# MIỄN DỊCH – ĐỀ KHÁNG – KÝ CHỦ:

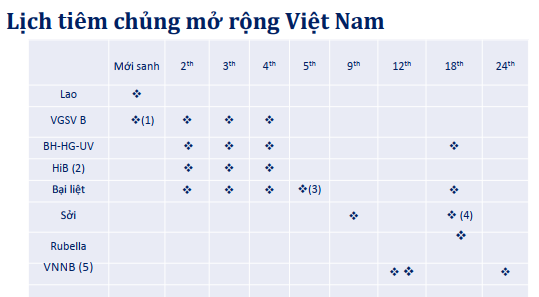
## NHI

**4 câu**

Dự đoán 4 câu:

* 1 câu về sốc sốt XH
* 1 câu vấn đề chương trình tiêm chủng mở rộng
* 1 câu bệnh tay chân miệng
* 1 câu nhiễm trùng sơ sinh

1. Lịch tiêm chủng mở rộng của quốc gia => Quan trọng hơn



* Mới Lao-HBV
* 2,3,4: 5 trong 1 (BH, UV, HG, HBV, Hib,) + bại liệt uống
* 5: Bại liệt chích
* 9: sời
* 12: VNNB (loạt 3 mũi, cách 1-2 tuần, cách 1 năm)
* 15-18
* 18th: BH-UV-HG (mũi nhắc), Sởi + Rubella

1. Tiêm chủng dịch vụ

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

Lịch tiêm chủng mở rộng lịch thì như cũ

Bổ sung: loại khác

* Rota (tùy loại 2-3 liều)- thường bắt đầu từ 2th
* Cúm (6th bắt đầu- 1 năm nhắc lại, lần đầu cách nhau 1-2 th)
* MMR (3 VR sống) khởi đầu từ 12 th
* NMC: (trước là 24th bắt đầu, bây giờ bắt đầu từ 9th)
* Thương hàn (24th)

1. Sốt – phát ban. Bệnh tay chân miệng

* 2 tác nhân chính EV71, Cocksackie A16
* Đường lây truyền: tiêu hóa (chính là phân miệng)
* Thải qua phân trong 10 ngày đầu là nhiều nhất (đôi khi kéo dài 12 tuần) => thường cách ly 10 ngày
* Tấn công bạch huyết là ở hầu họng => vào máu => da niêm và thần kinh trung ương
* 4 vị trí tổn thương: Thân não (hệ lưới thân não, …), neuron sừng trước tủy (Liệt mềm), tiểu não (Rung chi, rung thân, đi loạng choạng), hạ đồi (RL điều hòa nhiệt)
* Bảng 10 triệu chứng bệnh tay chân miệng
  + Sốt >= 39 độ hoặc kéo dài >= 48h
  + Nôn ói
  + Hôn mê
  + Kích động/cáu gắt
  + Run cơ
  + Yếu chi
  + Mất điều hòa thân trụ
  + “Mắt lang thang” – Rung giật nhãn cầu
  + Khó thở/thở nhanh
  + Ban da/đốm da

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

* Bảng phân độ tay chân miệng
  + ***Chú ý phân độ từ NẶNG => NHẸ***
  + *KEYWORD*:
    - Độ IV: Ngưng thở, Suy hô hấp, OAP, Sốc
    - Độ III: M > 170, HA tăng theo tuổi (100-110-115 # 1-2 tuổi), vã mồ hôi, kiểu thở bất thường/thở nhanh, GCS <10đ
    - Độ II:
      * 2b nhóm 2: Dấu thần kinh *(run tay chân, đi loạng choạng, …)* – Sốt cao khó hạ, M > 150 l/p
      * giật 2b nhóm 1: *Giật mình lúc khám*, mình *BS (>=2 cơn trong 30p)*; Giật mình 1 lần + ngủ gà/M>130
      * 2a: giật mình 1 lần, *sốt > 39oC hoặc >= 48h*, quấy khóc vô cớ, nôn ói nhiều

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự độngẢnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* Chỉ định nhập viện
  + Theo bảng nguyên nhân
  + Chú ý độ I sẽ nhập viện nếu không có điều kiện theo dõi sát sao và người nhà lo lắng nhiều!
* Điều trị:
  + Chi tiết điều trị là độ I, IIA, IIB nhóm 1 thôi. Còn các phân độ còn lại chỉ cần biết nguyên tắc điều trị.
  + Có sốt + yếu tố Sinh hiệu ~ => Hạ sốt trước rồi đánh giá lại để phân độ (nếu nằm ở ngưỡng). TH 1 điểm cắt => được dùng M theo nhiệt độ (Ko ra khó tới vậy)
  + Keyword:
    - Độ I: Hạ sốt bằng para hoặc ibuprofen
    - ***Độ IIa: Hạ sốt bằng PARA + Ibuprofen 5-10mg/kg/lần x 3-4 lần (max 40mg/kg/ngày)  
      Phenobarbital 5-7 mg/kg/ngày (u) nếu trẻ QUẤY KHÓC VÔ CỚ***
    - Độ IIb
      * Phòng cấp cứu + oxy + hạ sốt + đầu cao
      * ***Phenobarbital 10-20 mg/kg/lần x 2-3 lần /ngày (khi cần)***
      * *Nhóm 2: IVIg liều 1g/kg TTM chậm trong 6-8h – đánh giá lại sau 24h – nếu còn 2b => liều 2*
      * *Nhóm 1: IVIg liều trên khi TRIỆU CHỨNG KHÔNG GIẢM SAU 6H*

