

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
KHU VỰC TỈNH

Ký hiệu: PĐĐT 01 – NHIỄM

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

Châu Đốc, ngày 01 tháng 01 năm 2016

NHIỄM TRÙNG HUYẾT

I/ CHẨN ĐOÁN :

1/ Chẩn đoán sơ bộ.

a/ Tiền căn và dịch tễ.

- Ô nhiễm trùng cơ quan (túi mật viêm, nhiễm trùng đường niệu, sinh dục, nốt da ...).
- Vết thương cũ (đôi khi đã lành).
- Có yếu tố tắc nghẽn đường mật, đường tiểu (sỏi, u bướu...).
- Giai đoạn hậu phẫu.
- Đang được đặt Catheter tiêm truyền hoặc thủ thuật (lọc máu, đo huyết áp, động mạch trực tiếp...) các ống dẫn lưu (bàng quang, màng phổi, nuôi ăn lâu ngày bằng đường tĩnh mạch ...)
- Cơ địa đề kháng kém (xì ke, HIV, AIDS, xơ gan, tiểu đường, suy tuỷ, ung thư máu đang dùng corticoid, > 60 tuổi...)

b/ Lâm sàng.

- Sốt cao ± rét run (cơ thể không sốt).
- Triệu chứng biểu hiện nặng :
 - + Sốt > 40⁰ C hoặc < 37⁰ C .
 - + Thở nhanh > 24 lần / phút.
 - + Tim nhanh > 90 lần/phút.
 - + Giảm huyết áp tư thế.
 - + Tiêu ít.
 - + Tiêu chảy.
 - + Rối loạn tri giác : lơ mơ, bứt rứt, vật vã...

c/ cận lâm sàng.

- Xét nghiệm máu :
 - + Bạch cầu tăng > 12.000/ mm³ trong đó đa nhân trung tính chiếm đa số hoặc giảm < 4000/mm³ hoặc ≥ 10 % bạch cầu non (bands).
 - + Huyết đồ : công thức Arneth chuyển trái.
 - + Phết máu ngoại biên có sự hiện diện của hạt độc (toxic granulation), không bào (vacuoles), thể Dohle (Dohle bodies), xác vi trùng trong bạch cầu đa nhân trung tính.
 - + Lactate máu tăng > 4 mmol/ L.
- Soi bệnh phẩm (mủ, máu, nước tiểu, dịch màng bụng, dịch màng phổi..) : có vi trùng gây bệnh hoặc tế bào mủ.

2/ Chẩn đoán xác định :

- Cây máu có giá trị chẩn đoán

II/ ĐIỀU TRỊ :

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

1/ Kháng sinh :

a/ Nguyên tắc :

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

b/ Chọn lựa kháng sinh ban đầu :

- Ceftriaxone :

- + Trẻ em : 80 – 100 mg/kg, tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày.
- + Người lớn : 2g tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày.
- Tùy lâm sàng, có thể phối hợp (hoặc không) một kháng sinh thuộc nhóm aminoglycosides như Amikacin , Neltimycine..
- + Trẻ em và người lớn : 15 mg/kg/ngày, chia đều 8 – 12 giờ, tiêm bắp.
- + Với bệnh nhân suy thận, cần chỉnh liều theo trị số creatinin máu.

c/ Chọn lựa kháng sinh trong các trường hợp cụ thể.

c.1/ Nhiễm trùng huyết từ da.

- Nghi do tụ cầu (*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 lên cầu (*Streptococcus spp*), dùng **ceftriaxone** tiêm tĩnh mạch với liều như trên.
- Cả hai trường hợp trên nếu lâm sàng xấu hơn hoặc dị ứng với nhóm betalactam, nên dùng **vancomycin**.
- + Trẻ em : 30 – 45 mg/kg/ngày, chia mỗi 8 – 12 giờ, truyền tĩnh mạch.
- + Người lớn : 2g/ngày, chia mỗi 6 – 12 giờ, truyền tĩnh mạch.
- + Cần chỉnh liều lượng thích hợp đối với bệnh nhân suy thận.

c.2/ Nhiễm trùng huyết nghi do não mô cầu (*N. meningitidis*).

- **Ceftriaxone** :
- + Trẻ em : 80 – 100 mg/kg, tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày.
- + Người lớn : 2g tiêm tĩnh mạch 1 lần duy nhất trong ngày.
- hoặc **Penicillin G**.
- + Trẻ em : 300.000 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.3/ Nhiễm trùng huyết nghi từ đường hô hấp.

- **Ceftriaxone** tiêm tĩnh mạch với liều như trên.
- Tùy lâm sàng, có thể phối hợp với amikacin, Azythromycin hoặc fluoroquinolone **Ciprofloxacin** uống 400mg mỗi 12 giờ, trong 5 – 7 ngày.
- Hoặc **Levofloxacin** uống 500 – 700 mg mỗi 12 giờ, trong 5 – 7 ngày.

c.4/ 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- 6g/ngày, chia đều mỗi 8 giờ, tiêm tĩnh mạch.
- Tùy lâm sàng, có thể phối hợp với **amikacin**, tiêm bắp, liều như trên.
- + **Imipenem** 2 g/ngày tiêm mạch
- Hoặc **Méropénem** 2g tiêm mạch.

c.5/ 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 :

+ **Carbapenem**

Có thể phối hợp với **Amikacin** tiêm bắp, liều như trên.

- Trường hợp nghi ngờ tụ cầu, phối hợp với **vancomycin** truyền tĩnh mạch, liều như trên.

- Trường hợp nghi ngờ kỵ khí, phối hợp với **Metronidazole** :

+ Trẻ em : 30/mg/kg/ngày, chia đều mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch.

+ Người lớn : 1,5 g/ngày/ chia đều mỗi 8 giờ, truyền tĩnh mạch.

d/ 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 thay đổi kháng sinh điều trị phù hợp với kết quả kháng sinh đồ. Nếu kết quả cấy vi trùng âm tính, quyết định đổi kháng sinh sẽ tùy thuộc vào diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân.

e/ 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 tổng trạng tốt và các chỉ số xét nghiệm trở về bình thường..

2/ Biện pháp khác.

a/ Loại bỏ ổ nhiễm trùng.

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

b/ Điều trị tích cực bệnh nền: tiểu đường, cao huyết áp...

c/ Nâng 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 xúc.
- 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.

SÓC NHIỄM TRÙNG

I/ CHẨN ĐOÁN.

- Sóc nhiễm trùng là tình trạng nhiễm trùng huyết có biểu hiện huyết áp thấp kéo dài mặc dù đã được bù dịch đầy đủ.
- Để chẩn đoán xác định nguyên nhân cần tiến hành cấy máu (>2 mẫu cấy, trong đó 1 mẫu cấy trực tiếp, nên có một mẫu cấy qua đường lưu kim trên 48 giờ.

II/ ĐIỀU TRỊ.

Tiến hành hồi sức ngay lập tức trên bệnh nhân nhiễm trùng có huyết áp thấp hay lactate > 4 mmol/l, cần chuyển ngay bệnh nhân vào khoa hồi sức tích cực..

II.1/ Kháng sinh.

Như trong bài “*Nhiễm trùng huyết*”.

II.2/ Hồi sức tuần hoàn – Hô hấp.

II.2.1: Hồi sức ban đầu (trong vòng 6 giờ)

- Đặt catheter để đo áp lực tĩnh mạch trung ương: giữ > 8cm H₂O (>12 cmH₂O nếu có thở máy).
- Đặt catheter để đo huyết áp động mạch (nếu có điều kiện): giữ huyết áp trung bình > 65 mmHg
- Đặt ống thông để theo dõi nước tiểu : biểu hiện tốt nếu lượng nước tiểu > 0.5ml/kg/giờ.
- Thở Oxygen : bảo đảm SpO₂ > 90%, giữ độ bão hoà oxy trong máu tĩnh mạch trung tâm >70%, thở máy khi có chỉ định.
- Nếu không đạt mục tiêu này thì cần xem xét:
 - + Thêm dịch truyền. Nếu cần làm nghiệm pháp truyền dịch (fluid challenge)
 - + Truyền hồng cầu lắng nếu DTTC < 30%.
 - + Dopamine (tối đa 20 mcg/kg/phút).

II.2.2/Dịch truyền:

- Dịch truyền: không có chứng cứ của sự vượt trội của dung dịch cao phân tử.
Giữ CVP > 8cm H₂O (>12 cmH₂O nếu có thở máy.)
- Nên làm nghiệm pháp truyền dịch (fluid challenge) nếu nghi ngờ bệnh nhân còn thiếu dịch.

II.2.3/ Vận mạch trợ tim:

- Cần phải duy trì huyết áp trung bình > 65 mmHg
- phải sử dụng norepinephrine hay dopamine như là thuốc chọn lựa đầu tiên để nâng huyết áp trong sóc nhiễm trùng.
- Có thể dùng epinephrine nếu tình trạng huyết áp không đáp ứng với norepinephrine hay dopamine.
- Phải sử dụng dopamine truyền nếu có bằng chứng suy cơ tim (CVP cao)

III: CÁC ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ:

III.1. Sử dụng corticoid:

- Chỉ sử dụng hydrocortisone trên bệnh nhân đáp ứng kém với dịch truyền hay với thuốc vận mạch với liều không quá 300mg/ ngày.
- Không nên sử dụng Dexamethasone (gây ức chế hypothalamus- pituitary-adrenal)

III.2. Sử dụng máu và các chế phẩm từ máu:

- Sử dụng hồng cầu để giữ Hb= 70-90 g/l ở người lớn.
- Không sử dụng erythropoietin để điều trị thiếu máu.
- Không sử dụng huyết tương tươi đông lạnh fresh frozen plasma FFP trừ khi có thời gian thrombin PT, INR hay PTT kéo dài hoặc đang có xuất huyết hay trước khi có can thiệp xâm lấn.

- Chỉ truyền tiểu cầu khi số lượng < 5000/mm³, hay khi tiểu cầu từ 5000- 30 000/mm³ và có xuất huyết nhiều. Khi có can thiệp xâm lấn cần giữ tiểu cầu > 50 000/mm³.

III.3: Kiểm soát đường máu:

- Trên bệnh nhân sốc nhiễm trùng có đường huyết cao cần sử dụng insulin để kiểm soát và giữ ở mức 150mg%. Đường huyết cần được theo dõi thường xuyên. Cần thận khi sử dụng xét nghiệm đường huyết tại giường.

III.4: Bicarbonate:

- Khuyến cáo không sử dụng bicarbonate nhằm mục đích cải thiện huyết động hay giảm liều vận mạch trên bệnh nhân có toan huyết lactic do giảm tưới máu mô với pH >7,15.

III.5: Chống thuyên tắc tĩnh mạch sâu:

- Sử dụng Heparine liều thấp: Unfractionated heparine 5.000 đv tiêm dưới da mỗi 8 giờ hay heparine trọng lượng phân tử thấp 4.000 đv (40mg) tiêm dưới da mỗi ngày.

III.6: Phòng ngừa loét da dày do stress:

- Sử dụng thuốc ức chế H₂ hay ức chế bơm proton..

III.7: Hỗ trợ hô hấp:

- Thở Oxygen : bảo đảm SpO₂ > 90%, giữ độ bão hoà oxy trong máu tĩnh mạch trung tâm >70%, thở máy khi có chỉ định.

III.8 : An thần:

- Sử dụng an thần (tiêm mạch hay truyền, bơm tĩnh mạch chậm có thể giảm thời gian thở máy trên bệnh nhân sốc nhiễm trùng.
- tránh sử dụng thuốc chẹn thần kinh cơ kéo dài.

VIÊM MÀNG NÃO MỦ

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

a/ Dịch tễ và tiền căn:

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

b/ Lâm sàng:

- sốt
- Hội chứng màng não(nhức đầu, ói, mửa, táo bón).
- Dấu màng não: cổ cứng, có dấu kerniq, bruzinski.
- Rối loạn tri giác.
- Đối với trẻ em có các dấu hiệu: bỏ bú, thóp phồng , co giật.

c/ Cận lâm sàng:

- Công thức máu.
- TPTNT.
- Glycémie
- Ion đồ
- Chụp phổi thẳng
- Cây máu
- Dịch não tủy: đường, đạm, tế bào, vi trùng(soi, cấy, latex).

2/ Chẩn đoán phân biệt:

- Lao màng não.
- Viêm màng não nấm.
- Viêm màng não tãng bạch cầu ái toan.
- Viêm não-màng não siêu vi
- Phản ứng màng não với nhiễm trùng kế cận màng não(áp xe não, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm) hay với chất hoá học.

3/ Chẩn đoán xác định tác nhân gây bệnh:

- Dựa vào kết quả cấy dịch não tủy.

II. ĐIỀU TRỊ.

1/ Kháng sinh:

a/ Nguyên tắc:

- Xử trí kháng sinh loại tiêm tĩnh mạch, liều cao ngay khi có chẩn đoán viêm màng não mủ và không được giảm liều kháng sinh trong suốt thời gian điều trị
- Chọn lựa kháng sinh tùy thuộc vào kết quả soi, cấy dịch não tủy của lần chọc dò tủy sống đầu tiên, chú ý khả năng thâm nhập màng não của kháng sinh.

b/ Nếu soi vi trùng âm tính hoặc không có điều kiện xét nghiệm:

- Kháng sinh chọn lựa theo kinh nghiệm và điều chỉnh kháng sinh thích hợp khi có kết quả kháng sinh đồ:

Lứa tuổi/ tình trạng bệnh	Nguyên nhân bệnh sinh thường	Phác đồ điều trị lựa chọn kháng
---------------------------	------------------------------	---------------------------------

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM THƯỜNG GẶP

	gặp	sinh theo kinh nghiệm
Từ 3 tháng- 18 tuổi	N. meningitides S. pneumoniae H. influenzae	Ceftriaxon hay Cefotaxime phối hợp với vancomycin
Từ 18- 50 tuổi	S. pneumoniae N. meningitides H. influenzae	Ceftriaxon hay Cefotaxime phối hợp với vancomycin
Trên 50 tuổi	S. pneumoniae N. meningitides L. monocytogenes Trực khuẩn gr âm	Ampicillin phối hợp ceftriaxone hoặc cefotaxime phối hợp vancomycin .
Suy giảm miễn dịch	S. pneumoniae N. meningitides L. monocytogenes Trực khuẩn gr âm	Ampicillin phối hợp ceftazidime và vancomycin
Phẫu thuật sọ não. CSF shunts	S.aureus, staphylococcus sp Propionibacterium acnes, Trực khuẩn gr âm	Vancomycin phối hợp ceftazidime
Nứt sán sọ	S.pneumoniae H.influenzae Streptococci nhóm A Stap. sp	Vancomycin phối hợp ceftazidime

Ghi chú: Một số loại vi khuẩn đa kháng thuốc với nhiều loại kháng sinh (như Trực khuẩn mũ xanh, tụ cầu vàng...), cần chỉ định các kháng sinh ít hoặc chưa bị kháng như Fluoroquinolon, Cefotaxim, Vancomycin, Imipenem, Meropenem...

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

- Chỉ định kháng sinh đặc hiệu cho vi trùng đó. Cần chú ý đến khả năng thâm nhập màng não của kháng sinh.

d/ 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 mũ do tụ cầu vàng, thời gian sử dụng kháng sinh thiểu là 3 tuần.

e/ Tiêu chuẩn ngừng kháng sinh:

- Lâm sàng diễn biến tốt.
- Dịch não tủy: trong, glucose bình thường, tế bào < 50/mm³.

2/ Điều trị triệu chứng:

- Hạ sốt
- Chống co giật

3/ Sử dụng kháng viêm phối hợp với kháng sinh:

- Dexaméthasone được chứng minh làm giảm đi các biến chứng thần kinh, nhất là biến chứng điếc gây ra sau các trường hợp VMN do H. influenza. Liều 0,15 mg /kg /6 giờ (người lớn 10 mg/ ngày) sử dụng ngay trước dùng kháng sinh và chỉ dung trong 4 ngày.

III. THEO DÕI DỊCH NÃO TUỖ:

- Chọc dò tuỷ sống lần 1: ngay khi nghi ngờ viêm màng não mủ, trước khi dùng kháng sinh
- Chọc dò tuỷ 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. Trường hợp thay đổi kháng sinh thì 48 giờ sau phải kiểm tra lại dịch não tuỷ.
- Chọc dò tuỷ sống lần 3: 24 giờ trước khi dự định ngưng kháng sinh.

Ghi chú:

- Trước khi chọc dò tuỷ sống cần loại trừ tăng áp lực nội sọ (soi đáy mắt, chụp CT scan sọ não).
- Cần đo áp lực dịch não tuỷ khi chọc dò tuỷ sống.
- Nên để bệnh nhân nằm đầu ngang ít nhất 6 giờ sau khi chọc dò tuỷ sống.

UỐN VÁN

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

a/ Yếu tố dịch tễ:

- Có ngõ vào phù hợp với diễn tiến của bệnh (20%-30% không có ngõ vào).
- Không chủng ngừa bệnh hoặc chủng ngừa không đúng cách.

b/ Lâm sàng:

- Co cứng cơ toàn thân liên tục, đau, diễn tiến theo trình tự (thường khởi đầu với miệng há nhỏ, về mặt uốn ván, cứng cò, lưng, bụng, chi dưới).
- Co giật toàn thân hay cục bộ, tự nhiên hoặc khi bị kích thích, tự hết, co giật có một trong 3 tư thế cố định.
- Co thắt hầu họng, thanh quản gây khó thở.
- Tỉnh táo thường không sốt lúc khởi phát.

*** Lưu ý:**

- + Ở người già, cứng hàm và co giật thường không rõ, hay gặp là nuốt nghẹn, nuốt sặc, co thắt hầu họng, thanh quản, ứ đọng đàm nhớt nhiều.
- + Ở trẻ sơ sinh cần có các tiêu chuẩn sau:
 - Trẻ sinh ra khỏe mạnh, bú và khóc bình thường.
 - bệnh xảy ra sau sinh từ 3-28 ngày.
 - Trẻ bỏ bú, khóc nhỏ tiếng hoặc không khóc, co cứng cơ toàn thân liên tục, thường sốt cao.
- + Đôi khi co cứng cơ và co giật chỉ xảy ra ở một vùng cơ thể.

c/ Cận lâm sàng:

- Công thức máu
 - TPTNT
 - Ion đồ
 - Bun, creatinine
 - Chụp phổi thẳng
- } Nếu bệnh nặng, có bội nhiễm

2/ Chẩn đoán xác định:

- Đo nồng độ kháng thể đối với độc tố uốn ván trong máu.
- Nuôi cấy vi trùng uốn ván và xác định độc lực của vi trùng.
- Tuy nhiên kết quả thường trễ và cấy vi trùng âm tính cũng không loại trừ chẩn đoán.

II. ĐIỀU TRỊ:

1/ Trung hòa độc tố uốn ván:

Dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván (S.A.T)

- 500-700 đ.v./kg một lần duy nhất, tiêm bắp, tối đa 20.000 đ.v.
- Sơ sinh 1.000 đ.v./kg một lần duy nhất, tiêm bắp.
- Phải thử test trước với 75 đ.v, nếu test (+), giải mẫn theo phương pháp Besredka. Liều khởi đầu của phương pháp nên < 75 đ.v. Chỉ nên tiêm thuốc ở những nơi có đầy đủ phương tiện hồi sức hô hấp- tuần hoàn.

Hoặc dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván từ người (HTIG)

- 3000-6000 đv/kg liều duy nhất tiêm bắp chậm, hay 150 đv/kg chia nhiều chỗ chích khác nhau.

2/ Xử trí tốt vết thương:

- Xé rộng vết, thương lấy dị vật, cắt lọc mô hoại tử, dẫn lưu mủ, rửa vết thương hằng ngày với nước oxy già từ 1-2 lần trong ngày.
- Vết thương gãy xương hở đã bó bột nên mở cửa sổ bột để rửa sạch chỗ gãy xương hở.
- Chỉ thay băng vết thương vài giờ sau khi tiêm S.A.T.
- Trước khi thay băng vết thương, nên cho Diazepam nếu bệnh nhân co giật nhiều.

3/ Điều trị nhiễm trùng:

- Diệt vi trùng uốn ván: dùng từ 7-10 ngày, một trong 4 thuốc sau đây:

Thuốc	Tre em	Người lớn	Đường dùng
Metronidazole	30-40 mg/kg	0,5g x 3lần/ngày	uống
Erythromycin	30-50 mg/kg	Chia 3lần/ ngày	uống
Penicillin G hay V	100.000 đ.v/kg/ ngày	chia làm 4 lần/ngày	tiêm t/m hay uống

- Điều trị các bội nhiễm khác: Nhiễm trùng tiểu, viêm phổi, loét da bằng các loại kháng sinh thích hợp như : cephalosporine III, Ciprofloxacin, Levofloxacin , Carbapenem

4/ Điều trị co giật:

a/ Nhóm Benzodiazépines

- Diazepam khởi đầu:

- + Tiêm tĩnh mạch 0,1- 0,3 mg/kg/liều, mỗi 2-4 giờ, tối đa 10mg/liều, tổng liều 1-2 mg/kg/ ngày.
- + Uống 1-3mg/ kg/ ngày nếu đáp ứng tốt và không xuất huyết tiêu hóa, tối đa 20 mg /liều.
- + Giảm ½ liều ở bệnh nhân già, suy gan giảm thể tích máu, giảm co giật rối loạn tri giác, suy hô hấp.

- Midazolam khởi đầu:

- + Tiêm tĩnh mạch 0,05 –0,2 mg /kg /liều, mỗi 2-3 giờ, tối đa 7 mg /liều ở người lớn.
- + Hoặc 0,05 – 0,1 mg /kg/ truyền tĩnh mạch mỗi giờ, tối đa 7 mg/ giờ ở người lớn.
- + Theo dõi co giật, hô hấp, tri giác để điều chỉnh liều.

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

b/ Nhóm giãn cơ:

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

c/ Chỉ định mở khí quản :

- Co thắt thanh quản .
- Co giật có ảnh hưởng đến hô hấp.
- Tắc nghẽn đường hô hấp do đàm nhớt mà không giải quyết hiệu quả bằng hút đàm.
- Có chỉ định dùng thuốc giãn cơ.
- Riêng trẻ sơ sinh thì đặt nội khí quản.

d/ Điều trị các biến chứng :

- Suy hô hấp
- Suy tuần hoàn.
- Rối loạn thần kinh thực vật.
- Cao huyết áp.

