

BỘ Y TẾ

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

Số: 4568/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 14 tháng 11 năm 2013

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị
các bệnh lây truyền qua đường tình dục**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế; Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ; Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ; các Vụ trưởng, Cục trưởng của Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương; Thủ trưởng y tế các Bộ, ngành; Thủ trưởng các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để b/c);
- Website Bộ Y tế, website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG

(đã ký)

Nguyễn Thị Xuyên

BỆNH GIANG MAI

(Syphilis)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Bệnh giang mai là bệnh nhiễm trùng kinh điển hệ thống, lây truyền qua đường tình dục, do xoắn khuẩn nhạt, tên khoa học là *Treponema pallidum* gây nên. Bệnh có thể gây thương tổn ở da-niêm mạc và nhiều tổ chức, cơ quan của cơ thể mà chủ yếu ở cơ, xương khớp, tim mạch và thần kinh. Bệnh lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục và có thể lây truyền qua đường máu, lây truyền từ mẹ sang con. Bệnh có thể gây hậu quả trầm trọng như giang mai thần kinh, giang mai tim mạch, giang mai bẩm sinh.

2. CĂN NGUYÊN:

2.1. Tác nhân gây bệnh

Bệnh gây nên do xoắn khuẩn nhạt có tên khoa học là *Treponema pallidum*. Xoắn khuẩn giang mai là vi khuẩn yếu, ra ngoài cơ thể nó chỉ sống được vài giờ, chết nhanh chóng ở nơi khô; ở nơi ẩm ướt có thể sống được hai ngày, có thể sống rất lâu ở nhiệt độ lạnh. Ở 56⁰C chết trong vòng 15 phút. Nhiệt độ thích hợp là 37⁰C. Xà phòng và các chất sát khuẩn có thể diệt được xoắn khuẩn trong vài phút.

2.2. Cách lây truyền

Xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể người lành qua giao hợp đường âm đạo, đường hậu môn hoặc đường miệng. Ngoài ra bệnh có thể lây gián tiếp qua các đồ dùng, vật dụng bị nhiễm xoắn trùng. Lây qua các vết xước trên da –niêm mạc khi thầy thuốc tiếp xúc mà không được bảo vệ. Lây do truyền máu: truyền máu hoặc tiêm chích mà bơm kim tiêm không vô khuẩn. Lây từ mẹ sang con, thường sau tháng thứ 3 của thai kỳ và gây bệnh giang mai bẩm sinh.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Giang mai thời kỳ I

3.1.1. Săng (chancre)

- Thương tổn đơn độc, số lượng thường chỉ có một, xuất hiện ngay tại nơi xoắn khuẩn xâm nhập vào cơ thể. Săng giang mai có thể xuất hiện thông thường khoảng 3 - 4 tuần (khoảng 10 - 90 ngày) sau lây nhiễm.

- Săng có đặc điểm: Là vết loét nông, chỉ mất một phần thượng bì, hình tròn hay bầu dục, không có bờ nổi gờ lên hoặc lõm xuống, bề mặt bằng phẳng, màu đỏ thịt tươi. Nền của săng giang mai thường rắn, cứng như tờ bìa, đó là đặc điểm quan trọng giúp phân biệt các vết loét khác. Săng giang mai không ngứa, không đau, không có mủ, không điều trị cũng tự khỏi. Thường kèm theo viêm hạch vùng lân cận. Vị trí khu trú: săng thường thấy ở bộ phận sinh dục (>90% các trường hợp). Ngoài ra săng còn có thể xuất hiện ở một số vị trí khác như:

môi, lưỡi, amidan (do quan hệ miệng - sinh dục), ngón tay (thường ở nữ hộ sinh), trán, vú v.v...

3.1.2. Hạch

Vài ngày sau khi có săng ở bộ phận sinh dục, các hạch vùng bẹn thường bị viêm, họp thành chùm, trong đó có một hạch to hơn các hạch khác gọi là “*hạch chúa*”. Hạch rắn, không đau, không hóa mủ, không dính vào nhau và vào tổ chức xung quanh, di động dễ.

3.2. Giang mai thời kỳ II

- Thời kỳ thứ II bắt đầu khoảng 6 - 8 tuần sau khi có săng. Đây là giai đoạn xoắn khuẩn vào máu và đi đến tất cả các cơ quan trong cơ thể nên thương tổn có tính chất lan tràn, ăn nông hời hợt trên mặt da, có rất nhiều xoắn khuẩn trên thương tổn nên thời kỳ này rất lây, nguy hiểm nhiều cho xã hội hơn là bản thân bệnh nhân. Bệnh tiến triển thành nhiều đợt, dai dẳng từ 1 - 2 năm. Các phản ứng huyết thanh trong giai đoạn này dương tính rất mạnh.

- Giang mai thời kỳ II có thể chia thành: giang mai thời kỳ II sơ phát và giang mai thời kỳ II tái phát.

3.2.1. Giang mai II sơ phát: có các triệu chứng sau

- Đào ban (Roseole): là những vết màu hồng tươi như cánh đào, bằng phẳng với mặt da, hình bầu dục, số lượng có thể ít hoặc nhiều. Sờ mềm, không thâm nhiễm, không ngứa, không đau. Khu trú chủ yếu ở hai bên mạng sườn, mặt, lòng bàn tay/chân. Đào ban xuất hiện ở da đầu gây rụng tóc. Đào ban tồn tại một thời gian không điều trị gì cũng mất đi để lại vết nhiễm sắc tố loang lổ.

- Mảng niêm mạc: là vết trợt rất nông của niêm mạc, không có bờ, có thể nhỏ bằng hạt đỗ hay đồng xu. Bề mặt thường trợt ướt, đôi khi hơi nổi cao, sần sùi hoặc nứt nẻ đóng vảy tiết, chứa nhiều xoắn khuẩn nên rất lây. Vị trí thường gặp ở các niêm mạc mép, lỗ mũi, hậu môn, âm hộ, rãnh quy đầu.

- Vết loang trắng đen: là những di tích còn lại của đào ban, sần tạo thành các vết loang trắng đen loang lổ. Nếu thương tổn tập trung ở cổ thì gọi là “vòng vệt nữ”.

- Viêm hạch lan tỏa: có thể thấy hạch ở bẹn, nách, cổ, dưới hàm, ụ rỗng rọc. Hạch to nhỏ không đều, không đau, không dính vào nhau. Trong hạch có nhiều xoắn khuẩn.

- Các triệu chứng toàn thân: Nhức đầu thường hay xảy ra về ban đêm. Rụng tóc đều, làm tóc bị thưa dần, còn gọi là rụng tóc kiểu “rừng thưa”.

3.2.2. Giang mai II tái phát

- Thời kỳ này bắt đầu khoảng tháng thứ 4 đến tháng 12 kể từ khi mắc giang mai I. Các triệu chứng của giang mai II sơ phát tồn tại trong một thời gian rồi lại mất đi cho dù không điều trị. Qua một thời gian im lặng (giang mai kín)

lại phát ra các thương tổn da, niêm mạc. Đó chính là giang mai thời kỳ II tái phát. Số lượng thương tổn ít hơn, nhưng tồn tại dai dẳng hơn.

- Các thương tổn giang mai II tái phát: đào ban tái phát với ít vết hơn, nhưng kích thước mỗi vết lại to hơn, khu trú vào một vùng và hay sắp xếp thành hình vòng. Sẩn giang mai: trên các vùng da khác nhau, xuất hiện những sẩn, nổi cao hơn mặt da, rắn chắc, màu đỏ hồng, hình bán cầu, xung quanh có viền vảy. Các sẩn giang mai rất đa dạng về hình thái: sẩn dạng vẩy nến, dạng trứng cá, dạng thủy đậu, dạng loét... Ở hậu môn, âm hộ, các sẩn thường to hơn bình thường, có chân bè rộng, bề mặt phẳng và ướt, có khi xếp thành vòng xung quanh hậu môn, âm hộ. Các sẩn này chứa rất nhiều xoắn khuẩn và rất lây được gọi là sẩn phi đại hay sẩn sùi. Ở lòng bàn tay, bàn chân các sẩn giang mai có bề mặt phẳng, bong vảy da hoặc dày sừng, bong vảy theo hướng ly tâm nên thường tạo thành viền vảy mỏng ở xung quanh, gọi là "*viền vảy Biette*".

- Biểu hiện khác của giang mai thời kỳ II: có thể thấy viêm móng mắt, viêm gan, viêm họng khàn tiếng, viêm màng xương, đau nhức xương cơ đùi về đêm, viêm thận, biểu hiện thần kinh (đau, nhức đầu).

3.3. Giang mai thời kỳ III

Thời kỳ này thường bắt đầu vào năm thứ 3 của bệnh. Ngày nay ít gặp giang mai thời kỳ III vì người bệnh thường được phát hiện và điều trị sớm bằng Penixilin. Ở thời kỳ này thương tổn có tính chất khu trú, mang tính phá hủy tổ chức, gây nên những di chứng không hồi phục, thậm chí tử vong cho bệnh nhân. Đối với xã hội, thời kỳ này ít nguy hiểm vì khả năng lây lan trong cộng đồng bị hạn chế.

Các thương tổn giang mai III:

- Đào ban giang mai III: là những vết màu hồng, sắp xếp thành nhiều vòng cung, tiến triển rất chậm, tự khỏi, không để lại sẹo.

- Củ giang mai: thương tổn ở trung bì, nổi lên thành hình bán cầu có đường kính khoảng 5 - 20mm, giống như hạt đỗ xanh. Các củ có thể đứng riêng rẽ hoặc tập trung thành đám, nhưng thường sắp xếp thành hình nhẫn, hình cung hoặc vằn vèo. Cũng có khi loét ra và đóng vảy tiết đen.

- Gôm giang mai (*Gomme*): gôm giang mai là thương tổn đặc trưng của giang mai thời kỳ III. Gôm là một thương tổn chắc ở hạ bì, tiến triển qua 4 giai đoạn: Bắt đầu là những cục trứng dưới da sờ giống như hạch, dần dần các cục này to ra, mềm dần và vỡ chảy ra dịch dính giống như nhựa cao su tạo thành vết loét và vết loét dần dần lên da non rồi thành sẹo. Gôm có thể nhiều hoặc ít và có thể khu trú vào bất kỳ chỗ nào. Vị trí thường gặp là mặt, da đầu, mông, đùi, mặt ngoài phần trên cẳng chân, v.v... Ở niêm mạc, vị trí thông thường là miệng, môi, vòm miệng, lưỡi, mũi, hầu...

- Ngoài thương tổn ở da/niêm mạc, giang mai thời kỳ III cũng thường khu trú vào phủ tạng như:

- + Tim mạch: gây phình động mạch, hở động mạch chủ.
- + Mắt: viêm củng mạc, viêm móng mắt.
- + Thần kinh: viêm màng não cấp, kinh. Gôm ở màng não, tủy sống gây tê liệt.

3.4. Giang mai kín hay còn gọi là giang mai tiềm ẩn

Bệnh giang mai tiến triển qua các giai đoạn, giữa các giai đoạn có thời kỳ im lặng không biểu hiện triệu chứng bệnh, chỉ có thể phát hiện bằng xét nghiệm huyết thanh.

- Giang mai kín sớm: các thương tổn giang mai biến mất, không có triệu chứng thực thể và cơ năng. Thời gian thường trong vòng hai năm đầu.

- Giang mai kín muộn: trên da không có thương tổn, có thể kéo dài vài tháng hay rất nhiều năm (có thể 10 - 20 năm hoặc lâu hơn). Chỉ phát hiện bằng phản ứng huyết thanh hoặc có khi đẻ ra một em bé bị giang mai bẩm sinh thì người mẹ mới được phát hiện ra mắc bệnh.

3.5. Giang mai bẩm sinh

3.5.1. Giang mai bẩm sinh sớm

- Thường xuất hiện trong 2 năm đầu của trẻ, nhưng thường gặp nhất vẫn là 3 tháng đầu. Các biểu hiện thường mang tính chất của giang mai thời kỳ thứ II mắc phải ở người lớn.

- Có thể có các triệu chứng sau:

+ Phồng nước lòng bàn tay/chân, thường gặp hơn là triệu chứng bong vảy ở lòng bàn tay, chân, sồ mũi, khụt khịt mũi, viêm xương sụn, giả liệt Parrot: thường trong 6 tháng đầu của trẻ sau sinh, có thể gặp chứng viêm xương sụn ở các xương dài với các biểu hiện: xương to, đau các đầu xương làm trở ngại vận động các chi hay "*giả liệt Parrot*".

+ Toàn thân: trẻ đẻ ra nhỏ hơn bình thường, da nhăn nheo như ông già, bụng to, tuần hoàn bàng hệ, gan to, lách to. Trẻ có thể sứt cân nhanh, chết bất thành linh.

3.5.2. Giang mai bẩm sinh muộn

- Xuất hiện sau đẻ 3 - 4 năm hoặc khi đã trưởng thành. Các triệu chứng của giang mai bẩm sinh muộn thường mang tính chất của giang mai thời kỳ thứ III mắc phải ở người lớn.

- Các triệu chứng thường gặp là:

+ Viêm giác mạc kẽ: thường xuất hiện lúc dậy thì, bắt đầu bằng các triệu chứng nhức mắt, sợ ánh sáng ở một bên, về sau cả hai bên. Có thể dẫn đến mù. Lác quỳ tụ.

+ Điếc cả hai tai bắt đầu từ 10 tuổi, thường kèm theo viêm giác mạc kẽ. Cũng có khi trên lâm sàng, người ta không phát hiện được các dấu hiệu của giang mai bẩm sinh sớm, giang mai bẩm sinh muộn mà chỉ thấy thủng vòm miệng, mũi tẹt, trán dô, xương chày luỡi kiếm... Đây chính là các di chứng của giang mai bẩm sinh do các thương tổn giang mai ở bào thai đã liền sẹo để lại.

4. CHẨN ĐOÁN:

4.1. Chẩn đoán bệnh giang mai phải dựa vào:

- Khai thác tiền sử.
- Lâm sàng: theo các giai đoạn của bệnh
- Xét nghiệm: Xét nghiệm huyết thanh giang mai cần làm để xác định bệnh và phân biệt với bệnh khác. Kết quả xét nghiệm bao gồm phản ứng định tính và định lượng huyết thanh để theo dõi sau điều trị.

4.2. Các xét nghiệm cần làm:

4.2.1. Tìm xoắn khuẩn: ở các thương tổn như sẩn, mảng niêm mạc, sẩn hoặc hạch. Có thể soi tìm xoắn khuẩn trên kính hiển vi nền đen thấy xoắn khuẩn giang mai dưới dạng lò xo, di động hoặc nhuộm thẩm bạc Fontana Tribondeau.

4.2.2. Các phản ứng huyết thanh

- Phản ứng không đặc hiệu: Kháng thể là một phản ứng tổ kháng Lipid không đặc hiệu có tên là *Reagin*. RPR (Rapid Plasma Reagin Card test: phản ứng nhanh phát hiện trên bìa), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Hiện nay phản ứng RPR hoặc VDRL thường sử dụng vì các ưu điểm:

- + Phản ứng dương tính sớm.
- + Kỹ thuật đơn giản nên có thể sử dụng như phản ứng sàng lọc, lồng ghép khám sức khỏe hàng loạt.
- Các phản ứng đặc hiệu: Kháng nguyên là xoắn khuẩn gây bệnh giang mai, kháng thể đặc hiệu.

+ T.P.I (*Treponema Pallidum Immobilisation's Test*): phản ứng bất động xoắn khuẩn.

+ F.T.A (*Fluorescent Treponema Antibody's Test*): phản ứng kháng thể xoắn khuẩn huỳnh quang.

+ F.T.A_{abs} (*Fluorescen Treponema Antibody Absortion's Test*): phản ứng trước khi kháng thể huỳnh quang có triệt hút để loại kháng thể không đặc hiệu trước khi thực hiện phản ứng chính.

+ T.P.H.A (*Treponema Pallidum Hemagglutination's Assay*): phản ứng ngưng kết hồng cầu có gắn xoắn khuẩn giang mai.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc

- Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng tái phát và di chứng.

- Điều trị đồng thời cho cả bạn tình của bệnh nhân.

- Penicillin là thuốc được lựa chọn, cho đến nay chưa có trường hợp nào xoắn khuẩn giang mai kháng Penicilin.

5.2. Điều trị cụ thể: Penicilin

Tùy theo bệnh giang mai mới mắc hay đã mắc lâu mà áp dụng phác đồ thích hợp.

- Điều trị giang mai thời kỳ I áp dụng 1 trong 3 phác đồ theo thứ tự ưu tiên:

+ Benzathin penicilin G, 2.400.000đv tiêm bắp sâu liều duy nhất, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv, hoặc

+ Penicilin procaine G: tổng liều 15.000.000đv. Mỗi ngày tiêm 1.000.000đv, chia 2 sáng 500.000đv, chiều 500.000đv, hoặc

+ Benzyl penicilin G hòa tan trong nước. Tổng liều 30.000.000đv. Ngày tiêm 1.000.000đv chia làm nhiều lần, cứ 2-3h tiêm 1 lần, mỗi lần 100.000 - 150.000đv.

- Điều trị giang mai II sơ phát, giang mai kín sớm: áp dụng 1 trong 3 phác đồ theo thứ tự ưu tiên:

+ Benzathin penicilin G: tổng liều 4.800.000đv tiêm bắp sâu, trong 2 tuần liên tiếp. Mỗi tuần tiêm 2.400.000 đv, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv, hoặc

+ Penicilin procaine G: tổng liều 15.000.000đv. Mỗi ngày tiêm 1.000.000đv, chia hai mũi, sáng 500.000đv, chiều 500.000đv, hoặc

+ Benzyl penicilin G hòa tan trong nước. Tổng liều 30.000.000đv. Ngày tiêm 1.000.000đv chia làm nhiều lần cứ 2 - 3h tiêm 1 lần, mỗi lần 100.000 - 150.000đ.v.

+ Nếu dị ứng với penicilin thì thay thế bằng: tetracyclin 2g/ngày x 15 ngày hoặc erythromycin 2g/ngày x 15 ngày.

- Điều trị giang mai II tái phát, phụ nữ có thai, giang mai III, giang mai kín muộn, giang mai bẩm sinh muộn ở người lớn. Áp dụng một trong ba phác đồ theo thứ tự ưu tiên:

+ Benzathin penicilin G, tổng liều 9.600.000đv, tiêm bắp sâu trong 4 tuần liên tiếp. Mỗi tuần tiêm 2.400.000đv, chia làm 2, mỗi bên mông 1.200.000đv, hoặc

+ Penicilin procaine G: Tổng liều 30.000.000đv. Mỗi ngày tiêm 1.000.000đv, chia 2 lần, sáng 500.000đv, chiều 500.000đv, hoặc

+ Benzyl penixilin G hòa tan trong nước. Tổng liều 30.000.000đv. Ngày tiêm 1.000.000đv chia làm nhiều lần, cứ 2 - 3h tiêm 1 lần, mỗi lần 100.000 - 150.000đv.

+ Nếu bệnh nhân dị ứng với penixilin có thể thay thế bằng tetracyclin 2g/ngày trong 15 - 20 ngày. Phụ nữ có thai dùng erythromycin 2g/ngày trong 15 - 20 ngày.

- Điều trị giang mai bẩm sinh:

+ Đối với giang mai bẩm sinh sớm trẻ < 2 tuổi:

Nếu dịch não tủy bình thường: benzathin penixilin G 50.000đv/kg cân nặng, tiêm bắp liều duy nhất.

Nếu dịch não tủy bất thường: benzyl penixilin G 50.000đv/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp 2 lần/ngày trong 10 ngày hoặc procain penixilin G 50.000đv/kg cân nặng tiêm bắp trong 10 ngày.

+ Đối với giang mai muộn (trẻ > 2 tuổi): benzyl penixilin G 20.000 - 30.000đv/kg/ngày tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp chia 2 lần, trong 14 ngày.

Nếu bệnh nhân dị ứng với penixilin: erythromycin 7,5 - 12,5mg/kg, uống 4 lần/ngày trong 30 ngày.

6. PHÒNG BỆNH:

- Tình dục an toàn: Chung thủy một vợ, một chồng. Tình dục không xâm nhập. Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục: dùng đúng cách và thường xuyên, đặc biệt các đối tượng có nguy cơ cao như gái mại dâm, “khách làng chơi”.

- Khi có triệu chứng nghi ngờ cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh các biến chứng có thể xảy ra.

BỆNH LẬU

(Gonorrhoea)

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Bệnh lậu là một bệnh nhiễm khuẩn, do song cầu Gram (-) *Neisseria gonorrhoeae* gây nên. Bệnh thường lây trực tiếp qua quan hệ tình dục không bảo vệ đường âm đạo, hậu môn và sinh dục- miệng. Mẹ mắc bệnh lậu nếu không được điều trị có thể lây nhiễm cho trẻ sơ sinh khi đẻ gây viêm kết mạc mắt.

- Biểu hiện bệnh ở nam thường là viêm niệu đạo cấp tính, ở nữ là viêm cổ tử cung, có thể có hoặc không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Các bộ phận khác cũng có thể bị nhiễm bệnh như hậu môn- trực tràng, họng, mắt... Nhiễm khuẩn huyết do lậu cầu cũng có thể xảy ra và thường phối hợp với viêm khớp, tổn thương da. Mặc dù đã có thuốc điều trị đặc hiệu nhưng nếu không được phát hiện kịp thời hoặc điều trị không đúng phác đồ bệnh có thể gây các biến chứng nghiêm trọng như vô sinh, chửa ngoài tử cung...

- Những năm gần đây bệnh lậu có xu hướng tăng. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hằng năm trên toàn thế giới có khoảng 62 triệu bệnh nhân lậu/390 triệu bệnh nhân LTQĐTD. Ở Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng trên 50.000 -100.000 trường hợp bị lậu.

- Bệnh có thể phối hợp với một số tác nhân gây viêm niệu đạo khác, trong đó thường gặp nhất là *Chlamydia trachomatis* và các tác nhân khác như trùng roi, *ureaplasma*, *mycoplasma*.

2. CĂN NGUYÊN:

Song cầu khuẩn lậu được Neisser tìm ra năm 1879, tên khoa học *Neisseria gonorrhoeae*. Song cầu khuẩn lậu có đặc điểm:

- Hình hạt cà phê, sắp xếp thành từng cặp.
- Bắt màu Gram (-) nằm trong bạch cầu đa nhân.
- Dài khoảng 1,6 μ , rộng 0,8 μ , khoảng cách giữa hai vi khuẩn 0,1 μ .
- Nuôi cấy trên môi trường thạch máu hoặc nước báng phát triển nhanh. Hiện nay thường nuôi cấy trên môi trường Thayer-Martin và làm kháng sinh đồ.
- Sức đề kháng yếu: ra khỏi cơ thể chỉ tồn tại một vài giờ.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Bệnh lậu ở nam

Thời gian ủ bệnh từ 1-14 ngày, trung bình 2-5 ngày. Viêm niệu đạo trước là biểu hiện thường gặp nhất của bệnh lậu ở nam. Sau một lần quan hệ tình dục với người bệnh qua đường âm đạo có khoảng 25% nam bị mắc bệnh.

Có khoảng 85% nam bị viêm niệu đạo do lậu sẽ biểu hiện cấp tính với các triệu chứng khó chịu, đái buốt và ra mủ, thường kèm theo phù nề và đỏ miệng

sáo. Ra mủ niệu đạo là một triệu chứng đặc hiệu của bệnh lậu, mủ màu vàng, vàng xanh, số lượng nhiều.

Khoảng 25% bệnh nhân có triệu chứng không rõ, biểu hiện ra dịch niệu đạo nhưng không nhiều và màu trong, không phân biệt được với viêm niệu đạo không do lậu. Một số trường hợp không có triệu chứng. Các bệnh nhân có triệu chứng nếu không điều trị thì sau vài ngày đến vài tuần sẽ giảm triệu chứng cấp tính và có thể xảy ra biến chứng tại chỗ như viêm niệu đạo sau gây đá sỏi đau, viêm mào tinh hoàn, viêm túi tinh.... Nhiều trường hợp bệnh nhân không có triệu chứng bệnh lý rõ ràng. Tuy nhiên, dù có hay không có triệu chứng mà không được điều trị thì đều có thể gây biến chứng.

3.2. Bệnh lậu ở nữ

Tỷ lệ nữ bị mắc bệnh lậu sau một lần quan hệ tình dục với đàn ông bị bệnh vào khoảng 60-80%.

Viêm ống cổ tử cung là biểu hiện đầu tiên của bệnh lậu nữ. Niệu đạo cũng bị nhiễm lậu cầu (70-90%). Các tuyến Skene và Bartholin cũng thường bị nhiễm trùng. Thời gian ủ bệnh của bệnh lậu ở nữ là không rõ ràng nhưng thông thường trong khoảng 10 ngày. Các triệu chứng thường thấy là ra khí hư nhiều, tiểu khó, ra máu giữa kỳ kinh, rong kinh... Bệnh nhân có thể có đơn độc một triệu chứng hoặc có nhiều triệu chứng. Biểu hiện các triệu chứng có thể rất nhẹ hoặc rầm rộ. Khi khám có thể không thấy biểu hiện bất thường ở cổ tử cung, nhưng nhiều bệnh nhân cổ tử cung ra mủ hoặc mủ nhày, đỏ và phù nề vùng ngoài cổ tử cung và khi chạm vào rất dễ chảy máu. Khi khám có thể thấy mủ ở niệu đạo, các tuyến quanh niệu đạo, tuyến Bartholin.

Bệnh lậu ở phụ nữ có thai không khác bệnh lậu ở phụ nữ không có thai. Tuy nhiên, có thể nhận thấy phụ nữ có thai ít bị viêm tiểu khung hơn và hay gặp lậu hầu họng hơn. Các biến chứng thường xảy ra ở phụ nữ có thai là sảy thai tự nhiên, vỡ ối sớm, đẻ non, viêm cấp màng ối rau, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh, viêm hầu họng...

Viêm âm hộ do lậu ở trẻ em gái: có thể gặp ở bé gái bị hiếp dâm, do dùng chung khăn, chậu bị nhiễm lậu khi vệ sinh bộ phận sinh dục. Biểu hiện lâm sàng: âm hộ viêm đỏ có mủ vàng xanh kèm theo đá buốt.

3.3. Nhiễm trùng hậu môn- trực tràng

Nhiễm trùng hậu môn thường gặp ở người tình dục đồng giới nam và một số phụ nữ có viêm cổ tử cung do lậu. Viêm trực tràng ít gặp hơn. Triệu chứng có thể biểu hiện như ngứa hậu môn, chảy dịch mủ nhày ở hậu môn nhưng không đau, đôi khi thấy chảy máu trực tràng, có thể nặng như viêm trực tràng, biểu hiện đau, mót rặn và có thể tiêu chảy, đi ra chất nhày hoặc mủ, táo bón. Khám thấy hậu môn đỏ, có mủ nhày, soi hậu môn có nhày hoặc mủ, đỏ, phù nề, niêm mạc dễ chảy máu.

3.4. Nhiễm trùng hầu họng

Tỷ lệ nhiễm trùng hầu họng trong những bệnh nhân bị lậu tình dục khác giới nam khoảng 3-7%, nữ 10-20% và 10-25% nam tình dục đồng giới. Có tới trên 90% trường hợp không triệu chứng. Biểu hiện viêm hầu họng, viêm amidan cấp, đôi khi có sốt và sưng hạch vùng cổ.

3.5. Nhiễm trùng các cơ quan khác

- Viêm kết mạc mắt hiếm gặp ở người lớn và do tự lây nhiễm lậu cầu từ sinh dục-hậu môn, do dùng chung khăn chậu với bệnh nhân. Một số trường hợp có thể xảy ra ở nhân viên phòng xét nghiệm do tai biến nghề nghiệp.

- Nhiễm trùng da tiên phát do lậu có thể xảy ra và thường là các vết loét ở sinh dục, tầng sinh môn, đùi và ngón tay.

