

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV/AIDS

Mục tiêu

- Trình bày những cập nhật tình hình nhiễm HIV, các biện pháp chẩn đoán và chỉ định điều trị ARV, các phác đồ điều trị bậc 1, bậc 2 và bậc 3.
- Kê đơn điều trị được cho người bệnh HIV/AIDS và xử trí được các tác dụng phụ thường gặp của thuốc ARV.
- Tích cực điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân; hết lòng phục vụ người bệnh HIV/AIDS.
- Tư vấn cho bệnh nhân và người nhà người bệnh, cộng đồng về dịch tễ học, đường lây, các biện pháp phòng tránh, cách phát hiện chẩn đoán, theo dõi diễn biến, điều trị bệnh.

NỘI DUNG

Nhiễm HIV/AIDS là căn bệnh của thế kỷ và được cả thế giới quan tâm. Có thể nói, ít có căn bệnh nào lại được đầu tư công sức và tiền bạc cho nghiên cứu phục vụ chẩn đoán và điều trị như căn bệnh này. Đến nay cơ chế bệnh sinh của bệnh đã được tìm hiểu đầy đủ, đã có nhiều nhóm thuốc và nhiều phác đồ đưa vào điều trị rất hiệu quả, do đó kéo dài được tuổi thọ cho người bệnh và giảm tỷ lệ lây bệnh trong cộng đồng rõ rệt.

Cả thế giới đang chung tay điều trị căn bệnh thế kỷ này để cùng hướng tới mục tiêu đến 2030 sẽ thanh toán hoàn toàn đại dịch HIV/AIDS trên toàn thế giới. Việt Nam chúng ta là một thành viên trong cộng đồng thế giới, chúng ta sẽ phải thường xuyên cập nhật kiến thức để phục vụ tốt nhất cho công tác điều trị và phòng bệnh, góp phần vào mục tiêu chung của toàn nhân loại.

1. Định nghĩa

Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) là một hội chứng bệnh lý do Virút gây suy giảm miễn dịch (*HIV*) gây ra, làm cho cơ thể mất sức đề kháng với các vi sinh vật gây bệnh và những vi sinh vật bình thường không gây bệnh trở thành gây bệnh, tạo ra các nhiễm trùng cơ hội, làm cho ung thư dễ phát triển và có những thương tổn do chính *HIV* gây ra.

2. Dịch tễ học

2.1. Mầm bệnh

HIV thuộc họ *Lentivirus* và mang tất cả các đặc điểm cấu trúc của nhóm này. Dưới kính hiển vi điện tử, nó là một phần tử có đường kính 100 nm, có vỏ bọc với một nhân chứa ARN và các protein bên trong.

HIV vào cơ thể sẽ xâm nhập vào tế bào lympho T, đại thực bào, bạch cầu đơn nhân và một số tế bào khác sau đó phát triển trong các tế bào này. Tùy thuộc từng loại tế bào mà các tế bào bị nhiễm *HIV* có thể bị tiêu huỷ hoặc bị tổn thương ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau.

HIV là Virút dễ chết, bị bất hoạt nhanh bởi các tác nhân lý hoá chẳng hạn như nước Javen (chết trong 1'); cồn 70° (chết trong 1'); formaldehyde 0,1% (chết sau 30' - 1 giờ), 56°C (trong 30'), 100°C (1 phút) nhưng tia cực tím không diệt được *HIV*.

2.2. Nguồn bệnh

Nguồn bệnh là người nhiễm *HIV* ở tất cả các giai đoạn (Cửa sổ, thềm lặng và giai đoạn AIDS).

2.3. Đường lây

Trên người bệnh nhiễm HIV, nghiên cứu cho thấy *HIV* có trong tinh dịch, dịch âm đạo, máu và các sản phẩm của máu, nước bọt, nước mắt, dịch não tủy, sữa mẹ. Tuy nhiên chỉ 3 đường lây của *HIV* được xác định:

Lây truyền qua quan hệ tình dục không an toàn:

Nguy cơ lây truyền cao ở các nhóm tình dục đồng giới nam, người có bệnh truyền qua đường sinh dục khác. Khả năng truyền từ nam sang nữ cao hơn từ nữ sang nam.

Lây truyền qua máu và các chế phẩm của máu:

- Truyền máu và các chế phẩm của máu mà không kiểm soát sạch *HIV*.
- Lây qua tiêm chích ma túy: khả năng lây nhiễm liên quan với số lần tiêm chích, sử dụng dụng cụ tiêm chích cho nhiều người.
- Lây truyền do tai nạn nghề nghiệp.