- Sốt cao.
- Xuất huyết tiêu hoá.
- Điều chỉnh nước điện giải và thăng bằng kiềm toan.
- Suy thận cấp

e/ Dinh dưỡng :

- Nuôi ăn càng sớm càng tốt. Đặt sond dạ dày nếu không ăn bằng miệng được.
- Nhu cầu năng lượng 70 kcal/ kg/ ngày, sơ sinh 100 kcal/ kg/ ngày.
- Nên pha dung dịch dinh dưỡng 1ml # 1,5kcal. Tốc độ nhỏ giọt qua thông dạ dày là 20 –30 phút / 1 bữa ăn, 4 –6 lần/ ngày.
- Có thể cho thêm dầu ăn (dầu hướng dương, dầu olive, dầu mè, dầu đậu nành) để cung cấp thêm năng lượng và các vitamine tan trong dầu như A ,D, E, K.
- Đối với trẻ sơ sinh tốt nhất là sữa mẹ.

f/ Chăm sóc và theo dõi:

- Chăm sóc bệnh nhân co giật, mở khí quản, thở máy, nằm lâu, hôn mê.
- Theo dõi sinh hiệu, spo₂, co giật , tri giác, tình trạng vết thương, nước xuất nhập / 24 giờ.

g/ Chỉ định rút canuyn.

- Tỉnh.
- Không còn co giật hay co thắt thanh quản.
- Đàm ít khạc mạnh.

III. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN:

- Không còn co giật hay co thắt hầu họng, thanh quản.
- Hết biến chứng của bệnh.
- Ăn uống bình thường.
- Đi lại một mình không cần có người giúp đỡ.
- Không cần sử dụng diazepam để làm mềm cơ.

IV. PHÒNG NGỪA.

1/ Phòng ngừa sau khi bị uốn ván.

Gây miễn dịch cơ bản bằng VAT 3 mũi:

- + Mũi 1 : VAT 40 đơn vị (0,5ml) tiêm dưới da hay tiêm bắp ngay khi xuất viện.
- + Mũi 2 : VAT 40 đơn vị một tháng sau.
- + Mũi 3 VAT 40 đơn vị 6 – 12 tháng sau mũi 1.
- Tiêm nhắc lại mỗi 5 – 10 năm sau.
- Trẻ sơ sinh tiêm DTC theo lịch tiêm chủng mở rộng.

2/ Phòng ngừa sau khi bị vết thương.

- Nếu bệnh nhân đã có chủng ngừa đầy đủ đối với bệnh uốn ván :
- + Vết thương sạch chỉ cần chăm sóc lại vết thương.
- + Vết thương rộng, sâu, mô dập nát, hoại tử, mủ và máu nhiều: tiêm VAT 40 đơn vị.
- Nếu bệnh nhân chưa chủng ngừa hay chủng ngừa chưa đầy đủ đối với bệnh uốn ván:
- + SAT 1.500 – 3.000 đơn vị tiêm bắp (test)
- + Gây miễn dịch cơ bản bằng 3 mũi VAT.
- +Tiêm nhắc lại VAT mỗi 5 –10 năm sau.

BẠCH HẦU

I/ CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán sơ bộ.

a/ Dịch tễ.

- Tiếp xúc với bệnh nhân nghi ngờ bạch hầu.
- Chưa tiêm ngừa hoặc tiêm không đủ.

b/ Lâm sàng.

- Viêm họng giả mạc điển hình :
- + Giả mạc có trung tâm trắng xám, bóng, có thể kèm xuất huyết xung quanh.
- + Giả mạc lan nhanh.
- + Giả mạc lan ra ngoài hốc amidan đến lưỡi gà, vòm hầu.
- + Dính, khó tróc.
- Các dấu hiệu lâm sàng đi kèm :
- + Sốt trung bình 37,8 – 38,3⁰C.
- + Dấu nhiễm độc : Da xanh, mệt mỏi, nhịp tim nhanh, nhẹ.

Gợi ý chuẩn đoán bạch hầu :

- Viêm họng giả mạc có kèm theo :
- Sổ mũi nước trong hoặc đục, có lẫn máu.
- Nuốt đau ít.
- Họng đỏ ít so với mức độ phù nề.
- Viêm thanh quản, có thể kèm khó thở thanh quản.
- Cổ bạnh, dấu hiệu nhiễm độc nhiều.
- Viêm cơ tim.
- Biến chứng thần kinh (thể nhập viện trễ).

c/ Cận lâm sàng.

- Phết mũi hoặc phết họng soi có vi trùng dạng bạch hầu.

2/ Chẩn đoán xác định.

- Cây phát hiện *Corynebacterium diphtheriae* và xác định độc lực (ELEK).

II/ ĐIỀU TRỊ.

- Điều trị ngay khi có chẩn đoán lâm sàng.

1/ Chỉ định mở khí quản trong bạch hầu thanh quản.

* Bạch hầu thanh quản (viêm thanh quản có giả mạc) có khó thở thanh quản độ II với các dấu hiệu sau :

- Dừng cơ hô hấp phụ.
- Lõm ngực gia tăng.
- Thở rít khi hít vào.
- Bút rút.
- Cần can thiệp trước khi bệnh nhân có dấu hiệu tím tái.

2/ Huyết thanh kháng độc tố bạch hầu (S.A.D).

- Bạch hầu mũi : 10.000 đơn vị.
- Bạch hầu họng : 20.000 – 40.000 đơn vị.
- Bạch hầu thanh quản, hoặc họng thanh quản : 30.000 – 60.000 đơn vị.
- Bạch hầu ác tính : 60.000 – 100.000 đơn vị.

Cần thử test, nếu âm tính : tiêm bắp ; dương tính : tiêm theo phương pháp Besredka.

Nếu đã tiêm chưa đủ, có thể bổ sung liều còn thiếu trong 48 giờ.

II.3/ Kháng sinh :

- Penicillin G : 50.000 – 100.000 đơn vị/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp, chia 3 – 4 lần.
- Hoặc Erythromycin : 30 – 40 mg/kg/ngày, chia 4 lần uống.
- Thời gian : 7 – 10 ngày.

II.4/ Glucocorticoid.

- Bạch hầu ác tính.
- Bạch hầu thanh quản khi chưa quyết định mở khí quản.
- Prednisone : 1 – 2 mg/kg/ngày trong 5 ngày.

II.5/ Các trường hợp có biến chứng.

II.5.1/ Khó thở thanh quản.

- Độ I : Theo dõi + corticoid.
- Độ II : Mở khí quản.

II.5.2/ Viêm cơ tim.

- Chưa có rối loạn huyết động :

- + Theo dõi tránh quá tải.
- + Ức chế men chuyển (captopril).
- + Có thể dùng corticoid.

- Có rối loạn huyết động :

+ *Truy tim mạch :*

Đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP).

Truyền dịch theo CVP.

Vận mạch : dobutamin, dopamin $\leq 5\mu\text{g/kg/phút}$, không dùng isoproterenol.

+ *Suy tim ứ huyết :*

Hạn chế nước nhập.

Lợi tiểu.

Dobutamin, dopamine.

Ức chế men chuyển (captopril).

+ **Blốc nhĩ thất độ III :**

Đặt máy tạo nhịp.

II.5.3/ Biến chứng thần kinh.

- Liệt cơ hô hấp :

+ Thở máy.

+ Mở khí quản : nếu cần.

II.6/ Điều trị hỗ trợ :

- Đa sinh tố.

- Dinh dưỡng : khẩu phần đầy đủ, nuôi ăn qua ống khi nuốt sặc.

- Nằm nghỉ ngơi tuyệt đối từ 2 – 3 tuần, lâu hơn nếu là bạch hầu ác tính, hoặc có biến chứng tim, thần kinh.

- Cách ly người mới mắc bệnh bạch hầu với người bệnh bạch hầu cũ.

II.7/ Theo dõi trong quá trình điều trị.

- Công thức máu, BUN, Creatinin máu, tổng phân tích nước tiểu.

- Soi và cấy kiểm tra vi trùng bạch hầu.

- Điện tâm đồ : lúc nhập viện và lặp lại khi cần.

- Khí máu động mạch đối với bệnh nặng.

- X quang phổi.

III/ Tiêu chuẩn ra viện :

- Sau 2 – 3 tuần điều trị nếu sạch trùng (soi cấy kiểm tra 2 lần âm tính) và không biến chứng.
- Theo dõi tiếp ngoại trú đủ 70 ngày đối với biến chứng viêm cơ tim.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHIỄM LEPTOSPIRA

I/ Chẩn đoán.

1/ Chẩn đoán sơ bộ:

a/ Dịch tễ:

- Dầm nước, đất ẩm ướt, làm ruộng rẫy, công nhân vệ sinh, cầu đường, nạo vét cống rãnh.
- Tiếp xúc thú vật nuôi : chăn nuôi, thú y, giết mổ thú vật.

b/ Lâm sàng :

Bệnh cảnh nhiễm trùng cấp tính với tổn thương nhiều cơ quan, đặc biệt gan, thận, màng não, xuất huyết. Thường gặp :

- Sốt.
- Đau cơ.
- Mất sung huyết, có thể xuất huyết kết mạc.
- Vàng da niêm.
- Xuất huyết da, niêm.
- Suy thận cấp.
- Viêm màng não nước trong.

c/ Cận lâm sàng :

- Bạch cầu máu tăng (Neutrophil chiếm ưu thế).
- Men gan : AST, ALT tăng.
- Bun, Creatinin máu tăng.
- Nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu, tế bào trụ.

2/ Chuẩn đoán xác định :

- Phản ứng huyết thanh M.A.T (Microscopic Agglutination Test) làm 2, cách nhau 1-2 tuần, hiệu giá kháng thể tăng gấp 2 lần. Nếu làm một lần thì hiệu giá M.A.T > 1/320 có thể có ý nghĩa.
- Elisa (IgM)
- PCR.
- Nuôi cấy phát hiện Leptospira trong :
 - + Máu : tuần thứ nhất.
 - + Dịch não tủy: tuần thứ nhất.
 - + Nước tiểu : tuần thứ 2 – 3.(xoắn khuẩn mọc từ 2 – 8 tuần trong môi trường Twen 80 albumin. EMJH hay PLM – 5).

II/ Điều trị:

1/ Kháng sinh : Thời gian điều trị trung bình là 7 ngày.

Dùng một trong các loại dưới đây:

- **Ceftriaxone** 30mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch (người lớn 1g tiêm mạch mỗi ngày)
- **Cefotaxime** 100mg/kg/ngày (người lớn 1g x 4 lần tiêm mạch mỗi ngày)
- **Penicilin G** : 100.000 đơn vị/kg/ngày chia làm 4 lần tiêm tĩnh mạch.
- Một số loại kháng sinh khác cũng có tác dụng điều trị :
 - + **Doxycyclin** : 100 mg x 2 lần/ngày uống.
 - + **Amoxicilline** : 40 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống.
 - + **Ampicillin** 1g x 4 lần tĩnh mạch/ ngày.
 - + **Erythromicin** 500 mg x 4 lần/ ngày uống.

2/ Biện pháp nâng đỡ:

- Cần thiết bù nước, điện giải đầy đủ và sớm, ngay khi bệnh nhân nhập viện. Chú ý duy trì lượng nước tiểu bệnh nhân người lớn được hơn 1 – 1,5 lít mỗi ngày.
- Bệnh nhân suy gan, suy thận nặng xuất huyết cần xử trí thích hợp tùy trường hợp cụ thể. Các trường hợp vô niệu, điều trị nội khoa không kết quả, cần thăm phân phúc mạc hoặc chạy thận nhân tạo.
- lau mát, hạ nhiệt khi sốt cao.
- Săn sóc điều dưỡng.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DỊCH TẢ

I/ CHẨN ĐOÁN.

1/ Chẩn đoán sơ bộ.

a/ Dịch tễ.

- Cư ngụ hoặc lui tới vùng đang xảy ra dịch tả.
- Vùng có nguồn nước (uồng, sinh hoạt) kém vệ sinh.
- Tiếp xúc với người bệnh tiêu chảy cấp đã xác định hoặc nghi ngờ tả.

b/ Lâm sàng.

- Thể không điển hình: chỉ tiêu chảy vài lần, bệnh cảnh lâm sàng tương tự các trường hợp tiêu chảy nhiễm trùng khác.
- Thể điển hình :
 - + Tiêu chảy : đi tiêu ồ ạt, xối xả toàn nước, giống như nước vo gạo, có lợn cợn những mảnh màu trắng, mùi tanh nồng.
 - + Không đau bụng, không sốt và thường chỉ ới mưa sau khi đã tiêu chảy nhiều lần do toan huyết.
 - + Vọp bẻ (chuột rút) : cơ bắp chân, cơ bụng.
 - + Dấu hiệu tiền sốc hoặc sốc với thân thể giá lạnh.
 - + Tiểu ít hoặc vô niệu.
 - + Thăm khám : biểu hiện mất nước, điện giải ngoại bào trầm trọng.
 - + Người lớn : mệt lả nhưng tỉnh táo. Trẻ em có thể rối loạn tri giác, sốt, liệt ruột, loạn nhịp tim, hạ đường huyết...

c/ Cận lâm sàng.

- Dấu hiệu cô đặc máu : dung tích hồng cầu, bạch cầu, hồng cầu tăng.
- Rối loạn điện giải, suy thận, hạ đường huyết ở trẻ em.
- Soi phân không có hồng cầu, bạch cầu, có thể thấy phẩy trùng.

2/ Chẩn đoán xác định.

- Soi KHV nền đen : khuẩn tả di động nhanh
- Cây phân : phát hiện Vibrio cholerae nhóm huyết thanh O1 hoặc O139.

II/ ĐIỀU TRỊ.

- Khi biểu hiện lâm sàng nghi tả, cần điều trị khẩn cấp và báo dịch.

1/ Bồi hoàn nước, điện giải.

a/ Đánh giá tình trạng mất nước.

- Không dấu hiệu mất nước : mất nước ít hơn 3% trọng lượng cơ thể.
- Mất nước trung bình : số lượng nước mất khoảng 3-9% trọng lượng cơ thể.
- Mất nước nặng : số lượng nước mất hơn 9% trọng lượng cơ thể.
- Theo dõi số lượng nước mất trong thời gian điều trị bằng cách cho bệnh nhân nằm giường lõ, có bô chứa phân, nước tiểu, chất ói.

b/ Các dung dịch bồi hoàn.

- Dung dịch uống : ORS hoặc ORS nước cháo.
Chỉ định sử dụng trong mọi trường hợp. Cần cho uống sớm, ngay khi bệnh nhân bắt đầu tiêu chảy.
 - + Dung dịch ORS : 1 lít nước pha với gói 3,5g NaCl, 2,5g natri bicarbonat hay 2,9g natri citrat 1,5g KCl.
 - + ORS nước cháo : 6 chén nước (1,1 lít), 1 nắm gạo (50g), một nhúm muối (3,5 – 5g). Tất cả đun sôi kéo dài 7 phút. Dung dịch sau khi pha chỉ dùng trong 8 giờ.

- Dung dịch truyền tĩnh mạch : Lactate Ringer, cần thiết trong các trường hợp mất nước > 10% trọng lượng cơ thể (100 ml/kg cân nặng).

c/ Cách sử trị bù nước, điện giải.

***/ Dịch tả nhẹ hoặc trung bình (bệnh nhân chưa có hoặc có mất nước)**

- Bồi hoàn đường uống, số lượng dịch : 5-20 ml/kg/giờ.
- Lượng nước uống (ml) mỗi 4 giờ = cân nặng (kg) x 75.
- Cần theo dõi dấu hiệu khát, số lượng nước tiểu.
- Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau mỗi 4 giờ.

****/ Dịch tả mất nước nặng (có sốc).**

- Cần nhanh chóng sử dụng 1 – 2 đường truyền tĩnh mạch, kim lớn số 18.
- Dịch chuyền chảy nhanh tối đa : 50 – 100 ml/ phút cho đến khi mạch cổ tay mạnh, rõ.
- Có thể uống dung dịch ORS phối hợp 5 ml/kg/giờ.
- Người lớn và trẻ > 1 tuổi : 100ml/kg trong 3 giờ :
 - + 30 ml/kg trong 30 phút đầu tiên.
 - + 70 ml/kg trong 2 giờ 30 phút tiếp theo.
- Trẻ < 1 tuổi : 100 ml/kg trong 6 giờ:
 - + 30 ml/kg trong 1 giờ đầu tiên.
 - + 70 ml/kg trong 5 giờ tiếp theo.
- Theo dõi thường xuyên :
 - + Sau khi truyền 30 ml/kg đầu tiên : mạch cổ tay phải mạnh, rõ. Nếu mạch không mạnh, rõ, tiếp tục bù dịch nhanh như trên.
 - + Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau mỗi giờ.
 - + Trẻ em cần đề phòng hạ đường huyết.
- Glucose 20% : tiêm tĩnh mạch 3 – 4 ml/kg.
- Sau đó : Glucose 100 ml/kg/giờ và theo dõi đường huyết.

d/ Theo dõi.

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân ít nhất mỗi giờ trong thời gian sốc.
- Lâm sàng : sinh hiệu, vẻ bề ngoài, tri giác, khát, dấu hiệu da ẩm, đàn hồi da, số lượng nước xuất nhập (tiêu tiểu, chất ói).
- Cận lâm sàng : BUN, creatinin máu, ion đồ máu, dự trữ , kiểm, cấy phân.

2/ Kháng sinh.

a/ Người lớn:

- **Tetracylin** : 40mg/kg/ngày chia 4 lần uống trong 2 – 3 ngày.
- Có thể dùng Doxycyclin : liều duy nhất 300mg

b/ Trẻ em :

- dùng **Trimethoprim-Sulfamethoxazole** : 48 mg/kg/ngày, chia 2 lần uống trong 2 – 3 ngày.

3/ Thuốc khác :

- **Erythromycin** : 40mg/kg/ngày trong 3 ngày (dùng cho phụ nữ có thai và trẻ em).

4/ Trường hợp kháng thuốc :

- **Nhóm fluoroquinolone** chia làm 2 lần uống/ngày , trong 3 ngày.
- + **Ciprofloxacin** : 1g /ngày hoặc
- + **ofloxacin** : 400mg/ngày
- + **norfloxacin**: 800mg/ngày

III/ Tiêu chuẩn ra viện :

- Hết tiêu chảy, hết dấu mất nước.

- Không biến chứng.
- Cây phân kiểm tra 3 lần âm tính.

TIÊU CHẢY NHIỄM TRÙNG

Tiêu phân lỏng không thành khuôn, nhiều hơn 02 /lần trên 24 giờ trong vòng 02 tuần được coi là tiêu chảy cấp, qua 2 tuần gọi là tiêu chảy kéo dài.

Hai bệnh cảnh hay gặp: Tiêu phân toàn nước và tiêu phân đàm máu.

I. CHẨN ĐOÁN:

1/ Chẩn đoán phân biệt

- Cần loại trừ các bệnh cấp cứu khác như lồng ruột, tắc ruột, viêm ruột thừa, thai ngoài tử cung vỡ, hoặc cơn bão giáp...

2/ Chẩn đoán tác nhân gây bệnh

- Tiêu phân toàn nước thường do siêu vi hoặc E. coli sinh độc tố (ETEC).
- Chẩn đoán dịch tả cần chú ý yếu tố dịch tễ, phân nước thoáng đục, có màng lợn cợn và có mùi tanh đặc biệt.
- Tiêu chuẩn đàm máu do vi trùng xâm lấn hoặc amip (trẻ em rất ít khi bị lỵ amip).
Chẩn đoán tác nhân gây bệnh thường khó khăn và không giúp ích trực tiếp cho người bệnh, ngoại trừ:
 - Nghi dịch tả: soi phân trực tiếp dưới kính hiển vi nền đen + cấy phân. Kết quả cấy phân là căn cứ để báo dịch và điều chỉnh kháng sinh.
 - Lỵ amip: tìm thấy Entamoeba histolytica thể tư dưỡng ăn hồng cầu (soi phân tươi rong vòng 5 phút sau khi lấy hoặc chứa trong dung dịch cố định).
 - Lỵ trực trùng: cấy phân trước khi cho kháng sinh.

3/ Đánh giá mức độ mất nước (xem bảng 1)

Bảng 1. Đánh giá mức độ mất nước (theo Armon K. và cộng sự, 2001)

Không dấu mất nước (< 3% thể trọng)	Mất nước nhẹ trung bình (3-9% thể trọng)	Mất nước nặng (> 9% thể trọng)
Không có dấu hiệu	Niêm mạc miệng khô Mắt trũng (ít hoặc không nước mắt khi khóc) Dấu véo da trở về hơi chậm (1-2 giây) Tình trạng tri giác có biến đổi (ngủ gà hoặc kích thích)	Các dấu hiệu ở nhóm nhẹ-trung bình tăng thêm cộng với: Giảm tưới máu ngoại vi (tay chân lạnh, tái; thời gian làm đầy tĩnh mạch > 2 giây). Tiền sóc hoặc sóc Thở sâu (kiểu toan huyết)

II. ĐIỀU TRỊ:

1 Bù nước- điện giải

Tùy thuộc mức độ mất nước:

- Mất nước nặng: truyền tĩnh mạch.
- Mất nước nhẹ hoặc trung bình: uống ORS; truyền dịch khi ói nhiều hoặc không đảm bảo uống đủ.
- Không dấu mất nước: uống ORS và nước chín theo yêu cầu.
- Trong mỗi cột độ nặng tăng dần từ trên xuống dưới.
- Nếu biết chính xác thể trọng trước khi bệnh: tính lượng nước mất theo cân nặng.
- Dấu véo da thực hiện ở da bụng. Nếp véo da trở về ngay: bình thường, 1-2 giây; mức độ

nhẹ-trung bình, >2 giây: nặng.

Tổng lượng dịch cần bù trong 24 giờ = lượng đã thiếu hụt + lượng duy trì + lượng tiếp tục mất

- Cách tính lượng dung dịch nước điện giải cần bù cho lượng đã thiếu hụt ở trẻ tiêu chảy cấp.

+ Mất nước nhẹ- trung bình (3-9%): 30-80ml/kg thể trọng trong 4-6 giờ

+ Mất nước nặng (>9 % thể trọng): 100ml/kg thể trọng trong 4-6 giờ.

