

Hà Nội, ngày 14 tháng 3 năm 2013

QUYẾT ĐỊNH

Về việc phê duyệt tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn quốc gia chăm sóc, điều trị và hỗ trợ phụ nữ có thai nhiễm HIV, trẻ phơi nhiễm và bị nhiễm HIV”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ quyết định số 1219/QĐ-BYT ngày 17/4/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc thành lập Ban soạn thảo và Tổ biên tập Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc trẻ sơ sinh, trẻ em phơi nhiễm và bị nhiễm HIV;

Theo đề nghị của Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Phê duyệt tài liệu chuyên môn “ Hướng dẫn quốc gia chăm sóc, điều trị và hỗ trợ phụ nữ có thai nhiễm HIV, trẻ phơi nhiễm và bị nhiễm HIV” (bản kèm theo)

Điều 2: Quyết định này được áp dụng trong tất cả các cơ sở khám chữa bệnh của nhà nước, tư nhân có cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, dịch vụ chăm sóc, điều trị phụ nữ có thai nhiễm HIV, dịch vụ chăm sóc, điều trị trẻ phơi nhiễm và bị nhiễm HIV.

Điều 3: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 4: Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh Thanh tra Bộ, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ Trẻ em, Cục trưởng Cục phòng chống HIV/AIDS, Cục trưởng Cục Quản lý khám chữa bệnh, Tổng cục trưởng Tổng cục Dân số/KHHGD, 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 Y tế các ngành và các đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc TW;
- Y tế các Bộ, Ngành;
- Lưu: VT, BMTE (03).

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Việt Tiến

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN QUỐC GIA CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ VÀ HỖ TRỢ PHỤ NỮ MANG THAI NHIỄM HIV, TRẺ PHƠI NHIỄM VÀ NHIỄM HIV

**(Ban hành kèm theo Quyết định số 872/QĐ-BYT ngày 19 tháng 3 năm 2013
của Bộ trưởng Bộ Y tế)**

Hà Nội 2013

LỜI NÓI ĐẦU

Trên toàn cầu HIV là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, Vi-rút (HIV) gây suy giảm miễn dịch ở người tiếp tục ảnh hưởng nặng nề đến phụ nữ và trẻ em trên toàn thế giới. Hầu hết các trường hợp nhiễm HIV ở trẻ em là do lây truyền từ người mẹ. Dịch HIV ở trẻ em trên toàn cầu đã phản ánh phần nào tình trạng nhiễm HIV ở phụ nữ trong giai đoạn hiện nay. Gần đây tổ chức Y tế Thế giới cho chúng ta thấy rằng nếu các Bà mẹ mang thai nhiễm HIV được điều trị dự phòng sớm, đúng phác đồ thì thu được kết quả cao.

Tại Việt Nam, các can thiệp y tế sớm về điều trị và dự phòng đối với phụ nữ mang thai, trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV có vai trò vô cùng quan trọng hạn chế đến mức thấp nhất tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con, tiến tới không có trẻ nhiễm HIV do lây truyền từ mẹ sang con. Tất cả các trường hợp nhiễm HIV này đều có thể được ngăn ngừa bằng lồng ghép với các hoạt động của phòng chống HIV/AIDS, chăm sóc sức khỏe sinh sản, dinh dưỡng, Chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục chương trình dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, cung cấp can thiệp và dự phòng ARV hiệu quả cao trong điều trị.

Đối với Việt Nam tất cả phụ nữ mang thai nhiễm HIV và trẻ phơi nhiễm, trẻ nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng do HIV đều có quyền được hưởng các lợi ích về chăm sóc y tế và được tiếp cận dịch vụ tới các cơ sở y tế chăm sóc và điều trị cũng như phục hồi chức năng về sức khỏe.

Vụ sức khỏe Bà mẹ Trẻ em cùng phối hợp Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã tổng hợp, cập nhật và biên tập, xây dựng tài liệu Hướng dẫn quốc gia chăm sóc, điều trị, hỗ trợ phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ phơi nhiễm và bị nhiễm HIV này dựa trên các Văn bản pháp quy, Quy trình, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV của Bộ Y tế đã ban hành có nội dung liên quan đến các can thiệp y tế đối với phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ phơi nhiễm HIV, trẻ nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng do HIV. Tài liệu Hướng dẫn quốc gia chăm sóc, điều trị, hỗ trợ phụ nữ mang thai nhiễm HIV, trẻ phơi nhiễm và bị nhiễm HIV được ban hành sẽ giúp các cán bộ Y tế tại các tuyến dễ thực hành trong công tác chăm sóc, điều trị cho phụ nữ mang thai, trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV.

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn với sự hỗ trợ kinh phí của tổ chức Save the Children và kỹ thuật của các chuyên gia trong ban soạn thảo. Chúng tôi cũng trân trọng cảm ơn sự đóng góp ý kiến về chuyên môn kỹ thuật của Quỹ Sáng kiến tiếp cận Y tế Clinton (CHAI) và các đồng nghiệp tại các tỉnh đã tham gia hỗ trợ cùng chúng tôi thử nghiệm tài liệu, để chúng tôi tổng hợp và hoàn thành được Hướng dẫn Quốc gia này.

Trong quá trình xây dựng tài liệu Hướng dẫn không tránh khỏi những thiếu sót, chúng tôi mong nhận được các ý kiến đóng góp để có thể chỉnh sửa trong các lần tái bản sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

MỤC LỤC

CHƯƠNG I.

TỔNG QUAN VỀ HIV/AIDS VÀ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN

HIV TỪ MẸ SANG CON	7
I. ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN HIV	7
II. DIỄN BIẾN TỰ NHIÊN VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG NHIỄM HIV/AIDS	7
III. CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG (GĐLS).....	8
1. Chẩn đoán nhiễm HIV.....	8
2. Phân loại GĐLS và miễn dịch ở người lớn.....	8
2.1 Phân loại GĐLS.....	8
2.2 Phân loại giai đoạn miễn dịch	9
3. Phân loại GĐLS và miễn dịch ở trẻ em	10
3.1 Phân loại GĐLS.....	10
3.2 Phân loại giai đoạn miễn dịch	11
4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển (bao gồm AIDS)	12
IV. DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON (PLTMC).....	12
1. Lây truyền HIV từ mẹ sang con	12
2. Các thành tố của chương trình PLTMC	13
3. Các yếu tố nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con	14

CHƯƠNG II.

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV

TỪ MẸ SANG CON.....	15
I. TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM HIV	15
1. Nguyên tắc tư vấn và xét nghiệm HIV cho PNMT	15
2. Tư vấn và xét nghiệm HIV cho PNMT chưa biết tình trạng HIV	15
2.1 Đối tượng và hình thức tư vấn.....	15
2.2 Nội dung tư vấn trước xét nghiệm	15
2.3 Thỏa thuận đồng ý xét nghiệm	16
2.4 Xét nghiệm HIV	16
2.5 Tư vấn sau xét nghiệm	16
II. CHĂM SÓC, HỖ TRỢ VÀ DINH DƯỠNG CHO PNMT NHIỄM HIV	17
1. Dự phòng NTCH bằng CTX và INH cho PNMT nhiễm HIV	17
2. Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH thường gặp trên PNMT nhiễm HIV	18
3. Tư vấn cho phụ nữ mang thai về chăm sóc và dinh dưỡng	21
4. Phối hợp quản lý và chuyên gửi PNMT nhiễm HIV.....	22
III. CAN THIỆP BẰNG THUỐC ARV CHO PNMT NHIỄM HIV	22
1. Dự phòng có thai trên phụ nữ tuổi sinh đẻ đang điều trị ARV	22
2. Sử dụng thuốc ARV cho PNMT nhiễm HIV	22
2.1 Điều trị ARV lâu dài	22

2.2	Điều trị PLTMC bằng ARV	23
3.	Tác dụng phụ của ARV đối với PNMT	25
IV.	CHĂM SÓC KHI CHUYỂN DẠ, KHI SINH	25
V.	CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SAU SINH.....	25
1.	Chăm sóc trẻ sau sinh.....	25
2.	Chăm sóc bà mẹ sau sinh	25
VI.	CHUYÊN TUYẾN CHUYÊN TIẾP CHO MẸ VÀ CON SAU SINH.....	26
1.	Bà mẹ nhiễm HIV.....	26
2.	Trẻ phơi nhiễm HIV	26

CHƯƠNG III.

CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ VÀ HỖ TRỢ CHO TRẺ PHƠI

NHIỄM VÀ NHIỄM HIV 28

I. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ CƠ BẢN CHO TRẺ PHƠI NHIỄM CHƯA

XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG NHIỄM HIV.....29

1. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV (hình 3).....29

1.1 Chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi (hình 3)31

1.2 Tư vấn và xét nghiệm HIV cho trẻ trên 18 tháng tuổi (hình 3)32

2. Khám lâm sàng, đánh giá tăng trưởng, xét nghiệm và theo dõi định kỳ 32

2.1 Khám, đánh giá, xử trí và theo dõi các bệnh thông thường.....32

2.2 Khám, đánh giá, xử trí và theo dõi các bệnh có liên quan đến nhiễm HIV 32

3. Tư vấn nuôi dưỡng trẻ33

3.1 Mục đích.....33

3.2 Nội dung.....33

4. Tiêm chủng.....34

5. Dự phòng NTCH bằng CTX.....34

6. Chăm sóc tâm lý, hỗ trợ xã hội, tư vấn và giáo dục cho người chăm sóc 35

6.1 Xác định người chăm sóc và vai trò của người chăm sóc.....35

6.2 Đánh giá, phát hiện các khó khăn của người chăm sóc và giải pháp.....35

7. Phối hợp và chuyển gửi đến các dịch vụ hỗ trợ đặc biệt.....35

7.1 Những khó khăn trẻ có thể gặp phải35

7.2 Các giải pháp36

II. CHĂM SÓC CHO TRẺ KHẲNG ĐỊNH KHÔNG NHIỄM HIV36

III. CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ ĐÃ KHẲNG ĐỊNH NHIỄM HIV37

1. Khám lâm sàng, đánh giá tăng trưởng, xét nghiệm và theo dõi định kỳ 38

1.1 Khám, đánh giá, chẩn đoán các tình trạng, bệnh lý thông thường.....38

1.2 Khám lâm sàng và xét nghiệm cần thiết cho tất cả trẻ nhiễm HIV.....38

1.3 Quản lý trẻ chưa đủ tiêu chuẩn để điều trị ARV.....38

2. Tư vấn về dinh dưỡng và nuôi dưỡng trẻ nhiễm HIV.....39

3. Tiêm chủng cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV39

3.1 Nguyên tắc chung:.....39

3.2 Lịch tiêm chủng.....40

4. Dự phòng NTCH bằng CTX.....41

2.1	Giới thiệu về CTX.....	41
2.2	Hướng dẫn điều trị dự phòng bằng CTX	41
2.3	Phân loại mức độ phát ban do CTX.....	42
5.	Tích cực phát hiện mắc lao, dự phòng và điều trị lao	43
5.1	Phát hiện các trường hợp nghi ngờ mắc lao.....	43
5.2	Điều trị dự phòng lao bằng INH.....	43
6.	Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH thường gặp ở trẻ nhiễm HIV.....	45
7.	Điều trị ARV	54
7.1	Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV	54
7.2	Chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV.....	54
7.3	Các phác đồ điều trị bậc 1	55
7.4	Tác dụng phụ của các thuốc ARV và cách xử trí.....	55
7.5	Theo dõi trẻ được điều trị bằng thuốc ARV.....	61
7.6	Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD).....	65
7.7	Thất bại điều trị phác đồ bậc 1 và đổi phác đồ bậc 2.....	66
8.	Chăm sóc tâm lý xã hội	69
8.1	Đối với trẻ lớn	69
8.2	Đối với trẻ nhỏ, hỗ trợ tâm lý xã hội cho người chăm sóc.....	69
9.	Chăm sóc giảm nhẹ	70
	TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	71

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải)
ARV	Antiretrovi-rút (Thuốc kháng retrovi-rút)
ARN	Acid ribonucleic
ADN	Acid deoxyribonucleic
BYT	Bộ Y tế
CDC	Trung tâm kiểm soát và phòng chống bệnh tật Hoa Kỳ
CMV	Cytomegalo vi-rút
CDS	Chẩn đoán sớm
CSĐT	Chăm sóc điều trị
DBS	Giọt máu khô (Dried Blood Spots)
EDTA	Acid Ethylene Diamine Tetra Acetic
ELISA	Xét nghiệm miễn dịch men (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)
GĐLS	Giai đoạn lâm sàng
HIV	Human Immunodeficiency Vi-rút (vi-rút gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người)
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
MAC	Mycobacterium Avium Complex
PCR	Phản ứng chuỗi Polymeraza (Polymerase Chain Reaction)
PCP	Viêm phổi do Pneumocystis Jiroveci (PCP)
PLTMC	Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
PITC	Provider initiative HIV testing and counseling
PKNT	Phòng khám nội trú
PKNGT	Phòng khám ngoại trú
PNMT	Phụ nữ mang thai
XN	Xét nghiệm
WHO	Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization)

D4T	Stavudine
AZT (ZDV)	Zidovudine
3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
NVP	Nevirapine
EFV	Efavirenz
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir
CTX (TMP/SMX)	Cotrimoxazole (Trimethoprim/Sulfamethoxazole)
TDF	Tenofovir

CHƯƠNG I. TỔNG QUAN VỀ HIV/AIDS VÀ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

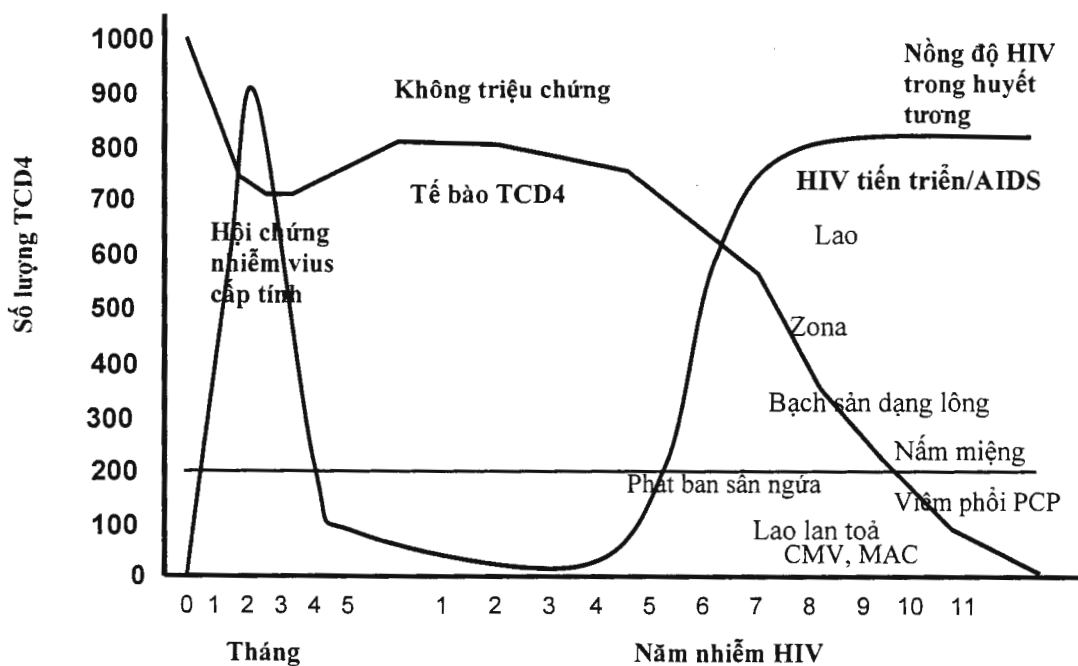
I. ĐƯỜNG LÂY TRUYỀN HIV

Cho đến nay, các nhà nghiên cứu đều thống nhất rằng, có 3 đường lây truyền HIV đó là lây truyền HIV qua đường tình dục, đường máu và đường lây truyền từ mẹ sang con.

Những đường lây này đã được mô tả cùng với thời gian phát hiện ra bệnh AIDS. Theo thời gian, tỷ lệ phụ nữ nhiễm HIV đã tăng lên và lây truyền HIV từ mẹ sang con ngày càng trở thành quan trọng.

II. DIỄN BIẾN TỰ NHIÊN VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG NHIỄM HIV/AIDS

Phụ nữ mang thai và trẻ em khi nhiễm HIV đều diễn biến qua các giai đoạn như sau:



Hình 1. Sơ đồ diễn biến tự nhiên nhiễm HIV/AIDS

Hội chứng nhiễm HIV cấp tính:

- Sau 2 - 4 tuần nhiễm HIV, các triệu chứng hay gặp và thường thoáng qua là sốt cao, sưng hạch, viêm họng, phát ban, sưng đau khớp.
- Xét nghiệm (XN) phát hiện kháng thể kháng HIV có thể có kết quả âm tính trong giai đoạn chuyển đổi huyết thanh (giai đoạn cửa sổ, thường từ 4 – 12 tuần sau khi nhiễm HIV), do đó nếu nghi ngờ giai đoạn cửa sổ cần làm lại xét nghiệm sau 3 tháng.
- Đo tải lượng HIV trong huyết tương có thể chẩn đoán nhiễm HIV cấp. Tải lượng HIV cao nhất sau phơi nhiễm 3 tuần (khoảng 10^5 - 10^6 bản sao/mm³), sau đó giảm xuống thấp nhất vào khoảng 120 ngày sau khi phơi nhiễm.

Giai đoạn không triệu chứng:

- Số lượng tế bào CD4 giảm từ từ.
- Bệnh nhân có thể khỏe mạnh, không triệu chứng trong 5-10 năm.
- Triệu chứng có thể xuất hiện khi số lượng tế bào CD4 < 500/mm³.

Giai đoạn HIV tiến triển (bao gồm AIDS):

- Số lượng tế bào CD4 giảm mạnh, tải lượng HIV tăng cao và xuất hiện nhiều bệnh nhiễm trùng cơ hội (NTCH).

III. CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG (GĐLS)

1. Chẩn đoán nhiễm HIV

Nhiễm HIV ở người lớn và trẻ trên 18 tháng tuổi được chẩn đoán trên cơ sở xét nghiệm kháng thể kháng HIV. Một người được xác định là nhiễm HIV khi có mẫu huyết thanh dương tính cả ba lần xét nghiệm kháng thể kháng HIV bằng ba loại sinh phẩm khác nhau với nguyên lý phản ứng và phương pháp chuẩn bị kháng nguyên khác.

Chẩn đoán nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi dựa vào kỹ thuật phản ứng chuỗi Polymeraza Chain Reaction (PCR) để phát hiện ADN hoặc ARN của HIV (xem chi tiết chương III, mục I, khoản 1).

2. Phân loại GĐLS và miễn dịch ở người lớn

2.1 Phân loại GĐLS

Bảng 1. Phân loại GĐLS HIV/AIDS ở PNMT

GĐLS 1: Không triệu chứng (có một trong các biểu hiện/triệu chứng dưới đây)
<ul style="list-style-type: none">- Không có triệu chứng- Hạch to toàn thân dai dẳng
GĐLS 2: Triệu chứng nhẹ (có một trong các biểu hiện/triệu chứng/bệnh lý dưới đây)
<ul style="list-style-type: none">- Sút cân mức độ vừa không rõ nguyên nhân (< 10% trọng lượng cơ thể)- Nhiễm trùng hô hấp tái diễn (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm hầu họng)- Zona (Herpes zoster)- Viêm loét miệng- Loét miệng tái diễn- Phát ban dát sần, ngứa- Viêm da bã nhờn- Nhiễm nấm móng

GDLS 3: Triệu chứng tiên triển (có một trong các biểu hiện/triệu chứng/bệnh lý dưới đây)

- Sút cân nặng không rõ nguyên nhân (> 10% trọng lượng cơ thể)
- Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài hơn 1 tháng
- Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài hơn 1 tháng
- Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi
- Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi, viêm màng phổi, viêm đa cơ mù, nhiễm trùng xương khớp, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết)
- Viêm loét miệng hoại tử cấp, viêm lợi hoặc viêm quanh răng
- Thiếu máu (Hb < 80g/l), giảm bạch cầu trung tính (< $0.5 \times 10^9/l$), và/hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (< $50 \times 10^9/l$) không rõ nguyên nhân

GDLS 4: Triệu chứng nặng (có một trong các biểu hiện/triệu chứng/bệnh lý dưới đây)

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân >10% trọng lượng cơ thể, kèm theo sốt kéo dài trên 1 tháng hoặc tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân)
- Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PCP)
- Nhiễm Herpes simplex mạn tính kéo dài hơn 1 tháng (ở môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn, hoặc bất cứ đâu trong nội tạng)
- Nhiễm Candida thực quản (hoặc nhiễm candida ở khí quản, phế quản, phổi)
- Lao ngoài phổi
- Sarcoma Kaposi
- Bệnh do Cytomegalovi-rút (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác
- Bệnh do Toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương
- Bệnh lý não do HIV
- Bệnh do Cryptococcus ngoài phổi bao gồm viêm màng não
- Bệnh do Mycobacteria avium complex (MAC) lan toả
- Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiên triển (Progressive multifocal leukoencephalopathy-PML)
- Tiêu chảy mạn tính do Cryptosporidia
- Tiêu chảy mạn tính do Isospora
- Bệnh do nấm lan toả (bệnh nấm Penicillium, bệnh nấm Histoplasma ngoài phổi)
- Nhiễm trùng huyết tái diễn (bao gồm nhiễm Salmonella không phải thương hàn)
- U lympho ở não hoặc u lympho non-Hodgkin tế bào B
- Ung thư cổ tử cung xâm nhập (ung thư biểu mô)
- Bệnh do Leishmania lan toả không điển hình
- Bệnh lý thận do HIV
- Viêm cơ tim do HIV

2.2 Phân loại giai đoạn miễn dịch**Bảng 2. Phân loại giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV/AIDS ở người lớn**

Mức độ	Số lượng tế bào CD4/mm ³
Bình thường hoặc suy giảm không đáng kể	> 500
Suy giảm nhẹ	350 – 499
Suy giảm tiên triển	200 – 349
Suy giảm nặng	< 200

3. Phân loại GĐLS và miễn dịch ở trẻ em

3.1 Phân loại GĐLS

Bảng 3. Phân loại GĐLS HIV/AIDS ở trẻ được xác định nhiễm HIV

GĐLS 1: Không triệu chứng (có một trong các biểu hiện/triệu chứng dưới đây)
<ul style="list-style-type: none">- Không có triệu chứng- Hạch to toàn thân dai dẳng
GĐLS 2: Triệu chứng nhẹ (có một trong các triệu chứng/bệnh lý dưới đây)
<ul style="list-style-type: none">- Loét miệng tái diễn- Sưng tuyến mang tai dai dẳng không xác định được nguyên nhân- Herpes zoster (Zona)- Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái diễn (viêm tai giữa, chảy mủ tai, viêm xoang, hoặc viêm amydal)
GĐLS 3: Các triệu chứng tiến triển (có một trong các triệu chứng/bệnh lý dưới đây)
<ul style="list-style-type: none">- Suy dinh dưỡng mức độ trung bình và không đáp ứng tốt với điều trị thông thường- Tiêu chảy dai dẳng (trên 14 ngày) không giải thích được nguyên nhân- Sốt dai dẳng không giải thích được nguyên nhân (sốt trên 37.5°C liên tục hoặc ngắt quãng, kéo dài hơn 1 tháng)- Nấm Candida miệng dai dẳng (sau 6 tuần tuổi)- Bạch sản dạng lông ở miệng- Viêm loét, hoại tử lợi hoặc tổ chức quanh cuống răng (nha chu) cấp- Lao hạch- Lao phổi- Viêm phổi vi khuẩn nặng tái diễn- Viêm phổi kẽ xâm thâm nhiễm lympho bào có triệu chứng- Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản.- Thiếu máu (Hb < 80 g/l), giảm bạch cầu hạt (< 0,5 x 10⁹ tế bào/l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (< 50 x 10⁹ tế bào/l) không xác định được nguyên nhân

GDLS 4: Các triệu chứng nặng (có một trong các triệu chứng/bệnh lý dưới đây)

- Suy kiệt nặng, hoặc suy dinh dưỡng nặng không xác định được nguyên nhân, và không đáp ứng với điều trị thông thường
- Viêm phổi do PCP
- Nhiễm vi khuẩn nặng tái diễn (như tràn mủ màng phổi, viêm cơ mủ, nhiễm trùng xương khớp, viêm màng não mủ, nhưng trừ viêm phổi)
- Nhiễm Herpes simplex mạn tính (herpes môi miệng hoặc da kéo dài hơn 1 tháng hoặc herpes nội tạng ở bất cứ nơi nào)
- Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nhiễm candida khí quản, phế quản hoặc phổi)
- Lao ngoài phổi (trừ lao hạch)
- Sarcoma Kaposi
- Nhiễm CMV: viêm võng mạc hoặc nhiễm CMV ảnh hưởng đến cơ quan khác, xuất hiện khi trẻ > 1 tháng tuổi
- Bệnh do Toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương (sau 1 tháng tuổi)
- Nhiễm nấm Cryptococcus ngoài phổi bao gồm cả viêm màng não
- Bệnh lý não do HIV
- Nhiễm nấm lan tỏa (nhiễm nấm penicillium, histoplasma ngoài phổi, nhiễm coccidioido)
- Nhiễm Mycobacteria không phải lao, lan tỏa
- Bệnh do Cryptosporidium mạn tính (có tiêu chảy)
- Bệnh do Isospora mạn tính
- U lympho ở não hoặc u lympho không Hodgkin tế bào B
- Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển
- Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan đến HIV

