dự phòng.
- Điều trị chủ yếu Amphotericine B, Fluconazole=Itraconazole.
- Cotrimoxazole: tên thương mại thôi → tên gốc là Trimethoprim / Sulfamethoxazole - liều bao nhiêu.
- Tuỳ theo tình huống.
- VD nấm Crypto → Amphi + Fluconazole. Trước đây chỉ có mỗi Amphi thôi, nhưng thấy khó chữa → thêm Fluco, từ 900 giờ Fluco lên 1200 rồi.
- Nếu nấm Talaromyces + nấm miệng → điều trị Amphi thôi, *do Amphi đã gồm Fluco rồi*.
- Toxoplasma phải đọc được MRI, chắc gì là Toxo đâu. Nhiều năm hỏi Toxo rồi, giờ quăng cái hình MRI vô hỏi cái khác → phải biết.
- Viêm phổi PCP cũng vậy, phải biết coi hình → có thể lao.
- 5 cái NT cơ hội, nhiều khi không hỏi chẩn đoán chính đâu → hỏi CDPB

- CĐPB bằng gì: Xquang, XN gì. ⇒ Phải đọc đề cho kỹ, đừng thấy mô kẽ là PCP, “nói cho biết trước”.

▼ Kể tên **3 bệnh cảnh do nấm** thường gặp trên BN AIDS và **tên 3 loại thuốc kháng nấm** sử dụng để điều trị các loại bệnh do nấm này.

- Cryptococcus neoformans: viêm màng não bán cấp, viêm phổi
- Talaromyces marneifeii: nhiễm nấm lan tỏa (viêm màng não, viêm phổi, sang thương da?)
- Toxoplasma gondii: viêm não (sốt, co giật, dấu thần kinh định vị)
- Candida albicans: nấm miệng, nấm họng, nấm thực quản

Thuốc kháng nấm:

▼ Fluconazole

- Kết hợp với với Amphotericin B điều trị viêm màng não do Cryp
- Điều trị các loại nấm miệng, họng, thực quản

▼ Amphotericin B

- Talaromyces marneifeii
- Cryptococcus neoformans

▼ Cotrimoxazole

- Toxoplasma gondii
- Pneumocystic jirovecii

▼ BN nam 26t, mới phát hiện nhiễm HIV, chưa điều trị ARV, TCD4 15 tb/ μ L, nhập viện vì sốt, nhức đầu tăng dần 3 tuần. Khám: bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn, cổ gượng (+), không dấu thần kinh định vị, các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường.

a. Nêu 2 chẩn đoán phù hợp nhất đối với BN này.

b. Nêu các XN cụ thể cần thực hiện giúp xác định 2 chẩn đoán trên

▼ 2 chẩn đoán phù hợp

- Viêm màng não do Cryptococcus neoformans/AIDS
- Lao màng não/AIDS

▼ CLS

- Chọc dò tủy sống
 - Đo áp lực mỏ
 - Sinh hóa: đạm, đường, chlor, lactate
 - Tế bào: số lượng tế bào (hồng cầu, bạch cầu) và thành phần bạch cầu (neutrophil, lymphocyte, eosinophil)
 - Vi sinh
 - Soi: nhuộm gram vi khuẩn, AFB, nhuộm mực tàu tìm nấm
 - Cấy: vi khuẩn, nấm/môi trường Sabouraud
 - Khác: LFA-CrAg, cấy lao
- Đường huyết tĩnh mạch cùng lúc chọc dò

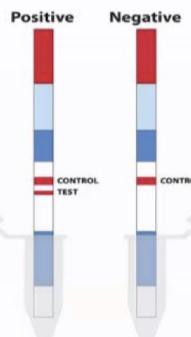
Bệnh do nấm Cryptococcus



Phương pháp nhuộm mực tàu



Phương pháp nuôi cấy



Positive Negative

CONTROL CONTROL

Phương pháp xét nghiệm CrAg

Photos are from slide courtesy of Dr. Julia Harris, Mycotic Diseases Branch, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), US

