

Trung ương chịu trách nhiệm thi hành
Quyết định này./.

KT. THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Phó Thủ tướng

Phạm Gia Khiêm

QUYẾT ĐỊNH số 66/2005/QĐ-TTg
ngày **28/3/2005** của Thủ tướng
Chính phủ về việc giao nhiệm
vụ đào tạo tiến sĩ cho Trường
Đại học Y tế công cộng.

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

*Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày
25 tháng 12 năm 2001;*

*Căn cứ Luật Giáo dục ngày 02 tháng
12 năm 1998;*

*Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Giáo dục
và Đào tạo tại Công văn số 1246/
ĐH&SDH ngày 24 tháng 02 năm 2005,*

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Giao nhiệm vụ đào tạo trình
độ tiến sĩ cho Trường Đại học Y tế công
cộng.

Điều 2. Bộ Giáo dục và Đào tạo xem
xét, quy định các chuyên ngành đào tạo
cụ thể cho Trường Đại học Y tế công
cộng.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực
sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

Điều 4. Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ
quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan
thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân
dân các tỉnh, thành phố trực thuộc
Trung ương và Trường Đại học Y tế công
cộng chịu trách nhiệm thi hành Quyết
định này./.

KT. THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

Phó Thủ tướng

Phạm Gia Khiêm

CÁC BỘ

BỘ Y TẾ

QUYẾT ĐỊNH số 06/2005/QĐ-BYT
ngày **07/3/2005** của Bộ trưởng
Bộ Y tế về việc ban hành hướng
dẫn chẩn đoán và điều trị
nhiễm HIV.

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

*Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP
ngày 15/5/2003 của Chính phủ quy
định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và
tổ chức bộ máy Bộ Y tế;*

*Căn cứ Pháp lệnh Phòng chống nhiễm
vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn*

09637719

*dịch mắc phải ở người nhiễm (HIV/AIDS)
ngày 31/5/1995;*

*Theo đề nghị của Ông Vụ trưởng Vụ
Điều trị,*

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV”.

Điều 2. “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV” được áp dụng trong tất cả các cơ sở khám chữa bệnh của Nhà nước, tư nhân và bán công.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo. Bãi bỏ Quyết định số 1451/2000/QĐ-BYT ngày 08/5/2000 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng, Vụ trưởng Vụ Điều trị, Chánh Thanh tra, Vụ trưởng các Vụ thuộc Bộ Y tế, Cục trưởng Cục Y tế dự phòng và phòng chống HIV/AIDS, Cục trưởng Cục Quản lý Dược; Giám đốc Bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng y tế Ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Thứ trưởng

Nguyễn Thị Xuyên

HƯỚNG DẪN chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS

(ban hành kèm theo Quyết định số 06/2005/QĐ-BYT ngày 07/3/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

Mục lục

I. Chẩn đoán và phân loại giai đoạn nhiễm HIV

1. Chẩn đoán và phân loại giai đoạn nhiễm HIV ở người lớn
2. Chẩn đoán và phân loại giai đoạn nhiễm HIV ở trẻ em.

II. Quản lý lâm sàng người nhiễm HIV/AIDS

1. Đánh giá ban đầu
2. Tư vấn hỗ trợ
3. Tiêm phòng
4. Theo dõi điều trị.

III. Dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội

1. Dự phòng viêm phổi do P.jiroveci
2. Dự phòng viêm não do toxoplasma
3. Dự phòng viêm não do nấm cryptococcus.

IV. Cách tiếp cận các hội chứng lâm sàng thường gặp ở người nhiễm HIV/AIDS

1. Sốt
2. Sốt và đau đầu
3. Sưng hạch lympho
4. Ho và khó thở
5. Nuốt đau

6. Tiêu chảy
7. Các tổn thương da
8. Suy mòn
9. Thiếu máu
10. Chậm phát triển thể chất ở bệnh nhi.

V. Chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội

1. Các bệnh nhiễm nấm

- 1.1. Bệnh nhiễm nấm Candida
- 1.2. Bệnh nhiễm nấm Penicillium marneffeii
- 1.3. Viêm màng não do nấm Cryptococcus neoformans
- 1.4. Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii - PCP

- 1.5. Bệnh nhiễm nấm Aspergillus
- 1.6. Bệnh nhiễm nấm histoplasma

2. Các bệnh nhiễm ký sinh đơn bào

- 2.1. Viêm não do Toxoplasma
- 2.2. Các bệnh tiêu chảy do ký sinh đơn bào
- 2.3. Bệnh do leishmania (Leishmaniasis)

3. Các bệnh nhiễm vi khuẩn

- 3.1. Lao
- 3.2. Bệnh do các mycobacteria không điển hình
- 3.3. Bệnh do phế cầu
- 3.4. Bệnh do tụ cầu vàng
- 3.5. Các bệnh tiêu chảy do vi khuẩn
- 3.6. Bệnh do Klebsiella pneumoniae
- 3.7. Giang mai
- 3.8. Nhiễm Haemophilus influenzae type B

4. Các bệnh nhiễm virus

- 4.1. Bệnh nhiễm virus Herpes simplex
- 4.2. Bệnh nhiễm virus Herpes zoster
- 4.3. Bệnh do Cytomegalovirus
- 4.4. Bệnh u mềm lây
- 4.5. Bệnh sùi mào gà sinh dục
- 4.6. Viêm gan virus B
- 4.7. Viêm gan virus C
- 4.8. Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào (LIP).

VI. Điều trị ARV

1. Mục đích và Nguyên tắc điều trị ARV
2. Khi nào bắt đầu điều trị ARV
3. Các phác đồ điều trị ARV hàng đầu
4. Bảo đảm sự tuân thủ điều trị
5. Đánh giá trước điều trị kháng retrovirus
6. Theo dõi điều trị kháng retrovirus
7. Hội chứng phục hồi miễn dịch
8. Thất bại điều trị và các phác đồ hàng thứ hai
9. Điều trị ARV khi có các bệnh NTCH và các bệnh lý kèm theo
10. Điều trị ARV ở trẻ em
11. Điều trị ARV ở phụ nữ có thai.

VII. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và dự phòng sau phơi nhiễm do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

1. Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
2. Dự phòng sau phơi nhiễm do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

VIII. Phụ lục

09337719
LawSoft * Tel: +84-8-3845 6684 * www.ThuVienPhapLuat.com

1. Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS cho người lớn và vị thành niên
2. Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em
3. Phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV trên cơ sở số tế bào lymphô TCD4 và tỷ lệ lymphô theo lứa tuổi
4. Tư vấn sống khỏe mạnh cho người nhiễm HIV/AIDS
5. Các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở bệnh nhân HIV theo số tế bào TCD4
6. Tác dụng phụ của các thuốc dùng để điều trị và dự phòng nhiễm trùng cơ hội
7. Bảng tóm tắt các thuốc ARV
8. Các thuốc ARV cho trẻ em
9. Tương tác của các thuốc ARV.

BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT

3TC	Lamivudine
ABC	Abacavir
AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome - Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
and	Acid desoxyribonucleic
ALT (SGPT)	Alanin aminotransferase
anti - HBc	Anti-Hepatitis B core antigen - Kháng thể với kháng nguyên nhân của virus viêm gan B
anti - HBe	Anti-Hepatitis B envelop antigen - Kháng thể với kháng nguyên vỏ nhân của virus viêm gan B
anti-HCV	Anti-Hepatitis C antibody - Kháng thể với virus viêm gan C
ARN	Acid ribonucleic
ARV	Antiretroviral - Thuốc kháng virus sao chép ngược

HIV	Human immunodeficiency virus - Virus gây suy giảm miễn dịch ở người
HPV	Human papiloma virus - Virus gây u nhú ở người
HSV	Herpes simplex virus - Virus Herpes simplex
LIP	Lymphoid interstitial pneumonia - Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lymphô bào
LPV	Lopinavir
LTMC	Lây truyền HIV từ mẹ sang con
MAC	Mycobacterium avium complex - Phức hợp Mycobacterium avium
NFV	Nelfinavir
NRTI	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside

AST (SGOT)	Aspartat aminotransferase
AZT	Zidovudine
BCG	Bacillus Calmett -Guerrin - Trực khuẩn Calmett - Guerrin
CMV	Cytomegalovirus
CRP	C-reactive protein - Protein phản ứng C
CTM	Công thức máu
d4T	Stavudine
ddI	Didanosine
DNT	Dịch não tủy
DOT	Directly observed therapy - Điều trị có giám sát trực tiếp
EFV	Efavirenz
ELISA	Enzyme-linked immunosorbent assay - Xét nghiệm hấp phụ miễn dịch gắn men
HAART	Highly active antiretroviral therapy - Điều trị kháng retrovirus hiệu quả cao
HBeAg	Hepatitis B Envelop Antigen - kháng nguyên vỏ nhân của virus viêm gan B
HBsAg	Hepatitis B surface antigen - kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B

NNRTI	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược non - nucleoside
NTCH	Nhiễm trùng cơ hội
NVP	Nevirapine
PCR	Polymerase chain reaction - Phản ứng nhân chuỗi men polymerase
PI	Protease inhibitor - Thuốc ức chế men protease
RTV	Ritonavir
TCD4	Tế bào lympho T mang thụ cảm CD4
TCMT	Tiêm chích ma túy
TDF	Tenofovir
TKTU	Thần kinh trung ương
TMP- SMX	Trimethoprim - sulfamethoxazol
TPHA	T.pallidum hem - agglutination - Phản ứng ngưng kết hồng cầu với xoắn khuẩn giang mai
VDRL	Venereal disease research laboratories - Xét nghiệm phát hiện kháng thể với giang mai
VGB	Viêm gan B
VGC	Viêm gan C
VMN	Viêm màng não

09637719

I. CHẨN ĐOÁN VÀ PHÂN LOẠI GIAI ĐOẠN NHIỄM HIV

1. Chẩn đoán và phân loại giai đoạn nhiễm HIV ở người lớn

1.1. Chẩn đoán nhiễm HIV:

Mẫu huyết thanh của một người được coi là dương tính với HIV khi mẫu đó dương tính cả ba lần xét nghiệm bằng ba loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau (Phương cách III).

Chỉ những phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn được Bộ Y tế cho phép mới được quyền thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

1.2. Phân loại giai đoạn nhiễm HIV/AIDS

- Lâm sàng: Nhiễm HIV được chia làm 4 giai đoạn, phụ thuộc vào các bệnh lý liên quan đến HIV như tình trạng sụt cân, các nhiễm trùng cơ hội, các bệnh ác tính, mức độ hoạt động về thể lực (xem Phụ lục 1: Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS cho người lớn và vị thành niên). Người nhiễm HIV có các bệnh lý lâm sàng giai đoạn IV được coi là AIDS.

- Xét nghiệm: Người nhiễm HIV có $TCD4 \leq 200$ tế bào/mm³ được coi là suy giảm miễn dịch nặng. Nếu không có xét nghiệm TCD4, tổng số tế bào lymphô có thể sử dụng thay thế. Người nhiễm HIV có tổng số lymphô ≤ 1200 tế bào/mm³ và các triệu chứng liên quan đến HIV cũng được coi là suy giảm miễn dịch nặng.

2. Chẩn đoán và phân loại giai đoạn nhiễm HIV ở trẻ em

2.1. Chẩn đoán nhiễm HIV ở trẻ sinh ra từ những người mẹ nhiễm HIV

- Trẻ < 18 tháng tuổi: xét nghiệm virus học (kháng nguyên p24, PCR ADN hoặc PCR ARN) dương tính, nếu có thể thực hiện được.

- Trẻ ≥ 18 tháng tuổi: xét nghiệm kháng thể HIV dương tính bằng ba phương pháp như đối với người lớn ở thời điểm ≥ 18 tháng tuổi. Đối với trẻ có bú mẹ, cần xét nghiệm sau khi trẻ ngừng bú mẹ hoàn toàn 6 tuần.

2.2. Phân loại giai đoạn nhiễm HIV/AIDS:

- Lâm sàng: nhiễm HIV ở trẻ được chia làm 4 giai đoạn. Trẻ nhiễm HIV có lâm sàng giai đoạn IV được coi là AIDS. Trong trường hợp không làm được xét nghiệm virus học, trẻ dưới 18 tháng tuổi sinh ra từ mẹ HIV dương tính được chẩn đoán là AIDS khi có xét nghiệm huyết thanh dương tính và các bệnh chỉ điểm AIDS. (Xem Phụ lục 2: Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em)

- Xét nghiệm: Tình trạng suy giảm miễn dịch của trẻ nhiễm HIV được đánh giá qua số tế bào TCD4 theo lứa tuổi và tỷ lệ TCD4/tế bào lymphô (xem Phụ lục 3: Phân loại Miễn dịch ở Trẻ nhiễm HIV trên cơ sở số tế bào lymphô TCD4 và tỷ lệ lympho theo lứa tuổi). Trẻ có tỷ lệ $TCD4 \leq 15\%$ được chẩn đoán là AIDS.

II. QUẢN LÝ LÂM SÀNG NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

1. Đánh giá ban đầu

1.1. Tiền sử:

- Các hành vi nguy cơ
- Tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh lý liên quan đến HIV, bao gồm cả lao
- Tiền sử các bệnh khác
- Tiền sử dùng thuốc (thuốc dự phòng và điều trị NTCH, ARV...)
- Tiền sử dị ứng
- Các triệu chứng và dấu hiệu bệnh hiện thời.

1.2. Lâm sàng:

- Khám toàn trạng, cân nặng, hạch ngoại vi, các biểu hiện bệnh lý ở các cơ quan và hệ cơ quan
- Xác định giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV
- Phát hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh lý liên quan đến HIV
- Sàng lọc lao
- Tình trạng thai nghén.

1.3. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Công thức máu toàn phần: Hemoglobin/hematocrit, số lượng bạch cầu, tổng số tế bào lymphô. Tổng số tế bào lymphô có thể tính theo công thức sau:

Tổng số tế bào lymphô = Tổng số bạch cầu x tỷ lệ % lymphocyte

- Xét nghiệm số TCD4, nếu có thể làm được
- X-quang phổi
- Soi đờm tìm AFB chẩn đoán lao
- Nếu có nghi ngờ viêm gan: Men gan ALT (SGPT)
- HBsAg nếu có điều kiện và Anti-HCV nếu bệnh nhân có tiêm chích ma túy
- Làm phiến đồ cổ tử cung cho phụ nữ
- Xét nghiệm thai nếu có chỉ định
- Các xét nghiệm khác phát hiện NTCH nếu có chỉ định.

2. Tư vấn hỗ trợ

- Tư vấn hỗ trợ sau xét nghiệm
- Giải thích về diễn biến bệnh và kế hoạch chăm sóc điều trị, sự cần thiết phải thăm khám theo hẹn
- Tư vấn về sống tích cực, dinh dưỡng và sống khỏe mạnh (xem Phụ lục 4: Tư vấn sống khỏe mạnh cho người nhiễm HIV)
- Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV: tình dục an toàn, các biện pháp giảm tác hại
- Sử dụng các biện pháp tránh thai; dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con nếu quyết định có thai và sinh con
- Tư vấn về tuân thủ dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội
- Chuẩn bị cho điều trị ARV nếu có chỉ định.

09637719

LawSoft * Tel: +84-8-3845 6684 * www.ThuVienPhapLuat.com

3. Tiêm phòng

Bảng 1: Khuyến cáo tiêm phòng cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV và trẻ nhiễm HIV

Vaccine	Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, chưa có chẩn đoán xác định nhiễm HIV	Trẻ nhiễm HIV, lâm sàng giai đoạn I, II và III	Trẻ nhiễm HIV, lâm sàng giai đoạn IV
Vaccine trong Chương trình Tiêm chủng mở rộng			
BCG	* Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Bại liệt uống	Theo lịch	Theo lịch	Có thể cho vaccine uống. Nên cho vaccine tiêm, nếu có
Viêm gan B	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Sởi	Theo lịch	# Tuổi 11 - 12	Không tiêm
Viêm não Nhật bản	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Vaccine tự chọn			
Haemophilus influenzae B	Tháng 2, 4, 6	Tháng 12 - 15	
Thủy đậu	Tháng 12, 15	# Tuổi 11 - 12	Không tiêm
Cúm	Từ tháng thứ 6, mỗi năm một lần		Theo lịch
Quai bị	Tháng 12 - 15	# Tuổi 11 - 12	Không tiêm
Rubella	Tháng 12 - 15	# Tuổi 11 - 12	Không tiêm

* Không tiêm cho trẻ có rối loạn bẩm sinh, trẻ đẻ non hoặc cân nặng khi sinh thấp. Những trẻ được tiêm phòng BCG cần được theo dõi để phát hiện và điều trị các biến chứng do BCG.

Cho tiêm phòng nếu trước đó chưa được tiêm

- Người nhiễm HIV chưa mắc viêm gan B (không có HBsAg và anti-HBc) cần được tiêm phòng vaccine viêm gan B.

4. Theo dõi điều trị

Người nhiễm HIV cần được thăm khám và tư vấn theo lịch trình 3 - 6 tháng một lần nếu không có triệu chứng và bất cứ khi nào có triệu chứng lâm sàng.

- Thăm khám lâm sàng, đánh giá giai đoạn nhiễm HIV

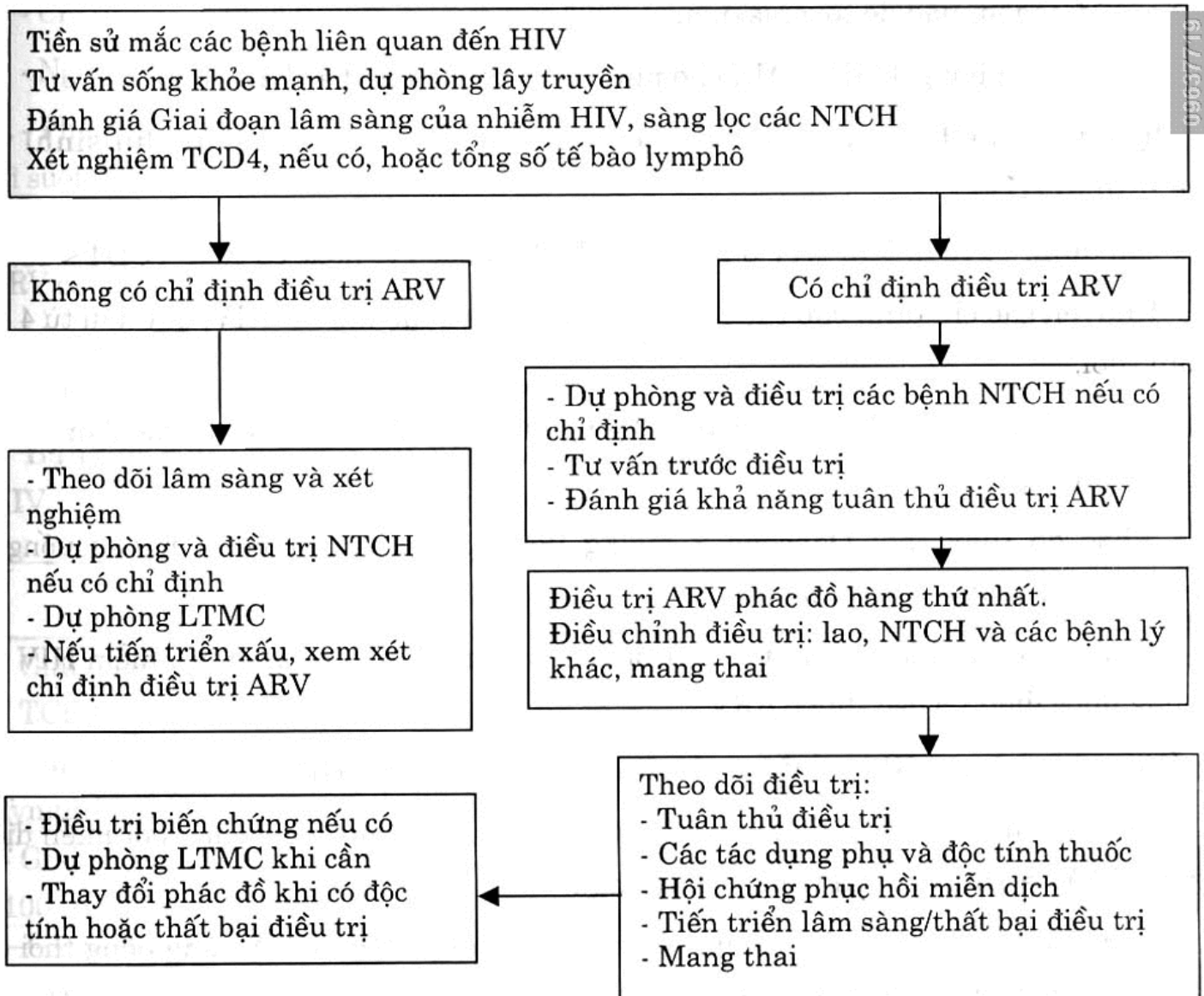
- Xét nghiệm: + CTM 6 tháng một lần

+ TCD4 6 tháng một lần, nếu có

+ X - quang phổi và các xét nghiệm khác nếu có chỉ định.

- Tư vấn và hẹn khám lại cho những trường hợp không có triệu chứng
- Điều trị dự phòng NTCH nếu có chỉ định
- Điều trị NTCH và bệnh liên quan đến HIV, nếu có. Trường hợp bệnh nặng, có thể nhập viện hoặc chuyển tuyến trên
- Chuyển khám chuyên khoa nếu nghi ngờ lao, bệnh lây truyền qua đường tình dục
- Chuyển cơ sở sản khoa để điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con cho các trường hợp có thai...
- Đủ tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm để điều trị ARV: tiến hành tư vấn trước điều trị.
 - + Chưa sẵn sàng cho điều trị ARV: Tiếp tục tư vấn và hẹn khám lại
 - + Sẵn sàng cho điều trị ARV: Tiến hành điều trị theo phác đồ hàng thứ nhất phù hợp.

SƠ ĐỒ QUẢN LÝ LÂM SÀNG NGƯỜI NHIỄM HIV



III. DỰ PHÒNG CÁC BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI

1. Dự phòng viêm phổi do *P.jiroveci* (PCP)

- Chỉ định: - Người nhiễm HIV ở giai đoạn III, IV, không phụ thuộc vào số TCD4
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn I, II nếu TCD4 dưới 200 tế bào/mm³, hoặc giai đoạn II nếu tổng số tế bào lymphô ≤ 1200 tế bào/mm³
- Phác đồ ưu tiên: TMP-SMX 160 - 800mg 1 lần/ngày; hoặc 160 - 800mg/lần x 3 lần/tuần.
- Phác đồ thay thế: Dapsone 100mg uống 1 lần/ngày
- Thời gian dự phòng: Duy trì suốt đời. Có thể dừng khi bệnh nhân được điều trị ARV có TCD4 > 200 TB/mm³ kéo dài trên 3 tháng.

Lưu ý:

- Bệnh nhân điều trị hoặc dự phòng PCP bằng TMP - SMX cũng đồng thời dự phòng được viêm não do toxoplasma.
- Không dự phòng TMP - SMX cho phụ nữ có thai trong ba tháng đầu.

Dự phòng PCP ở trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (phơi nhiễm chu sinh) và trẻ nhiễm HIV:

- Chỉ định: - Trẻ nhiễm HIV ở giai đoạn II, III hoặc IV, hoặc có tỷ lệ TCD4 < 15%.
- Khuyến cáo chỉ định cho tất cả các trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV, bắt đầu từ 4 - 6 tuần tuổi.
- Phác đồ ưu tiên: TMP - SMX 5mg/kg/ngày theo TMP, dạng siro hoặc dạng viên, uống 1 lần/ngày.
- Phác đồ thay thế: Dapsone 2 mg/kg uống 1 lần/ngày hoặc 4 mg/kg uống 1 lần/tuần đối với trẻ > 1 tháng tuổi
- Thời gian dự phòng: Duy trì suốt đời đối với trẻ được xác định là nhiễm HIV và không được điều trị các thuốc ARV.

Dừng dự phòng: - Khi trẻ được xác định là không nhiễm HIV

- Trẻ nhiễm HIV được điều trị các thuốc ARV và có dấu hiệu phục hồi miễn dịch (tỷ lệ TCD4 > 15% kéo dài trên 3 - 6 tháng).

Lưu ý: Trẻ được điều trị hoặc dự phòng PCP bằng TMP - SMX cũng đồng thời dự phòng được viêm não do toxoplasma.

2. Dự phòng viêm não do Toxoplasma

- Chỉ định: người nhiễm HIV có kháng thể IgG với toxoplasma (+) khi số TCD4 giảm xuống < 100 tế bào/mm³. (Chẩn đoán huyết thanh nhiễm toxoplasma hiện chưa có rộng rãi ở Việt Nam).

- Phác đồ: TMP - SMX 160 - 800mg uống 1 lần/ngày.

- Thời gian dự phòng: Duy trì suốt đời. Có thể dừng khi bệnh nhân được điều trị ARV có TCD4 > 200 TB/mm³ kéo dài trên 3 tháng.

Lưu ý:

- Bệnh nhân điều trị hoặc dự phòng PCP bằng TMP - SMX cũng đồng thời dự phòng được viêm não do toxoplasma.

- Không dự phòng TMP - SMX cho phụ nữ có thai trong ba tháng đầu; nếu có thai trong thời gian dự phòng, có thể ngừng điều trị và theo dõi sát. Không dự phòng bằng pyrimethamine trong suốt thời kỳ mang thai.

3. Dự phòng viêm màng não do nấm cryptococcus

- Chỉ định: - Người nhiễm HIV ở giai đoạn IV, không phụ thuộc vào số TCD4

- Người nhiễm HIV có số TCD4 < 100 tế bào/mm³.

- Phác đồ: Fluconazole 200 mg/ngày uống cách nhật; hoặc 400mg 1 lần/tuần duy trì suốt đời (có thể dùng viên fluconazole 150mg x 3 viên 1 lần/tuần).

- Thời gian dự phòng: Duy trì suốt đời. Có thể dừng khi bệnh nhân được điều trị ARV có TCD4 > 100/mm³ kéo dài trên 3 - 6 tháng.

Lưu ý: Không dự phòng fluconazole cho phụ nữ có thai; nếu có thai trong thời gian điều trị dự phòng, có thể ngừng điều trị và theo dõi sát.

Bảng 2: Khuyến cáo dự phòng đặc hiệu các bệnh NTCH ở người nhiễm HIV

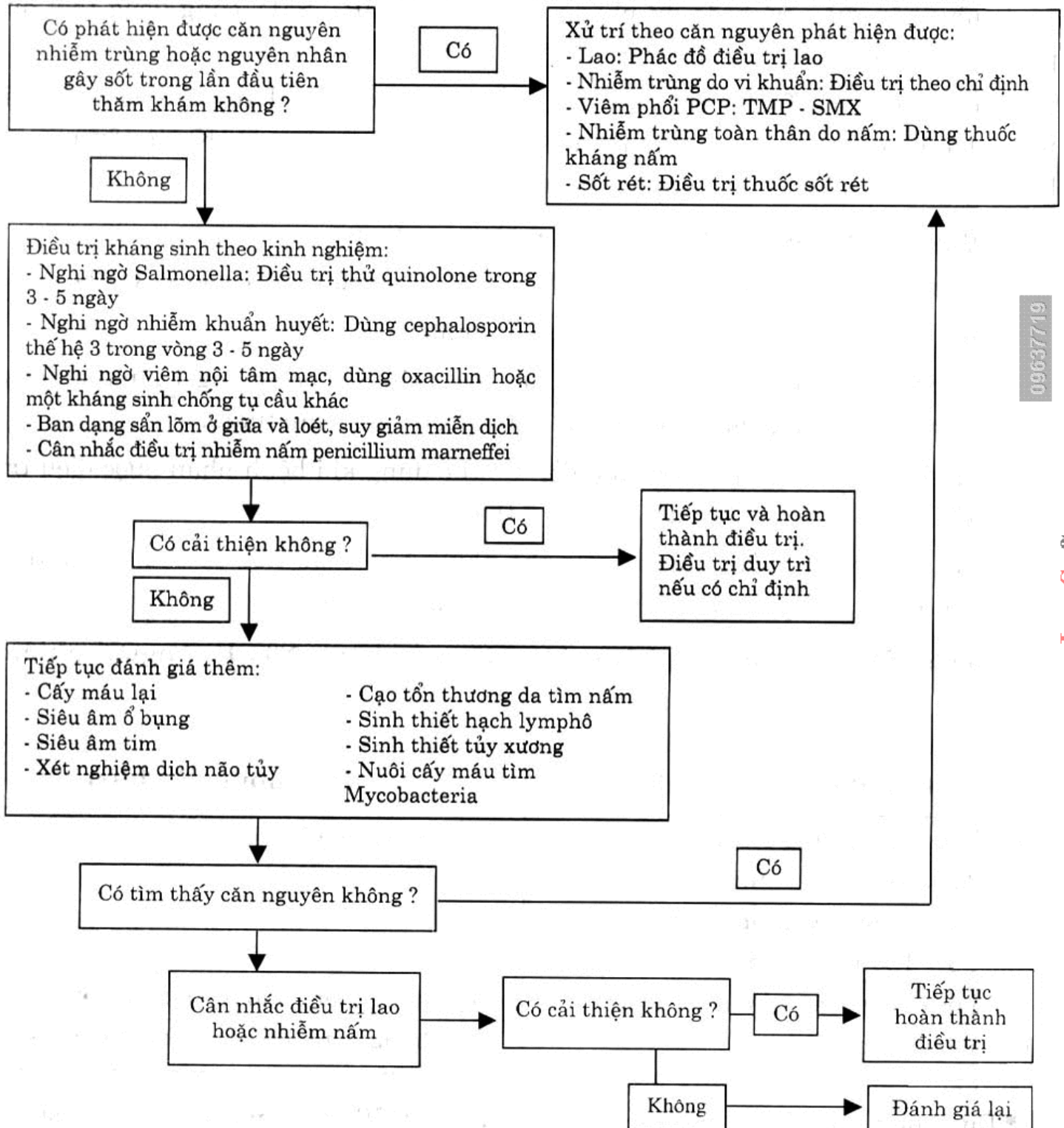
Giai đoạn miễn dịch	Dự phòng đặc hiệu
- Giai đoạn lâm sàng III, IV; - TCD4 < 200 tế bào/mm ³ , hoặc giai đoạn lâm sàng II với tổng số tế bào lymphô < 1200 tế bào/mm ³	- Dự phòng PCP*
- Giai đoạn lâm sàng IV hoặc TCD4 < 100 tế bào/mm ³	- Dự phòng viêm não do toxoplasma* - Dự phòng bệnh do nấm Cryptococcus

* Dự phòng bằng TMP - SMX có tác dụng với cả PCP và viêm não do toxoplasma.