3.2 Phân loại giai đoạn miễn dịch**Bảng 4. Phân loại giai đoạn miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV/AIDS**

Suy giảm miễn dịch liên quan đến HIV	Tỷ lệ % tế bào CD4 (hoặc số lượng tế bào CD4/mm ³)			
	≤11 tháng	12-35 tháng	36 -59 tháng	≥ 5 tuổi
Không suy giảm	>35 %	>30 %	>25 %	> 500 tế bào/mm ³
Suy giảm nhẹ	30-35 %	25-30 %	20-25 %	350 - 499 tế bào/mm ³
Suy giảm tiến triển	25-29 %	20-24 %	15-19 %	200 - 349 tế bào/mm ³
Suy giảm nặng	<25 %	<20 %	<15 %	<15% < 200 tế bào/mm ³

4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển (bao gồm AIDS)

Bảng 5. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển

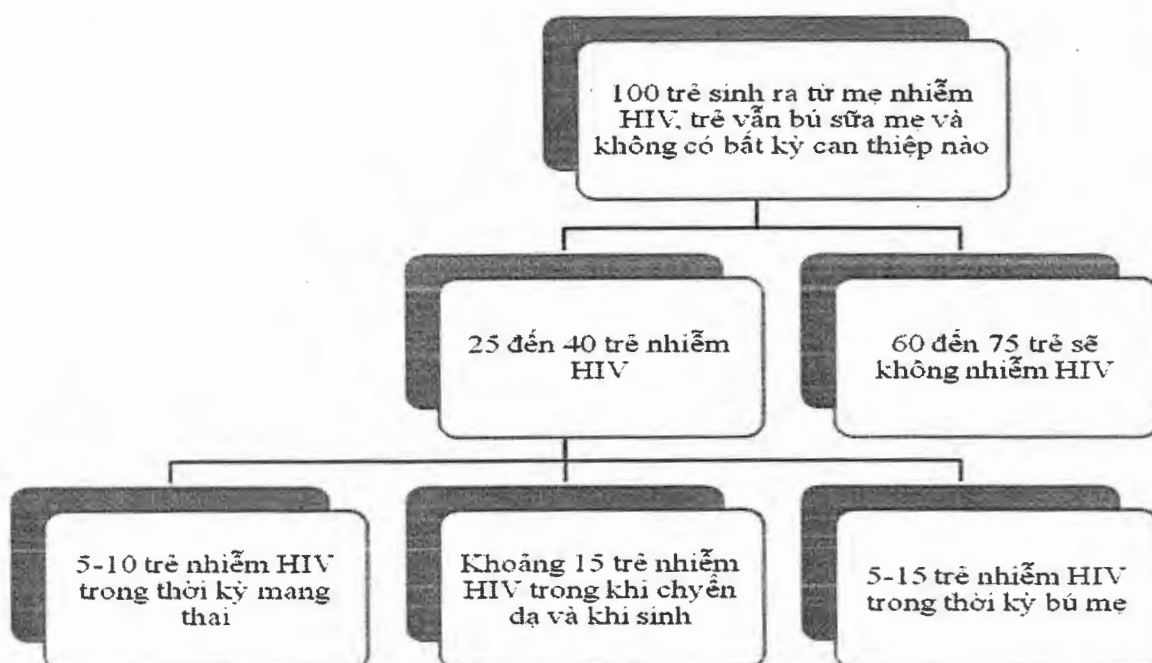
Bệnh lý	Người lớn	Trẻ em
Nhiễm HIV tiến triển	<ul style="list-style-type: none"> - GĐLS 3 hoặc 4, và/hoặc - CD4 < 350 TB/mm³, và/hoặc - AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> - GĐLS 3 hoặc 4, và/hoặc - Tế bào CD4 ở mức suy giảm tiến triển hoặc suy giảm nặng theo lứa tuổi, và/hoặc - AIDS
AIDS	<ul style="list-style-type: none"> - GĐLS 4, và/hoặc - CD4 < 200 TB/mm³ 	<ul style="list-style-type: none"> - GĐLS 4, và/hoặc - Tế bào CD4 ở mức suy giảm nặng theo lứa tuổi

IV. DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON (PLTMC)

1. Lây truyền HIV từ mẹ sang con

Phụ nữ mang thai (PNMT) nhiễm HIV có thể truyền HIV cho con:

- Khi mang thai: HIV từ máu của mẹ nhiễm HIV qua rau thai để vào cơ thể thai nhi.
- Khi sinh: HIV từ nước ối, dịch tử cung, dịch âm đạo của mẹ xâm nhập vào trẻ khi sinh (qua niêm mạc mắt, mũi, hậu môn hoặc da sây sát của trẻ trong quá trình sinh). HIV cũng có thể từ trong máu của mẹ thông qua các vết loét ở cơ quan sinh dục mẹ và xâm nhập vào cơ thể (niêm mạc) của trẻ sơ sinh.
- Khi cho con bú: HIV có thể lây qua sữa hoặc qua các vết nứt ở núm vú người mẹ, nhất là khi trẻ có tổn thương niêm mạc miệng.



Hình 2. Khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo từng giai đoạn

2. Các thành tố của chương trình PLTMC

Bảng 6. Bốn thành tố của chương trình PLTMC

<p>Thành tố 1. Dự phòng sớm lây nhiễm HIV cho phụ nữ</p> <ul style="list-style-type: none">- Thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi- Tư vấn và xét nghiệm HIV cho phụ nữ- Khuyến khích trì hoãn quan hệ tình dục đối với thanh thiếu niên- Thực hành tình dục an toàn- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục
<p>Thành tố 2. Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho những phụ nữ nhiễm HIV</p> <ul style="list-style-type: none">- Tư vấn và cung cấp các biện pháp tránh thai- Tư vấn và xét nghiệm HIV- Tư vấn thực hiện tình dục an toàn
<p>Thành tố 3. Các can thiệp nhằm giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con</p> <ul style="list-style-type: none">- Chăm sóc thai nghén- Tư vấn và xét nghiệm HIV- Đánh giá GĐLS và miễn dịch- Điều trị PLTMC bằng ARV- Thực hành sản khoa an toàn- Tư vấn nuôi dưỡng trẻ sau sinh
<p>Thành tố 4. Cung cấp các chăm sóc, hỗ trợ và điều trị thích hợp cho bà mẹ nhiễm HIV, gia đình và con của họ sau khi sinh</p> <ul style="list-style-type: none">- Các dịch vụ can thiệp cho bà mẹ- Các dịch vụ can thiệp cho trẻ phơi nhiễm HIV- Các dịch vụ can thiệp cho trẻ nhiễm HIV

3. Các yếu tố nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con

Bảng 7. Các yếu tố nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con

Thời kỳ mang thai	Chuyển dạ và sinh con	Thời kỳ mẹ cho con bú
<ul style="list-style-type: none"> - Mẹ bị nhiễm HIV với tải lượng HIV trong máu rất cao (giai đoạn mới nhiễm HIV hoặc giai đoạn HIV tiến triển và AIDS) - Nhiễm trùng bánh rau - Bệnh lây truyền qua đường tình dục - Thiếu dinh dưỡng - Một số hành vi tiêm chích ma túy, nghiện rượu 	<ul style="list-style-type: none"> - Mẹ bị nhiễm HIV với nồng độ HIV trong máu rất cao (giai đoạn mới nhiễm HIV hoặc giai đoạn HIV tiến triển và AIDS) - Những trường hợp đẻ khó, chuyển dạ kéo dài - Phần mềm của người mẹ bị dập nát, thai bị xây xước, sang chấn - Vỡ ối sớm trên 4 giờ 	<ul style="list-style-type: none"> - Mẹ bị nhiễm HIV với nồng độ HIV trong máu rất cao - Viêm vú, nứt vú, áp xe vú hay tổn thương ở miệng trẻ sơ sinh hoặc bệnh nhiễm khuẩn của mẹ trong khi cho con bú... - Thời gian cho trẻ bú càng dài thì nguy cơ lây truyền HIV sang con càng cao - Nuôi trẻ hỗn hợp (vừa cho trẻ bú mẹ vừa cho ăn thêm): nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sẽ cao hơn vì có thể làm tổn thương niêm mạc ruột. Điều này làm cho HIV từ sữa mẹ dễ xâm nhập vào cơ thể trẻ

CHƯƠNG II.

CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Tất cả PNMT đều được tư vấn, chăm sóc thai nghén theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (*ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế*).

Thực hiện các can thiệp y tế trong chăm sóc và điều trị PLTMC dưới đây:

I. TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM HIV

Tất cả phụ nữ mang thai đều được tư vấn và xét nghiệm HIV như một phần của dịch vụ thường quy trong chăm sóc sức khỏe sinh sản

1. Nguyên tắc tư vấn và xét nghiệm HIV cho PNMT

Theo hướng dẫn tư vấn và XN do cán bộ y tế đề xuất (PITC):

- Có tư vấn trước và sau XN.
- Có sự đồng ý của PNMT. Việc PNMT không đồng ý XN sẽ không ảnh hưởng đến việc tiếp cận các dịch vụ y tế.
- Đảm bảo tính bảo mật.
- Xét nghiệm HIV được thực hiện cùng với các XN thường quy khác trong quá trình quản lý thai nghén.

2. Tư vấn và xét nghiệm HIV cho PNMT chưa biết tình trạng HIV

2.1 Đối tượng và hình thức tư vấn

- Đối tượng: PNMT, khuyến khích tư vấn cho chồng và/hoặc người nhà.
- Hình thức:
 - *Tư vấn nhóm*: áp dụng khi có nhiều phụ nữ đến khám thai.
 - *Tư vấn cá nhân*:
 - Khi có ít phụ nữ đến khám thai.
 - Cho PNMT sau khi tư vấn nhóm còn có nhu cầu tư vấn riêng hoặc chưa biết tình trạng HIV trong khi chuyển dạ.

2.2 Nội dung tư vấn trước xét nghiệm

2.2.1. Phụ nữ mang thai trong giai đoạn quản lý thai nghén

- Lý do và ý nghĩa của việc xét nghiệm HIV: biết về tình trạng nhiễm HIV của PNMT.
- Hướng dẫn phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con, các biện pháp giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con bao gồm lợi ích điều trị ARV sớm, điều trị dự phòng bằng ARV và tư vấn nuôi dưỡng trẻ.
- Lợi ích việc xác định sớm tình trạng nhiễm HIV để tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị ARV cho PNMT.
- Khuyến khích chồng/bạn tình xét nghiệm HIV

- Giải thích quá trình xét nghiệm.
- Giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ phù hợp nếu cần.

2.2.2. Phụ nữ mang thai khi chuyển dạ

Nội dung tư vấn ngắn gọn về lợi ích của xét nghiệm HIV, đặc biệt nhấn mạnh về lợi ích PLTMC và việc sử dụng thuốc ARV, ý nghĩa kết quả XN sàng lọc HIV.

2.3 Thỏa thuận đồng ý xét nghiệm

- PNMT đồng ý làm XN, tiến hành XN HIV theo quy trình.
- PNMT không đồng ý làm xét nghiệm HIV, tư vấn lại trong lần khám sau. Việc PNMT từ chối xét nghiệm HIV không ảnh hưởng đến quá trình chăm sóc thai sản.

2.4 Xét nghiệm HIV

Thực hiện theo quy định hiện hành của Bộ Y tế về việc xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV (Hướng dẫn xét nghiệm HIV- Bộ Y tế).

2.5 Tư vấn sau xét nghiệm

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

- Thông báo và giải thích kết quả XN âm tính.
- Giải thích ý nghĩa giai đoạn cửa sổ và việc cần thiết làm XN lại.
- Biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV. Hướng dẫn phòng bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Tiếp tục theo dõi và quản lý thai sản theo kế hoạch.
- Giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ phù hợp nếu cần.

2.5.2. Đối với người có kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV dương tính

- Tư vấn sơ bộ về kết quả sàng lọc HIV.
- Trao đổi với bệnh nhân về việc hẹn trả kết quả XN khẳng định.

2.5.3. Trường hợp có kết quả sàng lọc HIV dương tính phát hiện khi chuyển dạ

- Tư vấn lợi ích điều trị dự phòng ARV để giảm nguy cơ lây truyền sang con.
- Giải thích ý nghĩa của kết quả sàng lọc và việc thực hiện xét nghiệm khẳng định. Nếu kết quả âm tính sẽ ngừng thuốc điều trị dự phòng cho mẹ và con nếu kết quả khẳng định âm tính.
- Khẳng định việc sử dụng thuốc ARV trong thời gian ngắn không ảnh hưởng tới sức khỏe mẹ và con.
- Tư vấn phác đồ điều trị và tư vấn tuân thủ điều trị.

2.5.4. Đối với người có kết quả XN khẳng định HIV dương tính

- Chọn nơi tư vấn và thời gian tư vấn phù hợp để bảo đảm tính bí mật.
- Thông báo kết quả và giải thích cho PNMT hiểu đúng về kết quả XN.
- Tư vấn hỗ trợ tinh thần, tâm lý cho PNMT; cung cấp thông tin về các dịch vụ hỗ trợ sẵn có như PLTMC, điều trị ARV.
- Thảo luận kế hoạch đề an toàn: nhấn mạnh khả năng lây truyền HIV cho con và hiệu quả các biện pháp can thiệp PLTMC như sử dụng ARV.

- Thảo luận kế hoạch chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ sau sinh như bú sữa mẹ hoàn toàn hoặc dùng sữa công thức, ý nghĩa của chẩn đoán sớm nhiễm HIV và nơi XN.
- Tư vấn phác đồ điều trị và tư vấn tuân thủ điều trị.
- Tư vấn chuyển gửi và phối hợp các dịch vụ thực hiện PLTMC, điều trị ARV cho mẹ và con.
- Trường hợp PNMT nhiễm HIV muốn phá thai: cung cấp dịch vụ phá thai theo các quy định hiện hành.

II. CHĂM SÓC, HỖ TRỢ VÀ DINH DƯỠNG CHO PNMT NHIỄM HIV

1. Dự phòng NTCH bằng CTX và INH cho PNMT nhiễm HIV

Dự phòng NTCH bằng CTX cho PNMT nhiễm HIV

Mục đích điều trị dự phòng CTX	<ul style="list-style-type: none"> - Dự phòng tiên phát và thứ phát bệnh viêm phổi do (PCP) và dự phòng tiên phát viêm não do toxoplasma - Giảm tỷ lệ mắc viêm phổi do một số vi khuẩn - Giảm tỷ lệ mắc tiêu chảy do một số vi khuẩn như Salmonella, tiêu chảy do Isospora và một số ký sinh đơn bào khác 	
Tiêu chuẩn điều trị dự phòng tiên phát CTX	Có XN tế bào CD4	Tiêu chuẩn điều trị dự phòng tiên phát CTX
	Số lượng tế bào CD4 < 350 /mm ³ không phụ thuộc vào GĐLS	GĐLS 2,3,4
Dự phòng thứ phát	<ul style="list-style-type: none"> - Dự phòng thứ phát sau khi người bệnh đã hoàn tất liệu trình điều trị viêm phổi PCP thành công 	
Liều dùng	<ul style="list-style-type: none"> - CTX 480 mg 2viên/1 lần/ngày hoặc: - CTX 960 1 viên/1 lần/ngày 	
Tác dụng phụ	<ul style="list-style-type: none"> - Nôn, buồn nôn và phát ban (khoảng 2%), thường xảy ra sau 1- 2 tuần điều trị. Có thể dị ứng chậm xuất hiện sau vài tháng - Ít gặp dị ứng nặng, cần tư vấn cho PNMT về tác dụng phụ có thể xảy ra để người bệnh tự theo dõi và đến ngay cơ sở y tế khi cần 	
Theo dõi	<ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm công thức máu, men gan khi nghi ngờ thiếu máu, nhiễm độc gan - Tư vấn và hỗ trợ tuân thủ điều trị 	
Ngừng điều trị dự phòng	<ul style="list-style-type: none"> - CD4 > 350/mm³ ổn định ít nhất trong 6 tháng - Điều trị dự phòng lại CTX nếu tế bào CD4 xuống thấp hơn giá trị ban đầu hoặc CD4 dưới 100/mm³ 	

Dự phòng mắc lao bằng INH cho PNMT nhiễm HIV

Mục đích điều trị INH cho PNMT nhiễm HIV	Dự phòng mắc bệnh lao	
Chỉ định	PNMT nhiễm HIV và loại trừ mắc lao tiến triển; không phụ thuộc vào tình trạng miễn dịch kể cả người bệnh đang điều trị ARV và người bệnh đã từng được điều trị lao trước đây	
Chống chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> - Chống chỉ định tuyệt đối: PNMT có tiền sử dị ứng với INH - Chống chỉ định tương đối: <ul style="list-style-type: none"> o Viêm gan tiến triển, xơ gan, nghiện rượu nặng o Rối loạn thần kinh ngoại biên 	
Liều dùng	Liều lượng INH: 1 viên 300mg/ngày	
Thời gian điều trị	9 tháng	
Tác dụng phụ	Tác dụng phụ	Xử trí
	Viêm dây thần kinh ngoại biên	Bổ sung Vitamin B6 lên 100mg/ngày. Ngừng INH nếu viêm dây thần kinh ngoại biên không thuyên giảm hoặc nặng hơn
	Nhiễm độc gan (men gan tăng, có thể có vàng da)	Phân biệt với tăng men gan do các nguyên nhân khác. Ngừng thuốc cho tới khi men gan ổn định
	Nổi mẩn, buồn nôn, nôn	Ngừng tạm thời đến khi các triệu chứng thuyên giảm hoặc ổn định thì điều trị tiếp tục
Theo dõi	<ul style="list-style-type: none"> - Sàng lọc lao mỗi lần tái khám - Xét nghiệm men gan khi nghi ngờ nhiễm độc gan - Tư vấn và hỗ trợ tuân thủ điều trị 	

2. Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH thường gặp trên PNMT nhiễm HIV

1.

NTCH	Lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị
Bệnh do nấm <i>Candida</i>	Nấm miệng	Dựa vào lâm sàng. Chỉ soi cây nấm khi LS không điển hình hoặc điều trị không kết quả	Fluconazole 100-150 mg/ngày x 7 ngày, hoặc Ketoconazole 200 mg 2 lần/ngày trong 7 ngày
	Nấm thực quản: nuốt đau	Chủ yếu vào lâm sàng có nuốt đau. Soi thực quản: nếu bệnh nhân đã được điều trị như nấm thực quản mà không đỡ	Fluconazole 200-300 mg/ngày x 14 ngày, hoặc Itraconazole 400mg/ngày x 14 ngày, hoặc Ketoconazole 200 mg 2 lần/ngày x 14 ngày

	Nấm sinh dục	Chủ yếu dựa trên lâm sàng. Soi tươi tìm nấm hoặc nuôi cấy khi lâm sàng không điển hình hoặc điều trị không hiệu quả	Fluconazole 150-200 mg uống liều duy nhất, hoặc Itraconazole 100 mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày, hoặc clotrimazole 100 mg, hoặc miconazole 100 mg đặt âm đạo 1viên/ngày x 3-7 ngày, hoặc clotrimazole 500mg 1 lần, nystatin 100.000 đơn vị, đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày
Nấm <i>Cryptococcus</i>	Nấm huyết: sốt, tổn thương da dạng sẩn hoại tử, thâm nhiễm phổi, viêm màng não Viêm màng não: đau đầu, sợ ánh sáng, hội chứng màng não, rối loạn ý thức, dấu thần kinh khu trú; sốt	Sinh thiết da hoặc chọc hút hạch soi tìm nấm, cấy máu. Xét nghiệm dịch não tủy, nhuộm mực tàu và cấy tìm nấm	- Phác đồ ưu tiên: amphotericin B tĩnh mạch 0,7mg/kg/ngày x 2 tuần, sau đó fluconazole 800-900 mg/ngày x 8 tuần - Phác đồ thay thế: fluconazole 800-900 mg/ngày x 8 tuần Tăng áp lực nội sọ: dẫn lưu dịch não tủy hàng ngày 1 hoặc nhiều lần. Dẫn lưu 15-20 ml/lần hoặc cho tới khi bệnh nhân bớt đau đầu Điều trị duy trì: fluconazole 150-200 mg/ngày, ngừng sử dụng khi bệnh nhân điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 > 200 TB/mm ³ ≥ 6 tháng
Bệnh do nấm <i>Penicillium marneffei</i>	- Da: mụn sần, lõm ở trung tâm, hoại tử tạo vảy đen, không ngứa, ở mặt; toàn thân. - Nấm huyết: sốt, tổn thương da, thiếu máu, gan lách hạch to. - Nấm phổi: ho, sốt, khó thở	- Dựa vào lâm sàng như trên. - Soi tươi bệnh phẩm da, tủy xương, hạch và cấy tìm nấm. - Cấy máu, nuôi cấy bệnh phẩm phân biệt với lao kê và PCP	- Phác đồ ưu tiên: amphotericin B (0,7 mg/kg/ngày) trong 2 tuần sau đó itraconazole 200 mg 2 lần/ngày x 8- 10 tuần - Phác đồ thay thế (bệnh nhân nhẹ hoặc không có amphotericin B): itraconazole 200 mg 2 lần/ngày x 8 tuần - Điều trị duy trì: itraconazole 200 mg/ngày, suốt đời; ngừng khi người bệnh điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 > 200 TB/mm ³ ≥ 6 tháng
Viêm phổi do <i>Pneumocystis (PCP)</i>	Ho, khó thở, sốt, diễn biến bán cấp 1- 2 tuần	Dựa vào lâm sàng, CD4<200. XQ phổi bình thường, thâm nhiễm kẽ lan tỏa hai bên. Đáp ứng với điều trị thử bằng cotrimoxazole	Cotrimoxazole: liều dựa trên TMP (15mg/kg/ngày chia 4 lần) x 21 ngày; < 40 kg: TMP- SMX 480 mg, 2 viên/lần x 4 lần; > 40 kg: TMP- SMX 480 mg, 3 viên/lần x 4 lần. - Suy hô hấp: prednisolon (uống hoặc tĩnh mạch) (40mg x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 40mg x 1 lần/ngày x 5 ngày rồi 20 mg x 1 lần/ngày x 11 ngày) - Điều trị duy trì: cotrimoxazole

