

**Tài liệu này được dịch sang tiếng việt bởi:**



Xem thêm các tài liệu đã dịch sang tiếng Việt của chúng tôi tại:

<http://mientayvn.com/Tai_lieu_da_dich.html>

Dịch tài liệu của bạn:

<http://mientayvn.com/Tim_hieu_ve_dich_vu_bang_cach_doc.html>

Tìm kiếm bản gốc tại đây:

<https://drive.google.com/drive/folders/1Zjz7DM7W4iV1qojox5kc_UUiNpx2qSHR?usp=sharing>

|  |  |
| --- | --- |
| Vulvovaginal Candidiasis  Recommend on FacebookTweet  VVC usually is caused by C. albicans but can occasionally be caused by other Candida sp. or yeasts. Typical symptoms of VVC include pruritus, vaginal soreness, dyspareunia, external dysuria, and abnormal vaginal discharge. None of these symptoms is specific for VVC. An estimated 75% of women will have at least one episode of VVC, and 40%–45% will have two or more episodes. On the basis of clinical presentation, microbiology, host factors, and response to therapy, VVC can be classified as either uncomplicated or complicated (Box 3). Approximately 10%–20% of women will have complicated VVC, requiring special diagnostic and therapeutic considerations.  BOX 3. Classification of vulvovaginal candidiasis  Uncomplicated VVC  • Sporadic or infrequent VVC  AND  • Mild-to-moderate VVC  AND  • Likely to be Candida albicans  AND  •Nonimmunocompromised women  Complicated VVC  • Recurrent VVC  OR  • Severe VVC  OR  • Nonalbicans candidiasis  OR  • Women with diabetes, immunocompromising conditions (e.g., HIV infection), debilitation, or immunosuppressive therapy (e.g., corticosteroids)  Abbreviation: HIV = human immunodeficiency virus;  VVC = vulvovaginal candidiasis.  Uncomplicated VVC  Diagnostic Considerations  A diagnosis of Candida vaginitis is suggested clinically by the presence of external dysuria and vulvar pruritus, pain, swelling, and redness. Signs include vulvar edema, fissures, excoriations, and thick curdy vaginal discharge. The diagnosis can be made in a woman who has signs and symptoms of vaginitis when either 1) a wet preparation (saline, 10% KOH) or Gram stain of vaginal discharge demonstrates budding yeasts, hyphae, or pseudohyphae or 2) a culture or other test yields a positive result for a yeast species. Candida vaginitis is associated with a normal vaginal pH (<4.5). Use of 10% KOH in wet preparations improves the visualization of yeast and mycelia by disrupting cellular material that might obscure the yeast or pseudohyphae. Examination of a wet mount with KOH preparation should be performed for all women with symptoms or signs of VVC, and women with a positive result should be treated. For those with negative wet mounts but existing signs or symptoms, vaginal cultures for Candida should be considered. If Candida cultures cannot be performed for these women, empiric treatment can be considered. Identifying Candida by culture in the absence of symptoms or signs is not an indication for treatment, because approximately 10%–20% of women harbor Candida sp. and other yeasts in the vagina. PCR testing for yeast is not FDA-cleared; culture for yeast remains the gold standard for diagnosis. VVC can occur concomitantly with STDs. Most healthy women with uncomplicated VVC have no identifiable precipitating factors.  