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự độngẢnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* NÔN ÓI NHIỀU: tạm thời có thể dùng gt của SXH 3l/h hoặc 4l/6h. => Để dùng cho đánh giá bệnh tay chân miệng. (Tuy nhiên tình huống lâm sàng sẽ không dùng con số đó tuyệt đối/ thường thấy nôn ói mà còn tươi tỉnh thì không nhiều)

1. Sốt xuất huyết Dengue: Nhận diện, phân loại và xử trí (không yêu cầu chi tiết xử trí)

* Siêu vi Dengue, 4 type
* Lây qua mũi chích Aedes aegypti,
* AR virus (Bệnh lây qua động vật chân khớp)
* Cơ chế bệnh sinh chính (3):
  + Tăng tính thấm
  + RL cơ chế cầm máu
  + Cytokine trung gian
* PHân loại và mức độ (bảng)

Ảnh có chứa văn bản

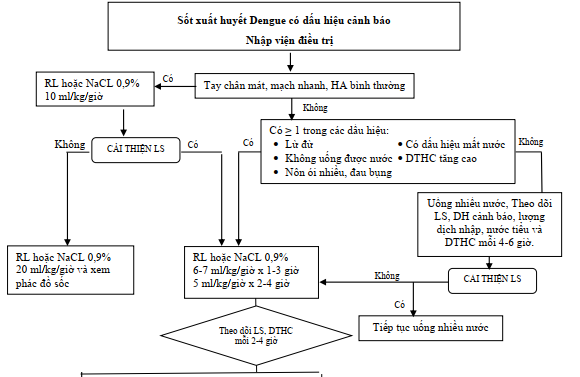
Mô tả được tạo tự động

* Cận lâm sàng: liên quan đến thời gian. Thường ngày 3 trở nặng: Giảm BC 🡪 Giảm tiểu cầu. Cô đặc máu. 4 ngày đầu dùng NS1AG, ngày 5 trở đi IgM

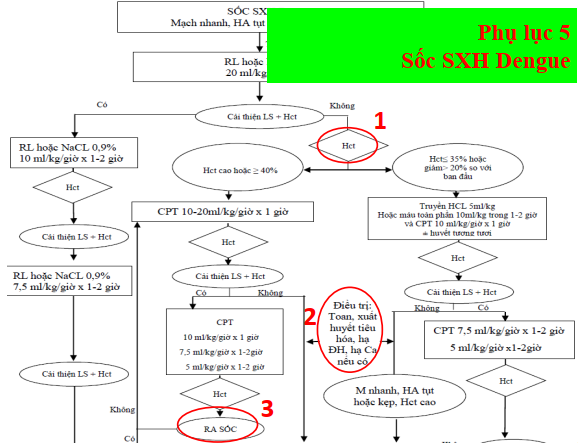
Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

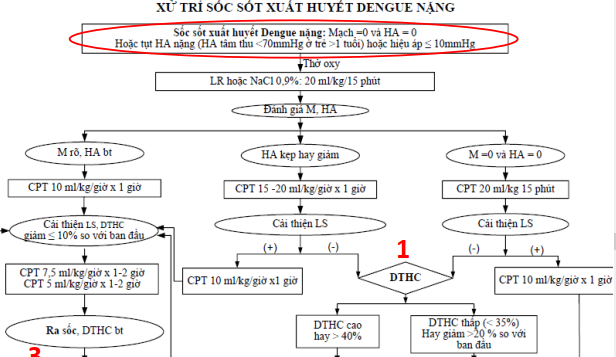
* Chỉ định nhập viện: 3
  + SXH có dấu hiệu cảnh báo,
  + có bệnh nền nặng,
  + có hoàn cảnh XH đặc biệt
* Điều trị ngoại trú:
  + Nghỉ ngơi
  + Khuyến khích uống nước
  + Điều trị sốt
  + Khám lại ngay khi có DHCB hay bệnh nặng hơn
  + Tái khám mỗi ngày
* Điều trị nội trú: Yêu cầu tiếp cận ban đầu thôi
  + Cách theo dõi nhóm nguy cơ diễn tiến nặng
    - Theo dõi huyết động thường xuyên tùy thuộc ngày bệnh
    - Theo dõi Hct mỗi 4-6h hay 12h tùy ngày
    - Khuyến khích uống nhiều nước
  + *Nhóm SXH có DHCB*
    - Theo dõi tương tự nhóm nguy cơ diễn tiến nặng
    - ***Chỉ định truyền dịch khi***
      * KHông uống nước kịp
      * Nôn nhiều lần (3 lần/1h, 4 lần/6h)
      * Ói máu
      * Có DH mất nước
      * Tràn dịch đa màng
      * Đau bụng và gan to 2cm dưới HSP
      * Tri giác: Lừ đừ, kích thích,
      * Hạ HA tư thế
      * Hct tăng cao dần (20%)
    - Cách truyền dịch



* + Sốc SXH
    - Nhập vào cấp cứu hoặc hồi sức nhiễm
    - *Khởi đầu bằng LR 20ml/kg/g trong 1 giờ*
    - Chú ý nhận diện sốc: mạch nhanh- HA tụt



* + **Nhóm sốc SXH nặng**
    - Nhận diện: Mất mạch, hoặc Tụt HA nặng ở trẻ em hoặc hiệu áp quá kẹp hoặc M=0, HA =0
    - Nhập hồi sức cấp cứu
    - *Liều dịch ban đầu: LR* ***20ml/kg trong 15p***





* Phòng ngừa: Kiểm soát muỗi / Tránh bị muỗi cắn / Vaccine phòng bệnh (đang nghiên cứu)