			<p>960mg uống /ngày cho đến khi BN điều trị ARV có CD4 >200 TB/mm³ kéo dài ≥ 6 tháng</p> <p>- Phác đồ thay thế: Clindamycin 600 mg tĩnh mạch; 450 mg uống ngày 3 lần + primaquine 15 mg uống 1 lần/ngày x 21 ngày nếu dị ứng sulfamid</p>
<p>Viêm não do <i>Toxoplasma</i></p>	<p>Đau đầu, chóng mặt, co giật, tổn thương thần kinh khu trú. Sốt</p>	<p>Dấu hiệu thần kinh khu trú. Tổn thương choán chỗ một hoặc nhiều ổ trên CT hoặc MRI sọ não (nếu có). Đáp ứng với điều trị thử có thể được sử dụng để chẩn đoán</p>	<p>Cotrimoxazole : liều dựa trên TMP 10 mg/kg/ngày x 6 tuần hoặc Pyrimethamine (200 mg liều tấn công, sau đó 50-75 mg 1 lần/ngày) + sulfadiazine (2-4g/liều đầu sau đó 1- 1,5 g 6 giờ /1 lần) trong 6 tuần Điều trị duy trì: Pyrimethamine (25-50 mg/ngày) + Sulfadiazine (1g x 6 giờ/ lần/ngày); ngừng khi người bệnh điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 trên 100/mm³ ≥ 6 tháng</p>
<p>Tiêu chảy do ký sinh đơn bào</p>	<p>Tiêu chảy mạn tính. Nôn, đau bụng</p>	<p>Soi phân tìm ký sinh trùng</p>	<p>Điều trị ARV là tốt nhất Tiêu chảy do Microsporidia; Isospora có thể đáp ứng với albendazole 400 mg uống 2 lần/ngày trong 3 tuần và cotrimoxazole 960 mg uống 2 lần/ngày trong 10 ngày</p>
<p>Bệnh do phức hợp <i>Mycobacterium avium</i> (MAC)</p>	<p>Sốt kéo dài hoặc tái phát, sút cân, mệt mỏi, thiếu máu, gan lách, hạch to. Cần chẩn đoán phân biệt với lao</p>	<p>Phân lập được MAC trong máu hoặc vị trí khác, thường khó thực hiện. Cần nhắc chẩn đoán MAC nếu người bệnh không đáp ứng với điều trị lao sau 2-4 tuần</p>	<p>- Phác đồ ưu tiên: Clarithromycin uống 500mg x 2 lần/ngày + ethambutol uống 15mg/kg/ngày - Phác đồ thay thế: azithromycin uống 500mg/ngày + ethambutol ± rifabutin uống 300mg/ngày; hoặc azithromycin uống 500mg/ngày + ethambutol hoặc ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày. Phải kết hợp với điều trị ARV. Ngừng điều trị MAC khi bệnh nhân điều trị ARV và CD4 tăng >100 TB/mm³ >6 tháng</p>
<p>Herpes simplex</p>	<p>Đám phỏng điển hình, thường ở bộ phận sinh dục, mặt. Có thể có biểu hiện toàn thân</p>	<p>Lâm sàng điển hình</p>	<p>Acyclovir 200 x 5 lần/ngày (hoặc 400mg x 3 lần/ngày) x 7 ngày. Bôi tại chỗ tím gentian hoặc chlorhexidine</p>
<p>Herpes zoster</p>	<p>Tổn thương nốt phỏng thành từng đám, đau, phân bố dọc theo</p>	<p>Lâm sàng điển hình</p>	<p>Acyclovir 800 mg/1 lần x 5 lần/ngày x 7 ngày Bôi tại chỗ tím gentian hoặc chlorhexidine</p>

	dây thần kinh bì		Zona mắt: nhỏ thuốc mỡ acyclovir
Cytomegalo virus (CMV)	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 1 bên mắt, hoặc lan sang mắt còn lại. Các tổn thương võng mạc không thể phục hồi được	Viêm võng mạc: chẩn đoán trên lâm sàng bằng soi đáy mắt. Tổn thương đáy mắt: các đám hoại tử ở võng mạc (màu trắng) có hoặc không kèm theo xuất huyết võng mạc, đơn độc hoặc nhiều đám lan toả	Giai đoạn cấp: - Tiêm nội nhãn ganciclovir 2 mg trong 0,05-0,1 ml/ tuần 2 lần trong 3 tuần, sau đó duy trì tuần 1 lần. Phối hợp với bác sỹ nhãn khoa - Ganciclovir truyền tĩnh mạch 7,5 -10 mg/kg/ngày chia 2 lần trong 21 ngày liên tiếp hoặc lâu hơn nếu không đáp ứng Hoặc: - Foscarnet: liều 60 mg/kg/8giờ, nếu hiệu quả dùng liều 60-120mg/kg/ngày - Valganciclovir 900mg uống 2 lần/ngày x 21 ngày; hoặc - Valganciclovir nội nhãn 6 tháng một lần + ganciclovir TM hoặc ganciclovir uống như trên - Điều trị duy trì: Ganciclovir 5/kg/ngày, hoặc 6g/kg/ngày x5 ngày/tuần; hoặc Valganciclovir uống 900mg/ngày, hoặc Foscarnet 90-120mg/kg/ngày tĩnh mạch; ngừng điều trị khi số lượng tế bào CD4>100/mm ³
U mềm lây	Sân có cuống, thường ở mặt, bộ phận sinh dục, cổ, nách	Lâm sàng	Khoét bỏ hoặc áp lạnh, chích tại trung tâm và bôi phenol. Đáp ứng khi điều trị ARV

3. Tư vấn cho phụ nữ mang thai về chăm sóc và dinh dưỡng

Tư vấn cho phụ nữ mang thai về chăm sóc và dinh dưỡng	
<ul style="list-style-type: none"> - Đi khám thai và đánh giá tình trạng dinh dưỡng ngay khi có thai - Nghỉ ngơi, đặc biệt vào 3 tháng cuối - Theo dõi các triệu chứng như tiêu chảy, buồn nôn, nôn, chán ăn, nám miệng để điều trị kịp thời - Chăm sóc vệ sinh thai nghén - Nhận biết các dấu hiệu bất thường khi có thai 	<ul style="list-style-type: none"> - Chế độ ăn đa dạng, giàu chất dinh dưỡng - Trao đổi về chế độ dinh dưỡng có lợi hoặc có hại khi mang thai và cho con bú - Đảm bảo an toàn thực phẩm, ăn chín uống sôi - Dùng muối iốt khi nấu ăn - Bổ sung viên sắt và axit folic khi mang thai

4. Phối hợp quản lý và chuyên gửi PNMT nhiễm HIV

- Giới thiệu đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS để theo dõi và điều trị lâu dài.
- Giới thiệu và cung cấp địa chỉ các cơ sở hỗ trợ tâm lý, kinh tế dành cho người nhiễm HIV, các nhóm hỗ trợ xã hội khác.

III. CAN THIỆP BẰNG THUỐC ARV CHO PNMT NHIỄM HIV

1. Dự phòng có thai trên phụ nữ tuổi sinh đẻ đang điều trị ARV

Tư vấn sử dụng bao cao su để tránh thai khi đang điều trị ARV phác đồ có PI (LPV/r) và NNRTI (NVP và EFV) do các thuốc này tương tác với thuốc tránh thai có ethinyl estradiol và norethindrone làm giảm hiệu lực tránh thai.

2. Sử dụng thuốc ARV cho PNMT nhiễm HIV

Điều trị ARV lâu dài: áp dụng đối với PNMT đã có đủ tiêu chuẩn điều trị bằng ARV, vừa có tác dụng điều trị vì sức khỏe người mẹ, vừa có tác dụng PLTMC

Điều trị PLTMC bằng ARV: áp dụng đối với PNMT chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV, sử dụng ARV trong thời gian ngắn với mục đích PLTMC

2.1 Điều trị ARV lâu dài

2.1.1. Bắt đầu điều trị ARV

Chỉ định điều trị ARV cho PNMT
Tiêu chuẩn: <ul style="list-style-type: none">- PNMT nhiễm HIV có số lượng CD4 ≤ 350 tế bào/mm³, không phân biệt giai đoạn lâm sàng, hoặc- Tất cả PNMT có giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4, không phụ thuộc vào số lượng tế bào CD4
Thời điểm bắt đầu điều trị ARV
Cần bắt đầu điều trị ARV càng sớm càng tốt bất cứ khi nào PNMT đủ tiêu chuẩn trên không phân biệt tuổi thai và tiếp tục trong suốt thời kỳ mang thai, sinh con, cho con bú (nếu cho bú) và sau đó
Phác đồ bắt đầu điều trị ARV cho PNMT trong thời gian mang thai và sau sinh
Phác đồ ưu tiên: AZT + 3TC + NVP hoặc AZT + 3TC + EFV (nếu thai > 12 tuần)
Phác đồ thay thế: AZT + 3TC + LPV/r hoặc AZT + 3TC + ABC TDF + 3TC + EFV (nếu thai > 12 tuần)

Khi không sử dụng được AZT: Thay AZT bằng ABC.

Liều lượng và các sử dụng thuốc (xem phụ lục 1)

Phác đồ điều trị ARV cho phụ nữ sau sinh có tiền sử được PLTMC bằng liều đơn NVP:

Nếu có chỉ định điều trị ARV trong vòng 6 - 12 tháng sau sinh:

Chỉ định phác đồ bậc 1 như đối với người bệnh HIV khác

Sử dụng phác đồ có PI. Nếu có chỉ định điều trị ARV sau 6 tháng sau sinh: chỉ định phác đồ bậc 1 như đối với người bệnh HIV khác

Phác đồ cho trẻ sơ sinh sinh ra từ mẹ nhiễm HIV đang điều trị ARV

Tất cả trẻ sơ sinh (bú sữa mẹ hoặc nuôi bằng sữa công thức/bột):

Uống NVP hàng ngày hoặc

AZT 4mg/kg/lần uống 2 lần/ngày từ khi sinh cho đến khi được 4 tuần tuổi

2.1.2. Phụ nữ có thai khi đang điều trị ARV

- Quản lý thai sản tại cơ sở sản khoa.
- Theo dõi điều trị ARV tại cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.
- Tiếp tục điều trị ARV và lưu ý:
 - o Nếu đang sử dụng phác đồ có EFV và thai <12 tuần: thay EFV bằng NVP (liều 200mg x 2 lần/ngày) hoặc các phác đồ thay thế phù hợp.
 - o Có thể tiếp tục sử dụng phác đồ có EFV trong 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ, nếu có chỉ định.
- Điều trị ARV cho con ngay sau khi sinh: (xem phần 2.1.1).

2.1.3. Phụ nữ đang điều trị ARV dự định có thai

- Tư vấn trước khi mang thai về nguy cơ lây nhiễm HIV của trẻ sơ sinh, yếu tố nguy cơ và PLTMC, độc tính của thuốc cho người mẹ và trẻ, khả năng nuôi dưỡng trẻ sau này.
- Tư vấn đảm bảo tuân thủ điều trị trong suốt thời gian mang thai, chuyển dạ, khi đẻ, sau đẻ và trong quá trình cho con bú.
- Nếu đang điều trị phác đồ có EFV và dự định mang thai thì thay EFV bằng NVP hoặc LPV/r.
- Nếu phụ nữ đang điều trị ARV phác đồ có EFV phát hiện có thai trong 3 tháng đầu thì thay EFV bằng NVP hoặc LPV/r. Nếu phát hiện mang thai sau 3 tháng, tiếp tục phác đồ cũ và theo dõi thai sản.
- Điều trị ARV cho con ngay sau khi sinh: xem phần 2.1.1.

2.2 Điều trị PLTMC bằng ARV

2.2.1. Chỉ định

- PNMT nhiễm HIV chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV.
- PNMT được phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ và khi đẻ.
- Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

2.2.2. Các phác đồ ARV trong PLTMC

- PNMT được phát hiện nhiễm HIV và quản lý trong thời gian mang thai

Lựa chọn 1: Mẹ được PLTMC bằng AZT từ tuần thai thứ 14

Mẹ	Khi mang thai	AZT 300mg x 2 viên/ngày từ tuần thứ 14 đến khi chuyển dạ hoặc ngay khi phát hiện nhiễm HIV từ tuần thứ 14
	Khi chuyển dạ	NVP 200mg + AZT 600mg + 3TC 150mg Sau đó 12 giờ một lần AZT 300 mg + 3TC 150mg cho đến lúc đẻ
	Sau đẻ	AZT 300 mg + 3TC 150mg x 2lần/ngày x 7 ngày
Con	Ngay sau sinh	NVP liều đơn 6 mg uống 1 lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg/kg uống ngày 2 lần Tiếp tục AZT 4mg/kg uống ngày 2 lần x 4 tuần

Lựa chọn 2: Mẹ được PLTMC bằng AZT+3TC+LPV/r

Mẹ	Khi mang thai	AZT 300 mg+ 3TC 150 mg + LPV/r 400/100mg: 2 lần/ngày Uống hàng ngày từ tuần thứ 14 hoặc ngay sau khi phát hiện nhiễm HIV sau tuần thứ 14
	Khi chuyển dạ	AZT 300 mg+ 3TC 150 mg + LPV/r 400/100mg: 2 lần/ngày
	Sau đẻ	Mẹ không cho con bú: Dừng thuốc điều trị Nếu người mẹ tiếp tục cho con bú, tiếp tục AZT 300 mg+ 3TC 150 mg + LPV/r 400/100mg: 2 lần/ngày cho đến khi sau cai sữa 1 tuần
Con	Sau sinh	AZT 4mg/kg uống ngày 2 lần x 4 tuần

- PNMT được phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ đẻ

Mẹ	Khi chuyển dạ	NVP 200mg + AZT 600mg + 3TC 150mg Sau đó 12 giờ một lần AZT 300 mg + 3TC 150mg cho đến lúc đẻ
	Sau đẻ	AZT 300 mg + 3TC 150mg 2lần/ngày x 7 ngày
Con	Ngay sau sinh	NVP liều đơn 6 mg uống 1 lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg/kg uống 2 lần/ngày Tiếp tục AZT 4mg/kg uống 2 lần/ngày x 4 tuần

- Không sử dụng ARV dự phòng cho mẹ khi tiên lượng mẹ sẽ sinh trong vòng 1 giờ
- Trong trường hợp mẹ không được sử dụng ARV vẫn thực hiện phác đồ dự phòng ARV cho con như trên
- Khi không sẵn có AZT, vẫn sử dụng NVP liều đơn cho mẹ khi chuyển dạ và NVP liều đơn cho con ngay sau sinh

3. Tác dụng phụ của ARV đối với PNMT

AZT	Nhẹ: Buồn nôn, đau đầu thường tự khỏi Gây thiếu máu nếu điều trị lâu dài, không dùng khi Hb <70g/l
3TC	Tác dụng phụ ít gặp thường nhẹ và tự khỏi như buồn nôn
NVP	An toàn khi dùng trong PLTMC Điều trị kéo dài: phát ban, ngộ độc gan, hay gặp ở PNMT có số lượng tế bào CD4 250- 350/mm ³ khi bắt đầu điều trị
EFV	Có thể gây dị dạng thai trong 3 tháng đầu (hiếm gặp)
TDF	Có thể ảnh hưởng đến phát triển xương của trẻ (hiếm gặp) Có thể ảnh hưởng chức năng thận
PIs	Sử dụng kéo dài có thể gây rối loạn chuyển hóa

IV. CHĂM SÓC KHI CHUYỂN DẠ, KHI SINH

- Phụ nữ đang điều trị bằng thuốc kháng HIV: tiếp tục điều trị trong khi chuyển dạ, sinh đẻ và sau sinh.
- Phụ nữ đang điều trị PLTMC trong khi mang thai: tiếp tục phác đồ PLTMC bằng thuốc kháng HIV trong thời gian chuyển dạ.
- Các can thiệp sản khoa:
 - o Các can thiệp sản khoa đối với phụ nữ mang thai nhiễm HIV phải tuân thủ theo các nguyên tắc chung như đối với phụ nữ mang thai không nhiễm HIV để đảm bảo một cuộc chuyển dạ và sinh con an toàn.
 - o Hạn chế tối đa các thủ thuật có thể gây tổn thương đường sinh sản người mẹ hoặc tổn thương cho con như cắt tầng sinh môn, giác hút, forcep, đặt điện cực vào đầu thai nhi, hạn chế việc bấm ối sớm và hạn chế thăm khám âm đạo.
 - o Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa.

V. CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SAU SINH

1. Chăm sóc trẻ sau sinh

- Hút sạch dịch đường mũi, hầu họng ngay sau sinh bằng các loại ống thông mềm, thao tác nhẹ nhàng, tránh gây tổn thương.
- Lau khô chất dịch của mẹ trên người trẻ bằng khăn mềm, tránh xây xước.
- Cho trẻ uống thuốc ARV theo phác đồ PLTMC. Ngừng thuốc nếu mẹ có kết quả kháng định âm tính.

2. Chăm sóc bà mẹ sau sinh

- Chăm sóc bà mẹ sau sinh theo các quy định của sản khoa, tư vấn về các biện pháp kế hoạch hóa gia đình, các biện pháp tránh thai.
- Tư vấn các vấn đề liên quan tới HIV:

<p>Tư vấn hỗ trợ tâm lý</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nhận biết các biểu hiện liên quan tới biến động tâm lý của PNMT sau khi biết tình trạng nhiễm - Chia sẻ và đồng cảm với cảm xúc của PNMT giúp họ có thêm sức mạnh và niềm tin để vượt qua sự kỳ thị và phân biệt đối xử - Cung cấp các thông tin và hiệu quả các dịch vụ liên quan tới chăm sóc và điều trị, đặc biệt điều trị ARV
<p>Tư vấn nuôi dưỡng an toàn và chăm sóc trẻ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lợi ích và nguy cơ của nuôi con bằng sữa mẹ và sữa công thức/bột - Nếu người mẹ lựa chọn nuôi con bằng sữa công thức/bột: xem chương III, mục I, khoản 3 - Nếu người mẹ lựa chọn nuôi con bằng sữa mẹ: tư vấn sự cần thiết phải cho con bú mẹ hoàn toàn, không kết hợp sữa mẹ với bất cứ loại thức ăn thay thế nào, hướng dẫn vệ sinh bầu vú - Hướng dẫn cách cho trẻ tiếp tục uống thuốc ARV dự phòng sau khi xuất viện - Tư vấn về tiêm chủng, điều trị dự phòng NTCH, nhu cầu theo dõi tăng trưởng của trẻ
<p>Tư vấn về lợi ích chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sớm khẳng định hoặc loại trừ nhiễm HIV cho trẻ - Giảm căng thẳng cho gia đình và người chăm sóc trẻ - Đưa ra các định hướng điều trị kịp thời nếu trẻ bị nhiễm HIV, đặc biệt là lợi ích của điều trị ARV
<p>Tư vấn bộ lộ tình trạng nhiễm sau sinh</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thảo luận với bà mẹ về lợi ích và bất lợi khi bộc lộ tình trạng nhiễm (đặc biệt với phụ nữ phát hiện nhiễm HIV trong khi chuyển dạ) - Khuyến khích bà mẹ bộc lộ tình trạng nhiễm, thường là với người mà họ sống cùng - Nếu bà mẹ không muốn bộc lộ tình trạng nhiễm thì nên tôn trọng quyết định của họ. Giới thiệu bà mẹ tới các dịch vụ hỗ trợ xã hội hoặc quay lại cơ sở y tế để tiếp tục được tư vấn

VI. CHUYÊN TUYẾN CHUYÊN TIẾP CHO MẸ VÀ CON SAU SINH

1. Bà mẹ nhiễm HIV

- Giới thiệu đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS để theo dõi và điều trị lâu dài.
- Giới thiệu và cung cấp địa chỉ các cơ sở hỗ trợ tâm lý, kinh tế dành cho người nhiễm HIV, các nhóm hỗ trợ xã hội khác.

2. Trẻ phơi nhiễm HIV

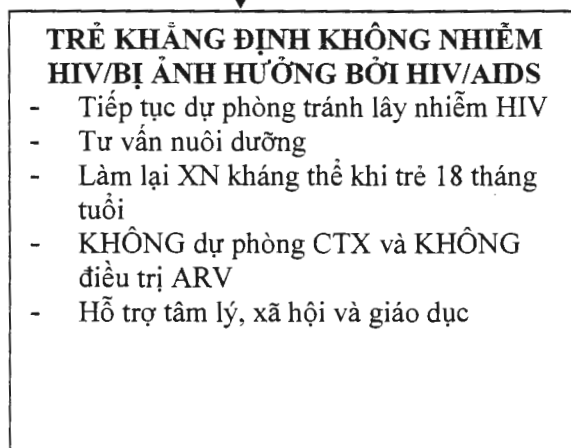
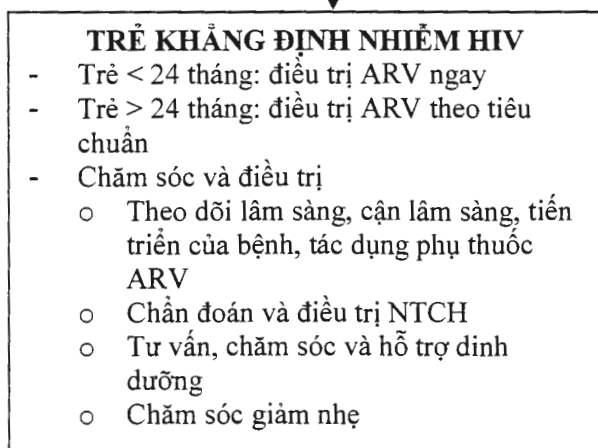
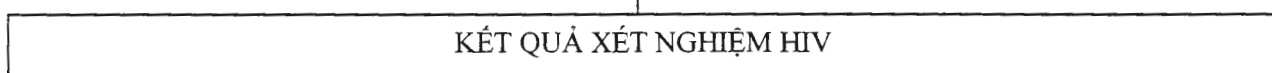
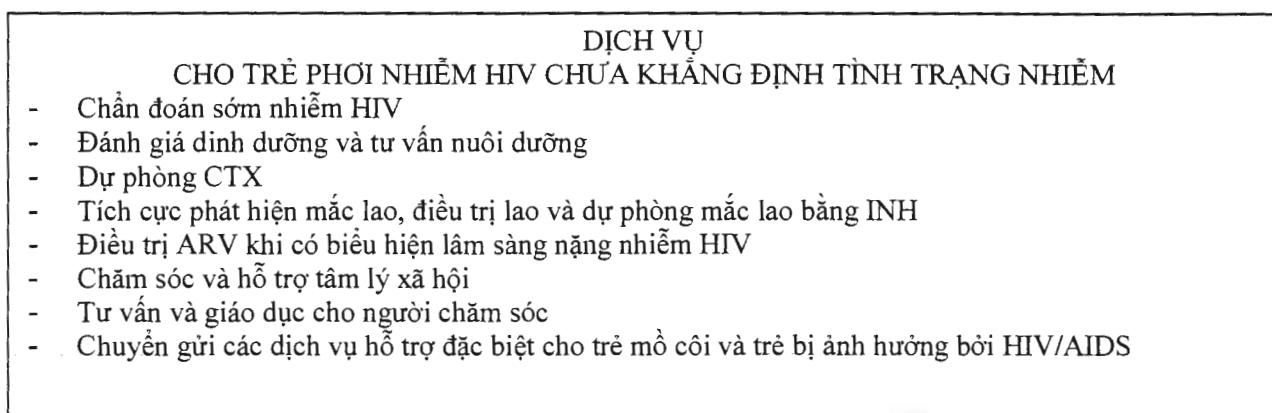
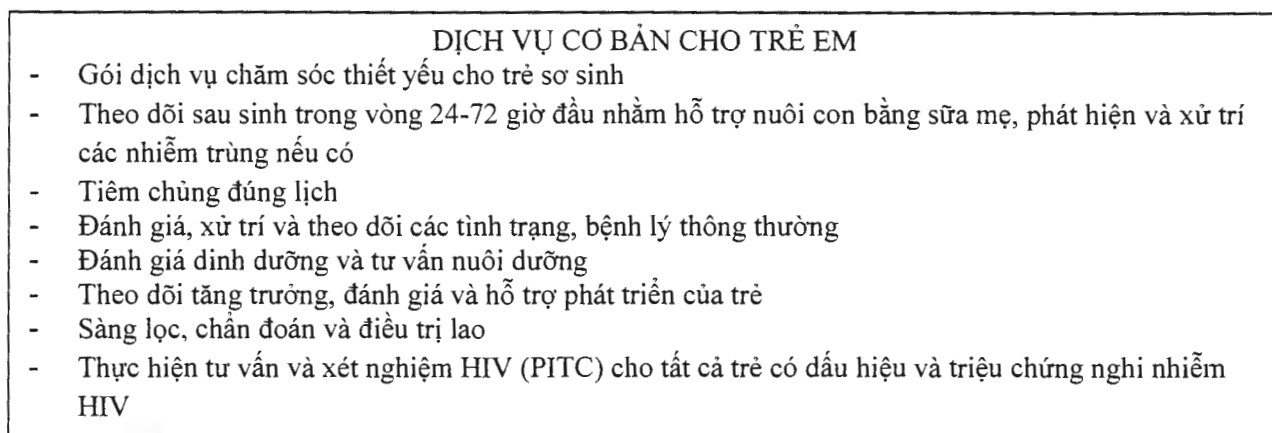
- Giới thiệu trẻ đến cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS để chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ, theo dõi và điều trị lâu dài.
- Giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ khác cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

Để đảm bảo trẻ và mẹ được chăm sóc tốt sau sinh và tránh mất dấu:

- Tư vấn lợi ích của điều trị ARV lâu dài cho mẹ
- Tư vấn lợi ích của xét nghiệm phát hiện sớm nhiễm HIV và điều trị ARV kịp thời cho trẻ và các chăm sóc khác (chẩn đoán và điều trị NTCH, tư vấn dinh dưỡng, ...)
- Cung cấp danh sách, địa chỉ, số điện thoại, tên cán bộ đầu mối của các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV
- Sử dụng các mẫu phiếu theo dõi và giới thiệu dịch vụ từ chương trình PLTMC (xem phụ lục 2)
- Hỗ trợ chuyên gửi:
 - o Liên hệ cơ sở chăm sóc và điều trị cho mẹ và theo dõi trẻ phơi nhiễm HIV, có thông tin phản hồi và hoặc theo dõi tiếp với cơ sở chăm sóc và điều trị
 - o Lên kế hoạch cụ thể với người mẹ và gia đình để

CHƯƠNG III. CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ VÀ HỖ TRỢ CHO TRẺ PHƠI NHIỄM VÀ NHIỄM HIV

Các nội dung chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV:



Trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV được tư vấn, chăm sóc sức khỏe, chẩn đoán và điều trị các bệnh lý thông thường theo hướng dẫn hoạt động lồng ghép quản lý chăm sóc trẻ bệnh (IMCI) – Bộ Y tế.

Thực hiện các can thiệp bổ sung chăm sóc, điều trị và hỗ trợ trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV theo các nội dung dưới đây.

I. CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ CƠ BẢN CHO TRẺ PHƠI NHIỄM CHƯA XÁC ĐỊNH TÌNH TRẠNG NHIỄM HIV

Phần này mô tả các hoạt động của chăm sóc và điều trị cho:

- Trẻ sinh ra từ mẹ đã biết về tình trạng nhiễm HIV.
- Trẻ có dấu hiệu, triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV nhưng chưa biết tình trạng nhiễm HIV của mẹ.
- Trẻ có kết quả xét nghiệm PCR âm tính nhưng vẫn tiếp tục phơi nhiễm HIV (vẫn tiếp tục bú mẹ).