- Cách tính lượng ORS duy trì

+ 10kg thể trọng đầu tiên : 100ml/kg/24giờ

+ 10kg thể trọng tiếp theo: thêm 50ml/kg/ngày.

+ Hơn 20kg thể trọng: thêm 20ml/kg/ngày.

Ví dụ: trẻ 22kg cần lượng dịch duy trì là:

$(10 \times 100) + (10 \times 50) + (2 \times 20) = 1.540 \text{ml}/24 \text{giờ}$

- Lượng nước tiếp tục mất (on-going loss): thêm 10ml/kg cho mỗi lần trẻ đi cầu lỏng hoặc ói.

Ghi chú : có thể thay thế ORS bằng viên Hydrate.

2 Kháng sinh:

a/ Chỉ định

- Tiêu phân toàn nước: không dùng kháng sinh, ngoại trừ trường hợp nghi dịch tả.

- Trẻ nhỏ tiêu chảy + co giật (mà không có tiền sử sốt làm kinh) thường do Shigella gây ra: dùng kháng sinh.

- Tiêu phân đàm máu đại thể:

+ Có sốt: dùng kháng sinh

+ Không sốt: đa số người lớn điều trị như ly amip (chú ý cơ địa có bệnh nền mạn tính hoặc > 60 tuổi cần nhắc sử dụng kháng sinh); trẻ em điều trị như ly trực trùng. Phân soi có thể tư dưỡng E.histolytica: điều trị amip.

- Tiêu phân đàm máu vi thể: dùng kháng sinh.

b/ Kháng sinh

Kháng sinh được dùng tùy thuộc vào tính nhạy cảm của vi trùng gây bệnh (chủ yếu là Shigella), có Shigella đa kháng sinh thuốc, có thể dùng fluoroquinolone truyền tĩnh mạch hoặc Ceftriaxone (nếu tình trạng nặng).

Theo dõi đáp ứng của kháng sinh sau 48 giờ, nếu không cải thiện rõ thì cần xem xét lại chẩn đoán hoặc đổi kháng sinh.

Bảng 2. Kháng sinh dùng trong tiêu chảy

Kháng sinh	Người lớn	Trẻ em
Norfloxacin	400mg x 2/ngày x 3-5 ngày	10-12.5mg/kg x 2/ngày x 3-5 ngày
Ofloxacin	200mg x 2/ngày x 3-5 ngày	5-7.5 mg/kg x 2/ngày x 3-5 ngày
Metronidazol	500mg x 3/ngày x 5-10 ngày	10mg/kg x 3/ngày x 5-10 ngày
Azythromycin	500mg/ ngày 3-5 ngày	20mg/kg/ngày 3-5 ngày.

3 Các thuốc chống tiêu chảy

- Các thuốc giảm nhu động ruột: không được dùng cho trẻ em.
- Các men vi sinh (Lactobacillus hoặc Saccharomyces) có thể dùng trong trường hợp tiêu chảy không đàm máu hoặc tiêu chảy liên quan đến kháng sinh để rút ngắn thời gian tiêu chảy.

4/ Dinh dưỡng

- Trẻ em: tiếp tục bú mẹ.
- Trẻ bú bình: tiếp tục bú bình sau khi bù dịch 4-6 giờ.
- Trẻ ăn dặm: tiếp tục ăn dặm, bớt thức ăn nhiều mỡ và đường.
- Trường hợp trẻ bú bình tiêu phân toàn nước vẫn còn tiêu lỏng sau 5 ngày: có thể khuyến cáo đổi sang dùng sữa không lactose.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

- Hết triệu chứng lâm sàng > 48 giờ. Trường hợp dịch tả cần cấy phân âm tính trước khi xuất viện.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ THƯƠNG HÀN

I/ CHẨN ĐOÁN :

1/ Chẩn đoán sơ bộ : dựa vào

a/ Dịch tễ :

- Cư ngụ lui tới vùng đang nghi nhận có dịch bệnh thương hàn.
- Tiếp xúc với người bệnh thương hàn để xác định.
- Ăn sò, ốc thịt và uống các sản phẩm bị nhiễm vi trùng thương hàn.

b/ Lâm sàng : Bệnh cảnh đa dạng :

- Sốt kéo dài > 7 ngày.
- Vết nhiễm độc và các triệu chứng : nhức đầu, mất ngủ, mạch nhiệt phân ly.
- Rối loạn tiêu hoá, tiêu lỏng vài lần trong ngày, bụng sinh, lạo xạo hố chậu phải- Gan, lách to.

c/ Cận lâm sàng :

- Bạch cầu máu thường không tăng.
- widal : dương tính TH > 1/200, TO > 1/200

2/ Chẩn đoán xác định :

Cấy máu phát hiện :

- + S. typhi
- + S. paratyphi

Cấy tuỷ xương phát hiện:

- + S. typhi.
- + S. paratyphi.

II/ ĐIỀU TRỊ :

1/ Kháng sinh :

a/ Nhóm fluoroquinolones : thế hệ III.

- + **Levofloxacin** người lớn dùng 500-750mg/ngày (8mg/kg/12 giờ) trong 7-14 ngày
- Các **Fluoroquinolone** khác (trường hợp vị trùng nhạy cảm)
- + **Ofloxacin** : 10 – 15 mg/kg/ngày chia 2 lần uống
- + **Ciprofloxacin** : 500-750 mg /ngày chia 2 lần uống (10mg/kg/12 giờ)

b/ Nhóm Cephalosporine thế hệ III :

- **Ceftriaxone** : 80 – 100 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch một lần duy nhất trong ngày. Thời gian điều trị 7 – 14 ngày. Liều cho người lớn 2-3gam/ngày, một liều duy nhất trong ngày..

c / Nhóm khác :

- **Azithromycin** : 1g/ngày chia 2 lần uống trong thời gian 5 – 7 ngày.
- Các trường hợp có biến chứng, thời gian điều trị sẽ kéo dài hơn tùy độ nặng và diễn biến của bệnh.

2/ Glucocorticoides :

- Sử dụng phối hợp với kháng sinh trong các trường hợp bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm độc nặng hoặc biến chứng.
- Thường dùng prednisone 0,5g – 1mg/kg/ ngày. (Hoặc loại tương đương) trong 1 – 3 ngày đầu.

3/ Điều trị các triệu chứng :

- Sốt cao : lau mát hoặc dùng paracetamol để hạ nhiệt.
- Không dùng hạ nhiệt loại salicylate.
- Không thụt tháo hoặc dùng thuốc tăng nhu động ruột.
- Cân bằng nước, điện giải.
- Dinh dưỡng, dùng thức ăn lỏng, dễ tiêu hoá, bổ dưỡng.

- Vệ sinh cá nhân hằng ngày.

4/ Theo dõi xử trí các biến chứng thường gặp :

a/ Xuất huyết tiêu hoá :

- Nhẹ : Theo dõi mạch, huyết áp, diễn tiến của xuất huyết, chườm lạnh bụng và cho thuốc co mạch.

- Nặng : truyền máu tươi khi có chỉ định.

Điều trị nội khoa không kết quả thì phải can thiệp ngoại khoa.

b/ Thủng ruột :

- điều trị ngoại khoa phối hợp.

5/ Tái phát :

- Điều trị lại từ đầu theo phác đồ.

SÓT RÉT

I. CHẨN ĐOÁN

1. Sốt rét cơn

a/ Chẩn đoán sơ bộ

- Dịch tể:

+ Sinh sống hoặc lui tới vùng sốt rét lưu hành trong vòng 6 tháng (có thể lâu hơn đối với P.vivax)

+ Đã được truyền máu.

+ Tiêm chích ma túy

- Lâm sàng:

+ Sốt, có thể kèm rét run.

+ Gan lách to, có thể vàng da nhẹ hoặc thiếu máu...

b/ Chẩn đoán xác định

- Soi phết máu ngoại vi : hiện diện ký sinh trùng sốt rét (KSTSR), thể vô tính (có thể làm 6-8 lần trong 2 ngày).

-Hoặc test nhanh phát hiện kháng nguyên HRP₂ hay pLDH (Paracheck, Optimal) dương tính.

2. Sốt rét ác tính

Sốt rét do P.falciparum với các biến chứng nặng (hôn mê, suy thận, suy gan...) có khả năng gây tử vong.

**Các thể lâm sàng của sốt rét ác tính

- Sốt rét ác tính thể não:

+ Rối loạn tri giác(sử dụng thang điểm Glasgow, dưới 14 điểm: trẻ em dùng thang điểm Blantyre < 2 điểm)

+ Loại trừ các nguyên nhân khác gây rối loạn tri giác.

- Sốt rét ác tính thể suy thận cấp:

+ Tiểu ít: dưới 400ml/ngày. trẻ em dưới 12ml/kg/24giờ và không cải thiện sau khi đã bù dịch đầy đủ.

+ Creatinin máu >264 umol/ l(3mg/dl).

- Sốt rét ác tính thể vàng da:

+ Vàng da niêm sạm.

+ Bilirubin máu > 50umol/l (3 mg/dl)

+ Loại trừ các nguyên nhân khác gây vàng da (viêm gan siêu vi, nhiễm Leptospira...)

- Sốt rét thiếu máu nặng:

+ Thiếu máu cấp, đẳng sắc.

+ Dung tích hồng cầu <20 %, hồng cầu < 2 triệu/ul

- Sốt rét hạ đường huyết:

+ Đường huyết thấp <2.2 mmol/l (40mg/dl).

-Sốt rét ác tính thể suy hô hấp:

+ Thở nhanh >30 lần / phút,co kéo cơ hô hấp, tím tái, phổi có ran.

+ PaCO₂ > 50mmHg, PaO₂ < 60mmHg.

+ Hình ảnh phù phổi trên X quang.

-Sốt rét ác tính thể sốc:

+ Có dấu hiệu sốc; huyết áp tâm thu < 70mmHg(người lớn), < 50 mmHg(trẻ em từ 1-5 tuổi).

Mạch nhanh nhẹ, chi lạnh, tiểu ít. Trường hợp chỉ có huyết áp tâm thu thấp (< 80mmHg) nhưng vẫn tỉnh táo, chi ấm, tiểu nhiều thì không xếp vào nhóm này .

+ Loại trừ các nguyên nhân khác gây sốt: mất nước, nhiễm trùng...

- Sốt rét tiểu huyết sắc tố:

- loại trừ nguyên nhân do thuốc oxy hóa gây ra trên bệnh nhân thiếu G6PD.

- Sốt rét thể cơ giật:

+ Co giật trên 2 lần trong 24 giờ

+ Đã loại trừ co giật do nguyên nhân khác ; tăng thân nhiệt...

- Sốt rét ác tính thể xuất huyết:

+ Xuất huyết da niêm: nướu răng, mũi, đường tiêu hóa....

+ Đông máu nội mạch rải rác(DIC)

Sốt rét nặng có rối loạn thăng bằng kiềm toan:

có 1 trong các dấu hiệu sinh hóa sau:

+ pH máu < 7.35

+ Bicarbonat máu < 15mmol/l

+ Lactate máu > 5mmol/l

- Sốt rét nặng với mật độ KSTSR cao ; mật độ KSTSR > 500.000 /ml

II. ĐIỀU TRỊ

II.1/ Sốt rét cơn:

II.1.1/ Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị sớm, đúng và đủ liều

- Điều trị cắt cơn sốt kết hợp với chống lây lan (sốt rét do *P. falciparum*) và điều trị - tiết căn (sốt rét do *P. vivax*).

- Các trường hợp sốt rét do *P. falciparum* không được dùng một thuốc sốt rét đơn thuần, phải điều trị thuốc sốt rét phối hợp để hạn chế kháng thuốc và tăng hiệu lực điều trị.

- Điều trị thuốc sốt rét đặc hiệu kết hợp với điều trị hỗ trợ và nâng cao thể trạng.

II.1.2/ áp dụng:

a/ sốt rét *p.vivax*:

- chloroquine uống:

. N1-N2: 10mg/kg/ngày (chloroquine base)

. N3: 5mg/kg/ngày (chloroquine base)

- primaquine base 0,3 mg/kg/ngày uống trong 14 ngày để chống tái phát. (người lớn 15mg/kg/ngày)

b/ sốt rét do *p.falciparum*.

a. Thuốc điều trị ưu tiên

- Dihydroartemisinin – Piperaquin (ARTERAKIN) (DHA 40mg + Piperaquine 320 mg)

. N1 : uống 4 viên cùng một lúc hoặc chia 2 lần

. N2 và N3 :uống 2 viên/ngày

- **Trẻ em theo liều DHA :**

. N1 : 4mg/kg/ngày

. N2 và N3 : 2mg/kg/ngày.

b. thuốc điều trị thay thế

- Quinine 30mg/ kg /ngày x 7 ngày

- Doxycyclin 3mg/kg/ngày x 7 ngày

Hoặc Clindamycin 15mg/kg/ngày x 7 ngày (bảng 13) cho phụ nữ có thai và trẻ em dưới 8 tuổi.

: II.1.3/ Theo dõi

- Mật độ KSTSR mỗi ngày. Nếu không có điều kiện, có thể theo dõi vào các ngày 0, 2 của điều trị và trước khi xuất viện.
- Sinh hiệu mỗi 6-12 giờ khi bệnh nhân còn sốt.
- **Chú ý các triệu chứng nặng đe dọa ác tính:**
 - + Ói, không uống được
 - + Mật độ KSTSR cao ($> 100.000/ul$)
 - + Sốt cao liên tục
 - + Lừ đừ, vật vã, nằm ngời không yên...

3 . Sốt rét ác tính :

3.1: Nguyên tắc điều trị:

- Phát hiện, điều trị sớm, chú ý đối tượng có nguy cơ là trẻ em và phụ nữ có thai.
- Điều trị đặc hiệu và điều trị hỗ trợ quan trọng như nhau.

3.1.điều trị đặc hiệu:

- Sử dụng một trong các thuốc sốt rét theo thứ tự ưu tiên như sau:

a. Artesunate tiêm:

- + Liều đầu :2,4mg/kg tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch.
- + Liều kế tiếp: 1,2 mg/kg/ tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch sau 12, 24, 48, 72 giờ cho đến khi KSTSR âm tính.
- Khi bệnh nhân uống được dùng thêm 3 ngày DHA + piperaquine uống
- Trường hợp không có DHA + piperaquine: tiếp tục uống Artemisinin hoặc Artesunate liều như trên cho đủ 7 ngày phối hợp với Doxyciline (200mg/ngày x 7 ngày). Riêng trẻ em và phụ nữ có thai: phối hợp với Clidamycin 5mg/kg mỗi 8 giờ trong 7 ngày.
- Trong trường hợp không có nhóm Artemisinin: dùng Quinine truyền tĩnh mạch, liều đầu 20mg/kg, sau đó 10mg/kg mỗi 8 giờ. Khi bệnh nhân uống được tiếp tục cho uống đủ 7 ngày., phối hợp với một trong các thuốc như trên. .

3.2. Xử trí biến chứng

- Săn sóc bệnh nhân mê: Chú ý chống loét giường và loét giác mạc.
- Sốt cao trên 39°C : Lau nước ấm và quạt, sử dụng thuốc hạ nhiệt paracetamol.
- Phòng ngừa co giật bằng phenobarbital 200mg tiêm bắp liều duy nhất lúc nhập viện (trẻ em 5 mg/kg).
- Điều trị co giật bằng Diazepam (Valium, seduxen) 10mg tiêm tĩnh mạch chậm,lập lại khi cần thiết, có thể bơm vào hậu môn (trẻ em 0.3 mg/kg/liều).
- Suy hô hấp: thở oxy,hút đàm, tư thế dẫn lưu, kháng sinh nếu có bội nhiễm. Theo dõi X quang phổi , điều trị phù phổi nếu có.
- Suy tuần hoàn: đặt CVP theo dõi và bù dịch, không để CVP > 5 cmH₂O. Dùng dopamin khi có chỉ định. Cần nghĩ đến chỉ định sử dụng kháng sinh phổ rộng.
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải và thăng bằng kiềm toan: theo dõi khí máu ít nhất 2 lần mỗi ngày. Việc sử dụng SBH đang còn bàn cãi.
- Suy thận cấp: theo dõi creatinin máu, niệu, Bun, ion đồ, điện tâm đồ. Nếu bệnh nhân ói, tiểu ít và creatinin máu $> 176,8$ umol/l (2 mg/dl) phải nghĩ đến khả năng suy thận cấp và xử trí:
 - + Truyền 1000 ml Nacl 0.9% trong vòng 1 giờ: cần đánh giá lại tình trạng phổi và CVP sau mỗi 200 ml.
 - + Nếu vẫn không có nước tiểu, tiêm tĩnh mạch furosemide (Lasix, Lasilix, Trofurit). Nếu vẫn không có nước tiểu thì tăng dần liều...Trẻ em bắt đầu với liều 1 mg/kg, tối đa không quá 500 mg.

+ Tình trạng vẫn không cải thiện, cần xét chỉ định lọc màng bụng hoặc lọc máu khi có một trong các dấu hiệu sau:

- . Vô niệu (< 50ml/24h)
- . Toan huyết/ lactate máu cao > 4mmol/l
- . Đe dọa phù phổi cấp
- . Tăng kali máu (ECG)
- . Creatinin máu tăng nhanh > 264 umol/l (3 mg/dl) trong 24h
- . Hội chứng tăng urê máu: lơ mơ, xuất huyết da niêm, creatinin máu > 880,4 umol/l (10 mg/dl)
- . Viêm màng ngoài tim

+ Nếu bệnh nhân đang được điều trị với Quinine, cần giảm 1/3 – 2/3 liều sau 48 giờ.

- Thiếu máu: truyền máu khi có DTHC < 20% hoặc khi có biểu hiện thiếu máu cấp nặng (bứt rứt, vật vã, khó thở...) Ở trẻ em dùng hồng cầu lắng 10ml/kg hoặc máu tươi 20ml/kg kèm Furosemide 1 – 2 mg/kg để phòng phù phổi cấp.

- Xuất huyết tiêu hóa: phòng ngừa bằng Cimetidine 200mg tiêm bắp 3-4 lần/ngày (hoặc Omeprazol...). Điều trị xuất huyết tiêu hóa như các trường hợp khác.

- Hạ đường huyết: truyền đường ưu trương với liều 1 mg/kg dung dịch 50% hay 30%; sau đó duy trì với dung dịch 10%. Theo dõi thường xuyên đường huyết. Cần chú ý tới nguyên nhân hạ đường huyết do quinine.

- Tiểu huyết sắc tố: truyền dịch cùng thuốc lợi tiểu loại furosemide, bảo đảm lượng nước tiểu từ 1-1,5 l/ngày. Truyền máu khi có chỉ định. Nếu creatinine máu > 256 umol/l (3mg/dl), theo dõi và xử trí biến chứng suy thận. Không dùng thuốc chống sốt rét khi KSTSR âm tính.

- Suy gan: điều trị như trong hôn mê gan, nếu dùng quinine, cần giảm 1/3- 2/3 liều sau 48 giờ.

- Các trường hợp đặc biệt:

+ Tất cả phụ nữ có thai thường bị sốt rét nặng (dễ sảy thai, sinh non, thiếu máu, hạ đường huyết, phù phổi...) cần chú ý theo dõi sát.

+ Sốt rét trên bệnh nhân tiêm chích ma túy cần tìm thêm các bệnh phối hợp khác như viêm nội tâm mạc, nhiễm trùng huyết, nhiễm HIV...

4. Theo dõi

- Sinh hiệu: Mỗi 3 giờ. Các trường hợp sốc, suy hô hấp có thể theo dõi thường xuyên hơn trong vòng 24 giờ đầu.

- KSTSR: hàng ngày cho đến khi âm tính.

- Các chức năng: thận (hàng ngày), gan (khi có vàng da, xuất huyết)...

- Chăm sóc điều dưỡng: nhất là đối với bệnh nhân mê.

ÁP XE GAN DO AMÍP

I. CHẨN ĐOÁN:

1/ Xác định:

a/ Lâm sàng:

- Đau hạ sườn phải, lồi lên vai phải
- Sốt cao giao động
- Tổng trạng suy sụp
- Gan to đau, hiếm khi vàng da
- Trần dịch màng phổi phải do phản ứng

b/ Cận lâm sàng:

- Công thức máu
- Vs
- Siêu âm bụng
- Chụp phổi thẳng
- Huyết thanh chẩn đoán

2/ Chẩn đoán phân biệt:

- Áp xe gan do vi trùng
- Ung thư gan
- Nang gan

II. ĐIỀU TRỊ :

1/ Thuốc:

- Métronidazole: (250 mg)

- Người lớn: 2g/ngày/uống chia làm 4 lần uống
- Trẻ em: 40 mg/kg/ngày chia làm 4 lần uống

Thời gian điều trị 10- 14 ngày, hoặc

- Flagentyl (0,5g) :

- Người lớn: 2g/ngày chia làm 2 lần uống
- Trẻ em: 40mg/kg/ngày chia làm 2 lần uống

Thời gian điều trị 5- 7ngày.

- Cephalosporine III Kết hợp khi nghi áp xe gan do vi trùng hoặc có nhiễm trùng đường mật.

- Céfotaxime: 100 mg /kg/ngày tiêm bắp hoặc tiêm mạch
- Ceftriaxone: 1g x 2 TM / ngày(người lớn)

- Có thể kết hợp thêm với: **fluoroquinolone**

Ciprofloxacin uống 400mg mỗi 12 giờ, trong 5 – 7 ngày.

Hoặc **Levofloxacin** uống 500 – 750 mg mỗi 12 giờ, trong 5 – 7 ngày.

2/Chỉ định chọc hút ổ áp xe:

- Ổ áp xe > 10cm
- Thất bại với điều trị nội
- Ổ áp xe doạ vỡ

3/ Chăm sóc, theo dõi:

- Sinh hiệu/ 24giờ
- Theo dõi biến chứng: vỡ ổ bụng, vỡ màng phổi, màng tim.

SÓT XUẤT HUYẾT

I.CHẨN ĐOÁN:

1. bệnh sốt xuất huyết Dengue được chia làm 3 mức độ (theo tổ chức Y tế Thế giới năm 2009):

- Sốt xuất huyết Dengue.
- Sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.
- Sốt xuất huyết Dengue nặng

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 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, hơi 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.
- Nếu người bệnh có những dấu hiệu cảnh báo trên phải theo dõi sát mạch, huyết áp, số lượng nước tiểu, làm xét nghiệm hematocrit, tiểu cầu và các chỉ định truyền dịch kịp thời.