1. Hệ miễn dịch ở trẻ sơ sinh

* Hệ MD của trẻ kém
* Sức đề kháng kém
* Da niêm dễ tổn thương
* Nhiều tác nhân gây bệnh
* Quá tải
* Các dạng lâm sàng: Khởi phát sớm, khởi phát muộn (<=3 ngày và > 3 ngày) ~ So sánh (bảng)

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

* CLS: không có XN đơn thuần. Đặc hiệu nhất là BCĐN TT (NEU) có độ chuyên biệt nhất (Hường GT < 3500, 3000, 1500/…).  
  CRP xem động học: 6-12 🡪 48-72h  
  DNT: Bình thường cao là < 10. Bất thường ở sơ sinh là >= 20.   
  Sơ sinh: > 1000 BC/mm3 thì nghĩ gram âm nhiều (E. coli), GBS có thể < 100, Listeria cũng không nhiều

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

* Điều trị: thuốc + thời gian theo tác nhân
  + *Cơ bản là amipicillin (50mg/kg x4) + Gentamycin (5mg/kg/ngày 1 lần* – Nếu theo guideline thì cứ theo làm là Gentamycin chia 3)
  + *Phối hợp thêm với Cefotaxim*: trong VMN hay trong các ca chưa loại trừ khả năng VMN – Chọc dịch não tủy
  + *Thời gian*
    - NKH: 7-10 ngày (10-14 ngày nếu cấy máu +)
    - NK khu trú: 7-10 ngày
    - VMN: 21 ngày (14 ngày nếu do VMN đáp ứng tốt)
    - Aminoglycoside 5-7 ngày
* Phòng ngừa: KS cho mẹ nếu bị GBS, tầm soát bà GBS cho bà mẹ 35-37 tuần, KSNK sơ sinh muộn

CÂU HỎI: MD-ĐK-KC (Nhi)

* Biến chứng của các vaccine (chỉ hỏi biến chứng chung của các vaccine chứ không hỏi từng vaccine)
* Sởi nhi: Diễn tiến phát ban để phân biệt với bệnh lý khác (sẩn hổng ban gồ trên da sau tai 🡪 mặt 🡪 thân mình => vết rẳn da hổ. mất thì mất hướng ngược lại)
* *Vaccine: nếu muộn => tiêm đuổi, không có tiêm lại*. đẩy lên (ROTA có ngưỡng trên: 8th or 6th 🡪 không có thi đâu)
* Chỉ cần nhớ Gentamycin phụ thuộc vào nồng độ.  
  *Guideline NTH thì Gentamycin thì yêu cầu chia 3.*

(*ĐỌc kỹ đề về phân độ và chẩn đoán sốc*)

## NHIỄM

5 câu

Dự đoán:

* 1 tình huống nhiễm trùng cơ hội
* 1 tình huống chẩn đoán HIV
* 1 tình huống dự phòng phơi nhiễm HIV
* 1 Tiếp cận 1 sang thương da – chẩn đoán
* 1 tình huống Phân độ và xử trí sốt xuất huyết

1. Tiếp cận sốt

* VĐ LS là xử trí sốt (thường là nhiễm trùng)
* Chẩn đoán nguyên nhân gây sốt, NT thương gặp
* Phân tích và xử trí sốt theo nguyên nhân
* ***Lọc ra dấu hiệu bệnh nặng*** *(Suy cơ quan, tử ban, RL tri giác; Dấu hiệu gợi ý NN nặng: VMN mủ, co giật, đau bụng, phát ban…; Dấu hiệu ngoại khoa cần cấp cứu) 🡪 tìm nguyên nhân gây sốt* 
  + DTH, tiền căn – LS – CLS
  + Những bệnh không đầy đủ tam giác: Uốn ván không có CLS
  + Không phải NT nào cũng có sốt: UV
  + Sốt rét, SXH nơi lui tới, có ai bị giống BN không
  + Bệnh nền: Suy dinh dưỡng, béo phì, ĐTĐ, xơ gan, dùng thuốc ức chế miễn dịch, cắt lách…)
* Một số NN:
  + Nhiễm trùng (CK, VR, Nấm, KST)
  + Không nhiễm: tự miễn, Ung thư, thuốc
* Xử trí:
  + Khoa nhận: CC, phòng khám, khoa phòng
  + PK
  + Khoa phòng: Hạ sốt, XN, điều trị đặc hiệu và XN bổ sung nếu cần
* Điều trị đặc hiệu + triệu chứng, biến chứng + Xử trí khác (CS điều dưỡng, CĐ ăn, VLTL)
  + Điều trị tại khoa khám bệnh/phòng nhận bệnh ban đầu:
    - Cho toa về, điều trị ngoại trú
    - Nhập viện: Khoa thường (phòng bệnh nhẹ hay nặng), khoa HSCC
    - Chuyển viện ngay
    - Sơ cứu, sau đó chuyển viện
  + Tại khoa phòng BV
    - Cho XN, chờ KQ, xử trí sau khi có XN
    - Điều trị đặc hiệu ngay
    - Vừa điều trị đặc hiệu vừa hồi sức

1. Sốt + phát ban

* Phải xem sang thương và chẩn đoán – điều trị và phòng ngừa theo cái phát ban.
* Khám và mô tả sang thương da: Loại, màu sắc, kích thước, hình dạng, phân nó, sắp xếp.
* Bảng VR: HIV hồng ban dát, **sởi HB dát sẩn + sốt viêm lông**
* Vi trùng: Liên cầu lợn Tử ban,
* Nấm: đa số là hồng ban hoặc loét có bóng mài