Lây truyền từ mẹ sang con:

HIV có thể lây truyền qua nhau thai trong thời kỳ bào thai, chuyển dạ đẻ và qua sữa mẹ sau khi sinh có cho con bú.

2.4. Cơ thể cảm thụ

Mọi người đều có thể bị bệnh, không phân biệt tuổi, giới, điều kiện tự nhiên, xã hội.

3. Cơ chế bệnh sinh

HIV có ái tính chủ yếu với tế bào lympho TCD4. Ngoài ra, *HIV* còn có thể xâm nhập vào nhiều tế bào khác như lympho bào B, đại thực bào, tế bào nguồn, tế bào hình sao, tế bào xơ non... *HIV* gây huỷ diệt tế bào TCD4 dẫn đến suy giảm miễn dịch bao gồm cả miễn dịch tế bào và miễn dịch thể dịch. Các rối loạn chính trong đáp ứng miễn dịch ở bệnh nhân *HIV/AIDS* bao gồm:

- Giảm số lượng tế bào lympho T toàn phần, đặc biệt là TCD4 giảm nặng, tỷ lệ TCD4/TCD8 giảm.
- Giảm chức năng các tế bào miễn dịch: giảm khả năng tăng sinh tế bào đối với các chất gây phân bào và kháng nguyên, giảm đáp ứng độc tế bào do giảm chức năng tế bào TCD8 và tế bào NK (Natural Killer).
- Tăng gamma-globulin.

- Tăng phức hợp miễn dịch, tăng các tự kháng thể và một số protein khác trong huyết thanh.

- Giảm đáp ứng kháng thể nguyên phát đối với các kháng nguyên mới tiếp xúc lần đầu.

- Giảm gamma-Interferon.

Do vậy, bệnh nhân bị các bệnh nhiễm trùng cơ hội (thường do các vi khuẩn, virút, nấm, ký sinh trùng sinh sản trong tế bào) hoặc mắc các loại ung thư.

4. Lâm sàng(Phân loại giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn và vị thành niên)

Giai đoạn lâm sàng 1

Không triệu chứng

Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng

Giai đoạn lâm sàng 2

Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân (<10% cân nặng cơ thể)

Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng)

Bệnh zô-na

Viêm khóe miệng

Loét miệng tái phát

Phát ban sẩn ngứa

Nấm móng

Viêm da bã nhờn

Giai đoạn lâm sàng 3

Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể)

Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân

Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1

tháng) Nấm candida miệng kéo dài Bạch sản dạng lông ở miệng Lao phổi.

Nhiễm khuẩn nặng (như viêm mũ màng phổi, viêm mũ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết) Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp Thiếu máu ($<8 \text{ g /dl}$), giảm bạch cầu trung tính ($<0.5 \times 10^9 /\text{l}$) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính ($<50 \times 10^9 /\text{l}$) không rõ nguyên nhân

Giai đoạn lâm sàng 4

Hội chứng suy mòn do HIV

Viêm phổi do Pneumocystis jirovecii (PCP)

Viêm phổi do vi khuẩn tái phát

Nhiễm herpes simplex mãn tính (môi miệng, sinh dục, hoặc hậu môn, trực tràng) kéo dài trên 1 tháng, hay herpes nội tạng bất kể vị trí nào)

Nhiễm nấm candida thực quản (hoặc nấm candida khí quản, phế quản hoặc phổi)

Lao ngoài phổi

Kaposi sarcoma

Nhiễm cytomegalovi rút (viêm võng mạc hoặc nhiễm cytomegalovi rút tạng khác)

Toxoplasma ở thân kinh trung ương (sau thời kỳ sơ sinh)

Bệnh lý não do HIV

Nhiễm nấm cryptococcus ngoài phổi, bao gồm cả viêm màng não

Nhiễm mycobacteria không phải lao lan tỏa

Bệnh lý não chất trắng đa ổ tiến triển

Nhiễm cryptosporidium mạn tính

Nhiễm Isosporia mạn tính

Nhiễm nấm lan tỏa (bệnh do histoplasma ngoài phổi, coccidioidomycosis, penicilliosis)

U lympho (u lympho không Hodgkin não hoặc tế bào B)

Bệnh lý thận hoặc bệnh lý cơ tim liên quan tới HIV

Nhiễm khuẩn huyết tât phát (bao gồm cả Salmonella không thương hàn)