- Lậu mắt ở trẻ sơ sinh. Bệnh thường xuất hiện sau đẻ 1 - 3 ngày. Có thể bị một hoặc cả hai mắt. Mắt sưng nề không mở được, có rất nhiều mủ từ mắt chảy ra, kết mạc, giác mạc viêm đỏ và có thể loét.

3.6. Các biến chứng của bệnh lậu

3.6.1. Biến chứng tại chỗ ở nam

Biến chứng thường gặp nhất là viêm mào tinh hoàn. Trước khi có kháng sinh trị liệu có hiệu quả, tỷ lệ biến chứng này khoảng 20% số bệnh nhân lậu. Biểu hiện sưng một bên bìu, đau và thường có viêm niệu đạo. Viêm bạch mạch hiếm gặp. Chít hẹp niệu đạo và áp xe quanh niệu đạo ngày nay rất hiếm do viêm-áp xe tuyến Littre. Các biến chứng hiếm gặp là viêm túi tinh, viêm tuyến tiền liệt.

3.6.2. Biến chứng tại chỗ ở nữ

Biến chứng thường gặp nhất là viêm cấp vòi trứng hay viêm tiểu khung chiếm khoảng 10-20% trường hợp lậu cấp. Viêm vòi trứng là biến chứng hay gặp nhất của bệnh lậu và có thể để lại những hậu quả lâu dài như vô sinh, chửa ngoài tử cung, đau tiểu khung mạn tính. Biểu hiện là đau bụng dưới, đau khi giao hợp, rối loạn kinh nguyệt, ra máu giữa kỳ kinh ...Khám thấy bụng dưới, tử cung, phần phụ đau, di động cổ tử cung đau, dịch nhày hoặc mủ nhày cổ tử cung, đôi khi có đám áp xe phần phụ và vòi trứng-buồng trứng. Bệnh nhân có thể sốt, tăng bạch cầu, tăng tốc độ lắng máu, tăng protêin phản ứng C (C-reactive protein)... Xét nghiệm tìm lậu cầu chỉ thấy ở khoảng 50% trường hợp. Viêm tiểu khung do lậu thường cấp tính hơn và xuất hiện sớm hơn viêm tiểu khung do các tác nhân khác.

Áp xe tuyến Bartholin gặp khoảng 28% số bệnh nhân lậu nữ. Viêm-áp xe tuyến Skène hiếm gặp.

3.6.3. Biến chứng toàn thân

Nhiễm lậu cầu toàn thân là biến chứng hay gặp nhất của biến chứng lậu toàn thân, gặp khoảng 0,5-3% trong số bệnh nhân lậu cấp không điều trị. Một số tác giả gọi là Hội chứng viêm da-khớp vì biểu hiện lâm sàng là đau khớp và có

biểu hiện ngoài da. Thương tổn hay gặp nhất là mụn mủ hoại tử, đau trên nền da đỏ nhưng cũng có thể là dát, sẩn, mụn mủ đơn thuần, xuất huyết, bong nước. Đau khớp hoặc viêm gân bao hoạt dịch xảy ra ở các khớp gối, cổ tay, khớp cổ chân và khớp ngón tay, ngón chân. Bệnh hay gặp ở nữ hơn nam và thường hay xảy ra sau 1 tuần khi có kinh.

Biểu hiện nhiễm trùng huyết do lậu đôi khi khó xác định về lâm sàng, xét nghiệm máu nuôi cấy tìm lậu cầu cũng khó khăn, tỷ lệ dương tính chỉ khoảng 20-30%.

Viêm màng não và viêm màng tim do lậu. Tỷ lệ xảy ra trên bệnh nhân rất thấp, chỉ khoảng 1-3%. Tuy nhiên, đây là biến chứng rất nặng, có thể gây tổn hại van tim, thường là van động mạch chủ đe dọa tính mạng người bệnh. Viêm màng não hiếm gặp và không có biểu hiện điển hình.

4. XÉT NGHIỆM:

4.1. Nuôi cấy

Phân lập lậu cầu bằng nuôi cấy là tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh. Đồng thời nuôi cấy lậu cầu cũng xác định được kháng sinh sử dụng cho điều trị. Môi trường hiện nay thường dùng là Thayer-Martin có chứa Vancomycin. Tỷ lệ dương tính khi nuôi cấy lậu cầu trong môi trường chọn lọc hay không chọn lọc ở nam là khoảng 80-95% tùy theo vị trí lấy bệnh phẩm.

4.2. Nhuộm Gram

Khi thấy song cầu Gram âm điển hình nằm trong hay sát bên bạch cầu đa nhân thì có thể kết luận dương tính.

Đối với bệnh nhân nam, nhuộm Gram dịch niệu đạo có thể đủ chẩn đoán bệnh lậu, nhưng đối với bệnh nhân nữ thì cần phải nuôi cấy.

4.3. PCR (polymerase chain reaction) là kỹ thuật mới có độ đặc hiệu và độ nhạy cao.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử quan hệ tình dục với người bị bệnh,
- Lâm sàng.
- Xét nghiệm:
 - + Nhuộm Gram thấy song cầu Gram (-) trong bạch cầu đa nhân trung tính.
 - + Nuôi cấy.
 - + PCR (Polymerase Chain Reaction).

5.2. Chẩn đoán phân biệt: cần chẩn đoán phân biệt với tất cả các nhiễm trùng đường tình dục, bao gồm các bệnh sau:

- **Nhiễm *Chlamydia trachomatis***: Là căn nguyên thường gặp nhất trong các bệnh LTQĐTD có tỷ lệ đồng nhiễm với lậu khoảng 30%. Thời gian ủ bệnh dài, trung bình từ 1 - 3 tuần. Nam thường có nóng rát ở niệu đạo, thường ra mủ nhày số lượng ít hoặc ra dịch nhày ở miệng sáo. Đái buốt thường ít gặp mà bệnh nhân thấy ngứa, dầm dứ ở niệu đạo. Ở nữ biểu hiện lâm sàng thường kín đáo. Có thể gặp đái buốt, đát dất, tiết dịch âm đạo.

- Các xét nghiệm:

+ Xét nghiệm soi tìm lậu cầu âm tính

+ Miễn dịch sắc ký

+ ELISA

+ PCR với *Chlamydia*

- **Trùng roi âm đạo (*Trichomonas vaginalis*)**. Thường gây viêm âm đạo với các triệu chứng:

+ Ngứa, khí hư âm đạo mùi hôi.

+ Khám âm đạo nhiều khí hư lỏng, có nhiều bọt nhỏ.

Trùng roi cũng có thể gây viêm niệu đạo ở nam giới nhưng triệu chứng kín đáo hơn. Có đái buốt, ít mủ nhày.

+ Xét nghiệm: soi tươi tìm trùng roi.

- **Nấm *Candida âm hộ- âm đạo***: thường do *Candida albicans* (chiếm 80%). Ngoài ra còn gặp các chủng khác như *C.glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*.

- Xét nghiệm chẩn đoán:

+ Soi nấm thấy bào tử nấm + giả sợi

+ Cây nấm định loại trên môi trường Sabouraud

- **Viêm niệu đạo-sinh dục do *Ureaplasma, Mycoplasma***

Hai loại vi khuẩn này thường gây nhiễm trùng sinh dục có biểu hiện gần giống nhiễm *C. trachomatis*. Hiện nay xét nghiệm xác định chỉ có thể thực hiện được ở một số labo lớn như Bệnh viện Da liễu Trung ương. Chúng thuộc nhóm gây viêm niệu đạo, viêm cổ tử cung không do lậu và không do Chlamydia.

6. ĐIỀU TRỊ:

6.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị đồng thời nhiễm *Chlamydia*.

- Điều trị sớm.

- Điều trị đúng phác đồ.

- Điều trị cả bạn tình.

- Tuân thủ chế độ điều trị: không quan hệ tình dục, không uống rượu bia và chất kích thích, không làm thủ thuật tiết niệu trong thời gian điều trị.

- Xét nghiệm huyết thanh giang mai và HIV trước và sau khi điều trị để phát hiện sàng lọc hai bệnh này.

6.2. Phác đồ

- Cefixime 400 mg, uống liều duy nhất, hoặc
- Ceftriaxone 250 mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất.

Chú ý:

Ở Việt Nam, một số vùng lậu cầu kháng lại các kháng sinh thuộc nhóm Quinolone, Penixilin, Kanamycin.

6.3. Phối hợp điều trị Chlamydia

- Lựa chọn đầu tiên:

- + Azithromycin 1g, uống liều duy nhất, hoặc
- + Doxycycline 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày

- Các lựa chọn khác:

- + Tetracycline 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày, hoặc
- + Amoxycillin 500mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày, hoặc
- + Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ngày trong 7 ngày.

Chú ý:

- Erythromycin nên uống sau ăn.
- Doxycycline, tetracycline không được dùng cho trẻ dưới 7 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú.
- Ofloxacin không được dùng cho trẻ dưới 15 tuổi, phụ nữ có thai và cho con bú.

NHIỄM CHLAMYDIA TRACHOMATIS

SINH DỤC - TIẾT NIỆU

(*Chlamydia trachomatis* infection)

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Từ đầu những năm 1970 người ta đã biết *C. trachomatis* gây nhiễm khuẩn đường sinh dục có triệu chứng gần giống như bệnh lậu. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới hàng năm có 89 triệu trường hợp mới mắc *Chlamydia*.

- Việt Nam, một nghiên cứu tại Hà Nội năm 2003 cho kết quả tỷ lệ nhiễm *C. trachomatis* ở các đối tượng: tân binh 9%, phụ nữ có thai 1,5%, người khám STI 1,5%, nghiện chích ma túy 0%, phụ nữ mại dâm 5%. Nghiên cứu khác tại 5 tỉnh biên giới trên phụ nữ mại dâm cho kết quả: 11,9% nhiễm chlamydia, trong đó Kiên Giang có tỷ lệ cao nhất 17,3%, Lai Châu 16,2%, thấp nhất An Giang 7,3%.

2. CĂN NGUYÊN:

Chlamydia trachomatis là một trong ba loài thuộc nhóm Chlamydia- là một nguyên nhân rất quan trọng gây mù loà và bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD).

Chlamydia là vi khuẩn nội tế bào bắt buộc do không có khả năng tổng hợp các hợp chất có năng lượng cao. Tiến triển của bệnh và biểu hiện lâm sàng của nhiễm chlamydia là do hiệu quả phối hợp của huỷ hoại tổ chức tế bào do *chlamydia* nhân lên và đáp ứng viêm của tổ chức với vi khuẩn này và các chất hoại tử do tế bào bị phá huỷ. Nhiễm *chlamydia* có thể đồng nhiễm với lậu, *U. urealyticum*, *M. genitalium*, trùng roi và nhiễm HSV.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Biểu hiện lâm sàng của bệnh gần giống với bệnh lậu. Cả hai loại vi khuẩn này thường gây nhiễm tế bào biểu mô lát trụ của niệu đạo rồi lan lên màng tinh hoàn, cổ tử cung- niêm mạc tử cung, vòi trứng, phúc mạc và trực tràng. Cả hai vi khuẩn đều có thể gây viêm dưới biểu mô, loét biểu mô và gây sẹo. Tuy nhiên, *C. trachomatis* ít gây nhiễm khuẩn toàn thân.

3.1. Nhiễm *C. trachomatis* ở nam: Biểu hiện nhiễm *C. trachomatis* ở nam chủ yếu là viêm niệu đạo. Thời gian ủ bệnh khá dài 7-21 ngày.

- **Viêm niệu đạo:** Ở các bệnh nhân bị viêm niệu đạo không do lậu (Non-gonococcal urethritis-NGU) có khoảng 35-50% do *C. trachomatis*. Triệu chứng của bệnh là đi tiểu khó (đái buốt, đái rắt, đau khi đi tiểu) và tiết dịch niệu đạo, dịch nhày màu trắng đục hay trắng trong, số lượng ít đến vừa. Khám thấy miệng sáo đỏ, viêm nề, không thấy các bệnh lý khác như sung hạch bẹn, các ổ đau trong niệu đạo, các thương tổn bệnh herpes ở miệng sáo và dương vật. Nhiều bệnh nhân không có triệu chứng bệnh, có tới trên 50% không biểu hiện triệu

chứng, khi xét nghiệm dịch niệu đạo bằng nhuộm Gram không thấy song cầu Gram (-) và có ≥ 5 bạch cầu đa nhân/vi trường với độ phóng đại 1000X.

- **Viêm mào tinh hoàn và viêm tuyến tiền liệt:** *C. trachomatis* là nguyên nhân chủ yếu gây viêm mào tinh hoàn mà trước đây cho rằng không rõ căn nguyên. Biểu hiện lâm sàng là đau một bên bìu, phù nề, đau và sốt- thường có viêm niệu đạo. Tuy vậy, có khi không có triệu chứng của viêm niệu đạo. Điều trị bằng tetracyclin bệnh tiến triển tốt, điều đó ủng hộ cho quan điểm cho rằng *C. trachomatis* là căn nguyên gây bệnh.

Vai trò gây bệnh của *C. trachomatis* trong viêm tuyến tiền liệt không do vi khuẩn chưa được rõ.

- **Viêm trực tràng:** Ở những người giao hợp qua đường hậu môn thì *C. trachomatis* có thể gây viêm trực tràng. Biểu hiện lâm sàng nhẹ hơn từ không có triệu chứng đến có triệu chứng giống viêm trực tràng do lậu rồi biểu hiện đau trực tràng và chảy máu, tiết nhày và ỉa chảy.

- **Hội chứng Reiter:** Hội chứng Reiter gồm các triệu chứng viêm niệu đạo, viêm kết mạc mắt, viêm khớp và các thương tổn đặc trưng ở da, niêm mạc có liên quan đến nhiễm trùng *C. trachomatis*.

3.2. Nhiễm *C. trachomatis* ở phụ nữ:

- **Viêm cổ tử cung:** Đa số bệnh nhân không có biểu hiện các dấu hiệu và triệu chứng bệnh, khoảng 1/3 có dấu hiệu tại chỗ. Các dấu hiệu thường gặp là tiết dịch nhày mủ và lộ tuyến phì đại với biểu hiện phù nề, xung huyết và dễ chảy máu. Khám lâm sàng cổ tử cung thấy cổ tử cung dễ chảy máu, có dịch mủ tử cung và phù nề ở vùng lộ tuyến phì đại cổ tử cung. Nhuộm Gram dịch tiết cổ tử cung thấy có > 30 bạch cầu /vi trường, độ phóng đại 1000X.

- **Viêm niệu đạo:** Biểu hiện triệu chứng gồm có tiết dịch niệu đạo, miệng niệu đạo đỏ hoặc phù nề. Ở những người có dịch tiết cổ tử cung có kèm theo đái khó, đái rất là gợi ý việc bệnh nhân đồng thời bị viêm niệu đạo do *C. trachomatis*. Viêm niệu đạo do *C. trachomatis* có thể được nghĩ đến ở những người phụ nữ trẻ ở tuổi hoạt động tình dục mạnh mà có đi tiểu khó, đái rất và mủ niệu, đặc biệt khi họ có bạn tình có triệu chứng viêm niệu đạo hoặc có bạn tình mới. Nhuộm Gram dịch tiết niệu đạo thấy có trên 10 bạch cầu đa nhân trung tính/vi trường độ phóng đại 1000X, không thấy có lậu cầu, trùng roi và trực khuẩn. Tuy nhiên, đại đa số bệnh nhân bị viêm niệu đạo do *C. trachomatis* không có triệu chứng lâm sàng.

- **Viêm tuyến Bartholin:** Cũng như lậu cầu, *C. trachomatis* gây viêm xuất tiết ống tuyến Bartholin. Viêm tuyến Bartholin có mủ có thể do *C. trachomatis* đơn thuần hay phối hợp với lậu cầu.

- **Viêm nội mạc tử cung:** Có tới gần một nửa số bệnh nhân viêm cổ tử cung và hầu hết số viêm vòi trứng bị viêm nội mạc tử cung. Vi khuẩn lan qua

niêm mạc tử cung lên vòi trứng. Sốt sau khi đẻ và viêm nội mạc tử cung sau đẻ thường do không điều trị *C. trachomatis* khi mang thai.

- **Viêm vòi trứng:** Viêm vòi trứng cũng là biến chứng của viêm cổ tử cung do *C. trachomatis*. Tuy vậy, triệu chứng rất nghèo nàn hoặc không có triệu chứng. Hậu quả sẹo ống dẫn trứng gây nên chửa ngoài tử cung và vô sinh.

- **Viêm quanh gan (HC Fitz-Hugh- Cutis):** Viêm quanh gan có thể xảy ra sau hoặc cùng lúc với viêm vòi trứng. Bệnh có thể được nghĩ đến khi gặp ở phụ nữ trong tuổi hoạt động tình dục mạnh, có biểu hiện đau hạ sườn phải, sốt, buồn nôn hoặc nôn.

4. XÉT NGHIỆM:

- Nuôi cấy phân lập: có độ đặc hiệu và độ nhạy cao.

- Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp bằng kháng thể đơn dòng có độ nhạy không cao.

- Miễn dịch gắn men: ELISA bằng kháng thể đơn dòng hoặc đa dòng, độ nhạy đạt 60-80%, đặc hiệu 97-99%.

- PCR hoặc LCR: là kỹ thuật có độ nhạy và đặc hiệu cao nhất.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Đối với nam giới: Cần xét nghiệm cho các bệnh nhân lậu, viêm niệu đạo không do lậu. Xét nghiệm nhuộm Gram thấy >4 bạch cầu đa nhân/vi trường độ phóng đại 1000X, không có song cầu Gram (-). Nuôi cấy tìm lậu cầu, làm PCR, LCR hoặc ELISA phát hiện *Chlamydia*.

5.2. Đối với phụ nữ: Có tiền sử phơi nhiễm với *C. trachomatis* (có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có dấu hiệu, triệu chứng bệnh) và có biểu hiện một số triệu chứng (viêm cổ tử cung tiết dịch nhày mủ, viêm niêm mạc tử cung, viêm tiểu khung, viêm niệu đạo, viêm trực tràng) cần được xét nghiệm. Xét nghiệm dịch cổ tử cung ≥ 20 bạch cầu đa nhân/vi trường độ phóng đại 1000X, không có song cầu Gram (-). Nuôi cấy tìm lậu cầu, làm PCR, LCR hoặc ELISA phát hiện *Chlamydia*.

Các phụ nữ có nguy cơ cao bị nhiễm bệnh cần được xét nghiệm sàng lọc: bệnh nhân đến các phòng khám STD, phụ khoa, phụ nữ xảy thai, người có nhiều bạn tình.

6. ĐIỀU TRỊ:

Trị liệu được lựa chọn là Tetracyclin hoặc Doxycyclin trong 1-3 tuần.

6.1. Điều trị nhiễm *C. trachomatis* không biến chứng ở niệu đạo, cổ tử cung và trực tràng:

- Doxycyclin 100mg uống 2 viên/ngày trong 7 ngày, hoặc

- Tetracyclin 1g/ngày trong 7 ngày, hoặc

- Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc
- Ofloxacin 300mg uống 2 viên/ngày trong 7 ngày
- Erythromycin 500mg uống 4 viên/ngày trong 7 ngày, hoặc

Theo dõi sau điều trị cho thấy có một số trường hợp bị lại (5-10%) có thể do tái phát hoặc tái nhiễm. Một số bệnh nhân sau điều trị mặc dù không còn *C. trachomatis* nhưng vẫn còn triệu chứng hoặc tái phát triệu chứng bệnh (10-15%) có thể do đồng thời bị một tác nhân gây bệnh khác.

6.2. Điều trị cho phụ nữ có thai:

- Erythromycin 500mg uống 4 viên/ngày trong 7 ngày, hoặc
- Azithromycin 1g uống liều duy nhất

Các biến tình của bệnh nhân: Cần được xét nghiệm trong vòng 30 ngày sau khi phơi nhiễm hoặc được điều trị bằng tetracyclin, doxycyclin.

BỆNH HẠ CAM

(Chancroid)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hạ cam là một bệnh cấp tính, lây truyền qua đường tình dục và có thời gian ủ bệnh ngắn 2-5 ngày. Biểu hiện đặc trưng của bệnh là một vết loét đau nơi vi khuẩn xâm nhập, thường là sinh dục ngoài và gây viêm hạch bẹn có mủ. Bệnh hạ cam có đồng yếu tố dịch tế học trong lây truyền HIV, làm tăng khả năng lây truyền HIV từ 5-9 lần hoặc cao hơn nữa.

Dịch tế học: Bệnh có trên toàn cầu, nhưng gặp nhiều ở các nước đang phát triển, đặc biệt ở châu Phi. Việt nam hiện nay hiếm gặp và đa số bệnh nhân ở phía Nam. Nam bị bệnh nhiều hơn nữ, viêm hạch bạch huyết cũng hay gặp ở nam. Lây truyền từ người này sang người khác qua quan hệ tình dục không an toàn.

2. CĂN NGUYÊN:

Tác nhân gây bệnh là trực khuẩn Gram (-) có tên là *Haemophilus ducreyi*. Bệnh lây qua tiếp xúc trực tiếp, chủ yếu lây qua quan hệ tình dục không an toàn. Trực khuẩn hạ cam có thể tự lây nhiễm từ thương tổn ra vùng da, niêm mạc lành nên bệnh nhân thường có nhiều thương tổn.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh thường 3-10 ngày và không có tiền triệu.
- Nam giới đi khám vì vết loét hoặc viêm đau hạch bẹn. Phụ nữ triệu chứng thường không rõ, biểu hiện tùy thuộc vị trí thương tổn khu trú: đau khi đi tiểu, đau khi đi đại tiện, chảy máu trực tràng, đau khi giao hợp hoặc ra khí hư.
- Biểu hiện đầu tiên là sẩn mềm, xung quanh có quầng đỏ. Sau khoảng 24-48 giờ tiến triển thành mụn mủ rồi trọt và loét. Vết loét thường mềm và đau. Bờ vết loét rõ, sồi mòn và không cứng. Nền vết loét phủ bởi dịch tiết mủ hoại tử màu vàng hoặc xám, dưới là tổ chức hạt mủ, dễ chảy máu. Thường có phù nề xung quanh tổn thương. Số lượng vết loét có thể chỉ có một nhưng thường nhiều do tự lây nhiễm, nữ thường bị nhiều vết loét hơn nam. Kích thước các vết loét từ 2-10mm, các vết loét có thể liên kết thành một vết loét lớn hoặc thành hình rắn bò.
- Khu trú: nam hay bị vết loét ở bao qui đầu, rãnh qui đầu, thân dương vật. Nữ có ở chạc âm hộ, môi lớn, môi nhỏ, tiền đình âm đạo, âm vật, cổ tử cung, hậu môn..., các vị trí ngoài sinh dục như vú, ngón tay, đùi, niêm mạc miệng.
- Hạch bẹn viêm đau thường ở một bên và 1-2 tuần sau khi thương tổn đầu tiên xuất hiện. Hạch sưng đỏ, đau, nóng rồi dần dần trở nên mềm lùnh nhùng và vỡ tự nhiên. Mủ đặc sánh như kem. Tỷ lệ bệnh nhân bị sưng hạch bẹn khoảng 1/3.

- Triệu chứng toàn thân có thể sốt nhẹ, mệt mỏi. Tuy vậy, *H. ducreyi* không gây nhiễm khuẩn toàn thân hoặc lây truyền sang các cơ quan xa. Bội nhiễm các vi khuẩn yếm khí có thể gây loét hoại thư và phá huỷ cơ quan sinh dục. Trên những bệnh nhân HIV/AIDS thì vết loét lớn hơn, lâu lành hơn và ít bị viêm hạch bạch huyết nặng như người bình thường.

- Bệnh hạ cam không thấy gây bệnh cho trẻ sơ sinh dù người mẹ đang bị bệnh.

- Tiến triển: Vết loét tiến triển tốt sau 1 tuần điều trị, hạch bẹn khởi chậm hơn. Do có một tỷ lệ nhất định (khoảng 10-15%) bệnh nhân đồng thời mắc cả giang mai, hoặc herpes và hạ cam nên cần xét nghiệm huyết thanh trong vòng 3 tháng. Cũng cần xét nghiệm HIV cho bệnh nhân vì giống như các bệnh có loét sinh dục làm tăng khả năng lây truyền HIV rất cao.

3.2. Xét nghiệm

Bệnh phẩm lấy ở đáy vết loét.

- Nhuộm Gram, trực khuẩn bắt màu Gram (-) giống như đàn cá bơi nhưng khó nhận biết do lẫn nhiều vi khuẩn khác.

- Nuôi cấy trên môi trường thạch giàu dinh dưỡng có hemoglobin và huyết thanh. Vi khuẩn mọc sau 2-4 ngày, có thể đến 7 ngày.

- PCR: là xét nghiệm mới có độ nhạy và đặc hiệu cao.

4. ĐIỀU TRỊ:

- Hiện nay, trực khuẩn hạ cam đã kháng lại một số thuốc như ampicilin, sulfamides, chloramphenicol, tetracyclin, kanamycin, streptomycin, ciprofloxacin, erythromycin và co-trimoxazole.

- Các thuốc được khuyến cáo điều trị hiện nay:

+ Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất, hoặc

+ Azithromycin 1g liều duy nhất, hoặc

+ Spectimycin 2g tiêm bắp liều duy nhất, hoặc

+ Erythromycin 500mg uống 4 lần/ ngày trong 7 ngày.

- Bệnh thường đỡ sau 2-3 ngày điều trị và khởi sau khoảng 1 tuần. Hạch bẹn sưng thường khởi chậm hơn, có thể phải chọc hút qua da lành để hút mủ trong hạch.

- Các phác đồ trên cũng áp dụng điều trị cho bệnh nhân **hạ cam bị nhiễm HIV**, tuy nhiên thời gian điều trị thường lâu hơn và thất bại điều trị có thể xảy ra với tất cả các loại thuốc.

- Xét nghiệm HIV và giang mai cần được làm ngay, nếu kết quả âm tính cần cho xét nghiệm lại sau 3 tháng.

BỆNH HỘT XOÀI

(Lymphogranuloma venereum)

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Bệnh hột xoài hay u hạt Lympho sinh dục (Lymphogranuloma venereum- LGV) là một bệnh lây truyền qua đường tình dục do vi khuẩn *Chlamydia trachomatis* (CT) gây nên. Bệnh có thể biểu hiện cấp tính và mạn tính. Nếu không điều trị hoặc điều trị không đầy đủ thì bệnh có thể gây nhiều biến chứng như dò vùng sinh dục, xơ hoá chít hẹp sinh dục - hậu môn và tạo các lỗ dò bạch huyết, phù bạch mạch. Các biến chứng và di chứng đó của bệnh có thể phải can thiệp ngoại khoa.

- Hiện nay LGV còn là bệnh dịch lưu hành ở Châu Phi, Ấn Độ, Nam Á, Nam Mỹ và vùng Caribe. Tỷ lệ nam/nữ là 5/1.

Hiện nay ở Việt Nam bệnh ít gặp, chủ yếu ở các tỉnh phía Nam.

2. CĂN NGUYÊN:

Tác nhân gây bệnh là *Chlamydia trachomatis* type L1, L2, L3. *Chlamydia* xâm nhập vào da-niêm mạc qua các vết sang chấn nhỏ. Bệnh diễn biến vài tuần đến vài tháng, khi khỏi để lại tổ chức xơ hóa, phá hủy tổ chức bạch mạch và làm tắc mạch bạch huyết gây phù voi. Tổ chức bị phù, xơ cứng thành mảng lớn. Sau khi nhiễm trùng, kháng thể kháng *Chlamydia* có thể phát hiện được sau 1-2 tuần, xét Frei và kháng thể huyết thanh đặc hiệu LGV- *Chlamydia* dương tính. Nếu không điều trị, LGV- *Chlamydia* có thể tồn tại trong tổ chức 10-20 năm và có thể gây nhiễm trùng lan rộng.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Thời gian ủ bệnh không rõ ràng: 1 tuần đến 2-3 tháng.

