

BỘ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: ~~5456~~/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 20 tháng 11 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20/6/2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức Bộ Y tế;

Xét biên bản làm việc của Hội đồng chuyên môn thẩm định “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” ngày 18 tháng 11 năm 2019;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế cho Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” và Quyết định số 6250/QĐ-BYT ngày 16/10/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn bổ sung Quyết định 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 về Hướng dẫn điều trị HIV/AIDS tạm thời sử dụng thuốc ARV cho trẻ đẻ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Các đ/c Thứ trưởng (để biết);
- Website Bộ Y tế ; Website Cục PC HIV/AIDS;
- Lưu: VT, AIDS (2).

BỘ TRƯỞNG



Nguyễn Thị Kim Tiến

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN
ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS
(Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT
ngày 20/11/2019 của Bộ Y tế)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HA NỘI - 2019

BAN BIÊN SOẠN

Chủ biên:

PGS. TS Nguyễn Hoàng Long Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Tham gia biên soạn:

PGS.TS. Phan Thị Thu Hương	Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS
TS. Đỗ Thị Nhân	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
ThS. Nguyễn Hữu Hải	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
PGS.TS. Đỗ Duy Cường	Bệnh viện Bạch Mai
BSCKII. Nguyễn Thị Hoài Dung	Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới trung ương
TS. Nguyễn Văn Lâm	Bệnh viện Nhi trung ương
TS. Đỗ Quan Hà	Bệnh viện Phụ sản trung ương
TS. Nguyễn Thị Thúy Vân	Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam
BSCKII. Bùi Thị Bích Thủy	Dự án của USAID SHIFT, Tổ chức Sức khỏe gia đình Quốc tế (FHI360 Việt Nam)
TS. Cao Thị Thanh Thủy	Sáng kiến Tiếp cận Y tế Clinton
ThS. Vũ Quốc Đạt	Bộ môn Truyền nhiễm - Đại học Y Hà Nội
ThS. Võ Thị Tuyết Nhung	Tổ chức hợp tác phát triển y tế Việt Nam
TS. Phạm Thanh Thủy	Tổ chức hợp tác phát triển y tế Việt Nam
BS. Trần Băng Huyền	Tổ chức hợp tác phát triển y tế Việt Nam
ThS. Nguyễn Thị Thúy Hà	Dự án của USAID về tài chính bền vững cho chương trình HIV
ThS. Vũ Đức Long	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
TS. Lê Ngọc Yến	Văn Phòng CDC Việt Nam
ThS. Hồ Thị Vân Anh	Văn phòng CDC Việt Nam
BSCKI. Nguyễn Văn Cử	Bệnh viện Phổi Trung ương
BS Dư Tuấn Quy	Bệnh viện Nhi đồng 1, TP Hồ Chí Minh
ThS. Võ Hải Sơn	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
ThS. Nguyễn Việt Nga	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
ThS. Nguyễn Thị Lan Hương	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
ThS. Đoàn Thị Thùy Linh	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
DS. Phạm Lan Hương	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
ThS. Ngô Văn Hựu	Tổ chức PATH, Việt Nam

LỜI GIỚI THIỆU

Hiện nay, điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng vi rút HIV (ARV) là một trong những biện pháp quan trọng và hiệu quả nhất để phòng, chống HIV/AIDS. Điều trị ARV giúp người bệnh nâng cao sức khỏe, giảm tử vong và giảm lây nhiễm HIV cho người khác trong cộng đồng. Điều trị HIV/AIDS được bắt đầu triển khai tại Việt Nam từ năm 2000. Cả nước hiện có trên 142.000 người nhiễm HIV đang điều trị bằng thuốc ARV, chiếm khoảng 70% số người nhiễm HIV đã được phát hiện đang còn sống. Việt Nam là một trong những quốc gia có chất lượng điều trị HIV/AIDS tốt hàng đầu thế giới. Kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút 9 tháng đầu năm 2019 của gần 70.000 bệnh nhân đang điều trị ARV trên toàn quốc cho thấy 96% bệnh nhân có tải lượng vi rút HIV dưới ngưỡng ức chế (dưới 1.000 bản sao/ml máu) và 95% có tải lượng vi rút HIV dưới ngưỡng phát hiện (200 bản sao/ml máu). Bằng chứng khoa học trên thế giới cho thấy người nhiễm HIV tuân thủ điều trị thuốc ARV đúng theo hướng dẫn của thầy thuốc, có tải lượng vi rút HIV dưới ngưỡng phát hiện thì không thể lây HIV cho người khác qua con đường tình dục (Không phát hiện = Không lây nhiễm).

Trong những năm qua, Bộ Y tế đã thường xuyên cập nhật ***“Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”*** kịp thời theo các khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới. Hướng dẫn mới này được ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Tại Hướng dẫn này, phác đồ điều trị thuốc ARV được lựa chọn theo hướng tối ưu hóa, hiệu quả ức chế HIV cao, hàng rào kháng thuốc cao, ít tác dụng phụ và ít tương tác thuốc. Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) được cập nhật theo hướng đa dạng phác đồ điều trị, đa dạng mô hình điều trị phù hợp với những người sử dụng dịch vụ. Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, điều trị lao tiềm ẩn ở người nhiễm HIV, điều trị các bệnh đồng nhiễm với HIV và các sáng kiến mới trong điều trị HIV/AIDS như điều trị ARV nhanh, điều trị ARV trong ngày, cấp phát thuốc ARV nhiều tháng... cũng được cập nhật trong Hướng dẫn này.

Mặc dù có nhiều nỗ lực trong quá trình soạn thảo, nhưng chắc chắn không tránh khỏi thiếu sót. Ban soạn thảo mong nhận được ý kiến đóng góp để chỉnh sửa, bổ sung kịp thời giúp công tác điều trị và chăm sóc HIV/AIDS ngày càng tốt hơn.

Trân trọng cảm ơn./.

CỤC TRƯỞNG



Nguyễn Hoàng Long

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	5
Bảng các chữ viết tắt	11
Tiếng Việt	11
Tiếng Anh	11
CHƯƠNG I. TƯ VẤN, XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV	15
1. Nguyên tắc tư vấn xét nghiệm HIV	15
2. Các trường hợp cần được tư vấn xét nghiệm HIV.....	16
3. Hình thức tư vấn xét nghiệm HIV	16
4. Tư vấn xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ trên 18 tháng tuổi tại các cơ sở y tế	16
5. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi	17
6. Kết nối chuyển gửi.....	19
7. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng bệnh HIV	20
CHƯƠNG II. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV).....	21
1. Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV	21
2. Lợi ích của điều trị ARV	21
3. Nguyên tắc điều trị ARV	21
4. Chuẩn bị trước điều trị ARV	21
5. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV	21
6. Điều trị ARV phác đồ bậc một	22
7. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV và chẩn đoán thất bại điều trị.....	30
8. Chuyển đổi sang phác đồ TDF + 3TC + DTG cho người trên 10 tuổi.....	35
9. Chuyển đổi phác đồ điều trị ARV cho trẻ dưới 10 tuổi khi không có thất bại điều trị.....	36
10. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị	36
11. Theo dõi độc tính của thuốc ARV	38
12. Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD)	42

CHƯƠNG III. SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG VI RÚT ĐỂ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV	45
1. Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV	45
2. Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV	51
CHƯƠNG IV. DỰ PHÒNG BỆNH LAO, ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP VÀ TIÊM CHỦNG	55
1. Dự phòng bệnh lao	55
2. Điều trị dự phòng một số bệnh nhiễm trùng cơ hội thường gặp	60
3. Tiêm chủng	62
CHƯƠNG V. TIẾP CẬN HỘI CHỨNG LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH PHỐI HỢP THƯỜNG GẶP	63
1. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng	63
2. Chẩn đoán và điều trị một số bệnh nhiễm trùng cơ hội thường gặp	89
CHƯƠNG VI. QUẢN LÝ ĐỒNG NHIỄM VIÊM GAN/HIV	103
1. Chẩn đoán và điều trị đồng nhiễm viêm gan vi rút B/HIV	103
2. Chẩn đoán và điều trị người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút C/HIV	104
CHƯƠNG VII. PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở NGƯỜI NHIỄM HIV	106
1. Tư vấn và hỗ trợ người bệnh nghiện rượu hoặc nghiện các chất dạng thuốc phiện	106
2. Quản lý bệnh lý gan quản lý bệnh lý gan	107
3. Sàng lọc ung thư	108
4. Các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường	109
5. Bệnh lý thận	111
6. Bệnh lý xương	111
7. Trầm cảm	112
8. Bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV	113
CHƯƠNG VIII. CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS, CHĂM SÓC TẠI NHÀ, TẠI CỘNG ĐỒNG VÀ CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG CHO NGƯỜI NHIỄM HIV	114
1. Cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS	114
2. Chăm sóc tại nhà và tại cộng đồng	115

CHƯƠNG IX. QUẢN LÝ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV.....	119
1. Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV	119
2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản và an toàn tình dục.....	120
3. Chuyển tiếp trẻ vị thành niên sang giai đoạn trưởng thành và sang dịch vụ chăm sóc sức khỏe người lớn	121
PHỤ LỤC.....	123
Phụ lục 1: Chẩn đoán sớm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi	123
Phụ lục 2: Giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em....	124
Phụ lục 3: Liều lượng của các thuốc ARV cho người lớn và trẻ > 30 kg	126
Phụ lục 4: Liều thuốc viên cố định dùng 2 lần mỗi ngày cho trẻ em	127
Phụ lục 5: Liều đơn giản hóa của thuốc viên uống một lần mỗi ngày cho trẻ em....	128
Phụ lục 6: Liều đơn giản hóa của thuốc viên, thuốc dung dịch uống dùng 2 lần mỗi ngày cho trẻ	129
Phụ lục 7: Liều đơn giản hóa của các chế phẩm TDF hiện có cho trẻ em.....	131
Phụ lục 8: Liều INH và CTX để dự phòng đã được đơn giản hóa	132
Phụ lục 9: Liều CTX dự phòng cho trẻ phơi nhiễm/trẻ nhiễm HIV	133
Phụ lục 10: Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV	134
Phụ lục 11: Bảng điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận	137
Phụ lục 12: Tương tác giữa các thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAS) điều trị viêm gan vi rút C với các thuốc ARV	138
Phụ lục 13: Phiếu tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị	139
Phụ lục 14: Điều chỉnh liều ARV theo phân độ Child-pugh	141
Tài liệu tham khảo.....	142

BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Tiếng Việt

LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
NVYT	Nhân viên y tế
PHMD	Phục hồi miễn dịch
PLTMC	Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
QHTD	Quan hệ tình dục
TKTU	Thần kinh trung ương
VG B	Viêm gan B
VG C	Viêm gan C
VMN	Viêm màng não
XN	Xét nghiệm

Tiếng Anh

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
ADN	Acid desoxyribonucleic
AFB	Acid fast bacilli - Trực khuẩn kháng cồn kháng toan
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome - Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ALT	Alanin aminotransferase
Anti - HBc	Antibody to hepatitis B core antigen - Kháng thể kháng nhân vi rút viêm gan B
Anti - HCV	Antibodies against hepatitis C virus - Kháng thể kháng vi rút viêm gan C
APRI	AST to Platelet Ratio Index - Chỉ số tỷ lệ AST - Tiểu cầu
ARN	Acid ribonucleic
ARV	Antiretroviral - Thuốc kháng retro vi rút
AST	Aspartate aminotransferase
ATV	Atazanavir
BCG	Bacillus Calmette - Guérin

BMI	Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể
CD4	Tế bào lympho TCD4
CMV	Cytomegalovirus
CTX	Co-trimoxazole
DCV	Daclatasvir
DRV	Darunavir
DTG	Dolutegravir
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme - linked immunosorbent assay - Xét nghiệm hấp phụ miễn dịch gắn men
FTC	Emtricitabine
Gene-Xpert MTB/RIF	Xét nghiệm gen chẩn đoán lao và đề kháng rifampicin
Hb	Hemoglobin
HBeAg	Hepatitis B envelope antigen - Kháng nguyên vỏ của vi rút viêm gan B
HBsAg	Hepatitis B surface antigen - Kháng nguyên bề mặt của vi rút viêm gan B
HIV	Human immunodeficiency virus - Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
HPV	Human papilloma virus - Vi rút gây u nhú ở người
HSV	Herpes simplex virus - Vi rút Herpes simplex
INH	Isoniazid
LDV	Ledipasvir
LIP	Lymphoid interstitial pneumonia - Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào
LPV	Lopinavir
LPV/r	Lopinavir/ritonavir
MAC	Mycobacterium avium complex - Phức hợp Mycobacterium avium
MSM	Men who have sex with men - Nam quan hệ tình dục đồng giới
NNRTI	Non - nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược non - nucleoside

NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside
NtRTI	Nucleotide reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleotide
NVP	Nevirapine
OPV	Oral polio vaccine - Vắc xin bại liệt đường uống
PCP	<i>Pneumocystis jiroveci</i> pneumonia - Viêm phổi do <i>Pneumocystis jiroveci</i>
PEP	Post-Exposure Prophylaxis - Dự phòng sau phơi nhiễm
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis - Dự phòng trước phơi nhiễm
PCR	Polymerase chain reaction - Phản ứng chuỗi polymerase
SOF	Sofosbuvir
RAL	Raltegravir
RPV	Rilpivirine
PI	Protease inhibitor - Thuốc ức chế men protease
TAF	Tenofovir alafenamide
TDF	Tenofovir disoproxil fumarate
TMP - SMX	Trimethoprim - sulfamethoxazole
VEL	Velpatasvir
ZDV	Zidovudine

Chương I

TƯ VẤN, XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV

1. NGUYÊN TẮC TƯ VẤN XÉT NGHIỆM HIV

Mọi hình thức tư vấn xét nghiệm HIV đều phải tuân thủ 5 nguyên tắc sau: **Đồng thuận, Bảo mật, Tư vấn, Chính xác, Kết nối với chăm sóc, điều trị.**

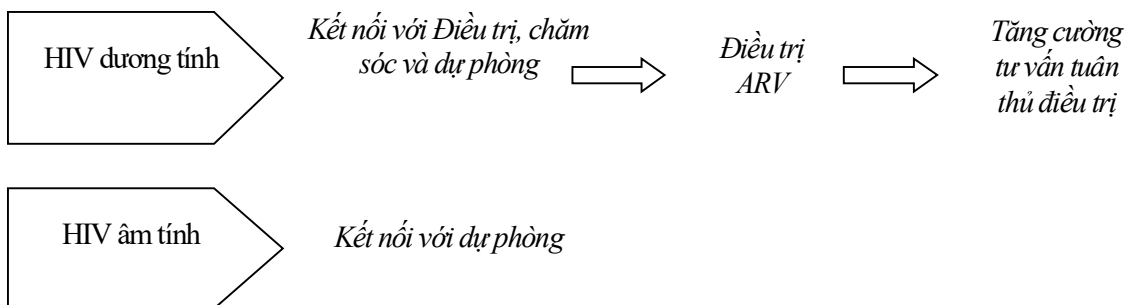
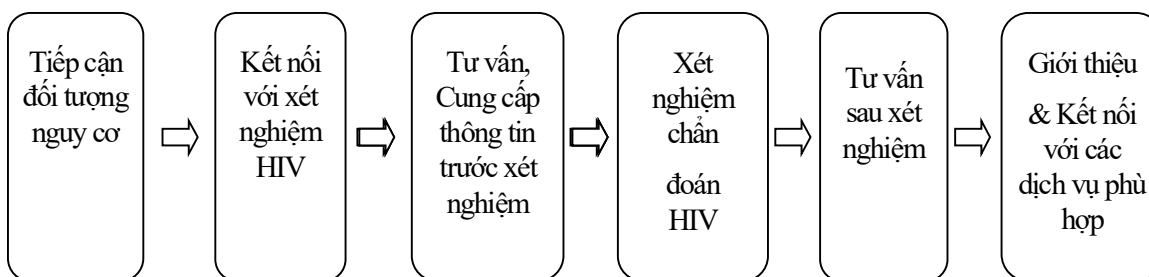
Đồng thuận: Khách hàng cần được thông báo khi XN HIV và chỉ thực hiện khi họ đồng ý (trừ trường hợp xét nghiệm HIV bắt buộc).

Bảo mật: Đảm bảo bí mật thông tin của người được tư vấn và xét nghiệm HIV.

Tư vấn: Tất cả các trường hợp làm xét nghiệm HIV đều phải được cung cấp đầy đủ thông tin trước xét nghiệm và tư vấn sau xét nghiệm.

Chính xác: Các cơ sở xét nghiệm thực hiện nghiêm ngặt quy trình thực hành chuẩn về xét nghiệm HIV và áp dụng phương cách xét nghiệm quốc gia, đảm bảo tính chính xác của kết quả xét nghiệm.

Kết nối với chăm sóc, điều trị và dự phòng: Người được chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV cần được kết nối ngay với chăm sóc, điều trị và dự phòng. Người không nhiễm HIV nhưng vẫn có hành vi nguy cơ nhiễm HIV được kết nối với can thiệp dự phòng để không nhiễm HIV.



Sơ đồ 1: Kết nối chuyển gửi tư vấn, xét nghiệm HIV và chăm sóc, điều trị và dự phòng.

2. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN ĐƯỢC TƯ VẤN XÉT NGHIỆM HIV

- Người có hành vi nguy cơ nhiễm HIV: tiêm chích ma túy, bán dâm, quan hệ tình dục đồng giới, chuyển giới, người có quan hệ tình dục không an toàn với người sử dụng ma túy.

- Người mắc một số bệnh như lao, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm gan C.

- Người bệnh được khám lâm sàng và cận lâm sàng, nhưng không phát hiện được nguyên nhân gây bệnh hoặc có các triệu chứng gợi ý nhiễm HIV.

- Phụ nữ mang thai.

- Vợ/chồng/con của người nhiễm HIV; anh chị em của trẻ nhiễm HIV, người phơi nhiễm với HIV.

- Các trường hợp khác có nhu cầu.

3. HÌNH THỨC TƯ VẤN XÉT NGHIỆM HIV

3.1. Tại cơ sở y tế

Là quá trình tư vấn xét nghiệm HIV thực hiện tại cơ sở y tế do nhân viên y tế hoặc đối tượng chủ động đề xuất.

3.2. Tại cộng đồng

Tư vấn xét nghiệm HIV tại cộng đồng là quá trình tư vấn xét nghiệm được thực hiện ngoài cơ sở y tế, bao gồm:

- Tư vấn xét nghiệm HIV do nhân viên phòng xét nghiệm thực hiện.

- Tư vấn xét nghiệm HIV do nhân viên không làm trong phòng xét nghiệm thực hiện.

- Tự xét nghiệm.

Chi tiết xem tại Quyết định 2673/QĐ-BYT ngày 27/4/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn tư vấn, xét nghiệm HIV tại cộng đồng.

4. TƯ VẤN XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV Ở NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ TRÊN 18 THÁNG TUỔI TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ

- Áp dụng chiến lược III để xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV.

- Quy trình thực hiện:

+ Tư vấn trước xét nghiệm

+ Lấy mẫu làm xét nghiệm HIV khi có sự đồng ý của khách hàng

+ Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV

+ Tư vấn và trả kết quả sau xét nghiệm

- Xét nghiệm sàng lọc kháng thể kháng HIV:

+ Nếu kết quả âm tính: tư vấn và trả kết quả âm tính cho khách hàng. Đối với khách hàng có nghi ngờ trong giai đoạn cửa sổ cần xét nghiệm lại sau 3 tháng. Với các khách hàng thuộc nhóm nguy cơ cao, cần tư vấn và hẹn xét nghiệm lại sau 6 tháng.

+ Nếu kết quả có phản ứng: giải thích với khách hàng về sự cần thiết phải làm lại xét nghiệm. Có thể lấy máu để chuyển lên phòng xét nghiệm khẳng định hoặc giới thiệu khách hàng đến phòng xét nghiệm khẳng định. Phụ nữ mang thai lúc chuyển dạ xét nghiệm sàng lọc có phản ứng cần tư vấn để điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc ARV ngay.

- Xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV: thực hiện tại các phòng xét nghiệm được Bộ Y tế hoặc cơ quan có thẩm quyền thẩm định cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện thực hiện xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV.

+ Kết quả âm tính: tư vấn và trả lời kết quả cho khách hàng là không nhiễm HIV. Đối với khách hàng nghi ngờ trong giai đoạn cửa sổ cần xét nghiệm lại sau 3 tháng. Với khách hàng thuộc nhóm nguy cơ cao, hẹn xét nghiệm lại sau 6 tháng.

+ Kết quả không xác định: chưa xác định sự có mặt của kháng thể kháng HIV. Tư vấn, trả lời kết quả cho khách hàng là không xác định tình trạng nhiễm HIV. Hẹn khách hàng xét nghiệm lại sau 14 ngày.

+ Kết quả khẳng định dương tính: tư vấn sau xét nghiệm và khẳng định khách hàng nhiễm HIV. Trả kết quả và chuyển gửi khách hàng đến cơ sở điều trị HIV và các dịch vụ phù hợp khác.

5. CHẨN ĐOÁN SỚM NHIỄM HIV Ở TRẺ DƯỚI 18 THÁNG TUỔI

Thực hiện xét nghiệm PCR phát hiện acid nucleic của HIV (ADN/ARN) để khẳng định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi.

5.1. Đối tượng XN

- Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV;
- Trẻ có mẹ không rõ tình trạng nhiễm HIV nhưng có triệu chứng nghi ngờ bệnh HIV/AIDS và/hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính.

5.2. Thời gian chỉ định XN

- Trẻ sau sinh từ 0-2 ngày tuổi nếu có điều kiện hoặc khi được điều trị dự phòng bằng phác đồ 3 thuốc AZT/3TC/NVP. Lấy máu xét nghiệm trước khi cho trẻ uống thuốc.
- Trẻ từ 4-6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó càng sớm càng tốt bao gồm nhóm trẻ XN PCR âm tính lúc sinh.
- Trẻ đang bú mẹ khi đủ 9 tháng tuổi hoặc khi nghi nhiễm HIV
- Trẻ không bú mẹ trên 9 tháng tuổi có xét nghiệm kháng thể kháng HIV dương tính.
- Trẻ có mẹ không rõ tình trạng nhiễm HIV nhưng có triệu chứng nghi ngờ bệnh HIV/AIDS và/hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính.

5.3. Quy trình thực hiện XN tại cơ sở điều trị

5.3.1. Tư vấn trước XN

- Lợi ích của chẩn đoán sớm nhiễm HIV và cách lấy mẫu XN PCR;
- Số lần XN và thời gian trả kết quả XN;
- Khẳng định về tính bảo mật của XN.

5.3.2. Lấy mẫu máu XN PCR

- Mẫu sử dụng:
 - + Mẫu giọt máu khô (DBS - Dried Blood Spot) trên giấy thấm;
 - + Máu toàn phần chống đông bằng EDTA (Ethylene Diamine Tetra Acetic).
- Quy trình lấy máu, đóng gói, vận chuyển, tiếp nhận mẫu giọt máu khô và/hoặc máu toàn phần chi tiết theo Quyết định 2674/QĐ-BYT ban hành ngày 27/4/2018 về Hướng dẫn quốc gia xét nghiệm HIV.

5.3.3. Giải thích và xử trí khi có kết quả XN PCR

Chi tiết xem Phụ lục 1.

a) Đối với trẻ XN PCR sau sinh từ 0 - 2 ngày tuổi

PCR dương tính:

Trẻ nhiễm HIV. Tư vấn cho người chăm sóc về kết quả XN. Điều trị ARV đồng thời lấy mẫu XN PCR lần 2. Điều trị ARV không đợi kết quả PCR lần 2.

PCR âm tính:

Tư vấn cho người chăm sóc về kết quả XN. Trẻ tiếp tục điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc ARV. XN lại PCR lúc 4-6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó càng sớm càng tốt. Xử trí khi có kết quả như Phần b dưới đây.

b) Đối với trẻ được XN PCR từ 4-6 tuần tuổi

PCR dương tính:

Trẻ nhiễm HIV. Tư vấn cho người chăm sóc trẻ về kết quả XN. Bắt đầu điều trị ARV và đồng thời lấy mẫu máu làm lại XN PCR. Điều trị ARV không đợi kết quả làm lại XN PCR.

PCR âm tính:

Trẻ chưa bao giờ bú mẹ hoặc đã ngừng bú mẹ từ 3 tháng trở lên:

Trẻ có thể không nhiễm HIV nhưng cần thực hiện XN kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 9 tháng tuổi:

- Nếu XN kháng thể kháng HIV âm tính: trẻ không nhiễm HIV.
- Nếu XN kháng thể kháng HIV dương tính: Làm XN PCR.

- Trường hợp trẻ có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm HIV thì XN lại PCR.

Trẻ đang bú mẹ hoặc ngừng bú mẹ dưới 3 tháng

XN PCR khi trẻ đủ 9 tháng tuổi hoặc khi có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV:

- Nếu kết quả PCR dương tính, tư vấn và điều trị ARV ngay cho trẻ.
- Nếu kết quả PCR âm tính, theo dõi và làm lại XN kháng thể kháng HIV lúc trẻ đủ 18 tháng tuổi để xác định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

Lưu ý: Theo dõi dấu hiệu nghi nhiễm HIV ở trẻ định kỳ 1 đến 3 tháng/1 lần.

c) Kết quả XN PCR lần 2

- **XN PCR hai lần dương tính:** Khẳng định trẻ nhiễm HIV. Tư vấn cho người chăm sóc trẻ về tầm quan trọng của việc tiếp tục điều trị bằng ARV và tuân thủ điều trị.

- **Kết quả XN PCR lần 1 dương tính và lần 2 âm tính:** Giải thích việc chưa khẳng định được tình trạng nhiễm HIV cho trẻ. XN lại PCR lần 3. Nếu kết quả XN PCR âm tính, ngừng điều trị ARV.

Lưu ý:

- Trẻ dưới 18 tháng tuổi có kháng thể kháng HIV dương tính đồng thời có các biểu hiện nấm miệng, viêm phổi nặng, nhiễm trùng nặng hoặc bất kỳ bệnh lý nào của AIDS có thể điều trị ARV ngay trong khi chờ XN khẳng định nhiễm HIV bằng PCR. Ngừng điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV.

- Đối với trẻ đã điều trị ARV sớm, kết quả XN kháng thể kháng HIV có thể âm tính. Do đó XN kháng thể kháng HIV không được sử dụng để chẩn đoán xác định hay loại trừ nhiễm HIV ở trẻ đang điều trị ARV.

6. KẾT NỐI CHUYÊN GỬI

6.1. Kết nối khách hàng có hành vi nguy cơ cao với dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV

Xác định đối tượng cần tư vấn xét nghiệm HIV: tìm hiểu các thông tin về đối tượng cần tiếp cận, những đặc tính chung của nhóm đối tượng này thông qua các kênh khác nhau.

Tiếp cận đối tượng thông qua người nhiễm HIV, nhóm đồng đẳng, nhân viên y tế xã phường thôn bản, mạng xã hội, tư vấn về lợi ích xét nghiệm HIV và chuyển gửi đối tượng đến dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV phù hợp.

6.2. Chuyển gửi người được xét nghiệm HIV đến các dịch vụ phù hợp

6.2.1. Đối với người có kết quả xét nghiệm HIV âm tính

Đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV và nhu cầu hỗ trợ sức khỏe của khách hàng và chuyển gửi đến các dịch vụ phù hợp, bao gồm dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV để duy trì tình trạng HIV âm tính bao gồm điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP), điều trị

nghiệm các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, chương trình bao cao su, bơm kim tiêm và các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội khác.

6.2.2. Đối với người có kết quả xét nghiệm HIV dương tính

Chuyển ngay người nhiễm HIV đến các dịch vụ về chăm sóc, điều trị ARV và dự phòng lây nhiễm HIV cùng các dịch vụ phù hợp khác.

6.3. Theo dõi sau chuyển gửi

Cơ sở chuyển đi liên hệ với cơ sở chuyển đến thông qua điện thoại, tin nhắn, thư điện tử, phiếu phản hồi... Ghi chép kết quả chuyển gửi vào sổ theo dõi chuyển gửi. Trường hợp người nhiễm HIV không đến cơ sở chăm sóc điều trị, nhân viên y tế phối hợp với đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn hoặc nhóm tiếp cận cộng đồng, tiếp cận với người nhiễm để hỗ trợ điều trị ARV sớm.

7. CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG BỆNH HIV

Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng bệnh HIV thực hiện theo Phụ lục 2. Đánh giá giai đoạn lâm sàng trong tất cả các lần người bệnh đến khám, xác định thời điểm bắt đầu hay ngừng điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole.

Bệnh HIV tiến triển:

- Đối với người lớn và trẻ nhiễm HIV ≥ 5 tuổi: khi $CD4 < 200$ tế bào/mm³ hoặc người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4;
- Đối với trẻ nhiễm HIV < 5 tuổi: tất cả đều được coi là bệnh HIV tiến triển.

Chương II

ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV)

1. MỤC ĐÍCH CỦA ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ARV

- Ước chế tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể;
- Phục hồi chức năng miễn dịch.

2. LỢI ÍCH CỦA ĐIỀU TRỊ ARV

- Giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV;
- Dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích); dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

3. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ ARV

- Điều trị ARV ngay khi người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV;
- Phối hợp đúng cách ít nhất 3 loại thuốc ARV;
- Đảm bảo tuân thủ điều trị hàng ngày, liên tục, suốt đời.

4. CHUẨN BỊ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ ARV

Đánh giá giai đoạn lâm sàng bệnh HIV, bệnh nhiễm trùng cơ hội, đồng nhiễm (lao, viêm gan B, viêm gan C...), dinh dưỡng, các bệnh khác nếu có, xét nghiệm theo quy định, tương tác thuốc để chỉ định phác đồ ARV hoặc điều chỉnh liều.

Tư vấn cho người bệnh:

- Lợi ích của điều trị ARV, điều trị ARV trong ngày, điều trị ARV nhanh;
- Sự cần thiết của tuân thủ điều trị, lịch tái khám, lĩnh thuốc;
- Tác dụng không mong muốn có thể gặp của thuốc ARV;
- Các xét nghiệm cần thiết khi bắt đầu điều trị và theo dõi điều trị ARV;
- Các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác như quan hệ tình dục an toàn, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, sử dụng bơm kim tiêm sạch và giới thiệu người bệnh đến các cơ sở cung cấp các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV;
- Xét nghiệm HIV cho vợ/chồng/bạn tình/bạn chích, con của mẹ nhiễm HIV, anh/chị/em của trẻ nhiễm HIV.

Trường hợp người bệnh chưa sẵn sàng điều trị cần tiếp tục tư vấn điều trị ARV cho bệnh nhân.

5. TIÊU CHUẨN BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ ARV

- Tất cả người nhiễm HIV không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng, số lượng tế bào CD4.

- Trẻ dưới 18 tháng tuổi có kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính đồng thời có biểu hiện bệnh lý HIV nặng. Ngừng điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV.

Tư vấn và thực hiện điều trị ARV trong ngày hoặc điều trị ARV nhanh trong vòng 1 tuần kể từ khi có kết quả xét nghiệm khẳng định HIV dương tính cho người nhiễm HIV đã sẵn sàng điều trị thuốc ARV.

6. ĐIỀU TRỊ ARV PHÁC ĐỒ BẬC MỘT

6.1. Các phác đồ ARV bậc một

Bảng 1: Các phác đồ ARV bậc một

Đối tượng	Phác đồ ưu tiên	Phác đồ thay thế	Phác đồ đặc biệt (khi không dùng được hoặc không có phác đồ ưu tiên hay thay thế)
Người lớn bao gồm cả phụ nữ mang thai (*) và trẻ từ 10 tuổi trở lên	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG ¹	TDF + 3TC + EFV 400 mg	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV 600mg AZT + 3TC + EFV 600 mg TDF + 3TC (hoặc FTC) + PI/r ABC + 3TC + DTG ¹
Trẻ dưới 10 tuổi	ABC+ 3TC + DTG ²	ABC+3TC+ LPV/r	ABC + 3TC + EFV ³ (hoặc NVP) AZT + 3TC + EFV ³ (hoặc NVP) AZT + 3TC + LPV/r (hoặc RAL)
Trẻ sơ sinh (trẻ dưới 4 tuần tuổi)	AZT+3TC+RAL ⁴	AZT+3TC+NVP	AZT+3TC+LPV/r

*** Xem mục 6.4.1. Điều trị ARV cho mẹ**

¹Sử dụng DTG cho phụ nữ và nữ vị thành niên trong độ tuổi sinh đẻ:

Tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai an toàn và có thể có nguy cơ dị tật ống thần kinh khi sử dụng DTG trong 3 tháng đầu thai kỳ.

- Trường hợp không sử dụng biện pháp tránh thai thường xuyên, an toàn nhưng vẫn lựa chọn DTG sau khi đã được tư vấn đầy đủ, thì có thể vẫn kê đơn DTG.

- Đối với phụ nữ mang thai trên 12 tuần cần được bắt đầu chỉ định hoặc tiếp tục phác đồ có DTG trong quá trình mang thai.

²Chỉ sử dụng DTG cho trẻ trên 6 tuổi và nặng trên 15 kg. Đối với trẻ trên 20 kg có thể dùng viên 50 mg như người lớn.

³EFV chỉ sử dụng cho trẻ hơn 3 tuổi.

⁴Trẻ sơ sinh bắt đầu điều trị ARV với phác đồ có RAL phải đổi thành LPV/r sớm nhất có thể. Xi rô LPV/r chỉ có thể dùng cho trẻ sau 2 tuần tuổi.

Trong trường hợp không sử dụng được phác đồ ARV trong Bảng 1 có thể sử dụng các phác đồ sau:

Đối với người lớn:

- TDF + 3TC (hoặc FTC) + RAL

- TAF + 3TC (hoặc FTC) + DTG

(TAF có thể được xem xét sử dụng cho người loãng xương và/hoặc suy thận)

Đối với người lớn đang sử dụng phác đồ có NVP (ví dụ AZT+3TC+NVP): sử dụng phác đồ này cho đến khi hết thuốc và chuyển sang phác đồ phù hợp.

Đối với trẻ em:

- ABC+3TC+ RAL

- TAF + 3TC (hoặc FTC) + DTG

(Chỉ sử dụng TAF cho trẻ em theo tuổi và liều lượng khi được khuyến cáo)

Liều lượng thuốc xem Phụ lục 4, 5, 6, 7.

6.2. Điều trị ARV cho người nhiễm HIV đồng mắc lao

Nguyên tắc chung

- Điều trị lao sớm và không được trì hoãn điều trị lao khi nhiễm HIV.

- Điều trị ARV sau 2 tuần đến 8 tuần kể từ khi bắt đầu điều trị lao.

- Trường hợp CD4 dưới 50 tế bào/mm³: điều trị ARV trong vòng 2 tuần kể từ khi bắt đầu điều trị lao sau khi đã dung nạp với các thuốc kháng lao.

- Đánh giá tương tác giữa thuốc ARV với thuốc chống lao và các thuốc khác (xem Chương II, Mục 11.4. Các tương tác của thuốc ARV và cách xử trí).

- Đánh giá tác dụng không mong muốn của các thuốc đang sử dụng và hội chứng viêm phục hồi miễn dịch.

- Hỗ trợ tuân thủ điều trị.

Bảng 2: Điều trị ARV ở trẻ < 10 tuổi đồng mắc lao

Bắt đầu điều trị ARV cho trẻ em khi đang điều trị lao có rifampicin		
Trẻ < 3 tuổi		ABC + 3TC + NVP (đảm bảo liều 200 mg/m ² da) hoặc: AZT + 3TC + NVP (đảm bảo liều 200 mg/m ² da) hoặc Ba thuốc NRTI (AZT + 3TC + ABC)
Trẻ ≥ 3 đến 10 tuổi		ABC + 3TC + EFV hoặc: AZT + 3TC + EFV hoặc: Ba thuốc NRTI (AZT + 3TC + ABC)
Phác đồ ARV ở trẻ em đang điều trị ARV thì mắc lao		
Phác đồ ARV đang sử dụng	Tuổi	Phác đồ ARV khi sử dụng cùng rifampicin
Trẻ đang điều trị với phác đồ có EFV hoặc NVP	Trẻ < 3 tuổi	- Phối hợp 2 thuốc NRTI + NVP (đảm bảo liều 200 mg/m ² da) hoặc: - Xem xét sử dụng 3 thuốc NRTI (AZT + 3TC + ABC)
	Trẻ ≥ 3 tuổi	- Nếu trẻ đang điều trị EFV, tiếp tục phác đồ này - Nếu trẻ đang điều trị NVP thì thay bằng EFV Hoặc: - Xem xét sử dụng 3 thuốc NRTI (AZT + 3TC + ABC)
Trẻ đang điều trị phác đồ có PI	Trẻ < 3 tuổi	- Tiếp tục LPV/r, cân nhắc thêm RTV tới khi bằng liều LVP (liều LPV/RTV = 1/1) hoặc: - Xem xét sử dụng ba thuốc NRTI (AZT + 3TC + ABC)
	Trẻ ≥ 3 tuổi	- Tiếp tục LPV/r, tăng liều RTV bằng liều LPV (LPV/RTV = 1/1) hoặc: - Thay LPV/r bằng EFV (Nếu không có tiền sử thất bại phác đồ có NNRTI) hoặc: - Xem xét sử dụng ba thuốc NRTI (AZT + 3TC + ABC)
Trẻ đang điều trị phác đồ có DTG		Chuyển sang dùng phác đồ có EFV

Cách tính diện tích da:

$$\text{Diện tích da (m}^2\text{)} = \sqrt{\frac{\text{Chiều cao (cm)} \times \text{cân nặng (kg)}}{3600}}$$

Bảng 3: Điều trị ARV ở người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi có đồng mắc lao

Bắt đầu điều trị ARV khi đang điều trị lao có rifampicin	
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi	2 NRTI + EFV
Phụ nữ mang thai và phụ nữ đang cho con bú	2 NRTI + LPV/r (hoặc EFV) (điều chỉnh liều LPV/r như dưới đây)
Phác đồ ARV khi đang điều trị ARV thì mắc lao	
Đang điều trị phác đồ có DTG	Tăng liều DTG gấp đôi (uống thêm 50 mg DTG sau 12 giờ uống liều đầu tiên). Trong trường hợp không có liều đơn DTG chuyển sang phác đồ có EFV ^(*)
Đang điều trị phác đồ có EFV 400mg hoặc 600mg	Tiếp tục điều trị theo phác đồ hiện tại
Đang điều trị phác đồ có NVP	Thay NVP bằng EFV hoặc DTG liều gấp đôi (2 lần mỗi ngày)
Đang điều trị phác đồ có PI (ví dụ LPV/r)	Tăng liều RTV bằng với liều LPV ^(**) LPV400mg/RTV400mg) 2 lần mỗi ngày hoặc: Tăng liều gấp đôi (LPV800mg/RTV 200mg) 2 lần mỗi ngày

Sau khi kết thúc điều trị lao bằng phác đồ có rifampicin:

(*) Đối với người bệnh chuyển từ phác đồ có DTG sang phác đồ có EFV: nên quay lại DTG;

(**) Đối với người bệnh sử dụng phác đồ có LPV/r: quay lại liều chuẩn ban đầu.

6.3. Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV

Bảng 4: Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV

Thời điểm điều trị HIV	Các xét nghiệm
Thời điểm đăng ký điều trị	- Số lượng tế bào CD4 - Công thức máu toàn phần - Creatinin, AST, ALT - HBsAg, anti - HCV - CrAg cho các trường hợp có CD4 < 100 tế bào/mm³ - Thử thai đối với phụ nữ dự định điều trị DTG - XN chẩn đoán lao nếu sàng lọc lao dương tính - Các xét nghiệm khác theo chỉ định lâm sàng
Trong quá trình điều trị ARV	- Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương thận (tính mức lọc cầu thận). - Công thức máu toàn phần 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng AZT hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu. - AST, ALT 6 - 12 tháng một lần hoặc trong trường hợp có chỉ định lâm sàng.

Thời điểm điều trị HIV	Các xét nghiệm
	- Lipid máu, đường máu 12 tháng một lần hoặc trong trường hợp có chỉ định lâm sàng - Thử thai nếu nghi ngờ mang thai ở người đang sử dụng DTG. - XN tải lượng HIV: <u>Thường quy:</u> Đối với người bắt đầu điều trị thuốc ARV hoặc chuyển sang phác đồ ARV bậc 2 hoặc bậc 3 dưới 12 tháng: Thực hiện XN tại thời điểm 6 tháng hoặc ngay sau đó càng sớm càng tốt; Đối với người bắt đầu điều trị thuốc ARV hoặc chuyển sang phác đồ ARV bậc 2 hoặc bậc 3 từ 12 tháng trở lên: +) Thực hiện xét nghiệm tại thời điểm 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV hoặc sau khi chuyển phác đồ và định kỳ sau đó 12 tháng một lần. +) Có thể thực hiện XN tải lượng HIV thường quy trong vòng trước hoặc sau thời điểm cần làm XN định kỳ 3 tháng. Ví dụ, có thể thực hiện XN tải lượng HIV thường quy đối với người bệnh điều trị thuốc ARV được 24 tháng tại thời điểm từ 21 tháng đến 27 tháng sau khi điều trị thuốc ARV. <u>Khi có dấu hiệu thất bại điều trị lâm sàng hoặc miễn dịch hoặc khi tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml:</u> Chi tiết xem tại mục 7.2, sơ đồ 2 Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị thuốc ARV. <u>XN tải lượng HIV cho phụ nữ mang thai, phụ nữ đang cho con bú:</u> Chi tiết xem tại chương II, mục 6.4.1. Điều trị ARV cho mẹ. - XN tế bào CD4 trong các trường hợp sau: +) Không có XN tải lượng HIV thường quy: xét nghiệm CD4 6 tháng 1/lần. +) Có XN tải lượng HIV: XN CD4 6 tháng một lần, ngừng XN CD4 khi người bệnh điều trị ARV được ít nhất 1 năm, có tình trạng lâm sàng ổn định và tải lượng HIV < 200 bản sao/ml. +) Quyết định ngừng điều trị dự phòng thứ phát một số bệnh NTCH. - Anti - HCV: xét nghiệm mỗi năm một lần nếu kết quả trước đó âm tính và có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C. - HBsAg: xét nghiệm lại khi người bệnh khi có chỉ định lâm sàng. - Các XN khác theo chỉ định lâm sàng và/hoặc phác đồ thuốc ARV người bệnh sử dụng.

Đánh giá mức độ suy thận: Sử dụng công thức Cockcroft-Gault (CG) dưới đây để ước tính mức lọc cầu thận:

$$eGFR = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times (\text{cân nặng theo kg}) \times 0.85 \text{ (nếu là nữ)}}{(72 \times \text{Creatinin huyết thanh tính bằng mg\%})}$$

Quy đổi creatinin huyết thanh: 1 mg% = 88.4 $\mu\text{mol/l}$.

