

CĐ2. NHIỄM TRÙNG TORCH (Thầy Luân)

Thursday, March 25, 2021 10:13 PM

★1. RUBELLA

1. Tiếp cận BN nhiễm RUBELLA

1. IgM (+), IgG (-)

- Nếu BN có triệu chứng nhiễm siêu vi, thì nhiều khả năng BN mới bắt đầu nhiễm -> thử lại IgG sau 2 tuần, nếu:
 - IgG chuyển đổi huyết thanh thành (+) -> chẩn đoán nhiễm Rubella **mới và cấp**
 - Nếu IgG không chuyển đổi -> nhiều khả năng IgM (+) giả do nguyên nhân khác

1. IgM (-), IgG (+): hiện tại BN đang có bằng chứng miễn dịch của IgG dương

1. Nếu BN đã từng có miễn dịch của Rubella: tiền căn chích ngừa hoặc từng nhiễm trong thai kì trước, hoặc có bằng chứng nhiễm Rubella trước thai kì -> lần này không nhiễm, và đã có miễn dịch
2. Nếu BN chưa từng có kết quả xét nghiệm Rubella trước đó -> không thể biết được BN nhiễm Rubella khi nào. Ví dụ nếu phát hiện BN có IgM (-), IgG (+) ở tuần thứ 18 thì không thể biết được thời điểm nhiễm Rubella của BN. Khi này, chúng ta cần khai thác kĩ lại bệnh sử, xem các bằng chứng có đủ mạnh mẽ để thúc đẩy BS thực hiện test xâm lấn không?
 - Nếu BN không có yếu tố dịch tễ, không có đợt bùng dịch Rubella gần đây, IgG ổn định, không có triệu chứng lâm sàng -> nguy cơ không quá lớn, nhiều khả năng bị nhiễm từ ngoài thai kì -> không có khuyến cáo chẩn đoán bằng test xâm lấn
 - Nếu BN có yếu tố dịch tễ, bản thân bị sốt phát ban -> cần làm test chẩn đoán xâm lấn

3. IgM (-), IgG (-): hiện tại không nhiễm

- Sau khi nhiễm Rubella là giai đoạn Virus trong máu, là thời gian lây nhiễm cho bào thai, khoảng 6-8 tuần sau nhiễm -> SA hình thái học xem bé có biểu hiện của nhiễm trùng bào thai hay không.
 - Nếu mọi thứ bình thường, làm lại một test IgG IgM vào tam cá nguyệt thứ 2, trước thời điểm làm SA hình thái học
 - Nhưng nếu trong khoảng thời gian đó có biến cố (tiếp xúc với vùng dịch tễ Rubella, sốt nhiễm siêu vi) -> tái khám và làm test huyết thanh sớm hơn
- Nếu làm test mỗi 2 tuần thì không có lợi, do tăng gánh nặng tài chính và lo lắng cho bệnh nhân nếu BN không có nguy cơ cao

4. IgM (+), IgG (+): hiện tại BN đang nhiễm, nhưng không biết cái nào có trước

- Xác định cái nào có trước là điều quan trọng nhất.
 - Xem IgM có về âm tính theo thời gian hay không, BN có yếu tố dịch tễ, triệu chứng mạnh không -> nhiễm Rubella cấp
 - Nếu IgM kéo dài -> Dương giả, do nhiễm chéo một Virus nào đó
 - Nếu nghi ngờ, làm IgG activity để xem nhiễm mới cấp hay tái nhiễm (IgG avidity VN mình ko có làm, nếu có làm thì cũng gửi mẫu sang nước ngoài)

3. Các lưu ý

IgG là một miễn dịch nhớ, có thể bảo vệ người mẹ sao cho không bị tái nhiễm

- Nếu thời điểm BN nhiễm Rubella từ sau 16 tuần thì khả năng bé bị CRS (hội chứng Rubella bẩm sinh) giảm đáng kể so với thời điểm trước 16 tuần
- Siêu âm hình thái học vào 20-24w có thể bỏ sót thai nhiễm Rubella, tuy nhiên nếu SA mà không phát hiện bất thường thì nhiều khả năng thai không có hội chứng nhiễm Rubella bẩm sinh (CRS), do thai nhiễm Rubella có nhiều mức độ khác nhau, nếu nhiễm độ nhẹ thì không bị dị tật -> tùy mức độ chấp nhận của gia đình với một thai bị nhiễm Rubella nhưng chỉ có bị ảnh hưởng đến một số cơ quan mà SA hình thái không đánh giá được như mắt, tai mà Bác sĩ quyết định có làm test xâm lấn chẩn đoán hay không

★ 2. GIANG MAI

- Giang mai là một tổn thương có thể có ở khắp mọi nơi (âm hộ, âm đạo, dương vật)
- Và giang mai thì không đau -> khó phát hiện
- Triệu chứng:
 - Vết loét phẳng, sạch
 - Nền phẳng, cứng
 - Không đau
 - Có hạch bẹn