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 (sốc 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 ≤ 20 mmHg) hoặc tụt huyết áp hoặc không đo được huyết áp; tiểu ít.
- Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia làm hai 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 bì.

- + Sốt xuất huyết Dengue nặng: sốt nặng, mạch nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.
- **Chú ý:** trong quá trình diễn biến, bệnh có thể chuyển từ mức độ nhẹ sang mức độ nặng, vì vậy khi thăm khám cần phân độ lâm sàng để tiên lượng bệnh và có kế hoạch xử trí thích hợp.

b/ Xuất huyết nặng:

- Chảy máu cam nặng (cần nhét gạc vách mũi), rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốt nặng, giảm tiêu 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 Acetylsalicylic 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 1.000 U/ L.
- Suy thận cấp.
- Rối loạn tri giác (sốt xuất huyết thể não).
- Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

2. Chẩn đoán căn nguyên virút 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 5 của bệnh.
 - + Tìm kháng thể IgG: lấy máu 2 lần cách nhau 1tuần 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 ở các cơ sở 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,
- Sốt nhiễm khuẩn.
- Các bệnh máu.
- Bệnh lý ổ bụng cấp,...

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Điều trị sốt xuất huyết Dengue:

- Phần lớn các trường hợp đều được điều trị ngoại trú và theo dõi tại y tế cơ sở, chủ yếu là điều trị triệu chứng và phải theo dõi cha7t5 chễ phát hiện sớm sốt xảy ra để xử trí kịp thời.

1.1. Điều trị triệu chứng:

- Nếu sốt cao \geq 39⁰C, cho thuốc hạ nhiệt, nới lỏng quần áo và lau mát bằng nước ấm.
- Thuốc hạ nhiệt chỉ được dùng là paracetamol đơn chất, liều dùng từ 10 – 156mg/kg cân nặng/ lần, cách nhau mỗi 4 – 6 giờ.

Chú ý:

- Tổng liều paracetamol không quá 60mg/ kg cân nặng/ 24 giờ]
- Không dùng aspirin (acetyl salicylic acid), anagin, ibuprofen để điều trị vì có thể gây xuất huyết, toan máu.

1.2. 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 ...) hoặc nước cháo loãng với muối.

2. Điều trị sốt xuất Dengue có dấu hiệu cảnh báo:

- người bệnh được cho 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%

* **Phục lục 4:** sơ đồ truyền dịch trong sốt xuất huyết Dengue có dấu hiệu cảnh báo.

Chú ý:

- Ở người bệnh ≥ 15 tuổi có thể xem xét ngưng dịch truyền khi hết nôn, ăn uống được.
- Sốt xuất huyết Dengue trên cơ địa đặc biệt như phụ nữ mang thai, trẻ nhũ nhi, người béo phì, người cao tuổi; có các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường, viêm phổi, hen phế quản, bệnh tim, bệnh gan, bệnh thận,... người sống một mình hoặc nh ở xa cơ sở y tế nên xem xét cho nhập viện theo dõi điều trị.

3. Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng:

- Người bệnh phải được nhập viện điều trị cấp cứu.

3.1. Điều trị 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**, hydroxyethyl starch (**HES**))

- Cách thức truyền:

+ Phải thay thế nhanh chóng lượng huyết tương mất đi bằng Ringer lactat hoặc dung dịch NaCl 0.9% truyền tĩnh mạch nhanh với tốc độ 15 – 20ml/kg cân nặng/ giờ.

+ Đánh giá lại tình trạng người bệnh sau một giờ; truyền sau hai giờ phải kiểm tra lại hematocrit:

(1) Nếu sau 1 giờ người bệnh ra khỏi tình trạng sốc, huyết áp hết kẹp, mạch quay rõ và trở về bình thường, chân tay ấm, nước tiểu nhiều hơn, thì giảm tốc độ truyền xuống 10 ml/kg/ cân nặng / giờ, truyền trong 1- 2 giờ; sau đó giảm dần tốc độ truyền xuống 1,5 ml/kg/ cân nặng/ giờ, truyền 1- 2 giờ, đến 5ml/kg/ cân nặng/ giờ, truyền 4-5 giờ; và 3ml/kg/ cân nặng / giờ, truyền 4 – 6 giờ tùy theo đáp ứng lâm sàng và hematocrit.

(2) Nếu sau 1 giờ truyền dịch mà tình trạng sốc không cải thiện (mạch nhanh, huyết áp hạ hay kẹp, tiểu vẫn ít) thì phải thay thế dịch truyền bằng dung dịch cao phân tử. truyền với tốc độ 15 – 20ml/kg/ cân nặng / giờ, truyền trong 1 giờ. Sau đó đánh giá lại:

Nếu sốc cải thiện, hematocrit giảm, thì giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 10ml/kg/ cân nặng /giờ, truyền trong 1 – 2 giờ. Sau đó nếu sốc tiếp tục cải thiện và hematocrit giảm tốc độ truyền cao phân tử xuống 7,5ml /kg/ cân nặng /giờ, rồi đến 5ml/kg/ cân nặng /giờ, truyền trong 2 -3- giờ.

Theo dõi tình trạng người bệnh, nếu ổn định thì chuyển truyền tĩnh mạch dung dịch điện giải (xem chi tiết trong phục lục 2)

Nếu sốc vẫn chưa cải thiện thì đo áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) để quyết định cách thức xử trí.

Nếu sốc vẫn chưa cải thiện mà hematocrit giảm xuống nhanh (mặc dù còn trên 35%) thì cần phải thăm khám để phát hiện xuất huyết nội tạng và xem xét chỉ định truyền máu. Tốc độ truyền máu 10ml/kg/ cân nặng/ 1giờ.

Chú ý: Tất cả sự thay đổi tốc độ truyền phải dựa vào mạch, huyết áp, lượng bài tiết nước tiểu, tình trạng tim, phổi, hematocrit một hoặc hai giờ một lần và CVP.

b/ Sóc 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:

+ **Đối với người bệnh ≥ 15 tuổi: truyền dịch theo phụ lục 7.**

***Những lưu ý khi truyền dịch:**

- Ngừng truyền dịch tĩnh mạch khi huyết áp và mạch trở về bình thường, tiểu nhiều. nói chung không cần thiết bù dịch nữa sau khi hết sốc 24 giờ.
- Cần chú ý đến sự tái hấp thu huyết tương từ ngoài lòng mạch trở lại lòng mạch(biểu hiện bằng huyết áp, mạch bình thường và hematocrit giảm). cần theo dõi triệu chứng phù phổi cấp nếu còn tiếp tục truyền dịch. Khi có hiện tượng bù dịch quá tải gây suy tim hoặc phù phổi cấp cần phải dùng thuốc lợi tiểu như furosemid 0,5 -1 mg/kg/cân nặng/ 1 lần dùng (tĩnh mạch). Trong trường hợp sau khi sốc hồi phục mà huyết áp kẹt nhưng chi ấm mạch chậm, rõ, tiểu nhiều thì không truyền dịch, nhưng vẫn lưu kim tĩnh mạch, theo dõi tại phòng cấp cứu.
- Đối với người bệnh đến trong tình trạng sốc, đã được chống sốc từ tuyến trước thì điều trị như một trường hợp không cải thiện (tái sốc). cần lưu ý đến số lượng dịch đã được truyền từ tuyến trước để tính toán lượng dịch sắp đưa vào.
- Nếu người bệnh người lớn có biểu hiện tái sốc, chỉ dùng cao phân tử không quá 1000ml đối với Dextran 40 và không quá 500ml đối với Dextran 70.
- Nếu diễn biến không thuận lợi, nên tiến hành:
 - + Đo CVP để bù dịch theo CVP hoặc dùng vận mạch nếu CVP cao.
 - + Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở, da, niêm mạc, tim xuất huyết nội để truyền máu kịp thời
 - + Thận trọng khi tiến hành thủ thuật tại các vị trí khó cầm máu như tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn
- Nếu huyết áp kẹt, nhất là sau một thời gian đã trở lại bình thường cần phân biệt các nguyên nhân sau:
 - + Hạ đường huyết
 - + Tái sốc do không bù đắp đủ lượng dịch tiếp tục thoát mạch.
 - + Xuất huyết nội.
 - + Quá tải do truyền dịch hoặc do tái hấp thu.

- Khi điều trị sốc, cần phải chú ý đến điều chỉnh rối loạn điện giải và thăng bằng kiềm toan: hạ natri máu thường xảy ra ở hầu hết các trường hợp sốc nặng kéo dài và đôi khi có toan chuyển hóa. Do đó cần phải xác định mức độ rối loạn điện giải và nếu có điều kiện thì đo các khí trong máu ở người bệnh sốc nặng và người bệnh sốc không đáp ứng nhanh chóng với điều trị.

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/mm³ kèm theo xuất huyết nặng.

+ Nếu số lượng tiểu cầu dưới 5.000/mm³ mặc dù chưa có xuất huyết có thể truyền tiểu cầu tùy 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 sức kéo dài

- **Hỗ trợ tuần hoàn:**

+ Nếu có sốc: chống sốc bằng NaCl 0,9% 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 – 120 mg% tiêm tĩnh mạch chậm 1 – 2 ml/kg glucose 30% và duy trì glucose 10 – 25 % khi truyền qua tĩnh mạch ngoại 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 < 120mmol/L kèm rối loạn tri giác: bù natri 3 % 6 – 10ml /kg truyền tĩnh mạch trong 1 giờ

Natri máu từ 120 – 125 mmol/L không hoặc kèm rối loạn tri giác bù natri 3 % 6 – 10 ml/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 hoá: bù bicarbonate 1 – 2 mEq/kg tiêm mạch chậm (TMC)

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

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

+ Kết tủa lạnh 1 đv/ 6kg: XHTH + fibrinogen < 1g/L.

+ Tiểu cầu đậm đặc: XHTH + số lượng tiểu cầu <> 50.000/ mm³

+ Vitamin K 1 mg/ kg /ngày (tối đa 10mg) TMC x 3 ngày.

- Điều trị/ phòng ngừa XHTH: Ranitidine 2mg/kg x 3 lần /ngày hoặc omeprazol 1mg/kg x 1 – 2 lần / ngày.

Rối loạn tri giác co giật:

+ Chống phù não manitol 20% 2,5ml/kg/30 phút x 3 -4 lần / ngày.

+ Chống co giật: diazepam 0,2 -0,3 mg/kg TMC hoặc Midazolam 0,1 -0,2 mg/kg TMC . chống chỉ định phenobarbital.

+ Giảm amoniac máu: thực tháo bằng nước muối sinh lý ấm, lactulose, metronidazol, neomycin (gavage)

- Kháng sinh toàn thân phổ rộng. Tránh dùng kháng sinh chuyển hoá qua gan chẳng hạn như pefloxacin, ceftraxone.

- Không dùng paracetamol vì gây độc tính cho gan.

- **Lưu ý:** điều trị hỗ trợ tổn thương gan cần lưu ý chống sốc tích cực nếu có, hô hấp hỗ trợ sớm nếu sốc không cải thiện, theo dõi điện giải đồ, đường huyết nhanh, khí máu động mạch, amoniac máu, lactat máu, đông máu toàn bộ mỗi 4 – 6 giờ để điều chỉnh kịp thời các bất thường nếu có.

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 có thận cấp.**

- + Rối loạn điện giải kiềm toan mà không đáp ứng điều trị nội khoa:
- + Tăng kali máu nặng $> 7 \text{ mEq/L}$
- + Rối loạn natri máu nặng đang tiến triển ($[\text{Na}^+] > 160$ hay $< 115 \text{ mmol/L}$)
- + Toan hoá máu nặng không cải thiện với bù Bicarbonate ($\text{PH} < 7,1$)
- + Hội chứng urê huyết cao: rối loạn tri giác, nôn, xuất huyết tiêu hoá, urê máu $> 200 \text{ mg \%}$ và hoặc creatinine trẻ nhỏ $> 1,5 \text{ mg\%}$ và trẻ lớn $> 2 \text{ mg \%}$.

3.4. Quá tải dịch không đáp ứng với 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 theo suy thận cấp hoặc suy thận cấp huyết động không ổn định.

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

- Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, nếu thất bại NCPAP áp lực thấp 4 -6 em H_2O , nếu thất bại
- 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 Dopamin, Dobutamin, đo CVP để đánh giá thể tích tuần hoàn.

4. Thở oxy: Tất cả các 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 trung ương đã trên 10cm H_2O thì truyền tĩnh mạch:
- + Dopamin liều lượng 5 – 10mcg/kg cân nặng/ phút
- + Nếu đã dùng Dopamin 10mcg/kg cân nặng / phút mà huyết áp vẫn chưa lên thì nên phối hợp

Dobutamin 5 – 10mcg /kg cân nặng /phút.

6. Các biện pháp điều trị khác:

- Khi tràn dịch màng bụng, màng phổi gây khó thở, SpO_2 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.
- Nuôi dưỡng người bệnh sốt xuất huyết Dengue

7. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sốc:

- Giữ ấm.
- Khi đang có sốc cần theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 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 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:

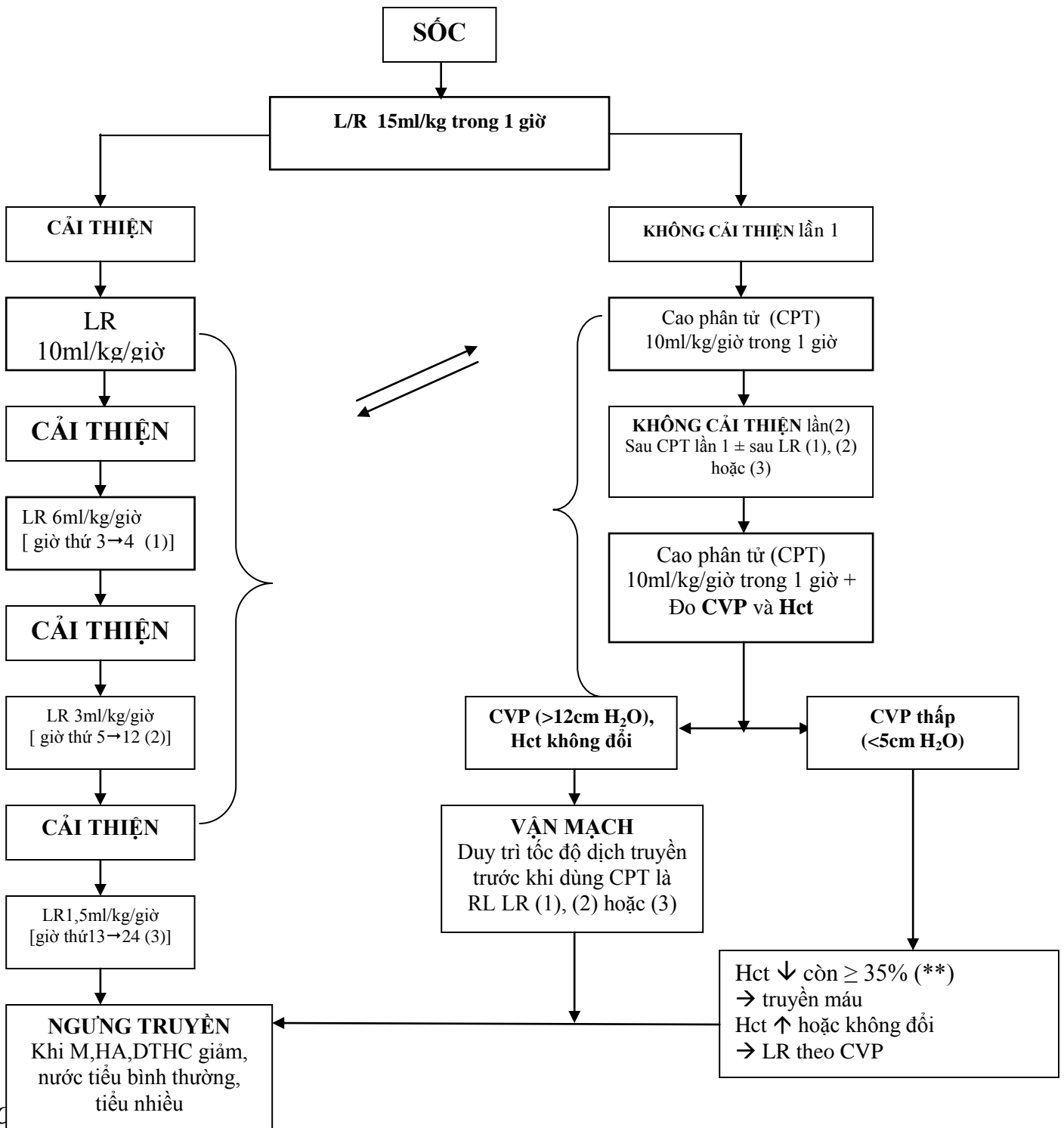
- Hết sốt 2 ngày, tỉnh táo.
- Mạch, huyết áp bình thường.
- Số lượng tiểu cầu > 50.000/mm³.

9. Phòng bệnh :

- Thực hiện công tác giám sát, phòng chống sốt xuất huyết Dengue theo quy định của Bộ Y tế.
- Biện pháp phòng bệnh chủ yếu là kiểm soát côn trùng trung gian truyền bệnh như tránh muỗi đốt, diệt bọ gậy (loăng quăng), diệt muỗi trưởng thành vệ sinh môi trường loại bỏ ổ chứa nước đọng.

SƠ ĐỒ CHÔNG SỐC SÓT XUẤT HUYẾT DENGUE NGƯỜI LỚN (phụ lục 7)

(Ban hành kèm theo quyết định số 458/QĐ-BYT ngày 16 tháng 02 năm 2011 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế)



- RL: Dung dịch Lactate Ringer; HA: Huyết áp; M: mạch
- Hct: Hematocrit; CPT: Cao Phân tử

- Hai lần dùng CPT điều trị tái sốt có thể liên nhau hoặc cách nhau bởi các giai đoạn truyền LR (1), (2), (3).
- (*) Tương đương độ III, IV theo hướng dẫn sốt xuất huyết Dengue năm 2009
- (**) Truyền máu khi mạch tăng, Huyết áp kẹt hoặc thấp, chi mát, mặc dù Hct \geq 35%, xuất huyết hoặc chưa xuất huyết trên lâm sàng.

d/ theo dõi:

- Sinh hiệu: Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở/ 1 giờ trong giai đoạn sốt, sau đó mỗi 3-6 giờ tùy tình trạng. Theo dõi dung tích hồng cầu mỗi 2 giờ trong 6 giờ đầu của sốt sau đó mỗi 6 giờ tùy tình hình trong 24 giờ chống sốt.
 - + Lượng nước xuất nhập :
 - + Nhập: lượng và loại dịch truyền, uống...
 - + Xuất: nước tiểu, dịch nôn dạ dày, lượng xuất huyết...
- Tổng trạng: Tươi tỉnh, thèm ăn, tiểu nhiều... là các dấu hiệu tốt.
- Khám tim, phổi đánh giá mức độ ảnh hưởng trong giai đoạn chống sốt và tái hấp thu dịch.
- Đếm tiểu cầu mỗi ngày và đo dung tích hồng cầu tùy tình hình.
- Siêu âm kiểm tra mức độ tràn dịch.

VIÊM NÃO SIÊU VI

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ:

a/ Dịch tễ:

- Chưa được chủng ngừa viêm não (Nhật Bản...)
- Cư ngụ trong vùng dịch lưu hành.

b/ Lâm Sàng:

- Sốt cao đột ngột 39 – 40°C có thể kèm ói mửa, nhức đầu
- Rối loạn tri giác: từ lơ mơ, ngủ gà, quấy khóc, đến hôn mê sâu
- Co giật toàn thân, đôi khi cục bộ
- Các dấu thần kinh:
 - + Dấu màng não: cổ cứng, dấu Kernig, thóp phồng ở trẻ nhỏ.
 - + Yếu, liệt 1 hoặc nhiều chi, tăng phản xạ gân-xương, gồng cứng cơ, có dấu Babinski.
 - + Yếu, liệt thần kinh vận nhãn(III,IV,VI), liệt mặt(VII).
- Sau 10-14 ngày xuất hiện các di chứng về tinh thần và thần kinh như rối loạn hành vi tác phong, rối loạn cảm xúc, chậm phát triển trí tuệ. Các di chứng này có thể tồn tại từ vài tháng đến nhiều năm.

c/ Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu

- Thường tăng cao, lúc đầu tỷ lệ tế bào đa nhân trung tính ưu thế, sau đó lymphô tăng dần.

- Dịch não tủy biến đổi trong 90% trường hợp

- + Dịch trong, không màu
- + Áp lực mở tăng trong giai đoạn đầu
- + Protein tăng nhẹ từ 0.5 – 1 g/l
- + Đường bình thường
- + Bạch cầu tăng trung bình từ 10-100 tế bào/uL, hiếm khi trên 500 tế bào/uL, tỉ lệ lymphô chiếm ưu thế. Đa nhân trung tính có tăng trong giai đoạn sớm.
- + Phân lập siêu vi trong dịch não tủy và huyết thanh thường có kết quả âm tính.

- CT scan sọ não khi nghi ngờ:

- + Tổn thương bệnh lý ngoại thần kinh (u não, áp xe não...) để chẩn đoán phân biệt và can thiệp kịp thời.
- + Viêm não do: Herpes simplex (sang thương giảm đậm độ rải rác không đồng đều hai bên, tập trung nhiều ở thùy thái dương).

- Điện não đồ:

- + Xuất hiện sóng nhọn, gai chậm: là biểu hiện tổn thương não nặng.
- + Ngoài ra có hiện diện sóng chậm delta và theta lan tỏa hai bán cầu não.

2 Chẩn đoán xác định

a/ Chẩn đoán miễn dịch

- Mac-ELISA: IgM huyết thanh và dịch não tủy. Đối với viêm não Nhật Bản, 70% dương tính vào ngày 3-4 của bệnh.
- Tìm kháng thể đặc hiệu: kháng thể trung hòa, kháng thể kết hợp bổ thể, kháng thể ngưng kết hồng cầu. Lấy máu 2 lần cách nhau 2 tuần, hiệu giá kháng thể lần 2 cao gấp 4 so với lần 1. Nếu làm 1 lần hiệu giá kháng thể viêm não Nhật Bản $\geq 1/320$ cũng có giá trị chẩn đoán xác định.

b/ PCR: phát hiện kháng nguyên trong máu và dịch não tủy

c/ Phân lập vi rus trong máu và dịch não tủy:

- Trên thực tế lâm sàng, tỉ lệ xác định siêu vi gây bệnh còn thấp nên cần chú ý phân biệt với các bệnh cảnh.