Chăm sóc cơ bản cho trẻ phơi nhiễm chưa xác định tình trạng nhiễm HIV

- Chẩn đoán sớm nhiễm HIV
- Đánh giá, xử trí và theo dõi các tình trạng bệnh thông thường
- Theo dõi tăng trưởng, đánh giá và hỗ trợ trẻ phát triển
- Tích cực phát hiện mắc lao, điều trị lao và dự phòng mắc lao bằng INH Điều trị ARV khi có biểu hiện lâm sàng nặng nhiễm HIV

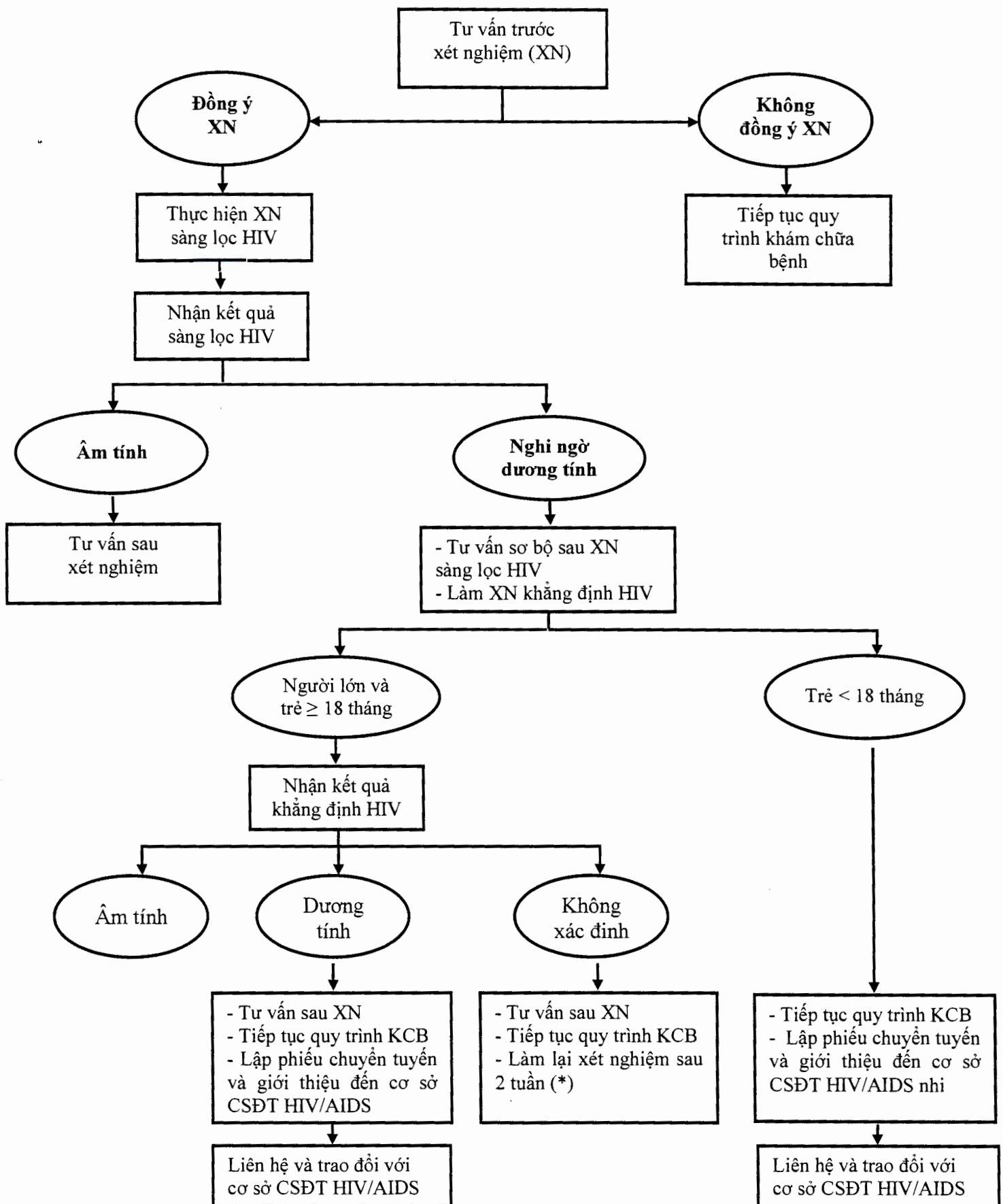
Chăm sóc và hỗ trợ khác

- Chăm sóc và hỗ trợ tâm lý xã hội
- Tư vấn và giáo dục cho người chăm sóc
- Phối hợp và chuyển gửi đến các dịch vụ hỗ trợ đặc biệt cho trẻ mồ côi và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS

1. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV (hình 3)

Xác định tình trạng nhiễm HIV cho trẻ thông qua tư vấn và xét nghiệm HIV theo Hướng dẫn tư vấn và xét nghiệm HIV do cán bộ y tế đề xuất.

Hình 3. Quy trình tư vấn và xét nghiệm HIV cho trẻ trên 18 tháng tuổi



Hình 3. Quy trình tư vấn và xét nghiệm HIV cho trẻ trên 18 tháng tuổi

1.1 Chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi (hình 3)

Mục đích:

- Sớm khẳng định hoặc loại trừ nhiễm HIV cho trẻ.
- Điều trị ARV kịp thời cho tất cả trẻ nhiễm HIV, không căn cứ vào giai đoạn lâm sàng hay số lượng tế bào CD4, nhằm giảm tỷ lệ tử vong ở trẻ nhiễm HIV.
- Định hướng các quyết định liên quan đến tiêm chủng, thời điểm bắt đầu và ngừng dự phòng CTX và dự phòng mắc lao bằng INH.
- Giảm căng thẳng cho gia đình và người chăm sóc trẻ.

Đối tượng xét nghiệm:

- Trẻ phơi nhiễm HIV dưới 18 tháng tuổi (trẻ sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV hoặc người mẹ có XN sàng lọc HIV dương tính) nhưng chưa có XN khẳng định tình trạng nhiễm.
- Trẻ dưới 18 tháng tuổi được chẩn đoán nghi ngờ nhiễm HIV (xem phụ lục 5) hoặc được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng và có XN kháng thể kháng HIV dương tính (hình 4).

**Xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ phơi nhiễm
được làm khi trẻ từ 4-6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó**

Quy trình chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi (xem phụ lục 3, 4 và 8)

- Tư vấn trước xét nghiệm:
 - o Lợi ích của chẩn đoán sớm nhiễm HIV
 - o Các bước thực hiện chẩn đoán sớm nhiễm HIV.
- Có sự đồng ý xét nghiệm của bố mẹ/người chăm sóc trẻ, thông báo cho bố mẹ/người chăm sóc trẻ về thời gian quay lại nhận kết quả, quản lý và theo dõi để tránh mất dấu.
- Xét nghiệm: lấy mẫu máu xét nghiệm bằng bộ dụng cụ lấy giọt máu khô (DBS) hoặc bộ dụng cụ lấy máu toàn phần có chống đông bằng EDTA.
- Tư vấn sau xét nghiệm:
 - o Kết quả PCR lần 1 dương tính: tư vấn để điều trị ARV ngay và lấy máu lần 2 để xét nghiệm khẳng định.
 - o Kết quả PCR lần 1 âm tính: tư vấn về việc XN phát hiện kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi, tư vấn về nuôi dưỡng trẻ và dự phòng nhiễm HIV.

Đánh giá và xử trí kết quả PCR

**Khi có kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính, điều trị ARV ngay
và đồng thời làm xét nghiệm PCR lần 2 để khẳng định**

PCR	Kết quả	Xử trí
PCR lần 1	Âm tính	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu trẻ hoàn toàn không bú mẹ trong 6 tuần trước khi làm XN, trẻ có thể không nhiễm HIV. Nếu trẻ có bú sữa mẹ, trẻ vẫn có nguy cơ nhiễm HIV, làm lại XN 6 tuần sau khi ngưng bú - Thực hiện xét nghiệm phát hiện Kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi để khẳng định tình trạng nhiễm
	Dương tính	<ul style="list-style-type: none"> - Điều trị ARV: theo Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS ban hành theo Quyết định 3003 & 4139 - Chỉ định xét nghiệm PCR lần 2 để khẳng định
PCR lần 2	Dương tính	Tiếp tục điều trị ARV theo quy định
	Âm tính	Dừng điều trị ARV

1.2 Tư vấn và xét nghiệm HIV cho trẻ trên 18 tháng tuổi (hình 3)

Tư vấn và xét nghiệm HIV (xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV) cho trẻ phơi nhiễm HIV và trẻ không rõ tình trạng nhiễm HIV của mẹ nhưng có các dấu hiệu nghi ngờ nhiễm HIV (phụ lục 5).

2. Khám lâm sàng, đánh giá tăng trưởng, xét nghiệm và theo dõi định kỳ

2.1 Khám, đánh giá, xử trí và theo dõi các bệnh thông thường

Xử trí trẻ phơi nhiễm HIV bị các bệnh thông thường và theo dõi tăng trưởng, đánh giá và hỗ trợ trẻ phát theo các hướng dẫn hoạt động lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh (IMCI).

2.2 Khám, đánh giá, xử trí và theo dõi các bệnh có liên quan đến nhiễm HIV

Hỏi tiền sử, bệnh sử

- Bệnh sử nhiễm HIV của cha mẹ, anh chị em
- Tiền sử dùng thuốc ARV và thuốc khác của mẹ/trẻ
- Tiền sử chế độ nuôi dưỡng
- Dự phòng CTX và tiêm chủng
- Tiền sử nhiễm lao trong gia đình
- Dấu hiệu, triệu chứng từ các lần thăm khám trước.

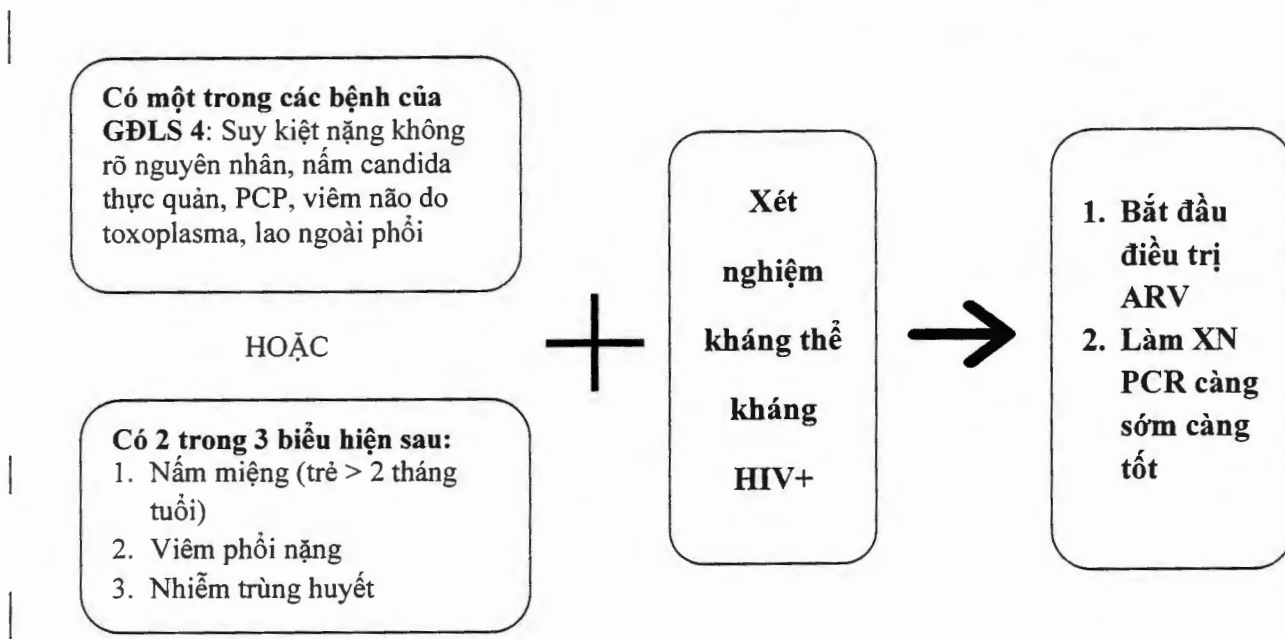
Thăm khám

- Dấu hiệu sinh tồn
- Phát triển tâm thần kinh
- Đánh dấu chiều cao, cân nặng của trẻ vào biểu đồ tăng trưởng
- Khám thực thể, phát hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội, bệnh lý khác đặc biệt các triệu chứng lâm sàng bệnh nặng liên quan đến HIV.

Các dấu hiệu, triệu chứng của bệnh nhiễm trùng cơ hội và bệnh liên quan đến HIV

- Sốt kéo dài hoặc tái diễn
- Tồn thương da và loét niêm mạc da
- Nhiễm BCG, hạch to nhiều nơi, gan lách to
- Lao, PCP, viêm phổi không thuyên giảm hoặc tái phát
- Nấm miệng (trẻ > 2 tháng tuổi), tiêu chảy
- Suy dinh dưỡng, không tăng cân, giảm cân theo lứa tuổi.

Hình 4. Chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV nặng cho trẻ dưới 18 tháng tuổi



3. Tư vấn nuôi dưỡng trẻ

3.1 Mục đích

Giảm lây nhiễm HIV từ mẹ sang con qua bú sữa mẹ, giúp trẻ phát triển về thể chất và tinh thần tốt.

3.2 Nội dung

- Đánh giá điều kiện nuôi dưỡng của bà mẹ/người chăm sóc.
- Tư vấn lợi ích về dinh dưỡng và miễn dịch cũng như nguy cơ lây truyền HIV của việc nuôi con bằng sữa mẹ, nguy cơ và lợi ích khi sử dụng sữa công thức.

Nuôi dưỡng trẻ dưới 6 tháng tuổi: cán bộ y tế cần cung cấp đầy đủ thông tin về chế độ nuôi dưỡng để bà mẹ lựa chọn

Lựa chọn 1:
Nuôi bằng sữa mẹ

- Tư vấn sự cần thiết phải cho con bú mẹ hoàn toàn, không kết hợp sữa mẹ với bất cứ loại thức ăn thay thế nào và hướng dẫn vệ sinh bầu vú
- Nếu bà mẹ đang điều trị ARV, vẫn tiếp tục điều trị

	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu bà mẹ chưa được điều trị ARV, điều trị sớm khi đủ tiêu chuẩn - Nếu bà mẹ quyết định ngừng nuôi con bằng sữa mẹ, tư vấn cho bà mẹ để cai sữa trong vòng 1 tháng. Nếu bà mẹ đang được dự phòng bằng ARV, cần phải tiếp tục dự phòng 1 tuần sau khi ngừng cho con bú hoàn toàn - Nếu bà mẹ xuất hiện các triệu chứng của AIDS trong khi đang cho con bú thì tư vấn cho bà mẹ ngừng cho bú ngay
<p>Lựa chọn 2: Nuôi bằng sữa bột</p>	<p>Khi đáp ứng đủ 6 điều kiện dưới đây:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Gia đình hỗ trợ cách nuôi dưỡng trẻ bằng sữa công thức 2) Bà mẹ/người chăm sóc có thể cung cấp sữa công thức hoàn toàn trong 6 tháng đầu 3) Bà mẹ/người chăm sóc có thể cung cấp sữa công thức đầy đủ để hỗ trợ sự trưởng thành và phát triển của trẻ 4) Bà mẹ/người chăm sóc có khả năng chuẩn bị sữa công thức đảm bảo hợp vệ sinh, an toàn, đủ số lượng để giảm nguy cơ gây tiêu chảy và suy dinh dưỡng 5) Nước sạch và vệ sinh môi trường được đảm bảo tại hộ gia đình và cộng đồng 6) Bà mẹ/người chăm sóc có thể tiếp cận dịch vụ y tế để nhận được chăm sóc sức khỏe toàn diện cho trẻ
<p>Nuôi dưỡng trẻ 6-24 tháng tuổi không bú mẹ (thực hiện theo IMCI)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo đủ nhu cầu dinh dưỡng của trẻ - Thức ăn đa dạng và phù hợp theo lứa tuổi của trẻ - Bữa ăn và nhu cầu dinh dưỡng thay đổi phù hợp theo lứa tuổi của trẻ - Cho trẻ ăn đủ bốn nhóm thực phẩm - Tăng cường vi chất dinh dưỡng cho trẻ như vitamin A, vitamin B12, sắt, kẽm, canxi - Bổ sung đủ lượng nước cần thiết - Thực hành bảo quản và chế biến thực phẩm an toàn - Áp dụng các nguyên tắc chăm sóc tâm lý xã hội - Tăng cường dinh dưỡng cho trẻ trong và sau khi bị bệnh 	

4. Tiêm chủng

(Xem mục III, khoản 3, trang x - Tiêm chủng cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV)

5. Dự phòng NTCH bằng CTX

- Tất cả trẻ phơi nhiễm HIV nên được dự phòng NTCH bằng CTX ngay từ 4-6 tuần tuổi.
- Liều dùng 2ml/ngày và được điều chỉnh theo cân nặng của trẻ (xem phụ lục 6).
- Những trẻ có kết quả PCR âm tính, kháng thể kháng HIV âm tính và không còn bú mẹ thì ngừng dùng CTX.

(Xem chương III, mục III, khoản 4 - Dự phòng NTCH bằng CTX)

6. Chăm sóc tâm lý, hỗ trợ xã hội, tư vấn và giáo dục cho người chăm sóc

6.1 Xác định người chăm sóc và vai trò của người chăm sóc

6.1.1. *Xác định người chăm sóc:* cha mẹ, ông bà, người thân...

6.1.2. *Vai trò của người chăm sóc:*

- Người chăm sóc là người phối hợp với cán bộ y tế trong quá trình chăm sóc trẻ chứ không chỉ đơn thuần là người nhận dịch vụ.
- Người chăm sóc cần được tư vấn và giáo dục về chăm sóc sức khỏe cho bản thân, chăm sóc và hỗ trợ trẻ.
- Giữ liên lạc thường xuyên với cán bộ y tế.
- Đưa trẻ đi khám đúng hẹn (bao gồm cho trẻ xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV).
- Theo dõi sự phát triển thể chất và tâm thần của trẻ.
- Hỗ trợ, động viên trẻ hòa nhập xã hội và có nếp sống lành mạnh, vui chơi, thể dục thể thao.

6.2 Đánh giá, phát hiện các khó khăn của người chăm sóc và giải pháp

6.2.1. *Xác định khó khăn:* Các vấn đề liên quan đến kỳ thị và phân biệt đối xử, tài chính, tình trạng sức khỏe của cha mẹ...

- Tìm hiểu thông tin về khó khăn mà người chăm sóc gặp phải.
- Thảo luận nhu cầu của người chăm sóc.

6.2.2. *Giải pháp:*

- Thảo luận với người chăm sóc biện pháp hỗ trợ cần thiết (kinh tế, việc làm, chăm sóc trẻ, pháp lý...).
- Hỗ trợ người chăm sóc lựa chọn giải pháp phù hợp và khả thi nhất.
- Giới thiệu và giúp kết nối với các dịch vụ hỗ trợ (trung tâm tư vấn, quỹ hỗ trợ tín dụng nhỏ, trại trẻ mồ côi, các nhóm tôn giáo...).
- Tăng cường hỗ trợ từ phía gia đình, các nhóm đồng đẳng, các tổ chức dựa vào cộng đồng và các tổ chức xã hội.
- Hỗ trợ xây dựng kế hoạch tương lai cho trẻ đảm bảo trẻ sẽ được chăm sóc theo mong muốn của cha mẹ trong trường hợp họ ốm hoặc chết.

7. Phối hợp và chuyển gửi đến các dịch vụ hỗ trợ đặc biệt

7.1 Những khó khăn trẻ có thể gặp phải

- Cha mẹ có thể chết sớm do HIV.
- Cha mẹ không được khỏe mạnh.
- Trẻ không chấp nhận mình bị nhiễm hoặc bị ảnh hưởng bởi HIV.
- Lo âu về sự an toàn của bản thân và những điều sẽ xảy ra với mình trong tương lai.
- Bị bất lợi về mặt xã hội, kinh tế, sa sút tâm lý do bệnh tật hoặc tử vong của cha mẹ.
- Kỳ thị và phân biệt đối xử có thể ảnh hưởng trực tiếp đến các thành viên trong gia đình.
- Thiếu các nhu cầu cơ bản về nơi nương tựa, đồ ăn, quần áo, an toàn và/hoặc không thể chi trả cho chăm sóc y tế.

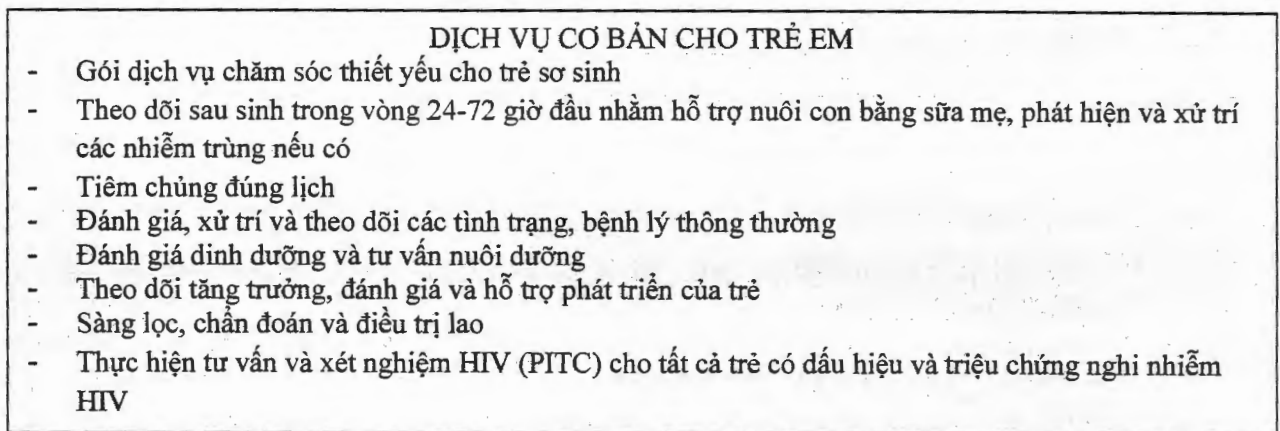
- Quyền thừa kế bị ảnh hưởng.

7.2 Các giải pháp

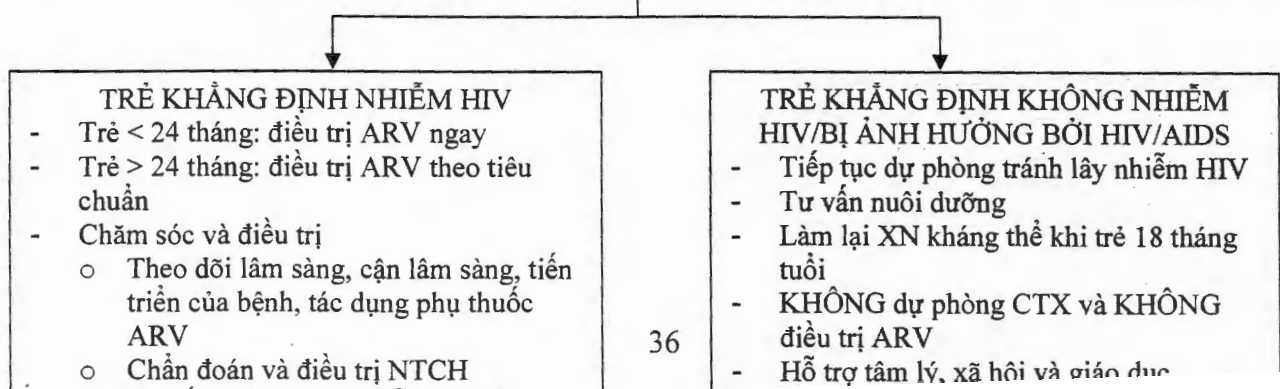
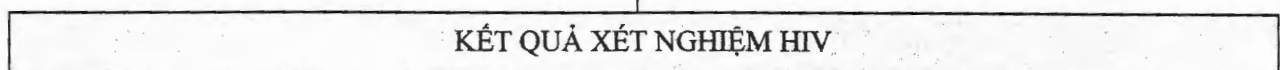
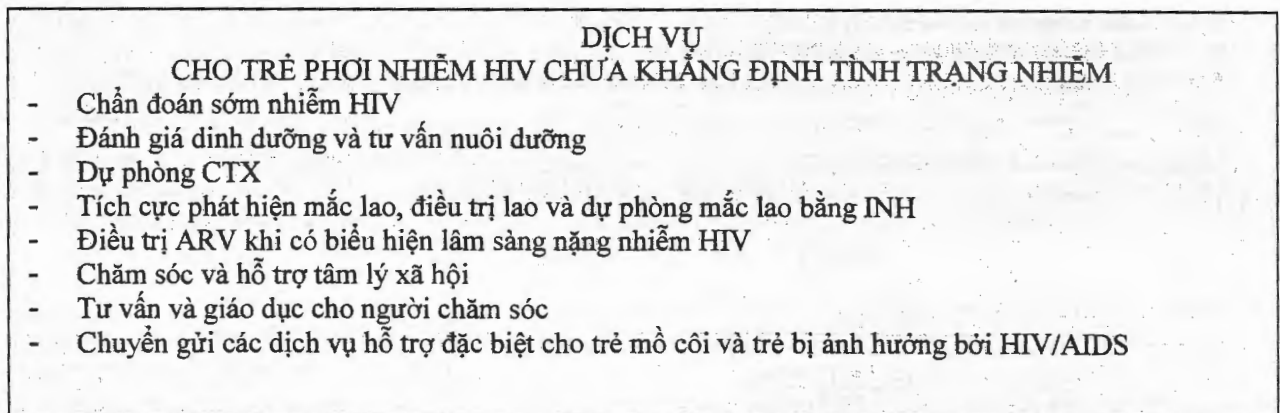
- Tăng cường khả năng của gia đình để bảo vệ, chăm sóc trẻ mồ côi và trẻ dễ bị xâm hại bằng cách kéo dài cuộc sống của cha mẹ, cung cấp hỗ trợ kinh tế, tâm lý xã hội và các hỗ trợ khác.
- Huy động các hỗ trợ từ cộng đồng.
- Đảm bảo cho trẻ mồ côi và trẻ dễ bị xâm hại tiếp cận các dịch vụ thiết yếu, bao gồm làm giấy khai sinh, chăm sóc sức khỏe, giáo dục và các dịch vụ khác.
- Tăng cường nhận thức ở các cấp qua việc tích cực ủng hộ và huy động xã hội để tạo được môi trường hỗ trợ cho trẻ và gia đình bị tác động bởi HIV/AIDS.

