

**BỘ Y TẾ  
CỤC PHÒNG BỆNH**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

Số: 1346/PB-ĐT  
V/v góp ý dự thảo Hướng dẫn  
điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

*Hà Nội, ngày 07 tháng 10 năm 2025*

Kính gửi: .....

Thực hiện Quyết định số 551/QĐ-BYT ngày 13/2/2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Danh mục nhiệm vụ Bộ Y tế giao các đơn vị chủ trì thực hiện năm 2025, Cục Phòng bệnh (Cục Phòng, chống HIV/AIDS trước đây) được giao nhiệm vụ đầu mối, phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng và trình Lãnh đạo Bộ ký, ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS vào tháng 12/2025. Cục Phòng bệnh đã phối hợp với các đơn vị liên quan xây dựng dự thảo Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.

Để hoàn thiện nội dung Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng bệnh đề nghị Ông/Bà nghiên cứu, góp ý cho dự thảo “Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS” theo mẫu tại Phụ lục gửi kèm và gửi văn bản về Cục Phòng bệnh **trước ngày 24/10/2025** để tổng hợp và hoàn thiện Hướng dẫn.

Thông tin chi tiết đề nghị liên hệ: Cục Phòng bệnh (Phòng Điều trị HIV/AIDS và Nghiện chất), địa chỉ: Ngõ 19, phố Duy Tân, phường Cầu Giấy, TP. Hà Nội, hoặc BS. Nguyễn Thanh Huyền, điện thoại: 0979 922 383; email: [huyenhuyen1204@gmail.com](mailto:huyenhuyen1204@gmail.com).

Trân trọng cảm ơn./.

**Nơi nhận:**

- Theo danh sách;
- Cục trưởng (để báo cáo);
- Lưu: VT, ĐT.

**KT. CỤC TRƯỞNG  
PHÓ CỤC TRƯỞNG**



**Phạm Đức Mạnh**

## **DANH SÁCH GỬI CÔNG VĂN**

1. Các Thành viên ban soạn thảo xây dựng Hướng dẫn chăm sóc và điều trị HIV/AIDS ban hành kèm theo Quyết định số 2511/QĐ-BYT ngày 06/8/2025 của Bộ Y tế về việc Thành lập Ban soạn thảo và Tổ biên tập xây dựng Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS:

- Ông Nguyễn Văn Kính, Phó Chủ tịch thường trực Tổng hội Y học Việt Nam, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

- Ông Nguyễn Duy Cường, Viện trưởng Viện Y học nhiệt đới Bạch Mai, Bệnh viện Bạch Mai;

- Ông Nguyễn Văn Lâm, Giám đốc Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Nhi Trung ương;

- Ông Nguyễn Hoàng Anh, Giám đốc Trung tâm Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại về thuốc Quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội;

- Ông Phan Tân Dân, Trưởng phòng Y học dự phòng, Cục Quân y, Tổng cục Hậu cần - Kỹ thuật, Bộ Quốc phòng;

- Ông Dư Tuấn Quy, Trưởng khoa Truyền nhiễm – Thần kinh, Bệnh viện Nhi Đồng 1, TP. Hồ Chí Minh;

- Ông Võ Triều Lý, Trưởng khoa nhiễm E, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh;

- Ông Lê Minh Giang, Trưởng phòng khám SHP, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội;

- Ông Vũ Quốc Đạt, Phó trưởng khoa Bệnh nhiệt đới và Can thiệp giảm hại, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội;

- Ông Nguyễn Đình Vạn, Phó trưởng phòng Y tế dự phòng, Cục Y tế, Bộ Công an;

- Ông Nguyễn Văn Cử, Bệnh viện Phổi Trung ương;

- Đại diện Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

- Bà Phạm Lan Hương, Chuyên viên Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế;

- Bà Nguyễn Mai Hương, Chuyên viên phòng Chăm sóc Bà mẹ Trẻ em - Cục Bà mẹ và Trẻ em, Bộ Y tế;

- Bà Trần Ngân Hà, Chuyên viên chính, Trung tâm Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại về thuốc Quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội;

- Ông Trần Thanh Tùng, Bộ môn Dược lý, Trường Đại học Y Hà Nội;

- Bà Nguyễn Thị Hoài Dung, Phòng khám ngoại trú HIV, Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương;

- Ông Nguyễn Văn Phẩm, Bệnh viện Phổi Trung ương;
- Bà Nguyễn Thu Trang, Nghiên cứu viên chính, Trường Đại học Y Hà Nội;
- Bà Nguyễn Thanh Bình, Chuyên viên chính phòng Kiểm soát HIV và Bệnh truyền nhiễm mạn tính, Cục Phòng bệnh;
- Bà Nguyễn Thị Bích Thủy, Chuyên viên chính phòng Kiểm soát bệnh không lây nhiễm và Dinh dưỡng, Cục Phòng bệnh;

2. WHO

3. UNAIDS

4. FHI 360

5. US.CDC

6. CHAI

7. Dự án EPIC

8. Dự án QTC

**PHỤ LỤC****Góp ý dự thảo “Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”***(Ban hành kèm theo Công văn số : /PB-ĐT ngày /10/2025 của Cục Phòng bệnh)*

| <b>TT</b> | <b>NỘI DUNG DỰ THẢO</b>                                             | <b>NỘI DUNG GÓP Ý</b> | <b>CĂN CỨ/LÍ DO ĐỀ XUẤT</b> |
|-----------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
|           | <b>BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT</b>                                        |                       |                             |
|           | Tiếng Việt                                                          |                       |                             |
|           | Tiếng Anh                                                           |                       |                             |
|           | <b>Chương 1. XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV</b>                  |                       |                             |
|           | <b>I. XÉT NGHIỆM HIV</b>                                            |                       |                             |
|           | 1. Xét nghiệm HIV                                                   |                       |                             |
|           | 2. Các trường hợp cần được tư vấn xét nghiệm HIV                    |                       |                             |
|           | <b>II. CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV</b>                                      |                       |                             |
|           | 1. Chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ từ 18 tháng tuổi trở lên  |                       |                             |
|           | 2. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi                 |                       |                             |
|           | <b>III. KẾT NỐI CHUYỂN GỬI</b>                                      |                       |                             |
|           | 1. Kết nối khách hàng có hành vi nguy cơ đến dịch vụ xét nghiệm HIV |                       |                             |
|           | 2. Chuyển gửi người được xét nghiệm HIV đến các dịch vụ phù hợp     |                       |                             |
|           | 3. Theo dõi sau chuyển gửi                                          |                       |                             |

|  |                                                                      |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | IV. CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG VÀ MIỄN DỊCH Ở NGƯỜI NHIỄM HIV      |  |  |
|  | 1. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng ở người nhiễm HIV                    |  |  |
|  | 2. Phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV                               |  |  |
|  | 3. Bệnh HIV tiến triển                                               |  |  |
|  | Chương 2. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG NHIỄM HIV                                |  |  |
|  | I. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM VỚI HIV                        |  |  |
|  | 1. Chỉ định PrEP cho người đáp ứng đủ các tiêu chí sau:              |  |  |
|  | 2. Chống chỉ định                                                    |  |  |
|  | 3. Các thuốc ARV sử dụng cho điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP |  |  |
|  | 4. Các phác đồ ARV sử dụng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP   |  |  |
|  | II. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG SAU PHƠI NHIỄM VỚI HIV                         |  |  |
|  | 1. Các dạng phơi nhiễm                                               |  |  |
|  | 2. Chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV                 |  |  |
|  | 3. Điều trị dự phòng bằng ARV cho người bị phơi nhiễm với HIV        |  |  |
|  | a) 4. Quy trình xử trí sau phơi nhiễm                                |  |  |

|  |                                                                 |  |  |
|--|-----------------------------------------------------------------|--|--|
|  | b) Chương 3. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV)             |  |  |
|  | I. CÁC NHÓM THUỐC ARV VÀ CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG                        |  |  |
|  | 1. Vòng đời của HIV và tác động của các nhóm thuốc ARV          |  |  |
|  | 2. Nguyên tắc phối hợp các nhóm thuốc                           |  |  |
|  | II. ĐIỀU TRỊ ARV                                                |  |  |
|  | 1. Mục đích của điều trị                                        |  |  |
|  | 2. Lợi ích của điều trị                                         |  |  |
|  | 3. Nguyên tắc điều trị                                          |  |  |
|  | 4. Chuẩn bị trước điều trị ARV                                  |  |  |
|  | 5. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV                              |  |  |
|  | 6. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV                               |  |  |
|  | 7. Xét nghiệm khi bắt đầu và trong khi điều trị ARV             |  |  |
|  | 8. Phác đồ ARV                                                  |  |  |
|  | 9. Liều lượng thuốc ARV:                                        |  |  |
|  | 10. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV                               |  |  |
|  | 11. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị                        |  |  |
|  | 12. Theo dõi tác dụng không mong muốn và độc tính của thuốc ARV |  |  |
|  | 13. Các tương tác chính của thuốc ARV                           |  |  |
|  | 14. Cảnh báo sớm HIV kháng thuốc                                |  |  |
|  | Chương 4. QUẢN LÝ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN                           |  |  |

|  |                                                                                        |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | I. ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIV TIẾN TRIỂN                                                      |  |  |
|  | II. CÁC CẤU PHẦN CỦA GÓI CHĂM SÓC BỆNH HIV TIẾN TRIỂN                                  |  |  |
|  | III. QUY TRÌNH QUẢN LÝ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN                                             |  |  |
|  | IV. DỰ PHÒNG MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP                                 |  |  |
|  | 1. Điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole                                               |  |  |
|  | 2. Điều trị dự phòng Lao (điều trị Lao tiềm ẩn)                                        |  |  |
|  | 3. Dự phòng nấm Cryptococcus bằng fluconazole                                          |  |  |
|  | V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI Ở NGƯỜI CÓ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN |  |  |
|  | 1. Bệnh lao                                                                            |  |  |
|  | 2. Bệnh do nấm Cryptococcus                                                            |  |  |
|  | 3. Bệnh do nấm Histoplasma capsulatum                                                  |  |  |
|  | 4. Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PCP)                                            |  |  |
|  | 5. Bệnh do nấm Candida                                                                 |  |  |
|  | 6. Bệnh do nấm Talaromyces marneffei (tên cũ Penicillium marneffei)                    |  |  |
|  | 7. Viêm não do Toxoplasma gondii                                                       |  |  |

|  |                                                                      |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | 8. Bệnh do Mycobacterium avium complex (MAC)                         |  |  |
|  | 9. Bệnh do Cytomegalovirus (CMV)                                     |  |  |
|  | 10. Kaposi sarcoma                                                   |  |  |
|  | 11. Herpes simplex                                                   |  |  |
|  | 12. Herpes zoster (Zona)                                             |  |  |
|  | Chương 5. QUẢN LÝ CÁC BỆNH ĐỒNG NHIỄM VÀ BỆNH LÝ ĐI KÈM              |  |  |
|  | I. BỆNH VIÊM GAN VI RÚT                                              |  |  |
|  | 1. Bệnh Viêm gan vi rút B                                            |  |  |
|  | 2. Bệnh Viêm gan vi rút C                                            |  |  |
|  | II. NHIỄM TRÙNG LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC                        |  |  |
|  | III. CHĂM SÓC GIẢM NHẹ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV                           |  |  |
|  | 1. Định nghĩa về chăm sóc giảm nhẹ                                   |  |  |
|  | 2. Nguyên tắc                                                        |  |  |
|  | 3. Nội dung chính về chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV           |  |  |
|  | IV. SẴNG LỌC CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM                                |  |  |
|  | 1. Sức khỏe tâm thần                                                 |  |  |
|  | 2. Bệnh ung thư                                                      |  |  |
|  | 3. Bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu |  |  |
|  | 4. Bệnh lý thận                                                      |  |  |
|  | 5. Bệnh lý xương                                                     |  |  |

|  |                                                                                                          |  |  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
|  | V. TIÊM CHỦNG                                                                                            |  |  |
|  | 1. Đối với trẻ nhiễm và trẻ phơi nhiễm với HIV                                                           |  |  |
|  | 2. Đối với người lớn nhiễm HIV                                                                           |  |  |
|  | Chương 6. DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN                                                 |  |  |
|  | I. DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV                                              |  |  |
|  | 1. Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ                                                            |  |  |
|  | 2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục                                                       |  |  |
|  | 3. Chuyển tiếp trẻ vị thành niên sang giai đoạn trưởng thành và sang dịch vụ chăm sóc sức khỏe người lớn |  |  |
|  | 4. Hỗ trợ tuân thủ và duy trì điều trị ARV cho trẻ vị thành niên nhiễm HIV                               |  |  |
|  | II. DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN                                                         |  |  |
|  | 1. Thông tin truyền thông về dự phòng lây nhiễm HIV                                                      |  |  |
|  | 2. Tiếp cận nhóm trẻ vị thành niên nguy cơ cao nhiễm HIV                                                 |  |  |
|  | Các Phụ lục                                                                                              |  |  |
|  | Phụ lục 1                                                                                                |  |  |
|  | Phụ lục 2                                                                                                |  |  |

|  |            |  |  |
|--|------------|--|--|
|  | Phụ lục 3  |  |  |
|  | Phụ lục 4  |  |  |
|  | Phụ lục 5  |  |  |
|  | Phụ lục 6  |  |  |
|  | Phụ lục 7  |  |  |
|  | Phụ lục 8  |  |  |
|  | Phụ lục 9  |  |  |
|  | Phụ lục 10 |  |  |

**BỘ Y TẾ**

**DỰ THẢO 1**

**HƯỚNG DẪN**  
**ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số            /QĐ-BYT ngày    / /2025 của Bộ Y tế)*

# MỤC LỤC

|                                                                                   |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT .....</b>                                                | <b>6</b>  |
| Tiếng Việt.....                                                                   | 6         |
| Tiếng Anh.....                                                                    | 6         |
| <b>Chương 1. XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV .....</b>                          | <b>8</b>  |
| <b>I. XÉT NGHIỆM HIV .....</b>                                                    | <b>8</b>  |
| 1. <i>Xét nghiệm HIV</i> .....                                                    | 8         |
| 2. <i>Các trường hợp cần được tư vấn xét nghiệm HIV</i> .....                     | 8         |
| <b>II. CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV .....</b>                                              | <b>9</b>  |
| 1. <i>Chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ từ 18 tháng tuổi trở lên</i> .....   | 9         |
| 2. <i>Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi</i> .....                  | 9         |
| <b>III. KẾT NỐI CHUYỂN GỬI .....</b>                                              | <b>16</b> |
| 1. <i>Kết nối khách hàng có hành vi nguy cơ đến dịch vụ xét nghiệm HIV</i> .....  | 16        |
| 2. <i>Chuyển gửi người được xét nghiệm HIV đến các dịch vụ phù hợp</i> .....      | 16        |
| 3. <i>Theo dõi sau chuyển gửi</i> .....                                           | 16        |
| <b>IV. CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG VÀ MIỄN DỊCH Ở NGƯỜI NHIỄM HIV .....</b>      | <b>16</b> |
| 1. <i>Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng ở người nhiễm HIV</i> .....                    | 16        |
| 2. <i>Phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV</i> .....                               | 19        |
| 3. <i>Bệnh HIV tiến triển</i> .....                                               | 19        |
| <b>Chương 2. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG NHIỄM HIV.....</b>                                 | <b>20</b> |
| <b>I. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM VỚI HIV .....</b>                        | <b>20</b> |
| 1. <i>Chỉ định PrEP cho người đáp ứng đủ các tiêu chí sau:</i> .....              | 20        |
| 2. <i>Chống chỉ định</i> .....                                                    | 20        |
| 3. <i>Các thuốc ARV sử dụng cho điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP</i> ..... | 21        |
| 4. <i>Các phác đồ ARV sử dụng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP</i> .....   | 24        |
| <b>II. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG SAU PHƠI NHIỄM VỚI HIV .....</b>                         | <b>39</b> |
| 1. <i>Các dạng phơi nhiễm</i> .....                                               | 40        |
| 2. <i>Chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV</i> .....                 | 40        |
| 3. <i>Điều trị dự phòng bằng ARV cho người bị phơi nhiễm với HIV</i> .....        | 41        |
| 4. <i>Quy trình xử trí sau phơi nhiễm</i> .....                                   | 42        |

