

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG**

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA TRUYỀN NHIỄM

-2012-

MỤC LỤC

<i>STT</i>	<i>Trang</i>
1. Dịch tả	3
2. HIV/AIDS.....	7
3. Nhiễm khuẩn đường ruột.....	11
4. Nhiễm khuẩn huyết	12
5. Quai bị	15
6. Sốt rét	18
7. Sốt xuất huyết Dengue	23
8. Thương hàn	32
9. Thủy đậu	34
10.Uốn ván	36
11.Viêm gan siêu vi	39
12.Viêm màng não mủ	51
13.Phụ lục HIV/AIDS	54

DỊCH TẢ

(Ban hành kèm theo Quyết định số: 4178/QĐ-BYT
Ngày 31 tháng 10 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán xác định

a) Lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh: Từ vài giờ đến 5 ngày.
- Thời kỳ khởi phát: Biểu hiện bằng sôi bụng, đầy bụng, tiêu chảy vài lần.
 - Thời kỳ toàn phát:
 - + Tiêu chảy liên tục rất nhiều lần với khối lượng lớn, có khi hàng chục lít một ngày. Phân tả điển hình toàn nước, màu trắng lò đục như nước vo gạo, không có nhầy máu.
 - + Nôn, bệnh nhân nôn rất dễ dàng, lúc đầu ra thức ăn, sau toàn nước.
 - + Bệnh nhân thường không sốt, ít khi đau bụng.
 - + Tình trạng mất nước và điện giải gây mệt mỏi, chuột rút...

Bảng 1. Các mức độ mất nước

Các dấu hiệu	Mất nước độ 1	Mất nước độ 2	Mất nước độ 3
Khát nước	Ít	Vừa	Nhiều
Tình trạng da	Bình thường	Khô	Nhăn nheo, mất đàn hồi da, mắt trũng
Mạch	< 100 lần/phút	Nhanh nhỏ (100-120 lần/phút)	Rất nhanh, khó bắt (>120 lần/phút)
Huyết áp	Bình thường	< 90 mmHg	Rất thấp, có khi không đo được
Nước tiểu	Ít	Thiếu niệu	Vô niệu
Tay chân lạnh	Bình thường	Tay chân lạnh	Lạnh toàn thân
Lượng nước mất	5-6% trọng lượng cơ thể	7-9% trọng lượng cơ thể	Từ 10% trọng lượng cơ thể trở lên

- Thời kỳ hồi phục: Bệnh diễn biến từ 1-3 ngày nếu được bù đủ nước và điều trị kháng sinh.

b) Cận lâm sàng

- Soi phân: Giúp chẩn đoán nhanh. Có thể soi phân dưới kính hiển vi nền đen sẽ thấy phẩy khuẩn tả di động mạnh. Nhuộm Gram thấy hình ảnh phẩy khuẩn không bắt màu Gram.

- Cấy phân:

+ Phải lấy phân sớm khi xuất hiện tiêu chảy lần đầu tiên và trước khi điều trị.

+ Nên dùng ống thông lấy phân qua hậu môn tốt hơn. Trường hợp phải gửi bệnh phẩm đi xa để làm xét nghiệm cần phải cho phân vào môi trường Cary-Blair để chuyên chở.

+ Cấy phân vào môi trường chuyên biệt. Phẩy khuẩn tả mọc rất nhanh và có thể xác định sau 24 giờ.

- Kỹ thuật PCR tìm gen CTX: giúp chẩn đoán nhanh (nếu có điều kiện).

- Tình trạng cô đặc máu: Hematocrit tăng.

- Tình trạng rối loạn điện giải: Giảm kali, giảm bicarbonat, thậm chí pH thấp.

- Suy thận: urê và creatinin máu tăng trong những trường hợp nặng.

c) Dịch tễ học

- Cư trú tại vùng dịch tễ lưu hành hoặc đang có dịch tả.

- Tiếp xúc với người bị tả hoặc tiêu chảy mà chưa xác định được nguyên nhân.

- Ăn uống thực phẩm chưa nấu chín bị ô nhiễm như hải sản sống, mắm tôm sống...

CHÚ Ý: Trong vụ dịch, chẩn đoán trường hợp bệnh dựa chủ yếu vào các biểu hiện lâm sàng.

2. Chẩn đoán phân biệt

a) Nhiễm trùng, nhiễm độc thức ăn do *Salmonella*

Sau ăn thức ăn nhiễm khuẩn 12-14 giờ, sốt cao, đau bụng tiêu chảy và nôn có thể gây mất nước, phân có thể nước hoặc nước máu.

b) *Lỵ trực khuẩn*

Sốt, đau quặn bụng, mót rặn và phân có máu mũi.

c) *Escherichia coli* gây bệnh

Các chủng nhóm huyết thanh O124, O136, O144 gây tiêu chảy và nôn do độc tố ruột.

d) *Do độc tố của tụ cầu*

Ủ bệnh ngắn trong vài giờ sau khi ăn. Bệnh cấp tính như đau bụng dữ dội kiểu viêm dạ dày ruột cấp, nôn và tiêu chảy phân lỏng. Bệnh nhân không sốt và có khuynh hướng trụ mạch.

e) Do ăn phải nấm độc

Không sốt, đau bụng nhiều, nôn và tiêu chảy sau khi ăn phải nấm độc. Trường hợp nặng có thể gây nôn ra máu, đi ngoài ra máu, vàng da và mê sảng. Cần hỏi kỹ tiền sử ăn uống.

g) Tiêu chảy do ngộ độc hóa chất

Do ăn thức ăn có nhiễm hóa chất như hóa chất bảo vệ thực vật.

II. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc

- Cách ly bệnh nhân.
- Bồi phụ nước và điện giải nhanh chóng và đầy đủ.
- Dùng kháng sinh để diệt vi khuẩn.

2. Điều trị cụ thể

a) Bồi phụ nước và điện giải

- Bù nước bằng đường uống: Áp dụng cho những trường hợp nhẹ, giai đoạn đầu chưa mất nước nhiều và giai đoạn hồi phục. Có thể áp dụng tại nhà hoặc ở các cơ sở y tế.

+ Các loại dịch dùng đường uống: Oresol (ORS) (gồm NaCl 3,5g, NaHCO₃ 2,5g, KCl 1,5g và glucose 20g) pha với một lít nước đun sôi để nguội.

Có thể pha dịch thay thế: 8 thìa nhỏ (thìa cà-phê) đường, 1 thìa nhỏ muối pha trong 1 lít nước; hoặc nước cháo 50g gạo và một nhúm (3,5g) muối hoặc nước dừa non có pha một nhúm muối.

+ Nên cho uống theo nhu cầu. Nếu nôn nhiều nên uống từng ngụm nhỏ.

- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch:

+ Tổng lượng dịch truyền trong ngày:

Tổng lượng dịch truyền trong ngày = A + B + M

Trong đó:

A: Lượng dịch mất trước khi đến viện (theo mức độ mất nước).

B: Lượng phân và chất nôn mất tiếp khi nằm viện.

M: Lượng nước duy trì trong ngày.

+ Các loại dịch truyền:

Natri clorid 0,9% hoặc Ringer lactat (4 phần)

Natri bicarbonat 1,4% (1 phần)

Glucose 5% (1 phần)

+ Bổ sung thêm kali clorid (KCl): mỗi 1 lít dịch truyền pha thêm 1g KCl. Khi bệnh nhân uống được thay bằng đường uống.

- Cách thức truyền dịch:

+ Giai đoạn 1: Từ 4-6 giờ đầu bù nước và điện giải đã mất trước khi đến bệnh viện, dựa vào mức độ mất nước.

+ Giai đoạn 2: Bù nước và điện giải đã mất trong khi nằm viện và lượng dịch duy trì.

+ Cần phải truyền nhanh bằng nhiều tĩnh mạch lớn hoặc truyền vào tĩnh mạch trung tâm.

+ Cần theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, hematocrit, áp lực tĩnh mạch trung tâm (nếu có điều kiện) để điều chỉnh tốc độ truyền dịch cho thích hợp. Những trường hợp nặng cần theo dõi điện giải đồ để điều chỉnh cho phù hợp.

+ Khi hết nôn và uống được thì dùng dung dịch uống.

b) Điều trị kháng sinh

- Thuốc được dùng ưu tiên:

+ Nhóm fluroquinolon (Ciprofloxacin 1g/ngày, Norfloxacin 800mg/ngày, Ofloxacin 400mg/ngày) uống chia hai lần/ngày, trong 3 ngày (Không dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú).

+ Azithromycin 10mg/kg/ngày uống trong 3 ngày.

+ Cloramphenicol 30mg/kg/ngày uống chia 3 lần, dùng trong ngày.

- Đối với phụ nữ có thai và cho con bú: Dùng azithromycin.

- Nếu không có sẵn các thuốc trên có thể dùng:

+ Erythromycin 1g/ngày uống chia 4 lần/ngày (trẻ em 40mg/kg/ngày), dùng trong 3 ngày; hoặc

+ Doxycyclin 300mg uống 1 liều (dùng trong trường hợp vi khuẩn còn nhạy cảm).

CHÚ Ý: Không được dùng các thuốc làm giảm nhu động ruột như morphin, opizoic, atropin, loperamide...

c) Dinh dưỡng

Nên cho bệnh nhân ăn sớm, ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu. Trẻ còn bú tăng cường bú mẹ.

3. Tiêu chuẩn ra viện:

- Hết tiêu chảy.

- Tình trạng lâm sàng ổn định.

- Kết quả xét nghiệm cấy phân âm tính 3 lần liên tiếp. Ở những cơ sở không có điều kiện cấy phân thì cho bệnh nhân ra viện sau khi ổn định về mặt lâm sàng được 1 tuần.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS

(Quyết định số 3003/QĐ – BYT ban hành ngày 19/0//2009 về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” cập nhật quyết định số 4139/QĐ – BYT ngày 02/11/2011 về sửa đổi , bổ sung một số nội dung của QĐ 3003/QĐBYT)

I. Chẩn đoán và phân giai đoạn nhiễm HIV ở người lớn

1. Chẩn đoán nhiễm HIV

Nhiễm HIV ở người lớn được chẩn đoán trên cơ sở xét nghiệm kháng thể HIV. Một người được xác định là nhiễm HIV khi có mẫu huyết thanh dương tính cả ba lần xét nghiệm kháng thể HIV bằng ba loại sinh phẩm khác nhau với nguyên lý phản ứng và phương pháp chuẩn bị kháng nguyên khác nhau (theo quy định của bộ y tế)

2. Chẩn đoán AIDS

- Lâm sàng : nhiễm HIV giai đoạn IV (xem Phụ lục 1)
- Và / hoặc xét nghiệm : HIV (+) có CD4 khoảng 200 tế bào / μ L hoặc tổng số lympho khoảng 1200 tế bào / μ L (nếu không có điều kiện xét nghiệm CD4)

II. Điều trị

1. Người nhiễm HIV chưa có triệu chứng

Thăm khám , tư vấn theo lịch 3 – 6 tháng một lần

2. Người nhiễm HIV có triệu chứng

Thăm khám đánh giá giai đoạn nhiễm HIV , tư vấn , điều trị nhiễm trùng cơ hội , điều trị ARV

2.1 Điều trị ARV

2.1.1 Tiêu chuẩn điều trị ARV

- Người nhiễm HIV có số lượng tế bào TCD4 ≤ 350 tế bào / mm^3 không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng hoặc
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng ở giai đoạn tiến triển và giai đoạn nặng , không phụ thuộc số lượng tế bào TCD4

2.1.2 Phác đồ điều trị

Phác đồ chính

TDF + 3TC + EFV

hoặc

TDF + 3TC + NVP

Chỉ định : Sử dụng một trong hai phác đồ này cho tất cả các người bệnh bắt đầu điều trị ARV

Đối với phác đồ của TDF + 3TC + EFV : thuốc 3TC sử dụng với liều 300mg một lần ngày

Phác đồ thay thế

AZT + 3TC + EFV

hoặc

AZT + 3TC + NVP

Chỉ định : Sử dụng một trong hai phác đồ này khi người bệnh có chống chỉ định với TDF

Chú thích :

- + TDF : Tenofovir 300mg 1v/ngày
- + 3TC : Lamivudin 150mg 1v x 2 lần/ngày

- + EFV : Effarienz 600mg 1lần/ngày (uống tối)
- + NVP : Nevirapine 200mg 1v trong 2 tuần đầu sau đó tăng 1v x 2 lần/ngày
- + AZT : Lamivudin + Zidovudine 300mg 1v x 2 lần/ngày

2.2 Điều trị nhiễm trùng cơ hội

Tác nhân	Phác đồ Thuốc ưu tiên	Phác đồ Thuốc thay thế
1. Vi khuẩn		
<i>Campylobacter jejuni</i>	Erythromycin 2g/ngày chia làm 4 lần, uống trong 5 ngày	Ciprofloxacin 1g/ngày chia 2 lần dùng trong 5 ngày hoặc Norfloxacin 800 mg/ngày, chia 2 lần uống dùng trong 5 ngày
<i>Clamidia trachomatis</i>	Erythromycin 2g/ngày chia làm 4 lần, uống trong 7 ngày hoặc Ofloxacin 300 mg uống 2 lần 1 ngày, dùng trong ngày	Doxycyclin 200mg/ngày chi 2 lần dùng trong 7 ngày
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	INH 5 mg/kg Rifampicin 10 mg/kg Ethambutol 15-20 mg/kg Pyrazinamid 20-30 mg/kg	
<i>Mycobacterium avium complex (MAC)</i>	Clarithromycin 1g/ngày chia 2 lần, kết hợp với Ethambutol 15 mg/kg/ngày	Rifaputin 300 mg/ngày kết hợp với Ethambutol 15 mg/kg/ngày
<i>Salmonella</i>	Ciprofloxacin 1g/ngày chia 2 lần uống trong 7 đến 14 ngày	Nếu phân lập chủng nhạy với ampicillin hoặc cotrimoxazol: thí dùng ampicillin 2g/ngày chia 2 lần hoặc cotrimoxazol viên 480 mg ngày uống 4 viên
2. Nhiễm trùng do nấm		
<i>Aspergillus</i> (nhiễm nấm phổi)	Amphotericin B 0,8 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch cho đến khi đáp ứng	Itraconazol 200 mg/ngày chia 2 lần uống
<i>Candida albicans</i> họng	Fluconazol 100 mg/ngày dùng trong 10 –14 ngày	Itraconazol 200 mg/ngày chia 2lần uống dùng 10 đến 14 ngày
<i>Cryptococcus neoformans</i> (viêm màng não)	Amphotericin B 0,7 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch trong 10-14 ngày. Rồi sau đó dùng Fluconazol 400 mg uống 2 lần 1 ngày trong 2 ngày. Sau đó giảm xuống 400 mg/ngày dùng trong 10-14 tuần.	Fluconazol 400 mg/ngày uống trong 10-14 tuần rồi điều trị duy trì 200 mg/ngày kết hợp với Flucytosin 100 mg/kg/ngày
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Amphotericin B 0,8 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch trong 10-14 ngày, sau đó	Itraconazol 300 mg uống 2 lần trong ngày dùng trong 3 ngày sau đó giảm

	dùng Intraconazol 400 mg/ngày dùng trong 3 ngày, rồi giảm xuống 200 mg/ngày	xuông 100 mg/ngày
<i>Penicillium marneffei</i>	Amphotericin B 0,7 –1 mg/kg/ ngày tiêm tĩnh mạch trong 10-14 ngày, rồi dùng Intraconazol 400 mg/ngày uống trong 4 tuần, sau đó duy trì 200 mg/ngày.	Itraconazol 300 mg uống 2 lần trong ngày dùng trong 3 ngày.Sau đó 400 mg/ngày dùng trong 12 tuần.