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

Ảnh có chứa bàn

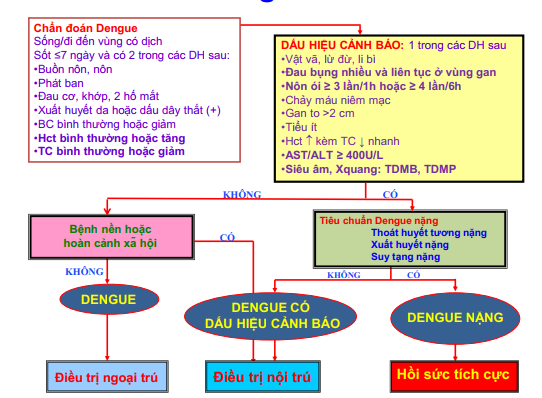
Mô tả được tạo tự động

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

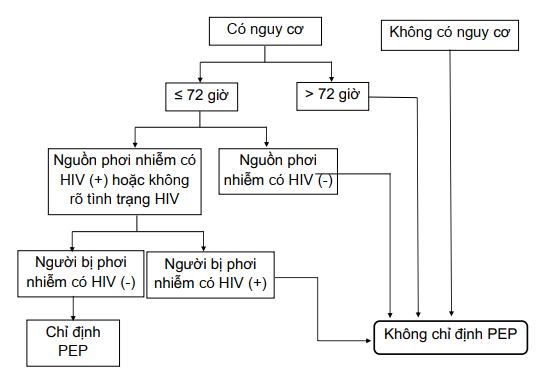
1. SXH

* Chẩn đoán – phân độ - xử trí
* Y lệnh điều trị
* Bảng diễn tiến lâm sàng và XN (NS1Ag và IgM
* HƯỚNG XỬ TRÍ
  + Đánh giá BN nôn ói nhiều, ăn uống kém => truyền dịch
  + Nếu chỉ có gan to >2cm thì không có truyền dịch
  + *XEM CHỈ ĐỊNH TRUYỀN DỊCH TRONG SXH CÓ DẤU HIỆU CẢNH BÁO* 
    - *Lừ đừ*
    - *Không uống nước được*
    - *Nôn ói nhiều*
    - *Có dấu mất nước*
    - *HCT tăng*
* Tái khám 1 ngày nếu nhè nhẹ (Nếu mà nhà xa lắc thì nhớ là cho nhập viện lun)
* Xử trí khi có dấu hiệu cảnh báo
  + Nhập viện khoa thường
  + Hạ sốt para, lau mát
  + Uống nhiều nước
  + Theo dõi sinh hiệu, dấu xuất huyết
  + Vấn đề truyền dịch khi có dấu hiệu cảnh báo
* Xử trí thể sốc:
  + Nhập cấp cứu
  + Nằm đầu bằng
  + Oxy 2l/p
  + Hiệu chỉnh cân nặng nếu thừa cân béo phì
  + Chống sốc bằng LR hoặc CPT 15ml/kg/h đầu
  + Theo dõi
    - Mạch, HA mỗi giờ
    - Nhiệt độ, nhịp thở, SpO2 mỗi 3h



1. Phòng ngừa phơi nhiễm HIV

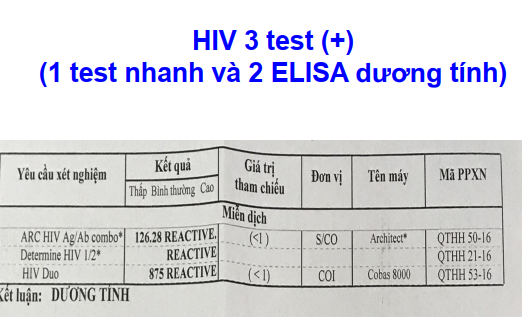
* PHÒNG NGỪA CHUẨN
* Phơi nhiễm: PN nghề nghiệp hoặc ngoài MT nghề nghiệp
  + Tiếp xúc trực tiếp máu hoặc dịch tiết vs người nhiễm hoặc không xác định
  + Dẫn đến nguy cơ lây nhiễm
* Quy trình: bảng (<= 72: PEP, > 72h thì không có chỉ định dùng PEP)



* Chỉ định PEP:
  + HIV âm tính
  + KHông hội chứng HIV cấp tính
  + Có YTNC hoặc phơi nhiễm
* Chỉ định PrEP
  + HIV âm tính
  + Không có HC nhiễm HIV cấp
  + Có nguy cơ cao Nhiễm HIV sắp tới: QHTD
* Tư vấn tác dụng phụ, hành vi nguy cơ,

1. HIV/AIDS

* Chẩn đoán và phân giai đoạn lâm sàng hay phân giai đoạn miễn dịch
* Tiêu chuẩn chẩn đoán HIV: 3 test XN, 3 test khác nhau + cùng lúc, phải có sự đồng ý của khách hàng