II. CHĂM SÓC CHO TRẺ KHÁNG ĐỊNH KHÔNG NHIỄM HIV

Các nội dung chăm sóc, điều trị và hỗ trợ cho trẻ kháng định không nhiễm HIV:



+

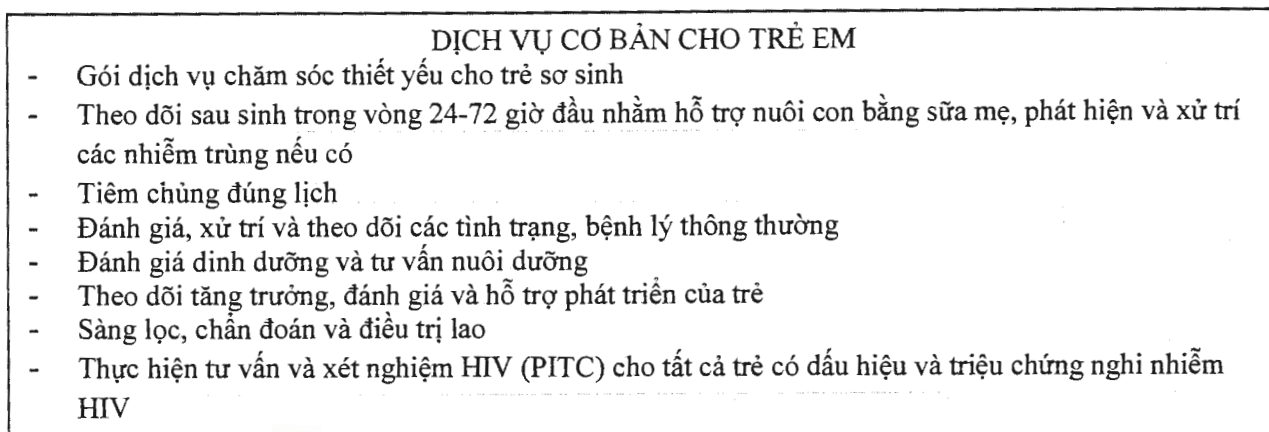


- Trẻ kháng định không nhiễm HIV được tư vấn, chăm sóc sức khỏe, chẩn đoán và điều trị các bệnh lý thông thường theo IMCI. Trẻ có kết quả xét nghiệm PCR âm tính nhưng vẫn tiếp tục phơi nhiễm HIV (vẫn tiếp tục bú mẹ) cần được theo dõi tiếp.

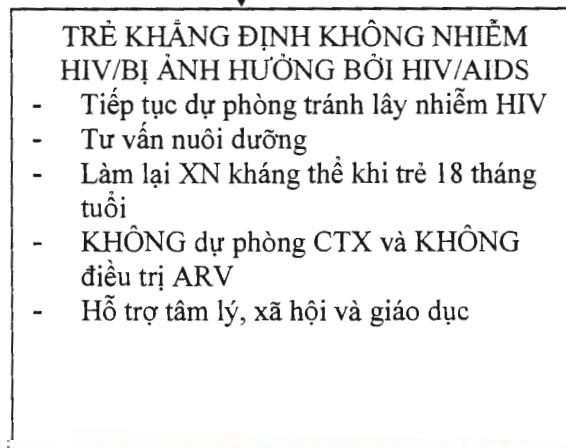
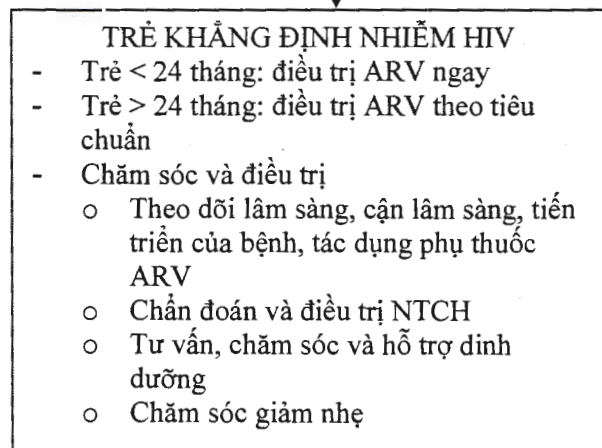
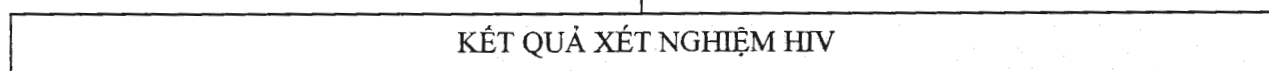
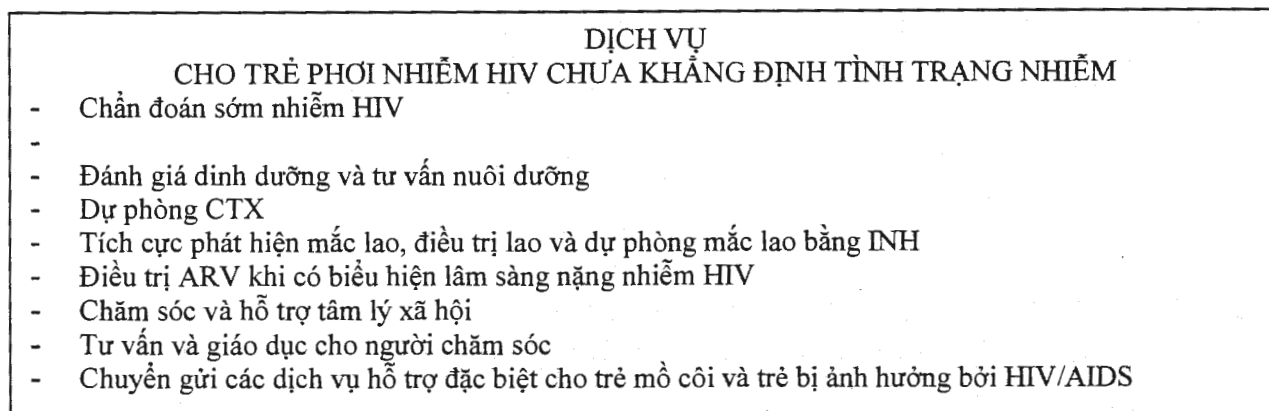
III. CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ ĐÃ KHÁNG ĐỊNH NHIỄM HIV

Áp dụng tất cả các can thiệp cho trẻ phơi nhiễm HIV (xem phần I)

- Thực hiện bổ sung các can thiệp chăm sóc điều trị được nhấn mạnh trong bảng dưới đây:



+



1. Khám lâm sàng, đánh giá tăng trưởng, xét nghiệm và theo dõi định kỳ

1.1 Khám, đánh giá, chẩn đoán các tình trạng, bệnh lý thông thường

Xử trí trẻ nhiễm HIV bị các tình trạng, bệnh lý thông thường theo các hướng dẫn IMCI.

1.2 Khám lâm sàng và xét nghiệm cần thiết cho tất cả trẻ nhiễm HIV

Mục đích:

- Đánh giá phát triển thể chất, tâm thần và phát hiện các bệnh lý khác như đối với trẻ không nhiễm HIV.
- Chẩn đoán các NTCH, bệnh lý liên quan đến HIV và điều trị kịp thời.
- Đánh giá tiêu chuẩn điều trị ARV để điều trị kịp thời.

Khám lâm sàng	<ul style="list-style-type: none">- Cân nặng, chiều cao, vòng đầu và các đo lường tăng trưởng khác- Phân giai đoạn lâm sàng bệnh HIV/AIDS- Tình trạng phát triển thể chất và tâm thần- Sàng lọc lao- Xác định các tình trạng bệnh kèm theo (như nhiễm viêm gan B hoặc C, lao, NTCH khác, có thai ở trẻ gái vị thành niên)- Các chi tiết về thuốc điều trị kèm theo, bao gồm CTX- Tình trạng dinh dưỡng, bao gồm đánh giá chất lượng và số lượng thức ăn- Đối với những trẻ đủ tiêu chuẩn để điều trị ARV, đánh giá sự sẵn sàng điều trị của trẻ và người chăm sóc- Hoàn thành hồ sơ bệnh án quản lý trẻ nhiễm HIV
Xét nghiệm cần thiết	<ul style="list-style-type: none">- Xét nghiệm ban đầu, định kỳ 6 tháng/lần hoặc khi cần thiết:<ul style="list-style-type: none">o Số lượng CD4 (%CD4 cho trẻ < 5 tuổi)o Hb, ALTo ALT khi chuẩn bị- Nếu có điều kiện, XN viêm gan B và C định kỳ- Các xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán NTCH và bệnh lý khác

1.3 Quản lý trẻ chưa đủ tiêu chuẩn để điều trị ARV

- Khám và đánh giá lâm sàng trẻ nhiễm HIV chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV ít nhất 2 đến 3 tháng/lần.
- Xét nghiệm tế bào CD4 6 tháng/lần. Các kết quả CD4 giúp xác định trẻ đã đủ tiêu chuẩn để điều trị và/hoặc dự phòng CTX hay chưa.
- Dự phòng lao bằng INH.
- Tư vấn dinh dưỡng, tiêm chủng.
- Tư vấn tuân thủ tái khám định kỳ, điều trị dự phòng NTCH.

2. Tư vấn về dinh dưỡng và nuôi dưỡng trẻ nhiễm HIV

- Tư vấn để bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và tiếp tục cho bú cho đến 24 tháng hoặc hơn nữa với đồ ăn bổ sung an toàn và phù hợp được cung cấp từ lúc 6 tháng tuổi. Duy trì chế độ nuôi dưỡng này ngay cả khi bà mẹ đang được điều trị ARV.
- Trẻ nhiễm HIV từ 6 - 24 tháng không bú mẹ do sự chọn lựa của bà mẹ hoặc do mẹ bị bệnh, đã mất thì rất dễ bị tổn thương. Để ngăn ngừa tình trạng dinh dưỡng xấu đi cần theo dõi dinh dưỡng, tư vấn và can thiệp phù hợp như sau:
 - o Đủ nhu cầu dinh dưỡng của trẻ.
 - o Thức ăn đa dạng và phù hợp theo lứa tuổi của trẻ.
 - o Bữa ăn và nhu cầu dinh dưỡng thay đổi phù hợp theo lứa tuổi của trẻ.
 - o Cho trẻ ăn đủ bốn nhóm thực phẩm.
 - o Tăng cường vi chất dinh dưỡng cho trẻ như vitamin A, vitamin B12, sắt, kẽm, canxi.
 - o Bổ sung đủ lượng nước cần thiết.
 - o Thực hành bảo quản và chế biến thực phẩm an toàn.
 - o Áp dụng các nguyên tắc của chăm sóc tâm lý xã hội.
 - o Tăng cường dinh dưỡng cho trẻ trong và sau khi bệnh.
- Đối với trẻ bị các nhiễm trùng cấp tính, khẩu phần ăn cần được tính toán cẩn thận, trong đó có tính đến nguyên nhân bệnh cụ thể của trẻ.
- Một số trẻ nhiễm HIV bị nhiễm trùng cấp tính và mạn tính thứ phát có thể bị suy dinh dưỡng nặng và kém hấp thu. Nên cho trẻ ăn hợp khẩu vị, chia nhỏ bữa ăn và tăng cường dinh dưỡng.

3. Tiêm chủng cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV

3.1 Nguyên tắc chung:

- Trẻ nhiễm HIV cần được tiêm chủng như các trẻ không nhiễm.
- Nên trì hoãn tiêm vắc xin sống trong trường hợp trẻ nhiễm HIV ở tình trạng bệnh nặng, chỉ số CD4 thấp < 15% hoặc ở GĐLS 4 cho đến khi trẻ được điều trị ARV ổn định và tình trạng lâm sàng được cải thiện. Trong trường hợp có đại dịch với nguy cơ mắc bệnh cao, có thể cân nhắc tiêm vắc xin sống cho trẻ nhiễm HIV nặng. Một số loại vắc xin sống bao gồm:
 - o Vắc xin bại liệt uống (OPV)
 - o Vắc xin sởi, quai bị, rubella (MMR)
 - o Vắc xin thủy đậu
 - o Vắc xin viêm não Nhật Bản.

3.2 Lịch tiêm chủng

Bảng 8. Lịch tiêm chủng

Vắc xin	Lúc sinh	2 tháng	3 tháng	4 tháng	9 tháng	12-15 tháng	16-24 tháng	> 24 tháng
BCG ¹ *	X							
VGB *	X							
OPV ² *		X	X	X				
DPT-VGB-Hib *		X	X	X				
Rotavirus ³		X		X				
Sởi ² *					X		X	
Thủy đậu ²						X		
Cúm ⁴					X		X	
DPT *							X	
Viêm não Nhật Bản ⁵						X		X
PPV23 ⁶								X

* Các vắc xin có trong chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia

Ghi chú:

- 1) Vắc xin BCG:
 - Trì hoãn tiêm BCG cho trẻ có nguy cơ nhiễm HIV cao khi:
 - Mẹ và trẻ không được PLTMC
 - Trẻ có dấu hiệu hoặc triệu chứng nghi nhiễm HIV
 - Trẻ có cân nặng thấp khi sinh (< 2500 g) và/hoặc đẻ non
 - Không tiêm BCG cho trẻ đã được khẳng định nhiễm HIV
- 2) Đối với trẻ nhiễm HIV có chỉ số CD4 thấp hoặc ở GĐLS 4
 - Trì hoãn tiêm vắc xin sởi và thủy đậu cho đến khi trẻ được điều trị ARV ổn định trừ trường hợp xảy ra đại dịch
 - Vắc xin bại liệt dạng tiêm (IPV) nếu có

- 3) Vắc xin Rotavirus: nên uống liều thứ 2 cách liều thứ nhất 2 tháng. Hai liều cần được hoàn thành trước 6 tháng tuổi.
- 4) Vắc xin cúm: nên được tiêm nhắc lại hàng năm.
- 5) Vắc xin viêm não Nhật Bản: đối với vắc xin viêm não Nhật Bản sống, cần trì hoãn tiêm ở những trẻ nhiễm HIV nặng. Tiêm mũi thứ 2 sau khi tiêm mũi thứ nhất 7 - 14 ngày. Tiêm mũi thứ 3 sau 1 năm.
- 6) Vắc xin phế cầu khuẩn liên hợp (PCV13) có hiệu quả miễn dịch cao hơn vắc xin phế cầu khuẩn polysaccharide. Nên tiêm vắc xin PCV13 lúc trẻ được 2, 4, 6 và 12 tháng tuổi. Trẻ nhiễm HIV đã được tiêm vắc xin PCV13 vẫn cần tiêm PPV 23 lúc 2 tuổi để bảo vệ chống lại các loại phế cầu khuẩn không có trong vắc xin PCV13. PPV23 cần phải tiêm sau vắc xin PCV13 ít nhất 8 tuần.

4. Dự phòng NTCH bằng CTX

2.1 Giới thiệu về CTX

- CTX có hiệu quả dự phòng tiên phát và tái phát bệnh viêm phổi do P.jiroveci và dự phòng tiên phát viêm não do toxoplasma.
- Làm giảm tỷ lệ mắc viêm phổi do các vi khuẩn như Nocardia, Legionella, Haemophilus influenzae, phế cầu, tụ cầu vàng nhạy methicillin, và nhiều trực khuẩn Gram âm.
- Làm giảm tỷ lệ mắc tiêu chảy do một số vi khuẩn như Salmonella, tiêu chảy do Isospora và một số ký sinh đơn bào khác.
- Làm giảm tỷ lệ mắc sốt rét.

2.2 Hướng dẫn điều trị dự phòng bằng CTX

Tiêu chuẩn điều trị dự phòng tiên phát CTX	Trẻ phơi nhiễm: <ul style="list-style-type: none"> - CTX cho trẻ từ tuần tuổi thứ 4-6 sau khi sinh và duy trì đến khi loại trừ nhiễm HIV. Trẻ kháng định nhiễm HIV: <ul style="list-style-type: none"> - <24 tháng: chỉ định điều trị dự phòng cho tất cả trẻ nhiễm HIV - Từ 24 - < 60 tháng tuổi: <ul style="list-style-type: none"> o GĐLS 2, 3 và 4 không phụ thuộc vào số lượng tế bào CD4 o % CD4 < 25% hoặc số lượng CD4 ≤ 750 tế bào/mm³ không phụ thuộc GĐLS - ≥ 60 tháng tuổi trở lên <ul style="list-style-type: none"> o Có xét nghiệm tế bào CD4: <ul style="list-style-type: none"> + GĐLS 3, 4 không phụ thuộc số lượng tế bào CD4 + CD4 ≤ 350 tế bào/mm³ không phụ thuộc GĐLS o Không có xét nghiệm tế bào CD4: GĐLS 2, 3, 4
Dự phòng thứ phát	Dự phòng thứ phát sau khi trẻ đã hoàn tất liệu trình điều trị viêm phổi PCP
Thời gian bắt đầu dự phòng	<ul style="list-style-type: none"> - Tất cả trẻ đủ tiêu chuẩn cần được điều trị dự phòng NTCH bằng CTX

CTX và thời gian điều trị ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Đối với trẻ đủ tiêu chuẩn điều trị ARV: <ul style="list-style-type: none"> o Nên điều trị dự phòng CTX trước o Bắt đầu điều trị ARV 2 tuần sau đó nếu dung nạp tốt với CTX và không có dấu hiệu nghi ngờ dị ứng thuốc
Chống chỉ định điều trị dự phòng	Dị ứng với nhóm sulfamid (CTX, sulphadoxine- pyrimethamine)
Liều dùng	<ul style="list-style-type: none"> - CTX gồm 2 thành phần: trimethoprim (TMP) và sulfamethoxazole (SMX) - Liều điều trị dự phòng 5mg/kg/ngày tính theo TMP, uống một lần trong ngày (xem phụ lục 6)
Tác dụng phụ	<ul style="list-style-type: none"> - Nôn, buồn nôn và phát ban hiếm gặp, thường xảy ra sau 1- 2 tuần điều trị - Ít gặp dị ứng nặng, tuy nhiên cần tư vấn về tác dụng phụ có thể xảy ra để trẻ/người chăm sóc tự theo dõi và đến ngay các cơ sở y tế khi cần
Theo dõi	Xét nghiệm công thức máu, men gan khi nghi ngờ thiếu máu, nhiễm độc gan
Ngừng điều trị dự phòng	Khi trẻ đã được điều trị bằng ARV trong 6 tháng liên tục có % CD4 trên 25% đối với trẻ từ 0-5 tuổi và trên 350 tế bào/mm ³ đối với trẻ trên 5 tuổi
Tái điều trị dự phòng	Khi số lượng tế bào CD4 giảm đến tiêu chuẩn cần được điều trị dự phòng theo lứa tuổi

2.3 Phân loại mức độ phát ban do CTX

Mức độ	Triệu chứng lâm sàng	Xử trí
Mức độ I (nhẹ)	Ban đỏ	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục điều trị dự phòng bằng CTX, theo dõi người bệnh chặt chẽ - Điều trị triệu chứng và kháng histamine
Mức độ II (Trung bình)	Ban sần lan tỏa, tróc vảy khô	<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục điều trị dự phòng bằng CTX, theo dõi người bệnh chặt chẽ - Điều trị triệu chứng và kháng histamine
Mức độ III (Nặng)	Ban phỏng nước, loét niêm mạc	<ul style="list-style-type: none"> - NGỪNG thuốc cho tới khi hết các triệu chứng (thường sau 2 tuần) - Sau đó CÂN NHẮC SỬ DỤNG LẠI theo phương pháp giải mẫn cảm
Mức độ IV (Rất nặng)	Viêm da tróc vảy, Hội chứng Steven Johnson, hoặc Hồng ban đa dạng, bong da ướt	<ul style="list-style-type: none"> - NGỪNG VĨNH VIỄN sử dụng CTX

5. Tích cực phát hiện mắc lao, dự phòng và điều trị lao

5.1 Phát hiện các trường hợp nghi ngờ mắc lao

- Hỏi trẻ hoặc người chăm sóc các triệu chứng và dấu hiệu sau:
 - Trọng lượng cơ thể:
 - Không lên cân, hoặc
 - Thiếu cân so với độ tuổi, hoặc
 - Sụt cân (từ >5%) so với lần kiểm tra gần đây nhất.
 - Sốt.
 - Ho.
 - Có tiếp xúc với người bệnh lao.
- Nếu trẻ **có bất kỳ** một trong các triệu chứng hoặc dấu hiệu trên là những trường hợp nghi ngờ mắc bệnh lao. Chẩn đoán phân biệt các bệnh NTCH khác. Hội chẩn với bác sỹ chuyên khoa lao hoặc giới thiệu trẻ đến cơ sở điều trị lao để được chẩn đoán và điều trị.
- Nếu trẻ nhiễm HIV **không** có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào ở trên, có thể loại trừ mắc bệnh lao tiến triển, thực hiện điều trị dự phòng bằng INH.

5.2 Điều trị dự phòng lao bằng INH

5.2.1 Chỉ định

- < 12 tháng tuổi nhiễm HIV: chỉ những trẻ có tiếp xúc với người bệnh lao và được loại trừ đang mắc lao tiến triển.
- Trẻ > 12 tháng tuổi nhiễm HIV: không có bằng chứng mắc lao tiến triển dựa vào sàng lọc lâm sàng và không tiếp xúc với người bệnh lao.

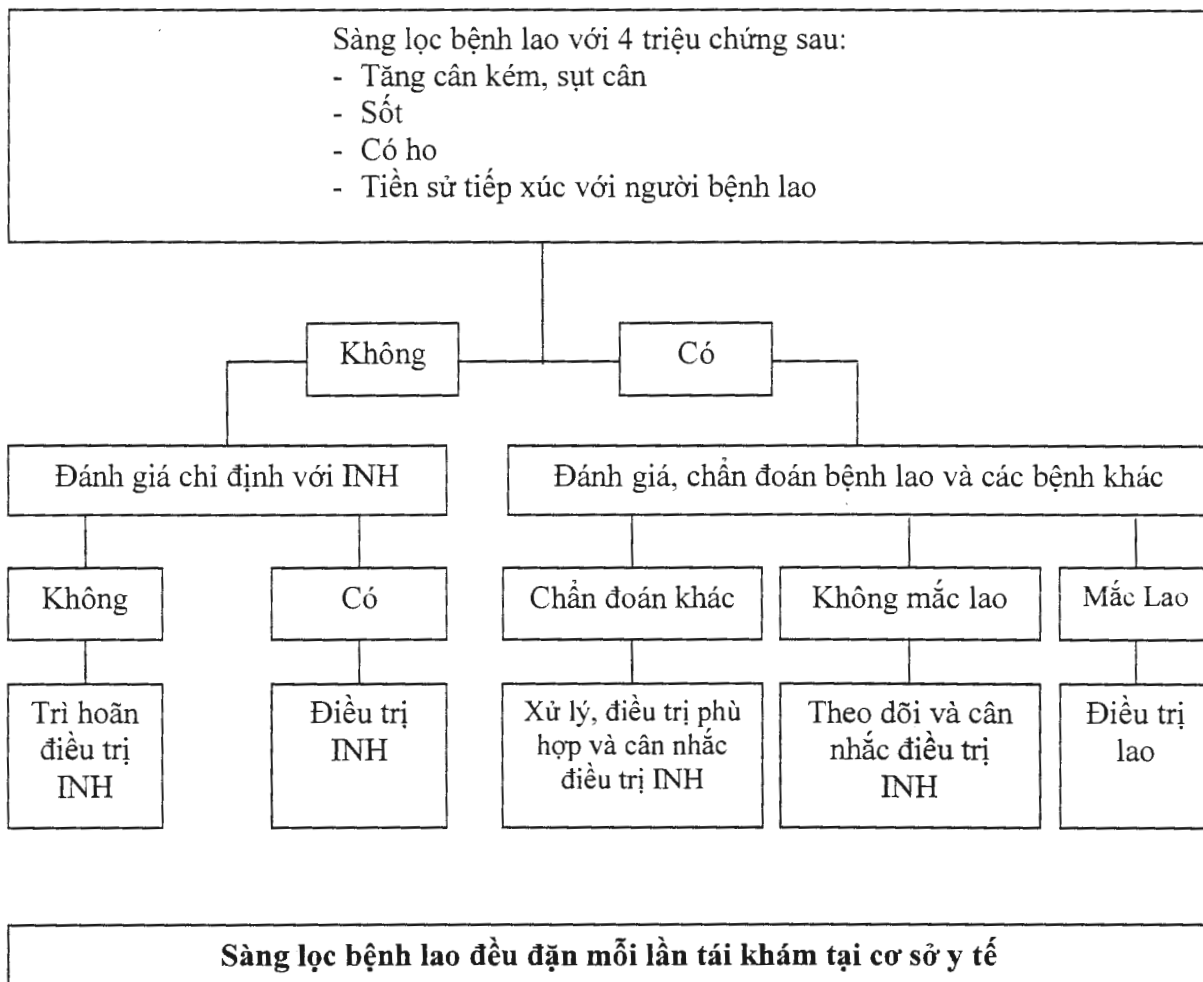
5.2.2 Chống chỉ định

- Chống chỉ định tuyệt đối: tiền sử dị ứng với INH.
- Chống chỉ định tương đối:
 - Viêm gan tiến triển, trì hoãn việc điều trị dự phòng INH cho đến khi men gan trở về bình thường hoặc < 5 lần giới hạn bình thường.
 - Rối loạn thần kinh ngoại biên. Trì hoãn điều trị dự phòng INH đối với người bệnh có rối loạn thần kinh ngoại biên cho đến khi người bệnh được điều trị ổn định.