IV. CÁCH TIẾP CẬN MỘT SỐ HỘI CHỨNG LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

1. Sốt kéo dài

Nguyên nhân hay gặp: Lao, Penicillium, Cryptococcus, nhiễm trùng do vi khuẩn, MAC
Bệnh sử: Cấp tính hay mãn tính, có tiêm chích ma túy hay không; các triệu chứng cơ năng và thực thể kèm theo
Khám lâm sàng: Khám hạch, các tổn thương da, các dấu hiệu màng não, khám tim phổi, bụng
Xét nghiệm (nếu có): Công thức máu, tổng số lymphô, điện đồ máu tìm ký sinh trùng sốt rét, cấy máu, chụp phổi, phân tích nước tiểu, soi đờm tìm trực khuẩn kháng cồn-toan khi bệnh cảnh và khám lâm sàng hướng đến bệnh lao.



09637719

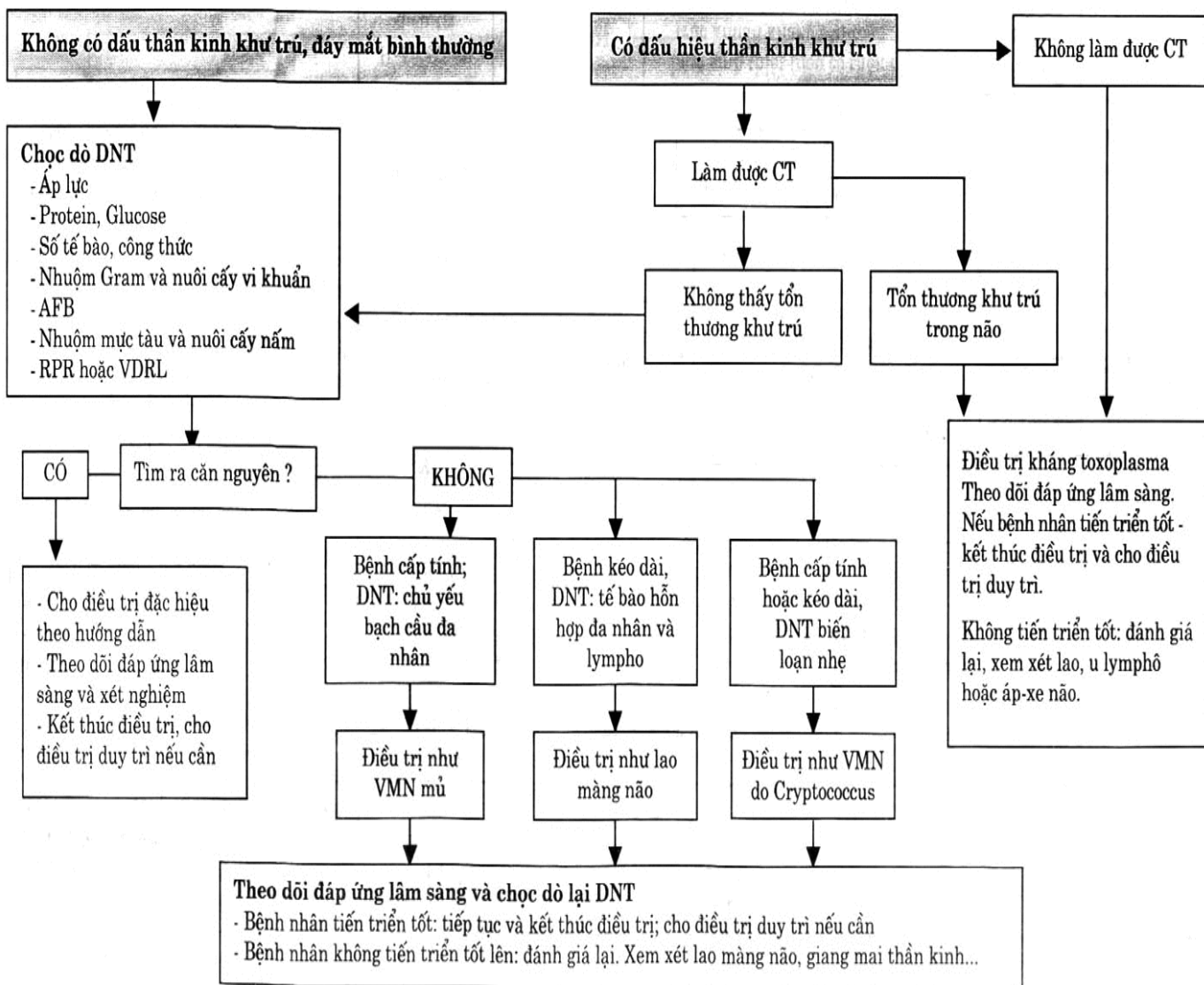
2. Đau đầu và biểu hiện thần kinh

Nguyên nhân hay gặp: Viêm màng não do *Cryptococcus*, viêm màng não do vi khuẩn, viêm não do *Toxoplasma*, lao màng não

Bệnh sử: Diễn biến cấp hoặc mãn tính, sốt, tiền sử lao

Khám lâm sàng: Đau màng não, các dấu thần kinh khu trú, các triệu chứng và dấu hiệu kèm theo; soi đáy mắt nếu bệnh nhân có rối loạn ý thức hoặc không thể loại trừ dấu thần kinh khu trú

Xét nghiệm: Công thức bạch cầu, đường huyết, cấy máu, X-quang phổi.



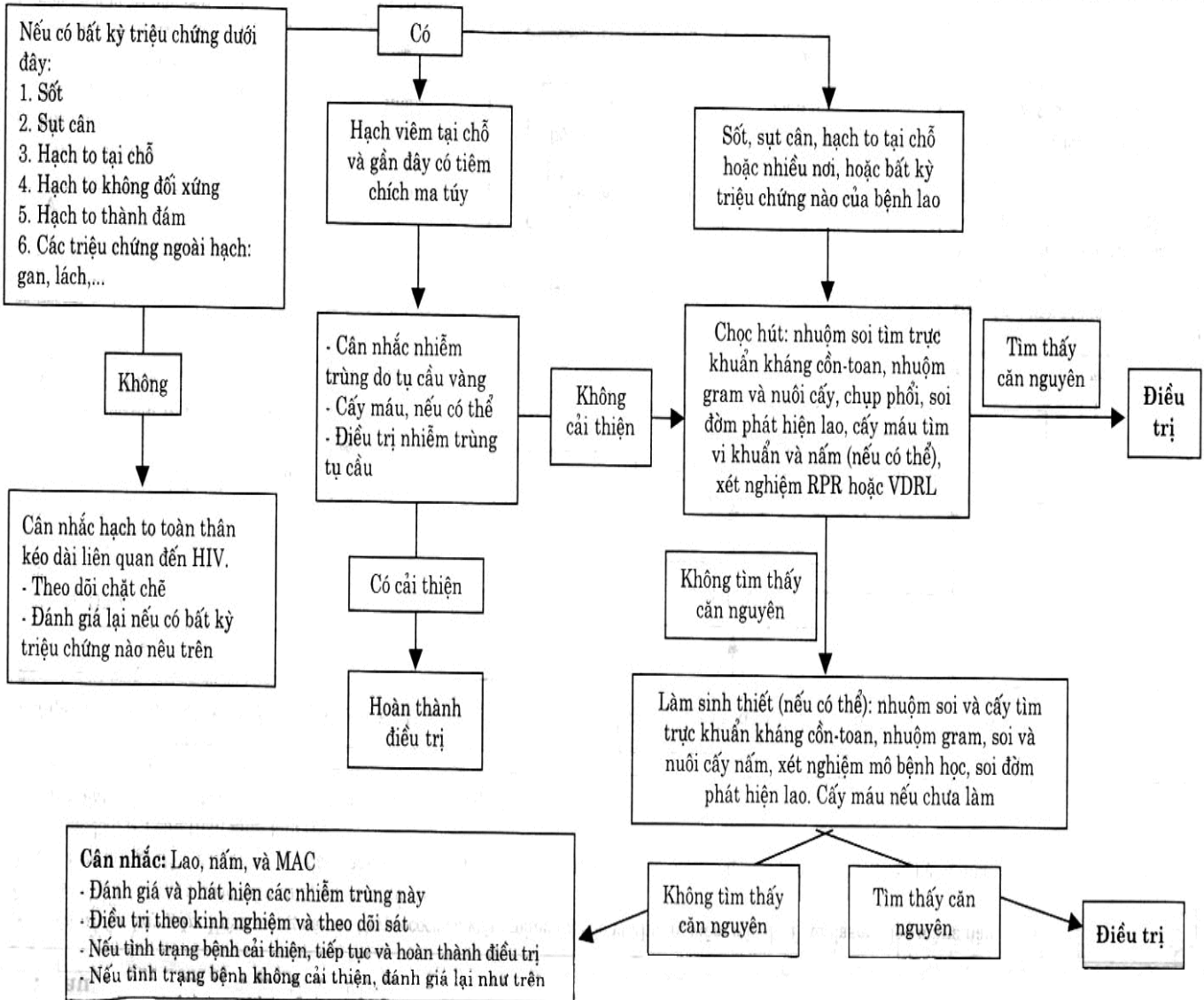
3. Hạch to

Nguyên nhân hay gặp: Lao, tụ cầu vàng, nấm, giang mai, MAC, ung thư, bệnh lý hạch toàn thân kéo dài do HIV

Bệnh sử: Căn cứ thời gian hạch to, sốt, sụt cân. Tiền sử bệnh lao, hoặc giang mai; tiền sử tiêm chích ma túy

Khám lâm sàng: Hạch to tại chỗ hay nhiều nơi, phát ban, khám phổi, gan, lách to

Xét nghiệm: Công thức máu, tổng lymphô bào.



4. Hội chứng hô hấp

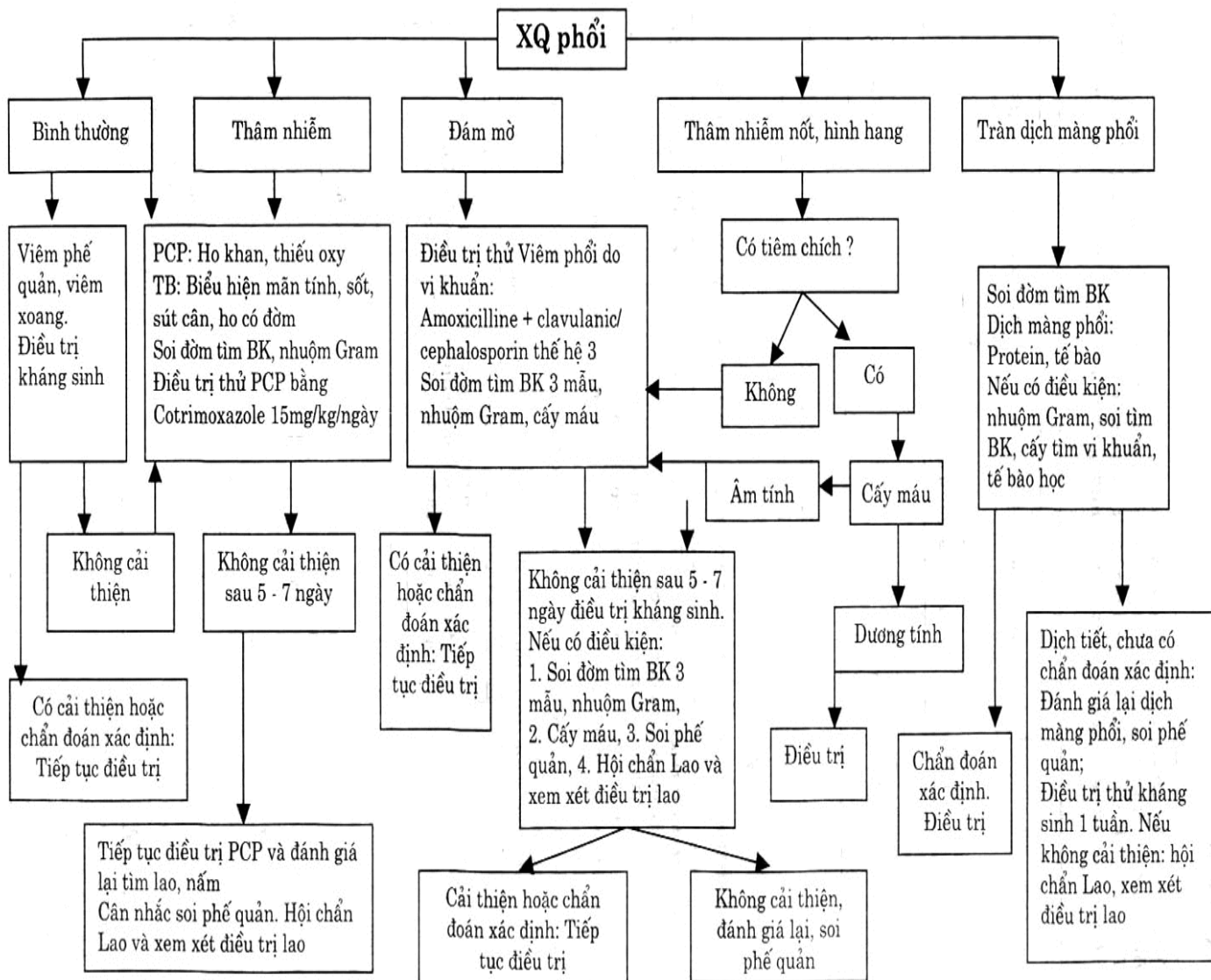
Nguyên nhân hay gặp: Vi khuẩn, lao, P. jroveci (PCP)

Bệnh sử: Khó thở cấp tính hoặc mãn tính, sốt, ho có đờm hoặc ho khan, tiền sử nghiện chất ma túy

Khám lâm sàng: Các dấu hiệu sinh tồn, tím tái, tràn dịch màng phổi, ral phổi, hội chứng đông đặc, tiếng cơ. Tổn thương da

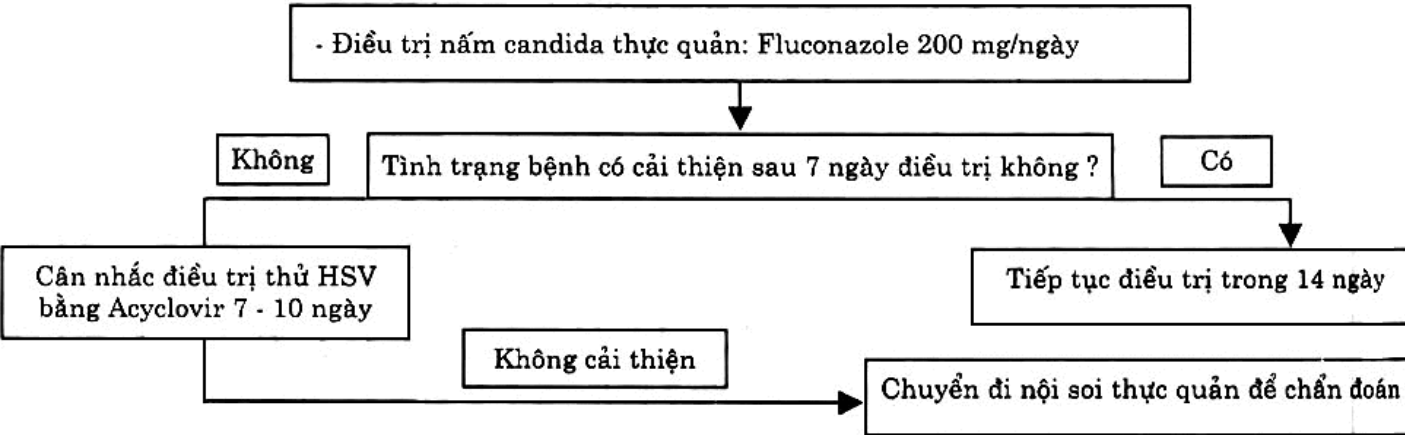
Xét nghiệm: Công thức máu, soi đờm tìm BK, nhuộm gram; cấy đờm, LDH, cấy máu, nếu có thể làm được.

Chẩn đoán và điều trị chủ yếu dựa vào hình ảnh XQ phổi và các dấu hiệu lâm sàng.



5. Nuốt đau

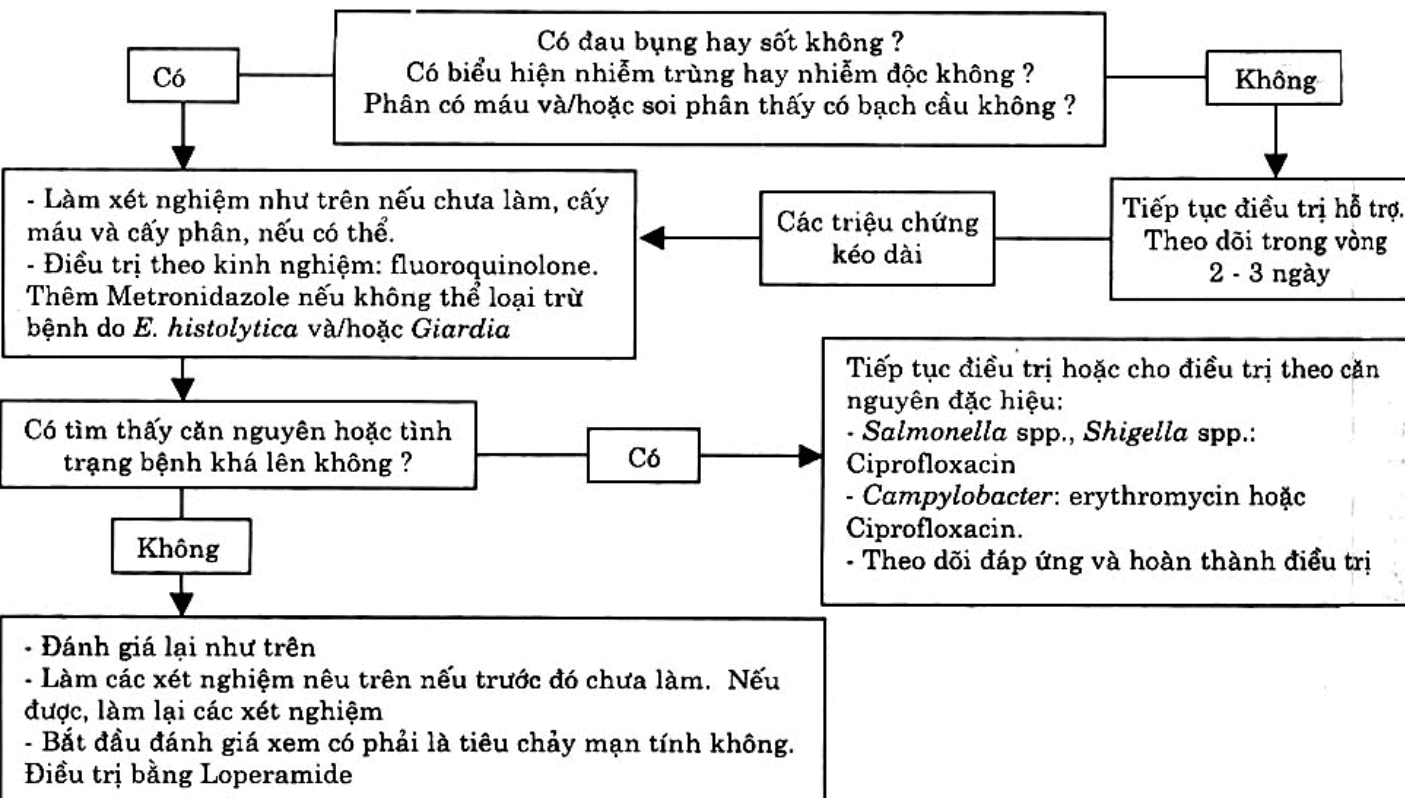
Nguyên nhân thường gặp: Nấm Candida, HSV, CMV, HIV
Bệnh sử: Nuốt đau hoặc nuốt khó làm giảm ăn uống bằng đường miệng
Tiền sử bệnh: Ghi nhận việc sử dụng bất kỳ thứ thuốc mới nào, sự xuất hiện bất kỳ triệu chứng nào của AIDS
Khám lâm sàng: Ghi nhận bất kỳ tổn thương nấm hoặc loét ở miệng, tình trạng mất nước, tình trạng dinh dưỡng.



6. Tiêu chảy

a) Tiêu chảy cấp (Đi phân lỏng > 3 lần/ngày trong vòng < 14 ngày)

Nguyên nhân hay gặp: Samonella, Campylobacter, Shiglla, E.Coli, Clostridium difficile, Giardia, Entamoeba histolytica, tác dụng phụ của thuốc.
Bệnh sử: Căn cứ thời gian và mức độ nặng của tình trạng tiêu chảy, đau bụng, phân có nhày và máu không, sốt, sụt cân, tiền sử dùng thuốc trước và sau khi bắt đầu tiêu chảy
Khám lâm sàng: Sốt, tình trạng mất nước, tình trạng dinh dưỡng, các nhiễm trùng cơ hội khác đồng thời, các biểu hiện thủng tạng trong ổ bụng
Xét nghiệm: Công thức máu, soi phân tìm các tế bào bạch cầu và hồng cầu, nuôi cấy, soi tìm trứng giun và ký sinh trùng (nếu có thể)
Điều trị hỗ trợ ban đầu: Bù nước (bằng đường uống và đường tĩnh mạch), hỗ trợ dinh dưỡng.



LawSoft * Tel: +84-8-3845 6684 * www.ThuVienPhapLuat.com

b) Tiêu chảy mạn tính

(Đi phân lỏng > 3 lần/ngày, kéo dài ≥ 14 ngày)

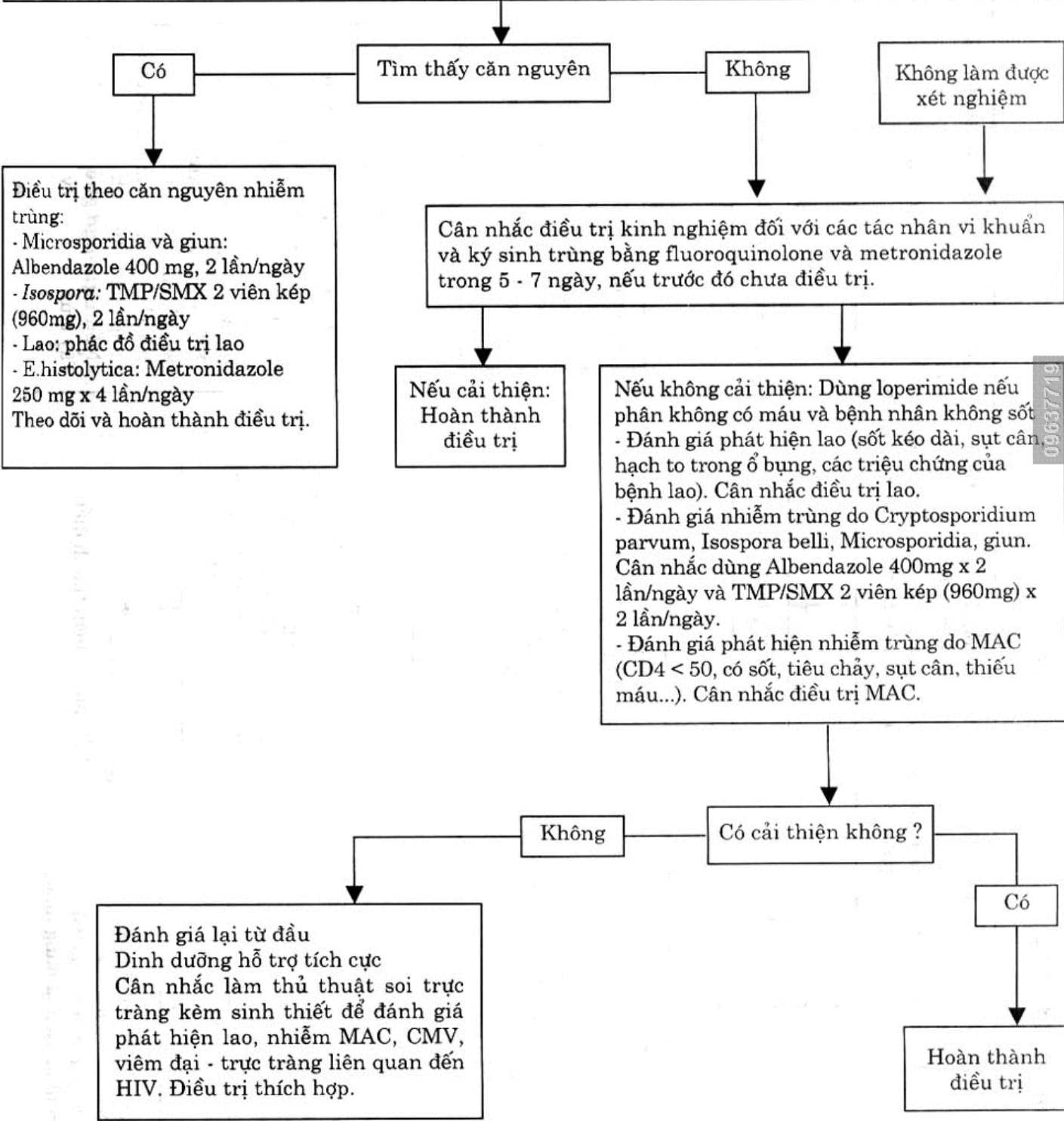
Nguyên nhân hay gặp: Lao, Salmonella, Cryptosporidia, Microsporidia, Isospora, Cyclospora, MAC, HIV

Bệnh sử: Sốt, đau bụng, chướng hơi, chán ăn, sụt cân, tính chất phân

Khám lâm sàng: Đánh giá tình trạng mất nước, cân nặng, tình trạng dinh dưỡng và các triệu chứng khác

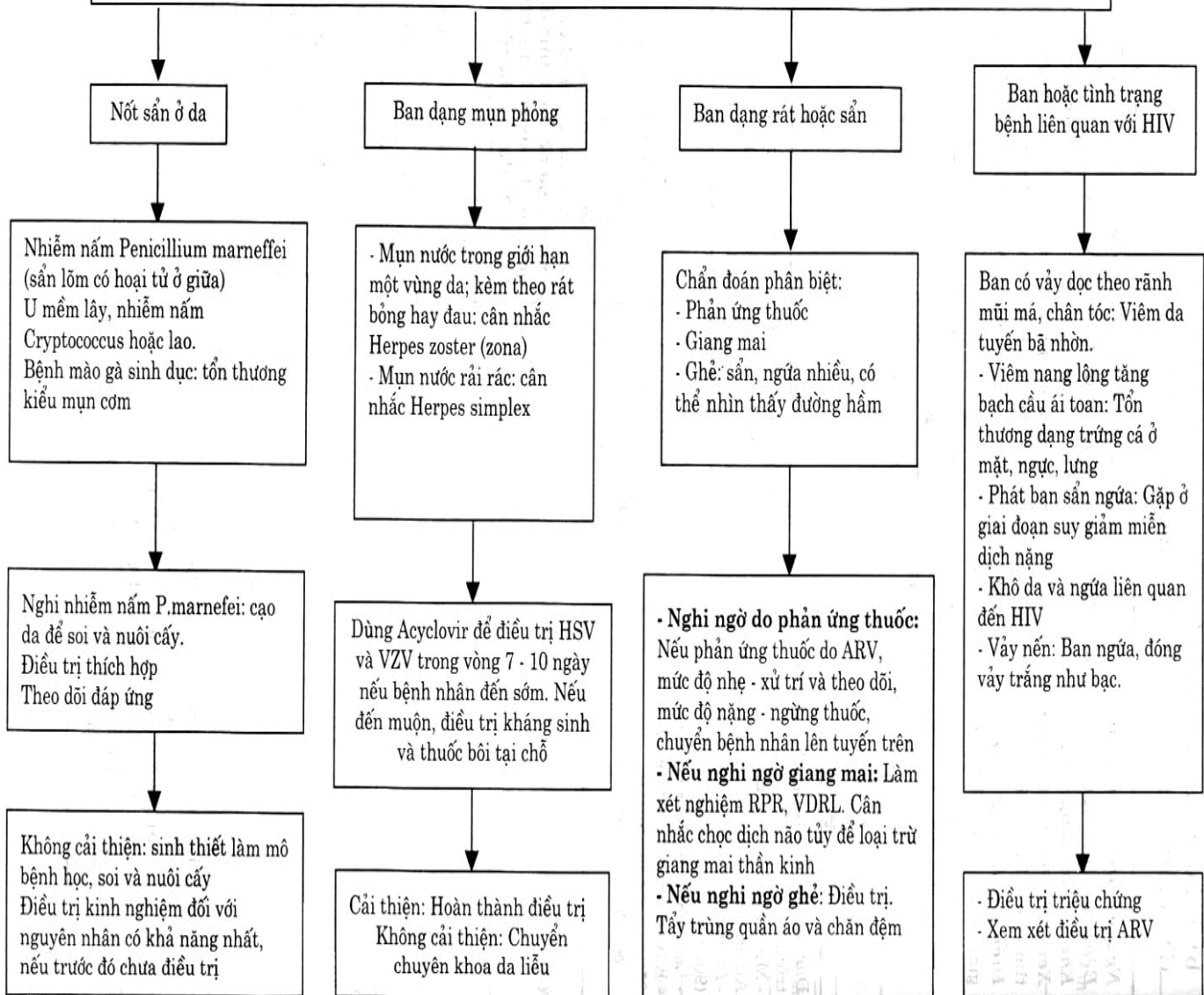
Xét nghiệm: Công thức máu với tổng lymphô bào, soi phân tìm bạch cầu, trứng giun và ký sinh trùng, tìm trực khuẩn lao trong phân, cấy máu nếu có sốt, đánh giá phát hiện lao

Điều trị hỗ trợ ban đầu: Điều trị mất nước bằng đường uống và tĩnh mạch khi cần, cân bằng điện giải, dinh dưỡng hỗ trợ.



