

QUYẾT ĐỊNH

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

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

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

Xét biên bản làm việc của Hội đồng chuyên môn thẩm định “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” ngày 25 tháng 10 năm 2017;

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

QUYẾT ĐỊNH:

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

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế cho Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” (sau đây gọi là Quyết định số 3047/QĐ-BYT) và Quyết định số 3413/QĐ-BYT ngày 27/7/2017 về việc sửa đổi nội dung tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV trong “Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

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

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thủ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Website Bộ Y tế; Website Cục PC HIV/AIDS;
- Lưu: VT, AIDS (2).

KT. BỘ TRƯỞNG

THỨ TRƯỞNG



Nguyễn Thanh Long

BỘ Y TẾ

HƯỚNG DẪN
ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT
ngày 01/12/2017 của Bộ Y tế)*

Hà nội, tháng 12 năm 2017

BAN SOẠN THẢO

Chủ biên:

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

Tham gia biên soạn:

PGS.TS. Bùi Đức Dương	Nguyên Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS
TS Phan Thị Thu Hương	Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS
TS. Đỗ Thị Nhân	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
Ths. Nguyễn Hữu Hải	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
BS Nguyễn Đức Tiến	Cục Quản lý khám chữa bệnh
Bs Nguyễn Minh Trung	Vụ Bảo hiểm y tế
BSCKII. Nguyễn Thị Hoài Dung	Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương
TS. Nguyễn Thị Thúy Vân	Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam
TS. Cao Thị Thanh Thủy	Sáng kiến Tiếp cận Y tế Clinton
BSCKII. Bùi Thị Bích Thủy	Dự án USAID SHIFT, Tổ chức Sức khỏe gia đình Quốc tế (FHI360 Việt Nam)
Ths. Vũ Quốc Đạt	Bộ môn Truyền nhiễm - Đại học Y Hà Nội
Ths Vũ Đức Long	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
BS. Trương Hữu Khanh	Bệnh viện Nhi đồng 1 Tp. Hồ Chí Minh
Ths Võ Thị Tuyết Nhung	Tổ chức hợp tác phát triển y tế Việt Nam (HAIVN)
Ths. Phạm Anh Đức	Tổ chức hợp tác phát triển y tế Việt Nam (HAIVN)
Ths Nguyễn Thị Thúy Hà	Dự án VAAC – US.CDC
TS. Lê Ngọc Yến	Văn Phòng CDC Việt Nam
TS. Nguyễn Văn Lâm	Bệnh viện Nhi trung ương
TS. Đỗ Quan Hà	Bệnh viện Phụ sản trung ương
Ts Lê Thị Hường	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
Ths. Nguyễn Thị Lan Hương	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
Ths. Đoàn Thị Thùy Linh	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
DS. Phạm Lan Hương	Cục Phòng, chống HIV/AIDS
Ths. Ngô Văn Hựu	Tổ chức PATH, Việt Nam

LỜI GIỚI THIỆU

Điều trị bằng thuốc kháng HIV (thuốc ARV) ở người nhiễm HIV ngày càng được mở rộng và có thêm nhiều bằng chứng khoa học về hiệu quả của điều trị ARV. Khi người nhiễm HIV điều trị ARV tuân thủ điều trị tốt, không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống của bản thân mà còn giảm lây truyền HIV sang người khác. Để tăng cường hiệu quả của điều trị bằng thuốc ARV, nhiều quốc gia đã triển khai mô hình kết nối tư vấn xét nghiệm và điều trị ARV sớm. Năm 2016, Tổ chức Y tế Thế giới ban hành Hướng dẫn Tổng hợp về sử dụng thuốc ARV để dự phòng và điều trị nhiễm HIV. Hướng dẫn mới này đã kết hợp những khuyến cáo lâm sàng với tổ chức thực hiện và quản lý chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS liên tục. Hướng dẫn của Tổ chức Y tế năm 2017 cũng bổ sung các bằng chứng mới về sự kết hợp các thuốc ARV trong điều trị HIV/AIDS, quản lý các mô hình bệnh tật mới ở người nhiễm HIV bao gồm các bệnh đồng nhiễm, các bệnh không lây nhiễm.

Các bằng chứng hiện nay cho thấy chương trình điều trị bằng thuốc ARV ở Việt Nam đang triển khai hiệu quả với số người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc ARV liên tục tăng và tỷ lệ người điều trị ARV có tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế đạt trên 90%.

Cập nhật khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới 2016, 2017, Bộ Y tế ban hành Hướng dẫn Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS với mục tiêu chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV sớm, chăm sóc toàn diện cho người nhiễm HIV. Tài liệu này cập nhật các hướng dẫn mới và thuốc ARV mới trong điều trị HIV/AIDS nhằm tăng cường hiệu quả của chương trình điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam.

Ban soạn thảo mong nhận được các ý kiến phản hồi của các cá nhân, đơn vị trong quá trình thực hiện để kịp thời chỉnh sửa và bổ sung.

Trân trọng cảm ơn./.

CỤC TRƯỞNG

Nguyễn Hoàng Long

MỤC LỤC

MỤC LỤC	3
BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT	5
Tiếng Việt	5
Tiếng Anh	5
CHƯƠNG I TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV	8
1. Nguyên tắc tư vấn và xét nghiệm HIV	8
2. Đối tượng cần được tư vấn và xét nghiệm HIV	8
3. Các hình thức thực hiện tư vấn và xét nghiệm HIV	9
4. Tư vấn và xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ trên 18 tháng tuổi tại các cơ sở y tế	9
5. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi.....	10
6. Kết nối chuyển gửi.....	12
7. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em.....	13
8. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh HIV tiến triển bao gồm AIDS	13
CHƯƠNG II ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV)	14
1. Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV	14
2. Lợi ích của điều trị ARV sớm.....	14
3. Nguyên tắc điều trị ARV	14
4. Điều trị ARV.....	14
5. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV và chẩn đoán thất bại điều trị	21
6. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị	27
7. Theo dõi độc tính của thuốc ARV	30
8. Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD).....	34
9. Sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV	35
10. Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm	39
CHƯƠNG III DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ MỘT SỐ BỆNH PHỐI HỢP THƯỜNG GẶP	43
1. Điều trị dự phòng	43
2. Tiếp cận một số hội chứng lâm sàng thường gặp ở người nhiễm HIV.....	50
3. Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp	77
4. Quản lý người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C /HIV.....	85
CHƯƠNG IV PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM ĐỐI VỚI NGƯỜI NHIỄM HIV	89
1. Tư vấn và hỗ trợ người bệnh nghiện rượu hoặc nghiện các chất dạng thuốc phiện	89
2. Quản lý bệnh lý gan	89
3. Sàng lọc ung thư	92
4. Các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường.....	92
5. Bệnh lý thận.....	92
6. Bệnh lý xương.....	93
7. Trầm cảm	93

8. Bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV	93
CHƯƠNG V CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG CHO NGƯỜI NHIỄM HIV	94
1. Truyền thông thay đổi hành vi	94
2. Bao cao su	94
3. Bơm kim tiêm sạch	95
4. Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện	95
5. Dự phòng lây nhiễm HIV trong các cơ sở y tế	95
6. Tiêm chủng cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV	95
CHƯƠNG VI CHĂM SÓC TẠI NHÀ VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG.....	97
1. Mục tiêu	97
2. Nội dung chăm sóc hỗ trợ	97
CHƯƠNG VII CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS	99
1. Mục tiêu cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị	99
2. Nguyên tắc thực hiện cải thiện chất lượng	99
3. Các bước của chu trình cải thiện chất lượng	99
PHỤ LỤC.....	101
Phụ lục 1: Sơ đồ quy trình xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi	101
Phụ lục 2: Giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em	102
Phụ lục 3: Liều lượng của các thuốc ARV cho người lớn và trẻ > 35 kg	104
Phụ lục 4: Liều thuốc viên cố định dùng 2 lần mỗi ngày cho trẻ em	105
Phụ lục 5: Liều đơn giản hóa của thuốc viên uống một lần mỗi ngày cho trẻ em	106
Phụ lục 6: Liều đơn giản hóa của thuốc viên, thuốc dung dịch uống dùng 2 lần mỗi ngày cho trẻ	107
Phụ lục 7: Liều đơn giản hóa của các chế phẩm TDF hiện có cho trẻ em	109
Phụ lục 8: Liều INH và CTX để dự phòng đã được đơn giản hóa	110
Phụ lục 9: Liều CTX dự phòng cho trẻ phơi nhiễm/trẻ nhiễm HIV	111
Phụ lục 10. Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV	112
Phụ lục 11. Bảng điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận	115
Phụ lục 12. Tương tác giữa các thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) điều trị viêm gan vi rút C với các thuốc ARV	116
Phụ lục 13: Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ vị thành niên	117
TÀI LIỆU THAM KHẢO	119

BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Tiếng Việt

BC	Bạch cầu
DNT	Dịch não tủy
PLTMC	Phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
PHMD	Phục hồi miễn dịch
SDD	Suy dinh dưỡng
TKTU	Thần kinh trung ương
VG B	Viêm gan vi rút B
VG C	Viêm gan vi rút C
VK	Vi khuẩn
VMN	Viêm màng não
XN	Xét nghiệm

Tiếng Anh

3TC	lamivudine
ABC	abacavir
AND	acid desoxyribonucleic
AFB	acid fast bacilli - Trục khuẩn kháng cồn kháng toan
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome – Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
ALT	alanin aminotransferase
Anti - HBc	antibody to hepatitis B core antigen - Kháng thể kháng nhân vi rút viêm gan B
Anti - HCV	antibodies against hepatitis C virus - Kháng thể kháng vi rút viêm gan C
APRI	AST to Platelet Ratio Index - Chỉ số tỷ lệ AST - Tiểu cầu
ARN	acid ribonucleic
ARV	antiretroviral - Thuốc kháng retro vi rút
AST	aspartate aminotransferase
ATV	atazanavir
BCG	Bacillus Calmette–Guérin
CD4	tế bào lympho TCD4
CMV	cytomegalovirus
CTX	co-trimoxazole

DCV	daclatasvir
DRV	darunavir
DTG	dolutegravir
EFV	efavirenz
ELISA	enzyme - linked immunosorbent assay - Xét nghiệm hấp phụ miễn dịch gắn men
FTC	emtricitabine
HBeAg	hepatitis B envelope antigen - Kháng nguyên vỏ của vi rút viêm gan B
HBsAg	hepatitis B surface antigen - Kháng nguyên bề mặt của vi rút viêm gan B
HIV	human immunodeficiency virus - Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người
INH	isoniazid
LDV	ledipasvir
LIP	lymphoid interstitial pneumonia – Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào
LPV	lopinavir
LPV/r	lopinavir/ritonavir
MAC	mycobacterium avium complex - Phức hợp Mycobacterium avium
NNRTI	non - nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược non – nucleoside
NRTI	nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside
NtRTI	nucleotide reverse transcriptase inhibitor – Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleotide
NVP	nevirapine
OPV	oral polio vaccine – Vắc xin bại liệt đường uống
PCP	<i>pneumocystis jiroveci</i> pneumonia - Viêm phổi do Pneumocystis carinii
PCR	polymerase chain reaction - Phản ứng chuỗi men polymerase
SOF	sofosbuvir
RAL	raltegravir
RPV	rilpivirine
PI	protease inhibitor - Thuốc ức chế men protease

TDF	tenofovir disoproxil fumarate
TMP - SMX	trimethoprim – sulfamethoxazol
VEL	velpatasvir
ZDV	zidovudine

CHƯƠNG I

TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV

1. Nguyên tắc tư vấn và xét nghiệm HIV

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

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

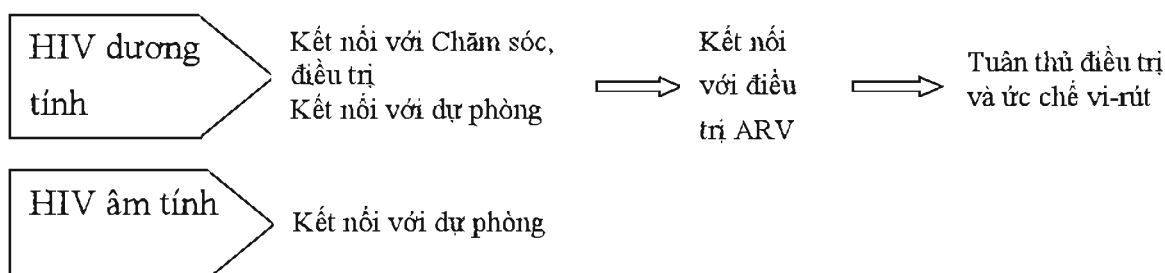
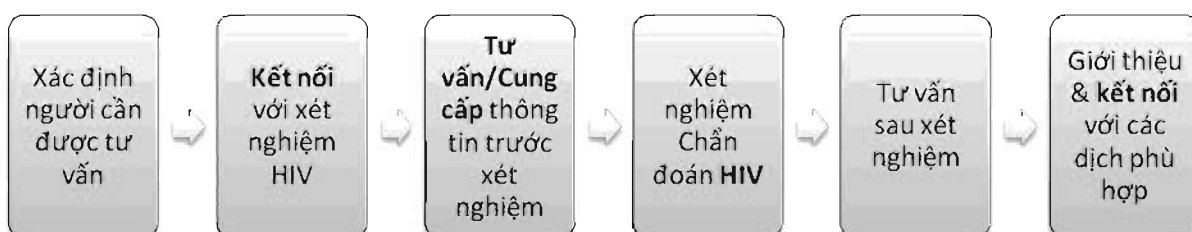
Bảo mật: Đảm bảo bí mật thông tin của người được tư vấn và xét nghiệm HIV

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

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

Kết nối với chăm sóc, điều trị và dự phòng: Người được chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV cần được kết nối ngay với chăm sóc, điều trị và dự phòng.

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



2. Đối tượng cần được tư vấn và xét nghiệm HIV

Đối tượng cần được tư vấn, xét nghiệm HIV bao gồm người nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, người có quan hệ tình dục đồng giới nam, người chuyển giới; người mắc bệnh lao; người mắc các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục; phụ nữ mang thai; vợ/chồng/con của người nhiễm HIV; anh chị em của trẻ nhiễm

HIV, người phơi nhiễm với HIV, người có quan hệ tình dục không an toàn với người sử dụng ma túy không rõ tình trạng nhiễm HIV, người bán dâm; người nhiễm vi rút viêm gan C; người bệnh đã được khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng, nhưng không phát hiện được nguyên nhân gây bệnh hoặc có các triệu chứng gợi ý nhiễm HIV.

Các trường hợp khác nếu có nhu cầu.

3. Các hình thức thực hiện tư vấn và xét nghiệm HIV

3.1. Tại cơ sở y tế

Xét nghiệm HIV do nhân viên y tế hoặc đối tượng chủ động đề xuất. Xét nghiệm do nhân viên y tế thực hiện.

3.2. Tư vấn và xét nghiệm sàng lọc HIV tại cộng đồng

Các hình thức của tư vấn và xét nghiệm sàng lọc HIV tại cộng đồng bao gồm tự xét nghiệm và do nhân viên y tế cộng đồng thực hiện.

Tự xét nghiệm là quá trình một người muốn biết tình trạng HIV của mình, tự lấy mẫu, tự làm xét nghiệm, tự đọc kết quả. Tự xét nghiệm có thể có hoặc không có sự hỗ trợ của nhân viên xét nghiệm cộng đồng hoặc cán bộ y tế trong quá trình làm xét nghiệm.

Xét nghiệm do nhân viên cộng đồng thực hiện được thực hiện bởi nhân viên cộng đồng hoặc nhân viên y tế thôn bản đã được tập huấn về xét nghiệm HIV.

Kết quả xét nghiệm chỉ nhằm mục đích sàng lọc ban đầu, không được sử dụng để chẩn đoán nhiễm HIV. Các trường hợp xét nghiệm có kết quả phản ứng cần được xét nghiệm khẳng định HIV theo quy định.

4. Tư vấn và xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ trên 18 tháng tuổi tại các cơ sở y tế

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

Quy trình thực hiện:

- Tư vấn trước xét nghiệm
- Lấy mẫu làm xét nghiệm HIV khi có sự đồng ý của khách hàng
- Thực hiện xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV
- Tư vấn và trả kết quả sau xét nghiệm

Xét nghiệm sàng lọc kháng thể kháng HIV:

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

Nếu có kết quả phản ứng: giải thích với khách hàng về sự cần thiết phải làm lại xét nghiệm. Có thể lấy máu để chuyển lên phòng xét nghiệm khẳng định hoặc

giới thiệu khách hàng đến phòng xét nghiệm khẳng định. Phụ nữ mang thai lúc chuyển dạ xét nghiệm sàng lọc có phản ứng cần tư vấn để điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc ARV ngay.

Xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV: được thực hiện tại các đơn vị được Bộ Y tế phê chuẩn đủ thẩm quyền khẳng định HIV dương tính.

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

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

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

5. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi

5.1. Xét nghiệm

Thực hiện xét nghiệm PCR phát hiện acid nucleic của HIV (ADN/ARN) để khẳng định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi. Thực hiện xét nghiệm khi trẻ 4 - 6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó càng sớm càng tốt.

5.2. Đối tượng xét nghiệm

Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV.

Trẻ có mẹ không rõ tình trạng nhiễm HIV nhưng có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV hoặc được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng.

5.3. Quy trình thực hiện

Quy trình chi tiết xem ở Phụ lục 1: Sơ đồ quy trình xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi.

Tư vấn/cung cấp thông tin trước xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho người chăm sóc trẻ.

Chỉ định xét nghiệm phụ thuộc vào tuổi của trẻ và tình trạng nhiễm HIV của mẹ:

Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV: Trường hợp trẻ dưới 9 tháng tuổi, thực hiện lấy mẫu giọt máu khô (DBS) làm xét nghiệm PCR. Trường hợp trẻ từ 9 tháng tuổi đến 18 tháng tuổi: Xét nghiệm kháng thể kháng HIV trước; nếu có phản ứng với kháng thể kháng HIV, lấy mẫu DBS làm xét nghiệm PCR.

Trẻ có mẹ không rõ tình trạng nhiễm HIV nhưng có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV hoặc được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng: Xét nghiệm kháng thể kháng HIV trước; nếu có phản ứng với kháng thể kháng HIV, lấy mẫu DBS làm xét nghiệm PCR.

Lưu ý: Cần tư vấn XN kháng thể kháng HIV cho mẹ nếu trước đó mẹ chưa rõ tình trạng nhiễm khi trẻ có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm HIV.

5.4. Giải thích và xử trí khi có kết quả xét nghiệm PCR

5.4.1. Kết quả xét nghiệm PCR lần một âm tính

a. Trẻ chưa bao giờ bú mẹ: Trẻ có khả năng không nhiễm HIV, thực hiện xét nghiệm kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 9 tháng. Nếu xét nghiệm kháng thể kháng HIV âm tính: trẻ không nhiễm HIV. Nếu xét nghiệm có phản ứng với kháng thể kháng HIV: thực hiện xét nghiệm lại kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi để xác định tình trạng nhiễm HIV. Trường hợp trẻ có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm HIV thì xét nghiệm lại PCR.

b. Trẻ đã từng bú mẹ hoặc hiện tại đang bú mẹ

Trẻ khỏe mạnh: xét nghiệm kháng thể kháng HIV khi trẻ từ 9 tháng tuổi và sau khi được cai sữa hoàn toàn đủ 3 tháng.

Nếu xét nghiệm kháng thể kháng HIV âm tính: nhiều khả năng trẻ không nhiễm HIV nhưng vẫn có nguy cơ lây nhiễm HIV qua sữa mẹ. Vì vậy cần làm xét nghiệm kháng thể kháng HIV lúc 18 tháng tuổi.

Nếu xét nghiệm kháng thể kháng HIV có phản ứng: Làm lại xét nghiệm PCR. Nếu xét nghiệm PCR dương tính, tiến hành tư vấn và điều trị ARV ngay cho trẻ. Nếu PCR âm tính, làm lại xét nghiệm kháng thể kháng HIV lúc trẻ đủ 18 tháng tuổi để xác định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

Trẻ có dấu hiệu nghi nhiễm HIV:

Trẻ dưới 9 tháng tuổi: Xét nghiệm PCR lần 2. Nếu kết quả PCR dương tính, tư vấn và điều trị ARV ngay cho trẻ. Nếu kết quả PCR âm tính, theo dõi và làm lại xét nghiệm kháng thể kháng HIV lúc trẻ đủ 18 tháng tuổi để xác định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

Trẻ từ trên 9 tháng tuổi: XN kháng thể kháng HIV. Nếu XN kháng thể kháng HIV có phản ứng: xét nghiệm PCR lần 2 cho trẻ. Nếu XN kháng thể kháng HIV âm tính, theo dõi và làm lại xét nghiệm kháng thể kháng HIV lúc trẻ đủ 18 tháng tuổi để xác định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

5.4.2. Kết quả xét nghiệm PCR lần một dương tính

Tư vấn và điều trị ARV ngay cho trẻ. Đồng thời lấy mẫu máu xét nghiệm PCR lần 2 ngay sau đó để khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ. Tư vấn xét nghiệm HIV cho bố, mẹ trẻ nếu họ chưa được khẳng định tình trạng nhiễm HIV.

5.4.3. Kết quả xét nghiệm PCR lần hai dương tính

Khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ và tư vấn cho bố mẹ, người chăm sóc trẻ về tầm quan trọng của việc tiếp tục điều trị bằng ARV và tuân thủ điều trị.

5.4.4. Kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính và lần 2 âm tính

Giải thích việc chưa khẳng định được tình trạng nhiễm HIV cho trẻ. Xét nghiệm lại PCR lần ba. Nếu kết quả xét nghiệm PCR âm tính, ngừng điều trị ARV.

Lưu ý:

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

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

6. Kết nối chuyên gửi

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

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

Truyền thông phù hợp với các đối tượng về lợi ích của việc biết về tình trạng nhiễm HIV, lợi ích điều trị ARV sớm cũng như các dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV, chăm sóc điều trị và dự phòng HIV tại cộng đồng

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

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

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

Đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV và nhu cầu hỗ trợ sức khỏe của khách hàng và chuyển gửi đến các dịch vụ phù hợp. Chuyển khách hàng đến các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV để duy trì tình trạng HIV âm tính bao gồm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, chương trình bao cao su, bơm kim tiêm ...

Các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội khác.

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

Chuyển người nhiễm HIV đến các dịch vụ về chăm sóc, điều trị ARV và dự phòng lây nhiễm HIV, bao gồm điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, chương trình bao cao su, bơm kim tiêm sạch...

Chuyển người nhiễm HIV đến các dịch vụ phù hợp khác: tư vấn, hỗ trợ chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ hỗ trợ kinh tế xã hội như: Trại trẻ mồ côi, dịch vụ hỗ trợ việc làm, tư vấn pháp luật...

6.3. Theo dõi sau chuyển gửi

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

7. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em

Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng bệnh HIV thực hiện theo Phụ lục 2. Thực hiện đánh giá giai đoạn lâm sàng trong tất cả các lần người bệnh đến khám để đánh giá mức độ suy giảm miễn dịch ở người bệnh, theo dõi tiến triển của bệnh, xác định thời điểm bắt đầu hay ngừng điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole.

8. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh HIV tiến triển bao gồm AIDS

Bệnh HIV tiến triển được xác định như sau:

Đối với người lớn và trẻ trên 5 tuổi: khi $CD4 \leq 200$ tế bào/mm³ hoặc giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4;

Đối với trẻ từ dưới 5 tuổi: Tất cả trẻ đều được coi là bệnh HIV tiến triển.

AIDS thuộc bệnh HIV tiến triển, khi người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 4 và hoặc số lượng $CD4 \leq 200$ tế bào/mm³.

CHƯƠNG II

ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV)

1. Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV

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

2. Lợi ích của điều trị ARV sớm

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

3. Nguyên tắc điều trị ARV

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

4. Điều trị ARV

4.1. Chuẩn bị điều trị ARV

Những nội dung cần thực hiện trước khi người bệnh bắt đầu điều trị ARV:

Đánh giá tình trạng bệnh nhiễm trùng cơ hội, bệnh đồng nhiễm, dinh dưỡng, các bệnh khác nếu có, đặc biệt bệnh lao và viêm gan C, vấn đề tương tác thuốc để cân nhắc chỉ định phác đồ ARV hoặc điều chỉnh liều;

Tư vấn cho người bệnh về lợi ích của điều trị ARV trong cải thiện sức khỏe người bệnh, giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con và giảm lây truyền HIV sang người khác, đặc biệt giảm lây truyền HIV qua quan hệ tình dục.

Thông báo cho người bệnh về yêu cầu tuân thủ điều trị, tác dụng phụ có thể có của thuốc ARV, lịch tái khám, lĩnh thuốc, các xét nghiệm cần thiết khi bắt đầu điều trị và theo dõi điều trị ARV. Với trẻ nhiễm HIV, bao gồm cả trẻ vị thành niên, cần bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ vào thời điểm thích hợp.

Rà soát và bổ sung các xét nghiệm cần thiết theo quy định bao gồm xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV hoặc xét nghiệm PCR dương tính của trẻ dưới 18 tháng tuổi;

Thảo luận với người bệnh, người hỗ trợ điều trị của người bệnh, người chăm sóc trẻ về nguyện vọng điều trị, các vấn đề có thể gặp phải trong tuân thủ điều trị và các biện pháp giải quyết phù hợp với người bệnh.

Tư vấn về các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác như quan hệ tình dục an toàn, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc thay thế, sử dụng bơm kim tiêm sạch và giới thiệu người bệnh đến các cơ sở cung cấp các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV;

Tư vấn giới thiệu vợ/chồng/bạn tình/bạn chích, con của mẹ nhiễm HIV, anh/chị/em của trẻ nhiễm HIV đi xét nghiệm HIV.

4.2. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV

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

Trẻ dưới 18 tháng tuổi có kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính đồng thời có biểu hiện sau: nấm miệng, viêm phổi nặng, nhiễm trùng nặng hoặc có bất kỳ bệnh lý nào của giai đoạn AIDS. Ngừng điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV.

Mẹ có xét nghiệm sàng lọc có kết quả phản ứng với kháng thể kháng HIV khi chuyển dạ hoặc sau sinh hoặc đang cho con bú: tư vấn và điều trị ARV ngay cho mẹ đồng thời làm xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV. Nếu kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV của mẹ âm tính thì ngừng điều trị ARV.

4.3. Điều trị ARV bậc một

4.3.1. Các phác đồ ARV bậc một

Bảng 1: Các phác đồ ARV bậc một

Phác đồ ARV bậc một	Phác đồ ưu tiên	Các phác đồ thay thế
Người lớn trên 19 tuổi	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Phụ nữ mang thai và phụ nữ đang cho con bú	Chi tiết xem tại mục 4.5 Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	
Trẻ vị thành niên (từ 10 đến 19 tuổi)	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + EFV TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Trẻ từ 3 đến dưới 10 tuổi	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Trẻ dưới 3 tuổi	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + LPV/r ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + NVP

Lưu ý: DTG hiện nay chỉ được chỉ định cho trẻ trên 12 tuổi. Ở người lớn trong một số tình huống đặc biệt do độc tính của thuốc hoặc do tương tác thuốc không dùng được nhóm NNRTI có thể thay bằng ABC hoặc thuốc trong nhóm PI. Liều lượng thuốc xem phụ lục 4, 5, 6, 7, 8.