6.4. Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

6.4.1. Điều trị ARV cho mẹ

a. Mục tiêu điều trị ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV

Mục đích: nhằm đạt được tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện để giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Điều trị ARV càng sớm càng tốt cho phụ nữ mang thai sau khi phát hiện nhiễm HIV. Phụ nữ mang thai nhiễm HIV cần được theo dõi hằng tháng, đặc biệt vào thời điểm gần ngày dự kiến sinh.

b. Các tình huống

Các tình huống	Xử trí
1. Phụ nữ dự kiến có thai khi đang điều trị ARV	1. Nếu đang điều trị phác đồ không có DTG: - Tiếp tục phác đồ hiện tại sau khi loại trừ người bệnh không có thất bại điều trị. Hoặc: - Chuyển sang điều trị phác đồ có DTG sau khi tư vấn cho người bệnh về lợi ích và nguy cơ trong giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con của thuốc DTG và người bệnh đồng ý. 2. Nếu đang điều trị phác đồ có DTG: Tư vấn về lợi ích và nguy cơ của DTG để người bệnh quyết định tiếp tục phác đồ có DTG hoặc chuyển sang phác đồ ARV phù hợp khác. 3. Tư vấn thời điểm có thai tốt nhất là khi đạt được tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện.
2. Phụ nữ mang thai khi đang điều trị ARV	1. Trường hợp người bệnh điều trị phác đồ không có DTG: - Tiếp tục phác đồ hiện tại sau khi loại trừ người bệnh không có thất bại điều trị. Hoặc: - Chuyển sang phác đồ có DTG sau khi được tư vấn về lợi ích và nguy cơ trong giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con của thuốc DTG và người bệnh đồng ý. 2. Trường hợp người bệnh điều trị phác đồ có DTG: - Tiếp tục phác đồ hiện tại. Hoặc: - Chuyển sử dụng phác đồ ARV phù hợp khác nếu người bệnh không đồng ý tiếp tục sử dụng phác đồ này sau khi được tư vấn về lợi ích và nguy cơ trong giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con của thuốc DTG. 3. Theo dõi điều trị thuốc ARV và tư vấn tuân thủ điều trị. 4. Làm xét nghiệm tải lượng HIV trước ngày dự kiến sinh 4 - 6 tuần để đánh giá nguy cơ lây truyền HIV cho con, quyết định phác đồ và thời gian dùng thuốc ARV cho con.
3. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV	1. Điều trị ARV ngay càng sớm càng tốt: - Trường hợp có thai từ 12 tuần trở lên: Chỉ định phác đồ có DTG*. - Trường hợp có thai dưới 12 tuần: Tư vấn về lợi ích và nguy cơ của

Các tình huống	Xử trí
	DTG trong giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con. Trường hợp người bệnh đồng ý, chỉ định điều trị bằng phác đồ có DTG. Trường hợp người bệnh không đồng ý, chỉ định phác đồ ARV phù hợp khác. 2. Theo dõi điều trị thuốc ARV và tư vấn tuân thủ điều trị. 3. Làm xét nghiệm tải lượng HIV trước ngày dự kiến sinh 4 - 6 tuần để đánh giá nguy cơ lây truyền HIV cho con, quyết định phác đồ và thời gian dùng thuốc ARV cho con.
4. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ/sinh	Chỉ định phác đồ có DTG*. Chú ý: Đối với người mẹ có xét nghiệm kháng thể kháng HIV có phản ứng khi chuyển dạ: - Điều trị ARV ngay khi xét nghiệm kháng thể kháng HIV có phản ứng. - Dùng điều trị thuốc ARV cho mẹ và con khi người mẹ được khẳng định không nhiễm HIV.
5. Theo dõi và điều trị ARV cho phụ nữ sau khi sinh	1. Tiếp tục phác đồ ARV hiện tại hoặc điều trị ARV ngay cho mẹ nếu mẹ chưa điều trị ARV theo Bảng 1. 2. Theo dõi điều trị thuốc ARV. Trường hợp mẹ cho con bú thì xét nghiệm tải lượng HIV từ 6 - 12 tháng/lần cho đến khi con ngừng bú mẹ hoàn toàn. 3. Tư vấn tuân thủ điều trị

*: Nếu không có DTG, chỉ định các phác đồ ARV phù hợp khác (xem Bảng 1).

6.4.2. Điều trị dự phòng ARV cho trẻ phơi nhiễm HIV

Bảng 5: Thuốc ARV và thời gian điều trị cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV

Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con*	Cách nuôi con	Thuốc và thời gian điều trị dự phòng
Không	Con bú mẹ hoặc không	NVP: 6 tuần từ khi sinh
Có	Con không bú mẹ	NVP + AZT: 6 tuần từ khi sinh hoặc AZT + 3TC + NVP trong trường hợp không có siro AZT và NVP
	Con bú mẹ	NVP + AZT: 12 tuần từ khi sinh hoặc AZT + 3TC + NVP trong trường hợp không có si rô AZT và NVP

* Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con khi có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

- 1) Chưa điều trị ARV hoặc mới điều trị ARV < 4 tuần tính đến thời điểm sinh;
- 2) Tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml trong vòng 4 tuần trước khi sinh;
- 3) Phát hiện nhiễm HIV muộn lúc chuyển dạ hoặc ngay sau sinh hoặc đang cho con bú.

Lưu ý:

- Điều trị thuốc ARV dự phòng nhiễm HIV cho trẻ ngay sau sinh càng sớm càng tốt và trước 72h kể từ khi sinh. Nếu phát hiện tình trạng phơi nhiễm của trẻ trên 72 giờ tuổi: 1) Nếu trẻ bú mẹ: cho trẻ uống thuốc dự phòng ngay; 2) Nếu trẻ không bú mẹ: không cần cho trẻ uống ARV dự phòng.

- Nếu kết quả XN HIV sàng lọc của mẹ có phản ứng tại thời điểm chuyển dạ hoặc sau sinh thì tư vấn điều trị dự phòng ARV cho trẻ. Nếu sau đó kết quả xét nghiệm khẳng định mẹ có HIV âm tính thì ngừng điều trị dự phòng cho trẻ.

Bảng 6: Liều NVP và AZT dự phòng cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV

Tuổi của trẻ	Liều lượng NVP uống hàng ngày	Liều lượng AZT uống hàng ngày
Từ khi sinh tới 6 tuần tuổi		
Cân nặng khi sinh < 2000 g	2 mg/kg một lần	2 mg/kg x 02 lần/ngày
Cân nặng khi sinh 2000 - 2499g	10 mg một lần (1ml siro một lần/ngày)	10 mg x 02 lần/ngày (1ml siro/lần x 2 lần/ngày)
Cân nặng khi sinh ≥ 2500 g	15 mg một lần (1,5ml siro một lần/ngày)	15 mg x 02 lần/ngày (1,5ml siro/lần x 2 lần/ngày)
> 6 tuần tới 12 tuần	20 mg một lần (2ml siro một lần/ngày hoặc nửa viên 50mg một lần/ngày)	Sử dụng liều điều trị 60mg x 2 lần/ngày (6ml siro hoặc một viên 60mg x 2 lần/ngày)

Trường hợp không có si rô AZT và NVP, có thể dùng phác đồ viên phối hợp 3 thuốc AZT+3TC+NVP để điều trị dự phòng như sau:

Viên AZT/3TC/NVP 60/30/50 mg*	Cách dùng
Từ khi sinh đến 6 tuần (không tính cân nặng lúc sinh): ¼ viên x 2 lần/ngày cách nhau 12 giờ	Bẻ viên thuốc theo vạch khía giữa viên thành 2 phần: - Buổi sáng: hòa nửa viên thuốc với 5 ml nước đun sôi để nguội thành hỗn dịch. Cho trẻ uống 2,5 ml hỗn dịch thuốc đã pha, phần còn lại bỏ đi. - Buổi tối: làm tương tự như buổi sáng.
Khi trẻ trên 6 tuần đến 12 tuần tuổi	Sử dụng liều điều trị theo cân nặng

*** Lưu ý với trẻ uống AZT/3TC/NVP:**

- Lấy máu xét nghiệm PCR lúc sinh hoặc ngay trước khi uống thuốc.

- Nếu không thể thực hiện xét nghiệm PCR và không có si rô AZT và NVP thì vẫn cho uống phác đồ 3 thuốc và chỉ định xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ theo Chương 1, Mục 5.2.

6.4.3. Tư vấn nuôi dưỡng trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV

Tư vấn nuôi dưỡng trẻ cần được thực hiện trước khi sinh. Người mẹ cần được cung cấp đầy đủ thông tin về điều kiện, lợi ích và nguy cơ của việc nuôi con bằng sữa mẹ hoặc sữa công thức để quyết định việc nuôi con.

Nếu nuôi con bằng sữa mẹ: Người mẹ phải điều trị thuốc ARV và tuân thủ điều trị tốt để đạt tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện.

Nếu nuôi con bằng sữa thay thế: Người mẹ chỉ nên nuôi con bằng sữa thay thế khi đáp ứng các điều kiện sau đây: a) đảm bảo cung cấp đủ sữa ăn thay thế hoàn toàn trong 6 tháng đầu; b) có nước sạch và chuẩn bị được sữa thay thế đảm bảo an toàn, hợp vệ sinh và đủ số lượng phù hợp với tuổi của trẻ; c) có sự hỗ trợ của gia đình.

7. THEO DÕI ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ ARV VÀ CHẨN ĐOÁN THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ

7.1. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV, tái khám và kê đơn thuốc

7.1.1. Theo dõi đáp ứng lâm sàng

Theo dõi đáp ứng lâm sàng cần được thực hiện trong mỗi lần tái khám:

- Cân nặng và giai đoạn lâm sàng;
- Tác dụng không mong muốn của thuốc;
- Đánh giá tuân thủ điều trị;
- Sự xuất hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội mới hay tái phát; hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, thất bại điều trị;
- Đánh giá tình trạng mang thai ở phụ nữ và nữ vị thành niên ở độ tuổi sinh đẻ đặc biệt ở người bệnh đang sử dụng DTG.

Người bệnh đáp ứng tốt với điều trị ARV khi:

- Tăng cân, thèm ăn trở lại và ăn ngon miệng;
- Hết các dấu hiệu liên quan đến các NTCH và bệnh lý liên quan đến HIV.

7.1.2. Theo dõi đáp ứng miễn dịch

Theo dõi đáp ứng về miễn dịch là theo dõi sự thay đổi của số lượng tế bào CD4, đặc biệt là giữa 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp. Theo dõi đáp ứng về miễn dịch được thực hiện khi người bệnh không tiếp cận được với xét nghiệm tải lượng HIV thường quy, và/hoặc khi người bệnh điều trị ARV chưa ổn định (xem Bảng 7: Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV).

Thời điểm và tần suất thực hiện xét nghiệm CD4 (xem Bảng 4: Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV).

7.1.3. Theo dõi về vi rút

Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy là phương pháp tốt nhất để theo dõi đáp ứng với điều trị ARV, qua đó đánh giá tuân thủ điều trị và phát hiện sớm thất bại điều trị về vi rút học.

Tuân thủ điều trị ARV để duy trì tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện để tránh hoặc hạn chế kháng thuốc, tăng cường hệ miễn dịch giúp người bệnh sống khỏe, giảm khả năng lây truyền HIV. Khi tải lượng HIV < 200 bản sao/ml sẽ không có khả năng lây truyền HIV cho bạn tình qua đường tình dục (Không phát hiện = Không lây truyền).

Thời điểm và tần suất thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV (xem Bảng 4: Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV).

7.1.4. Tiêu chuẩn xác định người bệnh điều trị ARV ổn định

Người bệnh được xác định là điều trị ARV ổn định khi có tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Người lớn đang điều trị ARV từ 12 tháng trở lên và tuân thủ điều trị tốt;
- Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml trong vòng 12 tháng qua. Trường hợp không làm được xét nghiệm tải lượng HIV, có thể dựa vào số lượng tế bào CD4 tăng lên khi điều trị ARV hoặc trên 200 tế bào/mm³ trong vòng 12 tháng qua;
- Không mang thai;
- Không đang cho con bú;
- Không có tác dụng phụ của thuốc ARV cần theo dõi;
- Không có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV khác.

7.1.5. Tần suất tái khám, kê đơn, cấp thuốc ARV

Đối với người bệnh điều trị ARV ổn định: có thể tái khám, kê đơn, cấp thuốc ARV nhiều tháng với số lượng thuốc sử dụng tối đa 90 ngày.

Đối với trường hợp điều trị ARV chưa ổn định: tái khám định kỳ hằng tháng hoặc sớm hơn. Số lượng thuốc được kê đơn và cấp tối đa 30 ngày.

Hướng dẫn người bệnh bảo quản thuốc ở nhà: để ở nhiệt độ phòng, nơi thoáng mát, tránh ánh nắng mặt trời, xa tầm tay của trẻ em.

7.2. Thất bại điều trị ARV

7.2.1. Các loại thất bại điều trị

Bảng 7: Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV

Các loại thất bại	Tiêu chuẩn chẩn đoán
Thất bại lâm sàng	Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng. Trẻ em dưới 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 3 và 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.
Thất bại miễn dịch	Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: CD4 giảm ≤ 250 tế bào/mm ³ và thất bại lâm sàng hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm ³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4. Trẻ từ 5 tuổi - 10 tuổi: CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm ³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4. Trẻ dưới 5 tuổi: CD4 liên tục dưới 200 tế bào/mm ³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.
Thất bại vi rút học	Người bệnh điều trị ARV ít nhất 6 tháng và có tải lượng HIV từ 1000 bản sao/ml trở lên ở hai lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau 3 tháng sau khi đã được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị.

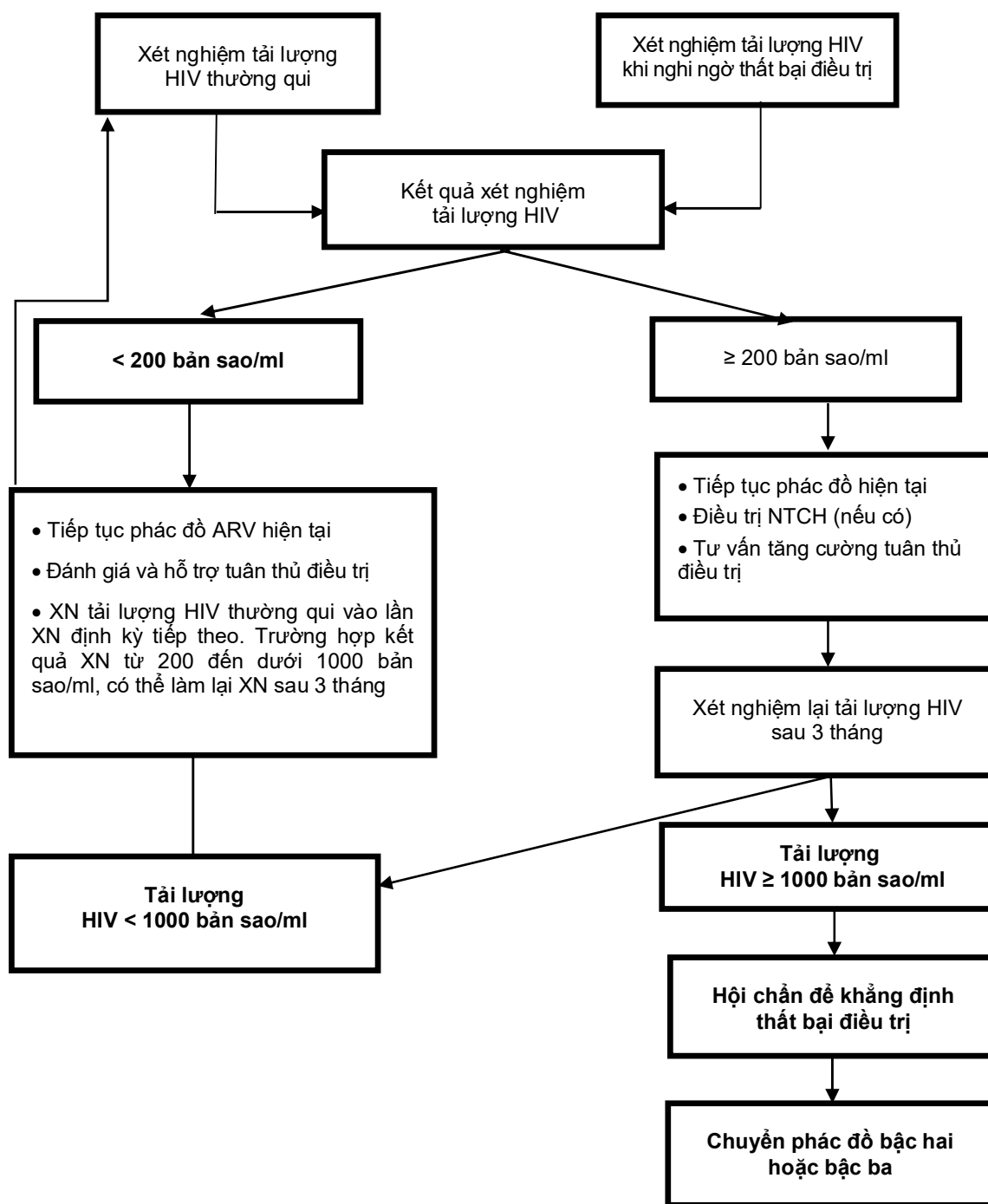
7.2.2. Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị ARV

Thất bại điều trị được xác định khi người bệnh có thất bại về vi rút học.

Trường hợp tải lượng HIV lần một trên 200 bản sao/ml, xét nghiệm tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng sau khi người bệnh được hỗ trợ tuân thủ điều trị và có kết quả ≥ 1000 bản sao/ml thì được coi như thất bại điều trị.

Các trường hợp thất bại điều trị cần được hội chẩn để chuyển phác đồ bậc hai hoặc bậc ba.

Chi tiết xem Sơ đồ 2.



Sơ đồ 2: Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị ARV

Lưu ý:

Chỉ xét nghiệm lại tải lượng HIV sau 3 tháng khi người bệnh được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị. Nội dung tư vấn tại Chương II, Mục 10.4.

Có thể làm xét nghiệm gen phát hiện đột biến HIV kháng thuốc trước khi chuyển sang phác đồ bậc 2 hoặc bậc 3 nếu có điều kiện.

Trường hợp đang điều trị phác đồ ARV bậc một, không thể làm được xét nghiệm tải lượng HIV hoặc trường hợp tải lượng HIV lần một ≥ 1000 bản sao/ml mà không XN tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng: căn cứ tình trạng lâm sàng, miễn dịch, tuân thủ điều trị, cần hội chẩn để quyết định về tình trạng thất bại điều trị và chuyển sang điều trị phác đồ ARV bậc hai khi người bệnh tuân thủ điều trị tốt.

7.3. Các phác đồ điều trị ARV bậc hai

Bảng 8: Phác đồ ARV bậc hai

Đối tượng	Thất bại phác đồ bậc một	Phác đồ bậc hai ưu tiên	Phác đồ bậc hai thay thế
Người lớn và trẻ từ 10 tuổi trở lên	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG	AZT + 3TC + LPV/r (hoặc ATV/r)	AZT + 3TC + DRV/r
	TDF + 3TC (or FTC) + EFV (hoặc NVP)	AZT + 3TC + DTG ¹	AZT + 3TC + LPV/r (hoặc ATV/r hoặc DRV/r)
	AZT + 3TC + EFV (hoặc NVP)	TDF ³ + 3TC (hoặc FTC) + DTG ¹	TDF ³ + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc ATV/r hoặc DRV/r)
Trẻ dưới 10 tuổi	ABC + 3TC + DTG	AZT + 3TC + LPV/r (hoặc ATV/r ⁴)	AZT + 3TC + DRV/r
	ABC (hoặc AZT) + 3TC + LPV/r	AZT (hoặc ABC) + 3TC + DTG ²	AZT (hoặc ABC) + 3TC + RAL
	ABC (hoặc AZT) + 3TC + EFV	AZT (hoặc ABC) + 3TC + DTG ²	AZT (hoặc ABC) + 3TC + LPV/r (hoặc ATV/r ⁴)
	AZT + 3TC + NVP	ABC + 3TC + DTG ²	ABC + 3TC + LPV/r (or ATV/r (hoặc DRV/r ⁵))

¹Sử dụng DTG cho phụ nữ và nữ vị thành niên trong độ tuổi sinh đẻ:

Tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai an toàn và có thể có nguy cơ dị tật ống thần kinh khi sử dụng DTG trong 3 tháng đầu thai kỳ.

- Trường hợp không sử dụng biện pháp tránh thai thường xuyên, an toàn nhưng vẫn lựa chọn DTG sau khi đã được tư vấn đầy đủ, thì có thể vẫn kê đơn DTG.

- Đối với phụ nữ mang thai trên 12 tuần cần được bắt đầu chỉ định hoặc tiếp tục phác đồ có DTG trong quá trình mang thai.

²Chỉ sử dụng DTG cho trẻ trên 6 tuổi và nặng trên 15 kg. Đối với trẻ trên 20 kg có thể dùng viên 50 mg như người lớn.

³ Có thể thay TDF bằng TAF (tenofovir alafenamide) trong tình huống đặc biệt cho người lớn và trẻ trên 10 tuổi

⁴ATV/r có thể sử dụng thay thế cho LPV/r ở trẻ trên 3 tuổi, nhưng hiếm có dạng viên thuốc cho trẻ dưới 6 tuổi và liều ritonavir tăng cường phải chia nhỏ nên cần cân nhắc khi lựa chọn thuốc này.

⁵DRV không được sử dụng cho trẻ dưới 3 tuổi và phải kết hợp với liều ritonavir liều tăng cường thích hợp.

Nếu chuyển sang sử dụng phác đồ có DRV/r khi thất bại phác đồ có PI phải sử dụng DRV (600mg/100mg) hai lần mỗi ngày.

Cần chú ý các tương tác thuốc khi dùng LPV/r, DTG, đặc biệt khi dùng với rifampicin (xem tại chương II, mục 6.2. Điều trị ARV cho các trường hợp đồng mắc lao).

Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV phác đồ bậc hai giống như tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại phác đồ ARV bậc một (xem tại Chương II, Mục 7. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV và chẩn đoán thất bại điều trị).

7.4. Phác đồ bậc ba

Darunavir/ritonavir (DRV/r) có thể phối hợp với DTG và một đến hai thuốc NRTIs.

Tốt nhất là xét nghiệm gene kháng thuốc nếu có khả năng để lựa chọn thuốc ARV thích hợp.

Nếu chuyển sang sử dụng phác đồ có DRV/r khi thất bại phác đồ có PI phải sử dụng DRV (600mg/100mg) hai lần mỗi ngày.

Sử dụng DTG (50mg) 2 lần mỗi ngày trong phác đồ bậc ba, nếu trước đó đã sử dụng DTG 1 lần/ngày.

Lưu ý: Theo dõi về lâm sàng và xét nghiệm trong điều trị phác đồ bậc hai hay bậc ba tương tự như theo dõi điều trị phác đồ ARV bậc một. Chỉ định xét nghiệm tải lượng HIV thường quy được tính từ thời điểm người bệnh chuyển sang điều trị ARV phác đồ hai hoặc bậc ba.

8. CHUYỂN ĐỔI SANG PHÁC ĐỒ TDF + 3TC + DTG CHO NGƯỜI TRÊN 10 TUỔI

Bảng 9: Chuyển sang phác đồ TDF + 3TC + DTG cho người lớn và trẻ trên 10 tuổi

Tình huống	Phác đồ đang điều trị	Chuyển sang phác đồ
Đang điều trị phác đồ ARV bậc một và không có thất bại điều trị*	Phác đồ có NVP hay LPVr; hoặc phác đồ có 3 thuốc NRTIs	TDF + 3TC + DTG
	Đang điều trị phác đồ ARV có EFV nhưng ko dung nạp với EFV (Nhiễm độc thần kinh, trầm cảm, các bệnh lý tâm thần nặng khác, vú to ở nam giới...)	
	Đang điều trị ARV phác đồ bậc một có EFV, được chỉ định điều trị viêm gan C bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp DAAs như daclatasvir, velpatasvir... có tương tác với EFV	
	Đang điều trị phác đồ có EFV(**)	
Thất bại ARV phác đồ bậc một có AZT	AZT/3TC/NVP AZT/3TC/EFV AZT/3TC/ABC	Chuyển sang phác đồ bậc hai: TDF + 3TC + DTG

(*) Trường hợp không làm được xét nghiệm tải lượng HIV trước khi chuyển để loại trừ thất bại điều trị, thì cần xét nghiệm tải lượng HIV thường quy sau khi chuyển sang điều trị phác đồ có DTG được 6 tháng.

(**) Trường hợp đang dùng phác đồ có EFV không có thất bại điều trị có thể chuyển sang phác đồ ưu tiên TDF + 3TC + DTG sau khi xem xét sự sẵn có của thuốc và sự lựa chọn của người bệnh.

9. CHUYỂN ĐỔI PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ARV CHO TRẺ DƯỚI 10 TUỔI KHI KHÔNG CÓ THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ

Bảng 10: Chuyển đổi phác đồ điều trị ARV cho trẻ dưới 10 tuổi khi không có thất bại điều trị

Phác đồ đang sử dụng	Cân nặng	Chuyển sang phác đồ	Lưu ý
AZT + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV ABC + 3TC + NVP	<20 kg	ABC + 3TC + LPV/r	Nếu ổn định có thể chuyển sang DTG khi trẻ nặng > 20 kg
	20-30kg	ABC + 3TC + DTG	Nếu ổn định có thể chuyển sang TDF + 3TC + DTG khi trẻ nặng > 30 kg
	> 30 kg	TDF + 3TC + DTG	
ABC + 3TC + EFV	<20 kg	Không đổi khi trẻ chưa được 20 kg, trừ khi thất bại điều trị	Chuyển sang DTG khi trẻ nặng > 20 kg
	20-30 kg	ABC + 3TC + DTG	Nếu ổn định có thể chuyển sang TDF + 3TC + DTG khi trẻ > 30 kg
	> 30 kg	TDF + 3TC + DTG	
ABC + 3TC + LPV/r AZT + 3TC + LPV/r	<20 kg	Giữ nguyên phác đồ khi trẻ chưa đạt được 20 kg, trừ khi thất bại điều trị	Có thể chuyển từ AZT + 3TC + LPV/r sang ABC + 3TC + LPV/r
	20-30kg	ABC + 3TC + DTG	Nếu ổn định có thể chuyển sang phác đồ TDF + 3TC + DTG khi trẻ nặng > 30 kg
	> 30kg	TDF + 3TC + DTG	

10. ĐÁNH GIÁ VÀ HỖ TRỢ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

10.1. Mục tiêu của việc duy trì tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị thuốc ARV là việc người bệnh uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của thầy thuốc, đến khám và làm xét nghiệm theo lịch hẹn. Tuân thủ điều trị tốt có tác dụng:

- Ước chế sự nhân lên của HIV, cải thiện tình trạng lâm sàng và miễn dịch;

- Giảm nguy cơ xuất hiện HIV kháng thuốc ARV và thất bại điều trị;
- Giảm nguy cơ lây truyền HIV sang người khác.

10.2. Đánh giá tuân thủ điều trị tại các cơ sở điều trị HIV

Đánh giá tuân thủ điều trị bao gồm đánh giá uống thuốc đúng theo chỉ định, tái khám và xét nghiệm đúng hẹn.

Đánh giá sự tuân thủ điều trị uống thuốc ARV: thực hiện trong tất cả các lần người bệnh đến tái khám dựa trên đếm số thuốc còn lại, tự báo cáo của người bệnh, sổ tự ghi, báo cáo của người hỗ trợ điều trị...

Theo dõi việc đến khám, lĩnh thuốc và làm xét nghiệm theo lịch của người bệnh. Liên hệ với người bệnh để nhắc nhở họ đến khám và lấy thuốc đúng hẹn qua điện thoại hoặc mạng lưới đồng đẳng viên/người hỗ trợ điều trị hoặc nhân viên y tế xã, phường, thôn bản.

Đánh giá sự tuân thủ điều trị tốt nhất thông qua việc theo dõi xét nghiệm tải lượng HIV thường quy.

Hướng dẫn khi người bệnh quên uống thuốc ARV:

Nhớ lúc nào uống lúc đó (uống liều đã quên).

Uống liều kế tiếp như sau: Nếu khoảng cách giữa 2 liều dưới 4 giờ (đối với người uống một ngày hai liều thuốc) hoặc dưới 12 giờ (đối với người uống một ngày một liều thuốc) thì phải đợi trên 4 giờ hoặc trên 12 giờ mới uống thuốc. Nếu giờ uống liều kế tiếp khó khăn cho người bệnh thì có thể phải bỏ liều này.

Ngày hôm sau lại uống thuốc theo giờ cố định như thường lệ.

Bảng 11: Đánh giá mức độ tuân thủ khi uống thuốc ARV

Số liều thuốc mỗi ngày	Mức độ tuân thủ điều trị	Số liều thuốc quên trong tháng
Uống 2 liều ARV mỗi ngày	Tốt	1- 3
	Không tốt	≥ 4
Uống 1 liều ARV mỗi ngày	Tốt	1
	Không tốt	≥ 2

Lưu ý: Nếu người bệnh tuân thủ điều trị không tốt, cần phải tìm hiểu lý do, đưa ra các giải pháp, giúp người bệnh tuân thủ điều trị.

10.3. Các nhóm cần được hỗ trợ tuân thủ đặc biệt

Phụ nữ mang thai trước và sau khi sinh: Thảo luận và thực hiện về các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Trẻ vị thành niên: Xác định thời điểm thích hợp để tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ. Giải thích phác đồ điều trị và cách uống thuốc. Tư vấn về sức khỏe sinh sản vị thành niên. Đảm bảo chuyển giao từ chăm sóc nhi khoa sang chăm sóc người lớn được tiến hành thuận lợi (xem tại chương IX: Quản lý trẻ vị thành niên nhiễm HIV).

Trẻ em: Cần có người hỗ trợ và chăm sóc. Tư vấn để người chăm sóc trẻ hiểu biết về sự cần thiết của tuân thủ điều trị. Giải thích cho người chăm sóc trẻ về các loại thuốc ARV và cách uống mà trẻ đang sử dụng.

Người có biểu hiện rối loạn về sức khỏe tâm thần, rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện, sử dụng rượu cần có sự hỗ trợ đặc biệt từ gia đình, bạn bè, người thân. Những người hỗ trợ tuân thủ cho nhóm đối tượng đặc biệt này cần được tư vấn về các thuốc điều trị, cách dùng thuốc và hỗ trợ người bệnh đi tái khám đúng hẹn để tránh gián đoạn điều trị.

10.4. Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị ở người bệnh có tải lượng HIV $\geq$ 200 bản sao/ml

Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị là nhằm mục đích hỗ trợ người bệnh tuân thủ tốt điều trị ARV để đạt được ngưỡng ức chế HIV < 200 bản sao/ml.

Mục tiêu của tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị:

- Giúp người bệnh xác định các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ và tìm ra biện pháp thích hợp để vượt qua các rào cản tuân thủ điều trị (rào cản liên quan đến kiến thức, hành vi, kinh tế, cảm xúc). Xem Phụ lục 13.

- Đánh giá tuân thủ điều trị để loại trừ khả năng tuân thủ điều trị kém trước khi quyết định chuyển phác đồ bậc hai hoặc bậc ba.

Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị cần được thực hiện ngay sau khi người bệnh có kết quả tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml và được thực hiện lại lần hai sau đó một tháng. Ở buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần hai cần đánh giá lại sự tuân thủ của người bệnh. Nếu người bệnh tuân thủ điều trị không tốt, thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần ba sau đó một tháng.

11. THEO DÕI ĐỘC TÍNH CỦA THUỐC ARV

11.1. Các độc tính thường gặp của một số thuốc ARV

11.1.1. TDF

- **Độc tính đối với thận:** TDF có thể gây rối loạn chức năng tế bào ống thận. Xét nghiệm creatinine huyết thanh để theo dõi độc tính ở thận liên quan đến TDF đặc biệt cho người bệnh có các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, có tiền sử bệnh thận, cao huyết áp không kiểm soát được, bị tiểu đường mạn tính, sử dụng thuốc tăng cường PI (ví dụ ritonavir) hoặc các thuốc gây độc cho thận.

Không chỉ định TDF khi mức lọc cầu thận ước tính < 10 ml/phút hoặc ở người có bệnh tiểu đường lâu ngày, tăng huyết áp không kiểm soát được. Điều chỉnh liều TDF khi có suy thận theo Phụ lục 11. Bảng điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận.

- **Độc tính đối với xương:** TDF có thể làm giảm mật độ xương ở trẻ em mặc dù hiện vẫn chưa rõ tác động của giảm mật độ xương tới sự phát triển của trẻ và nguy cơ gãy xương. Vì vậy cần theo dõi tăng trưởng của trẻ khi dùng TDF.

11.1.2. AZT: AZT có thể gây các độc tính về máu vì thế cần xét nghiệm hemoglobin trước khi điều trị, đặc biệt ở người lớn và trẻ em có cân nặng thấp, số lượng CD4 thấp và bệnh HIV tiến triển. Không chỉ định AZT cho người bệnh người bệnh có hemoglobin < 8,0 g/dl.

11.1.3. NVP: NVP có thể gây phát ban và độc tính gan. Theo dõi chặt chẽ phản ứng da và độc tính gan trong 18 tuần sau khi bắt đầu điều trị, đặc biệt trong vòng 6 tuần đầu. Nguy cơ gặp độc tính gan cao ở người lớn có số lượng tế bào CD4 trước điều trị cao. Nguy cơ này cao hơn với người bệnh nữ có CD4 ≥ 250 tế bào/mm³ hoặc nam có CD4 ≥ 400 tế bào/mm³.

11.1.4. EFV: độc tính chủ yếu của EFV là tác dụng lên thần kinh trung ương và thường mất đi sau vài tuần. Tuy nhiên một số ít trường hợp có thể kéo dài vài tháng hoặc không mất đi.

11.1.5. DTG: Sử dụng DTG có thể gây tăng cân, nhất là ở người sử dụng phác đồ TAF + 3TC + DTG. Cần tư vấn cho người bệnh trước khi sử dụng DTG về chế độ ăn kiêng, tránh hút thuốc và tập thể dục để kiểm soát cân nặng.

DTG có thể gây dị tật ống thần kinh cho thai nhi khi mẹ sử dụng DTG trong quý đầu của thai kỳ. Tuy nhiên tỷ lệ này rất thấp. Đối với phụ nữ và nữ vị thành niên trong độ tuổi sinh con, cần tư vấn cho họ việc sử dụng các biện pháp tránh thai an toàn khi điều trị phác đồ có DTG. Trong trường hợp không sử dụng biện pháp tránh thai thường xuyên, an toàn nhưng người bệnh vẫn lựa chọn DTG sau khi đã được tư vấn đầy đủ thì vẫn có thể kê đơn.

Ngoài ra, DTG có thể gây mất ngủ ở phụ nữ trên 60 tuổi.

11.1.6 ABC: ABC có thể gây ra phản ứng quá mẫn ở người có gen HLA-B*5701. Xác định quá mẫn khi có ít nhất 2 dấu hiệu: phát ban, sốt, viêm phù nề hầu họng, khó thở, ho, buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng, đau cơ, mệt.

Không dùng lại ABC khi đã có phản ứng quá mẫn với ABC vì có thể gây các biến chứng nghiêm trọng (hạ huyết áp, suy thận, suy hô hấp co thắt phế quản) trong vòng vài giờ khi dùng thử lại.

Lưu ý: Độc tính của các thuốc ARV khác xem Phụ lục 10.

11.2. Xử trí khi có độc tính của thuốc ARV

- Trường hợp tác dụng phụ đe dọa tính mạng như hội chứng Steven Johnson hay Lyell thì ngừng ngay tất cả các thuốc ARV đang sử dụng.

- Trường hợp tác dụng phụ nặng nhưng không đe dọa đến tính mạng cần ngừng thuốc ARV tạm thời (ví dụ dị ứng độ 3 hoặc ALT tăng từ 5 - 10 lần do NVP) thì ngừng NVP trước 7 ngày so với các thuốc thuộc nhóm NRTI còn lại trong phác đồ.

- Trong các trường hợp có tác dụng phụ/độc tính nặng nhưng chưa đến mức phải ngừng thuốc cần đổi thuốc ngay để tránh các biến chứng có hại, ảnh hưởng đến tuân thủ dẫn đến kháng thuốc và thất bại điều trị.

11.3. Báo cáo độc tính của thuốc ARV

Thực hiện theo Hướng dẫn Quốc gia về Cảnh giác Dược theo Quyết định số 3551/QĐ-BYT ngày 19/09/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Các cơ sở điều trị gửi báo cáo phản ứng có hại của thuốc về Trung tâm Cảnh giác Dược Quốc gia.

11.3.1. Các hình thức báo cáo

a. Báo cáo đơn lẻ: báo cáo tất cả các biến cố bất lợi xảy ra trong quá trình điều trị nghi ngờ là phản ứng có hại gây ra bởi thuốc ARV hoặc các thuốc dùng đồng thời cho người nhiễm HIV. Ưu tiên báo cáo các trường hợp sau:

Phản ứng có hại nghiêm trọng ở mức độ 3 và mức độ 4 theo phân loại mức độ nặng của phản ứng có hại của thuốc;

Bất kỳ phản ứng nào dẫn việc thay đổi phác đồ điều trị, bỏ trị, ngừng điều trị hoặc cần phải can thiệp y khoa để xử trí phản ứng có hại;

Bất kỳ phản ứng có hại được nhân viên y tế nhận định là gây ra hậu quả nghiêm trọng về mặt lâm sàng;

Tất cả phản ứng có hại của các thuốc mới hoặc phác đồ mới;

Phản ứng có hại mới chưa được ghi nhận với thuốc. Các trường hợp phản ứng có hại nghiêm trọng hoặc phản ứng nhẹ nhưng có tần số xuất hiện bất thường.

b. Báo cáo định kỳ: báo cáo hàng tháng về các phản ứng có hại của thuốc ARV. Biểu mẫu báo cáo và nơi gửi báo cáo: theo Quyết định số 3551/QĐ-BYT, ngày 19/09/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

11.3.2. Thực hiện báo cáo

Báo cáo đơn lẻ phản ứng có hại của thuốc theo thời gian quy định như sau:

Phản ứng có hại nghiêm trọng gây tử vong hoặc đe dọa tính mạng người bệnh (mức độ 4): gửi báo cáo trong thời gian sớm nhất có thể nhưng không muộn hơn 7 ngày làm việc kể từ thời điểm phát hiện ra phản ứng.

Phản ứng có hại nghiêm trọng mức độ 3: gửi báo cáo trong thời gian sớm nhất có thể nhưng không muộn hơn 15 ngày làm việc kể từ thời điểm phát hiện ra phản ứng.

Các phản ứng có hại khác có thể tập hợp gửi hàng tháng, trước ngày mùng 5 của tháng kế tiếp.

Báo cáo cần được gửi trong thời gian sớm nhất có thể sau khi xảy ra phản ứng, ngay cả khi thông tin thu được chưa đầy đủ (báo cáo ban đầu). Trong trường hợp này, có thể bổ sung báo cáo nếu thu thập được thêm thông tin (báo cáo bổ sung).

Báo cáo định kỳ hàng tháng: Thực hiện báo cáo định kỳ tại cơ sở điều trị trước ngày 5 của tháng kế tiếp.

11.4. Các tương tác của thuốc ARV và cách xử trí

Bảng 12: Tương tác của các thuốc ARV và cách xử trí

Thuốc ARV	Các tương tác chính	Khuyến cáo điều trị
AZT	Ribavirin và peg-interferon alfa-2a	Phác đồ bậc 1: Thay thế AZT bằng TDF
	Methadone	Theo dõi độc tính của AZT như thiếu máu do methadone làm tăng nồng độ của AZT
PI tăng cường (ATV/r, DRV/r, LVP/r)	Rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin Điều chỉnh liều PI hoặc thay thế bằng ba thuốc NRTI (đối với trẻ em) Không nên sử dụng hoặc sử dụng thận trọng rifampicin cùng với ATV, DRV và LPV
	Lovastatin và simvastatin	Sử dụng thuốc điều chỉnh rối loạn mỡ máu khác (ví dụ: pravastatin)
	Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác
	Methadone và buprenorphine	Điều chỉnh liều methadone và buprenorphine trong một số trường hợp
	Astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế
	TDF	Theo dõi chức năng thận
DTG	Carbamazepine, phenobarbital và phenytoin	Sử dụng các thuốc chống co giật thay thế khác
	Dofetilide	Sử dụng một thuốc chống loạn nhịp thay thế
	Các chế phẩm có chứa magie (Mg), nhôm (Al), sắt (Fe), canxi (Ca) và kẽm (Zn)	Sử dụng DTG ít nhất 2 giờ trước hoặc ít nhất 6 giờ sau khi bổ sung các cation đa giá, bao gồm các chế phẩm bổ sung vitamin chứa Fe, Ca, Mg hay kẽm; các chế phẩm bổ sung khoáng chất, các thuốc nhuận tràng có chứa cation và các chất chống axit có chứa nhôm, canxi hay magie
	Rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin. Hoặc tăng liều DTG lên gấp đôi
RAL	Rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin. Nếu dùng chung với rifampicin, nên tăng liều RAL lên 800mg x 2 lần/ngày do rifampicin làm giảm nồng độ thuốc RAL
	Các chế phẩm có chứa magie (Mg), nhôm (Al), sắt (Fe), canxi (Ca) và kẽm (Zn)	Khuyến cáo như đối với DTG

Thuốc ARV	Các tương tác chính	Khuyến cáo điều trị
EFV	Amodiaquine	Sử dụng thuốc kháng sốt rét khác để thay thế
	Methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp
	Thuốc tránh thai hormon có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác
	Astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế
	Itraconazol	Cân nhắc tăng liều itraconazole
	DAAs	Xem phần đồng nhiễm viêm gan C/HIV
NVP	Rifampicin	Thay NVP bằng EFV
	Itraconazole và Ketoconazole	Sử dụng thuốc chống nấm thay thế (ví dụ fluconazole)
	Methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp
	DAAs	Xem phần đồng nhiễm viêm gan C/HIV

Lưu ý: Tương tác của một số thuốc ARV với các thuốc điều trị viêm gan được trình bày chi tiết tại Phụ lục 12

12. HỘI CHỨNG VIÊM PHỤC HỒI MIỄN DỊCH (PHMD)

12.1. Khái niệm

Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD) là biểu hiện tình trạng lâm sàng của người nhiễm HIV xấu đi một cách bất thường sau khi bắt đầu điều trị ARV do có sự phục hồi của hệ miễn dịch. Bản chất của hội chứng viêm PHMD là đáp ứng viêm quá mức của hệ miễn dịch vừa được phục hồi với các tác nhân vi sinh vật đang tồn tại trong cơ thể hoặc kháng nguyên còn lại của các tác nhân này.

Các biểu hiện của hội chứng viêm PHMD có thể bao gồm:

- Sự xuất hiện của các bệnh NTCH chưa phát hiện được trước khi điều trị ARV như: lao, MAC, viêm màng não do *Cryptococcus*, v.v... (Hội chứng viêm PHMD bộc lộ).
- Sự tái phát quá mức các bệnh NTCH đã được điều trị trước khi bắt đầu ARV (Hội chứng viêm PHMD nghịch lý).
- Sự tái phát của các bệnh đồng nhiễm (viêm gan B, viêm gan C) và các bệnh tự miễn (vẩy nến, viêm da, v.v..).

Thời điểm xuất hiện: Thường 2-12 tuần sau khi bắt đầu điều trị ARV nhưng có thể muộn hơn.

12.2. Tần suất xuất hiện và yếu tố nguy cơ

Hội chứng viêm PHMD gặp ở khoảng 10% số người bệnh được điều trị ARV. Các yếu tố liên quan tới tần suất hội chứng viêm PHMD bao gồm:

- Số tế bào CD4 thấp trước khi bắt đầu điều trị ARV: Hội chứng viêm PHMD xuất hiện ở khoảng 25% số người bệnh có $CD4 < 50$ tế bào/mm³ khi bắt đầu điều trị ARV.
- Tiền sử mắc các NTCH trước điều trị ARV: Thời điểm bắt đầu điều trị ARV càng gần với điều trị NTCH thì nguy cơ có hội chứng viêm PHMD càng cao.
- Sử dụng phác đồ ARV có thuốc ức chế protease tăng cường bằng ritonavir.

