

## **PHẦN V**

# **CHĂM SÓC, HỖ TRỢ VÀ ĐIỀU TRỊ CHO BÀ MẸ NHIỄM HIV VÀ CON CỦA HỌ SAU SINH**

Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho bà mẹ nhiễm HIV và con của họ sau sinh đóng vai trò quan trọng trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Mặc dù hầu hết các bà mẹ nhiễm HIV sau sinh sẽ được giới thiệu và chuyển đến các cơ sở chăm sóc và điều trị ngoại trú để theo dõi và điều trị khi cần thiết như một người nhiễm HIV bình thường nhưng việc chăm sóc và tư vấn cho bà mẹ nuôi dưỡng trẻ sau sinh một cách thích hợp sẽ giúp giảm lây truyền HIV từ mẹ sang. Hơn nữa, đối với hầu hết trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV chưa thể khẳng định ngay trẻ đó có bị nhiễm HIV hay không nên việc chăm sóc cho các trẻ phơi nhiễm sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV là hết sức cần thiết. Đây cũng chính là thành tố thứ tư - thành tố cuối cùng của chương trình DPLTMC do các tổ chức Liên hiệp quốc khuyến cáo thực hiện.

## **CHƯƠNG I**

### **CHĂM SÓC BÀ MẸ NHIỄM HIV SAU ĐẸ**

#### **I. CHĂM SÓC TIẾP TỤC CHO BÀ MẸ NHIỄM HIV**

##### **1. Cung cấp thuốc kháng vi rút cho những bà mẹ đủ tiêu chuẩn điều trị**

Đối với những người mẹ được xác định là chưa cần điều trị bệnh cho bản thân, hoặc chỉ mới được chẩn đoán nhiễm HIV khi chuyển dạ đẻ, họ sẽ được sử dụng phác đồ PLTMC độc lập. Sau khi đã sinh con, tại cơ sở sản khoa, người mẹ nhiễm HIV sẽ tiếp tục được tư vấn và cung cấp thuốc kháng HIV trong thời gian 1 tuần theo các phác đồ hiện nay (Chi tiết xem Phụ lục 4 và 5) sau đó ngừng thuốc. Đồng thời, cần giới thiệu họ đến với cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS để tiếp tục theo dõi sức khỏe và các vấn đề liên quan. Tại đó, họ sẽ được theo dõi, hẹn khám định kỳ. Khi có dấu hiệu bệnh, họ sẽ được các bác sĩ chuyên về chăm sóc điều trị HIV/AIDS cung cấp phác đồ điều trị thích hợp.

Nếu người mẹ đã được điều trị ARV cho bản thân từ trước khi mang thai hoặc khi đang mang thai và do đó không dùng thuốc theo phác đồ PLTMC độc lập, sau khi sinh con, tư vấn và giới thiệu người mẹ quay trở lại với cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS để tiếp tục điều trị suốt đời.

Những phụ nữ mới được xét nghiệm sàng lọc cho kết quả HIV dương tính khi chuyển dạ được hỗ trợ xét nghiệm theo quy định để khẳng định thực sự họ có nhiễm HIV hay không.



Nếu có kết quả khẳng định chắc chắn đã nhiễm HIV thì tư vấn và giới thiệu họ đến các cơ sở chăm sóc điều trị để tiếp tục theo dõi và điều trị khi cần thiết. Nếu kết quả khẳng định là không nhiễm, cần dừng các can thiệp DPLTMC và tư vấn thích hợp.

Theo quy trình chăm sóc và điều trị PLTMC, các cơ sở sản khoa cung cấp dịch vụ PLTMC có thể có sẵn địa chỉ liên hệ của các tổ chức hỗ trợ xã hội, các nhóm/câu lạc bộ hỗ trợ (câu lạc bộ người nhiễm, nhóm bạn giúp bạn,...). Các cơ sở sản khoa cần cung cấp các thông tin này để những phụ nữ nhiễm HIV khi xuất viện sau để đến với các dịch vụ hỗ trợ đó khi cần thiết. Đồng thời cũng giải thích để họ yên tâm rằng thông tin về tình trạng HIV của họ sẽ được giữ bí mật theo quy định của pháp luật. Điều này có nghĩa là mặc dù họ được giới thiệu đến các tổ chức xã hội này, các thông tin xác định cá nhân họ cũng như tình trạng HIV của họ sẽ không được thông báo đến với những tổ chức đó hay đến những người không liên quan khác.

## 2. Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn

Nếu người phụ nữ nhiễm HIV không muốn tiếp tục sinh con, họ sẽ được tư vấn để sử dụng các biện pháp giúp cho việc sinh hoạt vợ chồng (sinh hoạt tình dục) bình thường nhưng không có thai. Hiện nay ở nước ta có rất nhiều biện pháp có thể giúp cho những người phụ nữ không muốn có con và chồng/bạn tình của họ thực hiện ý định tránh thai của mình. Tuy nhiên, chỉ có rất ít biện pháp vừa tránh thai lại đồng thời giúp phòng tránh nhiễm HIV.

- Bao cao su là một biện pháp tránh thai phù hợp nhất với những cặp vợ chồng/bạn tình đã nhiễm HIV vì nó có tác dụng kép, vừa có tác dụng tránh thai, đồng thời có thể giúp phòng lây truyền HIV và nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục khác một cách có hiệu quả. Đây là biện pháp tránh thai tốt nhất cho những phụ nữ đã nhiễm HIV, kể cả khi người chồng của họ đã nhiễm hoặc chưa nhiễm HIV. Đồng thời bao cao su cũng giúp phòng nhiễm HIV và tránh thai đối với những phụ nữ chưa nhiễm hoặc không biết đã nhiễm HIV hay chưa.
- Có những biện pháp được sử dụng để tránh thai nhưng không tránh được lây truyền HIV và các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục khác. Một số biện pháp thông dụng, có khả năng tránh thai hiệu quả cao và được nhiều người biết đến trong số đó có thể kể đến là dụng cụ tử cung (hay vòng tránh thai), viên uống tránh thai (thuốc tránh thai), các loại thuốc tiêm, thuốc cấy hoặc băng dán tránh thai...
- Một số cặp vợ chồng lựa chọn tránh thai bằng cách chỉ quan hệ tình dục vào một số ngày nhất định tính theo chu kỳ kinh nguyệt (hành kinh) của người phụ nữ: trong những ngày không hành kinh, có những ngày rất khó có khả năng thụ thai (ngày có thể quan hệ tình dục) và có những ngày dễ thụ thai (ngày kiêng quan hệ tình dục). Một số khác chủ động xuất tinh ngoài âm đạo bằng cách khi quan hệ tình dục, người nam giới rút dương vật của mình ra khỏi âm đạo người phụ nữ rồi mới xuất tinh. Cả hai biện pháp này đều là những biện pháp có thể giúp tránh thai nhưng không có hiệu quả cao: một số người sử dụng các biện pháp này vẫn có thai mặc dù họ không muốn có.

*(Chi tiết các biện pháp tránh thai xem tại Phần III - Chương 2: Các biện pháp tránh thai).*



## II. TƯ VẤN HỖ TRỢ TIẾP THEO CHO BÀ MẸ

### 1. Tư vấn và hỗ trợ tiếp theo về nuôi dưỡng trẻ

Sữa mẹ là nguồn thức ăn tốt nhất cho trẻ sơ sinh. Nó tốt hơn, an toàn hơn và rẻ hơn bất cứ một loại sữa thay thế (còn gọi là sữa hộp, sữa bột, sữa ngoài...) nào khác. Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn không những thuận tiện hơn mà còn rất quan trọng cho sức khỏe của trẻ sơ sinh vì sữa mẹ cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng và bảo vệ cho trẻ khỏi mắc bệnh tật. Tuy nhiên, nếu người mẹ nhiễm HIV, sữa của họ cũng có HIV. Khi cho trẻ bú, HIV từ sữa mẹ sẽ vào đường tiêu hóa của trẻ. Mặc dù không phải trẻ nào bú sữa của người mẹ nhiễm HIV cũng sẽ nhiễm HIV, những người mẹ càng cho trẻ bú dài ngày thì trẻ của họ càng có khả năng nhiễm HIV cao. Những trẻ vừa được cho bú mẹ vừa được ăn sữa thay thế sẽ có nhiều nguy cơ nhiễm HIV từ người mẹ hơn cả.

Các tổ chức Liên hiệp quốc đã thống nhất đưa ra khuyến cáo chung cho các bà mẹ nhiễm HIV lựa chọn một trong hai phương thức nuôi con như sau:

- + Cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong những tháng đầu và ngừng càng sớm càng tốt khi bà mẹ có đủ điều kiện cho trẻ ăn thức ăn bổ sung, muộn nhất là khi trẻ được 6 tháng tuổi
- + Nuôi con hoàn toàn bằng sữa thay thế khi gia đình có đủ các điều kiện sau:

1. Được bà mẹ chấp nhận, gia đình đồng ý và hỗ trợ nuôi con bằng sữa thay thế
2. Bà mẹ và gia đình có đủ điều kiện về thời gian chuẩn bị bữa ăn, kiến thức và thực hành nuôi trẻ bằng sữa thay thế
3. Có đủ khả năng cung cấp sữa thay thế
4. Nguồn sữa thay thế phải luôn sẵn có trên thị trường
5. Đảm bảo điều kiện an toàn vệ sinh như vệ sinh cá nhân, nguồn nước sạch, dụng cụ pha sữa và vệ sinh trong chế biến

Mỗi phương thức nuôi con trên đây đều có các thuận lợi và khó khăn riêng, các bà mẹ cần phải được cán bộ y tế tư vấn để tự lựa chọn **CHỈ MỘT** trong hai cách nuôi trẻ thích hợp với hoàn cảnh và điều kiện của mình. Tuyệt đối không kết hợp vừa cho trẻ bú sữa mẹ vừa cho ăn sữa thay thế hoặc bất cứ loại thức ăn bổ sung nào khác vì cách nuôi kết hợp như vậy sẽ làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con



### 1.1. Nếu người mẹ chọn biện pháp nuôi con bằng sữa mẹ

a) *Hướng dẫn bà mẹ về tư thế bú của trẻ:*

- Đầu: trẻ được đỡ, thẳng với thân;
- Mặt: hướng vào vú mẹ;
- Thân: đỡ toàn bộ thân trẻ, thân trẻ thẳng, sát người mẹ.

b) *Tiêu chuẩn ngậm bắt vú tốt:*

- Cằm: Chạm vào vú mẹ;
- Miệng: miệng trẻ mở rộng;
- Môi: Môi dưới hướng ra ngoài;
- Quầng: Quầng vú trên được trẻ ngậm nhiều hơn quầng vú dưới.

c) *Cho trẻ bú mẹ ngay sau đẻ*

- Dẫn người mẹ cho trẻ bú sớm ngay sau đẻ và bất cứ khi nào trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm theo nhu cầu của trẻ, điều này sẽ làm tăng khả năng tiết sữa- mẹ đủ sữa trẻ sẽ tăng cân đều. Nên cho trẻ uống thêm 1 - 2 thìa cà phê nước đun sôi để nguội sau mỗi bữa bú.

### 1.2. Nếu người mẹ chọn biện pháp nuôi con bằng sữa thay thế

- Hướng dẫn và cho người mẹ thực hành cách pha sữa an toàn cho trẻ.

+ Cách tính số lượng sữa của trẻ trong mỗi bữa và số bữa trong ngày theo bảng sau:

Tháng tuổi	Số lượng (ml) và số lần/ngày
0 - 1	60 ml x 8 lần
1 - 2	90 ml x 7 lần
2 - 3	120 ml x 6 lần
3 - 4	120 ml x 6 lần
4 - 5	150 ml x 6 lần
5 - 6	150 ml x 6 lần

- + Khi cho trẻ ăn nên cho ăn bằng thìa và cốc. Cần lưu ý cách vệ sinh dụng cụ pha sữa và dụng cụ cho trẻ ăn: các dụng cụ pha sữa như thìa, cốc phải được rửa kỹ bằng vải mềm và luộc sôi khoảng 10 phút rồi cất nơi khô ráo, tránh côn trùng.
- + Hộp sữa đậy kín nắp, các dụng cụ pha sữa cần được bảo quản trong một hộp sạch, cất nơi khô ráo tránh ruồi, côn trùng.

- *Các lưu ý khác:*

- + Khi lựa chọn biện pháp nuôi con bằng sữa mẹ cần nuôi trẻ hoàn toàn bằng sữa mẹ mà không cho trẻ ăn thêm bất cứ thức ăn, nào khác. Tuyệt đối không cho trẻ vừa bú mẹ vừa ăn thêm (ăn sam) làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV cho trẻ. Cai sữa càng



sớm càng tốt chậm nhất là 6 tháng đầu. Khi cai sữa cần ngừng sữa mẹ hoàn toàn và chuyển sang thức ăn thay thế.

- + Ngoài những hướng dẫn và chăm sóc thường quy như đối với mọi trẻ em khác, đối với trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV cần hướng dẫn người mẹ về bệnh nấm miệng: Các mảng màu trắng sữa hoặc vàng, ở miệng, niêm mạc lưỡi, vòm họng, lan rộng, dễ tái phát.

Cách xử trí: đánh tưa bằng thuốc Nystatin dạng viên hoặc dạng bột. Dùng một gói Nystatin pha với 5 ml nước đun sôi để nguội. Dùng khăn vải mỏng hoặc tăm bông bôi lên vị trí bị nấm ngày 3 lần. Cần đánh tưa đủ 3 ngày.