|                                                                                                    |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Chương 3. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV) .....</b>                                      | <b>45</b> |
| <b>I. CÁC NHÓM THUỐC ARV VÀ CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG.....</b>                                               | <b>45</b> |
| 1. Vòng đời của HIV và tác động của các nhóm thuốc ARV.....                                        | 45        |
| 2. Nguyên tắc phối hợp các nhóm thuốc.....                                                         | 47        |
| <b>II. ĐIỀU TRỊ ARV .....</b>                                                                      | <b>48</b> |
| 1. Mục đích của điều trị.....                                                                      | 48        |
| 2. Lợi ích của điều trị.....                                                                       | 48        |
| 3. Nguyên tắc điều trị.....                                                                        | 48        |
| 4. Chuẩn bị trước điều trị ARV.....                                                                | 48        |
| 5. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV.....                                                            | 49        |
| 6. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV.....                                                             | 49        |
| 7. Xét nghiệm khi bắt đầu và trong khi điều trị ARV.....                                           | 50        |
| 8. Phác đồ ARV .....                                                                               | 53        |
| 9. Liều lượng thuốc ARV:.....                                                                      | 70        |
| 10. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV.....                                                             | 71        |
| 11. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị.....                                                      | 75        |
| 12. Theo dõi tác dụng không mong muốn và độc tính của thuốc ARV.....                               | 77        |
| 13. Các tương tác chính của thuốc ARV.....                                                         | 80        |
| 14. Cảnh báo sớm HIV kháng thuốc.....                                                              | 84        |
| <b>Chương 4. QUẢN LÝ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN .....</b>                                                 | <b>88</b> |
| <b>I. ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIV TIẾN TRIỂN.....</b>                                                      | <b>88</b> |
| <b>II. CÁC CẤU PHẦN CỦA GÓI CHĂM SÓC BỆNH HIV TIẾN TRIỂN ....</b>                                  | <b>88</b> |
| <b>III. QUY TRÌNH QUẢN LÝ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN.....</b>                                             | <b>90</b> |
| <b>IV. DỰ PHÒNG MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP .....</b>                                | <b>91</b> |
| 1. Điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole.....                                                      | 91        |
| 2. Điều trị dự phòng Lao (điều trị Lao tiềm ẩn) .....                                              | 92        |
| 3. Dự phòng nấm <i>Cryptococcus</i> bằng fluconazole .....                                         | 93        |
| <b>V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI Ở NGƯỜI CÓ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN.....</b> | <b>94</b> |
| 1. Bệnh lao.....                                                                                   | 94        |
| 2. Bệnh do nấm <i>Cryptococcus</i> .....                                                           | 95        |
| 3. Bệnh do nấm <i>Histoplasma capsulatum</i> .....                                                 | 97        |

|                                                                                          |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4. Viêm phổi do <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PCP).....                                  | 98         |
| 5. Bệnh do nấm <i>Candida</i> .....                                                      | 99         |
| 6. Bệnh do nấm <i>Talaromyces marneffei</i> (tên cũ <i>Penicillium marneffei</i> ) ..... | 100        |
| 7. Viêm não do <i>Toxoplasma gondii</i> .....                                            | 101        |
| 8. Bệnh do <i>Mycobacterium avium complex</i> (MAC).....                                 | 102        |
| 9. Bệnh do Cytomegalovirus (CMV).....                                                    | 103        |
| 10. Kaposi sarcoma.....                                                                  | 105        |
| 11. Herpes simplex .....                                                                 | 106        |
| 12. Herpes zoster (Zona) <sup>1</sup> .....                                              | 106        |
| <b>Chương 5. QUẢN LÝ CÁC BỆNH ĐỒNG NHIỄM VÀ BỆNH LÝ ĐI KÈM</b><br>.....                  | <b>108</b> |
| <b>I. BỆNH VIÊM GAN VI RÚT</b> .....                                                     | <b>108</b> |
| 1. Bệnh Viêm gan vi rút B.....                                                           | 108        |
| 2. Bệnh Viêm gan vi rút C.....                                                           | 108        |
| <b>II. NHIỄM TRÙNG LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC</b> .....                               | <b>109</b> |
| <b>III. CHĂM SÓC GIẢM NHẹ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV</b> .....                                  | <b>110</b> |
| 1. Định nghĩa về chăm sóc giảm nhẹ .....                                                 | 110        |
| 2. Nguyên tắc .....                                                                      | 110        |
| 3. Nội dung chính về chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV.....                          | 110        |
| <b>IV. SÀNG LỌC CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM</b> .....                                       | <b>111</b> |
| 1. Sức khỏe tâm thần.....                                                                | 112        |
| 2. Bệnh ung thư.....                                                                     | 112        |
| 3. Bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu .....               | 114        |
| 4. Bệnh lý thận.....                                                                     | 115        |
| 5. Bệnh lý xương .....                                                                   | 116        |
| <b>V. TIÊM CHỦNG</b> .....                                                               | <b>117</b> |
| 1. Đối với trẻ nhiễm và trẻ phơi nhiễm với HIV .....                                     | 117        |
| 2. Đối với người lớn nhiễm HIV.....                                                      | 117        |
| <b>Chương 6. DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN</b><br>.....                 | <b>118</b> |
| <b>I. DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV</b> .....                 | <b>118</b> |
| 1. Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ .....                                      | 118        |

|                                                                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <i>2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục.....</i>                                                        | <i>121</i> |
| <i>3. Chuyển tiếp trẻ vị thành niên sang giai đoạn trưởng thành và sang dịch vụ chăm sóc sức khỏe người lớn .....</i> | <i>122</i> |
| <i>4. Hỗ trợ tuân thủ và duy trì điều trị ARV cho trẻ vị thành niên nhiễm HIV.</i>                                    | <i>125</i> |
| <b>II. DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN.....</b>                                                          | <b>126</b> |
| <i>1. Thông tin truyền thông về dự phòng lây nhiễm HIV .....</i>                                                      | <i>126</i> |
| <i>2. Tiếp cận nhóm trẻ vị thành niên nguy cơ cao nhiễm HIV.....</i>                                                  | <i>126</i> |

## **BẢNG CÁC CHỮ VIẾT TẮT**

### **Tiếng Việt**

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| LTQĐTD | Lây truyền qua đường tình dục |
| NTCH   | Nhiễm trùng cơ hội            |
| PHMD   | Phục hồi miễn dịch            |
| QHTD   | Quan hệ tình dục              |
| XN     | Xét nghiệm                    |
| TL HIV | Tải lượng vi rút HIV          |

### **Tiếng Anh**

|         |                                                                            |
|---------|----------------------------------------------------------------------------|
| 3TC     | Lamivudine                                                                 |
| ABC     | Abacavir                                                                   |
| AIDS    | Acquired immunodeficiency syndrome - Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải |
| ARN     | Acid ribonucleic                                                           |
| ARV     | Antiretroviral - Thuốc kháng retro vi rút                                  |
| AST     | Aspartate aminotransferase                                                 |
| AZT/ZDV | Zidovudine                                                                 |
| BCG     | Bacillus Calmette - Guérin                                                 |
| BMI     | Body Mass Index - Chỉ số khối cơ thể                                       |
| CD4     | Tế bào lympho TCD4                                                         |
| CMV     | Cytomegalovirus                                                            |
| CTX     | Co-trimoxazole                                                             |
| DAA     | Direct acting antivirals - Các thuốc kháng vi rút trực tiếp                |
| DAC     | Daclatasvir                                                                |
| DNA     | Desoxyribonucleic Acid                                                     |
| DRV     | Darunavir                                                                  |
| DTG     | Dolutegravir                                                               |
| EFV     | Efavirenz                                                                  |
| FTC     | Emtricitabine                                                              |
| HBsAg   | Hepatitis B surface antigen - Kháng nguyên bề mặt của vi rút viêm gan B    |

|       |                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HIV   | Human immunodeficiency virus - Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người                                |
| HPV   | Human papilloma virus - Vi rút gây u nhú ở người                                                    |
| HSV   | Herpes simplex virus - Vi rút Herpes simplex                                                        |
| INH   | Isoniazid                                                                                           |
| INSTI | Integrase strand transfer inhibitor – Thuốc ức chế men tích hợp                                     |
| LDV   | Ledipasvir                                                                                          |
| LPV/r | Lopinavir/ritonavir                                                                                 |
| MAC   | Mycobacterium avium complex                                                                         |
| MSM   | Men who have sex with men - Nam quan hệ tình dục đồng giới                                          |
| NAT   | Nucleic Acid Test                                                                                   |
| NAAT  | Nucleic acid amplification test                                                                     |
| NNRTI | Non - nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược non - nucleoside |
| NRTI  | Nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside             |
| NtRTI | Nucleotide reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleotide             |
| NSAID | non-steroid anti-inflammatory drugs                                                                 |
| NVP   | Nevirapine                                                                                          |
| PCP   | <i>Pneumocystis jiroveci</i> pneumonia - Viêm phổi do <i>Pneumocystis jiroveci</i>                  |
| PEP   | Post-Exposure Prophylaxis - Dự phòng sau phơi nhiễm                                                 |
| PrEP  | Pre-Exposure Prophylaxis - Dự phòng trước phơi nhiễm                                                |
| SOF   | Sofosbuvir                                                                                          |
| RNA   | Ribonucleic Acid                                                                                    |
| RAL   | Raltegravir                                                                                         |
| PI    | Protease inhibitor - Thuốc ức chế men protease                                                      |
| TAF   | Tenofovir alafenamide                                                                               |
| TDF   | Tenofovir disoproxil fumarate                                                                       |
| VEL   | Velpatasvir                                                                                         |

## **Chương 1**

# **XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV**

## **I. XÉT NGHIỆM HIV**

### **1. Xét nghiệm HIV**

Xét nghiệm HIV là phương pháp chẩn đoán phát hiện nhiễm HIV. Người có kết quả xét nghiệm khẳng định HIV dương tính là người nhiễm HIV.

Mục đích, nguyên tắc, phương pháp, kỹ thuật xét nghiệm HIV thực hiện theo “Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm HIV” được ban hành kèm theo Quyết định số 2674/QĐ-BYT ngày 27/4/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế<sup>1</sup>.

### **2. Các trường hợp cần được tư vấn xét nghiệm HIV**

Tất cả các trường hợp được làm xét nghiệm HIV đều cần được tư vấn xét nghiệm HIV. Đặc biệt là các trường hợp sau:

- Người có hành vi nguy cơ cao nhiễm HIV: Nam quan hệ tình dục đồng giới, người sử dụng ma túy, người bán dâm, người chuyển giới...
- Người mắc bệnh lao; người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục; người nhiễm vi rút viêm gan C;
- Người bệnh được khám lâm sàng và cận lâm sàng, nhưng không phát hiện được nguyên nhân gây bệnh hoặc có các triệu chứng gợi ý nhiễm HIV.
- Phụ nữ mang thai.
- Vợ/chồng/con của người nhiễm HIV; anh chị em của trẻ nhiễm HIV, người phơi nhiễm với HIV.
- Bạn tình, bạn chích của người nhiễm HIV hoặc người có hành vi nguy cơ cao.
- Người trong cơ sở khép kín (phạm nhân, người cai nghiện...).
- Các trường hợp khác có nhu cầu.

---

<sup>1</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định thay thế, bổ sung thì thực hiện theo Quyết định thay thế, bổ sung

## **II. CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV**

### **1. Chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ từ 18 tháng tuổi trở lên**

Chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ em trên 18 tháng tuổi được thực hiện theo “Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm HIV” được ban hành kèm theo Quyết định số 2674/QĐ-BYT ngày 27/4/2018 của Bộ Y tế.

Mẫu máu hoặc các dịch tiết được coi là dương tính với HIV khi mẫu đó có phản ứng với cả ba loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

Người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV khi có kết quả xét nghiệm HIV dương tính được cấp bởi cơ sở xét nghiệm khẳng định HIV dương tính được cơ quan có thẩm quyền cấp giấy phép.

### **2. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi**

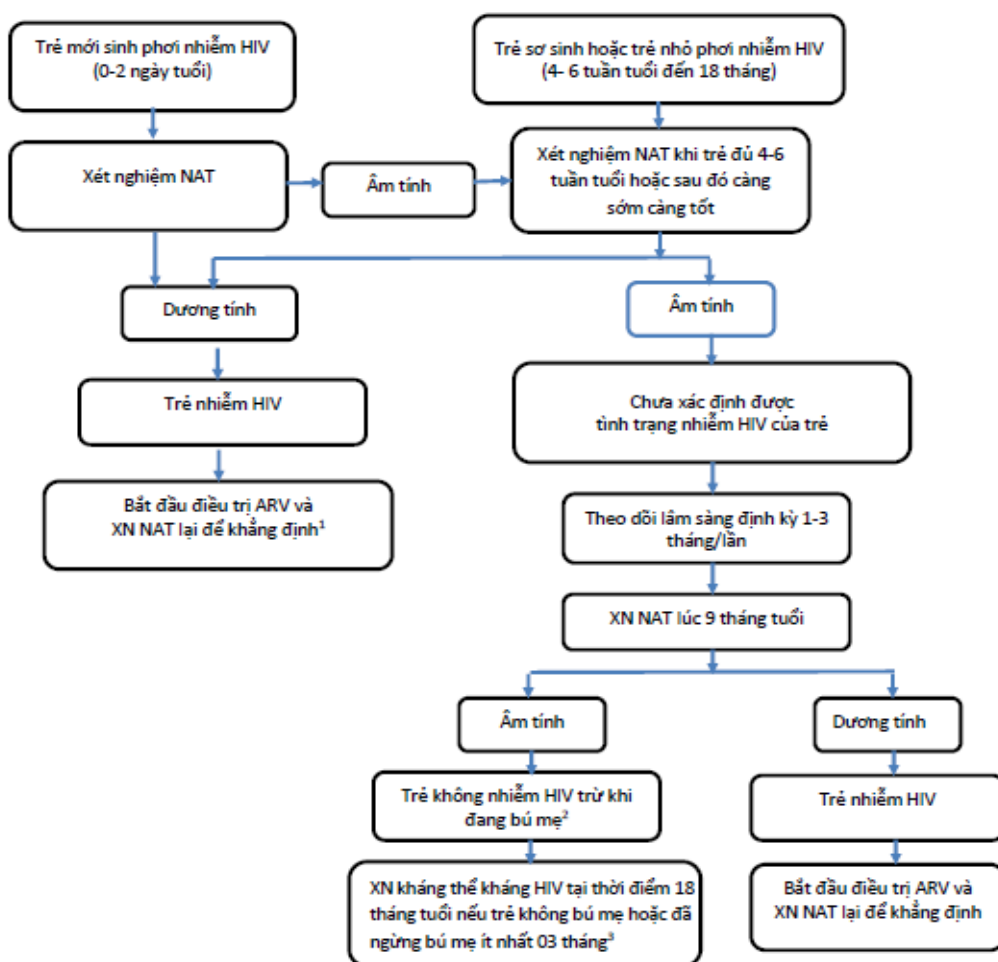
#### **2.1. Phương pháp xét nghiệm**

Thực hiện kỹ thuật phát hiện acid nucleic (nucleic acid test - NAT) để phát hiện DNA/RNA của HIV theo hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm HIV để khẳng định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi quy định tại “Hướng dẫn quốc gia về xét nghiệm HIV” được ban hành kèm theo Quyết định số 2674/QĐ-BYT ngày 27/4/2018 của Bộ Y tế.

#### **\*Lưu ý:**

- Điều trị ARV ngay, đồng thời xét nghiệm NAT lại để khẳng định. Nếu xét nghiệm NAT lần 2 âm tính, làm xét nghiệm NAT lần 3.
- Nguy cơ nhiễm HIV vẫn tiếp tục trong thời gian bú mẹ. Trẻ cần được theo dõi tiếp tục và làm xét nghiệm kháng thể kháng HIV khi đủ 18 tháng tuổi.
- + Trường hợp trẻ trên 18 tháng tuổi và tiếp tục bú mẹ thì xét nghiệm kháng thể kháng HIV sau khi trẻ ngừng bú mẹ ít nhất 03 tháng.
- + Trường hợp trẻ ngừng bú mẹ trước 18 tháng tuổi thì xét nghiệm kháng thể kháng HIV lúc trẻ đủ 18 tháng tuổi và đã ngừng bú mẹ được ít nhất 3 tháng.

Quy trình thực hiện theo Sơ đồ 1.



Sơ đồ 1: Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi.

## 2.2. Đối tượng xét nghiệm

- Trẻ phơi nhiễm HIV dưới 18 tháng tuổi (trẻ sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV).
- Trẻ dưới 18 tháng tuổi có dấu hiệu hoặc triệu chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm HIV và có kết quả xét nghiệm sàng lọc kháng thể kháng HIV dương tính.

## 2.3. Thời điểm chỉ định xét nghiệm

### 2.3.1. Trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV

a) Trẻ từ 0 - 2 ngày tuổi: Chỉ định xét nghiệm NAT cho trẻ khi:

- Tải lượng HIV của mẹ trước khi sinh  $\geq 1000$  bản sao/ml, hoặc:
- Trẻ được điều trị dự phòng bằng phác đồ 3 thuốc AZT/3TC/NVP. (\*Lưu ý: Lấy máu xét nghiệm NAT trước khi cho trẻ uống thuốc.)

- Không thuộc hai chỉ định trên nhưng cơ sở y tế có đủ điều kiện để xét nghiệm cho trẻ.

b) Trẻ từ 4 - 6 tuần tuổi hoặc ngay sau đó càng sớm càng tốt, bao gồm trẻ có xét nghiệm NAT lúc sinh âm tính.

c) Trẻ đủ 9 tháng tuổi có kết quả xét nghiệm NAT âm tính trước đó không phụ thuộc tình trạng trẻ bú mẹ hoặc không.

d) Bất kỳ khi nào trẻ có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV.