Để dự phòng hội chứng viêm PHMD người bệnh cần được sàng lọc các bệnh NTCH trước khi bắt đầu điều trị ARV, đặc biệt là sàng lọc và điều trị lao.

12.3. Các biểu hiện của hội chứng viêm phức hợp hội miễn dịch

Các bệnh NTCH và các bệnh không nhiễm trùng liên quan đến hội chứng viêm PHMD:

Các bệnh do *Mycobacteria*: lao (là biểu hiện hay gặp nhất), bệnh do phức hợp *Mycobacterium avium* (MAC).

Các bệnh nấm: bệnh do *C. neoformans*, *T. marneffeii*, *P. jirovecii*

Vì rút: bệnh do CMV, *Herpes simplex*, *Herpes zoster*, viêm gan vi rút B và C, viêm não chất trắng đa ổ tiến triển

Bệnh do ký sinh đơn bào: viêm não do *Toxoplasma*, bệnh do *Leishmania*

Các bệnh không nhiễm trùng: vẩy nến, viêm tuyến giáp trạng.

12.4. Chẩn đoán hội chứng viêm phức hợp hội miễn dịch

Cần nghĩ đến hội chứng PHMD khi người bệnh bắt đầu điều trị ARV và tuân thủ điều trị tốt nhưng lâm sàng xấu đi, nhất là trên người bệnh được điều trị ARV giai đoạn muộn, CD4 thấp hoặc có bệnh NTCH trước điều trị.

Trước khi chẩn đoán hội chứng viêm PHMD phải loại trừ các tình huống sau:

- Các tác dụng phụ của thuốc
- Bệnh NTCH mới
- Thất bại điều trị bệnh NTCH (như lao), thất bại điều trị ARV nếu người bệnh đã điều trị ARV được hơn 6 tháng

12.5. Xử trí hội chứng viêm phức hợp hội miễn dịch

Một số hội chứng viêm PHMD diễn biến nhẹ và tự khỏi, không cần can thiệp. Tiếp tục điều trị ARV nếu người bệnh vẫn dung nạp được thuốc. Tiếp tục điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội trước đó hoặc bắt đầu điều trị các nhiễm trùng cơ hội mới; điều chỉnh phác đồ ARV và liều ARV nếu có tương tác giữa các thuốc ARV và các thuốc điều trị NTCH.

Sử dụng các thuốc kháng viêm không steroid (diclophenac, ibuprofen) nếu không có chống chỉ định

Điều trị corticosteroid: prednisolone hoặc methylprednisolone uống hoặc tiêm, liều 0,5mg/kg/ngày trong 5 - 10 ngày cho các trường hợp hội chứng viêm PHMD từ mức độ trung bình đến nặng.

Chỉ ngừng điều trị ARV nếu tình trạng người bệnh nặng và không dung nạp được thuốc. Thực hiện quy trình chung ngừng phác đồ ARV có các thuốc NNRTI (ngừng EFV hoặc NVP trước, tiếp tục các thuốc NRTI trong 7 ngày rồi ngừng hẳn). Bắt đầu lại các thuốc ARV khi hội chứng viêm PHMD giảm và người bệnh dung nạp được thuốc.

Chỉ định các can thiệp khác nếu cần, ví dụ dẫn lưu hạch hoá mũ, ổ áp-xe, phẫu thuật giảm chèn ép trong trường hợp tắc ruột hoặc chèn ép khí quản.

Chương III

SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG VI RÚT ĐỂ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV

1. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM VỚI HIV

Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV (PrEP) là sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV cho người chưa nhiễm HIV nhưng có hành vi nguy cơ nhiễm HIV cao. PrEP có hiệu quả dự phòng nhiễm HIV đến 96-99% nếu tuân thủ điều trị tốt.

Có hai cách dùng PrEP: PrEP hàng ngày và PrEP theo tình huống.

1.1. Chỉ định PrEP: cho người lớn hoặc vị thành niên trên 35 kg có các tiêu chuẩn sau:

- Xét nghiệm HIV âm tính và
- Trong vòng 6 tháng qua có ít nhất một yếu tố dưới đây:
 - + Có bạn tình nhiễm HIV chưa điều trị ARV hoặc điều trị ARV nhưng tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml hoặc chưa được xét nghiệm tải lượng HIV.
 - + Có quan hệ tình dục với người thuộc nhóm nguy cơ cao nhiễm HIV.
 - + Có một trong các yếu tố sau: 1) quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo không sử dụng bao cao su với hơn 01 bạn tình; 2) đã mắc hoặc đang điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục; 3) đã sử dụng PEP; 4) Có quan hệ tình dục để đổi lấy tiền hoặc hiện vật; 5) có nhu cầu sử dụng PrEP.
- + Dùng chung bơm kim tiêm hoặc dụng cụ tiêm chích;

1.2. Chống chỉ định sử dụng PrEP

- HIV dương tính.
- Độ thanh thải creatinin ước tính < 60 ml/phút.
- Có dấu hiệu nhiễm HIV cấp hoặc có khả năng mới nhiễm HIV.
- Dị ứng hoặc có chống chỉ định với bất kỳ thuốc nào trong phác đồ PrEP.
- Dưới 35 kg.

Lưu ý:

- Không chỉ định PrEP nếu có phơi nhiễm với HIV trong vòng 72 giờ qua. Đánh giá và kê đơn điều trị dự phòng sau phơi nhiễm (PEP) và sau đó xem xét chỉ định PrEP.
- Không cần chỉ định PrEP nếu chỉ có một bạn tình duy nhất, xét nghiệm tải lượng HIV của bạn tình nhiễm HIV đang điều trị ARV < 200 bản sao/ml và tuân thủ điều trị tốt.

1.3. Đối tượng sử dụng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

1.3.1. PrEP hàng ngày: chỉ định cho mọi đối tượng theo Chương III, Mục 1.1.

1.3.2. Với PrEP theo tình huống:

- a) Chỉ định: cho nam quan hệ tình dục đồng giới có chỉ định dùng PrEP và:
- Tần suất quan hệ tình dục trung bình dưới 2 lần/tuần
 - Đảm bảo được việc dùng thuốc ARV trong vòng 2-24 giờ trước khi quan hệ tình dục
 - Đồng ý sử dụng PrEP theo tình huống.
- b) Chống chỉ định: Không sử dụng PrEP theo tình huống cho:
- Phụ nữ hoặc người chuyển giới nữ.
 - Chuyển giới nam có quan hệ tình dục qua đường âm đạo.
 - Nam quan hệ tình dục với nữ qua đường âm đạo/hậu môn.
 - Người có viêm gan B mạn tính.
 - Người tiêm chích ma túy.

Lưu ý:

- Cần thảo luận kỹ với khách hàng trước khi đưa ra quyết định dùng PrEP theo tình huống hay PrEP hàng ngày là phù hợp với họ.
- Lịch khám và theo dõi sử dụng PrEP theo tình huống giống như PrEP hàng ngày.

1.4. Quy trình khám và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Bước 1: Sàng lọc đánh giá hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV của khách hàng trong 6 tháng qua.

Thảo luận với khách hàng về dịch vụ PrEP nếu khách hàng có nguy cơ

Bước 2. Tư vấn và xét nghiệm HIV:

- Sử dụng sinh phẩm xét nghiệm nhanh, tốt nhất là sinh phẩm thể hệ thứ tư.
- Không sử dụng sinh phẩm xét nghiệm bằng dịch miệng hoặc kết quả xét nghiệm HIV do khách hàng tự báo cáo.
- Nếu kết quả xét nghiệm HIV đã được làm trong vòng 7 ngày trước kể từ khi kê đơn PrEP, khách hàng có thể không cần làm lại xét nghiệm HIV.

Lưu ý: phải chắc chắn là xét nghiệm HIV âm tính trước khi kê đơn thuốc ARV cho PrEP. Nếu HIV dương tính thì cần phải tư vấn chuyển điều trị ARV ngay.

Bước 3. Khai thác tiền sử và khám lâm sàng:

- Khai thác các triệu chứng giống cúm (biểu hiện của nhiễm HIV cấp tính) trong hai tuần trước đó. Trường hợp có nghi ngờ nhiễm HIV, không chỉ định PrEP và cần theo dõi, làm lại xét nghiệm HIV sau 01 tháng.

- Khám phát hiện các triệu chứng viêm gan B cấp. Nếu khách hàng có triệu chứng của viêm gan B cấp, chuyển khám chuyên khoa và không kê thuốc PrEP.

- Sàng lọc, phát hiện các triệu chứng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Khám, phát hiện các bệnh lý thận và các bệnh lý liên quan khác.

Bước 4. Xét nghiệm

- Creatinine máu

- HBsAg và anti-HCV. Nếu HBsAg âm tính: khuyến khích khách hàng tiêm phòng vắc xin viêm gan B. Nếu HBsAg và anti-HCV dương tính cần hội chẩn hoặc chuyển khám chuyên khoa.

- XN sàng lọc các bệnh lây truyền qua đường tình dục gồm *giang mai, lậu và chlamydia*.

- Thử thai: Hỏi chu kỳ kinh nguyệt và thời gian của ngày đầu kỳ kinh cuối để thay cho việc thử thai. Thử thai khi nghi ngờ có thai.

Lưu ý:

- Khách hàng có thể bắt đầu sử dụng PrEP trong khi chờ kết quả các xét nghiệm trên.

- Không dùng PrEP theo tình huống nếu khách hàng mắc viêm gan B.

Bước 5. Chỉ định PrEP:

Khi đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn của Mục 1.1, Chương III

Bước 6. Kê đơn và tư vấn:

- Kê đơn lần đầu: 30 ngày (xem Mục 1.5. Chương III).

- Tư vấn cho khách hàng các nội dung sau:

+ Các tác dụng phụ có thể gặp và cách xử trí triệu chứng.

+ Thời gian đạt được hiệu quả bảo vệ kể từ khi uống thuốc PrEP và các biện pháp phòng ngừa khác cần thực hiện trong thời gian này (với khách hàng dùng PrEP hàng ngày).

+ Tuân thủ khi dùng phác đồ PrEP.

+ Các biện pháp dự phòng lây truyền các bệnh qua đường tình dục và các biện pháp tránh thai.

1.5. Phác đồ

1.5.1. Thuốc: Có thể dùng một trong các thuốc dưới đây:

- TDF/FTC (300mg/200mg)
- TDF/3TC (300mg/300mg)
- TDF (300mg).

Lưu ý:

+ Đối với PrEP theo tình huống: chỉ sử dụng TDF/FTC hoặc TDF+3TC nếu không có TDF/FTC.

+ TDF chỉ sử dụng khi không có TDF/FTC hoặc TDF/3TC. Có thể dùng cho nhóm quan hệ tình dục khác giới và nhóm tiêm chích chung.

+) Nếu không có phác đồ viên kết hợp có thể dùng phác đồ viên rời.

+) TDF không làm giảm liều hormone giới tính ở những người chuyển giới nữ. Tuy nhiên, hormone nữ có thể làm giảm nồng độ của TDF (nhưng vẫn ở liều có tác dụng nếu dùng hàng ngày). Tư vấn hỗ trợ tuân thủ điều trị ở nhóm này là rất quan trọng.

1.5.2. Liều dùng

Với PrEP uống hàng ngày: Uống mỗi ngày 01 viên.

Với PrEP uống theo tình huống:

Sử dụng thuốc TDF/FTC (300mg/200mg) theo công thức: 2 + 1 + 1

- Uống 2 viên (liều đầu tiên) trước khi quan hệ tình dục 24 giờ, chậm nhất là 2 giờ trước khi có quan hệ tình dục.

- Uống viên thứ 3: sau 24 giờ so với liều đầu tiên

- Uống viên thứ 4: sau 24 giờ so với liều thứ hai.

Thời gian đạt hiệu quả bảo vệ tối đa:

- Đối với người có nguy cơ lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục đường âm đạo hoặc qua đường máu: PrEP chỉ có tác dụng bảo vệ tối đa sau khi sử dụng đủ 21 ngày thuốc ARV liên tục.

- Đối với nam quan hệ tình dục đồng giới qua hậu môn: hiệu quả tối đa sau 7 ngày uống liên tục hoặc uống 2 viên TDF/FTC trước khi quan hệ tình dục 2 -24 giờ.

Thời gian bảo vệ sau lần phơi nhiễm cuối cùng:

- Đối với người quan hệ tình dục qua đường âm đạo và nguy cơ lây nhiễm qua đường máu: PrEP cần được tiếp tục sử dụng đến hết 28 ngày sau lần phơi nhiễm cuối cùng.

- Đối với người nam quan hệ tình dục đồng giới qua hậu môn: cần tiếp tục sử dụng thuốc PrEP 2 ngày sau lần quan hệ tình dục cuối cùng.

1.6. Theo dõi và tái khám:

Theo dõi khách hàng sử dụng PrEP để đảm bảo hiệu quả dự phòng và xử trí tác dụng phụ khi cần. Tư vấn hỗ trợ khách hàng giảm các hành vi nguy cơ nhiễm HIV, bệnh lây truyền qua đường tình dục trong tất cả các lần tái khám.

Lịch tái khám và các dịch vụ cần cung cấp tại mỗi lần tái khám được tóm tắt trong bảng sau:

Dịch vụ và xét nghiệm	Lần đầu (T0)	T1	T3	T6	T9	T12
Sàng lọc hành vi nguy cơ	x					
Xét nghiệm HIV	x	x	x	x	X	x
Đánh giá tình trạng nhiễm HIV cấp	x	x	x	x	X	x
Tư vấn trước PrEP	x					
Khám lâm sàng	x	x	x	x	X	x
Xét nghiệm creatinine	x			x		x
Xét nghiệm HbsAg	x					
Xét nghiệm anti-HCV	x					x
Xét nghiệm bệnh LTQĐTD	x		x	x	X	x
Theo dõi tác dụng phụ	x	x	x	x	X	x
Tư vấn tuân thủ và dự phòng các bệnh LTQĐTD	x	x	x	x	X	x
Kê đơn PrEP	x	x	x	x	X	x

Lưu ý: Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (*giang mai, lậu, chlamydia*) cần được thực hiện trong tất cả các lần khách hàng đến khám, có thể làm 6 tháng/lần nếu khách hàng không có điều kiện.

1.7. Xử trí một số tình huống trong khi sử dụng PrEP

- Người bị viêm gan B mạn tính cần được theo dõi chặt chẽ viêm gan B bùng phát khi ngừng PrEP.

- Khách hàng có độ thanh thải creatinin <60 ml/phút: vẫn tiếp tục PrEP nhưng xét nghiệm lại sau 1-2 tuần. Nếu độ thanh thải vẫn <60 ml/phút, ngừng PrEP và chuyển khám bác sĩ chuyên khoa.

- Khách hàng đang mang thai/cho con bú: PrEP không chống chỉ định nên cần tiếp tục dùng nếu người phụ nữ vẫn có nguy cơ nhiễm HIV cao.

- Tác dụng phụ của thuốc: xem Phụ lục 10. Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV.

- Tuân thủ điều trị cho khách hàng quên uống thuốc:

+ Tư vấn cho khách hàng: uống thuốc ngay khi nhớ ra, không uống quá 2 viên mỗi ngày.

+ Nếu khách hàng quên thuốc từ 7 ngày trở lên, đánh giá lại như khách hàng PrEP mới (Trong trường hợp này không cần phải làm lại xét nghiệm creatinine và HBsAg nếu đã có kết quả trong vòng 6 tháng).

+ Hướng dẫn sử dụng các công cụ hỗ trợ điều trị (ví dụ: các ứng dụng/nhắc nhở trên thiết bị di động) và gắn việc uống thuốc với các hoạt động hàng ngày của khách hàng.

- Tư vấn hỗ trợ hỗ trợ tuân thủ điều trị khác:

+ Chuyển gửi đến các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, xã hội và dịch vụ y tế trong trường hợp cần thiết.

+ Thanh thiếu niên và người tiêm chích ma túy có thể cần được hỗ trợ tư vấn nhiều hơn.

- Trường hợp người đang sử dụng PrEP có xét nghiệm HIV dương tính: chuyển điều trị ARV ngay. Xét nghiệm kiểu gen (nếu có điều kiện) và điều chỉnh phác đồ phù hợp dựa trên kết quả.

- Đối với bạn tình/bạn chính âm tính của bệnh nhân nhiễm HIV đang dùng phác đồ bậc 2 và bậc 3 do thất bại điều trị hoặc nghi thất bại điều trị với phác đồ có TDF hoặc TDF/3TC (FTC): không nên chỉ định PrEP mà cần sử dụng các phương pháp dự phòng khác.

1.8. Ngừng sử dụng PrEP

PrEP có thể ngừng trong các trường hợp sau:

- Khách hàng không còn nguy cơ nhiễm HIV.
- Khách hàng gặp khó khăn trong tuân thủ điều trị

Những việc cần làm khi ngừng PrEP:

- Xét nghiệm HIV
- Tìm hiểu nguyên nhân ngừng sử dụng PrEP
- Đánh giá hành vi nguy cơ của khách hàng
- Ghi nhận tất cả các thông tin trên vào hồ sơ bệnh án

Đối với nam quan hệ tình dục đồng giới muốn ngừng PrEP, tư vấn họ cần tiếp tục uống thuốc 2 ngày sau lần QHTD cuối cùng. Những khách hàng khác cần uống đủ 28 ngày sau lần phơi nhiễm cuối cùng. Trường hợp khách hàng là người mắc viêm gan B, việc ngừng thuốc điều trị PrEP cần được hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa.

1.9. Chuyển đổi từ PrEP uống hàng ngày sang PrEP theo tình huống và ngược lại ở nam quan hệ tình dục đồng giới

- Nếu khách hàng đang sử dụng PrEP theo tình huống và tiếp tục có QHTD sau ngày quan hệ sử dụng PrEP tình huống, có thể uống một viên mỗi ngày và ngừng PrEP 2 ngày sau lần QHTD cuối cùng.

- Nếu khách hàng đang dùng PrEP hàng ngày có thể chuyển đổi sang PrEP theo tình huống khi tần suất QHTD trung bình dưới 2 lần/tuần và bảo đảm uống thuốc trước 24 giờ hoặc chậm nhất là 2 giờ trước khi QHTD.

- Khách hàng chuyển đổi từ PrEP tình huống sang PrEP hàng ngày hoặc ngược lại: trong thời gian này họ có thể tuân thủ điều trị không tốt và vẫn có QHTD. Do đó, cần kiểm tra, sàng lọc và làm xét nghiệm HIV trước khi chỉ định PrEP cho khách hàng.

2. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG SAU PHƠI NHIỄM VỚI HIV

Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV (PEP) là dùng thuốc kháng virus HIV cho những người bị phơi nhiễm với HIV. Việc điều trị sau phơi nhiễm cần được thực hiện càng sớm càng tốt và không muộn hơn 72 giờ. Phơi nhiễm có thể xảy ra trong môi trường nghề nghiệp và ngoài môi trường nghề nghiệp.

2.1. Các dạng phơi nhiễm

- Kim đâm xuyên da khi làm thủ thuật, tiêm truyền, lấy máu làm xét nghiệm, chọc dò;

- Vết thương do dao mổ và các dụng cụ sắc nhọn khác có dính máu hoặc dịch cơ thể của người bệnh.

- Tổn thương qua da do ống đựng máu hoặc dịch của người bệnh bị vỡ đâm vào.

- Máu, chất dịch cơ thể của người bệnh dính vào các vùng da bị tổn thương hoặc niêm mạc (mắt, mũi, họng).

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

- Quan hệ tình dục với người nhiễm HIV hoặc người không rõ tình trạng HIV mà không sử dụng bao cao su hoặc bao cao su bị rách trong khi quan hệ hoặc bị hiếp dâm, cưỡng dâm.

Phơi nhiễm trong môi trường nghề nghiệp là phơi nhiễm xảy ra trong quá trình thực thi nhiệm vụ.

Phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp là phơi nhiễm xảy ra không liên quan đến nghề nghiệp.

2.2. Quy trình xử trí sau phơi nhiễm

Bước 1: Xử lý vết thương tại chỗ

- Tổn thương da chảy máu: Rửa ngay vết thương dưới vòi nước sạch bằng xà phòng. Để vết thương tự chảy máu trong một thời gian ngắn, không nặn bóp vết thương.

- Phơi nhiễm qua niêm mạc mắt: Rửa mắt bằng nước cất hoặc nước muối NaCl 0,9% liên tục trong 5 phút. Dùng vòi rửa mắt khẩn cấp (nếu có).

- Phơi nhiễm qua niêm mạc miệng, mũi: Rửa mũi hoặc nhỏ mũi bằng nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9 %, súc miệng bằng dung dịch NaCl 0,9 % nhiều lần.

Bước 2: Báo cáo người phụ trách và làm biên bản (chỉ áp dụng với phơi nhiễm do nghề nghiệp)

- Lưu ý ghi đầy đủ các thông tin yêu cầu trong Hồ sơ phơi nhiễm,
- Nêu rõ ngày giờ, hoàn cảnh xảy ra, đánh giá vết thương, mức độ nguy cơ của phơi nhiễm. Lấy chữ ký của người chứng kiến và chữ ký của người phụ trách

Bước 3: Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm theo mức độ tổn thương và diện tích tiếp xúc

- Phơi nhiễm có nguy cơ: Phơi nhiễm qua đường máu, qua da có vết thương hoặc trầy xước, hoặc qua đường niêm mạc (từ tinh dịch, dịch âm đạo, dịch trực tràng, sữa mẹ hoặc bất kỳ dịch nào của cơ thể có chứa lượng máu nhìn thấy được). Vị trí bị phơi nhiễm có thể ở âm đạo, trực tràng, mắt, miệng hoặc da và niêm mạc bị tổn thương. Tổn thương càng rộng và sâu thì nguy cơ phơi nhiễm HIV càng cao.

- Phơi nhiễm không có nguy cơ: là phơi nhiễm với nước tiểu, dịch nôn, nước bọt, dịch mồ hôi hoặc nước mắt nếu không chứa một lượng máu có thể nhìn thấy được. Trường hợp máu và dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành thì không có nguy cơ lây nhiễm HIV.

Bước 4: Xác định tình trạng HIV của nguồn gây phơi nhiễm và xét nghiệm HIV ngay

- Người gây phơi nhiễm có xét nghiệm HIV dương tính: tìm hiểu các thông tin về điều trị HIV và đáp ứng đối với thuốc ARV.

- Người gây phơi nhiễm không rõ tình trạng HIV: tư vấn và lấy máu xét nghiệm HIV (nếu có thể).

- Trường hợp không thể xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm được coi là có nguy cơ và ghi rõ trong biên bản.

Bước 5: Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm

- Tư vấn và hỗ trợ tâm lý, tư vấn và xét nghiệm HIV ngay theo quy định.

- Nếu kết quả xét nghiệm HIV dương tính: người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV từ trước; tư vấn, chuyển họ đến cơ sở y tế để xét nghiệm khẳng định và điều trị ARV ngay.

Bước 6: Tư vấn cho người bị phơi nhiễm

- Nguy cơ nhiễm HIV và vi rút viêm gan B, C

- Lợi ích của việc điều trị dự phòng sau phơi nhiễm

- Tư vấn tuân thủ điều trị và hỗ trợ tâm lý đặc biệt với các trường hợp bị hiếp dâm

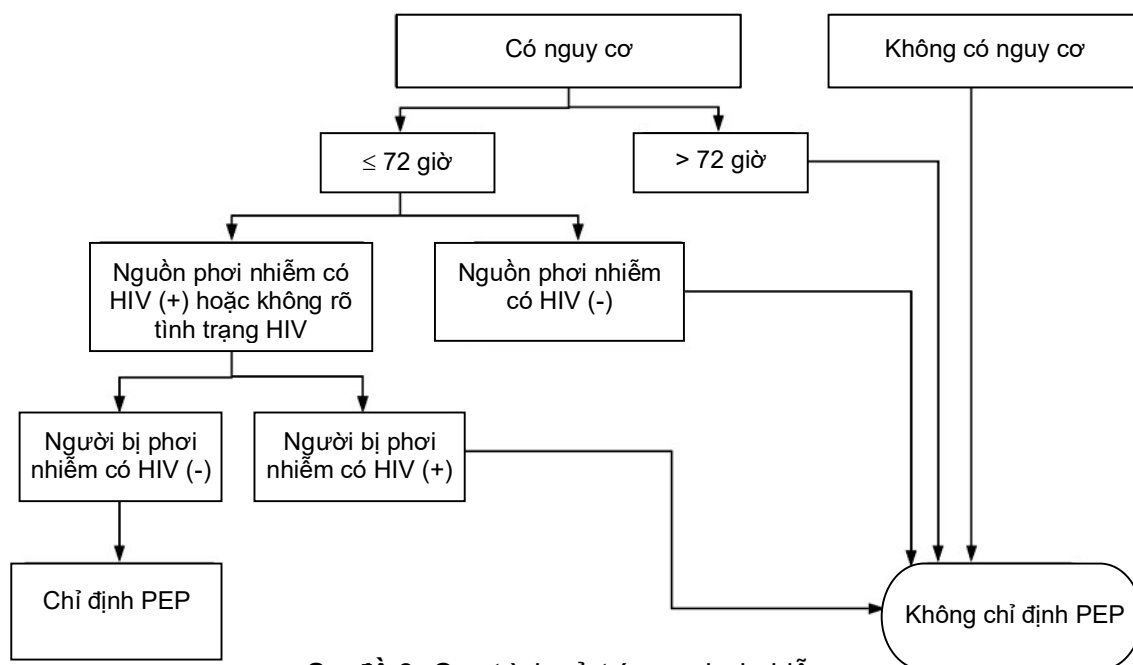
- Tác dụng phụ của thuốc ARV

- Triệu chứng của nhiễm HIV cấp: sốt, phát ban, nôn, thiếu máu, nổi hạch...

- Tư vấn về dự phòng lây nhiễm HIV cho người khác: người bị phơi nhiễm có thể làm lây truyền HIV cho người khác dù xét nghiệm HIV âm tính (thời kỳ cửa sổ), vì vậy cần phải thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm.

- Trường hợp không cần dùng PEP, người bị phơi nhiễm cần được tư vấn về việc hạn chế nguy cơ bị phơi nhiễm HIV trong tương lai. Dù không phải làm xét nghiệm HIV nhưng có thể xem xét nếu người bị phơi nhiễm mong muốn được xét nghiệm.

Bước 7: Kế đơn thuốc PEP cho 28 ngày



Sơ đồ 3: Quy trình xử trí sau phơi nhiễm

Trường hợp người bị phơi nhiễm có HIV dương tính, cần chuyển điều trị thuốc ARV ngay.

2.3. Chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV

Chỉ định điều trị dự phòng PEP cho những trường hợp phơi nhiễm có nguy cơ nhiễm HIV qua đường máu, da và niêm mạc tổn thương

Không chỉ định dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp sau:

- Người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV
- Nguồn gây phơi nhiễm được khẳng định là HIV âm tính.
- Phơi nhiễm với các dịch cơ thể không có nguy cơ lây nhiễm như nước mắt, dịch nước bọt, nước tiểu và mồ hôi.
- Có phơi nhiễm liên tục với HIV như quan hệ tình dục thường xuyên với người nhiễm HIV hoặc gái mại dâm nhưng hiếm khi sử dụng bao cao su; người nghiện chích ma túy thường xuyên sử dụng chung bơm kim tiêm, tư vấn sử dụng dịch vụ PrEP.

2.4. Điều trị dự phòng bằng ARV cho người bị phơi nhiễm với HIV

Bảng 13: Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV

Đối tượng	Phác đồ thuốc ARV
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG (ưu tiên) <i>hoặc</i> TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (thay thế) <i>hoặc</i> TDF + 3TC (hoặc FTC) + RAL (thay thế)
Trẻ em ≤ 10 tuổi	AZT + 3TC + DTG (ưu tiên nếu có sẵn liều DTG đã được phê duyệt) <i>hoặc</i> AZT + 3TC + LPV/r (thay thế) <i>hoặc</i> AZT + 3TC + RAL (thay thế)

2.5. Thời gian điều trị dự phòng sau phơi nhiễm

- Bắt đầu điều trị dự phòng sau phơi nhiễm càng sớm càng tốt. Không điều trị dự phòng khi đã phơi nhiễm quá 72 giờ.

- Thời gian điều trị dự phòng: đủ 28 ngày liên tục.

2.6. Kế hoạch theo dõi

- Theo dõi tác dụng phụ của ARV: Không ngừng điều trị khi có tác dụng phụ nhẹ và thoáng qua. Nếu có các tác dụng phụ nặng, chuyển đến cơ sở y tế ngay.

- Hỗ trợ tâm lý trong quá trình điều trị PEP.

- Xét nghiệm lại HIV sau 1 tháng và 3 tháng kể từ khi phơi nhiễm.

- Tư vấn về việc không được hiến máu, về quan hệ tình dục và tiêm chích an toàn, không cho con bú cho đến khi loại trừ được tình trạng nhiễm HIV.

- Với những người bắt đầu PEP mà chưa biết tình trạng viêm gan B thì cần XN VG B. Trường hợp người bệnh mắc viêm gan B cần được theo dõi và điều trị tại các cơ sở chuyên khoa. Các trường hợp viêm gan B và điều trị PEP cần theo dõi viêm gan B bùng phát sau khi ngừng PEP. Người không mắc viêm gan B cần được tư vấn tiêm vắc xin viêm gan B.

- Xét nghiệm VG C sau 6 tháng kể từ khi bị phơi nhiễm nếu trước đó chưa mắc viêm gan C.

- Những người có hành vi tình dục không an toàn hoặc tiêm chích thường xuyên, tái diễn dẫn đến có nguy cơ bị phơi nhiễm liên tục và cần các đợt điều trị PEP liên tục hoặc gần như liên tục thì cần được dùng PrEP sau khi kết thúc đợt thuốc PEP 28 ngày nếu XN HIV của họ vẫn âm tính. Không cần có khoảng thời gian đợi giữa PEP và PrEP.

Chương IV

DỰ PHÒNG BỆNH LAO, ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP VÀ TIÊM CHỦNG

1. DỰ PHÒNG BỆNH LAO

Các cơ sở điều trị HIV cần triển khai đồng bộ 3 chiến lược gồm: Phát hiện tích cực bệnh lao; Điều trị lao tiềm ẩn; Kiểm soát nhiễm khuẩn lao. Điều trị sớm ARV cho người nhiễm HIV sẽ làm giảm tỷ lệ mắc lao cũng như tỷ lệ tử vong do lao, đặc biệt khi được điều trị lao tiềm ẩn bằng thuốc kháng lao.

1.1. Sàng lọc và chẩn đoán tích cực bệnh lao

1.1.1. Sàng lọc lao

Người lớn	Trẻ em
- Ho - Sốt - Sụt cân - Ra mồ hôi ban đêm	- Trọng lượng cơ thể (hay cân nặng): + Không lên cân, hoặc + Thiếu cân so với độ tuổi, hoặc + Sụt cân (từ >5%) so với lần kiểm tra gần đây nhất - Sốt - Hiện tại có ho/khò khè - Có tiếp xúc với người bệnh lao
Đánh giá kết quả sàng lọc lao: - Sàng lọc lao dương tính: nếu có một hay nhiều các triệu chứng trên, cần được chẩn đoán bệnh lao và điều trị nếu có được chẩn đoán mắc lao. - Sàng lọc lao âm tính: nếu không có bất kỳ triệu chứng nào ở trên có thể loại trừ lao tiến triển, tiến hành điều trị lao tiềm ẩn.	

1.1.2. Chẩn đoán tích cực bệnh lao

Khi sàng lọc lao dương tính cần chuyển đến các cơ sở điều trị lao để chẩn đoán xác định và điều trị lao. Chẩn đoán xác định mắc lao dựa vào:

a. *Vì khuẩn học:*

Bệnh phẩm thường là đờm nhưng cũng có thể có trong các dịch cơ thể và các tổ chức mô khác ví dụ: trong dịch màng phổi, dịch màng tim, dịch màng bụng, dịch màng não, hạch...

Tùy theo điều kiện cơ sở vật chất và tổ chức, có thể thực hiện như sau:

- Nhuộm soi đờm trực tiếp: Cần chú ý hướng dẫn người bệnh lấy đờm đúng cách, có thể lấy 2 mẫu tại chỗ cách nhau ít nhất 2 giờ. Thời gian trả kết quả trong ngày đến khám.

- Xpert MTB/RIF: là xét nghiệm ưu tiên dùng để chẩn đoán lao cho người có HIV do độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn xét nghiệm nhuộm soi trực tiếp và có kết quả sớm sau xét nghiệm 2 tiếng

- Cây đờm: được thực hiện khi nhuộm soi đờm trực tiếp có kết quả AFB âm tính. Áp dụng ở những nơi có điều kiện cơ sở vật chất phù hợp như bệnh viện tuyến tỉnh trở lên. Cơ sở không có khả năng nuôi cấy, có thể lấy mẫu đờm chuyển đến các phòng xét nghiệm thực hiện nuôi cấy. Thời gian có thể cho kết quả dương tính sau 2 tuần khi nuôi cấy ở môi trường lỏng (MGIT).

b. Nếu không có bằng chứng vi khuẩn, chẩn đoán lao có thể dựa vào lâm sàng và kết quả hình ảnh trên phim X quang lồng ngực:

X-quang:

Lao phổi: ở giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV sớm, khi sức đề kháng chưa ảnh hưởng nhiều, hình ảnh tổn thương trên X-quang ngực không khác biệt so với ở người HIV âm tính. Ở giai đoạn muộn, tổn thương thường lan tỏa 2 phế trường với những hình ảnh tổn thương dạng nốt, ưu thế tổ chức liên kết lan tỏa, ít thấy hình ảnh hang, có thể gặp hình ảnh hạch rốn phổi, hạch cạnh phế quản ... cần phân biệt với viêm phổi do *Pneumocystis Carinii* (PCP).

Lao ngoài phổi: hình ảnh tùy theo cơ quan - bộ phận tổn thương.

Chụp cắt lớp vi tính (CT scan): thấy hình ảnh các tổn thương như hang lao hoặc các tổn thương gợi ý lao.

c. Mô bệnh học - giải phẫu bệnh:

Sinh thiết hạch, chọc hạch để thực hiện chẩn đoán mô bệnh tế bào học có các thành phần đặc trưng như hoại tử bã đậu, tế bào bán liên, nang lao, có thể thấy AFB nếu nhuộm ZN.

Chi tiết tham khảo “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị dự phòng bệnh lao” ban hành kèm theo Quyết định số 3126 /QĐ-BYT ngày 23/5/2018 của Bộ Y tế.

1.2. Điều trị lao tiềm ẩn cho người nhiễm HIV

1.2.1 Phác đồ INH

a. Chỉ định

- Người lớn và vị thành niên nhiễm HIV được loại trừ mắc lao tiến triển, không phụ thuộc vào tình trạng miễn dịch kể cả phụ nữ mang thai, người bệnh đang điều trị ARV và người bệnh đã từng được điều trị lao trước đây.

- Trẻ em:

+ Trẻ > 12 tháng tuổi và không có bằng chứng mắc lao tiến triển dựa vào sàng lọc lâm sàng cũng như không tiếp xúc với người mắc bệnh lao.

+ Trẻ < 12 tháng tuổi: trẻ có tiếp xúc với người bệnh lao và được loại trừ mắc lao tiến triển.

Lưu ý:

- Điều trị lao tiềm ẩn có thể tiến hành ngay sau hoàn thành điều trị lao.
- Điều trị lao tiềm ẩn cho trường hợp người bệnh bỏ điều trị ARV trên 3 tháng quay trở lại điều trị ARV.
- Người bệnh được chẩn đoán và điều trị lao kháng thuốc: Hội chẩn chuyên khoa lao để lựa chọn phác đồ điều trị lao tiềm ẩn sau khi hoàn thành.

b. Liều lượng, cách sử dụng và thời gian điều trị

- Liều lượng:
 - + Người lớn: 300 mg/ngày
 - + Trẻ em: 10mg/kg/ngày, tối đa 300 mg/ngày
- Uống 1 lần/ngày vào thời gian nhất định trong ngày và xa bữa ăn, tốt nhất là uống lúc đói.
- Thời gian điều trị: 6 tháng với trẻ em (6H), 9 tháng với người lớn (9H).
- Uống thêm vitamin B6 25mg/ngày.
- Trường hợp người bệnh điều trị thuốc ARV ổn định, có thể cấp thuốc INH tối đa 90 ngày sử dụng cùng với lịch cấp thuốc ARV.

c. Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối: có tiền sử dị ứng với INH.
- Tạm hoãn điều trị lao tiềm ẩn bằng phác đồ INH cho các trường hợp sau:
 - + Viêm gan tiến triển, xơ gan, hoặc có bằng chứng rối loạn chức năng như vàng da
 - + Nhiễm trùng vi khuẩn lao nghi ngờ hoặc kháng định kháng INH
 - + Người bệnh có ALT > 5 lần chỉ số bình thường và điều trị lại đến khi ALT trở về bình thường hoặc < 5 lần giới hạn bình thường.
 - + Viêm thần kinh ngoại biên: trì hoãn điều trị dự phòng INH cho đến khi điều trị viêm thần kinh ngoại biên ổn định.

d. Đánh giá điều trị

- Hoàn thành điều trị:
 - + Phác đồ 6H: uống đủ 180 liều INH trong 6 tháng liên tục hoặc không quá 9 tháng tính từ lúc bắt đầu điều trị (trong đó không có lần nào bỏ điều trị quá 8 tuần).
 - + Phác đồ 9H: uống đủ 270 liều INH tính từ lúc bắt đầu điều trị (trong đó không có lần nào bỏ điều trị quá 8 tuần).
- Không hoàn thành điều trị: Là những trường hợp:
 - + Bỏ uống thuốc quá 8 tuần, hoặc
 - + Trong thời gian 9 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị không uống đủ 180 liều INH (với phác đồ 6H) hoặc không uống đủ 270 liều INH (với phác đồ 9H).

e. Xử trí quên liều INH

- Tiếp tục phác đồ nếu bỏ thuốc dưới 8 tuần hoặc ít hơn 50% tổng liều, người bệnh có nguyện vọng được tiếp tục điều trị đủ liều;

- Điều trị lại từ đầu nếu người bệnh bỏ thuốc trên 8 tuần hoặc bỏ quá 50% tổng liều.

g. Theo dõi điều trị

- Tái khám và lĩnh thuốc theo lịch tái khám và lĩnh thuốc ARV

- Theo dõi tác dụng phụ:

+ Nhẹ: Viêm thần kinh ngoại vi. Điều trị vitamin B6 liều lượng 100mg/ngày

+ Nặng: tổn thương gan (vàng da, men gan cao): ngừng INH, theo dõi; nhập viện điều trị nếu cần.

Nếu người bệnh xuất hiện dấu hiệu nghi mắc lao khi đang điều trị INH, chuyển người bệnh chuyên khoa lao để chẩn đoán bệnh lao. Nếu người bệnh không mắc lao, tiếp tục điều trị dự phòng đủ liệu trình.

Lưu ý đối với trẻ em:

+ Tái khám 1 lần/tháng. Khi tái khám phải cân trẻ, đánh giá sự tuân thủ điều trị và tìm dấu hiệu tác dụng ngoài ý muốn của thuốc lao như: vàng da, vàng mắt...

+ Điều chỉnh liều điều trị theo cân nặng hàng tháng

1.2.2. Phác đồ 3HP

- Phác đồ 3HP gồm: Isoniazid (INH) và Rifapentine (RPT)

- Chỉ định điều trị lao tiềm ẩn cho người lớn và trẻ em từ 2 tuổi trở lên. Thận trọng khi chỉ định cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV.

- Cách dùng: Uống 1 lần/ tuần trong 3 tháng (12 liều).

Các liều HP tốt nhất nên dùng cách nhau 7 ngày (hàng tuần), khoảng cách tối thiểu giữa 2 liều thuốc không được dưới 72 giờ. Trong vòng 18 ngày số liều thuốc tối đa được uống là 3 liều.

Liều lượng:

Isoniazid: ≥ 12 tuổi: 15 mg/kg

2-11 tuổi: isoniazid: 25 mg/kg

Rifapentine (RPT)

10.0 - 14 kg = 300 mg

14,1 - 25 kg = 450 mg

25,1- 32 kg = 600 mg

32,1-50 kg = 750 mg

> 50 kg = 900 mg

Đánh giá điều trị:

- Hoàn thành điều trị: Hoàn thành 12 liều điều trị trong thời gian 3 tháng.
- Không hoàn thành điều trị: Không uống đủ 12 liều trong thời gian 3 tháng
- Xử lý khi quên liều: Chưa có khuyến cáo liên quan.

Chống chỉ định:

- Trẻ dưới 2 tuổi.
- Phụ nữ mang thai và có ý định mang thai trong thời gian điều trị.
- Người nhiễm chủng vi khuẩn lao nghi ngờ hoặc khẳng định kháng rifampicin hoặc isoniazid.
- Phụ nữ mang thai hoặc dự định mang thai trong thời gian điều trị.
- Mẫn cảm hoặc không dung nạp với các thành phần của thuốc.
- Bệnh gan cấp hoặc mạn tính có tăng men gan hoặc có chứng rối loạn chức năng gan như vàng da.... Hoặc có tiền sử tổn thương gan do rifampicin hoặc isoniazid .
- Viêm gan, viêm đa dây thần kinh

Tương tác thuốc:

- Cần lưu ý khi sử dụng RIF cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV. Các thuốc ức chế men protease và nevirapine không nên dùng lúc với rifapentine. Phác đồ 3HP có thể sử dụng an toàn với efavirenz hoặc raltegravir mà không cần điều chỉnh liều.
- Rifapentine có thể làm giảm tác dụng của các thuốc tránh thai, người bệnh sử dụng RIF nên được tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp.
- Rifapentin chưa nên kê đơn cùng với dolutegravir cho đến khi có thêm thông tin.
- Người bệnh cần thông báo với thầy thuốc các thuốc đang sử dụng để xem xét có tương tác thuốc hay không.

Lưu ý:

- Khoảng 4% người bệnh có thể xuất hiện các tác dụng phụ của thuốc. Các triệu chứng của tác dụng phụ thường xuất hiện sau liều thuốc thứ 3 hoặc thứ 4 và thường xuất hiện sau 4 giờ uống thuốc. Một số ít người bệnh có thể bị tụt huyết áp, ngất xỉu.
- Người bệnh cần gặp nhân viên y tế khi có các tác dụng phụ của thuốc để có biện pháp xử trí phù hợp.

1.3. Kiểm soát nhiễm khuẩn lao tại cơ sở y tế

- Xây dựng kế hoạch kiểm soát nhiễm khuẩn lao tại cơ sở.
- Phân công người chịu trách nhiệm.
- Phòng lây nhiễm lao cho cán bộ y tế:

+ Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân cho nhân viên y tế, những nơi có nguy cơ lây nhiễm cao cần đeo khẩu trang bảo vệ hô hấp đạt tiêu chuẩn như loại N95 hoặc tương đương.

+ Khi cán bộ y tế có triệu chứng cần được sàng lọc, chẩn đoán, điều trị, đăng ký và báo cáo bệnh do nghề nghiệp, đảm bảo tính bảo mật thông tin.