3.1. Giai đoạn tiên phát

- Thương tổn tiên phát có thể có các hình thái: sẩn, loét nông hoặc chọt, thương tổn dạng herpes hoặc viêm niệu đạo không đặc hiệu. Thương tổn không có triệu chứng hoặc kín đáo, vì vậy bệnh nhân không nhận biết bị bệnh, sau đó khỏi nhanh không để lại sẹo. Nam hay bị ở rãnh quy đầu, dây hãm, dương vật hoặc hạ nang. Nữ hay bị ở môi lớn, môi nhỏ, chạc âm hộ, tiền đình âm đạo. Nếu thương tổn loét hay chọt ở trong niệu đạo thì gây triệu chứng viêm niệu đạo không đặc hiệu, tiết mủ nhày. Ở những người đồng tính quan hệ tình dục đường hậu môn, viêm ruột kết hoặc viêm trực tràng ruột kết là biểu hiện thường gặp trong giai đoạn này.

- Nam có thể bị viêm bạch mạch thành dải giống như dây thừng ở thân dương vật và lan rộng hơn gây viêm mạch bạch huyết tạo thành hột xoài. Hột xoài có thể vỡ tạo nên các đường ngầm và lỗ rò niệu đạo gây xơ hoá, sẹo biến dạng dương vật. Viêm bạch mạch thường gặp, kèm theo phù nề tại chỗ và vùng

lân cận, nam gây giả phimosis, nữ bị phù nề sinh dục. Nếu thương tổn ở miệng, họng thì gây viêm bạch mạch hàm dưới hoặc hạch bạch huyết cổ.

3.2. Giai đoạn thứ phát (Hội chứng bẹn: inguinal syndrome)

- Nam giới biểu hiện sưng phù nề hạch bẹn thường gặp nhất của giai đoạn này và là lý do đưa họ đi khám bệnh. Thời gian xuất hiện triệu chứng này từ 10 - 30 ngày nhưng cũng có khi tới 4 - 6 tháng sau khi nhiễm trùng.

- Sưng hạch bẹn một bên gặp ở 2/3 trường hợp. Khởi đầu là đám cứng, đau nhẹ rồi to dần lên trong 1-2 tuần lễ. Triệu chứng toàn thân sốt cao trong giai đoạn này có thể do *Chlamydia* lan toả khắp cơ thể mặc dù không có triệu chứng sưng hạch hay viêm tại chỗ. Các triệu chứng khác do vi khuẩn lan toả trong cơ thể: viêm gan, viêm phổi và có thể viêm khớp. Cũng thường gặp tăng bạch cầu, rối loạn chức năng gan, tốc độ lắng máu tăng.

- Sau 1 - 2 tuần, hạch sưng to nhanh, đau vùng bẹn, da trên bề mặt đỏ, hạch dính với tổ chức trở nên mềm lùnh nhùng, khi da chuyển màu xám thì hạch sập vỡ và có hình ảnh “quả bóng xanh”. Thường kèm theo sốt, mất ngủ, mệt mỏi và đau. Khi hạch vỡ, hình thành nhiều lỗ dò như gương sen, các đường hầm thông với nhau, mủ đặc sánh màu vàng xanh. Quá trình lành sẹo muộn, sẹo co rúm ở vùng bẹn và là biểu hiện cuối cùng của bệnh ở đa số bệnh nhân nam giới mà không để lại di chứng. Khoảng 20% bị tái phát sưng hạch ở những người không điều trị.

- Có khoảng 1/3 số trường hợp hạch mềm lùnh nhùng và vỡ mủ, các trường hợp còn lại tiến triển chậm và hình thành một đám cứng ở vùng bẹn mà không vỡ mủ. Khoảng 20% trường hợp hạch vùng đùi cũng sưng to và được ngăn cách với hạch bẹn bởi dây chằng Poupart tạo nên dấu hiệu rãnh bẹn được coi là dấu hiệu đặc trưng của bệnh hội chứng xoài. Ở phụ nữ, khoảng 20 - 30% có hội chứng bẹn. Hạch hố chậu và hạch thắt lưng viêm có thể gây nên đau bụng, đau lưng, nhất là khi nằm ngửa làm chẩn đoán nhầm với viêm ruột thừa hay áp xe vòi trứng - buồng trứng. Hậu quả để lại có thể gây dính các tổ chức, cơ quan trong hố chậu.

3.3. Hội chứng hậu môn - trực tràng - sinh dục

- Hội chứng có biểu hiện viêm trực tràng ruột kết bán cấp, quá sản tổ chức bạch huyết quanh trực tràng và ruột. Biểu hiện muộn hoặc mạn tính là áp xe quanh trực tràng, gây các lỗ dò trực tràng - âm đạo và trực tràng ụ ngồi, dò hậu môn và gây chít hẹp trực tràng (Hội chứng Jersild).

- Quá sản phì đại tổ chức bạch huyết còn gây trĩ bạch huyết và sùi giống hạt com quanh hậu môn. Bệnh hay gặp ở nữ, ban đầu viêm bạch mạch, tiến triển mạn tính gây phù, xơ hóa tổ chức tạo nên đám thương tổn cứng, phì đại, đau gây biến dạng vùng sinh dục- hậu môn.

4. XÉT NGHIỆM:

- Phản ứng cố định bổ thể nhạy cảm và dương tính sớm hơn thử nghiệm kháng nguyên Frei. Tuy nhiên, có thể dương tính chéo với các nhiễm trùng *Chlamydia* khác. Kháng thể có thể tồn tại trong nhiều năm. Trong thời gian nhiễm khuẩn LGV- *Chlamydia* hoạt tính hiện giá $\geq 1/64$.

- Test Frei tiêm trong da mặt trước cẳng tay, đọc sau 48h. Phản ứng này dương tính khá muộn, 2-8 tuần sau khi nhiễm trùng và có thể tồn tại rất lâu mặc dù đã điều trị khỏi bệnh.

- Phản ứng miễn dịch huỳnh quang trực tiếp (microimmunofluorescent) nhạy cảm hơn phản ứng cố định bổ thể nhưng chỉ có ở một số phòng xét nghiệm hiện đại.

- Nuôi cấy phân lập *Chlamydia* ở não chuột, phôi trứng gà hoặc tổ chức tế bào. Thường lấy bệnh phẩm mủ nhưng tỷ lệ dương tính $< 30\%$.

- PCR hoặc các kỹ thuật khuếch đại nuclid acid khác (Nucleic acid amplification test- NAAT) có độ nhạy và đặc hiệu cao hơn nuôi cấy phát hiện LGV- *Chlamydia*.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Tiền sử bệnh
- Lâm sàng
- Xét nghiệm

5.2. Chẩn đoán phân biệt

- Giai đoạn tiên phát: Herpes sinh dục, hạ cam, giang mai.
- Giai đoạn thứ phát: Thoát vị bẹn nghẹt, bệnh dịch hạch, bệnh Tularemia, lao, herpes sinh dục, giang mai, hạ cam, bệnh Hodgkin.
- Hội chứng hậu môn - trực tràng - sinh dục: Trực tràng chít hẹp do ung thư, sang chấn, lao, nấm actinomycosis, giun chỉ.

6. ĐIỀU TRỊ:

- Có nhiều loại thuốc được sử dụng điều trị bệnh hội xoài cụ thể như sau:
 - + Azithromycin 1g/ngày trong 21 ngày, hoặc
 - + Doxycyclin 100mg uống 2 viên/ngày trong 21 ngày hoặc
 - + Erythromycin 500mg uống 4 lần/ngày trong 21 ngày hoặc
 - + Tetracyclin 500mg uống 4 lần/ngày trong 21 ngày.
- Kháng sinh có tác dụng rút ngắn thời gian tiến triển của hạch bẹn và giảm bớt được biến chứng. Các hạch mềm đã làm mủ cần chọc hút để tránh bị vỡ.

- Chú ý: không dùng tetracyclin và doxycyclin cho phụ nữ có thai và con bú, trẻ dưới 7 tuổi.

- Các di chứng chít hẹp trực tràng, các lỗ dò và phù voi có thể cần phải can thiệp ngoại khoa.

- Bệnh tình cần được khám và điều trị đầy đủ.

BỆNH U HẠT BỆN HOA LIỄU

(Lymphogranuloma inguinale)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Bệnh u hạt bẹn là một bệnh lây truyền qua đường tình dục mạn tính hay còn gọi là bệnh Donovanosis do trực khuẩn Gram (-) *Calymmatobacterium granulomatis* gây nên.

Trước khi có kháng sinh, bệnh Donovan có tỷ lệ mắc khá cao ở nhiều nước trên thế giới. Các nước có tỷ lệ mắc cao thành bệnh dịch ở Nam Trung Quốc, Đông và Tây Ấn Độ, Bắc Úc. Hiện nay, bệnh đã giảm nhiều, chỉ còn gặp ở các nước đang phát triển. Cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác, bệnh gặp chủ yếu ở lứa tuổi 20-40, nam nhiều hơn nữ. Thời gian ủ bệnh không rõ ràng, dao động từ 1-360 ngày, trung bình khoảng 17 ngày. Bệnh có thể lây truyền qua phân, vi trùng xâm nhập vào da niêm mạc bị xây xước. Trẻ sơ sinh có thể bị lây nhiễm bệnh khi đẻ qua đường sinh dục người mẹ bị bệnh, do vậy cần tắm rửa sạch trẻ khi sinh.

2. CĂN NGUYÊN:

Tác nhân gây bệnh lần đầu tiên được Donovan mô tả vào năm 1905. *C. granulomatis* là vi khuẩn Gram (-) nằm trong và ngoài thể Donovan, chúng có nhiều hình thái, cầu trùng, cầu trực trùng và trực trùng. Nghiên cứu DNA, một số tác giả xếp loại vi khuẩn vào nhóm *Klebsiella* nhưng nhiều tác giả khác vẫn cho rằng nó thuộc nhóm *Calymmatobacterium*.

Vi khuẩn xâm nhập vào da niêm mạc, thường ở vùng sinh dục qua các sang chấn. Biểu hiện ban đầu là cục cứng nhỏ. Thường xảy ra ở những người vệ sinh vùng sinh dục kém.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Biểu hiện lâm sàng ban đầu thường là cục hoặc sẩn, sau đó sẽ loét. U hạt loét là thể thường gặp nhất, thương tổn có thể đơn độc hoặc nhiều, màu thịt, không mềm, vết loét rần màu đỏ và dễ chảy máu khi chạm vào. Thể quá sẩn hoặc sùi có thương tổn loét hoặc quá sẩn nổi cao trên mặt da, bờ không đều, thương tổn hoại tử sâu, loét mùi hôi thối do tổ chức bị hủy hoại và gây xơ cứng hoặc sẹo gây hình ảnh bệnh lý đặc trưng là xơ hóa hoặc sẹo lan rộng. Thương tổn vùng sinh dục gặp 90% trường hợp và thương tổn bẹn gặp 100% trường hợp. Vị trí tổn thương thường gặp ở nam giới là bao, rãnh quy đầu, dây hãm dương vật, thân dương vật. Ở nữ gặp thương tổn ở môi nhỏ, chạc âm hộ. Thương tổn ở cổ tử cung có thể nhầm với ung thư cổ tử cung. Thương tổn ngoài sinh dục có thể gặp khoảng 6% trường hợp và dễ bị bỏ qua ở những nơi không phải là bệnh dịch u hạt bẹn. Các vị trí có thể gặp là môi, lợi, má, vòm họng, thực quản, mũi, họng, cổ, ngực. Tuy nhiên, thương tổn ngoài sinh dục thường kết hợp với thương tổn tiên phát ở sinh dục. Ít gặp viêm hạch bạch huyết và bệnh lan rộng. Có thể gặp thương tổn lan rộng thứ phát ở gan, xương và gặp trên phụ nữ có

thai, bệnh tiến triển nặng hơn khi có thai. Viêm đa khớp và viêm tủy xương hiếm gặp. Trẻ sơ sinh có thể bị nhiễm trùng tai.

3.2. Biến chứng

Biến chứng thường gặp nhất là giả phù voi, gặp nhiều ở nữ. Bệnh có thể gây chít hẹp niệu đạo, âm đạo, hậu môn do xơ cứng và có thể phải can thiệp ngoại khoa. Bệnh có thể đồng nhiễm với các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác như giang mai...

4. XÉT NGHIỆM:

- Thường lấy bệnh phẩm ở rìa thương tổn, nhuộm Giemsa hoặc Leishman. Trong đó nhuộm Giemsa chậm để bệnh phẩm 24h cho kết quả 100%.

- Bằng phương pháp phiến phết Papanicolaou có thể xác định được thể Donovan.

- Các xét nghiệm huyết thanh có thể làm là cố định bổ thể, miễn dịch huỳnh quang gián tiếp.

- PCR đã được thực hiện với primers đặc hiệu. GUMP (Genital ulcer disease multiplex PCR) test được thực hiện để chẩn đoán các loét hoa liễu.

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1. Chẩn đoán xác định

- Tiền sử quan hệ tình dục với người bị bệnh.

- Lâm sàng.

- Xét nghiệm: Tìm thể Donovan.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

Phân biệt với các bệnh lây truyền qua đường tình dục có loét khác như loét giang mai, sẩn phì đại giang mai, loét hạ cam và loét herpes. Các loét do amip hoặc carcinoma gây phá hủy hoặc hoại tử tổ chức cũng cần được phân biệt.

6. ĐIỀU TRỊ:

Azitromycin là thuốc được lựa chọn hiện nay, có hai cách dùng: 500mg/ngày trong 1 tuần hoặc azitromycin 1g/tuần trong 4-6 tuần. WHO khuyến cáo liều dùng 1g, sau đó 500mg hàng ngày cho đến khi khỏi. CDC đưa phác đồ 1g/tuần trong ít nhất 3 tuần cho đến khi khỏi bệnh. Trẻ em liều dùng 20mg/kg cân nặng trong 1 tuần. Trẻ sơ sinh mà mẹ bị bệnh không điều trị dùng liều dự phòng 20mg/kg cân nặng trong 3 ngày.

Các kháng sinh khác dùng theo vùng địa lý như chloramphenicol ở Papua New Guine, cotrimoxazol ở Ấn Độ và Nam Phi. Các kháng sinh quinolon thế hệ mới (ciprofloxacin, norfloxacin) và ceftriaxon rất có hiệu quả điều trị bệnh. Gentamicin 1mg/kg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch. Erytromycin dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú.

VIÊM ÂM ĐẠO DO VI KHUẨN

(Bacterial Vaginosis)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm âm đạo do vi khuẩn (BV: Bacterial Vaginosis) xảy ra khi có sự mất cân bằng hệ sinh thái âm đạo bình thường, do có sự tăng sinh quá mức của một số vi khuẩn Gram (-) như *Mobiluncus*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides species* và nhất là *Gardnerella vaginalis*. Các vi khuẩn này phát triển, tăng sinh làm giảm số lượng trực khuẩn lactobacilli có lợi trong âm đạo, gây nên viêm âm đạo không đặc hiệu. Bình thường trong âm đạo vi khuẩn yếm khí chỉ chiếm một lượng rất ít. Ở phụ nữ bị viêm âm đạo không đặc hiệu do vi khuẩn (BV), vi khuẩn yếm khí cao gấp 100 đến 1000 lần ở phụ nữ bình thường. BV gặp khoảng 20% phụ nữ bình thường và khoảng 16 - 29% ở phụ nữ có thai. Ở Mỹ, tại các phòng khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm âm đạo do vi khuẩn chiếm tỷ lệ khá cao, dao động từ 33 - 64% , ở các phòng khám phụ khoa thông thường là 15% - 23%, ở phụ nữ có thai, tỷ lệ này dao động từ 19 % - 26%.

2. CÁCH LÂY TRUYỀN:

2.1. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi

Viêm âm đạo do vi khuẩn không phải là nhiễm trùng theo nghĩa thông thường mà là sự mất cân đối của hệ vi khuẩn trong âm đạo. Nguyên nhân chính xác gây ra tình trạng viêm âm đạo do vi khuẩn còn chưa biết rõ. Tuy nhiên, BV thường xảy ra ở những phụ nữ có thói quen vệ sinh thật rửa âm đạo, dùng băng vệ sinh đặt trong âm đạo, sử dụng màng ngăn âm đạo, thuốc diệt tinh trùng, thiếu estrogen. Những người nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục thì nguy cơ mắc BV rất cao. Thai nghén và pH âm đạo > 4,5 thuận lợi cho viêm âm đạo do vi khuẩn.

2.2. Cách lây truyền

BV không thực sự là bệnh lây truyền qua đường tình dục, tuy nhiên viêm âm đạo do vi khuẩn cũng liên quan đến việc có nhiều bạn tình, có một bạn tình mới, quan hệ tình dục với người mắc bệnh thì tỷ lệ mắc bệnh cao hoặc tiền sử có mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Viêm âm đạo do vi khuẩn yếm khí, phần lớn là *Gardnerella vaginalis*. Các vi khuẩn này sản xuất ra các enzym phân hủy protein thành các acid amin. Trong môi trường kiềm các acid amin này sẽ biến đổi thành dạng hơi và tạo ra mùi cá ươn.

- Ra nhiều khí hư có mùi hôi rất khó chịu, đặc biệt sau khi giao hợp hoặc dùng xà phòng kiềm tính.

- Có thể ngứa và khó chịu ở âm hộ. Khoảng 50% viêm âm đạo do vi khuẩn không có triệu chứng.

- Khám bằng mỏ vịt thấy âm đạo có nhiều khí hư lỏng, màu trắng xám, niêm mạc âm đạo thường không viêm đỏ.

- Viêm âm đạo do vi khuẩn trong thai kỳ dễ gây ối vỡ non, ối vỡ sớm, hay gây nhiễm ối, viêm nội mạc tử cung sau đẻ, sau mổ lấy thai.

4. CHẨN ĐOÁN:

Viêm âm đạo không đặc hiệu do nhiều loại vi khuẩn yếm khí trong đó *G.vaginalis* chiếm hơn 80% nên lấy tiêu chuẩn chẩn đoán *G.vaginalis* làm tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh.

- Tiêu chuẩn Amsel (tiêu chuẩn vàng). Có ít nhất 3 trong 4 yếu tố sau:

+ Khí hư màu xám

+ pH dịch âm đạo > 4,5

+ Test sniff (test amin) dương tính: mùi cá uơn khi nhỏ vài giọt KOH 10% vào khí hư. Đánh giá trong 5 giây đầu tiên.

+ Nhuộm gram khí hư tìm khóm tế bào (Clue cells- còn gọi là tế bào chứng cứ hay tế bào dính), chiếm > 20% tế bào biểu mô âm đạo. Khóm tế bào là các tế bào của biểu mô âm đạo được bao quanh bởi nhiều vi khuẩn gram (-) hình hạt, là hình ảnh đặc thù chẩn đoán viêm âm đạo do vi khuẩn.

- Nhuộm gram tính điểm Nugent

Điểm	Lactobacilli	Gardnerella và vi khuẩn yếm khí khác
0	4+	0
1	3+	1+
2	2+	2+
3	1+	3+
4	0	4+

Đánh giá kết quả:

7 - 10: Viêm âm đạo do vi khuẩn

4 - 6: Hệ vi sinh trung gian

0 - 3: Bình thường

Tổng số điểm = *Lactobacilli* + *G.vaginalis* + trực khuẩn gập khúc

0: không có hình thái vi khuẩn hiện diện.

1: < 1 hình thái vi khuẩn hiện diện.

2: 1-4 hình thái vi khuẩn hiện diện.

3: 5 – 30 vi khuẩn hiện diện.

4: ≥ 30 vi khuẩn hiện diện.

Nhuộm gram là phương pháp bổ sung có giá trị cho chẩn đoán lâm sàng.

5. ĐIỀU TRỊ:

- Secnidazol (secnol) liều duy nhất, gói 2g uống 1 lần
- Metronidazol (Flagyl): uống 1g/ngày trong 7 ngày
- Metronidazol 250mg đặt âm đạo 1viên /ngày trong 10 ngày
- Có thể dùng thêm Clidamycine, Augmentin, ampixiline uống

Chú ý kiêng rượu bia trong thời gian sử dụng Metronidazol cho đến 24h sau khi ngừng thuốc.

- Tạo môi trường acid không thuận lợi cho vi khuẩn yếm khí phát triển: viên đặt âm đạo gồm acid lactic + glycogen hoặc viên ascorbic.

- Phục hồi chủng vi khuẩn có lợi trong âm đạo: viêm âm đạo do vi khuẩn gây rối loạn hệ sinh thái âm đạo do giảm hoặc biến mất của lactobacillus, duy trì lớp màng sinh học ở bề mặt biểu mô âm đạo với hàng triệu vi khuẩn đề kháng với trị liệu. Do đó tái nhiễm thường xuyên. Bởi vậy cần sử dụng probiotic (chủng vi khuẩn có lợi lactobacillus) trong điều trị BV nhằm lập lại sự cân bằng hệ sinh thái âm đạo bởi có sự phục hồi hệ vi sinh vật âm đạo bình thường sau điều trị viêm nhiễm, ngăn ngừa viêm âm đạo tái phát, phòng viêm âm đạo khi điều trị kháng sinh toàn thân, điều trị phối hợp với kháng sinh trị liệu để cải thiện tỷ lệ khỏi bệnh. Thị trường hiện có Gynoflor, đặt âm đạo 1 viên/ngày trong 6 ngày.

- Phụ nữ có thai 3 tháng đầu không sử dụng Metronidazol, dùng clindamycine có hiệu quả.

6. PHÒNG BỆNH:

- Không thụt rửa âm đạo
- Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục không lành mạnh (nhiều bạn tình, có bệnh lây truyền qua đường tình dục).
- Vệ sinh sạch dụng cụ tránh thai: Màng ngăn âm đạo, mũ cổ tử cung.

BỆNH SÙI MÀO GÀ

(Condyloma acuminata)

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Sùi mào gà là tình trạng tăng sinh của các tế bào biểu bì ở da và niêm mạc sinh dục, do vi rút có tên Human Papilloma Virus (HPV) gây nên.

- Tên khác:

+ Hạt com sinh dục (genital warts)

+ Hạt com vùng hậu môn sinh dục (*ano-genital warts, condyloma acuminata*)

- Bệnh lây nhiễm do quan hệ tình dục không an toàn với người mắc bệnh và được xếp vào nhóm các bệnh lây truyền qua đường tình dục do các HPV có ái tính với tế bào sừng vùng sinh dục hậu môn. Bệnh có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Một số trường hợp nhiễm HPV có khả năng gây ung thư biểu mô vảy.

- Bệnh gặp ở mọi giới và mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, thường gặp nhất ở tuổi hoạt động tình dục. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở những người suy giảm miễn dịch.

- Ở Mỹ, ước tính khoảng 1% số người ở độ tuổi hoạt động tình dục bị nhiễm HPV và có khoảng 1,3 triệu bệnh nhân mới/năm. Theo một báo cáo, 10,6% phụ nữ Bắc Âu tuổi từ 18 đến 45 mắc sùi mào gà. Ở Việt Nam việc xác định tỷ lệ bệnh trong cộng đồng rất khó khăn vì nhiều bệnh nhân tự chữa bệnh hoặc đến các phòng mạch tư nhân để điều trị mà không đăng ký.

2. CĂN NGUYÊN:

Human Papilloma Virus thuộc họ Papovavirus, có cấu trúc hình cầu gồm một vỏ protein ngoài (capsid) khoảng 55nm đường kính bao quanh phân tử ADN chuỗi kép, đối xứng hình khối với 8000 cặp nucleotid.

Papilloma virus gây ra bệnh ở lớp biểu bì của da ở người và rất nhiều loài động vật. Khi xâm nhập vào các tế bào biểu bì, vi rút có thể tồn tại lâu (2 đến 9 tháng) không có các triệu chứng lâm sàng. Cho đến nay, có khoảng trên 100 type đã được xác định và được chia thành 3 nhóm: type gây bệnh da như type 1, 2, 3, 4; type gây bệnh ở niêm mạc sinh dục như type 6, 11, 16, 18 và type gây loạn sản biểu bì dạng hạt com như type 5 và 8. Một số type vi rút có thể gây ung thư như type 16,18 được cho là nguyên nhân gây ung thư cổ tử cung.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện trên lâm sàng là các sẩn màu hồng nhạt hay màu trắng, mềm, đôi khi có cuống, xoè rộng ra giống mào con gà, hay giống súp lơ, không đau, không ngứa, không thâm nhiễm, tập trung thành đám.

- Ngoài tổn thương ở vùng bán niêm mạc, nhiều trường hợp bệnh nhân có các tổn thương ở âm đạo, cổ tử cung, niệu đạo, trực tràng, miệng, họng, hầu.

- Sản dạng Bowen cũng là một trong những hình thái thường gặp do HPV type 16 gây nên ở vùng hậu môn sinh dục. Tổn thương cơ bản là các sản nhỏ từ 2-3 mm, nổi cao trên mặt da, màu nâu.

- Sùi mào gà không lồ là tổn thương sùi mào gà có kích thước lớn đôi khi chiếm cả vùng hậu môn sinh dục, mùi hôi do bội nhiễm hoặc hoại tử tổ chức. Nguyên nhân thường do vi rút HPV type 11, 16 gây nên. Việc điều trị cần can thiệp bằng ngoại khoa cắt bỏ thương tổn. Cần lưu ý phải khám phát hiện hạch và làm xét nghiệm mô bệnh học để phát hiện và điều trị kịp thời tình trạng ung thư hoá.

- Tổn thương ở niêm mạc miệng, họng thường hay gặp ở trẻ sơ sinh, bị lây nhiễm từ người mẹ bị mắc bệnh trong quá trình chuyển dạ, hoặc ở những người có quan hệ miệng sinh dục. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm PCR xác định sự hiện diện của vi rút.

3.2. Chẩn lâm sàng: trường hợp lâm sàng không điển hình cần làm các xét nghiệm:

- Mô bệnh học: Hình ảnh mô bệnh học bao gồm tăng sừng (hyperkeratosis), tăng gai (acanthosis) và u nhú (papillomatosis).

- Xét nghiệm PCR để xác định type HPV gây bệnh. Đây là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (98-100%). Tuy nhiên, phương pháp này còn giới hạn trong phòng thí nghiệm, chưa phải cơ sở điều trị nào cũng có điều kiện để làm xét nghiệm này.

4. CHẨN ĐOÁN:

4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định thường dễ, chỉ cần dựa vào lâm sàng. Xét nghiệm PCR giúp cho việc định type vi rút.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Một số trường hợp không điển hình có thể nhầm với một số bệnh da khác như sùng da dầu, dày sùng ánh nắng, ung thư tế bào gai.

5. ĐIỀU TRỊ:

Nhiều phương pháp được áp dụng để điều trị bệnh như dùng các hóa chất hoặc thủ thuật để loại bỏ tổn thương. Tuy nhiên, cho đến nay, chưa có biện pháp điều trị nào đặc hiệu. Việc sử dụng một hay kết hợp nhiều biện pháp điều trị tùy thuộc vào từng trường hợp bệnh cụ thể.

5.1. Điều trị nội khoa

5.1.1. Các thuốc bôi tại chỗ

- Acid Trichloroacetic 33%: thuốc có tác dụng đông vón protein và gây hoại tử tế bào sừng. Nhược điểm của phương pháp này là có thể gây đau nhiều và gây loét do bôi thuốc quá nhiều.

- Podophyllotoxine 0,5% hoặc podophyllin 25% là thuốc chống phân bào được bào chế dưới dạng dung dịch keo. Chấm thuốc lên ngày hai lần, trong thời gian ba ngày sau đó ngừng bốn ngày nếu còn thương tổn lại tiếp tục điều trị với liệu trình như trên, tối đa có thể điều trị trong thời gian 5 tuần. Cần lưu ý bôi đúng thương tổn và phải rửa tay sau khi dùng thuốc vì thuốc có thể gây kích ứng ở da và niêm mạc. Cần thận trọng sử dụng thuốc đối với phụ nữ có thai vì có thể gây ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi.

- Nitrat bạc 10% có tác dụng bạt sừng. Yazar S, Basaran E nghiên cứu điều trị hạt com thông thường bằng nitrat bạc cho 35 bệnh nhân, 43 % bệnh nhân khỏi hoàn toàn, 26% bệnh nhân khỏi một phần và 31% bệnh nhân không khỏi.