Treatment  Short-course topical formulations (i.e., single dose and regimens of 1–3 days) effectively treat uncomplicated VVC. The topically applied azole drugs are more effective than nystatin. Treatment with azoles results in relief of symptoms and negative cultures in 80%–90% of patients who complete therapy.  Recommended Regimens  Over-the-Counter Intravaginal Agents:  • Clotrimazole 1% cream 5 g intravaginally daily for 7–14 days  OR  • Clotrimazole 2% cream 5 g intravaginally daily for 3 days  OR  • Miconazole 2% cream 5 g intravaginally daily for 7 days  OR  • Miconazole 4% cream 5 g intravaginally daily for 3 days  OR  • Miconazole 100 mg vaginal suppository, one suppository daily for 7 days  OR  • Miconazole 200 mg vaginal suppository, one suppository for 3 days  OR  • Miconazole 1,200 mg vaginal suppository, one suppository for 1 day  OR  • Tioconazole 6.5% ointment 5 g intravaginally in a single application  Prescription Intravaginal Agents:  • Butoconazole 2% cream (single dose bioadhesive product), 5 g intravaginally in a single application  OR  • Terconazole 0.4% cream 5 g intravaginally daily for 7 days  OR  • Terconazole 0.8% cream 5 g intravaginally daily for 3 days  OR  • Terconazole 80 mg vaginal suppository, one suppository daily for 3 days  Oral Agent:  • Fluconazole 150 mg orally in a single dose  The creams and suppositories in these regimens are oil-based and might weaken latex condoms and diaphragms. Refer to condom product labeling for further information. Intravaginal preparations of clotrimazole, miconazole, and tioconazole are available over-the-counter (OTC). Even women who have previously received a diagnosis of VVC by a clinician are not necessarily more likely to be able to diagnose themselves; therefore, any woman whose symptoms persist after using an OTC preparation or who has a recurrence of symptoms within 2 months after treatment for VVC should be clinically evaluated and tested. Unnecessary or inappropriate use of OTC preparations is common and can lead to a delay in the treatment of other vulvovaginitis etiologies, which can in turn result in adverse outcomes.  Follow-Up  Follow-up typically is not required. However, women in whom symptoms persist or recur after treatment of initial symptoms should be instructed to return for follow-up visits.  Management of Sex Partners  Uncomplicated VVC is not usually acquired through sexual intercourse; thus, data do not support treatment of sex partners. A minority of male sex partners have balanitis, characterized by erythematous areas on the glans of the penis in conjunction with pruritus or irritation. These men benefit from treatment with topical antifungal agents to relieve symptoms.  Special Considerations  Allergy, Intolerance, and Adverse Reactions  Topical agents usually cause no systemic side effects, although local burning or irritation might occur. Oral azoles occasionally cause nausea, abdominal pain, and headache. Therapy with the oral azoles has been associated rarely with abnormal elevations of liver enzymes. Clinically important interactions can occur when oral azoles agents are administered with other drugs (722).  