### **2.3.2. Trẻ sinh ra từ mẹ không rõ tình trạng nhiễm HIV**

**a) Trẻ không có triệu chứng nghi nhiễm HIV:** Xét nghiệm HIV cho mẹ.

- Trường hợp người mẹ có kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV: thì xét nghiệm NAT cho con và điều trị ARV cho mẹ.

- Trường hợp không xác định được tình trạng nhiễm HIV của mẹ: thì xét nghiệm kháng thể kháng HIV cho trẻ.

+ Nếu xét nghiệm kháng thể kháng HIV dương tính, làm xét nghiệm NAT cho trẻ.

+ Nếu xét nghiệm kháng thể kháng HIV âm tính, tiếp tục theo dõi trẻ. Nếu trẻ có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV, làm xét nghiệm NAT.

**b) Trẻ có triệu chứng nghi nhiễm HIV:** Xét nghiệm HIV cho mẹ.

- Trường hợp người mẹ có xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV: thì xét nghiệm NAT cho con và điều trị ARV cho mẹ.

- Trường hợp không xác định được tình trạng HIV của mẹ: xét nghiệm NAT cho con không phụ thuộc kết quả xét nghiệm của mẹ có kháng thể HIV dương tính hay âm tính.

**\*Lưu ý:**

- Trường hợp kết quả NAT lần 1 không xác định: xét nghiệm NAT lại trên mẫu bệnh phẩm cũ, nếu kết quả vẫn không xác định, lấy mẫu bệnh phẩm mới và xét nghiệm NAT lại trong vòng 4 tuần.

- Trường hợp trẻ từ dưới 18 tháng tuổi có biểu hiện lâm sàng của bệnh HIV tiến triển và có xét nghiệm kháng thể kháng HIV dương tính: có thể điều trị ARV ngay trong khi chờ kết quả xét nghiệm NAT. Ngừng điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV bằng phương pháp xét nghiệm NAT.

### c) Các triệu chứng nghi nhiễm HIV ở trẻ em<sup>2</sup>

Biểu hiện lâm sàng của HIV ở trẻ em rất đa dạng. Nhiều trẻ nhiễm HIV xuất hiện các dấu hiệu và triệu chứng nghiêm trọng liên quan đến HIV trong năm đầu đời. Một số trẻ nhiễm HIV khác không có triệu chứng hoặc chỉ có triệu chứng nhẹ trong hơn một năm và có thể sống thêm vài năm.

Nghi ngờ nhiễm HIV nếu có bất kỳ triệu chứng, dấu hiệu và/hoặc biểu hiện lâm sàng nào sau đây, vì chúng không phổ biến ở trẻ em không nhiễm HIV:

#### **Các dấu hiệu có thể cho thấy khả năng nhiễm HIV (Triệu chứng thường gặp)**

- *Nhiễm trùng tái phát*: ba hoặc nhiều đợt nhiễm trùng do vi khuẩn nghiêm trọng (như viêm phổi, viêm màng não, nhiễm trùng huyết, viêm mô tế bào) trong 12 tháng qua.
- *Tưa miệng*: ban đỏ và mảng giả mạc màu trắng be trên vòm miệng, nướu và niêm mạc má. Sau thời kỳ sơ sinh, tưa miệng gợi ý rất nhiều đến nhiễm HIV khi: xảy ra khi không được điều trị bằng kháng sinh, kéo dài hơn 30 ngày mặc dù đã điều trị, tái phát, lan ra ngoài lưỡi hoặc biểu hiện dưới dạng nấm candida thực quản.
- *Viêm tuyến mang tai mãn tính*: sưng tuyến mang tai một bên hoặc hai bên trong  $\geq 14$  ngày, có hoặc không kèm theo đau hoặc sốt.
- *Bệnh hạch bạch huyết toàn thân*: hạch bạch huyết to ở hai hoặc nhiều vùng ngoài bẹn mà không có nguyên nhân rõ ràng.
- *Gan to không rõ nguyên nhân*: khi không có nhiễm trùng do virus đồng thời như cytomegalovirus (CMV).
- *Sốt dai dẳng và/hoặc tái phát*: sốt ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) kéo dài  $\geq 7$  ngày hoặc xảy ra nhiều lần trong khoảng thời gian 7 ngày.
- *Rối loạn chức năng thần kinh*: \_ suy giảm thần kinh tiến triển, chứng đầu nhỏ, chậm đạt được các mốc phát triển, trương lực cơ tăng hoặc lú lẫn.
- *Bệnh zona thần kinh*: phát ban đau đớn kèm theo mụn nước ở một bên da.

---

<sup>2</sup> Manual on Paediatric HIV Care and Treatment for District Hospitals: Addendum to the Pocket Book of Hospital Care of Children. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304129/>

- *Viêm da do HIV*: phát ban đỏ dạng ban đỏ. Phát ban da điển hình bao gồm nhiễm nấm lan rộng ở da, móng tay và da đầu, và u mềm lây lan rộng.

- *Bệnh phổi mưng mủ mãn tính*.

### **Các dấu hiệu hoặc tình trạng rất cụ thể ở trẻ em nhiễm HIV (Triệu chứng điển hình)**

Nghi ngờ nhiễm HIV nếu có các tình trạng sau đây, rất đặc trưng của HIV: viêm phổi do *Pneumocystis* (PCP), bệnh nấm thực quản, viêm phổi kẽ mô lympho (LIP) hoặc u Kaposi, và ở trẻ em gái, rò trực tràng - âm đạo mắc phải.

### **Các dấu hiệu phổ biến ở trẻ em nhiễm HIV, nhưng cũng phổ biến ở trẻ em không nhiễm HIV bị bệnh (Triệu chứng không điển hình)**

- *Viêm tai giữa mạn tính*: chảy dịch tai kéo dài hơn  $\geq 14$  ngày.

- *Tiêu chảy kéo dài*: tiêu chảy kéo dài  $\geq 14$  ngày.

- *Suy dinh dưỡng trung bình hoặc nặng*: sụt cân hoặc tăng cân chậm dần nhưng đều đặn so với dự kiến, như được ghi trên thẻ tăng trưởng của trẻ. Nghi ngờ nhiễm HIV, đặc biệt ở trẻ bú mẹ dưới 6 tháng tuổi và chậm phát triển.

## **2.4. Xử trí khi có kết quả xét nghiệm NAT**

### **2.4.1. Đối với xét nghiệm NAT tại thời điểm trẻ từ 0 - 2 ngày tuổi**

**a) NAT dương tính:** Trẻ nhiễm HIV.

- Tư vấn cho mẹ và người chăm sóc về kết quả xét nghiệm.

- Điều trị ARV ngay đồng thời lấy mẫu làm lại xét nghiệm NAT để khẳng định tình trạng nhiễm HIV. Điều trị ARV ngay không đợi kết quả xét nghiệm NAT lần 2.

**b) NAT âm tính:** Chưa khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

- Tư vấn cho người chăm sóc về kết quả xét nghiệm. Trẻ tiếp tục điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc ARV.

- Lấy mẫu làm lại xét nghiệm NAT lúc khi trẻ 4-6 tuần tuổi hoặc sau đó càng sớm càng tốt.

### **2.4.2. Đối với xét nghiệm NAT tại thời điểm trẻ từ 4-6 tuần đến dưới 9 tháng tuổi**

**a) NAT dương tính:** Trẻ nhiễm HIV.

- Tư vấn cho người chăm sóc trẻ về kết quả xét nghiệm.

- Điều trị ARV ngay đồng thời lấy mẫu làm lại xét nghiệm NAT để khẳng định tình trạng nhiễm HIV.

**b) NAT âm tính:** Chưa khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

- Tiếp tục theo dõi lâm sàng định kỳ 1 đến 3 tháng/lần, xét nghiệm NAT khi đủ 9 tháng tuổi không phụ thuộc việc trẻ bú mẹ hoặc không bú mẹ.
- Trường hợp trong quá trình theo dõi nếu trẻ có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV, cần làm ngay xét nghiệm NAT.

#### **2.4.3. Đối với xét nghiệm NAT tại thời điểm trẻ 9 tháng tuổi**

**a) NAT dương tính:** Trẻ nhiễm HIV.

- Tư vấn cho người chăm sóc trẻ về kết quả xét nghiệm.
- Điều trị ARV ngay đồng thời lấy mẫu làm lại xét nghiệm NAT để khẳng định tình trạng nhiễm HIV.

**b) NAT âm tính**

**Trẻ không bú mẹ hoặc đã ngừng bú mẹ trên 03 tháng:** Trẻ không nhiễm HIV.

- Tư vấn cho mẹ/người chăm sóc về kết quả xét nghiệm và các biện pháp dự phòng tránh lây nhiễm HIV cho trẻ.

**Trẻ đang bú mẹ hoặc ngừng bú mẹ chưa đủ 03 tháng:** Chưa khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

- Tư vấn cho mẹ/người chăm sóc về kết quả xét nghiệm.
- Tiếp tục theo dõi lâm sàng định kỳ 1 đến 3 tháng/lần.
- Trường hợp trẻ ngừng bú mẹ trước 18 tháng tuổi thì xét nghiệm kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi và đã ngừng bú mẹ ít nhất 03 tháng.
- Trường hợp trẻ trên 18 tháng tuổi và tiếp tục bú mẹ thì xét nghiệm kháng thể kháng HIV sau khi trẻ ngừng bú mẹ ít nhất 03 tháng. Trường hợp:
  - + Kết quả xét nghiệm kháng thể kháng HIV âm tính: Trẻ không nhiễm HIV
  - + Kết quả xét nghiệm kháng thể kháng HIV dương tính: Trẻ nhiễm HIV

#### **2.4.4. Xử trí khi kết quả xét nghiệm NAT không đồng nhất và trẻ đang bú mẹ**

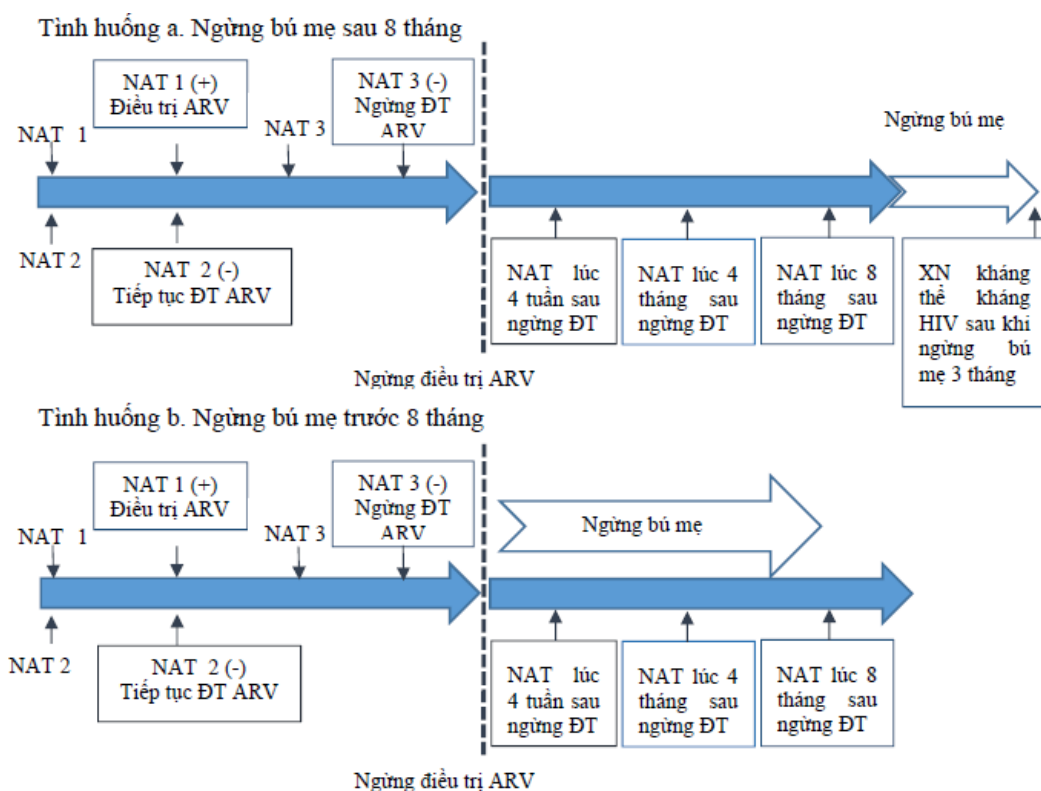
Xử trí tình trạng này thực hiện theo Sơ đồ 2, cụ thể như sau:

- Nếu xét nghiệm NAT lần đầu (NAT 1) dương tính và xét nghiệm NAT lần 2 (NAT 2) âm tính: tiếp tục điều trị ARV và làm lại xét nghiệm NAT lần thứ ba (NAT 3).

- Nếu xét nghiệm NAT 3 âm tính và trẻ không có dấu hiệu của bệnh nhiễm HIV thì ngừng điều trị ARV, tiếp tục theo dõi trẻ trong vòng 8 tháng kể từ thời điểm ngừng điều trị ARV. Cụ thể như sau:

+ Nếu trẻ ngừng bú mẹ sau thời điểm 8 tháng: Xét nghiệm NAT theo các mốc thời gian như trên và làm xét nghiệm kháng thể kháng HIV sau khi trẻ ngừng bú mẹ 03 tháng (Tình huống a).

+ Nếu trẻ ngừng bú mẹ trước thời điểm 8 tháng: Xét nghiệm NAT tại các thời điểm 4 tuần, 4 tháng, 8 tháng kể từ khi ngừng điều trị ARV hoặc khi trẻ có triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV (Tình huống b).



Sơ đồ 2. Xử trí khi kết quả xét nghiệm NAT không đồng nhất

### III. KẾT NỐI CHUYÊN GỬI

Cơ sở xét nghiệm kết nối, chuyển gửi người được xét nghiệm HIV đến các cơ sở cung cấp dịch vụ phù hợp với tình trạng nhiễm HIV và hành vi nguy cơ của họ.

#### 1. Kết nối khách hàng có hành vi nguy cơ đến dịch vụ xét nghiệm HIV

Tiếp cận nhóm nguy cơ cao thông qua người nhiễm HIV, nhóm đồng đẳng, nhân viên y tế xã phường thôn bản hoặc qua mạng xã hội để tư vấn về lợi ích xét nghiệm HIV và chuyển gửi đến dịch vụ xét nghiệm HIV phù hợp.

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

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

- Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV (PrEP);
- Tư vấn tình dục an toàn; sử dụng bao cao su, chất bôi trơn; sàng lọc lạm dụng nghiện chất, điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện, cung cấp bơm kim tiêm.
- Xét nghiệm lại HIV định kỳ 3-6 tháng/lần đối với các trường hợp có hành vi nguy cơ tiếp diễn.

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

Chuyển gửi đến cơ sở điều trị ARV sớm nhất có thể.

#### 3. Theo dõi sau chuyển gửi

Cơ sở chuyển đi liên hệ với cơ sở chuyển đến thông qua điện thoại, tin nhắn, thư điện tử, phiếu phản hồi hoặc phối hợp với đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS hoặc nhóm tiếp cận cộng đồng, tiếp cận với người nhiễm để hỗ trợ điều trị ARV sớm.

### IV. CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG VÀ MIỄN DỊCH Ở NGƯỜI NHIỄM HIV

#### 1. Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng ở người nhiễm HIV

Việc chẩn đoán giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em thực hiện theo Bảng 1.