## 2. Các hướng dẫn khác cho bà mẹ trước khi xuất viện

### 2.1. Đảm bảo cấp đủ thuốc ARV cho mẹ và con theo đúng chỉ định

- Đảm bảo cấp đủ thuốc ARV của quy trình phòng lây truyền mẹ con cho người mẹ;
  - + Nếu người mẹ đang được điều trị ARV theo chỉ định điều trị cho mẹ, cần nhắc nhở người mẹ tiếp tục uống thuốc đầy đủ;
  - + Nếu người mẹ được chỉ định DPLTMC, cấp thuốc đủ 7 ngày cho bà mẹ và kiểm tra sự hiểu biết về thuốc ARV, tác dụng phụ của thuốc;
- Cấp đầy đủ thuốc ARV để dự phòng lây truyền mẹ con cho con của họ:
  - + Kiểm tra số lượng thuốc ARV cấp cho trẻ (7 ngày hay 28 ngày phụ thuộc vào thời gian mẹ uống thuốc trước khi chuyển dạ) và liều lượng thuốc theo hướng dẫn ở phần trên;
  - + Kiểm tra người mẹ hoặc người chăm sóc về cách đóng liều lượng si rô AZT cho trẻ, thời điểm và số lần cho trẻ uống thuốc mỗi ngày, cách bảo quản thuốc si rô tại nhà.
- Cần kiểm tra và tư vấn đầy đủ về tuân thủ điều trị ARV.

### 2.2. Kiểm tra lại kiến thức của người mẹ về nuôi dưỡng trẻ

- Nên đặt các câu hỏi kiểm tra để người mẹ trả lời. Nếu người mẹ chưa nắm vững cần hướng dẫn người mẹ thực hành lại.
- Lưu ý người mẹ không nuôi kết hợp giữa bú mẹ và nuôi thay thế vì làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

### 2.3. Dặn khám lại

- **Đối với người mẹ:**
  - + Nếu người mẹ đang được điều trị ARV theo chỉ định điều trị HIV/AIDS của mẹ, nhắc nhở người mẹ tiếp tục theo dõi quản lý điều trị tại phòng khám ngoại trú HIV dành cho người lớn.
  - + Nếu người mẹ đã được điều trị DPLTMC, dặn người mẹ đến khám đăng ký tại phòng khám ngoại trú HIV dành cho người lớn và mang theo sổ cấp thuốc điều trị DPLTMC và mang theo phiếu, giấy giới thiệu chuyên tiếp từ cơ sở sản khoa.



- **Đối với trẻ:** tư vấn cho người mẹ đưa trẻ đến đăng ký khám và điều trị tại phòng khám ngoại trú dành cho trẻ em khi trẻ tròn 1 tháng tuổi và mang theo phiếu, giấy giới thiệu chuyển tiếp từ cơ sở sản khoa.

#### 2.4. Giới thiệu chuyển tiếp người mẹ và chuyển trẻ đến các phòng khám ngoại trú HIV

- Với người mẹ: Chuyển tiếp, giới thiệu người mẹ đến phòng khám và điều trị ngoại trú cho người lớn trong khu vực để được theo dõi tiếp tục. Đồng thời tư vấn cho các bà mẹ về các dịch vụ chăm sóc tại cộng đồng dành cho trẻ phơi nhiễm và cho người lớn nhiễm HIV
- Với trẻ nhi: Chuyển tiếp, giới thiệu để người mẹ đưa trẻ đến phòng khám điều trị ngoại trú Nhi gần nhất lúc trẻ tròn một tháng tuổi để được tiếp tục theo dõi sức khỏe và điều trị khi cần thiết. Đồng thời tư vấn cho các bà mẹ về các dịch vụ chăm sóc dành cho trẻ phơi nhiễm tại phòng khám ngoại trú nhi và tại cộng đồng.

## CHƯƠNG II

### CHĂM SÓC TRẺ PHƠI NHIỄM VÀ NHIỄM HIV

Ở các nước đang phát triển, trẻ nhiễm HIV chủ yếu tử vong do các bệnh thông thường như ỉa chảy, viêm phổi, suy dinh dưỡng... Phần lớn các trường hợp tử vong này có thể phòng tránh được nếu trẻ được nhận các dịch vụ chăm sóc toàn diện và thích hợp. Dịch vụ chăm sóc trọn gói này bao gồm việc nuôi dưỡng và tư vấn dinh dưỡng cho trẻ, tiêm chủng phòng bệnh, chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV, xử trí thích hợp các bệnh thông thường và các bệnh nhiễm trùng cơ hội, theo dõi thường kỳ, điều trị bằng thuốc kháng vi rút, điều trị hạn chế tàn phế và chia sẻ thông tin với cha mẹ, người chăm sóc trẻ để nâng cao hiệu quả chăm sóc trẻ tại nhà.

Ngoài việc chăm sóc y tế, cần có sự tham gia chăm sóc của cộng đồng để đáp ứng các nhu cầu khác như chăm sóc và hỗ trợ tâm lý xã hội cũng như hỗ trợ đặc biệt cho trẻ mồ côi, dễ bị xâm hại.

Việc chăm sóc trẻ cần quan tâm đầy đủ đến ba nhóm trẻ sau:

- Những trẻ chưa được khẳng định tình trạng nhiễm HIV;
- Trẻ đã được khẳng định nhiễm HIV;
- Trẻ đã được khẳng định không nhiễm HIV.

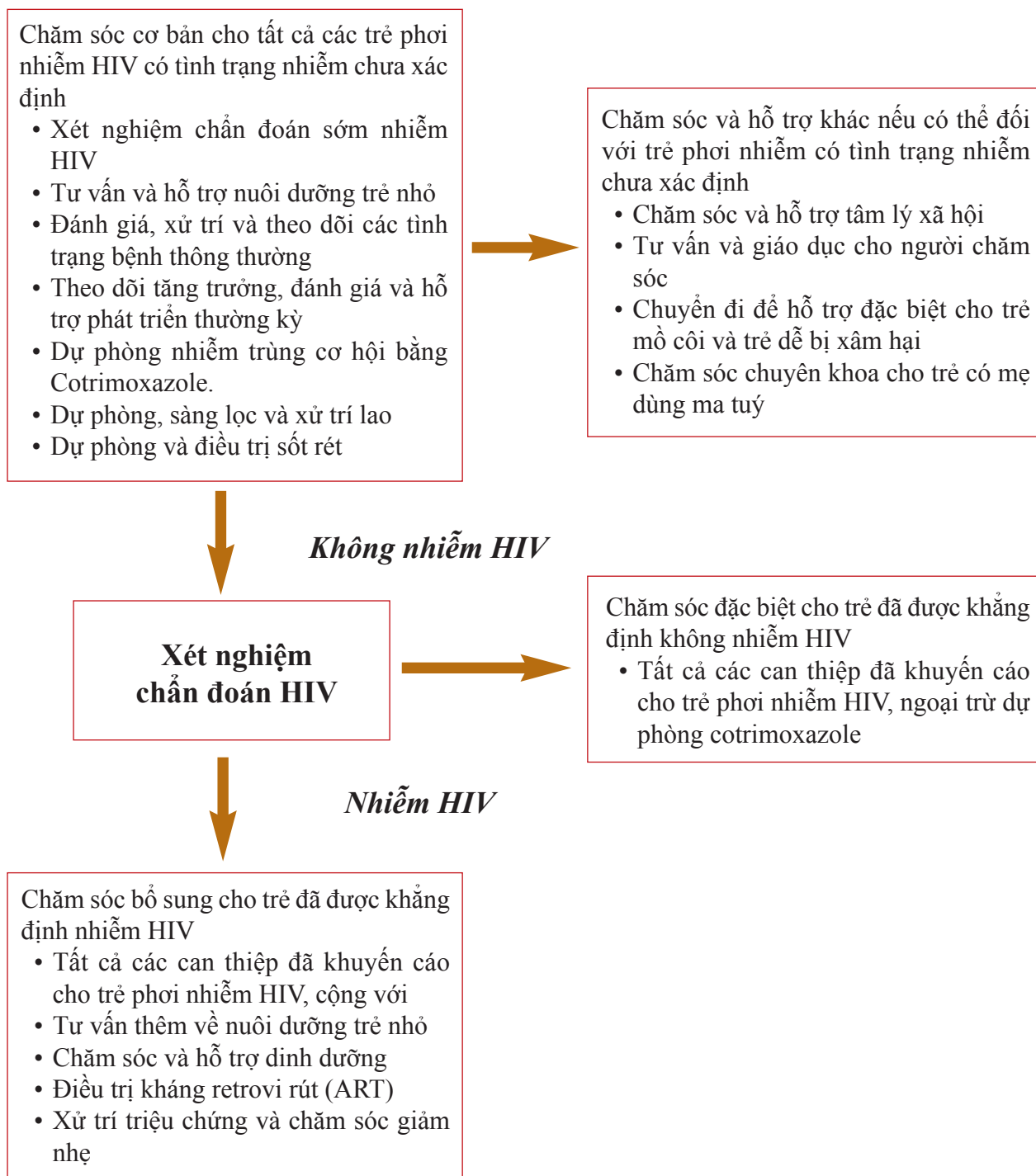
Tuy nhiên đối với trẻ đã được khẳng định không nhiễm HIV, việc chăm sóc cơ bản giống như những trẻ em khác.

Cần lưu ý trẻ phơi nhiễm HIV sau khi được khẳng định không nhiễm HIV cũng dễ bị kỳ thị, xâm hại và vẫn có các nguy cơ bệnh tật và tử vong. Vì vậy những trẻ này cần được chăm sóc như khuyến cáo đối với trẻ phơi nhiễm HIV, nhưng không cần dự phòng bằng cotrimoxazole.

Khái quát các can thiệp chăm sóc then chốt đối với ba nhóm trẻ này như sau:



**Hình 1: Các can thiệp chăm sóc sức khỏe cho trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV**



## **I. CHĂM SÓC CƠ BẢN CHO TRẺ PHƠI NHIỄM HIV CHƯA XÁC ĐỊNH ĐƯỢC TÌNH TRẠNG NHIỄM**

Chăm sóc cơ bản cho trẻ phơi nhiễm HIV chưa xác định được tình trạng nhiễm bao gồm các hoạt động sau:



- Xét nghiệm chẩn đoán sớm nhiễm HIV;
- Tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ nhỏ;
- Đánh giá, xử trí và theo dõi các tình trạng bệnh thông thường;
- Theo dõi tăng trưởng, đánh giá và hỗ trợ phát triển thường kỳ;
- Dự phòng Dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole.
- Dự phòng, sàng lọc và xử trí lao;
- Dự phòng và điều trị sốt rét.

Chăm sóc và hỗ trợ khác cho trẻ, nếu có thể

- Chăm sóc và hỗ trợ tâm lý xã hội;
- Tư vấn và giáo dục cho người chăm sóc;
- Chuyển đi để hỗ trợ đặc biệt cho trẻ mồ côi và trẻ dễ bị xâm hại;
- Chăm sóc chuyên khoa cho trẻ có mẹ dùng ma túy.

## 1. Xét nghiệm chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

### 1.1. Lợi ích của chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

Xét nghiệm chẩn đoán sớm để khẳng định hoặc loại trừ nhiễm HIV ở trẻ nhỏ, có những lợi ích cho cá nhân gia đình trẻ cũng như cho các chăm sóc y tế:

- Về mặt gia đình và xã hội: Xét nghiệm chẩn đoán sớm sẽ giúp gia đình trẻ giảm nhẹ căng thẳng khi đối mặt với tình trạng nhiễm HIV. Giúp cho việc lựa chọn nuôi dưỡng trẻ đối với cả hai mẹ con một cách hiệu quả. Hơn nữa, trong một số trường hợp trẻ là điểm bắt đầu để chẩn đoán tình trạng nhiễm HIV trong cả gia đình. Xét nghiệm sớm có thể tạo cơ hội cho người mẹ, người cha và người chăm sóc tiếp cận được với các dịch vụ TVXNTN và chăm sóc HIV sớm.
- Về mặt y tế: Việc xét nghiệm chẩn đoán sớm giúp cho các thầy thuốc phân biệt trẻ nhiễm HIV và bị bệnh AIDS với các bệnh khác như lao, suy dinh dưỡng và các bệnh nhiễm trùng khác hay gặp ở trẻ nhỏ không nhiễm HIV; Định hướng các quyết định liên quan đến tiêm chủng phòng bệnh cho trẻ và điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Trimethoprim-sulfamethoxazole (còn gọi là cotrimoxazole) cũng như điều trị bằng thuốc kháng vi rút. Chẩn đoán sớm sẽ xác định được những trẻ cần dùng cotrimoxazole, tránh được việc dùng cotrimoxazole không cần thiết và giảm sự kháng thuốc cũng như chi phí.
- Ngoài ra chẩn đoán sớm còn có vai trò cung cấp thông tin về số lượng trẻ nhiễm HIV, góp phần theo dõi hiệu quả của các can thiệp PLTMC. Các nhà quản lý và nhân viên hỗ trợ trong hệ thống y tế cũng có thể sử dụng thông tin này để vạch kế hoạch cho các dịch vụ can thiệp y tế và phân phối nguồn lực.
- Trẻ có kết quả xét nghiệm chẩn đoán âm tính, phù hợp với yêu cầu của lứa tuổi, sẽ được loại trừ nhiễm HIV và không cần theo dõi tại phòng khám ngoại trú HIV.





## 1.2. Các phương pháp xét nghiệm chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

Cho đến nay, nhờ trình độ phát triển khoa học trên thế giới, người ta có thể chẩn đoán nhiễm HIV bằng 2 phương pháp chính:

- Phát hiện kháng thể kháng HIV: nên được sử dụng để chẩn đoán cho trẻ từ 9 -18 tháng tuổi (nếu xét nghiệm huyết thanh học âm tính, có thể loại trừ nhiễm HIV trong số trẻ không bú sữa mẹ, do đó không cần làm xét nghiệm PCR cho nhóm trẻ này nữa).
- Xét nghiệm phát hiện vi rút (xét nghiệm PCR phát hiện cấu trúc gen của HIV): Được áp dụng chẩn đoán cho trẻ dưới 18 tháng tuổi. Việc chẩn đoán bằng xét nghiệm vi rút được áp dụng khi trẻ được 4 – 6 tuần tuổi trở lên.

Chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng cần sử dụng các xét nghiệm phát hiện vi rút. Xét nghiệm này bao gồm phản ứng chuỗi polymerase (PCR) ADN để phát hiện HIV trong tế bào máu ngoại vi hoặc xét nghiệm phát hiện ARN HIV huyết tương.

Tuy nhiên ở những nước đang phát triển có nguồn lực hạn chế, trong đó có Việt Nam, việc chẩn đoán bằng xét nghiệm vi rút mới được triển khai, cho nên chưa được áp dụng một cách rộng rãi.