+ Bệnh nhân có ho khi đến cơ sở khám bệnh cần được phân loại ngay, giáo dục ý thức khi ho (mang khẩu trang, che miệng khi ho...), tách khỏi người bệnh khác, ưu tiên khám trước đối với trường hợp nghi/mắc bệnh lao, hướng dẫn người bệnh đến khu chờ riêng hoặc phòng cách ly (nếu có), đặc biệt với người bệnh có AFB dương tính, lao đa kháng thuốc. Lấy đờm đúng nơi quy định. Xác định nhanh các trường hợp nghi mắc bệnh lao, chẩn đoán sớm và điều trị lao kịp thời.

- Khu vực chờ hoặc nơi khám bệnh cần được thông khí tốt (thông gió tự nhiên hoặc dùng quạt đúng chiều); cần có các thông điệp về vệ sinh khi ho hiện thị rõ ràng trong các khu vực có đông người bệnh.

2. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP

2.1. Điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole

Điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole (CTX hay tên gọi khác là trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP-SMX) có hiệu quả ngăn ngừa một số bệnh NTCH như viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*, bệnh do *Toxoplasma* và một số bệnh nhiễm khuẩn khác. Dự phòng CTX được khuyến cáo cho người lớn, phụ nữ mang thai, đang cho con bú và trẻ phơi nhiễm hoặc nhiễm HIV.

Bảng 15: Tiêu chuẩn bắt đầu và ngừng điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole

Tuổi	Tiêu chuẩn bắt đầu	Tiêu chuẩn ngừng	Liều co-trimoxazole
Trẻ phơi nhiễm với HIV	Tất cả các trẻ, bắt đầu từ 4 - 6 tuần sau sinh	Cho đến khi hết nguy cơ lây truyền HIV hoặc trẻ được khẳng định không nhiễm HIV	Xem Phụ lục 10
Trẻ ≤ 5 tuổi nhiễm HIV	Tất cả các trẻ	Ngừng khi trẻ được 5 tuổi	Xem Phụ lục 9
Trẻ nhiễm HIV ≥ 5 tuổi	CD4 ≤ 350 tế bào/mm ³ hoặc Giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4	- Lâm sàng ổn định (điều trị ARV ít nhất 12 tháng và không có biểu hiện của nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng 2, 3, 4) và - Tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml hoặc CD4 > 350 tế bào/mm ³	Xem Phụ lục 9. Đối với trẻ có cân nặng > 30 kg, dùng 960 mg mỗi ngày
Người trưởng thành, phụ nữ mang thai, đang cho con bú nhiễm HIV	CD4 ≤ 350 tế bào/mm ³ hoặc Giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4	Lâm sàng ổn định (điều trị ARV ít nhất 12 tháng và không có biểu hiện của nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng 2, 3, 4) và CD4 > 350 tế bào/mm ³ hoặc tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml	Xem Phụ lục 9

Lưu ý:

- Trường hợp bắt đầu điều trị ARV, người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 1 hoặc 2 mà chưa xét nghiệm được CD4 thì vẫn tiến hành điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole.

- Ngừng ngay co-trimoxazole nếu người bệnh có hội chứng Stevens-Johnson, dị ứng thuốc mức độ 3 - 4, bệnh gan nặng, thiếu máu nặng, giảm nặng các dòng tế bào máu.

2.2. Dự phòng nấm *Cryptococcus*

Việc sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) và điều trị dự phòng sớm bằng fluconazole giúp phòng ngừa tiến triển thành viêm màng não ở những người mang kháng nguyên *Cryptococcus* trong máu mà không có triệu chứng.

2.2.1. Sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus*

Việc sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) nên được thực hiện ở tất cả người nhiễm HIV chưa điều trị ARV có CD4 < 100 tế bào/mm³.

2.2.2. Điều trị dự phòng nấm *Cryptococcus*

a. Chỉ định

Chỉ định điều trị dự phòng fluconazole cho người nhiễm HIV có xét nghiệm kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) dương tính sau khi đã loại trừ viêm màng não do nấm *Cryptococcus* bằng lâm sàng hoặc xét nghiệm.

b. Phác đồ điều trị

Giai đoạn tấn công: fluconazole 800 - 900 mg/ngày (hoặc 12 mg/kg/ngày và không quá 800 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) trong 2 tuần

Giai đoạn củng cố: fluconazole 400 mg/ngày (hoặc 6 mg/kg/ngày và không quá 400 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) trong 8 tuần.

Giai đoạn duy trì: fluconazole 150-200 mg/ngày (hoặc 6 mg/kg/ngày và không quá 200 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi).

Ngừng điều trị duy trì khi (1) người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và có số CD4 ≥ 100 tế bào/mm³ và tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế hoặc (2) người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và có số CD4 ≥ 200 tế bào/mm³. Không ngừng điều trị duy trì cho trẻ em dưới 2 tuổi. Đối với trẻ từ 2-5 tuổi ngừng điều trị duy trì khi trẻ ổn định và điều trị ARV cùng với thuốc kháng nấm duy trì ít nhất 1 năm và có tỉ lệ % CD4 > 25% hoặc số lượng CD4 > 750 tế bào/mm³.

2.2.3. Thời điểm điều trị ARV cho người bệnh có kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) không triệu chứng

Ở người mang kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) không triệu chứng, cần trì hoãn việc bắt đầu điều trị ARV 4 tuần tính từ khi bắt đầu điều trị dự phòng fluconazole để hạn chế sự xuất hiện hội chứng viêm phục hồi miễn dịch.

3. TIÊM CHỦNG

3.1. Tiêm chủng cho trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV

Trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV cần được tiêm chủng theo lịch như mọi trẻ khác nhưng cần lưu ý khi tiêm các vắc xin sống như:

- **Vắc xin BCG**

Trẻ phơi nhiễm với HIV:

Tiêm phòng vắc xin BCG khi chưa có bằng chứng khẳng định nhiễm HIV

Theo dõi sát trẻ phơi nhiễm HIV sau tiêm phòng vắc xin BCG để phát hiện bệnh do tiêm BCG: Loét vị trí tiêm, viêm hạch, bệnh BCG lan tỏa (suy mòn, gan lách hạch to) có nguy cơ cao ở trẻ nhiễm HIV.

Hoãn tiêm BCG cho trẻ có cân nặng < 2000g hoặc có các biểu hiện lâm sàng nghi nhiễm HIV cho đến khi khẳng định tình trạng nhiễm HIV.

Trẻ không được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con và/hoặc trẻ được khẳng định nhiễm HIV: Không tiêm BCG

- **Các vắc xin sống khác:** Bại liệt, Sởi, Rubella, ...

Trẻ nhiễm HIV: Hoãn sử dụng vắc xin sống nếu trẻ có biểu hiện nhiễm HIV nặng, tế bào CD4 < 15% hoặc ở giai đoạn lâm sàng 4. Khi trẻ được điều trị ARV ổn định và tình trạng lâm sàng được cải thiện cần tiếp tục tiêm chủng cho trẻ theo lịch tiêm chủng như trẻ không nhiễm HIV.

3.2. Tiêm chủng cho người lớn nhiễm HIV

Bảng 16: Lịch tiêm chủng cho người bệnh người lớn nhiễm HIV

	Cúm	Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván	Thủy đậu	Phế cầu		Sởi, quai bị, Rubella (MMR)	HPV (nữ giới 9-26 tuổi)	Viêm gan A	Viêm gan vi rút B	HiB
				Vắc xin phế cầu liên hợp 10, 13 giá (PCV13)	Vắc xin não mô cầu, Polysaccaris hoặc liên hợp					
CD4 < 200 tb /mm ³	Tiêm 1 mũi hàng năm	Cứ 10 năm tiêm nhắc lại 1 mũi	Chống chỉ định	Tiêm 1 mũi	Tiêm theo lịch	Chống chỉ định	Tiêm 3 mũi	2 mũi, cách nhau 12-18 tháng	Tiêm 3 mũi	Cần nhắc tiêm 1-3 mũi
CD4 ≥ 200 tb /mm ³			Tiêm 2 mũi theo lịch			Tiêm 1 hoặc 2 mũi				

Lưu ý:

- Vắc xin sống (sởi, quai bị, rubella, thủy đậu): không tiêm cho người nhiễm HIV khi CD4 < 200 tế bào/mm³ hoặc/và GĐLS 4. Khi người bệnh được điều trị ARV ổn định, có thể tiếp tục tiêm phòng như cho người không nhiễm HIV.

- Vắc xin khác: tiêm phòng như người không nhiễm HIV.

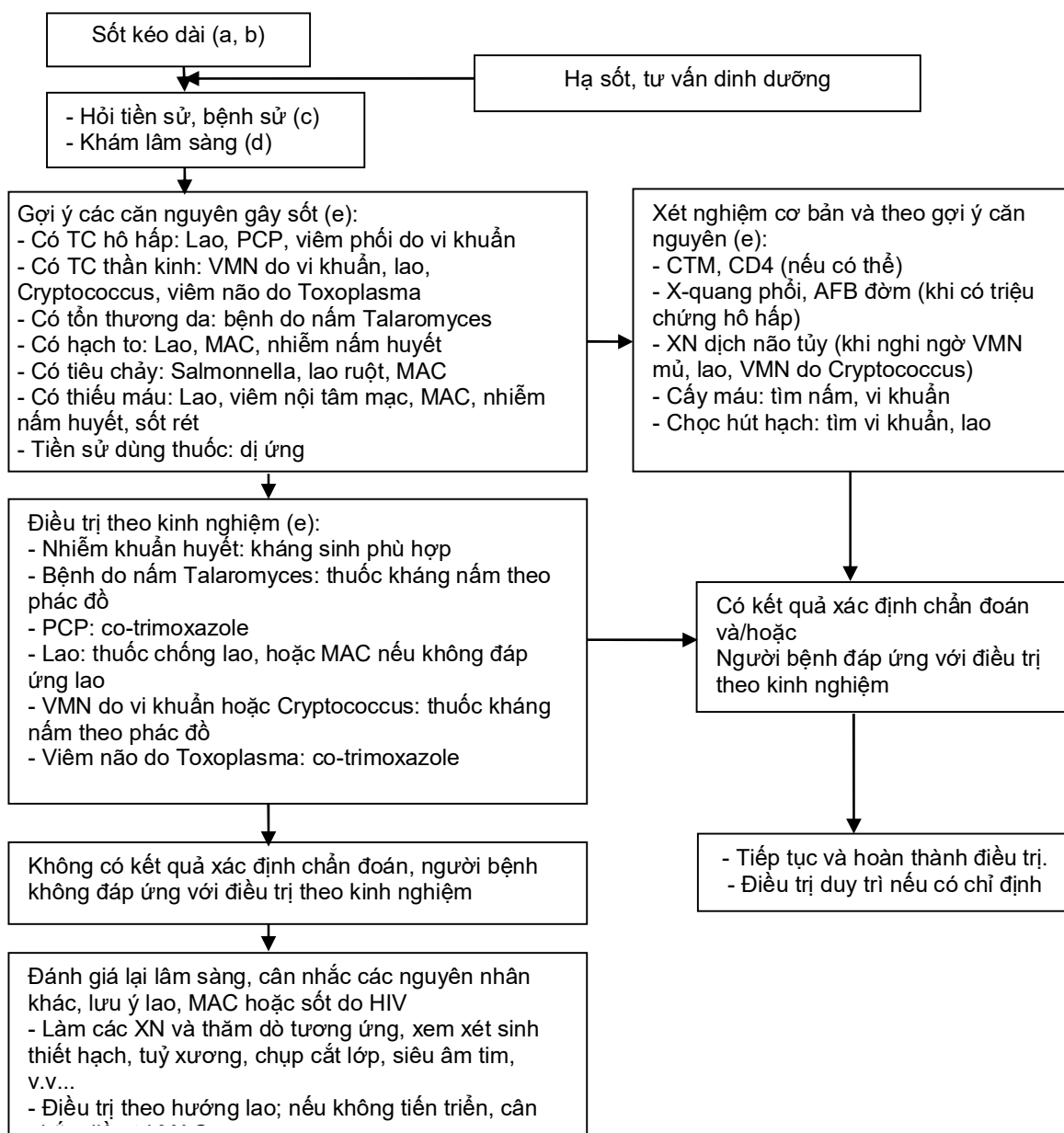
Chương V

TIẾP CẬN HỘI CHỨNG LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH PHỔI HỢP THƯỜNG GẶP

1. TIẾP CẬN CÁC HỘI CHỨNG LÂM SÀNG

1.1. Ở người lớn

1.1.1. Sốt kéo dài



Hướng dẫn:

a. Định nghĩa: Sốt kéo dài được xác định khi sốt trên 38°5 và kéo dài trên 14 ngày mà chưa xác định được nguyên nhân.

b. Các căn nguyên thường gặp gây sốt kéo dài

Các NTCH: lao, bệnh do nấm *Talaromyces marneffe*, viêm màng não và nhiễm nấm huyết do *Cryptococcus*, nhiễm trùng huyết do *Salmonella* và các vi khuẩn khác, MAC, v.v...

Bệnh ác tính liên quan tới HIV: u lympho

Phản ứng với các thuốc: dị ứng co-trimoxazole, NVP, ABC, v.v...

Sốt do HIV, sốt rét.

c. Hỏi tiền sử, bệnh sử

Các triệu chứng đau đầu (viêm màng não do nấm hoặc lao, *Toxoplasma*), tiêu chảy (nhiễm trùng huyết do *Salmonella*, MAC, v.v..), ho (lao phổi), phát ban (bệnh do nấm *T. marneffe*, dị ứng thuốc), v.v...

Các thuốc đã sử dụng: co-trimoxazole, ARV, các thuốc khác

Tiền sử mắc các bệnh NTCH và các bệnh lý khác liên quan tới HIV (khả năng tái phát của các NTCH nếu không được điều trị dự phòng thứ phát hoặc không được điều trị ARV)

Tiền sử dị ứng thuốc và các bệnh lý khác

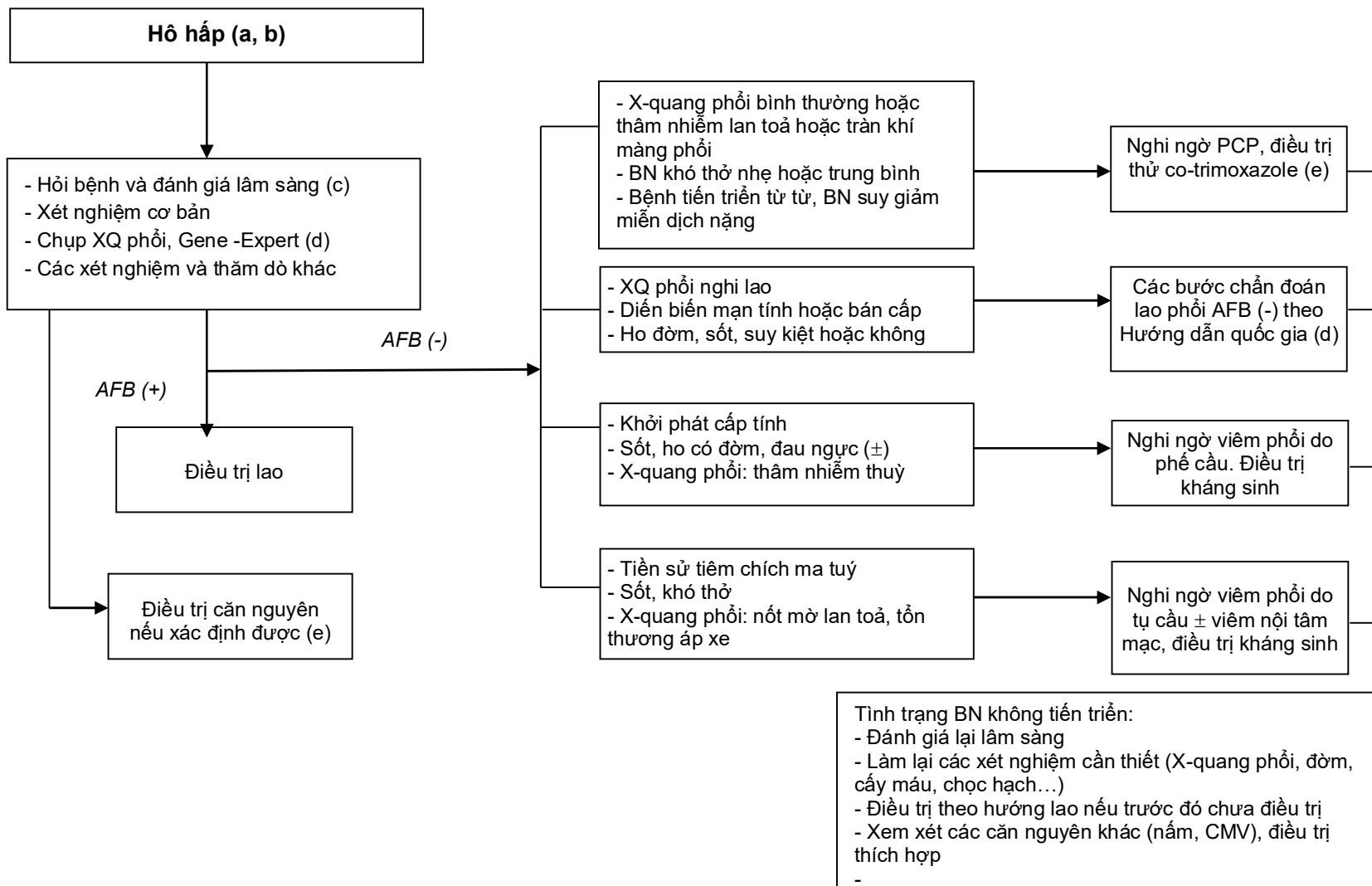
Tiền sử tiêm chích ma túy (nhiễm trùng huyết do tụ cầu vàng), quan hệ tình dục không an toàn (lậu, giang mai, các bệnh lây qua đường tình dục khác)

Tiền sử gia đình: tiền sử lao, ho và các bệnh truyền nhiễm khác.

d. Khám lâm sàng: Thăm khám tất cả các cơ quan và bộ phận, tập trung vào những cơ quan có biểu hiện bệnh.

e. Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp.

1.1.2. Hô hấp



Hướng dẫn:

a. Các biểu hiện hô hấp: ho, khó thở; thường đi kèm với sốt

b. Nguyên nhân

Nguyên nhân hay gặp: lao phổi-màng phổi, viêm phổi PCP, MAC, viêm phổi do vi khuẩn

Nguyên nhân khác: bệnh do nấm *T. marneffei*, *Cryptococcus*, *Histoplasma* (gây biểu hiện ở phổi trong bệnh cảnh nhiễm nấm toàn thân); bệnh do *Cytomegalovirus*; các nguyên nhân không nhiễm trùng: u lympho, Sarcoma Kaposi.

c. Những điểm cần lưu ý khi hỏi bệnh và khám bệnh

Hỏi bệnh:	Lâm sàng:
- Khởi phát cấp tính, bán cấp - Tình trạng khó thở liên quan đến gắng sức - Tính chất đờm - Dấu hiệu đi kèm: sốt, đau ngực... - Tiền sử tiêm chích ma túy - Tiền sử lao của bản thân và trong gia đình	- Tình trạng suy hô hấp: khó thở, tím tái - Các biểu hiện toàn thân: sốt, sụt cân, phát ban, sưng hạch, v.v... - Khám hô hấp: rale, rung thanh... - Dấu hiệu khác biểu hiện suy giảm miễn dịch: nấm họng, suy kiệt...

d. Xét nghiệm chẩn đoán: Dựa trên các triệu chứng lâm sàng và bệnh sử

Xét nghiệm cơ bản, tế bào CD4

X-quang phổi, soi đờm tìm AFB; soi cấy đờm tìm các vi khuẩn khác

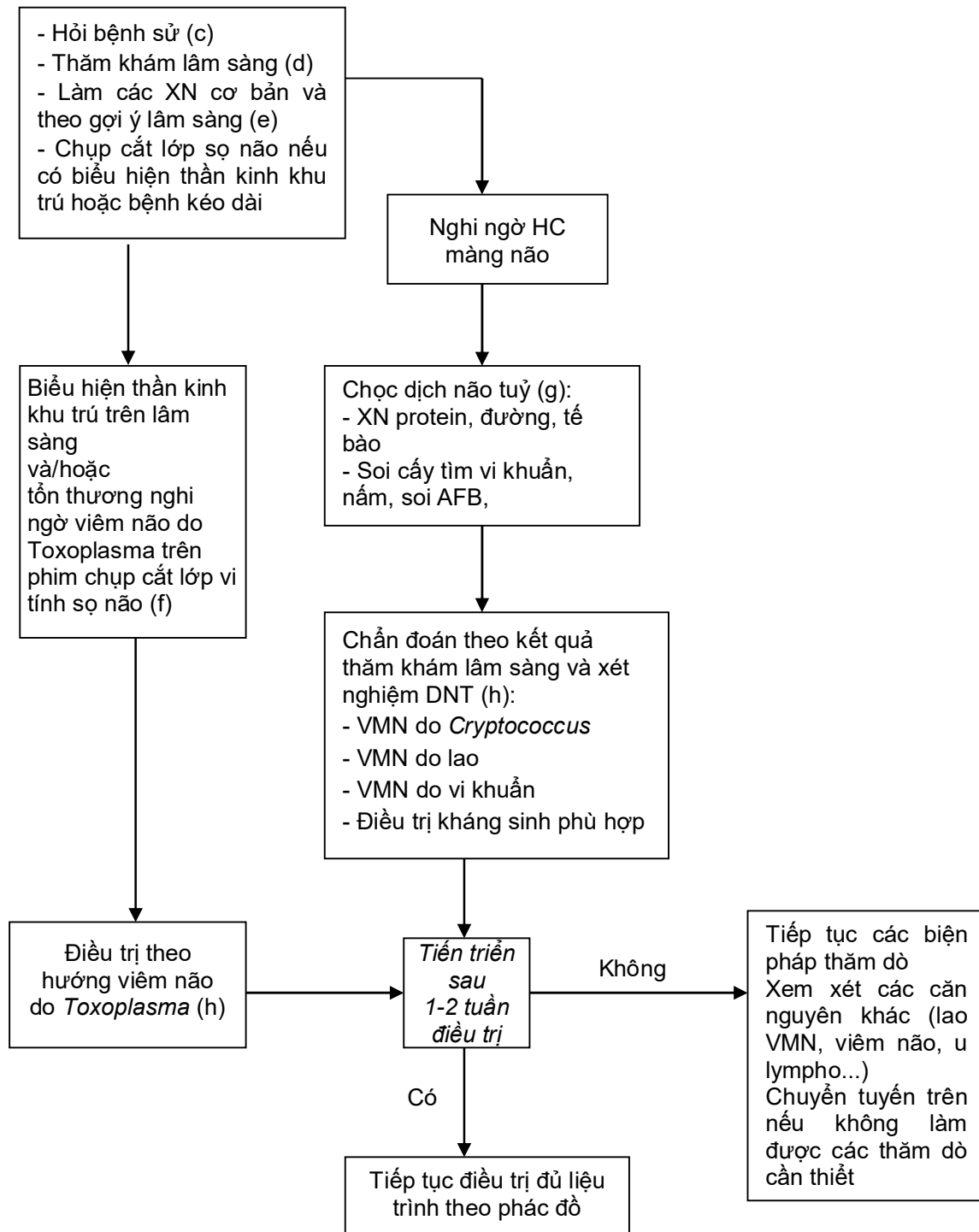
Cấy máu nếu người bệnh có sốt

Chọc dò màng phổi, hạch nếu có tràn dịch màng phổi hoặc hạch to; xét nghiệm dịch màng phổi hoặc dịch từ hạch

Nếu có điều kiện: chụp cắt lớp lồng ngực.

e. Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp.

1.1.3. Thần kinh (a, b)



Hướng dẫn:

a. Các biểu hiện thần kinh: Đau đầu, rối loạn ý thức, dấu thần kinh khu trú.

b. Nguyên nhân

Các nhiễm trùng cơ hội hệ TKTU: viêm não do *Toxoplasma*, viêm màng não do *Cryptococcus*, lao màng não, viêm màng não do vi khuẩn

Các nguyên nhân khác: u lympho, bệnh lý não do HIV, viêm não chất trắng đa ổ tiến triển (PML)

Nguyên nhân do thuốc: EFV...

c. Hỏi bệnh sử

Thời gian có triệu chứng, các biểu hiện kèm theo: sốt, phát ban, gầy sút...

Tiền sử lao của bản thân và gia đình.

d. Thăm khám lâm sàng

Phát hiện các biểu hiện thần kinh: rối loạn tinh thần, dấu hiệu màng não (đau đầu, cứng gáy, sợ ánh sáng), dấu thần kinh khu trú (liệt nửa người, liệt dây thần kinh sọ)

Phát hiện các biểu hiện toàn thân: sốt, hạch to, phát ban, biểu hiện suy giảm miễn dịch.

e. Các xét nghiệm và thăm dò: theo gợi ý từ bệnh sử và thăm khám lâm sàng

Cấy máu nếu có sốt

Chụp X-quang phổi và các xét nghiệm khác tìm lao nếu nghi ngờ lao màng não.

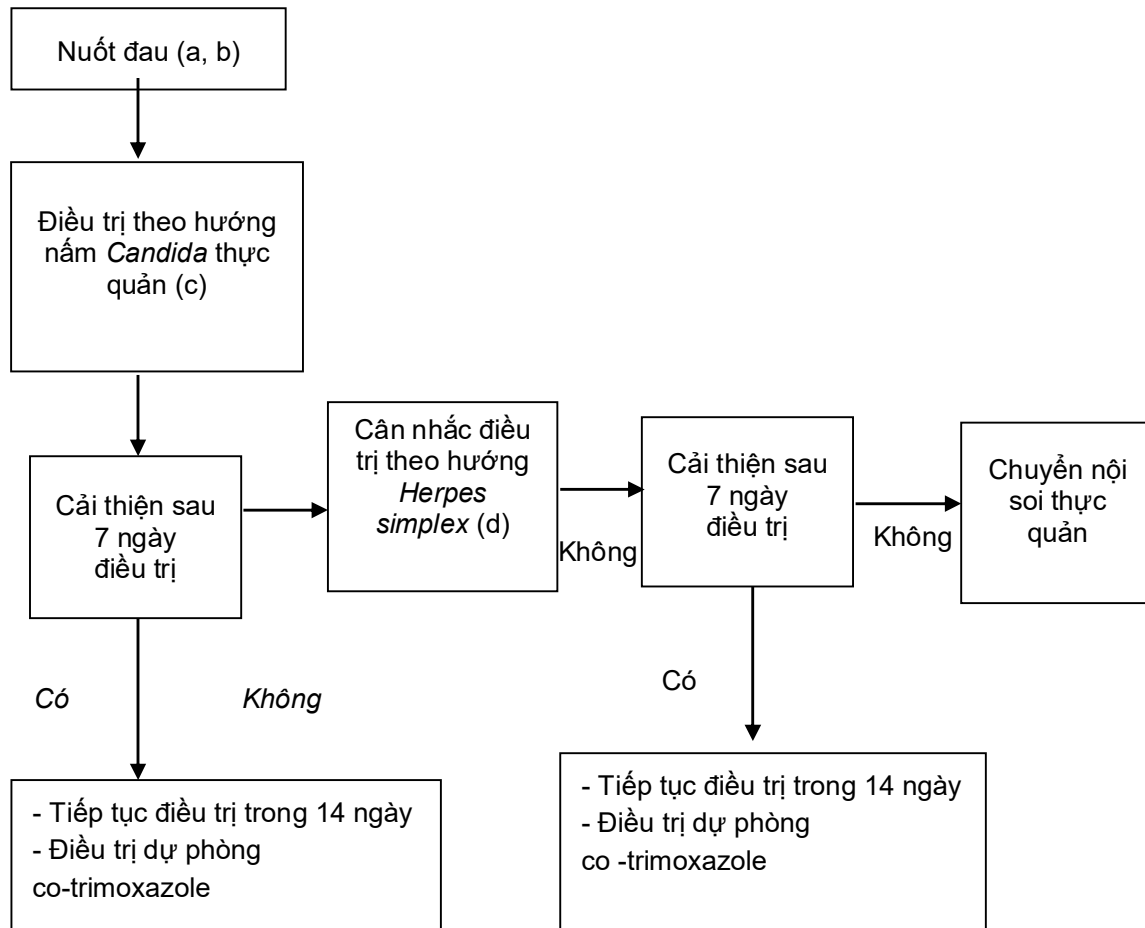
f. Hình ảnh viêm não do *Toxoplasma* điển hình: tổn thương hình vòng nhẫn.

g. Gợi ý chẩn đoán phân biệt theo tính chất dịch não tủy (DNT)

Nguyên nhân	Áp lực	Protein	Tế bào	Nhuộm soi trực tiếp	Nuôi cấy
VMN do <i>Cryptococcus</i>	Tăng cao	Tăng nhẹ hoặc bình thường	Tăng nhẹ hoặc bình thường	+ Nhuộm mực tàu	+
VMN do lao	Tăng hoặc bình thường	Tăng từ nhẹ đến rất cao	Tăng (BC lympho)	+/- - -	+/-
VMN do vi khuẩn	Tăng	Tăng cao	Tăng BC hạt	+/-	+
Viêm não do <i>Toxoplasma</i>	Bình thường	Bình thường hoặc tăng nhẹ	Bình thường	-	-
U lympho	Bình thường	Bình thường	Bình thường	-	-

h. Điều trị viêm não do *Toxoplasma*: Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

1.1.4. Nuốt đau



Hướng dẫn:

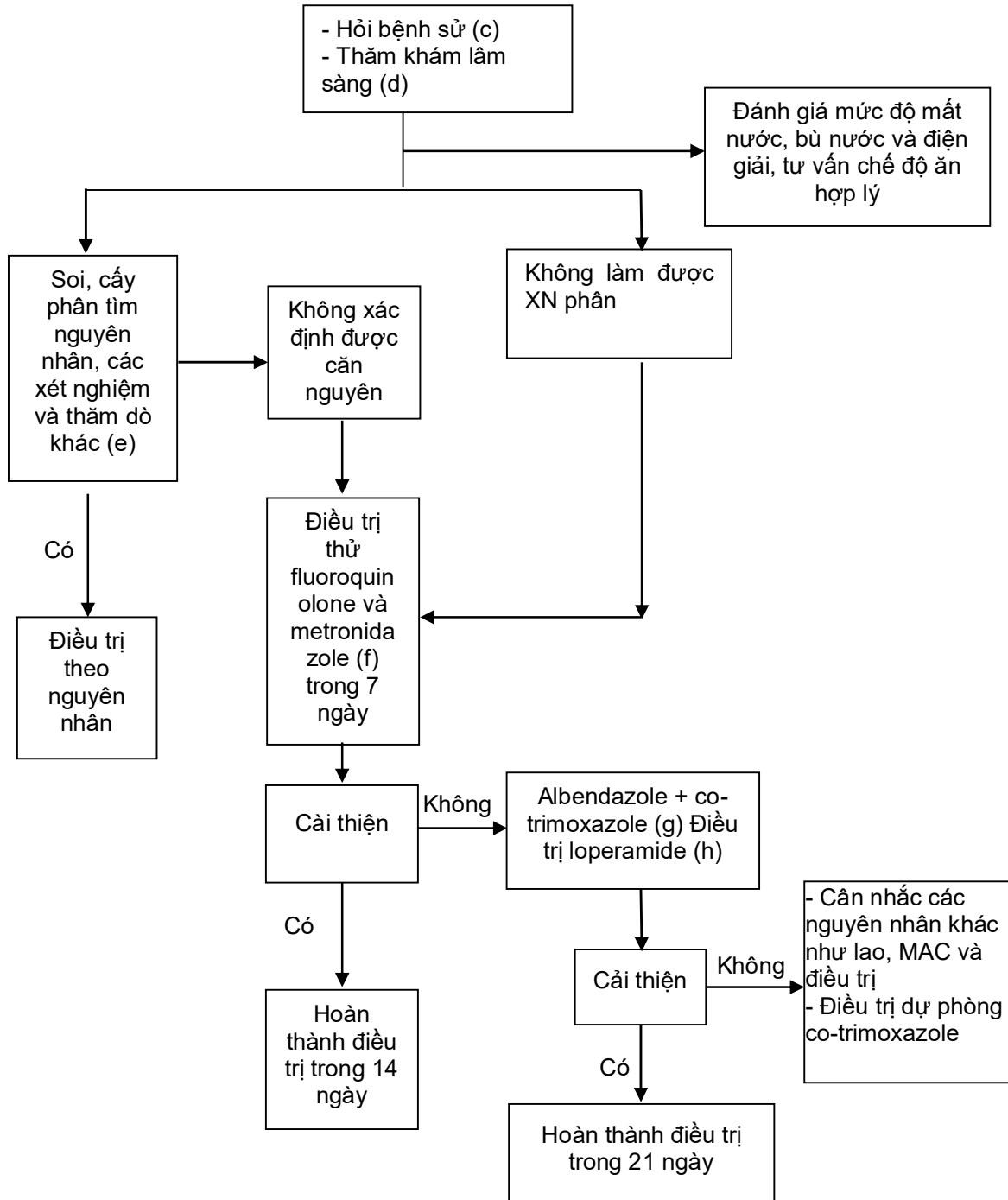
a. Định nghĩa: Nuốt đau là cảm giác đau ở họng và đau sau xương ức khi người bệnh nuốt thức ăn, có thể đi kèm với cảm giác khó nuốt, thường là triệu chứng của viêm thực quản.

b. Các nguyên nhân gây nuốt đau ở người nhiễm HIV

- Nấm *Candida*
- *Herpes simplex*
- *Cytomegalovirus*
- Loét áp-tơ
- Sarcoma Kaposi, u lympho

c. Điều trị viêm thực quản do *Candida*, *Herpes simplex* (Xem tại mục 2 Chương V: Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp)

1.1.5. Tiêu chảy mạn tính (a, b)



Hướng dẫn:

a. Định nghĩa: Tiêu chảy mạn tính được xác định khi người bệnh đi phân lỏng hoặc nát trên 3 lần một ngày, kéo dài trên 14 ngày.

b. Các căn nguyên gây tiêu chảy

- Các bệnh nhiễm vi khuẩn: *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*
- Các bệnh do ký sinh đơn bào và giun sán: *Giardia*, *Amip*, *Cryptosporidium*, *Isospora*, *Microspora*, giun lươn
- Các bệnh do *Mycobacteria*: lao, MAC
- Bệnh do virus: CMV
- Bệnh ác tính liên quan tới HIV: Sarcoma Kaposi, u lympho
- Do HIV

c. Hỏi bệnh sử

- Số lần tiêu chảy mỗi ngày, tính chất phân
- Các triệu chứng kèm theo: sốt, đau bụng, vị trí và tính chất đau
- Tiền sử dùng ARV và các thuốc khác; các thuốc kháng sinh đã sử dụng để điều trị tiêu chảy
- Tiền sử lao và các bệnh truyền nhiễm khác trong gia đình.

d. Thăm khám lâm sàng

- Đánh giá toàn trạng, tình trạng mất nước, dinh dưỡng
- Các biểu hiện toàn thân: sốt, nổi hạch; thăm khám các cơ quan hô hấp và tuần hoàn
- Thăm khám bụng: phát hiện đau, tràn dịch màng bụng, gan lách to, hạch ổ bụng.

e. Các xét nghiệm và thăm dò

- Soi phân tìm hồng cầu và bạch cầu (tiêu chảy xâm nhập); soi tìm ký sinh đơn bào thông thường (amip, giardia), ấu trùng giun lươn, giun móc, các loại trứng giun. Tìm *Cryptosporidium*, *Microsporidium* và *Isospora*; soi AFB (lao và MAC), nếu có điều kiện
- Cấy máu nếu người bệnh có sốt, nghi tiêu chảy kèm nhiễm trùng huyết do vi khuẩn
- Chụp X-quang phổi, xét nghiệm đờm nếu có biểu hiện hô hấp hoặc nghi lao
- Siêu âm ổ bụng nếu có thể thực hiện được, xác định gan lách to, hạch to, dịch màng bụng.

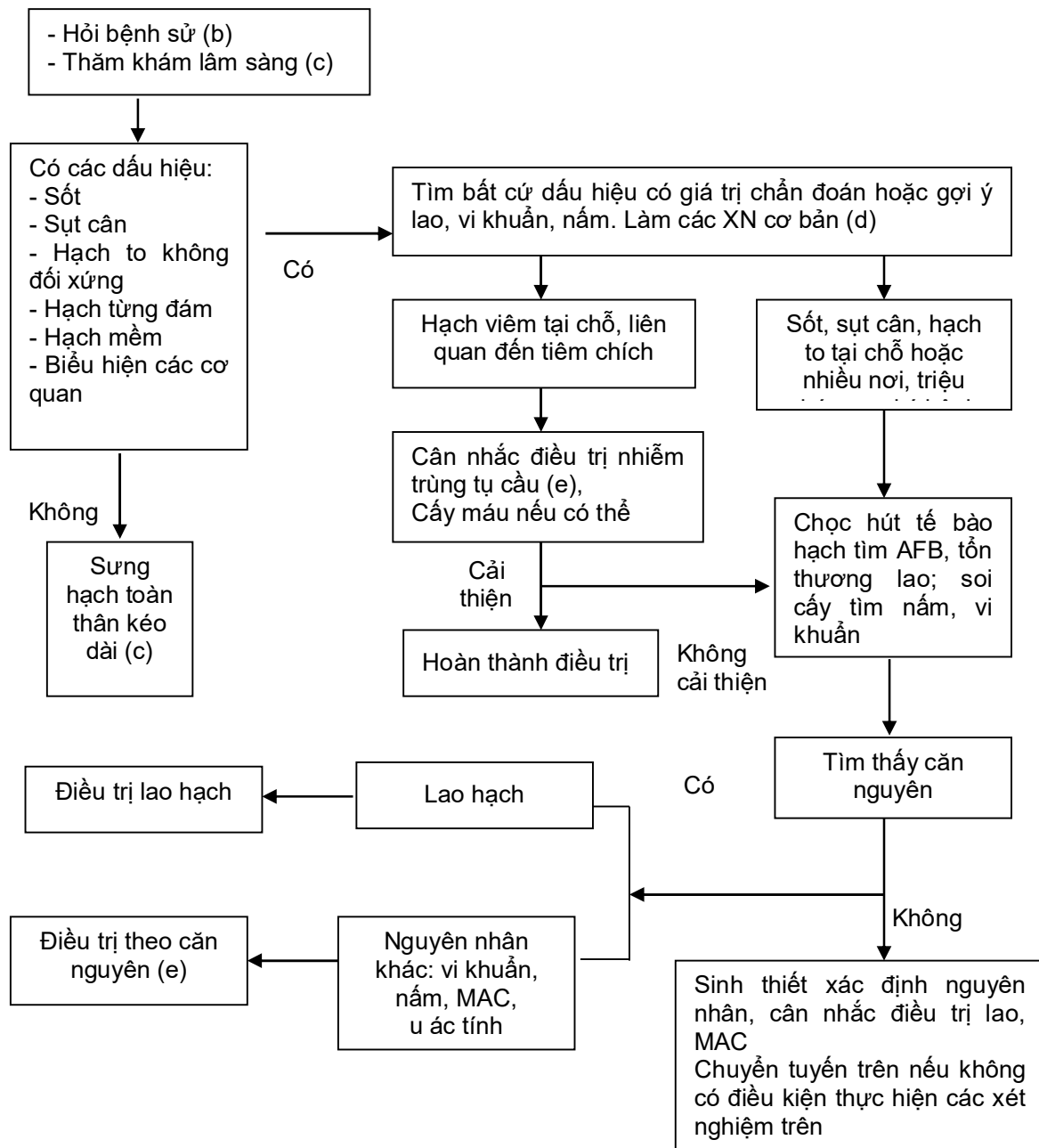
f. Fluoroquinolone uống (ciprofloxacin 500mg, 2 lần/ngày hoặc ofloxacin 200mg, 2 lần/ngày) + metronidazole uống 500 mg 2lần/ ngày. Có tác dụng với *Shigella*,

Salmonella, *Campylobacter*, *Amip* và *Giardia*. Lưu ý loại trừ lao trước khi điều trị fluoroquinolone.

g. Albendazole 400 mg 2 lần/ngày trong 3 tuần + co-trimoxazole 960 mg 2 lần/ngày trong 10 ngày (có tác dụng với *Isospora*, *Microsporidia*, giun lươn).

h. Loperamide bắt đầu 4 mg, sau đó thêm 2 mg sau 4 giờ nếu phân chưa thành khuôn, tối đa 16 mg/ngày. Không dùng loperamide cho người bệnh tiêu chảy phân có máu mủ.

1.1.6. Hạch to (a)



Hướng dẫn:

a. Căn nguyên: Hạch to ở người bệnh có triệu chứng thường do nguyên nhân nhiễm trùng hoặc bệnh ác tính.

- Nguyên nhân nhiễm trùng: lao, nấm *T. marneffei*, *Cryptococcus*, tụ cầu, có thể do *MAC*, *Nocardia*, giang mai, *Histoplasma*, *Leishmania*

- Nguyên nhân ác tính: u lympho, Sarcoma Kaposi

- Do HIV (gây sưng hạch toàn thân kéo dài ở người bệnh nhiễm HIV không triệu chứng).

b. Hỏi bệnh sử

- Thời gian bị hạch to, các triệu chứng kèm theo: sốt, đau vùng hạch sưng, phát ban, ho...

- Tiền sử mắc và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội (bệnh do nấm *T. marneffei*, lao, v.v..) và các bệnh khác.

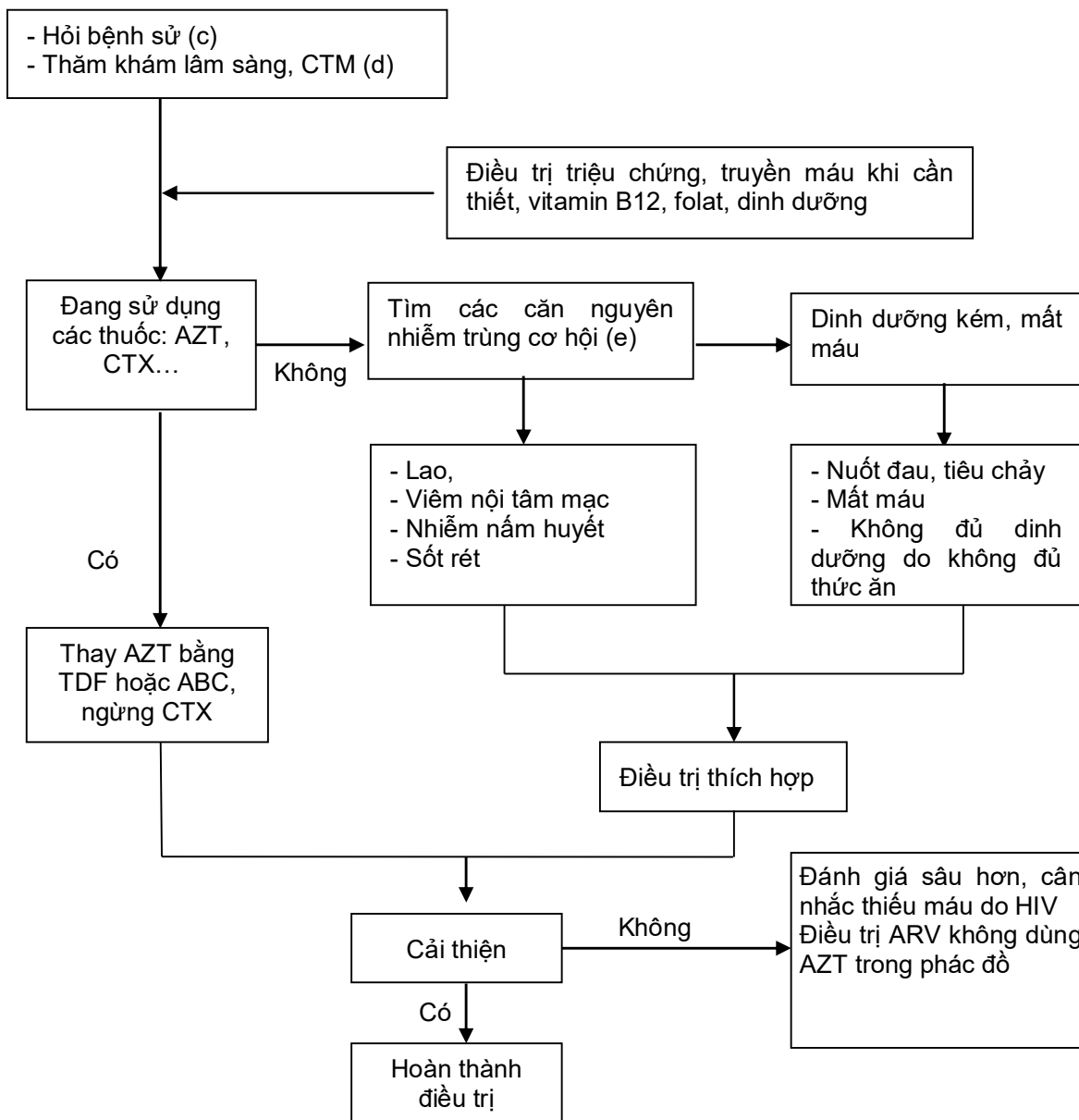
c. Thăm khám: Đánh giá toàn trạng, phát hiện các triệu chứng toàn thân: sốt, suy kiệt, nấm họng, phát ban, thiếu máu...