3.Nhiễm ký sinh trùng		
Trichomonas vaginalis	Metronidazol 2g uống 1 liều duy nhất	Metronidazol 0,5 g uống 2 lần trong ngày trong 7 ngày
Pneumocystis carinii (PCP)	Sulfamethoxazol 75 mg/kg/ngày kết hợp với Trimethoprim 15 mg/kg/ngày chia 3 lần uống trong 3-4 tuần	Trimethoprim 5 mg/kg/ngày kết hợp với dapsone 100 mg/ngày dùng trong 21 ngày hoặc pentamidin 4mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch trong 21 ngày hoặc clindamycin 600 mg tiêm tĩnh mạch hoặc 300 mg uống cách nhau 8 giờ một lần, kết hợp với uống primaquin 15 mg/ngày dùng trong 21 ngày
Izopora belli	Cotrimoxazol (viên 480 mg) ngày uống 4 viên, chia làm 4 lần uống trong 10 ngày sau đó uống 2 viên trong ngày uống trong 3tuần	Pyrimethamin 75 mg/ngày kết hợp với axit folinic 5-10 mg/ngày uống trong 3 tuần
Toxoplasma gondii	Pyrimetamin 50 mg/ngày kết hợp với sulfadiazin 1g/ngày dùng trong 8 tuần	Pyrimethamin 50 mg/ngày kết hợp axit folinic 10-20 mg/ngày và clindamycin 2g/ngày dùng trong 8 tuần hoặc Sulfamethoxazol 800 mg Trimethoprim 160 mg ngày 4 viên uống trong 8 tuần. Sau đó duy trì mỗi ngày 1 viên
4.Nhiễm vi rút		
Zona	Acyclovir 30 mg/ngày tiêm tĩnh mạch hoặc 800 mg uống 5 lần/ ngày trong 10 ngày hoặc famciclovir 500 mg uống 3 lần trong ngày hoặc	Famciclovir 250 mg uống 3 lần/ngày trong 7-10 ngày hoặc Foscanet 40 mg/kg truyền tĩnh mạch cách 8 giờ trong

	Valacyclvir 1 g uống 3 lần trong ngày trong 7-10 ngày	21 ngày
Cytomegalovirus (CMV)	Foscanet 60 mg/kg truyền tĩnh mạch, cách nhau 8 giờ 1 lần, dùng trong 14-21 ngày hoặc gancyclovir 5mg/kg truyền 2 lần/ngày dùng trong 14-21 ngày	

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG RUỘT DO VI KHUẨN

I. LÝ DO VI KHUẨN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

- Sốt cao đột ngột.
- Tiêu nhiều lần trong ngày, phân có đàm, máu; đau quặn bụng, mót rặn, mót đi cầu.
- Soi phân: Có bạch cầu ++ (đa số đa nhân trung tính), hồng cầu.

1.2. Chẩn đoán xác định:

Cấy phân phải có 1 trong những loại vi khuẩn sau: *Shigella*, *EIEC*, *Salmonella*, *Yersinia-enterocolitica*, *Campylobacter*.

1.3. Điều trị:

1.3.1. Bồi hoàn nước điện giải:

- Dung dịch ORS uống sớm.
- Truyền dịch nếu mất nước điện giải nặng.

1.3.2. Kháng sinh:

- * Ampicilline: 2g/ngày chia 4 lần x 5 ngày.
- * Trimethoprim-sulfamethoxazole: 48mg/kg/ngày x 5 ngày.
- * Có thể dùng cho người lớn Fluoroquinolone như:
 - Ciprofloxacin: 500mg x 2 lần/ngày.
 - Pefloxacin: 400mg x 2 lần/ngày.
 - Ofloxacin: 200mg x 2 lần/ngày.

} x 5 ngày

II. LÝ DO AMIP:

2.1. Chẩn đoán sơ bộ:

- Bệnh cảnh kéo dài hoặc tái đi tái lại.
- $T^{\circ} < 38^{\circ}\text{C}$.
- Tiêu < 10 lần/ngày, phân đàm, máu, đau quặn bụng, mót rặn, mót đi cầu.
- Soi phân có hồng cầu, bạch cầu.

2.2. Chẩn đoán xác định:

Soi phân có dưỡng bào *Entamoeba histolytica*.

2.3. Điều trị:

- Bồi hoàn nước, điện giải.
- Dinh dưỡng đầy đủ.
- Metronidazole 25-40mg/kg/ngày chia 3 lần, dùng trong 7-10 ngày.
- Phối hợp với Tetracyclin 250mg x 4 lần/ngày x 5 ngày.

III. ĐỐI VỚI CÁC TRƯỜNG HỢP TIÊU CHẢY CẤP KHÁC:

Phải loại các nguyên nhân ngoại khoa vào các nguyên nhân ngoài ruột (Viêm tai giữa, viêm phổi...):

- Bồi hoàn nước, điện giải. Dinh dưỡng đầy đủ.
- Không dùng thuốc chống co thắt (Atropin, Diphenoxylate, Diarsed) và thuốc hút nước (Pectin, kaolin...).
- Không dùng kháng sinh khi chưa tìm thấy dấu hiệu nhiễm trùng và theo dõi sát diễn tiến để có thái độ xử trí tiếp.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT

I. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:

1.1. *Lâm sàng:* (tiêu chuẩn bắt buộc)

- * Sốt rét run.
- * Biểu hiện nặng:
 - Sốt $> 40^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 37^{\circ}\text{C}$
 - Thở nhanh, mạch tăng (khi có trụy mạch là biểu hiện sốc nhiễm khuẩn).
 - Thay đổi huyết áp tư thế.
 - Rối loạn tâm thần kinh.
 - Ói mửa, tiêu chảy.
 - Vàng da niêm.
 - Xuất huyết da niêm.
 - Tiểu ít, phù không rõ lý do...

1.2. *Tiền căn - dịch tể:*

- Ổ nhiễm trùng (túi mật, đường niệu, sinh dục, da...).
- Vết thương củ, có thể đã lành.
- Cơ địa đề kháng kém: Suy tủy, già, xì ke, xơ gan, tiểu đường, K máu, đang dùng corticoides.

1.3. *Xét nghiệm:*

- Bạch cầu máu tăng nhưng cũng có thể bạch cầu bình thường hoặc giảm.
- BUN, créatinine máu có thể tăng.
- Soi bệnh phẩm (mủ, nước tiểu, máu, dịch bệnh lý) phát hiện vi khuẩn gây bệnh và hoặc tế bào mủ.

II. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

- Chẩn đoán sơ bộ.
- Cây máu phát hiện vi khuẩn có khả năng gây nhiễm khuẩn huyết trên người.

III. ĐIỀU TRỊ:

Cần tiến hành ngay khi có chẩn đoán sơ bộ để phòng diễn tiến đến sốc nhiễm trùng

1. Điều trị

1.1. *Nguyên tắc*

- Cây máu ngay trước khi quyết định điều trị kháng sinh
- Chọn kháng sinh ban đầu căn cứ vào các yếu tố lâm sàng : dịch tể học , ngộ vào , bệnh lý nền hoặc cơ địa , kết quả soi phẩm bệnh phẩm (mủ , nước tiểu , máu..)

1.2. *Chọn lựa kháng sinh ban đầu*

- Ceftriaxone :

- + Trẻ em : 80 – 100 mg/kg truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày
- + Người lớn : 2g truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày
- Tuỳ lâm sàng , có thể phối hợp một kháng sinh thuộc nhóm aminoglycosides như Amikacin :

- + Trẻ em và người lớn : 15mg/kg/ngày , chia đều mỗi 8 – 12 giờ , tiêm bắp
- + Với bệnh nhân suy thận , cần chỉnh liều theo trị số creatinin máu

1.2. Chọn lựa kháng sinh trong các trường hợp đặc biệt

a. Nhiễm trùng huyết từ da

- Nghi do tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*) , dùng Oxacillin :
 - + Trẻ em : 100 – 200 mg/kg/ngày , chia mỗi 6 giờ , tiêm tĩnh mạch
 - + Người lớn : 4 – 8 g/ngày , chia mỗi 6 giờ , tiêm tĩnh mạch
- Nghi do liên cầu (*Staphylococcus spp*) , dùng Ceftriaxone tiêm tĩnh mạch với liều như trên

- Cả hai trường hợp trên nếu lâm sàng xấu hơn dự ứng với nhóm beta – lactam , nên dùng Vancomycin :

- + Trẻ em : 30 – 45 mg/kg/ngày , chia mỗi 8 đến 12 giờ , truyền tĩnh mạch
- + Người lớn : 2 g/ ngày , chia mỗi 6 – 12 giờ , truyền tĩnh mạch
- + Cần chỉnh liều lượng thích hợp đối với bệnh nhân suy thận

b. Nhiễm trùng huyết nghi do não mô cầu (*N. meningitidis*)

- Ceftriaxone:

- + Trẻ em : 80mg/kg truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày
- + Người lớn : 2g truyền tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày

- Hoặc Penicillin G :

- + Trẻ em : 3000.000 đơn vị /kg/ngày , chia mỗi 4 – 6 giờ , tiêm tĩnh mạch
- + Người lớn : 6 – 12 triệu đơn vị / ngày , chia mỗi 4 – 6 giờ , tiêm tĩnh

mạch

c. Nhiễm trùng huyết nghi từ đường hô hấp

- **Ceftriaxone** tiêm tĩnh mạch
- Tuỳ lâm sàng , có thể phối hợp với **amikacin** , **azithromycin** hoặc nhóm **fluoroquinolone**

d. Nhiễm trùng huyết trên cơ địa giảm bạch cầu hay suy tủy

- Ceftazidime :

- + Trẻ em : 100 – 200 mg/kg/ngày , chia đều mỗi 6 – 8 giờ , tiêm tĩnh mạch
- + Người lớn : 4 – 6 g/ ngày , chia đều mỗi 8 giờ , tiêm tĩnh mạch
- Tuỳ lâm sàng , có thể phối hợp với Amikacin , liều như trên

- e. Nhiễm trùng huyết có liên quan thủ thuật xâm lấn như catheter động – tĩnh mạch , đặt ống thông tiểu , thở máy**

- Tuỳ lâm sàng có thể dùng :
 - + Nhóm Carbapenem

- + Có thể phối hợp với Amikacin , liều như trên .
- Trường hợp nghi ngờ tụ cầu , phối hợp với Vancomycin truyền tĩnh mạch , liều như trên
- Trường hợp nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí , phối hợp với Metronidazole
 - + Trẻ em : 30mg/kg/ngày , chia đều mỗi 8 giờ , truyền tĩnh mạch
 - + Người lớn : 1,5 g/ngày , chia đều mỗi 8 giờ , truyền tĩnh mạch

1.3. Thay đổi kháng sinh

Tất cả các trường hợp trên, sau 3 – 5 ngày điều trị , nếu không có sự cải thiện về lâm sàng , nên đổi kháng sinh điều trị phù hợp với kết quả kháng sinh đồ

Nếu kết quả cấy vi trùng âm tính , quyết định kháng sinh sẽ tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân

1.4. Thời gian điều trị kháng sinh

Thời gian điều trị thông thường từ 7 – 14 ngày hoặc lâu hơn tùy thuộc vào ổ nhiễm trùng gây bệnh . Chỉ ngưng kháng sinh sau khi bệnh nhân hoàn toàn hết sốt 5 – 7 ngày , tình trạng toàn thân tốt và các chỉ số xét nghiệm trở về bình thường

2. Biện pháp khác

2.1. Loại bỏ ổ nhiễm trùng

Tháo mũ , xẻ nốt , can thiệp ngoại khoa nếu có chỉ định

2.2. Điều trị tích cực bệnh nền như tiểu đường , cao huyết áp ...

2.3. Nâng cao thể trạng

- Chế độ dinh dưỡng tốt , đảm bảo năng lượng . Nên cho ăn sớm (qua ống thông dạ dày hoặc bằng miệng) duy trì hoạt động hệ tiêu hoá và hạn chế loét kích thích
- Truyền máu hoặc hồng cầu lắng nếu cần
- Theo dõi chức năng gan thận thường xuyên để chỉnh liều lượng kháng sinh phù hợp
- Săn sóc điều dưỡng

BỆNH QUAI BỊ

I. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định

a. Lâm sàng

- Viêm tuyến nước bọt mang tai :

Đây là thể thường gặp nhất trên lâm sàng

- Bệnh cấp tính sốt 38-39⁰C hoặc cao hơn kèm nhức đầu, mệt mỏi, đau nhức xương khớp, ăn ngủ kém

- Biểu hiện đầu tiên là đau, xuất hiện ở quanh ống tai ngoài, sau lan ra xung quanh gây khó nói, khó nuốt, khó há miệng .

- Tuyến mang tai :

+ Sưng to, lan ra vùng trước tai, lan xuống dưới hàm và làm mất chũm dưới hàm, khuôn mặt bị biến dạng

+ Thường sưng cả hai tuyến mang tai, bên này sau bên kia vài giờ tới vài ngày .

- Thăm khám thấy lỗ Sténon phù nề đỏ tấy nhưng không bao giờ có mủ chảy ra khi ấn

- Viêm tinh hoàn

- Có thể xuất hiện đơn độc không kèm viêm tuyến mang tai

- Bệnh xuất hiện sau khi sưng tuyến mang tai 5-10 ngày. Thường bệnh nhân chỉ sưng một bên tinh hoàn nhưng cũng có thể sưng hai bên

- Viêm màng não

- Triệu chứng lâm sàng : sốt cao, nhức đầu, nôn, rối loạn ý thức, co giật cổ cứng, dấu Kernig (+).

- Chọc dò não tủy biểu hiện như một viêm màng não nước trong tăng lympho bào. Protein dịch não tủy tăng vừa (50 – 100mg%) , đường bình thường

- Viêm não

- Biểu hiện lâm sàng: cũng có bệnh cảnh giống như viêm màng não virus khác với sốt cao, nhức đầu, co giật, tăng trương cơ, rối loạn hành vi tác phong, cảm khẩu, có liệt khu trú

- Xét nghiệm dịch não tủy trong, áp lực tăng nhưng thành phần không biến đổi

- Các rối loạn ý thức và vận động trong tổn thương thần kinh do virus quai bị thường cuối cùng tự phục hồi, rất hiếm có di chứng vĩnh viễn

- Viêm tụy cấp

- Bệnh xảy ra vào tuần thứ 2 (ngày thứ 4-10) khi viêm tuyến mang tai đã đỡ

- Bệnh nhân sốt trở lại, đau thượng vị cấp ở điểm giữa đường nối từ mũi ức đến rốn. Nôn, đầy bụng, ỉa lỏng, chán ăn là những dấu hiệu hay gặp

- Xét nghiệm amylase huyết thanh và trong nước tiểu tăng cao từ ngày thứ 3 của bệnh và trở về bình thường sau 15 ngày

- Bệnh diễn biến lành tính, khỏi sau 1 – 2 tuần, hiếm để lại di chứng

+ Viêm buồng trứng: 7% sau dậy thì sốt và đau hạ vị (hiếm vô sinh)

b. Dịch tễ học

- Mùa đông xuân

- Sống ở nơi đang có bệnh nhân quai bị, hay lớp học, công trường cơ quan có người bị quai bị

c. Xét nghiệm

- Công thức máu: bạch cầu máu bình thường hay giảm nhẹ, bạch cầu lympho tăng
- Sinh hoá: amylase máu và nước tiểu tăng cao
- Phân lập virus quai bị ở tuyến nước bọt và dịch não tủy
- Làm phản ứng huyết thanh chẩn đoán: phản ứng kết hợp bổ thể hay phản ứng ức chế ngưng kết hồng cầu. Phản ELISA, hay phương pháp miễn dịch huỳnh quang phát hiện kháng thể IgM, IgG đặc hiệu

2. Chẩn đoán phân biệt

a. Viêm tuyến nước bọt mang tai

- Vi khuẩn
- Có biểu hiện nhiễm trùng vùng tuyến mang tai sưng, nóng, đỏ, đau, khi ấn vào có mủ chảy qua ống Sténon
- Xét nghiệm máu số lượng bạch cầu tăng và tăng tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính

Sténon

- Tắc ống dẫn tuyến do sỏi: chẩn đoán bằng chụp cản quang ống Sténon

b. Viêm hạch mang tai do lao: chọc hạch làm tế bào học, chụp phổi và xét nghiệm máu

c. Viêm tinh hoàn

- + Lao tinh hoàn và mào tinh hoàn
- Thăm khám toàn thân, diễn biến ít biểu hiện cấp tính, sốt về chiều, kết hợp thêm chụp phổi và các xét nghiệm máu, đờm tìm trực khuẩn kháng acid, PCR lao trong dịch màng tinh hoàn

- + Viêm tuyến tiền liệt và viêm mào tinh hoàn trong bệnh lậu
- Xuất hiện sau khi quan hệ tình dục không an toàn, có đái máu, đái mủ
- Xét nghiệm nước tiểu nuôi cấy có vi khuẩn lậu

d. Viêm màng não – não

- + Viêm màng não do vi khuẩn :
- Biểu hiện cấp tính, tình trạng nhiễm trùng – nhiễm độc nặng, hội chứng màng não rõ

Chọc dò não tủy để chẩn đoán

- + Viêm màng não do lao: khởi phát từ từ thăm khám toàn diện, chụp phổi, chọc dịch não tủy phân tích chẩn đoán

II. Điều trị

Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Chỉ điều trị theo cơ chế và triệu chứng

1. Viêm tuyến nước bọt

- Bệnh nhân được cách li tối thiểu là 2 tuần. Hạn chế đi lại nhất là đối với thanh niên trong tuần đầu của bệnh.
- Chờm nóng vùng hàm, có thể dùng giảm đau (aspirin, paracetamol). Thường xuyên súc miệng nước muối 0.9% hoặc acid borid 5% sau khi ăn. Ăn nhẹ và lỏng những ngày đầu .