## 2. Khám định kỳ bao gồm theo dõi tăng trưởng và hỗ trợ dinh dưỡng

Thông thường trẻ nhỏ sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV có nguy cơ bệnh tật và tử vong cao hơn nhiều so với trẻ sinh ra từ người mẹ không nhiễm mà chưa tính đến việc trẻ có nhiễm HIV hay không. Một trong những lý do này là tình trạng sức khỏe người mẹ có ảnh hưởng đến việc chăm sóc con cái của họ. Theo thống kê của các nước, trẻ sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV có nguy cơ tử vong cao gấp ba lần so với những trẻ có mẹ không bị nhiễm. Vì vậy trẻ phơi nhiễm HIV cần được chăm sóc và điều trị các bệnh thông thường của lứa tuổi tại các cơ sở y tế. Cần theo dõi thường xuyên, liên tục sự tăng trưởng của trẻ, phòng các nhiễm trùng thông thường và các bệnh nhiễm trùng cơ hội, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng, hỗ trợ dinh dưỡng. Cần lưu ý định kỳ bổ sung vitamin A bắt đầu khi trẻ được 6 tháng tuổi sẽ góp phần giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tật ở trẻ nhiễm và không nhiễm HIV. Người chăm sóc cũng cần được hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng của trẻ theo lứa tuổi và các lời khuyên khi trẻ bị suy dinh dưỡng nặng, trong đó có trẻ phơi nhiễm HIV, dùng thêm các loại vitamin, kẽm và sắt ít nhất 2 tuần sau mỗi lần mắc bệnh.

Ngoài ra, trẻ cũng cần được chăm sóc sức khỏe định kỳ. Trong mỗi lần khám, cần tiến hành các công việc sau:

- Đánh giá, xử trí và theo dõi các tình trạng thông thường;
- Theo dõi tăng trưởng và phát triển;
- Tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ;
- Đánh giá tình trạng tiêm chủng;
- Đánh giá sự cần thiết và tuân thủ dự phòng cotrimoxazole;
- Dự phòng, sàng lọc và xử trí bệnh lao;



- Dự phòng và điều trị sốt rét;
- Đánh giá giai đoạn lâm sàng hiện tại hoặc các triệu chứng có thể chỉ điểm nhiễm HIV (Xem chi tiết tại Phụ lục 6);
- Đánh giá sức khoẻ và dinh dưỡng người mẹ, khi cần thì chuyển người mẹ đi chăm sóc thích hợp vì sức khoẻ người mẹ và trẻ có liên quan tương hỗ.
- Tư vấn người mẹ hoặc người chăm sóc.

Trong trường hợp trẻ không lên cân hoặc sút cân khi cân, đo hàng tháng cần tiến hành kiểm tra chi tiết tình trạng sức khoẻ và cách nuôi dưỡng trước đó. Nếu không phát hiện được nguyên nhân rõ ràng gây thất bại tăng trưởng thì cần chú ý đến các yêu cầu phải thăm khám kỹ càng và làm thêm các xét nghiệm thăm dò, trong đó có xét nghiệm vi rút học HIV.

### 3. Tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ

#### 3.1. Nếu người phụ nữ nhiễm HIV lựa chọn cho con bú

Khuyến người mẹ về tư thế và đặt núm vú phù hợp, cách ngăn ngừa, nhận biết và xử trí nứt núm vú, viêm vú và các tình trạng khác về vú, số lần cho ăn, nhu cầu dinh dưỡng theo tuổi của trẻ, cách cai sữa và nhu cầu dinh dưỡng bổ sung.

Cần tư vấn cho phụ nữ nhiễm HIV về kế hoạch và cách thực hiện chuyển tiếp an toàn sang nuôi dưỡng thay thế, trong đó bao gồm thông tin về thức ăn thích hợp, số lần cho ăn, số lượng thức ăn cần thiết, cách chăm sóc và dỗ dành trẻ trong và sau khi cai sữa.

Người phụ nữ cần được hướng dẫn và hỗ trợ khi cai sữa để tránh các hậu quả về dinh dưỡng và tâm lý có hại cho trẻ và để duy trì bầu vú lành mạnh. Nên điều trị ngay bất cứ tình trạng nào về vú, như viêm vú, nứt núm vú hay cương vú. Khi cai sữa nên tư vấn về kế hoạch hoá gia đình.

Cách nuôi dưỡng trẻ sau khi cai sữa mẹ

- Cho đồ ăn nửa rắn và đồ ăn rắn từ khoảng 6 tháng tuổi.
- Tuân theo khuyến cáo nuôi dưỡng chung như sau:
  - + Cung cấp bữa ăn nhỏ đều đặn ít nhất 2-3 lần mỗi ngày nếu trẻ 6-12 tháng tuổi và ít nhất 5-6 bữa ăn mỗi ngày, trong đó ít nhất có 2 bữa ăn nhẹ nếu trẻ 12-24 tháng tuổi;
  - + Thức ăn tự nấu ở nhà tốt hơn thức ăn chế biến sẵn như đồ đóng hộp hoặc gói. Cung cấp thức ăn địa phương giàu dinh dưỡng;
  - + Cố gắng mỗi ngày cung cấp ít nhất một phần là các loại thức ăn sau: cá, gà, thịt, đậu khô, trứng, bơ đậu phộng;
  - + Tăng thức ăn chứa nhiều chất dinh dưỡng như bánh mì, cháo, cháo ngô, cơm, bột hay các ngũ cốc khác và cần cung cấp thường xuyên;
  - + Tăng giá trị dinh dưỡng của các thức ăn như: Thêm dầu cá/bơ thực vật/đậu khô/thịt/xương/sữa/bột sữa vào súp. Thêm các loại thực phẩm vào cháo như: trứng, đường, bơ thực vật hoặc dầu, bơ đậu phộng, sữa chua hoặc sữa;



- Cung cấp nước sạch, an toàn, thường xuyên;
- Chuẩn bị và cất giữ đồ ăn một cách an toàn, dùng nước và đồ đựng sạch, đậy đồ ăn để ruồi và các chất gây ô nhiễm môi trường không làm nhiễm bẩn đồ ăn;
- Nếu sản phẩm sữa không dùng đủ thì cần bù lượng canxi cần thiết bằng cách cho trẻ ăn thêm xương cá khô hoặc cá tươi sau khi đã nghiền hoặc xử lý để trẻ ăn một cách an toàn, cho ăn thêm các loại hoa quả như đu đủ và ổi và rau như đậu tương, cải bắp, cà rốt, bí, rau lá xanh thẫm và bí ngô;
- Khẩu phần ăn hàng ngày nên có đồ ăn giàu vitamin A và vitamin C (như nhiều hoa quả, rau quả và khoai tây) – dùng cùng bữa ăn để tăng cường hấp thu sắt, đồ ăn giàu vitamin B (như gan, trứng, sản phẩm từ sữa, rau lá xanh lục, đậu tương), đồ ăn giàu vitamin B6 (như thịt, gia cầm, cá, chuối, rau lá xanh lục, khoai tây và các củ khác, lạc) và đồ ăn giàu folate (như rau đậu, rau lá xanh lục, nước cam);
- Khẩu phần ăn nên chứa đủ thành phần chất béo. Nếu không dùng hết thức ăn có nguồn gốc động vật một cách thường xuyên thì cần bổ xung 10-20 g mỡ hoặc dầu mỗi ngày..
- Tránh cho trẻ dùng đồ uống có giá trị dưỡng chất thấp như trà, cà phê và nước ngọt có đường. Không nên cho trẻ uống quá nhiều nước quả vì trẻ sẽ bị no, ảnh hưởng đến đồ ăn giàu chất dinh dưỡng.

### 3.2. Nuôi thay thế sữa mẹ

Khi người phụ nữ nhiễm HIV có đủ các điều kiện và lựa chọn việc không cho con bú, cần hướng dẫn và hỗ trợ họ trong ít nhất hai năm đầu để đảm bảo trẻ được nuôi dưỡng và tăng trưởng đầy đủ.

- Việc nuôi dưỡng thay thế đầy đủ sẽ phải bao gồm:
  - + Lượng sữa và số lần ăn trong một ngày phải đảm bảo đủ như đã khuyến cáo;
  - + Chuẩn bị sữa thay thế một cách an toàn;
  - + Cần kết hợp với sữa động vật;
  - + Cách cất giữ an toàn sữa đã chuẩn bị;
  - + Cách chống lại áp lực về nuôi dưỡng thay thế;
  - + Cung cấp đủ nhu cầu dinh dưỡng khi trẻ lớn lên;
  - + Cần cung cấp dinh dưỡng bổ sung;
  - + Cách cho ăn an toàn bằng chén (bát), thìa;
  - + Xử trí ỉa chảy và các bệnh tật khác có thể ảnh hưởng tới việc nuôi dưỡng ...

#### Hướng dẫn khác

- Thực hành nuôi dưỡng theo nhu cầu, áp dụng các nguyên lý về chăm sóc tâm lý-xã hội:  
Cụ thể là:
  - + Trực tiếp cho trẻ nhỏ ăn và trợ giúp trẻ lớn khi chúng tự ăn;



- + Cho ăn chậm và kiên nhẫn, và khuyến khích trẻ ăn, nhưng không ép chúng; nếu trẻ từ chối nhiều đồ ăn, thử kết hợp các đồ ăn khác, vị khác, độ đặc khác và cách khuyến khích...;
  - + Giảm tối đa sự phân tán trong bữa ăn, nhớ rằng thời gian cho ăn là lúc để học tập và thương yêu;
  - + Nói với trẻ trong khi cho ăn, với tiếp xúc mắt đối mắt.
- *Thực hành vệ sinh tốt và xử lý thức ăn phù hợp bằng cách:*
- + Rửa tay người chăm sóc và trẻ trước khi chuẩn bị đồ ăn và ăn;
  - + Cát giữ đồ ăn một cách an toàn và dọn đồ ăn ngay sau khi chuẩn bị;
  - + Dùng đồ chứa sạch để chuẩn bị và dọn đồ ăn;
  - + Dùng chén và bát sạch khi cho trẻ ăn và;
  - + Tránh dùng bình cho ăn vì khó làm sạch được bình.
  - + Bổ sung vi chất như vitamin A bắt đầu từ 6 tháng tuổi cho trẻ phơi nhiễm HIV và không phơi nhiễm HIV dưới 5 tuổi.

#### 4. Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội cho trẻ bằng Cotrimoxazole

- Viêm phổi do nấm (PCP) là một bệnh hô hấp nặng, hay gặp ở trẻ nhỏ nhiễm HIV tại các nước đang phát triển. Bệnh thường xuất hiện trước khi có thể chẩn đoán được tình trạng nhiễm HIV.
- Cotrimoxazole có hiệu quả trong dự phòng:
  - + Viêm phổi do nấm *Pjiroveci* (hay còn gọi là PCP).
  - + Viêm não do *toxoplasma*.
  - + Làm giảm tỷ lệ mắc một số loại viêm phổi và tiêu chảy do vi khuẩn gây nên.
- Chỉ định điều trị dự phòng:

**Bảng 1. Chỉ định dự phòng co-trimoxazole cho trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV**

Trẻ em phơi nhiễm HIV	Trẻ em khẳng định nhiễm HIV		
	< 1 tuổi	1-5 tuổi	≥6 tuổi
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ định cho tất cả mọi trẻ từ tuần thứ 4-6 sau khi sinh và duy trì đến khi xác định không nhiễm HIV.</li> <li>- Nếu đã có chẩn đoán xác định trẻ nhiễm HIV (xem cột bên)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ định điều trị dự phòng cho tất cả mọi trẻ đã có chẩn đoán xác định nhiễm HIV dưới 1 tuổi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ định cho tất cả trẻ ở giai đoạn lâm sàng 2, 3 và 4.</li> <li>Hoặc:</li> <li>- Chỉ định cho trẻ có số tế bào CD4 dưới 25%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chỉ định cho trẻ ở giai đoạn lâm sàng 3 và 4.</li> <li>Hoặc:</li> <li>- Chỉ định cho trẻ có số tế bào CD4 dưới 350.</li> </ul>



- Liều uống dự phòng của cotrimoxazole: được tính theo bảng sau:

**Bảng 2: Liều uống dự phòng của cotrimoxazole được tính theo cân nặng của trẻ**

Cân nặng của trẻ	Xi rô (ml)	Viên nén
	8 mg TMP/40 mg SMX/1ml	80 mg TMP/ 400 mg SMX
3,5 - 4,9 kg	2,5 ml	
5,0 - 6,5 kg	4 ml	
6,6 - 8,0 kg	5 ml	½ viên
8,1 - 10, kg	6 ml	1/2 viên
10,1 -11,9 kg	7 ml	1/2 viên
12,0 - 14,9 kg	8 ml	1 viên
15,0 - 16,9 kg	10 ml	1 viên
17,0 - 19,9 kg	11 ml	1 viên
20,0 - 24,9 kg		1 1/2 viên
25,0 - 29,9 kg		2 viên
30,0 - 35,0 kg		2 viên

- Cách uống: Uống một lần trong ngày. Nên hướng dẫn người chăm sóc trẻ thực hành tuân thủ điều trị bằng thuốc cotrimoxazole
- Chống chỉ định: khi có biểu hiện dị ứng cotrimoxazole;
- Thuốc thay thế: Dapson 2mg/kg/ngày, uống hằng ngày hoặc 4mg/kg/lần, uống 1 lần/tuần đối với trẻ trên 1 tuổi khi dị ứng với cotrimoxazole. Dapson tác dụng kém hơn cotrimoxazole trong phòng viêm phổi do PCP;
- Điều trị dự phòng tái phát: trẻ được điều trị PCP sau đợt cấp, cần tiếp tục điều trị dự phòng thứ phát bằng cotrimoxazole như trên.
- Ngừng điều trị dự phòng khi:
  - + Trẻ phơi nhiễm được chẩn đoán xác định không nhiễm HIV;
  - + Trẻ đã được điều trị bằng ARV và tế bào CD4 ở trên 25% đối với trẻ từ 1 – 5 tuổi hoặc trên 350 tế bào đối với trẻ trên 5 tuổi và kéo dài 3 – 6 tháng;
- Tác dụng phụ của cotrimoxazole:
  - + Có thể gây nôn, buồn nôn, phát ban xảy ra trong 1- 2 tuần đầu điều trị;
  - + Hoặc gặp các tác dụng phụ nặng như: thiếu máu, giảm bạch cầu hạt, phát ban, ngộ độc gan.