- Thăm khám hạch, đánh giá kích thước và tính chất hạch

- Phát hiện các biểu hiện bệnh ở các cơ quan khác, hạch to ổ bụng, gan lách to.

d. Xét nghiệm cơ bản: công thức máu, số tế bào CD4, X quang phổi

1.1.7. Thiếu máu (a, b)



Hướng dẫn:

a. Định nghĩa

Thiếu máu được xác định khi Hb < 120g/L đối với nam và < 100 g/L đối với nữ

b. Nguyên nhân

Nhiễm trùng: lao, bệnh nấm toàn thân, viêm nội tâm mạc, MAC, sốt rét...

Thiếu dinh dưỡng, nuốt khó, tiêu chảy mạn tính

Do thuốc: AZT, CTX...

Mất máu, các bệnh nội khoa gây suy tuỷ ...

Bệnh ác tính, do bản thân HIV.

c. Hỏi bệnh sử

Thời gian bị các triệu chứng liên quan đến thiếu máu (mệt mỏi, ù tai, hoa mắt, chóng mặt)

Các biểu hiện sốt, tiêu chảy, nuốt đau, ho, phát ban...

Tiền sử bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội

Tiền sử dùng co-trimoxazole, AZT và các thuốc khác

Tiền sử tiêm chích ma tuý, đi đến vùng sốt rét

Tiền sử bị mất máu, chế độ dinh dưỡng.

d. Thăm khám lâm sàng

Đánh giá mức độ thiếu máu, dinh dưỡng, phát hiện biểu hiện của các bệnh NTCH.

e. Xét nghiệm cần làm

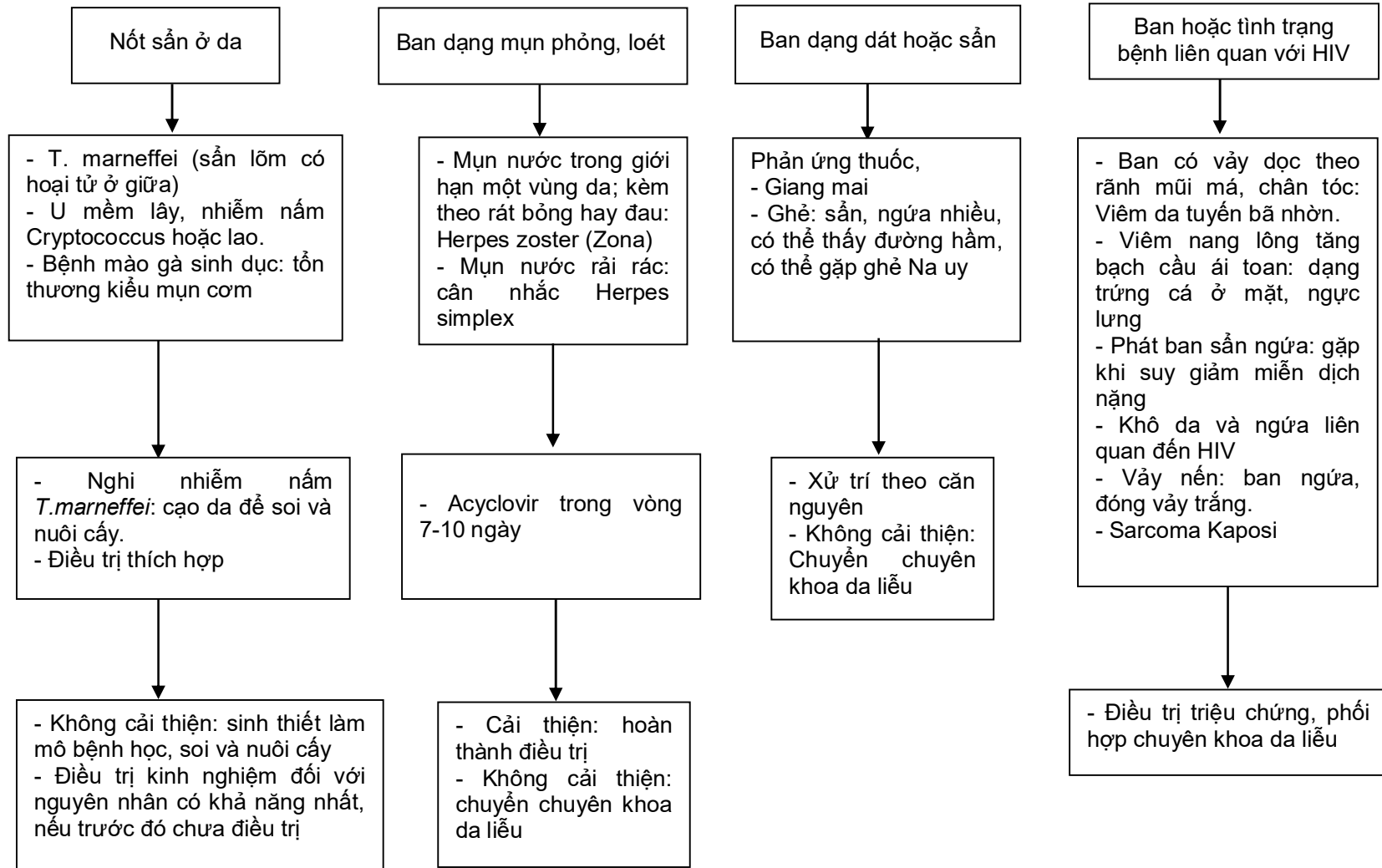
CTM: Hb, các dòng tế bào máu khác; thể tích trung bình hồng cầu (MCV) (thiếu máu hồng cầu lớn: gợi ý thiếu vitamin B12, do co-trimoxazole, AZT; thiếu máu hồng cầu nhỏ: gợi ý các bệnh NTCH, mất máu)

XN tìm ký sinh trùng sốt rét

XN chẩn đoán NTCH: soi đờm tìm AFB, soi cấy tìm nấm

Tuỷ đồ, sinh thiết hạch, sinh thiết tuỷ xương và các xét nghiệm khác nếu thực hiện được.

1.1.8. Tổn thương da và niêm mạc



Hướng dẫn:

a. Các căn nguyên gây tổn thương da và niêm mạc

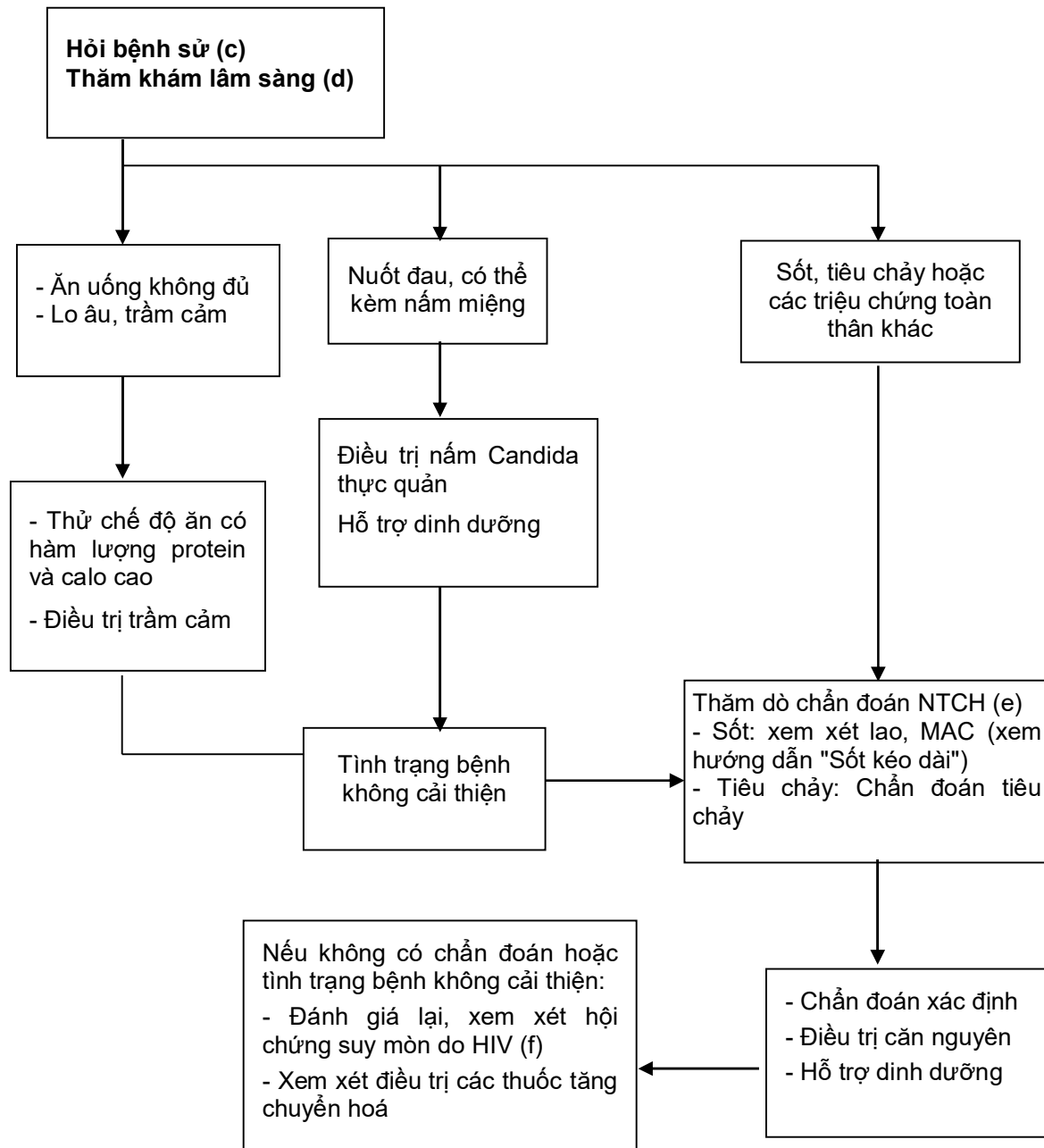
- Nhiễm khuẩn: viêm nang nông, mụn nhọt do cầu khuẩn, viêm mô mềm, tổn thương da do lao
- Nhiễm vi rút: *Herpes simplex*, *Herpes zoster* (zona), u mềm lây (*Poxvirus*), virus gây u nhú ở người (HPV), bạch sản dạng lông (virus *Epstein-Barr*)
- Nhiễm nấm: *Candida*, *T. marneffei*, các loại nấm da (hắc bào, nấm móng), *Cryptococcus*
- Nhiễm ký sinh trùng: ghẻ
- Tân sản: Sarcoma Kaposi, u lympho
- Các viêm da khác: viêm nang lông tăng bạch cầu ái toan, viêm da dầu ban sản ngứa (PPE), vẩy nến, khô da
- Phản ứng thuốc: co-trimoxazol, thuốc ARV có thể gây phát ban, đỏ da toàn thân, phỏng rộp hoặc bong trọt da.

b. Những điểm lưu ý khi hỏi và khám người bệnh có tổn thương da

Hỏi bệnh:	Lâm sàng:
- Thời gian bị bệnh? - Tổn thương bắt đầu mọc từ đâu? - Có ngứa hay không có ngứa? - Có tiền sử bệnh dị ứng như: hen, dị ứng thời tiết hay không? - Các thuốc đang uống là những thuốc gì? Thời gian dùng thuốc được bao lâu? - Các triệu chứng kèm theo như sốt ...	- Dạng tổn thương: Nốt sẩn có hoại tử ở trung tâm, ban mụn phỏng, loét, ban dạng dát... - Sự phân bố của các tổn thương da - Đánh giá tiến triển lan rộng của tổn thương - Dấu hiệu khác biểu hiện suy giảm miễn dịch: nấm họng, suy kiệt - Các biểu hiện đi kèm: sốt, gan lách to, biểu hiện thần kinh...

c. **Chẩn đoán và điều trị theo căn nguyên:** Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

1.1.9. Suy mòn (a, b)



Hướng dẫn:

a. Mức độ sút cân do người bệnh báo cáo hoặc so sánh cân nặng hiện tại với cân nặng ước tính theo chiều cao.

b. Nguyên nhân

Nhiễm trùng: các NTCH như lao, tiêu chảy mạn tính do ký sinh đơn bào, bệnh nấm toàn thân và MAC

Thiếu dinh dưỡng do không có đủ thức ăn

Không ăn được do nuốt đau (viêm thực quản do nấm Candida)

Bệnh lý tâm thần: lo âu, trầm cảm.

c. Hỏi bệnh sử

Thời gian bị gầy sút, mức độ sụt cân

Các biểu hiện sốt, tiêu chảy, nuốt đau, ho...

Tiền sử bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội

Chế độ dinh dưỡng

Các biểu hiện lo âu, trầm cảm.

d. Thăm khám lâm sàng

Đánh giá mức độ gầy sút, các biểu hiện phù, thiếu máu

Phát hiện biểu hiện của các bệnh NTCH (nấm họng, hạch to, v.v...)

e. Xét nghiệm cần làm

X-quang phổi, soi đờm tìm AFB nếu nghi ngờ lao

Cấy máu nếu nghi nhiễm trùng huyết hoặc nhiễm nấm huyết

Soi phân tìm ký sinh đơn bào.

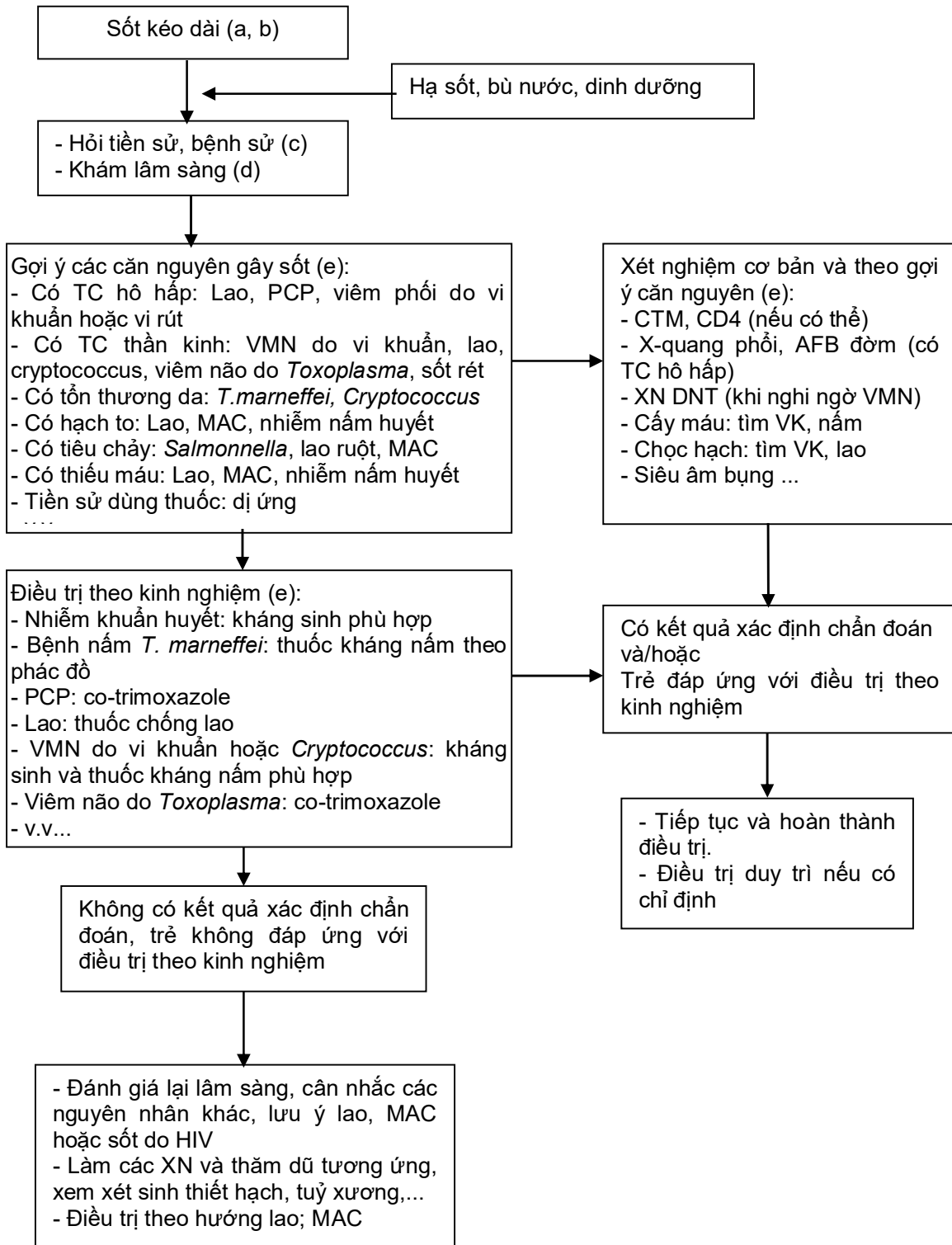
f. Hội chứng suy mòn do HIV

Sút trên 10% trọng lượng cơ thể

Kèm theo ỉa chảy kéo dài (phân lỏng trên 2 lần/ngày) trong ít nhất 30 ngày hoặc sốt kéo dài trong ít nhất 30 ngày.

1.2. Ở trẻ em

1.2.1. Sốt kéo dài



Hướng dẫn:

a. Định nghĩa: Sốt kéo dài được xác định khi sốt trên 37⁰5, kéo dài trên 14 ngày.

b. Các căn nguyên thường gặp gây sốt kéo dài

Các căn nguyên hay gặp trong nhiễm HIV và suy giảm miễn dịch:

Lao, MAC, bệnh do nấm *T. marneffeii*, viêm màng não và bệnh do *Cryptococcus*, nhiễm trùng huyết do *Salmonella* và các vi khuẩn khác, bệnh do CMV ...

Bệnh ác tính liên quan với HIV: u lympho

Sốt do HIV gây nên, sốt rét

Phản ứng với các thuốc: CTX hoặc ARV (như NVP, ABC....)

c. Hối tiền sử, bệnh sử

Thời gian bị bệnh, đặc điểm khởi phát (cấp tính hoặc bán cấp)

Các triệu chứng các cơ quan: đau đầu, tiêu chảy, ho, phát ban...

Các thuốc đã sử dụng: CTX, ARV, các thuốc khác

Tiền sử mắc các bệnh NTCH và các bệnh lý khác liên quan tới HIV (khả năng tái phát bệnh NTCH, nếu không được điều trị dự phòng thứ phát hoặc không được điều trị bằng ARV)

Tiền sử dị ứng thuốc và các bệnh lý khác

Tiền sử gia đình: tiền sử lao và các bệnh truyền nhiễm khác.

d. Khám lâm sàng

Khám các cơ quan, tập trung vào những cơ quan có biểu hiện bệnh

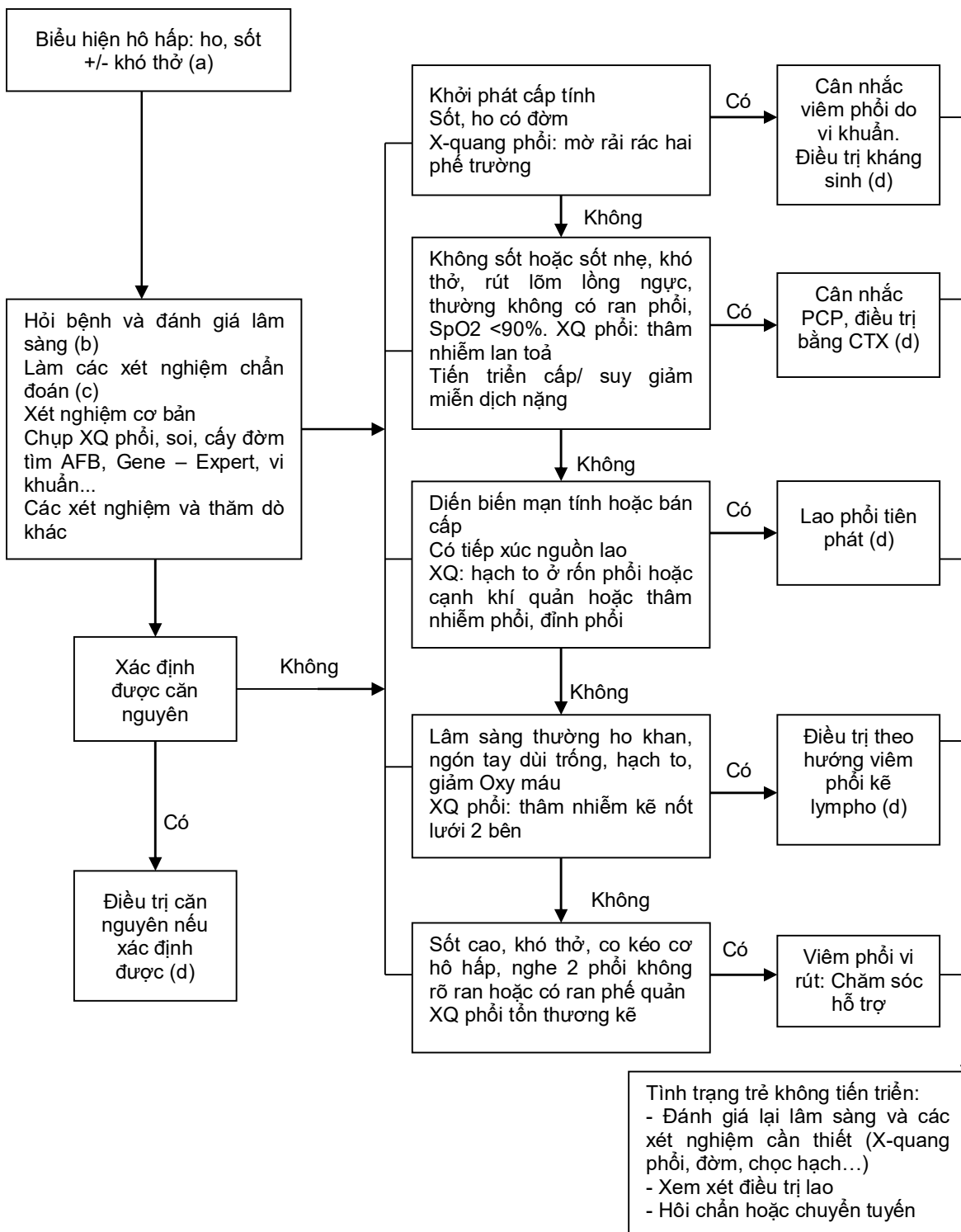
Nếu trẻ có tỷ lệ CD4 thấp cần chú ý khám mắt (soi đáy mắt) tìm nguyên nhân CMV, *Toxoplasma* và cấy máu tìm nguyên nhân do nấm, vi khuẩn.

e. Tìm các căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội

f. Xử trí

Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

1.2.2. Hô hấp



Hướng dẫn:

a. Nguyên nhân

Nguyên nhân hay gặp: Viêm phổi do vi khuẩn, PCP, lao phổi tiên phát, viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho, viêm phổi vi rút

Nguyên nhân khác: bệnh do nấm, các nguyên nhân không nhiễm trùng.

b. Những điểm lưu ý khi hỏi và khám bệnh

Hỏi bệnh:	Lâm sàng:
- Khởi phát cấp tính, bán cấp - Ho khan hay ho có đờm - Dấu hiệu đi kèm: sốt, sút cân, ra mồ hôi trộm ... - Tiền sử lao của bản thân và trong gia đình	- Tình trạng suy hô hấp: khó thở, tím tái - Các biểu hiện toàn thân: sốt, sút cân, phát ban, sưng hạch, ngón tay dùi trống... - Khám hô hấp: rale, rung thanh... - Dấu hiệu khác: phát triển tinh thần, thể chất, biểu hiện suy giảm miễn dịch (nấm hột, suy kiệt...).

c. Xét nghiệm chẩn đoán: Dựa trên các triệu chứng lâm sàng và bệnh sử

Xét nghiệm cơ bản, tế bào CD4,

X-quang phổi, soi đờm, dịch dạ dày tìm AFB; soi cấy đờm tìm các vi khuẩn khác.

Cấy máu nếu trẻ có sốt

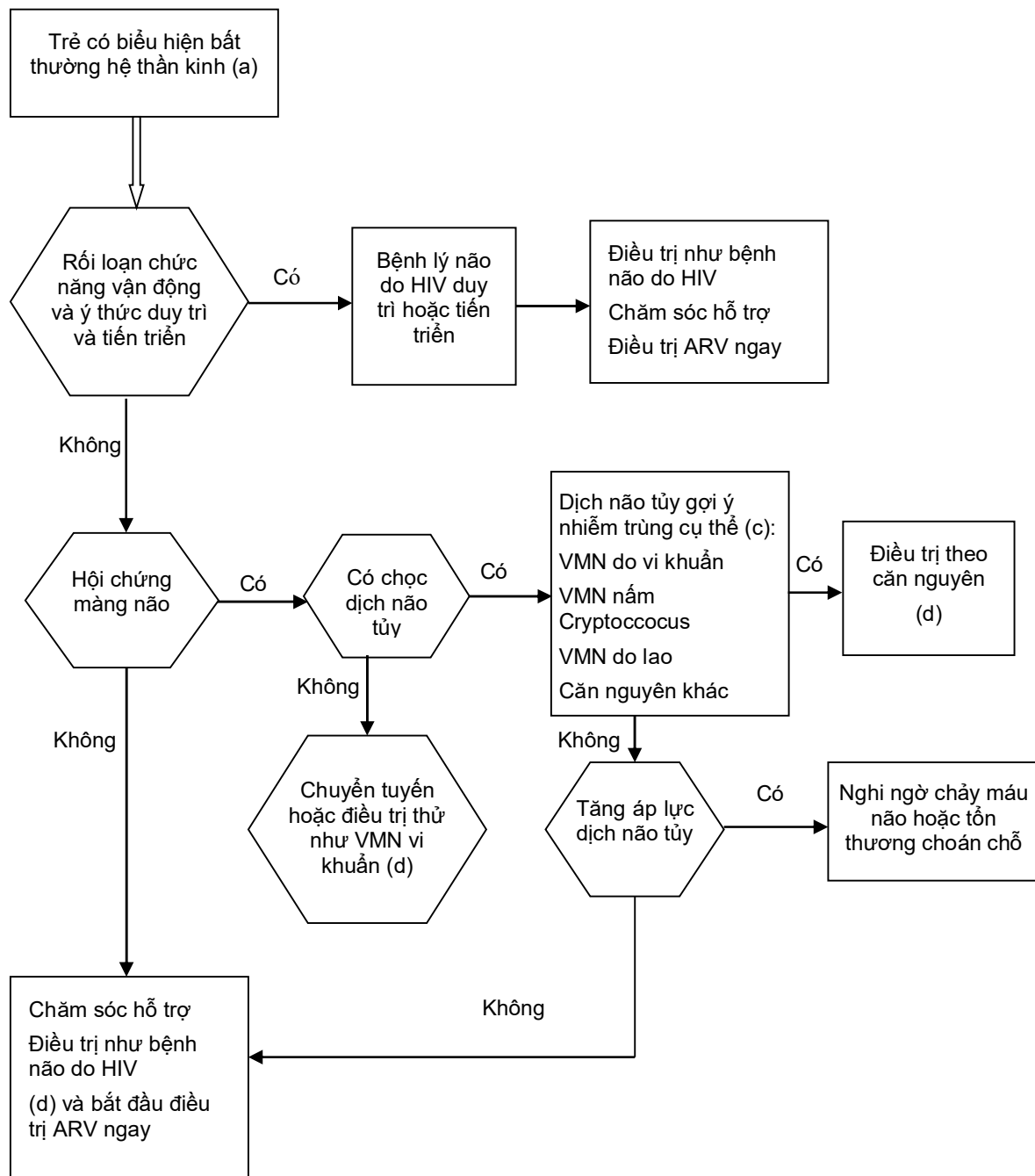
Chọc dò màng phổi, hạch nếu có tràn dịch màng phổi hoặc hạch to; xét nghiệm dịch màng phổi và/hoặc dịch từ hạch

Nếu có điều kiện: chụp cắt lớp phổi.

d. Điều trị

Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp.

1.2.3. Thần kinh



Hướng dẫn:

a. Định nghĩa: Các bệnh lý hệ thần kinh ở trẻ em bao gồm:

Bệnh lý não tiến triển: giảm dần chức năng vận động, nhận thức, ngôn ngữ. Biểu hiện chậm phát triển hoặc không đạt được các mốc phát triển; thường khởi phát sớm trong năm đầu, nhưng cũng có thể bất cứ thời điểm nào.

Bệnh lý não duy trì: rối loạn chức năng vận động và thiếu năng phát triển ở các loại mức độ nặng khác nhau, nhưng thường không tiến triển qua các thời kỳ thăm khám.

Bệnh lý não duy trì do HIV: được xác định khi không tìm thấy các căn nguyên khác gây chậm phát triển, rối loạn chức năng thần kinh (như đẻ non, ngạt lúc sinh, sang chấn sọ não hoặc do ảnh hưởng thuốc và rượu khi mang thai).

Nhiễm trùng cấp tính: khởi phát cấp với biểu hiện co giật, liệt khu trú và có hội chứng màng não, ví dụ hay gặp do viêm màng não do vi khuẩn, viêm màng não nấm *cryptococcus*, viêm màng não do lao.

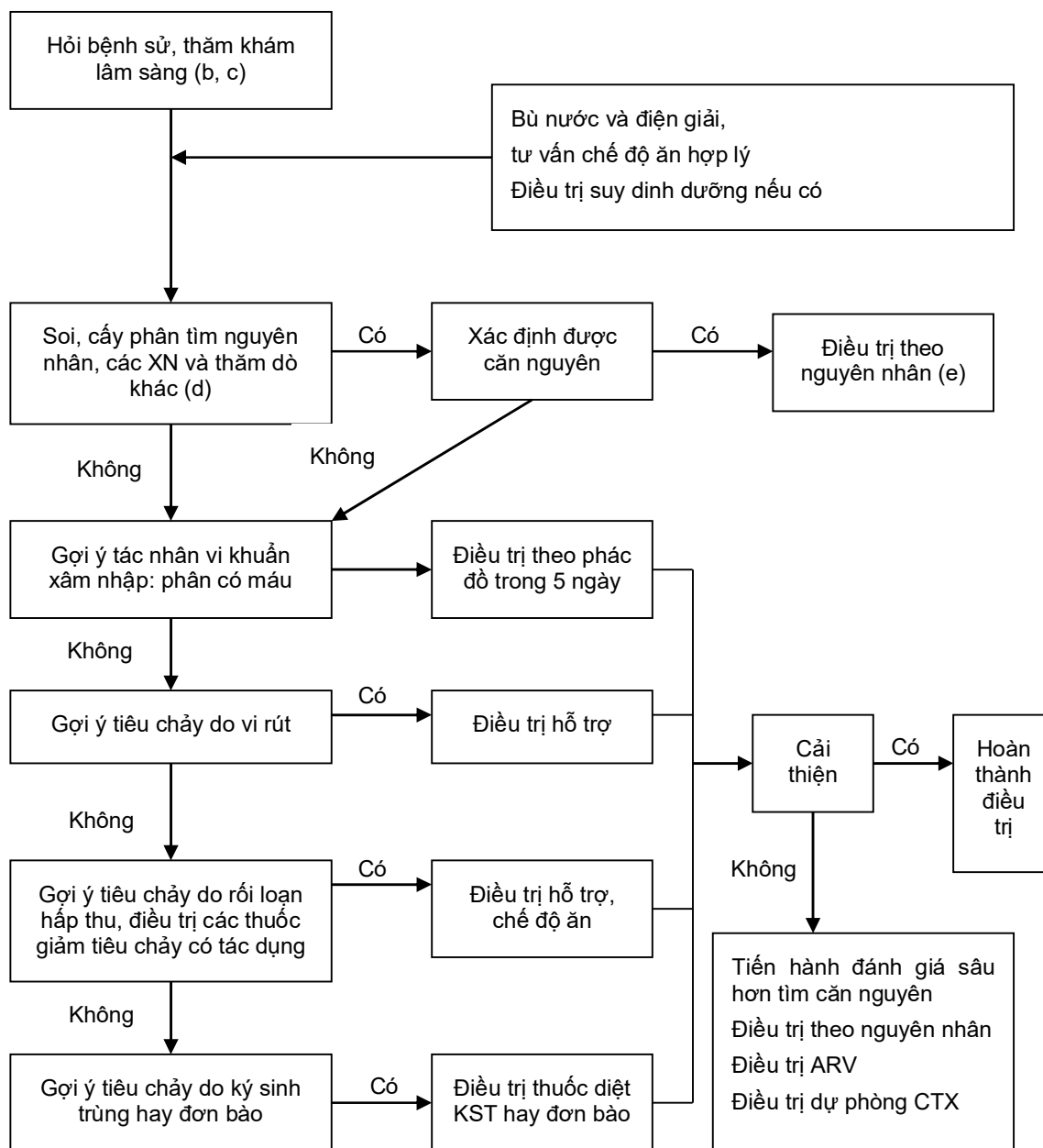
b. Biểu hiện cấp tính có thể xảy ra ở trẻ nhiễm HIV khỏe mạnh hoặc trên trẻ đã có bệnh lý não HIV.

c. Dựa vào kết quả xét nghiệm dịch não tủy: sinh hóa, tế bào, soi cấy tìm vi khuẩn và nấm để xác định.

d. Căn nguyên và điều trị

Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

1.2.4. Tiêu chảy kéo dài (a)



Hướng dẫn:

a. Định nghĩa

Tiêu chảy kéo dài được xác định khi trẻ đi phân lỏng trên 3 lần một ngày, kéo dài trên 14 ngày

b. Hỏi bệnh sử

Số lần đi ngoài mỗi ngày, tính chất phân

Các triệu chứng kèm theo: sốt, đau bụng, vị trí và tính chất đau

Tiền sử dinh dưỡng của trẻ

Tiền sử lao và các bệnh truyền nhiễm khác trong gia đình.

c. Thăm khám lâm sàng

Đánh giá toàn trạng, tình trạng mất nước, dinh dưỡng

Đánh giá tình trạng phát triển

Các biểu hiện toàn thân: sốt, nổi hạch, sút cân

Thăm khám các cơ quan hô hấp và tuần hoàn

Thăm khám bụng: phát hiện đau bụng, tràn dịch màng bụng, gan lách to, hạch ổ bụng.

d. Các xét nghiệm và thăm dò

Xét nghiệm phân:

- Soi phân tìm hồng cầu và bạch cầu (tiêu chảy do lý và một số loại vi khuẩn khác); ký sinh đơn bào (Amip, Giardia, ấu trùng giun lươn, giun móc, các loại trứng giun); tìm AFB (lao và MAC)

- Tìm *Cryptosporidium*, *Microsporidium*, *Isospora*; nếu có điều kiện

Cấy máu nếu người bệnh có sốt, tiêu chảy nghi kèm nhiễm trùng huyết do vi khuẩn

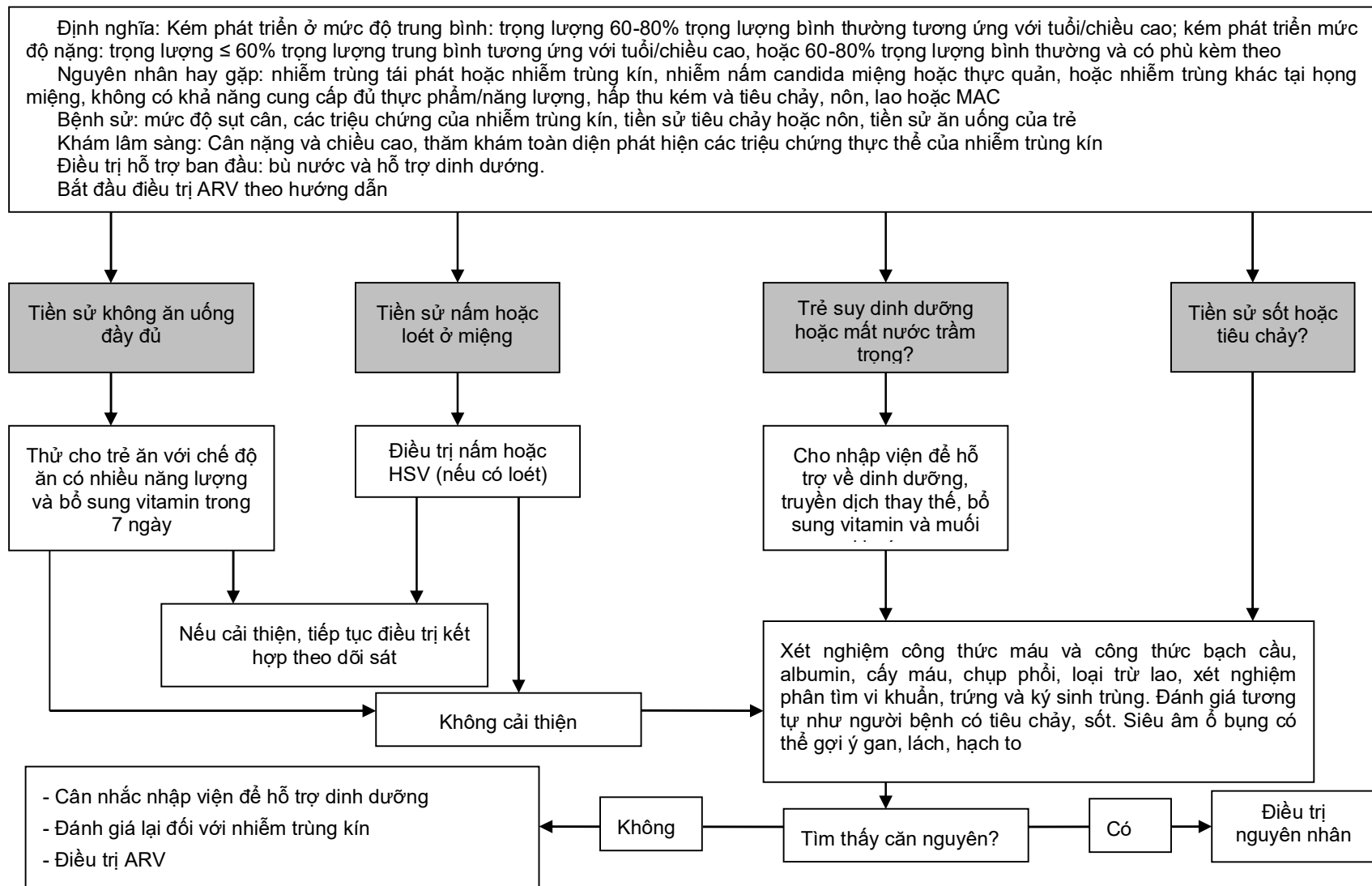
Chụp X-quang phổi, xét nghiệm đờm nếu có biểu hiện hô hấp hoặc nghi lao

Siêu âm ổ bụng xác định gan lách to, hạch to, dịch màng bụng.

e. Căn nguyên và điều trị

Xem tại Mục 2 Chương V. Tiếp cận các hội chứng lâm sàng, chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

1.2.5. Còi cọc và chậm phát triển thể chất



2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP

2.1. Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* (PCP)

2.1.1. Chẩn đoán

Diễn biến bán cấp 1- 2 tuần. Biểu hiện ho, khó thở tăng dần, sốt, ra mồ hôi ban đêm. Ở trẻ em thường xuất hiện ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, diễn biến nặng và nguy cơ tử vong cao. Trên 90% người bệnh có X quang phổi bình thường; thể điển hình có thâm nhiễm kẽ lan tỏa hai bên.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và đáp ứng với điều trị co-trimoxazole.

Nếu có điều kiện: lấy dịch rửa phế quản nhuộm Giemsa, nhuộm bạc, miễn dịch huỳnh quang tìm *P. jiroveci*.

2.1.2 Điều trị

a. Phác đồ ưu tiên

Co-trimoxazole (CTX) (tên gọi khác là trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP-SMX), dựa trên liều TMP cho cả người lớn và trẻ em là 15-20 mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày x 21 ngày.

b. Phác đồ thay thế (khi người bệnh dị ứng với sulfamide)

Người lớn: primaquine 30 mg base uống 1 lần/ngày x 21 ngày phối hợp clindamycin 600 mg/lần (đường tĩnh mạch) x 3 lần/ngày trong 10 ngày và sau đó là 300 mg/lần (đường uống) x 4 lần/ngày x 11 ngày tiếp theo.

Trẻ em: primaquin 0,3 mg base/kg/ngày uống 1 lần/ngày phối hợp với clindamycin 10 mg/kg/lần x 3 lần/ngày trong 21 ngày.

c. Trong trường hợp suy hô hấp

Khi $\text{PaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$ hoặc $\text{SpO}_2 < 90\%$ khi thở khí phòng, điều trị thêm prednisolon trong vòng 72 giờ từ khi bắt đầu điều trị kháng sinh cho PCP.

- Người lớn:

+ Prednisolon (uống) 40 mg x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 40 mg x 1 lần/ngày x 5 ngày rồi 20 mg x 1 lần/ngày từ ngày 11 đến ngày 21.

+ Methyprednisolon (tĩnh mạch) tính bằng 75% liều của prednisolon

- Trẻ em:

Prednisone 1 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 0,5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày, tiếp theo 0,5 mg/kg x 1 lần/ngày từ ngày 11 đến ngày 21, dừng điều trị theo tình trạng bệnh.

d. Điều trị duy trì

CTX liều 960 mg uống hàng ngày ở người lớn và 5mg/kg/ngày tính theo liều TMP ở trẻ em cho đến khi người bệnh điều trị ARV ít nhất 12 tháng, lâm sàng ổn định, CD4 > 350 tế bào/mm³ hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế. Không ngừng điều trị dự phòng ở trẻ dưới 5 tuổi.