4.3.2. Điều trị ARV cho các trường hợp đồng nhiễm lao

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

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

Cách tính diện tích da:

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

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

Bắt đầu điều trị ARV khi đang điều trị lao	
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi	2 NRTI + EFV
Phụ nữ mang thai và phụ nữ đang cho con bú	2 NRTI + LPV/r (hoặc EFV) (điều chỉnh liều LPV/r như ở dưới)
Phác đồ ARV khi đang điều trị ARV thì mắc lao	
Đang điều trị với 2 thuốc NRTI + EFV hoặc NVP	2NRTI + EFV
Đang điều trị phác đồ có PI (2 thuốc NRTI + LPV/r)	Tăng liều RTV bằng với liều LPV (LPV400mg/RTV400mg) 2 lần mỗi ngày hoặc: Tăng liều gấp đôi (LPV800mg/RTV 200mg) 2 lần mỗi ngày

Người bệnh lao phát hiện nhiễm HIV cần điều trị thuốc lao trước, điều trị thuốc ARV sau. Điều trị ARV cần được thực hiện trong vòng 8 tuần sau khi điều trị thuốc lao. Đối với người có suy giảm miễn dịch nặng ($CD4 < 50$ tế bào/mm³) điều trị thuốc ARV cần được bắt đầu trong vòng 2 tuần sau khi dung nạp thuốc lao.

Trong quá trình điều trị lao đồng nhiễm HIV cần đánh giá tương tác giữa thuốc ARV với thuốc chống lao và các thuốc khác, tuân thủ điều trị và hội chứng viêm phục hồi miễn dịch do lao.

Khi kết thúc điều trị lao bằng rifampicin:

Phác đồ AZT + 3TC + ABC (3 thuốc cùng nhóm NRTI) nên quay lại phác đồ cũ (2NRTI + 1 NNRTI).

Phác đồ có LPV/r sau khi kết thúc điều trị rifampicin phải quay lại liều chuẩn ban đầu.

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

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

Thời điểm điều trị HIV	Các xét nghiệm
Thời điểm đăng ký điều trị	<p>CD4</p> <p>Công thức máu, creatinin, AST, ALT</p> <p>HBsAg, anti -HBs, anti - HCV</p> <p>Các XN khác theo chỉ định lâm sàng</p>
Trong quá trình điều trị ARV	<p>Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương chức năng thận.</p> <p>Công thức máu 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng AZT hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu.</p> <p>AST, ALT, lipid máu, đường máu 6 – 12 tháng một lần.</p> <p>Tải lượng HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Thường quy: tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV và định kỳ sau đó 12 tháng một lần. Trường hợp tại các thời điểm trên không làm được XN tải lượng HIV, cần làm XN này sớm nhất ngay sau đó. - Có dấu hiệu thất bại điều trị lâm sàng hoặc miễn dịch hoặc khi tải lượng HIV từ 200 đến <1000 bản sao/mL. - Phụ nữ đang điều trị ARV thì có thai: XN tải lượng HIV ngay khi phát hiện có thai. Nếu đã có kết quả XN trong vòng 1 tháng trước đó thì không cần làm lại. - Phụ nữ mang thai, PN cho con bú: XN tải lượng HIV 3 – 6 tháng/lần sau khi bắt đầu điều trị ARV. <p>CD4: 6 tháng một lần nếu không có XN tải lượng HIV thường quy hoặc đang điều trị dự phòng bệnh NTCH (tiền phát hoặc thứ phát).</p> <p>Anti - HCV mỗi năm một lần nếu kết quả trước đó âm tính và có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C.</p> <p>HBsAg chỉ định khi người bệnh có thất bại điều trị và đang dùng phác đồ có TDF.</p> <p>Các XN khác theo chỉ định lâm sàng và phác đồ thuốc người bệnh sử dụng.</p>

Đối với trẻ sử dụng TDF nên làm thêm các xét nghiệm sau:

- Điện giải đồ niệu khi có bất thường điện giải đồ máu bao gồm phospho máu;
- Protein niệu 24 giờ khi có bất thường tổng phân tích nước tiểu;
- 25-OH vitamin D khi có bất thường phospho máu.

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

4.5.1. Điều trị ARV cho mẹ

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

Cần điều trị ARV càng sớm càng tốt cho phụ nữ mang thai ngay khi phát hiện nhiễm HIV để giảm tối đa lây truyền HIV từ mẹ sang con. Mục tiêu của điều trị ARV cho phụ nữ mang thai là nhằm đạt được tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện, chậm nhất vào quý 3 của thai kỳ, đặc biệt là khi chuyển dạ.

Phụ nữ mang thai nhiễm HIV cần được theo dõi hằng tháng, đặc biệt vào thời điểm gần ngày dự kiến sinh.

b. Các tình huống

Các tình huống	Xử trí
1. Dự kiến có thai khi đang điều trị ARV	Duy trì phác đồ điều trị ARV hiện tại đồng thời củng cố tuân thủ điều trị. Tư vấn thời điểm có thai tốt nhất khi tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện.
2. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV chưa điều trị ARV	Điều trị ARV ngay, càng sớm càng tốt: 1. Nếu tuổi thai < 24 tuần: Phác đồ bắt đầu điều trị giống người lớn*: Phác đồ ưu tiên: TDF + 3TC + EFV 2. Nếu tuổi thai ≥ 24 tuần bao gồm trường hợp phát hiện nhiễm HIV gần ngày sinh dự kiến hoặc xét nghiệm kháng thể kháng HIV có phản ứng lúc chuyển dạ: TDF + 3TC (FTC) + RAL. Nếu không có RAL chuyển phác đồ: TDF + 3TC + ATV/r (hoặc LPV/r). Nếu không có nhóm PI: TDF + 3TC + EFV
3. Phụ nữ đang điều trị ARV thì có thai	Xét nghiệm tải lượng HIV ngay khi có thai: 1. Nếu tải lượng HIV < 1000 bản sao/ml: Tiếp tục phác đồ ARV hiện tại. 2. Nếu tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml và tuổi thai ≥ 24 tuần: tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, hội chẩn chuyển phác đồ có RAL hoặc nhóm PI (ATV/r hoặc LPV/r). 3. Nếu tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml và tuổi thai < 24 tuần: tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, xét nghiệm tải lượng HIV sau đó 01 tháng. Cần nhắc chuyển phác đồ tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm tải lượng HIV. Nếu không làm được xét nghiệm tải lượng HIV: 1. Không có thất bại điều trị về lâm sàng và miễn dịch: giữ nguyên phác đồ ARV đang điều trị.

	2. Có thất bại điều trị về lâm sàng hoặc miễn dịch: hội chân, chuyển phác đồ bậc hai có thuốc thuộc nhóm PI (ATV/r hoặc LPV/r) hoặc RAL.
4. Điều trị ARV cho phụ nữ sau khi sinh	<p>1. Tiếp tục phác đồ điều trị ARV hiện tại. Điều trị ARV ngay cho mẹ nếu mẹ chưa điều trị ARV.</p> <p>2. Trường hợp điều trị phác đồ có RAL hoặc nhóm PI (ATV/r hoặc LPV/r) không phải do thất bại điều trị:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nếu mẹ không cho con bú: tư vấn, chuyển lại phác đồ điều trị như phác đồ bắt đầu điều trị ARV người lớn. - Nếu mẹ cho con bú: tư vấn, chuyển sang phác đồ ARV bắt đầu điều trị cho người lớn nếu tải lượng HIV 2 lần liên tiếp đạt dưới ngưỡng phát hiện hoặc sau khi ngừng hoàn toàn việc cho con bú.

*: Không chỉ định bắt đầu điều trị ARV với phác đồ có NVP cho mẹ khi tế bào CD4 ≥ 250 tế bào/ml.

4.5.2. Điều trị ARV cho trẻ

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

Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con*	Cách nuôi con	Thuốc và thời gian điều trị dự phòng
Không	Cho con bú hoặc không cho con bú mẹ	NVP: 6 tuần từ khi sinh
Có	Không cho con bú	NVP + AZT: 6 tuần từ khi sinh
	Cho con bú	NVP + AZT: 12 tuần từ khi sinh

**Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con khi có một trong các yếu tố sau:*

- 1) Điều trị ARV < 4 tuần tính đến thời điểm sinh hoặc không được điều trị ARV;
- 2) Tải lượng HIV > 1000 bản sao/ml khi mang thai trong lần xét nghiệm gần lúc sinh nhất;
- 3) Phát hiện nhiễm HIV lúc chuyển dạ hoặc ngay sau sinh hoặc đang cho con bú.

Lưu ý:

1. Bắt đầu điều trị thuốc ARV dự phòng nhiễm HIV cho trẻ ngay sau sinh càng sớm càng tốt.
2. Không cho trẻ uống ARV để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con nếu trẻ trên 72 giờ tuổi, chưa được điều trị dự phòng bằng thuốc ARV và không bú mẹ. Nếu trẻ bú mẹ thì cho trẻ uống thuốc ARV ngay đến 12 tuần tuổi.
3. Nếu mẹ cho con bú nhưng bị gián đoạn điều trị ARV vì bất cứ lý do nào, điều trị dự phòng cho con cho đến khi mẹ điều trị lại ARV được 6 tuần. Trường hợp

mẹ không điều trị lại hoặc điều trị lại nhưng dưới 6 tuần, con tiếp tục uống thuốc dự phòng cho đến khi ngừng bú mẹ hoàn toàn được 1 tuần.

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

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

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

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

Tư vấn nuôi dưỡng trẻ cần được thực hiện trước khi sinh và căn cứ theo điều kiện kinh tế, hoàn cảnh gia đình của người mẹ, cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của từng phương án nuôi dưỡng trẻ, các biện pháp cần được thực hiện để ngăn ngừa tối đa việc trẻ nhiễm HIV từ sữa mẹ.

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

Nếu nuôi con bằng sữa ăn thay thế: Người mẹ chỉ thực hiện nuôi con bằng sữa ăn thay thế nếu đáp ứng các điều kiện dưới đây:

- Đảm bảo cung cấp đủ sữa ăn thay thế hoàn toàn trong 6 tháng đầu, có nước sạch và chuẩn bị được sữa ăn thay thế đảm bảo an toàn, hợp vệ sinh và đủ số lượng phù hợp với tuổi của trẻ.
- Có sự hỗ trợ của gia đình.

5. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV và chẩn đoán thất bại điều trị

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

5.1.1. Theo dõi đáp ứng lâm sàng

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

- Cân nặng và giai đoạn lâm sàng:

- Sự xuất hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội mới, tái phát; cần phân biệt với tác dụng phụ của thuốc; hội chứng viêm phục hồi miễn dịch hay thất bại điều trị để có hướng xử trí phù hợp;

Người bệnh đáp ứng tốt với điều trị ARV khi:

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

5.1.2. Theo dõi đáp ứng miễn dịch

Theo dõi đáp ứng về miễn dịch là theo dõi sự thay đổi của số lượng tế bào CD4, đặc biệt là giữa 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp, là một trong các thông số được sử dụng để đánh giá đáp ứng với điều trị ARV (xem Bảng 7: Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị về miễn dịch).

Theo dõi đáp ứng về miễn dịch được thực hiện khi người bệnh không tiếp cận được với xét nghiệm tải lượng HIV thường quy, và/hoặc khi người bệnh điều trị ARV chưa ổn định.

Thời điểm và tần suất thực hiện xét nghiệm CD4 xem bảng 4.

5.1.3. Theo dõi đáp ứng về vi rút học

Theo dõi đáp ứng về vi rút học được thực hiện thông qua việc theo dõi thường quy tải lượng HIV. Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy là phương pháp tốt nhất để theo dõi đáp ứng với điều trị ARV, qua đó đánh giá tuân thủ điều trị và phát hiện sớm thất bại điều trị về vi rút học. Xét nghiệm tải lượng HIV đo số lượng HIV trong máu người bệnh. Ngưỡng phát hiện là số lượng HIV mà kỹ thuật xét nghiệm có thể xác định được. Ngưỡng phát hiện khác nhau tùy thuộc vào kỹ thuật xét nghiệm tải lượng HIV. Ngưỡng ức chế thường được sử dụng hiện nay là 1000 bản sao/ml.

Thời điểm và tần suất thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV xem bảng 4.

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

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

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

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

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

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

5.2. Thất bại điều trị ARV

5.2.1. Các loại thất bại điều trị

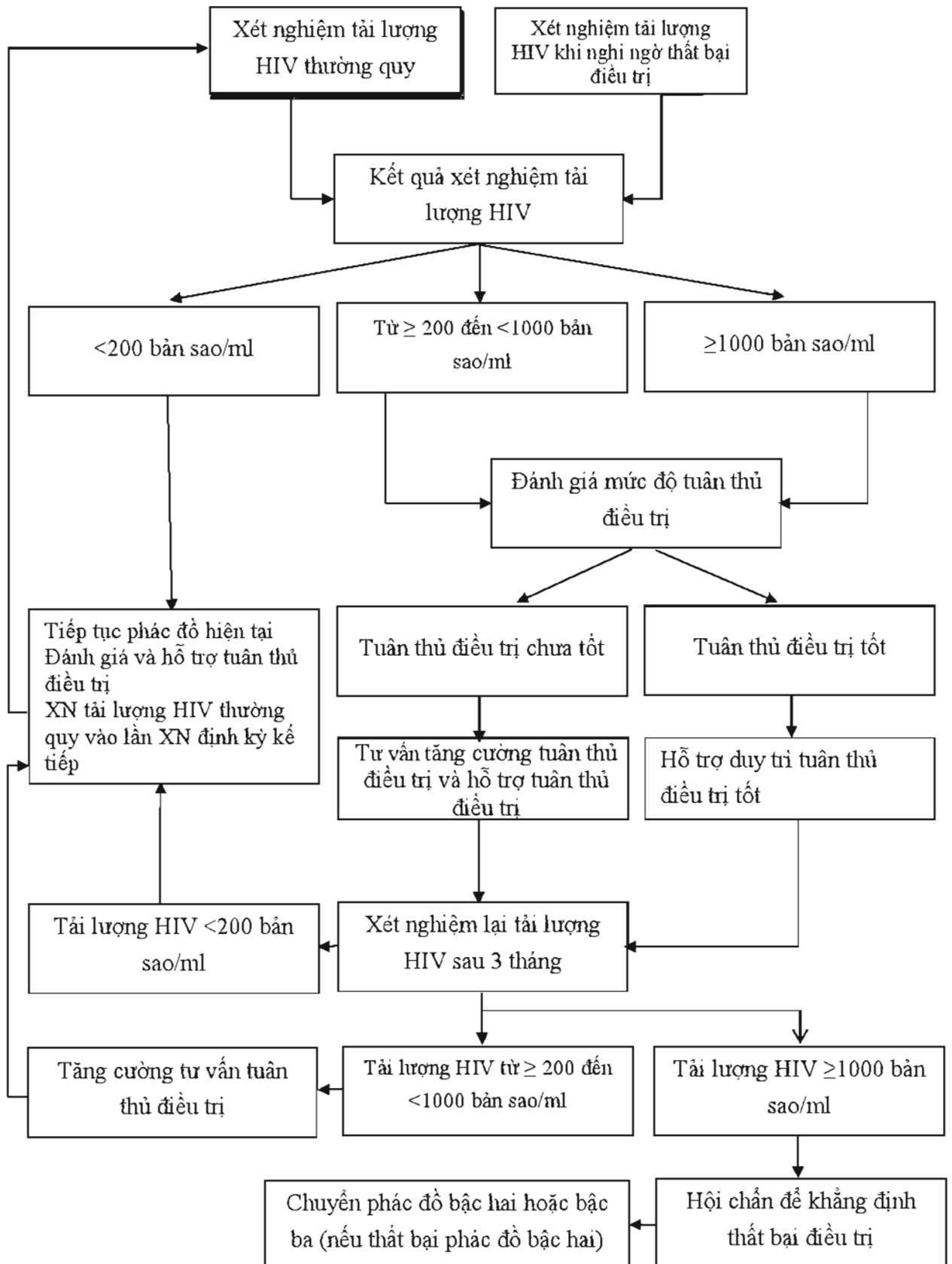
Bảng 7: Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV

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

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

Thất bại điều trị được xác định khi người bệnh có thất bại về vi rút học. Trường hợp tải lượng HIV lần một từ 200 bản sao/ml đến dưới 1000 bản sao/ml, xét nghiệm tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng với tuân thủ điều trị mà kết quả trên 1000 bản sao/ml thì coi như thất bại điều trị, chuyển phác đồ bậc hai hoặc bậc ba.

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



Lưu ý:

1. Chỉ xét nghiệm lại tải lượng HIV sau 3 tháng nếu người bệnh đã tuân thủ điều trị tốt. Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị theo nội dung tại mục 6.4.
2. Có thể làm xét nghiệm gen phát hiện đột biến kháng thuốc trước khi chuyển sang phác đồ bậc hai hoặc ba nếu có điều kiện.
3. Trường hợp đang điều trị phác đồ ARV bậc một, không thể làm được xét nghiệm tải lượng HIV, bao gồm cả XN tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng: căn cứ tình trạng lâm sàng, miễn dịch, tuân thủ điều trị, cần hội chẩn để quyết định về tình trạng thất bại điều trị và chuyển sang điều trị phác đồ ARV bậc hai khi người bệnh tuân thủ điều trị tốt.

5.3. Các phác đồ điều trị ARV bậc hai và bậc ba

5.3.1. Các phác đồ điều trị ARV bậc hai

Bảng 8: Phác đồ ARV bậc hai cho người trưởng thành và trẻ ≥ 10 tuổi

Người nhiễm HIV	Tình huống phác đồ bậc một	Phác đồ bậc hai		
Người trưởng thành bao gồm phụ nữ mang thai, đang cho con bú và trẻ ≥ 10 tuổi	Sử dụng TDF trong phác đồ bậc một	AZT + 3TC	+	LPV/r hoặc ATV/r
	Sử dụng AZT trong phác đồ bậc một	TDF + 3TC hoặc FTC	+	LPV/r hoặc ATV/r
Đồng nhiễm lao và HIV	Đang điều trị lao bằng rifampicin	Điều trị như phác đồ cho người trưởng thành và trẻ vị thành niên nhưng gấp đôi liều LPV/r (LPV/r 800 mg/200 mg hai lần mỗi ngày) hoặc tăng liều ritonavir bằng liều LPV (LPV/r 400 mg/400 mg) hai lần mỗi ngày		
	Nếu điều trị lao bằng rifabutin	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LVP/r (hoặc ATV/r) AZT + 3TC +LVP/r (hoặc ATV/r)		
Đồng nhiễm HIV và HBV	AZT + TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc ATV/r)			

Bảng 9: Phác đồ ARV bậc hai cho trẻ em

	Nhóm tuổi	Tình huống phác đồ bậc một	Phác đồ bậc hai
Phác đồ bậc một có LPV/r	< 3 tuổi	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + RAL Nếu không có RAL thì tiếp tục phác đồ hiện tại
		AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + RAL Nếu không có RAL thì tiếp tục phác đồ hiện tại
	≥ 3 tuổi	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + EFV
		AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + EFV hoặc: TDF + 3TC + EFV
Phác đồ bậc một có NNRTI	Tất cả các lứa tuổi	ABC + 3TC + EFV (hoặc NVP)	AZT + 3TC + LPV/r
		TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV (hoặc NVP)	
		AZT + 3TC + EFV (hoặc NVP)	ABC (hoặc TDF) + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc ATV/r).

Theo dõi về lâm sàng và xét nghiệm trên người bệnh đang điều trị thuốc ARV phác đồ bậc 2 tương tự như phần theo dõi điều trị phác đồ ARV bậc 1. Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy được tính từ thời điểm người bệnh chuyển sang điều trị thuốc ARV phác đồ bậc 2.

Cần chú ý các tương tác thuốc khi dùng LPV/r, đặc biệt khi dùng PI với rifampicin (xem mục 4.3.2. Điều trị ARV cho các trường hợp đồng nhiễm lao).

5.3.2. Thất bại điều trị phác đồ bậc 2

Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV bậc hai giống như tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại ARV bậc một.

Nếu không có phác đồ bậc ba, tiếp tục duy trì điều trị phác đồ bậc hai.

5.3.3. Các phác đồ ARV bậc ba

Bảng 10: Các phác đồ ARV bậc ba

Nhóm tuổi		Tình huống phác đồ bậc hai	Phác đồ bậc ba
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi		AZT + 3TC + LPV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r AZT + 3TC + ATV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + ATV/r	DRV/r + DTG (hoặc RAL) \pm 1–2 NRTI
Trẻ < 10 tuổi	Trẻ < 3 tuổi	AZT + 3TC + RAL ABC + 3TC + RAL	Giữ nguyên phác đồ bậc hai không đổi
		AZT (hoặc ABC) + 3TC + LPV/r	RAL + 2 NRTIs
	Trẻ ≥ 3 tuổi	AZT (hoặc ABC hoặc TDF) + 3TC + EFV (hoặc LPV/r)	RAL + 2 NRTIs Hoặc: DRV/r + 2 NRTI
		2NRTI + LPV/r hoặc ATV/r	Hoặc: DRV/r + RAL \pm 1–2 NRTI

DTG hiện chỉ được sử dụng cho trẻ trên 12 tuổi; DTG sử dụng trong phác đồ bậc ba khi dùng với rifampicin cần tăng gấp đôi liều do rifampicin làm giảm nồng độ của DTG.

DRV/r không dùng cho trẻ dưới 3 tuổi, không dùng chung với rifampicin do thuốc này làm giảm nồng độ thuốc DRV.

Theo dõi về lâm sàng và xét nghiệm trong điều trị phác đồ bậc 3 tương tự như theo dõi điều trị phác đồ ARV bậc một. Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy được tính từ thời điểm người bệnh chuyển sang điều trị ARV phác đồ bậc 3.

6. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị

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

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

- Ức chế sự nhân lên của HIV, cải thiện tình trạng lâm sàng và miễn dịch;
- Giảm nguy cơ xuất hiện HIV kháng thuốc ARV và thất bại điều trị;
- Giảm nguy cơ lây truyền HIV sang người khác.

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

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

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

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

Đánh giá sự tuân thủ điều trị thông qua việc theo dõi xét nghiệm tải lượng HIV thường quy: Phản ánh tốt nhất sự tuân thủ điều trị của người bệnh.

Hướng dẫn khi người bệnh quên uống thuốc ARV:

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

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

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

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

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

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

6.3. Hỗ trợ tuân thủ điều trị

6.3.1. Đánh giá các yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị bao gồm:

- Nhận thức của người bệnh về sự cần thiết của việc tuân thủ điều trị ARV
- Tính chất công việc của người bệnh
- Khoảng cách đi lại từ nhà đến phòng khám
- Sự hỗ trợ tuân thủ điều trị của các thành viên trong gia đình
- Tình trạng nghiện rượu, ma túy, thuốc lá...
- Các thuốc điều trị phối hợp khác: điều trị methadone, điều trị lao, các thuốc điều trị các bệnh khác...

- Thuốc điều trị ARV phải uống nhiều hơn một lần trong ngày.

6.3.2. Các can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị

Các can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị bao gồm:

Xây dựng và thực hiện kế hoạch hỗ trợ tuân thủ điều trị cho người bệnh tại các cơ sở điều trị;

Cung cấp thông tin cơ bản về HIV, các thuốc ARV đang sử dụng, các tác dụng bất lợi có thể gặp và hướng xử trí;

Tư vấn, giáo dục về tuân thủ điều trị, vấn đề kháng thuốc, hậu quả của kháng thuốc ARV và những khó khăn để tiếp cận thuốc bậc hai và bậc ba nếu thất bại điều trị phác đồ bậc một;

Thảo luận với người bệnh về cách thức tuân thủ điều trị, sử dụng các công cụ nhắc uống thuốc như tin nhắn điện thoại, đồng hồ, sổ theo dõi...

6.3.3 Các nhóm cần được hỗ trợ tuân thủ đặc biệt

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

Trẻ vị thành niên: Xác định thời điểm thích hợp để tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ. Giải thích phác đồ điều trị và cách uống thuốc. Tư vấn về sức khỏe sinh sản vị thành niên. Đảm bảo chuyển giao từ chăm sóc nhi khoa sang chăm sóc người lớn được tiến hành thuận lợi (xem phụ lục 13: Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ vị thành niên).

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

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

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

Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị là những can thiệp với mục đích hỗ trợ người bệnh điều trị ARV đạt được ngưỡng ức chế tối ưu, tập trung vào người bệnh có tải lượng HIV \geq 200 bản sao/ml.

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

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

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

Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị cần được thực hiện ngay sau khi người bệnh có kết quả tải lượng HIV trên 200 bản sao/ml và được thực hiện lại lần hai sau đó một tháng. Ở buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần hai cần đánh giá lại sự tuân thủ của người bệnh và thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần ba sau đó 01 tháng.

7. Theo dõi độc tính của thuốc ARV

7.1. Các độc tính thường gặp của một số thuốc ARV trong phác đồ bậc một

7.1.1. Độc tính của TDF

a) Độc tính đối với thận:

TDF có thể gây rối loạn chức năng tế bào ống thận. Xét nghiệm creatinine huyết thanh để theo dõi độc tính ở thận liên quan đến TDF đặc biệt cho người bệnh có các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, có tiền sử bệnh thận, cao huyết áp không kiểm soát được, bị tiểu đường mạn tính, sử dụng thuốc tăng cường PI (ví dụ ritonavir) hoặc các thuốc gây độc cho thận. Sử dụng công thức Cockcroft-Gault (CG) để ước tính mức lọc cầu thận để đánh giá mức độ suy thận:

- Công thức Cockcroft-Gault (CG)

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

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

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

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

7.1.2. Độc tính của các ARV khác

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

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

phác đồ có nevirapin cho các trường hợp trên trừ khi cân nhắc lợi ích vượt trội hơn nguy cơ.

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

7.2. Xử trí khi có độc tính của thuốc ARV

(xem Phụ lục 10: Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV)

Một số điểm cần lưu ý:

1. Việc trì hoãn thay đổi thuốc trong các trường hợp có tác dụng phụ/độc tính nặng có thể gây hại và ảnh hưởng đến tuân thủ dẫn đến kháng thuốc và thất bại điều trị.
2. Trường hợp tác dụng phụ không đe dọa đến tính mạng cần ngừng thuốc ARV tạm thời (ví dụ dị ứng độ 3 hoặc ALT tăng từ 5 – 10 lần do NVP) thì ngừng NVP trước 7 ngày so với các thuốc thuộc nhóm NRTI còn lại trong phác đồ.
3. Trường hợp tác dụng phụ đe dọa tính mạng như hội chứng Steven Johnson hay Lyell thì ngừng ngay tất cả các thuốc ARV đang sử dụng.