Tuy nhiên các tác dụng phụ trên đều hiếm gặp. Cần tư vấn cho người chăm sóc và trẻ về các tác dụng phụ để theo dõi và khi có dấu hiệu nghi ngờ tác dụng phụ nặng phải đến các cơ sở y tế khám.

- Phát ban do cotrimoxazole và cách xử trí.

**Bảng 3: Phân loại mức độ phát ban do cotrimoxazole và xử trí**

Mức độ	Triệu chứng	Xử trí
<b>Mức độ I(nhẹ)</b>	Ban đỏ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiếp tục điều trị dự phòng bằng co- trimoxazole, theo dõi bệnh nhân chặt chẽ.</li> <li>• Điều trị triệu chứng và thuốc chống dị ứng</li> </ul>
<b>Mức độ II(Trung bình)</b>	Ban sẩn lan tỏa, tróc vảy khô	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiếp tục điều trị dự phòng bằng co- trimoxazole, theo dõi chặt chẽ.</li> <li>• Điều trị triệu chứng và thuốc chống dị ứng.</li> </ul>
<b>Mức độ III (Nặng)</b>	Ban phỏng nước, loét niêm mạc	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NGỪNG VĨNH VIỄN</b> sử dụng co- trimoxazole</li> </ul>
<b>Mức độ IV(Rất nặng)</b>	Viêm da tróc vảy,Viêm loét các hốc tự nhiên và nổi ban đỏ toàn thân hoặc Hồng ban đa dạng, bong da ứot	

## 5. Đánh giá và xử trí nhiễm trùng

Việc theo dõi định kỳ, thường xuyên nhằm phát hiện kịp thời các triệu chứng gợi ý tình trạng nhiễm HIV và cũng là biện pháp xử trí thích hợp cho trẻ phơi nhiễm HIV. Phần lớn trẻ nhỏ nhiễm HIV không có bất kỳ triệu chứng nào khi sinh. Các triệu chứng nhiễm HIV không đặc hiệu có thể gặp vào lúc 4-5 tháng tuổi ở trẻ không được điều trị. Các biểu hiện của nhiễm HIV thường giống như các bệnh thông thường gặp ở trẻ không nhiễm HIV. Tuy nhiên, các triệu chứng này có thể xuất hiện sớm hơn, thường xuyên hơn và nặng hơn ở trẻ nhiễm HIV, so với trẻ không nhiễm HIV.

## 6. Tiêm chủng

Mục đích của tiêm chủng: tạo ra khả năng phòng bệnh chủ động đối với các vi khuẩn hoặc vi rút mà trẻ đã được tiêm phòng.

Các loại vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng:

- Gồm 7 vắc xin dụng rộng rãi trên toàn quốc là: lao (BCG), viêm gan B, bạch hầu – ho gà - uốn ván (tiêm một mũi kết hợp 3 vac xin), bại liệt (uống), sởi, viêm não Nhật bản.
- Các loại vắc xin tiêm tự nguyện: gồm Hemophilus influenza (gây các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp và viêm màng não mủ ở trẻ em), quai bị, rubella và thủy đậu.



**Bảng 4: Lịch tiêm chủng dành cho trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV/AIDS**

Vắc xine	Trẻ phơi nhiễm	Trẻ nhiễm HIV, giai đoạn lâm sàng 1, 2 và 3	Trẻ nhiễm HIV, giai đoạn lâm sàng 4
<b>Vắc xin trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng</b>			
<b>BCG</b>	Theo lịch	Không tiêm	Không tiêm
<b>Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván</b>	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
<b>Bại liệt uống</b>	Theo lịch	Theo lịch	Chỉ dùng vắc xin tiêm, nếu có.
<b>Viêm gan B</b>	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
<b>Sởi</b>	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
<b>Viêm não Nhật bản</b>	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
<b>Vắc xin tự nguyện</b>			
<b>Haemophilus influenzae B</b>	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
<b>Thủy đậu</b>	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
<b>Quai bị</b>	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
<b>Rubella</b>	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm

**Lưu ý:**

- Tiêm BCG cho tất cả trẻ phơi nhiễm, có thể trì hoãn cho đến khi khẳng định trẻ không nhiễm HIV.

**7. Dự phòng, sàng lọc và điều trị lao**

Hiện nay, nhiều khu vực trên thế giới có HIV thì nhiễm lao (*Mycobacterium tuberculosis*) cũng đồng hành phát triển. Tất cả trẻ phơi nhiễm HIV đều có khả năng mắc lao, một phần do tỷ lệ người mẹ nhiễm HIV mắc lao khá cao, phần khác do suy giảm miễn dịch, các hạn chế trong chăm sóc của người mẹ... Lao bẩm sinh, thông thường ít gặp, tuy nhiên đã có nhiều báo cáo ở trẻ có mẹ bị nhiễm HIV đồng thời mắc lao thể hoạt động và có xu hướng ngày một tăng lên. Ngoài ra, trẻ phơi nhiễm HIV có thể tăng nguy cơ tiến triển từ sơ nhiễm lao thành bệnh lao do suy giảm miễn dịch (hậu quả của nhiễm HIV). Hơn nữa, suy dinh dưỡng, hoặc mắc bệnh sởi khiến cho việc dự phòng, sàng lọc và xử trí lao càng trở nên cần thiết. Thể lao hay gặp nhất ở trẻ em là lao ngoài phổi. Các thể lao ngoài phổi ở trẻ em bao gồm lao hạch, lao màng não, lao các màng (màng phổi, màng ngoài tim và màng bụng) và lao cột sống.



Tuy nhiên, việc chẩn đoán bệnh lao ở trẻ em gặp nhiều khó khăn do hiếm khi lao gây tổn thương tạo thành hang, số lượng vi khuẩn lao thấp và trẻ thường không ho ra đờm. Ngoài ra khi trẻ bị bệnh lao, kể cả trẻ không nhiễm HIV, thường có kết quả xét nghiệm chẩn đoán không rõ ràng. Các phương pháp để lấy bệnh phẩm như lấy đờm, rửa dạ dày thường khó thực hiện như mong muốn. Hơn nữa, những phương pháp này cũng thường không hữu ích, trừ khi có phương tiện để cấy vi khuẩn lao (M tuberculosis). Vì vậy, chẩn đoán bệnh lao ở trẻ em bằng xét nghiệm vi khuẩn học thường là không thể và chẩn đoán lao phổi ở trẻ em thường phải dựa vào nhiều yếu tố lâm sàng khác nhau.

Cần phải đặc biệt chú ý khi mẹ mắc bệnh lao phổi thể hoạt động, nếu trẻ bú mẹ sẽ có nguy cơ nhiễm lao và tiến triển nhanh chóng thành bệnh lao. Thông thường, tiêm phòng BCG có giá trị bảo vệ trẻ nhỏ chống lại bệnh lao lan toả và lao nặng. Tuy nhiên ở trẻ em nhiễm HIV lại có nguy cơ nhiễm bệnh lao do chính vắc xin gây nên. Ngoài ra, bệnh sởi và bệnh ho gà cũng gây giảm khả năng miễn dịch của trẻ, khiến trẻ dễ bị lao hơn; vì vậy tất cả trẻ em nên được tiêm chủng phòng ho gà và sởi theo phác đồ đã khuyến cáo.

***Vì vậy cần chú ý các biện pháp dự phòng lao như sau:***

- Xác định trẻ có nguy cơ mắc lao qua việc khai thác tiền sử lao trong gia đình.
- Tất cả trẻ dưới 5 tuổi, gồm cả trẻ phơi nhiễm HIV, trong gia đình có người lớn được chẩn đoán bệnh lao (hoặc lao phổi soi phôi đồ có BK) thì cần được thăm khám và làm xét nghiệm để loại trừ bệnh lao.
- Nếu trẻ được chẩn đoán lao thể hoạt động, các can thiệp sau được khuyến cáo để phòng sự lan tràn của lao:
  - + Xác định và điều trị ca bệnh trong gia đình.
  - + Đánh giá tất cả các thành viên trong gia đình có phơi nhiễm, nhất là trẻ em, vì thường xác định thêm được các trường hợp khác.
  - + Báo cáo ca bệnh lao cho cơ quan y tế chuyên trách quận/huyện.

## **8. Dự phòng, sàng lọc và điều trị sốt rét**

Khi người phụ nữ mang thai nhiễm ký sinh trùng sốt rét sẽ có nguy cơ sẩy thai, trẻ sinh ra thấp cân và thiếu máu. Trẻ dưới 6 tháng tuổi thường không bị sốt rét do kháng thể chống sốt rét của mẹ truyền cho. Tuy nhiên người phụ nữ nhiễm HIV thường có mức kháng thể ký sinh trùng sốt rét thấp, nên trẻ có khả năng bị sốt rét ngay ở lứa tuổi nhỏ. Vì vậy việc dự phòng và điều trị sốt rét trở thành một yếu tố nền tảng của các can thiệp chăm sóc cơ bản cho trẻ phơi nhiễm HIV.

***Vì vậy cần lưu ý các biện pháp phòng bệnh sốt rét như sau:***

- Phòng sốt rét bằng cách sử dụng màn đã xử lý thuốc diệt côn trùng, và các biện pháp dự phòng khác thích hợp tại địa phương;
- Phát hiện và điều trị sốt ở vùng có lưu hành bệnh sốt rét, cũng như sốt rét ở trẻ em;
- Bất cứ trẻ nào đang sống trong vùng sốt rét lưu hành có sốt > 38°C thì nên điều trị sốt rét – theo hướng dẫn chăm sóc trẻ bệnh (IMCI);





- Ở những vùng lưu hành bệnh sốt rét, tất cả trẻ có sốt nên được điều trị sốt rét. Khi sẵn có xét nghiệm khẳng định sốt rét thì nên tiến hành xét nghiệm sốt rét để phân biệt giữa sốt do sốt rét và sốt do các nhiễm trùng khác, đặc biệt khi có bệnh nhiễm trùng cơ hội.

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

Bên cạnh việc tư vấn và hỗ trợ nhằm tăng cường chăm sóc sức khỏe cho trẻ phơi nhiễm HIV, bậc cha mẹ nhiễm HIV và người chăm sóc cần được giáo dục về chăm sóc sức khỏe cho bản thân, việc dùng ART và các dự phòng khác khi có chỉ định. Khi cha mẹ và người chăm sóc đã tiếp cận được với ART, cần phải lập kế hoạch tiếp cận cho trẻ. Kế hoạch này có thể giúp cho cha mẹ hiểu rằng trẻ sẽ được chăm sóc theo mong muốn của họ trong trường hợp họ ốm hoặc qua đời.

## 10. Xử trí các hội chứng dùng ma túy

Người phụ nữ sử dụng ma túy sẽ gây ảnh hưởng xấu đối với quá trình thai nghén và trẻ, như giảm chiều dài thai, mẹ không tăng cân và giảm điểm Apgar, tăng tỷ lệ đẻ non, trẻ sơ sinh nhẹ cân, vòng đầu nhỏ hơn bình thường, biến dạng đường sinh dục và tiết niệu, và khuyết tổn hệ thần kinh và sốt không rõ lý do. Ngoài ra còn gặp hội chứng trẻ chậm phát triển trong tử cung, hội chứng cai sơ sinh, chậm phát triển sau sinh và thiếu sót về phát triển tâm lý vận động và nhận thức...

Hội chứng cai sơ sinh xuất hiện ở khoảng 60% trẻ phơi nhiễm ma túy trong tử cung, và các hội chứng cai đối với heroin, codein, methadone và rượu đã được ghi nhận. Hội chứng cai heroin, cocain và amphetamin thường xuất hiện trong vòng 48 giờ đầu đời. Hội chứng cai methadone có thể xuất hiện tới 2 tuần sau sinh, nhưng hay xuất hiện nhất trong vòng 96 giờ đầu sau sinh.

### *Vì vậy cần lưu ý:*

- Trẻ sơ sinh có mẹ hiện đang dùng ma túy cần các thuốc đặc hiệu để điều trị các triệu chứng cai, trong đó có methadone cho cai heroin và các ô-pi-at khác và benzodiazepine cho cai rượu.
- Đôi khi cần dịch truyền tĩnh mạch nếu trẻ sơ sinh mất nước hoặc nôn hay ỉa chảy nặng.
- Do tăng hoạt động, trẻ sơ sinh có thể cần thêm năng lượng và có thể cần sữa bột năng lượng cao hơn.
- Lưu ý tiêm vắc-xin viêm gan B những trẻ có mẹ tiêm chích ma túy.

## 11. Chuyển tiếp và hỗ trợ đặc biệt cho trẻ phơi nhiễm HIV và trẻ mồ côi phơi nhiễm HIV

Mặc dù đã có nhiều nỗ lực của các chương trình quốc gia và các đối tác quốc tế để mở rộng tiếp cận thuốc kháng vi rút (ARV) nhanh chóng, hiệu quả, nhưng nhiều cha mẹ nhiễm HIV/AIDS vẫn có thể chết sớm, dẫn đến tăng số trẻ mồ côi trong những năm tới. Trẻ em và gia đình bị tác động bởi HIV có thể đối mặt với nhiều hậu quả tâm lý xã hội, bao gồm:

- Thiếu sự chăm sóc nuôi dưỡng của cha mẹ bởi bản thân họ không được khỏe mạnh và không chấp nhận mình nhiễm HIV. Thêm vào đó là họ không thể đối mặt được với những nhu cầu cơ thể và cảm xúc của bản thân trẻ.