* Giai đoạn MD (500, 350, 200 => BTh, suy nhẹ, TB, nặng)
* Một số bệnh nhiêm trùng cơ hội thường gặp (Điều trị cơ bản bằng thuốc gì và bao lâu
  + **Bệnh não do nấm Crypto neoformans**
    - ***Tấn công 2 tuần:***   
      *Amphotericine B [liposomal TTM 3-4 mg/kg/ngày] or [deoxycholic acid TTM 0.7-1mg/kg/ngày] + Flucytosine 25mg/kg x 4 lần /ngày*
    - ***Củng cố: sau tấn công thành công ít nhất 8 tuần***Fluconazole 400 - 900 mg/ngày uống hoặc truyền tĩnh mạch
    - ***Duy trì:*** suốt đời hoặc ngừng khi điều trị ARV có TCD4 > 200 >= 6 tháng.  
      *Fluconazole 150-200 mg/ngày (u)*
  + **Viêm phổi do Pneumocytis jirovecii**
    - Thuốc cơ bản: Trimethoprim – Sulfamethoxazole (*TMP-SMX*)
    - *15-20 mg/kg/ngày chia 3 lần x 21 ngày*
    - *< 40kg: TMP-SMX 960mg 2 viên x 2 /ngày*
    - *> 40kg: TMP-SMX 960mg 2 viên x 3 /ngày*
  + **Nấm miệng – thực quản do Candida**
    - *Nấm miệng: Fluconazole 150mg/ngày x 7-14 ngày*  
      or Itraconazole 200mg/ngày thay thế
    - *Nấm thực quản: Fluconazole 300mg/ngày x 14-21 ngày*
  + **Bệnh nấm do Talaromyces marneffei**
    - Sang thương hoại tử trung tâm xuất hiện trước tiên ở mặt sau đó lan xung quanh. Sẩn hoại tử trung tâm điển hình
    - Tấn công 2 tuần
      * ***Amphotericine B 0.7-1.5mg/kg/ngày x 2 tuần***
    - Củng cố 8-10 tuần
      * Itraconazole 200mg x 2 /ngày (TE là 5-6mg/kg x 2 lần)
    - Thay thế dùng khi không có Amphotericine B hoặc chống chỉ định như suy thận tiến triển
      * Itraconazole 200mg x 2 lần x 8 tuần
  + **Viêm não do Toxoplasma gondii**
    - Tấn công:
      * ***Cotrim TMP 10mg/kg/ngày chia 2 lần x 6 tuần***
    - Duy trì:
      * Cotrimoxazole uống liều 960mg /ngày
      * Ngưng khi người bệnh điều trị ARV có TCD > 350 >= 6 tháng

CÂU HỎI

* 1 cặp vợ chồng
  + Chồng bị HIV: đang điều trị HIV Copies < 200. => Đảm bảo cho bà vợ không bị lây thì con không bị lây
  + Vợ bị HIV mà chồng không bị, muốn có con.
    - Đưa tải lượng VR của mẹ dưới ngưỡng có thể phát hiện
    - Giảm thiểu nguồn lây: Sinh mổ > sinh thường
    - Tốt nhất thì không cho bú mẹ
    - Dự phòng phơi nhiễm sau sanh cho em bé
* Dấu cờ đỏ trong HIV (YHGĐ)
* GĐ cửa sổ: phơi nhiễm mà chẩn đoán giai đoạn cửa sổ: điều trị PEP luôn (Chưa xác định

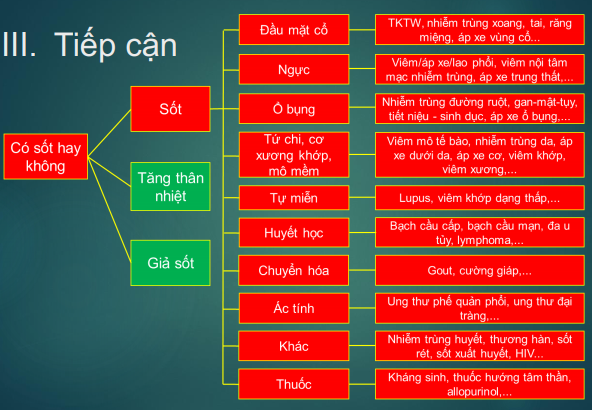
## NỘI TỔNG QUÁT

1 câu

Dự đoán: Nhiễm trùng cần xác định ổ nhiễm trùng / chẩn đoán sốt kéo dài (3 tháng) hay tăng thân nhiệt

1. Tiếp cận sốt – sốt kéo dài

* ĐN sốt, sốt liên tục: nhiệt độ liên tục, dao động nhiệt độ không quá 1oC
* Pb tăng thân nhiệt (lq điểm điều nhiệt)
  + Nhiệt độ cơ thể tăng cao mất kiểm soát
  + Vượt quá khả năng thải nhiệt của cơ thể
  + Điểm điều nhiệt không thay đổi
* ***Sốt chưa rõ nguyên nhân*** (Kéo dài *ít nhất 3 tuần*, ko suy giảm MD, được thăm khám và kiểm tra)
  + To > 38.3 ít nhất 2 lần đo
  + Kéo dài >= 3 tuần
  + Cơ địa không có SGMD
  + Đã được thăm khám và làm đây đủ XN nhưng chưa rõ nguyên nhân
* Cơ chế gây sốt
* Sốt kéo dài?? Tìm NT tai? Bệnh van tim??
* Viêm dạ dày không sốt



## Y HỌC GIA ĐÌNH

1 câu

1. Miễn dịch HIV – AIDS

* Case nữ, nhiều người khác giới, nhiều bạn tình, sinh hiệu ổn có hạch lan tỏa, lách to, viêm amidam => Dựa vào tiền căn nghi nhiễm HIV. Tuyến cơ sở phải ưu tiên ELISA (Western Blot không được ưu tiên dùng đầu tay)
* Ở tuyến cơ sở: Test sàng lọc bằng ELISA tìm kháng thể là chăm sóc ban đầu
* Mẫu xét nghiệm được coi là dương tính khi có phản ứng với 3 loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