5.2.3 Phác đồ và liều dùng INH (xem phụ lục 9)

- 10mg/kg/ngày, tối đa 300 mg/ngày.
- Uống 1 lần/ngày vào thời gian nhất định trong ngày, xa bữa ăn, tốt nhất uống lúc đói.


5.2.4 Thời gian điều trị: 6 tháng




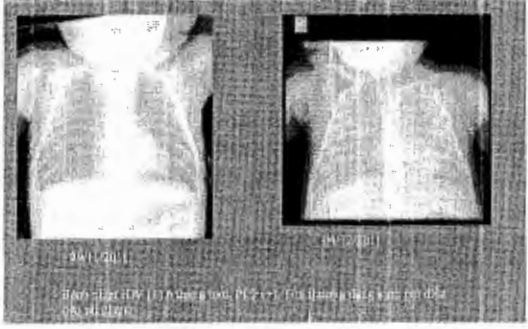
Ghi chú: Trẻ dưới 12 tháng tuổi chỉ sàng lọc khi trẻ có tiếp xúc với người mắc lao, sau đó thực hiện theo quy trình trên.

Hình 7. Sàng lọc bệnh lao ở trẻ > 12 tháng tuổi nhiễm HIV

6. Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH thường gặp ở trẻ nhiễm HIV

NTCH	Biểu hiện lâm sàng	Chẩn đoán	Điều trị*
Các bệnh do nấm			
Candida	<p>Bệnh thường xuất hiện ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng, diễn biến nặng, dai dẳng và hay tái phát.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiễm nấm candida miệng, họng, thực quản: Nhiều đốm hoặc đám giả mạc trắng, dễ bong, khur trú ở lưỡi, lợi, niêm mạc miệng - họng. Nếu tổn thương lan xuống họng và thực quản, trẻ thường có triệu chứng nuốt khó và/hoặc đau khi nuốt. 	<ul style="list-style-type: none"> Dựa vào lâm sàng. Soi thực quản: Chỉ định khi các triệu chứng không thuyên giảm sau điều trị thuốc kháng nấm. Soi tươi tìm nấm khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị Nuôi cấy phân loại nếu biểu hiện trên lâm sàng không điển hình. 	<p>Bệnh nhiễm nấm candida miệng:</p> <ul style="list-style-type: none"> Thuốc uống: Fluconazole 3-6 mg/kg x 11 lần/ngày x 7-14 ngày; Tại chỗ: Daktarin oral gel (miconazole) hoặc Nystatin X 5 lần ngày x 7-14 ngày. <p>Bệnh nhiễm nấm candida thực quản:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fluconazole 3-6 mg/kg x 11 lần/ngày x 14 - 21 ngày hay Ketoconazole 5mg/kg uống chia 1-2 lần trong ngày trong 2-3 tuần <p>Bệnh nấm candida xâm nhập: Amphotericin B 0,5-1,5 mg/kg/ngày trong 2-3 tuần</p>
Cryptococcus	<p>Nhiễm nấm cryptococcus ít gặp ở trẻ nhỏ, thường xuất hiện ở trẻ > 6 tuổi</p> <ul style="list-style-type: none"> Viêm màng não: mệt mỏi, sốt, đau đầu dai dẳng, kèm theo buồn nôn, nôn, rối loạn tâm thần, động kinh, hôn mê; dấu hiệu màng não thường kín đáo; có thể có rối loạn thị giác, giảm thính lực, v.v.. Ban trên da: nốt - sẩn, sẩn hoại tử ở trung tâm, sẩn có loét, mụn mủ. Viêm phổi: viêm phổi kẽ lan toả. Các cơ quan khác như xương, thận, gan, hạch 	<ul style="list-style-type: none"> Dịch não tủy trong, áp lực tăng; đường và protein ít biến đổi; tế bào tăng nhẹ, chủ yếu bạch cầu lympho. Nhuộm dịch não tủy bằng mực tàu, soi tìm nấm. Nuôi cấy nấm từ dịch não tủy, máu, tổ chức. Sinh thiết bệnh phẩm da, soi, cấy tìm nấm. Phát hiện kháng nguyên trong huyết 	<ul style="list-style-type: none"> Điều trị tấn công: Chỉ định bắt buộc cho viêm màng não thể nặng (bệnh nhân có rối loạn ý thức, biểu hiện phù não, soi dịch não tủy có nấm, v.v..) <p>Phác đồ ưu tiên: Amphotericin B pha loãng, truyền tĩnh mạch 0,7-1,5 mg/kg/ngày x 2 tuần sau đó điều trị củng cố: Fluconazole 5 - 6 mg/kg/ngày x 8 tuần</p> <p>Nếu viêm màng não thể nhẹ có thể dùng fluconazole 5 - 6 mg/kg/ngày x 8 tuần uống</p> <ul style="list-style-type: none"> Điều trị duy trì: bằng fluconazole 3mg/kg/ngày hoặc Itraconazole 3 mg/ngày.

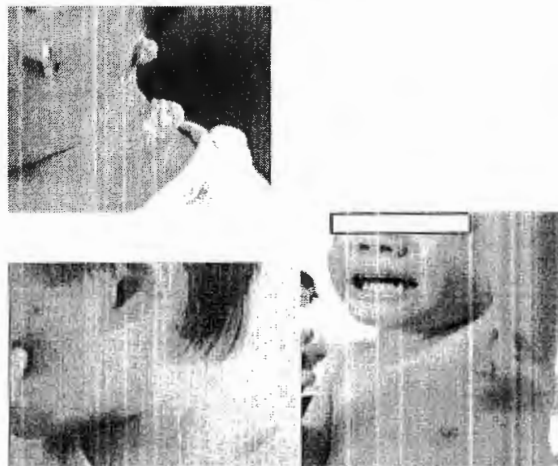
	cũng có thể bị nhiễm nấm.	thanh và dịch não tủy.	<ul style="list-style-type: none"> Dừng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị ARV và CD4 > 200 tế bào/mm³ kéo dài trên 6 tháng
Penicillium marneffei	 <p>Bệnh thường xuất hiện khi bệnh nhân có suy giảm miễn dịch nặng. Biểu hiện:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sốt, sưng hạch, gan lách to, sụt cân, thiếu máu. Ban trên da: sẩn hoại tử, lõm ở trung tâm; phân bố chủ yếu ở đầu, mặt, phần trên thân mình và chi trên hoặc rải rác khắp cơ thể. 	<ul style="list-style-type: none"> Dựa vào lâm sàng nếu bệnh nhân có sốt và tổn thương da đặc hiệu Soi tươi bệnh phẩm da, tuỷ xương, hạch tìm nấm. Cấy máu và nuôi cấy các bệnh phẩm trên trong môi trường Sabouraud ở 25-37°C. Sinh thiết da. 	<p>Điều trị tấn công: Phác đồ phối hợp: Amphotericin B tĩnh mạch, 0,7-1,5mg/kg ngày trong 2 tuần; 8 tuần tiếp dùng itraconazole 5- 6 mg/kg X2 lần/ngày.</p> <p>Điều trị duy trì: Itraconazole 3 mg/ngày, duy trì suốt đời. Dừng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị ARV và CD4 > 200 TB/mm³ kéo dài trên 6 tháng.</p>

<p>Viêm phổi do Pneumocystis Jiroveci (PCP)</p>	 <p>Xuất hiện ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, diễn biến nặng và nguy cơ tử vong cao.</p> <ul style="list-style-type: none"> Bệnh khởi phát cấp tính hoặc bán cấp: sốt, ho, thở nhanh, tím tái; thăm khám có ran hai đáy phổi. Có thể triệu chứng không điển hình như ho, không sốt, khó thở, bỏ ăn, sụt cân. Xét nghiệm: thường thiếu oxy máu vừa đến nặng (PaO₂ thấp), bạch cầu cao, LDH cao > 2 lần bình thường. X-quang: thâm nhiễm kẽ lan toả hai bên, có thể tổn thương thùy phổi, tổn thương kê hoặc bình thường. 	<p>Dựa vào lâm sàng</p> <p>Chẩn đoán xác định: soi tìm P.jiroveci trong đờm (kích thích tiết đờm để tăng độ nhạy), dịch rửa phế quản, phế quản-phế nang. Các phương pháp nhuộm: Giemsa, thấm bạc, miễn dịch huỳnh quang.</p>	<p>Điều trị tấn công</p> <ul style="list-style-type: none"> Phác đồ ưu tiên: TMP - SMX 20mg/kg/ngày (tính theo TMP) chia 6-8 giờ 1 lần trong 21 ngày Phác đồ thay thế: Clindamycin 20 - 40mg/kg/ngày chia 4 lần tiêm tĩnh mạch + Primaquin 15-30mg/ngày uống. Điều trị hỗ trợ steroid nếu có suy hô hấp, PaCO₂ < 70 mm Hg. Liều prednisone 2mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày, sau đó 1 mg/kg/ngày x 5 ngày, tiếp theo 0,5 mg/kg/ngày từ ngày 11 đến ngày 21, dừng điều trị theo tình trạng của bệnh nhi. <p>Điều trị duy trì để dự phòng PCP thứ phát: 5mg/kg/ngày tính theo liều TMP.</p> <p>Ngừng điều trị dự phòng khi: Trẻ được điều trị bằng ARV và trong 6 tháng liên tục có CD4 trên 25% đối với trẻ từ 1- 5 tuổi; và trên 200 tế bào đối với trẻ trên 5 tuổi</p> <p>Tái điều trị dự phòng: CD4 giảm đến tiêu chuẩn cần được điều trị dự phòng của lứa tuổi.</p>
<p>Các bệnh do ký sinh đơn bào</p>			
<p>Viêm não do Toxoplasma</p>	<p>Nhiễm Toxoplasma ở trẻ có thể xảy ra trước khi sinh (bẩm sinh) hoặc sau khi sinh.</p> <p>Các triệu chứng sớm của nhiễm toxoplasma: sốt, đau họng, đau cơ, sưng hạch lympho, phát ban, gan lách to;</p>	<ul style="list-style-type: none"> Xét nghiệm huyết thanh tìm IgM, Ig A, IgE trong 6 tháng đầu và IgG cho trẻ hơn 12 tháng. Nhiễm Toxoplasma dạng viêm não có thể huyết thanh chẩn đoán âm tính. 	<p>Điều trị ban đầu</p> <ul style="list-style-type: none"> Nhiễm Toxoplasma bẩm sinh: Cotrimoxazole: liều dựa trên TMP 10-15 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch hoặc uống, hoặc Pyrimethamine 2 mg/kg/ngày uống 1 lần/ngày x 2 ngày, sau đó 1 mg/kg/ngày trong 2-6 tháng, sau đó 1 mg/kg/ngày uống 3 lần/tuần +

	Các triệu chứng muộn: viêm não, sốt, lú lẫn, co giật, và tổn thương võng mạc.	<ul style="list-style-type: none"> • Phân lập tác nhân hoặc xét nghiệm PCR trong máu, dịch não tủy, nước ối hay mô bệnh. • Chẩn đoán hình ảnh CT, MRI scan sọ não có thể thấy tổn thương đặc hiệu của Toxoplasma 	<p>Sulfadiazine 50 mg/kg/ngày uống chia 2 lần/ngày + Acid folinic 10-25 mg/ ngày. Thời gian điều trị do thầy thuốc có kinh nghiệm về bệnh Toxoplasma xác định.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nhiễm Toxoplasma sau khi sinh: <p>Phác đồ ưu tiên: Cotrimoxazole: liều dựa trên TMP 10-15 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch hoặc uống, hoặc Pyrimethamine uống, liều tấn công 2mg/kg cân nặng/ngày x 3 ngày, sau đó giảm xuống 1mg/kg/ngày + acid folinic uống 10-25 mg/ngày + sulfadiazin uống, 120mg/kg/ngày chia 4 lần/ ngày x 6-8 tuần.</p> <p>Phác đồ thay thế: Pyrimethamine + clindamycin</p> <p>Điều trị duy trì:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cotrimoxazole liều dựa trên TMP 5 mg/kg/ngày • Pyrimethamine 1 mg/kg/ngày + acid folinic 5 mg/kg 3 ngày/tuần + sulfadiazin 85-120 mg/kg/ngày chia 2 đến 4 lần, hoặc • Pyrimethamine + acid folinic + clindamycin
Cryptosporidium	Tiêu chảy tóe nước cấp hoặc bán cấp thường liên quan đến đau quặn bụng, buồn nôn và nôn.	Nhuộm phân phương pháp kháng cồn-toan có biến đổi thấy các kén trứng nhỏ đường kính 4-6 µm.	<p>Điều trị ARV là cách có hiệu quả duy nhất để kiểm soát nhiễm Cryptosporidium dai dẳng.</p> <p>Điều trị hỗ trợ, gồm bù nước điện giải, bổ sung dinh dưỡng.</p> <p>Nitazoxanide được chấp nhận điều trị (trẻ từ 1-3 tuổi: 100 mg, ngày 2 lần, tuổi từ -11: 200 mg, ngày 2 lần)</p>

Các bệnh do vi khuẩn

Bệnh lao



- Cần hỏi kỹ tiền sử, bệnh sử, nguồn lây
- Khám lâm sàng:
 - + Ho kéo dài, sốt kéo dài trên 2 tuần, sút cân (hoặc không tăng cân), ra mồ hôi trộm...
 - + Hạch cổ không đau có dò hoặc không dò
 - + Viêm màng não không đáp ứng với điều trị kháng sinh, diễn biến bán cấp tính hoặc tăng áp lực sọ não.
 - + Tràn dịch màng phổi, màng bụng, màng tim
 - + Sưng khớp, gù cột sống

+ Tuberculin test (Mantoux): phản ứng dương tính ≥ 5 mm

+ Chẩn đoán hình ảnh: Xquang phổi, CT, MRI, siêu âm...

+ Chọc hút sinh thiết các tổn thương: hạch, apxe lạnh...

+ Xét nghiệm dịch não tủy, dịch màng phổi, màng bụng...

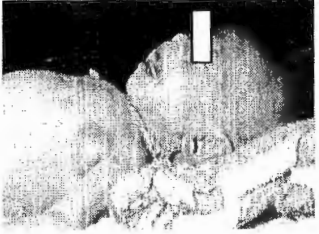
+ Tìm vi khuẩn lao (bằng các phương pháp khác nhau: AFB, PCR, nuôi cấy...) trong các bệnh phẩm có thể lấy được: đờm, dịch dạ dày, dịch phế quản, dịch các màng, hạch, apxe lạnh...


Điều trị lao ở trẻ nhiễm HIV:

- Công thức: 2RHZE/4RH (Chương trình chống lao quốc gia)
- Các thể lao nặng (lao kê, lao màng não, lao xương khớp,...) bổ sung Streptomycin trong 2 tháng tấn công, kéo dài thời gian điều trị duy
- Chú ý tương tác giữa Rifampicin và Nevirapine (thay thế Efavirenz), theo dõi chức năng gan trong quá trình điều trị.

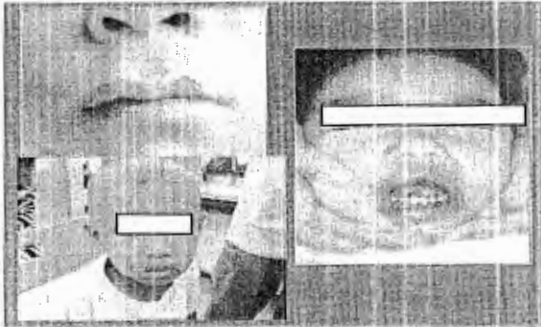
Thuốc	Liều lượng	
	Hàng ngày	3 lần/tuần
	mg/kg	mg/kg
Isoniazid	5 (4-6)	10 (8-12)
Rifampicin	10 (8-12)	10 (8-12)
Pyrazinamid	25 (20-30)	35 (30-40)
Ethambutol	20 (15-25)	30 (25-35)
Streptomycin	15 (12-18)	15 (12-18)

- Các thuốc chữa lao

<p>Biến chứng do BCG ở trẻ nhiễm HIV (Bệnh do BCG):</p>	 <p>Áp xe vị trí tiêm, hạch xuất hiện nhiều vị trí cùng bên tiêm chủng. Bệnh có thể biểu hiện ở nhiều vị trí trên cơ thể, tỷ lệ tử vong cao (75%).</p>	<p>Chọc hạch làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, nuôi cấy nếu có thể được.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Những trường hợp này bắt buộc phải điều trị ít nhất với 4 loại thuốc: Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamid, Ethambutol, Ofloxacin hoặc Ciprofloxacin. - Thời gian điều trị ít nhất 9 tháng và cân nhắc điều trị ARV
<p>Các bệnh do Mycobacteria không điển hình (MAC)</p>	<p>Sốt, đổ mồ hôi trộm, mệt mỏi, sụt cân, tiêu chảy và đau bụng kéo dài</p> <p>Xét nghiệm: Bạch cầu giảm, phosphatase kiềm tăng, LDH tăng</p>	<p>Phân lập vi trùng hay kết quả giải phẫu bệnh</p>	<p>Điều trị kết hợp thuốc:</p> <p>Clarithromycin: 7,5 - 15mg/kg X2 lần trong ngày (tối đa 500mg/liều) + Ethambutol 15 - 25mg/kg X1 lần ngày (tối đa 1000mg) + Rifampicin 10-20mg/kg, uống 1lần/ngày.</p>
<p>Nhiễm vi trùng nặng và tái diễn</p>	<p>Viêm phổi là bệnh thường thấy, là nguyên nhân gây tử vong ở trẻ nhiễm HIV/AIDS. Ngoài ra có thể gặp nhiễm trùng huyết, viêm màng phổi, viêm xương, viêm hạch mù, viêm mô tế bào, viêm màng não...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lâm sàng: <ul style="list-style-type: none"> Sốt kèm biểu hiện của cơ quan bị tổn thương như: ho, khó thở, đau màng não, hạch sưng đỏ ... • Xét nghiệm: thường bạch cầu máu không cao, các xét nghiệm chẩn đoán cơ quan tổn thương: X quang phổi, dịch não tủy <p>Nên cấy máu, cấy dịch não tủy, cấy màng phổi xác định tác nhân.</p>	<p>Lâm sàng đặc trưng. Cận lâm sàng: bạch cầu máu và tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng; chụp X-quang phổi, soi và cấy đờm, cấy máu, chọc dò màng phổi, soi và cấy vi khuẩn, nếu có điều kiện;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kháng sinh thường được chọn: <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 80 - 100mg/kg chia 1 - 2 lần trong ngày - Cefotaxime 150 - 200mg/kg chia 3 -4 lần trong ngày ▪ Khi nghi ngờ nhiễm trùng Gram âm đường ruột dùng <ul style="list-style-type: none"> - Ceftazidime 150 - 200mg/kg chia 3 -4 lần trong ngày - Ciprofloxacin 20 - 30 mg/kg chia 2 lần trong ngày ▪ Khi nghi ngờ nhiễm tụ cầu kháng methicilline: <ul style="list-style-type: none"> - Vancomycin: 40 - 60 mg/kg chia 3 -4 lần trong ngày - Clindamycin: 10 - 20 mg /kg chia 3 -4 lần trong ngày ▪ Cần điều trị kết hợp cotrimoxazole nếu không loại trừ viêm phổi do PCP ▪ Nếu không đáp ứng sau 7 - 10 ngày làm xét nghiệm loại trừ lao và nấm

<p>Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào (LIP)</p>	 <p>Thường gặp ở trẻ nhiễm HIV đã lớn, ít gây tử vong, nhưng diễn biến kéo dài và có thể gây suy hô hấp mạn tính. Khởi phát từ từ; và có biểu hiện sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ho khan, khó thở, ngón tay dùi trống, viêm tuyến mang tai, sưng hạch lympho - Thiếu oxy máu, nhất là khi trẻ mắc các bệnh nhiễm trùng hô hấp kèm theo <p>Xét nghiệm: X-quang phổi có thâm nhiễm nốt-lưới lan toả, giãn phế quản</p>	<p>Dựa vào lâm sàng</p> <p>XQ phổi: có tổn thương thâm nhiễm phổi giống lao hoặc PCP.</p>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Các triệu chứng thường tái xuất hiện sau khi ngừng prednisolon và ổn định khi được điều trị thuốc ARV. - Không sử dụng prednisolon khi có bệnh khác kèm theo có chống chỉ định
<p>Các bệnh do vi-rút</p>			
<p>Herpes zoster (Zona)</p>	<p>Zona có thể xuất hiện khi CD4 còn tương đối cao</p> <p>Mụn nước dính chùm, thường lõm ở giữa, phân bố ở một vùng da, ở một bên của cơ thể, thường ở vùng liên sườn, ngực, đầu, mặt, theo đường đi của dây thần kinh.</p> <p>Trẻ có cảm giác đau rát ở vùng da tổn thương, đôi khi kéo dài dù tổn thương đã liền, còn gọi là đau thần kinh sau zona. Có thể có sốt.</p> <p>Thường lâu khỏi, hay tái phát, có thể bị ở nhiều vùng da và cả hai bên</p>	<p>Lâm sàng thường điển hình và không cần xét nghiệm hỗ trợ.</p>	<p>Acyclovir 20mg/kg uống X 4 lần /ngày x 7-10 ngày</p> <p>Điều trị tại chỗ các thuốc chống bội nhiễm như xanh methylen, milian.</p>

Herpes simplex



Biểu hiện da - 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, có khi ở trực tràng và ruột già, 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.

- Dựa trên biểu hiện lâm sàng
- Chẩn đoán tế bào Tzanck từ thương tổn mụn nước có tế bào khổng lồ; nuôi cấy vi-rút hoặc xét nghiệm kháng thể miễn dịch huỳnh quang, PCR, nếu làm được.

- Uống Acyclovir 20 mg/kg X3 lần/ngày x 5 -10 ngày trường hợp nhẹ;
- Truyền tĩnh mạch Acyclovir 5 - 10mg/kg mỗi 8 giờ x 10 ngày đối với những trường hợp nặng bao gồm cả viêm não; hoặc
- Famciclovir 125 mg uống 2 lần/ngày x 5 -10 ngày;
- Điều trị tại chỗ chống bội nhiễm bằng dung dịch xanh methylene hoặc tím gentian.