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

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

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

Thuốc ARV	Các tương tác chính	Khuyến cáo điều trị
AZT	ribavirin và peg-interferon alfa-2a	Phác đồ bậc 1: Thay thế AZT bằng TDF
	methadone	Theo dõi độc tính của AZT như thiếu máu do methadone làm tăng nồng độ của AZT
PI tăng cường (ATV/r, DRV/r, LPV/r)	rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin Điều chỉnh liều PI hoặc thay thế bằng ba thuốc NRTI (đối với trẻ em) Không nên sử dụng hoặc sử dụng thận trọng rifampicin cùng với ATV, DRV và LPV
	lovastatin và simvastatin	Sử dụng thuốc điều chỉnh rối loạn mỡ máu khác (ví dụ: pravastatin)
	Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác
	methadone và buprenorphine	Điều chỉnh liều methadone và buprenorphine trong một số trường hợp

Thuốc ARV	Các tương tác chính	Khuyến cáo điều trị
	astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế
	TDF	Theo dõi chức năng thận
DTG	carbamazepine, phenobarbital và phenytoin	Sử dụng các thuốc chống co giật thay thế khác
	Các chế phẩm có chứa magie (Mg), nhôm (Al), sắt (Fe), canxi (Ca) và kẽm (Zn)	Sử dụng DTG ít nhất 2 giờ trước hoặc ít nhất 6 giờ sau khi bổ sung các cation đa giá, bao gồm các chế phẩm bổ sung vitamin chứa Fe, Ca, Mg hay kẽm; các chế phẩm bổ sung khoáng chất, các thuốc nhuận tràng có chứa cation và các chất chống axit có chứa nhôm, canxi hay magie
	rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin. Nếu dùng chung với rifampicin, nên tăng liều DTG lên gấp đôi
RAL	rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin. Nếu dùng chung với rifampicin, nên tăng liều RAL lên 800mg x 2 lần/ngày do rifampicin làm giảm nồng độ thuốc RAL
	Các chế phẩm có chứa magie (Mg), nhôm (Al), sắt (Fe), canxi (Ca) và kẽm (Zn)	Khuyến cáo như đối với DTG
EFV	amodiaquine	Sử dụng thuốc kháng sốt rét khác để thay thế
	methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp
	Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác
	astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế
	itraconazol	Cần nhắc tăng liều itraconazole
NVP	rifampicin	Thay NVP bằng EFV
	itraconazole và ketoconazole	Sử dụng thuốc chống nấm thay thế (ví dụ fluconazole)

Thuốc ARV	Các tương tác chính	Khuyến cáo điều trị
	methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp

7.4. Báo cáo độc tính của thuốc ARV

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

7.4.1. Các hình thức báo cáo

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

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

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

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

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

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

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

7.4.2. Thực hiện báo cáo

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

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

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

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

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

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

8. Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD)

8.1. Khái niệm

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

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

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

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

8.2. Tần suất xuất hiện và yếu tố nguy cơ

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

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

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

8.3. Các biểu hiện của hội chứng viêm phục hồi miễn dịch

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

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

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

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

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

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

8.4. Chẩn đoán hội chứng viêm phục hồi miễn dịch

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

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

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

8.5. Xử trí hội chứng viêm phục hồi miễn dịch

Một số hội chứng viêm PHMD diễn biến nhẹ và tự khỏi, không cần can thiệp. Tiếp tục điều trị ARV nếu người bệnh vẫn dung nạp được thuốc. Tiếp tục điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội trước đó hoặc bắt đầu điều trị các nhiễm trùng cơ hội mới bộc lộ; điều chỉnh phác đồ ARV và liều ARV nếu có tương tác giữa các thuốc ARV và các thuốc điều trị NTCH (ví dụ: thay NVP bằng EFV nếu điều trị lao bằng phác đồ có rifampicin).

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

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

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

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

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

9.1. Dự phòng sau phơi nhiễm với HIV trong môi trường nghề nghiệp

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

9.1.1. Các dạng phơi nhiễm

Kim đâm khi làm thủ thuật tiêm truyền, lấy máu làm xét nghiệm, chọc dò ...

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

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

Máu, chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da bị tổn thương (chàm, bỏng, viêm loét từ trước) hoặc niêm mạc (mắt, mũi, họng).

Phơi nhiễm với máu có HIV do bị người khác dùng kim tiêm chứa máu đâm vào hoặc trong khi làm nhiệm vụ đuổi bắt tội phạm v.v...

9.1.2. Quy trình xử trí sau phơi nhiễm

Các bước xử lý

Bước 1: Xử lý vết thương tại chỗ.

Bước 2: Báo cáo người phụ trách và làm biên bản.

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

Bước 4: Xác định tình trạng HIV của nguồn gây phơi nhiễm.

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

Bước 6: Tư vấn cho người bị phơi nhiễm.

Bước 7: Điều trị dự phòng bằng thuốc ARV.

Xử lý vết thương tại chỗ

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

- Phơi nhiễm qua niêm mạc mắt: Rửa mắt bằng nước cất hoặc nước muối NaCl 0,9% liên tục trong 5 phút. Dùng vòi rửa mắt khẩn cấp nếu có (thường được trang bị trong các phòng xét nghiệm khẳng định)

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

Báo cáo người phụ trách và làm biên bản

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

Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm

- Có nguy cơ: Tổn thương do kim có chứa máu đâm xuyên qua da gây chảy máu; nếu là kim nòng rỗng cỡ to, chứa nhiều máu, đâm sâu thì nguy cơ cao hơn là kim nòng nhỏ, chứa ít máu và đâm xuyên nông. Hoặc tổn thương da sâu do dao mổ hoặc các ống nghiệm chứa máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bị vỡ đâm

phải. Máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da, niêm mạc bị tổn thương viêm loét hoặc xây sát từ trước (ngay cả khi không biết có bị viêm loét hay không). Nếu viêm loét hoặc xây sát rộng thì nguy cơ cao hơn.

- Không có nguy cơ: Máu và dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành.

Xác định tình trạng HIV của người gây phơi nhiễm

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

Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm

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

Tư vấn cho người bị phơi nhiễm về:

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

9.2. Dự phòng phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp

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

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

- Phơi nhiễm qua quan hệ tình dục do không sử dụng bao cao su hoặc bao cao su bị vỡ, rách hoặc bị cưỡng dâm.
- Sử dụng chung bơm kim tiêm đối với người nghiện chích ma túy.

- Vết thương do đâm phải kim hoặc các vật sắc nhọn vút ra các khu vực công cộng và có dính máu nhìn thấy được.
- Vết thương do người nghi nhiễm HIV cắn gây chảy máu.

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

- Tình trạng nhiễm HIV của người bị phơi nhiễm.
- Phạm vi, tần suất và thời gian có nguy cơ phơi nhiễm. Cố gắng tìm hiểu tình trạng nhiễm HIV của nguồn lây nhiễm.
- Tư vấn trước xét nghiệm HIV.
- Xét nghiệm vi rút viêm gan B, C; xét nghiệm đánh giá tình trạng mang thai.

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

Xét nghiệm HIV cho người gây phơi nhiễm nếu chưa biết tình trạng nhiễm HIV. Nếu người gây phơi nhiễm có kết quả khẳng định nhiễm HIV: tư vấn và tiến hành dự phòng sau phơi nhiễm cho người bị phơi nhiễm với HIV.

Có thể bắt đầu dự phòng sau phơi nhiễm đối với các trường hợp:

- Người gây phơi nhiễm có nguy cơ nhiễm HIV cao như người nghiện chích ma túy, nam quan hệ tình dục với nam, phụ nữ bán dâm;
- Không xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm;

Dừng dự phòng sau phơi nhiễm nếu xác định người gây phơi nhiễm không nhiễm HIV.

Phơi nhiễm do bị cưỡng dâm, cần tiến hành dự phòng sau phơi nhiễm sau khi đánh giá nguy cơ và tư vấn cho người bị phơi nhiễm.

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

9.3.1. Chỉ định

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

Dự phòng sau phơi nhiễm nên được bắt đầu càng sớm càng tốt cho tất cả đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV tối ưu nhất trong vòng 6 giờ đầu và không quá 72 giờ sau phơi nhiễm.

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

- Người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV
- Nguồn gây phơi nhiễm được khẳng định là HIV âm tính
- Phơi nhiễm với các dịch cơ thể không có nguy cơ lây nhiễm đáng kể như nước mắt, dịch nước bọt không dính máu, nước tiểu và mồ hôi

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

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

Đối tượng	Phác đồ thuốc ARV	Thời gian điều trị
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc EFV) hoặc AZT + 3TC + LPV/r (hoặc EFV)	28 ngày
Trẻ em ≤ 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r	

9.3.2. Kế hoạch theo dõi

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

Hỗ trợ tâm lý nếu cần thiết.

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

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

Tư vấn về việc tiêm vắc xin viêm gan vi rút B.

10. Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Dự phòng trước phơi nhiễm là sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV cho người chưa nhiễm HIV nhưng có các hành vi nguy cơ cao nhiễm HIV. Hiệu quả điều trị dự phòng trước phơi nhiễm như sau: Quan hệ tình dục đường hậu môn có tác dụng dự phòng tối đa sau khi đã uống đủ 7 ngày liên tục. Quan hệ tình dục đường âm đạo và qua đường máu tác dụng dự phòng tối đa sau khi sử dụng đủ 21 ngày liên tục.

10.1. Đối tượng cần được dự phòng trước phơi nhiễm

Những người có hành vi nguy cơ cao thuộc các nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, chuyển giới nữ, phụ nữ bán dâm.

Trường hợp người có vợ/chồng/bạn tình nhiễm HIV: thực hiện điều trị ARV cho bạn tình nhiễm HIV và xét nghiệm theo dõi xét nghiệm tải lượng HIV định kỳ. Trường hợp xét nghiệm tải lượng HIV của bạn tình nhiễm HIV <200 bản sao/ml thì không cần điều trị dự phòng trước phơi nhiễm cho bạn tình không nhiễm HIV.

Chỉ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm trong một số tình huống đặc biệt: vì lý do nào đó mà người nhiễm HIV không điều trị ARV hoặc điều trị ARV nhưng tải lượng HIV không đạt được dưới ngưỡng 200 bản sao/ml.

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

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

Bước 2: Tư vấn và xét nghiệm HIV.

Bước 3: Tư vấn về dự phòng trước phơi nhiễm cho khách hàng nguy cơ cao có kết quả xét nghiệm HIV âm tính:

- Lợi ích và hiệu quả của việc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm;
- Thuốc và tác dụng phụ có thể gặp;
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị dự phòng;
- Các biện pháp dự phòng bổ sung khác.

Bước 4: Khám bệnh, khai thác tiền sử bệnh thận, các bệnh lây truyền đường tình dục, bệnh tâm thần, động kinh ... Cần xác định xem khách hàng có các dấu hiệu và triệu chứng giống cúm (biểu hiện của nhiễm HIV cấp tính) trong vòng 1 tháng trước đó không.

Bước 5: Xét nghiệm creatinine máu và HBsAg

Bước 6: Đánh giá khách hàng đủ điều kiện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm:

- XN HIV âm tính;
- Không có biểu hiện của nhiễm HIV cấp tính;
- Không có suy thận; không có tiền sử bệnh tâm thần hay động kinh
- Tự nguyện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm;
- Hiểu được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị và cam kết tuân thủ điều trị

Bước 7: Chỉ định thuốc ARV phác đồ TDF + FTC hoặc phác đồ một thuốc TDF, uống hằng ngày.

Bước 8: Theo dõi và tái khám.

Tái khám lần đầu: sau 1 tháng, xét nghiệm kháng thể kháng HIV, đánh giá tác dụng phụ của thuốc, tuân thủ điều trị, xác định những khó khăn trong tuân thủ điều trị.

Các lần tiếp theo: định kỳ ba tháng cho các trường hợp tuân thủ điều trị tốt: xét nghiệm đánh giá tình trạng HIV, kê đơn thuốc cho 3 tháng tiếp theo (90 ngày), đánh giá tác dụng phụ, tuân thủ sử dụng thuốc và trả lời các câu hỏi của khách hàng. Nếu khách hàng tuân thủ điều trị không tốt thì tái khám và cấp phát thuốc hằng tháng.

Xét nghiệm creatinine 6 – 12 tháng một lần hoặc khi người bệnh có dấu hiệu bệnh lý về chức năng thận.

Khám và sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục, đánh giá nhu cầu tiếp tục

điều trị dự phòng trước phơi nhiễm.

10.3. Xử trí một số tình huống trong khi điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Bảng 14. Xử trí một số tình huống trong điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Tình huống	Cách xử trí
Tác dụng phụ	
Nhức đầu, chóng mặt, ác mộng, buồn nôn...	Tư vấn và hỗ trợ tâm lý cho khách hàng, những tác dụng phụ này thường tự hết trong 1 – 2 tuần.
Nếu tác dụng phụ dai dẳng kéo dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe	Ngừng điều trị dự phòng khi cần
Quên uống thuốc	
Quên uống 1 – 3 ngày	Tiếp tục uống thuốc điều trị dự phòng
Quên uống 4 – 7 ngày	Đánh giá hành vi nguy cơ trong những ngày không dùng thuốc, nếu: Không có hành vi nguy cơ: Tiếp tục điều trị dự phòng. Có hành vi nguy cơ: Tiếp tục điều trị và xét nghiệm HIV sau 3 tháng kể từ khi có hành vi nguy cơ.
Quên thuốc > 7 ngày	Bắt đầu điều trị lại như người mới đăng ký điều trị dự phòng.
Xét nghiệm HIV	
Kết quả âm tính	Tiếp tục điều trị dự phòng.
Kết quả XN khẳng định HIV dương tính	Tư vấn, chuyển điều trị thuốc ARV
Có thai khi đang điều trị dự phòng	Tư vấn, khuyến khích tiếp tục điều trị dự phòng nếu vẫn có nguy cơ lây nhiễm HIV
Suy thận	
Mức lọc cầu thận (eCrCL < 60 ml/min)	Không điều trị dự phòng. Chuyển khám chuyên khoa

10.4. Ngừng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Trường hợp khách hàng muốn ngừng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm, cần uống ARV tiếp tục 28 ngày sau lần phơi nhiễm cuối cùng.

Dự phòng trước phơi nhiễm có thể ngừng trong các trường hợp sau:

- Cá nhân thay đổi hành vi, không còn nguy cơ nhiễm HIV ;
- Nhiễm HIV trong quá trình điều trị dự phòng, khách hàng cần được kết nối chăm sóc và điều trị HIV;

- Tác dụng phụ kéo dài (suy thận) điều trị không khỏi, ảnh hưởng đến sức khỏe.

Những việc cần làm khi ngừng dự phòng trước phơi nhiễm:

- Xét nghiệm kháng thể kháng HIV
- Tìm hiểu nguyên nhân ngừng sử dụng
- Đánh giá hành vi nguy cơ của khách hàng
- Ghi chép đầy đủ các thông tin trên vào bệnh án ngoại trú.

CHƯƠNG III

DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ MỘT SỐ BỆNH PHỔI HỢP THƯỜNG GẶP

1. Điều trị dự phòng

1.1. Điều trị dự phòng một số bệnh NTCH

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

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

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

Lưu ý:

1. Trong trường hợp bắt đầu điều trị ARV, người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 1 hoặc 2 mà chưa xét nghiệm được CD4 thì vẫn tiến hành điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole.
2. Ngừng ngay co-trimoxazole nếu người bệnh có hội chứng Stevens-Johnson, dị ứng thuốc mức độ 3 - 4, bệnh gan nặng, thiếu máu nặng, giảm nặng các dòng tế bào máu.

1.2. Dự phòng lao

Các cơ sở điều trị HIV cần triển khai đồng bộ 3 chiến lược gồm phát hiện tích cực bệnh lao, điều trị dự phòng lao bằng isoniazid và kiểm soát nhiễm khuẩn lao tại các cơ sở y tế.

Điều trị sớm ARV cho những người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị sẽ làm giảm tỷ lệ mắc lao cũng như tỷ lệ tử vong do lao.

1.2.1. Sàng lọc và chẩn đoán tích cực để loại trừ bệnh lao

Người nhiễm HIV cần được sàng lọc lao theo sơ đồ 3 và sơ đồ 4 dưới đây trong tất cả các lần tái khám.

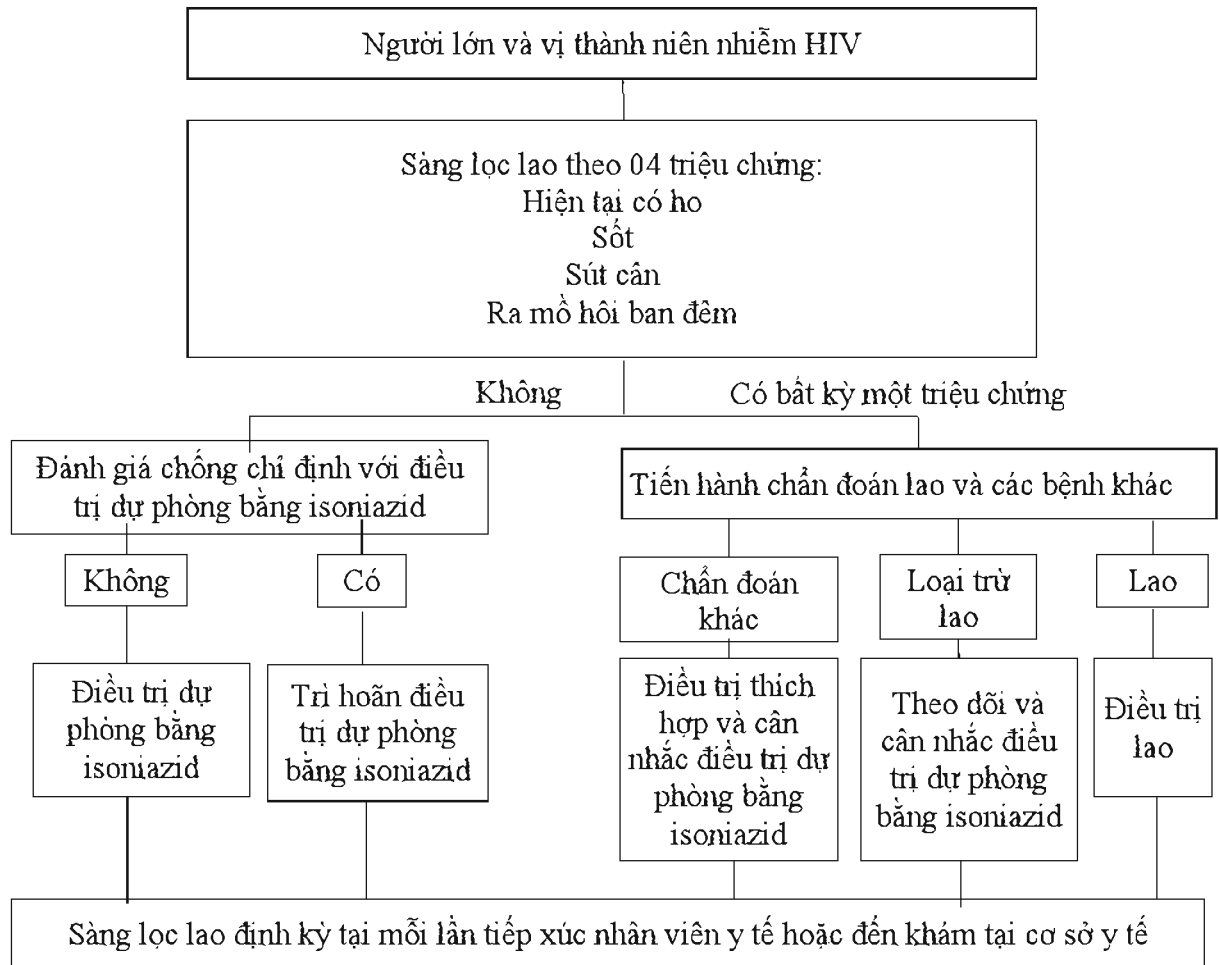
Các dấu hiệu nghi ngờ mắc lao trên người nhiễm HIV:

Người lớn và vị thành niên nhiễm HIV nghi mắc lao khi có bất kỳ một trong các triệu chứng ho, sốt, sụt cân hoặc ra mồ hôi ban đêm.

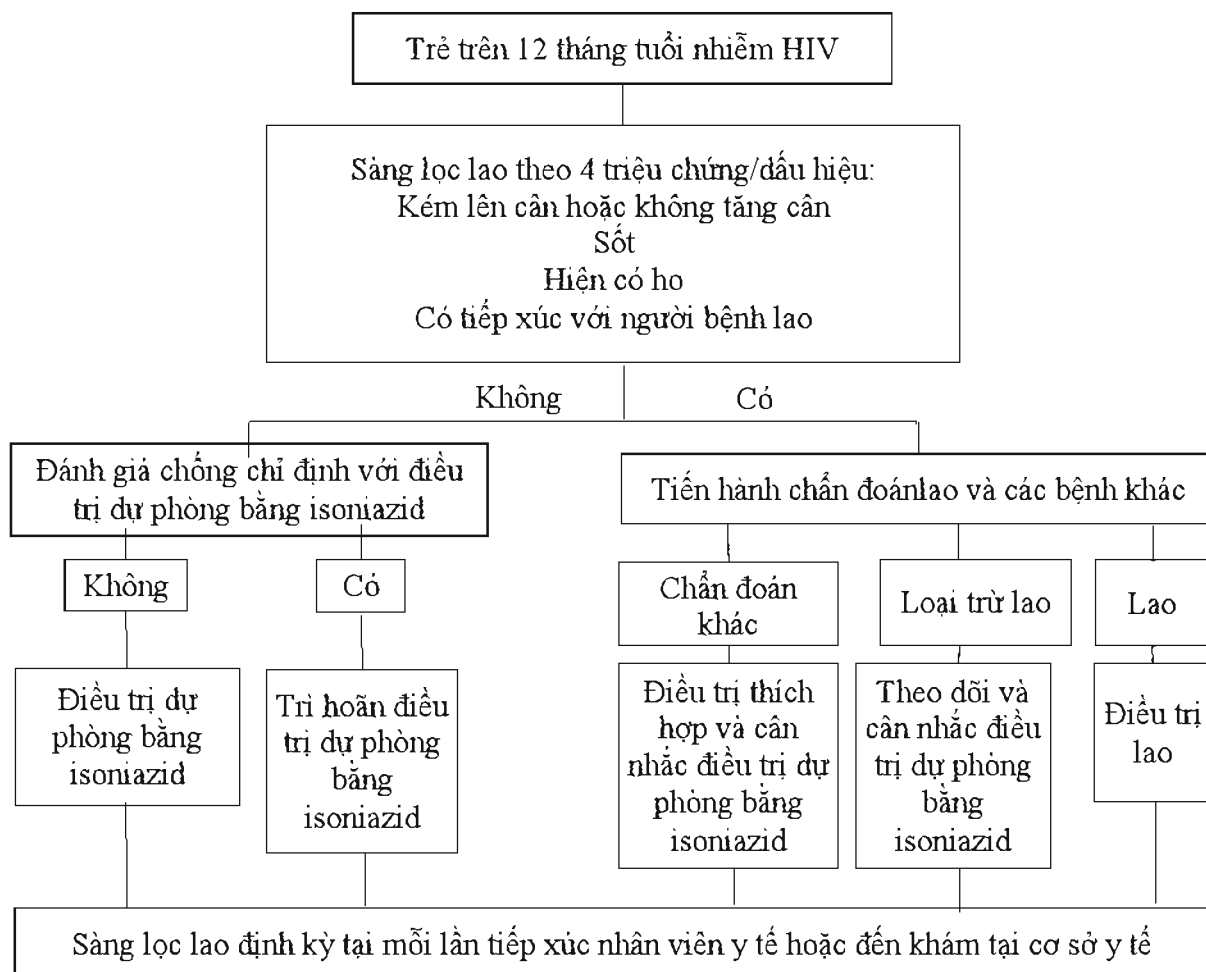
Trẻ nhiễm HIV có bất kỳ một trong các triệu chứng:

- Trọng lượng cơ thể (hay cân nặng): không lên cân; thiếu cân so với độ tuổi; sụt cân (từ >5%) so với lần kiểm tra gần đây nhất hoặc đường cong tăng trưởng đi ngang;
- Sốt;
- Hiện tại có ho/khò khè;
- Có tiếp xúc với người bệnh lao.
- Trẻ có tiền sử tiếp xúc với người bệnh lao đã kháng thuốc cần được theo dõi chặt chẽ các triệu chứng của bệnh lao trong vòng ít nhất 2 năm, có thể chưa cần điều trị dự phòng lao.

Sơ đồ 3: Sàng lọc lao ở người lớn và vị thành niên nhiễm HIV



Sơ đồ 4: Sàng lọc lao ở trẻ trên 12 tháng tuổi có nhiễm HIV



Các trường hợp nghi mắc lao cần được chẩn đoán phân biệt với các bệnh NTCH khác và tiến hành các biện pháp chẩn đoán mắc lao như: chụp X-quang phổi, xét nghiệm AFB đờm và các xét nghiệm cần thiết khác (genXpert, AFB hạch hoặc nuôi cấy vi khuẩn lao nếu có thể).

Đối với trẻ nhiễm HIV cần:

- Xét nghiệm đờm để chẩn đoán bệnh lao từ mẫu đờm bằng hút dịch dạ dày và kích thích tiết đờm nếu có thể. Không làm được XN đờm, chẩn đoán lao có thể dựa vào ba yếu tố: tiền sử tiếp xúc với nguồn lây, các dấu hiệu lâm sàng nghi lao và tổn thương nghi lao trên phim X-quang.
- Theo dõi, chẩn đoán phân biệt bệnh do BCG: Bệnh BCG lan toả hay gặp ở trẻ nhiễm HIV dưới 1 tuổi có tiêm phòng vắc xin BCG: Áp xe ở vị trí tiêm, sưng hạch ở cùng phía nơi tiêm, hoặc lan toả hai bên sau khi tiêm BCG. Chọc hạch làm xét nghiệm giải phẫu bệnh, nuôi cấy nếu có thể được.

Chẩn đoán và điều trị bệnh lao ở người nhiễm HIV thực hiện theo các quy định tại Quyết định số 4263/QĐ-BYT ngày 13/10/2015 về việc ban hành Hướng dẫn, chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao.

Người nhiễm HIV mắc bệnh lao cần được đăng ký và điều trị lao sớm ngay sau khi có chẩn đoán lao.

1.2.2. Điều trị dự phòng lao bằng isoniazid (INH)

a. Chỉ định

Người lớn và trẻ vị thành niên nhiễm HIV đã được loại trừ mắc lao tiến triển không phụ thuộc vào tình trạng miễn dịch, người bệnh đang điều trị ARV, tình trạng thai nghén và người bệnh đã từng được điều trị lao trước đó.

Trẻ em nhiễm HIV:

- Trẻ > 12 tháng tuổi: chỉ định isoniazid cho trẻ đã loại trừ mắc lao tiến triển dựa vào sàng lọc lâm sàng và không tiếp xúc với người mắc lao (Sơ đồ 4). Đối với trẻ có tiếp xúc với người mắc lao, chỉ định isoniazid khi đã khám và xét nghiệm loại trừ lao tiến triển.

- Trẻ ≤ 12 tháng tuổi: chỉ định isoniazid cho tất cả các trẻ có tiếp xúc với người bệnh mắc lao và đã được loại trừ mắc lao tiến triển.

Tất cả người mắc lao sau khi kết thúc điều trị lao thành công cần tiếp tục điều trị dự phòng lao bằng isoniazid ngay sau đó.

b. Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối: người bệnh có tiền sử dị ứng với INH (người bệnh đã từng bị sốt, phát ban hoặc viêm gan do điều trị bằng INH trước đây).

Trì hoãn điều trị dự phòng INH cho các trường hợp sau:

- Viêm gan tiến triển, xơ gan, nghiện rượu nặng: người bệnh có các triệu chứng lâm sàng của viêm gan (mệt mỏi, biếng ăn, nước tiểu sẫm màu, đau bụng, nôn, buồn nôn, vàng da) và/hoặc có tăng men gan (ALT > 5 lần chỉ số bình thường). Trì hoãn điều trị dự phòng lao bằng INH cho đến khi men gan trở về bình thường hoặc < 5 lần giới hạn bình thường.

- Rối loạn thần kinh ngoại biên: người bệnh có cảm giác kim châm, tê bì, yếu chi hoặc có cảm giác đau bỏng rát ở các chi. Trì hoãn điều trị dự phòng INH cho đến khi người bệnh được điều trị ổn định.

c. Liều lượng, cách dùng

Liều lượng INH:

- Người lớn: 300mg/ngày

- Trẻ em: 10mg/kg/ngày, tối đa 300 mg/ngày (xem phụ lục 9)

Cách dùng: uống 1 lần/ngày vào thời gian nhất định trong ngày và xa bữa ăn, tốt nhất là uống lúc đói.

Thời gian điều trị: 9 tháng đối với người lớn và 6 tháng đối với trẻ em.

d. Xử trí với trường hợp người bệnh quên uống thuốc

Nếu người bệnh quên uống dưới 50% tổng số liều, tiếp tục điều trị cho tới khi đủ 270 liều;

Nếu người bệnh quên uống trên 50% tổng số liều hoặc bỏ thuốc liên tục trên 2 tháng, điều trị lại từ đầu.

e. Theo dõi trong quá trình điều trị dự phòng lao

Theo dõi các tác dụng không mong muốn:

Cán bộ y tế cần giải thích lý do cần dự phòng lao và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hoàn thành điều trị dự phòng lao, thường xuyên theo dõi lâm sàng người nhiễm HIV được điều trị dự phòng lao trong những lần tái khám định kỳ. Người bệnh cần liên hệ ngay với cán bộ y tế khi có các triệu chứng như buồn nôn, nôn, đau bụng, mệt mỏi kéo dài, nước tiểu sẫm màu, phân nhạt màu hay vàng da/niêm mạc.

Cần làm các xét nghiệm ban đầu như AST, ALT, bilirubin máu cho người nhiễm HIV có các yếu tố nguy cơ như tiền sử bệnh về gan, thường xuyên uống rượu, đang bị bệnh gan mãn tính, trên 35 tuổi và phụ nữ mang thai hoặc vừa sinh xong (trong vòng 3 tháng). Nếu kết quả xét nghiệm bất thường, cần làm lại định kỳ để theo dõi.

Theo dõi tuân thủ và hoàn thành điều trị dự phòng lao:

- Tư vấn, động viên người nhiễm HIV và người chăm sóc (đối với trẻ em) đảm bảo tuân thủ và hoàn thành liệu trình điều trị dự phòng lao.
- Thông tin về điều trị dự phòng lao cần được ghi chép và báo cáo đầy đủ.

1.2.3. Kiểm soát lây nhiễm lao tại cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS

5 bước quản lý dự phòng mắc lao tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS:

Sàng lọc lao: Nhận biết sớm người bệnh nghi lao. Người bệnh ho kéo dài trên 2 tuần hoặc đang được chẩn đoán hoặc điều trị lao cần được ưu tiên khám hoặc nhận dịch vụ ngay mà không phải xếp hàng cùng với những người bệnh khác.

Giáo dục: Chỉ dẫn người bệnh có ho về vệ sinh ho: cách che miệng và mũi khi ho hoặc hắt hơi, và nếu có thể thì cung cấp khẩu trang hoặc khăn giấy để giúp họ che miệng.

Cách ly: Người bệnh nghi mắc lao hoặc bị bệnh lao cần được cách ly khỏi những người bệnh khác và yêu cầu đợi ở khu chờ thông thoáng riêng biệt, cấp phát cho họ khẩu trang phẫu thuật hoặc khăn giấy để che miệng và mũi trong khi chờ đợi.

Cung cấp dịch vụ HIV: Ưu tiên người bệnh có triệu chứng nghi lao, đáp ứng ngay những dịch vụ mà họ cần (ví dụ tư vấn xét nghiệm HIV, lĩnh thuốc...), để làm giảm thời gian những người khác tiếp xúc với các người bệnh này. Tại các cơ sở cung cấp dịch vụ lồng ghép, nếu có thể, cần ưu tiên đáp ứng những dịch vụ HIV trước khi khám chẩn đoán, phát hiện bệnh lao.

Chẩn đoán lao: Chẩn đoán lao cần được tiến hành tại cơ sở thực hiện được xét nghiệm chẩn đoán mắc lao. Nếu cơ sở điều trị HIV không thực hiện được xét nghiệm này hoặc không thực hiện được điều trị lao cần chuyển người bệnh có triệu chứng nghi lao hoặc đã được chẩn đoán lao tới cơ sở chuyên khoa lao để chẩn đoán và điều trị.

1.3. Dự phòng nấm *Cryptococcus*

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

1.3.1. Sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus*

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

1.3.2. Điều trị dự phòng nấm *Cryptococcus*

a. Chỉ định

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

b. Phác đồ điều trị

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

Giai đoạn củng cố: fluconazole 400 - 450 mg/ngày (hoặc 6 mg/kg/ngày và không quá 450 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi) trong 8 tuần.

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

Ngừng điều trị duy trì khi người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và có số CD4 > 200 tế bào/mm³ trên 6 tháng hoặc CD4 > 100 tế bào/mm³ trên 6 tháng và tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế. Không ngừng điều trị duy trì cho trẻ em dưới 2 tuổi.

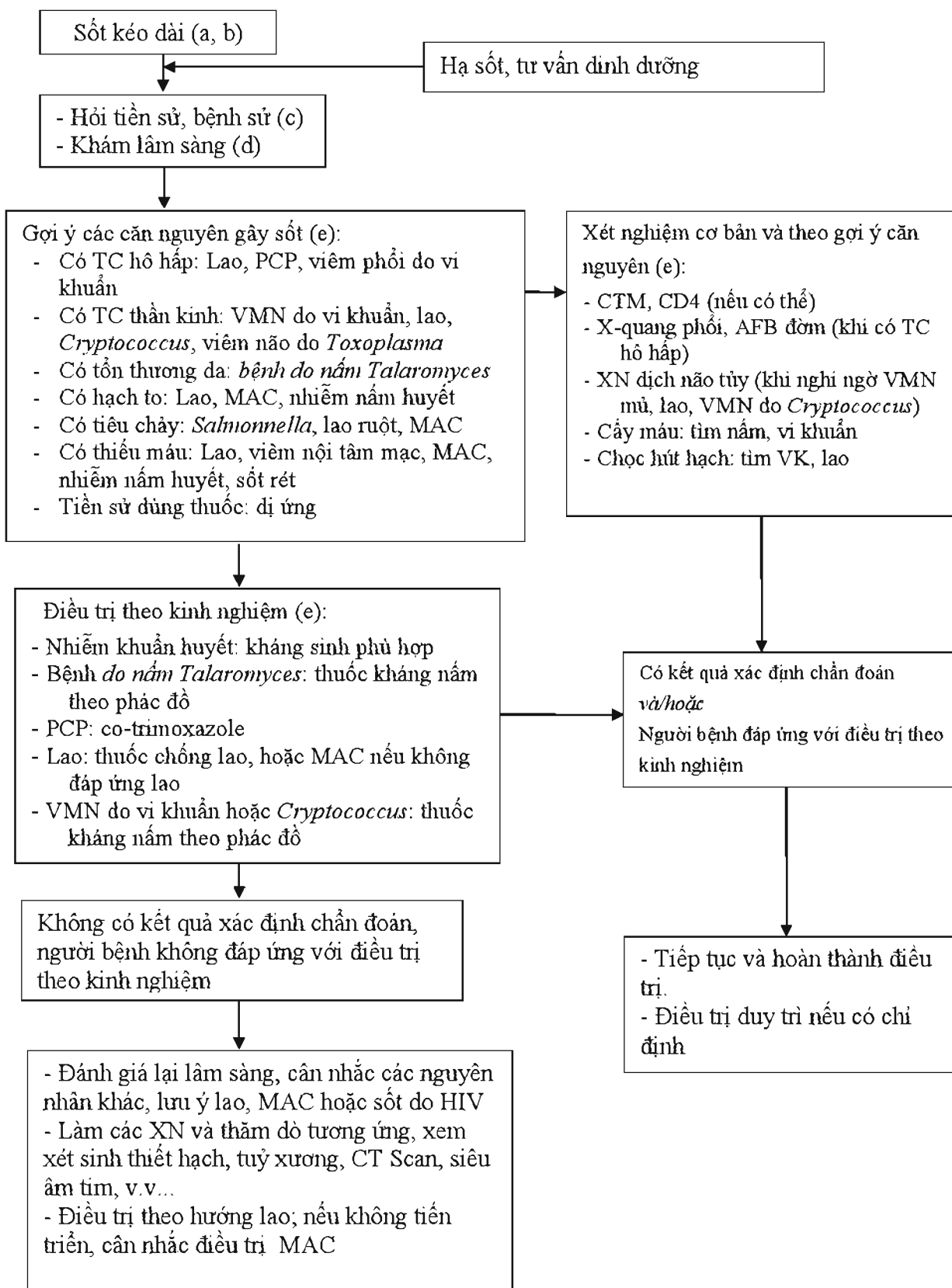
1.3.3. Thời điểm điều trị ARV cho người bệnh có kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) không triệu chứng

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

2. Tiếp cận một số hội chứng lâm sàng thường gặp ở người nhiễm HIV

2.1. Ở người lớn

2.1.1. Sốt kéo dài



Hướng dẫn:

(a) Định nghĩa: Sốt kéo dài được xác định khi nhiệt độ trên 38°C và kéo dài trên 14 ngày mà chưa xác định được nguyên nhân.

(b) Các căn nguyên thường gặp gây sốt kéo dài

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

Bệnh ác tính liên quan tới HIV: u lympho.

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

Sốt do HIV, sốt rét.

(c) Hỏi tiền sử, bệnh sử:

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

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

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

Tiền sử dị ứng thuốc và các bệnh lý khác.

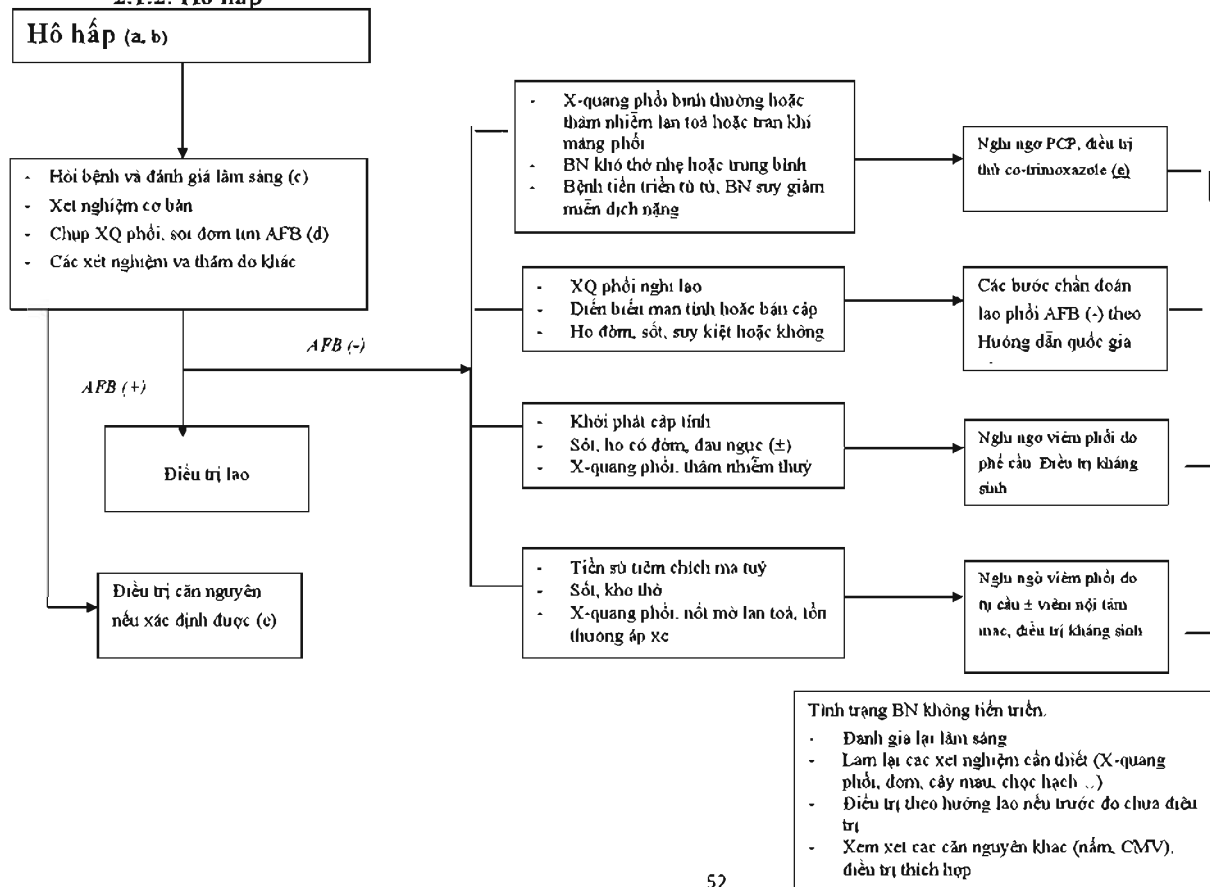
Tiền sử tiêm chích ma túy (nhiễm trùng huyết do tụ cầu vàng), quan hệ tình dục không an toàn (lậu, giang mai, các bệnh lây qua đường tình dục khác).

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

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

(e) Xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

2.1.2. Hô hấp



Hướng dẫn:

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

(b) **Nguyên nhân:**

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

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

(c) **Những điểm cần lưu ý khi hỏi bệnh và khám bệnh:**

Hỏi bệnh:	Lâm sàng:
<ul style="list-style-type: none">- Khởi phát cấp tính, bán cấp- Tình trạng khó thở liên quan đến gắng sức- Tính chất đờm- Dấu hiệu đi kèm: sốt, đau ngực...- Tiền sử tiêm chích ma túy- Tiền sử lao của bản thân và trong gia đình	<ul style="list-style-type: none">- Tình trạng suy hô hấp: khó thở, tím tái- Các biểu hiện toàn thân: sốt, sụt cân, phát ban, sung hạch, v.v...- Khám hô hấp: rale, rung thanh...- Dấu hiệu khác biểu hiện suy giảm miễn dịch: nấm họng, suy kiệt...

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

Xét nghiệm cơ bản, tế bào CD4.

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

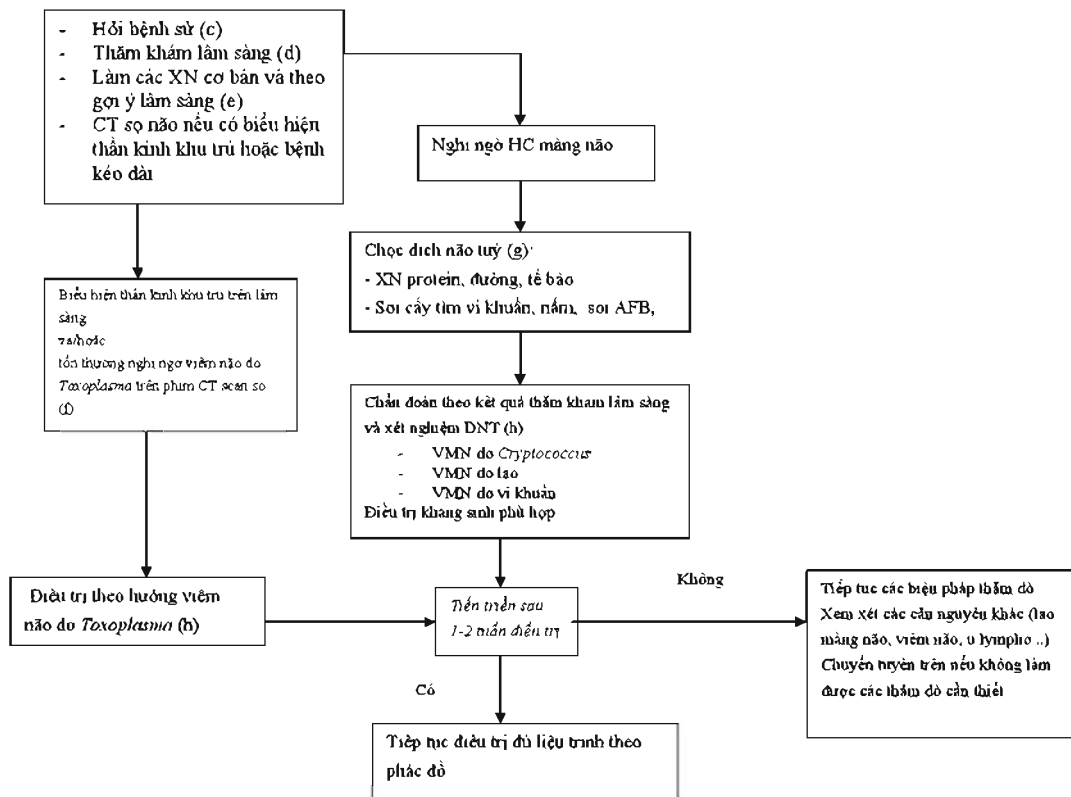
Cấy máu nếu người bệnh có sốt.

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

Nếu có điều kiện: chụp cắt lớp lồng ngực.

(e) Xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp.

2.1.3. Thần kinh (a, b)



Hướng dẫn:

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

(b) **Nguyên nhân:**

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

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

Nguyên nhân do thuốc: EFV...

(c) **Hỏi bệnh sử:**

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

Tiền sử lao của bản thân và gia đình.

(d) **Thăm khám lâm sàng:**

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

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

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

Cấy máu nếu có sốt.

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

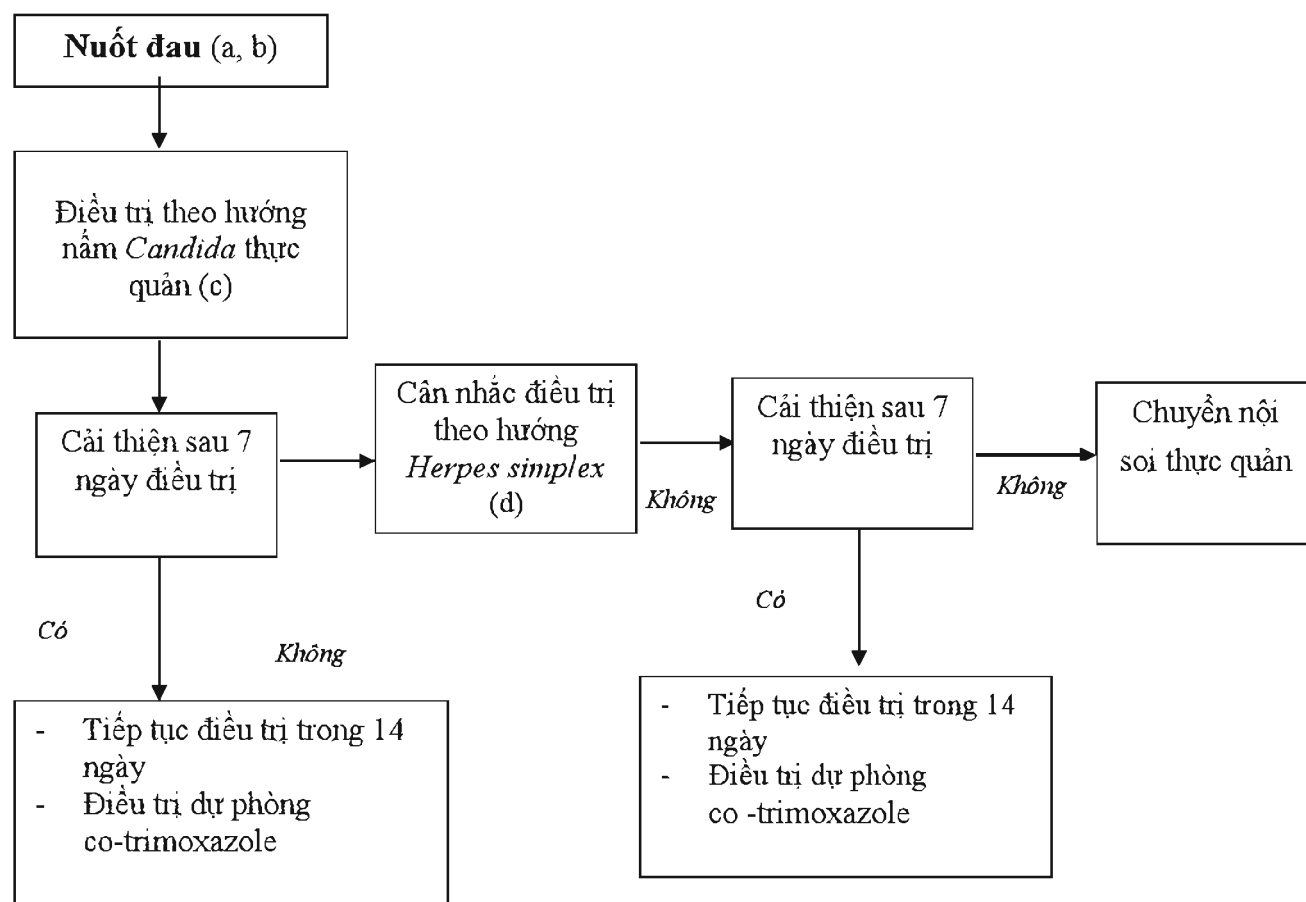
(f) Hình ảnh viêm não do *Toxoplasma* điển hình: tổn thương hình vòng nhẫn.

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

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

h) Điều trị viêm não do *Toxoplasma* (xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp).

2.1.4. Nuốt đau



Hướng dẫn:

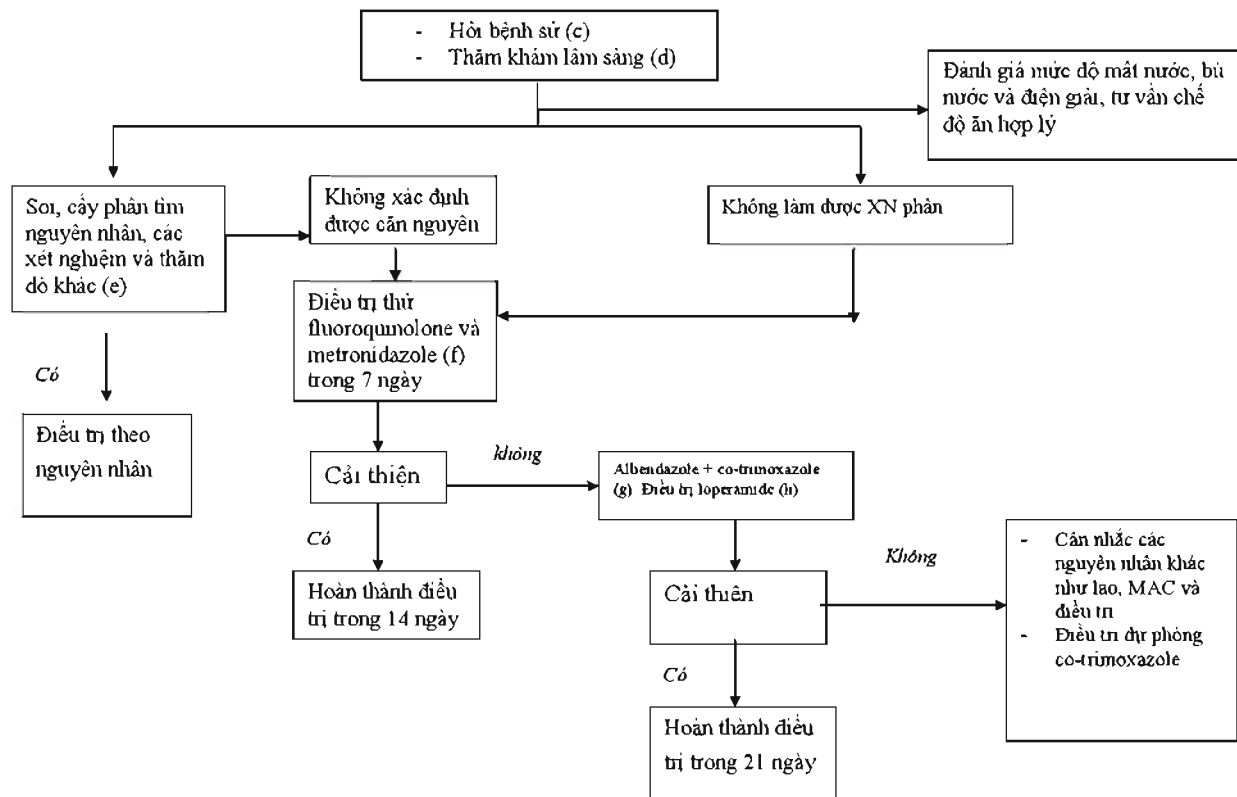
(a) Định nghĩa: Nuốt đau là cảm giác đau ở họng và đau sau xương ức khi người bệnh nuốt thức ăn, có thể đi kèm với cảm giác khó nuốt, thường là triệu chứng của viêm thực quản.

(b) Các nguyên nhân gây nuốt đau ở người nhiễm HIV:

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

(c) Điều trị viêm thực quản do *Candida*, *Herpes simplex* (xem mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp).

2.1.5. Tiêu chảy mạn tính (a, b)



Hướng dẫn:

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

(b) Các căn nguyên gây tiêu chảy:

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

(c) Hỏi bệnh sử:

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

(d) Thăm khám lâm sàng:

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

(e) Các xét nghiệm và thăm dò:

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

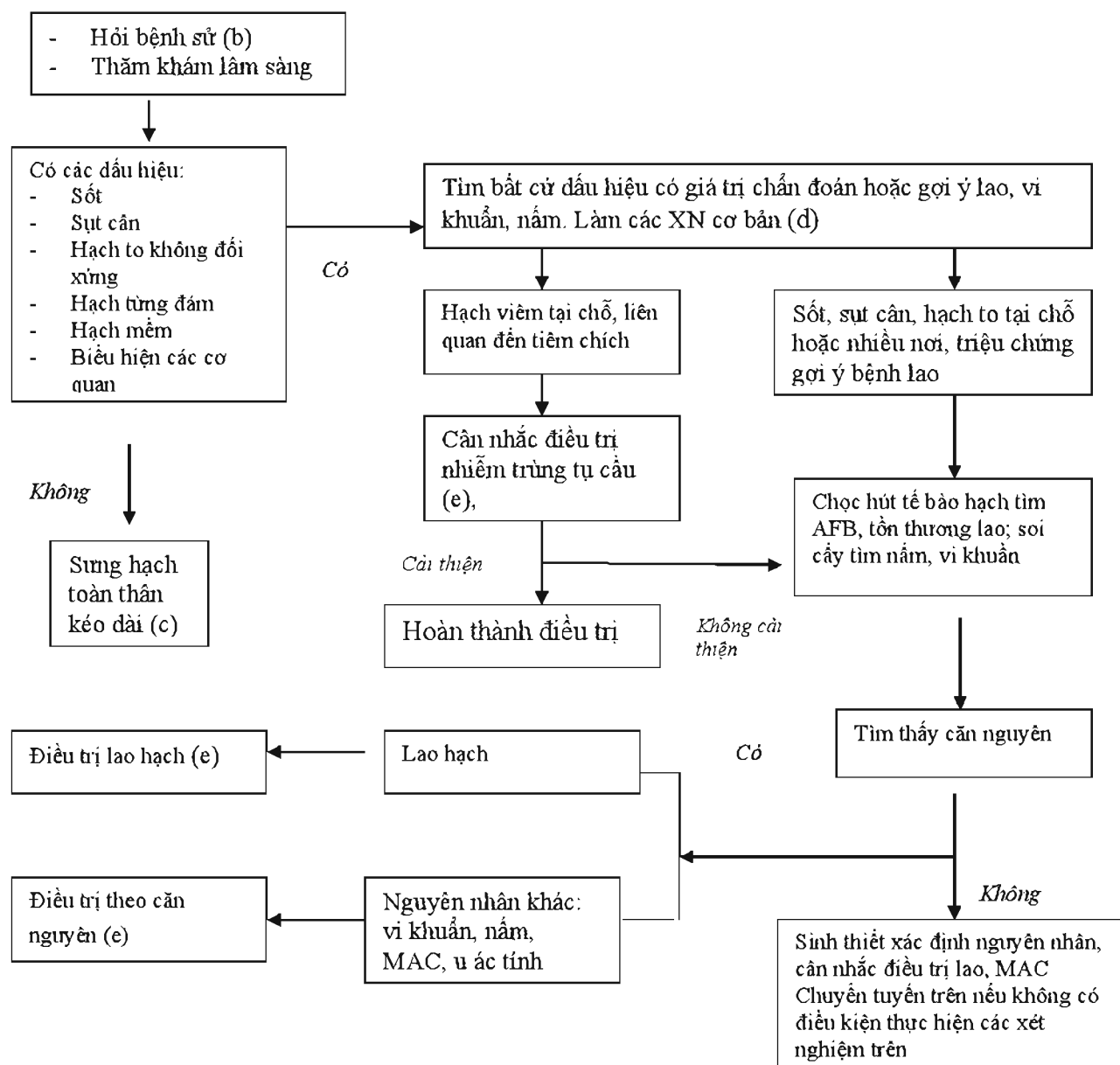
(f) Fluoroquinolone uống (ciprofloxacin 500mg, 2 lần/ngày hoặc ofloxacin 200mg, 2 lần/ngày) + metronidazole uống 500 mg 2lần/ ngày. Có tác dụng với

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

(g) Albendazole 200 mg 2- 4 lần/ngày + co-trimoxazole 960 mg 1-2 lần/ngày. Có tác dụng với *Isospora*, *Microsporidia*, giun lươn.