Ảnh có chứa văn bản

Mô tả được tạo tự động

## PHỤ SẢN

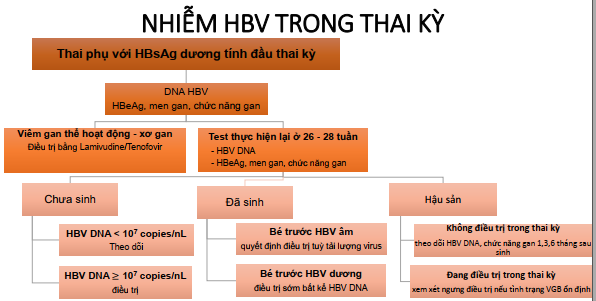
1 câu

* VAT
* Tdap: Gợi nhớ trí nhớ miễn dịch bạch hầu, ho gà 🡪 chuyển kháng thể sang cho con. Bù cho khoảng trống 6-8 tuần sau sanh (thời điểm chuẩn bị tiêm mũi đầu tiên của BH, HG)
* Cúm, COVID-19: KHông RUBRIC (Không nằm trong đề)
* HBV, MMR, HPV

*BỘ MÔN CÓ VẺ SẼ RA CÂU TẦM SOÁT HBV THAI KỲ HOẶC LÀ VAT VÌ KHÔNG THẤY NÓI NHIỀU VỀ HIV THAI KỲ TRONG PHẦN NÀY*

1. Nhiễm HBV thai kỳ:

* Phơi nhiễm HIV hay HBV trong thai kỳ => Thai nhi có nguy cơ trong nhiễm HIV và HBV
* Có thể gây nguy cơ phơi nhiễm: ngay trong bụng (nồng độ Coppies), trong lúc sanh và sau sanh
* *HỌC LƯU ĐỒ SAU*



1. HIV cũng vậy

CÂU HỎI

* Thai phụ đã nói là tiêm MMR 6 tháng trước mang thai, nhưng không cung cấp giấy tờ liên quan THÌ NÊN LÀM XÉT NGHIỆM GÌ? (Câu hỏi cuối kỳ Y17)
  + Xác định người đó đủ nhận thức và thông tin đáng tin cậy
  + Việc cần làm là xác định BN có phải nằm trong nhóm những người rất rất ít có nguy cơ không tạo được miễn dịch sau khi tiêm vaccine (khoảng < 3%)
  + *=> XN có giá trị nhất là IgG để xác định xem BN có miễn dịch chưa*!
  + *IgM (+) có thể kéo dài, đặc biệt là sau tình huống chích ngừa*
* Vaccine VAT:
  + VAT mũi 1 tiêm vào TCN1
  + VAT mũi 2 tiêm trước khi ít nhất là 4 tuần (không chích ngừa trong 4 tuần sắp khi sanh) chứ không phải là cứ nhất thiết phải tiêm vào đúng 36 tuần.
* Thai kỳ đầu tiên, CHƯA ĐƯỢC NHẮC LẠI TRÍ NHỚ MIỄN DỊCH => mang thai là thời điểm cần phải gợi nhớ trí nhớ miễn dịch 2 LẦN
  + Lần đầu bước qua giai đoạn nhạy cảm (TCN 1)
  + Lần 2 ít nhất 1 tháng sau mũi đầu và không quá muộn (không ít hơn 4 tuần trước khi sanh)
* Nếu người đã được tiêm nhắc VAT 1 lần lúc trưởng thành gì rồi (VD như là 1 lần mang thai đã chích đủ hoặc từng 1 lần bị tổn thương da…)

# DỰ ÁN HỌC THUẬT

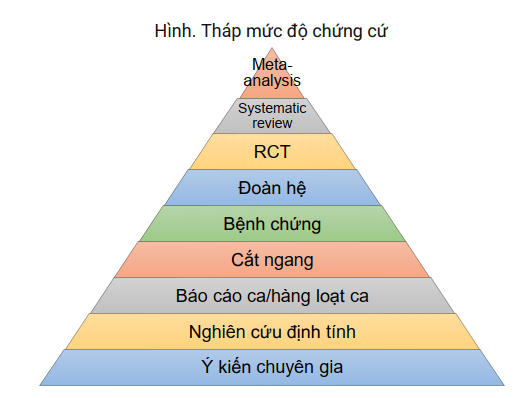
2 câu

Dự đoán:

* 1 tình huống lựa chọn loại thiết kế nghiên cứu nào?

1. Các loại thiết kê nghiên cứu

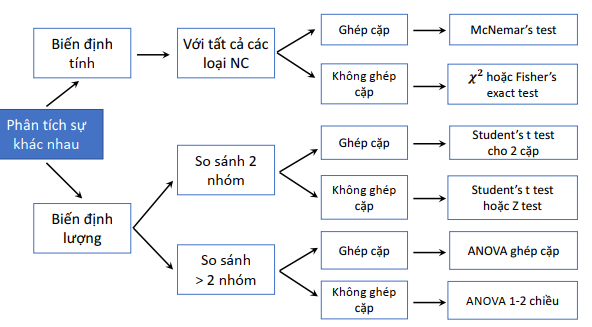
* Một số thiết kế nghiên cứu thường sử dụng => thác mức độ chứng cứ