7. Tổn thương da

Bệnh sử: Thời gian bị bệnh, tiến triển của tổn thương, có sốt kèm theo không, tiền sử dị ứng thuốc (đặc biệt cotrimoxazole, penicillin, cephalosporin, nevirapine, efavirenz), tiền sử bị bệnh giang mai.
Khám lâm sàng: Đặc điểm của tổn thương, phân bố, có kèm theo ngứa không, các triệu chứng toàn thân
 Cần nhắc chuyển tiếp sớm để cạo và sinh thiết da nếu chưa rõ chẩn đoán.



8. Suy mòn (Mất trên 10% trọng lượng cơ thể)

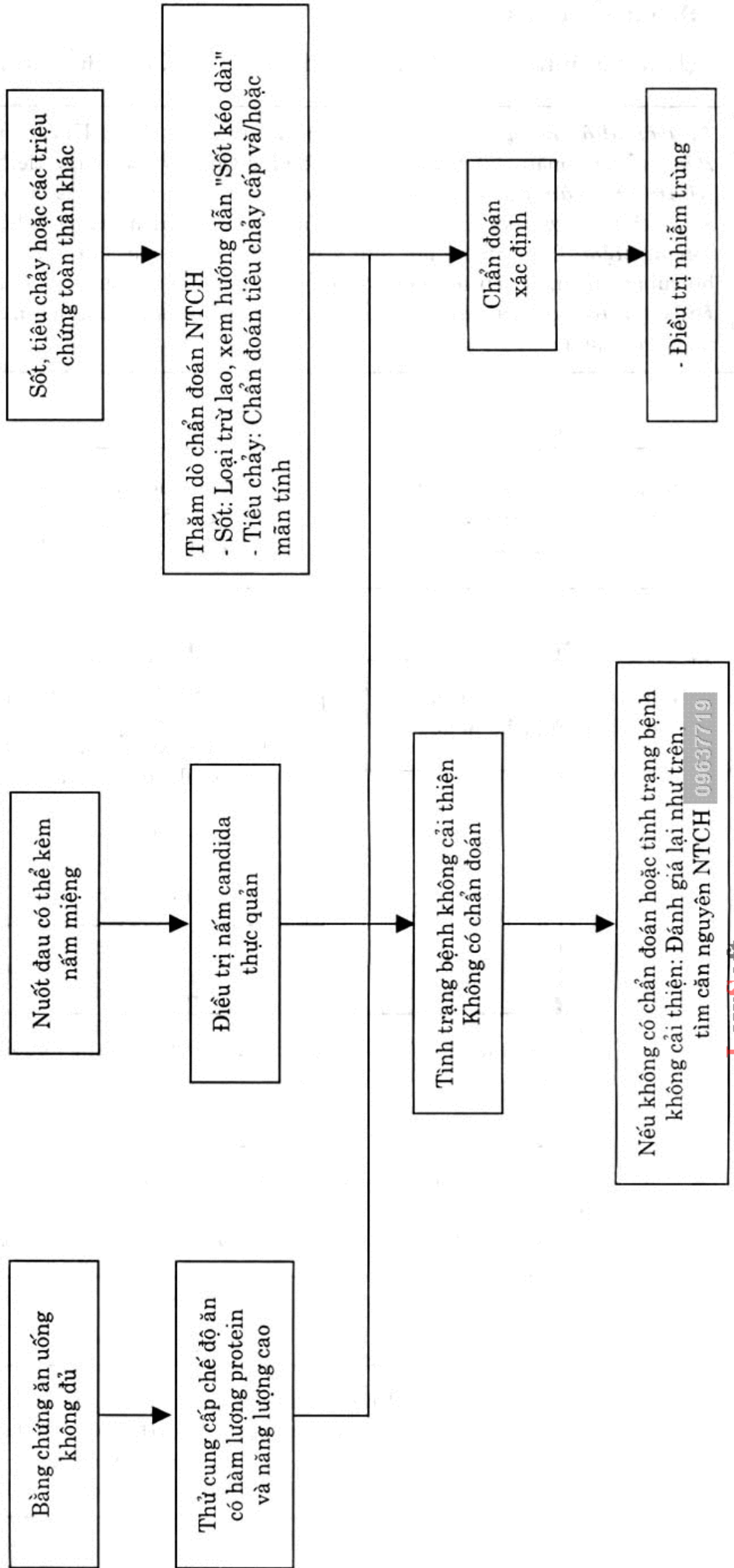
Nguyên nhân thường gặp: Các nhiễm trùng cơ hội như lao, tiêu chảy mãn tính do ký sinh trùng, nhiễm nấm và MAC, nhiễm nấm candida thực quản, suy dinh dưỡng do HIV

Bệnh sử: Thời gian và mức độ sụt cân, sốt, ho, tiêu chảy, hạch to, nuốt đau, tình trạng dinh dưỡng

Khám lâm sàng: Đánh giá mức độ suy mòn, các triệu chứng toàn thân và những biểu hiện của các cơ quan khác

Xét nghiệm: Công thức máu, tổng lymphô bào, cấy máu nếu có sốt, chụp phổi, protein toàn phần, soi phân tìm ký sinh trùng, BK, cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh nếu có thể

Điều trị hỗ trợ ban đầu: Tư vấn về thực phẩm dinh dưỡng, tăng cung cấp năng lượng, bổ sung vitamin và muối khoáng.



9. Thiếu máu

(Hemoglobin < 12g/L đối với nam và < 10g/L đối với nữ)

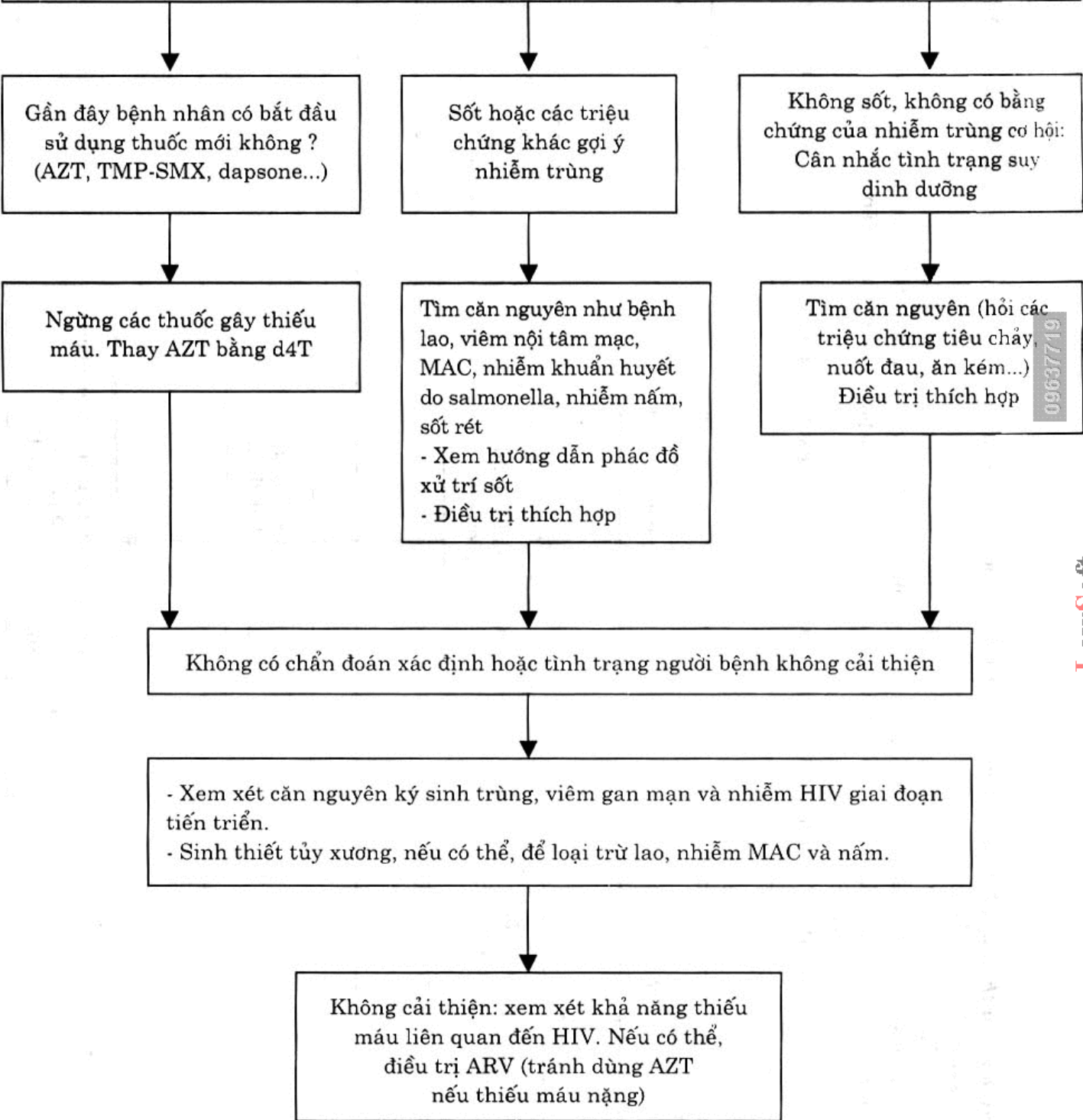
Nguyên nhân hay gặp: Nhiễm trùng cơ hội (như lao, MAC), HIV, mất máu, dinh dưỡng kém, do thuốc

Bệnh sử: Mất máu, tình trạng cung cấp dinh dưỡng, sốt, tiêu chảy, tiền sử du lịch, tiền sử dùng thuốc mới

Khám lâm sàng: Mức độ thiếu máu, các triệu chứng khác (hạch to, phát ban trên da, tiếng thổi ở tim, gan lách to...) gợi ý về tình trạng miễn dịch và các nhiễm trùng cơ hội

Xét nghiệm: Công thức máu, lưu ý hình thể hồng cầu; làm phiến đồ máu tìm ký sinh trùng sốt rét; bilirubin; cấy máu nếu sốt, nếu có thể; đánh giá nhiễm trùng cơ hội nếu có các triệu chứng gợi ý

Điều trị hỗ trợ ban đầu: Truyền máu hoặc hồng cầu nếu thiếu máu nặng; bổ sung sắt và vitamin, và điều trị dinh dưỡng hỗ trợ.



LawSoft * Tel: +84-8-3845 6684 * www.ThuVienPhapLuat.com

10. Chậm phát triển thể chất ở bệnh nhi

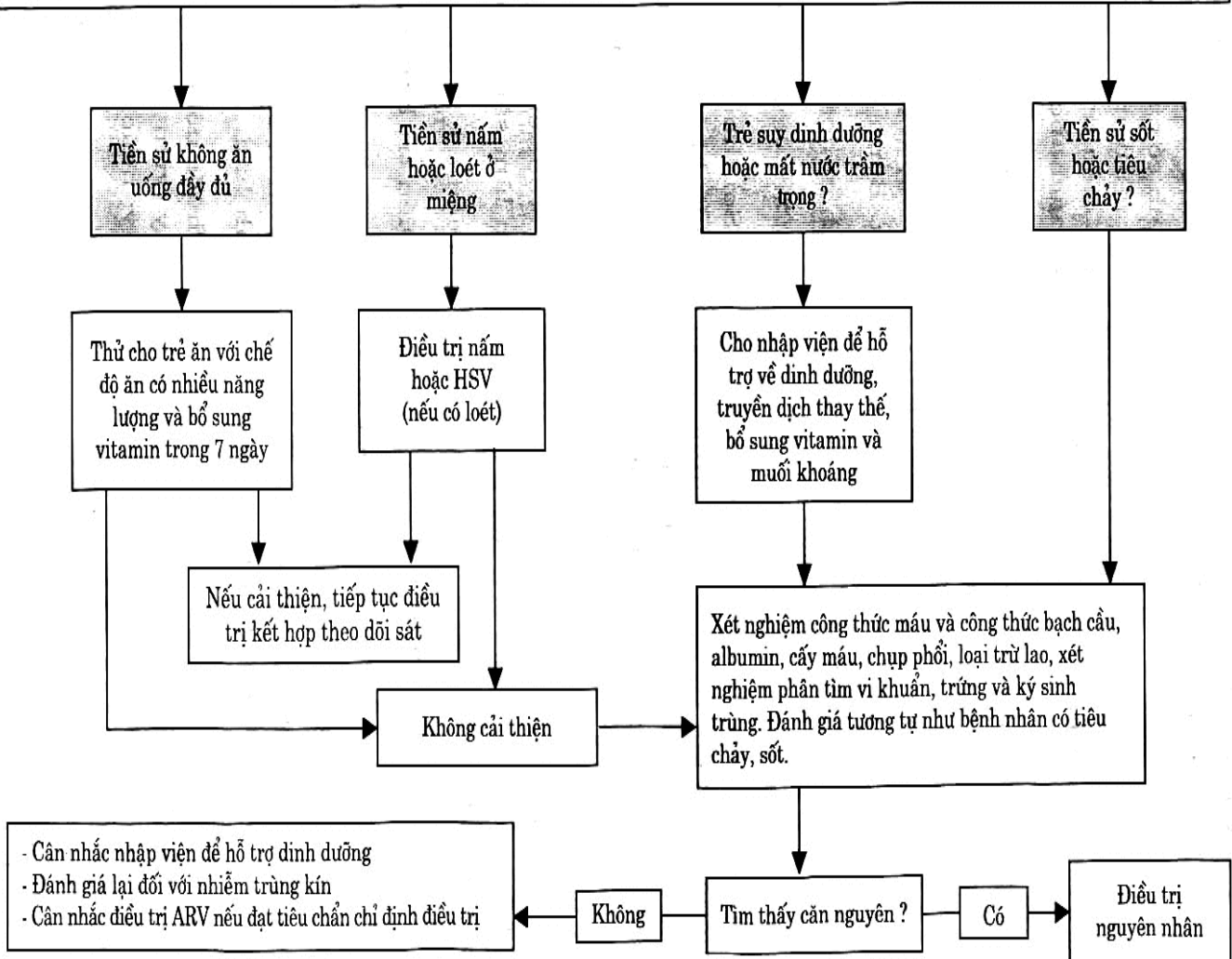
Định nghĩa: Kém phát triển ở mức độ trung bình: trọng lượng 60 - 80% trọng lượng bình thường tương ứng với tuổi/chiều cao; kém phát triển mức độ nặng: trọng lượng \leq 60% trọng lượng trung bình tương ứng với tuổi/chiều cao, hoặc 60 - 80% trọng lượng bình thường nếu có phù kèm theo

Nguyên nhân hay gặp: Nhiễm trùng tái phát hoặc nhiễm trùng kín, nhiễm nấm candida miệng hoặc thực quản, không có khả năng cung cấp đủ thực phẩm/năng lượng, hấp thu kém và tiêu chảy, nôn, nhiễm HIV mạn tính

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

Khám lâm sàng: Cân nặng và chiều cao, thăm khám đầy đủ 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 đánh giá điều trị ARV nếu trẻ đủ tiêu chuẩn điều trị.



V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI

Các bệnh nhiễm trùng cơ hội là nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong chính ở người nhiễm HIV/AIDS. Tần suất mắc và lâm sàng của các NTCH phụ thuộc vào mức độ suy giảm miễn dịch, các hành vi nguy cơ và các yếu tố khác. Chẩn đoán các bệnh NTCH phải dựa vào biểu hiện lâm sàng, các xét nghiệm hỗ trợ về vi sinh, thăm dò hình ảnh, số liệu sẵn có về dịch tễ học và các xét nghiệm đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch của bệnh nhân như số tế bào TCD4, số lượng tuyệt đối các tế bào lympho (xem Phụ lục 5: Các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở bệnh nhân HIV theo số tế bào TCD4). Các bệnh NTCH phải được điều trị kịp thời, hợp lý để hạn chế bệnh tật và tử vong cho người bệnh. Một số NTCH cần được điều trị duy trì kéo dài để giảm tái phát.

1. Các bệnh nhiễm nấm

1.1. Bệnh nhiễm nấm Candida

Lâm sàng: Bệnh thường xuất hiện ở giai đoạn suy giảm miễn dịch ($TCD4 < 200$ tế bào/ mm^3), diễn biến nặng, dai dẳng và hay tái phát.

- Bệnh nhiễm nấm candida ở miệng, họng, thực quản: Nhiều đốm hoặc đám giả mạc màu trắng, dễ bong, khu trú ở lưỡi, lợi, mặt trong má, vòm họng. Nếu tổn thương lan xuống họng và thực quản, bệnh nhân thường có triệu chứng nuốt khó và/hoặc đau khi nuốt.

- Bệnh nhiễm nấm candida da: Tổn thương dát đỏ, lan tỏa, đóng vảy, xung quanh có các sản vệ tinh, có thể kèm theo các mụn mủ hay viêm nang lông mủ, khó điều trị. Thường gặp ở vùng nếp gấp kẽ nách, bẹn, quanh móng - móng...

- Bệnh nhiễm nấm candida âm hộ - âm đạo: Bệnh nhân 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:

- Chủ yếu dựa trên lâm sàng.

- Soi thực quản: Chỉ định khi các triệu chứng không thuyên giảm sau điều trị các thuốc kháng nấm.

- Soi tươi tìm nấm khi bệnh nhân không đáp ứng với điều trị.

- Nuôi cấy phân loại nếu biểu hiện trên lâm sàng không điển hình.

Điều trị:

Điều trị ban đầu:

- Bệnh nhiễm nấm candida miệng:

Tại chỗ: Clotrimazole viên ngậm; Daktarin oral gel (miconazole); Nystatin đánh lưỡi.

Thuốc uống: Fluconazole 100 - 200 mg/ngày (viên 150mg 1 - 2 lần/ngày) x 7 - 14 ngày; hoặc

Itraconazole 200 mg/ngày x 7 - 14 ngày; hoặc

Ketoconazole 200mg 2 lần/ngày x 7 - 14 ngày.

(Ketoconazole ít hiệu quả hơn so với itraconazole và ít được sử dụng do có thể độc với gan và không dùng được đồng thời với rifampicin).

- Bệnh nhiễm nấm candida thực quản: Fluconazole uống 200 - 400 mg/ngày (viên 150mg 2 - 3 viên/ngày), hoặc itraconazole uống 200 mg/ngày x 14 - 21 ngày.

- Bệnh nhiễm nấm candida âm hộ - âm đạo:

+ Clotrimazole 100 mg hoặc miconazole 100 mg đặt âm đạo 1viên/ngày x 7 ngày; hoặc

+ Clotrimazole 200 mg đặt âm đạo 1 viên/ngày x 3 ngày; hoặc

+ Clotrimazole 500 mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất; hoặc

+ Nystatin 100.000 đơn vị, đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày; hoặc

+ Itraconazole 100 mg uống 2 viên/ngày x 3 ngày liên tiếp; hoặc

+ Fluconazole 150 mg uống liều duy nhất (có thể không có hiệu quả trong giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng).

Điều trị củng cố: chỉ áp dụng khi bị bệnh tái phát nhiều lần do nguy cơ kháng thuốc.

- Fluconazole 150 - 200mg hoặc itraconazole 200 mg hàng ngày trong 14 ngày.

Một số điều cần chú ý ở trẻ em: Liều thuốc cho trẻ tính theo cân nặng như sau:

- Viêm thực quản do candida: Ketocozole 5mg/kg uống chia 1 - 2 lần trong ngày trong 2 - 3 tuần, hoặc fluconazole 6mg/kg/ngày thứ nhất, sau đó 3 - 6mg/kg/ngày uống mỗi ngày trong 2 - 3 tuần.

- Bệnh nấm candida xâm nhập: Amphotericin B 0,5 - 1,5 mg/kg/ngày trong 2 - 3 tuần.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Nguy cơ nhiễm nấm candida âm đạo ở phụ nữ có thai tăng. Điều trị fluconazole liều duy nhất hoặc itraconazole ngắn ngày trong ba tháng đầu không làm tăng nguy cơ dị dạng thai

- Viêm thực quản do nấm candida ở phụ nữ có thai trong ba tháng đầu cần được điều trị bằng amphotericin B. Không dùng fluconazole hoặc itraconazole kéo dài do có nguy cơ gây dị dạng thai.

1.2. Bệnh nhiễm nấm *Penicillium marneffe*

Lâm sàng: Bệnh thường xuất hiện khi bệnh nhân có suy giảm miễn dịch nặng, số tế bào TCD4 < 200/mm³. Biểu hiện:

- Sốt, sưng hạch, gan lách to, sụt cân, thiếu máu.

- Ban trên da: sẩn hoại tử, lõm ở trung tâm; phân bố chủ yếu ở đầu, mặt, phần trên thân mình và chi trên hoặc rải rác khắp cơ thể.

Chẩn đoán:

- Dựa trên lâm sàng nếu bệnh nhân có sốt và tổn thương da đặc hiệu

- Soi tươi bệnh phẩm da, tủy xương, hạch tìm nấm, nếu có thể thực hiện được.

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

- Sinh thiết da.

Điều trị:

Điều trị ban đầu:

- Phác đồ ưu tiên: Amphotericin B tĩnh mạch, 0,6 - 1mg/kg/ngày trong 6 - 8 tuần, hoặc

- Itraconazole: 200mg x 2lần/ngày trong 2 tháng. Các tháng tiếp theo dùng 200mg 1 lần/ngày.

- Phác đồ phối hợp: Amphotericin B tĩnh mạch, 0,6 mg/kg/ngày trong 2 tuần; 10 tuần tiếp dùng itraconazole 200mg/ngày.

Điều trị duy trì: Itraconazole 200mg/ngày, duy trì suốt đời. Dừng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị ARV có số TCD4 > 200 TB/mm³ kéo dài trên 6 tháng.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Không dùng itraconazole cho phụ nữ có thai trong ba tháng đầu do có nguy cơ gây dị dạng thai; thay thế bằng amphotericin B.

1.3. Viêm màng não do nấm *Cryptococcus neoformans*

Lâm sàng: Bệnh thường xuất hiện ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng, TCD4 < 100/mm³.

- Viêm màng não: mệt mỏi, sốt, đau đầu dai dẳng tăng dần kèm theo buồn nôn, nôn, rối loạn tâm thần, động kinh, hôn mê; dấu hiệu màng não thường kín đáo; có thể có rối loạn thị giác, giảm thính lực, v.v..

- Ban trên da: nốt - sẩn, sẩn hoại tử ở trung tâm, sẩn có loét, mụn mủ.

- Viêm phổi: biểu hiện viêm phổi kẽ lan tỏa.

- Các cơ quan khác như xương, thận, gan, hạch cũng có thể bị nhiễm nấm.

Chẩn đoán:

- Chọc dò tủy sống: dịch não tủy thường trong, áp lực tăng cao; đường và protein ít biến loạn; tế bào tăng nhẹ, chủ yếu bạch cầu lympho. Nhuộm DNT bằng mực tàu, soi tìm nấm. Nuôi cấy nấm từ dịch não tủy, máu, tổ chức.

- Sinh thiết bệnh phẩm da, soi, cấy tìm nấm.

- Phát hiện kháng nguyên trong huyết thanh.

Điều trị:

Điều trị tấn công ban đầu: Chỉ định bắt buộc cho các trường hợp viêm màng não nặng (bệnh nhân có rối loạn ý thức, biểu hiện phù não, soi DNT có nấm, v.v..)

- Phác đồ ưu tiên: Amphotericin B 0,7 mg/kg/ngày + flucytosine 100 mg/kg/ngày x 2 tuần, hoặc

- Phác đồ thay thế: Amphotericin B 0,7 mg/kg/ngày x 2 tuần.

Điều trị củng cố:

- Fluconazole 400 - 800mg/ngày x 8 tuần
- Những trường hợp viêm màng não nhẹ có thể bắt đầu ngay bằng fluconazole uống.

Điều trị duy trì:

- Điều trị suốt đời bằng fluconazole 200 - 400 mg/ngày, hoặc itraconazole 400 mg/ngày.
- Dừng điều trị nếu bệnh nhân được điều trị ARV có số TCD4 > 200 tế bào/mm³ kéo dài trên 6 tháng.

Một số điều cần chú ý ở trẻ em: Nhiễm nấm cryptococcus ít gặp ở trẻ em, thường xuất hiện ở trẻ > 6 tuổi. Bệnh khu trú ở phổi ít gặp, biểu hiện bằng sốt tái diễn, sưng hạch trong lồng ngực, thâm nhiễm ổ hoặc thâm nhiễm lan tỏa. Chẩn đoán và điều trị tương tự như ở người lớn.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Trong ba tháng đầu của thời kỳ mang thai, không dùng fluconazole hoặc itraconazole do có nguy cơ gây dị dạng thai, thay thế bằng amphotericin B, có thể sử dụng flucytosine nếu có chỉ định.

1.4. Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* - PCP

Lâm sàng: Bệnh thường gặp ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng, TCD4 < 200/mm³.

- *P.jiroveci* gây bệnh chủ yếu ở phổi, thường diễn biến bán cấp (vài ngày tới vài tuần).

- Biểu hiện chính là ho khan, khó thở, có thể gây tím tái, sốt. Nghe phổi có thể có ran hoặc không.

Chẩn đoán:

- Dựa trên lâm sàng và tổn thương phổi trên phim X-quang

- X-quang phổi điển hình: thâm nhiễm kẽ lan tỏa. Có thể có tràn khí màng phổi, hoặc phim phổi bình thường v.v...

- Chẩn đoán xác định: soi tìm *P.jiroveci* trong đờm (kích thích tiết đờm để tăng độ nhạy), dịch rửa phế quản, phế quản - phế nang. Các phương pháp nhuộm: Giemsa, thấm bạc, miễn dịch huỳnh quang.

Điều trị:

- Phác đồ ưu tiên: TMP 15mg/kg/ngày SMX 75mg/kg/ngày uống x 21 ngày.

- Phác đồ thay thế: TMP 15mg/kg/ngày + dapson 100mg/ngày uống x 21 ngày, hoặc Clindamycin 600mg TM 8 giờ một lần hoặc 300 - 450mg uống 6 giờ một lần + primaquin 30mg x 21 ngày

Các trường hợp nặng, có suy hô hấp (thở nhanh, tím tái, PO₂ < 70 mm Hg), cần điều trị kết hợp prednisolon 40mg uống 2 lần/ngày x 5 ngày đầu, giảm xuống 40mg/ngày trong 5 ngày tiếp theo, sau đó 20mg/ngày cho tới khi kết thúc điều trị.

- Điều trị duy trì: bắt đầu sau điều trị đợt cấp và kéo dài cho đến cuối đời; có thể dừng khi bệnh nhân được điều trị ARV có TCD4 > 200 TB/mm³ x > 3 tháng. Liệu pháp: TMP - SMX uống 960 mg/ngày

09637419

Một số điều cần chú ý ở trẻ em

- Viêm phổi do *Pneumocystis* là bệnh nhiễm trùng cơ hội thường gặp nhất ở trẻ nhiễm HIV, thường xuất hiện ở trẻ nhỏ từ 3 - 6 tháng tuổi, có thể sớm hơn, vào 3 - 6 tuần tuổi. Bệnh thường diễn biến nặng và có nguy cơ tử vong cao.

- Trên lâm sàng, bệnh có thể khởi phát cấp tính hoặc bán cấp. Trẻ thường có biểu hiện sốt, ho, thở nhanh, tím tái; thăm khám có ran dưới hai đáy phổi.

- Xét nghiệm thường có thiếu oxy máu vừa đến nặng (PaO_2 thấp, chênh áp oxy phế nang - động mạch > 30 mm Hg), bạch cầu cao, LDH cao > 2 lần bình thường.

- X-quang: thâm nhiễm kẽ lan tỏa hai bên; có thể gặp tổn thương thùy phổi, tổn thương kê hoặc hình ảnh X-quang bình thường.

- Điều trị:

+ Phác đồ ưu tiên: TMP - SMX 20mg/kg/ngày (tính theo TMP) chia 6 - 8 giờ 1 lần trong 21 ngày.

+ Phác đồ thay thế: Clindamycin 20 - 40 mg/kg/ngày chia 4 lần tĩnh mạch + Primaquin 15 - 30 mg/ngày uống.

+ Điều trị hỗ trợ steroid nếu có suy hô hấp, phân áp oxy dưới 70%. Liều 2 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày, sau đó 1 mg/kg/ngày x 5 ngày, sau đó 0,5 mg/kg/ngày từ ngày 11 đến ngày 21, dừng điều trị theo tình trạng của bệnh nhi.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Nếu phụ nữ mang thai được điều trị bằng TMP - SMX hoặc dapsone gần thời gian sinh, cần thông báo cho phòng sơ sinh về tiền sử dùng thuốc ở mẹ để chú ý đến khả năng tăng bilirubin máu và hoàng đản nhân ở trẻ.

- Viêm phổi ở phụ nữ có thai có thể gây chuyển dạ sớm và đẻ non.

1.5. Bệnh nhiễm nấm *Aspergillus*

Lâm sàng: Bệnh thường xuất hiện ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch nặng và ở giai đoạn AIDS.

- Nấm hay gây bệnh ở phổi, có thể gây viêm xoang, viêm ống tai ngoài, viêm giác mạc, não, gan, thận và các phủ tạng khác. Một số chủng gây nhiễm ở da.

- Biểu hiện: ho, có khi ho ra máu, đau ngực, khó thở, ra mồ hôi ban đêm, đau xoang và sưng nề mặt, toàn trạng suy sụp.

Chẩn đoán:

- Soi thấy nấm trong dịch rửa phế nang hoặc trong mô bị thương tổn.

- Soi phế quản có giả mạc.

- X-quang phổi hoặc CT-phổi có tổn thương lan tỏa.