<p>Cytomegal ovi-rút (CMV)</p>	<p>Bệnh do CMV thường xuất hiện khi TCD4<50/mm³.</p> <p>Các biểu hiện chính của bệnh do CMV ở trẻ: viêm võng mạc, viêm thực quản, viêm gan, viêm phổi, viêm não, viêm đại tràng; sốt, chậm lớn, chậm phát triển, giảm thính lực; thiếu máu, hạ tiểu cầu, tăng LDH.</p>	<p>Soi đáy mắt khi nghi viêm võng mạc.</p> <p>Sinh thiết não, dịch não tủy, tổn thương da, máu làm xét nghiệm nuôi cấy tế bào hoặc chẩn đoán PCR.</p> <p>Trẻ có tỷ lệ CD4 thấp cần khám mắt cẩn thận để cân nhắc giữa điều trị CMV và ARV, và đề phòng hội chứng phục hồi miễn dịch</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Phác đồ ưu tiên cho bệnh toàn thân và viêm võng mạc: Gancyclovir 10 - 15 mg/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch chia 2 lần trong 14 - 21 ngày, sau đó duy trì 5 - 10 mg/kg/ngày x 5-7 ngày/tuần. • Phác đồ thay thế: Foscarnet 180 mg/kg/ngày chia 3 lần x 14-21 ngày, sau đó duy trì 90-120 mg/kg/ngày. • Viêm võng mạc ở trẻ > 3 tuổi: Gancyclovir tiêm nội nhãn kết hợp với gancyclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần. • Duy trì suốt đời bằng gancyclovir 5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch 1 lần, sau bệnh toàn thân do CMV. Điều trị duy trì cho viêm võng mạc là gancyclovir nội nhãn 6-9 tháng một lần + gancyclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần. • Ngừng điều trị nếu đã điều trị bằng ARV và tỷ lệ CD4 > 15% kéo dài trên 6 tháng.
--------------------------------	--	---	--

7. Điều trị ARV

7.1 Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV

- Dựa vào tình trạng chẩn đoán nhiễm HIV, lứa tuổi, GĐLS và CD4 của trẻ theo bảng dưới đây.
- Trẻ dưới 18 tháng tuổi:
 - o Trẻ phơi nhiễm có xét nghiệm PCR lần thứ nhất dương tính cần được điều trị ARV ngay, đồng thời lấy mẫu máu thứ hai để xét nghiệm PCR khẳng định.
 - o Có xét nghiệm kháng thể kháng HIV dương tính và được chẩn đoán lâm sàng nhiễm HIV nặng (xem chương III, mục I, khoản 1 - chẩn đoán sớm nhiễm HIV)

Bảng 9. Tiêu chuẩn điều trị ARV

Tuổi	Trẻ dưới 24 tháng tuổi	Trẻ ≥ 24 – 59 tháng tuổi	Trẻ 5 tuổi trở lên
Dựa vào kết quả xét nghiệm CD4			
%CD4	Điều trị	≤ 25	Không áp dụng
Số lượng tế bào CD4	Điều trị	≤ 750 TB/mm ³	≤ 350 (như đối với người lớn)
Dựa vào GĐLS và miễn dịch			
GĐLS 1	Điều trị không kê GĐLS	Không điều trị nếu không biết số lượng tế bào CD4	
GĐLS 2		Điều trị nếu số lượng tế bào CD4 dưới ngưỡng xác định theo tuổi	
GĐLS 3		Điều trị	
GĐLS 4		Điều trị	

7.2 Chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV

Các nội dung chuẩn bị sẵn sàng điều trị nên lồng ghép trong các lần tái khám để đảm bảo trẻ được điều trị kịp thời khi đủ tiêu chuẩn điều trị.

Tư vấn trước điều trị: Tư vấn cho cha mẹ/người chăm sóc và cho trẻ (nếu trẻ đã lớn).

Nội dung chính của tư vấn chuẩn bị điều trị gồm:

- Cung cấp kiến thức cơ bản về HIV.
- Cung cấp thông tin về điều trị dự phòng các NTCH, điều trị bằng thuốc ARV.
- Tuân thủ điều trị.
- Thảo luận về vai trò của người chăm sóc.

Nội dung chính của tư vấn khi bắt đầu điều trị:

- Cung cấp thông tin về phác đồ điều trị.
- Liều dùng phù hợp cho từng trẻ và theo lứa tuổi, cân nặng.
- Tác dụng phụ nhẹ hay gặp và các tác dụng phụ cụ thể, cách xử trí.
- Cách bảo quản thuốc, đối với LPV/r dạng nhũ dịch cần bảo quản lạnh.
- Thảo luận về những rào cản ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị, cách xử trí, hỗ trợ người chăm sóc và trẻ.
- Thực hành cách chuẩn bị thuốc ARV, hướng dẫn sử dụng các công cụ hỗ trợ tuân thủ điều trị cho người chăm sóc và trẻ. Đảm bảo cha mẹ/người chăm sóc có kế hoạch tuân thủ điều trị và biết cách xử trí khi gặp khó khăn.
- Lên kế hoạch theo dõi điều trị.

- Trẻ và người chăm sóc là những cộng tác viên của cán bộ y tế trong quá trình điều trị
- Điều chỉnh kế hoạch tuân thủ điều trị cho phù hợp với từng trường hợp cụ thể
- Giới thiệu tất cả các dịch vụ hỗ trợ sẵn có
- Khuyến khích bộc lộ tình trạng nhiễm của trẻ

7.3 Các phác đồ điều trị bậc 1

- <24 tháng tuổi:
 - Có tiếp xúc với NVP hoặc EFV: AZT+3TC+LVP/r
 - Không tiếp xúc với NVP hoặc EFV: AZT+3TC+NVP
 - 24 – 36 tháng tuổi: AZT+3TC+NVP
 - >36 tháng tuổi: AZT+3TC+NVP/EFV
- Trong trường hợp không sử dụng được AZT thì thay thế bằng ABC*

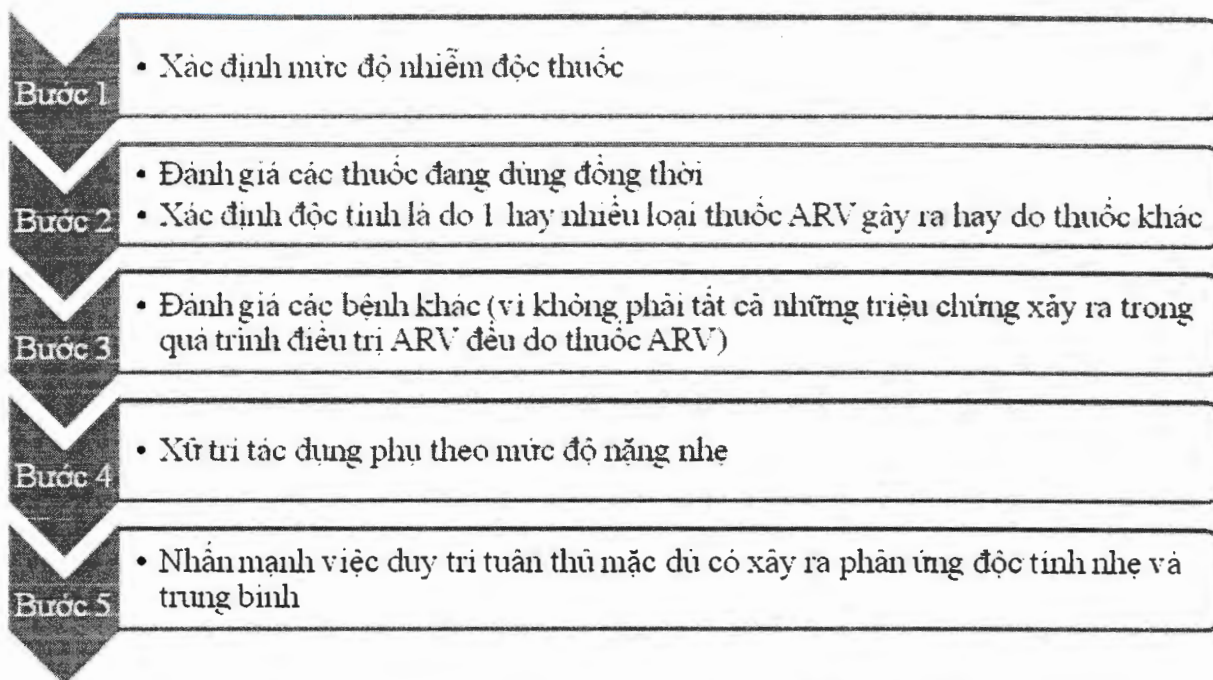
Phác đồ cho các tình huống đặc biệt

Tình huống	Phác đồ bậc 1 ưu tiên
Trẻ có thiếu máu nặng (Hb<80g/l)	ABC + 3TC + NVP Nếu không có ABC hoặc có chống chỉ định dùng ABC, dùng d4T thay thế
Trẻ < 3 tuổi và điều trị lao	AZT (hoặc ABC) + 3TC + NVP Hoặc: AZT hoặc d4T + 3TC + ABC (phác đồ 3 NRTI thường kém hiệu quả hơn các phác đồ khác)
Trường hợp trẻ > 12 tuổi và bị viêm gan B	TDF + 3TC + NVP (hoặc EFV)

Phác đồ và liều lượng chi tiết từng thuốc ARV cho trẻ (xem phụ lục 7)

7.4 Tác dụng phụ của các thuốc ARV và cách xử trí

7.4.1 Cách xử trí khi trẻ có biểu hiện tác dụng phụ của thuốc ARV






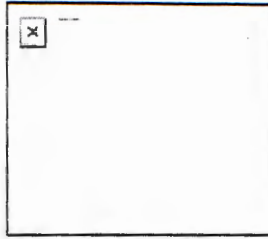
Bảng 10. Xử trí tác dụng phụ theo mức độ nhiễm độc

Mức độ	Xử trí
<i>Độ 1 (nhẹ):</i> khó chịu thoáng qua, hoạt động không bị hạn chế	Không cần thiết phải ngừng/thay đổi thuốc. Dùng kháng Histamin
<i>Độ 2 (trung bình):</i> hoạt động bị hạn chế nhưng không đòi hỏi can thiệp hoặc điều trị, hoặc can thiệp và điều trị ở mức tối thiểu	Cân nhắc tiếp tục dùng ARV, kết hợp với điều trị triệu chứng và hỗ trợ khác; nếu không tiến triển tốt hơn, xem xét thay thuốc
<i>Độ 3 (nặng):</i> hoạt động bị hạn chế đáng kể, đòi hỏi phải can thiệp hoặc điều trị bằng thuốc, có thể phải nằm viện	Nhập viện điều trị. Chỉ thay thế thuốc ARV có nhiều khả năng gây độc tính bằng một loại thuốc khác, không ngừng điều trị ARV
<i>Độ 4 (nặng đe dọa tính mạng):</i> hoạt động bị hạn chế rất nhiều, đòi hỏi phải can thiệp hoặc điều trị tích cực, cần nằm viện hoặc chăm sóc giảm nhẹ	Nhập viện điều trị. Ngừng ngay tất cả các thuốc ARV. Điều trị triệu chứng và điều trị hỗ trợ. Khi người bệnh ổn định, bắt đầu lại các thuốc ARV bằng một phác đồ mới đã thay thuốc gây độc tính bằng một thuốc khác

Để hạn chế những nhầm lẫn trong xác định nguyên nhân thuốc nào gây ra tác dụng phụ, **không bắt đầu điều trị ARV cùng lúc với các thuốc khác (đặc biệt là CTX và thuốc điều trị lao)**

7.4.2 Một số tác dụng phụ hay gặp của các thuốc ARV và cách xử trí

Biểu hiện lâm sàng	Xử trí tại nhà	Đi khám khi
<p>Đau đầu</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Thường tự thuyên giảm sau 2-4 tuần - Nằm nghỉ trong phòng tối yên tĩnh - Đắp khăn mát lên mặt và uống thật nhiều nước - Uống thuốc Paracetamol 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu triệu chứng không thuyên giảm khi uống Paracetamol hoặc nếu bị sốt kèm theo nôn, mờ mắt, cứng cổ hoặc co giật.
<p>Tiêu chảy</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Thường tự thuyên giảm sau 2-4 tuần - Ăn thức ăn mềm như cơm và chuối - Tránh thức ăn cay và nhiều dầu mỡ - Uống nhiều nước hoặc chất lỏng và bù điện giải bằng ORS hoặc hỗn hợp bù nước tự pha chế (8 thìa cà phê đường & 1 thìa cà phê muối/1 lít nước) - Điều trị giảm nhẹ tạm thời bằng Loperamide 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu có máu hoặc dịch nhầy trong phân - Nếu triệu chứng kèm theo sốt hoặc đau bụng - Nếu tiêu chảy 4-5 lần/ngày
<p>Mất ngủ hay ác mộng</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Thường tự thuyên giảm sau 2-4 tuần - Tập thể dục hằng ngày, tốt nhất sau khi thức dậy - Cố gắng thư giãn trước khi đi ngủ - Uống EFV 2 giờ trước khi đi ngủ nhưng phải 3 giờ sau khi ăn tối 	<ul style="list-style-type: none"> - Bệnh nhân bị ảo giác, trầm cảm nghiêm trọng, hoặc có ý định tự tử
<p>Yếu/mệt</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Nên vận động thể lực nhẹ như đi bộ - Ăn nhiều trái cây, rau củ và uống nhiều nước - Uống thêm Vitamin nếu có điều kiện - Cố gắng ngủ đủ giấc vào buổi tối và ban ngày nên nghỉ ngơi thư giãn 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu triệu chứng trở nên nặng và bệnh nhân cảm thấy khó thở - Nếu bệnh nhân xanh xao và có các dấu hiệu bị thiếu máu
<p>Buồn nôn hoặc nôn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ăn thành các bữa nhỏ - Uống AZT với thức ăn để tránh buồn nôn - Uống nước sau bữa ăn và giới hạn lượng chất lỏng trong bữa ăn 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu bị nôn kèm với đau bụng dữ dội hoặc nôn nhiều hơn hai lần



- Tránh nằm ngay sau khi ăn
- Nghỉ ngơi giữa các bữa ăn

Chán ăn



- Nên chọn thức ăn ngon cho một chế độ ăn uống cân bằng
- Ăn các loại thức ăn mềm, mát hoặc để lạnh, như sữa chua hoặc kem
- Ăn thành các bữa nhỏ
- Dùng các gia vị kích thích vị giác như muối, hạt tiêu hoặc chanh
- Súc miệng thật sạch mỗi buổi sáng
- Vẫn còn cảm giác chán ăn khi đã áp dụng một số biện pháp được khuyến nghị
- Khó nuốt, bị giảm cân
- Bị đau miệng (xuất hiện vết cắt hoặc vết loét nhỏ trên môi, miệng trong quá trình điều trị)

Phát ban nhẹ



- Thường xuất hiện hai tuần sau khi bắt đầu điều trị, có thể tự thuyên giảm
- Giữ da sạch và khô; sử dụng kem dưỡng da nếu phát ban ngứa
- Tránh nắng hoặc tắm nước quá nóng
- Sử dụng thuốc kháng histamine để điều trị ngứa nhẹ
- Bị phát ban trong 6 tuần đầu điều trị ARV, INH hoặc Cotrimoxazole

Đau bụng



- Tránh ăn thức ăn cay, nhiều béo và giàu năng lượng; ăn thức ăn dễ tiêu
- Ăn thức ăn lạnh hơn là thức ăn nóng
- Uống thuốc Paracetamol
- Nếu đau bụng nặng lên kèm theo nôn

7.4.3 Tác dụng phụ cụ thể của ARV

Bảng 11. Cách xử trí một số tác dụng phụ hay gặp và tác dụng phụ nặng của thuốc ARV ở trẻ em

Biểu hiện lâm sàng	Xét nghiệm	Xử trí
Phát ban/Hội chứng Stevens Johnson (hay gặp do NVP, ít gặp hơn do EFV)		
Thường xảy ra trong vòng 6-8 tuần đầu điều trị - Phát ban mức độ 1,2 - Phát ban mức độ 3 - Phát ban mức độ 4 đe dọa tính mạng (Hội chứng Stevens Johnson hoặc hoại tử ly thượng bì nhiễm độc)	- Tăng men gan các mức độ khác nhau	- Phát ban mức độ 1 hoặc 2: có thể tiếp tục điều trị ARV, điều trị triệu chứng, theo dõi sát - Phát ban mức độ 3: thay thuốc, điều trị triệu chứng - Phát ban nặng đe dọa tính mạng: ngừng tất cả thuốc ARV và điều trị triệu chứng Khi các triệu chứng ổn định, bắt đầu lại ARV và thay NVP bằng LPV hoặc 3 NRTIs
Thiếu máu, giảm bạch cầu trung tính (AZT)		
Đánh giá tình trạng: - Da, niêm mạc - Nhịp tim - Khả năng hoạt động (mệt mỏi nhiều)	- Hb và bạch cầu trung tính giảm	- Truyền máu khi có chỉ định - Ngừng AZT khi Hb < 70g/l và thay thế bằng d4T hoặc ABC, hoặc TDF khi trẻ trên 2 tuổi
Ngộ độc hệ thống thần kinh trung ương nặng và kéo dài: do EFV		
Rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, thay đổi hành vi	Kéo dài 2- 4 tuần	Thay bằng NVP
Viêm gan cấp do nhóm NNRTI, hay gặp do NVP, ít gặp hơn do EFV		
Thường xảy ra trong vòng 6-8 tuần - Vàng da - Gan to - Có triệu chứng tiêu hóa - Mệt mỏi - Có thể có các biểu hiện quá mẫn (phát ban, sốt, các triệu chứng hệ thống)	- Tăng men gan và bilirubin ở các mức độ	- Theo dõi và điều trị triệu chứng nếu ở mức độ 1 hoặc 2 - Thay thuốc gây độc nếu ở mức độ 3 - Mức độ 4 đe dọa tính mạng: ngừng tất cả ARV và theo dõi; Khi các triệu chứng ổn định: - Bắt đầu lại ARV thay thuốc NVP bằng EFV, hoặc - Bắt đầu lại phác đồ ARV hiện dùng nhưng theo dõi sát; nếu các triệu chứng xuất hiện lại, thay thuốc

Viêm tụy cấp (nhóm NRTI, hay gặp do d4T, ddI; ít gặp hơn do 3TC)

Đánh giá tình trạng:

- Buồn nôn và nôn
- Đau bụng
- Có thể kết hợp với nhiễm toan lactic

- Men amylase và lipase của tụy tăng theo các mức độ

Mức độ 4 đe dọa tính mạng:

- Ngừng tất cả thuốc ARV cho tới khi các triệu chứng ổn định
- Theo dõi amylase, lipase huyết thanh
- Khi triệu chứng ổn định, tiếp tục điều trị nhưng thay bằng NRTI khác không có độc tính với tụy

Phản ứng quá mẫn (ABC hoặc NVP)

- ABC: các triệu chứng tiến triển xấu đi ngay sau khi dùng ABC, thường xảy ra trong vòng 6-8 tuần. Tré sốt, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, viêm họng, ho, khó thở; phát ban dị ứng

- NVP: sốt, đau cơ, đau khớp, viêm gan, phát ban

- Tăng các men gan, số lượng tế bào ái toan các mức độ khác nhau

Mức độ 3: Thay thuốc gây độc và điều trị triệu chứng

Mức độ 4 đe dọa tính mạng:

- Ngừng ngay tất cả các thuốc ARV và điều trị triệu chứng
- Khi các triệu chứng ổn định, tiếp tục điều trị nhưng thay thuốc gây tác dụng phụ (ABC hoặc NVP) bằng thuốc ARV khác
- KHÔNG nên dùng lại NVP hoặc ABC cho bệnh nhân trong tương lai

Loạn dưỡng mỡ (hay gặp hơn do d4T, các PI)

Mất mỡ và/hoặc tích tụ mỡ ở các vùng riêng biệt trên thân mình:

- Tăng mỡ quanh bụng, tụ mỡ sau lưng, phì đại tuyến vú
- Mất mỡ ở các chi, móng, mặt, xảy ra ở các mức độ khác nhau

Thay đổi ở các mức độ khác nhau của:

- Triglycerid máu
- Cholesterol máu
- Mức HDL thấp
- Đường máu

Theo dõi lâm sàng chặt chẽ đặc biệt sau 6 - 12 tháng điều trị

- Nếu có biểu hiện loạn dưỡng mỡ: thay d4T bằng ABC hoặc AZT hoặc TDF
- Thay thế PI bằng NVP hoặc EFV

Bệnh thần kinh ngoại vi nặng (hay gặp hơn do d4T, ddI; ít gặp hơn do 3TC)

- Đau, ngứa, tê cóng bàn tay hoặc bàn chân, không đi được

- Mất cảm giác ở phần xa của chi

- Yếu cơ nhẹ và mất phản xạ gân xương có thể xảy ra

- Không

Theo dõi lâm sàng chặt chẽ đặc biệt sau 6-12 tháng điều trị

- Nếu có biểu hiện rối loạn thần kinh ngoại vi: thay d4T bằng AZT hoặc ABC hoặc TDF

Nhiễm toan lactic (Nhóm NRTI, đặc biệt là d4T)

- | | | |
|---|---------------------------|---|
| - Mệt mỏi | - Tăng khoảng trống anion | Mức độ nặng: thay thuốc gây độc điều trị triệu chứng |
| - Biểu hiện: buồn nôn, nôn, tiêu chảy, gan to, chán ăn, chậm lên cân hoặc sút cân không giải thích được | - Nhiễm toan lactic | Mức độ nặng đe dọa tính mạng: |
| - Có thể có biểu hiện viêm gan hoặc viêm tụy | - Tăng các men gan | - Ngừng tất cả các thuốc ARV và điều trị triệu chứng |
| - Các triệu chứng thần kinh (bao gồm yếu cơ) | - CPK, LDH | - Khi các triệu chứng ổn định, bắt đầu lại điều trị ARV nhưng thay d4T bằng ABC hoặc AZT hoặc TDF |

7.5 Theo dõi trẻ được điều trị bằng thuốc ARV

7.5.1 Lịch tái khám và phát thuốc

- Tái khám và phát thuốc định kỳ 1- 3 tháng/lần.
- Khi bắt đầu điều trị, trẻ được tái khám sớm để tư vấn, hỗ trợ tuân thủ và theo dõi các tác dụng phụ của thuốc. Khi trẻ tuân thủ và dung nạp thuốc tốt, lâm sàng cải thiện, thời gian giữa các lần tái khám có thể kéo dài hơn; hoặc tái khám đột xuất nếu cần.
- Khi tái khám, trẻ được đánh giá về tiến triển lâm sàng, phát triển tinh thần và thể chất, điều chỉnh liều lượng thuốc theo cân nặng, đánh giá tuân thủ điều trị, cung cấp tư vấn hỗ trợ và làm các xét nghiệm cần thiết.

7.5.2 Theo dõi tiến triển lâm sàng

- Đánh giá các mốc phát triển tinh thần, thể chất (xem phụ lục 8).
- Theo dõi, phát hiện dấu hiệu lâm sàng liên quan đến tác dụng phụ, NTCH mới hoặc tái phát, hội chứng viêm phục hồi miễn dịch và thất bại điều trị. Cho nhập viện, hội chẩn, hoặc chuyển tuyến đối với bệnh nhân nặng, chẩn đoán và điều trị phức tạp.

7.5.3 Xét nghiệm

Bảng 12. Các xét nghiệm theo dõi trẻ nhiễm HIV

Các xét nghiệm để chẩn đoán và theo dõi	Khi bắt đầu đăng ký theo dõi	Bắt đầu phác đồ ARV bậc 1 hoặc bậc 2	Sau 1 tháng và sau đó 6 tháng/lần	Khi cần hoặc có triệu chứng
Xét nghiệm chẩn đoán HIV	✓			
Hb	✓	✓	✓	✓
Số lượng và công thức bạch cầu				✓
XN thai cho trẻ nữ vị thành niên	✓			✓

CD4% hoặc số lượng tế bào CD4	✓	✓	✓	✓
ALT/AST	✓	✓	✓	✓
Creatinin máu nếu sử dụng TDF	✓	✓	✓	✓
Lipid, glucose máu	✓	✓	✓	✓
Đo tải lượng HIV khi nghi ngờ thất bại điều trị				✓
Sàng lọc NTCH tất cả các lần tái khám	✓	✓	✓	✓

7.5.4 Theo dõi tuân thủ điều trị

Đánh giá tuân thủ điều trị trong tất cả các lần trẻ tái khám:

- Báo cáo của trẻ/người chăm sóc về việc trẻ uống thuốc, đặt các câu hỏi kiểm tra lại cách trẻ uống thuốc hoặc cách người chăm sóc cho trẻ uống thuốc và cách xử trí khi quên uống thuốc.
- Đếm số thuốc còn lại.
- Khám đánh giá về tiến triển lâm sàng và xét nghiệm số lượng tế bào CD4, tải lượng HIV.