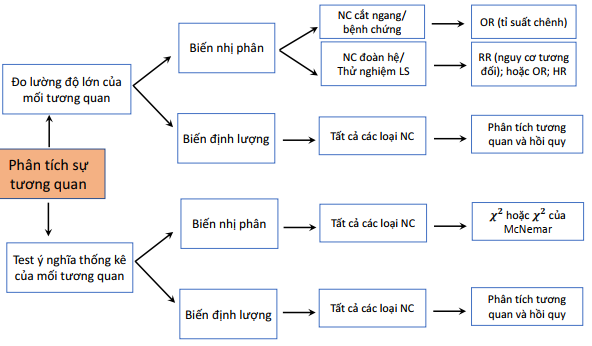
* Báo cáo ca và hàng loạt ca
  + Báo cáo ca: < 3 ca
  + Hàng loạt ca: nhiều hơn 30 ca
  + Chỉ trình bày lại
  + Mô tả lại các trường hợp cấp nên ***thiếu tính khái quát hóa***
  + ***Tạo nên các câu hỏi nghiên cứu mới***
* Cắt ngang, đoàn hệ hồi cứu và bệnh chứng, đoàn hệ tiến cứu
  + *Nghiên cứu cắt ngang*: mô tả dân số hoặc tìm tỉ lệ hiện mắc. Hạn chế trong xác định trình tự nguyên nhân – hậu quả. Thường câu hỏi là TÌM TỈ LỆ (hiện mắc)
  + *Bệnh chứng* đi từ bệnh lý 🡪 Thường là câu hỏi NGUYÊN NHÂN-KẾT QUẢ
  + *Đoàn hệ* đi từ phơi nhiễm hay không phơi nhiễm
* RCT
  + Đánh giá hiệu quả của một can thiệp mới hoặc điều trị mới
  + Câu hỏi NC là: Thuốc A có HIỆU QUẢ HƠN trong điêu trị bệnh

1. Các phương pháp phân tích thống kê

* Bảng test tham số hay test phi tham số (mẫu nhỏ-định danh, thứ hạng – sức mạnh ít hơn). Cho TH cỡ mẫu bn, tham số, chọn test phù hợp  
  Nhớ đơn giản:
  + Test tham số (máy cái phân phối chuẩn, biến định lượng) 🡪 Student’s t test, ANOVA, tương quan, hồi quy
  + Test phi tham số (Phân phối không chuẩn/không biết phân phân bố, Biến định danh hay thứ hạng) 🡪 Test chi BP, Fisher, Mann Whitne u test, Mc Nemar
* Phân tích sự khác nhau: chọn phép kiểm (Lưu đồ)
  + Bảng 2x2 => Chi bp, ko làm được chi bp (1 trong các số đó 5) thì Fisher
  + Xem các ví dụ slide



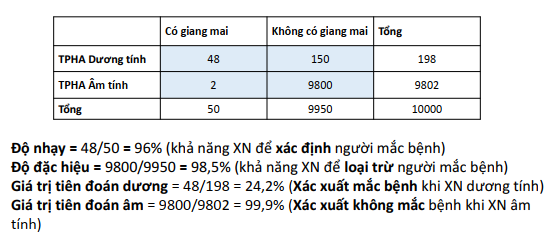
* Phân tích sự tương quan: độ lớn mối tương quan và ý nghĩa thống kê



* + Lưu đồ, các chỉ số
  + Bệnh chứng: OR => Hồi quy logistic
  + Cắt ngang OR hay PR => hồi quy nhị phân/logistics
  + Thời gian: RR => Hồi quy COX
  + RCT: RR hay HR => hồi quy COX
* Tỷ lệ lưu hành và Tần suất mới mắc
* Tương quan:
  + ko chuẩn là Spearman => KHÔNG KẾT LUẬN SỰ ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC BIẾN
  + Chuẩn là Pearson: hai biến có phân phối chuẩn
* Hồi quy: => KẾT LUẬN ĐƯỢC ẢNH HƯỜNG CỦA CÁC BIẾN
  + Hồi quy tuyến tính
  + Hồi quy Logistics: biến nhị phân
  + Hệ số tương quan R2: ĐÓng góp số % vào thay đổi
  + Hệ số hồi quy Beta: độ thay đổi của kq khi biến thay đổi 1 đơn vị

1. Giá trị chẩn đoán

* Ss, Sp cách tính



* Đường cong ROC (AUC => diện tích dưới đường cong) => xác định cut off
  + AUC bao nhiêu là rất tốt, tốt,..
  + Chỉ số Youden Index: J = Sen – (1-Sp)   
    Càng cao càng tốt

Ảnh có chứa bàn

Mô tả được tạo tự động

# DA – MÔ DƯỚI DA

4 câu

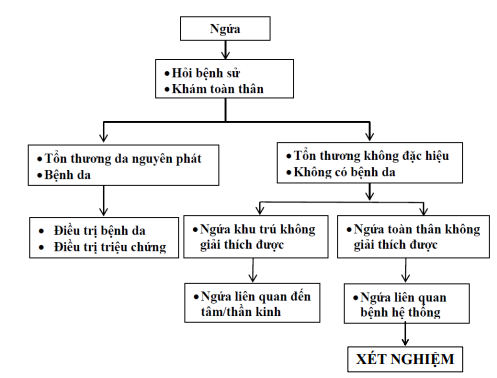
* 1 câu chẩn đoán nguyên nhân ngứa
* 1 câu điều trị mà đay: Liều antihistamin h1  
  Fexofenadine 180 mg 1 viên/ ngày: phù hợp

Cetirizine 10 mg 2 viên uống/ Fexofenadine 180mg-360 mg (1-2 viên) uống

* 1 câu điều trị viêm da cơ địa??