Nấm Cryptococcus neoformans:
Là một loại nấm có ái lực thần kinh rất
là mạnh nên bệnh cảnh lâm sàng
thường gặp là viêm màng não bán cấp,
bn biểu hiện = sốt, khoảng 2 tuần, có
dấu cổ gương, dấu màng não.
Tiêu chuẩn vàng là chúng ta tìm thấy
nấm hạt men vách dày chiết quan bằng
phương pháp nhuộm mực tàu trên
phết dịch não tủy.
Trong tình huống không phát hiện liên
quan đến tay nghề của ktv hay do mật
độ nấm trong dịch não tủy là quá ít, thì
gần đây chúng ta có 1 xn nhanh kn nấm
Cryptococcus trong dịch não tủy hay
trong máu, trả kết quả trong 5-10p và
rất có ý nghĩa trên lâm sàng, giúp ta
nhận diện sớm viêm màng não nấm do
Cryptococcus neoformans.

▼ Điều trị

VMN do Cryptococcus

- Tấn công: ít nhất 2 tuần, Amphotericin B + Fluconazole
 - Amphotericin B deoxycholate 1mg/kg/ngày + Fluconazole 900mg/ngày trong 2 tuần (anh kêu giờ Fluco 1200 rồi)
- Y lệnh: (50kg)
 - **Amphotericin B 50mg 01 lọ**
Pha nước cất 10mL + Glucose 5% 500mL TTM **XXX giọt/phút**
đến khi LS cải thiện và cấy DNT (-)

- Fluconazole 150mg 03 viên x 2 uống
ít nhất 2 tuần
- Củng cố: Fluconazole ít nhất 8 tuần (900mg/ngày)
 - Fluconazole 150mg 03 viên x 2 uống
- Duy trì: suốt đời cho đến khi TCD4 > 50/uL trong 6 tháng (150-200mg/ngày)
 - Fluconazole 150mg 01 viên uống

Bệnh do nấm *Cryptococcus*

×

Tấn công

- 2 tuần
- Amphotericin B + Fluconazole

Củng cố

- 8 tuần
- Fluconazole

Duy trì

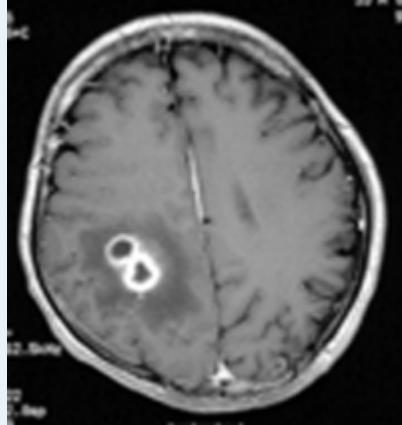
Fluconazole

Điều trị qua 3 giai đoạn:

1. Tấn công.
2. Củng cố.
3. Duy trì: ít nhất 6 tháng và phải có CD4 trên 200.

▼ Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, mới phát hiện nhiễm HIV, chưa điều trị ARV, TCD4 15 tế bào/ μ L, nhập viện vì sốt nhẹ và yếu 1/2 người bên phải khoảng 2 tuần kèm kết quả MRI sọ não như hình bên.

1. Hãy đọc kết quả MRI não và đưa ra chẩn đoán phù hợp nhất



- Tổn thương tăng quang dạng vòng nhẫn ở nhu mô thùy đỉnh (T) kèm phù não xung quanh, không đẩy lệch đường giữa

Chẩn đoán: Viêm não do Toxoplasma gondii / AIDS

2. Kể tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian điều trị tấn công và duy trì đối với bệnh cảnh này

- Điều trị tấn công

Phác đồ ưu tiên (ít nhất **6wks**, dài hơn nếu tr/c ls cải thiện ít hoặc tổn thương não lan rộng): Cotrimoxazole: TMP **10mg/kg/ngày**

- Y lệnh (50kg)
 - Cotrimoxazole 960 (160+800) mg
2 viên x 2 (uống) x 6 tuần
 - Corticoid
Dexamethasone 4mg/ml
4 ống x 4 (TM)