- Nuôi cấy phân lập nấm.

- Sinh thiết và tổ chức bệnh học.

Điều trị:

- Amphotericin B tiêm tĩnh mạch 1,0 - 1,5 mg/kg cân nặng; hoặc

- Itraconazol 200mg uống 3 lần/ngày x

3 ngày, sau đó 400mg/ngày; áp dụng cho các bệnh nhân thể nhẹ và vừa; hoặc

- Phác đồ phối hợp hai loại thuốc trên áp dụng điều trị cho thể nặng, đặc biệt bệnh nhiễm nấm ở não.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Không dùng các thuốc azole cho phụ nữ có thai trong ba tháng đầu, thay thế bằng amphotericin B.

1.6. Bệnh nhiễm nấm histoplasma

Lâm sàng: Nhiễm nấm histoplasma lan tỏa thường xuất hiện khi số TCD4 < 200 tế bào/mm³.

- Các triệu chứng thường không đặc hiệu, và giống như các NTCH khác, bao gồm sốt kéo dài, suy mòn, tiêu chảy và gan lách to.

- Phổi thường bị bệnh, biểu hiện bằng khó thở, thăm khám có ran, chụp X-quang có thâm nhiễm dạng nốt có thể sưng hạch rốn phổi.

- Các triệu chứng ít gặp bao gồm viêm não, viêm màng não cấp tính, loét miệng, loét hậu môn hoặc bệnh ở hệ tiêu hóa.

- Đôi khi có tổn thương da, thường là ban dạng dát - sẩn và ban xuất huyết.

- Gan lách to, hạch to.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng: thường không biến đổi đặc hiệu, có thể thấy thiếu máu, giảm bạch cầu và tiểu cầu, tăng các men gan.

Chẩn đoán:

- Cây đờm, tủy xương, hạch lympho,

máu, DNT hoặc các tổn thương da. Môi trường nuôi cấy: thạch cốt não - tim và máu có kháng sinh và cycloheximide. Ủ môi trường nuôi cấy trong 6 tuần ở 30°C. Trên 90% bệnh phẩm nuôi cấy mọc trong vòng 7 ngày. Tỷ lệ dương tính tăng khi lượng bệnh phẩm dùng để nuôi cấy lớn.

- Xét nghiệm giải phẫu bệnh: Nấm gây bệnh có thể phát hiện qua nhuộm PAS, bạc methenamine Gomori, và, ít hơn, khi nhuộm Wright-Giemsa.

Điều trị:

Điều trị ban đầu:

- Viêm màng não hoặc bệnh ở hệ TKTƯ: Amphotericin B 0,7 - 1,0 mg/kg/ngày cho đến khi bệnh nhân điều trị đủ liều 30 - 35mg/kg. Chú ý: Itraconazole không qua được hàng rào máu - não và không nên sử dụng.

- Bệnh nặng (không có triệu chứng TKTƯ, nhưng huyết động không ổn định):

Amphotericin B 0,7 - 1,0 mg/kg/ngày cho đến khi hết triệu chứng, sau đó tiếp tục bằng itraconazole 400 mg/ngày trong 6 tháng.

Điều trị duy trì: Điều trị duy trì suốt đời bằng itraconazole 200 mg/ngày để chống tái phát.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Không dùng fluconazole và itraconazole cho phụ nữ có thai trong ba tháng đầu do có nguy cơ gây dị dạng thai, thay thế bằng amphotericin B.

2. Các bệnh nhiễm ký sinh đơn bào

2.1. Viêm não do *Toxoplasma*

Lâm sàng: Viêm não do toxoplasma thường xảy ra ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng (số TCD4 < 100 tế bào/mm³).

- Bệnh nhân có các biểu hiện thần kinh khu trú như liệt vận động, liệt thần kinh sọ, thất ngôn; biểu hiện viêm não (đau đầu, co giật, rối loạn ý thức).

- Biểu hiện nhiễm trùng: sốt...

- Bệnh nhân viêm tủy do toxoplasma có các biểu hiện liệt vận động, rối loạn cơ tròn..

- Một số dạng nhiễm toxoplasma hiếm gặp: viêm màng bồ đào, viêm phổi..

Chẩn đoán:

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não có chất cản quang liều gấp đôi: hình ảnh một hoặc nhiều ổ tổn thương hình vòng nhẫn kích thước < 2cm ở cả hai bán cầu đại não.

- Chụp cộng hưởng từ có thể phát hiện các tổn thương trong não với độ nhạy cao.

- Chẩn đoán huyết thanh phát hiện kháng thể IgG với toxoplasma. Xét nghiệm có thể âm tính ở một số ít bệnh nhân do rối loạn chức năng các tế bào lympho B.

- Dịch não tủy biến loạn không đặc hiệu; phản ứng huyết thanh IgG với toxoplasma dương tính.

- Sinh thiết tổn thương não được chỉ định rất hạn chế khi cần chẩn đoán phân biệt với u lympho não (bệnh nhân có tổn thương não đơn độc, không đáp ứng với điều trị toxoplasma).

Điều trị:

Cần bắt đầu sớm. Trong trường hợp không có xét nghiệm và thăm dò xác định, có thể điều trị theo kinh nghiệm trên cơ sở các biểu hiện lâm sàng đặc trưng. Đáp ứng với điều trị có thể sử dụng để hỗ trợ chẩn đoán.

Điều trị ban đầu:

- Phác đồ ưu tiên: Pyrimethamine uống, liều tấn công 200 mg/ngày, sau đó 50 - 75mg/ngày + acid folinic uống 10 mg/ngày + sulfadiazin uống, liều tấn công 2 - 4g/liều đầu, sau đó 1 - 1,5g x 4 lần/ngày (liều tối đa 4g/ngày), trong 3 - 6 tuần. (Acid folinic có tác dụng làm giảm độc tính của pyrimethamin).

- Phác đồ thay thế: chỉ định khi không có các thuốc cho phác đồ ưu tiên, bệnh nhân không dung nạp sulfadiazin hoặc có các tác dụng phụ với thuốc này (dị ứng, có cặn trong nước tiểu...)

+ TMP - SMX: liều tính theo TMP 10mg/kg/ngày, chia 3 - 4 lần; hoặc

+ Pyrimethamine + clindamycin 600 mg/6h; hoặc

+ Pyrimethamine + TMP - SMX (5mg/kg/6h tính theo TMP); hoặc

+ Pyrimethamine + clarithromycin 1g/12h.

Bệnh nhân thường tiến triển tốt về mặt lâm sàng trong vòng 1 tuần và cải thiện các dấu hiệu trên phim cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ trong vòng 2 tuần. Nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị, cần xem xét các khả năng chẩn đoán khác (lao màng não, u lympho hệ TKTU, bệnh lý não do HIV..).

Điều trị duy trì: Bắt đầu sau giai đoạn điều trị tấn công theo một trong các phác đồ sau:

+ Pyrimethamine 25 - 50mg/ngày + acid folinic 10 - 25mg/ngày + sulfadiazin 1g/6h; hoặc

+ Pyrimethamine 25 - 50mg/ngày + acid folinic 10 - 25mg/ngày + clindamycin 300 - 450mg/6 - 8h; hoặc

+ Pyrimethamine + sulfadoxin (Fancidar) 1 viên x 3 lần/tuần

Có thể dừng điều trị duy trì ở bệnh nhân điều trị ARV có phục hồi miễn dịch với số tế bào TCD4 > 200 tế bào/mm³ kéo dài trên 6 tháng.

Một số điều cần chú ý ở 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.

Điều trị toxoplasma ở trẻ em:

Điều trị ban đầu

- Nhiễm toxoplasma bẩm sinh: Py-

rimethamine 2 mg/kg/ngày uống 1 lần/ngày x 2 ngày, sau đó 1 mg/kg/ngày trong 2 - 6 tháng, sau đó 1 mg/kg/ngày uống 3 lần/tuần + Sulfadiazine 50 mg/kg/ngày uống chia 2 lần/ngày + Acid folinic 10 - 25 mg uống mỗi ngày. Thời gian điều trị do thầy thuốc có kinh nghiệm về bệnh toxoplasma xác định.

- Nhiễm toxoplasma sau khi sinh:

+ Phác đồ ưu tiên: Pyrimethamine uống, liều tấn công 2mg/kg cân nặng/ngày x 3 ngày, sau đó giảm xuống 1mg/kg/ngày + acid folinic uống 10 - 25 mg mỗi ngày + sulfadiazin uống, 120mg/kg/ngày chia 4 lần một ngày x 3 - 6 tuần.

+ Phác đồ thay thế: Pyrimethamine + clindamycin.

Chú ý: TMP-SMX chưa được thử nghiệm ở trẻ mắc bệnh do toxoplasma.

Điều trị duy trì: Bắt đầu sau giai đoạn điều trị tấn công và kéo dài suốt đời theo một trong các phác đồ: Pyrimethamine 1 mg/kg/ngày + acid folinic 5 mg/kg 3 ngày/tuần + sulfadiazin 85 - 120 mg/kg/ngày chia 2 đến 4 lần, hoặc pyrimethamine + acid folinic + clindamycin.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Cần thông báo cho phòng sơ sinh về việc sử dụng thuốc TMP - SMX hoặc sulfadiazine sát thời điểm sinh ở mẹ để chú ý đến khả năng tăng bilirubin máu và hoàng đản nhân ở trẻ.

- Phụ nữ có thai bị bệnh do toxoplasma tiên phát có khả năng truyền cho thai

nhi cao; khả năng truyền bệnh cho thai nhi khi mẹ bị bệnh do toxoplasma tái phát thấp hơn. Cần thăm dò siêu âm cho thai nhi, chú ý tìm não úng thủy, vôi hóa não và chậm phát triển thai ở phụ nữ có thai bị bệnh do toxoplasma.

2.2. Các bệnh tiêu chảy do ký sinh đơn bào

Các căn nguyên gây bệnh: Cryptosporidia, Microsporidia, Isospora.

Lâm sàng: Biểu hiện đa dạng, từ tiêu chảy tự giới hạn đến tiêu chảy nặng, kéo dài, có thể dẫn đến tử vong. Tình trạng suy giảm miễn dịch càng nặng, bệnh càng kéo dài và trầm trọng.

Các biểu hiện chính:

- Tiêu chảy kéo dài (nhiều tháng); Phân lỏng, rất nhiều, có thể tới vài lít một ngày; Đau bụng âm ỉ, có thể có buồn nôn, nôn.

- Suy dinh dưỡng, rối loạn hấp thu.

- Có thể có viêm đường mật (cryptosporidia), viêm giác mạc (microsporidia).

Chẩn đoán:

- Soi phân không có hồng cầu, bạch cầu (Tiêu chảy không xâm nhập).

- Soi phân phương pháp tập trung formalin-ether, nhuộm kiềm toan cải tiến tìm cryptosporidia và nhuộm ba màu (trichrome) tìm microsporidia và isospora. Các kỹ thuật nhuộm khác có thể ứng dụng là nhuộm giemsa, nhuộm safranin-xanh methylen, nhuộm bạc...

- Sinh thiết niêm mạc ruột non và soi hiển vi điện tử ở những nơi có điều kiện có thể phát hiện các ký sinh đơn bào gây bệnh.

Điều trị: Chủ yếu bù nước, điện giải, hỗ trợ dinh dưỡng; có thể sử dụng các thuốc chống tiêu chảy (loperamide), kháng viêm non-steroid. Điều trị ARV và duy trì tình trạng miễn dịch tốt cũng là biện pháp điều trị và dự phòng tiêu chảy do các ký sinh đơn bào. Một số phác đồ sau đây có thể sử dụng với mức độ hiệu quả nhất định:

- Cryptosporidia: Paromomycin 500mg uống 3 lần/ngày hoặc 1000mg x 2 lần/ngày trong bữa ăn x 14 - 28 ngày, sau đó 500mg x 2 lần/ngày; có thể kết hợp azythromycin uống 600mg/ngày trong tuần đầu, hoặc: Nitazoxanide 500mg uống 2 lần/ngày

- Microsporidia: Albendazole 400 - 800mg uống 2 lần/ngày ít nhất 3 tuần, hoặc Metronidazole 500mg uống 3 lần/ngày, hoặc Thalidomide 100mg/ngày. Bệnh nhân viêm giác mạc do microsporidia có thể điều trị bằng dung dịch fumagillin tại chỗ, kết hợp với albendazole.

- Isospora: TMP - SMX uống 2 viên liều đôi x 2 lần/ngày hoặc 1 viên liều đôi x 3 lần/ngày trong 2 đến 4 tuần; hoặc Pyrimethamine uống 50 - 75mg/ngày + acid folinic 5 - 10mg/ngày trong 1 tháng; sau đó điều trị kéo dài bằng TMP - SMX uống 1 - 2 viên liều đôi/ngày hoặc 3 lần/tuần, hoặc Pyrimethamine 25mg + sulfadoxine 500mg/tuần (1 viên Fansidar/tuần).

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Không dùng thalidomide và albendazole cho phụ nữ có thai. Nếu mẹ điều trị tiêu chảy do isospora bằng TMP - SMX gần thời điểm sinh, cần báo cho phòng sơ sinh để chú ý đến khả năng tăng bilirubin máu và hoàng đản nhân ở trẻ.

Một số điều cần chú ý ở trẻ em:

- Điều trị tiêu chảy do cryptosporidia: có thể dùng azithromycin uống 10 mg/kg trong ngày đầu, sau đó 1 - 5 mg/kg/ngày x 5 - 10 ngày có hoặc không có paromomycin 25 - 35 mg/kg/ngày uống chia 2 - 3 lần trong ngày.

- Điều trị tiêu chảy do isospora: TMP-SMX 20 mg/kg/ngày x 10 - 21 ngày.

2.3. Bệnh do leishmania (*Leishmaniasis*)

Lâm sàng: Người nhiễm HIV có nguy cơ bị leishmaniasis nội tạng khi số tế bào TCD4 < 200/mm³.

- Leishmaniasis nội tạng:

+ Sốt kéo dài, chán ăn, gầy sút, gan và lách rất to, sưng hạch lympho, đau bụng, tiêu chảy.

+ Các biểu hiện không điển hình thường gặp ở những bệnh nhân có số TCD4 giảm nặng. Bệnh nhân có thể không có gan lách to nhưng có các biểu hiện ở phổi, màng phổi, niêm mạc miệng, thực quản, dạ dày, ruột non, da và tủy xương.

+ Các biến đổi cận lâm sàng: giảm tất cả các dòng tế bào máu, tăng globulin và

giảm albumin máu, tăng men gan, tăng bilirubin.

- Biểu hiện ngoài da: ban dát, sẩn, mảng sẩn, cục, hoặc loét, loét sùi, gôm; vị trí: mặt, tai, tứ chi hoặc toàn thân, chủ yếu ở các vùng da hở.

Chẩn đoán:

- Các ký sinh trùng gây bệnh đôi khi có thể thấy trong các bạch cầu trong máu ngoại vi. Nuôi cấy máu ở những người nhiễm HIV có thể dương tính.

- Sinh thiết các cơ quan bị bệnh và nhuộm Giemsa-May Grunwald: hình ảnh viêm có tổ chức hạt và các ký sinh leishmania dạng amastigote.

- Sinh thiết lách là xét nghiệm nhạy nhất nhưng có thể có nguy cơ làm vỡ lách. Xét nghiệm tủy an toàn và có độ nhạy cao. Cần làm sinh thiết da nếu có tổn thương và nghi ngờ bệnh do leishmania.

- Xét nghiệm nuôi cấy: leishmania có thể mọc ở nhiệt độ 26 - 28°C ở môi trường Novy-McNeal-Nicolle hoặc môi trường Schneider có huyết thanh bê. Thời gian nuôi cấy là 4 tuần.

Điều trị:

Điều trị ban đầu:

- Antimony (stibogluconate hoặc meglumine antimonate) 20 mg/kg/ngày tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch chia 2 lần x 28 ngày.

- Amphotericin B 0,7 mg/kg/ngày x 28 ngày.

0963719
www.ThuVienPhapLuat.com
Tel: +848 3845 6684 * LawSoft

- Bệnh nhân phải được theo dõi sát để phát hiện các tác dụng phụ của cả Antimony và Amphotericin. Không cho hai thứ thuốc cùng một lúc.

Điều trị duy trì:

- Stibogluconate hoặc meglumine antimonite 20 mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp một lần/tháng

- Các thuốc khác, ví dụ amphotercin B dạng liposome đang được nghiên cứu.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Không dùng các hợp chất antimony cho phụ nữ có thai do chưa được thử nghiệm và đánh giá tính an toàn, thay thế bằng amphotericin B.

3. Các bệnh do vi khuẩn:

3.1. Lao (*Mycobacterium tuberculosis*)

Lâm sàng: Bệnh lao có thể xuất hiện ở bất cứ giai đoạn nào trong quá trình nhiễm HIV, biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào mức độ suy giảm miễn dịch.

Lao phổi:

- Trong giai đoạn sớm của nhiễm HIV, khi miễn dịch còn tương đối bình thường, bệnh nhân thường có các triệu chứng sốt, ho, mệt mỏi, gầy sút, ra mồ hôi đêm...

- Trong giai đoạn muộn của nhiễm HIV, có suy giảm miễn dịch, bệnh nhân ho ít, chủ yếu sốt và gầy sút.

Lao ngoài phổi: Thường gặp khi bệnh nhân có số TCD4 thấp. Bệnh nhân thường có biểu hiện sốt kéo dài, gầy sút,

đi kèm với biểu hiện tại cơ quan bị tổn thương.

- Lao hạch: thường biểu hiện cấp tính. Hạch có mật độ chắc, thường đối xứng hai bên, tồn tại kéo dài.

- Lao màng phổi: ho, tức ngực, tràn dịch màng phổi...

- Lao màng ngoài tim: đau tức ngực, tràn dịch màng ngoài tim.

- Lao màng não: đau đầu và sốt tăng dần, dấu màng não, có thể có rối loạn tinh thần và dấu thần kinh khu trú khi bệnh diễn biến kéo dài.

- Lao màng bụng: đau tức bụng, tràn dịch màng bụng.

- Lao ruột: đau tức bụng, đi ngoài phân lỏng, có thể có dấu hiệu tắc ruột, đi ngoài phân máu; thăm khám có thể phát hiện khối u trong ổ bụng.

- Lao kê: sốt, mệt mỏi, gầy sút; các triệu chứng hô hấp không nổi bật; có thể có triệu chứng ở các cơ quan khác như tiêu hóa, thần kinh...

- Các dạng lao hiếm gặp: lao cột sống (bệnh Pott), u lao ở não, áp-xe thành ngực...

Chẩn đoán:

- X-quang phổi: hình ảnh thay đổi tùy thuộc vào giai đoạn suy giảm miễn dịch.

+ Giai đoạn miễn dịch còn tương đối bình thường: tổn thương thâm nhiễm hoặc hang lao ở thùy trên.

0337719
 LatSoft * Tel: +84 3 345 6684 * www.ThuVienPhapLuat.com

+ Giai đoạn suy giảm miễn dịch: tổn thương lan tỏa hoặc thâm nhiễm dạng nốt - lưới ở thùy dưới của cả hai phổi kiểu lao kê; sưng hạch rốn phổi hoặc hạch trung thất.

+ Các tổn thương khác: tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim.

+ Phim X-quang trong giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng có thể không có tổn thương.

- Soi đờm tìm AFB: Xét nghiệm thường dương tính ở những bệnh nhân có miễn dịch còn tương đối tốt và tổn thương phổi điển hình. Trong giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng, xét nghiệm có thể âm tính ngay cả trong trường hợp bệnh phổi hoạt động.

- Soi phế quản và xét nghiệm AFB dịch rửa phế quản - phế nang nếu có điều kiện.

- Chọc hút hoặc sinh thiết hạch bị tổn thương, soi tìm AFB, xét nghiệm tế bào hoặc tổ chức hạch để tìm tổn thương lao.

- Xét nghiệm dịch não tủy, dịch màng phổi, dịch màng bụng và dịch màng ngoài tim khi có biểu hiện bệnh, làm các xét nghiệm sinh hóa, tế bào và vi khuẩn học như soi AFB, PCR, ELISA để chẩn đoán lao.

- Phân lập *M.tuberculosis* từ đờm và các bệnh phẩm khác và làm kháng sinh đồ nếu có điều kiện.

- Mantoux có thể âm tính ở những bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch nặng hoặc lao nặng.

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não và các thăm dò hình ảnh khác khi có chỉ định và có điều kiện.

Điều trị:

Điều trị bệnh lao ở bệnh nhân nhiễm HIV nói chung không khác biệt so với những bệnh nhân không bị suy giảm miễn dịch. Chú ý:

- Tất cả các bệnh nhân đồng nhiễm lao/HIV phải được hội chẩn với chuyên khoa lao và điều trị theo chế độ DOT.

- Không dùng thiacetazone do có nhiều tác dụng phụ.

- Streptomycin (S/SM) vẫn là thuốc có hiệu quả nhưng không nên sử dụng ở những nơi điều kiện vô trùng không bảo đảm để tránh lây nhiễm HIV qua bơm kim tiêm.

- Kéo dài thời gian dùng thuốc trong các trường hợp lao nặng ngoài phổi hoặc lan tỏa như lao màng não, lao kê, lao cột sống có biến chứng thần kinh tùy thuộc vào mức độ bệnh (có thể kéo dài tới 18 tháng).

- Thận trọng khi điều trị kết hợp lao và các thuốc kháng retrovirus do khả năng tương tác thuốc giữa rifamycin với các thuốc ức chế men sao chép ngược non-nucleoside và các thuốc ức chế men protease (xem Phụ lục 9: Tương tác của các thuốc ARV).

- Theo dõi đáp ứng điều trị để phát hiện kháng thuốc và theo dõi sau điều trị để phát hiện tái phát hoặc tái nhiễm.

Phác đồ điều trị bệnh nhân lao mới:

- Công thức: 2SHRZ/6HE: Sử dụng 4 loại thuốc streptomycin, isoniazid (H/INH), rifampicin (R/RMP) và pyrazinamid (Z/PZA) hàng ngày trong 2 tháng đầu, 6 tháng tiếp theo dùng 2 loại thuốc isoniazid và ethambutol (E/EMB) hàng ngày.

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp bệnh nhân lao mới.

Phác đồ điều trị lại:

- Công thức: 2 SHRZE/1 HRZE/5 H₃R₃E₃ Sử dụng 5 loại thuốc S, H, R, Z, E liên tục trong 2 tháng đầu, tháng thứ 3 dùng 4 loại H, R, Z, E (không tiêm S) hàng ngày; 5 tháng tiếp theo dùng 3 lần một tuần với 3 loại H, R, E.

- Chỉ định: Công thức này dùng cho các trường hợp thất bại hoặc tái phát của công thức điều trị bệnh nhân lao mới.

Bảng 3: Liều tối ưu của các thuốc chữa lao thiết yếu

Tên thuốc	Liều lượng hàng ngày (mg/kg)	Liều cách quăng (mg/kg)	
		3 lần/tuần	2 lần/tuần
Isoniazid	5 (4 - 6)	10 (8 - 12)	15 (13 - 17)
Rifampicin	10 (8 - 12)	10 (8 - 12)	10 (8 - 12)
Pyrazinamid	25 (20 - 30)	35 (30 - 40)	50 (40 - 60)
Ethambutol	15 (15 - 20)	30 (25 - 35)	45 (40 - 50)
Streptomycin	15 (12 - 18)	15 (12 - 18)	15 (12 - 18)

Một số điều cần chú ý ở trẻ em

Nhiễm lao có thể xảy ra trong bất cứ giai đoạn nào của quá trình nhiễm HIV. Trẻ nhỏ có nguy cơ mắc bệnh cao và thường bị lao lan tỏa.

Công thức điều trị lao trẻ em: 2 HRZ/4 HR

Dùng 3 loại thuốc H, R, Z hàng ngày trong 3 tháng đầu, 4 tháng tiếp theo với 2 loại H, R. Đối với những thể lao nặng như lao màng não, lao kê, lao xương khớp, có thể bổ xung Streptomycin trong 2 tháng tấn công.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai

- Chụp phổi có tẩm chắn ở phần bụng là tương đối an toàn cho thai nhi.

- Lao phổi và lao ngoài phổi trong thời kỳ mang thai có thể dẫn tới đẻ non, cân nặng khi sinh thấp, và rối loạn phát triển bào thai, nhất là khi bệnh nhân không được điều trị, bệnh kéo dài cho đến giai đoạn cuối của thai kỳ.

- Các thuốc INH, RMP, PZA và EMB có thể sử dụng an toàn cho phụ nữ có thai. Chú ý theo dõi chức năng gan khi điều trị INH. Trẻ sinh ra từ những người mẹ điều trị RMP trong thời kỳ mang thai có thể có biểu hiện xuất huyết và cần được điều trị dự phòng bằng vitamin K 10mg sau khi sinh.

- Không dùng streptomycin và kanamycin cho phụ nữ có thai do có khả năng gây độc cho dây thần kinh số VIII của trẻ, gây điếc bẩm sinh.

3.2. Bệnh do MAC và các mycobacteria không điển hình

Lâm sàng: Bệnh thường xuất hiện ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng, TCD4 < 100 tế bào/mm³.

- Các biểu hiện chính: Sốt, gầy sút, ra mồ hôi về đêm; hạch to, đau bụng, đi ngoài lỏng, các biểu hiện ở gan, phổi

Chẩn đoán:

- Soi đờm, tổ chức hạch, tủy xương hoặc phân thấy trực khuẩn kháng cồn kháng toan (chẩn đoán phân biệt với lao).

- Cấy máu và các bệnh phẩm khác trong các môi trường đặc hiệu để phân lập mycobacteria

- X-quang phổi: tổn thương kẽ ở thùy dưới cả hai phổi.

- Tăng phosphatasa kiềm.

Điều trị: điều trị kéo dài (ít nhất 1 năm) bằng một trong các phác đồ dưới đây. Dừng điều trị khi bệnh nhân được điều trị ARV có số TCD4 > 100 tế bào/mm³ trong 3 - 6 tháng.

- Phác đồ ưu tiên: Clarithromycin uống 500mg x 2 lần/ngày + Ethambutol uống 15mg/kg/ngày.

- Phác đồ thay thế:

+ Azithromycin uống 600mg/ngày +

Ethambutol ± Rifabutin uống 300mg/ngày; hoặc

+ Azithromycin uống 600mg/ngày + Ethambutol kết hợp với amikacin tiêm tĩnh mạch 10 - 15mg/kg/ngày hoặc ciprofloxacin 500 - 700mg x 2 lần/ngày

Một số điều cần chú ý ở trẻ em

- Các triệu chứng chính: sốt kéo dài, chậm lớn, ra mồ hôi đêm, thiếu máu, gan lách to, tiêu chảy kéo dài, viêm hạch lympho đơn độc hoặc bệnh ở phổi.

- Chẩn đoán phân biệt với lao nếu tìm thấy AFB trong bệnh phẩm chọc hút hoặc sinh thiết hạch.

- Điều trị bằng phối hợp 3-4 thuốc trong thời gian kéo dài. Phối hợp ưu tiên là azithromycin 10 - 12 mg/kg/ngày uống một lần, hoặc clarithromycin 7,5 - 15 mg/kg/ngày uống chia 2 lần với ethambutol 15 - 25 mg/kg/ngày uống một lần và rifamicin 10 - 20 mg/kg/ngày uống một lần.

3.3. Bệnh do phế cầu

Lâm sàng:

- Viêm phổi: ho, sốt, tức ngực, khó thở, tím tái.

- Viêm tai giữa: sốt cao, đau tai, nôn.

- Viêm xoang: sốt, nhức đầu, đau vùng xoang, ngạt mũi.

- Nhiễm trùng huyết: sốt cao kèm rét run, tình trạng toàn thân nặng, có thể có rối loạn tinh thần. Tần suất nhiễm trùng huyết cao hơn so với người không nhiễm HIV.

- Viêm màng não: sốt, nôn, cứng gáy, co giật, lơ mơ.

Chẩn đoán:

- X-quang: viêm phổi, thường là viêm phổi thùy.

- Bạch cầu máu tăng cao, bạch cầu hạt trung tính tăng.

- Cây máu, dịch phế quản, mũ tai hoặc dịch não tủy phát hiện phế cầu.

- Nhuộm Gram dịch phế quản, dịch não tủy phát hiện song cầu gram (+) hình nến.

Điều trị:

- Phế cầu nhạy cảm với penicillin: Penicilin G 400.000 đơn vị/kg mỗi 6 giờ, kéo dài 7 - 10 ngày.

- Phế cầu kháng penicillin: Cefotaxime 200 - 300mg/kg mỗi 8 giờ tiêm tĩnh mạch, hoặc ceftriaxone 50 - 80 mg/kg/ngày chia 2 lần.

3.4. Bệnh do tụ cầu vàng

Lâm sàng: Nhiễm tụ cầu vàng thường xảy ra ở bệnh nhân có tiêm chích ma túy. Các biểu hiện chính:

- Viêm da, viêm nang lông: mụn mủ ngoài da, nhọt..., bệnh nhân có thể có sốt.

- Nhiễm trùng huyết: sốt cao, rét run, tình trạng nhiễm trùng toàn thân.

- Viêm cơ, áp-xe cơ, viêm khớp, viêm cốt tủy xương: bệnh nhân có sốt; các vùng cơ viêm sưng nóng đỏ đau; các khớp bị tổn thương sưng đau, hạn chế vận động...

- Viêm phổi, áp-xe phổi, viêm mũ màng phổi: sốt, ho, khó thở; nghe phổi có ran ẩm, tiếng cọ màng phổi...

- Viêm màng não, áp-xe não, viêm tắc tĩnh mạch não, áp-xe ngoài màng cứng: bệnh nhân có sốt, đau đầu, có thể có dấu thần kinh khu trú, liệt vận động và rối loạn cơ tròn...

- Viêm nội tâm mạc: sốt kèm rét run, có thể có biểu hiện tắc mạch đầu chi, thiếu máu; nghe tim có tiếng thổi ở các ổ van.