Complicated VVC  Diagnostic Considerations  Vaginal cultures should be obtained from women with complicated VVC to confirm clinical diagnosis and identify unusual species, including nonalbicans species, particularly Candida glabrata. (C. glabrata does not form pseudohyphae or hyphae and is not easily recognized on microscopy.) Although C. albicans azole resistance is possibly becoming more common in vaginal isolates (723,724), susceptibility testing is usually not warranted for individual treatment guidance.  Recurrent Vulvovaginal Candidiasis  Recurrent Vulvovalginal Candidiasis (RVVC), usually defined as four or more episodes of symptomatic VVC within 1 year, affects a small percentage of women (<5%). The pathogenesis of RVVC is poorly understood, and most women with RVVC have no apparent predisposing or underlying conditions. C. glabrata and other nonalbicans Candida species are observed in 10%–20% of women with RVVC. Conventional antimycotic therapies are not as effective against these nonalbicans species as against C. albicans.  Treatment  Each individual episode of RVVC caused by C. albicans responds well to short duration oral or topical azole therapy. However, to maintain clinical and mycologic control, some specialists recommend a longer duration of initial therapy (e.g., 7–14 days of topical therapy or a 100-mg, 150-mg, or 200-mg oral dose of fluconazole every third day for a total of 3 doses [day 1, 4, and 7]) to attempt mycologic remission before initiating a maintenance antifungal regimen.  Oral fluconazole (i.e., 100-mg, 150-mg, or 200-mg dose) weekly for 6 months is the first line maintenance regimen. If this regimen is not feasible, topical treatments used intermittently can also be considered. Suppressive maintenance therapies are effective in reducing RVVC. However, 30%–50% of women will have recurrent disease after maintenance therapy is discontinued. Symptomatic women who remain culture-positive despite maintenance therapy should be managed in consultation with a specialist.  Severe VVC  Severe vulvovaginitis (i.e., extensive vulvar erythema, edema, excoriation, and fissure formation) is associated with lower clinical response rates in patients treated with short courses of topical or oral therapy. Either 7–14 days of topical azole or 150 mg of fluconazole in two sequential oral doses (second dose 72 hours after initial dose) is recommended.  Nonalbicans VVC  Because at least 50% of women with positive cultures for nonalbicans Candida might be minimally symptomatic or have no symptoms and because successful treatment is often difficult, clinicians should make every effort to exclude other causes of vaginal symptoms in women with nonalbicans yeast (725). The optimal treatment of nonalbicans VVC remains unknown. Options include longer duration of therapy (7–14 days) with a nonfluconazole azole regimen (oral or topical) as first-line therapy. If recurrence occurs, 600 mg of boric acid in a gelatin capsule is recommended, administered vaginally once daily for 2 weeks. This regimen has clinical and mycologic eradication rates of approximately 70% (726). If symptoms recur, referral to a specialist is advised.  Management of Sex Partners  No data exist to support the treatment of sex partners of patients with complicated VVC. Therefore, no recommendation can be made.  