đến khi cải thiện lâm sàng

- Điều trị duy trì

Cotrimoxazole 960mg

1 viên x 2 (uống)

Ngừng khi TCD > 100 tb/mm³ trong ≥6 tháng

- ▼ Phác đồ

Viêm não do *Toxoplasma gondii*

Người lớn:

- Tấn công
 - Cotrim liều dựa trên TMP **10 mg/kg/ngày** chia 2 lần/ngày x **6 tuần**
 - Duy trì: co-trimoxazole uống liều 960 mg/ngày
 - Ngừng khi người bệnh điều trị ARV có CD4 trên 350 TB/mm³ ≥ 6 tháng

Điều trị duy trì

- Phác đồ ưu tiên: Pyrimethamine (25-50 mg/ngày) + Sulfadiazine (1g x 6 giờ/lần/ngày).

- Phác đồ thay thế:

- + Trimethoprim + Sulfamethoxazole 960 mg 1 viên mỗi 12 giờ hoặc
- + Clindamycin 600 mg uống mỗi 8 giờ + Pyrimethamine 25 – 50 mg/ngày.
- + Folic acid 10 – 25 mg/ngày.

Ngừng điều trị duy trì khi người bệnh điều trị ARV có TCD4+>100 tế bào/mm³ ≥ 6 tháng.

▼ BN nam, 26t, phát hiện nhiễm HIV 8 năm, chưa điều trị ARV, nhập viện vì sốt, ho khoảng 3 tuần.

1. Nêu 2 chẩn đoán phù hợp

2. Nêu các XN cần thực hiện giúp xác định 2 chẩn đoán trên.

▼ 2 chẩn đoán

- Viêm phổi do Pneumocystic jirovecii/AIDS
- Lao phổi/AIDS
- Viêm phổi do Talaromyces marneifieii

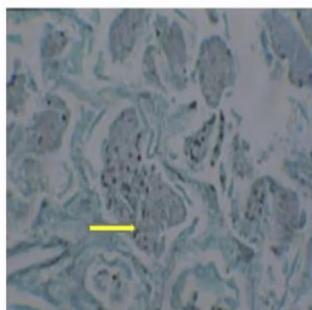
▼ CLS

- TCD4
- Xquang ngực thẳng
- Soi AFB đàm 3 mẫu 3 buổi sáng liên tiếp

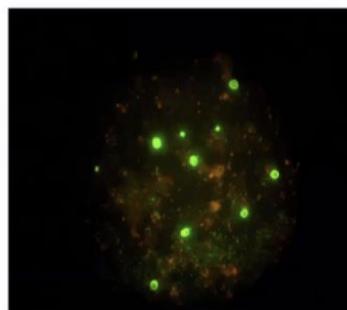
▼ Nhuộm bạc hoặc MDQH đàm soi tìm dương bào nấm P.Jirovecii?

VIÊM PHỔI DO *P.Jirovecii* (P.C.P)

- Nhuộm bạc



- MD huỳnh quang



Đây là một viêm phổi bán cấp, bn thường nhập vì sốt nhẹ, khó thở và có thể dẫn đến suy hô hấp.

X quang là viêm mô kẽ. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán: Soi tìm đường bào nấm PCP trong đào, chúng ta có thể dùng nhuộm bạc/ miễn dịch huỳnh quang. Và gần đây kỹ thuật PCR cũng được ứng dụng để chẩn đoán 1 trường hợp PCP.

Soi đào tìm đường bào nấm *P.Jirovecii*

▼ Điều trị

Điều trị tấn công: **21 ngày**: Cotrimoxazole 15mg/kg/ngày (TMP)
Cotrimoxazole 480mg (400+80)
3 viên x 4 (uống)

PCP

• Phác đồ ưu tiên:

- Cả người lớn và trẻ em
- Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX)
- Liều dùng: tính theo liều TMP
 - 15-20 mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày x 21 ngày
 - < 40 kg: **TMP-SMX** 960 mg 2 viên/lần x 2 lần/ ngày
 - > 40 kg: **TMP- SMX** 960 mg 2 viên/lần x 3 lần/ ngày

Phác đồ đầu tay: TMP-SMX.