**Bảng 1. Giai đoạn lâm sàng bệnh HIV ở người lớn, vị thành niên và trẻ em**

| Người lớn và vị thành niên <sup>a</sup> | Trẻ em |
|-----------------------------------------|--------|
|                                         |        |
| Giai đoạn lâm sàng 1                    |        |

| Người lớn và vị thành niên <sup>a</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Trẻ em                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Không triệu chứng<br>Bệnh lý hạch toàn thân dai dẳng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Không triệu chứng<br>Bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Giai đoạn lâm sàng 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sụt cân vừa phải không rõ nguyên nhân (<10% cân nặng cơ thể)<br>Nhiễm trùng đường hô hấp tái phát (viêm xoang, viêm amidan, viêm tai giữa, viêm họng)<br>Bệnh zô-na<br>Viêm khóe miệng<br>Loét miệng tái phát<br>Phát ban sẩn ngứa<br>Nấm móng<br>Viêm da bã nhờn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Gan lách to dai dẳng không rõ nguyên nhân<br>Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái phát (viêm tai giữa, chảy dịch tai, viêm xoang, viêm amidan)<br>Bệnh zô-na<br>Hồng ban vạch ở lợi<br>Loét miệng tái phát<br>Phát ban sẩn ngứa<br>Nấm móng<br>Nhiễm vi rút mụn cơm lan rộng<br>U mềm lây lan rộng<br>Viêm da đốm lan toả<br>Sưng tuyến mang tai dai dẳng không rõ nguyên nhân                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Giai đoạn lâm sàng 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sụt cân mức độ nặng không rõ nguyên nhân (>10% cân nặng cơ thể)<br>Tiêu chảy mạn tính kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân<br>Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (không liên tục hoặc liên tục trên 1 tháng)<br>Nấm candida miệng kéo dài<br>Bạch sản dạng lông ở miệng<br>Lao phổi<br>Nhiễm khuẩn nặng (như viêm mũ màng phổi, viêm mũ cơ, nhiễm trùng xương khớp, hoặc viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết)<br>Viêm loét miệng, viêm lợi hoặc viêm quanh răng hoại tử cấp<br>Thiếu máu (< 8 g/dl), giảm bạch cầu trung tính (< 0,5 x 10 <sup>9</sup> /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (< 50 x 10 <sup>9</sup> /l) không rõ nguyên nhân | Suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình <sup>b</sup> không rõ nguyên nhân không đáp ứng thích hợp với điều trị chuẩn<br>Tiêu chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (từ 14 ngày trở lên)<br>Sốt kéo dài không rõ nguyên nhân (trên 37.5°C, không liên tục hoặc liên tục kéo dài trên 1 tháng)<br>Nấm candida miệng kéo dài (sau 6 tuần đầu)<br>Bạch sản dạng lông ở miệng<br>Lao hạch, Lao phổi<br>Viêm phổi nặng tái diễn do vi khuẩn<br>Viêm lợi hoặc viêm quanh răng loét hoại tử cấp<br>Thiếu máu (< 8 g/dl), giảm bạch cầu trung tính (< 0,5 x 10 <sup>9</sup> /l) hoặc giảm tiểu cầu mạn tính (< 50 x 10 <sup>9</sup> /l) không rõ nguyên nhân<br>Viêm phổi kẽ dạng lympho có triệu chứng.<br>Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản. |

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

<sup>a</sup>Trong bảng này, vị thành niên được xác định là trẻ từ 15 tuổi trở lên. Đối với trường hợp dưới 15 tuổi, sử dụng phân giai đoạn lâm sàng như trẻ em.

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

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

## 2. Phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV

Việc phân loại miễn dịch ở trẻ em nhiễm HIV thực hiện theo Bảng 2.

**Bảng 2. Phân loại miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV**

| Suy giảm miễn dịch liên quan đến HIV | Tỷ lệ % tế bào CD4 (hoặc số lượng tế bào CD4/mm <sup>3</sup> ) |                                   |                                    |                                    |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
|                                      | ≤ 11 tháng                                                     | 12 – 35 tháng                     | 36 – 59 tháng                      | ≥ 5 tuổi                           |
| Không suy giảm                       | >35 %                                                          | >30 %                             | >25 %                              | > 500 tế bào/mm <sup>3</sup>       |
| Suy giảm nhẹ                         | 30-35 %                                                        | 25-30 %                           | 20-25 %                            | 350 – 499 TB/mm <sup>3</sup>       |
| Suy giảm tiến triển                  | 25-29 %                                                        | 20-24 %                           | 15-19 %                            | 200 – 349 TB/mm <sup>3</sup>       |
| Suy giảm nặng                        | <25 % hoặc <1500 TB/mm <sup>3</sup>                            | <20% hoặc <750 TB/mm <sup>3</sup> | <15 % hoặc <350 TB/mm <sup>3</sup> | <15% hoặc < 200 TB/mm <sup>3</sup> |

## 3. Bệnh HIV tiến triển

- Đối với người lớn và trẻ nhiễm HIV ≥ 5 tuổi: khi CD4 < 200 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4;
- Đối với trẻ nhiễm HIV < 5 tuổi: tất cả đều được coi là bệnh HIV tiến triển.

## **Chương 2.**

### **ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG NHIỄM HIV**

#### **I. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHỐI NHIỄM VỚI HIV**

Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV (PrEP) là sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV cho người chưa nhiễm HIV nhưng có hành vi nguy cơ nhiễm HIV cao. PrEP có hiệu quả giảm nguy cơ nhiễm HIV qua đường tình dục từ 94% đến 100% và qua tiêm chích đến 74% nếu tuân thủ điều trị tốt.

##### **1. Chỉ định PrEP cho người đáp ứng đủ các tiêu chí sau**

- HIV âm tính;
- Không có triệu chứng của Hội chứng nhiễm HIV cấp;
- Có nguy cơ cao nhiễm HIV, cụ thể là có một trong các yếu tố dưới đây trong vòng 6 tháng qua:
  - +) Quan hệ tình dục đường hậu môn hoặc âm đạo mà không sử dụng bao cao su với từ hai bạn tình trở lên;
  - +) Có bạn tình có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ cao nhiễm HIV hoặc không rõ yếu tố nguy cơ nhiễm HIV;
  - +) Có bạn tình nhiễm HIV chưa điều trị ARV hoặc điều trị ARV nhưng tải lượng HIV  $\geq 200$  bản sao/mL hoặc chưa được xét nghiệm tải lượng HIV;
  - +) Có tiền sử mắc hoặc đang điều trị nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục;
  - +) Đã từng điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV (PEP) và vẫn có hành vi nguy cơ cao;
  - +) Dùng chung bơm kim tiêm hoặc dụng cụ tiêm chích;
  - +) Yêu cầu sử dụng PrEP.
- Mong muốn sử dụng PrEP và đồng ý xét nghiệm HIV định kỳ.

##### **2. Chống chỉ định**

Không chỉ định PrEP nếu có một trong các tiêu chí dưới đây:

- HIV dương tính.

- Có triệu chứng của Hội chứng nhiễm HIV cấp hoặc có khả năng mới nhiễm HIV.

- Dị ứng hoặc có chống chỉ định với bất kỳ thuốc nào trong phác đồ PrEP.

### 3. Các thuốc ARV sử dụng cho điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP

**Bảng 3. Các thuốc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP**

| Hình thức PrEP         | Phác đồ và tên hoạt chất của thuốc                                                                                                                                  | Cơ chế tác động                                                                                                                                                                                                                                       | Tác dụng không mong muốn và độc tính                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Tương tác thuốc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PrEP đường uống</b> | <p><b>Phác đồ:</b></p> <p>TDF + 3TC (hoặc FTC)</p> <p><b>Dược chất:</b></p> <p>TDF: tenofovir 300mg</p> <p>3TC: lamivudine 300mg</p> <p>FTC: emtricitabin 200mg</p> | <p>TDF, 3TC, FTC là các thuốc trong nhóm NRTIs (ức chế men sao chép ngược nucleosid). Các thuốc này ức chế men sao chép ngược của HIV, ngăn cản quá trình tổng hợp ADN từ ARN của HIV từ đó ngăn cản quá trình nhân lên của HIV trong tế bào CD4.</p> | <p>3TC, FTC rất hiếm gây tác dụng không mong muốn.</p> <p>Tác dụng không mong muốn của TDF trong phác đồ PrEP đường uống như sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Có thể xảy ra ở 10% khách hàng trong vài tuần đầu sử dụng như: tiêu chảy, buồn nôn, chán ăn, đau quặn bụng, đầy hơi; chóng mặt, đau đầu.</li> <li>- Rất ít khi tăng creatinin máu, hầu hết trở về bình thường sau khi ngừng PrEP.</li> <li>- Hiếm gặp giảm mật độ</li> </ul> | <p>- Không có tương tác khi uống PrEP và sử dụng đồng thời với rượu, bia, các chất kích thích như heroin, các opioid, cocaine, methamphetamine, hoặc môn tránh thai.</p> <p>- PrEP đường uống không làm ảnh hưởng đến nồng độ hoóc môn kháng định giới tính gốc estradiol. Một số bằng chứng cho thấy việc sử dụng hormone này có thể làm giảm nồng độ thuốc PrEP đường uống.</p> |

| Hình thức PrEP                    | Phác đồ và tên hoạt chất của thuốc | Cơ chế tác động                                                                                                                                                                                                                               | Tác dụng không mong muốn và độc tính                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Tương tác thuốc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |                                    |                                                                                                                                                                                                                                               | xương, hầu hết hồi phục sau khi ngừng PrEP.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Dạng tiêm tác dụng kéo dài</b> | <b>Cabotegravir (CAB)</b>          | Cabotegravirdạng tiêm, tác dụng kéo dài, thuộc nhóm INSTI (ức chế men tích hợp integrase), CAB ngăn cản quá trình tích hợp ADN sau khi được tổng hợp từ ARN của HIV vào AND của tế bào CD4, ngăn cản quá trình nhân lên của HIV trong tế bào. | Tác dụng phụ ít gặp, thường chỉ nhẹ hoặc trung bình:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Sưng đỏ, đau tại nơi tiêm</li> <li>- Đau đầu, buồn nôn, tiêu chảy, mệt mỏi. Các tác dụng phụ này thường nhẹ và tự khỏi sau tháng đầu tiên tiêm thuốc, giảm dần theo thời gian.</li> <li>- Có thể gây tăng cân</li> <li>- Rất hiếm bị nhiễm độc gan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Các thuốc chống lao rifampicin, rifapentine và các thuốc chống co giật (carbamazepine, oxcarbazepine, phenobarbital, phenytoin) làm giảm nồng độ của CAB.</li> <li>- Không có tương tác thuốc giữa CAB với hoóc môn kháng định giới, hoóc môn tránh thai, các thuốc điều trị viêm gan C, rượu, ma túy.</li> </ul> |

| Hình thức PrEP | Phác đồ và tên hoạt chất của thuốc | Cơ chế tác động                                                                                                                                                                                                                                                              | Tác dụng không mong muốn và độc tính                                                                                                                                                                                              | Tương tác thuốc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              | - CAB không gây tác dụng phụ với thận.                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                | <b>Lenacapavir (LEN)</b>           | Lenacapavir (LEN) là thuốc ức chế capsid của HIV, ngăn cản quá trình nhân lên của HIV bằng cách liên kết với protein cấu trúc của capsid, tác động vào nhiều giai đoạn phát triển của HIV, thay vì chỉ ức chế men cần thiết cho sự nhân lên của HIV như các nhóm thuốc khác. | <p>- Các tác dụng phụ của LEN tương tự như PrEP đường uống, hầu hết các tác dụng phụ đều ở mức độ nhẹ hoặc trung bình.</p> <p>Phản ứng tại chỗ tiêm thường nhẹ, hầu hết giảm dần theo thời gian và rất hiếm phải ngừng thuốc.</p> | <p>- Các thuốc chống lao rifabutin, rifampicin, rifapentine làm giảm nồng độ của LEN.</p> <p>- Các thuốc chống co giật carbamazepine, phenobarbital, phenytoin làm giảm nồng độ của LEN.</p> <p>- Ketamine có thể tăng nồng độ khi dùng đồng thời với LEN và có thể vẫn tăng trong một thời gian dài khi ngừng sử dụng LEN.</p> <p>- Thuốc điều trị rối loạn cương dương avanafil, sildenafil, tadalafil, vardenafil có thể tăng nồng độ khi dùng cùng với LEN. Trong đó,</p> |

| Hình thức PrEP | Phác đồ và tên hoạt chất của thuốc | Cơ chế tác động | Tác dụng không mong muốn và độc tính | Tương tác thuốc                                                                                                                                                                                             |
|----------------|------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                                    |                 |                                      | <p>các thuốc sildenafil, tadalafil và vardenafil có thể tăng nồng độ trong một thời gian sau khi ngừng sử dụng LEN.</p> <p>- LEN không tương tác với các hoóc môn tránh thai, hoóc môn khẳng định giới.</p> |

#### 4. Các phác đồ ARV sử dụng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP

##### 4.1. Phác đồ PrEP đường uống

Hiệu quả bảo vệ khi dùng PrEP đường uống ít nhất là 90% có thể lên đến 94 - 99%.

##### 4.1.1. Phác đồ

Phác đồ có chứa TDF:

- TDF 300mg + FTC 200mg/một ngày (dạng viên phối hợp TDF 300mg/FTC 200mg)

*Hoặc:*

- TDF 300mg + 3TC 300mg/một ngày (dạng viên phối hợp TDF 300mg/3TC 300mg)

Hai phác đồ này có thể thay thế nhau khi sử dụng.

##### 4.1.2. Chỉ định

Cho tất cả tất cả khách hàng đủ tiêu chuẩn điều trị PrEP (xem mục 2 chương này).

##### 4.1.3. Chống chỉ định

Không sử dụng PrEP đường uống có TDF khi độ thanh thải creatinin <60 mL/phút và/hoặc cân nặng dưới 35 kg.

#### **4.1.4. Các hình thức sử dụng PrEP đường uống**

##### **a) PrEP hằng ngày**

Sử dụng PrEP hằng ngày cho mọi đối tượng đủ tiêu chuẩn và không có chống chỉ định PrEP.

##### **b) PrEP theo tình huống**

- Sử dụng PrEP tình huống cho người có giới tính khi sinh là nam, bao gồm nam quan hệ tình dục đồng giới hoặc khác giới, người chuyển giới nữ, và không sử dụng hoóc môn khẳng định giới, và:

+ Đảm bảo được dùng thuốc ARV trong vòng 2-24 giờ trước khi quan hệ tình dục;

+ Đồng ý sử dụng PrEP theo tình huống;

*Lưu ý: người viêm gan B chưa có chỉ định điều trị viêm gan có thể sử dụng PrEP tình huống.*

- Không sử dụng PrEP theo tình huống cho:

+ Phụ nữ;

+ Chuyển giới nữ đang sử dụng liệu pháp hoóc môn nữ;

+ Người có viêm gan B mạn tính có chỉ định điều trị viêm gan;

+ Người tiêm chích ma túy.

#### **4.1.5. Cách dùng thuốc PrEP đường uống**

##### **a) PrEP uống hằng ngày**

Uống mỗi ngày 01 viên cho một trong hai phác đồ sau: TDF/FTC; TDF/3TC.

Trường hợp đủ tiêu chuẩn sử dụng PrEP tình huống nhưng có nhu cầu sử dụng PrEP hằng ngày thì có thể uống 2 viên trong ngày đầu tiên, những ngày tiếp theo sử dụng ngày 01 viên.

Khi ngừng PrEP tiếp tục uống một viên mỗi ngày trong ít nhất 7 ngày sau lần phơi nhiễm cuối cùng.

##### **b) PrEP uống theo tình huống**

Sử dụng theo công thức: 2 + 1 + 1 cho một trong hai phác đồ sau: TDF/FTC; TDF/3TC. Cụ thể:

- Uống 2 viên (liều đầu tiên): đảm bảo uống thuốc 24 giờ hoặc chậm nhất là 2 giờ trước khi quan hệ tình dục.
- Uống viên thứ ba: 24 giờ sau liều đầu tiên.
- Uống viên thứ tư: 24 giờ sau liều thứ hai.

Nếu khách hàng tiếp tục có quan hệ tình dục thì uống tiếp mỗi ngày 01 viên và uống tiếp 02 ngày liên tục sau lần quan hệ tình dục cuối cùng.

#### **4.1.5. Xét nghiệm trước và trong khi sử dụng PrEP đường uống**

##### **a) Xét nghiệm trong lần khám đầu**

- **Xét nghiệm HIV:** Sử dụng kết quả xét nghiệm bệnh phẩm máu và không sử dụng kết quả xét nghiệm dịch miệng. Ưu tiên sử dụng sinh phẩm xét nghiệm HIV phát hiện đồng thời kháng nguyên và kháng thể. Không cần xét nghiệm lại HIV nếu khách hàng đã xét nghiệm trong vòng 7 ngày trước khi bắt đầu PrEP. Nếu kết quả xét nghiệm HIV không xác định, hẹn khách hàng quay lại sau 14 ngày để xét nghiệm lại.

##### **- Xét nghiệm creatinin máu:**

Xét nghiệm creatinin máu cho tất cả khách hàng sử dụng PrEP đường uống.

##### **- Xét nghiệm HBsAg (xét nghiệm viêm gan B)**

*Có thể xét nghiệm creatinin máu, viêm gan B một lần trong vòng 3 tháng đầu kể từ khi bắt đầu sử dụng PrEP đường uống. Có thể kê đơn PrEP khi chưa có kết quả xét nghiệm creatinin máu, viêm gan B.*

##### **- Các xét nghiệm không bắt buộc khi kê đơn PrEP, thực hiện khi có điều kiện:**

- + Xét nghiệm anti-HCV
- + Xét nghiệm phát hiện các bệnh nhiễm trùng LTQĐTD thường gặp: giang mai, lậu, chlamydia.

##### **b) Xét nghiệm trong quá trình sử dụng PrEP**

- **Xét nghiệm HIV** tại mỗi lần tái khám.

##### **- Xét nghiệm creatinin máu:**

- + Xét nghiệm creatinin máu bắt buộc 6 -12 tháng/lần cho các trường hợp:

Người  $\geq 50$  tuổi

Người có bệnh lý thận, bệnh lý nền liên quan đến thận ở bất kỳ lứa tuổi nào

Độ thanh thải creatinin lần trước đó  $< 90$  mL/phút.

+ Xét nghiệm creatinin máu tùy chọn (do bác sỹ quyết định):

Người  $< 50$  tuổi và không có bệnh lý liên quan đến thận

Độ thanh thải creatinin lần trước đó  $\geq 90$  mL/phút.