2.2. Bệnh do nấm *Cryptococcus*

2.2.1. Chẩn đoán

a. Nhiễm nấm huyết: sốt, tổn thương da dạng sẩn hoại tử, thâm nhiễm phổi. Xét nghiệm: sinh thiết da hoặc chọc hút hạch soi tìm nấm; cấy máu.

b. Viêm màng não: đau đầu, sợ ánh sáng, hội chứng màng não, rối loạn ý thức, có dấu hiệu thần kinh khu trú, sốt. Xét nghiệm: dịch não tủy thường biến loạn nhẹ, nhuộm mực tàu, xét nghiệm kháng nguyên nấm *Cryptococcus* (CrAg) và cấy tìm nấm trong dịch não tủy.

Nhiễm nấm *Cryptococcus* ít gặp ở trẻ nhỏ, thường xuất hiện ở trẻ > 6 tuổi.

2.2.2. Điều trị

a. Giai đoạn tấn công: kéo dài 2 tuần

Tuần thứ 1 dùng amphotericin B deoxycholate 1 mg/kg/ngày + flucytosine 100 mg/kg/ngày (flucytosine chia thành 4 lần trong ngày) và tuần thứ 2 dùng fluconazole 800 - 1200 mg/ngày đối với người lớn hoặc 12 mg/kg/ngày đối với trẻ em (tối đa là 800 mg/ngày)

Hoặc: fluconazole 800 - 1200 mg/ngày đối với người lớn và 12 mg/kg/ngày (không quá 800 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) + flucytosine 100 mg/kg/ngày (chia thành 4 lần trong ngày) trong 2 tuần

Hoặc: amphotericin B deoxycholate 1 mg/kg/ngày + fluconazole 800 - 1200 mg/ngày đối với người lớn và 12 mg/kg/ngày (không quá 800 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) trong 2 tuần

Hoặc: fluconazole 800 - 1200 mg/ngày (đối với người lớn) và 12 mg/kg/ngày đối với trẻ em (không quá 800 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) khi không có amphotericin B và flucytosine

b. Giai đoạn củng cố: fluconazole 800 - 900 mg/ngày (hoặc 12 mg/kg/ngày và không quá 800 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) trong 8 tuần

c. Giai đoạn duy trì: fluconazole 150 - 200 mg/ngày (hoặc 6 mg/kg/ngày và không quá 200 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi). Ngừng điều trị duy trì khi:

- Người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và có số CD4 $\geq$ 100 tế bào/mm³ và tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế

- Hoặc: người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và có số CD4 $\geq$ 200 tế bào/mm³.

- Không ngừng điều trị duy trì cho trẻ em dưới 2 tuổi.

- Đối với trẻ từ 2-5 tuổi ngừng điều trị duy trì khi trẻ ổn định và điều trị ARV cùng với thuốc kháng nấm duy trì ít nhất 1 năm và có tỉ lệ % CD4 > 25% hoặc số lượng CD4 > 750 tế bào/mm³.

Lưu ý: khi điều trị phác đồ có amphotericin B và flucytosine, cần bù đủ dịch và điện giải, theo dõi thường xuyên độc tính của thuốc.

Đối với viêm màng não do nấm *Cryptococcus*, điều trị tăng áp lực nội sọ bằng chọc dẫn lưu dịch não tủy hàng ngày một hoặc nhiều lần tùy mức độ tăng áp lực nội sọ, mỗi lần dẫn lưu 15 - 20 ml hoặc cho tới khi người bệnh bớt đau đầu (mannitol và corticoid không có tác dụng).

2.2.3. Thời điểm điều trị ARV

Không bắt đầu điều trị ARV ngay ở những người bệnh có viêm màng não do *Cryptococcus* do có nguy cơ cao xuất hiện hội chứng viêm PHMD với bệnh hệ thần kinh trung ương gây đe dọa tính mạng.

Ở người nhiễm HIV mới được chẩn đoán viêm màng não do *Cryptococcus*, cần trì hoãn việc khởi động điều trị ARV 4-6 tuần sau khi điều trị thuốc chống nấm.

2.3. Bệnh do nấm *Candida*

2.3.1. Chẩn đoán

Nấm *Candida* miệng: nhiều đốm hoặc đám giả mạc màu trắng, xốp, mụn, dễ bong ở lưỡi, lợi, mặt trong má, vòm họng, mặt trước amidan, thành sau họng.

Nấm thực quản: nuốt đau; có thể đi kèm với nấm họng. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, chỉ soi cấy nấm khi lâm sàng không điển hình hoặc điều trị không kết quả. Soi thực quản nếu người bệnh đã được điều trị như nấm thực quản mà không đỡ.

Nấm sinh dục: Người bệnh có biểu hiện ngứa, rát; khí hư đóng thành mảng trắng như váng sữa; âm hộ/âm đạo đỏ, phù nề và đau; bệnh hay tái phát. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, soi tươi tìm nấm hoặc nuôi cấy phân loại nếu lâm sàng không điển hình hoặc điều trị không hiệu quả.

2.3.2. Điều trị

- Nấm miệng:

+ Người lớn: fluconazole 100 - 200 mg/ngày x 7 - 14 ngày

+ Trẻ em: fluconazole 3-6 mg/kg x 1 lần/ngày x 7-14 ngày

- Nấm thực quản:

+ Người lớn: fluconazole 200 - 300 mg/ngày x 14 - 21 ngày, hoặc itraconazole 200 mg/ngày x 14 - 21 ngày.

+ Trẻ em: fluconazole 3-6 mg/kg x 1 lần/ngày x 14 - 21 ngày

- Nấm sinh dục:

Fluconazole 150 - 200 mg uống liều duy nhất; nếu người bệnh suy giảm miễn dịch nặng thì dùng liều cao và kéo dài hơn; hoặc itraconazole 100 mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày liên tiếp; hoặc clotrimazole 100 mg/miconazole 100 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3-7 ngày; hoặc clotrimazole 500 mg đặt một lần.

2.4. Bệnh do nấm *Talaromyces marneffei* (tên cũ là *Penicillium marneffei*)

2.4.1. Chẩn đoán: Dựa vào:

a. Lâm sàng

Tổn thương da đơn thuần: các mụn sẩn trên da, lõm ở trung tâm, hoại tử tạo vảy đen, không đau, không ngứa; ban thường mọc ở mặt, hoặc toàn thân.

Nhiễm nấm huyết: sốt, tổn thương da, thiếu máu, gan lách to, hạch to, suy kiệt.

Biểu hiện ở phổi: ho khan, sốt, có thể có khó thở mức độ nhẹ và vừa.

b. Xét nghiệm

Soi tươi và cấy tìm nấm bệnh phẩm da, tủy xương, hạch.

Cấy máu và nuôi cấy các bệnh phẩm trên trong môi trường Sabbouraud ở 25 - 37°C.

2.4.2. Điều trị

a. Điều trị tấn công

Phác đồ ưu tiên: amphotericin B (0,7 - 1,5 mg/kg/ngày) trong 2 tuần sau đó itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày (ở trẻ em 5 - 6 mg/kg x 2 lần/ngày) x 8 - 10 tuần.

Phác đồ thay thế (khi không có amphotericin B): itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày x 8 tuần.

b. Điều trị duy trì

Itraconazole 200 mg/ngày ở người lớn và 3 mg/kg/ngày ở trẻ em; ngừng khi người bệnh điều trị ARV có số CD4 > 100 tế bào/mm³ duy trì liên tục ≥ 6 tháng.

2.5. Viêm não do *Toxoplasma gondii*

2.5.1. Chẩn đoán

Đau đầu, chóng mặt, co giật, sốt

Dấu hiệu thần kinh khu trú

Tổn thương choán chỗ một hoặc nhiều ổ trên hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ (MRI) sọ não

Đáp ứng với điều trị đặc hiệu có thể sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán

Trẻ em: Nhiễm *Toxoplasma* ở trẻ có thể xảy ra trước khi sinh (bẩm sinh) hoặc sau khi sinh. Các triệu chứng sớm của nhiễm *Toxoplasma*: sốt, đau họng, đau cơ, sưng hạch

lympho, phát ban, gan lách to. Các triệu chứng muộn: viêm não, sốt, lú lẫn, co giật, và tổn thương võng mạc.

2.5.2. Điều trị

a. Người lớn

Phác đồ điều trị: co-trimoxazole liều tính theo TMP 10 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày trong 6 tuần.

Điều trị duy trì: co-trimoxazole uống liều 960 mg/ngày; ngừng khi người bệnh điều trị ARV trên 1 năm, lâm sàng ổn định và CD4 trên 350 tế bào/mm³ hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện

b. Trẻ em

Nhiễm Toxoplasma bẩm sinh: Thời gian điều trị là 12 tháng hoặc do thầy thuốc có kinh nghiệm về điều trị Toxoplasma quyết định. Sử dụng một trong hai phác đồ sau:

- Co-trimoxazole (CTX): liều dựa trên TMP 10 mg/kg/ngày chia 2 lần

- Pyrimethamine 2 mg/kg/ngày uống một lần trong 2 ngày; sau đó uống 1 mg/kg/ngày uống một lần trong 2 - 6 tháng; tiếp theo là uống 1 mg/kg/ngày (3 lần/tuần) + sulfadiazine uống 50 mg/kg chia 2 lần/ngày + acid folinic uống hoặc tiêm bắp 10 mg/lần cùng với mỗi liều pyrimethamin.

Nhiễm Toxoplasma sau khi sinh: điều trị bằng một trong hai phác đồ sau trong 6-8 tuần:

- Co-trimoxazole (CTX) liều tính theo TMP 10 - 15 mg/kg/ngày chia 2 lần

- Pyrimethamine uống 2 mg/kg x 1 lần/ngày trong 3 ngày, sau đó giảm xuống 1 mg/kg x 1 lần/ngày + acid folinic uống 10 - 25 mg x 1 lần/ngày + sulfadiazin uống 25mg/kg x 4 lần/ngày.

- Điều trị duy trì: co-trimoxazole (CTX) liều tính theo TMP 5 mg/kg/ngày. Ngừng điều trị duy trì cho trẻ em trên 5 tuổi giống như người lớn, không ngừng điều trị duy trì cho trẻ dưới 5 tuổi.

2.6. Bệnh do Mycobacterium avium complex (MAC)

2.6.1. Chẩn đoán

Sốt kéo dài hoặc tái phát, sút cân, mệt mỏi, thiếu máu, có gan, lách, hạch to. Cần chẩn đoán phân biệt với lao.

Chẩn đoán: Dựa vào phân lập được MAC trong máu hoặc vị trí khác nhưng thường khó thực hiện; cần nhắc chẩn đoán MAC nếu người bệnh không đáp ứng với điều trị lao sau 2 - 4 tuần.

2.6.2. Điều trị

a. Người lớn

Phác đồ ưu tiên: clarithromycin uống 500 mg/lần x 2 lần/ngày + ethambutol uống 15 mg/kg/ngày.

Phác đồ thay thế: azithromycin uống 500 mg/ngày + ethambutol uống 15mg/kg/ngày

Xem xét thêm thuốc thứ ba cho người bệnh suy giảm miễn dịch nặng ($CD4 < 50$ tế bào/mm³) bao gồm:

- Rifabutin 300 mg uống hằng ngày hoặc fluoroquinolone như levofloxacin 500 mg uống hằng ngày hoặc moxifloxacin 400 mg uống hằng ngày.

Ngừng điều trị MAC khi người bệnh được điều trị phác đồ trên ít nhất 12 tháng, không còn biểu hiện lâm sàng của MAC và được điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 tăng > 100 tế bào/mm³ trên 6 tháng.

b. Trẻ em

Clarithromycin: 7,5 - 15 mg/kg x 2 lần trong ngày (tối đa 500 mg/liều) hoặc azithromycin 10-12 mg/kg (tối đa 500 mg/ngày) uống một lần/ngày phối hợp với ethambutol 15 - 25 mg/kg uống một lần /ngày (tối đa 1000 mg)

Không ngừng điều trị nếu trẻ < 2 tuổi. Đối với trẻ trên 2 tuổi, tiêu chuẩn ngừng điều trị giống như người lớn.

2.7. Herpes simplex

2.7.1. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng:

- Biểu hiện da và niêm mạc: mụn nước mọc thành chùm, khi vỡ để lại vết trợt hoặc loét; thường ở cơ quan sinh dục, hậu môn, quanh hậu môn, miệng và quanh miệng, đôi khi lan đến thực quản gây khó nuốt, nuốt đau, có thể lan sang khí phế quản. Bệnh hay tái phát và nặng hơn so với người không nhiễm HIV.

- Viêm não do Herpes: Biểu hiện không điển hình, tổn thương ổ ở thùy trán - thái dương

2.7.2. Điều trị

- Trường hợp nhẹ (herpes da và niêm mạc):

+ Người lớn: acyclovir 200mg uống x 5 lần/ngày (hoặc 400mg x 3 lần/ngày) x 5 - 10 ngày.

+ Trẻ em: acyclovir 20 mg/kg uống x 3 lần/ngày x 5 -10 ngày

- Trường hợp nặng bao gồm cả viêm não:

Truyền tĩnh mạch acyclovir 5 - 10mg/kg mỗi 8 giờ x 14 -21 ngày.

Điều trị tại chỗ chống bội nhiễm bằng dung dịch xanh methylene hoặc tím gentian.

2.8. Herpes zoster (Zona)

Virus varicella zoster gây thủy đậu ở người nhiễm tiên phát và zona khi tái hoạt virus nhiễm tiềm tàng. Thủy đậu và zona có thể diễn biến nặng ở người nhiễm HIV có suy giảm miễn dịch.

2.8.1. Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa trên lâm sàng.

Thủy đậu: sốt, mệt mỏi; tổn thương da dạng dát sần, tiến triển đến phỏng nước, vỡ loét hoặc đóng vảy; tổn thương phân bố toàn bộ trên da; có thể diễn biến kéo dài, ban nặng và lan toả hơn, gây biến chứng viêm phổi, viêm gan, viêm não.

Zona: Tổn thương nốt phỏng thành từng đám, đau, phân bố dọc theo dây thần kinh bì, có thể có tổn thương ở mắt.

2.8.2. Điều trị

Người lớn: acyclovir uống 800 mg x 5 lần/ngày x 5-7 ngày đối với trường hợp nhẹ và acyclovir truyền tĩnh mạch 15 mg/kg mỗi 8h/lần trong 7-10 ngày đối với trường hợp nặng.

Trẻ em: acyclovir uống 20 mg/kg/ngày x 4 lần x 7 - 10 ngày đối với trường hợp không có biến chứng và acyclovir truyền tĩnh mạch 10 mg/kg x 3 lần/ngày trong 10 -14 ngày đối với trường hợp nặng có biến chứng.

Bôi tại chỗ ở da tím gentian hoặc chlorhexidine

Zona mắt: nhỏ thuốc mỡ acyclovir kết hợp với uống

2.9. Bệnh do Cytomegalovirus (CMV)

2.9.1. Lâm sàng

Viêm võng mạc: nhìn mờ, có những đám đen hoặc chấm đen di động, những điểm tối trước mắt, sợ ánh sáng, tiến triển tới bong võng mạc và mù hoàn toàn nếu không điều trị. Có thể ở một bên mắt, hoặc lan sang mắt còn lại. Các tổn thương võng mạc thường không thể phục hồi.

Viêm đại tràng: gây sút, đau bụng, tiêu chảy, sốt, có thể gây thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa.

Viêm thực quản: nuốt đau

Bệnh ở hệ thần kinh trung ương: sa sút trí tuệ, viêm não, viêm đa rễ thần kinh, dịch não tủy tăng tế bào, protein bình thường hoặc tăng, nguy cơ tử vong cao.

2.9.2. Chẩn đoán

Viêm võng mạc: Soi đáy mắt có các đám hoại tử (màu trắng) ở võng mạc, có thể kèm theo xuất huyết võng mạc, đơn độc hoặc nhiều đám lan toả.

Viêm đại tràng, viêm thực quản, viêm não: Nếu có điều kiện lấy bệnh phẩm từ sinh thiết não, dịch não tủy, máu làm xét nghiệm nuôi cấy hoặc chẩn đoán PCR.

2.9.3. Điều trị

a. Người lớn

Điều trị viêm võng mạc do CMV

Điều trị tấn công (trong giai đoạn cấp):

Phác đồ ưu tiên: Tiêm nội nhãn ganciclovir 2 mg trong 0,05 - 0,1 ml/lần x 2 lần/tuần x 2 tuần kết hợp với valganciclovir 900 mg uống 2 lần/ngày x 14 - 21 ngày

Phác đồ thay thế: phối hợp tiêm nội nhãn ganciclovir 2 mg trong 0,05 - 0,1 ml/lần x 2 lần/tuần x 2 tuần cộng thêm một trong các phác đồ sau:

- Ganciclovir truyền tĩnh mạch 5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 14-21 ngày
- Foscarnet truyền tĩnh mạch 60 mg/kg x 3 lần/ngày hoặc 90 mg/kg x 2 lần/ngày trong 14-21 ngày

Điều trị duy trì: Sử dụng một trong các phác đồ sau:

- Valganciclovir uống 900 mg uống 1 lần/ngày
- Gancyclovir truyền tĩnh mạch 5 mg/kg/ngày
- Foscarnet truyền tĩnh mạch 90 - 120 mg/kg/ngày

Ngừng điều trị: khi đã điều trị CMV trong ít nhất 3-6 tháng, tổn thương do CMV ở dạng bất hoạt và người bệnh đã điều trị ARV và có CD4 > 100 tế bào/mm³ liên tục trong 3-6 tháng.

Các bệnh lý khác do CMV (như viêm đại tràng và viêm thực quản do CMV): Điều trị bằng các thuốc uống hoặc tĩnh mạch như trên.

b. Trẻ em

Điều trị nhiễm CMV lan tỏa và viêm võng mạc

Điều trị tấn công:

Phác đồ ưu tiên: ganciclovir truyền tĩnh mạch 5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 14-21 ngày.

Phác đồ thay thế: foscarnet truyền tĩnh mạch 60 mg/kg/lần x 3 lần/ngày x 14 - 21 ngày hoặc valganciclovir uống 900 mg (cho trẻ lớn) x 2 lần/ngày x 14-21 ngày

Điều trị duy trì: Sử dụng một trong các phác đồ sau:

- Ganciclovir truyền tĩnh mạch 5 mg/kg x 1 lần/ngày
- Valganciclovir uống 900 mg x 1 lần/ngày (cho trẻ lớn và uống cùng bữa ăn)

- Foscanet truyền tĩnh mạch 90-120 mg/kg x 1 lần/ngày

Điều trị duy trì cho viêm vồng mạc là ganciclovir nội nhãn 6 - 9 tháng một lần + ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần.

Ngừng điều trị duy trì nếu đã điều trị bằng ARV tối thiểu 6 tháng và khi CD4 > 100 tế bào/mm³ đối với trẻ ≥ 6 tuổi và tỷ lệ CD4 > 15% đối với trẻ em dưới 6 liên tục trong 6 tháng.

2.10. Bệnh viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào (LIP)

2.10.1. Triệu chứng

Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào có thể gặp ở trẻ nhiễm HIV từ 8 tháng đến 4 tuổi. Viêm phổi thâm nhiễm lympho bào liên quan đến đáp ứng miễn dịch với vi rút HIV và/hoặc *Epstein Barr* vi rút (EBV), ít gây tử vong, nhưng diễn biến kéo dài, hay tái phát thành đợt, thường không có sốt trừ khi có bội nhiễm, có thể gây suy hô hấp mạn.

Các biểu hiện của bệnh:

- Ho khan, khó thở, ngón tay hình dùi trống, viêm tuyến mang tai, sưng hạch lympho

- Thiếu oxy máu nhất là trẻ có mắc các bệnh hô hấp kèm theo

- X quang phổi: thâm nhiễm nốt- lưới lan tỏa, giãn phế quản.

2.10.2. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng, X quang phổi

Sau khi đã chẩn đoán loại trừ lao phổi và các bệnh phổi khác

2.10.3. Điều trị

Bệnh cải thiện tạm thời khi điều trị bằng prednisolon liều 1-2mg/kg/ngày (nếu PaO₂ < 85-90 mm Hg); giảm liều sau khi có đáp ứng lâm sàng.

Các triệu chứng thường tái xuất hiện sau khi ngừng prednisolon. Không sử dụng prednisolon khi có bệnh khác kèm theo có chống chỉ định.

Bệnh ổn định khi điều trị ARV

Điều trị triệu chứng: thở oxy khi suy hô hấp

Kháng sinh nếu bội nhiễm.

2.11. Giang mai

Giang mai thường biểu hiện bằng các giai đoạn có triệu chứng, xen kẽ với các thời kỳ ẩn không triệu chứng; có nguy cơ lây truyền cao qua quan hệ tình dục và lây cho thai nhi (gây giang mai bẩm sinh). Người nhiễm HIV cần được tích cực sàng lọc bệnh giang mai qua các triệu chứng gợi ý và/hoặc các xét nghiệm huyết thanh học. Bệnh nhân nghi giang mai cần được hội chẩn với chuyên khoa Da liễu để chẩn đoán và phối

hợp điều trị. Vợ/chồng hoặc bạn tình của người bị giang mai cũng cần được sàng lọc để điều trị kịp thời.

2.11.1. Chẩn đoán

Chẩn đoán giang mai được dựa vào tiền sử bệnh nhân, biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm.

a. Lâm sàng

Giang mai sớm: bao gồm giang mai thời kỳ I, II và giai đoạn đầu của giang mai muộn nhưng không quá 2 năm kể từ khi mắc.

Giang mai thời kỳ I: giai đoạn này thường có các triệu chứng như sưng giang mai thường xuất hiện ở bộ phận sinh dục. Nếu không được điều trị sau 4- 8 tuần bệnh sẽ chuyển sang thời kỳ II

Giang mai thời kỳ II: xuất hiện các mảng trọt ở da và niêm mạc; có phát ban thường ở lòng bàn chân và bàn tay. Có thể có các triệu chứng toàn thân như sốt, mệt mỏi, hạch to.

Giang mai muộn: Giai đoạn này không có triệu chứng lâm sàng nhưng xét nghiệm huyết thanh học dương tính. Nếu thời gian mắc bệnh < 2 năm được gọi là giang mai kín sớm và nếu trên 2 năm được gọi là giang mai kín muộn. Nếu không được điều trị sẽ chuyển thành giang mai thời kỳ III.

Giang mai thời kỳ III: giai đoạn này giang mai ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan nào đặc biệt là hệ thần kinh (giang mai thần kinh) và tim mạch (giang mai tim) và gồm giang mai.

b. Xét nghiệm

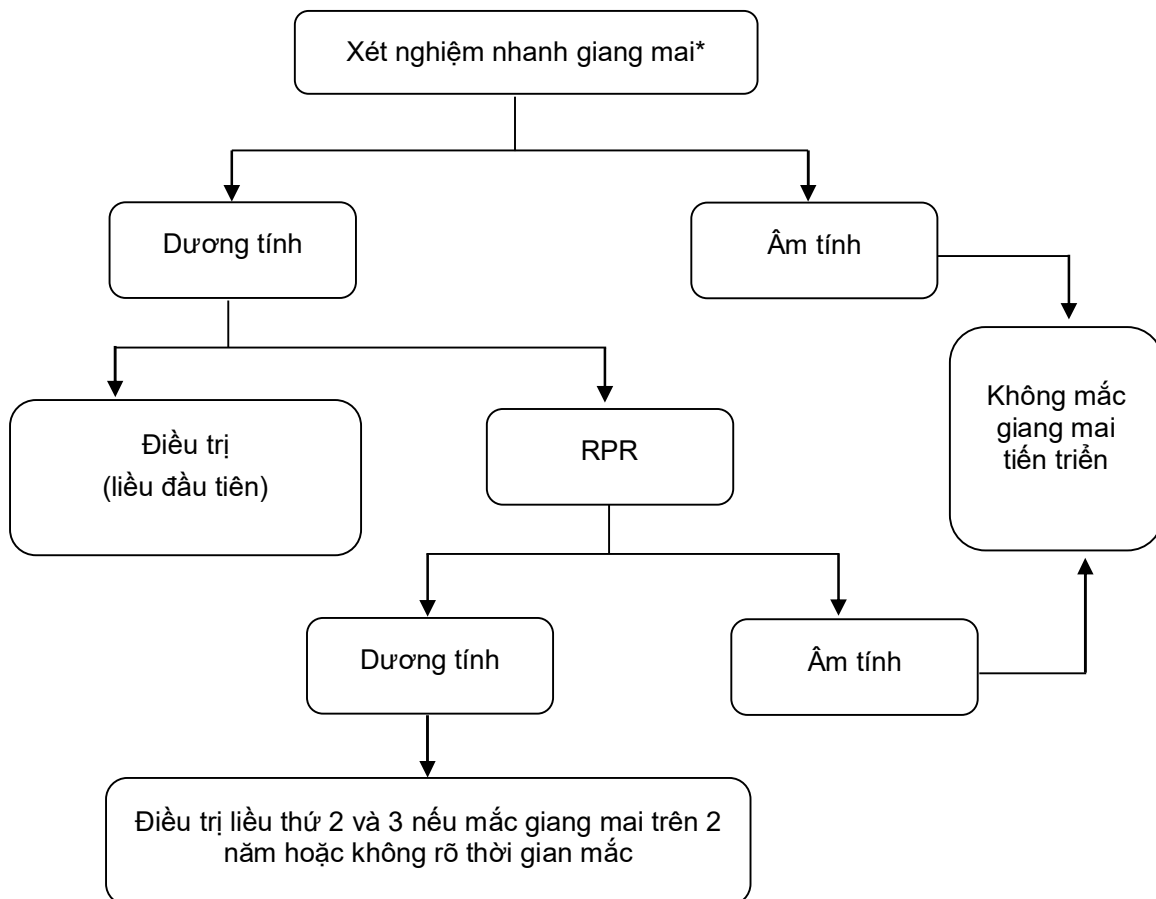
Xét nghiệm huyết thanh học: Chẩn đoán khẳng định giang mai khi có kết quả dương tính của cả hai xét nghiệm đặc hiệu và không đặc hiệu.

- Xét nghiệm đặc hiệu (treponem tests): bao gồm các xét nghiệm nhanh (rapid diagnostics test for syphilis), treponema pallidum haemagglutination assay (TPHA), Treponema pallidum particle agglutination assay (TPPA), và fluorescent treponemal antibody absorbed (FTA-ABS). Các xét nghiệm rất đặc hiệu vì nó phát hiện kháng thể kháng lại kháng nguyên của vi khuẩn giang mai. Tuy nhiên các trường hợp mắc giang mai đã điều trị khỏi vẫn có thể dương tính do kháng thể có thể tồn tại lâu dài trong cơ thể. Vì thế xét nghiệm này được sử dụng phối hợp với xét nghiệm không đặc hiệu để chẩn đoán giang mai.

- Xét nghiệm không đặc hiệu (non-treponem test): bao gồm các xét nghiệm rapid plasma reagin (RPR) hoặc Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL). Các xét nghiệm này phát hiện kháng thể không đặc hiệu IgM hoặc IgG. Do các kháng thể này có thể xuất hiện ở các bệnh khác cho nên các xét nghiệm này có thể dương tính giả trong các trường hợp như sốt do vi rút, bệnh tự miễn. Các xét nghiệm không đặc hiệu có thể là định tính hoặc định lượng. Các xét nghiệm định lượng thường được dùng để theo dõi đáp ứng với điều trị. Tại các cơ sở y tế ban đầu, chẩn đoán giang mai có thể đơn giản

hóa để mở rộng tiếp cận với chẩn đoán và điều trị giang mai, nhất là ở nhóm có nguy cơ cao như nam quan hệ tình dục đồng giới, phụ nữ mại dâm. Xem Sơ đồ 4.

Xét nghiệm trực tiếp: nhuộm soi dịch từ các tổn thương loét loét tìm xoắn khuẩn giang mai trên kính hiển vi nền đen, ...



Sơ đồ 4. Đơn giản hóa chẩn đoán và điều trị giang mai

* các xét nghiệm nhanh giang mai: (rapid tests for syphilis) hiện đã được đăng ký lưu hành tại Việt Nam

2.11.2. Điều trị

a. Giang mai sớm (thời kỳ I, thời kỳ II và giang mai kín sớm dưới 2 năm)

- Ưu tiên sử dụng benzathine penicillin G 2.4 triệu đơn vị, tiêm bắp 1 lần duy nhất.
- Nếu không có benzathine penicillin G, có thể sử dụng procaine penicillin 1.2 triệu đơn vị tiêm bắp trong 10-14 ngày.
- Nếu không có benzathine penicillin G và procaine penicillin hoặc dị ứng với penicillin, có thể dùng doxycycline 100 mg hai lần một ngày trong 14 ngày (không dùng doxycycline cho phụ nữ mang thai) hoặc ceftriaxone 1g tiêm bắp một lần/ngày trong 10-14 ngày. Trong trường hợp đặc biệt, có thể dùng azithromycin 2g uống một lần duy nhất.

b. Giang mai muộn (nhiễm trên 2 năm và không có triệu chứng chứng nhiễm giang mai)

- Benicillin G 2.4 triệu đơn vị tiêm bắp một lần/tuần trong 3 tuần liên tiếp. Khoảng cách giữa các liều benzathine penicillin G không nên quá 14 ngày.

- Nếu không có benzathine penicillin G, có thể sử dụng procaine penicillin 1.2 triệu đơn vị một lần/ngày trong 20 ngày.

- Nếu không có benzathine penicillin G và procaine penicillin hoặc dị ứng với penicillin, có thể dùng doxycycline 100 mg uống 2 lần mỗi ngày trong 30 ngày (không dùng doxycycline cho phụ nữ mang thai).

Đối với giang mai bẩm sinh, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa

2.12. Bệnh lậu

Bệnh lậu thường bắt đầu bằng một đợt cấp, sau chuyển sang giai đoạn mạn, triệu chứng nhẹ hoặc không triệu chứng; có nguy cơ lây truyền cao và dẫn đến các biến chứng nặng nề lâu dài nếu không được điều trị. Cần sàng lọc thường xuyên bệnh lậu ở các nhóm đối tượng có nguy cơ cao như MSM, người trẻ tuổi có nhiều bạn tình, vợ/chồng hoặc bạn tình của người bị lậu hoặc các bệnh LTQĐTD khác. Cần khám và phát hiện tổn thương lậu ở các bộ phận có nguy cơ ngoài cơ quan sinh dục (ví dụ, miệng - họng, hậu môn), đặc biệt là ở MSM.

2.12.1. Chẩn đoán

- Nam giới: viêm niệu đạo, biểu hiện đau dọc niệu đạo, tiểu buốt, rất; chảy mủ tự nhiên hoặc tiểu ra mủ trong giai đoạn cấp; ra giọt mủ vào buổi sáng từ lỗ niệu đạo trong giai đoạn mạn; có thể có viêm mào tinh hoàn, viêm tinh hoàn, viêm tuyến tiền liệt, viêm túi tinh.

- Nữ giới: ra mủ hoặc khí hư ở âm hộ; viêm âm đạo, các tuyến sinh dục; viêm cổ tử cung, viêm niêm mạc tử cung; biến chứng áp xe phần phụ, viêm tắc vòi trứng, viêm vùng chậu, vô sinh, chửa ngoài tử cung.

Xét nghiệm chẩn đoán:

- Nhuộm Gram dịch mủ sinh dục và tiết niệu (mủ âm đạo, cổ tử cung; mủ niệu đạo; nước tiểu); nuôi cấy tìm *N.gonorrhea* và làm kháng sinh đồ.

- PCR tìm *N.gonorrhea* từ dịch ngoáy từ niệu đạo, cổ tử cung, các tổn thương và bộ phận nghi ngờ khác (hậu môn, miệng - họng).

2.12.2. Điều trị

a. Nhiễm lậu cầu đường sinh dục và hậu môn

- Điều trị phối hợp hai loại thuốc: sử dụng 1 trong 2 phác đồ sau:

+ Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất cộng với azithromycine 1g uống liều duy nhất

+ Cefixime uống 400mg liều duy nhất cộng với azithromycine 1g uống liều duy nhất

- Điều trị 1 loại thuốc chỉ áp dụng khi có dữ liệu kháng sinh đồ chứng minh vi khuẩn vẫn có độ nhạy cao với một trong các loại kháng sinh sau:

+ Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất

+ Cefixime uống 400mg liều duy nhất

+ Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất

b. Nhiễm lậu cầu hầu họng

- Điều trị phối hợp hai loại thuốc: sử dụng 1 trong 2 phác đồ sau:

+ Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất cộng với azithromycine 1g uống liều duy nhất

+ Cefixime uống 400mg liều duy nhất cộng với azithromycine 1g uống liều duy nhất

- Điều trị một loại thuốc chỉ áp dụng khi có dữ liệu kháng sinh đồ chứng minh vi khuẩn vẫn nhạy với kháng sinh sau. Nếu không có kháng sinh đồ, nên sử dụng phác đồ hai thuốc.

+ Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất

c. Điều trị lại ở các trường hợp thất bại điều trị và tái nhiễm

- Nếu nghi ngờ tái nhiễm: điều trị lại theo các khuyến cáo ở trên, tư vấn về sử dụng bao cao su, xét nghiệm và điều trị cho bạn tình, hoặc không quan hệ tình dục.

- Nếu thất bại điều trị xuất hiện sau điều trị bằng các phác đồ không khuyến cáo ở trên, điều trị lại theo phác đồ hướng dẫn ở trên

- Nếu thất bại điều trị và làm được kháng sinh đồ: điều trị theo kết quả kháng sinh đồ

- Nếu thất bại điều trị với phác đồ một thuốc: điều trị lại với phác đồ hai thuốc

- Nếu thất bại với phác đồ hai thuốc: điều trị lại bằng một trong các phác đồ sau:

+ Ceftriaxone 500 mg tiêm bắp liều duy nhất cộng với azithromycine 2g uống liều duy nhất

+ Cefixime uống 800mg liều duy nhất cộng với azithromycine 2g uống liều duy nhất

+ Gentamycin 240 mg tiêm bắp liều duy nhất cộng với azithromycin 2g uống liều duy nhất

+ Spectinomycin 2g tiêm bắp liều đơn (nếu không có viêm hầu họng do lậu) cộng với azithromycin 2g uống liều duy nhất

Lưu ý:

Cần phân biệt tái nhiễm với thất bại điều trị trước khi bắt đầu điều trị. Cần làm kháng sinh đồ khi có thể, và chỉ định đúng các phác đồ được khuyến cáo trong hướng dẫn này. 2.13. Nhiễm Chlamydia sinh dục - tiết niệu

Nhiễm Chlamydia sinh dục-tiết niệu thường diễn biến mạn tính, có thể hoàn toàn không có triệu chứng. Cần sàng lọc thường xuyên nhiễm Chlamydia ở các nhóm đối tượng có nguy cơ cao như MSM, người trẻ tuổi có nhiều bạn tình, vợ/chồng hoặc bạn tình của người có STI.

2.13.1. Chẩn đoán

- Nam giới: viêm niệu đạo (tiểu khó, tiểu buốt, rát; tiết dịch niệu đạo từ ít đến vừa); viêm mào tinh hoàn; viêm trực tràng.

- Nữ giới: viêm cổ tử cung (dịch mủ cổ tử cung), phì đại lộ tuyến, viêm nội mạc tử cung, viêm vòi trứng; viêm niệu đạo (có dịch tiết niệu đạo; tiểu khó, tiểu rát).

- Xét nghiệm chẩn đoán: PCR tìm *C.trachomatis* từ dịch ngoáy cổ tử cung, niệu đạo (nam giới), hậu môn, miệng - họng nếu có quan hệ tình dục qua các đường này; nước tiểu đầu dòng. Nuôi cấy tìm *C.trachomatis* nếu có điều kiện.

2.13.2. Điều trị

a. Nhiễm chlamydia sinh dục không có biến chứng

- Phác đồ ưu tiên:

+ Azithromycin 1g uống liều duy nhất hoặc

+ Doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

- Phác đồ thay thế:

+ Tetracycline 500 mg uống 4 lần/ngày trong 7 ngày hoặc

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

+ Ofloxacin 200-400 mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

b. Nhiễm chlamydia hậu môn trực tràng

- Phác đồ ưu tiên: doxycycline 100mg uống 2 lần/ngày trong 7 ngày.

- Phác đồ thay thế: azithromycin 1g uống liều duy nhất

Các phác đồ này áp dụng cho các trường hợp có hoặc nghi ngờ viêm hậu môn trực tràng do Chlamydia. Bác sĩ cần hỏi cả người bệnh nam, nữ và quần thể đích (MSM, người chuyển giới, phụ nữ mại dâm) về tiền sử quan hệ tình dục qua hậu môn và điều trị kịp thời. Không sử dụng doxycycline cho phụ nữ mang thai.

Chương VI

QUẢN LÝ ĐỒNG NHIỄM VIÊM GAN/HIV

1. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐỒNG NHIỄM VIÊM GAN VI RÚT B/HIV

1.1. Sàng lọc nhiễm HBV ở người nhiễm HIV

Xét nghiệm HBsAg cho tất cả người nhiễm HIV.

Tiêm phòng vắc xin viêm gan B cho các trường hợp HBsAg âm tính.

Định lượng anti - HBs nếu có điều kiện trước khi tiêm phòng vắc xin. Trường hợp anti - HBs đạt trên 100 U/ml, không cần phải tiêm phòng vắc xin viêm gan B.

1.2. Chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn tính trên người bệnh HIV

Chẩn đoán nhiễm HBV mạn tính:

- HBsAg dương tính và anti - HBc IgM âm tính

- Chẩn đoán bùng phát viêm gan vi rút B khi đang điều trị ARV: bùng phát viêm gan vi rút B trên người bệnh điều trị ARV xảy ra trong vài tháng đầu điều trị ARV, có thể là hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, hoặc do ngừng các thuốc ARV có tác dụng điều trị viêm gan vi rút B (3TC, TDF)

1.3. Điều trị viêm gan vi rút B mạn tính trên người bệnh HIV

Các trường hợp đồng nhiễm HBV/HIV được điều trị thuốc kháng HIV (ARV) bằng phác đồ ARV ưu tiên bậc một vừa có tác dụng điều trị ARV vừa có tác dụng điều trị viêm gan vi rút B:

TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG (hoặc EFV)

Theo dõi điều trị viêm gan vi rút B theo và xử trí theo tình huống theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B

Lưu ý:

Người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV không nên tự ngưng thuốc ARV có tác dụng viêm gan B đang điều trị để tránh bùng phát viêm gan B. Khi chuyển phác đồ bậc 2 cho người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV thì vẫn giữ các thuốc đang điều trị có tác dụng với viêm gan vi rút B như TDF, 3TC.

Thay thế TDF bằng TAF nếu người bệnh có suy thận mức lọc cầu thận dưới 50 ml/phút.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH ĐỒNG NHIỄM VIÊM GAN VI RÚT C/HIV

2.1. Sàng lọc nhiễm HCV ở người nhiễm HIV

XN anti - HCV cho tất cả người nhiễm HIV. Có thể XN lại một năm 1 lần nếu XN anti - HCV âm tính trước đó và người bệnh có nguy cơ nhiễm HCV.

2.2. Chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn tính trên người bệnh HIV

Anti-HCV dương tính và HCV RNA hoặc kháng nguyên lõi HCVAg dương tính. Không có triệu chứng viêm gan C cấp

2.3. Điều trị viêm gan vi rút C mạn tính trên người bệnh HIV

Chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút viêm gan C cho tất cả các trường hợp viêm gan vi rút C mạn. Người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV cần được ưu tiên điều trị viêm gan vi rút C mạn để giảm mắc và tử vong do bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư gan. Sử dụng các thuốc kháng vi rút trực tiếp DAAs, ưu tiên lựa chọn các phác đồ tác dụng lên tất cả kiểu gen và không có tương tác thuốc với phác đồ ARV đang điều trị.

(Xem phụ lục 12. Tương tác giữa các thuốc DAAs điều trị viêm gan vi rút C và thuốc ARV và bảng 15. Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ DAAs trên người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV)

Người bệnh chưa điều trị ARV:

CD4 > 500 tế bào/mm³: Điều trị viêm gan vi rút C trước. Thời gian điều trị kéo dài 12 tuần hoặc 24 tuần tùy thuộc tình trạng xơ gan. Bắt đầu điều trị ARV khi dung nạp điều trị viêm gan C hoặc khi kết thúc điều trị viêm gan C đặc biệt là trong trường hợp không có thuốc DAAs không tương tác với thuốc ARV.

CD4 từ 200 - 500 tế bào/mm³: Ưu tiên điều trị ARV. Sau khi dung nạp điều trị ARV bắt đầu điều trị viêm gan vi rút C, đặc biệt các trường hợp có xơ hóa gan từ F2 trở lên.

CD4 < 200 tế bào/mm³: Ưu tiên điều trị ARV trước cho đến khi CD4 > 200 tế bào/mm³ hoặc tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện. Sau khi dung nạp điều trị ARV bắt đầu điều trị viêm gan vi rút C, đặc biệt các trường hợp có xơ hóa gan từ F2 trở lên.

Người bệnh đang điều trị ARV:

Chỉ định điều trị viêm gan vi rút C mạn tính khi CD4 > 200 tế bào/mm³ hoặc tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện Sau khi dung nạp điều trị ARV, ưu tiên các trường hợp xơ hóa gan từ F2 trở lên.

Bảng 15. Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ DAAs trên người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV

Phác đồ điều trị ARV	Lựa chọn phác đồ điều trị viêm gan vi rút C	
	Phác đồ	Kiểu gen
TDF + 3TC (FTC) + EFV (NVP)	DCV + SOF: Tăng liều DCV lên thành 90 mg	1,2,3,4,5,6
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6
TDF + 3TC(FTC) + DTG	DCV + SOF	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
	Glecaprevir/ Pibrentasvir	
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6
AZT* + 3TC + EFV (NVP)	LDV + SOF	1,4,5,6
	DCV + SOF: Tăng liều DCV lên thành 90 mg	1,2,3,4,5,6
TDF + 3TC + LPV/r	DCV + SOF	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6
AZT * + 3TC + LPV/r	DCV + SOF	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF	
	LDV + SOF	1,4,5,6
TDF + 3TC (FTC) + ATV	DCV + SOF: Giảm liều DCV xuống còn 30 mg	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6

* **Lưu ý:** Không sử dụng ribavirin và AZT trên cùng người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV

2.4. Theo dõi điều trị

- Đánh giá tuân thủ điều trị và hỗ trợ tuân thủ điều trị
- Theo dõi và xử trí bùng phát viêm gan B trên người bệnh HIV
- Theo dõi và xử trí tương tác thuốc DAAs với các thuốc ARV
- Theo dõi và xử trí tác dụng phụ của các thuốc ARV, thuốc DAAs, đặc biệt tác dụng phụ của TDF lên thận.
- Theo dõi biến chứng viêm gan vi rút B, C sàng lọc ung thư gan
- Theo dõi đáp ứng điều trị của viêm gan vi rút B bằng tải lượng HBV-DNA và định lượng HBsAg
- Theo dõi đáp ứng điều trị của viêm gan vi rút C bằng tải lượng HCV-RNA

(Tham khảo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan B, C của Bộ Y tế để có thêm chi tiết).

Chương VII

PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở NGƯỜI NHIỄM HIV

1. TƯ VẤN VÀ HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH NGHIỆN RƯỢU HOẶC NGHIỆN CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN

1.1. Nghiện rượu

Bệnh nhân người lớn và vị thành niên cần được hỏi/sàng lọc về tình trạng lạm dụng rượu; sàng lọc khi bắt đầu điều trị và khi có biểu hiện gợi ý, khi bệnh nhân nghi ngờ thất bại điều trị.