Special Considerations  Compromised Host  Women with underlying immunodeficiency, those with poorly controlled diabetes or other immunocompromising conditions (e.g., HIV), and those receiving immunosuppression therapy (e.g., corticosteroid treatment) do not respond as well to short-term therapies. Efforts to correct modifiable conditions should be made, and more prolonged (i.e., 7–14 days) conventional treatment is necessary.  Pregnancy  VVC occurs frequently during pregnancy. Only topical azole therapies, applied for 7 days, are recommended for use among pregnant women.  HIV Infection  Vaginal Candida colonization rates among women with HIV infection are higher than among seronegative women with similar demographic and risk behavior characteristics, and the colonization rates correlate with increasing severity of immunosuppression. Symptomatic VVC is also more frequent in women with HIV infection and similarly correlates with severity of immunodeficiency. In addition, among women with HIV infection, systemic azole exposure is associated with the isolation of nonalbicans Candida species from the vagina.  On the basis of available data, therapy for uncomplicated and complicated VVC in women with HIV infection should not differ from that for seronegative women. Although long-term prophylactic therapy with fluconazole at a dose of 200 mg weekly has been effective in reducing C. albicans colonization and symptomatic VVC (727), this regimen is not recommended for women with HIV infection in the absence of complicated VVC (247). Although VVC is associated with increased HIV seroconversion in HIV-negative women and increased HIV cervicovaginal levels in women with HIV infection, the effect of treatment for VVC on HIV acquisition and transmission remains unknown. | Viêm âm hộ- âm đạo do nấm Candida  Đề nghị bài viết trên Facebook Tweet  VCC thường do C. Albicans nhưng đôi khi cũng có thể do các loài Candida sp khác hoặc nấm men. Triệu chứng điển hình của VCC bao gồm ngứa, đau âm đạo, giao hợp đau, khó tiểu ngoài, và tiết dịch âm đạo bất thường. Không có triệu chứng nào trong số này đặc trưng cho VCC. Ước tính có khoảng 75% phụ nữ có ít nhất một đợt VCC, và 40%–45% phụ nữ có hai hoặc nhiều đợt VCC. Trên cơ sở biểu hiện lâm sàng, vi sinh, cơ địa, và đáp ứng với điều trị, VCC có thể chia thành không biến chứng hoặc biến chứng (Hộp 3). Khoảng 10% –20% phụ nữ có VCC biến chứng, cần sử dụng đến các phương pháp chẩn đoán và điều trị đặc biệt.  HỘP 3. Phân loại viêm âm đạo-âm hộ do nấm Candida  VCC không biến chứng  VCC thỉnh thoảng hoặc không thường xuyên  VÀ  VCC nhẹ đến trung bình  VÀ  Có khả năng là Candida albicans  VÀ  Phụ nữ có sức đề kháng bình thường  VVC biến chứng  VVC tái phát  HOẶC LÀ  VVC nặng  HOẶC LÀ  Candida nonalbicans  HOẶC LÀ  Phụ nữ mắc bệnh tiểu đường, suy giảm miễn dịch (chẳng hạn như HIV), suy nhược hoặc điều trị ức chế miễn dịch (chẳng hạn như dùng corticosteroid)  Viết tắt: HIV = virus gây suy giảm miễn dịch ở người; VVC = candida vulvovaginal.  