**Các xét nghiệm không bắt buộc khi kê đơn PrEP, thực hiện khi có điều kiện:**

+ Xét nghiệm anti-HCV: 12 tháng/lần nếu trước đó âm tính.

+ Xét nghiệm giang mai, lậu, chlamydia: thực hiện 3-6 tháng/lần.

### **c) Xử trí khi có kết quả xét nghiệm**

#### **Kết quả xét nghiệm HIV:**

- HIV dương tính: chuyển điều trị ARV ngay.
- HIV không xác định: hẹn khách hàng quay lại sau 14 ngày để xét nghiệm lại.

#### **Xét nghiệm creatinin máu:**

Trường hợp khách hàng đang sử dụng tenofovir disoproxil fumarate (TDF), cần ước tính độ thanh thải creatinin (CrCl):

- Nếu độ thanh thải creatinin  $\geq 60$  mL/phút tiếp tục PrEP.
- Nếu độ thanh thải creatinin  $< 60$  mL/phút thì ngừng ngay phác đồ PrEP, chuyển khám chuyên khoa để chẩn đoán và xử trí.

#### **Kết quả xét nghiệm HBsAg:**

- HBsAg âm tính: tư vấn tiêm vắc xin phòng viêm gan B.
- HBsAg dương tính: đánh giá chỉ định điều trị viêm gan B và lựa chọn sử dụng phác đồ PrEP thích hợp (xem mục 4.1.8 phần c.).

**Kết quả xét nghiệm anti - HCV:** nếu anti - HCV dương tính, chuyển chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị viêm gan C mạn tính.

### **Xét nghiệm phát hiện các bệnh nhiễm trùng LTQĐTD**

Trường hợp dương tính chuyển chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị.

#### **4.1.6. Xử trí khi quên uống thuốc**

- *Quên thuốc trong vòng < 7 ngày:*

+ Nếu khách hàng không có hành vi nguy cơ trong những ngày quên thuốc, uống thuốc ngay khi nhớ ra, không uống quá 2 viên/ngày đầu và mỗi ngày 01 viên vào những ngày sau đó.

+ Nếu khách hàng có nguy cơ phơi nhiễm HIV thì xét nghiệm HIV, chỉ định sử dụng PEP trong 28 ngày (nếu cần).

Sau đó tiếp tục điều trị PrEP nếu khách hàng vẫn còn hành vi nguy cơ và xét nghiệm HIV âm tính.

- *Quên thuốc từ 07 ngày trở lên:*

Đánh giá lại nguy cơ và khởi liệu như một khách hàng PrEP mới (trường hợp này không cần làm lại xét nghiệm creatinin và viêm gan B, viêm gan C nếu chưa đến kỳ xét nghiệm theo quy định kể từ lần xét nghiệm trước).

#### **4.1.7. Tư vấn khi sử dụng PrEP đường uống**

*Nội dung tư vấn:*

- PrEP là một biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV rất hiệu quả, an toàn và thường được dung nạp tốt; không cần thiết phải uống thuốc PrEP cả đời; có thể ngừng sử dụng khi không còn nguy cơ phơi nhiễm HIV.

- Trong thời gian đầu sử dụng thuốc, có thể gặp một số tác dụng phụ nhẹ như buồn nôn, đau đầu, mệt mỏi... Các triệu chứng này thường tự hết trong vòng khoảng 1 tháng hoặc có thể điều trị hỗ trợ. Nếu gặp tác dụng phụ nặng, cần báo ngay và đến cơ sở điều trị PrEP để được kiểm tra và xử trí kịp thời.

- PrEP đường uống không tương tác với các hầu hết các thuốc khác, có thể dùng an toàn với thuốc kích thích, rượu bia, thuốc tránh thai. PrEP đường uống không ảnh hưởng đến nồng độ các hormone kháng định giới tính gốc estradiol, ngược lại các hormone này giảm nồng độ tenofovir.

- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị để đạt hiệu quả bảo vệ tối đa.

- Thời gian đạt được hiệu quả bảo vệ kể từ khi uống thuốc PrEP và các biện pháp phòng ngừa khác cần thực hiện trong thời gian này:

+ Đối với người sinh ra là nam có nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường tình dục và không sử dụng hoặc môn kháng định giới: hiệu quả bảo vệ tối đa sau 02 - 24 giờ nếu bắt đầu liều 02 viên hoặc 07 ngày nếu uống mỗi ngày 01 viên.

+ Đối với nữ có nguy cơ nhiễm HIV hoặc người có nguy cơ nhiễm HIV qua đường máu: PrEP chỉ có tác dụng bảo vệ tối đa sau khi sử dụng thuốc đầy đủ và liên tục trong 07 ngày.

- Tư vấn xử trí khi quên uống thuốc (theo mục 4.1.6);

- Các tư vấn khác:

+ Hỗ trợ khách hàng giảm các hành vi nguy cơ phơi nhiễm HIV.

+ PrEP không có tác dụng phòng ngừa các bệnh nhiễm trùng LTQĐTD hoặc mang thai. Nên cần tư vấn cho khách hàng sử dụng bao cao su và chất bôi trơn trong quan hệ tình dục, sử dụng các biện pháp tránh thai.

+ Tư vấn về dự phòng lây truyền HIV cho bạn tình, bạn chích.

#### **4.1.8. Xử trí một số tình huống và đối tượng đặc biệt khi sử dụng PrEP**

##### **a) Phơi nhiễm với HIV trong vòng 72 giờ**

Khách hàng lần đầu đến cơ sở điều trị PrEP, có phơi nhiễm HIV trong vòng 72 giờ qua thì phải sử dụng PEP trong 28 ngày, sau đó bắt đầu sử dụng PrEP nếu khách hàng có HIV âm tính và tiếp tục có hành vi nguy cơ.

##### **b) Có hội chứng nhiễm HIV cấp tính**

Nếu nghi ngờ khách hàng có hội chứng nhiễm HIV cấp tính (có các triệu chứng như: sốt, phát ban, nổi hạch, đau đầu, viêm họng, đau xương khớp...) xử trí như sau:

- Trường hợp chưa điều trị PrEP: trì hoãn PrEP, xét nghiệm lại HIV trong vòng 01 tháng trước khi bắt đầu PrEP.

- Trường hợp đang sử dụng PrEP: ngừng PrEP, xét nghiệm HIV sau 01 tháng, tư vấn sử dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV khác. Nếu xét nghiệm HIV âm tính, tiếp tục kê đơn PrEP.

##### **c) Người mắc viêm gan B**

+ Nếu chưa có chỉ định điều trị viêm gan B bằng thuốc kháng vi rút thì có thể điều trị PrEP đường uống hằng ngày hoặc theo tình huống.

+ Nếu có chỉ định điều trị viêm gan B thì cần điều trị PrEP hằng ngày, vì phác đồ PrEP đường uống có tenofovir cũng là thuốc dùng để điều trị viêm gan B mạn tính.

##### **d) Sử dụng PrEP cho một số nhóm đối tượng đặc biệt**

**- Người chuyển giới nữ**

+ TDF không làm giảm nồng độ hoóc môn nữ, hoóc môn nữ có thể làm giảm nồng độ TDF nhưng không đáng kể nếu dùng PrEP hằng ngày.

+ Người chuyển giới nữ có sử dụng hoóc môn nữ chỉ nên sử dụng PrEP hằng ngày để bảo đảm hiệu quả của TDF.

**- Vị thành niên:** cần có sự tham gia và đồng thuận của cha/mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp khi quyết định sử dụng PrEP cho người dưới 18 tuổi. Tư vấn tăng cường hỗ trợ về tuân thủ điều trị khi sử dụng PrEP.

**- Phụ nữ mang thai/cho con bú:** vẫn có chỉ định PrEP nếu có nguy cơ cao nhiễm HIV.

**- Người tiêm chích ma túy:** ưu tiên sử dụng các biện pháp can thiệp giảm hại và dự phòng khác.

**- Bạn tình/bạn chích âm tính của người nhiễm HIV** đang dùng phác đồ bậc 2 hoặc bậc 3 do thất bại điều trị hoặc nghi thất bại điều trị với phác đồ có TDF hoặc TDF/3TC: không nên chỉ định PrEP uống có TDF, tư vấn chuyển sang phác đồ PrEP dạng tiêm hoặc sử dụng các phương pháp dự phòng khác.

**4.1.9. Chuyển đổi từ PrEP hằng ngày sang PrEP tình huống và ngược lại**

**- Khách hàng sử dụng PrEP tình huống chuyển sang PrEP hằng ngày**

Tiếp tục uống một viên/ngày ngay sau khi kết thúc PrEP tình huống.

**- Khách hàng sử dụng PrEP hằng ngày chuyển sang PrEP tình huống**

+ Chỉ áp dụng cho khách hàng đủ tiêu chuẩn sử dụng PrEP tình huống.

+ Nếu đang uống PrEP hằng ngày: tiếp tục uống mỗi ngày một viên nếu vẫn có nguy cơ. Nếu ngừng, cần uống tiếp tục 02 ngày sau lần quan hệ tình dục cuối cùng. Sau đó sử dụng PrEP tình huống theo hướng dẫn khi có nhu cầu.

- Nếu đã kết thúc PrEP hằng ngày quá 7 ngày: bắt đầu điều trị PrEP tình huống theo hướng dẫn.

**4.1.10. Ngừng sử dụng PrEP**

Ngừng sử dụng PrEP trong các trường hợp sau:

- Có xét nghiệm HIV dương tính.

- Khách hàng không còn nguy cơ nhiễm HIV (chung thủy một bạn tình, bạn tình có tải lượng HIV < 200 bản sao/mL máu,...).

- Khách hàng tuân thủ kém hoặc muốn ngừng PrEP.

Những việc cần làm khi ngừng PrEP:

- Xét nghiệm HIV

- Tìm hiểu nguyên nhân ngừng sử dụng PrEP

- Tư vấn về thời gian ngừng PrEP:

+ Đối với người sử dụng PrEP tình huống: tiếp tục sử dụng thuốc PrEP mỗi ngày 01 viên trong 02 ngày liên tiếp sau lần quan hệ tình dục cuối cùng.

+ Đối với nữ có nguy cơ nhiễm HIV hoặc người có nguy cơ nhiễm HIV qua đường máu: PrEP cần được tiếp tục sử dụng 07 ngày liên tiếp kể từ lần phơi nhiễm cuối cùng.

- Khách hàng có viêm gan B: đánh giá tình trạng viêm gan B mạn và tư vấn về nguy cơ bùng phát viêm gan B khi ngừng điều trị PrEP. Tư vấn chuyển điều trị viêm gan B nếu cần.

- Tư vấn giảm hành vi nguy cơ, áp dụng các biện pháp can thiệp giảm hại, sử dụng bao cao su, chất bôi trơn, tiêm chích an toàn và điều trị thay thế chất gây nghiện, nếu phù hợp.

#### 4.1.11. Khám lâm sàng trong cung cấp PrEP đường uống

**Bảng 4. Lịch khám, tái khám và các dịch vụ cần cung cấp tại mỗi lần khám theo tháng (T)**

| Dịch vụ và xét nghiệm                        | Lần đầu (T0) | T1 | T3 | T6 | T9 | T12 |
|----------------------------------------------|--------------|----|----|----|----|-----|
| Đánh giá hành vi nguy cơ                     | x            | x  | x  | x  | x  | x   |
| Xét nghiệm HIV                               | x            | x  | x  | x  | x  | x   |
| Creatinin máu                                | x            |    |    | x  |    | x   |
| HBsAg                                        | x            |    |    |    |    |     |
| Anti-HCV*                                    | x            |    |    |    |    | x   |
| Xét nghiệm các nhiễm trùng LTQĐTD thường gặp | x            |    | x  | x  | x  | x   |

|                                                                                  |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Khám, phát hiện Hội chứng nhiễm HIV cấp                                          | x | x | x | x | x | x |
| Khám lâm sàng, phát hiện, điều trị, dự phòng nhiễm trùng LTQĐTD và các bệnh khác | x |   | x | x | x | x |
| Theo dõi tác dụng không mong muốn                                                |   | x | x | x | x | x |
| Tư vấn tuân thủ điều trị                                                         | x | x | x | x | x | x |
| Kê đơn thuốc PrEP                                                                | x | x | x | x | x | x |

*Ghi chú: xét nghiệm anti-HCV, xét nghiệm phát hiện các bệnh nhiễm trùng LTQĐTD không bắt buộc phải thực hiện khi kê đơn PrEP.*

### **Lần khám đầu**

- Đánh giá nguy cơ nhiễm HIV thông qua việc sử dụng Phiếu Đánh giá nguy cơ và chỉ định điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV (Phụ lục 2).

- Thảo luận với khách hàng có nguy cơ nhiễm HIV về lợi ích của PrEP, quy định xét nghiệm HIV cùng các xét nghiệm khác khi sử dụng PrEP và mong muốn sử dụng PrEP của khách hàng.

- Xét nghiệm HIV.

- Lập bệnh án PrEP cho khách hàng có chỉ định điều trị PrEP và thực hiện:

+ Khám, phát hiện các triệu chứng của hội chứng nhiễm HIV cấp tính trong hai tuần trước đó; phát hiện nhiễm trùng LTQĐTD, viêm gan B, bệnh thận và các bệnh lý khác; khai thác về các thuốc đang sử dụng, bao gồm hoóc môn kháng định giới.

+ Khai thác về nguy cơ khách hàng bị bạo lực từ bạn tình, sử dụng rượu và các chất gây nghiện (đặc biệt trước và trong khi quan hệ tình dục).

+ Thảo luận với khách hàng về hình thức sử dụng PrEP hằng ngày hoặc tình huống, thời gian đạt được hiệu quả bảo vệ kể từ khi uống thuốc PrEP, thời gian hết hiệu quả sau khi ngừng PrEP.

+ Chỉ định thực hiện các xét nghiệm theo quy định tại Bảng 2

+ Kê đơn thuốc PrEP với số lượng tối đa là 30 ngày sử dụng. Có thể kê đơn thuốc PrEP trong khi chờ kết quả của các xét nghiệm trên, kể cả xét nghiệm creatinin.

+ Không nên kê đơn thuốc PrEP ngay trong ngày đối với các khách hàng sau dù được xác định đủ tiêu chuẩn sử dụng PrEP:

Chưa sẵn sàng sử dụng PrEP.

Có tiền sử hoặc đang có bệnh về thận hoặc các bệnh lý liên quan khác chưa được kiểm soát như tiểu đường, hoặc cao huyết áp...

Có phơi nhiễm với HIV nhưng không có các triệu chứng của nhiễm HIV cấp.

Có bệnh lý sức khỏe tâm thần dẫn đến việc không hiểu về các quy định tuân thủ điều trị khi sử dụng PrEP.

+ Tư vấn cho khách hàng khi sử dụng PrEP đường uống (như mục 4.1.7 chương này)

+ Hẹn lịch khám tiếp theo sau 01 tháng.

+ Tư vấn, giới thiệu khách hàng đến các dịch vụ can thiệp dự phòng khác nếu cần, đến khám và điều trị các chuyên khoa phù hợp nếu có các bệnh lý kèm theo.

### **Lần khám tiếp theo**

Thực hiện và ghi vào bệnh án các nội dung sau:

- Xét nghiệm HIV và các xét nghiệm khác theo quy định tại bảng 4.

- Đánh giá nguy cơ nhiễm HIV, khám phát hiện triệu chứng nhiễm HIV cấp trong thời gian từ lần khám trước đến lần khám này. Trường hợp khách hàng yêu cầu sử dụng PrEP nhưng không bộc lộ hành vi nguy cơ trong lần khám đầu tiên, cần tiếp tục tư vấn khai thác hành vi nguy cơ. Nếu khách hàng tiếp tục không thông báo về hành vi nguy cơ, cần nhắc ngừng chỉ định PrEP.

- Khám phát hiện nhiễm trùng LTQĐTD.

- Đánh giá việc tuân thủ điều trị và xử trí khi khách hàng quên thuốc nếu có.

- Tư vấn về việc sử dụng bao cao su trong khi sử dụng PrEP.

- Kê đơn thuốc ARV cho khách hàng đủ tiêu chuẩn chỉ định PrEP với số lượng sử dụng không quá 60 ngày trong lần khám thứ hai, không quá 90 ngày từ lần khám thứ ba.

- Hẹn lịch tái khám theo Bảng 4.

#### **4.1.12. Mô hình cung cấp dịch vụ PrEP**

- Dịch vụ PrEP được cung cấp tại các cơ sở y tế độc lập hoặc lồng ghép với cơ sở điều trị nhiễm HIV, cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình, nhiễm trùng LTQĐTD, dịch vụ sức khỏe tâm thần, tư vấn lạm dụng nghiện chất và các dịch vụ khác.

Trường hợp dịch vụ PrEP được cung cấp tại các cơ sở y tế độc lập, thực hiện chuyển gửi khách hàng đến các cơ sở có cung cấp các dịch vụ khác khi có nhu cầu.