Tư vấn về ảnh hưởng của việc nghiện/lạm dụng rượu đối với tuân thủ điều trị ARV; chức năng gan; nguy cơ tăng độc tính của các thuốc ARV.

Tư vấn cai rượu và tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị. Giới thiệu, chuyển tiếp điều trị cai nghiện rượu nếu có thể.

1.2. Nghiện các chất dạng thuốc phiện

Sàng lọc về nghiện chất đối với tất cả các bệnh nhân người lớn và vị thành niên khi bắt đầu điều trị, khi có biểu hiện nghi ngờ, đặc biệt là các bệnh nhân có vấn đề về tuân thủ và thất bại điều trị.

Tư vấn về tác hại của nghiện các chất dạng thuốc phiện, lây truyền HIV, viêm gan B, viêm gan C và tuân thủ điều trị.

Tư vấn về các biện pháp giảm hại dự phòng lây truyền HIV, bao gồm khuyến khích sử dụng bơm kim tiêm riêng, sử dụng bao cao su, điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone... và giới thiệu chuyển gửi đến dịch vụ điều trị thay thế bằng methadone hoặc buprenorphine.

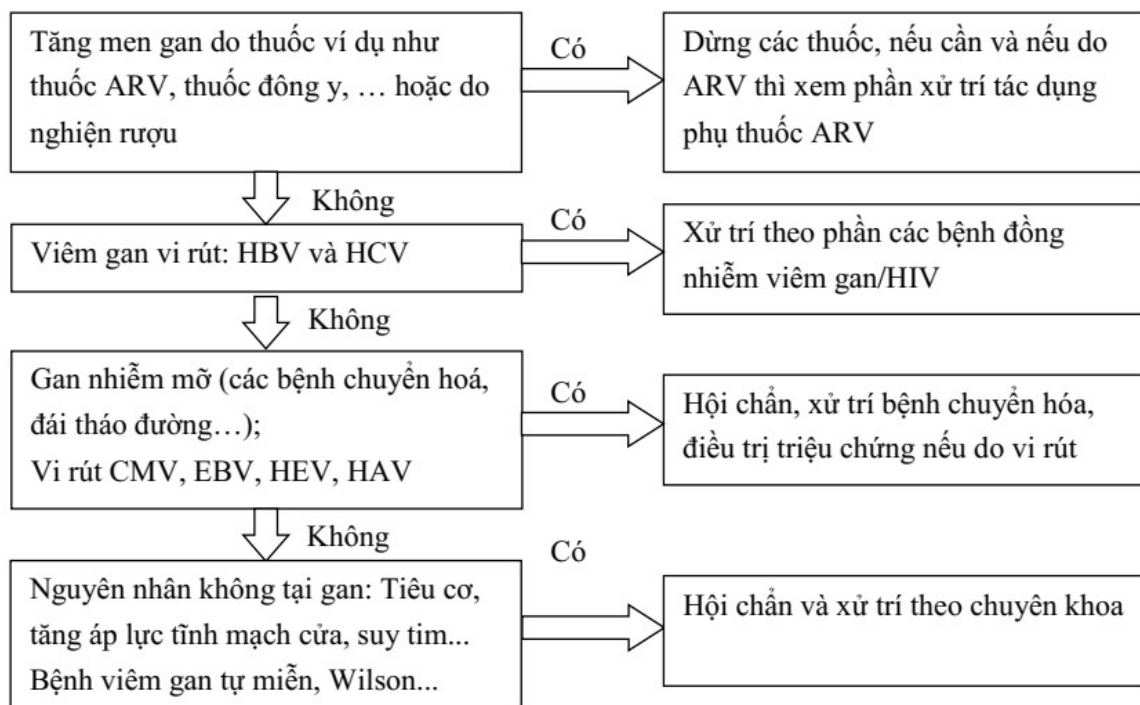
Lưu ý:

- Tương tác giữa methadone, buprenorphine và thuốc ARV (các thuốc NNRTI, PI có thể làm giảm nồng độ methadone và buprenorphine) gây giảm nồng độ các thuốc điều trị thay thế và hội chứng cai.

- Tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV và điều trị thay thế chất gây nghiện. Khuyến khích bệnh nhân báo cáo về tình trạng chưa đủ liều với nhân viên y tế điều trị methadone/buprenorphine; liên hệ trực tiếp với dịch vụ điều trị thay thế chất gây nghiện khi cần hoặc điều chỉnh phác đồ ARV nếu có thể.

2. QUẢN LÝ BỆNH LÝ GAN

2.1. Tăng men gan



2.2. Xơ gan/Bệnh lý giai đoạn cuối

2.2.1. Phân loại xơ gan theo Child - Pugh

Bảng 17. Phân loại xơ gan theo Child - Pugh

Nội dung	Điểm số		
	1	2	3
Bilirubin toàn phần mg/dL ($\mu\text{mol/L}$)	< 2 (< 34)	2-3 (34-50)	> 3 (> 50)
Albumin huyết thanh g/L ($\mu\text{mol/L}$)	> 35 (> 507)	28-35 (406-507)	< 28 (< 406)
INR (hoặc thời gian prothrombin, tính bằng giây)	< 1,7 (<4)	1,7-2,2 (4-6)	> 2,2 (>6)
Cổ trướng	Không	Nhẹ/trung bình (đáp ứng với lợi tiểu)	Nặng (Không đáp ứng với thuốc lợi tiểu)
Hội chứng não gan	Không	Mức độ I-II (hoặc có thể kiểm soát với thuốc)	Mức độ III-IV (hoặc không phục hồi)

Phân loại: Mức độ A: 5-6 điểm, mức độ B: 7-9 điểm; Mức độ C 10-15 điểm

2.2.2. Phòng ngừa và kiểm soát xơ gan/Bệnh gan giai đoạn cuối

Bảng 18: Phòng ngừa và kiểm soát xơ gan/Bệnh lý gan giai đoạn cuối

	Xơ gan/Bệnh lý gan giai đoạn cuối
Các yếu tố nguy cơ	Đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C Nghiện rượu Một số bệnh lý gan mạn tính khác (Bệnh chuyển hóa, bệnh tự miễn, v.v..)
Sàng lọc và chẩn đoán	Lâm sàng: tuần hoàn bàng hệ, dịch cổ trướng; hội chứng suy gan thận, hoặc não gan Tính chỉ số APRI và phân độ theo bảng điểm Child- Pugh Hình ảnh xơ gan qua siêu âm gan bao gồm cả fibroscan, sinh thiết gan; Nội soi thực quản để đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản; Hội chẩn chuyên khoa gan mật và lên kế hoạch theo dõi, điều trị. Theo dõi chức năng gan định kỳ 6 tháng một lần và khi có triệu chứng Sàng lọc ung thư gan
Phòng bệnh và xử trí	Điều trị căn nguyên liên quan đến xơ gan nếu có (ví dụ viêm gan vi rút B, C và các bệnh lý gan liên quan, Tư vấn không sử dụng rượu bia. Tư vấn dinh dưỡng phù hợp: đủ năng lượng, tăng cường các a xít amin cần thiết, hạn chế muối. Điều trị giảm áp lực tĩnh mạch cửa và dự phòng vỡ giãn tĩnh mạch cửa bằng thuốc lợi tiểu, propranolol. Điều trị các đợt mất bù của xơ gan, hội chứng não gan, suy gan thận, các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng. Thận trọng khi sử dụng các thuốc độc tính với gan như paracetamol; tránh dùng các thuốc chống viêm non-steroid do có nguy cơ gây chảy máu và suy thận

2.2.2. Điều chỉnh liều ARV khi suy gan

Điều chỉnh liều ARV theo phân độ Child - Pugh (xem tại Phụ lục 14)

3. SÀNG LỌC UNG THƯ

Người nhiễm HIV có nguy cơ cao hơn mắc các ung thư, so với cộng đồng bình thường và cần được sàng lọc định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời. Các bước thực hiện sàng lọc các bệnh ung thư trên người nhiễm HIV được thực hiện theo các Hướng dẫn của Bộ Y tế. Tư vấn về dự phòng ung thư cổ tử cung, hậu môn và dương vật bằng vắc xin HPV cho người bệnh nếu có chỉ định.

Loại ung thư	Đối tượng cần sàng lọc	Phương pháp sàng lọc	Định kỳ
Ung thư hậu môn	MSM và những người có loạn sản các cơ quan hậu môn - sinh dục liên quan đến HPV	Thăm khám trực tiếp hậu môn và ± lam PAP Nếu lam PAP bất thường, chỉ định nội soi	1 - 3 năm
Ung thư vú	Phụ nữ trong độ tuổi 50 - 70	Chụp tuyến vú	1 - 3 năm
Ung thư cổ tử cung	Tất cả phụ nữ nhiễm HIV > 21 tuổi hoặc trong vòng 1 năm sau khi bắt đầu có quan hệ tình dục	Lam PAP Xét nghiệm HPV nếu có thể tiếp cận được	1 - 3 năm

Ung thư trực tràng	Người 50 - 80 tuổi có tiền lượng sống > 10 năm	Xét nghiệm máu vi thể trong phân hàng năm hoặc soi đại tràng sigma 5 năm/lần, hoặc soi đại tràng 10 năm/lần	1-3 năm
Ung thư gan	Người bệnh có xơ gan hoặc nhiễm HBV, HCV, người từng có viêm gan mạn	Siêu âm và alpha-foetoprotein	6 tháng một lần
Ung thư tiền liệt tuyến	Nam giới trên 50 tuổi có tiền lượng sống > 10 năm	PSA	1 - 3 năm

4. CÁC BỆNH LÝ TIM MẠCH, RỐI LOẠN MỠ MÁU, TIỂU ĐƯỜNG

	Các bệnh lý tim mạch	Rối loạn chuyển hóa lipid	Đái tháo đường type 2
Chẩn đoán	- Tăng huyết áp (HA tâm thu ≥ 140 mmHg và HA tâm trương ≥ 90 mmHg) - Bệnh mạch vành, bệnh huyết khối	- Tăng triglyceride (TG) máu > 1,7 mmol/l - Tăng cholesterol máu toàn phần (TC) > 5,2 mmol/l - Giảm HDL-C máu < 1,03 mmol/l - Tăng LDL-C máu > 2,58 mmol/l	- Uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút - Đường máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l, hoặc kết quả test dung nạp glucose ≥ 11.1 mmol/l, hoặc HbA1c $\geq 6,5\%$
Các yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia Chế độ ăn nhiều chất béo; tình trạng béo phì; Tuổi cao; tình trạng ít vận động		
	- Đái tháo đường; tăng lipid máu - Tiền sử bệnh lý tim mạch trong gia đình - Điều trị ARV: abacavir, một số thuốc NNRTTs và PI; nguy cơ tăng theo thời gian sử dụng	- Đái tháo đường - Bệnh lý gan, thận, thiếu năng tuyến giáp - Sử dụng một số thuốc PI (LPV) - Tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid trong gia đình	- Tình trạng béo phì, rối loạn lipid máu, dùng đồ uống có đường, thức ăn nhiều bột đường - Tăng huyết áp - Điều trị ARV phác đồ có các thuốc NRTI, PI
Sàng lọc và Chẩn đoán	<i>Đánh giá nguy cơ bệnh lý tim mạch, tiểu đường và rối loạn lipid của người bệnh ngay từ khi bắt đầu điều trị và trong quá trình điều trị</i>		
	- Theo dõi huyết áp, sàng lọc triệu chứng bệnh mạch vành mỗi lần người bệnh đến khám, lưu ý những người có yếu tố nguy cơ - Làm điện tim khi nghi có bệnh mạch vành; hội chẩn chuyên khoa Tim	- Xét nghiệm lipid máu cho các người bệnh có yếu tố nguy cơ - Sàng lọc và chẩn đoán các bệnh lý liên quan, các yếu tố nguy cơ gây rối loạn lipid. - Hội chẩn với chuyên khoa Tim mạch, Nội tiết, Dinh dưỡng để xây dựng phác đồ điều trị cho	- Sàng lọc triệu chứng cho người bệnh có nguy cơ; xét nghiệm đường máu lúc đói, dung nạp glucose và HbA1c để khẳng định chẩn đoán; - Xét nghiệm sàng

	Các bệnh lý tim mạch	Rối loạn chuyển hóa lipid	Đái tháo đường type 2
	mạch để đánh giá và thăm dò sâu hơn nếu có điều kiện Theo dõi các biến chứng tim mạch như tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim	người bệnh Xem xét lại phác đồ ARV (các thuốc PI liên quan, thuốc NRTI kèm theo).	lọc đái tháo đường ít nhất 3 năm một lần đối với người không có nguy cơ, nếu có điều kiện. - Hội chẩn Chuyên khoa Nội tiết - Xem xét lại phác đồ ARV (các thuốc PI, NRTI liên quan). - Chẩn đoán các biến chứng: bệnh lý thận, thoái hóa võng mạc, bệnh lý thần kinh ngoại vi, loét bàn chân, các biến chứng nhiễm trùng, ...
Phòng bệnh và Xử trí	<i>Tư vấn về lối sống lành mạnh:</i> Không hút thuốc lá; hạn chế bia rượu Hạn chế ăn chất béo và tinh bột nhưng vẫn duy trì đủ năng lượng; tăng cường ăn rau quả Tăng cường vận động		
	- Điều trị tiểu đường, rối loạn lipid - Điều chỉnh phác đồ ARV nếu nguy cơ bệnh tim mạch cao nhưng vẫn bảo đảm được hiệu quả của phác đồ ARV. - Điều trị các thuốc huyết áp (thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn kênh calci, thuốc lợi tiểu), thuốc giãn mạch vành (các thuốc nitrate) theo chuyên khoa Tim mạch.; lưu ý tương tác với các thuốc ARV. - Phát hiện và điều trị các biến chứng tăng huyết áp và bệnh mạch vành, bao gồm cả can thiệp Tim mạch.	- Điều trị các bệnh lý liên quan như đái tháo đường, bệnh lý gan, thận, v.v.. - Xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ. - Điều trị các thuốc statin (atorvastatin), lưu ý tương tác giữa các thuốc PI và statin để tránh ngộ độc hoặc hiệu quả không đầy đủ của statin khi dùng đồng thời hai loại thuốc. Simvastatin chống chỉ định dùng cùng PI. Điều trị bằng các thuốc khác như fibrate, omega-3. - Sàng lọc và xử lý các bệnh lý liên quan đến tăng lipid (bệnh lý tim mạch).	- Điều trị đái tháo đường bằng thuốc uống hoặc insulin theo chỉ định của chuyên khoa Nội tiết, theo dõi định kỳ. - Điều chỉnh phác đồ ARV nếu có thể, lưu ý bảo đảm hiệu lực của phác đồ ARV. - Điều trị các biến chứng đái tháo đường.

5. BỆNH LÝ THẬN

Bệnh lý thận mạn tính thường gặp ở người nhiễm HIV	- Bệnh lý thận liên quan đến HIV - Bệnh lý ống lượn gần thận - Bệnh lý ống lượn xa thận - Viêm kẽ thận - Sỏi thận
Các yếu tố nguy cơ	- Tiền sử có bệnh thận - Tăng huyết áp mạn tính - Đái tháo đường, rối loạn lipid máu - Nhiễm HIV giai đoạn tiến triển - Tuổi cao - Sử dụng các thuốc có độc tính với thận (TDF, thuốc PI tăng cường ritonavir)
Sàng lọc và Chẩn đoán	- Đánh giá chức năng thận lúc người bệnh mới đăng ký điều trị, tính mức lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gault - Theo dõi chức năng thận ở những người có yếu tố nguy cơ: creatinin máu, mức lọc cầu thận; XN nước tiểu nếu xác định có suy thận - Chẩn đoán hình ảnh (tìm sỏi thận, đánh giá các bất thường về cấu trúc thận) khi có chỉ định - Hội chẩn chuyên khoa Thận - Tiết niệu để chẩn đoán bệnh lý thận và xây dựng phác đồ điều trị cho người bệnh - Hội chẩn chuyên khoa Tim mạch và các chuyên khoa liên quan để đánh giá các bệnh lý là nguyên nhân/hậu quả của bệnh lý thận và điều trị - Xem xét lại phác đồ ARV (thuốc TDF, thuốc PI liên quan)
Phòng bệnh và Xử trí	- Điều trị ARV sớm cho người HIV có bệnh lý thận liên quan đến HIV, tránh sử dụng các thuốc có độc tính với thận. - Tư vấn về chế độ ăn, giảm cân, không hút thuốc; ăn ít muối (dưới 6 g/ngày) - Điều trị các bệnh lý liên quan như đái tháo đường, tăng huyết áp, tăng lipid máu - Điều trị bệnh lý thận theo phác đồ của chuyên khoa Thận - Tiết niệu - Xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc gây suy thận bằng thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ; điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận (xem Phụ lục 11)

6. BỆNH LÝ XƯƠNG

Bệnh lý xương thường gặp ở người nhiễm HIV	- Mất khoáng xương - Thừa xương - Loãng xương - Hủy xương - Hoại tử xương - Người nhiễm HIV có nguy cơ gãy xương cao
Các yếu tố	- Tuổi cao: phụ nữ và nam giới > 50 tuổi, nữ giới; thiếu vitamin D; hút

nguy cơ	thuốc lá - Lối sống ít vận động; Suy dinh dưỡng (BMI ≤ 16 kg/m²) hoặc béo phì (BMI > 24 kg/m²) - Sử dụng corticoid kéo dài (glucocorticoid với liều tối thiểu là 5 mg/ngày trên 3 tháng). - Đái tháo đường, một số bệnh nội tiết (cường giáp và cận giáp, bệnh tuyến sinh dục nữ), bệnh lý thận (hội chứng Fanconi) - Tiền sử gãy xương đùi trong gia đình - Sử dụng TDF, một số loại PI hoặc đã từng sử dụng stavudine
Sàng lọc và Chẩn đoán	- Hội chẩn chuyên khoa Xương và chuyên khoa Dinh dưỡng, điều trị nếu người bệnh có bệnh lý xương và nguy cơ gãy xương. - Đo hấp phụ tia X năng lượng kép (Dual Energy Xray Absorptiometry), chụp cộng hưởng từ bộ phận xương có liên quan, nếu có chỉ định và có điều kiện. - Đo nồng độ 25(OH) vitamin D. - Đánh giá các bệnh lý liên quan với bệnh lý xương (bệnh lý thận, đái tháo đường, v.v..) - Xem xét lại phác đồ ARV (thuốc TDF, thuốc PI liên quan)
Phòng bệnh và Xử trí	- Tư vấn không hút thuốc, điều chỉnh lối sống - Điều trị các bệnh lý liên quan như đái tháo đường, tăng lipid máu - Bổ sung đủ canxi và vitamin D hàng ngày (1 - 1,2 g canxi và 800 - 2000 đơn vị vitamin D) - Điều trị theo chuyên khoa Xương - Xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ

7. TRẦM CẢM

- Người nhiễm HIV có tỉ lệ cao trầm cảm cao hơn nhiều so với quần thể dân cư chung (20 - 40% so với 7%) - Trầm cảm làm tăng nguy cơ tuân thủ điều trị và tăng nguy cơ tử vong ở người nhiễm.	
Các yếu tố nguy cơ	- Trong gia đình có người trầm cảm - Có trầm cảm trong quá khứ - Tuổi già - Vị thành niên - Người bệnh có sử dụng các chất gây nghiện, tâm thần, mắc các bệnh thần kinh - Sử dụng EFV và các thuốc hướng tâm thần
Sàng lọc và Chẩn đoán	- Nghi ngờ trầm cảm nếu người bệnh có các triệu chứng mất ngủ hoặc ngủ nhiều, ăn mất ngon và sụt cân, mệt mỏi, mất tập trung cảm thấy bản thân không còn giá trị, có ý định tự vẫn. - Sàng lọc trầm cảm 1 - 2 năm/một lần; sàng lọc bằng hai câu hỏi chính: <i>Anh/Chị có cảm thấy buồn và không còn hy vọng trong vài tháng vừa qua không?</i> <i>Anh/Chị có cảm thấy không quan tâm đến các hoạt động thường ngày?</i> - Sàng lọc các triệu chứng căng thẳng, nóng nảy, cáu gắt, đặc biệt ở nam giới - Loại trừ các nguyên nhân như suy giáp hoặc cường giáp, bệnh Addison, không phải do HIV, thiếu vitamine B12)

	- Xem xét lại phác đồ ARV (sử dụng thuốc EFV trong phác đồ). - Hội chẩn chuyên khoa Tâm thần - Chẩn đoán trầm cảm khi người bệnh có các biểu hiện
Phòng bệnh và Xử trí	- Dừng thuốc EFV, thay bằng thuốc ARV phù hợp - Điều trị trầm cảm theo chuyên khoa Tâm thần, theo dõi phù hợp

8. BỆNH LÝ RỐI LOẠN NHẬN THỨC THẦN KINH LIÊN QUAN ĐẾN HIV

Bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV là tình trạng rối loạn một loạt các chức năng quan trọng về nhận thức, hành vi, và vận động ở người nhiễm HIV; liên quan tới sự xâm nhập của HIV vào hệ thần kinh trung ương, cũng như tổn thương của hệ TKTU' dưới tác động của vi rút	
Đối tượng sàng lọc	Tất cả người nhiễm HIV mới được chẩn đoán sau khi đã loại trừ các bệnh lý thực thể hệ TKTU' (các NTCH, bệnh lý u)
Phương pháp sàng lọc	- Đánh giá khả năng ngôn ngữ, khả năng tập trung, trí nhớ ngắn hạn, tốc độ suy nghĩ, khả năng suy luận, khả năng học hỏi, chức năng vận động. - Đánh giá trầm cảm, điều trị trầm cảm nếu chẩn đoán xác định - Hội chẩn chuyên khoa Tâm thần nếu có biểu hiện bất thường gợi ý HAND và đã loại trừ trầm cảm và các bệnh lý thực thể TKTU' - Người bệnh không có kết quả bất thường: sàng lọc lại sau 2 năm
Phòng bệnh và Xử trí	- Người bệnh chưa điều trị ARV: Bắt đầu điều trị ARV - Đang điều trị ARV: xét nghiệm tải lượng HIV, nếu có thể, đánh giá thất bại điều trị, chuyển phác đồ nếu có chỉ định - Xem xét sử dụng các thuốc ARV ngấm qua hàng rào máu-màng não tốt theo thứ tự giảm dần như sau (AZT, ABC, EFV, NVP, LPV/r, DRV/r) - Nhắc lại 3 câu hỏi và các đánh giá khác sau 3 - 6 tháng

Chương VIII

CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS, CHĂM SÓC TẠI NHÀ, TẠI CỘNG ĐỒNG VÀ CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG CHO NGƯỜI NHIỄM HIV

1. CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS

1.1. Mục tiêu cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị

Nhằm đảm bảo việc thực hiện tốt các quy chuẩn và hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán, điều trị, chăm sóc HIV và dự phòng HIV kháng thuốc

Tăng cường việc tiếp cận với các dịch vụ có chất lượng cao về tư vấn, xét nghiệm và chăm sóc điều trị HIV từ đó làm tăng tỷ lệ duy trì điều trị, giảm tỷ lệ tử vong, giảm kháng thuốc và giảm lây nhiễm HIV cho cộng đồng.

1.2. Nguyên tắc thực hiện cải thiện chất lượng

Dựa trên các số liệu đo lường được.

Thực hiện liên tục theo thời gian.

Dựa trên hệ thống cải thiện chất lượng và các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc (EWI).

Tập trung vào việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn hiện hành về HIV/AIDS do Bộ Y tế ban hành.

1.3. Các bước của chu trình cải thiện chất lượng

- Đo lường và đánh giá các chỉ số cải thiện chất lượng bao gồm hivqual và EWI các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc (EWI). Các chỉ số cải thiện chất lượng được thu thập thông qua việc chọn mẫu ngẫu nhiên từ các hồ sơ bệnh án và sổ sách quản lý người nhiễm HIV. Các chỉ số đo lường và đánh giá cải thiện chất lượng do các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc do đơn vị thiết lập ra để cải thiện chất lượng dịch vụ. Đo lường các chỉ số cải thiện chất lượng được thực hiện theo chu kỳ 6 tháng hoặc hàng năm. Xem xét kết quả các chỉ số và lựa chọn chỉ số ưu tiên cần cải thiện

- Phân tích vấn đề tìm nguyên nhân: Sử dụng sơ đồ diễn tiến để liệt kê các nguyên nhân. Vẽ sơ đồ khung xương cá hoặc cây vấn đề để sắp xếp nguyên nhân theo một trình tự logic.

- Xác định khả năng can thiệp đối với mỗi nguyên nhân (can thiệp hoàn toàn, can thiệp một phần, không can thiệp). Đặt câu hỏi “nhưng; tại sao” để tìm nguyên nhân gốc rễ. Chọn nguyên nhân ưu tiên để can thiệp.

- Đưa ra và lựa chọn các giải pháp can thiệp phù hợp: Có khả năng thực hiện được, chấp nhận được, có hiệu lực, hiệu quả cao và có khả năng duy trì. Sử dụng bảng lựa chọn giải pháp bằng cách chấm điểm tính hiệu quả và tính khả thi. Xác định tích số bằng tính hiệu quả nhân với tính khả thi. Chọn những phương pháp thực hiện có điểm tích số cao hơn để thực hiện.

- Lập kế hoạch cải thiện chất lượng. Xác định mục tiêu cải thiện: Mục tiêu cần nêu rõ sẽ cải thiện vấn đề gì, cho đối tượng nào, ở đâu, khi nào và bao nhiêu. Xem xét các thông tin liên quan để ước lượng khả năng thay đổi vấn đề thông qua can thiệp. Đảm bảo mục tiêu đủ 5 tiêu chuẩn: đặc thù, đo lường được, thích hợp, thực thi và thời gian thực hiện.

- Xây dựng kế hoạch cải thiện chất lượng: Liệt kê các hoạt động cần thiết để thực hiện từng biện pháp can thiệp. Xác định thời gian cần thiết để thực hiện các hoạt động. Xác định người thực hiện, người chịu trách nhiệm, người phối hợp và giám sát thực hiện. Xác định địa điểm thực hiện, nguồn lực cần thiết để thực hiện các hoạt động và dự kiến kết quả đạt được.

- Thực hiện kế hoạch cải thiện chất lượng theo kế hoạch đã xây dựng

- Đánh giá tiến trình thực hiện kế hoạch cải thiện chất lượng.

- Thực hiện theo dõi giám sát hỗ trợ đảm bảo việc thực hiện cải thiện chất lượng theo đúng kế hoạch. Sơ bộ đánh giá kết quả cải thiện chất lượng so với kế hoạch sau khi thực hiện được 1/2 thời gian của một chu kỳ cải thiện chất lượng. Điều chỉnh kế hoạch cải thiện nếu cần.

Dựa trên kết quả thực hiện cải thiện chất lượng, các cơ sở y tế tổ chức thảo luận về kế hoạch đã thực hiện và điều chỉnh kế hoạch nếu cần thiết cho phù hợp trong giai đoạn tiếp theo.

Sau khi kết thúc một chu trình, các cơ sở điều trị HIV/AIDS tiếp tục lựa chọn các chỉ số cần cải thiện chất lượng để thực hiện một chu trình cải thiện chất lượng tiếp theo.

2. CHĂM SÓC TẠI NHÀ VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG

2.1. Mục tiêu

Chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV tại cộng đồng do nhân viên trạm y tế xã, phường, nhân viên y tế thôn bản, các nhóm đồng đẳng, tự lực của người nhiễm HIV thực hiện.

Các hoạt động bao gồm: Hỗ trợ nhóm nguy cơ cao tiếp cận với dịch vụ xét nghiệm HIV và kết nối người nhiễm HIV với dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV; Hỗ trợ người nhiễm HIV tuân thủ điều trị; Hỗ trợ người nhiễm HIV đã trễ hẹn tái khám và/hoặc trễ hẹn lĩnh thuốc, mất dấu hoặc bỏ trị quay lại điều trị; Xử trí các triệu chứng thông thường tại nhà, tại cộng đồng và hỗ trợ các vấn đề về tâm lý - xã hội.

2.2. Nội dung chăm sóc hỗ trợ

2.2.1. Hỗ trợ tiếp cận dịch vụ chẩn đoán và điều trị HIV

Các hoạt động bao gồm hỗ trợ người nhiễm HIV đến đăng ký khám và điều trị tại các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV. Giới thiệu những người có hành vi nguy cơ cao tiếp cận với các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV. Tư vấn và giới thiệu vợ, chồng hoặc bạn tình của người nhiễm HIV và con của họ tiếp cận với dịch vụ tư vấn, xét nghiệm và điều trị HIV. Cung cấp thông tin về tầm quan trọng và lợi ích của điều trị HIV kịp thời để người nhiễm HIV tới cơ sở y tế nhận dịch vụ chăm sóc và điều trị ngay khi biết tình trạng nhiễm HIV của mình.

2.2.2. Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV

Tư vấn cho người nhiễm HIV về quan hệ tình dục an toàn, tiêm chích an toàn và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.2.3. Hỗ trợ tuân thủ điều trị

Hỗ trợ người nhiễm HIV tuân thủ điều trị ARV, uống thuốc theo đúng chỉ định, sử dụng các phương tiện nhắc uống thuốc, đi tái khám và làm xét nghiệm đúng hẹn; Hỗ trợ người bệnh trễ hẹn, bỏ trị quay lại phòng khám đúng hẹn; Hướng dẫn cách cất giữ và bảo quản thuốc tại nhà.

2.2.4. Hỗ trợ chăm sóc thể chất

Hỗ trợ người nhiễm HIV trong việc theo dõi, chăm sóc và xử trí các tác dụng phụ nhẹ của các thuốc điều trị. Hướng dẫn người nhiễm HIV và người chăm sóc cách xử trí các triệu chứng thông thường tại nhà như đau, sốt, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và nôn, ngứa, ho...Cung cấp kiến thức về vệ sinh và dinh dưỡng cho người nhiễm tại nhà tại cộng đồng.

2.2.5. Hỗ trợ tâm lý xã hội

Hỗ trợ và động viên tinh thần cho người nhiễm HIV và gia đình của họ. Hỗ trợ người nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ xã hội và hoà nhập với cộng đồng.

Người bệnh nhiễm HIV thường có cảm xúc mạnh với bệnh vào thời điểm mới được chẩn đoán bệnh và giai đoạn cuối đời. Người bệnh thường suy sụp về tinh thần: sợ hãi về bệnh tật, cái chết, cảm giác tội lỗi, bị trừng phạt, tự ti, sợ bị cô lập, lo lắng cho tương lai của gia đình và bản thân, lo mất thu nhập, nghèo đói, con cái mất cơ hội, mất vị thế xã hội. Vì vậy họ rất cần được hỗ trợ tâm lý và tinh thần.

Động viên người nhiễm tham gia bảo hiểm y tế để được chi trả điều trị thông qua bảo hiểm y tế. Tìm nguồn hỗ trợ cho người nhiễm tại cộng đồng: từ bạn bè, gia đình, đồng đảng, câu lạc bộ, các tổ chức xã hội...

Hỗ trợ giải quyết các vấn đề về tài chính, nơi ở, lương thực, đi lại, tiền mai táng...

Hỗ trợ lập kế hoạch cho tương lai: lập di chúc, lên kế hoạch tương lai cho con cái...

3. CÁC CAN THIỆP DỰ PHÒNG CHO NGƯỜI NHIỄM HIV

Bên cạnh điều trị ARV, người nhiễm HIV cần được cung cấp các biện pháp can thiệp dự phòng bao gồm: Truyền thông thay đổi hành vi, bơm kim tiêm sạch, bao cao su và điều trị thay thế nghiện bằng methadone.

3.1. Truyền thông thay đổi hành vi

Sử dụng nhiều phương thức truyền thông giáo dục cho cộng đồng, ưu tiên các quần thể đích. Kết hợp các hình thức truyền thông trực tiếp như tư vấn cá nhân do đồng đẳng viên hoặc cán bộ y tế thực hiện với tư vấn cộng đồng qua tờ rơi, loa đài hoặc các buổi nói chuyện chuyên đề để phổ biến các thông điệp về nguy cơ lây nhiễm HIV, các biện pháp dự phòng và lợi ích của việc thay đổi hành vi và lợi ích của việc xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị ARV sớm. Bồi dưỡng kiến thức, xây dựng kỹ năng và niềm tin cho nhóm có nguy cơ cao để giúp người bệnh có hành vi an toàn hơn và duy trì các hành vi bảo vệ (như không dùng chung bơm kim tiêm, sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, giảm tần suất quan hệ tình dục không an toàn) và có nhu cầu đi xét nghiệm HIV định kỳ.

Đối với nam quan hệ tình dục đồng giới và người chuyển giới: Nâng cao nhận thức hành vi tình dục an toàn và hiểu biết về tư vấn và xét nghiệm HIV thông qua thông tin trên internet và truyền thông trực tiếp qua các chiến lược tiếp thị xã hội và tiếp cận theo địa điểm. Triển khai các biện pháp can thiệp ở mức độ cá thể và cộng đồng

Đối với người tiêm chích ma túy: Cần cung cấp thông tin và giáo dục về tiêm an toàn và phòng ngừa quá liều. Người tiêm chích ma túy nên được khuyến khích tham gia xây dựng và truyền tải thông tin. Ngoài tiếp cận bơm kim tiêm sạch, người tiêm chích ma túy cũng cần được tiếp cận với bao cao su.

Đối với người làm nghề mại dâm: Thông qua các can thiệp của nhóm đồng đẳng và cộng đồng để truyền thông và xây dựng kỹ năng sử dụng bao cao su và nhu cầu xét nghiệm HIV, sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục và kết nối với chăm sóc điều trị HIV.

3.2. Bao cao su

Tất cả đối tượng có nguy cơ cao cần sử dụng thường xuyên và đúng cách bao cao su có chất bôi trơn để phòng lây truyền HIV và các bệnh lây qua đường tình dục. Việc sử dụng bao cao su thường xuyên và đúng cách có thể làm giảm 94% nguy cơ lây truyền HIV qua đường tình dục cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác

Nam quan hệ tình dục với nam và người chuyển giới có nguy cơ cao nhiễm HIV khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Vì thế cần sử dụng bao cao su và chất bôi trơn trong mỗi lần quan hệ tình dục.

Người làm nghề mại dâm hoặc khách hàng của họ cần sử dụng bao cao su và chất bôi trơn thường xuyên và đúng cách. Đối với phụ nữ bán dâm, nên sử dụng bao cao su dành cho nữ giới để chủ động sử dụng trước khi quan hệ tình dục.

Việc triển khai sử dụng bao cao su và chất bôi trơn cần lưu ý:

Đảm bảo bao cao su dành cho nam và cho nữ có chất lượng cao, đa dạng về kích cỡ và đáp ứng nhu cầu của người sử dụng. Đặt bao cao su ở những nơi mà đối tượng nguy cơ cao có thể tiếp cận được. Các chiến dịch vận động sử dụng bao cao su nên được triển khai để tăng sự hiểu biết, tính chấp nhận bao cao su của cộng đồng.

Sử dụng các chất bôi trơn nhằm làm giảm nguy cơ rách, tuột bao cao su và giảm sự khó chịu khi quan hệ tình dục. Khi quan hệ tình dục đường hậu môn, nên sử dụng nhiều chất bôi trơn. Các chất bôi trơn dầu nên tránh sử dụng cùng bao cao su làm bằng latex.

3.3. Bơm kim tiêm sạch

Sử dụng bơm kim tiêm sạch là biện pháp an toàn để làm giảm nguy cơ lây truyền HIV ở người tiêm chích. Ngoài việc sử dụng bơm kim tiêm sạch, người tiêm chích ma túy cần được cung cấp thông tin về nguy cơ lây nhiễm HIV do dùng chung bơm kim tiêm. Các bơm kim tiêm đã qua sử dụng cần được thu gom bằng các hộp đựng vật sắc nhọn dùng trong y tế và được xử lý an toàn.

3.4. Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện

Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone hoặc buprenorphine là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với người nghiện các chất dạng thuốc phiện, đồng thời góp phần hỗ trợ tuân thủ cho những người điều trị ARV. Người nhiễm HIV đang điều trị methadone cần được chuyển tới cơ sở điều trị HIV để được điều trị ARV kịp thời.

3.5. Dự phòng lây nhiễm HIV trong các cơ sở y tế

Các cơ sở y tế phải thực hiện an toàn truyền máu, tiêm truyền an toàn và thực hiện phòng ngừa chuẩn bao gồm vệ sinh tay, sử dụng các dụng cụ phòng hộ cá nhân để phòng phơi nhiễm, xử lý an toàn các vật sắc nhọn và chất thải, khử khuẩn, đảm bảo an toàn môi trường và thiết bị. Các cơ sở y tế xây dựng và thực hiện quy trình dự phòng sau phơi nhiễm cho nhân viên.

Chương IX

QUẢN LÝ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV

1. BỘC LỘ TÌNH TRẠNG NHIỄM HIV

Mục đích của tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV là giúp trẻ hiểu đúng về tình trạng nhiễm HIV một cách tích cực và giáo dục cho trẻ về tự chăm sóc, tuân thủ điều trị và phòng ngừa lây truyền nhiễm HIV cho người khác.

Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV: là quá trình tư vấn cho trẻ hiểu về tình trạng nhiễm HIV để giúp trẻ đạt được lợi ích mong muốn trong chăm sóc sức khỏe thể chất và tinh thần. Đồng thời, trang bị kiến thức và kỹ năng để trẻ có thể tự bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của mình với người khác.

Nội dung cần tư vấn:

- Thông báo cho trẻ biết về tình trạng bệnh của trẻ
- Giải thích lý do trẻ mắc bệnh
- Nhấn mạnh tầm quan trọng và ý nghĩa của việc điều trị

Lưu ý: Tránh chủ quan cho rằng trẻ đã biết tình trạng nhiễm HIV và không tiến hành tư vấn bộc lộ.

Có hai loại bộc lộ:

+ Bộc lộ một phần là thực hiện khi trẻ 6 tuổi. Mục tiêu của bộc lộ một phần là giúp trẻ tuân thủ điều trị mà không nói cho trẻ biết trẻ nhiễm HIV và giúp tạo điều kiện cho bộc lộ toàn phần. Quá trình tư vấn không sử dụng từ “HIV” hoặc “AIDS”

+ Bộc lộ toàn phần là thông báo cho trẻ về tình trạng nhiễm HIV của trẻ. Lứa tuổi được thông báo tình trạng nhiễm HIV phù hợp nhất là khi trẻ 10- 12 tuổi.

Quá trình bộc lộ tình trạng nhiễm được thực hiện theo các bước sau:

Bước 1: Xác định tiêu chí để chuẩn bị trẻ bộc lộ tình trạng nhiễm HIV

- Trẻ từ 7 tuổi trở lên
- Có người chăm sóc chính và hỗ trợ trẻ liên tục
- Người chăm sóc chính và trẻ không bị bệnh nặng
- Trẻ không bị chậm phát triển về tâm thần nặng

Bước 2: Đánh giá sự sẵn sàng của người chăm sóc chính và trẻ và chuẩn bị bộc lộ

a. Đánh giá sự sẵn sàng của người chăm sóc chính

- Hỏi, thăm dò bất kỳ sự lo lắng hay sợ hãi mà người chăm sóc chính có thể có về sự bộc lộ. Thảo luận về việc nên hoặc không nên bộc lộ ở thời điểm này, nhân viên y tế

(NVYT) giúp người chăm sóc chính khai thác những lợi ích và bất lợi của việc bộc lộ, và chuẩn bị cho họ đáp ứng với mọi bất lợi.

- NVYT và người hỗ trợ cùng xác định sự sẵn sàng của trẻ bằng cách đánh giá lại khả năng hiểu biết bệnh và ứng phó với stress của trẻ, khả năng duy trì sự bảo mật. NVYT cũng chuẩn bị cho người hỗ trợ về sự bộc lộ, bao gồm cách thức và những điều cần thảo luận với trẻ, và cách nâng đỡ cảm xúc của trẻ sau bộc lộ.

b. Chuẩn bị cho trẻ

NVYT xây dựng mối quan hệ với trẻ và củng cố kỹ năng giao tiếp và quản lý trạng thái căng thẳng của trẻ.

Bước 3: Bộc lộ cho trẻ về tình trạng HIV trong buổi tư vấn

Nội dung chủ yếu:

- Đánh giá cảm nhận, quan tâm và thái độ của trẻ về HIV.
- Thông báo cho trẻ về tình trạng nhiễm HIV.
- Thảo luận về ý nghĩa của nhiễm HIV, phân biệt HIV và AIDS
- Cung cấp giáo dục sức khỏe về sống chung với HIV, bao gồm tự chăm sóc, tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, sống tích cực và phòng lây nhiễm HIV
- Đánh giá và nâng đỡ phản ứng cảm xúc của trẻ và người chăm sóc
- Thảo luận về các chiến lược ứng phó, bao gồm cách xử lý bảo mật

Bước 4: Theo dõi và lượng giá trẻ và người chăm sóc chính sau bộc lộ

Theo dõi và lượng giá trẻ và người chăm sóc chính ngay sau buổi thông báo, 1-2 tuần sau thông báo, 2 tháng sau thông báo và 6 tháng sau thông báo và bất cứ lúc nào cần thiết:

- Đánh giá cảm xúc của trẻ, đánh giá trẻ sau buổi bộc lộ. Hỗ trợ giải quyết các vấn đề liên quan đến bộc lộ mà trẻ và người chăm sóc gặp phải.
- Ôn lại và bổ sung kiến thức & hiểu biết về nhiễm HIV, AIDS, tuân thủ điều trị, và tự chăm sóc sức khỏe
- Hướng dẫn cho trẻ bảo mật thông tin về tình trạng nhiễm

2. CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN VÀ AN TOÀN TÌNH DỤC

Chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục cho trẻ vị thành niên nhiễm HIV là một nội dung quan trọng không thể thiếu trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho trẻ nhiễm HIV.

Lợi ích của chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục sau cho trẻ vị thành niên:

- Giúp trẻ vị thành niên nhiễm HIV nhận biết những tình cảm của bản thân và biết cách tự kiểm soát, xử trí.

- Cung cấp kiến thức hướng trẻ vị thành niên nhiễm HIV đến những thay đổi và ra quyết định tích cực liên quan đến cuộc sống và dự phòng lây nhiễm HIV

Nội dung tư vấn cho các giai đoạn ở tuổi vị thành niên

- Tư vấn cho trẻ vị thành niên phù hợp với tuổi và sự phát triển của trẻ:

+ Giai đoạn 10 – 13 tuổi: Kiến thức về thay đổi thể chất, tuổi dậy thì và những biến đổi về tâm lý. Lưu ý trẻ vị thành niên nhiễm HIV có thể chậm dậy thì hơn những trẻ bình thường

+ Giai đoạn trên 13 tuổi: Kiến thức về tình dục an toàn và lành mạnh, bao gồm các biện pháp tình dục an toàn, phòng tránh lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, tránh thai, kế hoạch hoá gia đình, mang thai và phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con; kỹ năng nhận biết và phòng tránh nguy cơ bị bạo hành hoặc lạm dụng tình dục; kỹ năng và trách nhiệm cần bộc lộ tình trạng nhiễm HIV với bạn tình.

Trẻ vị thành niên cần được giới thiệu và hỗ trợ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục một cách kịp thời.

Các dịch vụ thường này bao gồm:

- Các dịch vụ hỗ trợ về sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục bao gồm cả các dịch vụ tránh thai, khám điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, sinh lý và các dịch vụ xã hội khác.