- 5- aminolaevulinic acid là một chất nhạy cảm với ánh sáng. Bôi thuốc lên thương tổn sau đó chiếu tia cực tím (UV) có tác dụng diệt các tế bào chứa vi rút. Do vậy đây còn được gọi là phương pháp quang hóa trị liệu (photodynamo - therapy).

- Imiquimod: kích thích miễn dịch diệt vi rút. Kem imiquimod 5% (Aldara) bôi ngày hai lần trong thời gian 6 đến 12 tuần.

- 5-Fluorouracil cream có tác dụng ức chế sự nhân lên của các tế bào được bào chế dưới dạng kem bôi 1-2 lần/ngày trong thời gian 3 đến 4 tuần.

5.1.2. Các thuốc toàn thân

- Interferon alpha-2a (Roferon-A, Laroferon): Thuốc có tác dụng ức chế sự nhân lên của vi rút trong tế bào đồng thời kích thích hoạt động của các đại thực bào. Thuốc được sử dụng tiêm trong thương tổn, tuy nhiên dễ bị tái phát khi ngừng thuốc.

- Cimetidine: Thuộc nhóm kháng histamin H₂, ngoài tác dụng giảm bài tiết dịch dạ dày, thuốc còn có tác dụng kích thích miễn dịch, tăng khả năng đại thực bào và diệt vi rút. Uống với liều 20-40mg/kg/24 ngày, cho kết quả tốt đối với trường hợp hạt com tái phát nhiều lần hoặc có nhiều thương tổn.

- Levamisole: Thuốc có tác dụng kích thích miễn dịch, thường được dùng kết hợp với các thuốc bôi khác. Một tuần uống hai lần với liều 1mg/kg/lần, trong thời gian 3 đến 6 tháng.

- Sulfat kẽm: Liều lượng được sử dụng là 10mg/kg/ngày. Thuốc ít gây độc nên liều tối đa có thể tới 600mg/ngày và cho kết quả tốt với những trường hợp nhiều thương tổn. Một nghiên cứu cho thấy tỉ lệ khỏi hoàn toàn là 86,9% sau 2 tháng điều trị. Tuy nhiên, sử dụng thuốc liều cao, có thể gây một số tác dụng phụ như buồn nôn, đau đầu.

- Immiqimod là chất kích thích miễn dịch diệt vi rút.

5.2. Điều trị bằng thủ thuật

5.2.1. Phẫu thuật bằng Lasers

- Loại laser thường được sử dụng nhất là laser CO2 có bước sóng 10600nm. Khi chiếu chùm tia, nước ở tế bào nhanh chóng hấp thu năng lượng và chuyển sang trạng thái hơi làm phá vỡ tế bào và làm bốc bay toàn bộ tổ chức u.

- Laser màu có bước sóng 585nm cũng có thể được áp dụng để điều trị hạt cơm. Loại laser này có tác dụng phá hủy các mạch máu làm giảm nguồn nuôi dưỡng các tế bào chứa vi rút từ đó có tác dụng điều trị bệnh. Tuy nhiên, loại laser này ít được sử dụng để điều trị hạt cơm vì đắt tiền.

5.2.2. Phẫu thuật cắt bỏ thương tổn: Phương pháp này được áp dụng đối với các thương tổn kích thước lớn.

- Phẫu thuật lạnh: Sử dụng nitơ lạnh ở nhiệt độ -196°C gây bỏng lạnh làm bong thương tổn. Nhược điểm của phương pháp này là gây đau nên ít được chỉ định điều trị sùi mào gà.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

- Nếu không được điều trị các tổn thương có thể tăng dần, đặc biệt ở phụ nữ có thai hoặc những người suy giảm miễn dịch sùi mào gà phát triển nhanh.

- Trường hợp sùi mào gà không lộ có thể gây ung thư tế bào vảy và dẫn đến tử vong.

7. PHÒNG BỆNH:

Để phòng bệnh hiệu quả cần thực hiện một số biện pháp sau:

- Phát hiện và điều trị sớm
- Điều trị bạn tình
- Sống lành mạnh, thủy chung một vợ một chồng
- Quan hệ tình dục an toàn.

HERPES SINH DỤC

(Genital herpes simplex virus infection)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Nhiễm HSV sinh dục là một bệnh lây truyền qua đường tình dục, có thể biểu hiện triệu chứng bệnh hoặc không có triệu chứng. Biểu hiện lâm sàng của bệnh giống như nhiễm HSV ngoài sinh dục là nhiễm tiên phát và tái phát. Các mụn nước thành chùm hoặc các vết chọt sau khi mụn nước vỡ, thường kèm theo đau tại thương tổn. Hạch lympho vùng lân cận sưng đau. Bệnh gây ảnh hưởng nhiều đến tâm lý người bệnh vì triệu chứng xảy ra ở vùng sinh dục, diễn biến mạn tính và tái phát, hiện chưa điều trị khỏi được và lây cho bạn tình, có thể lây cho trẻ khi mẹ bị bệnh.

Dịch tễ: Bệnh thường xảy ra ở người trẻ tuổi, trong độ tuổi hoạt động tình dục mạnh. Bệnh gặp nhiều trên các nhóm có hành vi tình dục nguy cơ cao. Tỷ lệ hiện mắc tùy theo vùng địa lý, nhóm đối tượng, tỷ lệ chung ở người lớn thay đổi vào khoảng hơn 20% đến 70-80%. Tỷ lệ lây truyền cho tất cả các trường hợp là đào thải HSV khi người bệnh không có triệu chứng. Tỷ lệ lây truyền giữa cặp vợ chồng khi một người bị nhiễm là 10%/năm. HSV sinh dục có nguy cơ cao tăng lây nhiễm HIV.

2. CĂN NGUYÊN:

- Vi rút gây bệnh herpes còn gọi là vi rút gây bệnh mụn rộp. Herpes simplex virus có nhân là AND, kích thước từ 150-200nm.

- Có 2 loại HSV (Herpes Simplex Virus):

+ HSV-1: Gây bệnh ở da, niêm mạc phần trên của cơ thể như mắt, mũi, miệng. Lây truyền bằng tiếp xúc trực tiếp với vi rút qua thương tổn của chúng hoặc qua nước bọt.

+ HSV2: Gây bệnh ở da niêm mạc bộ phận sinh dục, hậu môn. Bệnh lây truyền qua đường tình dục.

+ Sự phân loại này không hoàn toàn tuyệt đối vì người ta có thể phân lập thấy HSV-1 ở những thương tổn tại bộ phận sinh dục và HSV-2 cũng được phân lập từ những thương tổn ở môi, miệng.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh khoảng 1 tuần.

- Nhiễm HSV sinh dục tiên phát: Đa số trường hợp nhiễm HSV tiên phát không có triệu chứng. Các trường hợp có triệu chứng biểu hiện ban đầu là sốt, nhức đầu, mệt mỏi, đau cơ, và có thể có biểu hiện viêm màng não vô khuẩn. Các triệu chứng trên nặng nhất khoảng 3-4 ngày sau khi xuất hiện mụn nước và mất đi sau 3-4 ngày. Triệu chứng tại chỗ tùy theo vị trí thương tổn: có thể đau, ngứa,

tiểu khó, đau lưng, tiết dịch niệu đạo và/hoặc tiết dịch âm đạo. Đám thương tổn mụn nước thành chùm, nhanh chóng thành mụn mủ rồi vỡ để lại vết chọt nông, đôi khi bội nhiễm thành vết loét. Thương tổn có thể có vẩy tiết, lành sau 2-4 tuần. Hạch vùng bẹn sưng đau, có thể sưng hạch tiểu khung gây đau tiểu khung. Một số trường hợp có bệnh cảnh lâm sàng nặng, lan rộng các thương tổn và cần phải điều trị tích cực.

- Nhiễm HSV sinh dục tái phát: Các thương tổn tái phát có thể xảy ra tại vùng thương tổn cũ. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng thường không nặng và không rõ như nhiễm HSV tiên phát. Thời gian tiến triển lành nhanh hơn, khoảng 1-2 tuần. Triệu chứng có thể là ngứa, cảm giác bỏng rát, kích thích khó chịu trước khi xuất hiện mụn nước. Triệu chứng khác có thể là tiểu khó, đau thần kinh hông, khó chịu ở trực tràng.

3.2. Xét nghiệm

Chẩn đoán tế bào theo phương pháp Tzanck: nhuộm Giemsa hoặc Wright dịch mụn nước thấy ly gai và có nhân tế bào khổng lồ. Giá trị chẩn đoán 75% trường hợp thương tổn mới.

Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp dùng kháng thể đơn dòng có thể phát hiện được HSV-1 và HSV-2.

- Sinh thiết thương tổn.
- Nuôi cấy HSV
- Xét nghiệm huyết thanh
- PCR

4. CHẨN ĐOÁN:

4.1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào đặc điểm lâm sàng là các mụn nước tập trung thành chùm, hay tái phát. Tuy nhiên, bệnh thường khó chẩn đoán vì thương tổn nhiều khi không điển hình mà bệnh nhân đến với thầy thuốc là giai đoạn loét.

Xác định bằng các xét nghiệm.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh có thể chẩn đoán phân biệt với các bệnh như: giang mai 1, hạ cam mềm, bệnh áp tỵ, Behçet, bệnh do nấm candida, hồng ban cố định nhiễm sắc...

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc điều trị

Bệnh thường tự khỏi sau 2-3 tuần. Điều trị tại chỗ chống bội nhiễm và dùng thuốc kháng vi rút đường uống làm giảm triệu chứng bệnh và hạn chế bài xuất HSV.

5.2. Điều trị cụ thể

- Tại chỗ: dùng các dung dịch sát khuẩn như milian, betadin, mỡ tyrosur và có thể bôi kem acyclovir khi mới xuất hiện mụn nước. Acyclovir bôi cứ 3h/1 lần, ngày bôi 6 lần trong 7 ngày. Thuốc bôi càng sớm càng tốt, có hiệu quả với các thương tổn nhẹ và vừa trên bệnh nhân bình thường.

- Toàn thân: các thuốc kháng vi rút như: Acyclovir, valaciclovir, famciclovir. Thuốc có hiệu quả điều trị nhiễm HSV tiên phát hơn là tái phát. Thuốc thường dùng hiện nay là acyclovir.

- Có thể dùng

+ Acyclovir 400mg, uống ngày 3 viên, chia đều 3 lần trong ngày hoặc Acyclovir 200mg, uống ngày 5 viên chia đều 5 lần trong ngày, điều trị 7-10 ngày, hoặc

+ Valacyclovir 1g uống 2 lần/ ngày trong 7-10 ngày, hoặc

+ Famciclovir 250mg, uống ngày 3 lần trong 5-10 ngày.

- Điều trị nhiễm HSV tái phát: cần điều trị khi có triệu chứng hoặc trong 2 ngày khi triệu chứng xuất hiện. Hiệu quả làm cho bệnh diễn biến ngắn hơn, giảm triệu chứng bệnh nhưng không ngăn ngừa được tái phát. Liều điều trị có thể dùng như trong điều trị bệnh tiên phát.

- Điều trị liều duy trì tránh tái phát và hạn chế bài xuất HSV: acyclovir 400mg, uống ngày 2 viên, có thể dùng liên tục trong 1 năm.

- Điều trị cho bệnh nhân suy giảm miễn dịch và HSV kháng lại acyclovir theo phác đồ riêng.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

- Sau khi thời kỳ nhiễm tiên phát, vi rút tồn lưu trong hạch thần kinh. Khi có điều kiện thuận lợi như stress tâm lý, sang chấn..v.v., vi rút tái hoạt động và gây bệnh tái phát.

- Tổn thương ở da có thể có các biến chứng như bội nhiễm, loét.

- Ở phụ nữ mắc bệnh ở ba tháng cuối của thai kỳ có thể lây truyền cho trẻ và gây bệnh cho trẻ sơ sinh với biểu hiện nặng của bệnh như tổn thương mụn nước lan tỏa, sốt cao, viêm não, màng não và có thể dẫn đến tử vong.

7. PHÒNG BỆNH:

Bệnh herpes là bệnh nhiễm vi rút, đặc điểm của bệnh là tái phát, đa số bệnh nhân bị tái phát. Nhiễm HSV ngoài sinh dục và do HSV-1 thường ít tái phát hơn nhiễm HSV-2. Nhiễm HSV-2 ở sinh dục có khả năng tái phát cao hơn. Do HSV lây nhiễm trực tiếp qua tiếp xúc với da-niêm mạc người bệnh nên cần tránh tiếp xúc. Đối với nhiễm HSV sinh dục là một bệnh lây truyền qua đường tình dục cho nên phải thực hiện các biện pháp phòng tránh như với các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác. Bao cao su có hiệu quả phòng tránh lây truyền

bệnh nhưng không phải đạt được hiệu quả 100%. Hơn nữa, do nhiễm HSV có nguy cơ rất cao lây truyền HIV nên đặc biệt quan tâm đến bệnh này trong chương trình phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục và cả HIV/AIDS.

U MỀM LÂY

(Molluscum contagiosum)

1. ĐẠI CƯƠNG:

- U mềm lây được Bateman mô tả lần đầu tiên năm 1817 và năm 1905 Juliusburg phát hiện ra căn nguyên gây bệnh là vi rút có tên khoa học là Molluscum contagiosum virus (MCV).

- Ở Mỹ, ước tính khoảng 1% dân số mắc ít nhất một lần u mềm lây trong đời. Bệnh có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng thường gặp nhất ở trẻ em. Phương thức lây truyền là tiếp xúc trực tiếp hay gián tiếp qua các dụng cụ, tắm cùng bể tắm, dùng khăn, dụng cụ thể thao chung hoặc ngồi cùng ghế.

2. CĂN NGUYÊN:

- MCV thuộc nhóm poxvirus có kích thước lớn (200×300×100nm). Có 4 type vi rút là MCV 1, 2, 3 và 4. Hai type thường gặp là MCV 1 và MCV 2. Tuy nhiên, type 1 là nguyên nhân chủ yếu còn type 2 thường gây u mềm lây ở người lớn và được xếp vào nhóm các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Lâm sàng rất khó phân biệt các type gây bệnh mà chủ yếu dựa vào xét nghiệm PCR mới có thể định type được vi rút.

- Có nhiều yếu tố thuận lợi cho vi rút phát triển, đặc biệt là tình trạng da khô, viêm da cơ địa và điều trị bôi các loại kem corticoid.

3. TRIỆU CHỨNG :

3.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: Từ 2 tuần đến 6 tháng.

- Tổn thương cơ bản:

+ Sẩn chắc, lõm ở giữa màu hồng nhạt, trắng đục hoặc màu vàng, đôi khi màu da bình thường, đường kính từ 2-6mm.

+ Đứng riêng rẽ hoặc thành từng đám

+ Số lượng tổn thương thay đổi từ 1-20 cho tới hàng trăm.

+ Các sẩn có thể sắp xếp thành dải theo vết (dấu hiệu Kobner).

+ Vị trí : Ở trẻ em, tổn thương chủ yếu ở vùng da hở như mặt, cổ, nếp gấp. Ở người lớn, thường ở vùng bụng dưới, phía trong đùi, xương mu và sinh dục. Một vài vị trí hiếm gặp như ở miệng, lưỡi, lòng bàn tay, bàn chân.

+ Da xung quanh tổn thương có thể đỏ, ngứa do phản ứng đáp ứng miễn dịch của cơ thể đối với tác nhân gây bệnh.

+ Ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch như nhiễm HIV, mắc các bệnh mạn tính bẩm sinh, hoặc điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch, tổn

thương u mềm lây thường có kích thước lớn hơn 5mm, lan tỏa toàn thân với số lượng nhiều (>30) và tồn tại dai dẳng.

3.2. Xét nghiệm: Các xét nghiệm ít được chỉ định.

3.2.1. Mô bệnh học

- Thương bì quá sần mạnh gấp 6 lần bình thường, gồm nhiều tiểu thể mềm bất màu ưa acid, đứng sát cạnh nhau, nén chặt lại thành từng thùy hình quả lê, trung tâm có miệng dạng núi lửa, các thùy này xâm lấn xuống trung bì nông.

- Trung bì: xâm nhập ít bạch cầu đơn nhân xung quanh các huyết quản ở trung bì nông.

3.2.2. Các xét nghiệm khác

Xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng vi rút u mềm lây trong huyết thanh.

Xét nghiệm tế bào bằng kỹ thuật nhuộm giemsa hay gram phát hiện các tế bào sừng có kích thước lớn trong chứa nhiều thể vùi.

Xét nghiệm phát hiện kháng nguyên MCV bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang.

4. CHẨN ĐOÁN :

4.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào lâm sàng và xét nghiệm mô bệnh học.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán u mềm lây thường dễ dàng. Trường hợp không điển hình cần chẩn đoán phân biệt với:

- Milia: Do sự tắc nghẽn của các tuyến mồ hôi, tổn thương cơ bản là các sẩn kích thước từ 1-2 mm, nổi cao trên mặt da, trong chứa nhân màu trắng, không ngứa, không đau, vị trí thường ở mặt, ngực và thân mình.

- Hạt cơm phẳng: Tổn thương cơ bản là sẩn hơi nổi cao trên mặt da, bề mặt hơi sần sùi, kích thước nhỏ từ 1 đến 5 mm, hình tròn hay hình đa giác màu da hay thâm màu, ranh giới rõ đứng riêng rẽ hay thành đám, đôi khi thành dải (dấu hiệu Koebner).

- U ống tuyến mồ hôi

+ Tổn thương là các sẩn nhỏ, kích thước 1-5mm, màu như màu da hay màu vàng nhạt, nâu nhạt, trắng. Sẩn tương đối cứng chắc và trơn nhẵn và thường có tính phân bố đối xứng.

+ Vị trí: Tổn thương thường xuất hiện ở vùng quanh mắt, nhất là mi dưới, gò má, trán, mặt, cổ, nách, ngực, bụng, đùi, sinh dục, cẳng chân. Đôi khi tổn thương còn có ở vùng đầu và gây ra tình trạng rụng tóc không sẹo.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc điều trị

- Loại bỏ tổn thương
- Tránh tái phát
- Điều trị các bệnh kèm theo: viêm da cơ địa, khô da.

5.2. Điều trị cụ thể

Loại bỏ tổn thương

5.2.1. Nạo bỏ tổn thương bằng thìa currete

Sau khi bôi kem tê (EMLA 5%), dùng currete vô khuẩn nạo bỏ nhân tổn thương.

5.2.2. Laser

Laser màu (Pulsed dye laser) có bước sóng 585nm.

5.2.3 Điều trị bằng các thuốc bôi

- Dung dịch KOH 10%
- Imiquimod 5%
- Mỡ salicylic 3-5%

5.2.4. Một số phương pháp điều trị khác

Bôi Cantharidin, A-xít Trichoroacetic, Podophyllotoxin, uống cimetidine, tiêm interferon trong tổn thương.

5.2.5. Điều trị kết hợp

- Tránh chà xát, tránh gãi
- Kem giữ ẩm da
- Sát khuẩn
- Hạn chế sử dụng thuốc bôi có chứa corticoid tạo điều kiện cho virus lây truyền.

6. PHÒNG BỆNH:

- Vệ sinh các nhân.
- Tránh tiếp xúc với nguồn lây bệnh, nhất là ở những nơi có nhiều vi rút như bể bơi, nhà tắm công cộng.
- Cần theo dõi và điều trị sớm ở những bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh cao như những trẻ em mắc viêm da cơ địa, khô da.

NHIỄM CYTOMEGALOVIRUS

1. ĐẠI CƯƠNG:

- Cytomegalovirus (CMV) là vi rút thường gặp và lây lan qua tiếp xúc với các dịch, qua quan hệ tình dục. Nhiều người có thể bị nhiễm bệnh nhưng không có biểu hiện lâm sàng. Phụ nữ đang mang thai nhiễm CMV có thể truyền cho các trẻ sơ sinh hoặc trong quá trình thai nghén hoặc sau khi sinh có thể gây nên những biến chứng nặng nề cho trẻ như tật sọ nhỏ, điếc, giảm thị lực hoặc chậm phát triển trí tuệ. Ở Hoa Kỳ, khoảng 1% sơ sinh bị nhiễm CMV.

2. CĂN NGUYÊN:

CMV gồm nhiều loại vi rút thuộc nhóm β herpes virus thường ẩn trong nguyên bào sợi để phân chia và tăng trưởng. CMV có mặt trên toàn cầu, được phân lập từ bệnh nhân mắc bệnh “tế bào to có chứa túi to trong nhân, và túi nhỏ hơn trong tế bào chất”. CMV gây nhiều bệnh cho mọi lứa tuổi từ các khuyết tật bẩm sinh nặng nề cho đến các rối loạn bệnh lý của hội chứng “tế bào to đơn nhân”, nhiễm toàn thân ở người suy giảm miễn dịch.

Điều kiện lây lan: Cuộc sống cộng đồng, vệ sinh cá nhân kém. CMV có trong nước tiểu, phân người, nước bọt và sữa mẹ. Khi trong gia đình có một bé bị lây nhiễm thì trong vòng 6 tháng 50% thành viên gia đình có CMV +.

CMV lây truyền qua tiếp xúc lâu dài, CMV có thể lây truyền qua đường tình dục (CMV có trong tinh dịch và chất nhầy cổ tử cung), truyền máu.

Khi bị nhiễm CMV, người bệnh mang CMV suốt đời mặc dù không có triệu chứng. Đợt tái phát sẽ xảy ra khi suy giảm miễn dịch như nhiễm HIV/AIDS, dùng thuốc ức chế miễn dịch lâu dài.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Nhiễm CMV ở người lớn và trẻ em

- Nhiễm CMV ở mọi lứa tuổi, nhưng gặp nhiều ở thanh niên có hoạt động tình dục nhiều.

- Thời gian ủ bệnh: 20-60 ngày.

- Triệu chứng lâm sàng: Sốt cao kéo dài, mệt mỏi nhiều, khó chịu, nặng hơn thì đau cơ nhức đầu, lách to. Đôi khi nổi mẩn giống nhiễm Rubella, viêm họng xuất tiết, viêm hạch bạch huyết ở cổ. Bệnh tiến triển nặng gây viêm phổi kẽ, viêm màng tim, viêm khớp, viêm não.

3.2. Nhiễm CMV bẩm sinh và chu sinh

- Thai nhi nhiễm CMV có thể không có triệu chứng hoặc có thể bị thể nặng lan rộng toàn thân. Chỉ những thai nhi có mẹ bị nhiễm CMV lần đầu khi mang thai mới có triệu chứng lâm sàng: Đốm xuất huyết, gan to, lách to, vàng da (60-80%), sọ nhỏ, não teo, vôi hóa nhu mô não, thai chậm phát triển trong tử cung (30-50%). Thoát vị bẹn và viêm võng mạc.

- Trẻ sơ sinh cũng có thể bị nhiễm CMV khi đẻ, bú mẹ, hay do tiếp xúc với các dịch tiết khác của mẹ. Có tới 40-60% trẻ bú mẹ hơn 1 tháng sẽ bị lây nhiễm nếu mẹ có huyết thanh dương tính với CMV. Trẻ non tháng bị viêm phổi kẽ kéo dài, tác nhân gây bệnh có thể do *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumocystis* hay *Ureaplasma urealyticum*.

- Cân nặng thấp, viêm hạch, nổi mẩn, viêm gan, thiếu máu.

4. XÉT NGHIỆM:

- Bệnh nhân có thể bị thiếu máu, lympho tăng cao, giảm tiểu cầu, men gan tăng, bilirubin máu cao, protein dịch não tủy cao.

- Phân lập siêu vi CMV trong nước bọt, nước tiểu, dịch tiết âm đạo, tinh dịch.

- Kháng thể kháng CMV trong máu dương tính sớm nhất 4 tuần sau nhiễm bệnh, CMV-IgM dương tính bệnh nhân mới nhiễm hoặc mới tái phát. IgG cần xét nghiệm 2 lần, nếu tăng gấp 4 lần thì bệnh vừa tái hoạt động. Xác định CMV-DNA bằng PCR cho kết quả nhanh, giúp tiên lượng bệnh, giúp chẩn đoán viêm não hay viêm tủy khi xét nghiệm trong dịch não tủy. Nếu số lượng CMV cao, có thể phát hiện được các tế bào đặc hiệu của bệnh trong vài ngày (tế bào biểu mô phình to, chứa vi rút trong một túi không bào).

5. CHẨN ĐOÁN:

5.1 Chẩn đoán xác định: Dựa vào các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm.

5.2. Chẩn đoán phân biệt:

Nhiễm rubella, giang mai, toxoplasmosis, herpes simplex virus, enterovirus, nhiễm khuẩn huyết.

6. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG:

- Hầu hết bệnh nhân hồi phục không di chứng, tuy bị mệt mỏi kéo dài. Rất hiếm khi nhiễm CMV đưa đến tử vong, khi bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch.

- Tiên lượng rất xấu đối với các trẻ nhiễm CMV bẩm sinh thể nặng, tử vong 20-30%, nếu có sống sót cũng sẽ nhiều di chứng chậm phát triển trí tuệ, điếc bẩm sinh.

7. ĐIỀU TRỊ VÀ PHÒNG BỆNH:

- Chủ yếu là dự phòng, sàng lọc kỹ máu, tủy xương, tạng ghép trước khi cấy ghép.

- Chưa có vắc xin dự phòng CMV. Có thể dùng CMV- globulin miễn dịch để hạn chế bớt các bội nhiễm cho người ghép tạng, hoặc dự phòng cho các bé có mẹ nhiễm tiên phát CMV trong lúc mang thai .

- Acyclovir hay valacyclovir có thể hạn chế bớt lây nhiễm CMV trong lúc mang thai. Ganciclovir có thể hiệu quả làm nhẹ bớt triệu chứng ở người suy giảm miễn dịch nhưng dễ bị kháng thuốc.

- Foscarnet chế men CMV- DNA polymerase, thuốc nhiều tác dụng phụ, khó sử dụng.

VIÊM GAN B

1. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm gan B do vi rút viêm gan B gây nên. Bệnh gặp chủ yếu ở các nước đang phát triển. Theo thống kê, khoảng 5-10% các bệnh viêm gan mạn tính là do vi rút viêm gan B và 10-15% ung thư gan do viêm gan B. Ước tính 1/3 dân số thế giới nhiễm vi rút viêm gan B và khoảng 350 triệu người mang vi rút trong cơ thể.

2. CĂN NGUYÊN:

- Vi rút viêm gan B: Hepatitis B virus (HBV) có kích thước 42mµ gồm phần vỏ và lõi DNA. Vi rút vào cơ thể qua đường máu (truyền máu, tiêm chích...) hoặc đường sinh dục, thâm nhập vào các tế bào gan, nhân lên gây hủy hoại các tế bào gan.

- Vi rút viêm gan B có thể phân lập được từ máu, nước bọt, dịch âm đạo, tinh dịch ở những người mang vi rút. Do vậy sự nhiễm vi rút viêm gan B chủ yếu qua đường máu. Ngoài ra, vi rút viêm gan B có thể lây truyền qua đường tình dục.

3. CHẨN ĐOÁN VIÊM GAN B CẤP:

3.1. Viêm gan B cấp

3.1.1. Lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh từ 1- 6 tháng
- Chán ăn, mệt mỏi, vàng mắt, vàng da, tiểu ít sẫm màu, đau tức vùng gan.
- Sốt
- Khám gan to, mềm, bờ tù, ấn tức
- Trường hợp nặng có thể có biểu hiện suy gan nặng: xuất huyết, hơi thở mùi
- Gan, diện đục gan teo nhỏ, rối loạn tinh thần.

3.1.2. Xét nghiệm

- AST, ALT tăng trên 5 lần so với giá trị bình thường
- Marker viêm gan: Viêm gan B: HBsAg(+), HBeAg(+), anti-HBc IgM(+)

3.1.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào:

- Lâm sàng.
- Xét nghiệm: Xác định các tế bào gan bị phá hủy và các markers viêm gan B dương tính.