3 Chẩn đoán phân biệt:

- Viêm màng não mủ, lao, nấm, ký sinh trùng...
- Sốt rét thể não
- Chấn thương sọ não, áp xe não, u não...
- Hôn mê do ngộ độc(thuốc phiện, thuốc rầy...), hoặc do bệnh lý chuyển hóa(tiểu đường, hạ đường huyết, hôn mê gan...)
- Sốt cao co giật ở trẻ em
- Rối loạn tâm thần, động kinh trên bệnh lý gây sốt như nhiễm siêu vi, nhiễm trùng khu trú...

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Trong nhiều trường hợp chủ yếu là điều trị nâng đỡ

a/ Hạ sốt

- Paracetamol, lau mát.

b/ Chống phù não

- Mannitol 20% liều dùng 0.5-1 g/kg truyền tĩnh mạch trong 30 phút.
- Theo dõi sát lượng dịch truyền vào, tránh thừa nước.

c/ Chống co giật

- Diazepam: người lớn 10mg/lần tiêm tĩnh mạch; trẻ em 0.2-0.3 mg/kg/lần tiêm tĩnh mạch.

d/ Chống suy hô hấp

- Hút đàm dãi, thở oxy, mở khí quản thở máy nếu cần.

e/ Chống bội nhiễm:

- sẵn sóc điều dưỡng, nuôi ăn qua thông dạ dày

f/ Vật lý trị liệu:

- để giảm co cứng cơ, cứng khớp, teo cơ.

2. Thuốc đặc hiệu trị siêu vi

- Chỉ có hiệu quả đối với nhóm Herpes, khi dùng sớm có thể làm giảm di chứng thần kinh.
- **Acyclovir** 10mg/kg mỗi 8 giờ pha trong ≥ 100 ml truyền tĩnh mạch ≥ 60 phút. Không được tiêm tĩnh mạch trực tiếp vì PH của acyclovir có tính kiềm gây viêm tại chỗ chích, viêm tắc tĩnh mạch, tăng nguy cơ suy thận vì tiêm tĩnh mạch nhanh. Thời gian điều trị là 10-14 ngày.
- **Ganciclovir và Foscarnet** là thuốc có hiệu quả đối với CMV, EBV. Thời gian điều trị là 10-14 ngày.
- + **Ganciclovir**: 5 mg/kg mỗi 12 giờ truyền tĩnh mạch trong 60 phút ngày đầu, sau đó duy trì 5 mg/kg/ngày.
- + **Foscarnet**: 60mg/kg mỗi 8 giờ truyền tĩnh mạch trong 60 phút ngày đầu, sau đó duy trì 60-120mg/kg/ngày.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN:

- Sinh hiệu ổn định
- Không còn các biến chứng bội nhiễm: viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, loét da...
- Tổn thương thần kinh không tiến triển thêm
- Ăn được bằng đường miệng
- Tái khám định kỳ nếu còn di chứng.

VIÊM PHỔI DO VIRUS

Có 3 types virus cúm A, B, và C, trong đó virus cúm A và B hay gây bệnh trên người, nhóm A có nhiều phân type trong đó H5N1 đã gây bệnh tại Việt Nam.

Bệnh tiến triển nhanh, đáp ứng kém với các phương pháp điều trị thông thường.

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ:

a. Dịch tễ:

- Người bệnh có tiếp xúc với gia cầm bệnh, người bệnh. Đặc biệt những người làm thịt gà, chơi gà chọi thì có nguy cơ cao hơn.

b. Lâm sàng:

- Sốt cao liên tục, có thể có rét run
- Ho thường ho khan
- Khó thở, hụt hơi
- Phổi có thể có ran nổ, ran ngáy

c. Xét nghiệm

-X quang phổi (bắt buộc)

- Tồn thương lúc đầu là hình ảnh viêm phổi kẽ khu trú 1 bên, tập trung giống như viêm phổi thùy nhưng ranh giới không rõ, sau đó tiến triển nhanh, lan tỏa sang cả hai bên, vì vậy cần chụp X quang phổi hàng ngày.

-Xét nghiệm máu:

- + Số lượng bạch cầu thấp < 3.000/ml và bạch cầu lympho thường giảm < 1.000/ml (CD4 giảm nhiều, tỷ lệ CD4/CD8 < 1). Có thể giảm tiểu cầu.
- + Độ bão hòa oxy (SpO₂) giảm dưới 90%.
- + Khí máu: có tình trạng giảm oxy máu khi bệnh tiến triển nặng: PaO₂ giảm (<85mmHg), có thể giảm nhanh (dưới 60mmHg).
pH máu thường giảm (trường hợp nặng)
- + ALT, AST tăng cao

2. Chẩn đoán xác định:

- PCR dương tính với virus cúm A H5N1
- Phân lập virus theo thường quy
- Bệnh phẩm (cho vào môi trường bảo quản): phết họng sâu, dịch mũi họng lấy qua đường mũi, dịch phế quản.
- Phản ứng ELISA và ngưng kết hồng cầu dương tính với H5N1 từ huyết thanh.

II. ĐIỀU TRỊ:

1. Nguyên tắc chung:

- Bệnh nhân nghi ngờ, phải được nhập viện và cách ly ngay.

2. Điều trị suy hô hấp:

a. Làm thông đường thở

b. Cung cấp Oxy

+Thở Oxy:

- Qua gọng mũi, hoặc ống thông mũi: 1-4 lít/phút
- Qua mặt nạ: 4-10lít/phút, tùy theo tuổi

+Thở CPAP khi:

- Thở Oxy qua mask hay qua mũi nhưng tình trạng bệnh nhân không cải thiện
- Vẫn tím tái, kích thích, vật vã.

- SpO₂ < 90%
 - PaO₂ < 60mmHg
- Bắt đầu với áp lực 5 cmH₂O, sau đó tăng dần, tối đa 10cmH₂O (tùy theo tuổi)
Nên đặt ống thông dạ dày để tránh chướng bụng.
- Đặt nội khí quản thở máy: khi thở CPAP không cải thiện (bệnh nhân vẫn tím tái, độ bão hòa oxy dưới < 85%)

3.Điều trị đặc hiệu

a.Kháng virus: Oseltamivir (tamiflu)

- Trẻ em từ 1-13 tuổi: dùng dung dịch uống tùy theo trọng lượng cơ thể
 - .<15kg: 30mg x 2 lần/ngày
 - .16 -23kg: 45mg x 2 lần/ngày
 - .24 -40kg: 60mg x 2 lần/ngày
- Người lớn và trẻ em trên 13 tuổi: 75mg x 2 lần/ngày
- Thời gian điều trị trung bình là 5 ngày (trong trường hợp nặng, xem xét khả năng kéo dài điều trị 7-10 ngày).
- Cần theo dõi chức năng gan, thận để điều chỉnh liều lượng cho phù hợp.

b.Kháng sinh:

- Cephalosporine thế hệ III, IV: Ceftriaxone, Cefepime.
- Macrolides: Azithromycine 500mg-1.000mg/ngày trong 5-7 ngày.
- Tùy diễn tiến có thể dùng: Aminoglycosides, Imipenem...

c.Điều trị hỗ trợ

Điều chỉnh nước điện giải, thăng bằng kiềm toan.

III.TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Hết sốt 7 ngày sau khi dùng kháng sinh
- Xét nghiệm máu. X quang phổi trở về bình thường

IV.PHÒNG LÂY NHIỄM

1.Nguyên tắc

Thực hiện các biện pháp cách ly và phòng chống nhiễm khuẩn nghiêm ngặt

2.Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm

- Phát hiện sớm và cách ly buồng riêng ngay những người nghi ngờ mắc bệnh dịch.
- Người bệnh đã xác định bệnh được xếp phòng riêng, không xếp chung phòng với người nghi ngờ mắc bệnh dịch.
- Tất cả người bệnh phải đeo khẩu trang tiêu chuẩn
- Người bệnh cần được chụp x quang, làm các xét nghiệm, khám chuyên khoa tại giường.
- Khách đến thăm phải đeo khẩu trang.

3.Xử lý người bệnh tử vong

- Người bệnh tử vong phải được hám liệm tại chỗ, phải khử khuẩn bằng các hóa chất: cloramin B, formalin. Chuyển đến nơi chôn cất hay hỏa táng bằng xe riêng và đảm bảo đúng qui trình phòng lây nhiễm.
- Trong 24 giờ sau tử vong, phải hỏa táng hoặc chôn cất, tốt nhất là hỏa táng.

VIÊM GAN SIÊU VI CẤP

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

I. CHẨN ĐOÁN:

1. Chẩn đoán sơ bộ

a/Dịch tể

- 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.

b/Lâm sàng

- Vàng mắt, vàng da 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 đau
- Đối với các thể nặng có thể có biểu hiện rối loạn tri giác, xuất huyết da niêm, gan teo nhỏ...

c/Cận lâm sàng

- công thức máu
- bilirubin(TP, TT, GT)
- TPTNT
- men gan: AST(SGOT) và ALT (SGPT) gia tăng tối thiểu đa 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.

2 /Chẩn đoán xác định

- Dựa vào xét nghiệm huyết thanh mà được xác định 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 xác định được VGSV B(có thể là người lành 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 không A- không B và làm tiếp anti-HCV và IgM anti-HEV.
 - + IgM anti-HEV (+): VGSV E cấp.
 - + Anti-HCV (+): VGSV C, nếu có thêm bằng chứng về chuyển huyết thanh thì kết luận là VGSV C cấp.

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 các bệnh lý nội, ngoại khoa có vàng da niêm.

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.

2. Sử dụng các loại thuốc

- Hạn chế các loại thuốc gây bất lợi cho gan: không dùng corticoid, cẩn thận khi sử dụng phenobarbital, thuốc kháng lao, kháng sinh nhóm cyclin...
- Vitamin K₁: 10mg/ngày tiêm bắp khi prothrombin giảm < 60%.
- Cholestyramin: 1 gói (4g) 2-3 lần/ngày khi bệnh nhân có dấu hiệu ngứa.
- Các loại thuốc có nguồn gốc thực thảo như silymarin, biphenyl dimethyl dicarboxylat (từ chiết xuất schizandrin của ngũ vị tử) không gây độc và giảm transaminases có thể xem xét sử dụng trong VGSV cấp.

3. Nghỉ ngơi

- Nghỉ ngơi tuyệt đối và hoàn toàn tại giường là không cần thiết, nhưng làm việc nặng, gắng sức làm cho bệnh diễn tiến phức tạp và kéo dài.
- Thời gian nghỉ ngơi nên kéo dài cho đến hết vàng da-mắt và transaminase < 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
- Không nên lao động nặng ít nhất là 3 tháng kể từ khi hết giai đoạn nghỉ ngơi.

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

a/ 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...

b/ Về xét nghiệm

- AST và ALT hàng tuần cho đến khi nhỏ hơn 2 lần so với trị số cao nhất của giới hạn bình thường, sau đó mỗi tháng 1 lần, ít nhất trong 6 tháng.
- Prothrombin trong các thể nặng.
- Siêu âm bụng để loại trừ các bệnh gây tắc mật và tạo khối trong gan.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN SIÊU VI

I. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VGSV B MẠN TÍNH.

1. Chẩn Đoán.

A/ Dịch tễ: giống như VGSV cấp.

B/ Lâm sàng:

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

C/ Cận lâm sàng

- AST, ALT gia tăng và kéo dài > 6 tháng.
- HbsAg (+) và kéo dài > 6 tháng.
- IgM Anti – HBc (-).
- Sinh thiết gan: rất cần thiết nhưng chưa có điều kiện thực hiện.

2. Điều trị.

A/ Chỉ định điều trị đặc hiệu

❖ Cần đủ hai tiêu chuẩn sau.

- Bệnh VGSV mạn đang tiến triển với ALT (SGPT) > 2 lần chỉ số cao nhất của giới hạn bình thường. Trị số bình thường được xác định là 19 – 20 IU/L đối với nữ và 30 UI/L đối với nam.
- Siêu vi đang tăng sinh được xác định trong 2 trường hợp sau:
 - ♦ HBsAg (+), HbeAg (+) và/ hoặc là HBV ADN (+) $\geq 10^5$ copies/ml.
 - ♦ Hoặc HbsAg (+), HbeAg (-) và HBV ADN (+) $\geq 10^4$ copies/ml..

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

B/ Phác đồ điều trị

- Đối với VGSV B mạn tính có HBeAg (+):
 - ♦ Lamivudine 100mg / ngày, uống 1 lần / ngày, kéo dài ít nhất là 12 tháng. Ngưng Lamivudine khi bệnh nhân có 2 lần chuyển huyết thanh (HbeAg dương tính trở thành âm tính hoặc xuất hiện anti – Hbe dương tính) cách nhau 6 đến 12 tháng. Tuy nhiên cần thận trọng xem xét sử dụng Lamivudine vì hiện nay Lamivudine có tỉ lệ kháng thuốc cao nhất. Thuốc uống được đề nghị sử dụng là:
 - ♦ Adefovir dipivoxil 10mg / viên, 1 viên / ngày.
 - ♦ Entecavir 0,5 mg / viên, 1 viên / ngày. Đối với trường hợp đã dùng Lamivudine không hiệu quả, liều dùng của Entecavir có thể tăng gấp đôi.
 - ♦ Telbivudine 300mg/ viên, 1 viên / ngày.
 - ♦ Tenofovir 300mg/ viên, 1 viên / ngày.

Xem xét sử dụng Peg – INF $\alpha 2a$ với liều 180 μ g / tuần trong 48 tuần.

- Đối với VGSV B mạn tính với HbeAg (-), kèm theo HBV ADN (+) $\geq 10^4$ copies/ml và / hoặc anti – Hbe (+) thời gian điều trị khó xác định vì ngưng thuốc rất dễ bị tái phát.
- 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...).

C/ Theo dõi.

Trong thời gian điều trị, theo dõi hàng tháng triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm transaminases, HBsAg, HbeAg, anti – Hbe, HBV ADN nên thực hiện mỗi 3 tháng/ lần.

- Sau khi ngưng điều trị, nên theo dõi thường xuyên về lâm sàng. Xét nghiệm transaminases, HBsAg, HbeAg, anti – Hbe, HBV ADN nên thực hiện mỗi 3 –6 tháng để theo dõi khả năng tái phát.

II. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VGSV C MẠN TÍNH.

1/ Chẩn đoán.

A/ Dịch tễ:

- giống như VGSV B mạn.

B/ Lâm Sàng:

- giống như VGSV B mạn.

C/ Cận lâm sàng:

- SGOT / SGPT gia tăng và kéo dài > 6 tháng.
- Anti-HCV (+)
- HCV ARN (+): Thực hiện bằng kỹ thuật PCR để có thể định tính, định lượng và xác định genotypes.
- Có thể thực hiện các xét nghiệm không xâm lấn để đánh giá xơ hóa như tỉ lệ AST/ALT, số lượng tiểu cầu, Fibroscan.

2/ Điều trị

A/ Chỉ định điều trị

❖ Bệnh nhân có các biểu hiện sau:

- SGOT / SGPT tăng > 1,5 lần trị số cao nhất của giới hạn bình thường.
- Gan còn bù (không bóng bụng, prothombin bình thường...)
- Anti – HCV(+)
- PCR: HCV ARN (định tính, định lượng, genotype).

❖ Chống chỉ định

- Bệnh nhân không tuân thủ.
- Trẻ em và phụ nữ mang thai.
- Có bệnh tự miễn.
- Có bệnh tuyến giáp.
- Có dấu hiệu suy nhược thần kinh.
- Người lớn tuổi (>70 tuổi).

B/ Phác đồ điều trị.

- Phác đồ điều trị VGSV C mạn tính: phối hợp interferon - α hoặc Peg – IFN α 2a với ribavirin. Trong những trường hợp không dùng được ribavirin đơn thuần do hiệu quả rất thấp. Kết quả được đánh giá bằng nồng độ HCV ARN dưới ngưỡng phát hiện vào 6 tháng sau khi ngưng thuốc.
- Cần dựa vào nồng độ HCV ARN để xác định thời gian điều trị (RVR vào tuần 4, EVR vào tuần 12, 24 và 48) Interferon- α : tiêm bắp hoặc dưới da 3 triệu đơn vị/ lần, 3 lần/ tuần.

+ Ribavirin:

- < 75 kg: uống 800 – 1.000mg/ ngày
- > 75 kg: uống 1.000 – 1.200mg/ ngày

❖ Thời gian điều trị trung bình:

- ♦6 tháng đối với HCV týp 2, týp 3. Xem xét để có thể rút ngắn thời gian điều trị < 6 tháng đối với bệnh nhân genotype 2, 3 có nồng độ HCV ARN trước điều trị thấp ($<2.10^6$), có đáp ứng sớm với RVR, chi phí điều trị, độc tính của thuốc.
- ♦12 tháng đối với týp 1, 6 và 4 . Có thể kéo dài đến 72 tuần nếu không đạt được EVR.
- Gần đây, PEG – interferon α 2a và 2b được dùng với liều lần lượt là 180 μ g và 1 – 1,5 μ g /kg, tiêm bắp hoặc dưới da, 1 lần /tuần.
- Cần lưu ý tác dụng bất lợi của interferon (rối loạn tâm thần, co giật, viêm võng mạc, bệnh tự miễn, rối loạn hô hấp và tim mạch, ức chế tủy xương...) và ribavirin (thiếu máu, dị dạng bào thai, suy thận, rối loạn tim mạch..).
- Đối với bệnh nhân béo phì, gan nhiễm mỡ, tiểu đường cần lưu ý biện pháp giảm cân, kiểm soát đường huyết.

- Đối với các trường hợp đồng nhiễm HCV/HIV; chỉ định điều trị VGSV C khi $CD4 > 200/\mu L$ và lưu ý độc tính ở gan cũng như phối hợp RBV-DDI.
- Đồng nhiễm HBV-HCV, xem xét dùng PEG-IFN 2a và RBV (giống như điều trị VGSV C).

C/ Theo dõi.

- Trước khi dùng thuốc, cần loại trừ các bệnh tiểu đường, tim mạch, thần kinh, thai kỳ, suy giảm miễn dịch, bệnh tuyến giáp.
- Trong khi điều trị:
 - ♦ Theo dõi lâm sàng, huyết đồ, transaminases hàng tháng. Chú ý giảm liều RBV và Peg-IFN khi hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, bạch cầu giảm.
 - ♦ Theo dõi chức năng tuyến giáp, nồng độ ferritin mỗi 3 tháng.
 - ♦ Khám chuyên khoa tâm thần, làm ECG, chụp X quang phổi khi có dấu hiệu gợi ý.
 - ♦ Có thể dùng thêm Erythropoietin 40.000 đơn vị/ tuần tiêm dưới da để giảm nguy cơ thiếu máu do dùng IFN/Peg-IFN.
 - ♦ Kế hoạch hóa gia đình trong suốt thời gian điều trị và ít nhất 6 tháng sau khi ngưng thuốc đối với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.
- Sau khi ngưng điều trị, tiếp tục theo dõi lâm sàng, transaminases, HCV ARN mỗi 3 tháng. Tránh mang thai ít nhất là 6 tháng sau khi ngưng thuốc...

QUAI BỊ

I. CHẨN ĐOÁN

1. Chẩn đoán sơ bộ

a/ Dịch tễ:

- Tiếp xúc với người bị quai bị
- Chưa mắc bệnh, chưa chủng ngừa quai bị

b/ Lâm sàng

- Sốt
- Viêm tuyến mang tai: thường gặp nhất (70%), sưng đau vùng mang tai 1 hoặc 2 bên, miệng ống Sténon đỏ, đôi khi viêm họng đỏ, nổi hạch góc hàm. Có thể bị viêm cả tuyến dưới hàm và dưới lưỡi.
- Viêm các tuyến khác: có thể xuất hiện trước, cùng lúc hoặc sau khi viêm tuyến mang tai. Có thể không kèm viêm tuyến nước bọt.
- + Viêm tinh hoàn
- + Viêm tụy cấp
- + Viêm buồng trứng, viêm tuyến giáp: hiếm gặp
- Viêm hệ thần kinh:
- + Viêm màng não lymphô bào cấp: thường gặp(16%), thường 3-5 ngày sau viêm tuyến mang tai
- + Viêm não, viêm thần kinh sọ(hiếm gặp)

c/ Cận lâm sàng

- + Bạch cầu máu bình thường hoặc giảm
- + Amylase máu, nước tiểu tăng: chỉ có giá trị gợi ý.

2/ Chẩn đoán xác định

- Phân lập virus(trong nước bọt, dịch não tủy, nước tiểu)
- PCR tìm virus trong bệnh phẩm
- Huyết thanh chẩn đoán

II. ĐIỀU TRỊ

1 Điều trị đặc hiệu: không có

2 Điều trị triệu chứng

- Nghỉ ngơi
- Vệ sinh răng miệng
- Thuốc hạ nhiệt, giảm đau(và giảm viêm nếu mức độ viêm nhiều)
- Corticoid nếu có biến chứng viêm tinh hoàn
- kháng sinh khi có bội nhiễm

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

Nên sau 1 tuần từ khi phát bệnh(nếu không có biến chứng) để tránh lây lan.

THỦY ĐẬU

I. CHẨN ĐOÁN

1/ Chẩn đoán sơ bộ

a/ Dịch tễ

- Tiếp xúc với người bị thủy đậu.
- Chưa mắc bệnh, chưa chủng ngừa thủy đậu.

b/ Lâm sàng

- Sốt
- Sang thương da: dát-sần, mụn nước, mụn mủ, có nhiều loại sang thương cùng một lúc, lan theo hướng ly tâm(mặt→da đầu→thân→chi).

c/ Cận lâm sàng

- Bạch cầu máu bình thường hoặc giảm nhẹ.
- Nạo đáy của mụn nước đem soi sẽ gặp tế bào đa nhân khổng lồ Tzanck(độ nhạy 60%)

2/ Chẩn đoán xác định

- Phân lập virus ở sang thương bằng nuôi cấy tế bào(nguyên bào sợi).
- Tìm kháng nguyên trong dịch ở sang thương bằng kháng thể miễn dịch huỳnh quang hoặc PCR.
- Tìm kháng thể kháng màng tế bào virus thủy đậu bằng miễn dịch huỳnh quang hoặc ELISA.