- Hạ sốt khi nhiệt độ $\geq 39^{\circ}\text{C}$ bằng paracetamol 10mg/kg/ lần, ngày không quá 3 lần

2. Viêm tinh hoàn

- Phải nằm nghỉ tại giường cho đến khi tinh hoàn hết sưng.
- Mặc quần lót bó để treo tinh hoàn, chườm ấm
- Dùng thuốc giảm đau như paracetamol 10mg/kg/mỗi 8 giờ
- Dùng corticoid (prednisolon, dexamethason) 25 – 30mg/ ngày

Thuốc corticoid sử dụng từ 5 – 7 ngày thì dùng, chỉ có tác dụng chống viêm và giảm đau chứ không hạn chế được khả năng teo tinh hoàn.

3. Viêm não – màng não

+ Nếu bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực nội sọ nhiều (nhức đầu, nôn vọt) có thể chọc dò tủy sống lấy dịch não tủy là giảm bớt áp lực, nhưng mỗi lần lấy không quá 15ml

- Dung dịch glucose 30% hoặc các dịch ưu trương khác với liều 250ml/ngày

- Manitol 20% 300ml/ngày

+ Sử dụng corticoid tĩnh mạch (prednisolon, dexamethason) 25 – 30mg/ngày

- Trơ tim mạch, thăng bằng nước điện giải

- Chú ý đến chế độ nuôi dưỡng và chăm sóc hộ lí cho bệnh nhân

- Sử dụng kháng sinh thích hợp khi có bội nhiễm

4. Viêm tụy

Chườm nóng vùng thượng vị, ăn nhẹ và lỏng, dùng thuốc giảm đau nếu cần, chú ý loại trừ các bệnh cảnh phải can thiệp ngoại khoa

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐT RÉT

(Ban hành kèm theo quyết định số: 4605/QĐ-BYT ngày 24/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y Tế)

I. Chẩn đoán sốt rét thể thông thường:

1. Dựa vào 3 yếu tố: Dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm.

a. Dịch tễ: Đang sinh sống hoặc vào vùng sốt rét lưu hành trong vòng 1 tháng hoặc có tiền sử sốt rét 2 năm gần đây.

b. Triệu chứng lâm sàng:

- Con sốt điển hình có 3 giai đoạn: Rét run – Sốt nóng – Ra mồ hôi.

- Con sốt không điển hình như:

+ Sốt không thành cơn: ớn lạnh, gai rét (hay gặp ở người sống lâu trong vùng sốt rét lưu hành).

+ Sốt liên tục hoặc giao động trong 5 - 7 ngày đầu, rồi thành cơn (hay gặp ở trẻ em, người bệnh bị sốt rét lần đầu).

- Những dấu hiệu khác: Thiếu máu, gan to, lách to.

c. Xét nghiệm

Xét nghiệm máu có ký sinh trùng sốt rét thể vô hình hoặc test chẩn đoán nhanh phát hiện kháng nguyên sốt rét dương tính. Nơi không có kính hiển vi thì lấy máu gửi đến điểm kính gần nhất.

2. Chẩn đoán phân biệt:

Trường hợp kết quả xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét âm tính cần phân biệt với sốt do các nguyên nhân khác như: Sốt xuất huyết Dengue, sốt thương hàn, sốt mò, cảm cúm, viêm họng, viêm amidan...

II. Chẩn đoán sốt rét ác tính:

Các dấu hiệu dự báo sốt rét ác tính

a. Rối loạn ý thức nhẹ thoáng qua (li bì, cuồng sáng, vật vã...)

b. Sốt cao liên tục.

c. Rối loạn tiêu hóa: Nôn nhiều lần trong ngày, tiêu chảy mất nước, đau bụng cấp.

d. Nhức đầu dữ dội.

e. Mật độ ký sinh trùng thường cao (*P.falciparum* ++++ hoặc ≥ 100.000 KST/ μ l máu)

f. Thiếu máu nặng: Da xanh, niêm mạc nhợt.

III. Điều trị sốt rét thể thông thường:

Điều trị đặc hiệu:

Dựa vào kết quả xét nghiệm và chẩn đoán lâm sàng để chọn thuốc điều trị có hiệu lực và an toàn.

a. Thuốc điều trị ưu tiên (first line):

- Sốt rét do *P. falciparum*: Dihydroartemisinin – Piperaquin uống 3 ngày + Primaquin 0,5 mg bazơ/kg liều duy nhất cho tất cả các trường hợp dương tính.

- Sốt rét do *P. vivax*: Chloroquin tổng liều 25mg bazơ/kg trong 3 ngày + Primaquin 0,25 mg bazơ/kg/ngày x 14 ngày.

b. Thuốc điều trị thay thế (second line):

- Quinine 30mg/kg/ngày x 7 ngày + Doxycyclin 3 mg/kg/ngày x 7 ngày.

- Hoặc Quinine 30 mg/kg/ngày + 7 ngày + Clindamycin 15 mg/kg/ngày x 7 ngày cho phụ nữ có thai.

*** Chú ý:**

- Không điều trị Dihydroartemisinin - Piperaquin cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu.

- Không điều trị Primaquin cho phụ nữ có thai, trẻ em dưới 3 tuổi và người thiếu men G6PD.

- ⁽¹⁾Dihydroartemisinin - Piperaquin: Có biệt dược là CV Artecán, Arterakine.

- ⁽²⁾Clindamycin liều 15 mg/kg/ngày (chia 2 lần/ ngày x 7 ngày).

VI. Điều trị sốt rét ác tính:

1. Điều trị đặc hiệu: Sử dụng một trong các thuốc sốt rét theo thứ tự ưu tiên như sau:

a. Artesunat tiêm: Liều giờ thứ nhất 2 lọ (12ml) Artesunat, sau đó 12 giờ tiêm thêm 1 lọ (6 ml). (Mỗi lọ 60 mg pha với 1 ml Natri Bicarbonat 5%, lắc kỹ cho bột artesunat tan hoàn toàn, dung dịch trong suốt, sau đó pha thêm 5ml Natri clorua 0,9%) để tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp thịt (nếu không tiêm được tĩnh mạch). Sau đó mỗi ngày tiêm 1 lọ cho đến khi bệnh nhân tỉnh, có thể uống được, chuyển sang uống Dihydroartemisinin-Piperaquin cho đủ liều điều trị.

b. Quinin dihydrochloride, ống 500mg (nếu không có Artesunat tiêm): Thuốc được pha trong Natri clorua 0,9% hoặc Glucose 5%. Nếu trước đó người bệnh chưa điều trị Quinin thì truyền tĩnh mạch với liều 20mg/kg 8 giờ đầu, sau đó 10mg/kg 8 giờ một lần các liều tiếp theo, cho đến khi tỉnh thì chuyển uống Quinin sunfat + Doxycyclin cho đủ liều điều trị hoặc Dihydroartemisinin + Piperaquin liều 3 ngày.

Chú ý: Khi dùng Quinin để phòng hạ đường huyết và trụy tim mạch do truyền nhanh.

2. Điều trị hỗ trợ:

a. Sốt cao hạ nhiệt bằng cách:

- Chườm mát.

- Thuốc hạ nhiệt: Khi nhiệt độ $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Thuốc hạ nhiệt chỉ dùng Paracetamol 10mg/kg/lần, không quá 4 lần trong 24 giờ.

b. Cắt cơn co giật:

Dùng Diazepam, liều 0,1 – 0,2 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm hoặc bơm vào hậu môn (tối đa 10mg 1 lần). Tiêm nhắc lại liều trên nếu còn cơn co giật

Ngoài ra có thể dùng phenobacital.

c. Xử trí sốc:

- Cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm không quá 6,5 cm H₂O ở người bệnh không có suy hô hấp cấp và không quá 5,0 cm H₂O ở người bệnh có hội chứng suy hô hấp cấp. Nếu huyết áp vẫn không cải thiện cần sử dụng thêm các thuốc vận mạch như Dopamin, Dobutamin. Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi dùng Dopamin quá 10 µg/kg/phút thì nên thay bằng Naradrenalin hoặc phối hợp Dobutamin với Noradrenalin.

- Nếu người bệnh có toan huyết ($\text{CO}_3\text{H}^- < 15\text{mmol/l}$) có thể truyền Natri bicarbonat 1,4%, theo dõi khí máu động mạch để điều chỉnh thích hợp.

- Thở oxy.

- Sử dụng thêm kháng sinh phổ rộng để phòng nhiễm khuẩn và nên cấy máu trước khi dùng kháng sinh.

d. Xử trí suy hô hấp:

- Đặt Canule miệng họng.

- Hút đờm rãi miệng, họng.

- Nằm đầu cao 30° – 45°.

- Thông khí nhân tạo xâm nhập.

- Dùng kháng sinh khi có bội nhiễm phổi.

- Khi người bệnh có phù phổi cấp ngừng truyền dịch, tiêm furosemid tĩnh mạch, trợ mạch, thở oxy và hỗ trợ hô hấp cấp (thở máy) lọc máu liên tục.

Chú ý: Hạn chế mở khí quản và dùng thuốc ức chế hô hấp.

đ. Xử trí suy thận cấp:

- Trong trường hợp người bệnh suy thận cấp thể vô niệu hoặc niệu cần hạn chế truyền dịch và duy trì cân bằng lượng nước vào như sau:

$\text{Lượng nước vào} = \text{Lượng nước ra} + 500\text{ml}$

- Nếu người bệnh có tăng Creatinin máu thì tiêm tĩnh mạch Furosemid từ 40 mg – 400mg, nếu vẫn không có nước tiểu thì phải chạy thận nhân tạo hoặc lọc máu liên tục (chỉ định điều trị thay thế thận, xem phụ lục 4).

e. Xử trí thiếu máu do huyết áp tụt hoặc xuất huyết:

Hematocrit < 20% hoặc hemoglobin < 7g/dl với người lớn, Hematocrit < 15% hoặc hemoglobin < 5g/dl với trẻ em. Truyền máu hoặc khối hồng cầu.

f. Xử trí hạ đường huyết:

Tiêm tĩnh mạch chậm 50ml Glucose ưu trương 30% (trẻ em 1-2ml/kg), sau đó truyền duy trì Glucose 10%, lượng dịch truyền tùy theo cân bằng nước điện giải và đường máu của người bệnh.

g. Xử trí đái huyết cầu tố:

- Dấu hiệu:

Dấu hiệu và triệu chứng thường gặp của sốt rét đái huyết cầu tố là cơn sốt rét điển hình có vàng da – niêm mạc và nước tiểu màu như nước vôi hay cà phê đen. Cần hỏi kỹ bệnh sử đái huyết cầu tố, các loại thuốc mới dùng gần đây, xét nghiệm máu tìm ký sinh trùng sốt rét và thử nước tiểu tìm hemoglobin, số lượng hồng cầu nhiều lần (trong đái huyết cầu tố số lượng hồng cầu giảm rất nhanh) và xét nghiệm G6PD nếu có điều kiện.

- Xử trí:

+ Truyền Natri clorua 0,9%, duy trì lượng nước tiểu ≥ 1000 ml/24 giờ với người lớn, 10 – 12 ml/kg/24 giờ với trẻ em. Truyền máu khi hồng cầu < 2 triệu/ μ l, hematocrit $< 20\%$, hemoglobin < 7 g/dl (nên truyền khối hồng cầu).

+ Nếu đang dùng Primaquin hoặc Quinin mà xuất hiện đái huyết cầu tố thì ngừng ngay thuốc và thay bằng thuốc sốt rét khác.

+ Nếu người bệnh bị suy thận thì xử trí như suy thận do sốt rét ác tính.

Chú ý: Hiện tượng đái huyết cầu tố thường gặp trên người thiếu G6PD, khi gặp các tác nhân gây oxy hóa như thuốc, nhiễm khuẩn và một số loại thức ăn. Vì vậy cần hỏi kỹ tiền sử, xét nghiệm máu nhiều lần để xác định đái huyết cầu tố do ký sinh trùng sốt rét và loại trừ đái huyết cầu tố do các tác nhân khác.

h. Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan:

- Dấu hiệu mất nước: Giảm đàn hồi da, môi khô, mạch nhanh, huyết áp hạ, giảm độ căng nhãn cầu, nước tiểu ít.

- Xử trí:

+ Dùng các dịch truyền đẳng trương nhưng không quá 2,5 lít/ngày và theo dõi các xét nghiệm điện giải đồ, huyết áp và nước tiểu.

+ Nếu người bệnh có toan huyết ($\text{CO}_3\text{H}^- < 15\text{mmol/l}$) có thể truyền natri bicarbonat 1,4%, theo dõi khí máu động mạch để điều chỉnh thích hợp.

Chú ý: Cần thận trọng việc bù nước để tránh phù phổi cấp (đặc biệt đối với người bệnh suy thận: thiếu, vô niệu); đo lượng dịch thải ra (nước tiểu, chất nôn...) và lượng dịch đưa vào (dịch truyền, nước uống...); theo dõi huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương và hematocrit. Trước một người bệnh thiếu, vô niệu (lượng nước tiểu $< 400\text{ml}/24$ giờ) cần tìm nguyên nhân do thiếu nước hay do suy thận cấp.

i. Chăm sóc, nuôi dưỡng:

- Để người bệnh nằm nơi sạch sẽ, khô, thoáng mát, tránh gió lùa, xoay trở 2 – 3 giờ một lần tránh loét tư thế (nên nằm đệm chống loét).

- Theo dõi người bệnh chặt chẽ:

- Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở 4 giờ một lần, nước tiểu/24h.

- Dinh dưỡng: Chế độ ăn đảm bảo đủ dinh dưỡng. Cho người bệnh ăn lỏng qua ống thông dạ dày nếu người bệnh hôn mê.

3. Điều trị sốt rét ác tính ở phụ nữ có thai:

Phụ nữ có thai khi bị sốt rét ác tính có thể dẫn đến sảy thai, đẻ non, thai chết lưu và dẫn đến tử vong. Do vậy phải tích cực điều trị diệt ký sinh trùng sốt rét kết hợp điều trị triệu chứng, biến chứng.

a. Điều trị đặc hiệu:

- Điều trị sốt rét ở phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu: dùng Quinin dihydrochloride 30mg/kg/ngày x 7 ngày (bảng 11) + Clindamycin 15 mg/kg/ngày x 7 ngày (bảng 13).