3.1.4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm gan do các vi rút khác như A, C, D, E

- Viêm gan do nhiễm độc
- Viêm gan do vi khuẩn

3.2. Viêm gan B mạn

3.2.1. Lâm sàng

- Phần lớn viêm mạn tính không có triệu chứng. Một số ít có các triệu chứng viêm cấp như mệt mỏi, chán ăn, đau bụng, và suy gan.

- Biểu hiện lâm sàng: Gan to. Khi bị biến chứng xơ gan có thể bị ứ nước trong bụng, vàng da, tuần hoàn bàng hệ, xuất huyết tiêu hóa (do tăng áp làm giãn tĩnh mạch cửa gan), nam giới vú lớn như vú nữ, tinh hoàn teo nhỏ.

3.2.2. Xét nghiệm

- AST, ALT tăng so với giá trị bình thường
- Marker viêm gan: Viêm gan B: HbsAg(+), HBeAg(+), anti-HBc IgM (+)
- Mô bệnh học sinh thiết gan biểu hiện viêm gan vi rút mạn.

3.2.3. Chẩn đoán xác định

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- HBsAg (+) > 6 tháng.
- Hoặc HBsAg (+) và tổn thương giải phẫu bệnh đặc hiệu của viêm gan vi rút mạn.

3.2.4. Chẩn đoán phân biệt

Với các viêm gan mạn do các nguyên nhân khác chủ yếu dựa vào các xét nghiệm marker viêm gan.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Viêm gan B cấp

4.1.1. Điều trị đặc hiệu

Nói chung không có điều trị đặc hiệu (không dùng thuốc kháng vi rút). Trường hợp viêm gan nặng có thể dùng Tenofovir hay Entercavir.

4.1.2. Điều trị hỗ trợ

4.1.2.1. Chế độ sinh hoạt và chăm sóc

- Nghỉ ngơi trong thời kỳ khởi phát và toàn phát, sau đó hoạt động nhẹ nhàng.
- Ăn giàu đạm, đường, vitamin, giảm mỡ động vật đặc biệt là các món xào, rán. Tăng cường ăn hoa quả tươi, sữa chua.
- Kiên rượu, bia và hạn chế sử dụng các thuốc, hóa chất gây độc cho gan.

4.1.2.2. Thuốc điều trị đối với thể nặng

- Dịch đẳng trương: Glucose 5%, NaCl 0.9%
- Khi transaminase tăng cao: có thể sử dụng một trong các loại thuốc sau: Biphenyl Dimethyl Dicarboxylat, Silymarin, Phosphatidylcholin.
- Khi có tăng Bilirubin máu: có thể sử dụng một trong các loại thuốc sau: Chophytol, Ursodesoxycholic, Ademethionin,...
- Khi NH₃ máu tăng: L ornithin-L aspartat, Lactulose, kháng sinh đường uống (neomycin)
- Điều trị rối loạn chức năng đông máu: Vitamin K1, Huyết tương tươi.
- Chống phù não: Manitol
- Thay huyết tương, lọc máu liên tục, lọc gan
- Đảm bảo hô hấp và tuần hoàn

4.1.2.3. Theo dõi sau khi ra viện:

Sau 6 tháng xét nghiệm lại HBsAg, antiHBs (viêm gan B).

4.2. Viêm gan B mạn

- Điều trị đặc hiệu: thuốc kháng vi rút
- Chỉ định điều trị
- + ALT > 2 lần giới hạn bình thường với:
- + HbeAg (+) và HBV-DNA $\geq 10^5$ copies/ml hoặc HBeAg (-) và HBV-DNA $\geq 10^4$ copies/ml.

5. TIÊN LƯỢNG:

- Viêm gan B có thể cấp tính hoặc mạn tính. Vi rút có thể tự đào thải sau vài tháng.
- Trên 95% các trường hợp người lớn nhiễm vi rút có đáp ứng miễn dịch của cơ thể. Ở trẻ nhỏ và nhất là trẻ sơ sinh, khả năng đào thải vi rút kém.
- Biến chứng: xơ gan, ung thư gan.
- Viêm gan vi rút D có thể xảy ra đồng thời với viêm gan B vì vi rút viêm gan D sử dụng protein bề mặt của vi rút viêm gan B làm lớp vỏ...Sự phối hợp hai vi rút này gây viêm gan sẽ làm tăng khả năng xơ gan và ung thư gan.

6. PHÒNG BỆNH:

- Tiêm vacxin phòng viêm gan B.
- Truyền máu, tiêm chích phải tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc vô khuẩn.
- Quan hệ tình dục an toàn.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS

1. ĐẠI CƯƠNG:

HIV là tên viết tắt của cụm từ tiếng Anh: Human Immuno-deficiency Virus (Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người). HIV có 2 type là HIV-1 và HIV-2.

AIDS là tên viết tắt của cụm từ tiếng Anh: Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải).

AIDS là một bệnh mạn tính do HIV gây ra. HIV phá huỷ các tế bào của hệ miễn dịch, khiến cơ thể không còn khả năng chống lại các vi rút, vi khuẩn và nấm gây bệnh. Do đó bệnh nhân dễ bị một số loại ung thư và nhiễm trùng cơ hội mà bình thường có thể đề kháng được. Thuật ngữ AIDS được dùng để chỉ giai đoạn muộn hơn của bệnh. Như vậy, thuật ngữ nhiễm HIV/AIDS được dùng để chỉ những giai đoạn khác nhau của cùng một bệnh.

2. CĂN NGUYÊN:

2.1. Tác nhân gây bệnh:

- Bệnh do vi rút gây phá huỷ các tế bào của hệ miễn dịch khiến cơ thể không còn khả năng chống lại các vi rút, vi khuẩn và nấm gây bệnh.

- HIV có thể tồn tại ở trong cơ thể bệnh nhân AIDS đã chết trong vòng 24 giờ.

- Nhiệt độ dưới 0°C, tia X, tia cực tím không giết được HIV.

- Tuy nhiên, khi ở ngoài cơ thể, dưới tác động của nhiệt độ và các chất sát trùng thông thường HIV bị tiêu diệt. Ví dụ:

+ HIV bị tiêu diệt sau 30 phút ngâm trong cồn 70°, dung dịch Cloramin 1%, nước Javen 1%...

+ Nếu bị đun sôi trong 20 phút (kể từ khi nước sôi) thì HIV sẽ bị chết.

2.2. Cách lây truyền: HIV lây truyền thông qua 3 đường

- Quan hệ tình dục: có QHTD với người nhiễm HIV

- Đường máu: dùng chung các dụng cụ tiêm chích (đặc biệt đối với những người tiêm chích ma túy), xăm trổ qua da; có thể qua truyền máu (tại những nơi việc sàng lọc máu trước khi truyền không được tiến hành cẩn thận); có thể lây nhiễm do tiếp xúc trực tiếp với máu của người nhiễm HIV...

- Từ mẹ sang con: em bé sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV có thể lây HIV từ mẹ trong quá trình mang thai, lúc sinh và khi mẹ cho con bú.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Nhiễm HIV được phân thành 4 giai đoạn lâm sàng trên người lớn:

3.1.1. Giai đoạn 1:

- Không có triệu chứng

- Hạch toàn thân, to, dai dẳng
- Xét nghiệm CD4 >500TB/mm³

3.1.2. Giai đoạn 2:

- Sụt cân < 10% cân nặng không rõ nguyên nhân
- Nhiễm trùng hô hấp tái diễn (viêm xoang, viêm hầu họng, viêm Amidane, viêm tai giữa...)
- Zona (Herpes Zoster)
- Viêm khóe miệng, loét miệng tái diễn
- Phát ban dát, sần ngứa
- Viêm da bã nhờn
- Nhiễm nấm móng
- Xét nghiệm CD4 350 – 499 TB/mm³

3.1.3. Giai đoạn 3:

- Sụt cân > 10% cân nặng không rõ nguyên nhân.
- Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài trên 1 tháng.
- Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng.
- Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn.
- Bạch sản lông ở miệng.
- Lao phổi.
- Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi, viêm màng phổi, viêm đa cơ mủ, nhiễm trùng xương khớp, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết).
- Viêm loét miệng hoại tử cấp, viêm lợi hoặc viêm quanh răng.
- Thiếu máu (Hb < 80g/L), giảm bạch cầu trung tính và hoặc giảm tiểu cầu không rõ nguyên nhân.
- Xét nghiệm CD4 200 – 349TB/mm³

3.1.4. Giai đoạn 4:

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân > 10% trọng lượng cơ thể, tiêu chảy kéo dài > 1 tháng, sốt kéo dài > 1 tháng không rõ nguyên nhân).
- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* (PCP).
- Nhiễm Herpes simplex mạn tính (ở môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn kéo dài hơn 1 tháng).
- Nhiễm Candida thực quản (hoặc nhiễm Candida ở khí quản, phế quản, phổi).
- Lao ngoài phổi.

- Sarcoma Kaposi.
- Bệnh do Cytomegalovirus (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác.
- Bệnh do Toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương.
- Bệnh lý não do HIV.
- Bệnh do *Cryptococcus* ngoài phổi bao gồm viêm màng não.
- Bệnh do *Mycobacteria avium complex* (MAC lan tỏa)...
- Xét nghiệm CD4 < 200 TB/mm³

3.2. Cận lâm sàng:

3.2.1. Xét nghiệm kháng thể: Là loại xét nghiệm được tiến hành phổ biến nhất, gián tiếp chỉ ra sự có mặt của HIV thông qua việc phát hiện kháng thể kháng HIV. Quy trình gồm sàng lọc ban đầu bằng xét nghiệm ELISA. Nếu kết quả (+), xét nghiệm ELISA được làm lại, nếu vẫn dương tính, kết quả được xác nhận bằng một phương pháp khác, thường là Western blot hoặc xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang.

3.2.2. Xét nghiệm trực tiếp: Phát hiện chính bản thân HIV, bao gồm các xét nghiệm tìm kháng nguyên (kháng nguyên p24), nuôi cấy HIV, xét nghiệm acid nucleic của tế bào lympho máu ngoại vi, và phản ứng chuỗi polymerase.

3.2.3. Các xét nghiệm máu hỗ trợ chẩn đoán và giúp đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch: đếm tế bào T CD4+ và CD8+, tốc độ máu lắng, đếm tế bào máu toàn phần, microglobulin beta huyết thanh, kháng nguyên p24...

3.2.4. Các xét nghiệm phát hiện bệnh lây qua đường tình dục và nhiễm trùng cơ hội như giang mai, viêm gan B, lao...

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Điều trị bằng thuốc ARV cho người lớn:

4.1.1. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV cho người lớn:

- Người nhiễm HIV có số lượng tế bào TCD4 \leq 350 tế bào/mm³ không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng hoặc
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 3, 4 không phụ thuộc số lượng tế bào TCD4.

4.1.2. Phác đồ điều trị:

4.1.2.1. Phác đồ bậc 1:

- Phác đồ chính:

+ TDF + 3TC + EFV hoặc TDF + 3TC + NVP

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

TDF (tenofovir): 300mg uống 01 lần/ngày

3TC (lamivudin): 300mg uống 01 lần/ngày

EFV (efaviren): 600mg uống 01 lần vào buổi tối

NVP (nevirapin): 200mg uống 01 lần/ngày trong 02 tuần, sau đó uống 02 lần/ngày cách nhau 12 giờ.

- Phác đồ thay thế

+ AZT + 3TC + EFV hoặc AZT + 3TC + NVP

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

AZT (zidovudine): 300mg uống 02 lần/ngày. Trước khi điều trị xét nghiệm Hemoglobin, xét nghiệm lại sau 01 tháng và 06 tháng/lần hoặc khi nghi ngờ thiếu máu.

Các thuốc 3TC, EFV, NVP cách uống giống như phác đồ chính.

4.1.2.2. Phác đồ bậc 2:

Phác đồ bậc 1		Phác đồ bậc 2	
TDF + 3TC + NVP/EFV	AZT + 3TC	+	LPV/r hoặc ATV/r
AZT + 3TC + NVP/EFV	TDF + 3TC		

- Các thuốc TDF, 3TC, NVP, EFV, AZT cách uống giống như phác đồ bậc 1

- LPV/r (lopinavir/ritonavir): 400mg/100mg uống 02 lần/ngày cách nhau 12 giờ

- ATV/r (atazanavir/ritonavir): 300mg/100mg uống 01 lần/ngày

4.2. Phác đồ điều trị cho các đối tượng khác:

4.2.1. Điều trị cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV và viêm gan B:

- Phác đồ điều trị ARV cho người bệnh đồng nhiễm HIV với viêm gan B: TDF + 3TC + EFV

4.2.3. Điều trị cho bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan C: giống như điều trị cho bệnh nhân nhiễm HIV không mắc viêm gan C.

4.2.4. Điều trị cho người nghiện chích ma túy: lựa chọn phác đồ bậc 1 tương tự như các bệnh khác.

4.2.5. Điều trị dự phòng cho phụ nữ mang thai: Phác đồ dự phòng lây truyền mẹ - con ban hành kèm Quyết định 4139/QĐ-BYT ngày 2/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế:

Mẹ	Khi mang thai	AZT (Zidovudine) 300mg x 2lần/ngày, uống hàng ngày từ tuần thai thứ 14 hoặc ngay khi phát hiện nhiễm HIV sau tuần thai thứ 14 cho đến khi chuyển dạ
	Khi chuyển dạ	- NVP 200mg + AZT 600mg + 3 TC 150mg. - Sau đó 12 giờ một lần AZT 300mg + 3TC 150mg cho đến khi đẻ.
	Sau đẻ	AZT 300mg + 3TC 150 mg ngày 2 lần trong 7 ngày
Con	Ngay sau khi sinh	NVP liều đơn 6mg uống một lần ngay sau sinh + AZT 4mg/kg uống ngày 2 lần
	Sau sinh	Tiếp tục AZT 4mg /kg uống 2 lần một ngày trong 4 tuần

5. Dự phòng:

5.1. Phòng nhiễm HIV/AIDS lây qua đường tình dục:

- Sống lành mạnh, chung thủy một vợ một chồng.
- Trong trường hợp quan hệ tình dục với một đối tượng chưa rõ có bị nhiễm HIV không, cần phải thực hiện tình dục an toàn để bảo vệ cho bản thân bằng cách sử dụng bao cao su đúng cách.

5.2. Phòng nhiễm HIV/AIDS lây qua đường máu:

- Không dùng chung bơm kim tiêm.
- Chỉ truyền máu và các chế phẩm máu khi đã xét nghiệm HIV.
- Chỉ sử dụng bơm kim tiêm vô trùng.
- Sử dụng dụng cụ đã tiệt trùng khi phẫu thuật, xăm, xỏ lỗ, châm cứu...
- Tránh tiếp xúc trực tiếp với các dịch cơ thể của người nhiễm HIV
- Dùng riêng đồ dùng cá nhân: dao cạo, bàn chải răng, bấm móng tay,...

5.3. Phòng nhiễm HIV/AIDS lây truyền từ mẹ sang con: 4 thành tố

1. Dự phòng sớm lây truyền HIV cho phụ nữ	2. Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV	3. Can thiệp cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai	4. Các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho cặp mẹ và con sau sinh
<ul style="list-style-type: none"> - Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi - Tư vấn và xét nghiệm HIV cho phụ nữ - Khuyến khích trì hoãn quan hệ tình 	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn và cung cấp các biện pháp tránh thai. - Tư vấn xét nghiệm HIV - Tư vấn thực hiện tình dục an toàn 	<ul style="list-style-type: none"> - Chăm sóc thai nghén - Tư vấn và xét nghiệm - Đánh giá giai đoạn lâm sàng và miễn dịch - Điều trị DPLTMC - Thực hành sản khoa 	<ul style="list-style-type: none"> - Các dịch vụ can thiệp cho bà mẹ - Các dịch vụ can thiệp cho trẻ phơi nhiễm - Các dịch vụ can thiệp cho trẻ nhiễm HIV

<p>dục đối với thanh thiếu niên</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thực hành tình dục an toàn - Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục 		<p>an toàn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điều trị cho trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV - Tư vấn nuôi dưỡng trẻ sau sinh 	
--	--	--	--

VIÊM ÂM HỘ - ÂM ĐẠO DO CANDIDA

1. ĐẠI CƯƠNG:

Nhiễm nấm phụ khoa là một bệnh thường gặp ở nữ giới, mà nguyên nhân chính là *Candida albicans* (90%). Ở điều kiện bình thường, nấm thường trực trong môi trường ở dạng bào tử nhưng không gây bệnh. Khi có điều kiện thuận lợi như thời tiết nóng, ẩm hoặc gây mất cân bằng môi trường sinh lý âm đạo, nấm sẽ phát triển và gây bệnh. Có hai hình thức khác nhau về sự diễn tiến của bệnh: nhiễm nấm cấp tính và nhiễm nấm mãn tính. Việc điều trị viêm âm đạo do nấm sẽ khó khăn hơn khi có sự suy giảm miễn dịch. *Candida albicans* hiện diện trong âm đạo với một số lượng nhỏ và bị lấn át bởi vi khuẩn có lợi của âm đạo (*Lactobacillus*).

2. CĂN NGUYÊN:

2.1. Yếu tố thuận lợi

Viêm âm đạo do nấm chủ yếu là *Candida albicans* (> 90%), đôi khi do *Candida tropicalis*, *Candida krusei*, *Candida stelltoidea*.

Một số yếu tố có thể tạo điều kiện thúc đẩy sự phát triển của nấm.

- Suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV, điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch).
- Dùng corticoid làm giảm sức đề kháng của cơ thể, kháng sinh phổ rộng kéo dài làm rối loạn hệ vi sinh vật của âm đạo, làm pH thay đổi, viên thuốc tránh thai kết hợp có thể làm thay đổi độ pH trong âm đạo, thuận lợi cho nấm phát triển.
- Thay đổi nội tiết: ít khi bị nhiễm nấm ở phụ nữ sau mãn kinh thiếu estrogen, trẻ gái chưa dậy thì. Thai nghén, biểu mô âm đạo chứa nhiều glycogen, trực khuẩn Doderlein trong âm đạo phân hủy glycogen thành acid lactic nhiều, làm pH âm đạo xuống thấp, tạo điều kiện thuận lợi cho nấm phát triển, nhất là trong 3 tháng cuối.
- Bệnh đái đường, nhiều đường trong dịch tiết âm đạo.
- Hoạt động tình dục: bệnh nấm âm đạo phổ biến nhất ở phụ nữ có quan hệ tình dục và đôi khi hoạt động này làm tổn thương tế bào niêm mạc.
- Sử dụng quá nhiều xà phòng axit, hoặc môi trường nóng, ẩm.
- Cách vệ sinh không đúng: vệ sinh cần theo hướng từ trước ra sau để tránh gây nhiễm nấm âm đạo từ đường tiêu hóa.
- Thụt rửa âm đạo...cũng có khả năng kích thích sự phát triển của nấm *Candida*.

2.2. Cách lây truyền

- Nhiễm nấm âm đạo lây truyền qua giao hợp đường âm đạo.
- Giao hợp khi đang điều trị hoặc điều trị chưa triệt để.

- Nhiễm nấm âm đạo có thể từ hậu môn.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Ngứa rát âm hộ, có vết xây xước do gãi nhiều, có thể có đái khó hoặc đái buốt.

- Ra nhiều khí hư bọt hoặc như váng sữa, không hôi.

- Đau khi giao hợp.

- Âm hộ viêm đỏ, sưng nề.

- Đặt mỏ vịt thấy âm đạo viêm đỏ, chạm dễ chảy máu, nhiều khí hư như váng sữa bám thành âm đạo.

- Cổ tử cung có thể bình thường hoặc viêm đỏ, phù nề. Khi soi cổ tử cung, bôi lugol, quan sát thấy cổ tử cung và thành âm đạo bắt màu lugol không đều, nhám nhở nếu nhiễm nấm cấp tính.

4. CHẨN ĐOÁN:

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng: hỏi bệnh, quan sát âm hộ, khám mỏ vịt nhận định khí hư âm đạo, tổn thương viêm do nấm ở cổ tử cung và thành âm đạo.

- Xét nghiệm chẩn đoán: Bệnh phẩm cần được xét nghiệm ngay vì nếu để quá 24 giờ, dù ở nhiệt độ thấp, vi nấm vẫn có thể phát triển nhanh làm sai lệch chẩn đoán.

- Phát hiện bằng kính hiển vi:

+ Soi tươi: Nhỏ nước muối vào bệnh phẩm là dịch tiết âm đạo, soi tươi tìm nấm, trên kính hiển vi sẽ thấy các bào tử nấm Candida có hình bầu dục hoặc tròn, có chồi hoặc không có chồi, kích thước từ 3 - 6µm, phải có ít nhất 3 bào tử nấm trên một vi trường.

+ Nhuộm Gram: xác định nấm khi có 3- 5 bào tử nấm ở dạng nảy chồi trên một vi trường. Phương pháp này dễ tiến hành, cho kết quả nhanh, độ đặc hiệu cao (99%).

- Nuôi cấy: Dùng tấm bông lấy bệnh phẩm nuôi cấy trong môi trường thạch Sabouraud trong vài giờ và ủ ấm 2 ngày ở nhiệt độ 37°C. Khuẩn lạc của nấm Candida có màu trắng ngà và sền sệt

- Phát hiện kháng nguyên Candida: Khi có candida trong dịch tiết âm đạo, phức hợp kháng nguyên - kháng thể được tạo thành dưới dạng những hạt ngưng kết, có thể thấy được bằng mắt thường. Kỹ thuật này cho kết quả nhanh nhưng đắt tiền.

- Phát hiện ADN của Candida. Kỹ thuật này cho phép xét nghiệm đồng thời nấm, Trichomonas và Gardnerella trong dịch tiết âm đạo. Kỹ thuật này có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, nhưng đắt tiền.

Chẩn đoán kháng thuốc khi bệnh nhân có triệu chứng nhiễm nấm 3 lần trong một năm và có ít nhất một lần được xét nghiệm chẩn đoán nhiễm nấm âm đạo. Một số bệnh nhân nhiễm nấm tái phát sau điều trị kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc

- Không cần điều trị cho phụ nữ có nấm âm đạo không triệu chứng do phát hiện ngẫu nhiên (ví dụ khi làm phôi đồ âm đạo - cổ tử cung).

- Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng kháng thuốc và tái phát.

- Cần điều trị vùng âm hộ, âm đạo bằng kháng sinh chống nấm (thuốc viên và thuốc mỡ bôi).

- Điều trị cho người vợ. Đối với chồng hoặc bạn tình, hiện nay các tác giả khuyên không cần điều trị nhưng cần tránh giao hợp trong thời gian điều trị. Điều trị cho chồng hoặc bạn tình khi có triệu chứng.

5.2. Phác đồ cụ thể

- Thuốc uống: Không dùng kháng sinh chống nấm uống cho phụ nữ có thai và cho con bú

+ Itraconazol (sporal) 100mg uống 2 viên 1 ngày trong 3 ngày hoặc

+ Fluconazol (diflucan) 150mg uống 1 viên duy nhất

- Kem bôi âm hộ và viên đặt âm đạo

+ Clotrimazole (canesten): Kem bôi âm hộ 1% 5g/ngày từ 7 - 14 ngày; Viên đặt âm đạo 100mg 1viên/ngày, trong 7 ngày; hoặc 2 viên/ngày, trong 3 ngày; Viên đặt âm đạo 500mg 1viên/ngày, trong 1 ngày.

+ Miconazole: Kem bôi âm hộ 2% 5g/ngày, trong 7 ngày; Viên trứng đặt âm đạo 100mg 1viên/ngày, trong 7 ngày; Viên trứng đặt âm đạo 200mg 1viên/ngày, trong 3 ngày; Viên trứng đặt âm đạo 1000mg 1viên/ngày, liều duy nhất.

+ Terconazole: Kem bôi âm hộ 0,4% 5g/ngày, trong 7 ngày; Kem bôi âm hộ 0,8% 5g/ngày, trong 3 ngày; Viên đạn đặt âm đạo 80mg, 1 viên/ngày trong 3 ngày.

+ Econazol (gynopevaryl depot) 150mg viên đặt âm đạo, liều 2 viên, cách 2 ngày đặt 1 viên)

+ Bucotazol (Biệt dược: Gynofort ống thụt âm đạo)

- Nystatin viên nén 100.000UI, đặt âm đạo 1 viên/ngày, trong 14 ngày.

- Đối với chồng hoặc bạn tình được điều trị khi có triệu chứng: viêm đỏ, ngứa dương vật, bôi kem miconazole hoặc clotrimazole, 2 lần mỗi ngày, trong 7 ngày.

- Điều trị nhiễm nấm giai đoạn cấp: khoảng 10% phối hợp với nguyên nhân gây viêm khác, cần điều trị nhiễm nấm âm đạo và nguyên nhân viêm phối hợp.

6. PHÒNG BỆNH:

- Thường xuyên vệ sinh bộ phận sinh dục, giữ quần áo khô ráo, sạch sẽ, phơi ở nơi có ánh sáng mặt trời.

- Khi vệ sinh chỉ nên rửa ở bên ngoài, không nên thụ rửa sâu để tránh làm mất cân bằng môi trường, thay đổi pH âm đạo.

- Tuân thủ đúng chỉ định điều trị của bác sĩ chuyên khoa, không dùng kháng sinh kéo dài, trực khuẩn có lợi sẽ bị hủy diệt, mất cân bằng môi trường cũng như hệ vi khuẩn ở âm đạo.

- Nếu phụ nữ bị nhiễm nấm và chồng/bạn tình có biểu hiện lâm sàng thì nên điều trị cả bạn tình/chồng. Nên sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục vì sau giao hợp, nấm sẽ đọng lại ở bao quy đầu của người chồng, từ đó người vợ rất dễ bị tái nhiễm nấm.

VIÊM ÂM ĐẠO DO TRÙNG ROI

(Trichomoniasis)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Viêm âm đạo do Trichomonas là bệnh lây truyền trực tiếp khi quan hệ tình dục qua đường âm đạo. Ngoài ra, trùng roi có thể sống ở da trong nhiều giờ, trong băng vệ sinh, sẽ lây truyền khi có sự tiếp xúc, hoặc lây truyền gián tiếp qua nước rửa, nước bể tắm, bể bơi. Trichomonas rất nhạy cảm với môi trường khô hanh.

2. CĂN NGUYÊN:

Trùng roi âm đạo (*Trichomonas vaginalis*) là một loại ký sinh trùng chuyên động, có 3- 5 roi, kích thước từ 10-20 µm thuộc loại đơn bào kỵ khí. *T. vaginalis* ký sinh chủ yếu trong âm đạo có pH 6- 6,5 và tìm thấy trong niệu đạo nữ, khoảng 20- 25% ở độ tuổi từ 16- 35. Ở nam giới *T.vaginalis* cũng thường ký sinh ở niệu đạo, đôi khi gặp trong túi tinh và tiền liệt tuyến.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Có khoảng 50% người lành mang ký sinh trùng nhưng không có triệu chứng, đặc biệt ở nam giới. 30% viêm âm đạo do *Trichomonas* kèm viêm niệu đạo không do lậu cầu. Viêm âm đạo do Trichomonas chiếm khoảng 50% các trường hợp viêm âm đạo có hội chứng tiết dịch âm đạo.

- Khí hư nhiều, loãng, có bọt, màu xanh hay vàng nhạt, hôi, có thể kèm ngứa.

+ Đau khi giao hợp, đau vùng âm hộ.

+ Rối loạn tiểu tiện, đái buốt, đái dắt nếu có viêm niệu đạo.

- Khám lâm sàng:

+ Âm đạo viêm đỏ, có nhiều khí hư màu vàng xanh, loãng và có bọt ở cùng đồ.

+ Cổ tử cung viêm đỏ, phù nề, bôi lugol sẽ thấy hình ảnh “sao đêm” khi soi cổ tử cung.

+ Trùng roi âm đạo có thể không có triệu chứng mặc dù vẫn có sự lây truyền sang người lành.

4. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào

- Triệu chứng lâm sàng

- Xét nghiệm

+ Soi tươi: Bệnh phẩm lấy từ cùng đồ sau, cho vào dung dịch nước muối sinh lý, soi ngay dưới kính hiển vi. Quan sát trực tiếp *Trichomonas* chuyên động

xoay tròn, giât lùi điển hình. Phương pháp này có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp (30- 32%).

+ Nuôi cấy: bệnh phẩm được ủ trong ống nghiệm có dung dịch Diamon ở nhiệt độ 35°C trong 4 ngày, hàng ngày kiểm tra môi trường nuôi cấy tìm *Trichomonas* di động. Phương pháp này có giá trị chẩn đoán cao.

+ Khai thác tiền sử, bệnh sử và xét nghiệm để tìm nguyên nhân khác của bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể phối hợp với trùng roi, mà thường gặp là lậu cầu hoặc *Gardnerella*.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc

Điều trị cho cả chồng hoặc bạn tình.

5.2. Điều trị cụ thể

- Uống metronidazol 500mg, 2 lần/ngày trong 7 ngày.

Chú ý kiêng rượu bia trong thời gian sử dụng Metronidazol cho đến 24h sau khi ngừng thuốc.

- Đặt âm đạo metronidazol 250mg/ngày trong 10 ngày.

Hoặc

- Metronidazol (Flagyl) uống 2g mỗi ngày, liều duy nhất.

- Nếu bệnh nhân không dùng được metronidazol, có thể thay bằng tinidazol (Fasygin) liều duy nhất (viên 500mg x 4 viên uống 1 lần).

- Dùng bao cao su khi quan hệ tình dục sinh hoạt tình dục cho đến khi điều trị khỏi.

- Tạo acid môi trường âm đạo bằng acid lactic hoặc ascorbic và duy trì hoặc bổ sung thêm nguồn trực khuẩn có lợi (*Lactobacillus*) cho môi trường âm đạo.

Điều trị theo phác đồ nêu trên có thể khỏi bệnh đến 95%.

Sau điều trị 3 tuần, cần xét nghiệm lại bệnh phẩm âm đạo để khẳng định là đã khỏi bệnh hay chưa.

5.3. Với phụ nữ có thai

- Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis* có thể gây đẻ non, ối vỡ non, ối vỡ sớm.

- Không khuyến cáo điều trị *Trichomonas* cho phụ nữ có thai không có triệu chứng.

- Sử dụng thêm lactobacilles sống (viên đặt Gynoflor) để thiết lập lại hệ vi khuẩn bình thường ở âm đạo.

Viêm âm đạo do *Trichomonas* có triệu chứng ở phụ nữ có thai được điều trị bằng: Metronidazol 2g, uống liều duy nhất.

Hoặc có thể dùng metronidazol 500mg 2 lần/ngày x 7 ngày

- Phụ nữ có thai 3 tháng đầu không dùng metronidazol, từ tháng thứ 4 có thể dùng metronidazol đường toàn thân.

6. PHÒNG BỆNH:

- Vệ sinh sạch sẽ.
- Tránh tắm hoặc ngâm mình ở nguồn nước không sạch.
- Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với người có nhiễm trùng roi âm đạo, hoặc không giao hợp trong thời gian điều trị.

BỆNH GHẺ

(Scabies)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Bệnh ghẻ (*Scabies*) là bệnh nhiễm trùng trên da do ký sinh trùng ghẻ *Sarcoptes scabiei hominis* gây nên. Bệnh có ở khắp mọi trên thế giới, nhất là ở những nơi vệ sinh, môi trường sống thấp kém.

Bệnh ghẻ được tìm thấy từ thế kỷ thứ 16 nhưng mãi đến năm 1934 mới tìm được ký sinh trùng gây bệnh ghẻ ở người.

Kí sinh trùng ghẻ lây lan từ người này qua người khác do dùng chung quần áo, chăn chiếu hoặc do tiếp xúc khi quan hệ tình dục.

Bệnh có thể xuất hiện thành ổ dịch ở các đơn vị tập thể, ở các đơn vị tân binh mới nhập ngũ, vùng dân cư đông đúc, nhà ở chật hẹp, thiếu vệ sinh, ở trại giam....

Bệnh ghẻ tuy không gây hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe, nhưng nếu không được điều trị chu đáo bệnh sẽ gây ra các biến chứng như: nhiễm trùng, chàm hoá, viêm cầu thận cấp...

2. CĂN NGUYÊN:

2.1. Căn nguyên

Tác nhân gây bệnh ghẻ là do ký sinh trùng ghẻ có tên là *Sarcoptes scabiei hominis*.

Cái ghẻ hình bầu dục, kích thước khoảng 1/4mm đường kính, 300 - 400µm (mắt thường có thể thấy như một điểm trắng di động), có 8 chân, 2 đôi chân trước có ống giác, 2 đôi chân sau có lông tơ, đầu có vòi để hút thức ăn. Ghẻ cái ký sinh ở lớp sừng của thượng bì, đào hang về ban đêm, đẻ trứng về ban ngày, mỗi ngày ghẻ cái đẻ 1-5 trứng, trứng sau 72-96 giờ nở thành ấu trùng, sau 5-6 lần lột xác (trong vòng 20-25 ngày) trở thành cái ghẻ trưởng thành, sau đó bò ra khỏi hang, giao hợp và tiếp tục đào hầm, đẻ trứng mới.

Ghẻ sinh sôi nảy nở rất nhanh, trong điều kiện thuận lợi 1 cái ghẻ sau 3 tháng có thể có một dòng họ 150 triệu con.

Ban đêm ghẻ cái bò ra khỏi hang tìm ghẻ đực, đây là lúc ngứa nhất, dễ lây truyền nhất, vì ngứa gãi làm vương vãi cái ghẻ ra quần áo, giường chiếu...

2.2. Cách lây truyền

Bệnh lây chủ yếu do nằm chung giường, mặc chung quần áo, dùng chung khăn tắm, chăn màn....

Bệnh còn lây qua tiếp xúc da-da khi quan hệ tình dục nên nay xếp vào nhóm bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD).

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Thời gian ủ bệnh 10-15 ngày, bệnh toàn phát với các triệu chứng sau:

3.1. Tổn thương cơ bản

- Tổn thương đặc hiệu của ghẻ là các “*đường hầm ghẻ*” còn gọi là “*luống ghẻ*” và mụn nước (hay gọi là mụn trai và đường hang). Đường hang do cái ghẻ đào ở lớp sừng là 1 đường cong ngoằn ngoèo hình chữ chi, dài 2-3 cm, gờ cao hơn mặt da, màu trắng đục hay trắng xám, không khớp với hần da. Ở đầu đường hang có mụn nước 1-2 mm đường kính, chính là nơi cư trú của cái ghẻ.

- Vị trí đặc biệt: tổn thương thường gặp ở lòng bàn tay, kẽ ngón tay, ngón cổ tay, cùi tay, bờ trước nách, quanh rốn, mông, hố nách, mặt sau khuỷu tay, mặt trong đùi.

- Ngoài các vị trí trên, ở từng đối tượng, có thể gặp các tổn thương ở những vị trí như:

+ Ở nam giới: hầu hết các trường hợp có tổn thương ở qui đầu, bao qui đầu, thân dương vật.

+ Ở nữ giới: núm vú, nếp lằn vú.

+ Ở trẻ nhỏ: gót chân, lòng bàn chân

Tuy nhiên, ghẻ ít khi có tổn thương ở vùng đầu mặt.

3.2. Tổn thương thứ phát

Do bệnh gây ngứa nhiều nên có thể đưa đến các tổn thương thứ phát như các vết xước gãi, vết trọt, sần, vẩy tiết, mụn nước, mụn mủ, chốc nhọt..., sẹo thâm màu, bạc màu.

3.3. Ngứa

Ngứa nhiều nhất là về đêm, lúc đi ngủ do cái ghẻ di chuyển gây kích thích đầu dây thần kinh cảm giác ở da và một phần do độc tố ghẻ cái tiết ra khi đào hang.

3.4. Các thể lâm sàng

- Ghẻ đơn thuần. Chỉ có đường hang và mụn nước, ít có tổn thương thứ phát.

- Ghẻ nhiễm khuẩn ngoài tổn thương của ghẻ còn có mụn mủ, do bội nhiễm liên cầu, tụ cầu, có thể gặp biến chứng viêm cầu thận cấp.

- Ghẻ biến chứng viêm da, eczema hoá: do chà xát cào gãi lâu ngày.

- Ghẻ nhiễm khuẩn có biến chứng viêm cầu thận cấp.

- Thể đặc biệt

+ Ghẻ Na uy (Norwegian Scabies) hay còn gọi là ghẻ vảy, ghẻ tăng sừng: là một thể ghẻ đặc biệt và rất hay gặp ở những người bị suy giảm miễn dịch như điều trị corticoid kéo dài, suy dinh dưỡng, HIV/AIDS...

Tồn thương cơ bản là các lớp vảy da, vảy tiết chồng lên nhau khu trú ở rìa ngón tay, ngón chân, cổ tay, xương cùi, da đầu, có khi lan toàn thân vì vậy còn gọi là ghẻ vảy (Crusted scabies). Có thể tìm thấy hàng nghìn cái ghẻ trong các vảy nhỏ này và khả năng lây nhiễm cao.

+ Ghẻ sinh dục: tại bộ phận sinh dục (quy đầu, thân dương vật hay âm hộ) xuất hiện những nốt mụn nước nhỏ rất ngứa. Do gãi, chà sát nên các mụn nước, loét ghẻ dễ bị hoá mủ và hình thành vết loét dạng săng (ulcere chancriforme), còn gọi là “săng ghẻ”.

Săng ghẻ thường xuất hiện với số lượng nhiều, mật độ mềm, rất ngứa, cần chẩn đoán phân biệt với săng giang mai và săng hạ cam hay herpes sinh dục.

4. CHẨN ĐOÁN:

4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán ghẻ chủ yếu dựa vào lâm sàng

- Mụn nước, đường hang ở kẽ tay, sinh dục....
- Ngứa nhiều về đêm.
- Có yếu tố dịch tễ: Gia đình, đơn vị, tập thể nhiều người bị.
- Soi thấy cái ghẻ: Dùng thìa nạo (curette) nạo mụn nước ở đầu luống ghẻ hoặc nạo luống ghẻ, cho lên lam kính, nhỏ 1 giọt KOH 10%, soi kính hiển vi thấy trứng hoặc cái ghẻ.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Tổ đũa: Mụn nước sâu, tập trung thành cụm, không có đường hang, chỉ có ở lòng bàn tay, đầu ngón, mặt dưới ngón, rìa ngón bàn tay chân. Bệnh tiến triển dai dẳng.
- Rận mu (xem bài rận mu).
- Sẩn ngứa: nhất là sẩn ngứa ở trẻ em. Thương tổn là sẩn huyết thanh rải rác khắp cơ thể, rất ngứa.
- Viêm da cơ địa: mụn nước tập trung thành từng đám, rất ngứa, tiến triển dai dẳng.
- Hắc bào: là một loại nấm nông ở da. Thương tổn là các mụn nước tập trung thành hình vòng cung. Xét nghiệm tìm thấy sợi nấm.
- Săng ghẻ cần chẩn đoán phân biệt với
- + Săng giang mai (xem bài bệnh giang mai).
- + Săng hạ cam (xem bài bệnh hạ cam).

+ Herpes sinh dục (xem bài bệnh herpes sinh dục).

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc

- Phát hiện sớm, điều trị sớm.
- Điều trị cùng 1 lúc tất cả những người bị ghẻ trong gia đình, tập thể.
- Tránh kỳ cọ cạo gãi vì gây viêm da, nhiễm khuẩn. Không bôi thuốc hại da như DDT, 666, Volphatox, lá cối....
- Bôi thuốc liên tục 10-15 ngày ; theo dõi sau 10-15 ngày vì có thể có đợt trứng mới nở.
- Điều trị kết hợp với phòng bệnh chông lây lan.

5.2. Các thuốc điều trị

5.2.1. Ghẻ đơn thuần

Có thể dùng một trong các loại thuốc sau

- Thuốc xịt Spregal
- Gamma Benzen 1% (Lindana, Lindan, Scabecid)
- Permethrin 5% (Elimite)
- Benzoat Benzyl 25% (Ascabiol)
- Diethylphtalat (DEP)
- Lưu huỳnh (Mỡ lưu huỳnh 1-2%, Polysulfur)
- Crotamiton (Eurax)
- Kết hợp tắm xà phòng Sastid, Betsomol.
- Đông y: Có thể dùng lá cây ba chạc đen, cúc tần hoặc dầu hạt máu chó tắm cũng có hiệu quả trong điều trị ghẻ. Tuyệt đối không tắm với lá xoan, lá đào, lá xà cừ vì rất dễ bị dị ứng nhiễm độc.

5.2.2. Ghẻ viêm da, bội nhiễm, viêm da, chàm hoá

Nếu ghẻ chàm hoá hoặc bội nhiễm: phải bôi thêm dung dịch màu Milian hoặc Castellani trước sau đó mới bôi các thuốc ghẻ.

5.2.3. Ghẻ Nauy: ngâm, tắm toàn thân sau đó bôi mỡ salicylé để bong sừng rồi mới bôi thuốc ghẻ.

5.2.4. Ghẻ sinh dục: điều trị giống như ghẻ ở các bộ phận khác.

Kết hợp các thuốc uống toàn thân như

- Chống nhiễm trùng: kháng sinh
- Chống ngứa: kháng Histamin
- Tăng cường dinh dưỡng: các vitamin B1, C.

6. PHÒNG BỆNH:

- Vệ sinh cá nhân hàng ngày sạch sẽ.
- Khi phát hiện ra có người trong gia đình bị ghẻ cần điều trị sớm.
- Vệ sinh môi trường sống: giặt lược, là, phơi nắng quần áo, chăn màn, đồ dùng...
- Cách ly người bệnh. Tránh tiếp xúc và dùng chung đồ vật với người bệnh: không nằm chung giường, mặc chung quần áo, dùng chung khăn tắm, chăn màn hay quan hệ tình dục với người bị ghẻ.

RẬN MU

(*Phthirus pubis*)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Rận mu (tên khoa học là *Phthirus pubis*), còn được gọi là “rận cua” là một loại côn trùng rất nhỏ gây bệnh chủ yếu ở vùng lông mu sinh dục, hiếm hơn là các vùng lông khác của cơ thể như lông mày, lông mi, lông ngực, bụng...

Cho đến nay, có 3 loại rận gây bệnh cho người được biết là *Pediculus humanus capitis* (rận trên da đầu, còn gọi là chấy), *Pediculus humanus corporis* (rận cơ thể) và *Phthirus pubis* (rận mu).

Rận mu là bệnh khá phổ biến. Trên thế giới, tỉ lệ mắc bệnh ước tính khoảng 2%, tuy nhiên số liệu chính xác rất khó xác định do ở nhiều quốc gia nhiễm rận mu không được báo cáo và nhiều trường hợp bệnh nhân tự điều trị hoặc được thầy thuốc tư điều trị một cách bí mật.

2. CĂN NGUYÊN:

2.1. Căn nguyên

Căn nguyên gây bệnh rận mu là một loài kí sinh trùng nhỏ có tên là *Phthirus pubis* chỉ có vật chủ là người. Con rận trưởng thành dài 1,3-2mm, nhỏ hơn rận ở thân mình và chấy trên đầu. Cơ thể rận có hình con cua, đầu hình chữ nhật với 3 đôi chân, trong đó hai đôi chân sau to gấp nhiều lần đôi chân trước và có móng vuốt lớn.

Với đặc điểm như vậy, rận mu còn được gọi là “rận cua” và là dấu hiệu quan trọng để phân biệt rận mu với các loài chấy, rận khác.

Rận mu chủ yếu sống ở vùng lông mu và lông quanh hậu môn của người, nhất là dễ thích nghi với lông ở nam giới cứng và khô. Tuy nhiên, rận cũng có thể sống trên các vùng lông thưa thớt khác như râu, ria, lông mi, lông mày, bên dưới cánh tay, lông bụng, ngực... Ở những vùng tóc mọc dày thì ít khi tìm thấy rận mu.

Rận mu thường không tự rời vật chủ trừ khi người bệnh tử vong và cũng không nhảy từ người này sang người khác như bọ chét.

Vòng đời: rận trưởng thành đẻ trứng bám chặt vào các sợi lông ở gần da. Con cái đẻ khoảng ba quả trứng mỗi ngày. Sau khoảng 6-8 ngày thì trứng nở và trải qua 3 giai đoạn tiến triển của nhộng trong khoảng 10-17 ngày thì thành rận trưởng thành. Một chu kì từ trứng đến con trưởng thành khoảng 16-25 ngày. Rận có thể sống đến 30 ngày và hoàn toàn nhờ vào hút máu người, gây ngứa dữ dội tại vị trí nhiễm bệnh. Trung bình rận hút máu từ 4-5 lần/ngày, nhưng cũng có thể tồn tại không cần hút máu trong 1-2 ngày.

2.2. Lây truyền

Rận mu lây lan chủ yếu qua quan hệ tình dục. Hiếm hơn, bệnh có thể lây qua tiếp xúc với các đồ vật như bệt xí, áo quần, giường chiếu mùng mền, khăn bông nhiễm mầm bệnh.

Một người sẽ có nguy cơ mắc bệnh cao nếu có nhiều bạn tình; bạn tình đang bị rận mu hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác hoặc sử dụng chung quần áo, chăn, ga trải giường với người bệnh.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

3.1. Lâm sàng: Chủ yếu dựa vào lâm sàng

- Bệnh xuất hiện khoảng sau 5 ngày nhiễm rận nhưng cũng có thể xảy ra sau 2-4 tuần tiếp xúc. Tuy nhiên, một số trường hợp nhiễm rận mu không có triệu chứng.

- Triệu chứng chính của bệnh là ngứa rất nhiều, đặc biệt ngứa nặng hơn khi về đêm. Do cơ thể quá mẫn với nước bọt của rận mu nên cơn ngứa có thể trở nên dữ dội hơn trong hai hoặc nhiều tuần sau khi nhiễm bệnh.

- Ngứa nhiều làm bệnh nhân cào gãi, chà xát, thứ phát đưa đến những tổn thương nhiễm trùng hoặc các vết loét vùng sinh dục.

- Khám thực thể thấy:

+ Các đốm nhỏ màu xám xanh hoặc xám đen ở những nơi rận hút máu, các chấm này có thể kéo dài trong nhiều ngày. Khi rận hút nhiều máu thì các đốm này trở thành màu nâu đậm hoặc đen. Quan sát kỹ có thể thấy chuyển động. Dùng kính lúp để phát hiện được các tổn thương hơn.

+ Trứng của rận mu nhỏ, có màu trắng, thường bám gần gốc sợi lông, sát bề mặt da.

+ Các nốt mẩn đỏ, chấm đỏ kèm ngứa ngứa và khó chịu

- Những triệu chứng khác bao gồm:

+ Có thể sốt nhẹ

+ Dễ bị kích thích

- Vị trí thường gặp là vùng mu sinh dục, quanh hậu môn. Tuy nhiên, có thể thấy ở những vùng có lông khác như lông mi, lông mày, lông ngực bụng, lông nách... Trường hợp nhiễm rận ở lông mi thường gây viêm bờ mi, nguy cơ viêm kết mạc (mắt đỏ).

- Trường hợp rận mu của lứa tuổi trẻ, cần kiểm tra các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

3.2. Cận lâm sàng

- Chẩn đoán rận mu tốt nhất là tìm thấy trứng và con rận ở vùng mu sinh dục. Người bệnh có thể tự phát hiện được rận. Nếu cần có thể dùng kính lúp hoặc kính hiển vi để xác định chính xác.

- Làm các xét nghiệm kiểm tra các bệnh lây truyền đường tình dục khác.

4. CHẨN ĐOÁN:

Chẩn đoán bằng cách kiểm tra kỹ lông mu để tìm kiếm trứng, ấu trùng hay rận trưởng thành.

5. ĐIỀU TRỊ:

5.1. Nguyên tắc

- Điều trị tại chỗ là chủ yếu.
- Khám và điều trị bạn tình hoặc các thành viên khác trong gia đình.
- Khám và phát hiện các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.
- Vệ sinh môi trường sống bằng tẩy trùng tất cả quần áo, khăn tắm, chăn ga. Lưu ý: rận có thể dễ dàng sống sót trong nước và xà phòng thông thường.

5.2. Tại chỗ

- Nên cạo sạch lông.
- Thuốc bôi tại chỗ tổn thương và các vùng có lông khác. Nên bôi thuốc trong 1 tuần do 6-8 ngày là thời gian trứng nở.
- Chải lông bằng lược chuyên dụng để loại bỏ trứng rận. Có thể bôi dấm lên trước khi chải.
- Thuốc bôi tại chỗ:
 - + Thuốc điều trị rận mu tốt nhất là Kem Permethrin 1%, sau 10 phút rửa sạch, hoặc
 - + Dung dịch DEP 10%.
 - + Lindane: là thuốc mạnh nhất và độc nhất để điều trị rận mu. Thuốc được bôi vào tổn thương, sau 4 phút phải rửa sạch. Không sử dụng thuốc này trên trẻ sơ sinh hoặc trên phụ nữ đang mang thai và cho con bú.
- Trường hợp bị rận mu ở mi mắt: dùng Permethrin 1% lotion bôi vùng mi mắt. Nhắm mắt trong 10 phút, sau đó rửa sạch.

5.3. Toàn thân: thường không cần

- Trường hợp thương tổn lan rộng, có thể uống Ivermectin (Stromectol): uống một liều hai viên. Có thể lặp lại liều nữa sau 10 ngày.
- Trường hợp tổn thương có dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân: kháng sinh uống.
- Kháng Histamin để giảm ngứa, giảm kích ứng da.

6. PHÒNG BỆNH:

- Không quan hệ tình dục với người mắc bệnh cho đến khi bệnh được điều trị khỏi hoàn toàn hoặc quan hệ tình dục an toàn.

- Vệ sinh cá nhân tốt. Không dùng chung quần áo, khăn tắm, chăn, ga với những người bị bệnh.

- Làm sạch giường, phòng tắm bằng chất tẩy rửa. Giặt sạch quần áo, chăn màn, khăn tắm.

HƯỚNG DẪN CHUNG QUẢN LÝ CÁC NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG SINH SẢN (NTĐSS)

1. ĐẠI CƯƠNG:

Nhiễm trùng đường sinh sản (NTĐSS) là một thuật ngữ rộng bao gồm các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (NLTQTĐTD) và các nhiễm trùng đường sinh sản khác không lây truyền qua đường tình dục. Đa số các trường hợp NLTQTĐTD đều để lại hậu quả về mặt sức khỏe nặng nề hơn so với NTĐSS. Các NTĐSS gây ra bởi các vi sinh vật thường có mặt tại đường sinh sản hoặc do các vi sinh vật từ bên ngoài vào thông qua hoạt động tình dục hoặc qua các thủ thuật y tế. Không phải tất cả các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục đều là các nhiễm trùng đường sinh sản và cũng không phải tất cả các nhiễm trùng đường sinh sản đều có thể lây truyền qua đường tình dục. NLTQTĐTD nói đến cách thức lây truyền trong khi đó NTĐSS lại đề cập đến vị trí nơi các nhiễm khuẩn tiến triển.

1.1. Nguyên nhân của nhiễm trùng đường sinh sản:

Do 3 nguyên nhân sau:

- Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục như nhiễm *Chlamydia*, bệnh lậu, trùng roi sinh dục, bệnh giang mai, bệnh hạ cam, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục và nhiễm HIV...

- Nhiễm trùng nội sinh do tăng sinh quá mức các vi sinh vật có trong âm đạo của phụ nữ như viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm hộ - âm đạo do nấm men.

- Nhiễm trùng y sinh là các nhiễm trùng do thủ thuật y tế không vô trùng.

Các nhiễm trùng trên có thể dự phòng hoặc có thể chữa khỏi được.

NTĐSS là một trong các căn nguyên quan trọng nhất gây bệnh tật và tử vong cho bà mẹ và trẻ em trong thời kỳ chu sinh. Các nhiễm trùng này có thể đưa đến viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, ung thư cổ tử cung, sẩy thai, trẻ đẻ thiếu cân, mù lòa, nhiễm trùng trẻ sơ sinh, viêm phổi và trì độn ở trẻ em... Ngoài ra, một số NTĐSS còn làm tăng nguy cơ nhiễm HIV.

Các loại nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục/

Nhiễm trùng đường sinh sản

Loại	Nguồn gốc	Cách lây truyền	Ví dụ hay gặp
Nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục	Các bạn tình bị NLTQTĐTD	Quan hệ tình dục với người bị nhiễm bệnh	Lậu, <i>Chlamydia</i> , giang mai, hạ cam, trùng roi, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục, HIV...

Nhiễm trùng nội sinh	Vi sinh vật thường có ở âm đạo	Thường không lây từ người này sang người khác, nhưng sự phát triển quá mức có thể gây nên triệu chứng bệnh	Nhiễm nấm men, viêm âm đạo do vi khuẩn
Nhiễm trùng y sinh	Từ bên trong hay bên ngoài cơ thể: - Nội sinh (vi sinh vật có trong âm đạo) - NTLTQĐTD (cổ tử cung hay âm đạo) - Nhiễm từ bên ngoài. (Lây truyền do thủ thuật y tế không vô khuẩn)	Các thủ thuật y tế, sau khi khám bệnh, các can thiệp trong thời kỳ mang thai, sinh đẻ, thời kỳ hậu sản, KHHGD và khám phụ khoa... Nhiễm trùng có thể được đẩy qua cổ tử cung lên đường sinh dục trên và gây nên các nhiễm trùng nghiêm trọng ở tử cung, vòi tử cung và các cơ quan khác trong tiểu khung. Đặt DCTC, kim tiêm hoặc dụng cụ khi thăm khám âm hộ, âm đạo, thăm dò tử cung có thể gây nhiễm trùng nếu việc kiểm soát nhiễm trùng kém	Bệnh viêm tiểu khung sau hút thai hoặc sau các thủ thuật đi qua cổ tử cung. Các biến chứng nhiễm trùng sau thai kỳ và giai đoạn hậu sản

Các NTLTQĐTD có cả ở nam và nữ. Khi người bệnh mắc NTLTQĐTD cần phải điều trị cho cả bạn tình của họ để đề phòng tái nhiễm cho người bệnh, đề phòng lây nhiễm cho bạn tình của bạn tình của họ (một người có thể có nhiều bạn tình). Các nhiễm trùng nội sinh như viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm hộ - âm đạo do nấm ở phụ nữ không lây truyền qua đường tình dục cho nên không cần thiết điều trị cho bạn tình của họ.

Quản lý các NTĐSS đòi hỏi nhân viên y tế phải có kỹ năng và sự hợp tác tốt của người bệnh. Nhân viên y tế phải đảm bảo các chuẩn mực về đạo đức nghề nghiệp và nghiệp vụ, tôn trọng người bệnh, đảm bảo sự bí mật. Phòng khám phải đảm bảo riêng tư và sạch sẽ để cung ứng chất lượng tốt việc khám chữa các NTĐSS và các NTLTQĐTD. Đối với người bệnh nữ, việc khám bệnh bao gồm cả khám âm đạo bằng mỏ vịt vô khuẩn để nhìn trực tiếp cổ tử cung và thành âm đạo. Việc phòng bệnh là một phần chủ yếu đối với quản lý các NTLTQĐTD. Tư vấn cho hành vi tình dục an toàn bao gồm quan hệ một vợ một chồng sử dụng bao cao su thường xuyên, đúng cách và khám chữa bệnh cho bạn tình.

Tài liệu hướng dẫn này có rất ít thông tin về chẩn đoán và điều trị theo căn nguyên do việc hạn chế của các phương tiện xét nghiệm hỗ trợ ở tuyến cơ sở. Do vậy, cách tiếp cận theo hội chứng được đưa ra áp dụng cho các tuyến y tế cơ sở và các đơn vị y tế không có xét nghiệm hỗ trợ. Việc khuyến cáo sử dụng

kháng sinh có thể thay đổi theo kết quả giám sát kháng sinh hàng năm. Các nhân viên y tế cần cập nhật thông tin đều đặn.