1. Xét nghiệm tầm soát giang mai

- Non treponemal test (RPR, VDRL): là test tìm chỉ báo, các chất được cơ thể phóng thích ra khi giang mai tấn công cơ thể -> Nếu BN có vi trùng trong người, còn PƯ viêm thì Non treponemal test còn (+), nếu BN hết bệnh thì về (-)
 - Nếu các con khác cũng tấn công -> cũng phóng thích các chất tương tự -> (+) giả
- Treponemal test (TPPA, EIA IgM IgG, FTA-Abs): tìm các kháng thể không đặc hiệu hoàn toàn cho Giang mai, tồn tại suốt đời sau khi nhiễm Treponemal -> Nếu (+) nghĩa là BN từng nhiễm -> khi BN hết Giang mai thì không làm cho kết quả Treponemal test về (-)

1. Chiến lược tầm soát

- Những vùng có tần suất nhiễm giang mai cao (như Việt Nam, cao hơn Mỹ, nhưng ít hơn Châu Phi) -> dùng Non treponemal để tầm soát
- Những vùng có tần suất nhiễm giang mai thấp -> dùng Treponemal để tầm soát
- Tuy nhiên, ở những vùng những nơi Châu Phi, Ấn Độ, Brazil,... Ta dùng test RST (Rapid Syphilis Test, thuộc Test Treponemal để tầm soát giang mai, vì
 - Châu Phi có nguồn nhân lực hạn chế, khó tiếp cận y tế -> Nhiều BN nhiễm giang mai cũng không thêm trị, khi đó Treponemal (+) và cũng đang mắc bệnh -> điều trị luôn cho những người có Treponemal luôn, vì chỉ cần một liều Penicilin thai kì đã có thể ngăn được giang mai, nhưng còn bệnh giang mai bẩm sinh thì rất nặng nề
 - > Chiến lược tìm và trị ở những nơi có nguồn lực thấp và khó tiếp cận
- Nếu 1 BN có vết loét điển hình của sẩn giang mai + Non Treponemal test (-) -> ta dùng luôn Penicillin để điều trị mà không đợi kết quả của test Treponemal.
 - Vì chúng ta rất sợ giang mai bẩm sinh
 - Và càng chờ thì em bé sẽ càng nguy hiểm
 - GIẾT NHẦM HƠN BỎ SÓT
 - Tuy nhiên sau khi điều trị giang mai, chúng ta phải chẩn đoán ĐÃ ĐIỀU TRỊ GIANG MAI để các BS khác không mất đi chẩn đoán giang mai do BN đã mất diễn tiến huyết thanh

3. HBV

Các khuyến cáo trong điều trị HBV

- Việc điều trị HBV dựa vào tải lượng HBV DNA:
 - Nếu tải lượng HBV DNA cao trên ngưỡng cut-off (10^7) thì việc điều trị là có lợi cho BN, nếu tải lượng HBV DNA thấp dưới ngưỡng, việc điều trị là không có lợi.
 - Nếu tiền căn thai phụ từng có sinh một bé có bị lây truyền đường mẹ con bị VGB -> ta sẽ chọn một cut-off thấp hơn (10^6)
 - Hiện tại ta có thể khởi đầu điều trị sớm sau quý một -> Xem xét điều trị ở quý II hoặc quý III
 - Việc điều trị không những giúp tránh lây truyền mẹ con mà còn giúp người mẹ tránh được những đợt viêm gan cấp trong thai kì

Lưu đồ tiếp cận

- Trong tam cá nguyệt thứ I, sau khi Test sàng lọc bằng HBsAg trước, nếu HBsAg (+) -> làm HBeAg và men gan (AST, ALT)
- Nếu HBeAg (+) và tăng men gan, và cơ sở y tế đó có nguồn lực thấp, không có điều kiện làm HBV DNA -> điều trị luôn
- Nếu (-) -> xem xét đến số copies của HBV DNA -> Nếu dưới ngưỡng ($< 10^7$) -> Làm lại xét nghiệm

vào quý 3 (tuần 26 - 28)

Rất hiếm trường hợp HBeAg (+) nhưng số copies của HBV DNA dưới 10^7 -> Vì hiện tại đang ở nơi có nguồn lực cao, điều trị vẫn dựa vào tải lượng virus -> theo dõi diễn tiến bằng men gan và làm lại định lượng HBV DNA vào 28 tuần trước khi điều trị

Còn nếu ở nơi nguồn lực thấp, không có máy xét nghiệm PCR HBV-DNA thì người ta có thể điều trị lúc HBeAg (+) rồi.

4. HIV

- Nếu BN có HIV + đã điều trị ARV tích cực, copies < 1000 -> khi này mổ sanh không có giảm nguy cơ lây truyền, và đồng thời làm tăng nguy cơ của cuộc mổ -> cần cân nhắc giữa lợi ích “ có thể giảm nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con” và “ nguy cơ rõ ràng từ cuộc mổ”
- Nếu đã điều trị nhưng copies > 1000 -> cũng không phải là chỉ định để mổ sanh, mà cần phải thảo luận với BN để quyết định
- Nếu BN đã qua tới giai đoạn AIDS -> nguy cơ của cuộc mổ còn cao khủng khiếp hơn -> chỉ cố gắng đẻ, chứ không còn sợ nguy cơ lây cho con vào lúc này nữa