## NGỨA

* Nguyên nhân hoặc theo thời gian
  + Do bệnh da/ không do bệnh da (bệnh hệ thống) / do cào gãi
  + Cấp <= 6TUẦN – mạn > 6 tuần
* Một số nguyên nhân thường gặp gây ngứa:
  + **Viêm da cơ địa** 
    - (NGỨA LÀ Triệu chứng quan trọng và bắt buộc phải có trong viêm da cơ địa): Mụn nước => vết tích mụn nước/sang thương đóng mài trên nền hồng ban => lichen hóa (dày sừng).
    - Vị trí tùy theo lứa tuổi: Nhũ nhi – chàm sữa 2 bên má, Bé lớn – mặt duỗi, nếp kheo, quang cổ, nếp khuỷu
    - Chẩn đoán
      * Cơ năng: NGỨA là quan trọng, luôn gặp gây giảm CLCS
      * Thực thể: hồng ban mụn nước, vị trí phân bố đặc trưng, lichen hóa
      * TC kèm: Da khô tróc vảy dính
      * Bệnh mạn tính bùng phát từng đợt
  + **Mày đay**: Ngứa và sang thương điển hình (sẩn phù <1cm và mảng phù > 1cm, nhạt màu trung tâm và quầng hồng ban ở rìa, kéo dài < 24, lặn sẩn phù đi, không để lại vết tích)
  + Vảy nến: mức độ ngứa không nhiều + Sẩn mảng hồng ban ĐỎ TƯƠI + Có vảy dạng phiến ở trên hồng ban + Giới hạn rất rõ. + Vị trí: đầu gối, cùi chỏ, thắt lưng
  + Nấm da do Dermatophyte: ngứa + mảng hồng ban + HÌNH ẢNH LI TÂM (hồng hoặc nâu, tròn hoặc đa cung + rìa có bờ cao, mụn nước) + Nếp kẽ, rìa
  + Ghẻ: ngứa rất nhiều NGỨA NHIỀU VỀ ĐÊM + Rãnh ghẻ ít gặp => mụn nước ở vùng da non (kẻ ngón tay, ngón chân) + RẤT LÂY
  + Bệnh hệ thống (thận, gan), Bệnh huyết học, bệnh nội tiết, bệnh ác tính
* **Tiếp cận chẩn đoán**: Lưu đồ



## MÀY ĐAY

* TB mast – dưỡng bào và Histamin => thay đổi tính thấm mao mạch
  + Phù nề ở các sang thương
  + Serotinin
  + LT, PG, Protease => không chỉ dùng Antihistamin điều trị không
* Cấp hay mạn : 6 tuần
  + Mày đay mạn phân biệt với mày đay cấp gián đoạn
  + Cấp: vô căn, nhiễm trùng, do thuốc, thức ăn
  + Mạn: Vô căn, Có yếu tố khời phát (25%)
* Triệu chứng
  + Sẩn – mảng phù: Phù xung quanh bao quanh có hồng ban, tự mất sau 24-48h
  + Phù mạch: Cảm giác đau - căng tức nhiều hơn là ngứa, khoảng trong 72 thì mới giảm từ từ đi!
  + THường là thấy sẩn mảng hồng ban mà mất sau 24 => chẩn đoán mày đay
* Một số dạng mày đay thượng gặp: Do nước (không phù mạch), do phó giao cảm, do lạnh, do áp lực, dấu da vẽ nổi, do gắng sức, do ánh sáng, do rung
* Ảnh có chứa bàn

  Mô tả được tạo tự động
* Ảnh có chứa bàn

  Mô tả được tạo tự động
* CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH: Chỉ chủ yếu dựa vào lâm sàng
* CLS làm khi: nghi ngờ dị ứng: NP lẩy da
* Phác đồ điều trị
* Điều trị: Nguyên tắc là điều trị khi cần, liều càng thấp càng tốt
  + Coi thuốc antihistamin thế hệ 2 và liều cơ bản
  + Anti Histamin H1 THẾ HỆ 2: ít TÁC DỤNG AN THẦN, KHông gây tác dụng anti-cholinergic  
    *Certirizine, loratadine*, levocertirizine, desloratadine, fexofenadine, ebastine, rupatadine, bilastine

## VIÊM DA CƠ ĐỊA

* 3 yếu tố: tổn thương hàng rào, thảm vi sinh vật,
* Viêm da cơ địa giai đoạn cấp và mạn (theo Th2, mạn là Th17,22, Th1)
* Phân loại/ phân giai đoạn viêm da cơ địa: Biểu hiện
  + Cấp
  + Bán cấp
  + Mạn
* Triệu chứng ngứa dữ dội + mụn nước rỉ dịch + mảng hồng ban **tăng sừng** **+ Da khô**
* **Ngứa nhiều**=> nên mặc đồ thoáng mát
* Chẩn đoán: $CN (ngứa + giảm chất lượng cuộc sống) + $ mạn tính
* Điều trị để không bùng phát
  + Dưỡng ẩm: Tốt nhất là bôi ngay sau khi BN tắm xong
  + GDSK: sữa tắm không mùi không xà bông, dịu nhẹ, mặc quần áo rộng rãi thoáng mát
  + Nhiệt độ phòng
* ĐIều trị theo từng mức độ
* Ảnh có chứa bàn

  Mô tả được tạo tự động
* Phòng ngừa tái phát và tiên lượng
  + Giáo dục sức khỏe
  + Dưỡng ẩm nhiều lần/ngày, đúng pH sinh lý của da là 5.5
  + Kháng viêm dùng trong 1 giai đoạn ngắn
  + Tránh yếu tố tiếp xúc dị ứng
  + Tránh yếu tố kích ứng

ĐỌc thêm:

* Tiếp cận và xử trí bệnh nhân ngứa
* Viêm da cơ địa, mày đay