Các hội chứng NTLTQĐTD/NTĐSS thông thường					
Hội chứng	NTLTQĐTD/ NTĐSS	Tác nhân gây bệnh	Loại tác nhân gây bệnh	LTQĐTD	Có chữa được/Không
Loét sinh dục	Giang mai	<i>Treponema pallidum</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	Hạ cam	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	Herpes	Herpes simplex virus (HSV-2)	Virus	Có	Không
	Bệnh u hạt bạch huyết hoa liễu (hay còn gọi là bệnh hạch soài) (Lymphogranuloma Venereum - LGV)	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	U hạt bẹn (Granuloma Inguinale) (donovanosis)	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Vi khuẩn	Có	Có
Tiết dịch niệu đạo và âm đạo	Nhiễm nấm men	<i>Candida albicans</i>	Nấm	Không	Có
	Viêm âm đạo do vi khuẩn	<i>Gardnerella vaginalis</i> và một số vi khuẩn kỵ khí khác	Vi khuẩn	Không	Có
	Trùng roi âm đạo	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Đơn bào	Có	Có
	Lậu	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	<i>Chlamydia</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Vi khuẩn	Có	Có
Các hội chứng khác	Sùi mào gà sinh dục	Virus gây u nhú ở người (Human Papilloma Virus - HPV)	Virus	Có	Không

1.2. NTLTQĐTD/NTĐSS chiếm một tỷ lệ khá lớn trong tổng số bệnh tật trên toàn thế giới chủ yếu là: lậu, *Chlamydia*, giang mai và trùng roi. Ở phụ nữ, các NTĐSS không lây truyền qua đường tình dục thậm chí còn hay gặp hơn. Để làm giảm gánh nặng của NTĐSS, cần phải có nỗ lực từ các cơ sở y tế và cộng đồng. Phòng bệnh và quản lý có hiệu quả các ca bệnh do các nhân viên y tế đảm nhiệm sẽ làm giảm gánh nặng của NTLTQĐTD/NTĐSS bằng nhiều cách. Điều trị hiệu quả làm giảm sự lây truyền NTLTQĐTD/NTĐSS trong cộng đồng và các thủ thuật an toàn, phù hợp tại các phòng khám sẽ làm giảm các nhiễm trùng y sinh. Giáo dục và tiếp cận cộng đồng là cần thiết để thúc đẩy việc phòng ngừa các nhiễm trùng và sử dụng các dịch vụ y tế, do đó làm giảm sự lây truyền bệnh trong cộng đồng.

2. HƯỚNG DẪN CỤ THỂ QUẢN LÝ CÁC NTĐSS:

2.1. Khai thác tiền sử và bệnh sử

Các thông tin sau cần được khai thác:

- Triệu chứng hiện tại.
- Thời gian xuất hiện triệu chứng bệnh và thời gian bệnh tồn tại.
- Tiền sử kinh nguyệt và thai nghén.
- Đã có lần nào ra khí hư hoặc bị bệnh tương tự, bệnh NTLTQĐTD chưa? Nếu có là mấy lần?

- Lần giao hợp cuối cùng.
- Liên quan giữa triệu chứng và giao hợp: gây đau hoặc làm triệu chứng nặng lên.

- Đã có vợ, chồng hay bạn tình thường xuyên chưa? Số bạn tình và các loại bạn tình (về giới, nghề nghiệp...).

- Vợ, chồng hoặc bạn tình có triệu chứng, được chẩn đoán hoặc có nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục không?

- Thuốc, các biện pháp điều trị đã và đang sử dụng.
- Tiền sử dị ứng thuốc.
- Tiền sử hoặc hiện đang nghiện, chích ma túy, xăm trổ.

2.2. Khám lâm sàng

2.2.1. Nguyên tắc và điều kiện

- Nơi khám đủ ánh sáng, kín đáo, yên tĩnh, đủ ấm, đảm bảo bí mật và tâm lý tốt cho khách hàng.

- Người thầy thuốc đảm bảo tác phong nghề nghiệp, tôn trọng người bệnh và phong tục tập quán của họ. Nếu người bệnh là nữ, thầy thuốc nên cùng giới với người bệnh. Nếu thầy thuốc là nam, cần có trợ thủ là nữ.

- Đi găng tay vô khuẩn khi khám bệnh.

- Chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn: mỏ vịt, kẹp, găng tay, dụng cụ lấy bệnh phẩm, lam kính, bông, cồn...

- Người bệnh đứng (nam) hoặc nằm trên bàn (nữ), bộc lộ toàn bộ vùng sinh dục.

2.2.2. Khám bệnh

2.2.2.1. Bệnh nhân nữ

- Khám toàn bộ da và niêm mạc để phát hiện những thương tổn bệnh lý. Chú ý các phần hay xuất hiện tổn thương là miệng, nách, bẹn, hậu môn và lòng bàn tay, bàn chân.

- Khám bộ phận sinh dục ngoài:

+ Tư thế: người bệnh nằm ở tư thế phụ khoa, chỉ bộc lộ vùng sinh dục.

+ Khám môi lớn, môi bé và vùng hậu môn, niệu đạo, âm vật. Phát hiện các tổn thương: sần, vết loét, sùi, tổn thương ghẻ, hạch bẹn, rạn mu và trứng rạn.

+ Dịch âm đạo: màu sắc, mùi, đặc điểm dịch (dịch nhiều hay ít, trong hay đục, vàng, xanh, có mủ, có bọt, có dính vào thành âm đạo không, lẫn máu không).

- Khám trong:

+ Đặt mỏ vịt: đặt mỏ vịt vô khuẩn vào trong âm đạo, mở mỏ vịt và định vị cổ tử cung vào giữa hai cánh mỏ vịt. Kiểm tra kỹ cổ tử cung và các thành âm đạo.

+ Đánh giá tính chất khí hư (màu, số lượng, mùi). Đánh giá dịch ở trong ống cổ tử cung: dịch trong, dịch mủ hoặc mủ có lẫn máu.

+ Phát hiện các tổn thương loét, nốt hoặc sùi trong cổ tử cung và thành âm đạo.

+ Khám bằng hai tay: đưa hai ngón tay vào âm đạo, ấn lên xem niệu đạo có mủ hoặc dịch chảy ra không, tay kia nắn nhẹ bụng dưới để xem có khối cứng hoặc đau vùng bụng không, khi đẩy cổ tử cung và di động tử cung có đau, có nhạy cảm không? Nếu có thì đó là các dấu hiệu của viêm tiểu khung.

- Khám hậu môn và vùng quanh hậu môn.

2.2.2.2. Bệnh nhân nam

- Tư thế: người bệnh đứng.

- Khám toàn bộ da và niêm mạc để phát hiện những thương tổn bệnh lý. Chú ý các phần hay xuất hiện tổn thương là miệng, nách, bẹn, hậu môn và lòng bàn tay, bàn chân.

- Khám dương vật, miệng sáo, lộn bao qui đầu và vuốt dọc niệu đạo xem có dịch chảy ra không (xem xét màu sắc dịch, số lượng dịch và các tính chất khác của dịch).

- Khám bìu, kiểm tra tinh hoàn, mào tinh hoàn về mật độ, kích thước, các thương tổn khác.

- Khám hậu môn và vùng quanh hậu môn.

3. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ VIÊM CỔ TỬ CUNG VÀ CÁC NTLTQĐTD KHÁC (bao gồm cả HIV)

Một người có nguy cơ bị NTLTQĐTD cao hơn nếu người đó có ít nhất một trong những yếu tố sau đây:

- Bạn tình có những triệu chứng của NTLTQĐTD (tiết dịch niệu đạo), hoặc

- Có hành vi tình dục không an toàn, hoặc

- Có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhóm người có hành vi tình dục nguy cơ cao (mại dâm, ma túy...), hoặc

- Có 2 trong 3 yếu tố sau đây:

+ Thanh niên độ tuổi 20, chưa lập gia đình và đã có quan hệ tình dục không an toàn.

+ Có trên một bạn tình hoặc bạn tình có quan hệ tình dục không an toàn với nhiều bạn tình khác.

+ Mới thay đổi bạn tình trong vòng 3 tháng gần đây.

4. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN LÀM XÉT NGHIỆM HIV

- Tất cả người bệnh mắc bệnh NTLTQĐTD đều cần được tư vấn và đề nghị xét nghiệm tự nguyện HIV.

- Đặc biệt chú ý đến các người bệnh mắc bệnh giang mai có triệu chứng, herpes sinh dục, sùi mào gà ở tình trạng nặng hoặc lan toả, hạ cam, nấm Candida hậu họng và các bệnh NTLTQĐTD khác không đáp ứng với điều trị thông thường; các trường hợp bệnh có biểu hiện lâm sàng nặng và hay tái phát.

5. TƯ VẤN VỀ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH HIỆU QUẢ

5.1. Thông tin và tư vấn về NTLTQĐTD

Thông tin và tư vấn về hành vi tình dục an toàn cần được áp dụng với mọi trường hợp nhất là mắc các NTLTQĐTD. Các vấn đề chính cần tư vấn là:

- Các hậu quả của NTLTQĐTD đối với nam và nữ, đặc biệt là trong trường hợp không được điều trị đúng và đầy đủ.

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị sớm và tuân thủ điều trị đủ liều, thậm chí khi triệu chứng bệnh đã hết vẫn cần tiếp tục cho hết trị liệu, đến khám lại theo lịch hẹn.

- Khả năng lây truyền cho bạn tình.

- Xác định và điều trị bạn tình, kể cả khi họ không có triệu chứng bệnh.

- Đối với vị thành niên cần thông tin cho họ về nguy cơ mắc và biến chứng của các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tư vấn về thực hiện tình dục an toàn, nếu mắc bệnh cần đi khám và điều trị sớm.

- Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên để tránh mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, đồng thời phòng tránh có thai ngoài ý muốn.

- Nguy cơ lây nhiễm các NTLTQĐTD khác và HIV, tư vấn để họ tự nguyện xét nghiệm HIV. Thông tin về địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

5.2. Sử dụng bao cao su để thực hiện tình dục an toàn

Bao cao su là phương tiện hiệu quả nhất để phòng ngừa nhiễm khuẩn qua đường tình dục và HIV/AIDS. Mỗi người mắc NTLTQĐTD cần được cán bộ y tế khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su đúng cách để bảo đảm tình dục an toàn, đồng thời phòng tránh có thai ngoài ý muốn.

5.3. Thông báo bạn tình

- Đối với các NTLTQĐTD, cán bộ y tế phải khuyến khích người bệnh tự nguyện thông báo bạn tình. Cán bộ y tế cần giải thích hậu quả của NTLTQĐTD nếu bạn tình không được điều trị.

- Điều trị cho bạn tình của người bệnh dựa trên hội chứng bệnh của người bệnh.

HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hội chứng đau bụng dưới do các căn nguyên nhiễm trùng đường sinh sản thường có các triệu chứng tiết dịch âm đạo, đau, chảy máu khi giao hợp và sốt. Hội chứng đau bụng dưới bao gồm cả nhiễm trùng đường sinh sản (NTĐSS) và nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (NLTQTĐTD). Tất cả các phụ nữ có hoạt động tình dục bị đau bụng dưới cần phải được đánh giá cẩn thận để tìm các dấu hiệu viêm tiểu khung. Đau bụng dưới do lậu cầu, *Chlamydia* có nguy cơ dẫn đến vô sinh. Tuy nhiên, đau bụng dưới có thể do một số bệnh cấp cứu ngoại khoa và sản phụ khoa, do vậy cần được khám xét cẩn thận để có chẩn đoán và chỉ định điều trị đúng.

- Tính chất đau

+ Đau có thể là cấp tính hoặc mạn tính.

+ Đau cấp tính: cần loại trừ các cấp cứu ngoại khoa hoặc sản phụ khoa như: viêm ruột thừa, nang buồng trứng xoắn, thai ngoài tử cung...

+ Đau mạn tính: không theo chu kỳ, thường có liên quan đến viêm tiểu khung, viêm phần phụ.

- Nguyên nhân gây đau bụng dưới liên quan đến viêm tiểu khung

+ Lậu cầu khuẩn.

+ *Chlamydia trachomatis*.

+ Vi khuẩn kỵ khí, vi khuẩn Gram âm và liên cầu.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Đau bụng dưới, liên tục hoặc gián đoạn, nhẹ hoặc nặng.

- Đau, chảy máu khi giao hợp.

- Tiết dịch âm đạo.

- Có thể sốt hoặc thân nhiệt vẫn bình thường.

- Tuy nhiên, các dấu hiệu lâm sàng của viêm tiểu khung thay đổi và có thể không rõ ràng.

Chú ý đến chu kỳ kinh nguyệt, biện pháp tránh thai đang sử dụng, thai nghén.

Khám lâm sàng

Đặc biệt chú ý khi khám:

+ Tiết dịch mủ/nhầy ở âm đạo và cổ tử cung.

+ Xác định kích thước tử cung, đau khi di động của cổ tử cung và các tình trạng của các phần phụ, có máu ra tay không?

+ Xác định xem có một hoặc hai vòi tử cung sưng to hay cứng, có khối đau nhạy cảm ở hố chậu, có phản ứng thành bụng hoặc đau nhạy cảm thành bụng không.

3. XÉT NGHIỆM HỖ TRỢ:

- Công thức máu, tốc độ lắng máu.
- Nhuộm Gram dịch cổ tử cung và âm đạo.
- Siêu âm.
- Test thai nghén.

4. CHẨN ĐOÁN:

- Trước hết cần chẩn đoán phân biệt với các cấp cứu ngoại khoa và sản khoa như:

- + Viêm ruột thừa cấp tính.
- + Tắc ruột.
- + U nang buồng trứng xoắn.
- + Thai ngoài tử cung...
- + Nhiễm trùng đường tiết niệu.
- + Các nguyên nhân khác.
- Chẩn đoán viêm tiểu khung dựa vào các triệu chứng sau:
 - + Có thể sốt.
 - + Tiết dịch nhiều, dịch nhầy mủ ở âm đạo và cổ tử cung khi khám.
 - + Đau khi di động cổ tử cung và khi giao hợp.
 - + Đau cả hai bên, đau nhiều hơn ở một bên.
 - + Đau bụng dưới và bên cạnh tử cung.
 - + Khối sưng dính vào tử cung.
 - + Máu lắng hoặc/và số lượng bạch cầu tăng.

Người bệnh cần được xét nghiệm để phát hiện các NTLTQĐTD khác và phát hiện nguyên nhân bệnh nếu có điều kiện xét nghiệm hỗ trợ.

5. ĐIỀU TRỊ:

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân.
- Đối với mọi trường hợp đau bụng dưới, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình, cần đặc biệt chú ý khi nghi ngờ nguyên nhân lậu hoặc *Chlamydia*.

- Nếu không xác định được nguyên nhân thì điều trị đồng thời toàn bộ các nguyên nhân gây viêm, phối hợp 3 phác đồ sau đây:

5.1. Phác đồ điều trị lậu

Dùng một trong các thuốc sau:

- Cefixim 200mg x 2viên, uống liều duy nhất.
- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Cefotaxim 1g tiêm bắp liều duy nhất, hoặc

5.2. Phác đồ điều trị Chlamydia

Dùng một trong các thuốc sau:

- Azithromycin 1g, uống 1 lần/tuần, trong 2 tuần.
- Doxycyclin 100mg, uống 1viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Tetracyclin 500mg, uống 1viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc

Chú ý: Không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai, đang cho con bú, thay thế bằng một trong các thuốc sau:

- + Erythromycin stearat 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày.
- + Amoxicillin 500mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 14 ngày.

5.3. Phác đồ điều trị viêm nhiễm do vi khuẩn kỵ khí

Metronidazol 500mg, uống 1viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày.

Chú ý:

- + Không dùng metronidazol cho phụ nữ có thai ba tháng đầu mà thay thế bằng amoxicillin 500mg, uống 1viên, 3 lần/ngày, trong 14 ngày.
- + Không uống rượu trong thời gian điều trị cho tới sau khi hết thuốc 24 giờ.

5.4. Chuyển tuyến trên khi

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau 3 ngày điều trị.
- Nghi ngờ đau bụng do nguyên nhân ngoại khoa.
- Người bệnh có chậm kinh, mới đẻ, sảy thai, người bệnh có kèm theo chảy máu âm đạo.

6. THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN:

- Tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ điều trị cho dù triệu chứng bệnh có giảm sau một vài ngày điều trị và đến khám lại theo lịch hẹn, cần phải đến khám ngay nếu triệu chứng không thuyên giảm hoặc nặng hơn.

- Các hậu quả của bệnh khi không được điều trị đúng và đầy đủ, đặc biệt chú ý nguy cơ thai ngoài tử cung và vô sinh.

- Cán bộ y tế cần khuyến khích người bệnh thông báo bạn tình và điều trị bạn tình, đặc biệt đối với những trường hợp nghi ngờ lậu hoặc nhiễm *Chlamydia trachomatis*.

- Tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng bao cao su. Người bệnh cần được khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su để phòng ngừa tái nhiễm bệnh cũng như lây nhiễm các bệnh LTQĐTD khác và lây nhiễm HIV/AIDS.

- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hội chứng loét sinh dục là tình trạng có các vết loét ở vùng sinh dục, hậu môn gây nên bởi các tác nhân nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

Mô hình bệnh loét sinh dục thay đổi theo các khu vực khác nhau trên thế giới trong đó herpes sinh dục, giang mai và hạ cam là những bệnh hay gây ra loét.

Tác nhân gây loét sinh dục thường gặp:

+ Xoắn khuẩn giang mai gây bệnh giang mai.

+ Trực khuẩn hạ cam gây bệnh hạ cam.

+ Vi rút herpes (Herpes Simplex Virus-HSV) có 2 loại HSV-1 và HSV-2, nhưng herpes sinh dục chủ yếu do HSV-2 gây ra.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Có một hay nhiều vết loét ở vùng sinh dục - hậu môn, môi, lưỡi, họng... có thể đau hoặc không đau.

- Hạch to, hạch bẹn một bên hoặc hai bên di động hoặc không, đau hoặc không đau, mưng mủ rồi vỡ gây loét hoặc không.

- Toàn trạng: bình thường hoặc có sốt nhẹ, mệt mỏi.

Khám lâm sàng

- Khám (các) vết loét:

+ Số lượng, vị trí.

+ Kích thước, hình dạng.

+ Đặc điểm: cứng, mềm; đáy sạch hoặc có mủ; bờ tròn đều hay nhám nhò, đau hay không đau, bề mặt vết loét phẳng hay gồ ghề, có hay tái phát không.

- Khám hạch: to hay nhỏ, cố định hay di động, một bên hay hai bên, đau hay không đau, có sưng đỏ không, có mưng mủ không, có vỡ mủ không.

- Khám tìm các thương tổn trên da: sẩn, sẩn mủ, đào ban, cần khám kỹ lòng bàn tay, bàn chân tìm tổn thương giang mai.

- Khám niêm mạc vùng hậu môn, miệng, họng, mũi tìm các thương tổn ở niêm mạc và bán niêm mạc của bệnh giang mai, herpes.

- Các triệu chứng khác: rụng tóc, đau khớp, mệt mỏi...

3. XÉT NGHIỆM HỖ TRỢ:

Phản ứng huyết thanh chẩn đoán giang mai (RPR, VDRL, TPHA)

4. CHẨN ĐOÁN:

- Vết loét do giang mai (hay săng giang mai, thời kỳ I): là vết trợt nông, hình tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ ràng, không có bờ, đáy phẳng, thâm nhiễm cứng, không ngứa, không đau, không điều trị cũng sẽ tự khỏi sau 6 - 8 tuần, thường có một vết. Kèm theo viêm hạch vùng lân cận, thường là hạch bẹn một bên, di động, không đau, không mưng mủ.

- Vết loét do hạ cam: thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm. Vết loét có đáy lõm chớm, nhiều mủ, bờ nham nhở, rất đau, hạch bẹn to một bên. Sau một vài tuần hạch vỡ mủ, tạo thành ổ áp xe hoặc lỗ dò.

- Vết loét do herpes: thường bắt đầu bằng đám mụn nước nhỏ như hạt tằm, hạt đậu xanh, cụm lại thành đám như chùm nho, sau đó dập vỡ tạo thành các vết trợt nông, mềm, bờ có nhiều cung kèm theo cảm giác rát hoặc ngứa, vết trợt tự khỏi, nhưng rất hay tái phát. Có thể sưng hạch một bên hoặc hai bên bẹn, đau, không làm mủ.

- Nếu có vết loét, nhưng không phải giang mai, hạ cam hoặc herpes thì chuyển tuyến trên để chẩn đoán.

Chú ý:

+ Các vết loét có thể không điển hình như mô tả trên đây.

+ Hiện nay ở nhiều khu vực trên thế giới, herpes sinh dục là căn nguyên hay gặp nhất gây vết loét sinh dục. Ở những nơi có nhiều người nhiễm HIV, tỉ lệ loét sinh dục do herpes dường như ngày càng tăng lên.

+ Các vết loét do herpes (và các loét do NTQĐTD nói chung) ở những người bệnh HIV (+) có thể không điển hình và diễn biến dai dẳng.

5. ĐIỀU TRỊ:

- Đối với mọi trường hợp loét sinh dục do các căn nguyên trên, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân.

- Nếu vết loét không xác định được là giang mai hay hạ cam thì điều trị đồng thời giang mai và hạ cam.

- Điều trị loét sinh dục ở người HIV (-) và (+) như nhau.

- Hướng dẫn chăm sóc cơ bản cho tổn thương (giữ sạch và khô).

- Khuyến người bệnh khám lại sau 7 ngày nếu thương tổn không lành hẳn hoặc sớm hơn nếu tình trạng lâm sàng trở nên xấu đi.

5.1. Phác đồ điều trị giang mai I

Dùng một trong các thuốc sau đây

- Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc

- Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp.

- Trường hợp dị ứng hoặc không có penicilin, có thể dùng doxycyclin 100mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 15 ngày.

Chú ý: không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi. Thay bằng erythromycin base 500mg, uống 1viên, 4 lần/ngày, trong 15 ngày.

5.2. Phác đồ điều trị hạ cam

Dùng một trong các thuốc sau đây:

- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc

- Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc

- Azithromycin 1g, uống liều duy nhất, hoặc

- Erythromycin base 500mg, uống 1viên, 4lần/ngày, trong 7 ngày, hoặc

- Ciprofloxacin 500mg, uống 1 viên, 2lần/ngày, trong 3 ngày.

Chú ý: Không dùng ciprofloxacin cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và người dưới 18 tuổi.

5.3. Phác đồ điều trị Herpes sinh dục

Dùng một trong các thuốc sau đây:

+ Acyclovir 400mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc

+ Acyclovir 200mg, uống 1 viên, 5 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc

+ Famcyclovir 250mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc

+ Valacyclovir 1g, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

Chú ý: Mặc dù không có thuốc điều trị đặc hiệu cho HSV nhưng điều trị bằng các thuốc kháng vi rút như acyclovir có thể rút ngắn thời gian bị bệnh, giảm các đợt tái phát và giảm nguy cơ lây truyền bệnh. Do đó cần điều trị ngay càng sớm càng tốt cho trường hợp mới mắc herpes sơ phát.

5.4. Chuyển tuyến trên khi

- Không có sẵn các thuốc trên đây.

- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.

- Herpes tái phát từ 6 lần trở lên trong một năm.

- Trường hợp bệnh giang mai và hạ cam không đáp ứng với điều trị hoặc bệnh herpes sinh dục có biểu hiện lâm sàng nặng và lan toả nên nghĩ đến khả năng người bệnh bị suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV.

- Trường hợp thai phụ sắp sinh bị herpes sơ phát cần chuyển tuyến trên vì nguy cơ gây biến chứng cho thai nhi cao. Có thể cho điều trị trước 4 giờ hoặc trong 4 giờ trước khi vỡ ối và nên phẫu thuật lấy thai để tránh lây cho con.

6. THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN:

Ngoài những thông tin và tư vấn chung, cần chú ý những điểm sau đây:

- Cần tuân thủ đầy đủ phác đồ điều trị, đặc biệt đối với bệnh giang mai và hạ cam để phòng các biến chứng của bệnh và cắt đứt nguồn lây.

- Khám lại theo lịch hẹn.

- Loét sinh dục tạo điều kiện cho HIV lây truyền dễ hơn các NTLTQĐTD/NTĐSS khác. Hạ cam, herpes sinh dục và giang mai hay gặp ở những nơi tỉ lệ lưu hành HIV cao và việc phòng chống các bệnh này là thành phần rất quan trọng của phòng chống HIV.

- Nhiễm HIV có thể làm thay đổi hình thể lâm sàng của loét sinh dục làm cho chẩn đoán bệnh chứng khó hơn. Do đó cần nhấn mạnh sự cần thiết phải điều trị sớm, đặc biệt ở những người nhiễm HIV.

- Ngoài nguy cơ nhiễm HIV, herpes sinh dục còn nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi, đặc biệt ở giai đoạn chuyển dạ đẻ.

- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu đối với herpes sinh dục, người bệnh phải mang bệnh suốt đời và rất hay tái phát. Nếu tái phát từ 6 lần trở lên trong một năm cần gửi tuyến trên để điều trị. Người bị herpes sinh dục dễ dàng làm lây nhiễm cho bạn tình cho nên việc tư vấn đề phòng lây nhiễm là rất cần thiết.

- Bệnh giang mai có thể lây truyền từ mẹ sang thai qua bánh rau gây: sảy thai, thai chết lưu, giang mai bẩm sinh ...

- Tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên. Cần chú ý đối với các vết loét do herpes sinh dục, bao cao su không có tác dụng bảo vệ nếu không che phủ hết các vết loét.

- Thông báo và điều trị bạn tình.

- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hội chứng tiết dịch âm đạo là một hội chứng lâm sàng thường gặp mà người bệnh than phiền là có dịch âm đạo (khí hư) và kèm theo một số triệu chứng khác như ngứa, đau rát ở vùng sinh dục, đái khó, đau khi giao hợp...và nếu không điều trị có thể gây biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, thai ngoài tử cung, nhất là đối với lậu và *Chlamydia*. Tất cả các trường hợp viêm âm hộ, viêm âm đạo, viêm âm hộ - âm đạo và viêm cổ tử cung đều đưa đến tiết dịch âm đạo.

Căn nguyên thường gặp của viêm âm hộ, âm đạo và cổ tử cung:

- + Nấm men candida gây viêm âm hộ - âm đạo.
- + Trùng roi âm đạo gây viêm âm đạo.
- + Vi khuẩn gây viêm âm đạo.
- + Lậu cầu khuẩn gây viêm ống cổ tử cung và niệu đạo.
- + *Chlamydia trachomatis* gây viêm ống cổ tử cung và niệu đạo.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Các dấu hiệu và triệu chứng của tiết dịch âm đạo bệnh lý (khí hư): số lượng ít hoặc nhiều, loãng hoặc đặc, màu trong, đục hoặc màu vàng, mùi hôi hoặc không hôi. Ngoài ra còn có các triệu chứng khác đi kèm:

- Ngứa vùng âm hộ, âm đạo (đặc biệt do nấm men candida).
- Cảm giác bỏng rát vùng âm hộ, âm đạo (đặc biệt do nấm men candida).
- Viêm nề âm hộ.
- Đau khi giao hợp.
- Có thể kèm theo đái khó.

2.1. Đánh giá nguy cơ viêm ống cổ tử cung

Một người có nguy cơ bị viêm ống cổ tử cung (thường do lậu cầu khuẩn và *Chlamydia*) cao hơn nếu người đó có một trong những yếu tố sau đây:

- Bạn tình có những triệu chứng của NTLTQĐTD, hoặc
- Có hành vi tình dục không an toàn, hoặc
- Có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhóm người có hành vi tình dục nguy cơ cao (mại dâm, ma túy ...) hoặc
- Có 2 trong 3 yếu tố sau đây:
 - + Thanh niên độ tuổi 20, chưa lập gia đình và đã có quan hệ tình dục.
 - + Có trên một bạn tình hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhiều bạn tình khác.
 - + Có bạn tình mới trong vòng 3 tháng gần đây.