Ung thư cổ tử cung xâm lấn

Bệnh Leishmania lan tỏa không điển hình

5. Chẩn đoán

5.1. Chẩn đoán nhiễm HIV

- Mẫu huyết thanh của một người được xác định dương tính với *HIV* khi mẫu đó dương tính với cả ba lần xét nghiệm tìm kháng thể kháng HIV bằng ba loại sinh phẩm với nguyên lý xét nghiệm và kháng nguyên khác nhau; hoặc

- Xét nghiệm PCR – HIV dương tính

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

Bệnh HIV tiến triển được xác định như sau:

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

- Tất cả trẻ dưới năm tuổi được coi là bệnh HIV tiến triển.

- AIDS là khi người bệnh thuộc giai đoạn lâm sàng 4 hoặc số lượng $CD4 \leq 200$ tế bào/mm³.

6. Điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV)

6.1. Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV

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

6.2. Lợi ích của điều trị ARV sớm

- Giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV;
- Giảm mắc các bệnh NTCH;

- Dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích);
- Dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

6.3. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị ARV ngay khi người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV;
- Phối hợp thuốc: Dùng phối hợp ít nhất 3 loại thuốc ARV;
- Điều trị hàng ngày, liên tục, suốt đời;
- Tuân thủ điều trị ARV: uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định.

6.4. Điều trị ARV

** Chuẩn bị điều trị ARV*

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

- Rà soát và bổ sung các xét nghiệm cần thiết theo hướng dẫn bao gồm xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV;

- Tư vấn cho người bệnh về lợi ích của việc điều trị bằng thuốc ARV sớm.

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, các bệnh khác nếu có và vấn đề tương tác thuốc để cân nhắc chỉ định thuốc hoặc điều chỉnh liều;

- Thông báo cho người bệnh về yêu cầu tuân thủ điều trị để đạt được hiệu quả điều trị thuốc ARV, quy định về thời gian tái khám, lĩnh thuốc, tác dụng phụ của thuốc có thể gặp và cách xử trí, các xét nghiệm cần được thực hiện trong theo dõi điều trị ARV. Với trẻ nhiễm HIV, bao gồm cả trẻ vị thành niên, cần bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ vào thời điểm thích hợp.

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

- Tư vấn về lợi ích của các can thiệp phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con nếu người nhiễm HIV mang thai;

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

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

** Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV*

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

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

- Mẹ có kết quả xét nghiệm sàng lọc kháng thể kháng HIV dương tính khi chuyển dạ: tư vấn và bắt đầu điều trị ARV ngay cho mẹ đồng thời làm xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV. Nếu kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV của mẹ âm tính thì ngừng điều trị ARV.

** Các phác đồ sử dụng ARV*

Bảng 1: Các phác đồ ARV bậc một

Phác đồ ARV bậc một	Phác đồ ưu tiên	Các phác đồ thay thế
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Phụ nữ mang thai và phụ nữ	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP

đang cho con bú		TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP
Trẻ vị thành niên (từ 10 đến 19 tuổi)	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + EFV TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP

Bảng 2: Phác đồ ARV bậc hai cho người trưởng thành và trẻ ≥ 10 tuổi

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

Bảng 3: Các phác đồ ARV bậc ba

Nhóm tuổi	Tình huống phác đồ bậc hai	Phác đồ bậc ba
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r AZT + 3TC + ATV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + ATV/r	DRV/r + DTG (hoặc RAL) \pm 1–2 NRTI

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

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

Thời điểm điều trị	Các xét nghiệm
Bắt đầu điều trị	<ul style="list-style-type: none"> - Công thức máu - Creatinin, AST/ALT - HBsAg, anti – HCV - CD4 - Các XN khác theo chỉ định lâm sàng
Trong quá trình điều trị ARV	<ul style="list-style-type: none"> - Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương chức năng thận. - Công thức máu 6 -12 tháng một lần khi sử dụng AZT hoặc nghi ngờ có thiếu máu. - Lipid máu, đường máu 6 – 12 tháng một lần khi sử dụng thuốc ARV thuộc nhóm PI. - Tải lượng HIV: <ul style="list-style-type: none"> +) Thường quy: tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV và sau đó 12 tháng một lần.