Chẩn đoán:

- Cây máu, đờm, mũ áp-xe và các bệnh phẩm khác để phân lập tụ cầu vàng gây bệnh.

- Nhuộm Gram các bệnh phẩm đờm, mũ áp-xe, dịch màng phổi... có thể thấy các cầu khuẩn Gram (+) xếp thành đám.

- X-quang phổi: hình ảnh nhiều ổ áp-xe, có thể có tràn dịch màng phổi.

- Siêu âm tim: sùi van tim, có thể có tràn dịch màng ngoài tim, áp-xe cơ tim...

- Chụp cắt lớp vi tính sọ não, chụp cộng hưởng từ cột sống nếu nghi ngờ các biến chứng hệ thần kinh trung ương và cột sống nếu có điều kiện.

Điều trị: Tốt nhất lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ. Liều lượng kháng sinh, đường dùng và thời gian sử dụng phụ thuộc vào vị trí và mức độ nhiễm trùng.

- Phác đồ ưu tiên: Các thuốc penicillin chống tụ cầu (methicillin, oxacillin..) hoặc

cephalosporin thế hệ I (cephazolin, cephalothin...) tiêm truyền, liều trung bình 100mg/kg cân nặng/ngày + một aminoglycoside (gentamycin, netilmycin..).

Thuốc uống: cephalixin 500mg x 4 lần/ngày. Chỉ định cho những trường hợp nhiễm tụ cầu nhẹ, không lan tỏa.

- Phác đồ thay thế: Chỉ định khi S.aureus kháng methicillin. Dùng vancomycin truyền tĩnh mạch 1g x 2 lần/ngày ± một aminoglycoside (gentamycin, netilmycin...) hoặc rifamycin uống 300mg x 2 lần/ngày.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Không dùng các thuốc aminoglycoside do có khả năng gây điếc bẩm sinh ở trẻ.

3.5. Các bệnh tiêu chảy do vi khuẩn

Nguyên nhân thường gặp: Salmonella, Shigella, Campylobacter và một số vi khuẩn đường ruột khác.

Lâm sàng:

- Sốt, đi ngoài nhiều lần phân nước hoặc có nhày máu kèm theo; có thể có đau quặn bụng, mót rặn.

- Bệnh thường diễn biến nặng, kéo dài và hay đi kèm với nhiễm khuẩn huyết; có thể có các ổ di bệnh ở các cơ quan khác như phổi, khớp, gan mật, tủy xương.

- Người bệnh có thể mang khuẩn kéo dài và bị bệnh tái phát.

Chẩn đoán:

- Soi phân có hồng cầu và/hoặc bạch cầu (tiêu chảy xâm nhập)

- Cấy máu

- Cấy phân

- Cấy mủ hoặc dịch từ ổ di bệnh.

Điều trị:

- Salmonella: Ciprofloxacin uống 500mg x 2 lần/ngày hoặc ofloxacin uống 200 - 300mg/ngày x ít nhất 14 ngày. Các thuốc thay thế: cephalosporin thế hệ III tiêm tĩnh mạch (ceftazidime, cefoperazone...) 50mg/kg/ngày x ít nhất 14 ngày, nếu bệnh nhân bị dị ứng hoặc không dung nạp fluoroquinolone.

- Shigella: ciprofloxacin uống 500mg x 2v/ngày x 5 ngày. Thuốc thay thế: ceftriaxone tiêm tĩnh mạch 50mg/kg/ng x 5 ngày, chỉ định khi bệnh nhân có thai, bị dị ứng hoặc không dung nạp fluoroquinolone.

- Campylobacter: erythromycin uống 500mg x 4 lần/ngày hoặc ciprofloxacin uống 500mg x 2 lần/ngày trong 5 - 7 ngày.

- Trong trường hợp không phân lập được vi khuẩn gây bệnh, có thể cho điều trị theo kinh nghiệm bằng ciprofloxacin hoặc một thuốc quinolone mới khác. Theo dõi đáp ứng với điều trị (sốt, tình trạng phân) và theo dõi sau điều trị để phát hiện tình trạng mang khuẩn kéo dài và tái phát bệnh. Bệnh nhân nhiễm trùng huyết hoặc mang khuẩn kéo dài cần được điều trị kéo dài (nhiều tuần) hoặc điều trị duy trì bằng ciprofloxacin uống 500mg x 2 lần/ngày (nhiễm salmonella).

Một số điều cần chú ý ở trẻ em và phụ nữ có thai:

Các thuốc fluoroquinolone có thể gây rối loạn phát triển sụn ở bào thai và động vật chưa trưởng thành trên thực nghiệm. Trên thực tế, chưa phát hiện thấy tác dụng tương tự ở trẻ được điều trị các thuốc fluoroquinolone và trẻ sinh ra từ những người mẹ dùng các thuốc này trong thời kỳ mang thai. Các thuốc fluoroquinolone có thể sử dụng ở trẻ em và phụ nữ có thai, nếu chủng salmonella gây bệnh kháng với các thuốc khác.

3.6. Bệnh do *Klebsiella pneumoniae*

Lâm sàng: Sốt, viêm phổi, áp-xe phổi, tràn mủ màng phổi, shock nhiễm khuẩn, nhiễm trùng đường tiết niệu, đường mật.

Chẩn đoán:

- Soi đờm: cầu trực khuẩn Gram (-) có vỏ
- Phân lập vi khuẩn gây bệnh từ đờm, máu và các bệnh phẩm khác.
- X-quang phổi có hình ảnh tổn thương phổi (thâm nhiễm phổi, áp-xe phổi, tràn dịch màng phổi).

Điều trị: Lựa chọn kháng sinh trên cơ sở xét nghiệm kháng sinh đồ. Liều dùng và thời gian điều trị phụ thuộc vào vị trí nhiễm trùng và đáp ứng với điều trị.

- Phác đồ ưu tiên: cephalosporin thế hệ III (ceftazidime) đường tĩnh mạch liều trung bình 100mg/kg/ngày ± một aminoglycoside (amikacin tiêm bắp 500 - 1000mg/ngày).

- Phác đồ thay thế: ciprofloxacin uống 500 - 750mg x 2 lần/ngày.

Một số điều cần chú ý ở trẻ em và phụ nữ có thai: Xem phần bệnh do salmonella.

3.7. Giang mai

Lâm sàng:

- Giang mai thời kỳ I: săng giang mai cổ điển, đi kèm với hạch tại chỗ. Có thể có nhiều vết loét, phù nề lan tỏa và đau.

- Giang mai thời kỳ II: Biểu hiện lâm sàng đa dạng, bao gồm ban trên da dạng dát, sẩn, sẩn có vảy, gập cả ở lòng bàn tay và bàn chân; sẩn phì đại (condylomata) ở sinh dục, hậu môn; tổn thương màng ở niêm mạc sinh dục, hậu môn; rụng tóc; nổi hạch toàn thân; viêm màng não, v.v...

- Giang mai kín: bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng, chỉ có xét nghiệm huyết thanh dương tính.

- Giang mai thời kỳ III: gồm giang mai giang mai thần kinh, giang mai tim mạch, và có thể ở các cơ quan khác. Giang mai thần kinh có thể xuất hiện sớm, không có triệu chứng, chỉ biểu hiện bằng biến loạn dịch não tủy; bệnh nhân thường có viêm màng bồ đào kèm theo.

- Giang mai bẩm sinh: bọng nước trên da, viêm xương-sụn xương và màng xương, gan lách hạch to, vàng da, thiếu máu, và các dị tật khác như sứt môi, hở hàm ếch.

Chẩn đoán:

- Tìm xoắn khuẩn giang mai trong dịch tổn thương thời kỳ I và II, soi hiển vi nền đen.

- Xét nghiệm huyết thanh: RPR, VDRL. Cần làm định lượng kháng thể để theo dõi hiệu quả điều trị. Những bệnh nhân nghi giang mai có huyết thanh âm tính cần được làm các xét nghiệm khác như sinh thiết, soi hiển vi nền đen, kháng thể huỳnh quang hoặc PCR bệnh phẩm từ tổn thương.

- Mọi bệnh nhân đồng nhiễm giang mai/HIV cần được thăm khám về thần kinh và mắt. Những bệnh nhân có triệu chứng thần kinh và mắt, bệnh nhân giai đoạn kín muộn và không rõ giai đoạn cần được chọc dò tủy sống để loại trừ giang mai thần kinh. Dịch não tủy có thể biến loạn nhẹ (protein bình thường hoặc tăng nhẹ, tế bào chủ yếu là bạch cầu đơn nhân). Cần chẩn đoán phân biệt với viêm màng não do HIV. Nên làm VDRL, RPR dịch não tủy; nếu nghi ngờ dương tính giả, cần làm TPHA.

Điều trị:

- Giang mai mới trong 2 năm đầu (Giang mai I, Giang mai II, Giang mai kín sớm): Benzathine penicilin G 2,4 triệu đơn vị, tiêm bắp mông liều duy nhất, mỗi bên mông 1,2 triệu đơn vị, hoặc procain penicilin G tan trong nước, tiêm bắp 1,2 triệu đơn vị/ngày x 10 ngày.

- Nếu bệnh nhân dị ứng với penicilin và không có thai: Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày trong 15 ngày, hoặc erythromycin 500mg, uống 4 lần/ngày x

15 ngày, hoặc ceftriaxone 1g tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch mỗi ngày x 8 - 10 ngày.

- Giang mai muộn ở người lớn: Benzathine penicilin G 2,4 triệu đơn vị, tất cả 4 lần mỗi lần 2,4 triệu mỗi bên mông 1,2 triệu, cách nhau 1 tuần (tổng liều 9,6 triệu đơn vị), hoặc procain penicillin G tan trong nước, tiêm bắp 1,2 triệu đơn vị/ngày x 3 - 4 tuần.

- Giang mai thần kinh: Penicillin G tinh thể tan trong nước, tiêm tĩnh mạch 4 - 6 giờ tiêm một lần, mỗi lần 2 triệu đơn vị. Tổng liều trong ngày 8 - 12 triệu đơn vị. Đợt điều trị 3 tuần, hoặc procain penicillin G tan trong nước, tiêm bắp 1,2 triệu đơn vị/ngày + Probenecid 500mg uống 4 lần/ngày. Điều trị trong 3 tuần.

- Giang mai ở phụ nữ có thai: Điều trị như liều dùng cho người lớn không có thai theo phác đồ nêu trên và ở tất cả các giai đoạn của thai.

Nếu bệnh nhân dị ứng với Penicillin Erythromycin 500mg uống 4 lần/ngày trong 15 - 30 ngày.

- Giang mai bẩm sinh:

+ Giang mai bẩm sinh sớm < 2 tuổi, dịch não tủy bình thường: benzathine penicillin G 50.000 đơn vị/kg cân nặng tiêm bắp liều duy nhất.

+ Dịch não tủy bất thường: benzyl penicillin 50.000 đơn vị/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp 2 lần trong 10 ngày, hoặc procain penicillin G 50.000 đơn vị/kg cân nặng trong 10 ngày.

+ Giang mai bẩm sinh muộn, trẻ trên 2 tuổi: DNT bình thường - benzyl penicillin 30000 đơn vị/kg tiêm bắp liều duy nhất; DNT bất thường - benzyl penicillin 20.000 - 30.000 đơn vị/kg/ngày chia 2 lần trong 14 ngày; hoặc erythromycin 7,5 - 12,5 mg/kg uống 4 lần/ngày trong 30 ngày nếu bệnh nhân dị ứng với penicillin.

+ Trẻ cũng cần được điều trị khi mẹ bị giang mai mà chưa được điều trị đủ huyết thanh (-) và không có triệu chứng bệnh hoặc mẹ đã được điều trị bằng thuốc không phải penicillin.

3.8. Nhiễm *Haemophilus influenzae* type B

Lâm sàng:

- Viêm họng cấp hoặc viêm phổi: ho, sốt, khó thở.

- Viêm tai giữa (ở trẻ lớn hơn): sốt, đau tai, đau đầu, nôn.

- Viêm màng não: sốt, đau đầu, nôn, cứng gáy.

- Nhiễm trùng máu: sốt, nhiễm trùng nhiễm độc, ổ nhiễm trùng thứ phát.

Chẩn đoán:

- X-quang: Viêm phế quản phổi.

- Dịch não tủy biến loạn kiểu viêm màng não mủ, soi có vi khuẩn Gram (-).

- Cấy máu, dịch phế quản, dịch não tủy.

Điều trị:

- Ampicillin 200 - 300mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chia 4 lần kết hợp với chloramphenicol 100mg/kg/24 giờ tiêm tĩnh mạch chia 3 lần; hoặc

- Cefotaxime 200mg/kg tiêm tĩnh mạch 8 giờ một lần; hoặc

- Ceftriaxone 100mg/kg tiêm tĩnh mạch 12 giờ một lần.

Điều trị kéo dài 10 - 14 ngày.

4. Các bệnh nhiễm virus

4.1. Bệnh nhiễm virus Herpes simplex

Lâm sàng:

- Biểu hiện da - niêm mạc: mụn nước mọc thành chùm, nhanh chóng dập vỡ và để lại vết trợt hoặc vết loét; thường ở cơ quan sinh dục hoặc cận sinh dục, hậu môn hoặc quanh hậu môn, có khi ở trực tràng và ruột già, miệng và quanh miệng, đôi khi lan đến thực quản gây khó nuốt, nuốt đau, có thể lan sang khí - phế quản. Bệnh hay tái phát, và thường 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.

Chẩn đoán:

- Dựa trên biểu hiện lâm sàng

- Chẩn đoán tế bào Tzanck từ thương tổn mụn nước có tế bào khổng lồ; nuôi cấy virus hoặc xét nghiệm kháng thể miễn dịch huỳnh quang, PCR, nếu làm được.

Điều trị:

- Điều trị tại chỗ chống bội nhiễm bằng dung dịch thuốc mầu hoặc dung dịch kháng sinh. Điều trị bôi acyclovir tại chỗ ít tác dụng.

+ Acyclovir 200 mg uống 5 viên/ngày x 5 - 10 ngày cho những trường hợp nhẹ; hoặc

+ Acyclovir 400 mg uống 3 lần/ngày trong 5 - 10 ngày; hoặc

+ Acyclovir 5 mg/kg truyền tĩnh mạch cứ 8 giờ 1 lần x 10 ngày đối với những trường hợp nặng; hoặc

+ Famciclovir 125 mg uống 2 lần/ngày x 5 - 10 ngày; hoặc

+ Valaciclovir 500 mg uống 2 lần/ngày x 5 - 10 ngày; hoặc

+ Valaciclovir 1 g 2 lần/ngày x 10 ngày (nhiễm HSV nguyên phát)

- Trường hợp HSV kháng với acyclovir: foscarnet 40 - 60 mg/kg truyền tĩnh mạch cách 8 giờ trong 21 ngày.

- Trường hợp HSV kháng cả acyclovir và foscarnet: có thể dùng cidofovir đường tĩnh mạch.

- Điều trị ức chế: Nếu tái phát thường xuyên dùng acyclovir kéo dài 400 mg uống 2 lần/ngày.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Acyclovir và valacyclovir an toàn cho điều trị phụ nữ có thai. Chỉ dùng foscarnet cho những trường hợp nặng và thật cần thiết.

- Phụ nữ có thai bị herpes đường sinh dục hoạt động hoặc tiềm tàng có nguy cơ truyền cho con khi sinh. Cần xem xét mổ lấy thai nếu mẹ có tổn thương herpes sinh dục khi chuyển dạ.

4.2. Bệnh nhiễm virus Herpes zoster

Lâm sàng: Zona có thể xuất hiện khi số TCD4 của bệnh nhân còn tương đối cao (300 - 500 tế bào/mm³).

- Mụn nước dính chùm, thường lõm ở giữa, phân bố ở một vùng da và ở một bên của cơ thể, thường là vùng liên sườn, ngực, đầu, mặt, theo đường đi của dây thần kinh.

- Bệnh nhân thường có cảm giác đau rát ở vùng da bị tổn thương, đôi khi kéo dài cả sau khi các tổn thương đã liền, còn gọi là đau thần kinh sau zona. Bệnh nhân có thể có sốt.

- Thường lâu khỏi, hay tái phát, có thể bị ở nhiều vùng da và cả hai bên (nhiễm zona lan tỏa).

Chẩn đoán:

- Lâm sàng thường điển hình và không cần xét nghiệm hỗ trợ.

Điều trị:

Điều trị tại chỗ các thuốc chống bội nhiễm như xanh methylen, milian. Thuốc kháng virus tại chỗ thường ít hiệu quả, có thể gây kích thích tổn thương. Điều trị toàn thân thường có tác dụng tốt nhất khi được bắt đầu sớm, trong vòng 72 giờ tính từ khi xuất hiện các mụn phỏng.

- Phác đồ ưu tiên: Acyclovir 800mg uống 5 lần /ngày x 7 - 10 ngày, hoặc acyclovir truyền tĩnh mạch 10 mg/kg/8 giờ (chỉ định trong trường hợp bệnh nhân bị zona lan tỏa, hoặc zona ở dây thần kinh số V).

- Phác đồ thay thế:

+ Famciclovir 500mg uống 3 lần/ngày trong 7 - 10 ngày, hoặc valacyclovir 1g uống 3 lần/ngày trong 7 - 10 ngày.

+ Trường hợp kháng acyclovir dùng foscarnet truyền tĩnh mạch 40 mg/kg/8 giờ trong 2 - 3 tuần.

- Điều trị dự phòng cho những trường hợp tái phát (≥ 1 lần/tháng): acyclovir 400mg x 2 lần/ngày kéo dài

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai: Phụ nữ có thai bị thủy đậu có khả năng lây truyền cho thai nhi trong ba tháng đầu và ba tháng giữa (nguy cơ 0,4 - 2,2%), gây hội chứng thủy đậu bẩm sinh. Trẻ sinh ra từ những người mẹ bị thủy đậu trong vòng 5 ngày trước sinh cho đến 2 ngày sau khi sinh có thể bị thủy đậu chu sinh.

4.3. Bệnh do Cytomegalovirus (CMV)

Lâm sàng: Bệnh do cytomegalovirus thường xuất hiện khi TCD4 $< 50/\text{mm}^3$.

- Viêm võng mạc: nhìn mờ, có những đám đen hoặc chấm đen di động, những điểm tối tiến triển dẫn đến mù hoàn toàn.

- Viêm đại tràng: Tiêu chảy kéo dài, giảm cân, mất máu, toàn trạng suy sụp.

- Viêm thực quản: nuốt đau hoặc nhạy cảm với thức ăn cứng kèm đau ngực hoặc nấc.

- Viêm dạ dày: đau thượng vị, sốt, xuất huyết dạ dày, tiêu chảy.

- Viêm não: thường khó chẩn đoán trên lâm sàng. Biểu hiện chung là đau đầu, sa sút trí tuệ, lẫn và sốt. Bệnh tiến triển nhanh dẫn đến tử vong.

- Bệnh rỗ thần kinh, thường gây tổn thương ở chi dưới, đại tiểu tiện không kiểm soát được.

- Biểu hiện da của CMV: Loét quanh hậu môn, thường nặng và khó điều trị, không đáp ứng với acyclovir. Một số dạng tổn thương khác: sản huyết thanh, ban xuất huyết, vết loét hoặc tổn thương sùi.

Chẩn đoán: Soi đáy mắt khi nghi viêm võng mạc.

- Bệnh phẩm sinh thiết não, dịch não tủy, tổn thương da, máu làm xét nghiệm nuôi cấy tế bào hoặc chẩn đoán PCR.

Điều trị:

Viêm võng mạc:

- Cấy ganciclovir nội nhãn 6 tháng một lần

- Ganciclovir truyền tĩnh mạch liều 7,5 - 10 mg/kg/ngày chia làm 2 - 3 lần trong 14 ngày liên tiếp hoặc lâu hơn nếu không đáp ứng lâm sàng.

- Foscarnet có thể dùng để điều trị cho bệnh nhân viêm võng mạc. Tuy nhiên,

hiệu quả điều trị kém. Liều 60 mg/kg/8 giờ, nếu hiệu quả dùng liều 60 - 120mg/kg/ngày, hoặc valganciclovir 900mg uống 2 lần/ngày x 21 ngày; hoặc

- Valganciclovir nội nhãn 6 tháng một lần + ganciclovir TM hoặc valganciclovir uống như trên

- Điều trị duy trì sau giai đoạn cấp:

+ Ganciclovir 5 - 6mg/kg/ngày, điều trị 5 - 7 ngày/tuần; hoặc

+ Valganciclovir uống 900mg/ngày, hoặc

+ Foscarnet 90 - 120mg/kg tĩnh mạch mỗi ngày; hoặc

+ Cấy ganciclovir 6 - 9 tháng/lần + ganciclovir 1 - 1,5g uống 3 lần/ngày

Viêm thực quản hoặc đại tràng:

- Ganciclovir hoặc foscarnet TM liều như trên x 21 - 42 ngày hoặc cho đến khi hết triệu chứng.

- Có thể dùng valganciclovir uống nếu các triệu chứng không nặng.

- Chỉ điều trị ức chế kéo dài nếu bệnh nhân bị tái phát.

Viêm màng não: Có thể bắt đầu với liều tương tự như điều trị viêm võng mạc. Phối hợp ganciclovir tiêm tĩnh mạch + foscarnet tiêm tĩnh mạch nếu bệnh nhân xuất hiện triệu chứng viêm màng não khi đang điều trị ganciclovir. Cần điều trị duy trì kéo dài suốt đời hoặc cho đến khi bệnh nhân điều trị ARV có số TCD4 trên 100 tế bào/mm³ kéo dài trên 6 tháng.

Một số điều cần chú ý ở trẻ em

- Nhiễm CMV ở trẻ em có thể xảy ra trong thời kỳ bào thai (nhiễm bẩm sinh) hoặc sau khi sinh. Bệnh do CMV thường gặp ở trẻ nhỏ. Đồng nhiễm với PCP có thể gây bệnh hô hấp trầm trọng, đáp ứng kém với điều trị PCP.

- Các biểu hiện chính của bệnh do CMV ở trẻ: viêm võng mạc, viêm thực quản, viêm gan, viêm phổi, viêm não, viêm đại tràng; sốt, chậm lớn, chậm phát triển, giảm thính lực; thiếu máu, hạ tiểu cầu, tăng LDH.

Điều trị:

- Phác đồ ưu tiên cho bệnh toàn thân và viêm võng mạc: Ganciclovir 10 - 15 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 2 lần trong 14 - 21 ngày, sau đó duy trì 5 - 10 mg/kg/ngày x 5 - 7 ngày/tuần.

- Phác đồ thay thế: Foscarnet 180 mg/kg/ngày chia 3 lần x 14 - 21 ngày, sau đó duy trì 90 - 120 mg/kg/ngày.

- Đối với viêm võng mạc do CMV ở trẻ > 3 tuổi: Ganciclovir tiêm nội nhãn kết hợp với ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần.

- Điều trị duy trì suốt đời bằng ganciclovir 5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch 1 lần sau bệnh toàn thân do CMV. Điều trị duy trì thay thế cho viêm võng mạc do CMV là ganciclovir nội nhãn 6 - 9 tháng một lần kết hợp với ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

Phụ nữ mang thai bị bệnh CMV tiên phát có khả năng lây truyền cho thai nhi, gây bệnh CMV bẩm sinh ở trẻ.

4.4. Bệnh u mềm lây

Lâm sàng:

- Thương tổn có thể ở mọi vị trí trên da của cơ thể, thường ở da mặt hoặc sinh dục, ngực, bụng, cánh tay, mông, đùi;

- Các tổn thương thường lan tỏa, diễn biến kéo dài và lâu lành hơn so với người không nhiễm HIV. Biểu hiện là các sẩn bán cầu lõm giữa, trong, kích thước có thể từ vài ly tới gần 1cm.

Chẩn đoán: chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Điều trị:

- Điều trị ARV có tác dụng phòng ngừa u mềm lây phát triển và khỏi thương tổn khi bệnh nhân đã bị bệnh.

- Điều trị bằng đốt lạnh hoặc nạo thương tổn là các biện pháp có hiệu quả và được chọn lựa. Đối với các bệnh nhân không đáp ứng điều trị có thể sử dụng thuốc bôi như imiquimod hoặc cidofovir.

4.5. Bệnh sùi mào gà sinh dục

Lâm sàng: Người nhiễm HIV có tỷ lệ bị sùi mào gà cao hơn, thương tổn lan rộng hơn, bệnh tồn tại dai dẳng khó điều trị, nguy cơ ung thư cao hơn người không nhiễm HIV. Bệnh thường xảy ra khi TCD4 < 500 tế bào/mm³.

- Biểu hiện bệnh là các u nhú giống súp lơ, màu hồng tươi, mềm, có chân hoặc có cuống, không đau, dễ chảy máu.

- Ở nam giới, sùi hay thấy ở rãnh quy đầu, bao da và thân dương vật, có khi ở miệng sáo.

- Phụ nữ hay có sùi ở âm vật, môi nhỏ, quanh lỗ niệu đạo, tầng sinh môn.

- Ung thư nội mạc cổ tử cung và hậu môn có thể không có triệu chứng hoặc có thể gây chảy máu, phát hiện được qua thăm khám và xét nghiệm tế bào.

Chẩn đoán: Chủ yếu dựa vào lâm sàng; xét nghiệm PCR nếu có điều kiện. Do phụ nữ nhiễm HIV có tần suất nhiễm HPV và nguy cơ ung thư hóa cao, cần thực hiện phẩn đồ cổ tử cung 6 tháng/lần. Khi có bất thường trong phẩn đồ cổ tử cung thì soi cổ tử cung, sinh thiết và làm xét nghiệm tổ chức học để phát hiện sớm ung thư.

Điều trị: Điều trị ARV có thể làm giảm sự phát triển của bệnh và làm giảm loạn sản tế bào. Tỷ lệ tái phát bệnh sau điều trị trên bệnh nhân nhiễm HIV cao hơn người không nhiễm HIV.

- Điều trị sùi mào gà ở cơ quan sinh dục ngoài, âm đạo và hậu môn:

+ Podophyllin 10 - 25% bôi mỗi ngày 1 lần hoặc một tuần bôi 2 - 3 lần; hoặc

+ Axít trichloroacetic 30% bôi ngày 1 lần; hoặc

+ Đốt lạnh bằng ni tơ lỏng, laser cacbonic hoặc đốt điện.

- Điều trị sùi mào gà cổ tử cung: Đốt lạnh, đốt điện, hoặc đốt laser. Không dùng Podophyllin đối với sùi mào gà cổ tử cung.

- Sùi mào gà ở miệng sáo: Đốt lạnh, đốt nhiệt, hoặc chấm axít trichloroacetic

- Sùi mào gà hậu môn: Đốt lạnh, hoặc phẫu thuật loại bỏ tổn thương.

- Sùi mào gà ở miệng, họng: Đốt lạnh, hoặc đốt điện.

Có thể phối hợp đốt tại chỗ và sử dụng hóa chất điều trị để giảm tỷ lệ tái phát bệnh.

Lưu ý: Khi sử dụng Podophyllin:

+ Chỉ chấm vào tổn thương, không để thuốc rây ra vùng da và niêm mạc lành; để cho thuốc khô trên bề mặt.

+ Căn dặn bệnh nhân rửa sau 1 - 4 giờ.

+ Điều trị sau 4 - 6 tuần không có kết quả dùng phương pháp khác.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Phụ nữ có thai bị sùi mào gà có nguy cơ cao bị chảy máu từ tổn thương

- Không dùng podophyllin tại chỗ cho phụ nữ có thai bị sùi mào gà cổ tử cung.

4.6. Viêm gan virus B

Lâm sàng: Nhiễm HIV làm tăng nguy cơ tiến triển thành tình trạng nhiễm VGB mạn tính sau phơi nhiễm với VGB. Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/VGB thường có tình trạng virus VGB hoạt động hơn và có nguy cơ bệnh tật và tử vong do VGB cao hơn.

- Nhiều người nhiễm virus VGB không có biểu hiện lâm sàng.

- Bệnh có thể diễn biến bằng một hoặc

nhiều đợt cấp với các biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, đau tức hạ sườn phải, vàng mắt vàng da các mức độ khác nhau, gan to, v.v... Một số bệnh nhân có thể tiến triển thành suy gan cấp và tử vong.

- Xơ gan: cơ thể suy sụp, có dịch cổ trướng, tuần hoàn bàng hệ; gan to hoặc teo nhỏ, chắc; lách to; giãn tĩnh mạch thực quản; rối loạn đông máu.

- Ung thư gan: mệt mỏi, sụt cân, vàng da, dịch cổ trướng, sốt, v.v... Khối u trong gan có thể xác định qua thăm khám lâm sàng và thăm dò hình ảnh.

Chẩn đoán:

- Bệnh nhân nhiễm HIV nên được xét nghiệm máu tìm HBsAg để xác định tình trạng đồng nhiễm VGB. Xét nghiệm lại sau 6 tháng để xác định tình trạng nhiễm mạn tính.

- Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/VGB, nhất là người có triệu chứng viêm gan nên được làm HBeAg ± ADN virus VGB, anti-HBe để đánh giá tình trạng hoạt động của virus và khả năng miễn dịch của cơ thể đối với bệnh.

- AST (SGOT), ALT (SGPT) khi phát hiện đồng nhiễm HIV/VGB, khi có triệu chứng viêm gan, hoặc 6 tháng một lần.

- Xét nghiệm bilirubin, tỷ lệ prothrombin, albumin khi có triệu chứng viêm gan.

- Siêu âm gan khi có triệu chứng bệnh hoặc 6 - 12 tháng một lần.

- α -feto protein: khi có tổn thương trong

gan nghi ngờ ung thư tế bào gan nguyên phát.

- Sinh thiết gan khi có chỉ định.

Điều trị:

Mọi bệnh nhân đồng nhiễm HIV/VGB nên được khuyên tránh hoặc hạn chế sử dụng bia rượu. Cần thận trọng khi cho các thuốc có tác dụng độc với gan.

- Điều trị hỗ trợ và các điều trị khác cho các đợt cấp của viêm gan, cho xơ gan và các bệnh gan giai đoạn cuối khác cũng giống như ở bệnh nhân không nhiễm HIV.