- Lo âu về sự an toàn của bản thân và những điều sẽ xảy với trẻ trong tương lai;
- Bị tước đoạt về mặt xã hội và kinh tế do bệnh tật hoặc tử vong của cha mẹ;
- Kỳ thị và phân biệt đối xử, có thể ảnh hưởng trực tiếp đến các thành viên trong gia đình bị tác động bởi HIV;
- Sa sút tâm lý đáng kể do mất một hoặc cả cha mẹ (hoặc anh chị em ruột) và rất hay gặp tình trạng ngăn cách giữa anh chị em trong gia đình với nhau;
- Thiếu các nhu cầu cơ bản về nơi nương tựa, đồ ăn, quần áo, an toàn và/hoặc không thể chi trả cho chăm sóc y khoa;
- Mất quyền thừa kế, có thể do họ hàng hoặc bạn bè của gia đình...

***Do vậy các hoạt động then chốt đã được xác định là:***

- Tăng cường khả năng của mỗi gia đình để góp phần bảo vệ và chăm sóc trẻ mồ côi và trẻ dễ bị xâm hại bằng cách kéo dài cuộc sống của cha mẹ và cung cấp hỗ trợ kinh tế, tâm lý xã hội và hỗ trợ khác;
- Huy động và hỗ trợ các đáp ứng dựa trên cộng đồng;
- Đảm bảo cho trẻ mồ côi và trẻ dễ bị xâm hại tiếp cận các dịch vụ thiết yếu, bao gồm giáo dục, chăm sóc sức khỏe, đăng ký sinh và các dịch vụ khác;
- Đảm bảo rằng nhà nước bảo vệ những trẻ dễ bị xâm hại nhất qua việc cải thiện chính sách, pháp luật và chuyển giao các nguồn lực tới gia đình và cộng đồng.
- Tăng cường nhận thức ở các cấp qua việc tích cực ủng hộ và huy động xã hội để tạo được môi trường hỗ trợ cho trẻ và gia đình bị tác động bởi HIV/AIDS.

## **II. CHĂM SÓC CHO TRẺ ĐÃ KHẲNG ĐỊNH NHIỄM HIV**

Phần này giới thiệu các nhu cầu chăm sóc bổ sung cho trẻ đã khẳng định HIV dương tính.

Các chăm sóc bổ sung cho trẻ đã được khẳng định nhiễm HIV bao gồm:

- Tất cả các can thiệp đã khuyến cáo cho trẻ phơi nhiễm HIV, cộng với
- Tư vấn thêm về nuôi dưỡng trẻ nhỏ;
- Chăm sóc và hỗ trợ dinh dưỡng;
- Điều trị kháng retrovirút (ART);
- Xử trí triệu chứng và chăm sóc giảm nhẹ.



## 1. Theo dõi thường xuyên bao gồm tiêm chủng có điều chỉnh và theo dõi, hỗ trợ tăng trưởng

Các nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ tử vong ở trẻ nhiễm HIV cao gấp 9 lần so với trẻ phơi nhiễm nhưng không bị nhiễm HIV. Nguy cơ tử vong và số lượng CD4 của người mẹ liên quan với tử vong của trẻ. Vì vậy, theo dõi thường xuyên trẻ nhiễm HIV là rất quan trọng.

Nhiễm HIV làm chậm sự phát triển của trẻ trong giai đoạn đầu đời. Sự tăng trưởng của trẻ thường chững lại trước khi có triệu chứng nhiễm HIV. Một khi trẻ tăng trưởng kém sẽ có sự liên quan đến nguy cơ tử vong. Ngoài ra, tải lượng vi rút trong máu cao, ỉa chảy mạn tính và các nhiễm trùng cơ hội khác cũng gây giảm tăng trưởng ở trẻ nhiễm HIV. Các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự sống còn và sự tăng trưởng của trẻ nhiễm HIV được cải thiện rõ rệt khi được dự phòng bằng cotrimoxazole cũng như dự phòng và điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng cơ hội, điều trị bằng ARV. Vì vậy ngoài các khuyến cáo trên, trẻ nhiễm HIV cần được kết hợp thêm các chăm sóc sau:

- Tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ nhỏ;
- Cải thiện khẩu phần ăn là thiết yếu để trẻ có thể lên cân lại sau nhiễm trùng cơ hội;
- Trẻ nhiễm HIV không lên cân trong vòng một tháng, hoặc sút cân nên được thăm khám kỹ để tìm nguyên nhân (có thể do cung cấp dinh dưỡng kém hoặc có các bệnh nhiễm trùng cơ hội);
- Tiêm chủng đầy đủ theo hướng dẫn dành cho trẻ nhiễm HIV/AIDS. Trẻ nhiễm HIV dễ mắc bệnh phế cầu và hemophilus influenza nên cần tiêm chủng vắc-xin phế cầu và Hib (Haemophilus influenzae type B) dù chương trình quốc gia không cung cấp các vắc-xin này. Nên tiêm sớm vắc-xin viêm gan B vì trẻ em và người lớn nhiễm HIV có nguy cơ trở thành người mang vi rút viêm gan B mạn tính cao hơn những người không nhiễm.

## 2. Phân loại giai đoạn lâm sàng

Việc phân loại giai đoạn lâm sàng được thực hiện tại cơ sở y tế khi trẻ đến thăm khám và quản lý chăm sóc tại các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS. Việc phân loại giai đoạn lâm sàng có những lợi ích sau:

- Có khả năng tiên lượng bệnh;
- Xác định xem bệnh có tiến triển hay không;
- Định hướng cho việc duy trì dự phòng cotrimoxazole;
- Định hướng chỉ định điều trị bằng ARV, thay thế, hoặc đổi phác đồ điều trị bằng ARV khi cần thiết.

Ở những nơi chưa làm được xét nghiệm chẩn đoán vi rút học, trẻ em dưới 18 tháng tuổi được sử dụng tiêu chuẩn Chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng. Việc sử dụng tiêu chuẩn “Chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng” (xem chi tiết phân loại tại Phụ lục 8) sẽ đảm bảo trẻ nhiễm HIV nặng được xem xét để điều trị ARV kịp thời, hạn chế tỷ lệ tử vong.

Phân loại giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV ở trẻ em xem chi tiết tại Phụ lục 6.



### 3. Tư vấn về dinh dưỡng và nuôi dưỡng trẻ nhỏ.

Trẻ nhiễm HIV có nhu cầu năng lượng cao hơn so với trẻ không nhiễm. Ở trẻ nhiễm HIV chưa có triệu chứng nhu cầu năng lượng sẽ tăng thêm 10%. Ở trẻ nhiễm HIV đang có sụt cân, nhu cầu năng lượng tăng thêm 50 đến 100%. Ăn kém hoặc cung cấp khẩu phần ăn thấp là những nguyên nhân quan trọng gây sút cân ở trẻ nhiễm HIV.

Đối với một trẻ đã được khẳng định nhiễm HIV thì việc bú mẹ không còn đáng lo ngại vì trẻ đã bị nhiễm rồi. Ở những trẻ này, việc bú mẹ là đặc biệt quan trọng đối với sự phát triển của trẻ.

Ngoài ra những trẻ nhiễm HIV cũng cần được cung cấp vitamin A đúng chỉ định. Việc cung cấp vitamin A sẽ giúp cho việc giảm ỉa chảy, viêm phổi cho trẻ.

### 4. Điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng Cotrimoxazole liên tục

Dự phòng viêm phổi Pneumocystis (PCP) là một thành phần cơ bản của chăm sóc cho trẻ phơi nhiễm HIV. Tỷ lệ mắc viêm phổi Pneumocystis cao nhất trước 6 tháng tuổi, và thường xuất hiện trước khi được nghi ngờ nhiễm HIV. Viêm phổi cũng xuất hiện ở trẻ nhiễm HIV lớn khi suy giảm miễn dịch nặng.

*Vì vậy cần lưu ý:*

- Dự phòng Cotrimoxazole được khuyến cáo cho tất cả các trẻ nhỏ đã nhiễm HIV trong 12 tháng đầu đời
- Dự phòng Cotrimoxazole cũng được khuyến cáo cho những trẻ bị nhiễm nếu trẻ có triệu chứng AIDS, suy giảm miễn dịch nặng, hoặc vừa mắc một đợt viêm phổi.

### 5. Đánh giá và xử trí ngay suy dinh dưỡng và nhiễm trùng

Khác với ở người lớn nhiễm HIV, nhiễm HIV ở trẻ em trong giai đoạn trước sinh xuất hiện ngay khi hệ miễn dịch của trẻ đang phát triển và chưa trưởng thành. Tình trạng này dẫn đến trẻ hay mắc các nhiễm trùng thông thường hơn và thường nặng hơn cũng như tăng tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Trẻ nhiễm HIV thường không có các triệu chứng ngay sau sinh và lâm sàng nhiễm HIV ở trẻ em cũng rất đa dạng. Một số trẻ có triệu chứng nặng trong năm đầu tiên của cuộc đời dẫn đến tử vong, một số trẻ khác có triệu chứng nhẹ hoặc chưa có triệu chứng.

Việc chẩn đoán sớm nhiễm HIV, điều trị sớm các bệnh nhiễm trùng, tăng cường dinh dưỡng, dự phòng cotrimoxazole để phòng viêm phổi Pneumocystis (PCP) và các nhiễm trùng khác và điều trị kháng vi rút đã giúp cho nhiều trẻ em nhiễm HIV sống đến tuổi vị thành niên.

Ở những nước đang phát triển (có nguồn lực hạn chế), trẻ nhiễm HIV tử vong chủ yếu do các bệnh thông thường của lứa tuổi nhiều hơn so với nhiễm trùng cơ hội. Phần lớn các tử vong có thể chậm lại nếu trẻ được chăm sóc hợp lý ngay từ lúc sinh.

Do đó, để tăng sự sống và cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ nhiễm HIV, việc chăm sóc bao gồm xác định sớm phơi nhiễm và nhiễm HIV, dự phòng cotrimoxazole (để phòng PCP và các nhiễm trùng khác), điều trị và dự phòng lao khi có chỉ định, tiêm chủng thường quy,



chú ý dinh dưỡng và bổ sung vi chất dinh dưỡng cho trẻ nhỏ, ngăn ngừa và điều trị sớm suy dinh dưỡng cùng với sử dụng điều trị kháng retrovirút (ARV) cho trẻ.

Việc điều trị các bệnh nhiễm trùng thông thường của lứa tuổi trẻ (như viêm phổi, tiêu chảy) ở trẻ nhiễm HIV được thực hiện như ở những trẻ khác.

Các bệnh liên quan đến nhiễm HIV ở trẻ em cần được thăm khám, chẩn đoán và xử trí bao gồm PCP và lao, nhiễm Candida thực quản, viêm phổi kẽ lymphô bào, và sarcoma Kaposi.

Các bệnh nhiễm trùng cơ hội gây ảnh hưởng nặng nề đối với tình trạng sức khoẻ vốn đã suy giảm của trẻ. Ở trẻ nhỏ, các nhiễm trùng thường dẫn đến bệnh tiến triển nhanh hơn.

Ở những nước nguồn lực hạn chế, HIV làm trầm trọng thêm mức độ suy dinh dưỡng tồn tại từ trước của trẻ nhỏ. Do đó nên đặc biệt chú ý đến việc theo dõi tăng trưởng và nên chăm sóc đặc biệt cho trẻ nhiễm HIV có suy dinh dưỡng.

#### ***Vì vậy cần lưu ý:***

- Cách tiếp cận hội chứng để nhận biết phần lớn các nhiễm trùng (như sốt rét, ỉa chảy và viêm màng não) ở trẻ em HIV/AIDS là tương tự như đối với những trẻ khác.
- Trẻ nhiễm HIV bị viêm phổi không nặng cần được xử trí như sau:
  - + Cotrimoxazole hoặc amoxycillin đường uống. Nên dùng amoxycillin nếu trẻ đang được dự phòng bằng TMP/SMX và sẵn có.
  - + Cần theo dõi và khám lại sau 2 ngày sau khi bắt đầu sử dụng kháng sinh.
- Trẻ nhiễm HIV từ 2-59 tháng tuổi bị viêm phổi nặng cần được điều trị như sau:
  - + Nhập viện.
  - + Dùng kháng sinh Ampicillin/Penicillin kết hợp với gentamicin tiêm hoặc amoxicillin đường uống kết hợp gentamicin. Nếu không cải thiện trong 48-72 giờ thì chuyển sang ceftriaxone.
  - + Điều trị PCP bằng Cotrimoxazole đường tĩnh mạch nếu: Trẻ nhiễm HIV có triệu chứng hoặc trẻ từ 2-11 tháng bị viêm phổi nặng, hoặc trẻ tuổi từ 12 đến 59 tháng nghi ngờ PCP.
  - + Tiếp tục dự phòng bằng Cotrimoxazole sau khi bệnh hồi phục.
- Trẻ nhiễm HIV bị suy dinh dưỡng nặng cần xử trí theo hướng dẫn của WHO. Hướng dẫn này khuyến cáo sử dụng đa vitamin, kẽm và đồng trong 2 tuần, một liều cao vitamin A (miễn là trẻ chưa dùng liều nào trong tháng trước đó) và sắt trong giai đoạn phục hồi.
- Nên tuân theo các hướng dẫn cập nhật quốc gia và quốc tế về chẩn đoán và xử trí.

## **6. Dự phòng lao và sốt rét một cách thích hợp**

Trẻ nhiễm HIV cũng tăng nguy cơ nhiễm lao do phơi nhiễm lao từ người mẹ nhiễm HIV và các thành viên khác trong gia đình. Nhiễm HIV cũng làm tăng khả năng mắc bệnh lao khi trẻ đã nhiễm lao.

Biểu hiện lâm sàng nhiễm lao tương tự ở trẻ nhiễm HIV và không nhiễm HIV. Tuy nhiên, ở



trẻ nhiễm HIV, đặc biệt là trẻ đã bị suy giảm miễn dịch nặng có khả năng mắc lao kê hoặc lao hạch hơn.

Ở khu vực có lưu hành sốt rét, trẻ nhiễm HIV có nguy cơ bị sốt rét hơn so với trẻ không nhiễm HIV.