- Điều trị sốt rét ở phụ nữ có thai trên 3 tháng: dùng Artesunat tiêm như với người bệnh sốt rét ác tính, khi tình có thể chuyển sang uống Dihydroartemisinin ---- Piperaquin (3 ngày).

b. Điều trị hỗ trợ:

- Như phần điều trị chung về sốt rét ác tính (xem mục 3.3.2) nhưng cần chú ý: Xử trí hạ đường huyết, thiếu máu, điều chỉnh tình trạng mất nước, rối loạn điện giải, kiềm- toan.

Chú ý:

- *Phụ nữ có thai hay bị hạ đường huyết, nhất là khi điều trị Quinin, nên truyền Glucose 10% và theo dõi Glucose máu.*

- *Khi bị xảy thai hoặc đẻ non cần phải điều trị chống nhiễm trùng tử cung.*

SỐT DENGUE VÀ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

(Đối với người bệnh trên 15 tuổi)

I . Tiêu chuẩn chẩn đoán

1.1. Sốt xuất huyết Dengue

a) Lâm sàng

Sốt cao đột ngột, liên tục từ 2-7 ngày và có ít nhất 2 trong các dấu hiệu sau:

- Biểu hiện xuất huyết có thể như nghiệm pháp dây thắt dương tính, chấm xuất huyết ở dưới da, chảy máu chân răng hoặc chảy máu cam.

- Nhức đầu, chán ăn, buồn nôn.
- Da xung huyết, phát ban.
- Đau cơ, đau khớp, nhức hai hố mắt.

b) Cận lâm sàng.

- Hematocrit bình thường (không có biểu hiện cô đặc máu) hoặc tăng.
- Số lượng tiểu cầu bình thường hoặc hơi giảm.
- Số lượng bạch cầu thường giảm.

1.2. Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

Bao gồm các triệu chứng lâm sàng của Sốt xuất huyết Dengue , kèm theo các dấu hiệu cảnh báo sau:

- Vật vã, lừ đừ, li bì.
- Đau bụng vùng gan hoặc ấn đau vùng gan.
- Gan to >2cm
- Nôn – nhiều.
- Xuất huyết niêm mạc.
- Tiểu ít.
- Xét nghiệm máu.
- + Hematocrit tăng cao.
- + Tiểu cầu giảm nhanh chóng.

1.3. 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 (Sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi và ổ bụng nhiều.

- Xuất huyết nặng.

- Suy tạng.

a) Sốc Sốt xuất huyết Dengue

- Suy tuần hoàn cấp, thường xảy ra vào ngày thứ 3-7 của bệnh, biểu hiện bởi các triệu chứng như vật vã; bứt rứt hoặc li bì; lạnh đầu chi, da lạnh ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu $\leq 20\text{mmHg}$) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp; tiểu ít.

- Sốc Sốt xuất huyết Dengue được chia ra 2 mức độ để điều trị bù dịch.

+Sốc Sốt xuất huyết Dengue : có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li di.

+ Sốc Sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốc nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.

b) Xuất huyết nặng

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vạch mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phạm mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể dẫn đến suy đa phủ tạng và đông máu nội mạch nặng.

- Xuất huyết nặng cũng có thể xảy ra ở người bệnh dùng các thuốc kháng viêm như acetysalicylic acid (aspirin), ibuprofen hoặc dùng corticoid, tiền sử loét dạ dày-tá tràng, viêm gan mạn.

c) Suy tạng nặng.

- Suy gan cấp, men gan AST, ALT $\geq 1000\text{U/L}$.

- Suy thận cấp

- Rối loạn tri giác (Sốt xuất huyết thể nặng).

- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

2. chẩn đoán căn nguyên vi rút Dengue.

2.1. 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 IgM: lấy máu 2 lần cách nhau 1 tuần tìm động lực kháng thể (gấp 4 lần).

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

3. Chẩn đoán phân biệt

- Sốt phát ban do virus.
- 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 bụng cấp...

II. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue .

Phần lớn các trường hợp thường 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.

1.1. Điều trị triệu chứng sốt, khi $T^o \geq 39^oC$:

- Lau mát, không được chườm đá.
- Paracetamol: liều 10-15mg/kg/lần x mỗi 4-6 giờ, tổng liều không quá 60mg/kg/24 giờ.
- Cấm dùng: Aspirin (Acetyl salicylic acid), Analgin, Ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.
- Bù dịch sớm bằng đường uống:

Khuyến khích người bệnh uống nhiều nước: Oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây (nước dừa, cam, chanh,...)

2. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

Người bệnh được cho phép nhập viện điều trị.

- Chỉ định truyền dịch:

+ Nên xem xét truyền dịch nếu người bệnh không uống được, nôn nhiều, có dấu hiệu mất nước, lừ đừ, hematocrit tăng cao, mặc dù huyết áp vẫn ổn định.

+ Dịch truyền bao gồm: Ringer lactat, NaCl 0.9%.

Phụ lục 4: Sơ đồ truyền dịch trong sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

3. Điều trị Sốt xuất huyết Dengue nặng: phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

3.1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue .

a) Sốc sốt xuất huyết Dengue :

- Cần chuẩn bị các dịch truyền sau:

+ Ringer lactat.

+ Dung dịch mặn đẳng trương (NaCl 0.9%).

+ Dung dịch cao phân tử (dextran 40 hoặc 70, hydroxythyl starch(HES)).

- Cách thức truyền:

• Dùng Ringer lactate hoặc NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch với tốc độ 15ml/kg/giờ

+ Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc (HA hết kẹt, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn) thì giảm tốc độ truyền xuống 10ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ; sau đó giảm dần tốc độ 6ml/kg/giờ, truyền trong 2 giờ đến 3ml/kg/giờ, truyền trong 1-8 giờ đến 1,5ml/kg/giờ truyền trong 1-12 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng.

+ Nếu sau 1 giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (HA vẫn hạ kẹt, mạch nhanh, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch cao phân tử. Truyền với tốc độ 10ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ.

° Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc thì chuyển sang dung dịch điện giải với tốc độ 6ml/kg/giờ, truyền trong 2 giờ; đến 3ml/kg/giờ (tiếp tục như sơ đồ 2).

° Nếu sau 1 giờ truyền cao phân tử (hoặc sau Ringer lactate lần 1, 2 hoặc 3) mà tình trạng sốc không cải thiện thì dùng tiếp cao phân tử lần 2 với tốc độ 10ml/kg/giờ, truyền trong 1 giờ và đo CVP, đo Hct hoặc lượng nước tiểu.

Xử trí dựa theo CVP:

(1) CVP thấp

- Nếu Hct thấp, mạch nhanh, chi lạnh, HA kẹt
→ Truyền máu (Hct $\geq 35\%$, có hoặc chưa biểu hiện xuất huyết ổ ạt trên lâm sàng.

- Nếu Hct cao, mạch nhanh, chi lạnh, HA kẹt
→ Truyền hết cao phân tử lần 2 → đánh giá lại → bù Ringer lactate theo CVP, Hct và sinh hiệu → chuyển duy trì.

(2) CVP cao:

- Vận mạch.
- Duy trì Ringer lactate tùy tốc độ trước cao phân tử lần 2 là Ringer lactate (1), (2) hay (3) → ngưng truyền.

- Cần theo dõi sát các trường hợp sốc: đo mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/lần cho đến khi ra khỏi sốc. Theo dõi Hct 2 giờ một lần trong 6 giờ đầu sau đó 4 giờ một lần cho đến khi ổn định. Theo dõi lượng nước tiểu.

- Tất cả các người bệnh sốc cần được thở oxy.

(Sơ đồ chống sốc sốt xuất huyết Dengue theo phụ lục 7)

b) Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng.

Trường hợp người bệnh vào viện trong tình trạng sốc nặng (mạch quay không bắt được, huyết áp không đo được (HA=0)) thì phải xử trí rất khẩn trương.

- Để người bệnh nằm đầu thấp.

- Thở oxy

- Truyền dịch theo **phục lục 7**

3.2. Điều trị xuất huyết nặng.

a) Truyền máu và các chế phẩm máu.

- Khi người bệnh có sốc cần phải tiến hành xác định nhóm máu để truyền máu khi cần.

- Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần.

- + Sau khi đã bù đủ dịch nhưng sốc không cải thiện, hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%).

- + Xuất huyết nặng

b) Truyền tiểu cầu.

- Khi số lượng tiểu cầu xuống nhanh dưới $50.000/\text{mm}^3$ kèm theo xuất huyết nặng.

- Nếu số lượng tiểu cầu dưới $50.000/\text{mm}^3$ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy từng trường hợp cụ thể.

c) *Truyền plasma tươi, tủa lạnh*: Xem xét truyền khi người bệnh có rối loạn đông máu dẫn đến xuất huyết nặng,

3.3. Điều trị suy tạng nặng.

a) Tổn thương gan, suy gan cấp

- Hỗ trợ hô hấp: Thở oxy nếu thất bại thở NCPAP, xem xét đặt nội khí quản thở máy sớm nếu người bệnh có sốc kéo dài.

- Hỗ trợ tuần hoàn.

- + Nếu có sốc: chống sốc bằng NaCl 9% hoặc dung dịch cao phân tử không dùng Lactat Ringer.

- + Nếu không sốc: bù dịch điện giải theo nhu cầu hoặc 2/3 nhu cầu khi người bệnh có rối loạn tri giác,.

- Kiểm soát hạ đường huyết: giữ đường huyết 80-120mg%, tiêm tĩnh mạch chậm 1-2ml/kg glucose 30% và duy trì glucose 10-12.5% khu truyền qua tĩnh mạch ngoài biên hoặc glucose 15-30% qua tĩnh mạch trung ương (lưu ý dung dịch có pha điện giải).

- Điều chỉnh điện giải.

- + Hạ natri máu:

Natri máu $<120\text{mmol/L}$ kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3% 6-10mg/kg truyền tĩnh mạch trong 1 giờ.

Natri máu từ 120-125mmol/L không hoặc kèm rối loạn tri giác: bù NaCl 3% 6-10mg/kg truyền tĩnh mạch trong 2-3 giờ.

- + Hạ kali máu: bù đường tĩnh mạch qua dịch pha hoặc đường uống.

- Điều chỉnh rối loạn thăng bằng toan kiềm: toan chuyển hóa: bù bicarbonate 1-2mEq/kg tiêm mạch chậm (TMC).

- Điều chỉnh rối loạn đông máu/xuất huyết tiêu hóa (XHTH):

- + Huyết tương đông lạnh 10-15ml/kg: XHTH + rối loạn đông máu.

- + Kết tủa lạnh 1đv/6kg: XHTH + fibrinogen <1g/L.
- + Tiểu cầu đậm sắc : XHTH + Số lượng tiểu cầu <50000/mm³.
- + Vitamin K1 1mg/kg/ngày (tối đa 10mg)TMC x 3 ngày.
- Điều trị / phòng ngừa XHTH: Ranitidine 2mg/kg x 3 lần /ngày hoặc omeprazole 1mg/kg x 1-2 lần ngày.
- Rối loạn tri giác /co giật.
- + Chống phù não: Mannitol 20% 2.5ml/kg/30 phút x 3-4 lần/ngày.
- + Chống co giật: diazepam 0.2-0.3mg/kg TMC hoặc midazolam 0.1-0.2mg/kg TMC. Chống chỉ định : phenobarbital.
- + Giảm amoniac máu: thụt tháo bằng nước muối sinh lý ấm, lactulose metronidazol, neomycin (gavage).
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng. Tránh dùng các kháng sinh chuyển hóa qua gan chẳng hạn như pefloxacin, ceftriaxone.

- Không dùng paracetamol liều cao vì gây độc tính cho gan.

b) Suy thận cấp: Điều trị bảo tồn và chạy thận nhân tạo khi có chỉ định và huyết động ổn định. lọc máu liên tục nếu có biểu hiện suy đa tạng đi kèm hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định. Chỉ định chạy thận nhân tạo trong sốt xuất huyết suy thận cấp.

- Rối loạn điện giải kiềm toan mà không đáp ứng điều trị nội khoa.
- + Tăng kali máu nặng >7mEq/L.
- + Rối loạn Natri máu nặng đang tiến triển ([Na] >160 hay <115 mmol/L).
- + Toan hóa máu nặng không cải thiện với bù Bicarbonate (pH <7.1).
- Hội chứng Ure huyết cao: Rối loạn tri giác, nôn, xuất huyết tiêu hóa, Ure máu > 200mg% và hoặc creatinine trẻ nhỏ >1.5mg% và trẻ lớn >2mg%

3.4. Quá tải dịch không đáp ứng điều trị nội khoa.

- Suy tim ứ huyết, cao huyết áp.
- Phù phổi cấp.
- Chỉ định lọc máu liên tục trong sốt xuất huyết: Khi có hội chứng suy đa tạng kèm suy thận cấp hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định.

3.5. Sốt xuất huyết Dengue thể não, rối loạn tri giác, co giật.

- Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, nếu thất bại CPAP áp lực 4-6cmH₂O, nếu thất bại thở máy.

- Bảo đảm tuần hoàn: Nếu có sốc thì điều trị theo phác đồ chống sốc và dựa vào CVP.

- Chống co giật.

- Chống phù não

- Hạ sốt

- Hỗ trợ gan nếu có tổn thương.

- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiềm toan.

- Bảo đảm chăm sóc và dinh dưỡng.

- Phục hồi chức năng sớm.

3.6. Viêm cơ tim, suy tim, vận mạch dopamine, dobutamine , đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

4. Thở oxy: Tất cả các người bệnh có sốc cần thở oxy gọng kính.

5. Sử dụng các thuốc vận mạch

- Khi sốc kéo dài, cần phải đo CVP để quyết định thái độ xử trí.

- Nếu đã truyền dịch đầy đủ mà huyết áp vẫn chưa lên và áp lực tĩnh mạch trung ương đã trên 10cm nước thì truyền tĩnh mạch.

+ Dopamin, liều lượng 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.

+ Nếu đã dùng dopamin liều 10 mcg/kg cân nặng/phút mà huyết áp vẫn chưa lên thì nên phối hợp dobutamin 5-10 mcg/kg cân nặng/phút.

6. Các biện pháp điều trị khác.

- Khi có tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO₂ giảm xuống dưới 92%, nên cho người bệnh thở NCPAP trước. Nếu không cải thiện mới xem xét chỉ định chọc hút để giảm bớt dịch màng bụng, màng phổi.

7. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốc.

- Giữ ấm.

- Khi đang có sốc cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở từ 15-30 phút 1 lần.

- Đo hematocrit cứ 1-2 giờ 1 lần, trong 6 giờ đầu của sốc. Sau đó 4 giờ 1 lần cho đến khi sốc ổn định.

- Ghi lượng nước xuất và nhập trong 24 giờ

- Đo lượng nước tiểu
- Theo dõi tình trạng thoát dịch vào màng bụng, màng phổi, màng tim.

8. Tiêu chuẩn cho người bệnh xuất viện.

- Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Số lượng tiểu cầu $>50.000/\text{mm}^3$.

THƯƠNG HÀN

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

1.1.1. Lâm sàng:

- * Sốt
- * Đau nhiễm trùng nhiễm độc.
- * Rối loạn tiêu hóa:
 - Tiêu chảy hay táo bón.
 - Tình trạng bụng: Sinh bụng, đầy hơi đau nhẹ lan tỏa, sờ thấy lạo xạo hố chậu phải.
 - Lưỡi bẩn mất gai, loét vòm hầu.
- * Gan, lách to.
- * Hồng ban.
- * Các triệu chứng khác:
 - Ho khan, ran phế quản .
 - Xuất huyết da niêm, rong kinh.
 - Vàng mắt, vàng da.
 - Đau cơ, đau bụng.
 - Cổ cứng, dấu màng não dương tính.

1.1.2. Dịch tễ học:

- * Uống nước sông; ăn sò, ốc hến nấu không chín hoặc những thực phẩm khác bị nhiễm *Salmonella*...
- * Tiếp xúc với người bệnh thương hàn.

1.1.3. Xét nghiệm:

- * Widal: (+) với TO $\geq 1/100$.
- * Bạch cầu máu thường không tăng.