- Chỉ định điều trị: xem xét điều trị trong các trường hợp sau:

+ HBeAg (+) hoặc ADN của virus $> 10^5$ phiên bản/ml, hoặc

+ Men ALT tăng ≥ 2 lần, hoặc

+ Bằng chứng bệnh tiến triển trên xét nghiệm tổ chức gan và/hoặc xơ gan trên sinh thiết.

- Những bệnh nhân không có chỉ định điều trị cần được theo dõi thường xuyên để phát hiện đợt bệnh cấp.

- Một số cân nhắc đặc biệt:

+ Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/VGB nếu có chỉ định điều trị đồng thời ARV và VGB cần được cho những phối hợp có các thuốc có tác dụng với cả hai bệnh như lamivudine, tenofovir. Interferon alpha 2a và 2b: tác dụng đối với HIV và VGB không tốt hơn các thuốc kháng virus uống, lại có nhiều tác dụng phụ và đắt tiền nên ít khi được sử dụng.

+ Nếu bệnh nhân được chỉ định sử dụng lamivudine cho VGB đơn độc, HIV sẽ nhanh chóng kháng lại với thuốc này. Nên tránh, nếu có thể. Nếu dùng lamivudine đơn độc cho VGB, cần cân nhắc khi lựa chọn các thuốc điều trị HIV về sau.

- Điều trị được coi là có hiệu quả khi HBeAg trở nên âm tính, anti-HBe (+), ADN của virus giảm, men gan giảm. Tiếp tục điều trị cho đủ ít nhất 1 năm, hoặc ít nhất 6 tháng sau khi có chuyển tính huyết thanh. Ngừng điều trị thuốc kháng virus sẽ gây tái phát ở một số bệnh nhân. Nên xem xét điều trị kéo dài ở những bệnh nhân này.

- Những bệnh nhân không đáp ứng với lamivudine (HBeAg, ADN của virus tồn tại duy trì sau 12 tháng điều trị) có thể có chủng virus VGB kháng thuốc. Xem xét thay thế lamivudine bằng tenofovir hoặc adefovir nếu có điều kiện.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Phụ nữ có thai bị viêm gan B cấp có nguy cơ chuyển dạ sớm và đẻ non. Điều trị viêm gan B cấp trong thời kỳ mang thai chủ yếu là điều trị triệu chứng.

- Không khuyến cáo điều trị viêm gan B mạn trong thời kỳ mang thai.

- Trẻ sinh ra từ những người mẹ bị nhiễm viêm gan B cần được tiêm phòng VGB sớm, liều thứ nhất trong vòng 12 giờ sau khi sinh, kết hợp với huyết thanh kháng VGB, nếu có.

4.7. Viêm gan virus C

Lâm sàng: Đồng nhiễm viêm gan C

(VGC) thường gặp ở người nhiễm HIV qua tiêm chích ma túy.

- Bệnh nhân thường có bệnh gan tiến triển nhanh hơn so với người không nhiễm HIV; nguy cơ nhiễm độc gan do các thuốc kháng retrovirus cũng cao hơn.

- Nhiễm VGC ít khi có biểu hiện lâm sàng trong giai đoạn cấp. Phần lớn bệnh nhân tiến triển thành viêm gan mạn không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ. Viêm gan C mạn tính kéo dài có thể tiến triển tới xơ gan và ung thư tế bào gan nguyên phát.

Chẩn đoán:

- Người nhiễm HIV có tiền sử tiêm chích ma túy nên được xét nghiệm kháng thể VGC và xét nghiệm virus học VGC nếu có điều kiện.

- Các xét nghiệm chức năng gan, thăm dò hình ảnh và tổ chức học tiến hành như đối với bệnh nhân VGB.

Điều trị:

- Bệnh nhân VGC cần tránh uống rượu và thận trọng khi sử dụng các thuốc có độc tính với gan.

- Chỉ định điều trị: xem xét điều trị trong những trường hợp viêm gan mạn tính có nguy cơ tiến triển thành xơ gan, cụ thể là:

+ ALT tăng > 2 lần bình thường, kéo dài;

+ Nồng độ acid ribonucleic (ARN) của virus VGC trong máu cao; và

+ Sinh thiết gan có xơ khoảng cửa hay

xơ bắc cầu, phản ứng viêm mức độ vừa hoặc nặng.

- Không điều trị interferon cho bệnh nhân xơ gan mất bù. Bệnh nhân VGC nhẹ không có chỉ định điều trị cần được theo dõi về men gan và tổ chức học gan, nếu có thể.

- Phác đồ điều trị:

+ Phác đồ kết hợp interferon (INF) alpha-2a, INF alpha-2b 3 - 5 triệu đơn vị tiêm bắp 3 lần/tuần hoặc INF pegyl hóa (PEG INF) tiêm dưới da 180mcg 1 lần/tuần đối với PEG INF alpha-2a và 1,5mcg/kg đối với PEG INF alpha-2b + Ribavirin uống 600 - 1200mg/ngày (theo cân nặng), hoặc

+ Phác đồ đơn độc INF alpha-2a, INF alpha-2b hoặc INF pegyl hóa.

+ Thời gian điều trị: 24 - 48 tuần, tùy thuộc vào chủng virus VGC và đáp ứng virus học. Bệnh nhân có kết quả điều trị tốt nhất khi số TCD4 > 500 tế bào/mm³, chủng virus gây bệnh không thuộc type 1, và bệnh nhân được điều trị INF kết hợp với ribavirin. Không nên tiếp tục điều trị nếu sau 12 tuần không thấy có đáp ứng virus học (nồng độ ARN của virus VGC giảm xuống ít nhất 2 log₁₀). Cần theo dõi tác dụng phụ của các thuốc điều trị và tương tác thuốc.

- Điều trị hỗ trợ và các điều trị khác: tương tự như đối với VGB.

Một số điều cần chú ý ở phụ nữ có thai:

- Nguy cơ lây truyền VGC cho con ở phụ nữ có thai đồng nhiễm HIV/VGC cao hơn so với người không nhiễm HIV.

Nguy cơ lây truyền HIV cũng cao hơn so với người không nhiễm VGC.

- Không khuyến cáo điều trị VGC trong thời gian mang thai.

4.8. Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào (LIP)

Lâm sàng: Bệnh thường gặp ở trẻ nhiễm HIV đã lớn, ít gây tử vong, nhưng diễn biến kéo dài và có thể gây suy hô hấp mạn tính.

- Khởi phát bệnh từ từ; bệnh nhi thường có các biểu hiện sau:

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

+ Thiếu oxy máu, nhất là khi trẻ mắc các bệnh nhiễm trùng hô hấp kèm theo

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

Điều trị:

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

- Các triệu chứng bệnh thường tái xuất hiện sau khi ngừng corticoid, trừ khi bệnh nhân được điều trị thuốc kháng retrovirus.

VI. ĐIỀU TRỊ KHÁNG RETROVIRUS

1. Mục đích và nguyên tắc điều trị kháng retrovirus (ARV):

1.1. Mục đích:

- Làm giảm tối đa và ngăn chặn lâu dài sự nhân lên của virus

- Phục hồi chức năng miễn dịch

- Giảm tần suất mắc và tử vong do các bệnh liên quan đến HIV

- Cải thiện sức khỏe và kéo dài thời gian sống

- Làm giảm sự lây truyền HIV và ngăn ngừa sự lây nhiễm HIV sau phơi nhiễm.

1.2. Nguyên tắc

- Điều trị kháng retrovirus là một phần trong tổng thể các biện pháp chăm sóc và hỗ trợ về y tế, tâm lý và xã hội cho người nhiễm HIV.

- Bất cứ phác đồ điều trị nào cũng phải có ít nhất 3 loại thuốc ARV (Liệu pháp kháng retrovirus hoạt tính cao: Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART)

- Sự tuân thủ là yếu tố quan trọng quyết định thành công của điều trị kháng retrovirus.

- Các thuốc kháng retrovirus chỉ có tác dụng ức chế sự nhân lên của virus mà không chữa khỏi hoàn toàn bệnh HIV nên người bệnh phải điều trị kéo dài suốt cuộc đời và vẫn phải áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây truyền virus cho người khác.

- Người bệnh điều trị kháng retrovirus khi chưa có tình trạng miễn dịch được phục hồi vẫn phải điều trị dự phòng các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

2. Chỉ định điều trị ARV:

Người lớn, vị thành niên nhiễm HIV có chỉ định dùng ARV khi ở trong giai đoạn AIDS theo các tiêu chí lâm sàng và/hoặc số tế bào TCD4 hoặc tổng số tế bào lymphô, cụ thể như sau:

Nếu có số TCD4:

- Người nhiễm HIV ở giai đoạn IV, không phụ thuộc số TCD4 là bao nhiêu.
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn III khi số TCD4 < 350 tế bào/mm³
- Người nhiễm HIV giai đoạn I, hoặc II, khi số TCD4 ≤ 200 tế bào/mm³

Nếu không có số TCD4:

- Người nhiễm HIV ở giai đoạn IV không phụ thuộc tổng số tế bào lymphô là bao nhiêu
- Người nhiễm HIV ở giai đoạn II, hoặc III khi tổng số tế bào lymphô ≤ 1200 tế bào/mm³.

Người nhiễm HIV chưa có chỉ định điều trị thuốc kháng retrovirus cần được tiếp tục theo dõi về lâm sàng và miễn dịch 3 - 6 tháng một lần để xem xét tiến triển của bệnh và chỉ định điều trị ARV trong tương lai.

3. Các phác đồ điều trị ARV hàng đầu

3.1. Phác đồ ưu tiên: d4T + 3TC + NVP

- Chỉ định: sử dụng cho tất cả các bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV
- Liều dùng và cách dùng:
 - + d4T: 30mg cho người bệnh nặng dưới 60 kg và 40 mg nếu người bệnh nặng trên 60 kg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.
 - + 3TC: 150 mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.
 - + NVP: 200 mg uống 1 lần/ngày trong hai tuần đầu, sau đó 200 mg 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

Lưu ý:

- + Không sử dụng phác đồ này cho người bệnh có ALT(SGPT) > 2,5 lần chỉ số bình thường.
- + Cần thận trọng khi sử dụng ở người bệnh điều trị các thuốc chống lao có rifamycin. Nên thay NVP bằng một thuốc khác (như EFV), nếu có thể.

3.2. Các phác đồ thay thế

a) Phác đồ: d4T + 3TC + EFV

- Chỉ định: Phác đồ này được chỉ định khi người bệnh không sử dụng được NVP (dị ứng hoặc ngộ độc gan do NVP).
- Liều dùng và cách dùng:
 - + d4T: 30mg cho người bệnh nặng dưới 60 kg và 40 mg nếu người bệnh nặng trên 60 kg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

+ 3TC: 150 mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

+ EFV: 600 mg uống 1 lần vào buổi tối.

- Lưu ý:

+ Có thể sử dụng ở bệnh nhân viêm gan.

+ Không sử dụng phác đồ này cho phụ nữ có thai do có khả năng gây dị dạng thai. Nếu sử dụng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ, cần khuyến cáo người bệnh thực hiện các biện pháp tránh thai có hiệu quả.

+ Không uống efavirenz cùng thức ăn có nhiều chất béo do có nguy cơ tăng các tác dụng phụ về thần kinh.

+ Uống efavirenz vào buổi tối để tránh tình trạng rối loạn giấc ngủ.

+ Không dùng liệu pháp này cho những người có bệnh lý về tâm thần (hiện tại hoặc trong quá khứ).

b) Phác đồ: ZDV + 3TC + NVP

- Chỉ định: Phác đồ này được chỉ định khi người bệnh không sử dụng được d4T (dị ứng, độc tính với thần kinh, viêm tụy,...)

- Liều dùng và cách dùng:

+ ZDV: 300 mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

+ 3TC: 150 mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

+ NVP: 200 mg uống 1 lần/ngày trong hai tuần đầu, sau đó 200 mg 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

- Lưu ý:

+ Kiểm tra hemoglobin trước khi điều trị. Không sử dụng phác đồ này cho bệnh nhân có Hgb < 70g/L. Theo dõi Hgb 6 tháng một lần hoặc khi bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng.

+ Không sử dụng phác đồ này cho người bệnh có ALT(SGPT) > 2,5 lần chỉ số bình thường.

+ Cần thận trọng khi sử dụng ở người bệnh điều trị các thuốc chống lao có rifamycin. Nên thay NVP bằng một thuốc khác (như EFV), nếu có thể.

c) Phác đồ: ZDV + 3TC + EFV

- Chỉ định: Phác đồ này được chỉ định khi người bệnh không sử dụng được NVP và d4T.

- Liều dùng và cách dùng:

+ ZDV: 300 mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

+ 3TC: 150 mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 giờ.

+ EFV: 600 mg uống 1 lần vào buổi tối.

- Lưu ý:

+ Kiểm tra hemoglobin trước khi điều trị. Không sử dụng phác đồ này cho bệnh nhân có Hgb < 70g/L. Theo dõi Hgb 6 tháng một lần hoặc khi bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu trên lâm sàng.

+ Không sử dụng phác đồ này cho phụ nữ có thai do có khả năng gây dị dạng thai. Nếu sử dụng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ, cần khuyến cáo người bệnh thực hiện các biện pháp tránh thai có hiệu quả.

+ Có thể sử dụng đồng thời với các thuốc chống lao.

+ Không uống efavirenz cùng thức ăn có nhiều chất béo do có nguy cơ tăng các tác dụng phụ về thần kinh.

+ Uống efavirenz vào buổi tối để tránh tình trạng rối loạn giấc ngủ.

+ Không dùng liệu pháp này cho những người có bệnh lý về tâm thần (hiện tại hoặc trong quá khứ).

4. Bảo đảm sự tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị ARV là uống đủ liều thuốc được chỉ định và uống đúng giờ. Tuân thủ điều trị ARV là yếu tố cực kỳ quan trọng để bảo đảm sự thành công của điều trị, tránh sự xuất hiện kháng thuốc. Để đảm bảo sự tuân thủ điều trị, cần thực hiện các biện pháp sau:

4.1. Tư vấn trước điều trị: Người bệnh phải được tư vấn về những vấn đề sau:

- Lợi ích của điều trị ARV.
- Điều trị sẽ kéo dài suốt đời.
- Khi điều trị vẫn phải thực hiện các biện pháp phòng lây truyền virus cho người khác và điều trị dự phòng các bệnh NTCH nếu có chỉ định.
- Đến thăm khám định kỳ để đánh giá điều trị.
- Các tác dụng phụ và cách theo dõi xử trí.
- Tương tác với các thuốc điều trị khác có thể xảy ra.
- Tuân thủ tuyệt đối chế độ điều trị: uống đủ số lượng thuốc theo đúng thời gian chỉ định.

+ Đối với các thuốc uống 2 lần/ngày phải uống cách nhau 12 giờ.

+ Nếu người bệnh quên uống thuốc > 3 lần/tháng, điều trị có thể thất bại.

+ Không được chia thuốc cho người khác.

4.2. Các biện pháp tổ chức và kỹ thuật

- Xây dựng thời gian biểu điều trị dễ thực hiện cho người bệnh.
- Cung cấp các dịch vụ hỗ trợ cho người bệnh một cách thuận tiện với giá thấp hoặc miễn phí.
- Tôn trọng tính bảo mật của các thông tin cá nhân, xây dựng sự tin cậy của người bệnh với cơ sở y tế.

- Xây dựng chế độ theo dõi và hỗ trợ tuân thủ điều trị.

4.3. Sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng

- Xác định người hỗ trợ/giám sát điều trị trong gia đình, cung cấp tư vấn và hỗ trợ cho người hỗ trợ/giám sát.

- Động viên người nhiễm tham gia vào các hoạt động hỗ trợ sự tuân thủ điều trị.

- Huy động các tổ chức xã hội và phối hợp hoạt động của các tổ chức này trong việc hỗ trợ người nhiễm tuân thủ điều trị.

4.4. Tăng cường tuân thủ điều trị ở những người nghiện chích ma túy

- Điều trị cho người bệnh với tinh thần hỗ trợ và không phân biệt đối xử.
- Hỗ trợ cho người bệnh có một cuộc sống ổn định.
- Xác định người hỗ trợ/giám sát điều trị.
- Cung cấp điều trị theo chế độ giám sát hoặc điều trị thay thế thuốc gây nghiện.
- Chú ý đến tương tác giữa các thuốc ARV với các chất ma túy, trực tiếp (DOT).
- Khuyến khích người bệnh điều trị cai nghiện.

Xem xét đưa vào điều trị kháng retrovirus khi người bệnh sẵn sàng tuân thủ điều trị:

1. Thể hiện sự hiểu biết về bệnh HIV/AIDS và điều trị ARV
2. Thể hiện sự hiểu biết về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị
3. Thể hiện sự hiểu biết về các tác dụng phụ của các thuốc ARV
4. Thể hiện sự hiểu biết về sự cần thiết phải theo dõi sau điều trị
5. Có người hỗ trợ/giám sát điều trị
6. Có cuộc sống ổn định
7. Thể hiện sự tuân thủ qua điều trị hoặc dự phòng NTCH, qua thăm khám định kỳ, hoặc tham gia các lớp tập huấn trước điều trị

5. Đánh giá trước điều trị ARV

- Đánh giá lại tình trạng lâm sàng, phân loại giai đoạn trước khi điều trị.
- Người nhiễm HIV có lao, các bệnh NTCH và bệnh lý kèm theo: xem Phần 9.1 và 9.2, Chương VI.

- Phụ nữ mang thai: xem phần 11 Chương VI và phần 1 Chương VII.
- Làm lại các xét nghiệm cận lâm sàng để lựa chọn phác đồ ARV phù hợp và làm cơ sở để đánh giá tiến triển sau điều trị như trong Bảng 4.

6. Theo dõi điều trị ARV

Người bệnh bắt đầu điều trị ARV nên được khám bác sỹ theo lịch trình sau đây:

- Một đến hai tuần một lần trong tháng đầu tiên để theo dõi các tác dụng phụ và được củng cố về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị.
- Trong khoảng thời gian 8 đến 12 tuần sau khi bắt đầu điều trị.
- Sau đó 3 đến 6 tháng một lần.
- Các nhân viên y tế, các cộng tác viên, nhóm đồng đẳng hỗ trợ tuân thủ điều trị, chăm sóc tại nhà người bệnh, nếu có thể, cho các đối tượng điều trị theo chế độ DOT.

6.1. Theo dõi sự tuân thủ điều trị

Người bệnh điều trị ARV cần được theo dõi về sự tuân thủ điều trị. Cần xác định những nguyên nhân khiến người bệnh không tuân thủ tốt để hỗ trợ.

Xem xét lại điều trị với người bệnh và người hỗ trợ/giám sát:

- Kiểm tra lại về những thuốc người bệnh được chỉ định dùng và cách dùng.
- Hỏi về thời gian và cách người bệnh dùng thuốc trong thực tế, số lần người bệnh bỏ hoặc quên uống thuốc.

- Đếm số thuốc còn lại.

Nếu người bệnh tuân thủ kém, cần tìm hiểu về những vấn đề mà người bệnh gặp phải khi dùng thuốc như:

- Các tác dụng phụ của thuốc hoặc các bệnh lý mới xuất hiện?
- Do quên hoặc không hiểu đúng chỉ định?
- Do hết thuốc hoặc không có khả năng tài chính?
- Các vấn đề về tâm lý như không muốn chấp nhận tình trạng nhiễm HIV của mình, do không muốn để người khác thấy mình điều trị thuốc HIV, do sợ bị phân biệt đối xử?
- Do có sự thay đổi trong cuộc sống?
- Thiếu sự hỗ trợ (gia đình, bạn bè, cán bộ y tế).
- Người bệnh cần được tư vấn lại một cách cẩn thận. Những vấn đề của người bệnh cần được giải quyết để bảo đảm sự tuân thủ điều trị.

6.2. Theo dõi tiến triển lâm sàng

Mỗi lần thăm khám, người bệnh điều trị ARV cần được đánh giá cẩn thận về lâm sàng:

- Toàn trạng, cân nặng, nhiệt độ
- Phát hiện các tác dụng phụ của thuốc và tình trạng ngộ độc thuốc
- Đánh giá lại giai đoạn lâm sàng
- Đánh giá tiến triển của các triệu chứng liên quan đến bệnh HIV
- Đánh giá tiến triển của các bệnh NTCH đã có; phát hiện các nhiễm trùng cơ hội mới xuất hiện hoặc tái phát
- Phát hiện hội chứng phục hồi miễn dịch (xem Mục 7)
- Xem xét khả năng mang thai

Các dấu hiệu sau chứng tỏ người bệnh có đáp ứng với điều trị ARV:

- Người bệnh thấy khỏe hơn, có nhiều sức lực hơn để thực hiện các hoạt động hàng ngày

- Toàn trạng khá hơn, tăng cân
- Các triệu chứng bệnh liên quan đến HIV có từ trước có được cải thiện
- Các bệnh NTCH có từ trước có được cải thiện; giảm tần suất mắc và mức độ nặng của các NTCH.

6.3. Theo dõi xét nghiệm

Người bệnh điều trị ARV cần được theo dõi về các xét nghiệm cận lâm sàng để phát hiện các tác dụng phụ của thuốc và đánh giá đáp ứng điều trị.

- Công thức máu toàn bộ và công thức bạch cầu 6 tháng một lần hoặc khi người bệnh sử dụng phác đồ ZDV có biểu hiện thiếu máu.
- Men gan ALT/SGPT - thực hiện 1 tháng sau khi bắt đầu điều trị NVP, sau đó 6 tháng một lần hoặc khi người bệnh có biểu hiện viêm gan.
- Đếm TCD4 6-12 tháng một lần khi điều trị, nếu có.
- Xét nghiệm thai nếu người bệnh đang điều trị EFV và có khả năng mang thai.

Bảng 4: Theo dõi cận lâm sàng khi sử dụng các phác đồ điều trị ARV hàng thứ nhất

Phác đồ	Xét nghiệm trước điều trị	Xét nghiệm cần theo dõi khi điều trị
d4T/3TC/NVP	CTM, ALT (SGPT) TCD4, nếu có	ALT (SGPT) khi có dấu hiệu viêm gan TCD4 6 - 12 tháng một lần, nếu có, để xác định hiệu quả điều trị
ZDV/3TC/NVP	CTM, ALT (SGPT) TCD4, nếu có	CTM (hoặc ít nhất Hgb), và ALT (SGPT) khi có dấu hiệu thiếu máu hoặc viêm gan TCD4 6 - 12 tháng một lần, nếu có, để xác định hiệu quả điều trị
d4T/3TC/EFV	Xét nghiệm thai CTM, ALT (SGPT) TCD4, nếu có	Các xét nghiệm cần thiết khi có các dấu hiệu ngộ độc thuốc TCD4 6 - 12 tháng một lần, nếu có, để xác định hiệu quả điều trị
ZDV/3TC/EFV	Xét nghiệm thai CTM, ALT (SGPT) TCD4, nếu có	CTM (hoặc ít nhất Hgb) khi có các dấu hiệu thiếu máu TCD4 6 - 12 tháng một lần, nếu có, để xác định hiệu quả điều trị

6.4. Theo dõi độc tính của thuốc

- Người bệnh điều trị ARV cần được cung cấp thông tin về các tác dụng phụ của thuốc và yêu cầu phải thông báo cho bác sỹ điều trị khi có các biểu hiện này.

- Nhiều tác dụng phụ của các thuốc ARV có biểu hiện nhẹ, xảy ra chủ yếu trong 2 tuần đầu của điều trị đặc hiệu, chỉ cần điều trị hỗ trợ và sẽ giảm dần trong vòng 1 đến 2 tháng (Bảng 5: Các tác dụng phụ mức độ nhẹ của các phác đồ hàng thứ nhất và hướng xử trí). Tuy nhiên, một số trường hợp có tác dụng phụ trầm trọng cần phải được thay đổi thuốc điều trị (Bảng 6: Các độc tính chủ yếu của các thuốc ARV và xử trí).

- Các tác dụng phụ của các thuốc ARV nên được theo dõi và đánh giá cả trên lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng, nếu cần thiết và có thể thực hiện được.

Bảng 5: Các tác dụng phụ mức độ nhẹ của các phác đồ hàng thứ nhất và hướng xử trí

Các tác dụng phụ mức nhẹ	Điều trị thông thường
Buồn nôn	Dùng cùng thức ăn
Tiêu chảy	Bù nước và điện giải. Thuốc chống đi ngoài như loperamide có thể làm đỡ tạm thời
Đau đầu	Paracetamol; nếu liên tục trong 2 tuần cần phải thăm khám lại
Mệt mỏi	Thường chỉ kéo dài 4 - 6 tuần, nếu lâu hơn cần thăm khám lại
Khó chịu ở bụng	Nếu liên tục cần thăm khám lại
Nổi mẩn nhẹ	Điều trị bằng thuốc kháng histamine hoặc steroid. Nếu nặng, xem xét khả năng dị ứng thuốc
Buồn ngủ	Uống thuốc trước khi đi ngủ
Mất ngủ	Có thể dùng thuốc hỗ trợ
Ác mộng, chóng mặt	Dùng EFV vào buổi tối, thường kéo dài không quá 3 tuần

Bảng 6: Các độc tính chủ yếu của các thuốc ARV và xử trí

Độc tính	Thuốc có liên quan	Đặc điểm	Xử trí
Bệnh lý thần kinh ngoại vi	d4T, ddI, các NRTI khác	- Thường xuất hiện trong vòng 1 năm đầu. - Biểu hiện: rối loạn cảm giác ngoại vi, chủ yếu ở các đầu chi kiểu đeo găng; đi lại khó khăn do đau.	- Điều trị bằng amitriptyline 25mg 1 lần/ngày hoặc vitamin B các loại. - Nếu nặng - thay d4T hoặc ddI bằng AZT.

Độc tính	Thuốc có liên quan	Đặc điểm	Xử trí
Viêm tụy	d4T, ddI	- Đau bụng, buồn nôn, nôn, sốt... - Tăng amylase máu.	- Dừng mọi thuốc ARV Khi hết các triệu chứng - bắt đầu lại với AZT
Phân bố lại mỡ	NRTI (d4T), PI	- Tăng tích tụ mỡ ở ngực, bụng, lưng và gáy; teo mô mỡ ở cánh tay, cẳng chân, mông, và má. - Thường tồn tại vĩnh viễn.	- Tư vấn cho người bệnh về các thay đổi hình dáng cơ thể liên quan đến các thuốc ARV.
Độc tính với gan	NVP, EFV, ZDV, PI	- Nguy cơ cao: người có bệnh gan mạn tính. - Thường xuất hiện trong vòng 3 tháng đầu sau khi bắt đầu điều trị. - Men gan tăng ≥ 3 lần bình thường có/không có biểu hiện lâm sàng.	- Dừng mọi thuốc ARV nếu men gan tăng gấp 5 lần bình thường. - Bắt đầu lại ARV khi men gan về bình thường. - Dừng hẳn NVP. Thay các thuốc gây độc với gan bằng các thuốc khác.
Phát ban	NVP, EFV, ABC	- Thường xuất hiện sớm, trong vòng 1 - 3 tháng đầu. - Biểu hiện có thể nhẹ hoặc nặng, đe dọa tính mạng. - Tái sử dụng ABC có thể dẫn đến shock phản vệ.	- Dừng mọi thuốc ARV và điều trị hỗ trợ cho đến khi hết triệu chứng. - Dừng hẳn ABC nếu có phát ban. Dừng NVP, EFV cho những trường hợp mẩn da kèm các triệu chứng toàn thân.
Toan lactic và thoái hóa mỡ gan	NRTI (d4T, ddI; hiếm hơn - ZDV, 3TC, ABC)	- Thường xuất hiện muộn (sau vài tháng). - Biểu hiện: mệt nặng, buồn nôn, nôn, sút cân, đau cơ, gan to; tăng acid lactic, men gan, amylase. - Theo dõi lactate thường quy ở người bệnh chưa có triệu chứng không có tác dụng.	- Dừng mọi thuốc ARV: các triệu chứng có thể tiếp tục hoặc tiến triển xấu đi ngay cả sau khi dừng thuốc. - Điều trị hỗ trợ thở oxy, truyền dịch và bổ sung điện giải, điều chỉnh toan máu.
Độc tính với thần kinh trung ương	EFV	- Thường xuất hiện sớm. - Biểu hiện: lẫn lộn nặng, rối loạn tâm thần, trầm cảm	- Tham khảo ý kiến chuyên khoa Tâm thần. - Nếu nặng, dừng EFV và thay thế bằng NVP.
Độc tính với tủy xương	ZDV	- Thường xuất hiện trong vòng 1 năm sau khi bắt đầu điều trị.	- Dừng ZDV, thay bằng một thuốc NRTI khác.

Độc tính	Thuốc có liên quan	Đặc điểm	Xử trí
		- Biểu hiện: thiếu máu nặng, có thể kèm hạ bạch cầu	
Độc tính với cơ	NRTI: d4T, ddI, ZDV	- Thường xuất hiện muộn - Biểu hiện: đau cơ, tăng creatinine kinase	- Nếu biểu hiện nhẹ - điều trị thuốc giảm đau - Nếu nặng - thay thuốc gây độc tính với cơ bằng 3TC hoặc ABC.
Tăng đường huyết và rối loạn mỡ máu	PI, EFV	- Thường xuất hiện muộn - Biểu hiện: tăng đường máu và cholesterol máu	- Điều trị hỗ trợ insulin, chế độ ăn ít mỡ, tiếp tục các thuốc ARV. - Nếu không đáp ứng và biểu hiện nặng - thay thuốc.
Sởi thận	IDV	- Xuất hiện vào bất kỳ giai đoạn điều trị nào, gặp nhiều ở trẻ em. - Biểu hiện của sởi thận	- Khuyến bệnh nhân uống nhiều nước và tiếp tục IDV. - Nếu bệnh nhân không uống được nhiều nước, xem xét thay IDV bằng một thuốc ARV khác.