- Triển khai đa dạng các mô hình cung cấp dịch vụ PrEP tại các cơ sở y tế hoặc lưu động hoặc từ xa (tele-PrEP).

#### **4.1.13. Hỗ trợ duy trì và cải thiện chất lượng dịch vụ điều trị**

- Hỗ trợ giảm tình trạng mất dấu và bỏ trị: lập danh sách khách hàng đến lĩnh thuốc, liên hệ và nhắc khách hàng lĩnh thuốc đúng hẹn, phối hợp với các nhóm cộng đồng để hỗ trợ khách hàng đến tái khám.

- Rà soát số liệu bỏ trị, mất dấu, thực hiện biện pháp cải thiện chất lượng PrEP.

### **4. 2. PrEP tiêm tác dụng kéo dài**

#### **4.2.1. Cabotegravir (CAB)**

##### **a) Hiệu quả dự phòng nhiễm HIV**

Hiệu quả bảo vệ khi sử dụng thuốc PrEP tiêm tác dụng kéo dài CAB ít nhất là 90%, có thể lên đến 92 – 95%. Tuân thủ điều trị khi dùng CAB thường tốt hơn PrEP đường uống.

##### **b) Chỉ định**

Chỉ định khi khách hàng đáp ứng đủ các tiêu chí sau:

- Khách hàng đủ tiêu chuẩn điều trị PrEP;
- Khách hàng có nguy cơ lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục;
- Từ 18 tuổi trở lên;
- Mong muốn sử dụng CAB.

Lưu ý: người nhiễm HBV có thể cân nhắc sử dụng PrEP đường uống có TDF, do TDF có tác dụng điều trị viêm gan B mạn tính.

### c) Chống chỉ định

- Không dùng cho khách hàng đang sử dụng các thuốc kháng lao như rifampicin, rifapentine hoặc các thuốc chống co giật như carbamazepine, oxcarbazepine, phenobarbital, phenytoin.
- Không dùng cho người bị bệnh gan tiến triển hoặc viêm gan cấp.

### d) Liều dùng và cách sử dụng

- Tiêm 600mg (ống 3ml) cabotegravir vào cơ mông
  - + Hai mũi đầu tiêm cách nhau 1 tháng (+/- 7 ngày). Hiệu quả bảo vệ sau 7 ngày kể từ mũi tiêm đầu tiên
  - + Các mũi tiếp theo tiêm cách nhau 2 tháng (+/- 7 ngày).

### e) Các xét nghiệm khi sử dụng CAB

- Xét nghiệm HIV (giống như PrEP đường uống). Thực hiện xét nghiệm HIV vào các thời điểm tiêm CAB và cả sau khi đã ngừng tiêm CAB.
- Xét nghiệm viêm gan B, viêm gan C, bệnh nhiễm trùng LTQĐTD (giống như PrEP đường uống)
- Xét nghiệm chức năng gan thận theo chỉ định của bác sĩ khi cần thiết.

**f) Tư vấn khi sử dụng CAB** (xem bảng 6 Nội dung tư vấn sử dụng PrEP tiêm tác dụng kéo dài)

### i) Xử trí khi khách hàng lỡ lịch tiêm CAB

**Bảng 5. Xử trí khi khách hàng lỡ lịch tiêm CAB**

| Thời gian kể từ lần tiêm cuối cùng                | Xử trí                                                     |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b><i>Đối với mũi tiêm “khởi đầu” thứ hai</i></b> |                                                            |
| ≤2 tháng                                          | Tiêm CAB càng sớm càng tốt và tiếp tục tiêm mỗi hai tháng. |
| >2 tháng                                          | Khởi động lại CAB từ đầu cho khách hàng                    |

| <b><i>Đối với mũi tiêm thứ ba và các mũi tiêm tiếp theo</i></b> |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ≤3 tháng                                                        | Tiêm CAB càng sớm càng tốt và tiếp tục tiêm mỗi hai tháng. |
| >3 tháng:                                                       | Khởi động lại CAB từ đầu cho khách hàng                    |

#### **4.2.2. Lenacapavir (LEN)**

##### **a) Hiệu quả dự phòng lây nhiễm HIV**

LEN có hiệu quả giảm nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường tình dục từ 96% đến 100% (theo các nghiên cứu được Tổ chức y tế Thế giới nêu trong hướng dẫn)

##### **b) Chỉ định**

Khi khách hàng đáp ứng đủ các tiêu chí sau:

- Đủ tiêu chuẩn điều trị PrEP;
- Chỉ cho khách hàng có nguy cơ lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục;
- Từ 18 tuổi trở lên;
- Mong muốn sử dụng LEN.

##### **Lưu ý:**

- LEN có thể chỉ định cho phụ nữ mang thai và đang cho con bú và không cần điều chỉnh liều.
- Không chống chỉ định cho người bệnh nhiễm HBV, HCV nhưng cần theo dõi chặt chẽ khi kê đơn LEN.
- Những người nhiễm HBV có thể cân nhắc sử dụng PrEP đường uống có TDF, do TDF có tác dụng điều trị viêm gan B mạn tính.

##### **c) Chống chỉ định**

- Không dùng cho khách hàng đang sử dụng các thuốc chống lao rifabutin, rifampicin, rifapentine hoặc các thuốc chống co giật như carbamazepine, phenobarbital, phenytoin.
- Không dùng cho người bị suy gan nặng.
- Không sử dụng cho người có cân nặng dưới 35 kg.

#### **d) Liều dùng và cách sử dụng**

##### **Ngày 1 (lần tiêm đầu tiên):**

- Tiêm dưới da 2 mũi, mỗi mũi chứa lenacapavir 463,5mg/1,5 ml (Tổng liều 927 mg) và:

- Uống 2 viên nén lenacapavir 300 mg (tổng liều 600 mg/1 ngày).

##### **Ngày 2:**

Uống 2 viên nén lenacapavir 300 mg (tổng liều 600 mg/1 ngày).

Tổng liều đường uống là 1200 mg trong 2 ngày (song song với mũi tiêm đầu tiên).

##### **Tiêm nhắc lại:**

Các lần tiêm tiếp theo được thực hiện mỗi 26 tuần kể từ mũi tiêm đầu tiên.

Tiêm dưới da 2 mũi, mỗi mũi chứa lenacapavir 463,5mg/1,5 ml (Tổng liều 927 mg).

#### **e) Các xét nghiệm khi sử dụng LEN**

- Xét nghiệm HIV(giống như PrEP đường uống). Thực hiện xét nghiệm HIV vào các thời điểm tiêm LEN và cả sau khi đã ngừng tiêm LEN.

- Xét nghiệm viêm gan B, viêm gan C, bệnh nhiễm trùng LTQĐTD (giống như PrEP đường uống)

- Xét nghiệm chức năng gan, thận khi cần. Không cần điều chỉnh liều ở những người có suy thận với độ thanh thải creatinin  $\geq 15$  mL/phút.

#### **f) Tư vấn khi sử dụng LEN**

Xem bảng 6 Nội dung tư vấn sử dụng PrEP tiêm tác dụng kéo dài.

**Bảng 6: Nội dung tư vấn sử dụng PrEP tiêm tác dụng kéo dài**

|                           | <b>Nội dung tư vấn</b>                                 |
|---------------------------|--------------------------------------------------------|
| Tư vấn về hiệu quả bảo vệ | Hiệu quả bảo vệ sau 7 ngày kể từ mũi tiêm CAB đầu tiên |
| Tư vấn tuân thủ điều trị  | Thông báo lịch tiêm thuốc, tư vấn KH đến đúng hẹn      |

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tư vấn về tác dụng không mong muốn (TDKMM) của thuốc | Các TDKMM của thuốc có thể gặp từ nhẹ đến trung bình tại vị trí tiêm; các tác dụng không mong muốn khác thường nhẹ hoặc trung bình và tự khỏi trong vòng một tháng. Nếu gặp tác dụng phụ nặng cần thông báo và đến ngay cơ sở điều trị PrEP.                                                                                                                                                                                                                                             |
| Tư vấn về tương tác thuốc                            | Tương tác thuốc giữa CAB hoặc LEN và các thuốc khách hàng đang sử dụng (nếu có).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tư vấn về các biện pháp dự phòng khác                | Khách hàng cần sử dụng bao cao su, chất bôi trơn trong quan hệ tình dục để phòng các bệnh nhiễm trùng LTQĐTD vì PrEP đường tiêm không phòng ngừa được các bệnh này.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tư vấn khi ngừng thuốc                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Xét nghiệm HIV mỗi ba tháng trong vòng 12 tháng kể từ khi ngừng tiêm.</li> <li>- Sau 8 tuần (đối với CAB), 6 tháng (đối với LEN), do nồng độ của thuốc giảm dưới ngưỡng bảo vệ. Nếu khách hàng vẫn còn hành vi nguy cơ: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tư vấn cho khách hàng các biện pháp để giảm nguy cơ nhiễm HIV;</li> <li>+ Chuyển sang dùng hình thức PrEP khác hoặc sử dụng các biện pháp dự phòng khác</li> </ul> </li> </ul> |
| Tư vấn chuyển gửi                                    | Giới thiệu các dịch vụ sức khỏe sinh sản, chuyển gửi đến các dịch vụ sức khỏe tâm thần và các chương trình giảm tác hại khi cần thiết.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### i) Xử trí lỗi lịch tiêm LEN

**Bảng 7. Xử trí lỗi lịch tiêm LEN**

| Thời gian kể từ lần tiêm cuối cùng                        | Xử trí |
|-----------------------------------------------------------|--------|
| <i>Đối với mũi tiêm thứ hai và các mũi tiêm tiếp theo</i> |        |

|          |                                                          |
|----------|----------------------------------------------------------|
| ≤28 tuần | Tiêm LEN càng sớm càng tốt và tiếp tục tiêm mỗi 26 tuần. |
| >28 tuần | Khởi động lại LEN từ đầu cho khách hàng                  |

## 5. Chuyển đổi giữa các hình thức sử dụng PrEP

Có thể chuyển đổi sang hình thức sử dụng PrEP khác khi khách hàng vẫn còn nguy cơ lây nhiễm HIV và xét nghiệm HIV âm tính. Các bác sỹ nên phán đoán lâm sàng để đảm bảo an toàn cho khách hàng khi chuyển đổi sang hình thức PrEP khác.

**Bảng 8. Chuyển đổi các hình thức PrEP**

| Chuyển đổi hình thức PrEP        | Thực hành lâm sàng                                                              |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PrEP uống chuyển sang CAB</b> | Tiếp tục PrEP đường uống 7 ngày liên tục sau tiêm mũi CAB đầu tiên <sup>1</sup> |
| <b>PrEP uống chuyển sang LEN</b> | Có thể ngừng PrEP đường uống ngay sau khi tiêm mũi LEN đầu tiên.                |
| <b>CAB chuyển sang PrEP uống</b> | Bắt đầu PrEP đường uống 8 tuần sau mũi tiêm CAB cuối cùng <sup>2</sup>          |
| <b>LEN chuyển sang PrEP uống</b> | Bắt đầu PrEP đường uống 26 tuần sau mũi tiêm LEN cuối cùng <sup>3</sup>         |

<sup>1</sup>CAB có hiệu quả bảo vệ sau 7 ngày kể từ mũi tiêm đầu tiên.

<sup>2</sup>CAB: sau khi ngừng tiêm, nồng độ CAB vẫn còn tồn tại trong huyết thanh 12 tháng (đuôi được động học). Hiệu quả bảo vệ chỉ duy trì khoảng 8 tuần sau mũi tiêm cuối cùng. Vì vậy cần chuyển sang PrEP đường uống 8 tuần sau mũi CAB cuối cùng.

<sup>3</sup>LEN: sau khi ngừng tiêm, nồng độ LEN vẫn còn tồn tại trong huyết thanh 12 tháng (đuôi được động học). Hiệu quả bảo vệ chỉ duy trì khoảng 6 tháng sau mũi tiêm cuối cùng. Vì vậy cần bắt đầu PrEP đường uống 26 tuần sau mũi tiêm LEN cuối cùng.

## II. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG SAU PHƠI NHIỄM VỚI HIV

Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV (PEP) là dùng thuốc kháng HIV (thuốc ARV) cho những người bị phơi nhiễm với HIV. Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm cần được thực hiện càng sớm càng tốt, tốt nhất trong vòng 24 giờ và không muộn hơn 72 giờ sau phơi nhiễm. Phơi nhiễm có thể xảy ra trong môi trường nghề nghiệp và ngoài môi trường nghề nghiệp.

## **1. Các dạng phơi nhiễm**

Phơi nhiễm với HIV là việc tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc dịch sinh học của người nhiễm HIV. Trường hợp dùng chung bơm kim tiêm và hoặc quan hệ tình dục không an toàn với người có nguy cơ cao nhiễm HIV hoặc không rõ tình trạng nhiễm HIV có thể được xem như phơi nhiễm với HIV.

Các dạng phơi nhiễm thường gặp:

- Kim đâm xuyên da khi làm thủ thuật, tiêm truyền, lấy máu làm xét nghiệm, chọc dò;
- Vết thương do dao mổ và các dụng cụ sắc nhọn khác có dính máu hoặc dịch sinh học của người bệnh.
- Tổn thương qua da do ống đựng máu hoặc dịch của người bệnh bị vỡ đâm vào.
- Máu, chất dịch cơ thể của người bệnh dính vào các vùng da bị tổn thương hoặc niêm mạc (mắt, mũi, họng).
- Sử dụng chung bơm kim tiêm đối với người nghiện chích ma túy.
- Quan hệ tình dục với người nhiễm HIV hoặc người không rõ tình trạng HIV hoặc bị hiếp dâm, cưỡng dâm.

Phân loại phơi nhiễm với HIV: có 2 loại gồm:

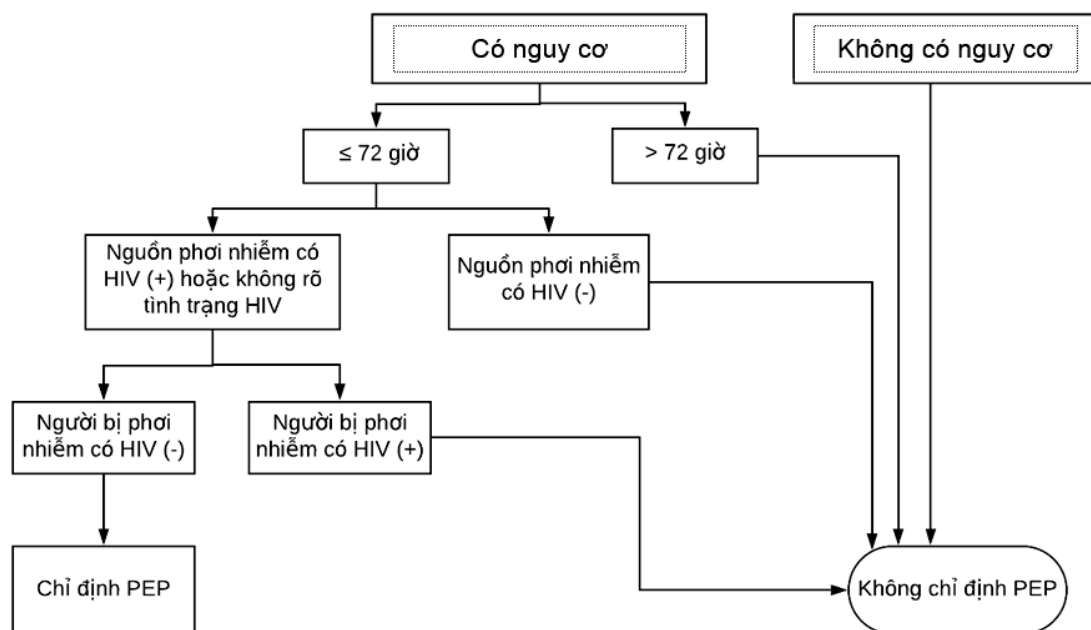
- Phơi nhiễm trong môi trường nghề nghiệp là phơi nhiễm xảy ra trong quá trình thực thi nhiệm vụ.
- Phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp là phơi nhiễm xảy ra không liên quan đến nghề nghiệp.

## **2. Chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV (PEP)**

Chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV thực hiện theo sơ đồ 4.

Không chỉ định PEP cho các trường hợp sau:

- Người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV
- Nguồn gây phơi nhiễm được khẳng định là HIV âm tính.
- Phơi nhiễm với các dịch cơ thể không có nguy cơ lây nhiễm như nước mắt, dịch nước bọt, nước tiểu và mồ hôi.
- Có phơi nhiễm liên tục với HIV như quan hệ tình dục thường xuyên với người nhiễm HIV hoặc gái mại dâm nhưng hiếm khi sử dụng bao cao su; người nghiện chích ma túy thường xuyên sử dụng chung bơm kim tiêm.



Sơ đồ 3: Chỉ định điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV

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

Phác đồ điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV và thời gian điều trị xem Bảng 9.