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

2.1.6. Hạch to (a)



Hướng dẫn:

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

- Nguyên nhân nhiễm trùng: lao, nấm *T. marneffei*, *Cryptococcus*, tụ cầu, có thể do *MAC*, *Nocardia*, giang mai, *Histoplasma*, *Leishmania*.
- Nguyên nhân ác tính: u lympho, Sarcoma Kaposi.
- Do HIV (gây sưng hạch toàn thân kéo dài ở người bệnh nhiễm HIV không triệu chứng).

(b) Hỏi bệnh sử:

- Thời gian bị hạch to, các triệu chứng kèm theo: sốt, đau vùng hạch sưng, phát ban, ho...
- Tiền sử mắc và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội (bệnh do nấm *T. marneffei*, lao, v.v..) và các bệnh khác.

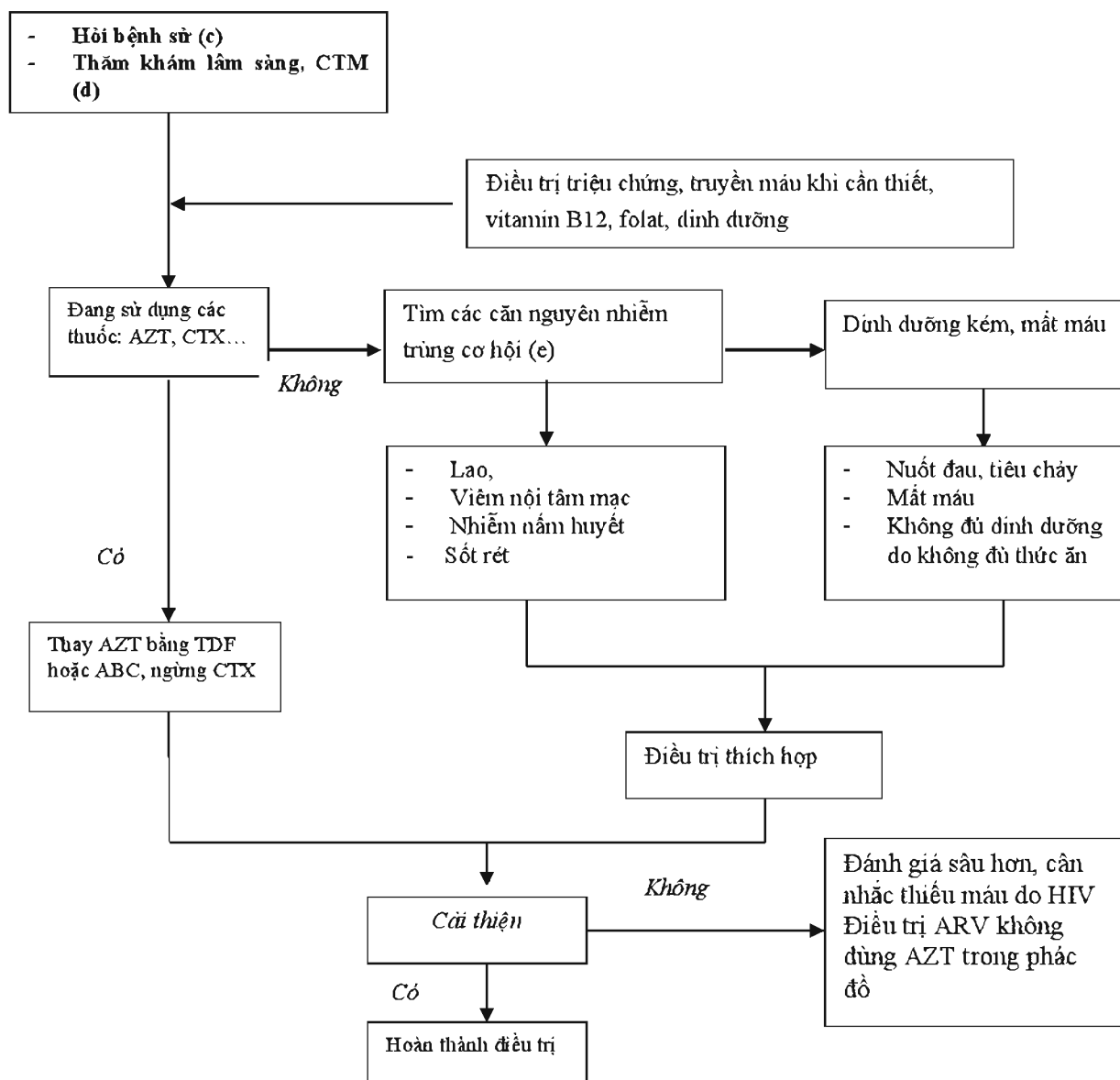
(c) Thăm khám: Đánh giá toàn trạng, phát hiện các triệu chứng toàn thân: sốt, suy kiệt, nám hồng, phát ban, thiếu máu...

- Thăm khám hạch, đánh giá kích thước và tính chất hạch.
- Phát hiện các biểu hiện bệnh ở các cơ quan khác, hạch to ổ bụng, gan lách to.

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

(e) Xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

2.1.7. Thiếu máu (a, b)



Hướng dẫn:

(a) Định nghĩa:

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

(b) Nguyên nhân:

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

Thiếu dinh dưỡng, nuốt khó, tiêu chảy mạn tính.

Do thuốc: AZT, CTX...

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

Bệnh ác tính, do bản thân HIV.

(c) Hỏi bệnh sử:

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

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

Tiền sử bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

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

Tiền sử tiêm chích ma túy, đi đến vùng sốt rét.

Tiền sử bị mất máu, chế độ dinh dưỡng.

(d) Thăm khám lâm sàng

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

(e) Xét nghiệm cần làm:

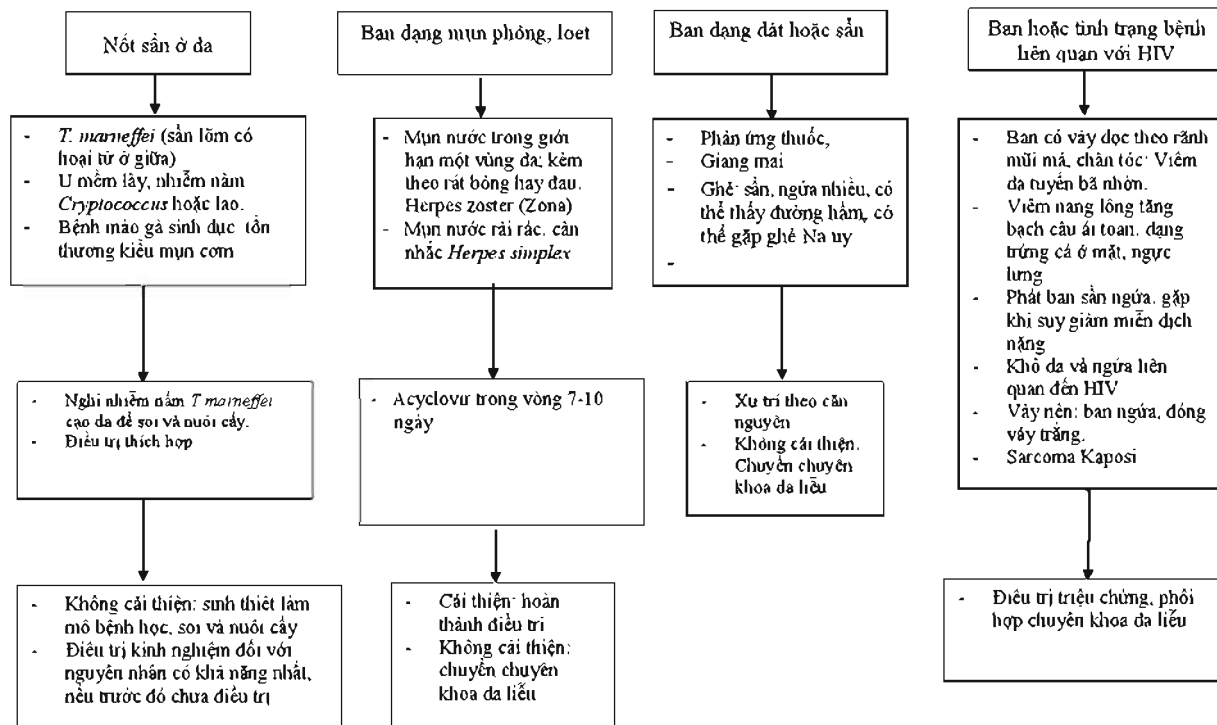
CTM: Hb, các dòng tế bào máu khác; thể tích trung bình hồng cầu (MCV) (thiếu máu hồng cầu lớn: gợi ý thiếu vitamin B12, do co-trimoxazole, AZT; thiếu máu hồng cầu nhỏ: gợi ý các bệnh NTCH, mất máu)

XN tìm ký sinh trùng sốt rét

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

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

2.1.8. Tổn thương da và niêm mạc



Hướng dẫn:

(a) Các căn nguyên gây tổn thương da và niêm mạc:

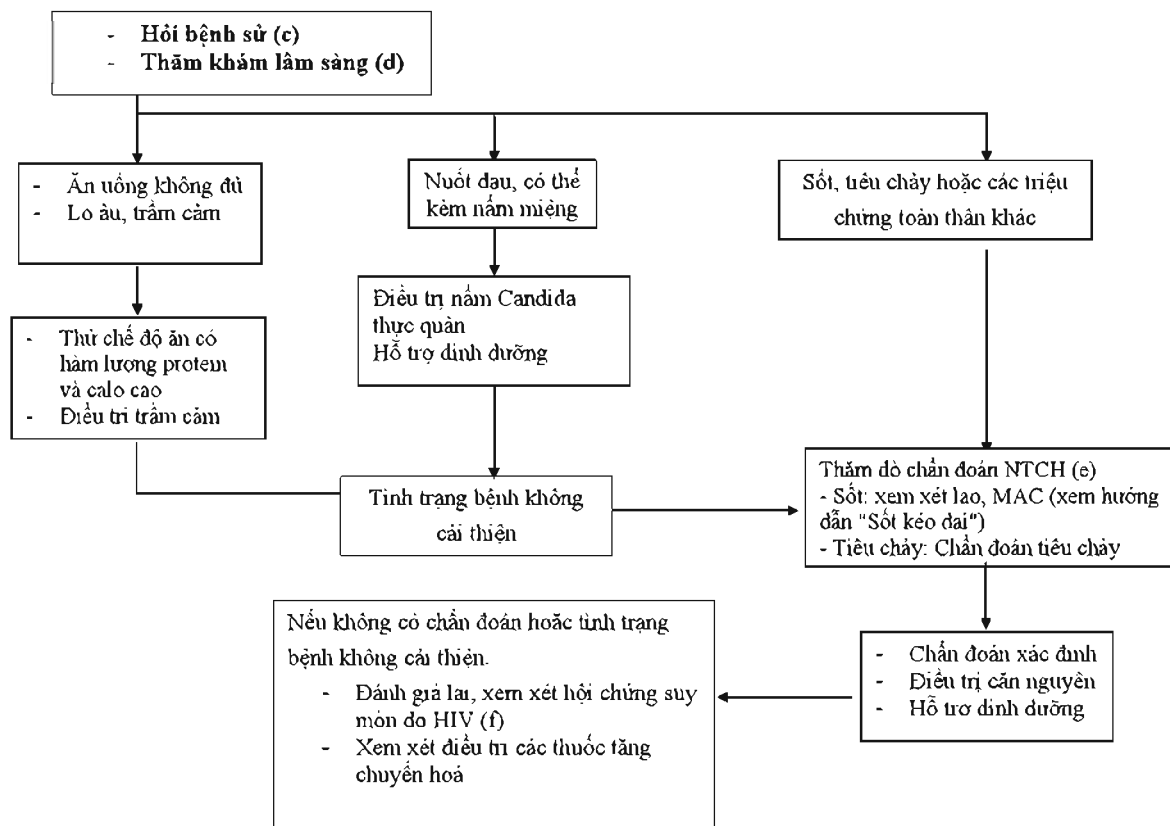
- Nhiễm khuẩn: viêm nang nông, mụn nhọt do cầu khuẩn, viêm mô mềm, tổn thương da do lao
- Nhiễm vi rút: *Herpes simplex*, *Herpes zoster* (zona), u mềm lây (*Poxvirus*), vi rút gây u nhú ở người (HPV), bạch sản dạng lông (virus *Epstein-Barr*)
- Nhiễm nấm: *Candida*, *T. marneffeii*, các loại nấm da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

(b) Những điểm lưu ý khi hỏi và khám người bệnh có tổn thương da:

Hỏi bệnh:	Lâm sàng:
<ul style="list-style-type: none">- Thời gian bị bệnh ?- Tổn thương bắt đầu mọc từ đâu?- Có ngứa hay không có ngứa?- Có tiền sử bệnh dị ứng như: hen, dị ứng thời tiết hay không?- Các thuốc đang uống là những thuốc gì? Thời gian dùng thuốc được bao lâu?- Các triệu chứng kèm theo như sốt ...	<ul style="list-style-type: none">- Dạng tổn thương: Nốt sẩn có hoại tử ở trung tâm, ban mụn phỏng, loét, ban dạng dát...- Sự phân bố của các tổn thương da- Đánh giá tiến triển lan rộng của tổn thương- Dấu hiệu khác biểu hiện suy giảm miễn dịch: nấm họng, suy kiệt- Các biểu hiện đi kèm: sốt, gan lách to, biểu hiện thần kinh...

(c) Chẩn đoán và điều trị theo căn nguyên (xem mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp)

2.1.9. Suy mòn (a, b)



Hướng dẫn:

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

(b) Nguyên nhân:

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

Thiếu dinh dưỡng do không có đủ thức ăn.

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

Bệnh lý tâm thần: lo âu, trầm cảm.

(c) Hỏi bệnh sử:

Thời gian bị gầy sút, mức độ sút cân

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

Tiền sử bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Chế độ dinh dưỡng.

Các biểu hiện lo âu, trầm cảm.

(d) Khám lâm sàng:

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

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

(e) Xét nghiệm cần làm:

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

Cấy máu nếu nghi nhiễm trùng huyết hoặc nhiễm nấm huyết.

Soi phân tìm ký sinh đơn bào.

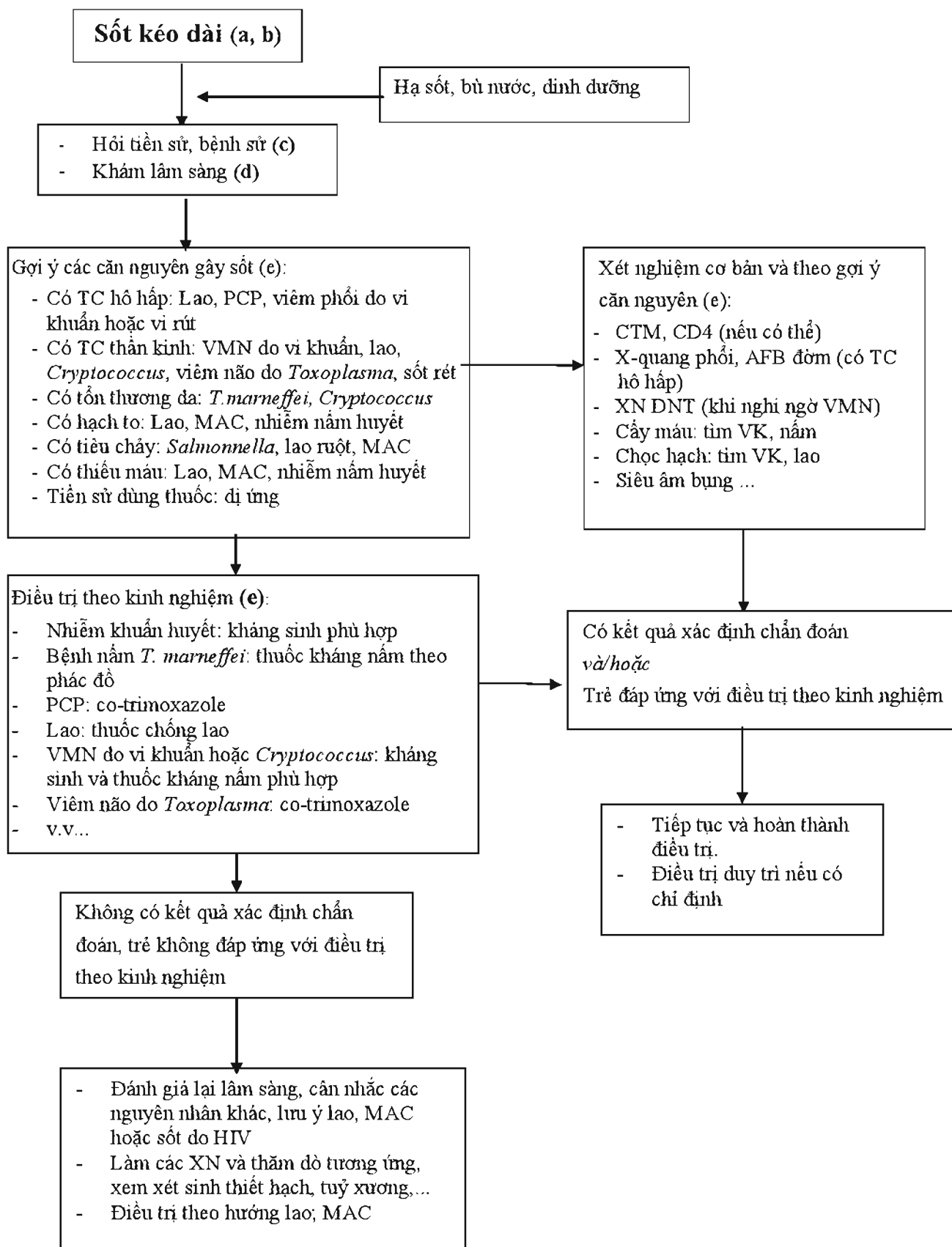
(f) Hội chứng suy mòn do HIV:

Sút trên 10% trọng lượng cơ thể.

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

2.2. Ở trẻ em

2.2.1. Sốt kéo dài



Hướng dẫn:

(a) Định nghĩa: Sốt kéo dài được xác định khi nhiệt độ trên 38^o5C, kéo dài trên 14 ngày mà chưa xác định được nguyên nhân.

(b) Các căn nguyên thường gặp gây sốt kéo dài:

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

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

Bệnh ác tính liên quan với HIV: u lympho.

Sốt do HIV gây nên, sốt rét.

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

(c) Hỏi tiền sử, bệnh sử:

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

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

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

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

Tiền sử dị ứng thuốc và các bệnh lý khác

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

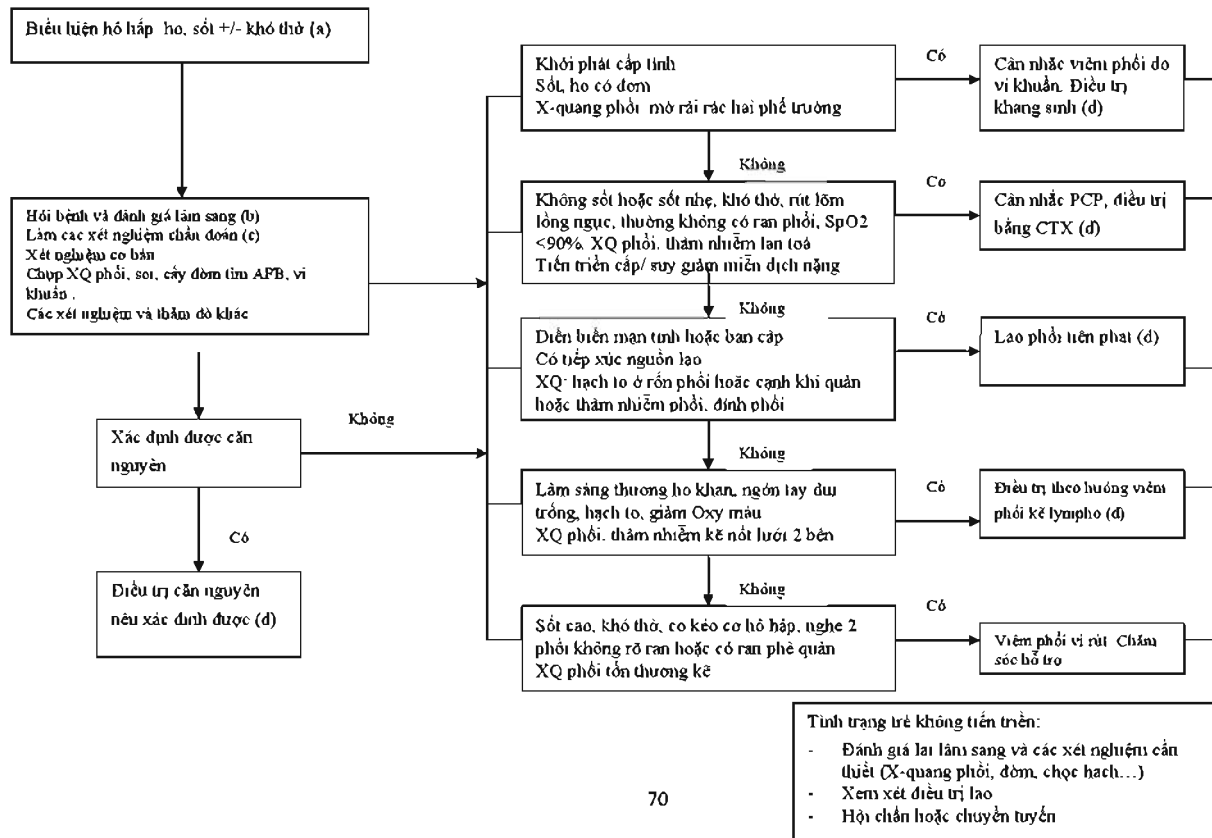
(d) Khám lâm sàng:

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

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

(e) Tìm các căn nguyên gây nhiễm trùng cơ hội (xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp).

2.2.2. Hô hấp



Hướng dẫn:

(a) Nguyên nhân:

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

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

(b) Những điểm lưu ý khi hỏi và khám bệnh:

Hỏi bệnh:

- Khởi phát cấp tính, bán cấp
- Ho khan hay ho có đờm
- Dấu hiệu đi kèm: sốt, sút cân, ra mồ hôi trộm ...
- Tiền sử lao của bản thân và trong gia đình

Lâm sàng:

- Tình trạng suy hô hấp: khó thở, tím tái
- Các biểu hiện toàn thân: sốt, sụt cân, phát ban, sung hạch, ngón tay dùi trống...
- Dấu hiệu khác: phát triển tinh thần, thể chất, biểu hiện suy giảm miễn dịch (nấm hột, suy kiệt...).

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

Xét nghiệm cơ bản, tế bào CD4.

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

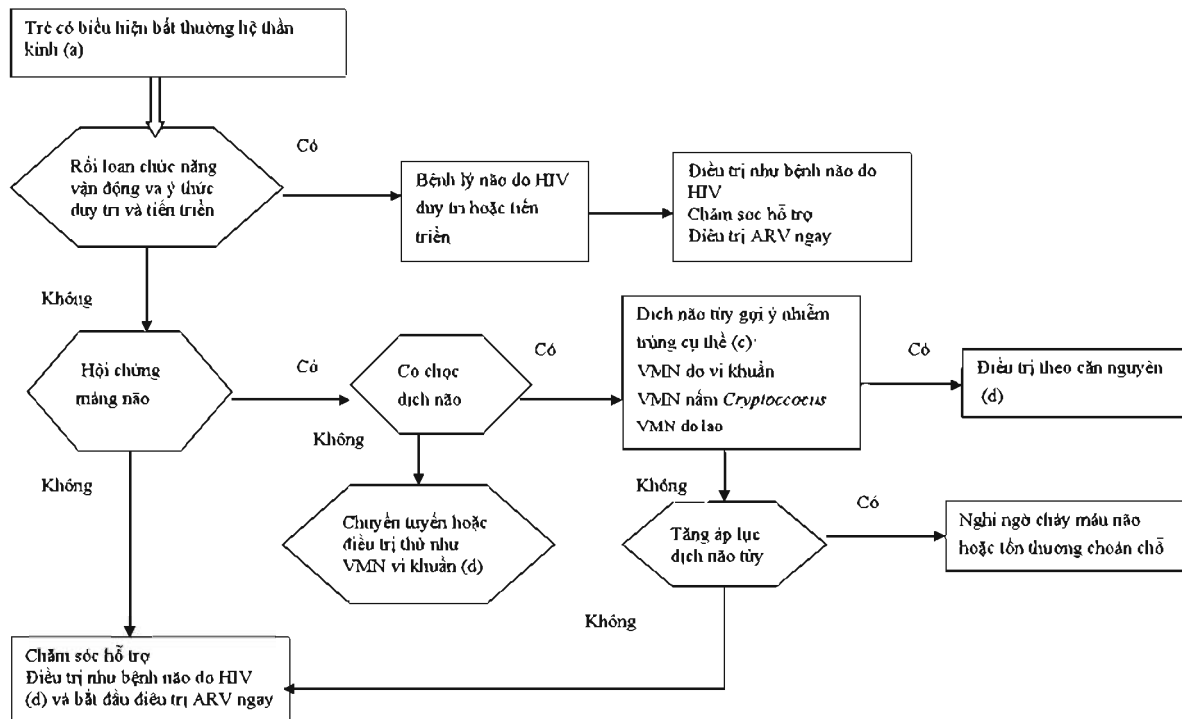
Cấy máu nếu trẻ có sốt.

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

Nếu có điều kiện: chụp cắt lớp phổi.

(d) Điều trị: Xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp.