Đối với PCP chúng ta cần 1 chẩn đoán phân biệt là lao phổi.

▼ BN nam, 20 tuổi, mới phát hiện HIV 2 tuần, CD4= 50 tế bào. Nhập viện vì sốt, nổi sẩn da ở mặt, lõm trung tâm, niêm hồng nhạt, soi sang thương da là

nấm hạt men nằm trong và ngoài tế bào, cấy máu ra nấm dạng sợi.

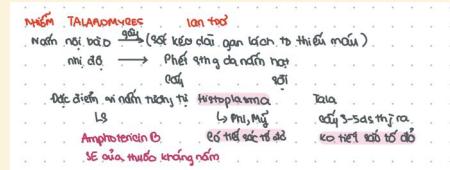
a. Nêu 1 CĐSB + 1 CĐPB nghĩ nhiều nhất.

b. Điều trị tấn công khi cấy ra nấm tiết sắc tố đỏ (thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian sử dụng)

▼ Chẩn đoán

CĐSB: Nhiễm *Talaromyces marneffei* lan tỏa/AIDS

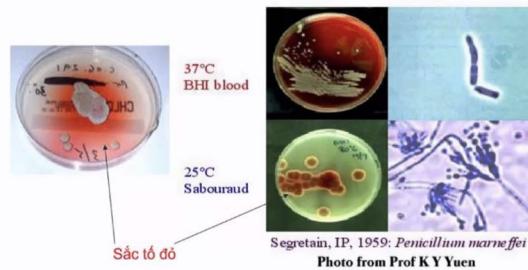
CĐPB: Nhiễm *Histoplasma capsulatum* huyết/AIDS



CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán = xn vi sinh, soi thì ta thấy tb nấm hạt men trong
vào ngoài tế bào và cấy trên môi trường máu, tiết sắc tố đỏ, ta
có thể lấy nhiều mẫu như máu, dịch tụy, tủy xương, mủ.

Cấy máu/ sần da/ tủy xương/ dịch cơ thể/ mủ áp xe: **nấm dạng sợi**



▼ Điều trị

- Giai đoạn tấn công: 2wks

- Amphotericin B 50mg 01 lọ

Pha 10ml nước cất + Glucose 5% 500ml TTM

- Giai đoạn củng cố: 8-10 wks

Itraconazole 200mg x 2 lần/ngày (u)

- Giai đoạn duy trì: Itraconazole 200mg x 2 lần/ngày (u) đến khi TCD
> 200 tb/mm³ trong ≥ 6 tháng

Nhiễm nấm *Penicillium marneffei*

- Giai đoạn tấn công: 2 tuần
 - Amphotericin B (0,7 - 1,5 mg/kg/ngày) x 2 tuần
 - Giai đoạn củng cố: 8 - 10 tuần
 - Itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày (ở trẻ em 5 - 6 mg/kg x 2 lần/ngày)
 - Phác đồ thay thế:
 - Itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày x 8 tuần.
- Gồm 3 giai đoạn:
- 1 Tấn công
 - 2 Củng cố
 - 3 Thay thế: Trong trường hợp không có Amphotericin hoặc có chống chỉ định như suy thận tiến triển thì ta có thể thay thế bằng

▼ Tư vấn

3. Tư vấn

HIV: 1 test nhanh, 2 ELISA

HBV, HCV: HBsAg, Anti-HCV

CTM

Đếm tế bào TCD4

CrAg

Creatinine máu, AST, ALT

Ion đồ

NÓI TRƯỚC: đề không đơn giản như mình nghĩ đâu, nó sẽ phức tạp hơn xíu nhưng vẫn nằm trong bài. Đánh giá cá nhân thấy đề khó nên "về học bài giùm tu".

Nhiễm có 14 câu !!!