	<p>Trường hợp tại các thời điểm trên không làm được xét nghiệm tải lượng HIV, cần làm xét nghiệm sớm nhất ngay sau đó.</p> <p>+) Có dấu hiệu thất bại điều trị về lâm sàng và/hoặc miễn dịch và/hoặc nghi ngờ thất bại vi rút học và khi tải lượng HIV từ 200 đến <1000 bản sao/mL.</p> <p>+) Ở phụ nữ mang thai chưa bao giờ được XN tải lượng HIV hoặc đã được XN tải lượng HIV thường quy trên 3 tháng: XN tải lượng HIV vào tuần thai thứ 28 hoặc sớm nhất ngay sau đó.</p> <ul style="list-style-type: none"> - CD4: 6 tháng một lần nếu không có xét nghiệm tải lượng HIV thường quy hoặc đang điều trị dự phòng bệnh NTCH (tiền phát hoặc thứ phát). - Làm lại XN anti - HCV mỗi năm một lần nếu kết quả trước đó âm tính và có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C. - Các XN khác theo chỉ định lâm sàng và phác đồ thuốc người bệnh sử dụng.
--	---

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

8.1. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV

** Theo dõi đáp ứng lâm sàng*

Mỗi lần tái khám, người bệnh cần được khám bệnh toàn diện, theo dõi đáp ứng về lâm sàng:

- Cân nặng, nhiệt độ, mạch, huyết áp;
- Tác dụng phụ của thuốc;
- Sàng lọc lao;
- Phát hiện các nhiễm trùng cơ hội mới, tái phát; phân biệt hội chứng viêm phục hồi miễn dịch hay thất bại điều trị để có hướng xử trí phù hợp;
- Đánh giá lại giai đoạn lâm sàng.

Người bệnh đáp ứng tốt với điều trị ARV khi:

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

** Theo dõi đáp ứng miễn dịch*

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

- Theo dõi đáp ứng miễn dịch là theo dõi diễn biến của số lượng tế bào CD4 trong quá trình điều trị đặc biệt là giữa 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp.

- Thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị khi người bệnh có dấu hiệu giảm CD4.

** Theo dõi về vi rút*

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

** Tiêu chuẩn người bệnh điều trị ARV ổn định*

Người bệnh được xác định là điều trị ARV ổn định khi đang được điều trị ARV từ 12 tháng trở lên và có các tiêu chuẩn sau:

- Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV hai lần liên tiếp dưới 1000 bản sao/mL (Trường hợp không làm được xét nghiệm tải lượng HIV, có thể dựa vào số lượng tế bào CD4 trên 200 tế bào/mm³ trong 2 lần xét nghiệm liên tiếp).

- Không có tác dụng của thuốc cần theo dõi;
- Không mang thai hoặc không đang cho con bú;
- Không có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV khác;
- Tuân thủ điều trị tốt.

8.2. Thất bại điều trị ARV

Bảng 5: Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV

Các loại thất bại	Tiêu chuẩn chẩn đoán
Thất bại lâm sàng	<ul style="list-style-type: none">- Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.- Trẻ em dưới 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 3 và 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.
Thất bại miễn dịch	<ul style="list-style-type: none">- Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: CD4 giảm xuống bằng hoặc dưới mức trước khi điều trị ARV hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.- Trẻ từ 5 tuổi - 10 tuổi: CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.
Thất bại vi rút	Thất bại điều trị vi rút khi: người bệnh đã điều trị ARV được 6 tháng trở lên, được tư vấn tuân thủ điều trị tốt mà có tải lượng HIV-ARN > 1000 copies/ml huyết thanh ở hai lần liên tiếp cách nhau 3 tháng.

9. Theo dõi độc tính của một số thuốc ARV hay dùng

9.1. Độc tính của TDF

a) Độc tính đối với thận:

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

- Công thức Cockcroft-Gault (CG)

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

Không chỉ định TDF khi mức lọc cầu thận ước tính $<10 \text{ ml/phút}$ hoặc ở người có bệnh tiểu đường lâu ngày, tăng huyết áp không kiểm soát được và người bị suy thận.

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

9.2. Độc tính của AZT

AZT có thể gây các độc tính về máu vì thế cần xét nghiệm hemoglobin trước khi điều trị, đặc biệt ở người lớn và trẻ em có cân nặng thấp, số lượng CD4 thấp và bệnh HIV tiến triển. Không chỉ định AZT cho bệnh nhân có hemoglobin $< 8.0 \text{ g/dl}$.

9.3. Độc tính của NVP

Theo dõi men gan để đánh giá độc tính với gan do NVP gây ra đặc biệt đối với phụ nữ có CD4 $> 250/\text{mm}^3$ hoặc người bệnh có đồng nhiễm vi rút viêm gan B và C.