2.2.2. Thần kinh



Hướng dẫn:

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

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

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

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

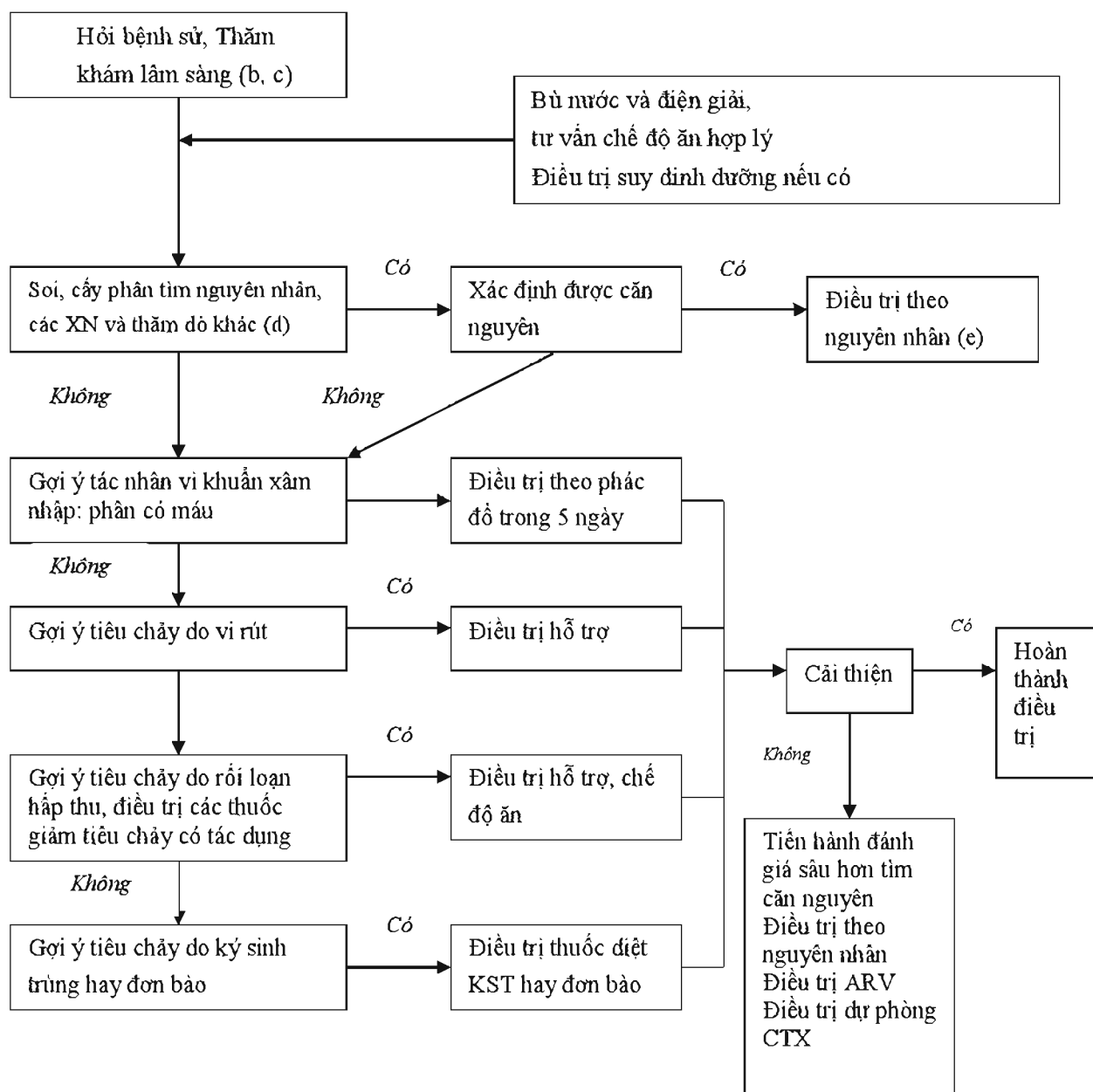
Nhiễm trùng cấp tính: khởi phát cấp với biểu hiện co giật, liệt khu trú và có hội chứng màng não, ví dụ hay gặp do viêm màng não do vi khuẩn, viêm màng não nấm cryptococcus, viêm màng não do lao.

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

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

(d) Căn nguyên và điều trị: xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp.

2.2.4. Tiêu chảy kéo dài (a)



Hướng dẫn:

(a) Định nghĩa: Tiêu chảy kéo dài được xác định khi trẻ đi phân lỏng trên 3 lần một ngày, kéo dài trên 14 ngày.

(b) Hỏi bệnh sử:

Số lần đi ngoài mỗi ngày, tính chất phân.

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

Tiền sử dinh dưỡng của trẻ.

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

(c) Thăm khám lâm sàng:

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

Đánh giá tình trạng phát triển.

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

Thăm khám các cơ quan hô hấp và tuần hoàn.

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

(d) Các xét nghiệm và thăm dò:

Xét nghiệm phân:

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

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

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

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

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

(e) Căn nguyên và điều trị: xem tại mục 3, Chương III: Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp.

2.2.5. Còi cọc và chậm phát triển thể chất

Định nghĩa: Kém phát triển ở mức độ trung bình: trọng lượng 60-80% trọng lượng bình thường tương ứng với tuổi/chiều cao, kém phát triển mức độ nặng: trọng lượng $\leq 60\%$ trọng lượng trung bình tương ứng với tuổi/chiều cao, hoặc 60-80% trọng lượng bình thường và có phù kèm theo

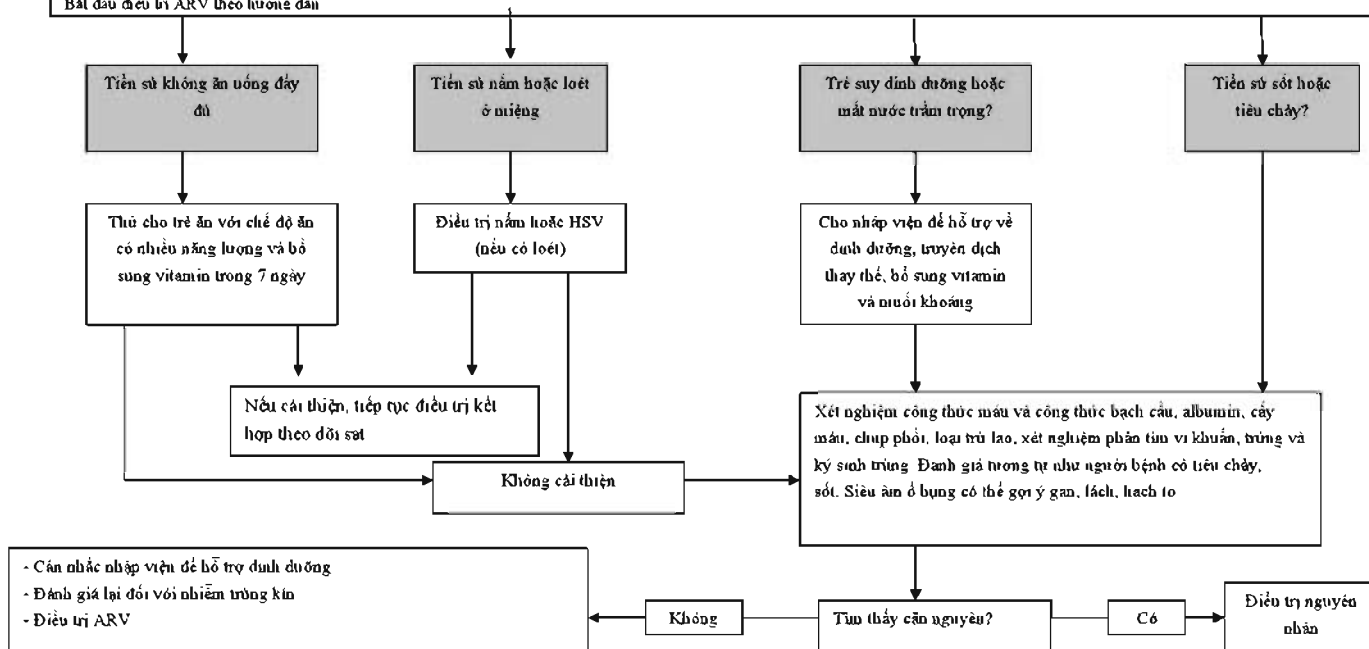
Nguyên nhân lây ghép: nhiễm trùng tái phát hoặc nhiễm trùng kín, nhiễm nấm candida miệng hoặc thực quản, hoặc nhiễm trùng khác tại họng miệng, không có khả năng cung cấp đủ thực phẩm/năng lượng, hấp thu kém và tiêu chảy, nôn, lao hoặc MAC

Bệnh sử: mức độ sụt cân, các triệu chứng của nhiễm trùng kín, tiền sử tiêu chảy hoặc nôn, tiền sử ăn uống của trẻ

Khẩn cấp sàng: Cản nặng và chiều cao, thêm khám toàn diện phát hiện các triệu chứng thực thể của nhiễm trùng kín

Điều trị hỗ trợ ban đầu: bù nước và hỗ trợ dinh dưỡng.

Bắt đầu điều trị ARV theo hướng dẫn



3. Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phổi hợp thường gặp

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

3.1.1. Chẩn đoán

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

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

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

3.1.2 Điều trị

a) Phác đồ ưu tiên

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

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

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

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

c) Trong trường hợp suy hô hấp: khi PaO₂ <70 mm Hg hoặc SpO₂ < 90% khi thở khí phòng, điều trị thêm prednisolon trong vòng 72 giờ từ khi bắt đầu điều trị kháng sinh cho PCP.

Người lớn:

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

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

Trẻ em: prednisone 1 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 0,5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày, tiếp theo 0,5 mg/kg x 1 lần/ngày từ ngày 11 đến ngày 21, dùng điều trị theo tình trạng bệnh.

d) Điều trị duy trì

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

3.2. Bệnh do nấm *Cryptococcus*

3.2.1. Chẩn đoán

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

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

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

3.2.2. Điều trị

Giai đoạn tấn công: sử dụng một trong các phác đồ sau trong 2 tuần:

Amphotericin B 0,7 -1 mg/kg/ngày + flucytosine 100 mg/kg/ngày.

Hoặc: Amphotericin B 0,7 -1 mg/kg/ngày + fluconazole 800- 900 mg/ngày (12 mg/kg/ngày và không quá 900 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi).

Hoặc: Fluconazole liều cao 800 - 1200 mg/ngày khi không có amphotericin B.

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

Giai đoạn duy trì: fluconazole 150 - 200 mg/ngày (hoặc 6 mg/kg/ngày và không quá 200 mg/ngày cho trẻ em dưới 18 tuổi). Ngừng điều trị duy trì khi người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và có số CD4 > 200 tế bào/mm³ trên 6 tháng hoặc CD4 > 100 tế bào/mm³ trên 6 tháng và tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế. Không ngừng điều trị duy trì cho trẻ em dưới 2 tuổi.

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

3.2.3. Thời điểm điều trị ARV

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

Ở người nhiễm HIV mới được chẩn đoán viêm màng não do *Cryptococcus*, cần trì hoãn việc khởi động điều trị ARV cho đến khi có bằng chứng đáp ứng lâm sàng bền vững với điều trị kháng nấm sau giai đoạn điều trị tấn công và củng cố từ 4 tuần nếu điều trị phác đồ có amphotericin B, hoặc sau 4-6 tuần nếu điều trị phác đồ chỉ có fluconazole.

3.3. Bệnh do nấm *Candida*

3.3.1. Chẩn đoán

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

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

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

3.3.2. Điều trị

Nấm miệng:

- Người lớn: fluconazole 100 - 200 mg/ngày x 7 - 14 ngày
- Trẻ em: fluconazole 3-6 mg/kg x 1 lần/ngày x 7-14 ngày

Nấm thực quản:

- Người lớn: fluconazole 200 - 300 mg/ngày x 14 - 21 ngày, hoặc itraconazole 200 mg/ngày x 14 - 21 ngày
- Trẻ em: fluconazole 3-6 mg/kg x 1 lần/ngày x 14 - 21 ngày

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

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

3.4.1. Chẩn đoán

Lâm sàng

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

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

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

Xét nghiệm

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

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

3.4.2. Điều trị

Điều trị tấn công

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

Phác đồ thay thế (cho trường hợp nhẹ hoặc không có amphotericin B): itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày x 8 tuần.

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

3.5. Viêm não do *Toxoplasma gondii*

3.5.1. Chẩn đoán

Đau đầu, chóng mặt, co giật, sốt

Dấu hiệu thần kinh khu trú

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

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

Trẻ em: Nhiễm *Toxoplasma* ở trẻ có thể xảy ra trước khi sinh (bẩm sinh) hoặc sau khi sinh. Các triệu chứng sớm của nhiễm *Toxoplasma*: sốt, đau họng, đau cơ, sưng hạch lympho, phát ban, gan lách to. Các triệu chứng muộn: viêm não, sốt, lú lẫn, co giật, và tổn thương võng mạc.

5.5.2. Điều trị

Người lớn

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

Điều trị duy trì: co-trimoxazole uống liều 960 mg/ngày; ngừng khi người bệnh điều trị ARV có CD4 trên 350 tế bào/mm³ ≥ 6 tháng.

Trẻ em

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

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

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

- Co-trimoxazole (CTX) liều dựa trên TMP 10 - 15 mg/kg/ngày chia 2 lần
- Pyrimethamine uống 2 mg/kg x 1 lần/ngày trong 3 ngày, sau đó giảm xuống 1 mg/kg x 1 lần/ngày + acid folinic uống 10 - 25 mg x 1 lần/ngày + sulfadiazin uống 25mg/kg x 4 lần/ngày.
- **Điều trị duy trì:** co-trimoxazole (CTX) liều dựa trên TMP 5 mg/kg/ngày. Ngừng điều trị duy trì cho trẻ em trên 5 tuổi giống như người lớn, không ngừng điều trị duy trì cho trẻ dưới 5 tuổi.

3.6. Bệnh do *Mycobacterium avium* complex (MAC)

3.6.1. Chẩn đoán

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

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

3.6.2. Điều trị

Người lớn

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

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

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

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

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

Trẻ em

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

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

3.7. Herpes simplex

3.7.1. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng:

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

3.7.3. Điều trị

Trường hợp nhẹ (herpes da và niêm mạc):

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

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

Trường hợp nặng bao gồm cả viêm não: Truyền tĩnh mạch acyclovir 5 - 10mg/kg mỗi 8 giờ x 14 -21 ngày.

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

3.8. Herpes zoster (Zona)

3.8.1. Chẩn đoán

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

3.8.2. Điều trị

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

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

Bôi tại chỗ ở da tím gentian hoặc chlorhexidine.

Zona mắt: nhỏ thuốc mỡ acyclovir kết hợp với uống.

3.9. Bệnh do Cytomegalovirus (CMV)

3.9.1. Lâm sàng

Viêm võng mạc: nhìn mờ, có những đám đen hoặc chấm đen di động, những điểm tối trước mắt, sợ ánh sáng, tiến triển tới bong võng mạc và mù hoàn toàn nếu

không điều trị. Có thể ở một bên mắt, hoặc lan sang mắt còn lại. Các tổn thương võng mạc thường không thể phục hồi.

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

Viêm thực quản: nuốt đau.

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

3.9.2. Chẩn đoán

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

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

3.9.3. Điều trị

a) Người lớn

Điều trị viêm võng mạc do CMV

Điều trị tấn công (trong giai đoạn cấp):

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

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

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

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

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

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

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

b) Trẻ em

Điều trị nhiễm CMV lan tỏa và viêm võng mạc

Điều trị tấn công:

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

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

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

- Ganciclovir truyền tĩnh mạch 5 mg/kg x 1 lần/ngày
- Valganciclovir uống 900 mg x 1 lần/ngày (cho trẻ lớn và uống cùng bữa ăn)
- Foscanet truyền tĩnh mạch 90-120 mg/kg x 1 lần/ngày

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

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

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

3.10.1. Triệu chứng

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

Các biểu hiện của bệnh:

- Ho khan, khó thở, ngón tay hình dùi trống, viêm tuyến mang tai, sưng hạch Lympho.
- Thiếu ô xy máu nhất là trẻ có mắc các bệnh hô hấp kèm theo.
- X quang phổi: thâm nhiễm nốt- lưới lan tỏa, giãn phế quản.

3.10.2. Chẩn đoán

Dựa vào lâm sàng, X quang phổi.

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

3.10.3. Điều trị

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

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

Bệnh ổn định khi điều trị ARV.

Điều trị triệu chứng: thở ôxy khi suy hô hấp.

Kháng sinh nếu bội nhiễm.

4. Quản lý người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C /HIV

4.1. Chẩn đoán và điều trị đồng nhiễm viêm gan vi rút B /HIV

4.1.1. Sàng lọc nhiễm HBV ở người nhiễm HIV

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

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

Chẩn đoán nhiễm HBV mạn tính: HBsAg dương tính > 6 tháng.

Chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn tính tiến triển:

- HBsAg dương tính > 6 tháng và AST, ALT tăng 2 lần giá trị bình thường từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng hoặc
- Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác

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

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

Phác đồ ARV ưu tiên bậc một vừa có tác dụng điều trị ARV vừa có tác dụng điều trị viêm gan vi rút B:

TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV

Xử trí đợt bùng phát viêm gan vi rút B trên người bệnh điều trị ARV: xử trí giống như ngộ độc gan do ARV và tiếp tục điều trị ARV bao gồm TDF và 3TC

Người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV không tự ngưng thuốc ARV đang điều trị tránh bùng phát viêm gan vi rút B.

Khi chuyển phác đồ bậc 2 cho người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV thì vẫn giữ các thuốc đang điều trị có tác dụng với viêm gan vi rút B như TDF, 3TC.

4.2. Chẩn đoán và điều trị người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút C /HIV

4.2.1. Sàng lọc nhiễm HCV ở người nhiễm HIV

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

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

Anti-HCV dương tính trên 6 tháng và HCV RNA hoặc kháng nguyên lõi HCV Ag dương tính

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

Chỉ định điều trị cho tất cả các trường hợp viêm gan vi rút C mạn tính. Người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV cần được ưu tiên điều trị viêm gan vi rút C mạn tính để giảm mắc và tử vong do bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư gan.

Các phác đồ điều trị và các thuốc điều trị viêm gan vi rút C: Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C- Quyết định 5012 QĐ/BYT, 2016.

Ưu tiên điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ các thuốc kháng vi rút trực tiếp DAAs. Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ điều trị DAAs cần lưu ý vấn đề tương tác thuốc. Xem phụ lục 12. Tương tác giữa các thuốc DAAs điều trị viêm gan vi rút C và thuốc ARV (bảng 15). Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ DAAs trên người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV.

Người bệnh chưa điều trị ARV:

CD4 > 500 tế bào/mm³: Điều trị điều trị viêm gan vi rút C trước. Thời gian điều trị kéo dài 12 tuần hoặc 24 tuần tùy thuộc tình trạng xơ gan. Bắt đầu điều trị ARV khi kết thúc điều trị viêm gan vi rút C.

CD4 từ 200- 500 tế bào/mm³: Cân nhắc từng trường hợp, ưu tiên điều trị ARV. Sau khi dung nạp điều trị ARV bắt đầu điều trị viêm gan vi rút C.

CD4 < 200 tế bào/mm³: Ưu tiên điều trị ARV trước cho đến khi CD4 > 200 tế bào/mm³ hoặc tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện thì chỉ định điều trị viêm gan vi rút C mạn tính

Người bệnh đang điều trị ARV

CD4 > 200 tế bào/mm³ hoặc tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện thì chỉ định điều trị viêm gan vi rút C mạn tính.

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

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

TDF + 3TC(FTC) + DTG (RAL)	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6
	GZR/EBR	1,4
AZT* + 3TC + EFV (NVP)	LDV + SOF	1,4,5,6
	DCV + SOF: Tăng liều DCV lên thành 90 mg	1,2,3,4,5,6
TDF + 3TC + LPV/r	DCV + SOF	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
AZT * + 3TC + LPV/r	DCV + SOF	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF	
	LDV + SOF	1,4,5,6
TDF + 3TC (FTC) + ATV	DCV + SOF: Giảm liều DCV xuống còn 30 mg	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6

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

4.3. Theo dõi điều trị

- Đánh giá tuân thủ điều trị và hỗ trợ tuân thủ điều trị.
- Theo dõi và xử trí bùng phát viêm gan B trên người bệnh HIV.
- Theo dõi và xử trí tương tác thuốc điều trị viêm gan vi rút C với các thuốc ARV.
- Theo dõi và xử trí tác dụng phụ của các thuốc ARV, thuốc DAAs, đặc biệt tác dụng phụ của TDF lên thận.
- Theo dõi biến chứng viêm gan vi rút B, C sàng lọc ung thư gan.
- Theo dõi đáp ứng điều trị của viêm gan vi rút B.
- Theo dõi đáp ứng điều trị của viêm gan vi rút C bằng tải lượng HCV-RNA: Đáp ứng điều trị được coi là làm sạch vi rút khi tải lượng HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện sau 12 tuần kết thúc điều trị (đạt SVR 12).

4.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe và dự phòng lây nhiễm viêm gan vi rút B, C trên người bệnh nhiễm HIV

- Đánh giá mức độ nghiện rượu và tư vấn hỗ trợ cho người bệnh bỏ rượu, điều trị nghiện rượu.
- Không tự ý uống các loại thuốc, kể cả thảo dược.
- Thực hiện chế độ ăn uống đầy đủ, cân bằng dinh dưỡng, tránh thừa cân, tập thể dục đều đặn hàng ngày, nghỉ ngơi và thư giãn hợp lý, bỏ hoặc giảm hút thuốc lá.

- Tiêm phòng vắc xin viêm gan B.
- Áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV và HCV đối với người nhiễm HIV.
- Đối với người bệnh đồng nhiễm HBV, HCV/HIV: áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây nhiễm HBV, HCV ra cộng đồng và dự phòng tái nhiễm, đặc biệt tái nhiễm HCV sau khi đã điều trị khỏi bệnh.

CHƯƠNG IV

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

1. Tư vấn và hỗ trợ người bệnh nghiện rượu hoặc nghiện các chất dạng thuốc phiện

1.1. Nghiện rượu

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

Tư vấn cai rượu và tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị.

1.2. Nghiện các chất dạng thuốc phiện

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

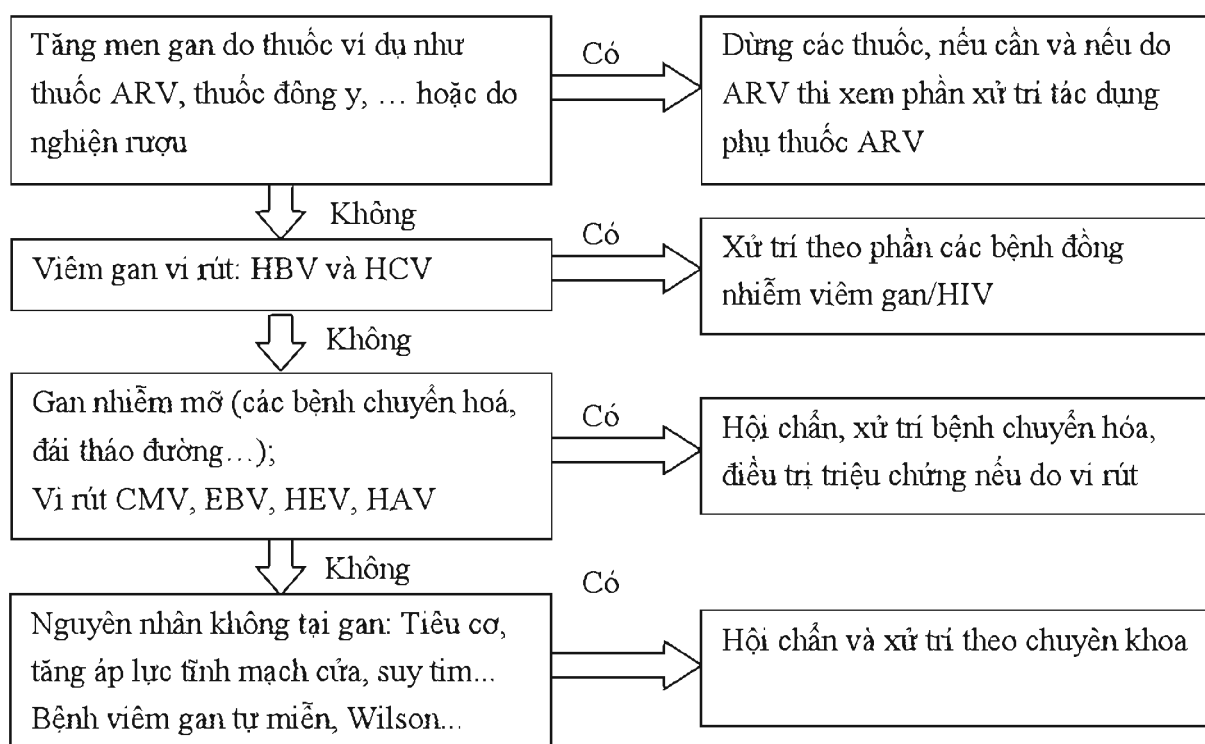
Tư vấn về các biện pháp giảm hại dự phòng lây truyền HIV, bao gồm khuyến khích sử dụng bơm kim tiêm riêng, sử dụng bao cao su, điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone... và giới thiệu chuyển gửi đến dịch vụ điều trị methadone.

Lưu ý:

- Tương tác giữa methadone và thuốc ARV (AZT và các thuốc NNRTI)
- Chỉ định điều trị ARV sớm, tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị.

2. Quản lý bệnh lý gan

2.1. Tăng men gan



2.2. Xơ gan/Bệnh lý giai đoạn cuối

2.2.1. Phân loại xơ gan theo Child- Pugh

Bảng 17. Phân loại xơ gan theo Child-Pugh

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

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

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

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

	Xơ gan/Bệnh lý gan giai đoạn cuối
Các yếu tố nguy cơ	<ul style="list-style-type: none"> - Đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C - Nghiện rượu - Một số bệnh lý gan mạn tính khác (Bệnh chuyển hóa, bệnh tự miễn, v.v..)
Sàng lọc và chẩn đoán	<ul style="list-style-type: none"> - Lâm sàng: tuần hoàn bàng hệ, dịch cổ trướng; hội chứng suy gan thận, hoặc não gan - Tính chỉ số APRI và phân độ theo bảng điểm Child- Pugh - Hình ảnh xơ gan qua siêu âm gan bao gồm cả fibroscan, sinh thiết gan; - Nội soi thực quản để đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản; - Hội chẩn chuyên khoa gan mật và lên kế hoạch theo dõi, điều trị. - Theo dõi chức năng gan định kỳ 6 tháng một lần và khi có triệu chứng

	- Sàng lọc ung thư gan
Phòng bệnh và xử trí	<ul style="list-style-type: none"> - Điều trị căn nguyên liên quan đến xơ gan nếu có (ví dụ viêm gan vi rút B, C và các bệnh lý gan liên quan) - Tư vấn không sử dụng rượu bia. - Tư vấn dinh dưỡng phù hợp: đủ năng lượng, tăng cường các acid amin cần thiết, hạn chế muối. - Điều trị giảm áp lực tĩnh mạch cửa và dự phòng vỡ giãn tĩnh mạch cửa bằng thuốc lợi tiểu, propranolol. - Điều trị các đợt mất bù của xơ gan, hội chứng não gan, suy gan thận, các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng. - Thận trọng khi sử dụng các thuốc độc tính với gan như paracetamol; tránh dùng các thuốc chống viêm non-steroid do có nguy cơ gây chảy máu và suy thận.

2.2.3. Điều chỉnh liều ARV khi suy gan

Bảng 19. Điều chỉnh liều ARV theo phân độ Child-Pugh

	Child -Pugh		
	A	B	C
ABC	200 mg * 2 lần/ ngày	Chống chỉ định	
FTC hoặc 3TC	Không cần chỉnh liều		
TDF hoặc TDF/3TC	Không cần chỉnh liều		
ZDV	Không cần điều chỉnh liều	Không cần điều chỉnh liều	Giảm ½ liều hoặc giãn thời gian dùng
EFV	Không cần điều chỉnh liều	Cẩn thận khi suy gan	
NVP		Chống chỉ định	
ATV		300 mg hàng ngày	Không khuyến cáo
RTV		Không sử dụng RTV tăng cường	
LPV		Cẩn trọng khi suy gan	

3. Sàng lọc ung thư

Người nhiễm HIV có nguy cơ cao hơn mắc các ung thư, đặc biệt ung thư cổ tử cung, so với cộng đồng bình thường. Do đó, cần được sàng lọc định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời. Tư vấn về dự phòng ung thư cổ tử cung bằng vắc xin HPV cho người bệnh nữ nếu có chỉ định.

Các bước thực hiện sàng lọc các bệnh ung thư trên người nhiễm HIV được thực hiện theo các Hướng dẫn của Bộ Y tế.