#### ***Vì vậy cần lưu ý:***

- Chẩn đoán lao ở trẻ nhiễm HIV phức tạp hơn ở trẻ không nhiễm HIV, do thường không có sốt, nhưng có suy dinh dưỡng, có các triệu chứng phổi, có các bất thường trên phim chụp X quang ngực, và phản ứng tuberculin thường âm tính cao. Thêm vào đó, điều trị có thể phức tạp hơn do phản ứng phụ của các thuốc điều trị kháng lao.
- Lao ở trẻ em thường được chẩn đoán dựa vào lâm sàng tại các nước nguồn lực hạn chế vì những khó khăn chung về chẩn đoán.
- Ở trẻ nhiễm HIV đang điều trị lao, nên trì hoãn ART cho đến khi điều trị lao được ít nhất 2 tháng, và nếu được thì nên trì hoãn cho đến khi hoàn tất điều trị chống lao để tránh tương tác với rifampicin và giảm khả năng tuân thủ ART, thuốc lao (vì lượng thuốc phải dùng nhiều). Có thể cần phải điều chỉnh ART.
- Tất cả các trẻ sống trong vùng sốt rét nếu có sốt nên điều trị sốt rét theo hướng dẫn quốc gia. Tốt nhất nên dùng xét nghiệm sốt rét để chẩn đoán phân biệt sốt do sốt rét và sốt do các nhiễm trùng cơ hội khác.

## **7. Điều trị thuốc kháng Retrovirút**

Điều trị bằng các thuốc kháng vi rút (ARV) đã trở thành chăm sóc quan trọng ở trẻ em nhiễm HIV ở các nước phát triển và đang được mở rộng ra các nước có nguồn lực hạn chế. Mặc dù bệnh sinh HIV và nguyên lý của thuốc kháng vi rút (ARV) giữa người lớn và trẻ em giống nhau, nhưng vẫn có những sự khác nhau về mặt sinh lý, lâm sàng, thực hành và xã hội khi điều trị trẻ nhiễm HIV bằng các thuốc kháng vi rút.

Ở trẻ em, để theo dõi tiến triển của nhiễm HIV và đáp ứng với điều trị bằng thuốc kháng vi rút, cần theo dõi tăng trưởng, sự xuất hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội và dựa vào số lượng tế bào CD4, tải lượng vi rút. Tuy nhiên, tải lượng vi rút trong máu rất cao ở trẻ nhỏ và duy trì lâu hơn nhiều so với người lớn. Vì vậy xét nghiệm tải lượng vi rút ít có giá trị tiên lượng sự tiến triển và tỉ lệ tử vong của bệnh cũng như trong quyết định điều trị bằng ARV ở trẻ em. Hiện nay chưa xác định được ngưỡng tải lượng vi rút để bắt đầu điều trị bằng ARV ở trẻ em.

Tương tự, ở trẻ nhỏ số lượng tế bào CD4 thay đổi liên quan đến tuổi và ít có giá trị tiên lượng tiến triển, tử vong nên tế bào CD4 ít hữu ích trong quyết định điều trị ở trẻ em. Vì vậy nên sử dụng tỷ lệ CD4 phần trăm hơn là sử dụng số lượng tuyệt đối tế bào CD4 ở trẻ em dưới 6 tuổi. Sự khôi phục miễn dịch ở trẻ em được điều trị bằng liệu pháp ARV nhanh hơn ở người lớn.

#### ***Khi nào bắt đầu ART?***

Trước khi bắt đầu điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ART) cần tiến hành việc đánh giá lâm sàng, phân loại giai đoạn lâm sàng và làm xét nghiệm.



Việc quyết định điều trị bằng thuốc kháng vi rút có sự khác nhau giữa trẻ dưới 12 tháng tuổi và trẻ lớn hơn (trên 12 tháng tuổi). Nhìn chung các nhiễm trùng cấp tính nên được điều trị trước khi bắt đầu ART. Cần xét nghiệm đếm phần trăm tế bào CD4 sau khi đã khỏi hết các nhiễm trùng cấp tính hoặc ở giai đoạn đầu của điều trị lao.

### ***Bắt đầu dùng thuốc kháng vi rút (ARV) nào?***

Cần phải lựa chọn thuốc ARV thích hợp cho điều trị trẻ em. Hầu hết các thuốc ARV dùng cho người lớn cũng dùng được cho trẻ em; một số thuốc ARV có dạng chế phẩm si rô thích hợp cho những trẻ nhỏ không thể uống được viên nén hoặc viên nang. Ngoài ra cần phải tính đến chuyển hoá các thuốc ARV ở trẻ em

Các thuốc ARV phải được cha mẹ hoặc người chăm sóc cho uống. Vị của thuốc đặc biệt quan trọng đối với trẻ nhỏ vì việc từ chối hoặc nhổ thuốc ra có thể dẫn đến những khó khăn trong việc tuân thủ và dùng liều thích hợp.

Thêm vào đó các dạng chế phẩm thuốc nước có những khó khăn trong việc bảo quản (ví dụ cần giữ lạnh và thời hạn sử dụng của các chế phẩm thuốc nước).

Một số dạng viên nén và viên nang có hàm lượng nhỏ để tính liều chính xác cho trẻ em ở hầu hết các lứa tuổi (ví dụ viên nang d4T có hàm lượng 15, 20 và 30 mg, và NFV có viên nén có vạch bẻ có thể chia đôi). Không chia cắt viên thuốc vì:

- Có thể thiếu liều hoặc quá liều thuốc dẫn đến tăng nguy cơ kháng thuốc hoặc ngộ độc.
- Liều thuốc cần điều chỉnh khi đứa trẻ lớn lên
- Một số viên nén kết hợp thuốc như ZDV/3TC có các thành phần ZDV và 3TC không phân bố một cách đồng đều trong viên thuốc và như vậy việc cắt thuốc có thể dẫn đến sai liều của bất cứ thành phần nào.

Việc lựa chọn công thức thuốc ARV ở trẻ em cũng theo nguyên tắc như ở người lớn. Cần chú ý việc người mẹ dùng thuốc ARV trong quá trình mang thai, vì người mẹ có thể sẽ truyền vi rút kháng thuốc cho con mình trong trường hợp trẻ cũng nhiễm HIV. Hơn nữa sự kháng thuốc có thể xuất hiện ở trẻ nếu trẻ bị nhiễm HIV từ khi còn trong tử cung và sau đó phơi nhiễm với một thuốc ARV được dùng trong quá trình điều trị dự phòng lây truyền mẹ con.

### ***Khi nào thay thế thuốc, chuyển đổi thuốc, hoặc ngừng thuốc?***

Công thức điều trị bằng thuốc ARV có thể cần thay đổi do thất bại điều trị hoặc do độc tính. Cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời các tác dụng phụ của thuốc. Nếu tác dụng phụ nhẹ chỉ cần điều trị triệu chứng, nếu không thuyên giảm cần phải thay thế thuốc gây tác dụng phụ. Trong trường hợp có các tác dụng phụ nghiêm trọng đòi hỏi phải ngừng thuốc, tùy từng trường hợp có thể phải thay phác đồ thuốc đang sử dụng.

Độc tính có thể được theo dõi trên lâm sàng dựa vào báo cáo của bệnh nhân và một số xét nghiệm tùy thuộc vào loại thuốc đang được sử dụng.

Thất bại điều trị có thể được đánh giá về mặt lâm sàng, bằng xét nghiệm số lượng tế bào CD4 và bằng cách đo tải lượng vi rút. Tuy nhiên thông thường thì đo tải lượng vi rút không



có trong các điều kiện hạn chế nguồn lực, và ở trẻ nhỏ không hữu ích như người lớn. Vì vậy nên sử dụng các tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm CD4 để xác định thất bại điều trị.

Các dấu hiệu lâm sàng quan trọng chứng tỏ đáp ứng với điều trị ARV bao gồm cải thiện tăng trưởng ở những trẻ đang chậm lớn, cải thiện các triệu chứng thần kinh và phát triển tinh thần (tăng các hoạt động cá nhân), hoặc giảm tần suất nhiễm trùng, giảm tưa miệng và các nhiễm trùng cơ hội khác.

Đối với trẻ em, các dấu hiệu lâm sàng để đánh giá thất bại điều trị bao gồm :

- Không có đáp ứng về tăng trưởng đối với điều trị hoặc tăng trưởng giảm sút ở những trẻ mà lúc đầu có đáp ứng tăng trưởng đối với điều trị;
- Mất các mốc phát triển tâm thần thần kinh hoặc phát sinh bệnh lý não; và
- Tái phát các nhiễm trùng, nhiễm candida miệng tái phát khó điều trị.

Thất bại về xét nghiệm tế bào CD4 (thất bại về mặt miễn dịch học) để gợi ý cần thay đổi điều trị bao gồm:

- Phần trăm CD4 trở về hoặc thấp hơn mức trước điều trị.
- Giảm tỷ lệ CD4 trên 50% so với giá trị đạt được cao nhất kể từ lúc điều trị.

Theo dõi lâm sàng ở trẻ bao gồm:

- Các mốc phát triển tinh thần;
- Các triệu chứng thần kinh;
- Tần suất mắc bệnh nhiễm trùng; và
- Đây là những công cụ quan trọng, nhất là khi không có xét nghiệm tế bào CD4.

Vì trẻ mắc HIV có thể kém đáp ứng với các phác đồ xử trí suy dinh dưỡng truyền thống nên các cán bộ y tế cần phải biết và lường trước các tình huống lâm sàng đó.

Đối với phác đồ ARV bậc hai ở trẻ em, các thuốc ức chế Protease hiện có khó khăn về vị khó uống của thuốc đối với trẻ em và thiếu các thông tin dược động học về liều lượng thuốc ở trẻ nhỏ.

### ***Tuân thủ điều trị***

Trẻ em và bố mẹ hoặc người chăm sóc cần sự hỗ trợ từ cộng đồng hoặc từ các thành viên trong gia đình để tuân thủ ART tối ưu. Sự tuân thủ điều trị kém có kết hợp với các yếu tố: tuổi của trẻ lớn hơn, mỗi giao tiếp giữa bố mẹ và trẻ kém hơn, sự căng thẳng của người chăm sóc, chất lượng sống thấp của người chăm sóc cũng như của các yếu tố tâm lý xã hội và gia đình khác.

## **8. Chăm sóc tâm lý xã hội và chuyển viện để hỗ trợ đặc biệt**

Bên cạnh việc theo dõi thường xuyên những trẻ luôn luôn phải đối mặt với những tình trạng như đã mô tả ở trên thì các trẻ mắc HIV nên nhận được chăm sóc hỗ trợ tập trung vào nhu cầu tâm lý xã hội. Những điều này có thể bao gồm những mất mát về mặt kinh tế và xã hội xuất phát từ căn bệnh của trẻ cũng như bệnh tật và tử vong của cha mẹ, sự kỳ thị và phân biệt đối xử.





## 9. Chăm sóc giảm nhẹ

Chăm sóc giảm nhẹ cho trẻ có triệu chứng AIDS, ngay cả khi đang dùng ART có thể cung cấp sự thoải mái, giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ và người chăm sóc.

Đau có thể liên quan đến bản thân bệnh hoặc do các thủ thuật mà trẻ phải trải qua trong quá trình chẩn đoán và điều trị. Việc điều trị đau ở trẻ nhiễm HIV/AIDS cũng thực hiện theo nguyên tắc giống như cho các trẻ mắc các bệnh mạn tính khác chẳng hạn như ung thư.

Trẻ nhiễm HIV đặc biệt là ở giai đoạn cuối của bệnh thường có những bất ổn đáng kể, trẻ có thể cần chăm sóc giảm nhẹ để:

- Giúp trẻ dễ chịu, làm giảm các triệu chứng thông thường liên quan đến HIV như đau, biếng ăn, buồn nôn, nôn, ỉa chảy và cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ và người chăm sóc.
- Là giải pháp thay cho nhập viện đối với trẻ đang ốm nặng dần.
- Hỗ trợ về mặt tâm lý xã hội, tinh thần cho trẻ và cho gia đình, cho những người chăm sóc để họ đối mặt với cái chết đang chờ phía trước trẻ.

Đau có thể do bệnh hoặc do các thủ thuật trong quá trình chẩn đoán và điều trị. Nhìn chung việc xử trí đau ở trẻ nhiễm HIV liên quan đến việc dùng các thuốc giảm đau qua đường miệng; nên dùng đều đặn thuốc giảm đau để trẻ không phải chịu những cơn đau tái phát; ban đầu dùng thuốc giảm đau vừa phải sau tăng dần lên những loại mạnh hơn, và tăng dần liều khi mà nhu cầu giảm đau tăng lên và quên thuốc xuất hiện. Thêm nữa, liều nên chỉnh theo từng cá nhân vì mỗi đứa trẻ có thể có nhu cầu khác nhau về liều.

### **Cần chú ý:**

- Chăm sóc giảm nhẹ cho trẻ em có các triệu chứng của AIDS có thể tạo ra sự dễ chịu, đau giảm, cải thiện chất lượng cuộc sống của trẻ và người chăm sóc. Vì thế cần đặc biệt quan tâm tới việc chăm sóc giảm nhẹ liên tục chất lượng cao.
- Việc xử trí đau ở trẻ nhiễm HIV/AIDS cũng thực hiện theo nguyên tắc giống như cho các trẻ mắc các bệnh mạn tính khác chẳng hạn ung thư.

## 10. Chăm sóc cuối đời

Những trẻ ở giai đoạn cuối của bệnh cần được có chăm sóc cuối đời mà tốt nhất là được thực hiện bởi các đội chăm sóc để có thể có những giải pháp khác thay thế việc phải nhập viện, đặc biệt đối với những trẻ bệnh đang nặng dần lên và không còn đáp ứng với liệu pháp ARV nữa.

## III. QUẢN LÝ, CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ LÂU DÀI CHO TRẺ NHIỄM HIV

### 1. Phân tuyến quản lý

#### 1.1. Các cơ sở y tế quản lý chăm sóc trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV/AIDS

Do đặc điểm và diễn biến của bệnh HIV/AIDS, tất cả trẻ em phơi nhiễm với HIV và đã nhiễm HIV cần được quản lý chăm sóc lâu dài tại các Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS.