VVC không biến chứng  Xem xét chẩn đoán  Việc chẩn đoán viêm âm hộ âm đạo do nấm Candida được đề nghị về mặt lâm sàng khi có các triệu chứng khó tiểu ngoài và ngứa âm hộ, đau, sưng, và đỏ. Các dấu hiệu bao gồm phù nề âm hộ, vết nứt, tróc da, và tiết dịch âm đạo vón cục. Chẩn đoán có thể thực hiện ở phụ nữ có các dấu hiệu và triệu chứng viêm âm đạo khi 1) môi trường ướt (nước muối, 10% KOH) hoặc nhuộm Gram dịch tiết âm đạo cho thấy nấm men nẩy chồi, các sợi nấm hoặc các dạng giống sợi hoặc cả hai) mẻ cấy hoặc xét nghiệm khác cho kết quả dương tính đối với các loài nấm men. Viêm âm hộ âm đạo do nấm Candida xảy ra trong điều kiện pH âm đạo bình thường (<4.5). Sử dụng 10% KOH trong môi trường ẩm ướt cải thiện khả năng hiển thị nấm và sợi nấm do phá vỡ tế bào chất làm che khuất nấm men hoặc các dạng giống sợi nấm. Xét nghiệm soi tươi huyết tắng trong môi trường KOH cần phải được tiến hành đối với tất cả phụ nữ có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của VCC, và những phụ nữ có kết quả dương tính cần được điều trị. Đối với những người có kết quả soi tươi huyết trắng âm tính nhưng có các dấu hiệu hoặc triệu chứng, cần xét đến phương pháp xét nghiệm Candida trong âm đạo. Nếu không thể thực hiện xét nghiệm Candida trong âm đạo đối với những phụ nữ này, cần xét đến biện pháp điều trị theo kinh nghiệm. Xác định Candida bằng cách nuôi cấy khi không có các triệu chứng hoặc dấu hiệu không phải là chỉ định điều trị,-bởi vì khoảng 10%–20% phụ nữ có chứa Candida sp. và các loại nấm men khác trong âm đạo. Xét nghiệm nấm men bằng PCR chưa được FDA xác nhận rõ; nuôi cấy nấm men vẫn còn là tiêu chuẩn vàng để chuẩn đoán. VVC có thể xuất hiện đồng thời với các STD. Đa số các phụ nữ khỏe mạnh mắc VVC không biến chứng không có những yếu tố tiền đề có thể nhận biết được.  Điều trị  Các phương pháp điều trị tại chỗ ngắn hạn (chẳng hạn như liều đơn hoặc trị liệu 1-3 ngày) có thể điều trị hiệu quả VCC không biến chứng. Thuốc azole bôi tại chỗ có hiệu quả hơn nystatin. Điều trị bằng azole giúp giảm triệu chứng và kết quả xét nghiệm âm tính trong 80%–90% bệnh nhân hoàn thành điều trị.  Phác đồ được khuyến cáo  Các loại thuốc dùng trong âm đạo không cần kê đơn:  • Kem Clotrimazole 1% 5 g dùng trong âm đạo hằng ngày trong 7–14 ngày  HOẶC  •Kem Clotrimazole 2% 5 g dùng trong âm đạo hằng ngày trong 3 ngày  HOẶC  • Kem Miconazole 2% 5 g dùng trong âm đạo hằng ngày trong 7 ngày  HOẶC  •Kem Miconazole 4% 5 g dùng trong âm đạo hằng ngày trong 3 ngày  HOẶC  • Miconazole 100 mg đặt vào âm đạo, một lần một ngày trong 7 ngày  HOẶC  • Miconazole 200 mg nhét vào âm đạo, một lần nhét trong 3 ngày  HOẶC  • Miconazole 1,200 mg nhét vào âm đạo, một lần nhét trong 1 ngày  HOẶC  • Thuốc mỡ Tioconazole 6.5% 5 g dùng trong âm đạo trong một lần duy nhất  Các loại thuốc dùng trong âm đạo theo toa:  • Kem Butoconazole 2% (sản phẩm kết dính sinh học đơn liều), 5 g sử dụng trong âm đạo một lần duy nhất  HOẶC  • Kem Terconazole 0.4% 5 g dùng trong âm đạo hằng ngày trong 7 ngày  HOẶC  • Kem Terconazole 0.8% 5 dùng trong âm đạo hằng ngày trong 3 ngày  HOẶC  • Terconazole 80 mg nhét vào âm đạo, một lần nhét mỗi ngày trong 3 ngày  Thuốc uống:  • Fluconazole 150 mg uống một liều duy nhất  Các loại kem và thuốc nhét vào âm đạo trong những phác đồ này đều chứa dầu, có thể ảnh hưởng không tốt đến các bao cao su và vòng tránh thai. Tham khảo thông tin ghi trên nhãn bao cao su để biết thêm chi tiết. Các loại thuốc dùng trong âm đạo clotrimazole, miconazole, và tioconazole hiện nay đã xuất hiện trên thị trường có thể mua không cần kê toa (OTC). Ngay cả những phụ nữ trước đây đã từng được chẩn đoán VCC bởi một bác sĩ cũng không thể chắc có khả năng chẩn đoán được mình, do đó, bất kỳ phụ nữ nào vẫn còn các triệu chứng sau khi dùng OTC hoặc tái phát các triệu chứng trong hai tháng sau khi điều trị VCC cần phải được đánh giá và xét nghiệm lâm sàng. Việc sử dụng các loại thuốc OTC không cần thiết hoặc không thích hợp tương đối phổ biến và có thể dẫn đến chậm trễ trong việc điều trị các bệnh viêm âm hộ âm đạo, điều này có thể dẫn đến những kết quả tiêu cực.  