2.2. Khám lâm sàng:

- Viêm ống cổ tử cung hay viêm cổ tử cung mũ nhầy khi khám hoặc khi soi cổ tử cung: biểu hiện viêm cổ tử cung kèm theo phù nề, đỏ. Khi chạm vào cổ tử cung dễ chảy máu và có mũ nhầy trong ống cổ tử cung khi đưa tăm bông vào trong ống cổ tử cung. Tác nhân gây viêm ống cổ tử cung là lậu cầu và *Chlamydia trachomatis*. Xét nghiệm dịch mũ nhầy có ≥ 30 bạch cầu/vi trường với độ phóng đại 1000 lần.

- Viêm âm đạo thông thường do 3 tác nhân gây nên là viêm âm hộ - âm đạo do nấm men candida, viêm âm đạo do trùng roi và viêm âm đạo do vi khuẩn.

3. XÉT NGHIỆM HỖ TRỢ:

- Thử pH âm đạo.
- Soi tươi để tìm trùng roi âm đạo và nấm men candida.
- Nhuộm Gram tìm lậu cầu khuẩn, tế bào clue.
- Xét nghiệm nhanh Sniff (thử nghiệm mùi cá uon với KOH 10 %) để xác định viêm âm đạo do vi khuẩn.

4. CHẨN ĐOÁN:

- Viêm ống cổ tử cung do lậu và *Chlamydia*: trong ống cổ tử cung có dịch nhầy mũ hoặc mũ có máu. Có thể kèm theo viêm tuyến Bartholin, Skène.

- Viêm âm đạo: có khí hư âm đạo với tính chất:

+ Do candida: khí hư đặc, màu trắng như váng sữa dính vào thành âm đạo, có vết trợt, số lượng nhiều hoặc vừa, thường kèm theo ngứa và cảm giác bỏng rát âm hộ - âm đạo.

+ Do trùng roi âm đạo: khí hư màu xanh, loãng, có bọt, số lượng nhiều, mùi hôi, có thể gây viêm cổ tử cung nặng (cổ tử cung như quả dâu). Chẩn đoán xác định bằng soi tươi dịch âm đạo có trùng roi di động.

+ Do vi khuẩn: màu xám trắng, đồng nhất, dính đều vào thành âm đạo, số lượng ít, mùi hôi. Test Sniff dương tính.

5. ĐIỀU TRỊ:

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân, nếu không thì điều trị theo hội chứng.

- Đối với mọi trường hợp tiết dịch âm đạo, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình, trừ trường hợp viêm âm đạo do nấm hoặc vi khuẩn.

5.1. Phác đồ điều trị viêm ống cổ tử cung

Điều trị đồng thời lậu và *Chlamydia trachomatis* theo 1 trong 4 phác đồ sau:

- Cefixim 200mg, uống 2 viên, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc

- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc

- Spectinomycin 2g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc

- Cefotaxim 1g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.

Chú ý:

Có thể thay doxycyclin bằng tetracyclin 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày.

- Phụ nữ có thai và cho con bú không được dùng doxycyclin và tetracyclin. Thuốc được thay thế sẽ bằng một trong các phác đồ sau:

+ Azithromycin 1g, uống liều duy nhất, hoặc

+ Erythromycin base 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày, hoặc

+ Amoxicillin 500mg, uống 1 viên, ngày 3 lần, trong 7 ngày.

- Điều trị cho bạn tình dù họ không có triệu chứng lậu và *Chlamydia* với liều tương tự.

5.2. Phác đồ điều trị viêm âm đạo

Điều trị đồng thời viêm âm đạo do trùng roi, viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm đạo do nấm candida.

5.2.1. Điều trị viêm âm đạo do trùng roi và vi khuẩn

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

- Metronidazol 2g hoặc tinidazol 2g uống liều duy nhất, hoặc

- Metronidazol 500mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày.

Chú ý kiêng rượu bia trong thời gian sử dụng Metronidazol cho đến 24h sau khi ngừng thuốc.

Với viêm âm đạo do trùng roi, điều trị cho bạn tình với liều tương tự.

5.2.2. Điều trị viêm âm đạo do nấm candida

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

- Nystatin viên đặt âm đạo 100.000đv, 1viên/ngày trong 14 ngày, hoặc

- Miconazole hoặc Clotrimazole viên đặt âm đạo 200mg, 1 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc

- Clotrimazole 500mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 liều duy nhất, hoặc

- Itraconazole (Sporal) 100mg uống 2 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc

- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất.

Chú ý: Không cần điều trị cho bạn tình. Tuy nhiên, các trường hợp bạn tình có viêm qui đầu và bao da qui đầu do nấm vẫn cần điều trị.

5.2.3 Chuyển tuyến trên khi

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Nếu nghi có viêm tiểu khung thì phải điều trị tại tuyến huyện trở lên.

6. THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN:

Mọi trường hợp mắc hội chứng tiết dịch âm đạo đều cần được thông tin và tư vấn về hành vi tình dục an toàn. Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc hội chứng tiết dịch âm đạo, đặc biệt đối với các trường hợp được chẩn đoán xác định hoặc có khả năng bị lậu, nhiễm *Chlamydia* và trùng roi âm đạo là:

- Các hậu quả của bệnh có thể là nhiễm khuẩn ngược dòng, thai ngoài tử cung, vô sinh...

- Tuân thủ phác đồ điều trị dù triệu chứng đã hết, đến khám lại theo lịch hẹn.

- Khả năng lây truyền cho bạn tình.

- Kiên quan hệ tình dục cho đến khi kết thúc điều trị.

- Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên.

- Điều trị bạn tình.

- Nguy cơ lây nhiễm HIV. Thông tin về địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

- Nếu triệu chứng bệnh nặng lên, không giảm hoặc xuất hiện đau bụng dưới, đau khi giao hợp cần phải đến khám lại.

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO Ở NAM GIỚI

1. ĐẠI CƯƠNG:

Hội chứng tiết dịch niệu đạo biểu hiện có dịch/mủ chảy từ lỗ niệu đạo ở nam giới, kèm theo các triệu chứng khác như đái buốt, đái khó. Nếu không điều trị kịp thời có thể lây cho bạn tình và để lại biến chứng như viêm mào tinh hoàn, hẹp niệu đạo, vô sinh.

Hội chứng tiết dịch niệu đạo dùng cho quản lý viêm niệu đạo ở nam giới. Đây là nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục thường gặp nhất ở nam giới.

Căn nguyên chính gây hội chứng tiết dịch niệu đạo là lậu cầu khuẩn và *Chlamydia trachomatis*. Nếu quản lý theo hội chứng, điều trị cho người bệnh bị tiết dịch niệu đạo cần phải điều trị cả hai tác nhân này.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Ra mủ hoặc dịch nhầy ở lỗ niệu đạo.
- Đái buốt.
- Đái rất.
- Đái khó.
- Cảm giác ngứa râm rứt dọc theo niệu đạo.

Ngoài các triệu chứng trên, còn có thể có các dấu hiệu kèm theo:

- Viêm kết mạc, viêm hầu họng.
- Sung, đau bìu.

Cần khai thác thêm một số thông tin sau:

- Bệnh bắt đầu đột ngột hay từ từ? Thời gian ủ bệnh?
- Các triệu chứng xuất hiện râm rộ, cấp tính hay từ từ kín đáo?
- Dịch niệu đạo ít hay nhiều, tính chất dịch?

Khám:

Khám phát hiện các dấu hiệu của bệnh lậu, *Chlamydia* và những bệnh viêm nhiễm đường sinh dục khác:

- Số lượng dịch nhiều hay ít. Nếu không nhìn thấy dịch, cần phải vuốt dọc dương vật nhẹ nhàng từ gốc đến lỗ niệu đạo 2-3 lần.
- Tính chất dịch: trong hay đục, có mủ, có nhầy không?
- Tinh hoàn và mào tinh có sưng đau hay không?
- Khám xem có đau khớp, đau họng, viêm kết mạc không?
- Có các hội chứng nhiễm khuẩn đường sinh dục khác như: loét sinh dục, sùi mào gà, hạch bẹn không?

3. XÉT NGHIỆM:

Nếu có xét nghiệm hỗ trợ thì nhuộm Gram tìm song cầu Gram (-) hình hạt cà phê trong và ngoài tế bào bạch cầu đa nhân và đếm số lượng bạch cầu trong dịch niệu đạo.

4. CHẨN ĐOÁN:

4.1. Viêm niệu đạo do lậu

- Khởi bệnh cấp tính, râm rộ, đái buốt, đái rắt kèm theo chảy mủ ở miệng sáo, do đó người bệnh thường đi khám ngay.

- Thời gian ủ bệnh ngắn, khoảng 2 - 6 ngày.

- Dịch niệu đạo là mủ vàng đặc hoặc vàng xanh, số lượng nhiều.

- Xét nghiệm: nhuộm Gram thấy song cầu khuẩn Gram (-) nằm trong và ngoài tế bào bạch cầu đa nhân.

4.2. Viêm niệu đạo không do lậu

- Thời gian ủ bệnh lâu hơn, khoảng 1 - 5 tuần.

- Triệu chứng kém râm rộ, người bệnh thường không có đái buốt, số lượng dịch niệu đạo ít, thường là dịch trong.

- Xét nghiệm: không thấy song cầu khuẩn Gram (-) có trên ≥ 5 bạch cầu/vi trường với độ phóng đại 1000 lần.

5. ĐIỀU TRỊ:

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân, nếu không thì điều trị theo hội chứng.

- Đối với mọi trường hợp tiết dịch niệu đạo, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.

- Điều trị viêm niệu đạo do lậu đồng thời phải điều trị viêm niệu đạo do *Chlamydia*.

5.1. Phác đồ điều trị viêm niệu đạo do lậu

Dùng một trong các loại thuốc sau kết hợp với một trong các loại thuốc điều trị viêm niệu đạo không do lậu:

- Cefixim 200mg, uống 2 viên, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc

- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc

- Spectinomycin 2g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc

- Cefotaxim 1g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.

5.2. Phác đồ điều trị viêm niệu đạo không do lậu

- Dùng một trong 3 thuốc sau:

+ Doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.

+ Tetracyclin 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày.

+ Azithromycin 1g, uống liều duy nhất.

Chú ý:

- Điều trị cho bạn tình với liều tương tự.

- Không dùng doxycyclin, tetracyclin cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú. Có thể thay thế bằng một trong các thuốc sau:

+ Erythromycin stearat 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 14 ngày

+ Amoxicillin 500mg, uống 1 viên, ngày 3 lần, trong 14 ngày

- Người bệnh được khuyến đến khám lại nếu các triệu chứng vẫn còn sau khi đã điều trị 7 ngày.

6. THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN:

Mọi trường hợp mắc hội chứng tiết dịch niệu đạo đều cần được giáo dục và tư vấn về hành vi tình dục an toàn. Cán bộ y tế cần tuân thủ các nguyên tắc về tư vấn. Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc hội chứng tiết dịch niệu đạo là:

- Hậu quả của bệnh khi không được điều trị đúng và đầy đủ, cần nhấn mạnh nguy cơ lây nhiễm và gây viêm tiểu khung, thai ngoài tử cung, vô sinh ở bạn tình, gây viêm kết mạc mắt ở trẻ sơ sinh có thể dẫn đến mù lòa, viêm phổi trẻ sơ sinh...

- Tuân thủ chỉ định điều trị của thầy thuốc, đến khám lại theo lịch hẹn.

- Khả năng lây truyền cho bạn tình.

- Tình dục an toàn, khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su đúng cách, thường xuyên.

- Thông báo và điều trị bạn tình.

- Có tới trên 50 % các trường hợp nhiễm khuẩn không triệu chứng vẫn có thể lây bệnh cho bạn tình và có thể tiến triển gây các biến chứng cho chính họ.

- Nguy cơ lây nhiễm các bệnh LTQĐTD khác và HIV, tư vấn trước khi xét nghiệm HIV.

- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

Phụ lục**DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ
NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC/
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN**

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
1. <i>Chlamydia</i> đường sinh sản	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất.	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày	
2. <i>Chlamydia</i> đường sinh sản khi thai nghén	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất	Amoxicillin 500mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày	
3. <i>Chlamydia</i> viêm kết mạc sơ sinh	Erythromycin base hoặc ethylsuccinat 50mg/kg, chia 4 lần/ngày, trong 14 ngày	Trimethoprim 40 mg và sulfamethoxazol 200mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày	Không có	
4. Herpes sơ phát	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày	Acyclovir 200mg uống 5 lần/ngày, trong 7 ngày	Famciclovir 250mg, uống 3 lần/ ngày, trong 7 ngày	Điều trị ngay càng sớm càng tốt, nếu tổn thương chưa lành thời gian điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày
5. Herpes tái phát	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày trong 5 ngày	Famciclovir 125mg, uống 2 lần/ngày, trong 5 ngày	Điều trị ngay khi có triệu chứng tái phát
6. Herpes khi thai nghén	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày, trong 5 ngày	Không có	Cân nhắc phẫu thuật lấy thai nếu như xuất hiện herpes ở thời gian gần khi sinh
7. Sơ sinh mắc hoặc nghi mắc	Acyclovir 10mg/kg, tiêm	Acyclovir 10mg/kg, tiêm	Không có	Nếu trẻ tiếp xúc với herpes

herpes khi sinh	tĩnh mạch 3 lần/ngày, trong 21 ngày nếu tổn thương lan rộng hoặc nghi viêm não	tĩnh mạch 3 lần/ngày trong 14 ngày nếu chỉ tổn thương khu trú ở da và niêm mạc		khi sinh cần theo dõi sát
8. Herpes ở người nhiễm HIV	Acyclovir 400mg, uống 3 - 5 lần/ngày, đến khi khỏi	Famciclovir 500mg, uống 2 lần/ngày đến khi khỏi	Không có	
9. Ghẻ và rận mu	DEP, bôi 1 lần/ngày, trong 10 ngày	Permethrin 1 % bôi 1 lần/ngày, tắm sau bôi 24 giờ	Không có	DEP không dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú. DEP bôi vào bộ phận sinh dục sẽ gây nóng rát
10. Giang mai sớm (bao gồm giang mai I và giang mai II sơ phát)	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày	
11. Giang mai muộn (trên 2 năm)	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp mỗi tuần, trong 3 - 4 tuần liên tục	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 20 ngày liên tục	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 30 ngày	
12. Giang mai sớm ở phụ nữ có thai	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tục	Không có	
13. Giang mai muộn ở phụ nữ có thai	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp, mỗi tuần, trong 3 - 4 tuần liên tục	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 20 ngày liên tục	Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 30 ngày	Erythromycin có tỷ lệ thất bại cao
14. Giang mai bẩm sinh sớm (dưới 2 tuổi)	Benzylpenicilin 100.000 - 150.000 đv/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch 2 lần/ngày, trong 7 ngày và 3 lần/ngày,	Procain penicilin G 50.000 đv/kg, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tục	Không có	

	trong 3 ngày tiếp theo			
15. Hạ cam	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất	Ciprofloxacin 500mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày	Vài báo cáo về việc trực khuẩn hạ cam kháng lại ciprofloxacin và erythromycin
16. Lậu không biến chứng	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất	Cefixim 400mg, uống liều duy nhất	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất	40% vi khuẩn lậu kháng với quinolon
17. Lậu khi thai nghén	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất	Cefixim 400mg, uống liều duy nhất	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất	
18. Lậu hệ thống	Ceftriaxon 1g/ngày, tiêm bắp, trong 7 ngày	Spectinomycin 2g, tiêm bắp 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Cefixim 400mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Viêm nội mạc tim, điều trị đến 6 tuần
19. Viêm kết mạc do lậu	Ceftriaxon 1g, tiêm bắp liều duy nhất. Lưu ý: Trẻ sơ sinh 50mg/kg, tiêm bắp không quá 125mg trong 24 giờ	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất	Azithromycin 2g, uống liều duy nhất	Phối hợp với làm sạch mắt bằng nước muối sinh lý liên tục trong 5 ngày
20. Nấm candida	Nystatin 100.000đv, đặt âm đạo, 1 viên/ngày, trong 14 ngày	Itraconazol 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày	Fluconazol 150mg, uống liều duy nhất	
21. Nấm candida khi thai nghén	Clotrimazol 100mg, đặt âm đạo trong 7 ngày	Miconazol 100mg, đặt âm đạo trong 7 ngày	Nystatin 100.000 đv, đặt âm đạo 1 viên/ngày, trong 14 ngày	
22. Sùi mào gà sinh dục chung	Acid trichloroacetic 80% - 90%	Đốt điện hoặc đốt lạnh	Podophyllin 10% - 25%	Podophyllin hấp thụ, độc tính. Bôi mỡ kháng sinh vào vùng da, niêm mạc

				xung quanh sùi mào gà
23. Sùi mào gà sinh dục khi thai nghén	Acid trichloroacetic 80% - 90%	Đốt lạnh	Đốt điện hoặc laser CO ₂	Thường tổn thương sùi mào gà phát triển nhanh trong thời kỳ mang thai. Xem xét phẫu thuật lấy thai
24. Trùng roi âm đạo	Metronidazol 500mg, uống 2 lần/ngày, uống trong 7 ngày	Metronidazol 2g, uống liều duy nhất	Tinidazol 2g, uống liều duy nhất	Không uống rượu, không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu khi điều trị bằng metronidazol
25. Trùng roi âm đạo ở phụ nữ có thai	Metronidazol 250mg uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày	Metronidazol gel 0,75% bôi âm đạo, 2 lần/ngày, trong 5 ngày	Clindamycin 300mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Chỉ dùng thuốc sau 3 tháng đầu của thai kì hoặc thay bằng bôi gel metronidazol
26. Viêm âm đạo do vi khuẩn	Metronidazol 500mg uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày	Kem clindamycin 3% bôi âm đạo khi đi ngủ, trong 7 ngày	Tinidazol 2g, uống liều duy nhất	Không uống rượu, không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu khi điều trị bằng metronidazol
27. U hạt bạch huyết hoa liễu (hột xoài)	Doxycyclin 100mg uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 14 ngày	Tetracyclin 500mg/ngày, trong 14 ngày	Doxycyclin và tetracyclin không dùng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vụ Sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế (2006). Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục & Nhiễm khuẩn đường sinh sản- Hướng dẫn thực hành cơ bản; 132.
2. Phạm Văn Hiến, Trịnh Quân Huân, Nguyễn Duy Hưng và cs (2003). Xử trí các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Nhà xuất bản Y học: 54.
3. Center for Disease Control and Prevention (Retrieved 2010-10-09). “CDC-Prevention and Control-Scabies”.
4. Adler SP (2005). Congenital cytomegalovirus screening. *Pediatr Infect Dis J*, 24: 1105-1106.
5. Andrews RM, McCarthy J, Carapetis JR, Currie BJ (2009 December). “Skin disorders, including pyoderma, scabies, and tinea infections”. *Pediatr. Clin. North Am.* 56 (6): 1421-40.
6. Barnhill R.L., Klaus J. Busan K.J., Crowson AN. (1998), “Human Papillomavirus infection”, *Textbook of Dermatopathology*, pp. 449-452.
7. Barry S, Zuckerman J, Banatvala J E, Griffiths P E (2004). Cytomegalovirus. *Principles and Practice of Clinical Virology*. Chichester: John Wiley & Sons: 85-122.
8. Beauman, JG (2005 Oct 15). “Genital herpes: a review”. *American family physician* 72 (8): 1527-34.
9. Brown ST, Nalley JF, Kraus SJ (1981 Jul-Sep). Molluscum contagiosum. *Sex Transm Dis.* 8(3): 227-34.
10. Caroline Piggott (2012). Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine (8th ed.). McGraw-Hill. vol.1 p. 2417.
11. Chosidow O (2006 April). “Clinical practices. Scabies”. *N. Engl. J. Med.* 354 (16): 1718-27
12. Corey L. Spear PG. (1986). Infections with herpes simplex virus. I. *N Eng J Med* 314: 686-91.
13. Diaz JH. Lice (pediculosis). (2009). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia, Pa:Churchill Livingstone Elsevier: chap 293.
14. Fairley CK, Read TR (2012 February). “Vaccination against sexually transmitted infections”. *Current Opinion in Infectious Diseases* 25 (1): 66-72.
15. Forna, F., A.M. Gulmezoglu. (2003) “Interventions for treating trichomoniasis in women”. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2, CD000218.

16. Foxman B, Muraglia R, Dietz JP, et al. (2013). "Prevalence of recurrent vulvovaginal candidiasis in 5 European countries and the United States": results from an internet panel survey. *J Low Genit Tract Dis*; 17:340.
17. Griffiths PD, Walter S (2005). Cytomegalovirus. *Curr Opin Infect Dis*; **18** (3): 241-245.
18. Gulmezoglu, A. 2002 "Interventions for trichomoniasis in pregnancy" Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 3, CD000220.
19. Habif TP, ed. (2009) *Clinical Dermatology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier: pp 590-594.
20. Hammes S, Greve B, Raulin C (2001). "Molluscum contagiosum: Treatment with pulsed dye laser" (in German). *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete* 52 (1): 38-42.
21. Hanna D, Hatami A, Powell J, et al. (2006). "A prospective randomized trial comparing the efficacy and adverse effects of four recognized treatments of molluscum contagiosum in children". *Pediatric dermatology* 23 (6): 574-9.
22. Harrison T (2009). *Desk Encyclopedia of General Virology*. Boston: Academic Press. p. 455.
23. Hicks, MI; Elston, DM (2009 Jul-Aug). "Scabies". *Dermatologic therapy* 22 (4): 279-92.
24. Iavazzo C, Gkegkes ID, Zarkada IM, Falagas ME. (2011). "Boric acid for recurrent vulvovaginal candidiasis: the clinical evidence". *J Womens Health (Larchmt)*; 20-1245.
25. Janković S, Bojović D, Vukadinović D, et al. (2010). "Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis". *Vojnosanit Pregl*: 67-819.
26. Kidd-Ljunggren K, Holmberg A, Bläckberg J, Lindqvist B (2006 December). "High levels of hepatitis B virus DNA in body fluids from chronic carriers". *The Journal of Hospital Infection* 64 (4): 352-7.
27. King K, Holmes P, Frederick Sparling et al. (2012). *Sexually Transmitted Diseases/ Mc Graw Hill Medical*. Fourth Edition: 627-645.
28. Lafferty WE, Coombs RW, Benedetti J et al. (1987). Recurrences after oral and genital herpes simplex virus infection. *N Eng J Med*, 316: 1444-9.
29. Lai CL, Yuen MF (2007). The natural history and treatment of chronic hepatitis B: a critical evaluation of standard treatment criteria and end points. *Annals of Internal Medicine* 147 (1): 58-61
30. Lee R, Schwartz RA. (2010 Nov). Pediatric molluscum contagiosum: reflections on the last challenging poxvirus infection, Part 1. *Cutis*. 86 (5): 230-6.

31. Lee R, Schwartz RA. (2010 Dec). Pediatric molluscum contagiosum: reflections on the last challenging poxvirus infection, Part 2. *Cutis*. 86 (6): 287-92.
32. Leung DT, Sacks SL (2003 October). "Current treatment options to prevent perinatal transmission of herpes simplex virus". *Expert Opin Pharmacother* 4 (10): 1809-1.
33. Liang TJ (2009 May). "Hepatitis B: the virus and disease". *Hepatology (Baltimore, Md.)* 49 (5 Suppl): S13-21.
34. Locarnini S (2004). "Molecular virology of hepatitis B virus". *Semin. Liver Dis.* 24 Suppl 1: 3-10.
35. Malkin JE. (2004 Apr). Epidemiology of genital herpes simplex virus infection in developed countries. *Herpes*. 11 Suppl 1: 2A-23A.
36. Marchaim D, Lemanek L, Bheemreddy S, et al. (2012). "Fluconazole-resistant *Candida albicans* vulvovaginitis". *Obstet Gynecol*; 120-1407.
37. McClelland RS, Richardson BA, Hassan Wmchuwngsnga. (2009) "Prospective study of vaginal bacterial flora and other risk factors for vulvovaginal candidiasis". *J Infect Dis*; 199-1883.
38. Mosby's Medical. (1994). *Nursing and Allied Health Dictionary*, Fourth Edition, Mosby-Year Book Inc: p. 1395
39. Parasites - Lice. (2010 November 2). (Retrieved 2012 June 29). Centers for Disease Control and Prevention.
40. Pass RF, Zang C, Evans A, et al (2009). Vaccine prevention of maternal cytomegalovirus infection. *N Engl J Med*; 360 (12): 1191-1199.
41. Phillips, A.J. (2005). "Treatment of non-albicans *Candida* vaginitis with amphotericin B vaginal suppositories". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 192 , p. 2009-2012.
42. Pubic lice (crabs). (2010 June 25). (Retrieved 2012 June 22) Mayo Clinic.
43. Public Lice. (2008 January 31). (Retrieved 2012 June 22). McKinley Health Center, University of Illinois at Urbana-Champaign.
44. Reid, G., D. Charbonneau, J. Erb et coll. (2003). "Oral use of *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *L. fermentum* RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women". *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, vol. 35, p. 131-134.
45. Revzina NV., Diclemente RJ. (2005), "Prevalence and incidence of human papilloma vi rút infection in women in the USA". *International journal of STD & AIDS* 16 (8): 528-37

46. Schleiss MR (2006). Acquisition of human cytomegalovirus infection in infants via breast milk: natural immunization or cause for concern? *Rev Med Virol*; 16 (2): 73-82
47. Shapiro CN (1993 May). "Epidemiology of hepatitis B". *Pediatr. Infect. Dis. J.* 12 (5): 433-437
48. Shin HS, Park JJ, Chu C, Song HJ, Cho KS, Lee JS, Kim SS, Kee MK. (2007 Dec). Herpes simplex virus type 2 seroprevalence in Korea: rapid increase of HSV-2 seroprevalence in the 30s in the southern part. *J Korean Med Sci.* 22 (6): 957-62.
49. Sobel JD, Subramanian C, Foxman B, et al. (2013). "Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications". *Curr Infect Dis Rep*; 15-104.
50. Sobel, J.D., H.C. Wiesenfeld, M. Martens et coll. (2004). "Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis". *New England Journal of Medicine*, vol. 351, p. 876-883.
51. Sobel, J.D., W. Chaim. (1997). "Treatment of *Torulopsis glabrata* vaginitis: retrospective review of boric acid therapy". *Clinical Infectious Diseases*, vol. 24. p. 649-652.
52. Staras SA, Dollard SC, Radford KW, Flanders WD, Pass RF, Cannon MJ (2006 November). "Seroprevalence of cytomegalovirus infection in the United States, 1988-1994". *Clin. Infect. Dis.* 43 (9): 1143-51
53. Syed TA, Goswami J, Ahmadpour OA, Ahmad SA (1998 May). "Treatment of molluscum contagiosum in males with an analog of imiquimod 1% in cream: a placebo-controlled, double-blind study". *J. Dermatol.* 25 (5): 309-13.
54. Thomas B. Fitzpatrick, Arthur Z. Eisen, Klaus Wolff, Irwin M. Freedberg, K. Frank Austen. (2005). *Dermatology in General Medicine*, International Edition: 2760-2764.
55. Tibaldi C, Cappello N, Latino MA, et al. (2009). "Vaginal and endocervical microorganisms in symptomatic and asymptomatic non-pregnant females: risk factors and rates of occurrence". *Clin Microbiol Infect*: 15-670.
56. Tony Burns, Stephen Breathnach, Neil Cox, Christopher Griffiths. (2004) *Rook's Textbook of Dermatology*, Blackwell 27: 4-6.
57. Tyring SK (2003). "Molluscum contagiosum: the importance of early diagnosis and treatment". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 189 (3 Suppl): S12-6.
58. Vyse AJ, Gay NJ, Slomka MJ, et al. (2000). The burden of infection with HSV1 and HSV-2 in England and Wales: implications for the changing epidemiology of genital herpes. *Sex Transm Infect.* 76: 183-187.