### **1.1.1. Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS tuyến Quận, Huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh hoặc bệnh viện tuyến huyện**

**- Mục đích :**

- + Tạo điều kiện cho người nhiễm được khám quản lý bệnh tại địa phương, hạn chế việc đi lại trong suốt quá trình theo dõi điều trị.
- + Quản lý chăm sóc: Người lớn, phụ nữ có thai và con của họ tại cùng một cơ sở chăm sóc - điều trị.

**- Quản lý bệnh nhân HIV/AIDS:**

- + Tư vấn và xét nghiệm HIV, tư vấn dự phòng lây truyền HIV;
- + Chăm sóc, điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội, điều trị nhiễm trùng cơ hội và điều trị ARV phác đồ bậc 1, các chăm sóc giảm nhẹ;
- + Hỗ trợ tâm lý, xã hội;
- + Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và chăm sóc hỗ trợ cho mẹ.

### **1.1.2. Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS trực thuộc tuyến tỉnh**

Nếu tỉnh đã có các bệnh viện chuyên khoa: Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS dành cho trẻ em sẽ trực thuộc Bệnh viện Nhi. Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS cho phụ nữ có thai trực thuộc Bệnh viện phụ sản. Phòng khám ngoại trú cho người lớn trực thuộc bệnh viện Đa khoa hoặc Trung tâm lao và bệnh phổi, hoặc Trung tâm bệnh xã hội. Nếu Bệnh viện tỉnh là bệnh viện đa khoa thì các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS sẽ trực thuộc các khoa Truyền nhiễm, khoa Nhi, khoa Sản;

Quản lý người nhiễm HIV/AIDS: tương tự như Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS tuyến huyện, ngoài ra còn có trách nhiệm hỗ trợ cho tuyến Huyện trong chẩn đoán và điều trị các nhiễm trùng cơ hội nặng, điều trị ARV phác đồ bậc 2, xử trí tác dụng phụ nặng do ARV khi quá khả năng của tuyến huyện;

## **1.2. Chuyển tiếp, chuyển tuyến**

- Chuyển tiếp: Các cơ sở quản lý chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS có trách nhiệm chuyển bệnh nhân cần khám và điều trị các bệnh chuyên khoa như lao, bệnh da liễu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con khi có chỉ định. Ngoài ra còn giới thiệu bệnh nhân đến các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, xã hội, kinh tế.
- Chuyển tuyến:
  - + Tại cơ sở điều trị, bệnh nhân sẽ được chuyển lên tuyến cao hơn trong trường hợp quá khả năng điều trị như bệnh nặng, chẩn đoán phức tạp, cần chuyển đổi phác đồ điều trị;
  - + Tiếp nhận bệnh nhân khi đã điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về.

**Lưu ý :**

- Bệnh nhân sẽ được chuyển tiếp hoặc chuyển tuyến hoặc hội chẩn nếu bác sỹ tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS xét thấy cần thiết.
- Trong quá trình chuyển tiếp và chuyển tuyến, bệnh nhân vẫn cần phải mang theo thuốc



đang được chỉ định uống hàng ngày (như thuốc phòng nhiễm trùng cơ hội, thuốc ARV...) và thực hiện tuân thủ điều trị theo yêu cầu của bác sỹ phòng khám ngoại trú HIV /AIDS.

### 1.3. Hỗ trợ chăm sóc - điều trị

Đóng vai trò chính là trạm y tế xã, phường và thị trấn. Các trạm y tế sẽ thực hiện các chức trách sau:

- Giới thiệu người nhiễm HIV/AIDS, nghi ngờ nhiễm HIV đến cơ sở chăm sóc và điều trị tại tuyến huyện để được quản lý sức khoẻ lâu dài;
- Tư vấn, chăm sóc và hỗ trợ cho bệnh nhân AIDS tại nhà, bao gồm cả tư vấn dự phòng lây truyền HIV/AIDS;
- Theo dõi, giám sát điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng cotrimoxazole, điều trị triệu chứng và chuyển tuyến trên khi nghi ngờ bệnh nhân mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, các triệu chứng và tác dụng phụ của thuốc điều trị;
- Hỗ trợ, theo dõi tuân thủ điều trị cho bệnh nhân đang điều trị ARV;
- Phối hợp với các tổ chức xã hội tại cộng đồng, các ban ngành, nhóm hỗ trợ đồng đẳng và các tổ chức xã hội tại cộng đồng trong công tác chăm sóc tại nhà và hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS, chống kỳ thị và phân biệt đối xử.

## 2. Quản lý chăm sóc trẻ tại các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS.

Tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, trẻ nhiễm HIV cần được đăng ký quản lý chăm sóc và điều trị lâu dài để sống khoẻ mạnh, tăng trưởng và phát triển đầy đủ. Phạm vi hoạt động của phòng khám ngoại trú bao gồm:

### 2.1. Khách hàng được phục vụ

Khách hàng được phục vụ bao gồm trẻ phơi nhiễm với HIV, trẻ nhiễm HIV đến đăng ký khám, trẻ được các cơ sở điều trị chuyển đến, hoặc đến khám tự nguyện.

Bác sỹ tại phòng khám tiến hành các công việc sau:

- Lập hồ sơ điều trị ngoại trú: như hỏi bệnh và tiền sử gồm cả tiền sử dùng thuốc, đặc biệt là thuốc ARV, địa chỉ liên lạc, người chăm sóc trẻ.
- Cấp thẻ điều trị ngoại trú và được hẹn tái khám.

### 2.2. Khám bệnh và xét nghiệm

Để đánh giá tình trạng của trẻ và có kế hoạch chăm sóc điều trị lâu dài

- Đánh giá toàn thân, sự phát triển tinh thần, thể chất và nhận thức của trẻ;
- Đánh giá các bệnh mà trẻ đang mắc, giai đoạn của bệnh; giai đoạn miễn dịch học, các thuốc đang sử dụng, tác dụng phụ của thuốc nếu có;
- Phát hiện và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội, sàng lọc bệnh lao và các bệnh khác;
- Làm xét nghiệm công thức máu, tế bào lympho, men gan. Định kỳ nhắc lại 3 -6 tháng/lần và làm các xét nghiệm cần thiết khác khi có chỉ định.
- Đối với trẻ phơi nhiễm chưa xác định tình trạng nhiễm HIV: Chỉ định xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV phù hợp với yêu cầu theo tuổi của trẻ (xét nghiệm PCR DNA khi trẻ được 4 - 6 tuần tuổi nếu có điều kiện, hoặc kháng thể HIV khi trẻ được 18 tháng tuổi).



### 2.3. Tư vấn hỗ trợ

Gia đình trẻ phơi nhiễm HIV và trẻ nhiễm HIV cần được tư vấn những vấn đề sau:

- Tiến triển của nhiễm HIV, tầm quan trọng của chăm sóc và điều trị lâu dài, sự cần thiết phải theo dõi và các xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV cho trẻ;
- Xác định người chăm sóc hỗ trợ chính cho trẻ và người chăm sóc hỗ trợ khác;
- Tư vấn về tiêm chủng và vệ sinh phòng bệnh, và điều trị dự phòng NTCH;
- Nguy cơ lây truyền HIV qua sữa mẹ;
- Tư vấn chế độ dinh dưỡng theo tuổi, vệ sinh cá nhân;
- Tư vấn việc bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ với các thành viên trong gia đình, các biện pháp dự phòng lây truyền HIV, thực hành hành vi an toàn;
- Hỗ trợ tâm lý, xã hội; giới thiệu dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV cho trẻ nhiễm và gia đình. Kết hợp các hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng;
- Đối với trẻ mồ côi và trẻ bị bỏ rơi, chuyển gửi đến các cơ sở chăm sóc đặc biệt.

### 2.4. Các điều trị cho trẻ

- Điều trị dự phòng NTCH bằng cotrimoxazole;
- Điều trị NTCH, điều trị triệu chứng và bệnh lý khác, nếu có.
- Đánh giá tiêu chuẩn để điều trị ARV:
  - + Trẻ chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV: có kế hoạch theo dõi lâu dài.
  - + Trẻ đủ tiêu chuẩn điều trị ARV: sẽ được chuẩn bị sẵn sàng điều trị ARV.
- Nếu trẻ đang điều trị ARV:
  - + Trẻ đang điều trị ARV tại phòng khám: tiếp tục cấp phát thuốc ARV định kỳ và theo dõi kết quả điều trị.
  - + Trẻ đang điều trị ARV từ nơi khác chuyển đến: Trẻ cần được đánh giá lại về thuốc ARV đang sử dụng và kết quả điều trị, nếu điều trị chưa đúng cần hội chẩn để chọn phác đồ thích hợp.

Trẻ cần nhập viện điều trị nội trú khi có nhiễm trùng cơ hội phức tạp, có tác dụng phụ nặng, thất bại điều trị và được hội chẩn, chuyển tuyến trong trường hợp vượt quá khả năng điều trị hoặc chuyển tiếp đến các chuyên khoa khác (lao, da liễu...) để phối hợp điều trị cho trẻ.

### 2.5. Các kế hoạch theo dõi và hỗ trợ cần thiết khác

Tại phòng khám ngoại trú, trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV/AIDS hẹn tái khám từ 1 - 3 tháng/lần tùy theo tình trạng sức khỏe của trẻ, tuân thủ CTX, khả năng chăm sóc trẻ, giai đoạn lâm sàng và giai đoạn miễn dịch của trẻ.

Trong trường hợp trẻ đến khám không đúng hẹn sẽ cần sự hỗ trợ của cộng đồng, người tình nguyện như gọi điện nhắc nhở, thăm tận nhà, v.v...

Trẻ cũng cần khám lại bất cứ khi nào nếu có biểu hiện bất thường





## PHỤ LỤC

### PHỤ LỤC 1. PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG HIV Ở NGƯỜI LỚN

<b>Giai đoạn lâm sàng 1: Không triệu chứng</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Không có triệu chứng</li> <li>• Hạch to toàn thân dai dẳng</li> </ul>
<b>Giai đoạn lâm sàng 2: Triệu chứng nhẹ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sút cân mức độ vừa không rõ nguyên nhân (&lt; 10% trọng lượng cơ thể)</li> <li>• Nhiễm trùng hô hấp tái diễn (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm hầu họng)</li> <li>• Zona (Herpes zoster)</li> <li>• Viêm khoé miệng</li> <li>• Loét miệng tái diễn</li> <li>• Phát ban dát sẩn, ngứa.</li> <li>• Viêm da bã nhờn</li> <li>• Nhiễm nấm móng</li> </ul>
<b>Giai đoạn lâm sàng 3: Triệu chứng tiến triển</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sút cân nặng không rõ nguyên nhân (&gt; 10% trọng lượng cơ thể)</li> <li>• Tiêu chảy không rõ nguyên nhân kéo dài hơn 1 tháng.</li> <li>• Sốt không rõ nguyên nhân từng đợt hoặc liên tục kéo dài hơn 1 tháng.</li> <li>• Nhiễm nấm Candida miệng tái diễn.</li> <li>• Bạch sản dạng lông ở miệng.</li> <li>• Lao phổi.</li> <li>• Nhiễm trùng nặng do vi khuẩn (viêm phổi, viêm mũ màng phổi, viêm đa cơ mũ, nhiễm trùng xương khớp, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết).</li> <li>• Viêm loét miệng hoại tử cấp, viêm lợi hoặc viêm quanh răng.</li> <li>• Thiếu máu (Hb &lt; 80g/L), giảm bạch cầu trung tính (&lt; 0.5x10<sup>9</sup>/L), và/hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (&lt; 50x10<sup>9</sup>/L) không rõ nguyên nhân</li> </ul>
<b>Giai đoạn lâm sàng 4: Triệu chứng nặng</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hội chứng suy mòn do HIV (sút cân &gt;10% trọng lượng cơ thể, kèm theo sốt kéo dài trên 1 tháng hoặc tiêu chảy kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân).</li> <li>• Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PCP).</li> <li>• Nhiễm Herpes simplex mạn tính (ở môi miệng, cơ quan sinh dục, quanh hậu môn, kéo dài hơn 1 tháng, hoặc bất cứ đâu trong nội tạng).</li> <li>• Nhiễm Candida thực quản (hoặc nhiễm candida ở khí quản, phế quản hoặc phổi).</li> <li>• Lao ngoài phổi.</li> <li>• Sarcoma Kaposi.</li> </ul>



- Bệnh do Cytomegalovi rút (CMV) ở võng mạc hoặc ở các cơ quan khác.
- Bệnh do Toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương.
- Bệnh não do HIV.
- Bệnh do Cryptococcus ngoài phổi bao gồm viêm màng não.
- Bệnh do Mycobacteria avium complex (MAC) lan toả: Bệnh não chất trắng đa ổ tiến triển (Progressive multifocal leukoencephalopathy -PML).
- Tiêu chảy mạn tính do Cryptosporidia.
- Tiêu chảy mạn tính do Isospora
- Bệnh do nấm lan toả (bệnh nấm Penicillium, bệnh nấm Histoplasma ngoài phổi,).
- Nhiễm trùng huyết tái diễn (bao gồm nhiễm Salmonella không phải thương hàn).
- U lympho ở não hoặc u lympho non-Hodgkin tế bào B.
- Ung thư cổ tử cung xâm nhập (ung thư biểu mô).
- Bệnh do Leishmania lan toả không điển hình.
- Bệnh lý thận do HIV.
- Viêm cơ tim do HIV.



## PHỤ LỤC 2.

### PHÂN GIAI ĐOẠN MIỄN DỊCH NHIỄM HIV/AIDS Ở NGƯỜI LỚN

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





## PHỤ LỤC 3

### CÁC PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ ARV CHO NGƯỜI LỚN

#### 1. Phác đồ chính

AZT hoặc d4T + 3TC + NVP

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

##### 1.1. Phác đồ AZT + 3TC + NVP:

###### - *Liều lượng:*

+ AZT 300 mg 2 lần/ngày

+ 3TC 150 mg 2 lần/ngày

+ NVP liều 200mg 1lần/ngày trong 2 tuần đầu sau đó tăng lên 2 lần/ngày

- Uống cách nhau 12 giờ, có thể uống thuốc lúc đói hoặc lúc no.