Liều lượng của từng loại thuốc ARV điều trị dự phòng sau phơi nhiễm tương tự như liều điều trị ARV cho người nhiễm HIV (xem tại phụ lục 2)

**Bảng 9: Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV**

| Đối tượng          | Phác đồ thuốc ARV                                                                                                                                                                                                                                              | Thời gian        |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Người trên 10 tuổi | <b>Phác đồ ưu tiên:</b><br>TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG<br><b>Phác đồ thay thế:</b> có thể sử dụng một trong các phác đồ dưới đây:<br>TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r<br>TDF + 3TC (hoặc FTC) + RAL<br>TDF + 3TC (hoặc FTC) + DRV/r<br>TDF + 3TC (hoặc FTC) + ATV/r | 28 ngày liên tục |
| Trẻ em ≤ 10 tuổi   | <b>Phác đồ ưu tiên:</b>                                                                                                                                                                                                                                        |                  |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>ABC + 3TC + DTG</p> <p><b>Phác đồ thay thế:</b> có thể sử dụng một trong các phác đồ dưới đây:</p> <p>AZT + 3TC + DTG</p> <p><b>TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG</b></p> <p><i>Ghi chú : DTG có thể thay bằng ATV/r hoặc DRV/r hoặc LPV/r hoặc RAL</i></p> |  |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

#### 4. Quy trình xử trí sau phơi nhiễm

##### ***Bước 1: Xử lý vết thương tại chỗ***

- Tổn thương da chảy máu: rửa ngay vết thương dưới vòi nước sạch bằng xà phòng. Để vết thương tự chảy máu trong một thời gian ngắn, không nặn bóp vết thương.
- Phơi nhiễm qua niêm mạc mắt: rửa mắt bằng nước cất hoặc nước muối NaCl 0,9% liên tục trong 5 phút. Dùng vòi rửa mắt khẩn cấp (nếu có).
- Phơi nhiễm qua niêm mạc miệng, mũi: rửa mũi hoặc nhỏ mũi bằng nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9 %, súc miệng bằng dung dịch NaCl 0,9 % nhiều lần.

##### ***Bước 2: Báo cáo người phụ trách và làm biên bản (chỉ áp dụng với phơi nhiễm do nghề nghiệp)***

- Ghi đầy đủ các thông tin yêu cầu trong Hồ sơ phơi nhiễm.
- Nêu rõ ngày giờ, hoàn cảnh xảy ra, đánh giá vết thương, mức độ nguy cơ của phơi nhiễm. Lấy chữ ký của người chứng kiến và chữ ký của người phụ trách.

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

- Phơi nhiễm có nguy cơ: phơi nhiễm qua đường máu, qua da có vết thương hoặc trầy xước, hoặc qua đường niêm mạc (từ tinh dịch, dịch âm đạo, dịch trực tràng, sữa mẹ hoặc bất kỳ dịch nào của cơ thể có chứa lượng máu nhìn thấy được). Vị trí bị phơi nhiễm có thể là vùng da bị tổn thương, âm đạo, trực tràng, mắt, miệng hoặc niêm mạc. Tổn thương càng rộng và sâu thì nguy cơ phơi nhiễm HIV càng cao.
- Phơi nhiễm không có nguy cơ: là phơi nhiễm với nước tiểu, dịch nôn, nước bọt, dịch mồ hôi hoặc nước mắt nếu không chứa một lượng máu có thể nhìn

thấy được. Trường hợp máu và dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành thì không có nguy cơ lây nhiễm HIV.

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

Trường hợp không xác định được người gây phơi nhiễm là người nhiễm HIV thì cần làm xét nghiệm HIV cho người gây phơi nhiễm ngay nếu có thể.

Trường hợp không thể xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm được coi là có nguy cơ nhiễm HIV và ghi rõ trong biên bản.

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

- Tư vấn xét nghiệm HIV ngay theo quy định. Có thể xét nghiệm anti-HCV và HBsAg.

- Nếu xét nghiệm HIV dương tính: người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV từ trước; tư vấn điều trị ARV ngay.

#### ***Bước 6: Tư vấn cho người bị phơi nhiễm***

##### ***Nội dung tư vấn:***

- Nguy cơ nhiễm HIV và vi rút viêm gan B, C.

- Lợi ích của điều trị dự phòng sau phơi nhiễm và tác dụng không mong muốn của thuốc ARV.

- Tư vấn tuân thủ điều trị và hỗ trợ tâm lý đặc biệt với các trường hợp bị hiếp dâm.

- Với phụ nữ và trẻ gái vị thành niên, tư vấn thử thai và uống thuốc tránh thai khẩn cấp càng sớm càng tốt trong 5 ngày đầu kể từ khi bị phơi nhiễm qua đường tình dục.

- Trong quá trình điều trị dự phòng nếu xuất hiện triệu chứng của nhiễm HIV cấp: sốt, phát ban, nôn, thiếu máu, nổi hạch... cần thông báo và đến ngay cơ sở điều trị.

Tư vấn về dự phòng lây nhiễm HIV cho người khác: người bị phơi nhiễm có thể làm lây truyền HIV cho người khác dù xét nghiệm HIV âm tính (thời kỳ cửa sổ), vì vậy cần phải thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm. Tư vấn về việc không được hiến máu, quan hệ tình dục/tiêm chích an toàn, không cho con bú...cho đến khi loại trừ được tình trạng nhiễm HIV.

- Trường hợp không cần dùng PEP, người bị phơi nhiễm cần được tư vấn về việc hạn chế nguy cơ bị phơi nhiễm HIV trong tương lai. Dù không phải làm xét

nghiệm HIV nhưng có thể xem xét nếu người bị phơi nhiễm mong muốn được xét nghiệm.

### ***Bước 7: Kế đơn thuốc PEP cho 28 ngày***

Kế đơn thuốc ARV để điều trị dự phòng cho khách hàng đủ dùng liên tục trong 28 ngày.

*Lưu ý :*

- Bắt đầu cho khách hàng uống PEP càng sớm càng tốt, trước khi xét nghiệm HIV.
- Không chờ đợi xác nhận tình trạng HIV của nguồn phơi nhiễm/người bị phơi nhiễm trước khi bắt đầu PEP.
- + Ngừng PEP trong trường hợp: 1) Nguồn phơi nhiễm được xác nhận là âm tính; 2) Phơi nhiễm qua quan hệ tình dục và nguồn phơi nhiễm có tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện;
- + Người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV từ trước: chuyển điều trị ARV.
- Không trì hoãn PEP để báo cáo hoặc để thực hiện các thủ tục pháp lý.

### **5. Kế hoạch theo dõi**

- Theo dõi tác dụng phụ của ARV: không ngừng điều trị khi có tác dụng phụ nhẹ và thoáng qua. Nếu có các tác dụng phụ nặng, chuyển đến cơ sở y tế ngay.
- Hỗ trợ tâm lý trong quá trình điều trị PEP.
- Xét nghiệm lại HIV sau 01 tháng và 03 tháng kể từ khi phơi nhiễm.
- Tư vấn và chỉ định PrEP cho các trường hợp có các yếu tố nguy cơ tái diễn, sau khi kết thúc điều trị PEP và xét nghiệm HIV âm tính

### Chương 3.

## ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV)

### I. CÁC NHÓM THUỐC ARV VÀ CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG

#### 1. Vòng đời của HIV và tác động của các nhóm thuốc ARV

HIV là một loại retrovirus, chỉ có thể nhân lên sau khi xâm nhập vào tế bào T CD4 của người. Bằng cách sử dụng nhiều loại protein, HIV gắn vào các thụ thể trên tế bào CD4, sau đó hòa màng và đi vào trong tế bào để bắt đầu quá trình nhân lên.

Tiếp đó, enzym phiên mã ngược (reverse transcriptase) chuyển RNA của virus thành DNA, rồi enzym tích hợp (integrase) chèn DNA này vào bộ gen của tế bào CD4. DNA virus sau đó được sử dụng để tạo ra protein và RNA của virus, hình thành tiền virus (provirus). Các thành phần này lắp ráp thành các hạt virus chưa trưởng thành, nảy chồi ra khỏi tế bào và được enzym protease của virus xử lý để trở thành HIV trưởng thành có khả năng gây nhiễm sang các tế bào CD4 khác.

Vòng đời của HIV khi xâm nhập vào tế bào CD4 và tác động của nhóm thuốc ARV được mô tả trong Bảng 10.

**Bảng 10. Vòng đời của HIV khi xâm nhập vào tế bào CD4 và tác động của nhóm thuốc ARV**

| Giai đoạn                                    | Diễn tiến trong tế bào CD4                                                                                       | Nhóm thuốc ARV tác dụng/mục tiêu                                                                                              |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. HIV gắn và xâm nhập vào tế bào CD4        | HIV liên kết với thụ thể CD4 và đồng thụ thể (CCR5 hoặc CXCR4), sau đó hòa màng để đưa vật liệu virus vào tế bào | Thuốc ức chế xâm nhập/ức chế gắn/hợp nhất (entry inhibitors, fusion inhibitors, CCR5 antagonists, post-attachment inhibitors) |
| 2. HIV RNA chuyển thành DNA (phiên mã ngược) | Enzym reverse transcriptase chuyển ARN virus thành ADN, gồm các bước sao chép và xử lý mạch kép                  | NRTI (thuốc ức chế phiên mã ngược nucleoside/nucleotide) và NNRTI (thuốc ức chế phiên mã ngược không nucleoside)              |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                |                                                                       |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 3. Chèn ADN virus vào ADN tế bào chủ              | Enzym integrase của HIV chèn ADN virus (provirus) vào hệ gen tế bào CD4                                                                                                                        | Thuốc ức chế integrase (INSTI — Integrase Strand Transfer Inhibitors) |
| 4. Sinh sản, lắp ráp và phóng thích hạt virus mới | ADN đã nhập vào gen tế bào chủ được phiên mã thành RNA virus và mRNA mã hóa protein; các protein virus lắp ráp, sau đó enzym protease cắt và tạo ra virus trưởng thành, rồi “nảy chồi” tế bào. | Thuốc ức chế protease (Protease Inhibitors — PI / boosted PI)         |

Các nhóm thuốc ARV điều trị nhiễm HIV tác động bằng cách ức chế những bước nhất định trong quá trình xâm nhập và nhân lên của HIV.

Hiện nay có 5 nhóm thuốc ARV chính, bao gồm:

**NRTI** – Thuốc ức chế enzym phiên mã ngược nucleos(t)id

**NNRTI** – Thuốc ức chế enzym phiên mã ngược không nucleosid

**PI** – Thuốc ức chế protease

**INSTI** – Thuốc ức chế enzym integrase (ức chế giai đoạn chuyển sợi)

**Thuốc ức chế capsid**

Ngoài ra còn có nhóm thuốc kháng HIV ngăn chặn quá trình vi rút xâm nhập vào tế bào CD4 (gọi chung là Thuốc ức chế xâm nhập – Entry Inhibitors). Nhóm này ít được sử dụng, bao gồm 4 nhóm sau:

**Thuốc đối kháng CCR5**

**Thuốc ức chế hòa màng** (fusion inhibitors)

**Thuốc ức chế gắn kết** (gắn vào gp120)

**Thuốc ức chế sau khi gắn kết** (tác động vào CD4)

Tại Việt Nam, hiện đang sử dụng 4 nhóm thuốc ARV. Cơ chế tác động và tóm tắt các thuốc thường dùng trong từng nhóm được trình bày tại Bảng 11.

**Bảng 11. Các nhóm thuốc kháng HIV (ARV) theo cơ chế tác động**

| Nhóm thuốc                                                                                                   | Cơ chế tác động                                                                                                                                      | Danh mục thuốc thường dùng                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. NRTI – Nucleos(t)ide Reverse Transcriptase Inhibitors (Ức chế men sao chép ngược dạng nucleos(t)id)       | NRTIs là các chất tương tự nucleoside và nucleotide. NRTIs ức chế sự nhân lên của virus bằng cách gắn cạnh tranh với enzym phiên mã ngược của virus. | TDF, AZT (ZDV), 3TC, ABC, FTC, TAF                                                                                                                                       |
| 2. NNRTI – Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (Ức chế men sao chép ngược dạng non-nucleos(t)id) | NNRTIs không phải là các chất tương tự nucleoside và nucleotide nhưng chúng cũng ức chế enzym phiên mã ngược.                                        | EFV, NVP, RPV                                                                                                                                                            |
| 3. PI – Protease Inhibitors (Ức chế protease)                                                                | Ức chế men protease, ngăn tạo protein HIV trưởng thành.                                                                                              | ATV, DRV, LPV, RTV (trong đó thuốc RTV được sử dụng với các thuốc ARV khác trong nhóm để tăng cường hiệu quả của các thuốc này. Việc phối hợp này được viết tắt là PI/r) |
| 4. INSTI – Integrase Strand Transfer Inhibitors                                                              | Ngăn chặn quá trình HIV DNA (được tạo ra bởi enzym phiên mã ngược) hòa nhập vào DNA của tế bào CD4.                                                  | DTG, RAL, CAB                                                                                                                                                            |

## 2. Nguyên tắc phối hợp các nhóm thuốc

Các phác đồ ARV kết hợp ba loại thuốc điều trị HIV thuộc ít nhất hai nhóm khác nhau là nguyên tắc nền tảng trong điều trị HIV. Liệu pháp phối hợp này giúp ức

chế quá trình nhân lên của HIV hiệu quả hơn và giảm nguy cơ HIV phát triển tình trạng kháng thuốc. Các phác đồ này được chỉ định cho hầu hết các trường hợp điều trị ARV. Sự phối hợp thuốc trong một phác đồ được thực hiện theo công thức sau:

2 NRTIs + INSTI

2 NRTIs + NNRTI

2 NRTIs + PI/r (PI tăng cường)

## **II. ĐIỀU TRỊ ARV**

### **1. Mục đích của điều trị**

- Ưc chế tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể;
- Phục hồi hệ thống miễn dịch.

### **2. Lợi ích của điều trị**

- Giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV;
- Dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích); dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Khi người bệnh điều trị ARV đạt tải lượng HIV < 200 bản sao/mL và tuân thủ điều trị sẽ không làm lây truyền HIV cho bạn tình qua đường tình dục (K=K).

### **3. Nguyên tắc điều trị**

- Điều trị ARV ngay khi người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV;
- Các thuốc ARV trong phác đồ được phối hợp đúng cách;
- Đảm bảo tuân thủ điều trị hàng ngày, liên tục, suốt đời.

### **4. Chuẩn bị trước điều trị ARV**

- Khám phát hiện bệnh nhiễm trùng cơ hội, bệnh đồng nhiễm (lao, viêm gan B, viêm gan C...) và các bệnh không lây nhiễm.
- Đánh giá giai đoạn lâm sàng và xét nghiệm CD4 để xác định bệnh HIV tiến triển. Không trì hoãn điều trị ARV trong khi chờ đợi kết quả xét nghiệm CD4 sau khi đã loại trừ viêm màng não do *cryptococcus* và lao màng não
- Thực hiện xét nghiệm theo hướng dẫn tại Bảng 13.
- Đánh giá tương tác thuốc để chỉ định phác đồ ARV hoặc điều chỉnh liều;

- Tư vấn về lợi ích, sự cần thiết về tuân thủ điều trị, tác dụng không mong muốn cho người bệnh, người chăm sóc, đặc biệt là người chăm sóc trẻ;
- Thông báo cho người bệnh, người chăm sóc về quy trình điều trị và các xét nghiệm cần thiết khi bắt đầu điều trị và theo dõi điều trị ARV;
- Tư vấn và giới thiệu người bệnh đến các dịch vụ can thiệp giảm hại phù hợp;
- Tư vấn về xét nghiệm HIV cho vợ/chồng/bạn tình/bạn chích, con của mẹ nhiễm HIV, anh/chị/em của trẻ nhiễm HIV;
- Tư vấn hỗ trợ bộc lộ tình trạng nhiễm HIV đối với trẻ em có sự tham gia của người chăm sóc;
- Trường hợp người bệnh chưa sẵn sàng điều trị cần tiếp tục tư vấn điều trị ARV cho người bệnh..

## 5. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV

- Tất cả người nhiễm HIV không phụ thuộc giai đoạn lâm sàng, số lượng tế bào CD4.
- Trẻ dưới 18 tháng tuổi có kết quả xét nghiệm NAT lần một dương tính hoặc có kháng thể kháng HIV dương tính đồng thời có biểu hiện bệnh HIV tiến triển. Ngay lập tức điều trị ARV khi trẻ được xác định không nhiễm HIV.
- Phụ nữ mang thai: thực hiện theo Hướng dẫn điều trị cho phụ nữ mang thai và sau sinh tại mục X chương này.

## 6. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV

Hầu hết người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV nên bắt đầu điều trị ARV càng sớm càng tốt sau khi được đánh giá tình trạng lâm sàng và sẵn sàng điều trị ARV.