II. ĐIỀU TRỊ

1/ Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt bằng acetaminophen
- Tránh bội nhiễm bằng tắm xà phòng và bôi xanh methylene. Ở trẻ nhỏ, cần cắt ngắn móng tay.
- Chống ngứa bằng kháng histamine.
- Kháng sinh nếu có bằng chứng bội nhiễm.

2/ Điều trị đặc hiệu

- Acyclovir chỉ có hiệu quả rõ rệt khi sử dụng trong 24 giờ đầu tiên, kể từ khi phát ban. Liều: 20mg/kg/liều(không quá 800mg/liều) x 5 lần mỗi ngày, uống trong 5 ngày. Trường hợp nặng hoặc bệnh nhân suy giảm miễn dịch nếu dùng thuốc tiêm tĩnh mạch với liều 10mg/kg mỗi 8 giờ, trong 7 ngày.

III. TIÊU CHUẨN RA VIỆN

- Lúc các nốt đậu đã khô, không có biến chứng.
- Nên sau 1 tuần từ khi phát bệnh để tránh lây lan.

BỆNH DO KÝ SINH TRÙNG

A. BỆNH SÁN LÁ LỚN Ở GAN(FASCIOLA SPP)

I.CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ:

Ăn các loại thủy sinh như: rau muống, rau xà lách xoong, ngó sen.

I.2: Lâm sàng:

- Giai đoạn xâm nhập (ấu trùng sán còn non di chuyển trong mô gan đến khi trưởng thành sống trong ống mật) kéo dài 2-3 tháng : dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc, sốt cao, đau bụng.
- Giai đoạn viêm ống mật mạn tính: đau hạ sườn phải, vàng da, gan thường không to, dị ứng, nổi mẩn.
- Ngoài ra sán còn di chuyển đến các vị trí bất thường khác như mô dưới da, vách ruột.

I.3. Cận lâm sàng:

- Công thức máu: bạch cầu ái toan tăng cao 70-80% trong giai đoạn xâm nhập.
- Siêu âm gan: hình ảnh echo dày, trống lẫn lộn, bờ không rõ dễ lẫn với ung thư gan.
- Huyết thanh miễn dịch học (ELISA) dương tính.
- Rất khó tìm thấy trứng sán lá lớn ở gan trong phân.

II. ĐIỀU TRỊ:

- Triclabendazole: 10mg/kg uống liều duy nhất sau khi ăn (chống chỉ định với phụ nữ có thai và cho con bú). Với ổ apxe > 6cm, nếu không hiệu quả sau khi dùng thuốc, nên xem xét chỉ định chọc hút ổ apxe.
- Kháng sinh nếu có bội nhiễm
- Nếu các triệu chứng không giảm, cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân khác và điều trị bằng Triclabendazole lần hai với liều 20mg/kg chia làm 2 lần uống cách nhau 12-24 giờ.
- Tái khám định kỳ sau 3-6 tháng.

B.BỆNH SÁN DẢI HEO (TAENIA SAGINATA) HAY DẢI BÒ(TAENIA SOLIUM)

I.CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ:

Đã từng ăn thịt lợn, gan lợn hoặc thịt trâu, bò tái sống.

I.2: Lâm sàng:

- Đau bụng
- thấy đốt sán trong phân hoặc bò ra hậu môn

I.3. Cận lâm sàng:

- xét nghiệm phân tìm đốt sán hoặc trứng sán .

II. ĐIỀU TRỊ:

- Praziquantel: 15-20 mg/kg liều duy nhất uống sau khi ăn 1 giờ.
- Niclosamide: 2g một lần duy nhất; sau 2 giờ uống thuốc tẩy Magnesium sulphate 30g kèm theo nhiều nước(2-3 lít).

III. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH:

- Sau 2-3 tháng không thấy đốt sán trong phân và xét nghiệm phân không thấy đốt sán hoặc trứng sán.

-

C. BỆNH NHIỄM GIUN LƯƠN (STRONGYLOIDES STERCORALIS)

I. CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ:

Sống ở vùng nông thôn, làm nghề có tiếp xúc với đất.

I.2: Lâm sàng:

- Rối loạn tiêu hoá, táo bón xen kẽ tiêu chảy, đau thượng vị âm ỉ.
- Suy nhược cơ thể, mệt mỏi không rõ nguyên nhân.

I.3. Cận lâm sàng:

- Soi phân tìm ấu trùng giun lươn, tỉ lệ dương tính thấp < 5%
- Tập trung phân Baerman hoặc cấy phân Harada-Mori: tỉ lệ dương tính cao hơn (10-20%).
- Cấy phân trên môi trường thạch cho kết quả tương tự.
- Huyết thanh chẩn đoán (ELISA) rất có giá trị vì các phương pháp soi trực tiếp kém hiệu quả.

II. ĐIỀU TRỊ:

II.1: Nhiễm giun lươn ở đường tiêu hoá:

- Albendazole 400 mg/ngày chia làm 2 lần trong 3-5 ngày (hay bị tái phát)
- Thiabendazole 25 mg/kg chia làm 2 lần trong 5 ngày (hiệu quả điều trị cao, tuy nhiên có khả năng gây hội chứng Steven- Johnson).
- Ivermectine: liều duy nhất 200 mcg/kg (hiệu quả cao hơn Thiabendazole, không gây tác dụng phụ)

II.2: Nhiễm giun lươn đa cơ quan (trên cơ địa suy giảm miễn dịch)

- Giảm liều ức chế miễn dịch xuống mức thấp nhất có thể được trong thời gian điều trị giun lươn.
- Dùng Thiabendazole hoặc Ivermectine với liều như trên hàng ngày cho đến khi hết triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm trực tiếp không còn thấy giun, lập lại một liều điều trị 2-3 ngày sau hai tuần.

III. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH:

- Cải thiện lâm sàng
- Soi cấy phân 3 lần liên tiếp không tìm thấy ấu trùng giun lươn
- Huyết thanh chẩn đoán giun lươn âm tính sau khi diệt hết ấu trùng giun lươn khoảng 6 tháng đến 1 năm.

D. BỆNH DO ẤU TRÙNG GIUN ĐŨA CHÓ LẠC CHỦ (TOXOCARA CANIS)

I. CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ:

Có tiếp xúc với chó mèo, chơi nghịch đất cát.

I.2: Lâm sàng:

- Bệnh Toxocara canis nội tạng : chủ yếu gặp ở trẻ em, biểu hiện lâm sàng hay gặp là ho, sốt kéo dài, gan to đau, thiếu máu, gan to đau là triệu chứng thường gặp, tổn thương gan trên siêu âm dễ lầm với ung thư gan di căn.

- Bệnh Toxocara canis ở mắt: Ấu trùng xâm nhập vào võng mạc tạo nên u hạch ở võng mạc, gây mất thị lực từ từ và mù loà. Ngoài ra, ấu trùng còn gây viêm màng bồ đào, áp xe thủy tinh thể, viêm thần kinh thị giác.

- Bệnh Toxocara canis không điển hình: lâm sàng không rõ ràng như sốt, ho, hạch to, đau bụng.

I.3. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu ái toan có thể tăng cao.

- Huyết thanh chẩn đoán Toxocara canis dương tính. Có nhiều trường hợp bệnh nhân chỉ có huyết thanh chẩn đoán dương tính nhưng không có triệu chứng lâm sàng.

- Chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, CT scan, MRI) có thể thấy tổn thương gợi ý ấu trùng ký sinh ở mắt, não, gan.

II. ĐIỀU TRỊ:

II.1: Có triệu chứng lâm sàng:

- Albendazole 800 mg/ngày chia làm 2-3 lần trong 3 tuần, có thể điều trị nhiều đợt nếu triệu chứng lâm sàng không giảm., nh7ng phải thử lại men gan trước khi điều trị.

- Ivermectine liều duy nhất 200 mcg/kg.

II.2: Không có triệu chứng lâm sàng:

- Không cần điều trị nhưng phải dặn bệnh nhân tái khám nếu như có triệu chứng bất thường.

E. BỆNH ẤU TRÙNG SÁN DẪI HEO(CYSTICERCOSIS)

I.CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ

- Đã từng ăn thịt heo tái, sống, ăn rau sống.

- Hoặc có tiền sử bệnh sán vải heo trưởng thành.

I.2: Lâm sàng

- Bệnh gạo heo ở não: tăng áp lực nội sọ, động kinh cục bộ, yếu chi, rối loạn tri giác.

- Bệnh gạo heo ở mắt: triệu chứng xâm lấn tại chỗ hốc mắt, mí mắt, kết mạc.

- Bệnh gạo heo ở mô cơ: nếu mới bị nhiễm nhiều có thể bị đau cơ, sau nhiều năm các nang sán này sẽ bị vôi hoá và có thể bị phát hiện khi chụp X quang.

- Bệnh gạo heo dưới da: Biểu hiện bằng những nốt cục dưới da, có thể sờ thấy được có khi gây ngứa.

I.3. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu toan tính trong máu tăng cao, Đối với bệnh gạo heo ở não, bạch cầu toan tính trong dịch não tủy tăng cao.

- Huyết thanh chẩn đoán bệnh heo gạo dương tính. Là một trong những yếu tố xác định bệnh.

- sinh thiết các tổn thương nếu có thể để tìm nang sán.

II. ĐIỀU TRỊ:

II.1: Có triệu chứng lâm sàng:

- Albendazole 800 mg/ ngày chia 2 lần, điều trị trong 3 tuần, có thể điều trị nhiều đợt nếu triệu chứng lâm sàng không giảm, nhưng phải thử lại men gan trước khi điều trị.

II.2: Không có triệu chứng lâm sàng:

- Không cần điều trị nhưng phải dặn bệnh nhân tái khám nếu như có triệu chứng bất thường.

III. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH:

- Triệu chứng lâm sàng biến mất.
- Chẩn đoán hình ảnh thấy nang sán teo nhỏ hoặc biến mất, ngoại trừ những nốt vôi hoá.
- Bạch cầu ái toan trong máu, trong dịch não tủy trở về bình thường.

F. BỆNH DO ẤU TRÙNG GIUN GNATHOSTOMA SPP.

I. CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ:

- Đã từng ăn thủy sản tái, sống như: cá lóc, ếch, nhái, tôm...

I.2: Lâm sàng:

- Thể ở da và mô mềm: hay gặp hay gặp là phù cục bộ, có khối viêm phù nề, nóng, đỏ, đau, dưới da di chuyển, ở mặt, mu bàn tay, lưng, mông.
- Thể nội tạng: ấu trùng di chuyển vào gan, phổi gây các biểu hiện lâm sàng tương ứng như: đau bụng, ho, đau ngực, khó thở.
- Thể thần kinh: Tổn thương hệ thần kinh trung ương, nếu ấu trùng xâm nhập vào màng não sẽ gây xuất huyết màng não, dịch não tủy sẽ có lẫn máu.
- Thể mắt, tai, mũi: gây triệu chứng tại chỗ xâm lấn.

I.3. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu ái toan trong máu tăng cao
- sinh thiết mô nghi ngờ tìm ấu trùng GNATHOSTOMA SPP
- Thể bệnh thần kinh dịch não tủy có lẫn máu
- Huyết thanh chẩn đoán ELISA.

II. ĐIỀU TRỊ:

II.1: Có triệu chứng lâm sàng:

- Albendazole 800 mg/ngày chia làm 2 lần trong 3 tuần có thể điều trị lại nhiều đợt nếu như triệu chứng lâm sàng không giảm nhưng phải thử lại men gan trước khi điều trị.
- Ivermectine: liều duy nhất 200 mcg/kg

II.2: Không có triệu chứng lâm sàng:

- Không cần điều trị nhưng phải dặn bệnh nhân tái khám nếu như có triệu chứng bất thường xuất hiện.

III. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH:

- Cải thiện lâm sàng
- Bạch cầu ái toan trở về bình thường.
- Huyết thanh chẩn đoán âm tính sau khi hết bệnh nhiều tháng.

G. BỆNH VIÊM MÀNG NÃO DO ANGIOSTRONGYLUS CANTONENSIS.

I. CHẨN ĐOÁN

I.1 : Dịch tễ

- Đã từng ăn ốc ma, ốc bươu, ăn rau sống trên cạn.

I.2: Lâm sàng

- Thời kỳ ủ bệnh 2-3 tuần.
- Thời kỳ toàn phát: nhức đầu dữ dội, cổ cứng, có thể có sốt nhẹ.
- Tuy nhiên dự hậu của bệnh rất lành tính

I.3. Cận lâm sàng:

- Bạch cầu toan tính tăng cao trong dịch não tủy : 20-80%
- khoảng 80% các trường hợp có bạch cầu ái toan trong máu tăng.
- Huyết thanh chẩn đoán độ đặc hiệu không cao

II. ĐIỀU TRỊ:

- Thường không cần điều trị vì bệnh có thể tự hết sau 4-8 tuần.
- Có thể dùng Abendazole 800mg/ngày chia làm 2 lần, trong nhiều tuần nếu triệu chứng lâm sàng không giảm, cần thử men gan trước khi điều trị.
- Ivermectine: liều duy nhất 200 mcg/kg
- Điều trị triệu chứng.

III. TIÊU CHUẨN KHỎI BỆNH:

- Khi lâm sàng hết nhức đầu, dịch não tủy trở về bình thường.

CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV/AIDS

I/Chẩn đoán nhiễm HIV

- Mẫu huyết thanh của một người lớn và trẻ em > 18 tháng được coi là nhiễm HIV khi mẫu đó dương tính cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 lần sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau. Đối với trẻ <18 tháng chẩn đoán dựa vào P24, PCR DNA hoặc PCR RNA (đối với trẻ bú mẹ nên làm xét nghiệm sau khi trẻ ngừng bú mẹ hoàn toàn 6 tuần). Chỉ làm xét nghiệm ở những phòng xét nghiệm được Bộ y tế cho phép.

II/Chẩn đoán AIDS

- **Người lớn** được chẩn đoán là AIDS khi:

+*Lâm sàng* nhiễm HIV giai đoạn IV (xem phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS)

+*xét nghiệm* HIV (+) có CD4 khoảng 200 tế bào/ml, hoặc tổng số tế bào lympho khoảng 1200/ml (ở những cơ sở không có điều kiện xét nghiệm CD4)

- **Trẻ em** được chẩn đoán là AIDS khi:

+*Lâm sàng*: nhiễm HIV giai đoạn IV (xem phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em).

Đối với những trẻ <18 tháng có mẹ HIV(+), có bệnh chỉ điểm của AIDS và huyết thanh học (+).

+*xét nghiệm*: HIV (+) có tỷ lệ CD4/Lympho bào <15% (xem phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV trên cơ sở số tế bào CD4 và tỷ lệ CD4/LYMPHO bào theo lứa tuổi)

III.ĐIỀU TRỊ

1-Người nhiễm HIV chưa có triệu chứng:

khám định kỳ 3-6 tháng 1 lần nếu không có triệu chứng.

Thăm khám ngay khi có triệu chứng.

Thăm khám lâm sàng, đánh giá giai đoạn nhiễm HIV

-Xét nghiệm:

+Công thức máu mỗi 6 tháng.

+CD4 mỗi 6 tháng nếu có thể được

+Xquang phổi và các xét nghiệm khác nếu có chỉ định.

-Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội nếu có chỉ định

-Khám chuyên khoa nếu có nghi ngờ: lao, da liễu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thai....

-Điều trị đặc hiệu ARV nếu có chỉ định

2-Điều trị đặc hiệu bằng thuốc ARV

Sử dụng ít nhất 3 loại thuốc ARV(liệu pháp kháng retrovirus hoạt tính cao: Highly Active Antiretroviral Therapy-HAART)

a/ chỉ định

a1.Người lớn, vị thành niên:

- Bệnh nhân AIDS

- Nhiễm HIV ở giai đoạn III + CD4 < 350 tế bào/ml

- Nhiễm HIV ở giai đoạn II, III + tổng số tế bào Lympho < 1.200/ml

a2.Trẻ em:

-Dưới 18 tháng:

. Bệnh nhân AIDS

. Xét điều trị cho tất cả trẻ em nhiễm HIV ở giai đoạn III

. Trẻ nhiễm HIV ở giai đoạn I, II + tỷ lệ CD4< 20%

. Trẻ nhiễm HIV gđ I, II + tổng số tế bào lympho < 2.500 tế bào/ml

-Trên 18 tháng:

- . Bệnh nhân AIDS.
- . Xét điều trị cho tất cả trẻ em nhiễm HIV gđ III.
- . Trẻ nhiễm HIV gđ I, II + tỷ lệ CD4 < 15%
- . Trẻ nhiễm HIV gđ II + tổng số tế bào lympho < 1.500 tế bào /ml

b/ phác đồ

b1./Phác đồ điều trị ARV hàng đầu:

d4T + 3TC + NVP

- d4T: 30mg x 2 lần / ngày(< 60 kg), 40mg x 2 lần / ngày (> 60kg), uống cách nhau 12 giờ.
- 3TC: 150mg x 2 lần / ngày, uống cách nhau 12 giờ.
- NVP: 200mg uống 1 lần trong ngày trong 2 tuần đầu, sau đó 200mg x 2 lần/ngày, uống cách nhau 12 giờ. (không dùng cho người bệnh có ALT > 2,5 lần chỉ số bình thường hoặc đang dùng Rifampicin.

b2./ Các phác đồ thay thế:

*** Phác đồ d4T + 3TC + EFV**

- Chỉ định phác đồ này cho người không dùng được NVP (ngộ độc gan, đang dùng Rifampicin).
- Liều dùng: d4T, 3TC: như trên. EFV 600mg uống 1 lần vào buổi tối trước khi ngủ, không uống cùng thức ăn có nhiều chất béo.
- Không dùng phác đồ này cho phụ nữ có thai. Nếu sử dụng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ, cần khuyến cáo người bệnh thực hiện các biện pháp tránh thai có hiệu quả. Cũng không dùng phác đồ này cho người có bệnh lý về tâm thần (hiện tại hoặc quá khứ).

**** Phác đồ ZDV + 3TC + NVP**

- Chỉ định phác đồ này khi người bệnh không sử dụng được d4T (độc tính thần kinh, viêm tụy)
- Không dùng phác đồ này cho bệnh nhân Hb < 7g%, kiểm tra Hb 6 tháng 1 lần.
- Liều dùng ZDV 300mg x 2 lần/ngày, uống cách nhau 12 giờ. 3TC, NVP như trên.

***** Phác đồ ZDV + 3TC + EFV**

- Liều dùng như trên.

ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI TRÊN BỆNH NHÂN AIDS

I.CÁC BỆNH NHIỄM NẤM:

1.Bệnh nhiễm nấm Candida

+Nhiễm nấm Candida miệng:

- Tại chỗ: .Cotrimazole viên ngậm
- .Nystatin đánh lưỡi
- Thuốc uống:
 - .Fluconazole 100-200mg, 1-2 lần/ngày (viên 150mg, 1-2 lần/ngày) x 7 ngày, hoặc.
 - .Ketoconazole 200mg, 2 lần/ngày x 7-14 ngày
 - .Itraconazole 200mg/ngày x 7-14 ngày(Ketoconazole ít hiệu quả hơn so với Itraconazole và ít được sử dụng hơn do có thể độc với gan, và không dùng được đồng thời với Rifampicine)

+Nhiễm nấm Candida thực quản:

- Fluconazole uống 200-400mg/ng (viên 150mg, 2-3 viên/ng) x 14-21 ngày, hoặc
- Itraconazole uống 200mg/ngày x 14-21 ngày.

+Nhiễm nấm Candida âm hộ-âm đạo:

- Cotrimazole 100mg hoặc Miconazole 100mg đặt âm đạo 1 viên/ng x 7 ngày, hoặc
- Cotrimazole 200mg đặt âm đạo 1 viên/ng x 3 ngày, hoặc
- Clotrimazole 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất, hoặc
- Nystatin 100.000 đơn vị, đặt âm đạo 1 viên/ng x 14 ngày, hoặc
- Itraconazole 100mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày liên tiếp, hoặc
- Fluconazole 150mg uống liều duy nhất (có thể không có hiệu quả trong giai đoạn suy giảm

miễn dịch nặng)

***Điều trị củng cố**

Chỉ áp dụng khi bị bệnh tái phát nhiều lần do nguy cơ kháng thuốc

Fluconazole 150-200mg hoặc Itraconazole 200mg hàng ngày trong 14 ngày.

+Bệnh nhiễm nấm *Penicillium marneffei*

1.Điều trị ban đầu

- Amphotericin B tĩnh mạch 0,6-1mg/kg/ngày trong 6-8 tuần, hoặc
- Itraconazole 200mg x 2 lần/ngày trong 2 tháng. Các tháng tiếp theo dùng 200mg, 1 lần/ ngày
- Phác đồ phối hợp: Amphotericin B tĩnh mạch 0,6 mg/kg/ngày trong 2 tuần; 10 tuần tiếp dùng Itraconazole 200mg/ngày

2.Điều trị duy trì

Itraconazole 200mg/ngày, duy trì suốt đời. Dừng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị ARV có số CD4 > 200 TB/ml kéo dài trên 6 tháng.

+Viêm màng não do nấm *Cryptococcus neoformans*

-Điều trị tấn công ban đầu

- Chỉ định bắt buộc cho các trường hợp viêm màng não nặng (bệnh nhân có rối loạn ý thức, biểu hiện phù não, soi DNT có nấm...)

Phác đồ ưu tiên: Amphotericin B 0,7mg/kg/ng + Flucytosine 100mg/kg/ng x 2 tuần, hoặc

Phác đồ thay thế: Amphotericin B 0,7mg/kg/ng x 2 tuần

-Điều trị củng cố

.Fluconazole 400-800mg/ng x 8 tuần

.Những trường hợp viêm màng não nhẹ có thể bắt đầu ngay bằng Fluconazole uống

-Điều trị duy trì

.Điều trị suốt đời bằng Fluconazole 200-400mg/ng, hoặc Itraconazole 400mg/ng.