- Xét nghiệm Hgb, ALT trước điều trị, sau 1 tháng và sau đó 6 tháng/lần hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu hoặc ngộ độc gan

- Không bắt đầu điều trị phác đồ này cho người bệnh khi Hgb < 80 g/l; thận trọng khi sử dụng NVP trên người bệnh có ATL > 2,5 lần trị số bình thường, người bệnh điều trị lao có rifampicin, phụ nữ có CD4 >250/mm<sup>3</sup>. Cần theo dõi bệnh nhân chặt chẽ để xử trí kịp thời.

##### 1.2. Phác đồ d4T + 3TC + NVP:

###### - *Liều lượng:*

+ d4T 30 mg 2 lần/ngày

+ 3TC 150 mg 2 lần/ngày

+ NVP liều 200mg 1lần/ngày trong 2 tuần sau đó tăng lên 2 lần/ngày

- Uống thuốc cách nhau 12 giờ, có thể uống thuốc lúc đói hoặc lúc no.

- Xét nghiệm ALT trước điều trị, sau 1 tháng và sau đó 6 tháng/lần

- Thận trọng khi sử dụng NVP trên người bệnh có ATL > 2,5 lần trị số bình thường, người bệnh điều trị lao có rifampicin, phụ nữ có CD4 >250 /mm<sup>3</sup>. Cần theo dõi bệnh nhân chặt chẽ để xử trí kịp thời.

#### 2. Phác đồ thay thế

##### 2.1. Khi người bệnh không sử dụng được NVP

AZT hoặc d4T + 3TC + EFV



a) Phác đồ AZT + 3TC + EFV

**- Liều lượng:**

- + AZT 300 mg 2 lần/ngày
- + 3TC 150 mg 2 lần/ngày
- + EFV 600 mg 1 lần vào buổi tối
- Uống AZT + 3TC cách nhau 12 giờ, EFV vào buổi tối. Không dùng EFV cùng thức ăn có nhiều chất béo
- Xét nghiệm Hgb trước điều trị, sau 1 tháng và sau đó 6 tháng/lần hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu.
- Không bắt đầu điều trị phác đồ này cho người bệnh khi Hgb < 80 g/l và hoặc phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu. Không dùng EFV cho người bệnh tâm thần (hiện tại hoặc tiền sử).

b. Phác đồ d4T + 3TC + EFV:

**- Liều lượng:**

- + d4T 30 mg 2 lần/ngày
- + 3TC 150 mg 2 lần/ngày
- + EFV 600mg 1 lần vào buổi tối
- Uống d4T + 3TC cách nhau 12 giờ, uống EFV vào buổi tối.
- Không dùng EFV cùng thức ăn có nhiều chất béo
- Không điều trị phác đồ có EFV cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu. Không dùng EFV cho người bệnh tâm thần (hiện tại hoặc tiền sử).

## 2.2. Khi người bệnh không sử dụng được AZT và d4T

TDF + 3TC+ NVP hoặc EFV

a) Phác đồ TDF + 3TC + NVP:

**Liều lượng và cách sử dụng:**

- + 3TC, NVP: giống như trên.
- + TDF: liều lượng 300 mg uống 1 lần/ngày
- Xét nghiệm creatinin/độ thanh thải creatinin trước khi điều trị và định kỳ 6 tháng/1 lần và điều chỉnh liều khi bệnh nhân có suy thận

Độ thanh thải creatinin và liều TDF		
> 50 ml/phút	30 – 50 ml/phút	10- 30 ml/phút
Ngày uống 1 lần 1viên TDF 300 mg	Hai ngày uống 1 lần 1 viên TDF 300 mg	3- 4 ngày uống 1 lần 1 viên TDF 300 mg (tuần 2 viên)



*b. Phác đồ TDF + 3TC + EFV:*

**- Liều lượng và cách sử dụng:**

- + 3TC, EFV: giống như trên.
- + TDF: liều lượng 300 mg uống 1 lần/ngày
- Xét nghiệm creatinin/độ thanh thải creatinin trước khi điều trị và định kỳ 6 tháng/1 lần và điều chỉnh liều khi bệnh nhân có suy thận (như trên).

*1.2.3. Khi người bệnh không sử dụng được NVP và EFV*

AZT+ 3TC+ TDF

**- Liều lượng và cách sử dụng:**

- + Đối với AZT, 3TC: giống như trên.
- + TDF: liều lượng 300 mg uống 1 lần/ngày
- Xét nghiệm creatinin/độ thanh thải creatinin trước khi điều trị và định kỳ 6 tháng/1 lần và điều chỉnh liều khi bệnh nhân có suy thận (như trên).
- Xét nghiệm Hgb trước điều trị, sau 1 tháng và sau đó 6 tháng/lần hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu.



## PHỤ LỤC 4

### PHÁC ĐỒ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON ƯU TIÊN AZT + LIỀU ĐƠN NVP

Thực hiện cho các PNMT nhiễm HIV được quản lý trong thời gian trước sinh và có chỉ định điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Mẹ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT 300mg x 2 lần/ngày, uống hàng ngày</li> <li>• Từ tuần thai thứ 28 (hoặc ngay khi phát hiện nhiễm HIV sau tuần thai 28) đến khi chuyển dạ</li> </ul>
Khi mang thai	
Khi chuyển dạ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khi bắt đầu chuyển dạ: NVP 200mg + AZT 600mg + 3TC 150mg</li> <li>• Sau đó 12 giờ một lần AZT 300 mg + 3TC 150mg cho đến lúc đẻ</li> </ul>
Sau đẻ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (AZT 300mg + 3TC 150mg) 12 giờ một lần x 7 ngày</li> </ul>
Con	<p><b>Mẹ điều trị AZT trước sinh trên 4 tuần:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP liều đơn 6mg, uống một lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg/kg uống 2 lần một ngày x 7 ngày</li> </ul> <p><b>Mẹ điều trị AZT trước sinh chưa đủ 4 tuần:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP liều đơn 6mg, uống một lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg/kg uống 2 lần một ngày x 4 tuần</li> </ul>

\* **Lưu ý:** AZT có thể gây thiếu máu ở phụ nữ mang thai, tuy không phổ biến. Theo dõi tình trạng thiếu máu lâm sàng, xét nghiệm hemoglobin thường xuyên, điều trị thiếu máu nếu có.



## PHỤ LỤC 5

### PHÁC ĐỒ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN MẸ CON CHO PHỤ NỮ MANG THAI ĐƯỢC PHÁT HIỆN NHIỄM HIV TRONG LÚC CHUYỂN DẠ

Chỉ định khi người PNMT nhiễm HIV không được quản lý trong thời kỳ mang thai, hoặc được phát hiện nhiễm HIV muộn khi chuyển dạ và khi đẻ.

Mẹ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Khi bắt đầu chuyển dạ:</li> <li>• NVP 200mg + AZT 600mg + 3TC 150mg</li> </ul>
Khi chuyển dạ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sau đó 12 giờ một lần AZT 300 mg + 3TC 150mg cho đến lúc đẻ</li> </ul>
Sau đẻ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (AZT 300mg + 3TC 150mg) 12 giờ một lần x 7 ngày</li> </ul>
Con	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP liều đơn 6mg, uống một lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg/kg uống 2 lần một ngày x 4 tuần</li> </ul>

#### Lưu ý:

- Đối với PNMT có xét nghiệm sàng lọc HIV dương tính khi chuyển dạ: tư vấn và cho điều trị dự phòng ngay, làm chẩn đoán khẳng định sau. Nếu xét nghiệm khẳng định âm tính, ngừng các can thiệp dự phòng
- Không sử dụng ARV dự phòng cho mẹ khi tiên lượng mẹ sẽ sinh trong vòng 1 giờ; Trong trường hợp mẹ không được sử dụng ARV vẫn thực hiện phác đồ dự phòng ARV cho con như trên.
- Khi không sẵn có AZT, vẫn sử dụng NVP liều đơn cho mẹ khi chuyển dạ và NVP liều đơn cho con ngay sau sinh



## PHỤ LỤC 6

### PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG NHIỄM HIV Ở TRẺ EM

Trẻ nhiễm HIV được phân loại vào 1 trong 4 giai đoạn lâm sàng, tùy thuộc vào các triệu chứng và bệnh có liên quan đến HIV nặng nhất mà trẻ đã từng mắc.

<b>Giai đoạn lâm sàng 1: Không triệu chứng</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Không có triệu chứng</li> <li>• Hạch to toàn thân dai dẳng</li> </ul>
<b>Giai đoạn lâm sàng 2: Triệu chứng nhẹ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gan lách to dai dẳng không xác định được nguyên nhân<sup>1</sup></li> <li>• Phát ban sẩn ngứa</li> <li>• Nhiễm nấm móng</li> <li>• Viêm khóe miệng</li> <li>• Đỏ viền lợi</li> <li>• Nhiễm vi rút mụn cơm lan tỏa</li> <li>• U mềm lây lan tỏa</li> <li>• Loét miệng tái diễn</li> <li>• Sung tuyến mang tai dai dẳng không xác định được nguyên nhân</li> <li>• Herpes zoster (Zona)</li> <li>• Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái diễn (viêm tai giữa, chảy mủ tai, viêm xoang, hoặc viêm amygdal)</li> </ul>
<b>Giai đoạn lâm sàng 3: Triệu chứng tiến triển</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suy dinh dưỡng hoặc gầy sút mức độ vừa phải không xác định được nguyên nhân không đáp ứng phù hợp với điều trị thông thường</li> <li>• Tiêu chảy dai dẳng (trên 14 ngày) không xác định được nguyên nhân<sup>1</sup></li> <li>• Sốt dai dẳng không xác định được nguyên nhân<sup>1</sup> (sốt trên 37.5°C liên tục hoặc ngắt quãng, kéo dài hơn 1 tháng)</li> <li>• Nấm candida miệng dai dẳng (sau 6–8 tuần tuổi)</li> <li>• Bạch sản dạng lông ở miệng</li> <li>• Viêm loét, hoại tử lợi hoặc tổ chức quanh cuống răng cấp</li> <li>• Lao hạch</li> <li>• Lao phổi</li> <li>• Viêm phổi vi khuẩn nặng tái diễn</li> <li>• Viêm phổi kẽ xâm nhiễm lympho bào có triệu chứng</li> <li>• Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản, thiếu máu (&lt;80 g/l), giảm bạch cầu hạt (&lt;0,5 x 10<sup>9</sup> tế bào/l) hoặc giảm tiểu cầu (&lt;50 x 10<sup>9</sup> tế bào/l) mạn tính không xác định được nguyên nhân.</li> </ul>



**Giai đoạn lâm sàng 4: Các triệu chứng nặng**

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



## PHỤ LỤC 7

### PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN MIỄN DỊCH Ở TRẺ EM

Tình trạng miễn dịch của trẻ nhiễm HIV được đánh giá thông qua số lượng hoặc tỷ lệ phần trăm (%) tế bào CD4 (trẻ em dưới 5 tuổi cần dựa vào tỷ lệ %).

Suy giảm miễn dịch liên quan đến HIV	Tỷ lệ % tế bào CD4 (hoặc số lượng tế bào CD4/mm <sup>3</sup> )			
	≤11 tháng	12–35 tháng	36 –59 tháng	≥ 5 tuổi
Không suy giảm	>35 %	>30 %	>25 %	> 500 tế bào/mm <sup>3</sup>
Suy giảm nhẹ	30-35 %	25-30 %	20-25 %	200 – 349 tế bào/mm <sup>3</sup>
Suy giảm tiến triển	25-29 %	25-30 %	15-19 %	200 – 349 tế bào/mm <sup>3</sup>
Suy giảm nặng	<25 % <1500 tế bào/mm <sup>3</sup>	<20 % <750 tế bào/mm <sup>3</sup>	<15 % <350 tế bào/mm <sup>3</sup>	<15% < 200 tế bào/mm <sup>3</sup>

**Lưu ý:** Nếu không làm được xét nghiệm CD4, trẻ nhiễm HIV từ giai đoạn lâm sàng 2 trở lên, có thể đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch nặng dựa vào tổng số tế bào lympho (nhưng không sử dụng tổng số tế bào lympho để theo dõi điều trị ARV).





## PHỤ LỤC 8

### CHẨN ĐOÁN SUY GIẢM MIỄN DỊCH NẶNG THEO TỔNG SỐ TẾ BÀO LYMPHO/CD4 Ở TRẺ EM

Giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng liên quan đến HIV	Tổng số tế bào lymphô theo lứa tuổi của trẻ/ mm <sup>3</sup>			
	<11 tháng tuổi	12- 35 tháng tuổi	36- 59 tháng tuổi	≥ 5 tuổi
Tổng số tế bào lymphô	<4.000	<3.000	<2.500	<2.000
Tế bào CD4	<1.500	<750	<350	<200



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS), 2007.
2. Nghị định 108/2007/NĐ-CP: “Quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS)”, 2007
3. Bộ Y tế: “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS” ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Bộ Y tế: “Quy trình điều trị ARV” ban hành kèm theo Quyết định số 2051/QĐ-BYT ngày 9/6/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
5. Bộ Y tế: “Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con” ban hành kèm theo Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 7/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
6. Bộ Y tế: “Hướng dẫn chuẩn quốc gia về Sức khỏe sinh sản”, 2002.
7. Tổ chức Y tế thế giới: Hướng dẫn điều trị dự phòng lây truyền mẹ con – khuyến cáo cận cộng đồng, 2006.
8. Đại học Y Hà Nội: “Nhiễm HIV/AIDS – Y học cơ sở, lâm sàng và phòng, chống”. NXB Y học Hà Nội, 1995.
9. Ủy ban Quốc gia Phòng, chống AIDS và Phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. “Chiến lược Quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020”. NXB Y học Hà Nội, 2004.
10. Bộ Y tế: “Chương trình hành động Quốc gia về Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con”.
11. Dương Thị Cương và Cộng sự: “HIV/AIDS với bà mẹ mang thai và sơ sinh” NXB Y học Hà Nội, 2001.
12. Vụ Điều trị, Bộ Y tế: “Sổ tay hướng dẫn tư vấn về HIV/AIDS đối với phụ nữ có thai”, NXB Y học Hà Nội, 2001.