- Những điểm lưu ý khi tư vấn sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục

- Sử dụng tài liệu truyền thông-giáo dục để hỗ trợ cho tư vấn, đảm bảo cung cấp thông tin rõ ràng, chính xác, phù hợp và thu hút được trẻ vị thành niên.

- Người tư vấn cần dành nhiều thời gian, giải thích cặn kẽ vì trẻ vị thành niên ít hiểu biết về cơ thể, sức khỏe sinh sản và thường e ngại khi nói ra những vấn đề này.

- Bên cạnh việc cung cấp thông tin, cần chú ý hỗ trợ một số kỹ năng sống cần thiết để vị thành niên có thể có thái độ, hành vi phù hợp và thực hành an toàn (kỹ năng từ chối, kỹ năng thương thuyết, kỹ năng ra quyết định,...).

3. CHUYỂN TIẾP TRẺ VỊ THÀNH NIÊN SANG GIAI ĐOẠN TRƯỞNG THÀNH VÀ SANG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE NGƯỜI LỚN

Mục tiêu của chuyển tiếp: chuẩn bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng cho trẻ ở tuổi thanh thiếu niên mắc bệnh mãn tính chuyển sang giai đoạn trưởng thành và sang chăm sóc người lớn:

- Biết cách thể hiện nhu cầu của bản thân và tìm kiếm sự hỗ trợ để đáp ứng các nhu cầu của bản thân

- Duy trì các hoạt động chăm sóc, bảo vệ sức khỏe, biết cách tự chăm sóc bản thân và tìm đến các dịch vụ chăm sóc y tế khi cần

- Hiểu được sự khác biệt giữa dịch vụ chăm sóc người lớn; cũng như những trách nhiệm của vị thành niên đối với việc chăm sóc sức khỏe cho bản thân và sử dụng các dịch vụ chăm sóc người lớn một cách hợp lý và hiệu quả

Nguyên tắc chuyển tiếp cho trẻ vị thành niên:

- Trẻ từ 15 tuổi trở lên sau khi được đánh giá sẵn sàng chuyển sang tiếp tục điều trị tại PKNT người lớn. Trường hợp trẻ đủ 15 tuổi nhưng chưa sẵn sàng chuyển tiếp, cần phối hợp với cơ sở chăm sóc điều trị người lớn để tiếp tục chăm sóc hỗ trợ cho đến khi trẻ hết tuổi vị thành niên (19 tuổi).

- Trẻ đã được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV.

- Tư vấn trang bị kiến thức về HIV, chăm sóc sức khỏe, kiến thức chuyển gửi, sức khỏe tình dục, kỹ năng giao tiếp và duy trì điều trị cho trẻ vị thành niên theo từng giai đoạn và phù hợp lứa tuổi.

- Tạo điều kiện để trẻ chủ động tham gia vào chăm sóc sức khỏe bản thân.

- Chuẩn bị chuyển tiếp trẻ sang cơ sở điều trị người lớn ngay sau khi trẻ được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV, xây dựng kế hoạch cụ thể cho từng trẻ trước khi chuyển trẻ sang cơ sở điều trị người lớn 3 năm.

- Thảo luận, thống nhất với trẻ và người chăm sóc chính về cơ sở điều trị người lớn nơi mà trẻ muốn chuyển đến.

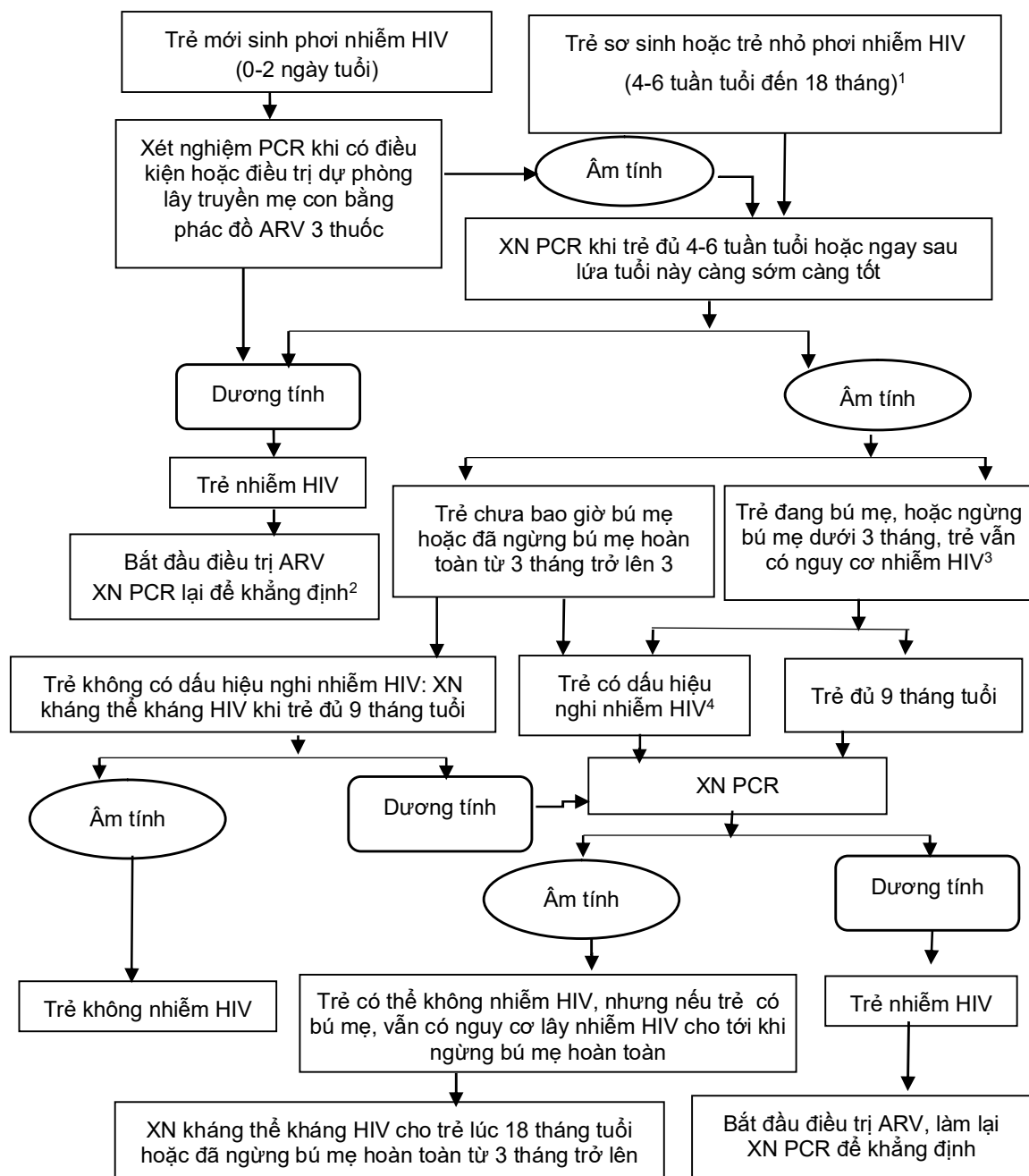
- Cung cấp thông tin về sự khác biệt giữa dịch vụ cho trẻ em và người lớn

- Phối hợp dịch vụ chăm sóc trẻ em và người lớn chặt chẽ, đặc biệt trong trường hợp cơ sở chăm sóc không lồng ghép để thực hiện chuyển tiếp thành công.

- Phối hợp với các tổ chức xã hội trong việc hỗ trợ trẻ chuyển tiếp đến cơ sở điều trị HIV/AIDS người lớn và duy trì điều trị thuốc ARV.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1. CHẨN ĐOÁN SỚM HIV Ở TRẺ DƯỚI 18 THÁNG TUỔI



¹XN kháng thể kháng HIV cho trẻ phơi nhiễm HIV từ 9-18 tháng tuổi và trẻ nghi ngờ nhiễm HIV < 18 tháng tuổi, XN PCR nếu kết quả XN kháng thể kháng HIV dương tính

²Làm XN PCR lần 3 trước khi ngừng điều trị ARV khi kết quả XN PCR lần 2 âm tính

³Nhóm trẻ này cần được theo dõi dấu hiệu nghi nhiễm HIV định kỳ 1 đến 3 tháng/1 lần.

PHỤ LỤC 2: GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG BỆNH HIV Ở NGƯỜI LỚN, VỊ THÀNH NIÊN VÀ TRẺ EM

Người lớn và vị thành niên ^a	Trẻ em
Giai đoạn lâm sàng 1	
Không triệu chứng Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng	Không triệu chứng Bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng
Giai đoạn lâm sàng 2	
Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân (<10% cân nặng cơ thể) Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng) Bệnh zô-na Viêm khóe miệng Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Viêm da bã nhờn	Gan lách to dai dẳng không rõ nguyên nhân Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái phát (viêm tai giữa, chảy dịch tai, viêm xoang, viêm amidan) Bệnh zô-na Hồng ban vạch ở lợi Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Nhiễm vi rút mụn cơm lan rộng U mềm lây lan rộng Viêm da đốm lan toả Sưng tuyến mang tai dai dẳng không rõ nguyên nhân
Giai đoạn lâm sàng 3	
Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể) Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1 tháng) Nấm candida miệng kéo dài Bạch sản dạng lông ở miệng Lao phổi Nhiễm khuẩn nặng (như viêm mũ màng phổi, viêm mũ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết) Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp Thiếu máu (< 8 g/dl), giảm bạch cầu trung tính (< 0,5 x 10 ⁹ /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (< 50 x 10 ⁹ /l) không rõ nguyên nhân	Suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình ^b không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị chuẩn Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (từ 14 ngày trở lên) Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (trên 37.5°C, không liên tục hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng) Nấm candida miệng kéo dài (sau 6 tuần đầu) Bạch sản dạng lông ở miệng Lao hạch Lao phổi Viêm phổi nặng tái diễn do vi khuẩn Viêm lợi hoặc viêm quanh răng loét hoại tử cấp Thiếu máu (< 8 g/dl), giảm bạch cầu trung tính (< 0,5 x 10 ⁹ /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (< 50 x 10 ⁹ /l) không rõ nguyên nhân Viêm phổi kẽ dạng lympho có triệu chứng. Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản.

Người lớn và vị thành niên ^a	Trẻ em
Giai đoạn lâm sàng 4	
Hội chứng suy mòn do HIV Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) Viêm phổi do vi khuẩn tái phát Nhiễm herpes simplex mạn tính (môi miệng, sinh dục, hoặc hậu môn, trực tràng) kéo dài trên 1 tháng, hay herpes nội tạng bất kể vị trí nào) Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi) Lao ngoài phổi Kaposi sarcoma Nhiễm <i>cytomegalovirus</i> (viêm võng mạc hoặc nhiễm <i>cytomegalovirus</i> tạng khác) <i>Toxoplasma</i> ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh) Bệnh lý não do HIV Nhiễm nấm <i>cryptococcus</i> ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não Nhiễm <i>mycobacteria</i> không phải lao lan tỏa Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển Nhiễm <i>cryptosporidium</i> mạn tính Nhiễm <i>Isospora</i> mạn tính Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm <i>Talaromyces</i>) U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B) Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV Nhiễm khuẩn huyết tái phát (bao gồm cả <i>Salmonella</i> không thương hàn) Ung thư cổ tử cung xâm lấn Bệnh <i>leishmania</i> lan tỏa không điển hình	Gầy mòn, còi cọc nặng hoặc suy dinh dưỡng nặng ^c không giải thích được không đáp ứng phù hợp với điều trị chuẩn thông thường Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) Nhiễm khuẩn nặng tái diễn, như viêm màng phổi, viêm mắt, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não nhưng loại trừ viêm phổi Nhiễm herpes mạn tính (Nhiễm <i>herpes simplex</i> mạn tính ở môi miệng hoặc ngoài da kéo dài trên 1 tháng hoặc ở bất cứ tạng nào) Nhiễm nấm <i>candida</i> thực quản (hoặc nấm <i>candida</i> khí quản, phế quản hoặc phổi) Lao ngoài phổi Kaposi sarcoma Nhiễm <i>cytomegalovirus</i> (viêm võng mạc hoặc nhiễm <i>cytomegalovirus</i> tạng khởi phát sau 1 tháng tuổi) <i>Toxoplasma</i> ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh) Bệnh lý não do HIV Nhiễm nấm <i>cryptococcus</i> ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não Nhiễm <i>mycobacteria</i> không phải lao lan tỏa Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển Nhiễm <i>cryptosporidium</i> mạn tính (có tiêu chảy) Isosporiasis mạn tính Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm <i>Talaromyces</i>) U lympho (không Hodgkin thể não hoặc tế bào B) Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV

^aTrong bảng này, vị thành niên được xác định là trẻ từ 15 tuổi trở lên. Đối với trường hợp dưới 15 tuổi, sử dụng phân giai đoạn lâm sàng như trẻ em.

^bĐối với trẻ dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng trung bình được xác định gồm cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 2 z-score hoặc chu vi giữa cánh tay từ 115 mm đến dưới 125 mm.

^cĐối với trẻ dưới 5 tuổi, gầy mòn được xác định là cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 3 z-score; còi cọc được xác định là chiều dài theo tuổi /chiều cao theo tuổi < -2 z-score; suy dinh dưỡng cấp nặng là cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 3 z-score hoặc chu vi phần giữa cánh tay < 115 mm hoặc có phù.

PHỤ LỤC 3: LIỀU LƯỢNG CỦA CÁC THUỐC ARV CHO NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ > 30 KG

Tên chung	Liều lượng
Ức chế sao chép ngược nucleoside (NRTIs)/ Ức chế sao chép ngược nucleotide (NtRTIs)	
Abacavir (ABC)	300 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 600 mg 1 lần trong ngày
Emtricitabine (FTC)	200 mg 1 lần trong ngày
Lamivudine (3TC)	150 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 300 mg 1 lần trong ngày
Zidovudine (AZT)	250–300 mg 2 lần mỗi ngày
Tenofovir (TDF)	300 mg 1 lần trong ngày
Ức chế sao chép ngược không-nucleoside (NNRTIs)	
Efavirenz (EFV)	400 hoặc 600 mg 1 lần trong ngày
Nevirapine (NVP)	200 mg 1 lần trong ngày trong 14 ngày, sau đó 200 mg 2 lần mỗi ngày. Khi sử dụng NVP trên người bệnh đang điều trị rifamycin, thì sử dụng đủ liều NVP 200 mg x 2 lần/ngày. NVP chỉ sử dụng trong tình huống đặc biệt
Ức chế Proteases (PIs)	
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	300 mg + 100 mg 1 lần trong ngày
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	800 mg + 100 mg 1 lần trong ngày hoặc 600mg + 100 mg 2 lần mỗi ngày
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100 mg 2 lần mỗi ngày Cân nhắc đối với những người có điều trị lao Nếu có rifabutin, không cần thiết điều chỉnh liều. Nếu có rifampicin, điều chỉnh liều LPV/r (LPV 800 mg + RTV200 mg hai lần mỗi ngày hoặc LPV 400 mg + RTV 400 mg hai lần mỗi ngày)
Ức chế men tích hợp (INSTIs)	
Raltegravir (RAL)	400 mg 2 lần mỗi ngày
Dolutegravir (DTG)	50 mg 1 lần mỗi ngày Đối với người điều trị lao bằng rifampicin phải tăng liều DTG 50mg 2 lần/ngày và phải theo dõi chặt chẽ. Nếu điều trị lao bằng rifabutin thì không phải tăng liều.

Lưu ý: Viên phối hợp liều cố định: TLE (tenofovir 300 mg, lamivudine 300 mg, efavirenz 600 hoặc 400mg) có thể sử dụng cho trẻ 1 viên/ngày cho trẻ > 10 tuổi nặng từ 30 kg trở lên.

TLD (Tenofovir 300 mg, Lamivudine 300 mg, Dolutegravir 50mg) có thể sử dụng 1 viên/ngày cho trẻ > 10 tuổi nặng từ 30 kg trở lên.

PHỤ LỤC 4: LIỀU THUỐC VIÊN CỐ ĐỊNH DÙNG 2 LẦN MỖI NGÀY CHO TRẺ EM

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số viên thuốc tính theo cân nặng, sáng và tối										Hàm lượng viên thuốc cho người lớn (mg)	Số lượng viên thuốc theo cân nặng	
		3 - 5,9 kg		6 - 9,9 kg		10 - 13,9 kg		14 - 19,9 kg		20 - 24,9 kg			25 - 34,9 kg	
		Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối		Sáng	Tối
AZT/3TC	Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300/150	1	1
AZT/3TC/ NVP	Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg/50 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300/150/200	1	1
ABC/ AZT/3TC	Viên nén (phân tán) 60 mg/60 mg/30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300/300/150	1	1
ABC/3TC	Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	600/300	0,5	0,5

PHỤ LỤC 5: LIỀU ĐƠN GIẢN HÓA CỦA THUỐC VIÊN UỐNG MỘT LẦN MỖI NGÀY CHO TRẺ EM

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số lượng viên nén hoặc viên nang theo cân nặng, 1 lần trong ngày					Hàm lượng (mg)	Số lượng viên nén hoặc viên nang theo cân nặng, 1 lần trong ngày
		3 - 5,9 kg	6 - 9,9 kg	10 - 13,9 kg	14 - 19,9 kg	20 - 24,9 kg		25 - 34,9 kg
EFV*	Viên (1 vạch khứa) 200 mg	-	-	1	1,5	1,5	200	2
	Viên (vạch khứa kép) 600 mg	-	-	1/3	1/2	2/3	600	2/3
ABC/3TC	Viên nén phân tán 60/30 mg	2	3	4	5	6	600 + 300	1

*Không dùng EFV cho trẻ dưới 3 tuổi và cân nặng dưới 10 kg.

Viên thuốc 2 vạch khứa kép có 1 mặt thuốc có 2 vạch khứa và mặt kia có 1 vạch khứa để có thể chia viên thuốc làm 3 phần hoặc 2 phần khi cần thiết.

**PHỤ LỤC 6: LIỀU ĐƠN GIẢN HÓA CỦA THUỐC VIÊN, THUỐC DUNG DỊCH UỐNG
DÙNG 2 LẦN MỖI NGÀY CHO TRẺ**

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số viên thuốc tính theo cân nặng, sáng và tối										Hàm lượng viên thuốc cho người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng	
		3 - 5,9 kg		6 - 9,9 kg		10 - 13,9 kg		14 - 19,9 kg		20 - 24,9 kg			25 - 34,9 kg	
		Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối		Sáng	Tối
		Chế phẩm thuốc viên												
3TC	Viên nén (phân tán) 30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	150	1	1
AZT	Viên nén (phân tán) 60 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300	1	1
ABC	Viên nén (phân tán) 60 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300	1	1
NVPa	Viên nén (phân tán) 50 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	200	1	1
LPV/rb	Viên (bền với nhiệt) 100 mg/25 mg	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	100/25	3	3

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số viên thuốc tính theo cân nặng, sáng và tối										Hàm lượng viên thuốc cho người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng	
		3 - 5,9 kg		6 - 9,9 kg		10 - 13,9 kg		14 - 19,9 kg		20 - 24,9 kg			25 - 34,9 kg	
		Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối		Sáng	Tối
RAL	Viên nhai 25 mg	-	-	-	-	3	3	4	4	6	6	400	1	1
	Viên nhai 100mg	-	-	-	-	-		1	1	1,5	1,5	400	1	1
	Dạng bột 100 mg/túi	0,5	0,5	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-		-	-
		Chế phẩm dung dịch												
AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	-	-	-	-	-	-	-
ABC	20 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-	-	-
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	-	-	-	-	-		
NVPa	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	-	-	-	-	-	-	-
LPV/rb	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1,5 ml	1,5 ml	2 ml	2 ml	2,5 ml	2,5 ml	3 ml	3 ml	-	-	-

^a Khi bắt đầu ARV, giảm nửa liều NVP để tránh độc tính. Đối với trẻ đang điều trị lao có rifamycin bắt đầu điều trị ARV, liều NVP: 200mg/m² da/1 lần x 2 lần /ngày.

^b Dung dịch LPV/r cần bảo quản lạnh trong quá trình lưu giữ và vận chuyển. Thuốc bền vững với nhiệt LPV/r cần được nuốt nguyên viên, không nên chia nhỏ hoặc nghiền nát.

PHỤ LỤC 7: LIỀU ĐƠN GIẢN HÓA CỦA CÁC CHẾ PHẨM TDF HIỆN CÓ CHO TRẺ EM

Thuốc	Kích cỡ thìa đồng bột (mg) hoặc hàm lượng viên thuốc (mg)	Số lượng thìa hoặc viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày					Hàm lượng viên thuốc của người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày
		3 - 5,9 kg	6 - 9,9 kg	10 - 13,9 kg	14 - 19,9 kg	20 - 24,9 kg		25 - 34,9 kg
TDF ^a	Thìa đồng bột uống 40 mg/thìa	-	-	3	-	-	300 mg	1 (200 mg) ^b hoặc 1 (300 mg)
	Viên nén 150 mg hoặc 200 mg	-	-	-	1 (150 mg)	1 (200 mg)		

^a Liều đích: 8 mg/kg hoặc 200 mg/m² (tối đa 300 mg).

^b Viên 200 mg nên dùng cho trẻ có cân nặng 25 - 29,9 kg và viên 300 mg cho trẻ có cân nặng 30 - 34,9 kg.

PHỤ LỤC 8: LIỀU INH VÀ CTX ĐỂ DỰ PHÒNG ĐÃ ĐƯỢC ĐƠN GIẢN HÓA

Thuốc	Hàm lượng viên thuốc hoặc dung dịch uống (mg hoặc mg/5 ml)	Số lượng thìa hoặc viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày					Hàm lượng viên thuốc của người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày
		3 - 5,9 kg	6 - 9,9 kg	10 - 13,9 kg	14 - 19,9 kg	20 - 24,9 kg		25 - 34,9 kg
INH	100 mg	0,5	1	1,5	2	2,5	300 mg	1
CTX	Hỗn dịch 200/40 mỗi 5 ml	2,5 ml	5 ml	5 ml	10 ml	10 ml	-	-
	Viên nén (1 vạch khứa) 100/20 mg	1	2	2	4	4	-	-
	Viên nén (vạch khứa kép) 400/80 mg	-	Nửa viên	Nửa viên	1	1	480/80 mg	2
	Viên nén (vạch khứa kép) 800/160 mg	-	-	-	Nửa viên	Nửa viên	800/160 mg	1
INH/CTX/B6	Viên nén (vạch khứa kép) 960 mg/300 mg/25 mg	-	-	-	Nửa viên	Nửa viên	960 mg/300 mg/25 mg	1

PHỤ LỤC 9: LIỀU CTX DỰ PHÒNG CHO TRẺ PHƠI NHIỄM/TRẺ NHIỄM HIV

Cân nặng (kg) Liều: 5 mg (TMP)/kg/ngày	Xi-rô TMP 40 mg/SMX 200 mg /5ml x 1 lần/ngày	Viên nén TMP 20mg/SMX 100mg x 1 lần/ngày	Gói TMP 40mg/ SMX 200 mg x 1 lần/ngày	Viên nén TMP 80 mg/SMX 400 mg x 1 lần/ngày	Viên nén TMP 160 mg/SMX 800 mg x 1 lần/ngày
3,0 - 5,9	2,5ml/lần	1 viên/lần	½ gói	¼ viên/lần	
6,0 - 9,9	5ml/lần	2 viên/lần	1 gói	½ viên/lần	
10 - 13,9	5ml/lần	2 viên/lần	1 gói	½ viên/lần	
14 - 19,9	10ml/lần	4 viên/lần	2 gói	1 viên/lần	
20 - 24,9	10ml/lần	4 viên/lần	2 gói	1 viên/lần	
25 - 34,9				2 viên/lần	1 viên/lần
>= 35				2 viên/lần	1 viên/lần

PHỤ LỤC 10: ĐỘC TÍNH VÀ XỬ TRÍ ĐỘC TÍNH CỦA CÁC THUỐC ARV

Thuốc ARV	Độc tính chính	Yếu tố nguy cơ	Xử trí
ABC	Phản ứng quá mẫn	Có gene HLA-B*5701	Không sử dụng ABC ở người có gene HLA-B*5701 Thay bằng AZT hoặc TDF
ATV/r	Điện tâm đồ bất thường (khoảng PR và QRS kéo dài)	Các bệnh dẫn truyền sẵn có Sử dụng đồng thời các thuốc khác có khả năng kéo dài khoảng PR và QRS Congenital long QT syndrome	Sử dụng thận trọng ở những người có bệnh rối loạn dẫn truyền trước đó hoặc đang dùng đồng thời thuốc có thể kéo dài khoảng PR hoặc khoảng QRS.
	Tăng bilirubin gián tiếp (vàng da trên lâm sàng)	Người có men UDP glucuronosyltransferase 1-1 (UGT1A1*28 gen)	Thường là lành tính. Thay thuốc khi có biểu hiện nặng.
	Sỏi thận	Người có tiền sử sỏi thận	Đổi sang LPV/r hoặc DRV/r. Nếu có chống chỉ định với các chất tăng cường PI và NNRTI đã thất bại trong điều trị ARV bậc một, thì cần cân nhắc sử dụng các thuốc ức chế men tích hợp
AZT	Thiếu máu, Giảm bạch cầu hạt, bệnh lý cơ, teo mỡ hoặc loạn dưỡng mỡ	Thiếu máu hoặc giảm bạch cầu hạt trước điều trị Số lượng CD4 $\leq$ 200 tế bào/mm ³	Nếu đang sử dụng AZT trong điều trị ARV bậc một, thay thế bằng TDF hoặc ABC
	Toan lactic hoặc gan to kèm thoái hóa mỡ nặng	BMI > 25 (hoặc cân nặng cơ thể > 75 kg) Phơi nhiễm kéo dài với các thuốc tương tự nucleoside	
DRV/r	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	Nếu đang sử dụng DRV/r trong điều trị ARV bậc hai, thay thế bằng ATV/r hoặc LPV/r.
	Phản ứng quá mẫn và phản ứng da nặng	Dị ứng sulfonamide	
DTG	Gây độc cho gan và phản ứng quá mẫn	Đồng nhiễm viêm gan B, C Bệnh lý gan	Nếu DTG trong phác đồ điều trị ARV bậc 1 có phản ứng quá mẫn, thay thế thuốc ARV thuộc nhóm khác (EFV hoặc PI tăng cường)
	Tăng cân	Nguy cơ tăng khi sử dụng phác đồ TAF + 3TC + DTG	Tư vấn chế độ ăn kiêng, bỏ thuốc lá, tập thể dục

Thuốc ARV	Độc tính chính	Yếu tố nguy cơ	Xử trí
	Mất ngủ	Phụ nữ trên 60 tuổi	Xem xét liều hoặc đổi sang PI tăng cường hoặc RAL
	Dị tật ống thần kinh cho thai nhi	Mẹ sử dụng TDG ở quý đầu của thai kỳ	Không bắt đầu điều trị DTG cho phụ nữ mang thai 3 tháng đầu.
EFV	Độc tính thần kinh trung ương kéo dài (như có các giấc mơ bất thường, trầm cảm hoặc rối loạn ý thức)	Trầm cảm hoặc các rối loạn tâm thần khác (có từ trước hoặc khi bắt đầu điều trị) Dùng ban ngày	Cân nhắc thay thế bằng NVP khi có độc tính nhiễm độc thần kinh. Nếu dị ứng độ 3, độ 4 hoặc nhiễm độc gan nặng, sử dụng thuốc PI tăng cường. Nếu không còn lựa chọn nào khác dùng 3 thuốc NRTI.
	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	
	Co giật	Tiền sử động kinh	
	Phản ứng quá mẫn, hội chứng Stevens -Johnson	Không rõ yếu tố nguy cơ	
	Có khả năng gây dị tật ống thần kinh bẩm sinh (nguy cơ ở người rất thấp)	Không rõ yếu tố nguy cơ	
	Vú to ở nam giới		
LVP/r	Điện tâm đồ bất thường (khoảng PR và QT kéo dài, xoắn đỉnh)	Người có bệnh lý dẫn truyền có sẵn Sử dụng đồng thời các thuốc khác có khả năng kéo dài khoảng PR	Nếu LPV/r được sử dụng trong điều trị ARV bậc một cho trẻ em thì có thể thay bằng một NNRTI phù hợp lứa tuổi (NVP đối với trẻ dưới 3 tuổi và EFV đối với trẻ từ 3 tuổi trở lên). Có thể thay bằng ATV cho trẻ trên 6 tuổi Nếu LPV/r được sử dụng trong điều trị ARV bậc hai cho người trưởng thành, sử dụng ATV/r hoặc DRV/r. Nếu có chống chỉ định với PI tăng cường và người bệnh bị thất bại điều trị ARV bậc một có NNRTI, cân nhắc đổi sang thuốc ức chế men tích hợp
	Khoảng QT kéo dài	Hội chứng QT dài bẩm sinh Hạ kali máu Sử dụng đồng thời các thuốc khác thể kéo dài khoảng QT	
	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	
	Viêm tụy	Bệnh HIV tiến triển	
	Nguy cơ dậy thì sớm, loạn dưỡng mỡ hoặc hội chứng chuyển	Nguy cơ không rõ	

Thuốc ARV	Độc tính chính	Yếu tố nguy cơ	Xử trí
	hóa, rối loạn lipid máu hoặc tiêu chảy nặng		
NVP	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan > 250 tế bào/mm3 ở phụ nữ CD4 > 400 tế bào/mm3 ở nam giới Điều trị tháng đầu tiên (nếu không tăng liều dần)	Thay bằng EFV nếu người bệnh không thể dung nạp NNRTI (nhiễm độc gan nặng), sử dụng thuốc PI tăng cường hoặc 3 thuốc NRTI nếu không còn lựa chọn nào khác
	Phản ứng quá mẫn và phản ứng da nặng (hội chứng Stevens-Johnson)	CD4 > 250 tế bào/mm3 ở phụ nữ CD4 > 400 tế bào/mm3 ở nam giới	Ngừng thuốc nếu dị ứng vừa và nặng. Khi ổn định điều trị lại với phác đồ có PI, hoặc ba thuốc NRTI nếu không còn lựa chọn nào khác
RAL	Tiêu cơ vân, bệnh lý cơ, đau cơ	Dùng đồng thời với các thuốc làm tăng nguy cơ bệnh lý cơ và tiêu cơ vân	Đổi sang thuốc ARV thuộc nhóm khác (PI tăng cường)
	Viêm gan và suy gan, phát ban nặng, phản ứng quá mẫn	Chưa rõ yếu tố nguy cơ	
TDF	Bệnh thận mạn tính. Tổn thương thận cấp và hội chứng Fanconi	Bệnh thận tiềm tàng Người bệnh trên 50 tuổi BMI < 18,5 hoặc thấp cân (< 50kg) Có bệnh lý kèm theo như cao huyết áp, tiểu đường mà không được điều trị. Đồng sử dụng các thuốc độc thận khác hay PI tăng cường	Thay thế bằng AZT hoặc ABC Không khởi động điều trị TDF khi mức lọc cầu thận < 50 ml/phút; có bệnh cao huyết áp không kiểm soát, tiểu đường chưa điều trị hay có biểu hiện suy thận
	Giảm mật độ khoáng xương	Có tiền sử rối loạn tạo xương, bệnh còi xương, gãy xương bệnh lý. Có nguy cơ loãng xương hoặc mất khoáng xương Thiếu Vitamin D	
	Toan lactic, gan to nhiễm mỡ	Tiền sử điều trị lâu dài với thuốc tương tự nucleoside Béo phì Bệnh gan	

PHỤ LỤC 11: BẢNG ĐIỀU CHỈNH LIỀU ARV THEO MỨC LỌC CẦU THẬN

Các thuốc ARV	Mức lọc cầu thận (mL/phút)				Lọc máu khi mức lọc cầu thận < 10
	≥ 50	30-49	10-29	< 10	
ABC	Không yêu cầu điều chỉnh liều				
FTC 200 mg ngày một lần	200 mg hai ngày một lần	200 mg ngày một lần	200 mg bốn ngày một lần	200 mg bốn ngày một lần	
3TC 300 mg ngày một lần	150 mg ngày một lần	100 mg ngày một lần	50-25 mg ngày một lần	50-25 mg	
TDF 300 mg ngày một lần	300 mg mỗi 48giờ	Thay thuốc khác nếu không có thuốc thay thế: 300 mg 2 lần một tuần (mỗi 72-96giờ)	Không khuyến cáo sử dụng	300 mg 7 ngày/1 lần	
AZT 300 mg q12h	Không cần điều chỉnh liều		100 mg 8giờ một lần	100 mg 8 giờ một lần	
NNRTIs (EFV, NVP)	Không yêu cầu chỉnh liều				
Các thuốc PIs	Không yêu cầu chỉnh liều				

PHỤ LỤC 12: TƯƠNG TÁC GIỮA CÁC THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP (DAAS) ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C VỚI CÁC THUỐC ARV

Các thuốc DAAs	Các thuốc ARV										
	Efavirenz (EFV)	Nevirapine (NVP)	Abacavir (ABC)	Lamivudine/emtricitabine 3TC/FTC	Tenofovir (TDF)	Zidovudine (AZT)	Lopinavir/r (LPV/r)	Atazanavir (ATV/r)	Darunavir (DRV/r)	Dolutegravir (DTG)	Raltegravir (RAL)
Sofosbuvir											
Daclatasvir	Tăng liều daclatasvir thành 90mg	Tăng liều daclatasvir thành 90mg						Giảm liều daclatasvir thành 30mg			
Sofosbuvir/ Ledipasvir		Không có số liệu			Theo dõi độc tính thận		Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF	Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF	Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF		
Sofosbuvir/ Velpatasvir	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng			Theo dõi độc tính thận						
Sofosbuvir/ Velpatasvir/ Voxilaprevir	Không kê đơn cùng	Không có số liệu	Không có số liệu		Theo dõi độc tính thận	Không có số liệu	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng		
Glecaprevir/ Pibrentasvir		Không có số liệu	Không có số liệu			Không có số liệu					
Ribavirin						Không kê đơn cùng					



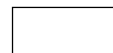
Không có tương tác đáng kể



Có tương tác, không kê đơn cùng



Cần theo dõi/điều chỉnh liều



Không có số liệu

PHỤ LỤC 13: PHIẾU TƯ VẤN TĂNG CƯỜNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ

(Dành cho bệnh nhân đang điều trị ARV có tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml)

Họ tên: Mã số bệnh án:

Ngày sinh:/...../..... Giới tính: Nữ ☐ Nam ☐

Thông tin ban đầu

Phác đồ thuốc ARV đang sử dụng: ☐Bậc 1 ☐ Bậc 2

Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV lần gần nhất: Ngày XN:/...../.....

Mức tuân thủ điều trị trước tư vấn: ☐ Tốt (>95%) ☐ Không tốt (<95%)

Buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần 1:

Ngày:/...../..... Có người hỗ trợ điều trị tham gia: ☐Có ☐Không

Các yếu tố không tuân thủ	Giải pháp tăng cường tuân thủ	Kế hoạch tăng cường tuân thủ
Yếu tố hành vi ☐ Quên ☐ Làm hỏng, mất thuốc, cho thuốc ☐ Uống rượu/sử dụng ma túy	Các can thiệp được thực hiện: ☐ Tư vấn cá nhân về tuân thủ ☐ Tư vấn nhóm về tuân thủ ☐ Có nhân viên hỗ trợ ☐ Có bệnh nhân khác hỗ trợ ☐ Có người nhà hỗ trợ ☐ Điều trị nghiện/cai nghiện ☐ Khác:	Bệnh nhân chọn giải pháp tăng cường tuân thủ điều trị: ☐ Nhờ người nhà hỗ trợ ☐ Nhờ bệnh nhân khác hỗ trợ ☐ Nhờ nhân viên hỗ trợ nhắc nhở ☐ Điều trị nghiện/cai nghiện ☐ Đặt báo thức ☐ Đặt lời nhắc ☐ Dùng hộp đựng thuốc ☐ Lời nhắc dán trên tường ☐ Khác:
Yếu tố sức khỏe, nhận thức ☐ Thấy khỏe rồi ☐ Muốn điều trị theo cách khác ☐ Bị ốm ☐ Tác dụng phụ		Khi nào bắt đầu thực hiện?
Yếu tố kinh tế, xã hội ☐ Đi lại xa, khó khăn ☐ Đi làm ăn xa ☐ Không có người thân hỗ trợ ☐ Bị bắt (đi tù, cai nghiện)		Ai hỗ trợ?
Yếu tố cảm xúc, tâm thần kinh ☐ Buồn chán/trầm cảm/căng thẳng ☐ Mặc cảm và sợ bị kỳ thị		

Buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần 2 (sau buổi tư vấn lần đầu 1 tháng):

Ngày:/...../..... Có người hỗ trợ điều trị tham gia: ☐Có ☐Không

Mức TTĐT sau tư vấn tăng cường lần 1: ☐ Tốt (>95%) ☐ Không tốt (<95%)

Nếu BN tuân thủ không tốt, nêu lý do và giải pháp:

Lý do tuân thủ điều trị không tốt	Các giải pháp

Buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần 3 (sau buổi tư vấn lần thứ hai 1 tháng):

Ngày:/...../..... Có người hỗ trợ điều trị tham gia: ☐ Có ☐ Không

Mức TTĐT sau buổi tư vấn tăng cường lần 2: ☐ Tốt ($\geq 95\%$) ☐ Không tốt ($< 95\%$)

Nếu BN tuân thủ không tốt, nêu lý do và giải pháp:

Lý do tuân thủ điều trị không tốt	Các giải pháp

Mức tuân thủ của bệnh nhân sau 3 lần tư vấn: ☐ Tốt ($> 95\%$) ☐ Không tốt ($< 95\%$)

Có thực hiện XN lại tải lượng HIV không? ☐ Có ☐ Không

Ngày lấy mẫu: ____/____/____ Kết quả: bs/ml

Nếu NB tuân thủ **không tốt**: yếu tố quan trọng nhất khiến bệnh nhân chưa tuân thủ tốt (chọn 1):

☐ Hành vi ☐ Nhận thức ☐ Cảm xúc ☐ Tình trạng kinh tế, xã hội

Có tiếp tục tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị hay không? ☐ Có ☐ Không

(Nếu có thì dùng một phiếu mới)

Xét nghiệm HIV kháng thuốc: ☐ Có ☐ Không

Ngày thực hiện:/...../.....

Kết quả: ☐ Không kháng phác đồ hiện tại

☐ Kháng phác đồ hiện tại (cụ thể:)

Quyết định lâm sàng:

Giữ nguyên phác đồ điều trị ☐

Chuyển sang phác đồ bậc 2 ☐ Ngày bắt đầu: ____/____/____

Phác đồ thuốc bậc 2 (hoặc 3): _____

Cán bộ tư vấn Ngày/...../.....

(ký, ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 14: ĐIỀU CHỈNH LIỀU ARV THEO PHÂN ĐỘ CHILD-PUGH

	Child -Pugh		
	A	B	C
ABC	200 mg * 2 lần/ ngày	Chống chỉ định	
FTC hoặc 3TC	Không cần chỉnh liều		
TDF hoặc TDF/3TC	Không cần chỉnh liều		
ZDV	Không cần điều chỉnh liều	Không cần điều chỉnh liều	Giảm ½ liều hoặc giãn thời gian dùng
EFV	Không cần điều chỉnh liều	Cẩn thận khi suy gan	
NVP		Chống chỉ định	
ATV		300 mg hàng ngày	Không khuyến cáo
RTV		Không sử dụng RTV tăng cường	
LPV		Cẩn trọng khi suy gan	

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt:

1. Bộ Y tế: “Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế” ban hành kèm theo Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 02 năm 2015.
2. Bộ Y tế: “Hướng dẫn quản lý, theo dõi điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV” ban hành kèm theo Thông tư số 32/2013/TT-BYT ngày 17 tháng 10 năm 2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế: “Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV” ban hành kèm theo Thông tư số 09/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế: “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2009 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế: “Quy định chế độ báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS” ban hành kèm theo Thông tư số 03/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 3 năm 2015.
6. Bộ Y tế: “Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương” ban hành kèm theo Thông tư số 02/2015/TT-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2015 của Bộ Y tế.
7. Bộ Y tế: Quyết định số 4139/QĐ-BYT ngày 02 tháng 11 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Bộ Y tế: Về việc ban hành “Hướng dẫn thực hiện chăm sóc người nhiễm HIV tại nhà và cộng đồng” ban hành kèm theo Quyết định số 1781/QĐ-BYT ngày 27 tháng 05 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
9. Bộ Y tế: “Về việc ban hành hướng dẫn phát hiện tích cực bệnh lao và điều trị dự phòng mắc lao bằng Isoniazid (INH) ở người nhiễm HIV” ban hành kèm theo Quyết định số 2495/QĐ-BYT ngày 18 tháng 7 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
10. Bộ Y tế: “Về việc ban hành Quy chế phối hợp giữa chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và dự án phòng, chống bệnh lao thuộc chương trình mục tiêu quốc gia y tế” ban hành kèm theo Quyết định số 2496/QĐ-BYT ngày 18 tháng 7 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
11. Bộ Y tế: “Về việc ban hành quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con” ban hành kèm theo Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

12. Bộ Y tế: “Về việc ban hành Hướng dẫn thực hiện cải tiến chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú” ban hành kèm theo Quyết định 471/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

13. Cục Phòng, chống HIV/AIDS: “Ban hành Hướng dẫn quản lý cung ứng thuốc kháng HIV (ARV) trong Chương trình phòng, chống HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 165/QĐ-AIDS ngày 25 tháng 8 năm 2014 của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS.

14. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B. Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2014

15. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút C. Quyết định số 5012/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2016

16. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn, chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao. Quyết định số 4263/QĐ-BYT ngày 13/10/2015

Tài liệu tiếng Anh:

1. AIDS info, Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents, Aug 2017

2. European AIDS Clinical Society (EASL), Guidelines, 1/2017

3. India: Antiretroviral therapy guidelines for HIV-Infected adults and adolescents, May 2013.

4. Malaysia: Guidelines for the management of adult HIV infection with antiretroviral therapy, December 2011.

5. South Africa: The south african antiretroviral treatment guidelines , March 2013.

6. United States Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health and the Infectious Diseases Society of America, Treating Opportunistic Infections Among HIV-Exposed and Infected Children, MMWR December 3, 2004 / 53(RR14);1-63

7. WHO (2008), Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health care centres in high-prevalence, resource-constrained settings.

8. WHO (2011), Rapid advice: Diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children.

9. WHO (2011), Intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings.

10. WHO (2012), Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs

11. WHO (2013), Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.

12. WHO (2013), Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs.
13. WHO (2013), HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: Guidance document.
14. WHO (2014), Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.
15. WHO (2014), Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach - December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines.
16. WHO (2014) , Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection.
17. WHO (2014), March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.
18. WHO (2014), July 2014 Global update on the health sector response to HIV, 2014.
19. WHO (2015), Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection.
20. WHO (2016) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.
21. WHO (2017) Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy
22. WHO (2016). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection.
23. WHO (2017). Guideline on hepatitis B and C testing.
24. WHO- UNITAID (2017). Technology and market landscape. Hepatitis C medicines
25. WHO (2018). Latent tuberculosis infection - Updated and consolidated guidelines for programmatic management.
26. WHO (2019). Driven oral pre-exposure prophylaxis to prevention HIV for men who have sex with men: update to who's recommendation on oral PrEP.
27. WHO (2019). Prevention and control of sexually transmitted infections (STIs) in the era of oral pre - exposure prophylaxis (PrEP) for HIV
28. WHO (2019). Update of recommendations on first - and second - line antiretroviral.