.Dừng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị bằng ARV có số CD4 > 200/ml kéo dài trên 6 tháng

+Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* hay *Pneumocystis carini* (PCP)

-Phác đồ ưu tiên: TMP 15mg/kg/ngày + SMX 75mg/kg/ng uống x 21 ngày

-Phác đồ thay thế: TMP 15mg/kg/ngày + Dapsone 100mg/ngày uống x 21 ngày, hoặc

Clindamycin 600mg/8 giờ tiêm mạch hoặc 300-450mg/6 giờ uống + Primaquine 30mg/ngày x 21 ngày

- Các trường hợp nặng, có suy hô hấp (thở nhanh, tím tái, PO₂ < 70mmHg), cân điều trị kết hợp Prednisolon 40mg uống 2 lần/ ngày x 5 ngày đầu, giảm xuống 40mg/ngày trong 5 ngày tiếp theo, sau đó 20mg/ngày cho tới khi kết thúc điều trị.

- Điều trị duy trì: bắt đầu sau điều trị đợt cấp và kéo dài cho đến cuối đời, có thể dừng khi bệnh nhân được điều trị ARV có CD4 > 200/ml x > 3 tháng. Liều phác Cotrimfort 960mg/ngày uống.

II.CÁC BỆNH NHIỄM KÝ SINH ĐƠN BÀO:

1.Viêm màng não do *Toxoplasma*

-Điều trị ban đầu:

.- Phác đồ ưu tiên: Pyrimethamine uống, liều tấn công 200mg/ngày, sau đó 50-75mg/ngày +

Acid folinic uống 10mg/ngày + Sulfadiazin uống, liều tấn công 2-4g/liều đầu, sau đó 1-1,5g x 4

lần/ngày (liều tối đa 4g/ngày), trong 3-6 tuần (acid folinic có tác dụng làm giảm độc tính của Pyrimethamin)

- Phác đồ thay thế: chỉ định khi không có các thuốc cho phác đồ ưu tiên, bệnh nhân không dung nạp Sulfadiazin hoặc có các tác dụng phụ với thuốc này (dị ứng, có sạn trong nước tiểu...)

.TMP-SMX: liều tính theo TMP 10mg/kg/ngày, chia 3-4 lần, hoặc

.Pyrimethamine + Clindamycin 600mg/kg/giờ, hoặc

.Pyrimethamine + TMP-SMX 5 mg/kg/6/giờ (tính theo TMP), hoặc

.Pyrimethamine + Clarithromycin 1g/12giờ

- Bệnh nhân thường tiến triển tốt trong vòng 1 tuần và cải thiện các dấu hiệu trên phim cắt lớp ci tính sọ não hoặc cộng hưởng từ trong vòng 2 tuần. Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, cần xem xét các khả năng chẩn đoán khác (lao màng não, u lympho hệ thần kinh trung ương, bệnh lý não do HIV...)

-Điều trị duy trì:

- Bắt đầu sau giai đoạn điều trị tấn công theo một trong các phác đồ sau.

.Pyrimethamine 25-50mg/ngày + Acid folinic 10-25mg/ngày + Sulfadiazin 1g/6 giờ, hoặc

.Pyrimethamine 25-50mg/ngày + Acid folinic 10-25mg/ngày + Clidamycin 300-450mg/6-8 giờ, hoặc

.Pyrimethamine + Sulfadoxine (Fansidar) 1 viên x 3 lần/tuần

Có thể dùng điều trị duy trì ở bệnh nhân điều trị ARV có phục hồi miễn dịch với tế bào CD4 > 200/ml kéo dài trên 6 tháng

2.Các bệnh tiêu chảy do ký sinh đơn bào

+Các căn nguyên gây bệnh: Cryptosporidia, Microsporidia, Isospora...

+Điều trị

- Chủ yếu bù nước, điện giải, hỗ trợ dinh dưỡng: có thể sử dụng các thuốc chống tiêu chảy (loperamide), kháng viêm non steroid. Điều trị ARV và duy trì tình trạng miễn dịch tốt cũng là biện pháp điều trị và dự phòng tiêu chảy do các ký sinh đơn bào. Một số phác đồ sau đây có thể sử dụng với mức độ hiệu quả nhất định:

-Cryptosporidia: Paromomycin 500mg uống 3 lần trong ngày hoặc 1000mg x 2 lần trong ngày trong bữa ăn x 14 – 28 ngày, sau đó 500mg x 2 lần trong ngày; có thể kết hợp Azithromycin uống 600mg/ngày trong 4 tuần đầu, hoặc Nitazoxanide 500mg uống 2 lần trong ngày.

-Microsporidia: Albendazole 400-800mg uống 2 lần trong ngày ít nhất 3 tuần, hoặc Metronidazole 500mg uống 3 lần trong ngày, hoặc Thalidomide 100mg/ngày. Bệnh nhân viêm giác mạc do Microsporidia có thể điều trị bằng dung dịch Fumagillin tại chỗ, kết hợp với Albendazole.

-Isospora: TMP-SMX uống 2 viên liều đôi x 2 lần trong ngày hoặc 1 viên liều đôi x 3 lần trong ngày trong 2-đến 4 tuần; hoặc Pyrimethamine uống 50-75mg / ngày + acide folinic 5-10 mg/ngày trong 1 tháng. Sau đó điều trị kéo dài bằng TMP-SMX uống 1-2 viên liều đôi trên ngày hoặc 3 lần trong tuần, hoặc Pyrimethamine 25mg + Sulfadoxine 500mg trong tuần (1 viên Fansidar trong tuần).

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 lympho 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% trọng lượng cơ thể
- Biểu hiện nhẹ tại da và niêm mạc (viêm tiết bã nhờn, nấm 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 >10% trọng lượng cơ thể
- Tiêu chảy mãn tính không rõ nguyên nhân trên 1 tháng
- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hay liên tục) với thời gian trên 1 tháng
- Nhiễm nấm Candida ở miệng
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi trong vòng 1 năm gần đây
- Nhiễm vi khuẩn nặng (viêm phổi, viêm cơ mù) và/hoặc
- Hoạt động Mức độ 3: Nằm liệt giường dưới 50% số ngày trong tháng trước đó.

IV. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN IV:

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân >10% trọng lượng cơ thể, cộng với tiêu chảy mạn tính không rõ căn nguyên > 1 tháng, hoặc mệt mỏi và sốt kéo dài không rõ căn nguyên > 1 tháng).
- Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci
- Bệnh do Toxoplasma ở não
- Bệnh do Cryptosporidia có tiêu chảy, > 1 tháng
- Nhiễm nấm Cryptococcus, ngoài phổi
- Bệnh do Cytomegalovirus ở cơ quan khác ngoài gan, lách, hoặc hạch
- Nhiễm virus Herpes simplex da và niêm mạc > 1 tháng hoặc ở nội tạng
- Viêm não chất trắng đa ổ tiến triển
- Bệnh nấm lưu hàng ở địa phương có biểu hiện lan tỏa toàn thân (như nấm Histoplasma, Penicillium)
- Bệnh nấm Candida thực quản, khí quản, hoặc phổi
- Nhiễm các Mycobacteria không phải lao lan tỏa toàn thân
- Nhiễm khuẩn huyết Salmonella không phải thương hàn
- Lao ngoài phổi
- U lympho
- Sarcoma Kaposi
- Bệnh lý não do HIV (Biểu hiện trên lâm sàng bằng rối loạn khả năng tri thức và/hoặc rối loạn chức năng vận động ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, tiến triển trong vài tuần hoặc vài tháng, mà không có bệnh lý nào khác ngoài HIV là nguyên nhân gây ra các triệu chứng này. và/hoặc
- Hoạt động mức độ 4: Nằm liệt giường trên 50% số ngày trong tháng trước đó.

PHÂN LOẠI LÂM SÀNG HIV/AIDS Ở TRẺ EM

I. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN I:

- Không triệu chứng
- Sưng hạch lympho toàn thân

- Gan lách to

II. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN II:

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn hoặc mạn tính (viêm tai giữa, chảy mủ tai, viêm xoang, mắc từ 2 lần trở lên trong khoảng thời gian 6 tháng bất kỳ)
- Phát ban sần ngứa
- Nhiễm virus Herpes zoster (mắc từ 1 đợt trở lên trong vòng 6 tháng)
- Loét miệng tái diễn (mắc từ 2 đợt lên trong vòng 6 tháng)
- Đỏ viền lợi
- Loét khóe miệng
- Sung tuyến mang tai
- Viêm da tuyến bã
- Nhiễm virus gây u nhú ở người hoặc virus u mềm lây nặng (trên 5% diện tích cơ thể hoặc gây biến dạng).
- Nhiễm nấm móng

III LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN III:

- Suy dinh dưỡng mức độ vừa, không đáp ứng thích hợp với điều trị thông thường
- Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (>14 ngày)
- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (sốt cách quãng hoặc liên tục trên 1 tháng)
- Nhiễm nấm Candida ở miệng (ngoài giai đoạn chu sinh)
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi
- Viêm phổi nặng tái diễn được cho là do vi khuẩn (mắc từ 2 lần trở lên trong vòng 6 tháng)
- Viêm loét hoại tử lợi cấp tính, lợi viêm quanh cuống răng
- Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho
- Thiếu máu (Hb<80g/L), hạ bạch cầu trung tính (< 1.000/ml), hoặc hạ tiểu cầu (< 30.000/ml) không rõ nguyên nhân.
- Bệnh lý phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản
- Bệnh lý cơ tim liên quan đến HIV hoặc bệnh lý thận liên quan đến HIV

IV. LÂM SÀNG GIAI ĐOẠN IV:

1/ Các bệnh cảnh có thể chẩn đoán sơ bộ trên cơ sở các dấu hiệu lâm sàng hoặc các thăm dò đơn giản:

- Suy mòn nặng, hoặc suy dinh dưỡng nặng không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị thông thường
- Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PJP)
- Nhiễm trùng nặng tái diễn được cho là do vi khuẩn (mắc từ 2 đợt trở lên trong vòng 1 năm, như viêm mủ màng phổi, viêm mủ cơ, nhiễm trùng xương hoặc khớp, viêm màng não, nhưng không bao gồm viêm phổi)
- Nhiễm virus Herpes simplex môi miệng hoặc ở da mạn tính (kéo dài trên 1 tháng)
- Lao ngoài phổi
- Sarcoma Kaposi
- Nhiễm nấm Candida thực quản
- Bệnh do Toxoplasma hệ thần kinh trung ương
- Bệnh lý não do HIV

2/ Các bệnh cảnh cần xét nghiệm kháng định chẩn đoán:

- Bệnh do Cytomegalovirus (viêm võng mạc do CMV, hoặc bệnh do CMV ở các cơ quan ngoài gan lách hoặc hạch lympho, khởi phát từ 1 tháng tuổi)

- Viêm màng não do Cryptococcus (hoặc bệnh do Cryptococcus ngoài phổi)
- Bệnh nấm lan tỏa do loại nấm lưu hành tại địa phương (như bệnh nhiễm nấm Histoplasma ngoài phổi, bệnh nhiễm nấm Coccidioides, Penicillium)
- Bệnh do Cryptosporidia
- Bệnh do Isospora
- Bệnh lan tỏa do các loại Mycobacteria không phải lao
- Nhiễm nấm Candida khí quản, phế quản hoặc phổi
- Rò trực tràng – bàng quang mắc phải do HIV
- U lympho ở não hoặc u lympho không phải Hodgkin tế bào B
- Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển

3/ Chẩn đoán lâm sàng giai đoạn IV ở trẻ < 18 tháng không có xét nghiệm virus học

Trẻ có huyết thanh HIV (+) và có ít nhất 2 bệnh chỉ điểm sau đây:

- Nấm Candida họng
- Viêm phổi nặng
- Suy mòn/suy dinh dưỡng nặng
- Nhiễm khuẩn huyết nặng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG PHƠI NHIỄM HIV CỦA BỘ Y TẾ

9. Sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV

9.1. Dự phòng sau phơi nhiễm nghề nghiệp

Phơi nhiễm với HIV do tai nạn nghề nghiệp được xác định khi tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc các dịch cơ thể của người nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm HIV dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV trong quá trình tác nghiệp.

9.1.1. Các dạng phơi nhiễm

- Do kim đâm khi làm các thủ thuật tiêm truyền, lấy máu làm xét nghiệm, chọc dò...
- Vết thương do dao mổ và các dụng cụ sắc nhọn khác có dính máu hoặc dịch cơ thể của người bệnh.
- Tổn thương qua da do các ống đựng máu hoặc dịch của người bệnh bị vỡ đâm vào.
- Máu, chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da bị tổn thương (chàm, bong, viêm loét từ trước) hoặc niêm mạc (mắt, mũi, họng).
- Phơi nhiễm với máu có HIV do bị người khác dùng kim tiêm chứa máu đâm vào hoặc trong khi làm nhiệm vụ đuổi bắt tội phạm v.v...

9.1.2. Quy trình xử trí sau phơi nhiễm

Các bước xử lý

- Bước 1: Xử lý vết thương tại chỗ.
- Bước 2: Báo cáo người phụ trách và làm biên bản (chú ý ghi đầy đủ các thông tin yêu cầu trong Hồ sơ phơi nhiễm).
- Bước 3: Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm theo mức độ tổn thương và diện tích tiếp xúc.
- Bước 4: Xác định tình trạng HIV của nguồn gây phơi nhiễm.
- Bước 5: Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm.
- Bước 6: Tư vấn cho người bị phơi nhiễm.
- Bước 7: Điều trị dự phòng bằng thuốc ARV.

Xử lý vết thương tại chỗ

- Tổn thương da chảy máu
- Rửa ngay vết thương dưới vòi nước.
- Để vết thương tự chảy máu trong một thời gian ngắn, không nặn bóp vết thương.
- Rửa kỹ bằng xà phòng và nước sạch.
- Phơi nhiễm qua niêm mạc mắt: Rửa mắt bằng nước cất hoặc nước muối NaCl 0,9% liên tục trong 5 phút. Dùng vòi rửa mắt khẩn cấp nếu có (thường được trang bị trong các phòng xét nghiệm khẳng định)
- Phơi nhiễm qua niêm mạc miệng, mũi:

- Rửa mũi bằng nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9 %.
- Xúc miệng bằng dung dịch NaCl 0,9 % nhiều lần.

Báo cáo người phụ trách và làm biên bản

Nêu rõ ngày giờ, hoàn cảnh xảy ra, đánh giá vết thương, mức độ nguy cơ của phơi nhiễm. Lấy chữ ký của người chứng kiến và chữ ký của người phụ trách.

Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm

- Có nguy cơ:
 - + Tổn thương do kim có chứa máu đâm xuyên qua da gây chảy máu; nếu là kim nòng rỗng cỡ to, chứa nhiều máu, đâm sâu thì nguy cơ cao hơn là kim nòng nhỏ, chứa ít máu và đâm xuyên nông.
 - + Tổn thương da sâu do dao mổ hoặc các ống nghiệm chứa máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bị vỡ đâm phải.
 - + Máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da, niêm mạc bị tổn thương viêm loét hoặc xây sát từ trước (thậm chí ngay cả khi không biết có bị viêm loét hay không). Nếu viêm loét hoặc xây sát rộng thì nguy cơ cao hơn.
- Không có nguy cơ: Máu và dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành.

Xác định tình trạng HIV của người gây phơi nhiễm

- Người gây phơi nhiễm có xét nghiệm HIV dương tính: Tìm hiểu các thông tin về tiền sử điều trị HIV và đáp ứng đối với thuốc ARV.
- Người gây phơi nhiễm không rõ tình trạng HIV: Tư vấn và lấy máu xét nghiệm HIV cho họ.
- Trường hợp không thể xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm được coi là có nguy cơ và ghi rõ trong biên bản.

Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm

- Tư vấn trước và sau khi xét nghiệm HIV theo quy định.
- Nếu kết quả xét nghiệm HIV dương tính ngay sau khi phơi nhiễm chứng tỏ người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV từ trước, không phải do phơi nhiễm. Dùng sử dụng thuốc ARV cho dự phòng sau phơi nhiễm. Tư vấn, chuyển người bị phơi nhiễm đến cơ sở điều trị HIV để được điều trị.

Tư vấn cho người bị phơi nhiễm về:

- Nguy cơ nhiễm HIV và viêm gan B, C
- Người bị phơi nhiễm cần được cung cấp các thông tin và được tư vấn thích hợp về dự phòng phơi nhiễm, lợi ích và nguy cơ của việc dự phòng.
- Giải thích các tác dụng phụ của thuốc và triệu chứng của nhiễm trùng tiên phát: sốt, phát ban, buồn nôn hoặc nôn, thiếu máu, nổi hạch v.v...
- Tư vấn về dự phòng lây nhiễm cho người khác: người bị phơi nhiễm có thể làm lây truyền HIV cho người khác dù xét nghiệm HIV âm tính (thời kỳ cửa sổ), vì vậy cần phải thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm.

- Tư vấn tuân thủ điều trị và hỗ trợ tâm lý.

9.2. Dự phòng phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp

Phơi nhiễm không do nghề nghiệp là những trường hợp phơi nhiễm với máu, dịch cơ thể có khả năng làm lây nhiễm HIV không liên quan đến nghề nghiệp.

9.2.1. Các tình huống phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp

- Phơi nhiễm qua quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su hoặc bao cao su bị vỡ, rách hoặc bị cưỡng dâm.

- Sử dụng chung bơm kim tiêm đối với người nghiện chích ma túy.

- Vết thương do đâm phải kim hoặc các vật sắc nhọn vút ra các khu vực công cộng và có dính máu nhìn thấy được.

- Vết thương do người nghi nhiễm HIV cắn gây chảy máu.

9.2.2. Các tình huống không được xem xét điều trị dự phòng

Có phơi nhiễm liên tục với HIV như quan hệ tình dục thường xuyên với người nhiễm HIV hoặc gái mại dâm nhưng hiếm khi sử dụng bao cao su; người nghiện chích ma túy thường xuyên sử dụng chung bơm kim tiêm.

9.2.3. Các yếu tố cần đánh giá và xử trí đối với người có khả năng bị phơi nhiễm với HIV ngoài môi trường nghề nghiệp

- Tình trạng nhiễm HIV.

- Phạm vi, tần suất và thời gian có nguy cơ phơi nhiễm. Cố gắng tìm hiểu tình trạng nhiễm HIV của nguồn lây nhiễm.

- Tư vấn trước xét nghiệm HIV.

- Tiến hành các xét nghiệm ban đầu như: HIV, viêm gan vi rút B, C; xét nghiệm đánh giá tình trạng mang thai

9.2.4. Đánh giá tình trạng HIV của người gây phơi nhiễm

- Xét nghiệm HIV cho người gây phơi nhiễm nếu chưa biết tình trạng nhiễm HIV. Có thể bắt đầu dự phòng sau phơi nhiễm, sau đó dừng lại nếu xác định người gây phơi nhiễm không nhiễm HIV.

- Đối với các trường hợp a) người gây phơi nhiễm có nguy cơ nhiễm HIV cao như người nghiện chích ma túy, nam quan hệ tình dục với nam, phụ nữ bán dâm; b) không xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm; c) phơi nhiễm do bị cưỡng dâm, cần tiến hành dự phòng sau phơi nhiễm sau khi đánh giá nguy cơ và tư vấn cho người bị phơi nhiễm.

9.3. Điều trị dự phòng bằng ARV cho người bị phơi nhiễm

9.3.1. Chỉ định

- Phơi nhiễm đường niêm mạc hoặc đường máu (phơi nhiễm đường tình dục, bắn vào mắt, mũi hoặc miệng) với các dịch cơ thể có nguy cơ gây lây nhiễm HIV như máu, nước bọt dính máu, sữa mẹ, dịch tiết sinh dục, dịch não tủy, dịch ối, dịch trực tràng, dịch màng bụng, dịch khớp, dịch màng ngoài tim hoặc dịch màng phổi.

- Dự phòng sau phơi nhiễm nên được bắt đầu càng sớm càng tốt cho tất cả đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV tối ưu nhất trong vòng 72 giờ.
- Không chỉ định dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp sau:
 - + Người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV
 - + Nguồn gây phơi nhiễm được khẳng định là HIV âm tính
 - + Phơi nhiễm với các dịch cơ thể không có nguy cơ lây nhiễm đáng kể như nước mắt, dịch nước bọt không dính máu, nước tiểu và mồ hôi.

Bảng 1: Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV

Phác đồ điều trị dự phòng	Các thuốc sử dụng	Chỉ định
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV hoặc AZT + 3TC + EFV	Chỉ định điều trị dự phòng 28 ngày cho tất cả các trường hợp phơi nhiễm có nguy cơ
Trẻ em ≤ 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r	

9.3.2. Kế hoạch theo dõi

- Theo dõi tác dụng phụ của ARV: Tư vấn cho người được điều trị dự phòng về tác dụng phụ có thể có của ARV. Không nên ngừng điều trị khi có tác dụng phụ nhẹ và thoáng qua. Nếu có các tác dụng phụ nặng, chuyển đến các cơ sở y tế ngay.
- Hỗ trợ tâm lý nếu cần thiết.
- Xét nghiệm lại HIV sau 3 tháng.
- Tư vấn về việc không được cho máu, nên quan hệ tình dục an toàn, thực hành tiêm chích an toàn, và không cho con bú cho đến khi loại trừ được tình trạng nhiễm HIV.
- Tư vấn để tiêm vắc xin viêm gan B nếu cá nhân đó chưa bị nhiễm vi rút viêm gan B.

BAN HÀNH HƯỚNG DẪN VÀ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ MERS - CoV

Ngày 13/4/2014 Bộ trưởng Bộ Y tế đã ban hành kèm theo Quyết định số 3014/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hội chứng Viêm đường hô hấp vùng Trung đông do Vi rút Corona (MERS-COV)

I. DỊCH TỄ HỌC.

1. Tác nhân gây bệnh và lịch sử phát hiện

- Từ giữa năm 2012, hai trường hợp nhiễm coronavirus mới được xác định lần đầu tiên ở một bệnh nhân nam, 60 tuổi ở Jeddah, Saudi Arabia nhập viện ngày 13/6/2012 và một bệnh nhân nam 49 tuổi người Qata du lịch tới Saudi Arabia, nhập viện ngày 3/9/2012.
- Tác nhân gây bệnh được xác định là vi rút corona gây hội chứng hô hấp vùng Trung Đông (MERS-CoV) hay còn gọi là virus corona mới thuộc giống betacoronavirus, có vật chất di truyền là ARN sợi đơn.
- Số lượng ca nhiễm MERS-CoV hiện đang gia tăng và thế giới có thể sẽ phải đối mặt với vụ dịch do coronavirus mới.