7. Hội chứng phục hồi miễn dịch

Sau khi người nhiễm HIV được điều trị các thuốc ARV, chức năng miễn dịch của người bệnh được phục hồi gây đáp ứng viêm với các nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh tự miễn. Một số bệnh nhiễm trùng cơ hội không có biểu hiện lâm sàng trước đây có thể tái hoạt động hoặc có biểu hiện không điển hình. Sự xuất hiện của các bệnh lý liên quan tới sự tái tạo miễn dịch được gọi là hội chứng phục hồi miễn dịch.

Hội chứng phục hồi miễn dịch thường xuất hiện trong vòng 2 - 12 tuần sau khi bắt đầu các thuốc ARV, gặp nhiều hơn ở những người bị suy giảm miễn dịch nặng khi bắt đầu điều trị ARV (số TCD4 < 50 tế bào/mm³). Một số ít các trường hợp xuất hiện muộn hơn, nhiều tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV.

Hội chứng phục hồi miễn dịch thường liên quan tới các căn nguyên lao, các NTCH khác như MAC, PCP, viêm màng não do Cryptococcus, các bệnh nhiễm nấm khác, viêm gan B và C, CMV, herpes simplex và herpes zoster, viêm não chất trắng đa ổ tiến triển, viêm não do toxoplasma... Một số bệnh không nhiễm trùng có thể nặng lên cùng với hội chứng phục hồi miễn dịch là bệnh vẩy nến, viêm tuyến giáp.

Biểu hiện: Người bệnh có thể có sốt, sưng hạch, biểu hiện ở mắt và các biểu hiện khác, phụ thuộc vào bệnh nhiễm trùng cơ hội có liên quan.

Xử trí:

- + Xác định và điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội có liên quan.
- + Tiếp tục điều trị ARV; thay đổi thành phần và liều lượng thuốc ARV nếu có tương tác hoặc tăng độc tính khi phối hợp với các thuốc điều trị NTCH.
- + Trường hợp nặng và không thể tiếp tục điều trị ARV nên tạm dừng để điều trị NTCH sau đó bắt đầu điều trị ARV lại bằng chính phác đồ đang dùng trước đó.
- + Điều trị triệu chứng bằng các thuốc chống viêm không phải steroid. Nếu biểu hiện nặng, có thể cho prednisolone hoặc methylprednisolone, liều 1mg/kg/ngày và giảm dần sau 1 - 2 tuần.

8. Thất bại điều trị và phác đồ điều trị hàng thứ hai

Người bệnh điều trị ARV cần được theo dõi về lâm sàng và miễn dịch để phát hiện thất bại điều trị. Người bệnh được coi là thất bại điều trị khi đã tuân thủ chặt chẽ chế độ điều trị nhưng vẫn có các biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm sau đây:

Bảng 7: Các biểu hiện thất bại điều trị ở người bệnh người lớn và vị thành niên

Dấu hiệu lâm sàng thất bại điều trị	Tiêu chuẩn TCD4 đánh giá thất bại điều trị
<ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh đang được điều trị kháng retrovirus nhưng không tăng cân, xuất hiện nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh lý ác tính báo hiệu tiến triển lâm sàng của bệnh - Nhiễm trùng cơ hội trước đây tái phát - Các bệnh lý lâm sàng giai đoạn III xuất hiện hoặc tái phát 	<ul style="list-style-type: none"> - CD4 giảm xuống mức trước điều trị hoặc thấp hơn khi không có một nhiễm trùng nào là lý do để giải thích cho việc giảm TCD4 nhanh chóng - TCD4 giảm > 50% so với thời điểm TCD4 cao nhất kể từ khi điều trị khi không có một nhiễm trùng nào là lý do để giải thích cho việc giảm TCD4 nhanh chóng

Các phối hợp thuốc ARV hàng thứ hai: chỉ định khi người bệnh được xác định là thất bại điều trị đối với các phác đồ điều trị ARV hàng đầu.

TDF hoặc ABC + dDI + LPV/r hoặc SQV/r hoặc NFV

Liều lượng và cách dùng:

- + TDF: 300mg uống 1 lần /ngày
- + ABC: 300mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 tiếng

09637719
LawSoft * Tel: +84-8-3845 6684 * www.ThuVienPhapLuat.com

- + ddI: < 60kg - 125mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 tiếng
 - ≥ 60kg - 200mg uống 2 lần/ngày, cách nhau 12 tiếng;
 - + LPV/r: 400mg/100mg uống 2 lần/ngày, uống trong bữa ăn, cách nhau 12 tiếng
 - + SQV/r: 1000mg/100 mg uống 2 lần/ngày, uống trong bữa ăn, cách nhau 12 tiếng
 - + NFV: 1250mg uống 2 lần/ngày, uống trong bữa ăn, cách nhau 12 tiếng
- (Các tác dụng phụ: xem Phụ lục 7: Bảng tóm tắt các thuốc ARV).

Lưu ý:

- Không sử dụng một loại thuốc đơn lẻ để thay thế hoặc thêm vào một phác đồ đã thất bại.

- Nếu virus kháng ở mức độ cao với AZT, d4T và 3TC thì tác dụng của các thuốc NRTI khác trong phác đồ thay thế hàng thứ hai có thể giảm, do có sự kháng chéo trong nhóm Nucleosides. Tuy nhiên, ABC, ddI và TFV vẫn có thể còn tác dụng.

- Do có hiện tượng kháng chéo giữa EFV và NVP, không thay thế giữa hai thuốc này khi điều trị thất bại. Thường sử dụng phác đồ PI có thêm Ritonavir như SQV/r; LPV/r . NVP có thể được xem xét để thay thế cho PI nếu không có phác đồ PI/r hoặc có chống chỉ định sử dụng phác đồ đó.

- TDF và ddI có thể đối kháng với nhau. Tránh sử dụng phác đồ này, nếu có thể. Nếu bắt buộc phải dùng phối hợp TDF và ddI, nên sử dụng cùng với một thuốc nhóm PI có kèm RTV và giảm liều ddI xuống 250 mg/ngày.

- LPV/r và SQV/r đòi hỏi phải bảo quản lạnh.

Bảng 8: Các phối hợp thuốc không nên sử dụng

Phối hợp	Lý do
Abacavir + tenofovir + lamivudine và Didanosine + tenofovir + lamivudine	Hiệu quả thấp
Stavudine + didanosine	Tăng độc tính thần kinh ngoại vi, viêm tụy, toan lactic
Zidovudine + stavudine	Đối kháng, giảm hiệu quả

9. Điều trị ARV khi có các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh kèm theo

9.1. Điều trị kháng retrovirus ở người bệnh lao

Bảng 9: Điều trị kháng retrovirus cho người bệnh lao nhiễm HIV

Tình trạng lâm sàng	Nếu không có số TCD4	Nếu có số TCD4
Lao phổi đơn thuần, không có các bệnh lý khác thuộc Phân loại lâm sàng giai đoạn III hoặc IV	Bắt đầu và kết thúc điều trị lao trước, sau đó mới điều trị ARV	TCD4 > 350 tế bào/mm³ Bắt đầu và kết thúc điều trị lao. Nếu người bệnh không có các bệnh lý khác thuộc Phân loại lâm sàng giai đoạn III hoặc IV, chưa điều trị ARV, xem xét như người bệnh nhiễm HIV khác. Nếu người bệnh có các bệnh lý khác ngoài lao thuộc Phân loại lâm sàng giai đoạn IV, điều trị ARV sau giai đoạn tấn công. Nếu người bệnh nặng, điều trị càng sớm càng tốt.
Lao phổi và người bệnh có hoặc đã có các bệnh lý khác thuộc Phân loại lâm sàng giai đoạn III hoặc IV xuất hiện trong quá trình điều trị lao	Bắt đầu điều trị lao trước. Điều trị ARV sau giai đoạn tấn công. Nếu người bệnh nặng, điều trị càng sớm càng tốt.	Nếu TCD4 từ 200 đến 350 tế bào/mm³ Bắt đầu điều trị lao. Bắt đầu điều trị ARV sau giai đoạn tấn công. Nếu người bệnh nặng, điều trị càng sớm càng tốt. Nếu TCD4 < 200 tế bào/mm³ Bắt đầu điều trị lao. Bắt đầu điều trị ARV ngay sau khi người bệnh dung nạp được các thuốc chống lao (từ 2 tuần đến 2 tháng).
Lao ngoài phổi	Bắt đầu điều trị lao. Bắt đầu điều trị ARV ngay sau khi người bệnh dung nạp được các thuốc chống lao (từ 2 tuần đến 2 tháng).	
Người bệnh đang điều trị ARV thì phát hiện lao	Điều trị lao theo Chương trình lao quốc gia. Tiếp tục các thuốc ARV.	

Lưu ý:

- Sử dụng các phác đồ có efavirenz cho người bệnh lao đang điều trị rifamycin:

d4T + 3TC + EFV hoặc **ZDV + 3TC + EFV**

- Trong trường hợp người bệnh là phụ nữ mang thai hoặc có khả năng mang thai, cần thay thế efavirenz bằng SQV/r (1000/100mg 2 lần một ngày) hoặc LPV/r (400/100mg 2 lần một ngày), hoặc ABC (300mg 2 lần một ngày).

09637719

- Nếu không có các thuốc thay thế EFV như trên, có thể dùng NVP.
- Nếu người bệnh đang được điều trị các thuốc ARV và cần được điều trị lao, ưu tiên chỉ định các thuốc chống lao theo phác đồ; xem xét thay đổi thuốc ARV cho phù hợp để tránh tương tác thuốc, ví dụ như thay NVP bằng EFV.
- Theo dõi chặt chẽ sự tuân thủ các thuốc chống lao và các thuốc ARV.
- Theo dõi độc tính của các thuốc điều trị, nhất là khi dùng EFV hoặc NVP khi đang điều trị rifamycin.
- Phát hiện và điều trị hội chứng phục hồi miễn dịch. Người bệnh cần được đánh giá lại, loại trừ khả năng điều trị lao thất bại hoặc các bệnh NTCH khác. Nếu nghi đến hội chứng phục hồi miễn dịch, cần tiếp tục điều trị lao và ARV. Nếu người bệnh có biểu hiện không nặng, cho điều trị triệu chứng bằng các thuốc chống viêm không phải steroid. Nếu người bệnh có các biểu hiện nặng, có thể cho prednisolone hoặc methylprednisolone, liều 1mg/kg/ngày và giảm dần sau 1 - 2 tuần.

9.2. Điều trị ARV khi có các NTCH và các bệnh kèm theo

Người nhiễm HIV trước khi được chỉ định các thuốc ARV cần được sàng lọc các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh kèm theo. Các bệnh NTCH cần được điều trị trước khi cho các thuốc ARV để tránh tương tác thuốc. Một số bệnh NTCH và một số tình trạng bệnh lý liên quan tới HIV sẽ được cải thiện khi người bệnh được điều trị ARV (xem bảng).

Bảng 10: Chỉ định điều trị ARV khi có các NTCH và các bệnh lý kèm theo

NTCH và các tình trạng bệnh lý kèm theo	Tiếp cận
<ul style="list-style-type: none"> - Viêm phổi do vi khuẩn - Các bệnh nhiễm trùng trong giai đoạn cấp tính có sốt và người bệnh trong tình trạng nặng - Các bệnh tiêu chảy (đi ngoài trên 5 lần/ngày) 	<p>Điều trị các bệnh này trước. Cho điều trị ARV sau khi điều trị nhiễm trùng kết thúc, tình trạng người bệnh ổn định và có thể dung nạp được thuốc ARV.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Viêm phổi do pneumocystis (PCP) - Viêm màng não do nấm cryptococcus - Bệnh do toxoplasma - Bệnh do nấm penicillium - Viêm thực quản do candida 	<p>Điều trị các bệnh này trước. Cho điều trị ARV sau khi điều trị đợt cấp NTCH kết thúc hoặc khi người bệnh có thể uống được thuốc ARV dễ dàng</p>

NTCH và các tình trạng bệnh lý kèm theo	Tiếp cận
<ul style="list-style-type: none"> - Tăng men gan cao gấp 3 - 5 lần bình thường - Viêm gan B và C 	<p>Tìm căn nguyên và điều trị, nếu có thể. Tránh dùng các thuốc ddI, d4T và NVP ở người bệnh viêm gan virus thể hoạt động. Các phác đồ điều trị ARV có 3TC hoặc TDF có tác dụng điều trị đối với viêm gan B.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Dị ứng thuốc 	<p>Không cho điều trị ARV khi có tình trạng dị ứng cấp tính</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Thiếu máu 	<p>Tìm căn nguyên và điều trị. Nếu không xác định được căn nguyên, cho điều trị ARV nhưng không có AZT</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Nhiễm phức hợp Mycobacterium avium - Bệnh do CMV - Tiêu chảy do Cryptosporidium và Microsporidium 	<p>Cho điều trị ARV kết hợp với điều trị NTCH. Chú ý tương tác thuốc</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Các bệnh lý da như phát ban sẩn ngứa, viêm da tuyến nhờn 	<p>Cho điều trị ARV.</p>

10. Điều trị ARV ở trẻ em

10.1. Chỉ định điều trị:

Điều trị ARV cho trẻ nhiễm HIV được chỉ định trên cơ sở giai đoạn lâm sàng của trẻ (phụ lục 2: Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em), tỷ lệ TCD4 hoặc tổng số tế bào lymphô, và khả năng thực hiện được xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV ở trẻ.

Bảng 11: Chỉ định điều trị ARV cho trẻ nhiễm HIV

Trẻ < 18 tháng tuổi	Có xét nghiệm virus học	Có xét nghiệm TCD4	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn IV (AIDS) không phụ thuộc tỷ lệ TCD4 - Giai đoạn I, II hoặc III, và tỷ lệ TCD4 < 20%
		Không có xét nghiệm TCD4	<ul style="list-style-type: none"> - Giai đoạn IV (AIDS) - Xem xét điều trị cho tất cả bệnh nhi ở giai đoạn III - Xem xét điều trị cho bệnh nhi ở giai đoạn II nếu tổng số tế bào lymphô < 2500/mm³

	Không có xét nghiệm virus học*	Có xét nghiệm TCD4	- Giai đoạn IV (AIDS), không phụ thuộc tỷ lệ TCD4 - Xem xét điều trị cho tất cả bệnh nhi ở giai đoạn III - Chỉ điều trị cho bệnh nhi ở giai đoạn I hoặc II khi tỷ lệ TCD4 < 20%
		Không có xét nghiệm TCD4	- Chỉ điều trị khi bệnh nhi ở giai đoạn IV
Trẻ > 18 tháng tuổi		Có xét nghiệm TCD4	- Giai đoạn IV (AIDS), không phụ thuộc tỷ lệ TCD4 - Xem xét điều trị cho tất cả bệnh nhi ở giai đoạn III Giai đoạn I hoặc II, và tỷ lệ TCD4 < 15%
		Không có xét nghiệm TCD4	- Giai đoạn IV (AIDS) - Xem xét điều trị cho tất cả bệnh nhi ở giai đoạn III - Xem xét điều trị cho bệnh nhi ở giai đoạn II nếu tổng số tế bào lymphô < 1500/mm ³

* Làm lại xét nghiệm kháng thể HIV khi trẻ ≥ 18 tháng tuổi và đã ngừng bú mẹ hoàn toàn 6 tuần

10.2. Phác đồ điều trị ARV hàng đầu cho trẻ em

- Phác đồ ưu tiên: d4T + 3TC + NVP
- Các phác đồ thay thế: d4T + 3TC + EFV; hoặc
ZDV + 3TC + NVP; hoặc
ZDV + 3TC + EFV

(Liều lượng và cách dùng xem Phụ lục 7: Các thuốc ARV cho trẻ em).

- Lưu ý:

+ Sự tuân thủ điều trị ở trẻ em thường rất khó khăn nên cha mẹ hoặc người chăm sóc trẻ cần được tư vấn kỹ lưỡng về sự tuân thủ điều trị

+ Thuốc dùng theo cân nặng và liều cần được điều chỉnh khi trẻ lớn lên. (Xem Phụ lục 8: Các thuốc ARV cho trẻ em).

+ Đa số thuốc ARV dùng cho người lớn có thể sử dụng cho trẻ em. Nếu sử dụng dạng thuốc người lớn cho trẻ, cần chú ý khi chia nhỏ viên thuốc (nên dùng dao cắt) để không bị quá liều (gây ngộ độc) hoặc thiếu liều (gây kháng thuốc). (Xem Phụ lục 8: Các thuốc ARV cho trẻ em).

- + Không dùng EFV cho trẻ dưới 3 tuổi hoặc trẻ nặng dưới 10 kg.
- + Nên dùng phác đồ có EFV cho trẻ trên 3 tuổi đang điều trị lao bằng Rifamycin.
- + Đối với trẻ dưới 3 tuổi nhiễm HIV và đang điều trị lao bằng rifamycin: Lựa chọn phác đồ AZT + 3TC + ABC, liều lượng và cách dùng xem Phụ lục 8: Các thuốc ARV cho trẻ em.

10.3. Theo dõi điều trị

Lâm sàng: Trẻ được điều trị ARV cần được theo dõi về cân nặng, tần suất các nhiễm trùng cơ hội... như đối với người lớn. Ngoài ra cần chú ý một số điểm sau:

- Đánh giá dinh dưỡng và tình trạng dinh dưỡng
- Phát triển thể lực (chiều cao và cân nặng theo lứa tuổi)
- Phát triển tinh thần và vận động theo lứa tuổi
- Phát triển nhận thức và hiểu biết xã hội
- Theo dõi chặt chẽ các biểu hiện về độc tính của thuốc

Xét nghiệm: Các xét nghiệm cơ bản như đối với người lớn, lưu ý tỷ lệ TCD4.

Bảng 10: Các dấu hiệu đánh giá thất bại điều trị

Các dấu hiệu lâm sàng	Xét nghiệm
<ul style="list-style-type: none"> - Ngừng tăng hoặc sụt cân ở những trẻ lúc đầu đã có tăng cân - Không có các dấu hiệu cải thiện về tinh thần hoặc xuất hiện các bệnh lý mới về não. - Xuất hiện các nhiễm trùng cơ hội mới hoặc khối u, chỉ điểm sự tiến triển của nhiễm HIV. - Các nhiễm trùng cơ hội tái phát 	<ul style="list-style-type: none"> - Số lượng tuyệt đối hoặc tỷ lệ TCD4 không tăng hoặc giảm so với lúc bắt đầu điều trị - Số lượng TCD4 trở lại mức độ như trước khi điều trị hoặc thấp hơn số lượng trước điều trị mà không thấy căn nguyên nhân nào khác. - Số lượng (hoặc tỷ lệ) TCD4 giảm trên 50% so với số lượng tối đa đạt được kể từ khi bắt đầu điều trị mà không thấy có căn nguyên nào khác.

10.4. Các phác đồ điều trị ARV hàng thứ 2 cho trẻ em

Chỉ định khi phác đồ điều trị hàng thứ nhất thất bại.

ABC + ddI + LVP/r hoặc NFV

(Liều lượng và cách dùng xem Phụ lục 8: Các thuốc ARV cho trẻ em).

11. Điều trị ARV ở phụ nữ có thai

Những phụ nữ có thai có đủ các tiêu chuẩn điều trị như các bệnh nhân người lớn nhiễm HIV cần được điều trị ARV (Xem phần tiêu chuẩn điều trị ARV cho người lớn).

- Phụ nữ mang thai nhiễm HIV chưa điều trị ARV trước đó: Không bắt đầu điều trị ARV trong 12 tuần đầu của thai kỳ để giảm nguy cơ độc tính của thuốc ARV với thai nhi.

- Phụ nữ nhiễm HIV đang điều trị ARV phát hiện có thai: Tiếp tục dùng ARV nhưng không dùng Efavirenz trong 3 tháng đầu.

Các phác đồ:

- **Phác đồ ưu tiên: ZDV + 3TC + NVP**

Liều dùng: như cho người lớn

- **Phác đồ thay thế: ZDV + 3TC + NFV hoặc**

ZDV + 3TC + SQV/r hoặc LPV/r

Liều dùng: + Nelfinavir 1250mg uống 2 lần/ngày
+ Saquinavir/ritonavir uống 1000 mg/100 mg 2 lần/ngày
+ Lopinavir/ritonavir uống 400mg/100mg 2 lần/ngày

Lưu ý: + Theo dõi chặt chẽ các tác dụng phụ.
+ Không dùng phối hợp ddI và d4T cho phụ nữ có thai vì làm tăng nguy cơ toan lactic và độc với gan.
+ Không dùng ZDV cùng với d4T.

VII. DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON VÀ DỰ PHÒNG SAU PHỐI NHIỄM DO TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP

1. Dự phòng lây truyền từ mẹ sang con

Người phụ nữ có thai nhiễm HIV chưa được điều trị ARV cần được dự phòng lây truyền mẹ con bằng phác đồ phù hợp với thời điểm đến thăm khám thai sản và thời điểm xác định nhiễm HIV. Những phụ nữ mang thai được điều trị ARV không cần dự phòng lây truyền mẹ con độc lập. Tất cả trẻ sinh ra từ những người mẹ nhiễm HIV phải được dự phòng bằng thuốc ARV sau sinh.

1.1. Phác đồ và chỉ định

Bảng 11: Các phác đồ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Phác đồ - Chỉ định	Mẹ	Con
ZDV + NVP Mẹ đến khám thai và được xác định HIV(+) trước tuần 28-36	Trước đẻ: ZDV 300mg x 2 lần/ngày từ tuần thai thứ 28 cho đến khi chuyển dạ. Chuyển dạ-đẻ: ZDV 600mg + NVP 200mg một liều khi bắt đầu chuyển dạ	Sử dụng cho mọi phác đồ: Siro NVP 6mg (6ml) nếu trẻ > 2kg và 2mg/kg nếu trẻ ≤ 2 kg trong vòng 48 giờ sau khi sinh* + siro ZDV 2mg/kg/6 giờ một lần tính từ lúc sinh x một tuần*****
NVP Mẹ đến khám/được xác định HIV(+)** ngay trước chuyển dạ	NVP một liều 200mg khi bắt đầu chuyển dạ*** hoặc 4 giờ trước khi mổ lấy thai.	
Phác đồ ba thuốc Mẹ đến khám thai và được xác định HIV(+) sau tuần 36 nhưng chưa chuyển dạ*****.	AZT/d4T + 3TC + NFV/SQV/r Uống hàng ngày cho đến lúc đẻ, liều tương tự như liều điều trị.	

* Nếu thời gian dự phòng bằng các thuốc ARV của mẹ chưa đủ 4 tuần, mẹ không dùng NVP trong khi chuyển dạ hoặc chỉ uống NVP trong vòng 1 giờ trước khi đẻ, có thể kéo dài thời gian sử dụng ZDV cho con lên 4-6 tuần.

** Cho điều trị dự phòng nếu người mẹ ở thời điểm chuyển dạ/mổ đẻ chỉ có một xét nghiệm kháng thể HIV(+); làm xét nghiệm khẳng định sau.

*** Không cho mẹ uống NVP nếu đã uống khi chuyển dạ giả, hoặc sắp đến thời điểm sinh (dưới 1 giờ).

**** Nếu mẹ không dùng NVP trong khi chuyển dạ hoặc chỉ uống NVP trong vòng 1 giờ trước khi đẻ, cho con uống siro NVP ngay sau khi sinh.

***** Nếu có đủ điều kiện, có thể xem xét dự phòng lây truyền mẹ con bằng ba thứ thuốc, bắt đầu trong khoảng thời gian từ sau tuần thai thứ 14 và trước tuần thứ 28 và tiếp tục cho đến khi đẻ.

1.2. Các khuyến nghị chung

Trước đẻ:

- Tư vấn hỗ trợ tinh thần
- Thảo luận với người mẹ cách sinh con và nuôi con.

Trong đẻ:

- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối khi đỡ đẻ

- Không rạch màng ối sớm; hạn chế các can thiệp gây chảy máu đường đẻ trong thời gian sinh

- Chỉ mổ lấy thai khi có chỉ định về sản khoa

- Tránh các thủ thuật và can thiệp có thể gây tổn thương da cho thai nhi như đặt điện cực vào đầu thai nhi, lấy máu ở da đầu để làm pH, v.v...

- Tắm ngay cho trẻ sau khi sinh.

Sau đẻ:

- Tư vấn cho người mẹ về nguy cơ lây truyền HIV qua sữa mẹ; khuyến khích nuôi trẻ bằng thức ăn thay thế hoàn toàn. Trong điều kiện không thể nuôi hoàn toàn bằng thức ăn thay thế, tư vấn người mẹ nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ trong 4 - 6 tháng đầu

- Người mẹ sau khi sinh cần được tiếp tục theo dõi và xem xét chỉ định điều trị ARV, dự phòng các bệnh NTCH như người bệnh nhiễm HIV khác.

- Trẻ sau khi sinh cần được theo dõi và xét nghiệm để xác định tình trạng nhiễm HIV, dự phòng các bệnh NTCH, và xem xét chỉ định điều trị ARV như trong phần Nhi khoa.

- Người mẹ và trẻ được điều trị dự phòng lây truyền mẹ - con bằng các thuốc ARV vẫn có thể dùng các thuốc này trong phác đồ điều trị tiếp theo nếu có chỉ định. Do có nguy cơ kháng các thuốc sau điều trị dự phòng lây truyền mẹ - con nên người bệnh cần được theo dõi chặt chẽ để phát hiện sớm thất bại điều trị.

2. Dự phòng sau phơi nhiễm do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

Phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp là tiếp xúc trực tiếp với máu và các dịch cơ thể có nhiễm HIV dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV.

2.1. Các dạng phơi nhiễm:

- Do kim đâm khi làm các thủ thuật tiêm truyền, lấy máu làm xét nghiệm, chọc dò...

- Vết thương do dao mổ và các dụng cụ sắc nhọn khác.

- Tổn thương qua da do các ống đựng máu hoặc chất 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 bắn vào niêm mạc (mắt, mũi, họng).

- Khác: bị người khác dùng kim tiêm có máu đâm vào hoặc trong khi làm nhiệm vụ đuổi bắt tội phạm v.v.....

2.2. Quy trình xử trí sau phơi nhiễm

2.2.1. Xử lý vết thương tại chỗ:

- Tổn thương da chảy máu:
- + Xối ngay vết thương dưới vòi nước.
- + Để vết thương chảy máu trong một thời gian ngắn.
- + Rửa kỹ bằng xà phòng và nước sạch, sau đó sát trùng bằng các dung dịch sát khuẩn (Dakin, Javel 1/10, hoặc cồn 70⁰) trong thời gian ít nhất 5 phút.
- Phơi nhiễm qua niêm mạc mắt: Rửa mắt bằng nước cất hoặc nước muối NaCl 0,9% liên tục trong 5 phút.

- Phơi nhiễm qua miệng, mũi:

- + Rửa, nhỏ mũi bằng nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9 %.
- + Xúc miệng bằng dung dịch NaCl 0,9 % nhiều lần.

2.2.2. Báo cáo người phụ trách và làm biên bản: nói rõ ngày giờ, hoàn cảnh xảy ra, đánh giá vết thương, mức độ nguy cơ của phơi nhiễm.

2.2.3. Xác định tình trạng HIV của nguồn gây phơi nhiễm.

2.2.4. Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm.

2.2.5. Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm:

- Nguy cơ cao:
 - + Tổn thương qua da sâu, chảy nhiều máu do kim nòng rộng cỡ to.
 - + Tổn thương qua da sâu, rộng chảy máu nhiều 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 rộng từ trước.

- Nguy cơ thấp:

- + Tổn thương da xây xước nông và không chảy máu hoặc chảy máu ít.
- + Máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào niêm mạc không bị tổn thương viêm loét.
- Không có nguy cơ: Máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành.

2.3. Tư vấn cho người bị phơi nhiễm:

- Nguy cơ nhiễm HIV, viêm gan B, C
- Các triệu chứng gợi ý bị tác dụng phụ của thuốc và nhiễm trùng tiên phát: sốt, phát ban, buồn nôn hoặc nôn, thiếu máu, nổi hạch v.v...
- Phòng lây nhiễm 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.

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

Chỉ định:

- Phơi nhiễm không có nguy cơ: Không cần điều trị.
- Phơi nhiễm nguy cơ thấp: chỉ tiến hành điều trị khi nguồn gây phơi nhiễm có HIV(+) và người bị phơi nhiễm có HIV(-).

- Phơi nhiễm có nguy cơ cao:

+ Cần tiến hành điều trị ARV ngay cho người bị phơi nhiễm và xét nghiệm nguồn gây phơi nhiễm. *Ngừng điều trị nếu nguồn gây phơi nhiễm có xét nghiệm HIV âm tính.*

+ Điều trị ARV phải được tiến hành sớm từ 2 - 6 giờ sau khi bị phơi nhiễm, không nên điều trị muộn sau 72 giờ.

Phác đồ:

	Phơi nhiễm nguy cơ cao	Phơi nhiễm nguy cơ thấp
Phác đồ điều trị	ZDV + 3TC <i>hoặc</i> d4T + 3TC <i>cộng với:</i> NFV/LPV/r <i>hoặc</i> EFV	ZDV + 3TC <i>hoặc</i> d4T + 3TC
Thời gian điều trị	4 tuần	
Theo dõi	<ul style="list-style-type: none"> - Xét nghiệm HIV sau 1, 3 và 6 tháng. - Xét nghiệm theo dõi tác dụng phụ của thuốc ARV: Công thức máu, ALT/SGPT lúc bắt đầu điều trị và sau 2 tuần; đường máu nếu sử dụng NFV <i>hoặc</i> LPV/r 	

- Liều lượng và cách dùng:
 - + ZDV: 300mg uống 2 lần/ngày
 - + 3TC: 150mg uống 2 lần/ngày
 - + d4T: < 60kg - 30mg uống 2 lần/ngày
≥ 60kg - 40mg uống 2 lần/ngày
 - + NFV: 1250mg uống 2 lần/ngày
 - + LPV/r: 400mg/100mg uống 2 lần/ngày
 - + EFV: 600mg uống 1 lần vào tối.

IX. PHỤ LỤC

Phụ lục 1: Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS cho người lớn và vị thành niên

Lâm sàng giai đoạn I

- Không có triệu chứng
- Bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng
- Hoạt động mức độ 1: Không có triệu chứng, hoạt động bình thường.