4. Các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường

Người nhiễm HIV có nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường cao hơn. Ngoài các yếu tố nguy cơ dễ mắc các bệnh tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường như người không nhiễm HIV, còn có các nguy cơ do sử dụng các thuốc điều trị ARV. Sự xuất hiện các bệnh lý này tăng theo thời gian sử dụng thuốc ARV, đặc biệt là sử dụng nhóm NNRTI và nhóm PI.

Người nhiễm HIV cần được sàng lọc định kỳ các bệnh lý trên để điều trị kịp thời. Tư vấn dinh dưỡng, chế độ ăn hợp lý, ngừng hút thuốc lá, khuyến khích tập thể dục, theo dõi huyết áp và cholesterol, đường máu khi có điều kiện giúp làm giảm nguy cơ mắc các bệnh không lây ở người nhiễm HIV.

Khi người nhiễm HIV có các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường, xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ.

5. Bệnh lý thận

Các bệnh lý thận mạn tính thường gặp ở người nhiễm HIV như bệnh lý thận liên quan đến HIV, bệnh lý ống lượn gần thận, bệnh lý ống lượn xa thận, viêm kẽ thận. Ngoài các yếu tố nguy cơ dễ mắc các bệnh lý thận như bệnh tăng huyết áp, tiểu đường, rối loạn lipid máu,... như những người không nhiễm HIV, người nhiễm HIV còn có các nguy cơ ở giai đoạn nhiễm HIV tiến triển do sử dụng các thuốc điều trị ARV có độc tính với thận (TDF, thuốc PI tăng cường ritonavir).

Người nhiễm HIV đang điều trị ARV thường xuyên được xét nghiệm creatinine theo quy định và đánh giá mức lọc cầu thận. Xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc liên quan bằng thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ; điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận theo phụ lục 11. Bảng điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận. Hội chẩn chuyên khoa thận- tiết niệu nếu cần thiết.

6. Bệnh lý xương

Các bệnh lý xương thường gặp ở người nhiễm HIV như mất khoáng xương, thưa xương, loãng xương... Điều này dẫn đến người nhiễm HIV có nguy cơ gãy xương cao. Ngoài các yếu tố nguy cơ dễ mắc các bệnh lý xương như những người không nhiễm HIV, còn có các nguy cơ do sử dụng các thuốc điều trị ARV. Sự xuất hiện các bệnh lý này tăng theo thời gian sử dụng thuốc ARV, đặc biệt là sử dụng thuốc TDF và nhóm PI.

Đánh giá các bệnh lý, yếu tố nguy cơ liên quan với bệnh lý xương. Hội chẩn chuyên khoa xương và chuyên khoa dinh dưỡng, thực hiện dự phòng loãng xương và điều trị nếu người bệnh có bệnh lý về xương.

Khi người nhiễm HIV mắc các bệnh lý xương, cần xem xét lại phác đồ ARV (thuốc TDF, thuốc PI liên quan). Thay thuốc ARV nếu cần thiết.

7. Trầm cảm

Người nhiễm HIV có tỉ lệ trầm cảm cao hơn nhiều so với quần thể dân cư chung (20-40% so với 7%). Trầm cảm làm tăng nguy cơ tuân thủ điều trị kém và tăng nguy cơ tử vong ở người nhiễm HIV. Người nhiễm có sử dụng các chất gây nghiện, tâm thần, sử dụng EFV và các thuốc hướng tâm thần được coi là có nguy cơ mắc trầm cảm.

Người nhiễm HIV cần được khám và phát hiện sớm các dấu hiệu liên quan đến trầm cảm. Hội chẩn chuyên khoa tâm thần để được phát hiện và điều trị sớm. Dừng thuốc EFV, thay bằng thuốc ARV phù hợp

8. Bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV

Rối loạn nhận thức thần kinh HIV (HIV Associated Neuro-cognitive Disease - HAND) là tình trạng rối loạn một loạt các chức năng quan trọng về nhận thức, hành vi và vận động ở người nhiễm HIV liên quan tới sự xâm nhập của HIV vào hệ thần kinh trung ương, cũng như tổn thương của hệ thần kinh trung ương do tác động của HIV.

Người nhiễm HIV cần được đánh giá khả năng ngôn ngữ, khả năng tập trung, trí nhớ ngắn hạn, tốc độ suy nghĩ, khả năng suy luận, khả năng học hỏi, chức năng vận động. Loại trừ các bệnh nhiễm trùng cơ hội, u não. Nếu nghi ngờ có bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV. Hội chẩn chuyên khoa tâm thần.

Người bệnh chưa điều trị ARV: Điều trị ARV ngay.

Nếu đang điều trị ARV: xét nghiệm tải lượng HIV, đánh giá thất bại điều trị, chuyển phác đồ nếu có chỉ định.

Xem xét sử dụng các thuốc ARV ngấm qua hàng rào máu-màng não tốt theo thứ tự giảm dần như sau (AZT, ABC, EFV, NVP, LPV/r, DRV/r).

CHƯƠNG V

CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP DỰ PHÒNG CHO NGƯỜI NHIỄM HIV

Bên cạnh điều trị ARV, người nhiễm HIV cần được cung cấp các biện pháp can thiệp dự phòng bao gồm: Truyền thông thay đổi hành vi, bơm kim tiêm sạch, bao cao su và điều trị thay thế nghiện bằng methadone.

1. Truyền thông thay đổi hành vi

Sử dụng nhiều phương thức truyền thông giáo dục cho cộng đồng, ưu tiên các quần thể đích. Kết hợp các hình thức truyền thông trực tiếp như tư vấn cá nhân do đồng đẳng viên hoặc cán bộ y tế thực hiện với tư vấn cộng đồng qua tờ rơi, loa đài hoặc các buổi nói chuyện chuyên đề để phổ biến các thông điệp về nguy cơ lây nhiễm HIV, các biện pháp dự phòng và lợi ích của việc thay đổi hành vi và lợi ích của việc xét nghiệm HIV định kỳ và điều trị ARV sớm. Bồi dưỡng kiến thức, xây dựng kỹ năng và niềm tin cho nhóm có nguy cơ cao để giúp người bệnh có hành vi an toàn hơn và duy trì các hành vi bảo vệ (như không dùng chung bơm kim tiêm, sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục, giảm tần suất quan hệ tình dục không an toàn) và có nhu cầu đi xét nghiệm HIV định kỳ.

Đối với nam quan hệ tình dục đồng giới và người chuyển giới: Nâng cao nhận thức hành vi tình dục an toàn và hiểu biết về tư vấn và xét nghiệm HIV thông qua thông tin trên internet và truyền thông trực tiếp qua các chiến lược tiếp thị xã hội và tiếp cận theo địa điểm. Triển khai các biện pháp can thiệp ở mức độ cá thể và cộng đồng.

Đối với người tiêm chích ma túy: Cần cung cấp thông tin và giáo dục về tiêm an toàn và phòng ngừa quá liều. Người tiêm chích ma túy nên được khuyến khích tham gia xây dựng và truyền tải thông tin. Ngoài tiếp cận bơm kim tiêm sạch, người tiêm chích ma túy cũng cần được tiếp cận với bao cao su.

Đối với người làm nghề mại dâm: Thông qua các can thiệp của nhóm đồng đẳng và cộng đồng để truyền thông và xây dựng kỹ năng sử dụng bao cao su và nhu cầu xét nghiệm HIV, sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục và kết nối với chăm sóc điều trị HIV.

2. Bao cao su

Tất cả đối tượng có nguy cơ cao cần sử dụng bao cao su có chất bôi trơn thường xuyên và đúng cách để phòng lây truyền HIV và các bệnh lây qua đường tình dục. Việc sử dụng bao cao su thường xuyên và đúng cách có thể làm giảm 94% nguy cơ lây truyền HIV qua đường tình dục cũng như các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác.

Nam quan hệ tình dục với nam và người chuyển giới có nguy cơ cao nhiễm HIV khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Vì thế cần sử dụng bao cao su và chất bôi trơn trong mỗi lần quan hệ tình dục.

Người làm nghề mại dâm hoặc khách hàng của họ cần sử dụng bao cao su và chất bôi trơn thường xuyên và đúng cách. Đối với phụ nữ bán dâm, nên sử dụng bao cao su dành cho nữ giới để chủ động sử dụng trước khi quan hệ tình dục.

Việc triển khai sử dụng bao cao su và chất bôi trơn cần lưu ý:

Đảm bảo bao cao su dành cho nam và cho nữ có chất lượng cao, đa dạng về kích cỡ và đáp ứng nhu cầu của người sử dụng. Đặt bao cao su ở những nơi mà đối tượng nguy cơ cao có thể tiếp cận được. Các chiến dịch vận động sử dụng bao cao su nên được triển khai để tăng sự hiểu biết, tính chấp nhận bao cao su của cộng đồng.

Sử dụng các chất bôi trơn nhằm làm giảm nguy cơ rách, tuột bao cao su và giảm sự khó chịu khi quan hệ tình dục. Khi quan hệ tình dục đường hậu môn, nên sử dụng nhiều chất bôi trơn. Các chất bôi trơn dầu nên tránh sử dụng cùng bao cao su làm bằng latex.

3. Bơm kim tiêm sạch

Sử dụng bơm kim tiêm sạch là biện pháp an toàn để làm giảm nguy cơ lây truyền HIV ở người tiêm chích. Ngoài việc sử dụng bơm kim tiêm sạch, người tiêm chích ma túy cần được cung cấp thông tin về nguy cơ lây nhiễm HIV do dùng chung bơm kim tiêm. Các bơm kim tiêm đã qua sử dụng cần được thu gom bằng các hộp đựng vật sắc nhọn dùng trong y tế và được xử lý an toàn.

4. Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện

Điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone hoặc buprenorphine là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với người nghiện các chất dạng thuốc phiện, đồng thời góp phần hỗ trợ tuân thủ cho những người điều trị ARV. Người nhiễm HIV đang điều trị methadone cần được chuyển tới cơ sở điều trị HIV để được điều trị ARV kịp thời.

5. Dự phòng lây nhiễm HIV trong các cơ sở y tế

Các cơ sở y tế phải thực hiện an toàn truyền máu, tiêm truyền an toàn và thực hiện phòng ngừa chuẩn bao gồm vệ sinh tay, sử dụng các dụng cụ phòng hộ cá nhân để phòng phơi nhiễm, xử lý an toàn các vật sắc nhọn và chất thải, khử khuẩn, đảm bảo môi trường và thiết bị an toàn. Các cơ sở y tế xây dựng và thực hiện quy trình dự phòng sau phơi nhiễm cho nhân viên.

6. Tiêm chủng cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV

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

6.1. Vắc xin BCG

Trẻ phơi nhiễm với HIV:

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

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

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

Trẻ đã khẳng định nhiễm HIV: Không tiêm BCG.

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

Trẻ phơi nhiễm với HIV: Không tiêm cho trẻ phơi nhiễm có triệu chứng nghi nhiễm HIV.

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

CHƯƠNG VI

CHĂM SÓC TẠI NHÀ VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG

1. Mục tiêu

Chăm sóc hỗ trợ người nhiễm HIV tại cộng đồng do nhân viên trạm y tế xã, phường, nhân viên y tế thôn bản, các nhóm đồng đẳng, tự lực của người nhiễm HIV thực hiện.

Các hoạt động bao gồm: Hỗ trợ nhóm nguy cơ cao tiếp cận với dịch vụ xét nghiệm HIV và kết nối người nhiễm HIV với dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS; Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV; Hỗ trợ người nhiễm HIV tuân thủ điều trị; Hỗ trợ người nhiễm HIV đã trễ hẹn tái khám và/hoặc trễ hẹn lĩnh thuốc, mất dấu hoặc bỏ trị quay lại điều trị; Xử trí các triệu chứng thông thường tại nhà, tại cộng đồng và hỗ trợ các vấn đề về tâm lý - xã hội.

2. Nội dung chăm sóc hỗ trợ

2.1. Hỗ trợ tiếp cận dịch vụ chẩn đoán và điều trị HIV

Các hoạt động bao gồm hỗ trợ người nhiễm HIV đến đăng ký khám và điều trị tại các cơ sở chăm sóc và điều trị HIV. Giới thiệu những người có hành vi nguy cơ cao tiếp cận với các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV. Tư vấn và giới thiệu vợ, chồng hoặc bạn tình của người nhiễm HIV và con của họ tiếp cận với dịch vụ tư vấn, xét nghiệm và điều trị HIV. Cung cấp thông tin về tầm quan trọng và lợi ích của điều trị HIV kịp thời để người nhiễm HIV tới cơ sở y tế nhận dịch vụ chăm sóc và điều trị ngay khi biết tình trạng nhiễm HIV của mình.

2.2. Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV

Tư vấn cho người nhiễm HIV về quan hệ tình dục an toàn, tiêm chích an toàn và dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2.3. Hỗ trợ tuân thủ điều trị

Hỗ trợ người nhiễm HIV tuân thủ điều trị ARV, uống thuốc theo đúng chỉ định, sử dụng các phương tiện nhắc uống thuốc, đi tái khám và làm xét nghiệm đúng hẹn; Hỗ trợ người bệnh trễ hẹn, bỏ trị quay lại phòng khám đúng hẹn; Hướng dẫn cách cất giữ và bảo quản thuốc tại nhà.

2.4. Hỗ trợ chăm sóc thể chất

Hỗ trợ người nhiễm HIV trong việc theo dõi, chăm sóc và xử trí các tác dụng phụ nhẹ của các thuốc điều trị. Hướng dẫn người nhiễm HIV và người chăm sóc cách xử trí các triệu chứng thông thường tại nhà như đau, sốt, tiêu chảy, táo bón, buồn nôn và nôn, ngứa, ho... Cung cấp kiến thức về vệ sinh, dinh dưỡng cho người nhiễm tại nhà và tại cộng đồng.

2.5. Hỗ trợ tâm lý xã hội

Hỗ trợ và động viên tinh thần cho người nhiễm HIV và gia đình của họ. Hỗ trợ người nhiễm HIV và trẻ bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS tiếp cận với các dịch vụ hỗ trợ xã hội và hoà nhập với cộng đồng.

Người bệnh nhiễm HIV thường có cảm xúc mạnh với bệnh vào thời điểm mới được chẩn đoán bệnh và giai đoạn cuối đời. Người bệnh thường suy sụp về tinh thần: sợ hãi về bệnh tật, cái chết, cảm giác tội lỗi, bị trừng phạt, tự ti, sợ bị cô lập, lo lắng cho tương lai của gia đình và bản thân, lo mất thu nhập, nghèo đói, con cái mất cơ hội, mất vị thế xã hội. Vì vậy họ rất cần được hỗ trợ tâm lý và tinh thần.

Động viên người nhiễm HIV tham gia bảo hiểm y tế để được chi trả điều trị thông qua bảo hiểm y tế. Tìm nguồn hỗ trợ cho người nhiễm HIV tại cộng đồng: từ bạn bè, gia đình, đồng đẳng, câu lạc bộ, các tổ chức xã hội...

Hỗ trợ giải quyết các vấn đề về tài chính, nơi ở, lương thực, đi lại, tiền mai táng...

Hỗ trợ lập kế hoạch cho tương lai: lập di chúc, lên kế hoạch tương lai cho con cái...

CHƯƠNG VII

CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS

1. Mục tiêu cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị

Nhằm đảm bảo việc thực hiện tốt các quy chuẩn và hướng dẫn quốc gia về chẩn đoán, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

Tăng cường việc tiếp cận với các dịch vụ có chất lượng cao về tư vấn, xét nghiệm và chăm sóc điều trị HIV từ đó làm tăng tỷ lệ duy trì điều trị, giảm tỷ lệ tử vong, giảm kháng thuốc và giảm lây nhiễm HIV cho cộng đồng.

2. Nguyên tắc thực hiện cải thiện chất lượng

Dựa trên các số liệu đo lường được

Thực hiện liên tục theo thời gian

Dựa trên hệ thống cải thiện chất lượng

Tập trung vào việc thực hiện các quy trình và hướng dẫn hiện hành về HIV/AIDS do Bộ Y tế ban hành.

3. Các bước của chu trình cải thiện chất lượng

- Đo lường và đánh giá các chỉ số cải thiện chất lượng. Các chỉ số cải thiện chất lượng được thu thập thông qua việc chọn mẫu ngẫu nhiên từ các hồ sơ bệnh án và sổ sách quản lý người nhiễm HIV. Các chỉ số đo lường và đánh giá cải thiện chất lượng do các cơ quan có thẩm quyền ban hành hoặc do đơn vị thiết lập ra để cải thiện chất lượng dịch vụ. Đo lường các chỉ số cải thiện chất lượng được thực hiện theo chu kỳ 6 tháng hoặc hàng năm.

- Lập kế hoạch cải thiện chất lượng. Xem xét kết quả các chỉ số và lựa chọn chỉ số ưu tiên cần cải thiện

- Phân tích vấn đề tìm nguyên nhân: Sử dụng sơ đồ để liệt kê các nguyên nhân. Vẽ sơ đồ khung xương cá hoặc cây vấn đề để sắp xếp nguyên nhân theo một trình tự logic.

- Xác định khả năng can thiệp đối với mỗi nguyên nhân (can thiệp hoàn toàn, can thiệp một phần, không can thiệp). Đặt câu hỏi “nhưng; tại sao” để tìm nguyên nhân gốc rễ. Chọn nguyên nhân ưu tiên để can thiệp.

- Xác định mục tiêu cải thiện: Mục tiêu cần nêu rõ sẽ cải thiện vấn đề gì, cho đối tượng nào, ở đâu, khi nào và bao nhiêu. Xem xét các thông tin liên quan để ước lượng khả năng thay đổi vấn đề thông qua can thiệp. Đảm bảo mục tiêu đủ 5 tiêu chuẩn: đặc thù, đo lường được, thích hợp, thực thi và thời gian thực hiện (SMART).

- Đưa ra và lựa chọn các giải pháp can thiệp phù hợp: Có khả năng thực hiện được, chấp nhận được, có hiệu lực, hiệu quả cao và có khả năng duy trì. Sử dụng bảng lựa chọn giải pháp bằng cách chấm điểm tính hiệu quả và tính khả thi. Xác định

tích số bằng tính hiệu quả nhân với tính khả thi. Chọn những phương pháp thực hiện có điểm tích số cao hơn để thực hiện.

- Xây dựng kế hoạch cải thiện chất lượng: Liệt kê các hoạt động cần thiết để thực hiện từng biện pháp can thiệp. Xác định thời gian cần thiết để thực hiện các hoạt động. Xác định người thực hiện, người chịu trách nhiệm, người phối hợp và giám sát thực hiện. Xác định địa điểm thực hiện, nguồn lực cần thiết để thực hiện các hoạt động và dự kiến kết quả đạt được.

- Thực hiện kế hoạch cải thiện chất lượng theo kế hoạch đã xây dựng.

- Đánh giá tiến trình thực hiện kế hoạch cải thiện chất lượng.

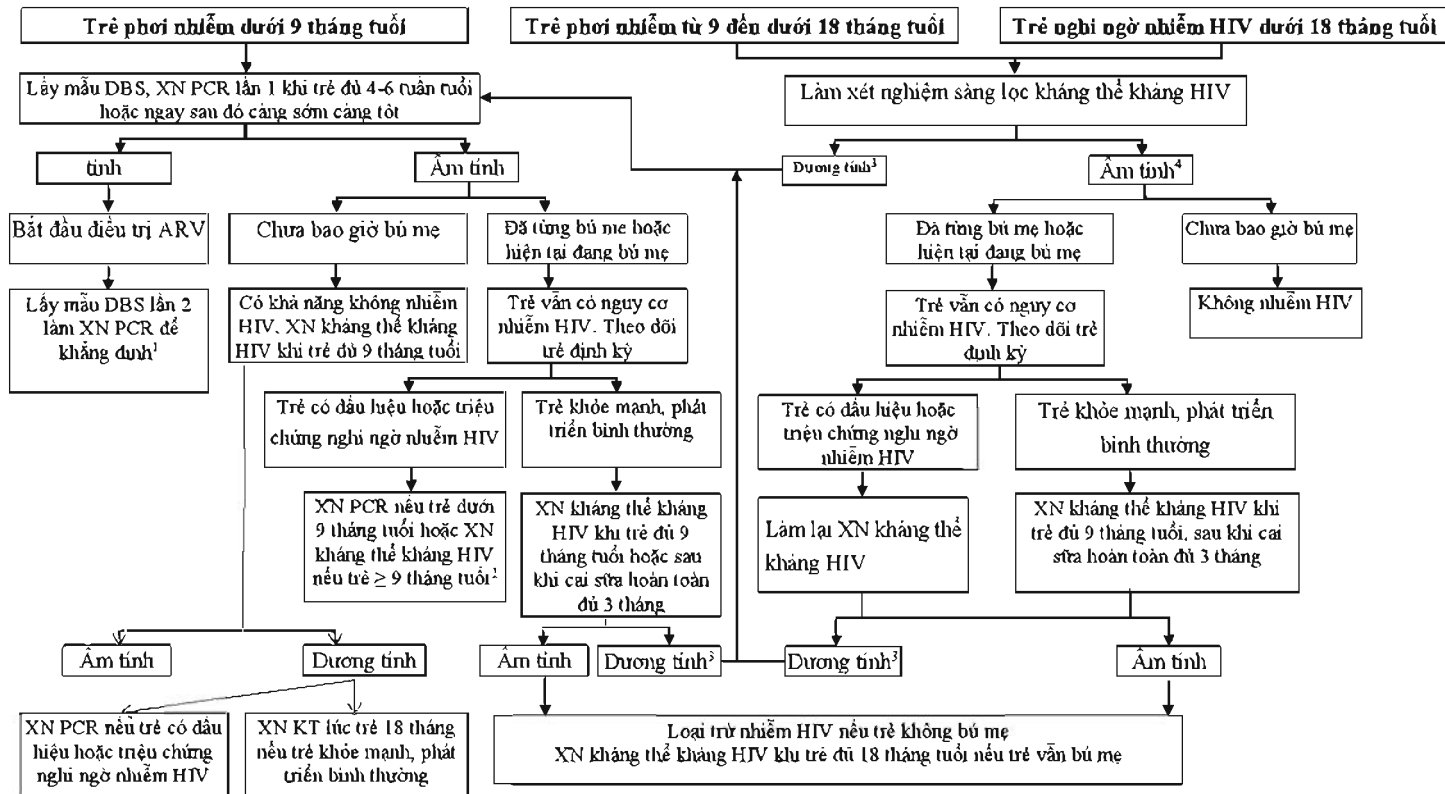
- Thực hiện theo dõi giám sát hỗ trợ đảm bảo việc thực hiện cải thiện chất lượng theo đúng kế hoạch. Sơ bộ đánh giá kết quả cải thiện chất lượng so với kế hoạch sau khi thực hiện được 1/2 thời gian của một chu kỳ cải thiện chất lượng. Điều chỉnh kế hoạch cải thiện nếu cần.

Dựa trên kết quả thực hiện cải thiện chất lượng, các cơ sở y tế tổ chức thảo luận về kế hoạch đã thực hiện và điều chỉnh kế hoạch nếu cần thiết cho phù hợp trong giai đoạn tiếp theo.

Sau khi kết thúc một chu trình, các cơ sở điều trị HIV/AIDS tiếp tục lựa chọn các chỉ số cần cải thiện chất lượng để thực hiện một chu trình cải thiện chất lượng tiếp theo.

PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Sơ đồ quy trình xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi



¹ Làm lại XN PCR khi kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính và lần 2 âm tính

² PCR dương tính, điều trị ARV và làm lại XN PCR ngay để khẳng định

³ Làm XN PCR

⁴ XN kháng thể kháng HIV cho mẹ, nếu XN của mẹ âm tính thì con không nhiễm HIV

Phụ lục 2: Giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em

Người lớn và vị thành niên^a	Trẻ em
Giai đoạn lâm sàng 1	
Không triệu chứng Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng	Không triệu chứng Bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng
Giai đoạn lâm sàng 2	
Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân (<10% cân nặng cơ thể) Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng) Bệnh zô-na Viêm loét miệng Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Viêm da bã nhờn	Gan lách to dai dẳng không rõ nguyên nhân Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái phát (viêm tai giữa, chảy dịch tai, viêm xoang, viêm amidan) Bệnh zô-na Hồng ban vạch ở lợi Loét miệng tái phát Phát ban sẩn ngứa Nấm móng Nhiễm vi rút mụn cơm lan rộng U mềm lây lan rộng Viêm da đốm lan toả Sung tuyến mang tai dai dẳng không rõ nguyên nhân
Giai đoạn lâm sàng 3	
Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể) Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1 tháng) Nấm candida miệng kéo dài Bạch sản dạng lông ở miệng Lao phổi Nhiễm khuẩn nặng (như viêm mủ màng phổi, viêm mủ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết) Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp Thiếu máu (<8 g/dl), giảm bạch cầu trung tính (<0,5 x 10 ⁹ /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50 x 10 ⁹ /l) không rõ nguyên nhân	Suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình ^b không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị chuẩn Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (từ 14 ngày trở lên) Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (trên 37,5°C, không liên tục hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng) Nấm candida miệng kéo dài (sau 6 tuần đầu) Bạch sản dạng lông ở miệng Lao hạch Lao phổi Viêm phổi nặng tái diễn do vi khuẩn Viêm lợi hoặc viêm quanh răng loét hoại tử cấp Thiếu máu (<8 g/dl), giảm bạch cầu trung tính (<0,5 x 10 ⁹ /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (<50 x 10 ⁹ /l) không rõ nguyên nhân Viêm phổi kẽ dạng lympho có triệu chứng.

Người lớn và vị thành niên ^a	Trẻ em
	Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản.
Giai đoạn lâm sàng 4	
Hội chứng suy mòn do HIV Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) Viêm phổi do vi khuẩn tái phát Nhiễm herpes simplex mạn tính (môi miệng, sinh dục, hoặc hậu môn, trực tràng) kéo dài trên 1 tháng, hay herpes nội tạng bất kể vị trí nào) Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi) Lao ngoài phổi Kaposi sarcoma Nhiễm cytomegalo vi rút (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalo vi rút tạng khác) Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh) Bệnh lý não do HIV Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển Nhiễm cryptosporidium mạn tính Nhiễm Isosporia mạn tính Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm Talaromyces) U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B) Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV Nhiễm khuẩn huyết tái phát (bao gồm cả Salmonella không thương hàn) Ung thư cổ tử cung xâm lấn Bệnh leishmania lan tỏa không điển hình	Gầy mòn, còi cọc nặng hoặc suy dinh dưỡng nặng ^c không giải thích được không đáp ứng phù hợp với điều trị chuẩn thông thường Viêm phổi do <i>Pneumocystis jirovecii</i> (PCP) Nhiễm khuẩn nặng tái diễn, như viêm màng phổi, viêm mũi cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não nhưng loại trừ viêm phổi Nhiễm herpes mạn tính (nhiễm herpes simplex mạn tính ở môi miệng hoặc ngoài da kéo dài trên 1 tháng hoặc ở bất cứ tạng nào) Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi) Lao ngoài phổi Kaposi sarcoma Nhiễm cytomegalovirus (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovirus rút tạng khởi phát sau 1 tháng tuổi) Toxoplasma ở thần kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh) Bệnh lý não do HIV Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển Nhiễm cryptosporidium mạn tính (có tiêu chảy) Isosporiasis mạn tính Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, bệnh do nấm Talaromyces) U lympho (không Hodgkin thể não hoặc tế bào B) Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV

^aTrong bảng này, vị thành niên được xác định là trẻ từ 15 tuổi trở lên. Đối với trường hợp dưới 15 tuổi, sử dụng phân giai đoạn lâm sàng như trẻ em.