2. Nguy cơ lây truyền

- Lạc đà ở châu Phi và Trung Đông nhiều khả năng là vật chủ chính lây truyền MERS-CoV cho người
- Virus có khả năng lây truyền từ người sang người qua đường hô hấp và tập trung chủ yếu ở nhân viên y tế trong môi trường bệnh viện

II. CHẨN ĐOÁN

1. Triệu chứng lâm sàng

- Triệu chứng khởi phát thường gặp là sốt, ho, ớn lạnh, đau họng, đau cơ-khớp. Sau đó bệnh nhân xuất hiện khó thở và tiến triển nhanh tới viêm phổi.
- Khoảng 1/3 số bệnh nhân có các triệu chứng tiêu hóa như nôn và tiêu chảy
- Một nửa số bệnh nhân tiến triển thành viêm phổi và 10% sẽ tiến triển thành ARDS
- X quang ngực có hình ảnh phù hợp với viêm phổi do virus và ARDS
- Xét nghiệm công thức máu thường thấy giảm bạch cầu, đặc biệt là giảm bạch cầu lympho

2. Ca bệnh nghi ngờ

- Đi du lịch tới vùng dịch tễ hoặc sống trong vùng dịch tễ có bệnh do Mers- CoV khoảng 10 ngày trước khi xuất hiện triệu chứng;
- Có tiếp xúc gần với những ca bệnh xác định/có thể;
- Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng đường hô hấp cấp, gồm sốt trên 38°C, ho khó thở, có tổn thương nhu mô phổi (viêm phổi hoặc hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) dựa trên lâm sàng hoặc hình ảnh XQ tổn thương các mức độ khác nhau và kèm theo có hội chứng suy thận cấp;
- Không lý giải được bằng các bệnh nhiễm trùng hoặc căn nguyên khác, bao gồm tất cả các trường hợp có chỉ định các xét nghiệm để chẩn đoán viêm phổi cộng đồng (theo hướng dẫn chẩn đoán).

3. Ca bệnh có thể

- Người tiếp xúc trực tiếp với ca bệnh đã được chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm, bao gồm những người chăm sóc bệnh nhân; nhân viên y tế hoặc các thành viên trong gia đình; những người sống chung với bệnh nhân hoặc đến thăm bệnh nhân trong thời gian có biểu hiện bệnh.
- Bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng, XQ hoặc xét nghiệm giải phẫu bệnh của bệnh lý nhu mô phổi (ví dụ như viêm phổi hoặc ARDS) phù hợp với định nghĩa về ca bệnh ở trên, nhưng không được khẳng định bằng xét nghiệm bởi vì: không lấy được mẫu bệnh phẩm, hoặc không làm được xét nghiệm để chẩn đoán căn nguyên nhiễm trùng hô hấp khác,
- Không lý giải được do các nhiễm trùng khác hoặc căn nguyên khác.

4. Ca bệnh xác định

- Là ca bệnh có biểu hiện lâm sàng như đã nêu trên và được khẳng định bằng xét nghiệm PCR dương tính với vi rút corona mới.
- Kỹ thuật xác định Vi rút Corona là kỹ thuật Real time RT – PCR với bệnh phẩm là dịch đường hô hấp, đờm, dịch nội khí quản được lấy theo đúng quy trình và bảo quản trong môi trường phù hợp. Lưu ý: Đối với các trường hợp đầu tiên nghi nhiễm vi rút corona mới, các đơn vị cần lưu mẫu và chuyển mẫu đến các cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế cho phép khẳng định.

5. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh cảnh lâm sàng do Mers-CoV gây ra gồm nhiều triệu chứng khác nhau, nhưng chủ yếu là suy hô hấp cấp và suy thận cấp, vì vậy cần phải phân biệt với các trường hợp sau:

- Cúm nặng (cúm A/H1N1 hoặc A/H5N1.....)
- Viêm phổi không điển hình
- Nhiễm trùng huyết gây suy thận và suy hô hấp.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Nguyên tắc điều trị

- Các ca bệnh nghi ngờ hoặc có thể đều phải được khám tại bệnh viện, được làm xét nghiệm đặc hiệu để chẩn đoán xác định bệnh.
- Ca bệnh xác định cần nhập viện theo dõi và cách ly hoàn toàn.
- Chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, vì vậy chủ yếu chỉ điều trị triệu chứng, phát hiện và xử trí kịp thời tình trạng suy hô hấp, suy thận.

2. Điều trị suy hô hấp

- a. Mức độ nhẹ:** $200\text{mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300\text{mmHg}$ với $\text{PEEP/CPAP} \geq 5\text{cmH}_2\text{O}$ – Nằm đầu cao 30° - 45° – Cung cấp ôxy: Khi $\text{SpO}_2 \leq 92\%$ hay $\text{PaO}_2 \leq 65\text{mmHg}$ hoặc khi có khó thở (thở gắng sức, thở nhanh, rút lõm ngực). + Thở oxy qua gọng mũi: 1 – 5 lít/phút sao cho $\text{SpO}_2 > 92\%$. + Thở oxy qua mặt nạ đơn giản: oxy 6-12 lít/phút khi thở oxy qua gọng mũi không giữ được $\text{SpO}_2 > 92\%$.

+ Thở oxy qua mặt nạ có túi dự trữ: lưu lượng oxy đủ cao để không xẹp túi khí ở thì thở vào, khi mặt nạ đơn giản không hiệu quả.

b. Mức độ trung bình: 100mmHg

- Thở CPAP: Được chỉ định khi tình trạng giảm oxy máu không được cải thiện bằng các biện pháp thở Oxy, SpO₂ < 92%. Nếu có điều kiện, ở trẻ em nên chỉ định thở NCPAP ngay khi thất bại với thở oxy qua gọng mũi. + Mục tiêu: SpO₂ > 92% với FiO₂ bằng hoặc dưới 0,6
- Thông khí nhân tạo không xâm nhập BiPAP: Chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp còn tỉnh, hợp tác tốt, khả năng ho khạc tốt.

c. Mức độ nặng: PaO₂/FiO₂ ≤ 100 mmHg với PEEP ≥ 5cm H₂O

- Thông khí nhân tạo xâm nhập: chiến lược bảo vệ phổi.
- + Chỉ định khi người bệnh có suy hô hấp nặng và không đáp ứng với thông khí nhân tạo không xâm nhập.
- + Bắt đầu bằng phương thức thở kiểm soát áp lực, với Vt thấp từ 6 ml/kg, giữ P plateau từ 25 -30 cm H₂O, tần số 12 – 16 lần/phút, I/E = 1/2, cài đặt PEEP và điều chỉnh FiO₂ để đạt được SpO₂ > 92%.
- + Với trẻ em, có thể thở theo phương thức kiểm soát áp lực (PCV). Tùy tình trạng bệnh nhân để điều chỉnh các thông số máy thở phù hợp.
- Trao đổi oxy qua màng ngoài cơ thể ECMO (Extra-Corporeal Membrane Oxygenation):
- + ECMO có thể cân nhắc sử dụng cho bệnh nhân ARDS không đáp ứng với các điều trị tối ưu ở trên.
- + Do ECMO chỉ có thể được thực hiện tại một số cơ sở tuyến trung ương, nên trong trường hợp cân nhắc chỉ định ECMO, các tuyến dưới nên quyết định chuyển bệnh nhân sớm và tuân thủ quy trình vận chuyển bệnh nhân do bộ Y tế quy định.

2. Điều trị suy thận

- Đảm bảo khối lượng tuần hoàn (ưu tiên sử dụng các dung dịch tinh thể như Natriclorua 0,9% và Ringer lactac), cân bằng dịch, duy trì huyết áp, lợi tiểu.
- Lọc máu (ngắt quãng hoặc liên tục) hay lọc màng bụng khi bệnh nhân có tăng kali máu nặng, nhiễm acid, hoặc quá tải thể tích trở không đáp ứng với điều trị bảo tồn hoặc có triệu chứng của tăng ure huyết cao.

3. Điều trị hỗ trợ

- Nhỏ mũi bằng các thuốc nhỏ mũi thông thường.
- Hạ sốt: Nếu sốt trên 38,5° C thì cho dùng thuốc hạ sốt paracetamol với liều 10-15 mg/kg ở trẻ em, với người lớn không quá 2g/ngày.
- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải và thăng bằng kiềm toan
- Trường hợp bội nhiễm phế quản phổi nên dùng kháng sinh phổ rộng và có tác dụng với vi khuẩn gây nhiễm trùng ở bệnh viện.
- Đối với trường hợp nặng, có thể dùng gammaglobulin truyền tĩnh mạch với liều 200 – 400 mg/kg (chỉ dùng một lần)

4. Tiêu chuẩn xuất viện

Người bệnh được xuất viện khi có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Hết sốt ít nhất 5 ngày mà không dùng thuốc hạ sốt.
- Toàn trạng tốt: Mạch, huyết áp, nhịp thở, các xét nghiệm máu trở về bình thường; X-quang phổi cải thiện.
- Chức năng thận trở về bình thường

5. Sau khi xuất viện

Người bệnh phải tự theo dõi nhiệt độ 12 giờ/lần, nếu nhiệt độ cao hơn 38 °C ở hai lần đo liên tiếp hoặc có dấu hiệu bất thường khác, phải đến khám lại ngay tại nơi đã điều trị.

IV. PHÒNG LÂY NHIỄM

1. Phòng lây nhiễm ở ngoài cộng đồng

- Đeo khẩu trang và khám bệnh ngay khi có triệu chứng hô hấp.
- Rửa tay sạch: Rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước hoặc bằng dung dịch rửa tay có chứa cồn, đặc biệt sau khi hắt hơi, ho hoặc chùi mũi.
- Che mũi miệng khi có hắt hơi và ho, vứt các khăn giấy lau mũi miệng vào thùng rác riêng có nắp đậy
- Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ
- Duy trì thông khí nơi ở hoặc nơi làm việc tốt
- Tránh tiếp xúc và tụ tập ở nơi đông người, nơi không thoáng khí.
- Không hút thuốc lá.

2. Phòng lây nhiễm trong bệnh viện

a. Tổ chức khu vực cách ly

- Khu vực nguy cơ cao: Nơi điều trị và chăm sóc người bệnh nghi ngờ hoặc chắc chắn nhiễm Mers-CoV. Khu vực này phải có bảng màu đỏ ghi “Khu vực cách ly đặc biệt” và hướng dẫn chi tiết treo tại lối vào, có người trực gác.
- Khu vực có nguy cơ: Nơi có nhiều khả năng có người bệnh nhiễm Mers- CoV đến khám và điều trị ban đầu (như khoa hô hấp, cấp cứu, khám bệnh...), Khu vực này phải có bảng hướng dẫn chi tiết treo ở lối ra vào và có ký hiệu màu vàng.

b. Phòng ngừa cho người bệnh và khách đến thăm

- Cách ly ngay những người nghi ngờ mắc bệnh, không xếp chung người đã được khẳng định mắc Mers-CoV với người thuộc diện nghi ngờ. Tất cả đều phải đeo khẩu trang. Việc chụp X-quang, làm các xét nghiệm, khám chuyên khoa...nên được tiến hành tại giường, nếu di chuyển bệnh nhân phải có đầy đủ các phương tiện phòng hộ. Người bệnh khạc nhổ vào khăn giấy mềm dùng một lần và cho ngay vào thùng rác y tế.
- Trong thời gian có dịch, hạn chế người nhà vào thăm bệnh nhân trong bệnh viện nếu đến thăm phải đeo khẩu trang, cấm người nhà và khách đến thăm khu cách ly.

– Bảo đảm thông khí tốt cho các buồng bệnh.

c. Phòng ngừa cho nhân viên y tế

– Dùng khẩu trang ngoại khoa, kính bảo hộ, mặt nạ che mặt, áo choàng giấy dùng một lần, găng tay, mũ, bao giày hoặc ủng. Khi làm thủ thuật hoặc chăm sóc trực tiếp người bệnh nên sử dụng khẩu trang N95. Bệnh phẩm xét nghiệm phải được đặt trong túi nylon hoặc hộp vận chuyển. Rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn sau khi tiếp xúc với dịch tiết đường hô hấp, dụng cụ bẩn, chăm sóc người bệnh, sau khi tháo găng tay, khẩu trang và trước khi rời buồng bệnh khu vực cách ly. Những người tiếp xúc trực tiếp với bệnh nhân ở khu vực cách ly đặc biệt phải tạm, thay quần áo trước khi ra khỏi bệnh viện.

– Bệnh viện cần lập danh sách nhân viên y tế làm việc tại khoa có người bệnh nhiễm Mers-CoV. Họ sẽ tự theo dõi nhiệt độ hàng ngày, nếu có dấu hiệu nghi mắc Mers-CoV sẽ được khám, làm các xét nghiệm và theo dõi.

d. Xử lý dụng cụ, đồ vải và đồ dùng sinh hoạt cho bệnh nhân

Thực hiện theo quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn của Bộ Y tế.

e. Xử lý môi trường và chất thải bệnh viện

Các mặt bằng, bàn ghế ở khu vực buồng bệnh và khu vực cách ly phải được lau tối thiểu 2 lần/ngày bằng các hóa chất sát khuẩn. Nhân viên làm vệ sinh phải sử dụng các phương tiện phòng hộ như nhân viên y tế. Mọi chất thải rắn tại khu vực cách ly đặc biệt phải được thu gom để đem đi tiêu hủy theo quy định của Bộ Y tế.

f. Vận chuyển người bệnh

Hạn chế vận chuyển người bệnh, trừ những trường hợp nặng, vượt quá khả năng điều trị của cơ sở. Nhân viên vận chuyển phải mang đầy đủ phương tiện phòng hộ. Làm sạch và khử khuẩn xe cứu thương sau mỗi lần vận chuyển.

g. Xử lý người bệnh tử vong

Người bệnh tử vong phải được khâm liệm tại chỗ, phải khử khuẩn bằng các hóa chất Chloramin B, Formalin. Chuyển tử thi đến nơi chôn cất hay hỏa táng bằng xe chuyên dụng. Tử thi phải được hỏa táng hoặc chôn cất trong vòng 24 giờ, tốt nhất là hỏa táng./.

HƯỚNG DẪN

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH DO VI RÚT ZIKA

(Ban hành kèm Quyết định số 439/QĐ-BYT ngày 05 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Đại cương

Nhiễm vi rút Zika là bệnh truyền nhiễm cấp tính do muỗi *Aedes* truyền và có thể gây dịch. Vi rút Zika thuộc chi Flavivirus, họ Flaviridae.

Bệnh được phát hiện trên khỉ Rhesus tại Uganda vào năm 1947 và phát hiện trên người vào năm 1952 tại Uganda và Tanzania. Theo thông báo của Tổ chức Y tế thế giới, bệnh do vi rút Zika hiện đang diễn biến phức tạp và lây lan nhanh. Tính đến ngày 19 tháng 1 năm 2016 đã có 27 quốc gia và vùng lãnh thổ ghi nhận các trường hợp mắc bệnh do vi rút Zika.

Hiện nay Việt Nam chưa ghi nhận ca bệnh do vi rút Zika nhưng bệnh có nguy cơ xâm nhập.

Bệnh do vi rút Zika thường diễn biến lành tính, hiếm gặp những ca bệnh nặng và tử vong. Vi rút Zika có thể gây hội chứng não bé ở trẻ sinh ra từ những người mẹ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai. Đến nay, bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và vắc xin phòng bệnh.

II. Chẩn đoán:

1. Triệu chứng lâm sàng:

- Thời gian ủ bệnh từ 3 đến 12 ngày.
- Biểu hiện lâm sàng: Từ 60% đến 80% các trường hợp nhiễm vi rút Zika không có triệu chứng lâm sàng.

Bệnh thường khởi phát đột ngột với các triệu chứng:

- + Sốt: bệnh nhân thường sốt nhẹ 37.5°C đến 38°C
- + Ban dát sẩn trên da
- + Đau đầu, đau mỏi cơ khớp
- + Viêm kết mạc mắt
- + Có thể có biến chứng về thần kinh: Guillain Barre, viêm não màng não, hoặc hội chứng não bé ở trẻ sinh ra từ bà mẹ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai.

2. Cận lâm sàng:

- Huyết thanh chẩn đoán có thể giúp phát hiện IgM từ ngày thứ 4 sau khi xuất hiện triệu chứng. Tuy nhiên xét nghiệm này có thể dương tính giả do phản ứng chéo với các flavivirus khác, như vi rút Dengue và Chikungunya....

- RT-PCR từ bệnh phẩm huyết thanh (hoặc các bệnh phẩm khác như nước tiểu, dịch não tủy, dịch ối...) được ưu tiên lựa chọn trong chẩn đoán xác định nhiễm vi rút Zika.

Cần chỉ định theo dõi siêu âm thai đối với phụ nữ có thai nghi nhiễm vi rút Zika để có thể phát hiện biến chứng não bé ở thai nhi.

3. Chẩn đoán:

3.1. Chẩn đoán ca bệnh nghi ngờ:

Có yếu tố dịch tễ (sinh sống tại hoặc du lịch tới vùng đã có lưu hành dịch do vi rút Zika trong vòng 2 tuần trước khi khởi bệnh)

Có ít nhất 2 trong số các triệu chứng lâm sàng đã nêu ở trên, hoặc có hội chứng Guillain Barre hoặc trên siêu âm phát hiện thai nhi có não nhỏ hơn bình thường so với phát triển của thai nhi.

Không xác định được các căn nguyên gây bệnh khác (sốt xuất huyết Dengue, Chikungunya...).

3.2. Chẩn đoán ca bệnh xác định:

- Ca bệnh nghi ngờ và
- RT-PCR vi rút Zika dương tính, và/hoặc
- Phản ứng huyết thanh (IgM) dương tính với vi rút Zika.

4. Chẩn đoán phân biệt:

4.1. Các căn nguyên vi rút:

- Sốt xuất huyết Dengue
- Chikungunya
- Rubella
- Sởi
- Enterovirus
- Adenovirus

4.2. *Nhiễm vi khuẩn và ký sinh trùng*

- Bệnh do *Leptospira*
- Bệnh do *Rickettsia*
- Nhiễm liên cầu nhóm A.

III. Điều trị

Điều trị triệu chứng là chính, bao gồm:

- Nghỉ ngơi.
- Hạ sốt bằng paracetamol. Không sử dụng aspirin và các thuốc giảm đau NSAID (ibuprofen, meloxicam, piroxicam...).
- Bồi phụ nước và điện giải: uống đủ nước oresol hoặc nước sôi để nguội, nước trái cây.
- Vệ sinh mắt bằng dung dịch nước muối sinh lý NaCl 0.9%.
- Theo dõi các biểu hiện tổn thương thần kinh như yếu, liệt cơ,...
- Đối với phụ nữ có thai cần hội chẩn với chuyên khoa sản để theo dõi bất thường về thai nhi:
 - + Theo dõi siêu âm thai mỗi 2 tuần một lần để phát hiện sớm tình trạng đầu nhỏ hoặc vôi hóa não ở thai nhi.
 - + Phụ nữ có thai trên 15 tuần bị nhiễm vi rút Zika có thể chỉ định chọc ối làm xét nghiệm RT-PCR, hoặc lấy máu cuống rốn để làm xét nghiệm huyết thanh.
- Trẻ bị dị tật não bé hoặc có tiền sử mẹ nhiễm vi rút Zika khi mang thai cần được theo dõi sự phát triển về tinh thần, vận động, đánh giá thị lực và điều trị các rối loạn như co giật, động kinh (nếu có).

IV. Phòng bệnh:

- Hiện chưa có vắc xin phòng bệnh.
- Biện pháp phòng bệnh tốt nhất hiện nay là diệt muỗi và phòng tránh muỗi đốt.

BẢNG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ HÔN MÊ

I. NGƯỜI LỚN (glasgow coma score)

1. Đáp ứng mắt:

Mở mắt tự nhiên và nhìn	4
Mở khi có tiếng động lớn	3
Mở khi kích thích đau	2
Không mở hoặc nhìn trừng trừng khi bị kích thích	1

2. Đáp ứng vận động

Theo yêu cầu	6
Phản ứng chính xác	5
Giật tay khỏi	4
Tư thế gập bất thường	3
Tư thế duỗi	2
Không đáp ứng	1

3. Đáp ứng lời nói

Có định hướng	5
Lú lẫn	4
Dùng từ không thích hợp	3
Tiếng khó hiểu	2
Không nói	1

Tổng cộng

3-15

II. TRẺ EM (Blantyre coma score)

1. Cử động mắt:

Có định hướng	1
Không định hướng	0

2. Đáp ứng vận động

Phản ứng chính xác với kích thích đau	2
Giật tay khỏi kích thích đau	1
Không đáp ứng	0

3. Đáp ứng lời nói

Khóc thích đáng	2
Rên hoặc khóc không thích đáng	1
Không đáp ứng	0

Tổng cộng

0-5

MỤC LỤC

1. Nhiễm trùng huyết -----	T 01
2. Sốc nhiễm trùng -----	T 04
3. Viêm màng não mủ -----	T 06
4. Uốn ván -----	T 09
5. Bạch hầu -----	T 12
6. Nhiễm Leptospira -----	T 15
7. Dịch tả -----	T 17
8. Tiêu chảy nhiễm trùng -----	T 20
9. Thương hàn -----	T 23
10. Sốt rét -----	T 25
11. Áp xe gan do amíp -----	T 29
12. sốt xuất huyết Dengue -----	T 30
13. Viêm não siêu vi -----	T 39
14. Viêm phổi do siêu vi -----	T 41
15. Viêm gan siêu vi cấp -----	T 43
16. Viêm gan siêu vi mãn -----	T 44
17. Quai bị -----	T 48
18. Thủy đậu -----	T 49
19. Chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS -----	T 50
20. Điều trị nhiễm trùng cơ hội/AIDS -----	T 55
21. Phân loại lâm sàng HIV/AIDS ở người lớn -----	T 53
22. Phân loại lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em -----	T 65
23. Phác đồ điều trị phơi nhiễm HIV -----	T 62
24. Phác đồ điều trị Mers - CoV.-----	T65
25. Phác đồ điều trị Zika-----	T71
26. Thang diem glasgow-----	T75

TRƯỞNG KHOA

CHỦ TỊCH HĐKHKT