Theo dõi  Thông thường việc theo dõi không cần thiết. Tuy nhiên, những phụ nữ vẫn còn các triệu chứng hoặc tái phát sau khi đều trị các triệu chứng ban đầu cần được hướng dẫn ghi nhận kết quả theo dõi.  Quản lý bạn tình  VVC không biến chứng thường không lây lan qua đường quan hệ tình dục; vì thế dữ liệu không giúp ích cho việc điều trị bạn tình. Một số ít bạn tình nam có triệu chứng viêm quy đầu, đặc trưng là các vùng đỏ trên đầu dương vật kèm theo ngứa hoặc kích ứng. Đối với những nam giới này, việc điều trị bằng các thuốc kháng nấm tại chỗ có thể giảm triệu chứng.  Những cân nhắc đặc biệt  Dị ứng, Không dung nạp, và Các phản ứng bất lợi  Những thuốc bôi tại chỗ thường không gây ra các tác dụng phụ toàn thân, mặc dù có thể gây ra bỏng hoặc kích ứng cục bộ. Các loại thuốc azole qua đường miệng đôi khi có thể gây ra buồn nôn, đau bụng và nhức đầu. Điều trị bằng các loại thuốc azole qua đường miệng hiếm khi làm tăng men gan đột biến. Các tương tác lâm sàng quan trọng có thể xuất hiện khi chúng ta uống các loại thuốc azole cùng với những thuốc khác.  VVC biến chứng  Những cân nhắc trong quá trình chẩn đoán  Xét nghiệm trong âm đạo cần được tiến hành ở những phụ nữ mắc VVC biến chứng để xác nhận chẩn đoán lâm sàng và xác định các loại nấm bất thường, chẳng hạn như các loài nonalbicans, cụ thể là Candida glabrata. (C. glabrata không tạo ra các sợi nấm hoặc các dạng giống sợi dễ nhận thấy qua kính hiển vi.). Mặc dù C. albicans kháng azole có khả năng phổ biến hơn trong các chủng nấm âm đạo (723,724), xét nghiệm tính nhạy cảm thường không thể áp dụng cho từng trường hợp cụ thể.  Viêm âm hộ-âm đạo do nấm Candida tái phát  Viêm âm hộ-âm đạo do nấm Candida tái phát (RVVC) thường được định nghĩa là bốn hoặc nhiều đợt VVC có triệu chứng trong vòng 1 năm, ảnh hưởng đến một tỷ lệ nhỏ phụ nữ (<5%). Tình trạng bệnh lý của RVVC vẫn chưa được hiểu rõ, và hầu hết các phụ nữ mắc RVVC điều không có nguy cơ rõ ràng hoặc các điều kiện cơ bản. C. glabrata và các loài Candida nonalbicans khác thường xuất hiện trong 10%–20% phụ nữ mắc RVVC. Các liệu pháp chống nấm thông thường không đạt hiệu quả cao đối với các loài nonalbicans như C. albicans.  Điều trị  Mỗi đợt RVVC do C. Albicans gây ra đáp ứng tốt với liệu pháp azole qua đường miệng hoặc thuốc bôi tại chỗ ngắn hạn. Tuy nhiên, để duy trì kiểm soát lâm sàng và kiểm soát nấm, một số chuyên gia đề nghị liệu pháp điều trị ban đầu trong thời gian dài (ví dụ, 7-14 ngày điều trị tại chỗ hoặc liều uống fluconazole 100 mg, 150 mg, hoặc 200 mg uống vào mỗi ngày thứ ba trong tổng cộng 3 liều [ngày 1, 4, và 7]) để làm giảm nấm trước khi bắt đầu chế độ điều trị nấm lâu dài.  Các thuốc uốngfluconazole (chẳng hạn như liều 100 mg, 150 mg hoặc 200 mg) dùng hàng tuần trong 6 tháng là phác đồ điều trị duy trì được ưu tiên hàng đầu. Nếu phác đồ này không khả thi, cũng có thể cân nhắc sử dụng đến các phương pháp điều trị tại chỗ gián đoạn. Các liệu pháp duy trì ức chế có hiệu quả trong việc giảm RVVC. Tuy nhiên, có khoảng 30%–50% phụ nữ bị tái phát bệnh sau khi liệu pháp điều trị duy trì bị ngừng đột ngột. Những phụ nữ có triệu chứng vẫn có kết quả xét nghiệm dương tính mặc dù liệu pháp điều trị duy trì cần được kiểm soát qua sự tư vấn của chuyên gia.  