1.2. Chẩn đoán xác định: Cây máu có *Salmonella typhi* hoặc *Salmonella paratyphi* A,B,C.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Kháng sinh:

2.1.1. Fluoroquinolone: Ciprofloxacin, Ofloxacin, Peflacin...

2.1.1.1. Ciprofloxacin (CIP):

- Đối với người bệnh bị nhiễm bởi các chủng *Salmonella typhi* kháng Nalidixic acid:

CIP : 500mg x 3/ ngày x 7 ngày.

- Đối với người bệnh bị nhiễm bởi các chủng *Salmonella typhi* nhạy Nalidixic acid:

CIP : 500mg x 2/ ngày x 7 ngày.

- Đối với các trường hợp thương hàn có biến chứng thì thời gian điều trị kháng sinh nhất thiết phải dài hơn và có thể phải chuyển sang dạng kháng sinh tiêm.

2.1.1.2. Ofloxacin 400mg chia 2 lần/ngày:

- Thời gian điều trị từ 7-14 ngày tùy theo mức độ nặng nhẹ và diễn tiến của bệnh.
- Các trường hợp có biến chứng tối thiểu là 7 ngày.

2.1.1.3. Peflacin 800mg chia 2 lần ngày: (7-14 ngày)

Giảm liều khi có suy gan.

2.1.1.4. Gatifloxacin 400mg: 2 viên/ngày x 7 ngày.

2.1.1.5. Levofloxacin 0.75g: 1 viên/ngày x 7 ngày .

2.1.2. Cephalosporines thế hệ 3:

Ceftriaxone: 2 gram/tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày x 7 ngày (Test).
Tùy theo diễn biến của lâm sàng (nặng/biến chứng) thời gian điều trị có thể đến 14 ngày.

2.1.3. Macrolide:

Azithromycin 500mg: 1 viên/ngày x 7 ngày.

2.2. Glucocorticoides:

* Chỉ định: Thương hàn nặng có rối loạn tri giác, lơ mơ, đờ đẫn, hôn mê...Tình trạng sốc, huyết áp thấp.

* Thuốc: Dexamethasone 3mg/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút liều đầu. Sau đó 1mg/kg/6 giờ x 8 lần chỉ kéo dài trong 48 giờ.

2.3. Điều trị nâng đỡ:

2.3.1. Chế độ ăn - cân bằng nước điện giải:

Người bệnh thương hàn cần ăn đủ calor, nên ăn thức ăn dễ tiêu, mềm, ít chất bã/chất xơ.

2.3.2. Chăm sóc điều dưỡng:

- Sốt cao: Lau mát để hạ nhiệt, các thuốc hạ nhiệt nhóm paracetamol. Nhóm salicylate không được dùng vì có thể gây vã mồ hôi, hạ nhiệt độ, hạ huyết áp đột ngột, giảm tiêu cầu, kích thích ruột.

- Xoay trở chống loét, vệ sinh da, răng miệng mỗi ngày, nuôi ăn qua đường miệng đường tĩnh mạch.

- Không được thụt tháo hay dùng thuốc tẩy xổ vì có thể gây thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa.

2.4. Theo dõi và xử trí các biến chứng:

Đặc biệt là xuất huyết tiêu hóa và thủng ruột hay xảy ra vào tuần lễ thứ 2-3 của bệnh.

- Xuất huyết tiêu hóa: Cầm máu, hạn chế thuốc uống, chuyển sang thuốc tiêm, truyền dịch, máu (khi có chỉ định).

- Thủng ruột: Mời khoa Ngoại hội chẩn để có hướng giải quyết.

BỆNH THỦY ĐẬU

I. Chẩn đoán

1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào dịch tễ, lâm sàng, xét nghiệm

a. Dịch tễ học

Có tiếp xúc với bệnh nhân thủy đậu

b. Lâm sàng:

+ Sốt nhẹ 37-38⁰ C, đôi khi sốt cao 39-40⁰ C

+ Mệt mỏi

+ Nổi nốt phỏng: thoát đầu là những nốt nhỏ màu hồng, sau đó nổi gồ lên da, ngứa trong vòng 24h trở thành nốt màu hồng có phỏng nước trong, rất nông, xung quanh nốt phỏng có đường viền da mảnh, màu đỏ. Sau 48 giờ nốt phỏng khô lại: chất dịch bên trong nốt phỏng trở nên có màu đục, vùng trung tâm nốt phỏng thu nhỏ lại và khô, sờ vào nốt phỏng vẫn mềm (khác với đậu mùa sờ vào thấy cứng)

+ Vị trí nốt phỏng: rải rác khắp nơi, hay gặp nhất ở mặt, ngực, trên da đầu và chân tóc. Đôi khi vết phỏng mọc ở niêm mạc như ở trong má, vòm họng với những vết loét trợt nhỏ. Các nốt phỏng tồn tại cùng một thời gian với nhiều lứa tuổi khác nhau.

+ Hạch cổ thường nhỏ

+ Các nốt phỏng tồn tại khoảng 4 ngày, sau đó vảy vàng xuất hiện khoảng ngày thứ 10 trở đi bắt đầu bong vảy, thường không để lại sẹo

b. Cận lâm sàng

- Công thức máu, công thức bạch cầu: bình thường. Khi có bội nhiễm bạch cầu ĐNTT tăng, CRP dương tính

- Chụp phổi khi có sốt, ho, đau ngực, khó thở

- Chọc dò tủy sống khi có biểu hiện HC màng não

- Phân lập virus ở nốt phỏng, ở máu khi bệnh nhân đang sốt qua nuôi cấy trên môi trường tế bào khi có điều kiện

II. Biến chứng

1. Biến chứng thần kinh

- Có thể biểu hiện là một viêm não vô khuẩn, viêm não, viêm chất trắng, hội chứng Guillain-Barre

- Viêm não – màng não xuất hiện từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 8 chậm nhất có thể gặp ở ngày thứ 21 của bệnh. Biểu hiện lâm sàng là đột ngột sốt tăng lên, nhức đầu, li bì, nhiều khi co giật và liệt. Khám có hội chứng màng não, nước não tủy trong, có tăng bạch cầu lympho, albumin tăng nhẹ

2. Viêm phổi

- Xuất hiện ngày thứ 3-5 của bệnh

- Biểu hiện: ho, sốt, thở nhanh, đau ngực

- Xquang phổi có hình thâm nhiễm dạng nốt và viêm phổi kẽ

3. Viêm da bội nhiễm

- Do liên cầu hoặc tụ cầu

4. Các biến chứng khác

- Viêm cơ tim, viêm giác mạc, viêm khớp, viêm cầu thận, viêm thận, xuất huyết nội tạng, ban xuất huyết giảm tiểu cầu, mất điều hoà tiểu não
- Các nốt sần ở cùng một lứa tuổi

III. Điều trị

- Nghỉ học bắt buộc cho đến khi khỏi bệnh
- Dùng các thuốc sát trùng ngoài da bôi tại chỗ: xanh methylen
- Dùng thuốc kháng sinh histamin chống ngứa
- Điều trị Acyclovir
- + Được chỉ định cho những trường hợp thuỷ đậu có nguy cơ bị biến chứng

biến chứng

- + Có thể dùng trong vòng 24 giờ đầu khi các nốt phỏng xuất hiện
- + Liều lượng: viên 800mg, dùng 5 lần /ngày trong vòng 5-7 ngày. Trẻ nhỏ dưới 12 tuổi: 20mg/kg x 6 giờ / lần. Ở người bị suy giảm dịch thường dùng đường tiêm tĩnh mạch 10-12.5mg/kg x 8 giờ/lần trong 7 ngày .

- Trong trường hợp có biến chứng:
- + Các tổn thương da mủ thường do tụ cầu: điều trị bằng oxacillin

(Bristopen) hoặc vancomycin

- + Biến chứng viêm phổi có thể điều trị bằng kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 (Ceftazidim) hoặc nhóm Quinolon (Levofloxacin), (không sử dụng kháng sinh quinolon cho phụ nữ có thai và trẻ em < 12 tuổi)

BỆNH UỐN VÁN

I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Yếu tố dịch tễ: Có ngỏ vào phù hợp với diễn biến bệnh (20%-30% không có ngỏ vào). Không chủng ngừa hoặc chủng ngừa không đầy đủ,...

1.2. Lâm sàng:

- Uốn ván toàn thân: là thể bệnh thường gặp nhất với các triệu chứng:
 - Co cứng cơ toàn thân: đau và liên tục xuất hiện theo một trình tự nhất định (cơ nhai $\Rightarrow$ cơ mặt $\Rightarrow$ cơ cổ $\Rightarrow$ cơ cột sống $\Rightarrow$ $\Rightarrow$ cơ chi trên).
 - Co giật và co thắt:
 - + Co giật cứng toàn thân tự nhiên hoặc do kích thích bởi tiếng động, va chạm, ánh sáng...
 - + Co thắt hầu họng gây nuốt khó, sặc đàm, co thắt thanh quản đưa đến tím tái, ngưng thở.
 - Dấu hiệu toàn thân: tỉnh táo, không sốt lúc khởi phát.
- Ngoài ra còn có các thể uốn ván khác như: uốn ván cục bộ, uốn ván thể đầu (thể không liệt và liệt).

1.3. Phân độ bệnh uốn ván:

BẢNG PHÂN ĐỘ BỆNH UỐN VÁN

	Độ I	Độ II	Độ III
Thời kỳ ủ bệnh	15-30 ngày	7-14 ngày	< 7 ngày
Thời gian khởi phát	> 5 ngày	2-5 ngày	< 48 giờ
Co giật toàn thân	$\pm$	++	+++
Co thắt thanh quản	-	+	++, ngưng thở
Rối loạn thần kinh thực vật	-	+	++

1.4. Cận lâm sàng: không thực hiện được trong điều kiện thực tế của đơn vị và không giúp ích trên lâm sàng.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Trung hoà độc tố uốn ván: dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván (SAT) 20.000 UI ở người lớn, tiêm bắp một lần duy nhất. Phải thử test trước, nếu dương tính, chích theo phương pháp Besredka (xem phụ lục).

2.2. Xử lý vết thương (nếu có): mở rộng vết thương, lấy hết dị vật, cắt hết mô hoại tử, dẫn lưu mủ, rửa vết thương hàng ngày với oxy già 1-2 lần (nếu vết thương có nhiều góc ngách). Nếu dị vật nằm sâu tránh mọi cố gắng lấy ra hết, vì khi kích thích mạnh sẽ đưa đến tử vong đột ngột.

2.3. Điều trị nhiễm trùng:

- Diệt vi trùng uốn ván: dùng 7-14 ngày 1 trong các kháng sinh theo thứ tự sau:
 - Metronidazol 0,5 mg x 3 lần/ngày, uống
 - Penicillin G (tiêm tĩnh mạch, test) hay Penicillin V(uống): 100.000 đơn vị/kg/ngày, chia 4-6 lần.
 - Erythromycin 0,5 mg 3 lần/ngày, uống (khi người bệnh dị ứng PNC).

- Ngoài ra một số trường hợp đặc biệt (cơ địa, bệnh nhiễm trùng kết hợp, thở máy nhiều ngày...) có thể sử dụng: Cephalosporin III, Imipenem, Macrolide khác đơn thuần hoặc phối hợp với các nhóm kháng sinh khác.

- Điều trị bội nhiễm (nếu có).

2.4. Điều trị co giật:

* *Nhóm Benzodiazepines:*

- Diazepam khởi đầu:

- Tiêm tĩnh mạch 0,1-0,3 mg/kg/liều, mỗi 2-4 giờ, tối đa 10 mg/ liều. Tổng liều 1-2 mg/kg/ngày.

- Uống 1-3 mg/kg/ngày nếu đáp ứng tốt và không có xuất huyết tiêu hóa, tối đa 20 mg/liều.

- Giảm ½ liều đối với người bệnh suy gan, già, giảm thể tích máu, rối loạn tri giác, suy hô hấp.

➤ Giải độc (antidote) của diazepam: Flumazenil liều 0,01mg/kg tiêm tĩnh mạch, tổng liều tối đa 1mg

- Midazolam (hypnovel) khởi đầu: tiêm tĩnh mạch 0,05-0,2 mg/kg/liều, mỗi 2-3 giờ, tối đa 7 mg/ liều ở người lớn. Được sử dụng ở người bệnh suy gan, suy hô hấp...

* *Nhóm dẫn cơ:*

Cần nhắc khi sử dụng, bắt buộc phải gắn máy thở cho người bệnh trước khi dùng thuốc: Pipercuronium(Arduan) với khởi đầu 0,05mg/kg/liều, tiêm tĩnh mạch, sau đó 0,02-0,05 mg/kg/giờ, tối đa 2 mg/giờ, truyền tĩnh mạch tùy tình trạng co giật.

2.5. Chỉ định mở khí quản khi có một trong các tiêu chuẩn: co thắt hầu họng, thanh quản gây tím tái hay ngừng thở hoặc có cơn ngừng thở; ứ đọng đàm dãi gây suy hô hấp; co giật liên tục không kiểm soát được bằng thuốc chống co giật

2.6. Chỉ định thông khí nhân tạo : có biểu hiện suy hô hấp, tím, độ bão hoà oxy giảm < 90% ; co giật liên tục có chỉ định dùng thuốc dẫn cơ ; có cơn ngừng thở hay nhịp thở < 8 lần/phút

2.7. Điều trị khác : dự phòng xuất huyết tiêu hoá do stress: Omeprazol 40mg/ngày hoặc Pantoprazol 40mg/ngày . Uống hoặc truyền tĩnh mạch chậm; chống táo bón Sorbitol 5g x 2-4 gói/ngày kết hợp Bisacodyl 5mg x 2-4 viên/ngày

2.8. Điều trị các biến chứng: suy hô hấp, suy tuần hoàn, rối loạn thần kinh thực vật: MgSO₄ được chỉ định khi có hỗ trợ của máy thở và giữ nồng độ Mg huyết tương trong khoảng 2 – 4 mmol / l

2.9. Dinh dưỡng: đặt thông dạ dày nếu không ăn bằng đường miệng được. Nhu cầu năng lượng cao với 2.500 – 3.500 Kcal/ngày. Nên pha dung dịch dinh dưỡng 1ml = 1,5Kcal. Tốc độ nhỏ giọt qua sonde dạ dày 20-30 phút mỗi bữa ăn, 4-6 lần/ngày.

2.10. Theo dõi và chăm sóc: theo dõi sinh hiệu, SpO₂, co giật, tri giác, tình trạng vết thương, nước xuất nhập 24 giờ. Chăm sóc mở khí quản, thở máy, nằm lâu, hôn mê. Để bệnh nhân ở buồng yên tĩnh tránh các kích thích hạn chế khám khi không cần thiết .

2.11. Chỉ định rút canuyn: khi người bệnh tỉnh táo, không còn co giật, đàm ít, khạc mạnh.

III. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

Ăn uống bình thường, hết các biến chứng của bệnh, đi lại một mình không cần người giúp đỡ và không còn sử dụng diazepam làm mềm cơ.

IV. PHÒNG NGỪA SAU KHI BỊ UỐN VẤN:

Gây miễn dịch cơ bản bằng giải độc tố uốn ván (VAT): 3 mũi

- Mũi 1: VAT 40 đơn vị, tiêm bắp hay dưới da ngay khi xuất viện.
- Mũi 2: VAT 40 đơn vị, 1 tháng sau mũi 1 .
- Mũi 3: VAT 40 đơn vị, 6-12 tháng sau mũi 1.
- Tiêm nhắc lại mỗi 5-10 năm sau.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI

Viêm gan siêu vi (VGSV) là tất cả những biểu hiện lâm sàng do nhiều loại siêu vi có ái tính với tế bào gan gây ra hội chứng viêm và hoại tử.

Dựa vào biểu hiện lâm sàng và biến đổi xét nghiệm, VGSV được chia làm 2 loại:

- VGSV cấp: triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài không quá 6 tháng.
- VGSV mạn: triệu chứng lâm sàng và bất thường về xét nghiệm chức năng gan kéo dài trên 6 tháng.

A. VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

Hiện nay, có rất nhiều loại siêu vi gây viêm gan, nhưng trong điều kiện của Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang có thể xác định được VGSV A (HAV), VGSV B (HBV), VGSV C (HCV).

I. CHẨN ĐOÁN.

I.1 . Chẩn đoán sơ bộ.

I.1.1. Dịch tễ.

- Tiền căn gia đình: có người thân bị viêm gan.
- Tiền căn cá nhân: có quan hệ tình dục không bảo vệ, dùng chung kim tiêm, thủ thuật xuyên qua da, truyền máu từ 2 tuần đến 6 tháng trước khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh.

I.1.2. Lâm sàng

- Vàng mắt, vàng da- niêm không quá 28 ngày.
- Không sốt hoặc sốt nhẹ.
- Mệt mỏi, uể oải,
- Rối loạn tiêu hóa: nôn ói, chán ăn, đau hạ sườn phải.
- Gan to và đau
- Đối với các thể nặng có thể phát hiện rối loạn tri giác, xuất huyết da – niêm, gan teo nhỏ.

I.1.3. Cận lâm sàng

AST (SGOT) và ALT (SGPT) gia tăng tối thiểu là gấp 2 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường. Thông thường, trong VGSV cấp, AST và ALT gia tăng từ 5-10 lần, có khi > 20 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.

I.2. Chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm huyết thanh và được thực hiện lần lượt như sau:

- Đầu tiên nên làm IgM anti-HAV, IgM anti-HBc và HBsAg
- + IgM anti-HAV (+): VGSV A cấp.

- + IgM anti-HBc (+): VGSV B cấp.
- + HBsAg (+) đơn thuần: không kết luận được VGSV B (có thể là người mang mầm bệnh cũng có thể là VGSV B cấp và mạn).
- Sau đó, nếu IgM anti-HAV và IgM anti-HBc (-), chẩn đoán tạm thời là VGSV cấp A – không B và làm tiếp anti-HCV
- + Anti-HVC (+): VGSV C, nếu có thêm bằng chứng về chuyển huyết thanh thì kết luận và VGSV C cấp. Trong trường hợp anti-HVC (-), có thể làm HCV RNA để xác định chẩn đoán.

II. ĐIỀU TRỊ

Bệnh nhân nghi ngờ VGSV có các dấu hiệu nặng sau đây cần được nhập viện ngay để theo dõi và điều trị:

- Rối loạn tri giác.
- Xuất huyết.
- Rối loạn hô hấp
- Trụy tim mạch
- Nôn ói nhiều
- Không ăn uống được
- Sốt cao

Cần loại trừ nhiều bệnh lý nội, ngoại khoa có vàng da niêm

II.1. Chế độ ăn uống

- Khẩu phần nhiều đạm, nhiều đường, ít mỡ
- Không bia rượu
- Không nên kiêng ăn thái quá, khuyến khích bệnh nhân ăn nhiều lần, mỗi lần một ít, nếu cần, đổi bữa ăn chính vào lúc sáng và trưa, chiều tối nên ăn nhẹ.

II.2. Sử dụng các loại thuốc

- Hạn chế các loại thuốc có thể gây độc gan: không dùng corticoid, cẩn thận khi sử dụng phenobarbital, thuốc kháng lao, kháng sinh nhóm cyclin...
- Vitamin K₁ 10 mg/ngày tiêm bắp, 3-5 ngày khi prothrombin giảm <60%
- Cholestyramin: 1 gói (4g) x 2-3 lần/ngày khi bệnh nhân có dấu hiệu ngứa.
- Các loại thuốc có nguồn gốc dược thảo như Silymarin, Biphenyl dimethyl dicarboxylat không gây độc và giảm transaminases có thể xem xét sử dụng trong VGSV cấp.
- Xem xét dùng Lamivudine 100mg/ngày, nếu như bệnh viêm gan siêu vi B cấp diễn tiến nặng hoặc rơi vào viêm gan tối cấp. Chưa có bằng chứng về lợi ích của Tenofovir và Entecavir trong viêm gan B tối cấp.
- Đối với viêm gan siêu vi C cấp, xem xét dùng Peginterferon alfa 2a/2b hoặc Interferon alfa. Nên bắt đầu điều trị ít nhất là 8 tuần sau khi có triệu chứng đầu

tiên hay sau 12 tuần mà HCV RNA vẫn còn trên ngưỡng phát hiện. Liệu dùng thường là Peginterferon alfa 2a: 180mcg/tuần, hoặc Peginterferon alfa 2b 1.5mcg/tuần kéo dài 24 tuần. Không cần phối hợp với Ribavirin.

II. 3. Nghỉ ngơi

- Không cần thiết nghỉ ngơi tuyệt đối và hoàn toàn tại giường nhưng làm việc nặng gắng sức làm cho bệnh diễn biến phức tạp và kéo dài

- Thời gian nghỉ ngơi nên kéo dài cho đến khi hết vàng da - mắt và transaminases <2 lần so với chỉ số cao nhất của giới hạn bình thường.

- Không nên lao động nặng, gắng sức ít nhất là 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.

II.4. Theo dõi thường xuyên về lâm sàng và xét nghiệm

II. 4.1. Về lâm sàng.

Diễn tiến của vàng da – mắt, rối loạn tiêu hóa, tình trạng uể oải, mệt mỏi, có hay không xuất huyết, phù chi, báng bụng, rối loạn tri giác...

II. 4.2. Về xét nghiệm.

- AST và ALT hàng tuần cho đến khi <2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường, sau đó mỗi tháng một lần, ít nhất trong 6 tháng. Nếu AST, ALT tiếp tục tăng hoặc kéo dài >6 tháng, bệnh nhân có biểu hiện của bệnh viêm gan mạn tính.

- HBsAg, anti – HBs, anti – HCV mỗi 3 tháng. Nếu sau 6 tháng kể từ khi có biểu hiện viêm gan cấp, bệnh nhân vẫn còn HBsAg(+), hoặc anti – HCV(+) có nghĩa là bệnh viêm gan siêu vi cấp đã chuyển sang giai đoạn mạn tính. Nếu anti – HBs(+), IgM anti –HBc trở thành (-) có nghĩa là bệnh nhân VGSV B cấp có biểu hiện phục hồi.

- Prothrombin trong các thể nặng.

- Siêu âm bụng để phát hiện các bệnh gây tắc mật.

B. VIÊM GAN SIÊU VI MẠN

I. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VGSV B MẠN TÍNH

I.1. Chẩn đoán

I.1.1. Dịch tễ : giống như VGSV cấp .

I.1.2. Lâm sàng.

Chán ăn, mệt mỏi, đau nhức hạ sườn phải, hoặc không có triệu chứng.

I.1.3. Cận lâm sàng

- AST, ALT gia tăng và kéo dài >6 tháng.

- HBsAg(+) và kéo dài >6 tháng

- IgM anti –HBc(-).

I.2. Điều trị

I.2.1. Chỉ định điều trị đặc hiệu.

Cần đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Bệnh VGSV B mạn tính tiến triển với ALT (SGPT) > 2 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.

- Siêu vi đang tăng sinh được xác định trong 2 trường hợp sau:

+ HBsAg(+), HBeAg(+) và HBV DNA (+) ≥ 20.000 IU/ml (10^5 copies/ml).

+ Hoặc HBsAg(+), HBeAg(-) và HBV DNA (+) ≥ 2.000 IU/ml (10^4 copies/ml).

Dựa vào sự tăng sinh của siêu vi B, để thuận tiện cho việc điều trị, có thể chia ta làm 2 loại VGSV B mạn: VGSV B mạn tính với HBeAg(+) và VGSV B mạn với HBeAg (-).

I. 2.2. Phác đồ điều trị.

- Bệnh nhân mới chưa điều trị bằng các thuốc chống siêu vi B:

+ *Thuốc: có thể chọn một trong 2 nhóm thuốc : thuốc uống gồm Tenofovir (TDF), Entecavir (ENT) là hai thuốc ưu tiên chọn lựa hàng đầu (vì tỷ lệ kháng thuốc thấp), Telbivudine (LdT), Adefovir (ADV), Lamivudine (LAM) hoặc thuốc tiêm Peg-interferon alfa 2a (Peg-IEN 2a).*

+ *Liều dùng:*

◇ Tenofovir (TDF): 300 mg/ngày uống.

◇ Entecavir (ENT): 0.5 mg/ngày uống.

◇ Telbivudine (LdT): 600 mg/ngày uống.

◇ Adefovir (ADV): 10 mg/ngày uống.

◇ Lamivudin 100mg/ngày uống.

◇ Peg-IFN alfa 2a 180 µg/tuần, tiêm dưới da (bụng), trong 48 tuần. *Interferon alfa cổ điển, có thể sử dụng 5MIU/ ngày hoặc 10 MIU/lần, 3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6-12 tháng.* Ưu điểm dùng nhóm thuốc này ở phụ nữ trẻ muốn có con, nồng độ HBV DNA < 10^7 copies/ml, hoặc theo yêu cầu của bệnh nhân.

+ *Thời gian điều trị*

◇ VGSV B mạn tính có HBeAg(+): thuốc uống kéo dài ít nhất là 12 tháng. Ngưng thuốc khi HVB DNA < 15IU/ml (khoảng 80 copies/ml) và khoảng 6-12 tháng sau khi chuyển đổi huyết thanh (HBeAg dương tính trở thành âm tính hoặc xuất hiện anti-HBe dương tính).

◇ VGSV B mạn tính có HBeAg(-); thời gian điều trị khó xác định vì ngưng thuốc rất dễ bị tái phát, có thể kéo dài đến khi mất HBsAg.

- *Bệnh nhân đã điều trị thuốc kháng virus Lamivudine (LAM) 100mg/ngày và hoặc adefovir (ADV) 10mg/ngày, không đáp ứng [sau 6 tháng dùng LAM nồng độ HBV DNA > 200 IU/ml (10^3 copies/ml) hoặc sau 1 năm dùng ADV có nồng độ HBV DNA > 200.000 IU/ml (10^6 copies/ml), hoặc không thay đổi] hoặc nồng độ HBV DNA > 10 lần so với lần trước (cách nhau 3-6 tháng): có thể chuyển sang TDF ± LAM.*

- *VGSV B biến chứng xơ gan còn bù, nếu nồng độ HBV DNA trên ngưỡng phát hiện nên chỉ định điều trị kể cả ALT bình thường, có thể dùng thuốc uống (Tenofovir, Entercavir) hoặc thuốc tiêm (Interferon, Peg-IFNα 2a). Trong trường hợp dùng Interferon alfa cổ điển, có thể sử dụng 5MIU/ ngày hoặc 10 MIU/lần, 3 lần/tuần, tiêm dưới da từ 6-12 tháng.*

- VGSV B mạn tính biến chứng xơ gan mất bù, chống chỉ định sử dụng Interferon/Peg- interferon. Nên dùng TDF, ENT (1mg/ngày), chỉnh liều khi độ thanh thải Creatinin <50ml/phút. Cần phải ghép gan.

- **Trẻ em <12 tuổi:** nên dùng Lamivudine 3 mg/kg/ngày, không vượt quá 100mg/ngày hoặc Interferon alfa 2a 6MIU/m²(không vượt quá 10MIU/lần), 3 lần/tuần.

- Trường hợp ALT trong khoảng 1-2 X ULN, nồng độ HBV DNA cao (>10⁶copies/ml), có tiền sử gia đình liên quan đến HCC, nếu bệnh nhân chấp nhận và tuân thủ điều trị lâu dài, cần cân nhắc điều trị thuốc kháng virus cho bệnh nhân. Nên xem xét sinh thiết gan, hoặc Fibroscan, hoặc các xét nghiệm đánh giá mức độ xơ hóa để quyết định điều trị.

- Phụ nữ VGSV B đang được điều trị bằng thuốc uống và có thai: nên tiếp tục các thuốc nhóm B trong bảng phân loại của FDA (như Tenofovir, Telbivudine). Thận trọng và không khuyến cáo dùng tiếp Lamivudine, Adefovir, Entecavir (nằm trong bảng C của FDA). Chống chỉ định dùng Interferon/Peginterferon cho phụ nữ có thai.

Bên cạnh điều trị đặc hiệu, khuyên bệnh nhân nên sắp xếp công việc để nghỉ ngơi, tránh lao động nặng, hạn chế các thuốc gây hại cho gan, không uống rượu bia. Đối với bệnh nhân có nồng độ ferritin trong huyết thanh cao nên giảm các thức ăn có chất sắt (thịt bò, đồ biển, rau muống, rau dền, các loại cải xanh...).

1.2.3. Theo dõi.

- Trước điều trị:

ALT, AST, GGT, Bilirubin, Albumin, Globuline, Tỷ lệ Prothrombin (TQ), CTM, Siêu âm bụng; AFP (nếu có chỉ định), định lượng HBV DNA; Anti HAV (nếu âm tính, nên chủng ngừa VGSV A); AntiHCV, Anti HIV (xác định đồng nhiễm); Creatinin; **Chức năng tuyến giáp** (nếu dùng IFN/ Peg-IFN); Nếu có điều kiện nên sinh thiết gan/ Fibroscan.

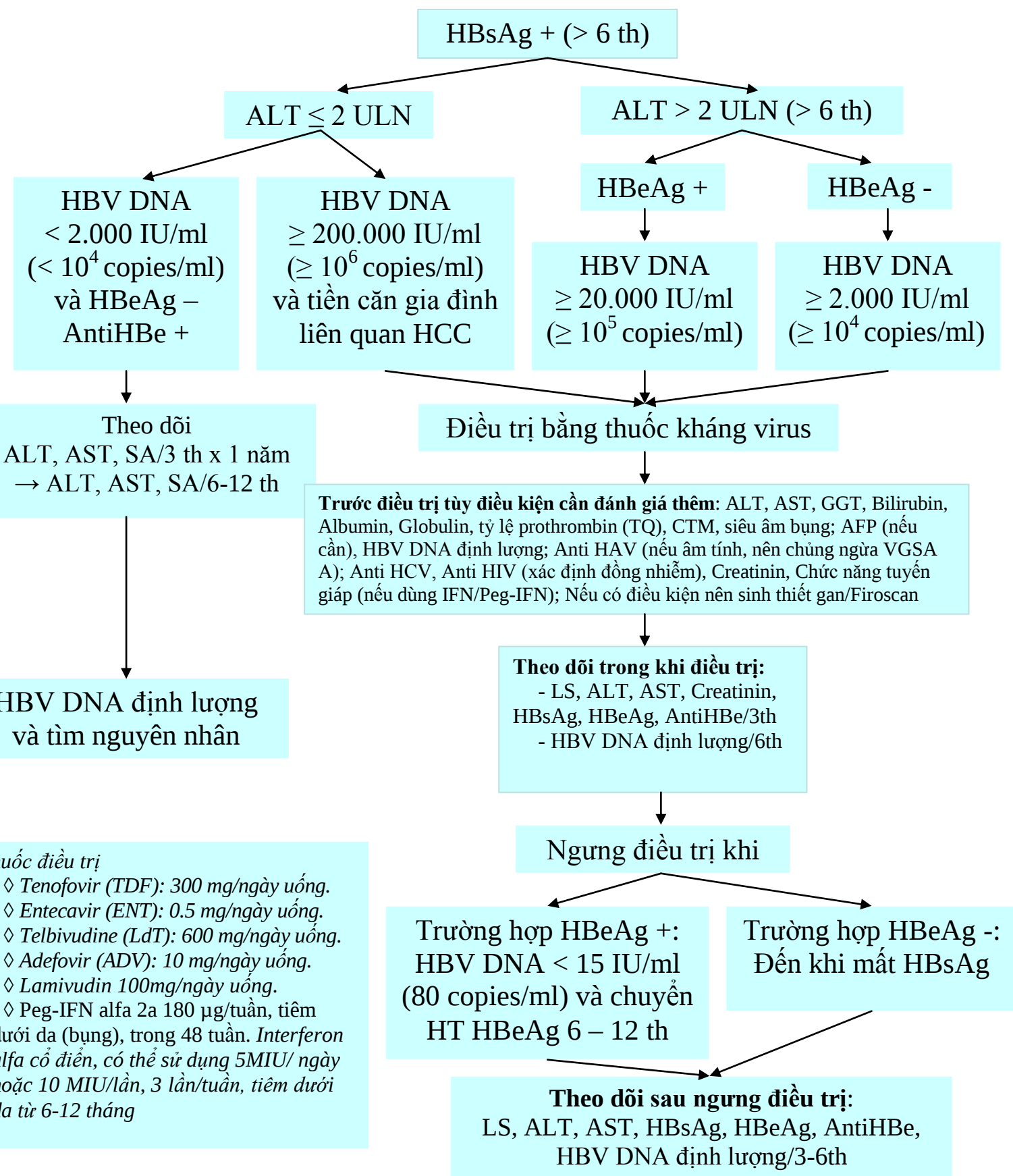
* Đối với người mang HBV không hoạt tính (HBsAg+ > 6 tháng, HBeAg -, AntiHBe +, HBV DNA <2.000 IU/ml hoặc <10⁴ copies/ml, ALT-AST thường xuyên ở mức bình thường, sinh thiết gan không phản ứng viêm đáng kể): Theo dõi ALT, AST, **siêu âm bụng** mỗi 3 tháng trong năm đầu, sau đó mỗi 6 – 12 tháng, nếu ALT, AST tăng thì cần định lượng HBV DNA và loại trừ các bệnh gan khác.

- Trong thời gian điều trị:

+ Các triệu chứng lâm sàng, ALT, AST, creatinine, HBsAg, HBeAg, anti-HBe mỗi 3 tháng. Creatinine cần theo dõi sát hơn ở các bệnh nhân có độ thanh thải Creatinine < 60 ml/phút.

+ Định lượng HBV DNA mỗi 6 tháng.

- **Sau khi ngưng điều trị:** Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm ALT, AST, HBsAg, HBeAg, anti-HBe, định lượng HBV DNA mỗi 3-6 tháng để đánh giá tái phát.



II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN C SIÊU VI MẠN

Viêm gan siêu vi C mạn (VGSV C) có thể điều trị khỏi, nếu không điều trị sẽ có nguy cơ chuyển thành xơ gan (5 – 25%), ung thư gan và bệnh gan mất bù (1 – 3% mỗi năm).

II.1. Chẩn đoán:

II.1.1. Dịch tễ học:

- Tiền căn gia đình: có người thân bị VGSV C
- Tiền căn cá nhân: có quan hệ tình dục không bảo vệ, dùng chung kim tiêm, thủ thuật xuyên da, truyền máu từ 2 tuần đến 6 tháng trước khi có triệu chứng đầu tiên.

II.1.2. Lâm sàng:

Các triệu chứng có thể gặp: Chán ăn, mệt mỏi, đau tức hạ sườn phải ... hoặc không có triệu chứng.

II.1.3. Cận lâm sàng:

- ALT/AST tăng và kéo dài trên 6 tháng.
- Anti HCV (+)
- HCV RNA trên ngưỡng phát hiện được thực hiện bằng kỹ thuật PCR nhạy cảm nhất (định tính, định lượng, định genotype).
- Nếu có điều kiện, nên thực hiện các kỹ thuật không xâm lấn để đánh giá tình trạng xơ hóa hoặc xơ gan trước khi điều trị. Nên làm sinh thiết gan (nếu có thể) để xác định thay đổi mô học, góp phần tiên lượng và chẩn đoán phân biệt.
- Các xét nghiệm để đánh giá và theo dõi điều trị khác: huyết đồ, creatinin, chức năng tuyến giáp ... và các xét nghiệm AFP, siêu âm bụng... khi có chỉ định.

II.2. Điều trị:

II.2.1. Chỉ định điều trị:

Bệnh nhân có các biểu hiện sau:

- ALT, AST tăng hoặc bình thường;
- Anti HCV (+);
- HCV RNA trên ngưỡng phát hiện;
- Gan còn bù (không báng bụng, không có bằng chứng bệnh não do gan, Bilirubin toàn phần < 1.5g/dL, Albumin > 34g/L, TC > 75.000/ mm³, INR < 1.5 hoặc Prothrombin bình thường ...);
- Xét nghiệm sinh hóa, huyết học chấp nhận được (Hb > 13g/dl đối với nam/ Hb > 12g/dL đối với nữ, Neutrophil > 1.500/ mm³, Creatinin < 1.5 mg/dL)
- Tuổi từ 18 trở lên;
- Bệnh nhân sẵn sàng điều trị và tuân thủ điều trị;
- Không có chống chỉ định.

II.2.2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân không tuân thủ.
- Có bệnh tự miễn.
- Ghép tạng.
- Có bệnh tuyến giáp.

- Có dấu hiệu suy nhược thần kinh.
- Có bệnh nội khoa nặng: THA, Suy tim, bệnh mạch vành, Đái tháo đường không kiểm soát được, COPD.
- Dị ứng với thuốc trong phác đồ điều trị.
- Trẻ em dưới 2 tuổi, phụ nữ có thai.
- Thận trọng đối với người trên 70 tuổi và trẻ em 2 – 17 tuổi.

II.2.3. Phác đồ điều trị:

Trước khi dùng thuốc cần tư vấn 3 vấn đề chính: hiệu quả, an toàn và giá thành cho bệnh nhân và gia đình.

Phác đồ: Interferon chuẩn (IFN) 3M UI x 3 lần/tuần + **RBV 1 – 1.2 g/ngày uống.**

Hoặc phác đồ chuẩn (theo EASL 2011 HCV guideline): Peg- Interferon (Peg-IFN) + Ribavirin (RBV), liều và thời gian điều trị thay đổi tùy theo Genotype và đáp ứng của bệnh nhân, trung bình là 48 tuần, có thể rút ngắn còn 24 tuần hoặc phải kéo dài đến 72 tuần, cụ thể

Genotype	RBV	Peg-IFN α 2a	Peg-IFN α 2b	Thời gian điều trị
1, 4, 6	15 mg/kg/ ngày và	180 μ g/ tuần hoặc	1.5 μ g/kg/ tuần	48 tuần *
2, 3	800 mg/ngày (nếu dự đoán đáp ứng kém: 15mg/kg/ngày) và	180 μ g/ tuần hoặc	1.5 μ g/kg/ tuần	24 tuần **

(*) Có thể rút ngắn thời gian điều trị còn 24 tuần nếu nồng độ HCV RNA trước điều trị thấp ($< 400.000 - 800.000$ IU/mL hoặc $< 2.10^6$ copies/mL) và đạt được đáp ứng virus nhanh (RVR: Rapid virologic response) tức là nồng độ virus ở tuần lễ thứ 4 sau khi bắt đầu điều trị dưới ngưỡng (< 50 IU/mL hoặc < 300 copies/ mL).

(**) Có thể rút ngắn thời gian điều trị còn 12 – 16 tuần nếu đạt được đáp ứng virus nhanh (RVR: Rapid virologic response).

II.2.4. Theo dõi:

II.2.4.1. Trước điều trị:

- Nếu Anti HCV (+) và HCV RNA định tính (+): VGSV C cấp hoặc mạn tùy tình huống lâm sàng, cần làm tính HCV RNA định lượng và định genotype để điều trị.

- Nếu Anti HCV (+) và HCV RNA định tính (-): Nhiễm HCV giai đoạn hồi phục hoặc nhiễm HCV cấp có nồng độ siêu vi thấp, cần lập lại HCV RNA định tính sau 6 – 12 tháng.

- Nếu Anti HCV (-), HCV RNA định tính (+):

+ Cơ địa bệnh gan/ Suy giảm miễn dịch: Nhiễm cấp hoặc mạn, cần làm tính HCV RNA định lượng và định genotype để điều trị.

+ Cơ địa bình thường: HCV RNA định tính dương giả.

- Nếu Anti HCV (-), HCV RNA định tính (-): Không nhiễm HCV.

II.2.4.2. Trong quá trình điều trị:

- Lâm sàng, huyết đồ, Ure, creatinin, ALT, AST mỗi tháng;
- T3, T4, **FT4**, TSH, đường huyết và hoặc HbA_{1c} mỗi 03 tháng;
- Định lượng HCV RNA vào tuần lễ thứ 4, 12, 24, 48 và 24 tuần sau khi kết thúc điều trị.
- Khám chuyên khoa tâm thần, ECG, X-quang khi cần;
- Kế hoạch hóa gia đình trong suốt thời gian điều trị, đặc biệt đối với phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ.

II.2.4.3. Chú ý giảm liều RBV và Peg-IFN:

- Hb < 10g/dL: Giảm liều RBV 200mg/ ngày.
Hb < 8.5 g/dL: ngưng RBV.
- TC < 80.000/ mm³ : Giảm 50% liều Peg-IFN α 2b.
TC < 50.000/ mm³ : Giảm liều Peg-IFN α 2a còn 90 μ g/ liều, nên ngưng Peg-IFN α 2b.
TC < 25.000/ mm³ : Nên ngưng Peg-IFN α 2a.
- BC < 1.500/ mm³ : Giảm 50% liều Peg-IFN α 2b.
BC < 1.000/ mm³ : Nên ngưng Peg-IFN α 2b.
- Hoặc dựa vào Neutrophile < 750/ mm³ : Nên giảm liều Peg-IFN α 2a còn 135 μ g/ liều hoặc giảm 50% liều Peg-IFN α 2b.
Neutrophile < 500/ mm³ : Nên ngưng Peg-IFN α 2a và Peg-IFN α 2b.
- * Có thể dùng thêm GSF 300 μ g/ lần khi Neutrophile < 800/ mm³, Erythropoietin 40.000 đơn vị/ tuần tiêm dưới da để dự phòng giảm nguy cơ thiếu máu do dùng IFN hoặc Peg-IFN.

II.2.4.4. ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI C Ở CÁC ĐỐI TƯỢNG

ĐẶC BIỆT:

TRẺ EM:

1. Anti HCV không nên thực hiện ở trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HCV vì kháng thể này có thể di chuyển từ mẹ sang con.
 - HCV RNA có thể xem xét thực hiện sau sinh 1-2 tháng nếu muốn chẩn đoán sớm.
 - Anti HCV nên làm khi trẻ $\geq$ 18 tháng.
2. Trẻ em 2 – 17 tuổi có thể xem xét điều trị theo tiêu chuẩn giống như người lớn.
Phác đồ: Peg-IFN α 2b 1.5 μ g/ 1.73 m²/ tuần + RBV 15mg/kg/ngày.

BỆNH NHÂN CÓ BỆNH THẬN:

Mô tả	GFR, mL/phút /1.73 m ²	Điều trị được đề nghị
Tổn thương thận với GFR bình thường hoặc tăng	≥ 90	Điều trị thường quy
Tổn thương thận với GFR giảm nhẹ	60 - 90	
GFR giảm trung bình	30 - 59	Peg-IFN α 2b 1 μ g/ kg/ tuần hoặc Peg-IFN α 2a 135 μ g/ tuần
GFR giảm trầm trọng	15 - 29	

Suy thận	< 15	+ RBV 200 – 800 mg/ngày (bắt đầu bằng liều thấp và tăng từ từ nếu kiểm soát được tác dụng phụ)
Lọc máu		Liều chuẩn IFN 3m U x3/ tuần hoặc Peg-IFN α 2b 1 μ g/ kg/ tuần hoặc Peg-IFN α 2a 135 μ g/ tuần $\pm$ giảm liều hàng ngày RBV

ĐỒNG NHIỄM HCV/HIV: Chỉ định điều trị VGSV C khi CD4 > 200/ mm³ , lưu ý độc tính ở gan cũng như phối hợp RBV – DDI.

ĐỒNG NHIỄM HCV/HBV: Xem xét dùng Peg-IFN α 2a và RBV (giống như điều trị VGSV C)

VGSV C CẤP:

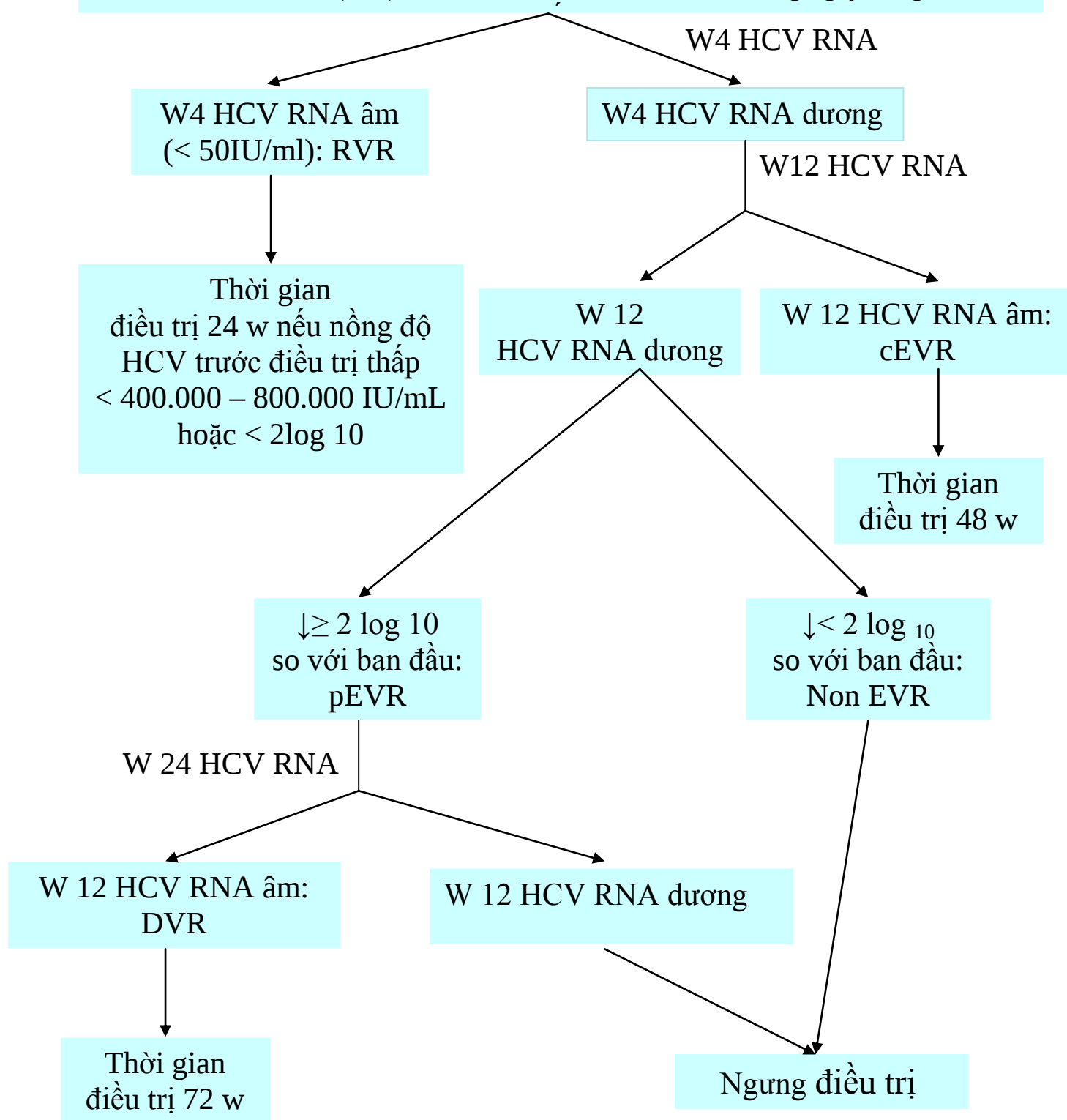
- Nên xem xét điều trị bằng IFN.
- Nên bắt đầu điều trị muộn, khoảng 8 – 12 tuần sau khởi phát (15% tự loại trừ virus).
- Điều trị với IFN chuẩn 3m U x 3 lần/tuần, đơn trị liệu. Xem xét dùng Peg-IFN vì tiện dụng: Peg-IFN α 2a 180 μ g/ tuần hoặc Peg-IFN α 2b 1.5 μ g/ kg/ tuần.
- Thời gian điều trị tối ưu chưa xác định, có thể $\geq$ 12 tuần (24 tuần được nhiều người ủng hộ).
- Vấn đề dùng RBV: tùy trường hợp.
-