Lâm sàng giai đoạn II

- Sút cân dưới 10% trọng lượng cơ thể
- Biểu hiện nhẹ tại da và niêm mạc (viêm tiết bã nhờn, nấm họng, loét miệng tái diễn, viêm góc miệng)
- Zona trong vòng 5 năm gần đây
- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái phát (Viêm xoang do vi khuẩn)
- Và/hoặc Hoạt động mức độ 2: Có biểu hiện triệu chứng nhưng vẫn hoạt động bình thường.

Lâm sàng giai đoạn III

- Sút cân trên 10% trọng lượng cơ thể
- Tiêu chảy mãn tính không rõ nguyên nhân trên 1 tháng
- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hay liên tục) với thời gian trên 1 tháng
- Nhiễm nấm Candida ở miệng
- Bạch sản dang lông ở miệng
- Lao phổi trong vòng 1 năm gần đây
- Nhiễm vi khuẩn nặng (viêm phổi, viêm cơ mủ)
- Và/hoặc Hoạt động Mức độ 3: Nằm liệt giường dưới 50% số ngày trong tháng trước đó.

Lâm sàng giai đoạn IV

- Hội chứng suy mòn do HIV (sút > 10% trọng lượng cơ thể, cộng với tiêu chảy mạn tính không rõ căn nguyên > 1 tháng, hoặc mệt mỏi và sốt kéo dài không rõ căn nguyên > 1 tháng)
- Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*
- Bệnh do toxoplasma ở não
- Bệnh do cryptosporidia có tiêu chảy > 1 tháng
- Nhiễm nấm cryptococcus, ngoài phổi
- Bệnh do cytomegalovirus ở cơ quan khác ngoài gan, lách, hoặc hạch
- Nhiễm virus Herpes simplex virus da và niêm mạc > 1 tháng hoặc ở nội tạng
- Viêm não chất trắng đa ổ tiến triển

- Bệnh nấm lưu hành ở địa phương có biểu hiện lan tỏa toàn thân (như nấm histoplasma, penicillium)
- Bệnh nấm candida thực quản, khí quản, phế quản hoặc phổi
- Nhiễm các mycobacteria không phải lao lan tỏa toàn thân
- Nhiễm khuẩn huyết Salmonella không phải thương hàn
- Lao ngoài phổi
- U lympho
- Sarcoma Kaposi
- Bệnh lý não do HIV (Biểu hiện trên lâm sàng bằng rối loạn khả năng tri thức và/hoặc rối loạn chức năng vận động ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, tiến triển trong vài tuần hoặc vài tháng, mà không có bệnh lý nào khác ngoài HIV là nguyên nhân gây ra các triệu chứng này
 - Và/hoặc Hoạt động Mức độ 4: Nằm liệt giường trên 50% số ngày trong tháng trước đó.

Phụ lục 2: Phân loại giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em

Lâm sàng Giai đoạn I:

- Không triệu chứng
- Sưng hạch lympho toàn thân
- Gan lách to.

Lâm sàng Giai đoạn II:

- Nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn hoặc mạn tính (viêm tai giữa, chảy mủ tai, viêm xoang, mắc từ 2 lần trở lên trong khoảng thời gian 6 tháng bất kỳ)
 - Phát ban sẩn ngứa
 - Herpes zoster (mắc từ 1 đợt trở lên trong vòng 6 tháng)
 - Loét miệng tái diễn (mắc từ 2 đợt trở lên trong vòng 6 tháng)
 - Đỏ viên lợi
 - Loét khóe miệng
 - Sưng tuyến mang tai
 - Viêm da tuyến bã
 - Nhiễm virus gây u nhú ở người hoặc virus u mềm lây nặng (trên 5% diện tích cơ thể hoặc gây biến dạng)
 - Nhiễm nấm móng.

Lâm sàng giai đoạn III:

- Suy dinh dưỡng mức độ vừa* không đáp ứng thích hợp với điều trị thông thường
- Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (> 14 ngày)
- Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (sốt cách quãng hoặc liên tục trên 1 tháng)
- Nhiễm nấm candida ở miệng (ngoài giai đoạn chu sinh)
- Bạch sản dạng lông ở miệng
- Lao phổi**
- Viêm phổi nặng tái diễn được cho là do vi khuẩn (mắc từ 2 lần trở lên trong vòng 6 tháng)
- Viêm loét hoại tử lợi cấp tính lợi/viêm quanh cuống răng
- Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lymphô
- Thiếu máu (< 80g/L), hạ bạch cầu trung tính (< 1000/mm³) hoặc hạ tiểu cầu (< 30000 /mm³) không rõ nguyên nhân
- Bệnh lý phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản
- Bệnh lý cơ tim liên quan đến HIV hoặc bệnh lý thận liên quan đến HIV.

Lâm sàng Giai đoạn IV:

Các bệnh cảnh có thể chẩn đoán sơ bộ trên cơ sở các dấu hiệu lâm sàng hoặc các thăm dò đơn giản:

- Suy mòn nặng*** hoặc suy dinh dưỡng nặng không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị thông thường
- Viêm phổi do pneumocystis (PCP)
- Nhiễm trùng nặng tái diễn được cho là do vi khuẩn (mắc từ 2 đợt trở lên trong vòng 1 năm, như viêm mũ màng phổi, viêm mũ cơ, nhiễm trùng xương hoặc khớp, viêm màng não, nhưng không bao gồm viêm phổi)
- Nhiễm Herpes simplex môi-miệng hoặc ở da mạn tính (kéo dài trên 1 tháng)
- Lao ngoài phổi
- Sarcoma Kaposi
- Nhiễm nấm candida thực quản
- Bệnh do toxoplasma hệ TKTU
- Bệnh lý não do HIV

Các bệnh cảnh cần xét nghiệm khẳng định chẩn đoán:

- Bệnh do CMV (viêm võng mạc do CMV, hoặc bệnh do CMV ở các cơ quan ngoài gan lách hoặc hạch lymphô, khởi phát từ 1 tháng tuổi)

- Viêm màng não do cryptococcus (hoặc bệnh do cryptococcus ngoài phổi)
- Bệnh nấm lan tỏa do loại nấm lưu hành tại địa phương (như bệnh nhiễm nấm histoplasma ngoài phổi, bệnh nhiễm nấm coccidio, penicillium)
- Bệnh do cryptosporidia
- Bệnh do isospora
- Bệnh lan tỏa do các loại mycobacteria không phải lao
- Nhiễm nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi
- Rò trực tràng-bàng quang mắc phải do HIV
- U lymphô ở não hoặc u lymphô không phải Hodgkin tế bào B
- Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển

Chẩn đoán lâm sàng giai đoạn IV ở trẻ < 18 tháng không có xét nghiệm virus học

Trẻ có huyết thanh HIV (+) và có ≥ 2 bệnh chỉ điểm sau đây:

- Nấm candida họng
- Viêm phổi nặng
- Suy mòn/suy dinh dưỡng nặng
- Nhiễm khuẩn huyết nặng.

* Cân nặng rất thấp so với lứa tuổi

** Lao có thể xuất hiện với bất cứ số TCD4 nào. Cần xem xét tỷ lệ % TCD4, nếu có

*** Trọng lượng cơ thể rất thấp hoặc suy mòn nặng có thể nhìn thấy hoặc phù cả hai chân.

Phụ lục 3: Phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV trên cơ sở số tế bào lympho TCD4 và tỷ lệ lymphô theo lứa tuổi

Phân loại miễn dịch	TCD4 + (số tế bào/mL và tỷ lệ tế bào lymphô) theo tuổi		
	< 12 tháng	1 - 5 năm	6 - 12 năm
Không có bằng chứng của ức chế miễn dịch	≥ 1500 ($\geq 25\%$)	≥ 1000 ($\geq 25\%$)	≥ 500 ($\geq 25\%$)
Ức chế miễn dịch trung bình	750 - 1499 (15 - 24%)	500 - 999 (15 - 24%)	200 - 499 (15 - 24%)
Ức chế miễn dịch nghiêm trọng	< 750 (< 15%)	< 500 (< 15%)	< 200 (< 15%)

Phụ lục 4: Tư vấn sống khỏe mạnh cho người nhiễm HIV/AIDS

Hoạt động hàng ngày:

- Giữ vệ sinh tốt, rửa tay thường xuyên bằng xà phòng và nước.
- Rửa tay kỹ sau khi tiếp xúc với thịt sống, sau tiếp xúc với đất khi làm vườn, trồng trọt.
- Tránh dọn rửa phân mèo, phân chim; tránh tiếp xúc trực tiếp với phân người. Tránh tiếp xúc với mèo và các loài bò sát.
- Tránh bơi lội trong các ao hồ, bể bơi, sông, biển.. có ô nhiễm phân và chất thải của người và động vật.

Ăn uống:

- Uống nước đã đun sôi (trong 1 phút), hoặc nước đóng chai; nước làm đá cũng phải là nước đã đun sôi hoặc đóng chai.
- Không ăn trứng, thịt gia cầm, các loại thịt khác, cá, đồ hải sản... còn sống hoặc chưa được nấu chín kỹ và các sản phẩm sữa chưa được tiệt trùng.
- Đối với các loại rau và hoa quả tươi không thể gọt vỏ, phải rửa thật sạch trước khi dùng.

Sống khỏe mạnh:

- Không hút thuốc, hoặc không bỏ được thì cũng giảm số thuốc hút.
- Khi có quan hệ tình dục phải sử dụng bao cao su; sử dụng đúng cách và ngay từ đầu. Áp dụng các biện pháp tránh thai để ngăn ngừa có thai ngoài ý muốn.
- Tránh tiếp xúc với những người có triệu chứng ho và những người bị thủy đậu hoặc giời leo (zona).

Phụ lục 5: Các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở bệnh nhân HIV theo số tế bào TCD4

TCD4 > 500 tế bào/mm ³	Hội chứng nhiễm retrovirus cấp Các bệnh nhiễm trùng thường gặp trong cộng đồng Viêm âm đạo do Candida Bệnh lý hạch kéo dài toàn thân Viêm màng não nước trong do HIV Nhiễm Salmonella Giang mai Viêm nội tâm mạc (đặc biệt ở người tiêm chích, do tụ cầu)
-----------------------------------	--

500 - 200 tế bào/mm ³	Viêm phổi do phế cầu và các vi khuẩn khác Lao phổi Zona (Herpes zoster) Bệnh nhiễm nấm họng - thực quản Tiêu chảy cấp tính do Cryptosporidia Sarcoma Kaposi Bạch sản dạng lông ở miệng* U mạch trực khuẩn (<i>Bartonella henselae</i> hoặc <i>B. quintana</i>) Sốt do HIV Ung thư trong biểu mô cổ tử cung và ung thư cổ tử cung* Viêm phổi kẽ xâm nhiễm tế bào lympho*
< 200 tế bào/mm ³	Viêm phổi do <i>P. jiroveci</i> Bệnh nhiễm nấm Histoplasma lan tỏa Bệnh nhiễm nấm Coccidioido lan tỏa Lao kê/ngoài phổi Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển* U lympho non-Hodgkin* Nhiễm Nocardia Suy mòn
< 100 tế bào/mm ³	Nhiễm Herpes simplex lan tỏa Nhiễm Toxoplasma Nhiễm Cryptococcosis Tiêu chảy mạn tính do Cryptosporidia Tiêu chảy mạn tính do Microsporidia Viêm thực quản do Candida Nhiễm Leishmania nội tạng
< 50 tế bào/mm ³	Nhiễm <i>Penicillium marneffe</i> lan tỏa Nhiễm phức hợp Mycobacterium avium và các mycobacteria khác lan tỏa (<i>M. kansasii</i> , <i>M. haemophilum</i> , <i>M. fortuitum</i> , v.v.) Nhiễm Cytomegalovirus lan tỏa U lympho Hệ Thần kinh Trung ương*

Ở mỗi giai đoạn suy giảm miễn dịch sẽ xuất hiện những bệnh nhiễm trùng cơ hội nhất định **công với** những bệnh của những giai đoạn miễn dịch trước đó.

* Những bệnh u này có liên quan đến nhiễm một số loại virus như Epstein-Barr, virus Herpes-8, virus JC..

09637719

Phụ lục 6: Tác dụng phụ của các thuốc dùng để điều trị và dự phòng nhiễm trùng cơ hội

Tác dụng phụ	Thuốc
Suy tủy	Cidofovir, dapsone, ganciclovir, pyrimethamine, rifabutin, sulfadiazine, TMP-SMX
Tiêu chảy	Atovaquone, clindamycin
Nhiễm độc gan	Clarithromycin, fluconazole, isoniazid, itraconazole, ketonazole, pyrazinamide, rifabutin, rifampin, TMP - SMX
Nhiễm độc thận	Amphotericin B, cidofovir, foscarnet, pentamidine, acyclovir liều cao
Ảnh hưởng đến mắt	Cidofovir, ethambutol, rifabutin
Viêm tụy	Pentamidine, TMP-SMX
Viêm thần kinh ngoại vi	Isoniazid
Nhiễm độc thần kinh	Acyclovir (liều cao), quinolones
Mẩn ngứa da	Atovaquone, dapsone, pyrimethamine, sulfadiazine, TMP-SMX, ribavirin

Phụ lục 7: Bảng tóm tắt các thuốc ARV

Tên thuốc	Viết tắt	Liều dùng	Viên/ Ngày	Tác dụng của thức ăn	Các tác dụng phụ
Các thuốc ức chế men sao chép ngược Nucleoside (NRTI)					
Zidovudine	AZT, ZDV	300 mg hai lần một ngày	2	Không ảnh hưởng	Hạ bạch cầu, Thiếu máu; Mệt mỏi, Đau đầu Buồn nôn, nôn, viêm gan; Bệnh lý cơ Toan lactic với thoái hóa mỡ gan
Stavudine	d4T	< 60 kg: 30 mg hai lần một ngày ≥ 60 kg: 40 mg hai lần một ngày	2	Không ảnh hưởng	Bệnh lý thần kinh ngoại biên Buồn nôn, nôn, tăng men gan Toan lactic với thoái hóa mỡ gan
Didanosine	ddI	< 60 kg: 125 mg hai lần một ngày ≥ 60 kg: 200 mg hai lần một ngày	4	Uống 30 đến 60 phút trước bữa ăn	Bệnh lý thần kinh ngoại biên, Đau đầu Viêm tụy, Buồn nôn, tiêu chảy, đau bụng Phát ban, sốt; Toan lactic với thoái hóa mỡ gan
Lamivudine	3TC	150 mg hai lần một ngày hoặc 300 mg ngày một lần	2	Không ảnh hưởng	Độc tính thấp Đau đầu, mất ngủ; Phát ban; Toan lactic, thoái hóa mỡ gan
Abacavir	ABC	300 mg hai lần một ngày	2	Không ảnh hưởng; rượu tăng nồng độ ABC 41%	Phản ứng quá mẫn (sốt, phát ban, buồn nôn, nôn, đau bụng - có thể dẫn tới tử vong khi dùng lại) Toan lactic với thoái hóa mỡ gan
Tenofovir ^o	TDF	300 mg ngày một lần	1	Không ảnh hưởng	Buồn nôn, nôn, tiêu chảy

Tên thuốc	Viết tắt	Liều dùng	Viên/ Ngày	Tác dụng của thức ăn	Các tác dụng phụ
Các thuốc ức chế men sao chép ngược Non - Nucleoside (NNRTI)					
Efavirenz	EFV	600 mg trước khi đi ngủ	1	Tránh dùng sau bữa ăn nhiều chất béo	Phát ban, hội chứng Stevens - Johnson Các triệu chứng thần kinh, bao gồm mất ngủ, ác mộng, ảo giác, rối loạn tâm trạng; Tăng men gan Gây dị dạng thai. Chống chỉ định cho phụ nữ có thai
Nevirapine	NVP	200 mg/ngày trong 2 tuần, sau đó tăng lên 200 mg 2 lần/ngày	2	Không ảnh hưởng	Phát ban, hội chứng Stevens - Johnson Tăng men gan
Các thuốc ức chế men Protease (PI)					
Indinavir	IDV	800 mg 8 giờ một lần IDV/r: 800mg/100mg hai lần một ngày	6	Uống 1 giờ trước hoặc 2 giờ sau bữa ăn; Tránh dùng đồng thời với ddI trong vòng 1 giờ	Sỏi thận; Buồn nôn, Đau đầu, chóng mặt, tăng bilirubin gián tiếp, khô da, rụng tóc Tăng đường huyết, Rối loạn phân bố mỡ và rối loạn chuyển hóa mỡ
Saquinavir	SQV	1200 mg ba lần mỗi ngày	18	Uống trong bữa ăn để tăng nồng độ thuốc. Tỏi có thể làm giảm nồng độ saquinavir xuống 50%.	Không dung nạp tiêu hóa, Buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng; Đau đầu; Viêm gan Tăng đường huyết, rối loạn phân bố mỡ và rối loạn chuyển hóa mỡ
	SQV/r	1000mg/100mg hai lần một ngày			

Tên thuốc	Viết tắt	Liều dùng	Viên/ Ngày	Tác dụng của thức ăn	Các tác dụng phụ
Nelfinavir	NFV	1250 mg hai lần một ngày	10	Uống trong bữa ăn để tăng nồng độ thuốc	Tiêu chảy; Tăng đường huyết, Rối loạn phân bố mỡ và rối loạn chuyển hóa mỡ
Lopinavir	LPV/r	LPV/r: 400 mg/100 mg hai lần một ngày	6	Không ảnh hưởng	Không dung nạp tiêu hóa, Buồn nôn, nôn, tiêu chảy Phát ban; Đau đầu; Tăng đường huyết, Rối loạn phân bố mỡ và rối loạn chuyển hóa mỡ
Ritonavir	RTV	Chủ yếu dùng để hỗ trợ các thuốc PI khác	12	Nếu dùng đơn độc, uống trong bữa ăn để tăng nồng độ thuốc và khả năng dung nạp	Không dung nạp tiêu hóa, Buồn nôn, nôn, tiêu chảy Rối loạn vị giác; Viêm gan; Tăng đường huyết, Rối loạn phân bố mỡ và rối loạn chuyển hóa mỡ

Phụ lục 8: Các thuốc ARV cho trẻ em

Tên thuốc	Dạng thuốc	Liều lượng và cách sử dụng	Ghi chú
1. Các thuốc Nucleozid ức chế men sao chép ngược (NRTI)			
Zidovudine (ZDV)	Siro 10mg/ml Viên nang: (có thể bóc rời và pha bột thuốc với nước hoặc thức ăn) 100mg, 250mg Viên: 300mg (có thể chia nhỏ và tán thành bột)	Trẻ dưới 4 tuần tuổi: 4mg/kg/liều x 2 lần/ngày Trẻ từ 4 tuần tuổi tới dưới 13 tuổi: 180mg/m ² /liều x 2 lần/ngày Liều cao nhất ≥ 13 tuổi: 300mg/liều x 2 lần/ngày	- Không kết hợp với d4T - Bảo quản ở lọ màu - Có thể dùng cùng thức ăn

Tên thuốc	Dạng thuốc	Liều lượng và cách sử dụng	Ghi chú
Lamivudine (3TC)	Siro 10mg/ml Viên 150mg	Trẻ dưới 1 tháng: 2mg/kg/liều x 2 lần/ngày Trẻ trên 1 tháng và trẻ lớn < 60kg: 4mg/kg/liều x 2 lần/ngày Liều tối đa: 150mg x 2 lần/ngày cho trẻ > 60kg	- Có thể dùng cùng thức ăn - Bảo quản thuốc dạng siro ở nhiệt độ phòng và sử dụng trong vòng 1 tháng sau khi mở nắp.
Viên kết hợp ZDV và 3TC	Không có dạng siro Viên: 300mg ZDV + 150mg 3TC	Trẻ > 13 tuổi hoặc > 60kg: 1 viên x 2 lần/ngày	
Stavudine (d4T)	Dung dịch uống 1mg/kg Viên nang 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	- Trẻ < 30kg: 1mg/kg x 2 lần/ngày - 30 - 60kg: 30mg x 2 lần/ngày Liều tối đa cho trẻ ≥ 60kg: 40mg x 2 lần/ngày	Không kết hợp với AZT Bảo quản siro trong tủ lạnh; có thể sử dụng trong vòng 30 ngày. Cần lắc đều trước khi uống. Đựng trong chai bằng thủy tinh. Có thể mở viên nang và pha với một lượng nhỏ thức ăn hoặc nước.
Viên kết hợp liều cố định d4T và 3TC	Không có dạng siro Viên: 30mg d4T + 150mg 3TC Viên: 40mg d4t + 150mg 3TC	Dành cho trẻ lớn Liều tối đa: 30 - 60kg - 1 viên 30mg d4T x 2 lần/ngày > 60kg - 1 viên 40mg d4T x 2 lần/ngày	Không chia nhỏ viên thuốc
Didanosine (ddI)	Dung dịch hoặc bột cho trẻ em 10mg/ml	Trẻ 2 tuần đến 3 tháng tuổi: 50mg/m ² /liều x 2 lần/ngày	Giữ dạng thuốc dung dịch trong tủ lạnh; có thể giữ

Tên thuốc	Dạng thuốc	Liều lượng và cách sử dụng	Ghi chú
	Viên có thể nhai được 25, 50, 100, 150 và 200mg Viên bọc: 125, 200, 250, 400 mg	Từ 3 tháng - 13 tuổi: 90-120mg/m ² /liều x 2 lần/ngày Tối đa: 200mg/liều x 2 lần/ngày (cho trẻ > 60kg)	trong 30 ngày. Lắc đều trước khi sử dụng. Uống lúc đói (30 phút trước hoặc 2 giờ sau khi ăn) Dạng viên bọc có thể mở và trộn với một lượng nhỏ thức ăn
Abacavir (ABC)	Siro 20mg/ml Viên: 300mg	Trẻ < 16 tuổi hoặc < 37,5kg: 8mg/kg/liều x 2 lần/ngày Trẻ > 16 tuổi hoặc > 37,5kg: 300 mg/liều x 2 lần/ngày	Có thể giảm viên ABC và trộn với một lượng nhỏ nước hoặc thức ăn và dùng ngay. Cần thông báo trước về sự
Viên kết hợp sẵn liều cố định ZDV + 3TC + ABC	Viên chứa 300mg ZDV + 150mg 3TC + 300mg ABC	Trẻ trên 40kg: 1 viên x 2 lần/ngày	quá mẫn cảm trước khi dùng ABC. Nếu bệnh nhân bị dị ứng, phải dừng hẳn ABC.
2. Thuốc ức chế men sao chép ngược Non-nucleoside (NNRTI)			
Nevirapine (NVP)	Siro 10mg/ml Viên: 200mg (có thể chia nhỏ hoặc giã nát)	- Trẻ từ 15 - 30 ngày tuổi: 5mg/kg/ngày trong 2 tuần; sau đó 120mg/m ² x 2 lần/ngày trong 2 tuần, sau đó 200 mg/m ² x 2 lần/ngày - Trẻ trên 30 ngày đến 13 tuổi: 120mg/m ² x 1 lần/ngày trong 2 tuần sau đó 120-200mg/m ² x 2 lần/ngày - Liều tối đa 200mg/ngày trong 2 tuần, sau đó 200mg/liều x 2 lần/ngày	Tránh dùng với rifamycin Bảo quản ở nhiệt độ phòng. Lắc trước khi dùng. Cần báo trước cho cha mẹ trẻ về tác dụng phụ gây phát ban của thuốc

Tên thuốc	Dạng thuốc	Liều lượng và cách sử dụng	Ghi chú
Efavirenz (EFZ)	Siro 30mg/ml Viên nang (có thể bẻ và chia nhỏ liều) 50, 100 và 200mg	- Liều tối đa: 600mg một lần/ngày Trẻ trên 3 tuổi: viên nang hoặc nhũ dịch 10 - 15kg: 200mg (270mg = 9ml)/ngày 15 - 20kg: 250mg (300mg = 10ml)/ngày 20 - 25kg: 300mg (360mg = 12ml)/ngày 25 - 33kg: 350mg (450mg = 15ml)/ngày 33 - 40kg: 400mg (510mg = 17ml)/ngày	Thường thấy chóng mặt, có những giấc mơ khủng khiếp. Không dùng cho trẻ < 3 tuổi Tốt nhất cho uống lúc đi ngủ
3. Các thuốc ức chế Protease (PI)			
Nelfinavir (NFV)	Bột hòa nước 200mg/5ml (50mg trong 1,25ml) Viên 250mg - có thể bẻ ra pha với nước hoặc trộn với thức ăn	- Dưới 1 tuổi: 50mg/kg x 3 lần/ngày hoặc 75mg/kg x 2 lần/ngày - Từ 1 đến 13 tuổi: 55 - 60mg/kg x 2 lần/ngày	- Trẻ dưới 1 tuổi cần dùng liều cao hơn. - Không uống với các chất chua (có vị đắng) - Viên thuốc bẻ để chia liều. Dùng trong bữa ăn
Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)	Siro: LPV 80mg/ml + RTV 20mg/ml Viên nang: LPV 133,3mg + RTV 33,3mg (không được bẻ hoặc chia nhỏ viên thuốc)	- 6 tháng - 13 tuổi: LPV 225mg/m ² + RTV 57,5mg/m ² x 2 lần/ngày hoặc tính liều theo cân nặng - Từ 7 - 15kg: LPV 12mg/kg + RTV 3mg/kg x 2 lần/ngày - Từ 15 - 40 kg: LPV 10mg/kg + RTV 25mg/kg x 2 lần/ngày - Liều tối đa: Trẻ > 40kg: LPV 400mg/RTV 100mg (3 viên nang hoặc 5ml) x 2 lần/ngày	Nhũ dịch và viên nang cần được bảo quản trong tủ lạnh. Có thể giữ ở nhiệt độ < 25°C tới 2 tháng. Nếu nhiệt độ > 25°C, thuốc nhanh hỏng hơn. Dùng trong bữa ăn Tương tác với nhiều thuốc

Phụ lục 9: Tương tác của các thuốc ARV

Thuốc kháng retrovirus	Các thuốc tương tác	Cơ chế/Tác dụng	Khuyến nghị
LPV/r	Clarithromycin	Ức chế chuyển hóa - nồng độ clarithromycin tăng	Chỉ điều chỉnh liều clarithromycin khi có suy thận.
EFV, NVP	Clarithromycin	Kích thích chuyển hóa - giảm nồng độ clarithromycin	Hiệu quả điều trị và dự phòng MAC có thể bị giảm, cần theo dõi sát.
EFV	Rifabutin	Kích thích chuyển hóa, giảm đáng kể nồng độ rifabutin/ Mức efavirenz có thể giảm	Tăng liều rifabutin lên 450 - 600 mg hàng ngày hoặc 600 mg hai lần trong 1 tuần. Không cần thiết thay đổi liều efavirenz.
ddI	Gancyclovir	Mức ddI tăng gần 100%	Theo dõi tác dụng phụ liên quan đến ddI
LPV/r	Ketoconazole	Ức chế chuyển hóa, nồng độ ketoconazole tăng	Sử dụng thận trọng với liều ketoconazole > 200 mg/ngày
ddI	Kháng sinh quinolone	Sự ion dương hóa làm giảm đáng kể nồng độ các thuốc quinolone	Sử dụng các thuốc có điện tích dương ít nhất 2 giờ sau khi uống quinolone.
DLV	Rifabutin	Kích thích chuyển hóa, giảm đáng kể nồng độ delavirdine	Tránh sử dụng đồng thời hai loại thuốc này
RTV, LPV/r, SQV/r, IDV, NFV, APV	Rifabutin	Ức chế chuyển hóa, tăng đáng kể nồng độ rifabutin/ Kích thích chuyển hóa, nồng độ saquinavir có thể giảm	Giảm rifabutin xuống 150 mg cách ngày hoặc 3 lần một tuần. Cân nhắc tăng liều indinavir lên 1000mg 8 giờ một lần nếu đây là thuốc PI duy nhất; không thay đổi liều của các thuốc PI khác
NVP, APV, DLV, IDV, LPV/r, NFV, SQV	Rifamycin	Kích thích chuyển hóa, giảm đáng kể nồng độ NVP, các thuốc ức chế protease hoặc nồng độ delavirdine	Tránh sử dụng đồng thời các thuốc này
EFV, RTV, SQV/r, NVP	Rifamycin	Kích thích chuyển hóa, giảm mức các thuốc ức chế	Có thể dùng kết hợp. Cân nhắc tăng liều efavirenz lên

Thuốc kháng retrovirus	Các thuốc tương tác	Cơ chế/Tác dụng	Khuyến nghị
		protease hoặc nevirapine	800mg/ngày khi sử dụng với rifamycin.
d4T, NVP, EFV, RTV, SQV, NFV, LPV	Methadone	Giảm nồng độ methadone	Chú ý hội chứng cai nghiện; có thể phải tăng liều methadone
IDV, ATV	Các thuốc tránh thai Norethindrone, Ethinyl estradiol	Tăng nồng độ các thuốc tránh thai	Không cần điều chỉnh liều các thuốc tránh thai
NVP, RTV, NFV, APV, LPV	Ethyl estradiol	Giảm đáng kể nồng độ Ethyl estradiol	Sử dụng biện pháp tránh thai thay thế hoặc hỗ trợ.
ddI	TDF	Nồng độ ddI tăng	Giảm liều ddI xuống 250mg mỗi ngày
IDV, SQV và một số thuốc ARV khác	Carbamazepine, Phenobarbitol, Phenytoin	Giảm nồng độ IDV, SQV và một số thuốc ARV khác	Thận trọng khi dùng đồng thời, xem xét dùng thuốc ARV thay thế; theo dõi tác dụng của các thuốc chống co giật.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Thủ trưởng

Nguyễn Thị Xuyên

VĂN PHÒNG CHÍNH PHỦ XUẤT BẢN

Điện thoại: 04.8233947; 04.8231182

Fax: 08044517

Email: congbaovp@yahoo.com

In tại Xi nghiệp Bản đồ 1 - Bộ Quốc phòng

Giá: 10.000 đồng