9.4. Độc tính của EFV

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

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

Bảng 6: Tương tác của các thuốc ARV và cách xử trí

AZT	Ribavirin và peg interferon alfa-2a	Phác đồ bậc 1: Thay thế AZT bằng TDF
Methadone	Theo dõi độc tính của AZT như thiếu máu domethadone làm tăng nồng độ của AZT	
PI tăng cường (ATV/r, LVP/r)	Rifampicin	Thay thế rifampicin bằng rifabutin Điều chỉnh liều PI hoặc thay thế bằng ba thuốc NRTI (đối với trẻ em)
Lovastatin và simvastatin	Sử dụng thuốc điều chỉnh rối loạn mỡ máu khác (ví dụ: pravastatin)	
Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác	
Methadone và buprenorphine	Điều chỉnh liều methadone và buprenorphine trong một số trường hợp	
Astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế	
TDF	Theo dõi chức năng thận	
EFV	Amodiaquine	Sử dụng thuốc kháng sốt rét khác để thay

		thế
Methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp	
Thuốc tránh thai hormone có estrogen	Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng thêm các phương pháp tránh thai khác	
Astemizole và terfenadine	Sử dụng thuốc kháng histamine thay thế	
Itraconazol	Cân nhắc tăng liều itraconazole	
NVP	Rifampicin	Thay NVP bằng EFV
Itraconazole và Ketoconazole	Sử dụng thuốc chống nấm thay thế (ví dụ: fluconazole)	
Methadone	Điều chỉnh liều methadone phù hợp	

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Vi rút HIV có thể lây theo các đường:

- A. Lây theo đường máu.
- B. Lây theo đường tình dục.
- C. Lây từ mẹ sang con.
- D. Cả 3 đường trên

2. Nhiễm HIV có thể gây suy giảm miễn dịch cho người bệnh, dẫn đến dễ dàng mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Đúng Sai

3. Chẩn đoán xác định nhiễm HIV dựa vào.

A. Xét nghiệm Anti HIV (+) bằng 3 phương pháp khác nhau hoặc xét nghiệm PCR-HIV (+).

B. Trên lâm sàng bệnh nhân có nấm miệng và họng.

C. Phải có đồng thời cả A và B

4. Chỉ định điều trị ARV khi (chọn phương án đúng nhất).

A. Triệu chứng lâm sàng giai đoạn 3 và 4.

B. Khi xét nghiệm CD4 < 500 tế bào/ml máu

C. Chỉ cần có xét nghiệm khẳng định Anti HIV (+) hoặc PCR-HIV (+)

5. Nhiễm HIV có thể điều trị khỏi hoàn toàn bằng thuốc ARV.

Đúng Sai

6. Những phác đồ nào dưới đây được sử dụng để điều trị nhiễm HIV

A. Tenofovir + Lamivudin + Efavirenz

B. Tenofovir + Lamivudin + Nevirapin

C. Tenofovir + Lamivudin + Adefovir

7. Bệnh nhân đồng nhiễm HBV và HIV thì không cần dùng thuốc điều trị viêm gan

B.

Đúng Sai

8. Điều trị nhiễm HIV là dùng thuốc ARV suốt đời.

Đúng Sai

9. Đáp ứng điều trị tốt với thuốc ARV là khi:

A. Cải thiện về lâm sàng

B. Xét nghiệm CD4 tăng lên và tải lượng HIV-ARN giảm xuống

C. Cả A và B

10. Thế nào là thất bại điều trị bệnh nhân nhiễm HIV?

A. Đang điều trị ARV \geq 6 tháng mà xuất hiện bất kỳ bệnh chỉ điểm AIDS

B. Xét nghiệm CD4 giảm xuống và tải lượng HIV-ARN tăng trở lại

C. Cả A và B

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**: “*Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*” ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế.

2. **Bộ Y tế**: “*Hướng dẫn tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tại cơ sở y tế*” ban hành kèm theo Thông tư số 01/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 02 năm 2015.

3. **Bộ môn Truyền nhiễm Học viện quân y (2015)**. “*Bệnh học truyền nhiễm*” – Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.

4. **AIDS info, Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents**, Aug 2017

5. **European AIDS Clinical Society (EASL)**, Guidelines, 2015

6. **WHO (2013)**, Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.

7. **WHO (2014)**, Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.

8. **WHO** (2014), March 2014 supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach.

9. **WHO** (2016) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.

10. **WHO** (2017) Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy.