

## CHỦ ĐỀ 2 – QUẢN LÝ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA TÌNH DỤC ( STDs )

GV hướng dẫn : Cô Hồng Hoa – anh Hoàng

### 1 TÌNH HUỐNG 1: KIM ĐÂM VÀO TAY KHI PHẪU THUẬT

Một nữ phẫu thuật viên đang mang thai, tuổi thai 10 tuần vô kinh. Cô ta bị kim khâu đâm vào ngón tay khi đang thực hiện một phẫu thuật cấp cứu vì xuất huyết nội do thai ngoài tử cung vỡ. Vết kim đâm không chảy máu.

Bệnh nhân là một phụ nữ độc thân, có nhiều bạn tình, không bao giờ dùng bao cao su. Test nhanh HIV trước mổ âm tính.

Cuộc mổ ghi nhận thai ngoài tử cung trên một nền di chứng viêm vùng chậu mạn có biểu hiện của hội chứng Fitz-Huges-Curtis.

Phẫu thuật viên đã được tiêm phòng đủ với HBV.

Cô ta rất lo lắng về khả năng bị nhiễm HIV.

Bạn sẽ làm gì? Chọn một phương án.

- A. ● Không có nguy cơ phơi nhiễm HIV. Không làm gì thêm
- B. ● Nguy cơ thấp phơi nhiễm HIV. Test HIV cho cô ta sau 3 và 6 tháng
- C. ● Nguy cơ thấp phơi nhiễm HIV. Mời bệnh nhân test HIV sau 3 và 6 tháng
- D. ● Làm thêm test nhanh cho bệnh nhân. Nếu test âm, xem như nguy cơ thấp
- E. ● Làm thêm Western Blot cho bệnh nhân. Nếu test âm, xem như nguy cơ thấp
- F. ● Nguy cơ cao phơi nhiễm HIV. Cần điều trị dự phòng ngay không chờ kết quả test kiểm tra sau đó

### LỜI GIẢI KHỎI Y13

Thời gian điều trị dự phòng HIV : 72h sau thời điểm đâm kim.

Test HIV : 7 ngày mới có kết quả.

BN có đồng ý làm thêm test để chẩn đoán HIV không , khi mà BN đã thấy có test nhanh HIV âm tính.

Điều trị ARV trên BN mang thai : tỉ lệ tác dụng phụ tương đương với nhóm BN không mang thai, nhưng uống tới 8 tuần, liệu BS phẫu thuật viên có chịu nổi không ?

### Bàn luận

BN :

- Với YTNC nhiều như vậy, test nhanh HIV (-) nhưng có thể là giả cửa sổ
- Nên khuyên BN test lại sau 3 tháng ( mình đã khuyên rồi BN có chịu đi hay không thì là tùy BN)

Bác sĩ PTV :

- Nguồn phơi nhiễm không rõ ràng
- Tỉ lệ nhiễm HIV qua kim đâm là 0,03% nếu nguồn lây (+) HIV rõ ràng.

- Thai 10 tuần
- Cần cân nhắc giữa lợi ích và tác hại của việc uống thuốc dự phòng
  - + Ưu : ngừa lây nhiễm HIV cho mẹ và con ( uống càng sớm càng ngăn chặn sớm)
  - + Khuyết : tác dụng phụ của thuốc → tỉ lệ người chịu tác dụng phụ không cao, vậy có chắc BS này sẽ bị tác dụng phụ của thuốc không ?

⇒ Anh Hoàng vẫn **chọn đáp án F.**

### LỜI GIẢI KHỎI Y12

PTV đang có thai → nếu nhiễm HIV là ảnh hưởng cả mẹ và con → chiến lược điều trị mang 1 tinh thần khác. : quan trọng là giảm lây nhiễm cho mẹ và con

BN có : Test nhanh (-), nhưng có thể là giai đoạn cửa sổ

YTNC nhiều

Bệnh sử : TNTC vỡ

Cuộc mổ ghi nhận TNTC trên nền di chứng viêm vùng chậu → khả năng STDs cao.

→ Test nhanh này có thể chưa phát hiện HIV (1)

Uống ARV dự phòng : không ảnh hưởng thai, tác dụng phụ là nôn, khó chịu → nhưng với mẹ thì miễn không lây cho con thì mẹ sẽ chịu.(2)

Thực tế với BN, việc khuyên BN nên thử lại test HIV sau đó là không khả thi ( thường sẽ mất dấu và không theo dõi được) (3)

Từ (1),(2),(3) ⇒ PTV này có nguy cơ nhiễm HIV nên điều trị dự phòng

Tóm lại : theo quy trình khởi điểm khuyến cáo tầm soát HIV là test nhanh. Nhưng với Bn có quá nhiều YTNC như vậy thì nên làm các test chuyên sâu để chẩn đoán HIV.

### TÌNH HUỐNG 2: TỔN THƯƠNG LOÉT KHÔNG BẰNG CHỨNG

Một phụ nữ trẻ đang mang thai, tuổi thai 10 tuần vô kinh. Từ khi biết có thai, cô ta hầu như không có quan hệ tình dục. Lần quan hệ tình dục duy nhất từ khi có thai là cách nay khoảng gần 2 tuần. Cô ta đến vì phát hiện có một vết loét không đau ở âm hộ. Quan sát thấy tổn thương loét có các đặc điểm của chancre giang mai.

Xét nghiệm VDRL âm tính. FTA âm tính.

Bạn sẽ làm gì? Chọn các câu đúng

- A. Xác định không có giang mai. Không làm thêm test chẩn đoán.
- B. Chưa xác định giang mai. Làm thêm test chẩn đoán để xác định
- C. Không cần test. Điều trị như giang mai, theo phác đồ giang mai nguyên phát
- D. Chờ làm thêm test. Điều trị khi có xác định giang mai bằng các test
- E. Phá thai nếu xác định là giang mai. Điều trị giang mai
- F. Nếu xác định là giang mai cũng không cần phải phá thai. Điều trị giang mai. Theo dõi thai

### LỜI GIẢI KHỎI Y12 ( Y13 KHÔNG LÀM CASE NÀY)

Giang mai có thể qua thai bất kì giai đoạn lúc nào .

- TCN 1: 70% thai lưu, sảy thai
- TCN 2: gây sảy thai muộn

Penicilin có thể gây dị ứng → pư MD dữ dội → ko được dùng Penicilin vô thường vô phạt.

BN đang nhiễm GM cấp → xác suất ảnh hưởng thai rất cao (70%)

⇒ cô Hồng Hoa chọn đáp án E.

### Quan điểm thầy Luân :

Thai này nguy cơ dị tật rất cao

Nguy cơ GM bẩm sinh :

- Luôn luôn tồn tại
- Phụ thuộc hiệu giá kháng thể, giai đoạn giang mai, giai đoạn thai kì → thay đổi tùy theo mọi bà mẹ . Thường gặp nhất là GM không biết, chỉ được phát hiện khi làm huyết thanh.

⇒ Khuyến cáo : Tầm soát giang mai ở mọi bà mẹ và điều trị giang mai ở mọi tuổi thai.

CDC nói rõ: huyết thanh GM (+) ở nửa sau thai kì → phải điều trị ngay GM và đồng thời thực hiện khảo sát các dị tật thai.

Penicilin là lựa chọn tốt trong điều trị GM/ thai kì : là vũ khí được lựa chọn . CDC khuyến cáo nếu bà bầu bị GM và dị ứng với Penicilin thì vẫn điều trị bằng Penicilin với pp giải miễn cảm.

Săng có 2 loại :

- Săng cứng → giang mai
- Săng mềm → hạ cam mềm

Nguyên tắc :

- Loét sinh dục : chỉ cần quan sát trên LS, nếu ghi nhận hình ảnh điển hình , điều trị luôn không chờ CLS.
- XN CLS là mục đích để thuyết phục bạn tình đi khám
- 1 BN sảy thai liên tiếp nhiều lần , cần được tầm soát giang mai.

Hướng xử trí :

Giang mai thai kì ( có QHTD ) + Vết loét có đủ đặc điểm của săng GM ( dù XN âm tính )

- **Điều trị GM luôn** , không chờ xét nghiệm (+) mới điều trị ( vì mình vẫn hy vọng là GM chưa ảnh hưởng thai nhi )
- **Không phá thai , theo dõi và tư vấn cho sản phụ.**

Siêu âm theo dõi → chờ đến 14 tuần chọc ối . Nếu (+) GMBS thì tư vấn sản phụ bỏ thai .

- Tuy nhiên (+) cũng ko chắc chắn 100% là GM bẩm sinh

- Tư vấn còn tùy theo sản phụ này có hiếm muộn không ? PARA như thế nào?

→ để sản phụ tự lựa chọn.

Kết luận : Thầy Luân chọn đáp án C,F ( thầy nghiêng về theo dõi và tư vấn nhiều hơn )

### Ngoài lề:

- Điều trị Trichomonas : ưu tiên của thầy Luân là Tinidazole
- 1 BN HIV (+) : tầm soát các STD khác và HPV như người bình thường .

### **TÌNH HUỐNG 3: VDRL DƯƠNG TÍNH**

Một phụ nữ đang có thai ở tuần thứ 20, đến khám thai tại bệnh viện tuyến tỉnh. Cách nay khoảng vài tuần, bà ta có bị một tổn thương ở âm hộ. Lúc đó, bà đi khám tại trạm y tế với kết luận là Herpes. Vì nghi ngờ, nên bạn đã cho thực hiện lại các xét nghiệm huyết thanh với kết quả VDRL dương tính.

Test FTA kiểm tra dương tính.

Bạn sẽ làm gì? Chọn giữa A và B. Nếu bạn chọn B, hãy cho biết thêm bạn chọn gì giữa C, D, E và F?

- A. Chấm dứt thai kỳ
- B. Không chấm dứt thai kỳ
- C. Nếu không chấm dứt thai kỳ: Kháng sinh điều trị ngay và đủ là đủ để dự phòng giang mai bẩm sinh
- D. Nếu không chấm dứt thai kỳ: Cần theo dõi diễn biến huyết thanh dự báo giang mai bẩm sinh
- E. Nếu không chấm dứt thai kỳ: Cần theo dõi bằng siêu âm để phát hiện giang mai bẩm sinh
- F. Nếu không chấm dứt thai kỳ: Cần thực hiện chọc ối để chẩn đoán giang mai bẩm sinh

### **LỜI GIẢI KHỎI Y13 ( Y12 KHÔNG LÀM CASE NÀY)**

Tóm tắt : BN này có các vấn đề:

- Thai 20 tuần
- Tổn thương âm hộ : tuyến dưới chẩn đoán là Herpes.
- VDRL (+) , FTA (+)

Phân tích : hướng xử trí của tình huống 2 và tình huống này có khác nhau ko?

- Case tình huống 2 : loét sinh dục điển hình GM + XN âm tính
- Case này : tổn thương âm hộ ( ko rõ đặc điểm ) + XN dương tính.

Bàn luận: cô Hồng Hoa hướng dẫn

- BN này được chẩn đoán là giang mai
- Thai nhi : có GM bẩm sinh không? Xử trí ntn ?

Case này 2 khả năng là

- (1) là GM cấp ( giai đoạn nguyên phát ) : nếu vậy thì đặc tính vết loét phải điển hình của giang mai chứ nhĩ (?), với lại cũng chưa ghi nhận có QHTD gần đây (?)
- (2) là giai đoạn tiềm ẩn sớm : không triệu chứng nhưng XN dương tính

Nếu là GM cấp khả năng lây cho thai nhi là 100%. Nếu là GM tiềm ẩn sớm khả năng lây cho thai là 10%.

<p><b>GIANG MAI TRONG THAI KỲ</b>  <i>Treponema pallidum</i> có thể xuyên qua bánh nhau ở bất kỳ thời điểm nào của thai kỳ.</p> <p>Hoạt động của <i>Treponema pallidum</i> trong thai kỳ có thể gây giang mai bẩm sinh.</p> <p>Giang mai lây nhiễm cho thai nhi chắc chắn gần 100% nếu mẹ trong giai đoạn giang mai sớm.</p> <p>Trong giai đoạn giang mai tiềm ẩn, do vi khuẩn bị ức chế bởi lượng kháng thể đáp ứng, nên tỉ lệ lây nhiễm sẽ giảm xuống 10%.</p> <p>Tỉ lệ mắc giang mai bẩm sinh tăng dần theo sự chậm trễ của điều trị.</p> <p>Nếu có điều trị cho thai phụ bị nhiễm giang mai, thì tùy theo giai đoạn thai phụ được điều trị là ở giai đoạn nào (nguyên phát, thứ phát hay tiềm ẩn sớm) mà tỉ lệ thai bị nhiễm giang mai bẩm sinh sẽ cao dần (lần lượt là 50%, 67% và 83%).</p> <p>So với các trường hợp không bị giang mai, nguy cơ kết cục xấu cho thai trong trường hợp giang mai không điều trị chiếm tỉ lệ khoảng 52%.</p> <p>Các vấn đề liên quan đến giang mai bao gồm bao gồm: sảy thai và thai lưu (21%), chết thai (9.3%), sinh non và nhẹ cân (5.8%), có biểu hiện giang mai bẩm sinh (15%).</p> <p>Các dấu chứng của phù thai không do tự miễn (bảng bụng, tràn dịch màng phổi, phù da đầu hoặc da toàn thân), gan to, đa ối và phù nhau là các dấu chứng của giang mai bẩm</p>	<p>sinh. Siêu âm có giá trị trong việc chẩn đoán các dấu chứng này khi thai trên 20 tuần.</p> <p>Chọc ối tìm vi khuẩn <i>Treponema pallidum</i> giúp chẩn đoán thai nhiễm giang mai sớm hơn.</p> <p>Tầm soát giang mai trong thai kỳ nhằm phát hiện, điều trị sớm và giảm các hệ quả của giang mai trên thai nhi.</p> <p>Giang mai bẩm sinh luôn là một vấn đề toàn cầu và WHO luôn xem hạn chế giang mai bẩm sinh là một trong mục tiêu thiên niên kỷ.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tầm soát giang mai trong thai kỳ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Đối tượng tầm soát</td><td>Nên tầm soát nhiễm giang mai cho mọi thai phụ</td> </tr> <tr> <td>Thời điểm tầm soát</td><td>Trong thai kỳ Thường qui ở lần khám thai đầu tiên Lặp lại thường qui vào đầu TCN III  Trong chuyển dạ/lúc sinh con Nếu chưa tầm soát trước đó hoặc Nếu có nguy cơ cao nhiễm giang mai</td> </tr> <tr> <td>Phương cách tầm soát</td><td>Xét nghiệm có <i>treponema</i> và xét nghiệm không có <i>treponema</i></td> </tr> <tr> <td>Tiêu chuẩn chẩn đoán</td><td>Dương tính với cả hai loại xét nghiệm có <i>treponema</i> và không có <i>treponema</i></td> </tr> </tbody> </table>	Tầm soát giang mai trong thai kỳ		Đối tượng tầm soát	Nên tầm soát nhiễm giang mai cho mọi thai phụ	Thời điểm tầm soát	Trong thai kỳ Thường qui ở lần khám thai đầu tiên Lặp lại thường qui vào đầu TCN III  Trong chuyển dạ/lúc sinh con Nếu chưa tầm soát trước đó hoặc Nếu có nguy cơ cao nhiễm giang mai	Phương cách tầm soát	Xét nghiệm có <i>treponema</i> và xét nghiệm không có <i>treponema</i>	Tiêu chuẩn chẩn đoán	Dương tính với cả hai loại xét nghiệm có <i>treponema</i> và không có <i>treponema</i>
Tầm soát giang mai trong thai kỳ											
Đối tượng tầm soát	Nên tầm soát nhiễm giang mai cho mọi thai phụ										
Thời điểm tầm soát	Trong thai kỳ Thường qui ở lần khám thai đầu tiên Lặp lại thường qui vào đầu TCN III  Trong chuyển dạ/lúc sinh con Nếu chưa tầm soát trước đó hoặc Nếu có nguy cơ cao nhiễm giang mai										
Phương cách tầm soát	Xét nghiệm có <i>treponema</i> và xét nghiệm không có <i>treponema</i>										
Tiêu chuẩn chẩn đoán	Dương tính với cả hai loại xét nghiệm có <i>treponema</i> và không có <i>treponema</i>										

Dù là giai đoạn nào thì khả năng GM lây cho thai đều cao . Theo cô , đây là GM cấp → thai kì này bất thường rất cao : khả năng GM bẩm sinh cao → chấm dứt thai kì .

Cho dù mình có SA và chọc ối vẫn có (-) giả, và có những trường hợp GM bẩm sinh biểu hiện trễ tới lúc đưa con 5 tuổi mới biểu hiện bệnh , vậy tương lai đứa bé sẽ ra sao ? lúc bố mẹ mất ai sẽ nuôi đứa bé?

⇒ **quan điểm của cô : chấm dứt thai kì , chọn đáp án A** ( lưu ý đề này nằm trong bài test chuẩn BS ở Úc và đáp án người ta chọn là chấm dứt thai kì : chắc người ta quan niệm về gánh nặng xã hội và gia đình ) . Cô nói : cô đấu với thầy Luân về quan điểm này bấy lâu nay.

### Ý kiến khác – anh Hoàng

- Tổn thương ban đầu : không rõ đây có phải là loét GM không?
- VDRL : có thể (+) giả trong nhiều trường hợp do pư chéo
- FTA : có thể dương tính lâu dù BN đã khỏi GM

→ Hiện tại không rõ ràng rằng thai phụ có giang mai hay không? Có lây nhiễm cho con chưa? gây giang mai bẩm sinh ko?

→ Không chấm dứt thai kì, theo dõi bằng Siêu âm và Chọc ối để làm rõ vấn đề. Tuy nhiên:

- Siêu âm : có thể ko thấy hình ảnh GM bẩm sinh
- Chọc ối : cũng có thể âm tính

→ Nếu thật sự thai nhi có GM bẩm sinh thì hiện tại GM bẩm sinh vẫn có hướng điều trị được  
 ⇒ Cho nên theo dõi thai kì và tư vấn cho người mẹ là được, không cần CDTK. Chọn đáp án E, F.

- Phải sử dụng cả 2 loại XN HT để chẩn đoán ;  
 + Xn không đặc hiệu (không chứa Treponema) : VDRL, RPR  
 + Xn đặc hiệu : FTA-abs, TP-PA, MHA-TP

\* XN không đặc hiệu : VDRL

VDRL (+)	Thật	- Đang mắc bệnh - Đã điều trị rồi
	Giả	- Sốt siêu vi, sốt rét, ma túy, bệnh hệ thống (1 bệnh nội khoa khác kq GM) - mang thai - đã Rx khỏi nhưng > GM tiềm ẩn muộn nên còn sọc HT
VDRL (-)	Thật	- Không bệnh - Đã điều trị khỏi rồi
	Giả	- Gđ sớm : chưa biểu hiện huyết thanh - Đầu GMII, lượng KT quá nhiều ức chế quá trình ngưng kết nên (-) - Gđ muộn - SGMD

\* XN đặc hiệu : TPHA

VDRL (-)		VDRL (+)	
TPHA (-)	TPHA (+)	TPHA (-)	TPHA (+)
- Không mắc bệnh - giai đoạn sớm < 3w, nếu nhiều yếu tố nghi ngờ thì sau vài tuần cho XN lại - Đã điều trị rồi - SGMD	- Đã bị và điều trị khỏi - Gđ prozone: R (-) giả do KT quá nhiều ỨC ngưng kết	- 3-4w - VDRL (+) giả do nhiễm siêu vi khả năng mắc bệnh cao nếu R=32..	- Đang mắc chưa điều trị - GM gđ muộn