VVC nặng  Viêm âm hộ-âm đạo nặng (chẳng hạn như ban đỏ, phù nề, trốc da, và hình thành các vết nứt) đi kèm với tốc độ đáp ứng lâm sàng kém hơn ở những bệnh nhân được điều trị ngắn hạn bằng các liệu pháp điều trị tại chỗ hoặc uống ngắn hạn. 7-14 ngày điều trị azole tại chỗ hoặc 150 mg fluconazole trong hai liều uống lên tiếp (liều thứ hai sau liều thứ nhất 72 lần) được đề nghị.  VVC Nonalbicans  Bởi vì ít nhất 50% phụ nữ có kết quả nuôi cấy dương tính đối với nonalbicans Candida có thể có triệu chứng ít nhất hoặc không có triệu chứng và bởi vì rất khó để điều trị thành công, các bác sĩ cần cố gắng loại trừ các nguyên nhân khác gây ra triệu chứng ở âm đạo phụ nữ khi có nấm nonalbicans (725). Điều trị tối ưu nonalbicans VVC vẫn chưa được biết. Các tùy chọn bao gồm liệu pháp điều trị thời gian dài (7–14 ngày) bằng phác đồ nonfluconazole azole (uống hoặc bôi) là liệu pháp ưu tiên hàng đầu. Nếu bệnh tái phát, biện pháp đề nghị là 600 mg axit boric dạng viên nang gelatin, đưa vào qua đường âm đạo mỗi ngày trong 2 tuần. Phác đồ điều trị này có tốc độ loại trừ lâm sàng và nấm khoảng 70% (726). Nếu các triệu chứng tái phát, cần tham khảo ý kiến của các chuyên gia.  Quản lý bạn tình  Hiện không có dữ liệu để hỗ trợ điều trị cho bạn tình của các bệnh nhân mắc VCC biến chứng. Do đó, chúng tôi không đưa ra khuyến cáo nào.  Những cân nhắc đặc biệt  Những vật chủ dễ mắc bệnh  Những phụ nữ mắc bệnh suy giảm miễn dịch cơ bản, những người mắc bệnh tiểu đường được kiểm soát kém hoặc các tình trạng suy giảm miễn dịch khác (chẳng hạn như HIV), và những người đang điều trị ức chế miễn dịch (chẳng hạn như điều trị bằng corticosteroid) không đáp ứng tốt với các liệu pháp điều trị ngắn hạn. Cần phải chính xác hóa các điều kiện có thể thay đổi được, và điều trị truyền thống kéo dài hơn (chẳng hạn như 7-14 ngày) là cần thiết.  Mang thai  VVC thường xuyên xuất hiện trong giai đoạn mang thai. Chỉ có liệu pháp dùng azole bôi tại chỗ được khuyến cáo dùng cho phụ nữ có thay và áp dụng trong 7 ngày.  Nhiễm HIV  Khả năng xâm nhập của nấm Candida âm đạo ở phụ nữ bị nhiễm HIV cao hơn phụ nữ có huyết thanh âm tính với cùng đặc điểm nhân chủng học và hành vi rủi ro, và khả năng xâm nhập tương quan với sự tăng mức độ ức chế miễn dịch.  Các triệu chứng VCC cũng xuất hiện thường xuyên hơn trong phụ nữ nhiễm HIV và cũng tỷ lệ với mức độ suy giảm miễn dịch. Thêm vào đó, trong số những phụ nữ bị nhiễm HIV, tiếp xúc với azole toàn thân gắn với việc cách ly các loài nonalbicans Candida ra khỏi âm đạo.  Trên cơ sở dữ liệu sẵn có, liệu pháp điều trị VVC không biến chứng và biến chứng ở phụ nữ nhiễm HIV cần phải khác với phụ nữ có huyết thanh âm tính. Mặc dù điều trị dự phòng dài hạn với fluconazole ở liều 200 mg hàng tuần có hiệu quả trong việc giảm xâm nhập của C. albicans và triệu chứng VVC (727), phác đồ này không được khuyến cáo cho phụ nữ nhiễm HIV không có VVC biến chứng (247). Mặc dù VCC có liên quan đến sự tăng chuyển đổi huyết thanh HIV trong phụ nữ âm tính với HIV và mức độ cervicovaginal HIV ở phụ nữ nhiễm HIV, nhưng tác động của điều trị VCC đến mắc và lây truyền HIV vẫn còn chưa được nghiên cứu kỹ. |