^bĐối với trẻ dưới 5 tuổi, suy dinh dưỡng trung bình được xác định gồm cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 2 z-score hoặc chu vi giữa cánh tay từ 115 mm đến dưới 125 mm.

^cĐối với trẻ dưới 5 tuổi, gầy mòn được xác định là cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 3 z-score; còi cọc được xác định là chiều dài theo tuổi /chiều cao theo tuổi <-2 z-score; suy dinh dưỡng cấp nặng là cân nặng theo chiều cao nhỏ hơn hoặc bằng 3 z-score hoặc chu vi phần giữa cánh tay <115 mm hoặc có phù.

Phụ lục 3: Liều lượng của các thuốc ARV cho người lớn và trẻ > 35 kg

Tên chung	Liều lượng
Ức chế sao chép ngược nucleoside (NRTIs)/ Ức chế sao chép ngược nucleotide (NtRTIs)	
Abacavir (ABC)	300 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 600 mg 1 lần trong ngày
Emtricitabine (FTC)	200 mg 1 lần trong ngày
Lamivudine (3TC)	150 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 300 mg 1 lần trong ngày
Zidovudine (AZT)	250–300 mg 2 lần mỗi ngày
Tenofovir (TDF)	300 mg 1 lần trong ngày
Ức chế sao chép ngược không-nucleoside (NNRTIs)	
Efavirenz (EFV)	400 hoặc 600 mg 1 lần trong ngày
Nevirapine (NVP)	200 mg 1 lần trong ngày trong 14 ngày, sau đó 200 mg 2 lần mỗi ngày. Khi sử dụng NVP trên người bệnh đang điều trị rifamycin, thì sử dụng đủ liều NVP 200 mg x 2 lần/ngày
Ức chế Proteases (PIs)	
Atazanavir + ritonavir (ATV/r)	300 mg + 100 mg 1 lần trong ngày
Darunavir + ritonavir (DRV/r)	800 mg + 100 mg 1 lần trong ngày hoặc 600mg + 100 mg 2 lần mỗi ngày
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	400 mg/100 mg 2 lần mỗi ngày Cân nhắc đối với những người có điều trị lao Nếu có rifabutin, không cần thiết điều chỉnh liều. Nếu có rifampicin, điều chỉnh liều LPV/r (LPV 800 mg + RTV200 mg hai lần mỗi ngày hoặc LPV 400 mg + RTV 400 mg hai lần mỗi ngày) hoặc SQV/r (SQV 400 mg + RTV 400 mg hai lần mỗi ngày), theo dõi chặt chẽ
Ức chế men tích hợp (INSTIs)	
Raltegravir (RAL)	400 mg 2 lần mỗi ngày
Dolutegravir (DTG)	50 mg 1 lần mỗi ngày

Phụ lục 4: Liều thuốc viên cố định dùng 2 lần mỗi ngày cho trẻ em

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số viên thuốc tính theo cân nặng, sáng và tối										Hàm lượng viên thuốc cho người lớn (mg)	Số lượng viên thuốc theo cân nặng	
		3 - 5,9 kg		6 - 9,9 kg		10 - 13,9 kg		14 - 19,9 kg		20 - 24,9 kg			25 - 34,9 kg	
		Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối		Sáng	Tối
AZT/3TC	Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/150	1	1
AZT/3TC / NVP	Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg/50 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/150/200	1	1
ABC/ AZT/3TC	Viên nén (phân tán) 60 mg/60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	300/300/150	1	1
ABC/3TC	Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	600/300	0.5	0.5

Phụ lục 5: Liều đơn giản hóa của thuốc viên uống một lần mỗi ngày cho trẻ em

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số lượng viên nén hoặc viên nang theo cân nặng, 1 lần trong ngày					Hàm lượng (mg)	Số lượng viên nén hoặc viên nang theo cân nặng, 1 lần trong ngày
		3 - 5.9 kg	6 - 9.9 kg	10 - 13.9 kg	14 - 19.9 kg	20 - 24.9 kg		25 - 34.9 kg
EFV*	Viên (1 vạch khứa) 200 mg	–	–	1	1.5	1.5	200	2
	Viên (vạch khứa kép) 600 mg	–	–	1/3	1/2	2/3	600	2/3
ABC/3TC	Viên nén phân tán 60/30 mg	2	3	4	5	6	600 + 300	1

*Không dùng EFV cho trẻ dưới 3 tuổi và cân nặng dưới 10 kg

Viên thuốc 2 vạch khứa kép có 1 mặt thuốc có 2 vạch khứa và mặt kia có 1 vạch khứa để có thể chia viên thuốc làm 3 phần hoặc 2 phần khi cần thiết

Phụ lục 6: Liều đơn giản hóa của thuốc viên, thuốc dung dịch uống dùng 2 lần mỗi ngày cho trẻ

Thuốc	Hàm lượng thuốc (mg)	Số viên thuốc tính theo cân nặng, sáng và tối										Hàm lượng viên thuốc cho người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng	
		3 - 5,9 kg		6 - 9,9 kg		10 - 13,9 kg		14 - 19,9 kg		20 - 24,9 kg			25 - 34,9 kg	
		Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối	Sáng	Tối		Sáng	Tối
		Chế phẩm thuốc viên												
3TC	Viên nén (phân tán) 30 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	150	1	1
AZT	Viên nén (phân tán) 60 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300	1	1
ABC	Viên nén (phân tán) 60 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	300	1	1
NVP ^a	Viên nén (phân tán) 50 mg	1	1	1,5	1,5	2	2	2,5	2,5	3	3	200	1	1
LPV/r ^b	Viên (bén với nhiệt) 100 mg/25 mg	–	–	–	–	2	1	2	2	2	2	100/25	3	3
		Chế phẩm dung dịch												
AZT	10 mg/ml	6 ml	6 ml	9 ml	9 ml	12 ml	12 ml	–	–	–	–	–	–	–
ABC	20 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	–	–	–	–	–	–	–
3TC	10 mg/ml	3 ml	3 ml	4 ml	4 ml	6 ml	6 ml	–	–	–	–	–		
NVP ^a	10 mg/ml	5 ml	5 ml	8 ml	8 ml	10 ml	10 ml	–	–	–	–	–	–	–
LPV/r ^b	80/20 mg/ml	1 ml	1 ml	1,5 ml	1,5 ml	2 ml	2 ml	2,5 ml	2,5 ml	3 ml	3 ml	–	–	–

^a Khi bắt đầu ARV, giảm nửa liều NVP để tránh độc tính. Đối với trẻ đang điều trị lao có rifampicin bắt đầu điều trị ARV, liều NVP 200mg/m² da/1 lần x 2 lần /ngày

^b Dung dịch LPV/r cần bảo quản lạnh trong quá trình lưu giữ và vận chuyển. Thuốc bền vững với nhiệt LPV/r cần được nuốt nguyên viên, không nên chia nhỏ hoặc nghiền nát.

Phụ lục 7: Liều đơn giản hóa của các chế phẩm TDF hiện có cho trẻ em

Thuốc	Kích cỡ thìa đong bột (mg) hoặc hàm lượng viên thuốc (mg)	Số lượng thìa hoặc viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày					Hàm lượng viên thuốc của người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày
		3 - 5,9 kg	6 - 9,9 kg	10 - 13,9 kg	14 - 19,9 kg	20 - 24,9 kg		25 - 34,9 kg
TDF ^a	Thìa đong bột uống 40 mg/ thìa	–	–	3	–	–	300 mg	1 (200 mg) ^b hoặc 1 (300 mg)
	Viên nén 150 mg hoặc 200 mg	–	–	–	1 (150 mg)	1 (200 mg)		

^a Liều đích: 8 mg/kg hoặc 200 mg/m² (tối đa 300 mg).

^b Viên 200 mg nên dùng cho trẻ có cân nặng 25 - 29,9 kg và viên 300 mg cho trẻ có cân nặng 30 - 34,9 kg

Phụ lục 8: Liều INH và CTX để dự phòng đã được đơn giản hóa

Thuốc	Hàm lượng viên thuốc hoặc dung dịch uống (mg hoặc mg/5 ml)	Số lượng thìa hoặc viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày					Hàm lượng viên thuốc của người lớn (mg)	Số lượng viên nén theo cân nặng, 1 lần trong ngày
		3 - 5.9 kg	6 - 9.9 kg	10 - 13.9 kg	14 - 19.9 kg	20 - 24.9 kg		
INH	100 mg	0.5	1	1.5	2	2.5	300 mg	1
CTX	Hỗn dịch 200/40 mỗi 5 ml	2.5 ml	5 ml	5 ml	10 ml	10 ml	—	—
	Viên nén (1 vạch khứa) 100/20 mg	1	2	2	4	4	—	—
	Viên nén (vạch khứa kép) 400/80 mg	—	Nửa viên	Nửa viên	1	1	480/80 mg	2
	Viên nén (vạch khứa kép) 800/160 mg	—	—	—	Nửa viên	Nửa viên	800/160 mg	1
INH/CTX /B6	Viên nén (vạch khứa kép) 960 mg/300 mg/25 mg	—	—	—	Nửa viên	Nửa viên	960 mg/300 mg/25 mg	1

Phụ lục 9: Liều CTX dự phòng cho trẻ phơi nhiễm/trẻ nhiễm HIV

Cân nặng (kg) Liều 5 mg (TMP)/kg/ngày	Xi-rô TMP 40 mg/SMX 200 mg /5ml x 1 lần/ngày	Viên nén TMP 20mg/SMX 100mg x 1 lần/ngày	Gói TMP 40mg/ SMX 200 mg x 1 lần/ngày	Viên nén TMP 80 mg/SMX 400 mg x 1 lần/ngày	Viên nén TMP 160 mg/SMX 800 mg x 1 lần/ngày
3,0 - 5,9	2.5ml/lần	1 viên/lần	½ gói	¼ viên/lần	
6,0 - 9,9	5ml/lần	2 viên/lần	1 gói	½ viên/lần	
10 - 13,9	5ml/lần	2 viên/lần	1 gói	½ viên/lần	
14 - 19,9	10ml/lần	4 viên/lần	2 gói	1 viên/lần	
20 - 24,9	10ml/lần	4 viên/lần	2 gói	1 viên/lần	
25 - 34,9				2 viên/lần	1 viên/lần
>= 35				2 viên/lần	1 viên/lần

Phụ lục 10. Độc tính và xử trí độc tính của các thuốc ARV

Thuốc ARV	Độc tính chính	Yếu tố nguy cơ	Xử trí
ABC	Phản ứng quá mẫn	Có gene HLA-B*5701	Nếu đang sử dụng ABC trong điều trị ARV bậc một, thay bằng TDF hoặc AZT Nếu đang sử dụng ABC trong điều trị ARV bậc hai, thay thế bằng TDF
ATV/r	Điện tâm đồ bất thường (khoảng PR kéo dài)	Các bệnh dẫn truyền sẵn có Sử dụng đồng thời các thuốc khác có khả năng kéo dài khoảng PR	LPV/r hoặc DRV/r. Nếu có chống chỉ định với các chất tăng cường PI và NNRTI đã thất bại trong điều trị ARV bậc một, thì cần cân nhắc các thuốc ức chế men tích hợp
	Tăng bilirubin gián tiếp (vàng da trên lâm sàng)	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	
	Sỏi thận và nguy cơ dậy thì sớm	Các yếu tố nguy cơ chưa được xác định	
AZT	Thiếu máu, Giảm bạch cầu hạt, bệnh lý cơ, teo mỡ hoặc loạn dưỡng mỡ	Thiếu máu hoặc giảm bạch cầu hạt trước điều trị Số lượng CD4 ≤ 200 tế bào/mm ³	Nếu đang sử dụng AZT trong điều trị ARV bậc một, thay thế bằng TDF hoặc ABC
	Toan lactic hoặc gan to kèm thoái hóa mỡ nặng	BMI > 25 (hoặc cân nặng cơ thể > 75 kg) Phơi nhiễm kéo dài với các thuốc tương tự nucleoside	
DRV/r	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	Nếu đang sử dụng DRV/r trong điều trị ARV bậc hai, thay thế bằng ATV/r hoặc LPV/r.
	Phản ứng quá mẫn và phản ứng da nặng	Dị ứng sulfonamide	
DTG	Gây độc cho gan và phản ứng quá mẫn	Đồng nhiễm viêm gan vi rút B, vi rút C Bệnh lý gan	Nếu DTG trong phác đồ điều trị ARV bậc 1 có phản ứng quá mẫn, thay thế thuốc ARV thuộc nhóm khác (EFV hoặc PI tăng cường)
EFV	Độc tính thần kinh trung ương kéo dài (như có các giấc mơ)	Trầm cảm hoặc các rối loạn tâm thần khác (có từ trước hoặc khi bắt đầu điều trị)	Cân nhắc thay thế bằng NVP khi có độc tính nhiễm độc thần kinh. Nếu dị ứng độ 3, độ 4

Thuốc ARV	Độc tính chính	Yếu tố nguy cơ	Xử trí
	bất thường, trầm cảm hoặc rối loạn ý thức)	Đùng ban ngày	hoặc nhiễm độc gan nặng, sử dụng thuốc PI tăng cường. Nếu không còn lựa chọn nào khác dùng 3 thuốc NRTI.
	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	
	Co giật	Tiền sử động kinh	
	Phản ứng quá mẫn, hội chứng Stevens-Johnson	Không rõ yếu tố nguy cơ	
	Có khả năng gây dị tật ống thần kinh bẩm sinh (nguy cơ ở người rất thấp)	Không rõ yếu tố nguy cơ	
	Vú to ở nam giới		
LVP/r	Điện tâm đồ bất thường (khoảng PR và QT kéo dài, xoắn đỉnh)	Người có bệnh lý dẫn truyền có sẵn Sử dụng đồng thời các thuốc khác có khả năng kéo dài khoảng PR	Nếu LPV/r được sử dụng trong điều trị ARV bậc một cho trẻ em thì có thể thay bằng một NNRTI phù hợp lứa tuổi (NVP đối với trẻ dưới 3 tuổi và EFV đối với trẻ từ 3 tuổi trở lên). Có thể thay bằng ATV cho trẻ trên 6 tuổi Nếu LPV/r được sử dụng trong điều trị ARV bậc hai cho người trưởng thành, sử dụng ATV/r hoặc DRV/r. Nếu có chống chỉ định với PI tăng cường và người bệnh bị thất bại điều trị ARV bậc một có NNRTI, cân nhắc các chất ức chế men tích hợp
	Khoảng QT kéo dài	Hội chứng QT dài bẩm sinh Hạ kali máu Sử dụng đồng thời các thuốc khác thể kéo dài khoảng QT	
	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan	
	Viêm tụy	Bệnh HIV tiên tiến	
	Nguy cơ dậy thì sớm, loạn dưỡng mỡ hoặc hội chứng chuyển hóa, rối loạn lipid máu hoặc tiêu chảy nặng	Nguy cơ không rõ	
NVP	Gây độc cho gan	Bệnh gan tiềm tàng như đồng nhiễm HBV và HCV	Thay bằng EFV nếu người bệnh không thể dung nạp NNRTI (nhiễm độc gan nặng),

Thuốc ARV	Độc tính chính	Yếu tố nguy cơ	Xử trí
		Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan CD4 > 250 tế bào/mm ³ ở phụ nữ CD4 > 400 tế bào/mm ³ ở nam giới Điều trị tháng đầu tiên (nếu không tăng liều dần)	sử dụng thuốc PI tăng cường hoặc 3 thuốc NRTI nếu không còn lựa chọn nào khác
	Phản ứng quá mẫn và phản ứng da nặng (hội chứng Stevens-Johnson)	CD4 > 250 tế bào/mm ³ ở phụ nữ CD4 > 400 tế bào/mm ³ ở nam giới	Ngừng thuốc nếu dị ứng vừa và nặng. Khi ổn định điều trị lại với phác đồ có PI, hoặc ba thuốc NRTI nếu không còn lựa chọn nào khác
RAL	Tiêu cơ vân, bệnh lý cơ, đau cơ	Dùng đồng thời với các thuốc làm tăng nguy cơ bệnh lý cơ và tiêu cơ vân	Đổi sang thuốc ARV thuộc nhóm khác (PI tăng cường)
	Viêm gan và suy gan, phát ban nặng, phản ứng quá mẫn	Chưa rõ yếu tố nguy cơ	
TDF	Bệnh thận mạn tính. Tổn thương thận cấp và hội chứng Fanconi	Bệnh thận tiềm tàng Người bệnh trên 50 tuổi BMI < 18.5 hoặc thấp cân (<50kg) Có bệnh lý kèm theo như cao huyết áp, tiểu đường mà không được điều trị. Đồng sử dụng các thuốc độc thận khác hay PI tăng cường	Thay thế bằng AZT hoặc ABC Không khởi động điều trị TDF khi mức lọc cầu thận < 50 ml/phút; có bệnh cao huyết áp không kiểm soát, tiểu đường chưa điều trị hay có biểu hiện suy thận
	Giảm mật độ khoáng xương	Có tiền sử rời loạn tạo xương, bệnh còi xương, gãy xương bệnh lý. Có nguy cơ loãng xương hoặc mất khoáng xương Thiếu Vitamin D	
	Toan lactic, gan to nhiễm mỡ	Tiền sử điều trị lâu dài với thuốc tương tự nucleoside Béo phì Bệnh gan	

Phụ lục 11. Bảng điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận

Các thuốc ARV	Mức lọc cầu thận (mL/phút)				Lọc máu khi mức lọc cầu thận < 10
	≥ 50	30-49	10-29	< 10	
ABC	Không yêu cầu điều chỉnh liều				
FTC 200 mg ngày một lần	200 mg hai ngày một lần	200 mg ngày một lần	200 mg bốn ngày một lần	200 mg bốn ngày một lần	
3TC 300 mg ngày một lần	150 mg ngày một lần	100 mg ngày một lần	50-25 mg ngày một lần	50-25 mg	
TDF 300 mg ngày một lần	300 mg mỗi 48giờ	Thay thuốc khác nếu không có thuốc thay thế: 300 mg 2 lần một tuần (mỗi 72-96giờ)	Không khuyến cáo sử dụng	300 mg 7 ngày/1 lần	
AZT 300 mg q12h	Không cần điều chỉnh liều		100 mg 8giờ một lần	100 mg 8 giờ một lần	
NNRTIs (EFV, NVP)	Không yêu cầu chỉnh liều				
Các thuốc PIs	Không yêu cầu chỉnh liều				

Phụ lục 12. Tương tác giữa các thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) điều trị viêm gan vi rút C với các thuốc ARV

Các thuốc DAAs	Các thuốc ARV										
	Efavirenz (EFV)	Nevirapine (NVP)	Abacavir (ABC)	Lamivudine/emtricitabine 3TC/FTC	Tenofovir (TDF)	Zidovudine (AZT)	Lopinavir/r (LPV/r)	Atazanavir (ATV/r)	Darunavir (DRV/r)	Dolutegravir (DTG)	Raltegravir (RAL)
Sofosbuvir											
Daclatasvir	Tăng liều daclatasvir thành 90mg	Tăng liều daclatasvir thành 90mg						Giảm liều daclatasvir thành 30mg			
Sofosbuvir/ Ledipasvir		Không có số liệu			Theo dõi độc tính thận		Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF	Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF	Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF		
Grazoprevir/ Elbasvir	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng					Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng		
Sofosbuvir/ Velpatasvir	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng			Theo dõi độc tính thận						
Sofosbuvir/ Velpatasvir/ Voxilaprevir	Không kê đơn cùng	Không có số liệu	Không có số liệu		Theo dõi độc tính thận	Không có số liệu	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng		
Simeprevir	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng					Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng		
Paritaprevir/ Ombitasvir/r +/- Dasabuvir	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng					Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng	Không kê đơn cùng		
Ribavirin						Không kê đơn cùng					



Không có tương tác đáng kể



Cần theo dõi/điều chỉnh liều



Có tương tác, không kê đơn



Không có số liệu

Phụ lục 13: Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ vị thành niên

Mục đích	Giúp trẻ hiểu đúng về tình trạng nhiễm HIV một cách tích cực và cung cấp giáo dục về tự chăm sóc, tuân thủ điều trị và phòng ngừa lây truyền nhiễm HIV cho người khác
Quy trình Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ vị thành niên	
Bước 1. Xác định trẻ đủ tiêu chí để bộc lộ tình trạng nhiễm HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Trẻ từ 7 tuổi trở lên; lứa tuổi phù hợp nhất để bộc lộ tình trạng nhiễm HIV hoàn toàn là từ 10-12 tuổi - Có người chăm sóc và hỗ trợ trẻ liên tục - Người chăm sóc và trẻ không bị bệnh nặng - Trẻ không bị chậm phát triển về tâm thần năng và không có ý tưởng tự sát. <p>Trường hợp cần bộc lộ khẩn cấp:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trẻ tình cờ biết nhiễm HIV - Trẻ nghi ngờ bị nhiễm HIV - Trẻ không tuân thủ điều trị - Trẻ đến tuổi dậy thì - Người chăm sóc muốn thông báo
Bước 2. Đánh giá sự sẵn sàng của người chăm sóc và trẻ khi chuẩn bị bộc lộ	<p><i>a. Đánh giá sự sẵn sàng của người chăm sóc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mong muốn thông báo, có thái độ tốt và ít lo âu hơn - Hiểu rõ về bệnh, lợi ích và bất lợi của việc bộc lộ - Có thể giao tiếp với trẻ tích cực (chuẩn bị ứng xử thích hợp trước các tình huống bất lợi trong quá trình bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ...) <p><i>b. Đánh giá sự sẵn sàng của trẻ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Khả năng lĩnh hội và giao tiếp của trẻ - Có khả năng cảm nhận về bản thân và mối quan hệ trong gia đình, trách nhiệm bản thân - Kinh nghiệm đương đầu với stress và giải quyết vấn đề - Khả năng bảo mật. <p><i>c. Đánh giá sự sẵn sàng của nhóm điều trị và tư vấn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiểu được mức độ phát triển của trẻ và bối cảnh gia đình... - Có kỹ năng tư vấn - Có kỹ năng giao tiếp với trẻ
Bước 3. Thông báo cho trẻ về tình trạng HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Nói sự thật, không nói dối trẻ (bộc lộ cho trẻ về tình trạng HIV, giải thích lý do trẻ mắc bệnh)

	<ul style="list-style-type: none"> - Cung cấp kiến thức về bệnh: đường lây và phòng bệnh, phân biệt HIV và AIDS, tự chăm sóc bản thân, tuân thủ điều trị ARV, tiên lượng của bệnh... - Đánh giá cảm xúc của trẻ và ứng xử thích hợp với cảm xúc của trẻ - Thảo luận về các chiến lược ứng phó, bao gồm xử lý bảo mật
Bước 4. Theo dõi và đánh giá trẻ và người chăm sóc sau bộc lộ	<p>Theo dõi và lượng giá trẻ và người chăm sóc ngay sau buổi thông báo, 1-2 tuần sau thông báo, 2 tháng sau thông báo và 6 tháng sau thông báo và bất cứ lúc nào cần thiết:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá cảm xúc của trẻ, đánh giá trẻ từ cách nhìn của người chăm sóc - Ôn lại và bổ sung kiến thức và hiểu biết về HIV, AIDS, tuân thủ điều trị, và tự chăm sóc sức khỏe - Hướng dẫn cho trẻ bảo mật thông tin về tình trạng nhiễm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tiếng Việt:

1. Bộ Y tế: “Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế” ban hành kèm theo Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 02 năm 2015.
2. Bộ Y tế: “Hướng dẫn quản lý, theo dõi điều trị người nhiễm HIV và người phơi nhiễm với HIV” ban hành kèm theo Thông tư số 32/2013/TT-BYT ngày 17 tháng 10 năm 2013 của Bộ Y tế.
3. Bộ Y tế: “Hướng dẫn điều kiện và phạm vi chuyên môn của cơ sở y tế điều trị bằng thuốc kháng HIV” ban hành kèm theo Thông tư số 09/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế: “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2009 của Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế: “Quy định chế độ báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS” ban hành kèm theo Thông tư số 03/2015/TT-BYT ngày 16 tháng 3 năm 2015.
6. Bộ Y tế: “Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương” ban hành kèm theo Thông tư số 02/2015/TT-BYT ngày 04 tháng 3 năm 2015 của Bộ Y tế.
7. Bộ Y tế: Quyết định số 4139/QĐ-BYT ngày 02 tháng 11 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19 tháng 8 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Bộ Y tế: Về việc ban hành “Hướng dẫn thực hiện chăm sóc người nhiễm HIV tại nhà và cộng đồng” ban hành kèm theo Quyết định số 1781/QĐ-BYT ngày 27 tháng 05 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
9. Bộ Y tế: “Về việc ban hành hướng dẫn phát hiện tích cực bệnh lao và điều trị dự phòng mắc lao bằng Isoniazid (INH) ở người nhiễm HIV” ban hành kèm theo Quyết định số 2495/QĐ-BYT ngày 18 tháng 7 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
10. Bộ Y tế: “Về việc ban hành Quy chế phối hợp giữa chương trình mục tiêu quốc gia phòng, chống HIV/AIDS và dự án phòng, chống bệnh lao thuộc chương trình mục tiêu quốc gia y tế” ban hành kèm theo Quyết định số 2496/QĐ-BYT ngày 18 tháng 7 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
11. Bộ Y tế: “Về việc ban hành quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con” ban hành kèm theo Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

12. Bộ Y tế: “Về việc ban hành Hướng dẫn thực hiện cải tiến chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú” ban hành kèm theo Quyết định 471/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

13. Cục Phòng, chống HIV/AIDS: “Ban hành Hướng dẫn quản lý cung ứng thuốc kháng HIV (ARV) trong Chương trình phòng, chống HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 165/QĐ-AIDS ngày 25 tháng 8 năm 2014 của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS.

14. Bộ Y tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B. Quyết định số 5448/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2014

15. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút C. Quyết định số 5012/QĐ-BYT ngày 20 tháng 9 năm 2016

16. Bộ Y tế (2015). Hướng dẫn, chẩn đoán điều trị và dự phòng bệnh lao. Quyết định số 4263/QĐ-BYT ngày 13/10/2015

Tài liệu tiếng Anh:

1. AIDS info, Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents, Aug 2017
2. European AIDS Clinical Society (EASL), Guidelines, 1/2017
3. India: Antiretroviral therapy guidelines for HIV-Infected adults and adolescents, May 2013.
4. Malaysia: Guidelines for the management of adult HIV infection with antiretroviral therapy, December 2011.
5. South Africa: The south african antiretroviral treatment guidelines , March 2013.
6. United States Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health and the Infectious Diseases Society of America, Treating Opportunistic Infections Among HIV-Exposed and Infected Children, MMWR December 3, 2004 / 53(RR14);1-63
7. WHO (2008), Operations manual for delivery of HIV prevention, care and treatment at primary health care centres in high-prevalence, resource-constrained settings.
8. WHO (2011), Rapid advice: Diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children.
9. WHO (2011), Intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings.

10. WHO (2012), Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs
11. WHO (2013), Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.
12. WHO (2013), Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs.
13. WHO (2013), HIV and adolescents: Guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: Guidance document.
14. WHO (2014), Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.
15. WHO (2014), Guidelines on post-exposure prophylaxis for HIV and the use of co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among adults, adolescents and children: Recommendations for a public health approach - December 2014 supplement to the 2013 consolidated ARV guidelines.
16. WHO (2014) , Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection.
17. WHO (2014), March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.
18. WHO (2014), July 2014 Global update on the health sector response to HIV, 2014.
19. WHO (2015), Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection.
20. WHO (2016) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.
21. WHO (2017) Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy
22. WHO (2016). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection.
23. WHO (2017). Guideline on hepatitis B and C testing.
24. WHO- UNITAID (2017). Technology and market landscape. Hepatitis C medicines