Tài liệu tham khảo:

1. EASL Clinical practice guidelines 2011: Management hepatitis C virus infection.
2. EASL Clinical practice guidelines 2009: Management hepatitis B virus infection.
3. Quyết định số 599/QĐ-BV.BNĐ, ngày 02/11/2011 của Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan siêu vi.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGSV C mạn genotype 1, 4, 6

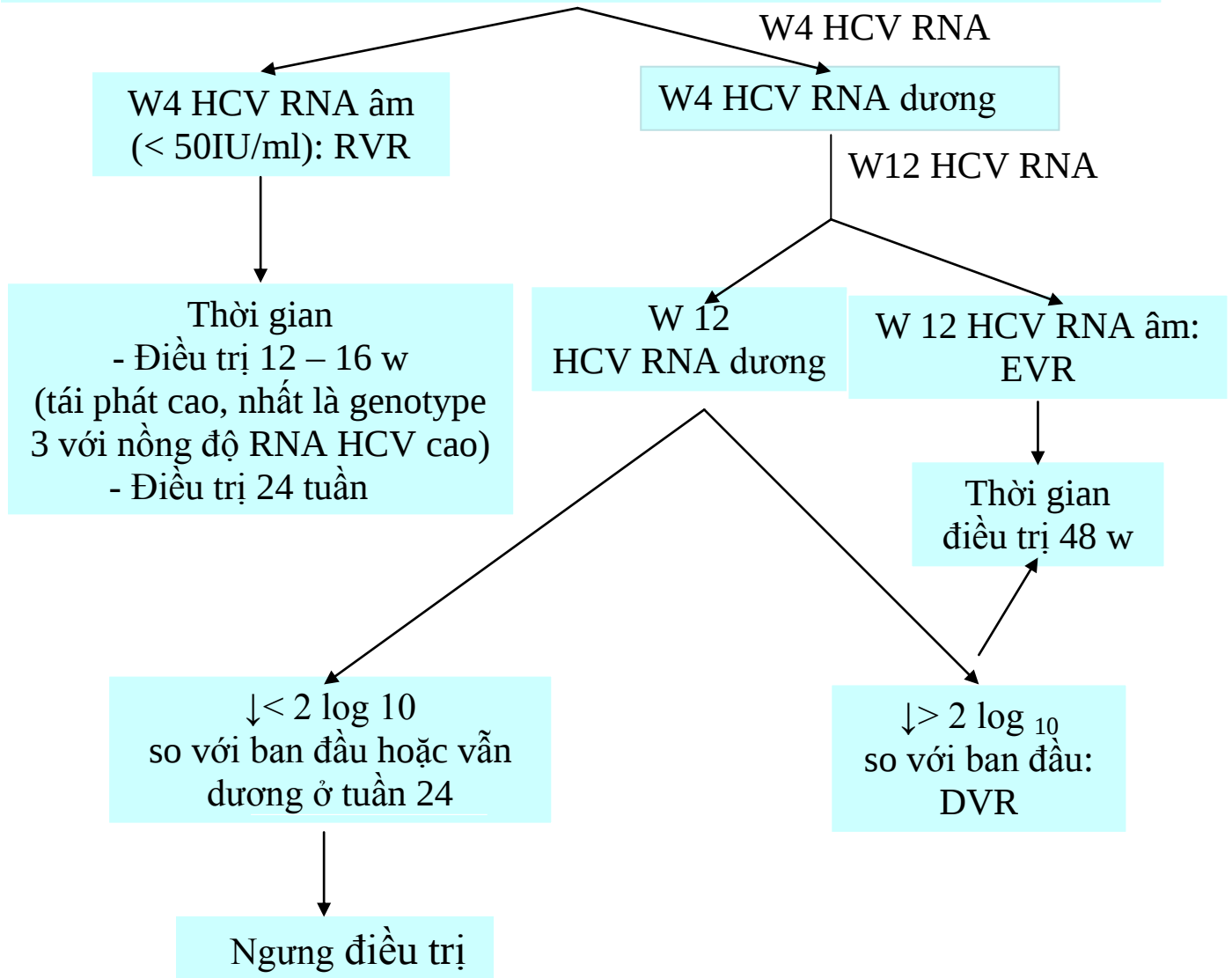
Peg interferon α 2a 180 μ g/tuần TDD + Ribavirin 15 mg/kg/ ngày uống
Peg interferon α 2b 1.5 μ g/kg/tuần TDD + Ribavirin 15 mg/kg/ ngày
Interferon chuẩn (IFN) 3M UI x 3 lần/tuần + RBV 1 – 1.2 g/ngày uống.



Theo dõi: LS, huyết đồ, Ure, creatinin, ALT, AST mỗi 4 tuần;
T3, T4, FT4, TSH, đường huyết và hoặc HbA₁C mỗi 12 tuần;
Định lượng HCV RNA vào các tuần 0, 4, 12, 24, 48 và 24 tuần sau ngưng điều trị

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGSV C mạn genotype 2, 3

Peg interferon α 2a 180 μ g/tuần TDD + Ribavirin 15 mg/kg/ ngày uống
Peg interferon α 2b 1.5 μ g/kg/tuần TDD + Ribavirin 15 mg/kg/ ngày
Interferon chuẩn (IFN) 3M UI x 3 lần/tuần + RBV 1 – 1.2 g/ngày uống uống



Theo dõi: LS, huyết đồ, Ure, creatinin, ALT, AST mỗi 4 tuần;
T3, T4, FT4, TSH, đường huyết và hoặc HbA₁C mỗi 12 tuần;
Định lượng HCV RNA vào các tuần 0, 4, 12, 24, 48 và 24 tuần sau ngưng điều trị

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

I. CHẨN ĐOÁN:

1.1. Chẩn đoán sơ bộ:

- *Dịch tủy và tiền căn:*

• Thời gian có nhiều người mắc bệnh viêm màng não hay nhiễm trùng huyết do não mô cầu.

- Tiếp xúc với người bệnh nhiễm khuẩn huyết hay viêm màng não do não mô cầu.
- Tiền căn bị chấn thương hay phẫu thuật vùng sọ não, vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn tai, mũi, họng tái phát nhiều lần.
- Từng mắc bệnh viêm màng não mủ trước đây.
- Đang điều trị nhiễm khuẩn huyết, viêm nội tâm mạc.

- *Lâm sàng:*

- Hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc thường cấp tính và nặng.
- Hội chứng màng não:
 - + Nhức đầu, ói mửa, táo bón.
 - + Dấu màng não: cổ cứng, có dấu Kernig, Brudzinski
 - + Rối loạn tri giác.

- *Cận lâm sàng:*

• Dịch não tủy: màu đục, protein tăng, glucose giảm nhiều ($< 50\%$ glucose máu lấy cùng lúc chọc dò tủy sống), tế bào tăng (thường hàng nghìn tế bào/mm³) với đa số là bạch cầu đa nhân và nhiều tế bào thoái hóa, mủ; lactat tăng ($> 4\text{mmol/l}$). Soi, cấy có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Phản ứng ngưng kết latex giúp chẩn đoán sơ bộ nhanh.

• Các xét nghiệm khác: bạch cầu máu tăng (phần lớn là bạch cầu đa nhân). Cấy máu (tìm tác nhân gây bệnh). Cấy vi trùng từ các ổ nhiễm khuẩn như mủ tai, cổ họng, nốt ngoài da, nước tiểu,... Các xét nghiệm về chức năng thận hay ion đồ rất quan trọng khi bệnh nặng. X-quang giúp khám phá những ổ nhiễm khuẩn tiên phát ở ngực, xoang, xương chũm.... Chụp cắt lớp điện toán (CT.Scanner) khi có dấu hiệu sốt dai dẳng, tăng áp lực nội sọ, dấu thần kinh định vị hoặc co giật nhiều lần.

1.2. Chẩn đoán phân biệt:

Lao màng não, viêm màng não – não do siêu vi, viêm màng não do thương hàn biến chứng...

1.3. Chẩn đoán xác định tác nhân gây bệnh: Dựa vào kết quả cấy dịch não tủy.

II. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Kháng sinh:

- *Nguyên tắc:*

• Sử dụng sớm, ngay khi có chẩn đoán; nên dùng loại kháng sinh diệt khuẩn, tiêm tĩnh mạch, liều cao, không được giảm liều trong quá trình điều trị.

• Chọn lựa kháng sinh dựa vào: mầm bệnh và theo kháng sinh đồ; khi chưa xác định mầm bệnh cần chọn kháng sinh phổ rộng. Cơ địa của người bệnh, tình hình kháng thuốc tại địa phương và kinh nghiệm điều trị của thầy thuốc.

- *Áp dụng thực tiễn:*

- Nếu vi trùng âm tính hoặc không có điều kiện xét nghiệm:
 - + Kháng sinh chọn lựa hàng đầu là cephalosporin thế hệ 3:

Ceftriaxon: người lớn 2g mỗi 12giờ, tiêm tĩnh mạch (test) hoặc Cefotaxim người lớn 2g mỗi 4giờ, tiêm tĩnh mạch (test).

Và Vancomycin: 500-750mg mỗi 6giờ, tiêm tĩnh mạch (nếu có).

+ Nếu dị ứng với Cephalosporin, thay bằng: Chloramphenicol 80-100mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch.

• Nếu cấy dịch não tủy xác định được vi trùng gây bệnh:

+ *Não mô cầu*:

Penicillin G 400.000đv/kg/24giờ, chia 4 đến 6 lần tiêm tĩnh mạch.

Nếu dị ứng Penicillin dùng Chloramphenicol 100mg/kg/24giờ, chia 4 lần tiêm tĩnh mạch. Thời gian điều trị 7-10ngày hoặc ngưng kháng sinh khi người bệnh hết sốt 5 ngày.

+ *Phế cầu*:

Dùng Ceftriaxon (hoặc Cefotaxim) và Vancomycin (không nên sử dụng đơn độc). Thời gian điều trị 10-14ngày. Có thể sử dụng Penicillin G nếu vi khuẩn còn nhạy.

+ *S.aureus*:

Dùng Oxacilline hoặc Nafcilline 10-12g/ngày, chia 6 lần tiêm tĩnh mạch.

Nếu kháng Methicilline dùng Vancomycin kết hợp với Levofloxacin

+ *Vi trùng gram âm*: ngoài nhóm Cephalosporin thế hệ 3, có thể dùng Aztreonam, Meropenem, Cefpirome hay cả nhóm Fluoroquinolon.

- **Thời gian sử dụng kháng sinh:**

Thông thường là 10-14 ngày, tùy theo diễn biến lâm sàng và dịch não tủy. Riêng trường hợp viêm màng não do tụ cầu vàng, thời gian sử dụng kháng sinh tối thiểu là 3 tuần.

- **Tiêu chuẩn ngưng kháng sinh:**

• Lâm sàng diễn biến tốt.

• Dịch não tủy trong, glucose bình thường, tế bào < 50/ μ l với đa số là tế bào lympho.

2.2. Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt; chống co giật; chống phù não; chống suy hô hấp và trụy tim mạch...

- Corticoide: có thể dùng dexamethasone 0,15mg/kg/6 giờ (người lớn: 10mg/ngày) sử dụng ngay trước liều kháng sinh và trong 4 ngày ở các trường hợp rối loạn tri giác nặng hay nghi ngờ viêm màng não do *H. Influenzae* và *S. pneumoniae*.

- Dinh dưỡng tốt, đề phòng và chống loét,...

III. THEO DÕI DỊCH NÃO TỦY:

- Chọc dò tủy sống lần 1: trước khi sử dụng kháng sinh.

- Chọc dò tủy sống lần 2: 48 giờ sau khi sử dụng kháng sinh để đánh giá hiệu lực kháng sinh và thay đổi kháng sinh nếu cần thiết. Trường hợp thay đổi kháng sinh thì 48 giờ sau phải kiểm tra lại dịch não tủy.

- Chọc dò tủy sống lần 3: 24 giờ trước khi dự định ngưng kháng sinh.

- Chọc dò tủy sống lần 4: sau khi ngưng kháng sinh 3 ngày (áp dụng trong trường hợp dịch não tủy lần 3 chưa hoàn toàn phù hợp với tiêu chuẩn có thể ngưng kháng sinh).

* **Chú thích:** nếu chọc dò chàm thương (đếm HC/DNT và công thức máu cùng lúc), bạch cầu viêm được tính theo công thức Dejong :

$$\text{BC tính toán} = \frac{\text{HC dịch não tủy} \times \text{BC máu}}{\text{HC máu}}$$

$$\text{BC viêm} = \text{BC có dịch não tủy} - \text{BC tính toán}$$

Nếu BC viêm > 10/mm³, kết luận có sự tăng BC DNT, nghĩa là có hiện tượng viêm.

\

PHỤ LỤC 1
PHÂN LOẠI
GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG HIV/AIDS
Ở NGƯỜI LỚN VÀ VỊ THÀNH NIÊN

I. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN I

- Không có triệu chứng
- Bệnh lý hạch lymphô toàn thân dai dẳng
- Hoạt động mức độ 1: Không có triệu chứng, hoạt động bình thường

II. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN II

- Sút cân dưới 10% cơ thể
- Biểu hiện nhẹ tại da và niêm mạc (viêm tiết bã nhờn, mẩn họng, loét miệng tái diễn , viêm góc miệng)
- Zona trong vòng 5 năm gần đây
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái phát (viêm xoang do vi khuẩn) và / hoặc
- Hoạt động mức độ 2: có biểu hiện triệu chứng nhưng vẫn hoạt động bình thường

III. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN III

- Sút cân nặng không rõ nguyên nhân (> 10% trọng lượng cơ thể)
- Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài hơn 1 tháng
- Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài hơn 1 tháng
- Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi
- Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi , viêm mũ màng phổi , viêm đa cơ mủ , nhiễm trùng xương khớp , viêm màng não , nhiễm khuẩn huyết)
- Viêm loét miệng hoại tử cấp , viêm lợi hoặc viêm quanh răng
- Thiếu máu (Hb<80g/L , giảm bạch cầu trung tính (<0.5x10⁹/L) , và /hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50x10⁹/l) không rõ nguyên nhân

IV. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN IV

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân >10% trọng lượng cơ thể, kèm theo sốt kéo dài trên 1 tháng hoặc tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân).
- Viêm phổi do Pneumocystys jiroveci (PCP)
- Nhiễm Herpes simplex mạn tính (Ổ môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn, kéo dài hơn 1 tháng, hoặc bất cứ đâu trong nội tạng)
- Nhiễm Candida thực quản (hoặc nhiễm Candida ở khí quản, phế quản hoặc phổi)
- Lao ngoài phổi
- Sarcoma Kaposi
- Bệnh do Cytomegalovirus (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác
- Bệnh do Toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương
- Bệnh lý não do HIV
- Bệnh do Cryptococcus ngoài phổi bao gồm viêm màng não

- _ Bệnh do Mycobacteria avium complex (MAC) lan tỏa
- _ Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển (Progressive multisofofocal leukoencephalopathy-PML)
- _ Tiêu chảy mạn tính do Cryptosporidia
- _ Tiêu chảy mạn tính do Isospora
- _ Bệnh do nấm lan tỏa (bệnh nấm Penicillium, bệnh nấm Histoplasma ngoài phổi)
- _ Nhiễm trùng huyết tái diễn (bao gồm nhiễm Sallmomella không phải thương hàn)
- _ U lympho ở não hoặc u lympho non-Hodgkin tế bào B
- _ Ung thư cổ tử cung xâm nhập (ung thư biểu mô)
- _ Bệnh do Leishmania lan tỏa không điển hình
- _ Bệnh lý thận do HIV
- _ Viêm cơ tim do HIV