Tìm hiểu và xử trí các rào cản đối với tuân thủ điều trị

Rào cản liên quan đến thuốc

- Quên uống thuốc
- Quá nhiều hàm lượng thuốc cho trẻ
- Khó uống (Kaletra: có vị cay)
- Gánh nặng uống: quá nhiều thuốc, viên quá to
- Thường xuyên phải điều chỉnh liều
- Chế độ ăn uống bị hạn chế
- Tác dụng phụ

Rào cản liên quan đến trẻ

- Không biết nuốt
- Không chịu uống thuốc
- Trẻ nhỏ phải phụ thuộc vào người chăm sóc
- Trí nhớ kém
- Dừng uống thuốc vì trẻ cảm thấy khoẻ hơn/yếu đi
- Nhà xa đi khám vất vả
- Chia thuốc cho người khác

Rào cản liên quan đến người chăm sóc

- Thường xuyên thay đổi người chăm sóc
- Người chăm sóc bị ốm hoặc không có nhà
- Người chăm sóc kì thị trẻ
- Áp lực phải chăm sóc trẻ bị bệnh

Rào cản tâm lý xã hội

- Phân biệt và kì thị (vd: trẻ bị kì thị khi đi học)
- Tự kì thị (lo sợ bị người khác phát hiện)

Xử trí rào cản liên quan đến thuốc

- Dụng cụ nhắc uống thuốc phù hợp: lịch, hộp chia thuốc, đồng hồ báo thức
- Gắn lịch uống thuốc với các hoạt động hàng ngày
- Xếp lịch uống thuốc của người chăm sóc và của trẻ cùng một lúc

Xử trí rào cản liên quan đến trẻ

- Cắt/nghe và trộn thuốc với thức ăn/nước
- Động viên trẻ uống thuốc:
 - o Thường cho trẻ
 - o Để trẻ tham gia vào quá trình chuẩn bị thuốc
- Thảo luận với người chăm sóc chính:
 - o Lập kế hoạch uống thuốc phù hợp với lịch sinh hoạt
 - o Tìm người chăm sóc thay thế
- Gợi ý khắc phục khó khăn về đi lại:
 - o Giới thiệu đến PKNT gần hơn
 - o Kéo dài lịch tái khám (5 – 8 tuần/lần)

Xử trí rào cản liên quan đến người chăm sóc

- Tìm người chăm sóc thay thế
- Tăng cường tư vấn và cung cấp thông tin để hạn chế thái độ kì thị với trẻ
- Giới thiệu đến các nhóm tự lực, nhóm cộng đồng, nhóm đồng đẳng để được hỗ trợ về mặt tâm lý xã hội

Xử trí rào cản tâm lý xã hội


- Tăng cường hỗ trợ từ phía gia đình & nhóm đồng đẳng
- Thảo luận biện pháp hỗ trợ cần thiết (vấn đề kinh tế, việc làm, chăm sóc trẻ và các vấn đề pháp lý)
- Giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ (quỹ tín dụng nhỏ, trại trẻ mồ côi, v.v.)
- Hỗ trợ người chăm sóc bộc lộ tình trạng niềm tin cho trẻ

Xử trí khi quên cho trẻ uống thuốc


Khi phát hiện ra trẻ quên uống thuốc theo lịch thì **điều đầu tiên** là phải cho trẻ uống ngay liều thuốc vừa quên. **Tiếp theo** tính thời gian uống liều kế tiếp theo lịch như thường lệ:

- Nếu thời gian đến liều kế tiếp còn **trên 4 tiếng**, cho trẻ uống liều kế tiếp theo lịch bình thường.
- Nếu thời gian đến liều kế tiếp còn **dưới 4 tiếng**, **KHÔNG ĐƯỢC** cho trẻ uống liều kế tiếp theo lịch cũ mà phải đợi trên 4 tiếng mới cho uống.
- Sau đó uống theo lịch bình thường.


Ví dụ trường hợp 1:




ỒI MÌNH QUÊN UỐNG THUỐC RỒI!




1. MÌNH PHẢI UỐNG BÙ NGAY




BÂY GIỜ LÀ 5 GIỜ CHIỀU



2. MÌNH THƯỜNG UỐNG THUỐC LÚC 8 GIỜ TỐI




3. HƠN 4 TIẾNG NỬA MỚI UỐNG LIỀU TIẾP THEO




4. MÌNH SẼ UỐNG LIỀU TIẾP THEO LÚC 8 GIỜ TỐI


Ví dụ trường hợp 2:




ỒI MÌNH QUÊN UỐNG THUỐC RỒI!



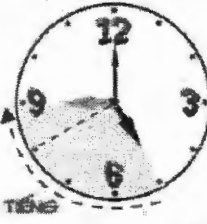
1. MÌNH PHẢI UỐNG BÙ NGAY




BÂY GIỜ LÀ 5 GIỜ CHIỀU



2. MÌNH THƯỜNG UỐNG THUỐC LÚC 8 GIỜ TỐI



3. CHƯA TỚI 4 TIẾNG NỬA LÀ UỐNG LIỀU TIẾP THEO



4. MÌNH SẼ CHỜ TỚI 9 GIỜ TỐI ĐỂ UỐNG LIỀU TIẾP THEO

7.5.5 Đánh giá hiệu quả điều trị ARV



Hình 8. Đánh giá hiệu quả điều trị ARV

7.6 Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD)

Định nghĩa Hội chứng PHMD là hiện tượng tăng đáp ứng của cơ thể liên quan đến phục hồi hệ thống miễn dịch, thể hiện là một tình trạng nghịch lý khi diễn biến lâm sàng xấu đi trong vài tuần sau điều trị ARV có đáp ứng tốt về mặt miễn dịch học và vi-rút học với sự xuất hiện các triệu chứng/dấu hiệu của bệnh NTCH mà trước đó dưới dạng tiềm ẩn hoặc bệnh tự miễn

Thời gian xuất hiện - Diễn hình xuất hiện sớm trong vòng 2-12 tuần sau khi điều trị ARV. Hiếm gặp muộn hơn từ 3-24 tuần

Các tác nhân hay gặp trong PHMD

- Mycobacteria: lao, viêm hạch do MAC
- Nấm: viêm màng não cryptococcus, nhiễm penicilium marneffei, cryptococcus, viêm phổi PCP, ...
- Vi-rút: viêm võng mạc do CMV, zona, herpes, viêm gan siêu vi B, C, viêm não chất trắng đa ổ tiến triển...

	- Bệnh tự miễn: vảy nến, rụng tóc, viêm tuyến giáp trạng, ...
Biểu hiện thường gặp	- Khoảng 1/3 hội chứng PHMD có liên quan đến lao
Yếu tố nguy cơ	- Trẻ có số lượng tế bào CD4 thấp hoặc giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV (< 50 tế bào/ mm^3) hoặc bệnh nặng - Tải lượng vi rút cao vào thời điểm bắt đầu điều trị ARV: ví dụ điều trị ARV khi đang có NTCH hoặc có tiền sử mắc nhiều loại NTCH
Chẩn đoán hội chứng PHMD	- Cần nghĩ đến hội chứng PHMD khi trẻ bắt đầu điều trị ARV và có tuân thủ điều trị tốt nhưng lâm sàng xấu đi, nhất là trên trẻ được điều trị ARV giai đoạn muộn, suy giảm miễn dịch nặng hoặc có bệnh NTCH trước điều trị, và: <ul style="list-style-type: none"> o Phải loại trừ các biểu hiện do tác dụng phụ của thuốc, biểu hiện NTCH mới o Đối với người bệnh điều trị ARV sau 6 tháng phải loại trừ thất bại điều trị
Xử trí hội chứng PHMD	- Trường hợp nhẹ, triệu chứng có thể tự hết không cần điều trị - Tiếp tục điều trị ARV đồng thời điều trị tác nhân gây NTCH và kết hợp với thuốc kháng viêm - Methyl-prednisolon (hoặc prednison) với liều 0,5 mg/kg/ngày từ 5-10 ngày đối với các trường hợp PHMD từ trung bình đến nặng - Nếu tình trạng quá nặng, tạm ngừng điều trị ARV một thời gian sau đó dùng lại thuốc ARV với phác đồ như cũ - Để dự phòng hội chứng PHMD: <ul style="list-style-type: none"> o Sàng lọc các bệnh NTCH trước khi bắt đầu điều trị ARV, đặc biệt là sàng lọc và điều trị lao nên được ưu tiên trước o Điều trị ARV sớm và kịp thời cho trẻ, tránh để số lượng tế bào CD4 quá thấp

Luôn luôn phải nghĩ đến hội chứng PHMD trên người bệnh đang điều trị ARV trong 6 tháng đầu, đặc biệt là những người bệnh ở GĐLS muộn hay suy giảm miễn dịch nặng, số lượng tế bào CD4 $< 50/\text{mm}^3$.

7.7 Thất bại điều trị phác đồ bậc 1 và đổi phác đồ bậc 2

7.7.1 Nguyên tắc

- Luôn luôn đánh giá tuân thủ điều trị và hỗ trợ để đảm bảo tuân thủ khi nghi ngờ thất bại điều trị.
- Nên khẳng định thất bại trên lâm sàng bằng miễn dịch học bằng vi-rút học, nếu có thể.

7.7.2 Quy trình xét nghiệm đo tải lượng HIV

Bước 1: Sàng lọc thất bại điều trị, đánh giá các yếu tố nguy cơ thất bại điều trị. Áp dụng cho tất cả trẻ đang điều trị ARV được 6 tháng trở lên.

Các biểu hiện gợi ý thất bại điều trị về lâm sàng:

- Trẻ ngừng tăng trưởng về chiều cao và cân nặng mặc dù trước đây đã có đáp ứng với điều trị.
- Mất các mốc phát triển về thần kinh hoặc xuất hiện bệnh lý não.
- Xuất hiện hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4.

Các biểu hiện gợi ý thất bại điều trị về miễn dịch học:

- Trẻ < 5 tuổi:
 - CD4% giảm xuống dưới mức suy giảm miễn dịch nặng theo lứa tuổi được khẳng định bởi hai lần xét nghiệm % CD4 liên tiếp, hoặc
 - CD4% giảm xuống bằng hoặc dưới mức % CD4 trước khi điều trị, hoặc
 - CD4% giảm trên 50% so với mức % CD4 đạt được cao nhất kể từ khi điều trị bằng thuốc kháng HIV (ARV).
- Trẻ ≥ 5 tuổi:
 - Số lượng tế bào CD4 giảm xuống bằng hoặc dưới mức số lượng tế bào CD4 ban đầu trước điều trị, hoặc
 - Số lượng tế bào CD4 giảm trên 50% so với mức số lượng tế bào CD4 cao nhất kể từ khi điều trị bằng thuốc kháng HIV, hoặc
 - Số lượng tế bào CD4 dưới 100/mm³ máu liên tục trong 1 năm liền, không tăng.

Các yếu tố nguy cơ thất bại điều trị:

- Tiền sử điều trị dự phòng bằng thuốc ARV: mẹ được PLTMC bằng liều đơn Nevirapine, con sau đó được điều trị bằng thuốc ARV với phác đồ có NNRTI.
- Tiền sử điều trị một hoặc hai thuốc ARV hoặc dùng thuốc không đủ liều.
- Tiền sử hoặc hiện tại điều trị bằng phác đồ chỉ có thuốc ức chế men sao chép ngược tương tự nucleoside (NRTI).
- Tiền sử bị gián đoạn điều trị không theo kế hoạch.

Nếu trẻ đang điều trị ARV có nghi ngờ thất bại điều trị theo các tiêu chuẩn nêu trên và hoặc có các yếu tố nguy cơ kháng thuốc, chuyển sang bước 2.

Bước 2: Đánh giá tuân thủ điều trị của trẻ, xử trí các yếu tố gây thất bại điều trị

- Đánh giá và củng cố tuân thủ điều trị cho trẻ.
- Điều trị ổn định các NTCH (nếu có) và làm lại xét nghiệm tế bào CD4 (nếu cần).
- Xử trí các yếu tố nguy cơ (tương tác thuốc, độc tính của thuốc...).

Bước 3: Điền phiếu yêu cầu xét nghiệm khi xét nghiệm tải lượng HIV

7.7.3 Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV và định hướng xử trí

7.7.3.1 Tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện: đáp ứng với điều trị

- Tiếp tục phác đồ điều trị bằng thuốc kháng HIV hiện tại. Xử trí các yếu tố nguy cơ thất bại điều trị nếu có (độc tính, tương tác thuốc...).

- Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị liên tục trong tất cả các lần tái khám và phát thuốc.

7.7.3.2 Tải lượng HIV trên ngưỡng phát hiện đến dưới 1000 bản sao/ml

- Đánh giá và củng cố tuân thủ điều trị.
- Đánh giá và xử trí các yếu tố có khả năng gây thất bại điều trị.
- Xét nghiệm lại tải lượng HIV sau 3- 6 tháng.

7.7.3.3 Tải lượng HIV từ 1000 bản sao/ml đến 5000 bản sao/ml

- Đánh giá tuân thủ điều trị, tư vấn củng cố tuân thủ điều trị tích cực.
- Đánh giá và xử trí các yếu tố có khả năng gây thất bại điều trị.
- Xét nghiệm lại tải lượng HIV sau 1-3 tháng tùy kết quả tải lượng HIV.
- Làm giải trình tự gen phát hiện kháng thuốc (nếu có điều kiện). Chuyển phác đồ bậc 2 nếu có kết quả xét nghiệm HIV kháng thuốc.

7.7.3.4 Tải lượng HIV > 5000 bản sao/ml

- Hội chẩn và chuyển phác đồ bậc 2 nếu bảo đảm tuân thủ điều trị
- Nếu tuân thủ điều trị chưa tốt: Hỗ trợ tuân thủ điều trị liên tục
 - o Đánh giá và xử trí các yếu tố có khả năng gây thất bại điều trị.
 - o Xét nghiệm lại tải lượng HIV sau 1-3 tháng tùy kết quả tải lượng HIV và chuyển phác đồ bậc 2 nếu tải lượng HIV >5000 bản sao/ml.

7.7.4 Lựa chọn phác đồ bậc 2

Bảng 13. Cách thay phác đồ ARV bậc 1 sang phác đồ bậc 2 nếu thất bại điều trị

<i>Phác đồ bậc 1 đang điều trị</i>	<i>Phác đồ bậc 2 thay thế</i>
AZT/d4T + 3TC + NVP/EFV	ABC + 3TC/ddI + LPV/r
ABC + 3TC + NVP/EFV	AZT + 3TC/ddI + LPV/r
AZT/d4T + 3TC + ABC	ddI + EFV/NVP + LPV/r

- PI thay thế LPV/r là ATV và chỉ dùng ATV cho trẻ trên 6 tuổi.
- Tác dụng phụ của thuốc ARV (xem chương III, mục 3, điểm 7.4).
- Liều lượng và cách sử dụng thuốc ARV (xem phụ lục 7).

7.7.5 Theo dõi trẻ điều trị phác đồ bậc 2

- Tư vấn củng cố tuân thủ điều trị cho người chăm sóc và trẻ (nếu là trẻ lớn).
- Tư vấn về phác đồ mới.
- Chú ý các tác dụng phụ: quá mẫn (abacavir), suy thận (tenofovir), tăng lipid máu và tiểu đường kháng insulin (các thuốc PI).
- Theo dõi các tương tác thuốc.
- Đánh giá đáp ứng về lâm sàng và miễn dịch tương tự như đối với phác đồ bậc 1.

8. Chăm sóc tâm lý xã hội

Bên cạnh việc được theo dõi thường xuyên, trẻ nhiễm HIV cần được hỗ trợ về tâm lý xã hội. Khó khăn của trẻ có thể do những mất mát về mặt kinh tế - xã hội xuất phát từ bệnh tật của trẻ, từ bệnh tật và tử vong của cha mẹ, từ sự kỳ thị và phân biệt đối xử.

8.1 Đối với trẻ lớn

- Thiết lập mối quan hệ với trẻ.
- Xây dựng lòng tin của trẻ, giúp trẻ tự tin thảo luận về các khó khăn và nhu cầu của trẻ.
- Lắng nghe trẻ một cách tích cực và kiên nhẫn.
- Cung cấp cho trẻ các thông tin đúng và thích hợp với từ ngữ đơn giản, dễ hiểu.
- Hỗ trợ để trẻ có thái độ tích cực với cuộc sống.
- Thảo luận và giúp trẻ lựa chọn giải pháp phù hợp.
- Nếu được trẻ đồng ý, có thể thảo luận khó khăn của trẻ với người chăm sóc để trẻ được hỗ trợ thêm.

8.2 Đối với trẻ nhỏ, hỗ trợ tâm lý xã hội cho người chăm sóc

8.2.1 Vai trò của người chăm sóc

- Người chăm sóc cần được nhìn nhận là người hợp tác với cán bộ y tế trong quá trình chăm sóc và điều trị cho trẻ chứ không chỉ đơn thuần là người nhận dịch vụ.
- Người chăm sóc cần được tư vấn và giáo dục về chăm sóc sức khỏe cho bản thân, chăm sóc và hỗ trợ trẻ.
- Giữ liên lạc thường xuyên với cán bộ y tế.
- Đưa trẻ đi khám và nhận thuốc đúng hẹn.
- Giúp trẻ tuân thủ điều trị ARV.
- Theo dõi sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ.
- Hỗ trợ, động viên trẻ hòa nhập xã hội và có nếp sống lành mạnh, vui chơi, thể dục thể thao.
- Chuẩn bị từng bước cho vấn đề bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

8.2.2 Xác định khó khăn: Các khó khăn liên quan đến kỳ thị và phân biệt đối xử, tài chính, tình trạng sức khỏe của cha mẹ...

- Tìm hiểu thông tin về khó khăn mà người chăm sóc gặp phải.
- Thảo luận nhu cầu của người chăm sóc.

8.2.3 Giải pháp

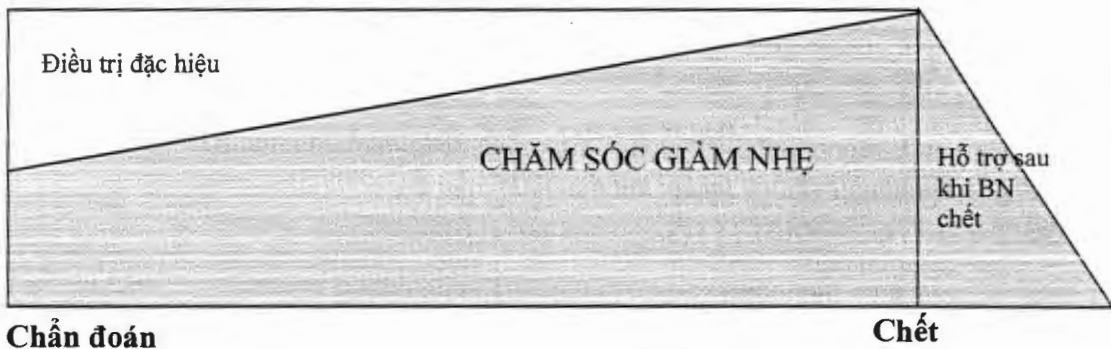
- Thảo luận với người chăm sóc biện pháp hỗ trợ cần thiết (kinh tế, việc làm, chăm sóc trẻ, pháp lý).
- Hỗ trợ người chăm sóc lựa chọn giải pháp phù hợp và khả thi nhất.
- Giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ (trung tâm tư vấn, quỹ hỗ trợ tín dụng nhỏ, trại trẻ mồ côi, các nhóm tôn giáo...).
- Tăng cường hỗ trợ từ phía gia đình, các nhóm đồng đẳng, các tổ chức dựa vào cộng đồng và các tổ chức xã hội.

- Hỗ trợ xây dựng kế hoạch tương lai cho trẻ để đảm bảo trẻ sẽ được chăm sóc theo mong muốn của cha mẹ trong trường hợp họ ốm hoặc chết.
- Hỗ trợ người chăm sóc bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ.

9. Chăm sóc giảm nhẹ

Chăm sóc giảm nhẹ là phối hợp các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau, xử trí các triệu chứng thực thể, tư vấn và hỗ trợ giải quyết các vấn đề tâm lý xã hội mà trẻ và gia đình trẻ phải chịu đựng.

Chăm sóc giảm nhẹ có thể được thực hiện ở các cơ sở y tế hoặc tại gia đình.



Hình 9: Chăm sóc giảm nhẹ xuyên suốt quá trình bị bệnh và sau khi người bệnh chết

- Việc chăm sóc giảm nhẹ cần được cung cấp từ khi được chẩn đoán và xuyên suốt quá trình bị bệnh.
- Giảm đau là mục đích chính của chăm sóc giảm nhẹ và nên theo nguyên tắc giống như cho các trẻ mắc các bệnh mạn tính khác, chẳng hạn ung thư.
- Tầm quan trọng của chăm sóc giảm nhẹ tăng lên khi liệu pháp điều trị đặc hiệu trở nên kém hiệu quả.

(Xem hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS - Bộ Y tế).

Chăm sóc cuối đời

Đánh giá các triệu chứng thực thể gồm triệu chứng đau và các vấn đề thực thể khác để hỗ trợ trẻ được ra đi nhẹ nhàng.

Hướng dẫn người trong gia đình cách chăm sóc cho trẻ trước khi trẻ qua đời. Hỗ trợ người thân trong gia đình trẻ chuẩn bị tâm lý về sự ra đi của trẻ. Cung cấp hỗ trợ tinh thần cho gia đình trẻ sau khi trẻ qua đời.

Những trẻ ở giai đoạn cuối của bệnh cần được chăm sóc cuối đời, tốt nhất bởi các nhóm chăm sóc tại nhà để có những giải pháp thay thế việc phải nhập viện, đặc biệt đối với những trẻ bệnh nặng dần lên và không còn đáp ứng với điều trị ARV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Bộ Y tế (2006), *Quy trình điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng HIV (ARV)*, ban hành kèm Quyết định số 2051/QĐ - BYT ngày 09 tháng 6 năm 2006.
2. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV*, ban hành kèm Quyết định 3003/QĐ-BYT 19/08/2009.
3. Bộ Y tế (2011), QĐ bổ sung, sửa đổi số 4139/ QĐ-BYT ngày 22/11/2011: Sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV*- Quyết định 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009.
4. Bộ Y tế (2007), *Quy trình phối hợp trong chẩn đoán, điều trị và quản lý người bệnh lao/HIV*, ban hành kèm theo Quyết định số 3116/QĐ - BYT ngày 21/08/2007.
5. Bộ Y tế (2012), *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 18/07/2012.
6. Bộ Y tế (2007), *Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*, ban hành kèm theo Quyết định số 3116/QĐ-BYT ngày 21/08/2007.
7. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn thực hiện dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*. Quyết định 2816/QĐ-BYT ngày 05/08/2010.
8. Bộ Y tế. Cục Phòng chống HIV/AIDS. Dự án Quỹ toàn cầu phòng chống HIV/AIDS. Sổ tay *Hướng dẫn quản lý và điều trị HIV/AIDS tại tuyến huyện*. 2010
9. Bộ Y tế (2009), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, Ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009.
10. Bộ Y tế (2010), *Hướng dẫn phát hiện nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi*. Quyết định 1053/QĐ-BYT ngày 02/04/2010.
11. Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc và hỗ trợ dinh dưỡng cho người nhiễm HIV*.
12. Bộ Y tế. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, *Hướng dẫn Xét nghiệm HIV*
13. Bộ y tế (2006). *Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS*
14. Quỹ Toàn cầu (2010), *Sổ tay hướng dẫn quản lý và điều trị người nhiễm HIV/AIDS tại tuyến huyện*
15. USAID, FHI (2011), *Giúp trẻ khỏe mạnh*.

Tiếng Anh

16. WHO (2010), *Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children: towards universal access: recommendations for a public health approach*.

17. The President's Emergency Plan for AIDS Relief –PEPFAR (2011), *PEPFAR Guidance on Integrating Prevention of Mother to Child Transmission of HIV, Maternal, Neonatal, and Child Health and Pediatric HIV Services.*
18. Center for Study of AIDS – University of Pretoria (2011), *Children's ART adherence resource pack.*
19. Center for Study of AIDS – University of Pretoria (2005), *The adherence resource pack for ART adherence counseling.*
20. WHO (2005), *Pocket book of Hospital care for children – guideline for the management of common illness with limited resources.*
21. WHO (2005), *Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age.*
22. WHO (2010), *Guidelines on HIV and infant feeding.*
23. Family Health International – FHI, *Helping my child stay healthy.*
24. SAfAIDS, *Supporting Parents and Caregivers of Children Living with HIV*
25. SAfAIDS, *Learning about my treatment can be fun.*
26. Jennifer A. (2002), *Serving HIV-Positive Youth.*

DANH SÁCH BAN SOẠN THẢO VÀ TỔ BIÊN TẬP
(Theo quyết định số 1219/QĐ-BYT ngày 17 tháng 4 năm 2012)

1. Ông Nguyễn Việt Tiến - Thứ trưởng Bộ Y tế, Trưởng ban;
 2. Ông Nguyễn Duy Khê - Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Phó trưởng ban;
 3. Bà Lưu Thị Hồng – Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Phó trưởng ban thường trực;
 4. Ông Nguyễn Đức Vinh – Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Ủy viên;
 5. Ông Lương Ngọc Khuê - Cục trưởng Cục Quản lý khám chữa bệnh, Ủy viên;
 6. Ông Nguyễn Xuân Trường – Phó Chánh Văn phòng Bộ, Ủy viên;
 7. Ông Phạm Nhật An – Phó GĐ Bệnh viện Nhi Trung ương, Ủy viên;
 8. Ông Trương Hữu Khanh- Trưởng khoa nhiễm, Bệnh viện Nhi đồng 1, Ủy viên;
 9. Ông Bùi Vũ Huy, Phó trưởng bộ môn Truyền nhiễm, Bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương, Ủy viên;
 10. Bà Phạm Thị Thúy Hòa, GĐ Trung tâm đào tạo dinh dưỡng & thực phẩm, Viện Dinh dưỡng, Ủy viên;
- Giúp việc cho Ban soạn thảo có Tổ biên tập gồm có:
1. Bà Dương Thị Hải Ngọc – Chuyên viên Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Tổ phó;
 2. Bà Đỗ Thị Nhân – Trưởng phòng Điều trị & chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Tổ phó;
 3. Bà Nguyễn Thị Lan Hương – Chuyên viên Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Tổ viên;
 4. Bà Nguyễn Mai Hương - Chuyên viên Vụ Sức khỏe Bà mẹ-Trẻ em, Tổ viên;
 5. Bà Cao Thị Thanh Thủy – Phó khoa khám bệnh, Trưởng Phòng khám HIV, Bệnh viện bệnh nhiệt đới Trung ương, Tổ viên.
 6. Ông Nguyễn Văn Lâm – Phó Trưởng khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương, Tổ viên;
 7. Ông Nguyễn Đức Tiến – Trưởng phòng Nghiệp vụ-Pháp chế, Cục Quản lý khám chữa bệnh, Tổ viên;
 8. Bà Hoàng Thị Giang – Phó phòng TCKT, Văn phòng Bộ, Tổ viên.