Thời điểm bắt đầu điều trị ARV và một số trường hợp cần trì hoãn điều trị ARV được trình bày trong Bảng 12

**Bảng 12. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV**

| Đối tượng, tình trạng lâm sàng                                                                              | Thời điểm bắt đầu điều trị ARV                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Người nhiễm HIV mọi lứa tuổi không có triệu chứng của bệnh lao, không có triệu chứng của bệnh viêm màng não | Điều trị ARV càng sớm càng tốt, tốt nhất là điều trị ARV trong cùng ngày có kết quả xét nghiệm HIV dương tính (gọi là điều trị ARV trong ngày) ngay khi người bệnh sẵn sàng điều trị ARV. |

|                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Người nhiễm HIV mọi lứa tuổi nghi ngờ mắc bệnh lao (trừ trường hợp nghi ngờ lao màng não) | Điều trị ARV ngay sau khi đánh giá tình trạng lâm sàng và sự sẵn sàng điều trị của người bệnh. Đồng thời, thực hiện ngay chẩn đoán lao trong vòng 7 ngày sau khi bắt đầu điều trị ARV.<br><br>Điều trị bệnh lao nếu người bệnh được chẩn đoán mắc lao. |
| Người nhiễm HIV mọi lứa tuổi đang điều trị bệnh lao (bao gồm cả lao đa kháng thuốc)       | Bắt đầu điều trị ARV càng sớm càng tốt trong vòng hai tuần sau bắt đầu điều trị lao với bất kỳ số lượng tế bào CD4 nào.                                                                                                                                |
| Người nhiễm HIV mọi lứa tuổi bị lao màng não xác định bằng lâm sàng hoặc xét nghiệm       | Trì hoãn điều trị ARV ít nhất 4 tuần và bắt đầu điều trị ARV trong vòng từ 4 đến 8 tuần sau khi bắt đầu điều trị lao màng não. Nên điều trị bổ sung corticosteroid cho trường hợp lao màng não.                                                        |
| Người nhiễm HIV được chẩn đoán mắc bệnh lao nhưng chưa điều trị ARV và chưa điều trị lao  | Điều trị lao trước, sau đó điều trị ARV trong vòng hai tuần đầu của điều trị lao.                                                                                                                                                                      |
| Người nhiễm HIV bị viêm màng não do <i>cryptococcus</i>                                   | Điều trị ARV sau 4-6 tuần điều trị <i>cryptococcus</i> .                                                                                                                                                                                               |
| Người nhiễm HIV bị mắc bệnh nấm <i>histoplasma</i>                                        | Điều trị ARV cần được bắt đầu càng sớm càng tốt ở những người bị bệnh <i>histoplasma</i> lan tỏa nếu không nghi ngờ hoặc đã loại trừ tổn thương hệ thần kinh trung ương.                                                                               |
| Nghi ngờ nhiễm toxoplasma ở hệ thần kinh trung ương.                                      | Trì hoãn điều trị ARV sau 10-14 ngày điều trị nhiễm toxoplasma                                                                                                                                                                                         |

## 7. Xét nghiệm khi bắt đầu và trong khi điều trị ARV

**Bảng 13. Xét nghiệm khi bắt đầu và trong khi điều trị ARV**

| Xét nghiệm | Thời điểm đăng ký điều trị ARV | Sau 6 tháng điều trị ARV | Sau 12 tháng điều trị ARV | Lưu ý |
|------------|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------|
|            |                                |                          |                           |       |

|                         |   |                                                                                                                                    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CD4                     | x | x                                                                                                                                  | x | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Xét nghiệm CD4 6 tháng một lần nếu không làm được tải lượng HIV (TL HIV) thường quy.</li> <li>- Xét nghiệm CD4 nếu điều trị lại hoặc có thất bại điều trị.</li> <li>- Ngừng xét nghiệm CD4 khi người bệnh điều trị ARV ổn định và thực hiện được xét nghiệm tải lượng HIV</li> </ul> |
| Công thức máu toàn phần | x | Nếu sử dụng phác đồ có AZT: Xét nghiệm 6 – 12 tháng một lần hoặc nghi ngờ thiếu máu.<br>Các phác đồ khác: khi có chỉ định lâm sàng |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Creatinin               | x | Nếu sử dụng phác đồ có TDF: Xét nghiệm 6 – 12 tháng một lần hoặc nghi ngờ có tổn thương thận (tính mức lọc cầu thận)*.             |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ALT/AST                 | x | x                                                                                                                                  | x | Xét nghiệm 6 tháng một lần hoặc khi nghi ngờ tổn thương gan                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Lipid máu, đường máu    |   | x                                                                                                                                  | x | Xét nghiệm 6 tháng một lần                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| CrAg                    | x |                                                                                                                                    |   | Xét nghiệm trước điều trị ARV ở người nhiễm HIV $\geq 10$ tuổi và CD4 < 200 tế bào/mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                            |
| HBsAg                   | x |                                                                                                                                    |   | Xét nghiệm lại HBsAg khi chuyển sang phác đồ không có TDF nếu chưa xét nghiệm HBsAg trước đó hoặc xét nghiệm trước đó âm tính.                                                                                                                                                                                                |
| Anti-HCV                | x |                                                                                                                                    | x | Xét nghiệm mỗi năm một lần cho đối tượng có nguy cơ cao và có anti - HCV âm tính trước đó.                                                                                                                                                                                                                                    |
| Chụp X – quang ngực     | X |                                                                                                                                    | X | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tại thời điểm đăng ký điều trị ARV, điều trị lại, hoặc thất bại điều trị ARV.</li> <li>- Định kỳ hằng năm hoặc khi nghi ngờ có bệnh lý phổi.</li> </ul>                                                                                                                              |
| Tải lượng HIV           |   | x                                                                                                                                  | x | a) Thực hiện xét nghiệm tải lượng HIV tại các thời điểm:                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                                                                                      |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (Áp dụng đối với trường hợp bắt đầu điều trị ARV, điều trị lại và thất bại điều trị) |  |  |  | <p>6 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV.</p> <p>12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV.</p> <p>Sau đó: định kỳ mỗi năm 1 lần.</p> <p>Khi điều trị ARV lại.</p> <p>Khi nghi ngờ thất bại điều trị ARV.</p> <p>b) Trường hợp không thực hiện được đúng mốc thời gian trên → tiến hành xét nghiệm sớm nhất có thể.</p> <p>c) Khoảng cách tối thiểu giữa 2 lần xét nghiệm liên tiếp: <math>\geq 6</math> tháng, trừ phụ nữ mang thai và người đang được theo dõi thất bại điều trị hoặc điều trị lại nhiều lần.</p> <p>d) Phụ nữ mang thai: thực hiện theo hướng dẫn tại Mục 8.4.1. Chương này Điều trị ARV mẹ.</p> <p>đ) Xét nghiệm tải lượng HIV để xác định thất bại điều trị: thực hiện theo Sơ đồ 4.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Lưu ý:*

*\* Thời điểm đăng ký điều trị ARV được xác định trong vòng 4 tuần trước hoặc 4 tuần sau ngày đăng ký điều trị. Có thể bắt đầu điều trị ARV mà không cần chờ kết quả xét nghiệm.*

*\*\* Với các xét nghiệm định kỳ 6–12 tháng/lần: nếu không thực hiện được đúng thời điểm quy định, cần làm sớm nhất có thể sau đó.*

*\*\*\* Đánh giá mức độ suy thận dựa vào ước tính độ thanh thải creatinine:*

- Đối với người lớn sử dụng công thức Cockcroft-Gault (CG):

$$eGFR = \frac{(140 - \text{tuổi}) \times (\text{cân nặng theo kg}) \times 0,85 \text{ (nếu là nữ)}}{72 \times \text{Creatinin huyết thanh tính bằng mg\%}}$$

Quy đổi creatinin huyết thanh: 1 mg% = 88,4  $\mu\text{mol/l}$ .

*Hoặc tra cứu trên trang web <https://www.mdcalc.com/>*

hoặc tại App MDcalc Medical Calculator.

- Đối với trẻ em sử dụng công thức Schwartz:

$$GFR = \frac{8 \times \text{chiều cao (cm)}}{\text{Creatinin huyết thanh tính bằng mg\%}}$$

**Nhóm tuổi (S) được tính như sau**

|                             |      |
|-----------------------------|------|
| Trẻ sinh nhẹ cân, < 1 tuổi: | 0,33 |
| Trẻ đủ cân, < 1 tuổi:       | 0,45 |
| Trẻ từ 1 – 12 tuổi:         | 0,55 |
| Trẻ gái từ 13 – 17 tuổi:    | 0,55 |
| Trẻ trai từ 13 – 17 tuổi:   | 0,7  |

**Chuyển đổi đơn vị creatinin huyết thanh:** 1 mg% (mg/dL) x 88,4 =  $\mu$ mol/l.

## 8. Phác đồ ARV

### 8.1. Đối với người bắt đầu điều trị ARV

#### 8.1.1. Người bắt đầu điều trị ARV và chưa từng sử dụng thuốc ARV trước đó

Các phác đồ ARV cho người bắt đầu điều trị ARV chi tiết tại Bảng 14

**Bảng 14. Các phác đồ ARV cho người bắt đầu điều trị ARV**

| Đối tượng                                                             | Phác đồ chỉ định                                                              | Lưu ý                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Phác đồ kết hợp nhóm 2NRTIs và INSTI</b>                        |                                                                               |                                                                                                                                                                       |
| Người nhiễm HIV trưởng thành, vị thành niên, trẻ 10 tuổi và em >30kg. | TDF <sup>1</sup> (hoặc TAF <sup>2</sup> ) + 3TC (hoặc FTC) + DTG <sup>1</sup> | Sử dụng DTG cho phụ nữ và nữ vị thành niên trong độ tuổi sinh đẻ: Tư vấn về hiệu quả điều trị của DTG, nguy cơ dị tật ống thần kinh có thể gặp nhưng rất hiếm. Kê đơn |

|                                                   |                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   |                                    | <p>khi người bệnh đồng ý lựa chọn DTG.</p> <p>Trường hợp người bệnh mắc bệnh lao, tăng liều DTG.</p> <p>Tenofovir (TDF hoặc TAF) được chỉ định cho các trường hợp đồng nhiễm HIV/viêm gan B.</p> |
| Trường hợp trẻ em dưới 10 tuổi và hoặc dưới 30 kg | ABC <sup>3</sup> + 3TC + DTG       | <p>Chỉ sử dụng DTG cho trẻ từ 4 tuần tuổi và nặng từ 3 kg trở lên.</p> <p>Trường hợp không sử dụng được ABC có thể sử dụng TAF theo nhóm tuổi và liều lượng được phê duyệt.</p>                  |
| Đối với trẻ sơ sinh (dưới 4 tuần tuổi)            | AZT (hoặc ABC) + 3TC + RAL         | Trẻ sơ sinh bắt đầu điều trị ARV với phác đồ có RAL phải đổi thành DTG sớm nhất có thể (từ 4 tuần tuổi trở lên và nặng trên 3 kg trở lên).                                                       |
| <b>2. Phác đồ kết hợp 2NTIs và NNRTI</b>          |                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| Đối với người trưởng thành, vị thành niên         | TDF + 3TC + EFV                    | <p>Sử dụng phác đồ này khi không có thuốc thuộc nhóm INSTI.</p> <p>Ưu tiên sử dụng thuốc EFV liều 400mg.</p>                                                                                     |
|                                                   | AZT + 3TC + EFV                    | Sử dụng khi không sử dụng được TDF hoặc TAF.                                                                                                                                                     |
| Đối với trẻ em                                    | Sử dụng một trong hai phác đồ sau: | EFV chỉ sử dụng cho trẻ trên 3 tuổi                                                                                                                                                              |

|                                                                            |                                                          |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                            | ABC + 3TC + EFV (hoặc NVP)<br>AZT + 3TC + EFV (hoặc NVP) |                                                                                         |
| Đối với trẻ sơ sinh                                                        | AZT+3TC+NVP                                              |                                                                                         |
| <b>3. Phác đồ kết hợp nhóm 2NNTIs và PI/r<sup>4</sup> (PI tăng cường).</b> |                                                          |                                                                                         |
| Đối với người trưởng thành, vị thành niên                                  | TDF + 3TC (hoặc FTC) +PI/r                               | Sử dụng phác đồ này khi không có thuốc thuộc INSTI hoặc NNRTIs                          |
| Đối với trẻ em                                                             | AZT + 3TC + LPV/r                                        | Sử dụng phác đồ này khi không có hoặc không dùng được ABC và không có thuốc thuộc INSTI |
| Đối với trẻ sơ sinh                                                        | AZT+3TC+LPV/r                                            | Si-rô hoặc dạng hạt LPV/r chỉ có thể dùng cho trẻ sau 2 tuần tuổi.                      |

**Lưu ý:**

1. Trường hợp người bệnh suy giảm chức năng thận thì: (1) ưu tiên sử dụng TAF hoặc ABC; (2) hoặc điều chỉnh liều lượng TDF và 3TC theo phụ lục 7.

2. TAF: dùng cho nhóm tuổi và liều được phê duyệt.

3. ABC: Không sử dụng ABC ở người có gene HLA-B\*5701. Trường hợp không thực hiện được xét nghiệm gene HLA-B\*5701, cần theo dõi chặt chẽ tình trạng lâm sàng của người bệnh sau khi điều trị ABC.

4: Các thuốc PI tăng cường bao gồm:

- DRV/r hoặc

- LPV/r hoặc

- ATV/r.

**8.1.2. Người đã từng sử dụng ARV trước đó**

Người đã từng sử dụng thuốc ARV, bao gồm người đã điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV (PrEP), điều trị dự phòng sau phơi nhiễm với HIV (PEP):

- Tiếp tục sử dụng phác đồ TLD và theo dõi chặt chẽ xét nghiệm tải lượng HIV trong quá trình điều trị.
- Trường hợp người bệnh đã từng sử dụng CAB dạng tiêm tác dụng kéo dài cho PrEP: sử dụng phác đồ 2 NRTI + PI/r.

## **8.2. Phác đồ ARV cho người thất bại điều trị ARV**

### **8.2.1. Chẩn đoán thất bại điều trị**

Thất bại điều trị được xác định khi người bệnh có thất bại về vi rút học với tải lượng HIV trên 1000 bản sao/mL.

Thất bại điều trị ARV có thể được phát hiện trong một số tình huống sau:

- Không đạt được ức chế tải lượng virus (HIV VL <200 bản sao/mL) sau 6 tháng điều trị (cho các trường hợp bắt đầu điều trị, điều trị lại hoặc sau khi thay đổi phác đồ do thất bại điều trị).
- Tăng tải lượng HIV trở lại (thường >200 bản sao/mL) sau khi đã đạt mức không phát hiện được (thường gọi là “tái bùng phát virus”).
- Giảm đáng kể và tiến triển số lượng tế bào CD4 hoặc phần trăm CD4, hoặc xuất hiện bệnh HIV tiến triển nặng (giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 theo WHO) trong trường hợp không có xét nghiệm tải lượng virus HIV.

**Các nội dung đánh giá khi người bệnh có các triệu chứng nghi ngờ hoặc được xác định thất bại điều trị:**

*Các yếu tố có thể tác động đến nồng độ thuốc ARV chưa tối ưu:*

- Tuân thủ điều trị của người bệnh: Tuân thủ điều trị không tốt là nguyên nhân phổ biến nhất gây ra nồng độ thuốc chưa tối ưu dẫn đến việc thất bại điều trị. Trường hợp người bệnh tuân thủ điều trị kém, cần tìm hiểu nguyên nhân (ví dụ: tác dụng phụ của thuốc, kỳ thi, thiếu hiểu biết hoặc tư vấn chưa đủ, phác đồ phức tạp, v.v.)
- Tương tác thuốc – thuốc dẫn đến làm giảm nồng độ thuốc ARV.
- Liều thuốc ARV không đúng.
- Hấp thu kém ở đường tiêu hóa (ít gặp).

*Tình trạng kháng thuốc ARV:*

Nếu người bệnh tuân thủ điều trị tốt, không có tương tác thuốc, liều lượng thuốc đúng nhưng người bệnh vẫn thất bại điều trị, việc thất bại điều trị có thể do đã

xuất hiện kháng thuốc trong quá trình điều trị hoặc người bệnh đã có kháng thuốc trước đó (trước khi điều trị bằng phác đồ hiện tại)

**Nguyên tắc xử trí khi người bệnh có biểu hiện của thất bại điều trị:**

- Đánh giá sự tuân thủ điều trị; thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị khi người bệnh có tuân thủ điều trị kém. Hỗ trợ tuân thủ điều trị phải được thực hiện liên tục trước và sau khi thay đổi phác đồ, nhằm tăng hiệu quả điều trị và hạn chế tái thất bại.

Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị: Giúp người bệnh xác định các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ và tìm ra biện pháp phù hợp vượt qua các rào cản này để có thể đạt được nồng độ thuốc ARV tối ưu. Cần được thực hiện ngay sau khi người bệnh có kết quả tải lượng HIV > 50 bản sao/mL và được thực hiện lại lần hai sau đó một tháng. Ở buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần hai cần đánh giá lại sự tuân thủ của người bệnh. Nếu người bệnh tuân thủ điều trị không tốt, thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần ba sau đó một tháng.

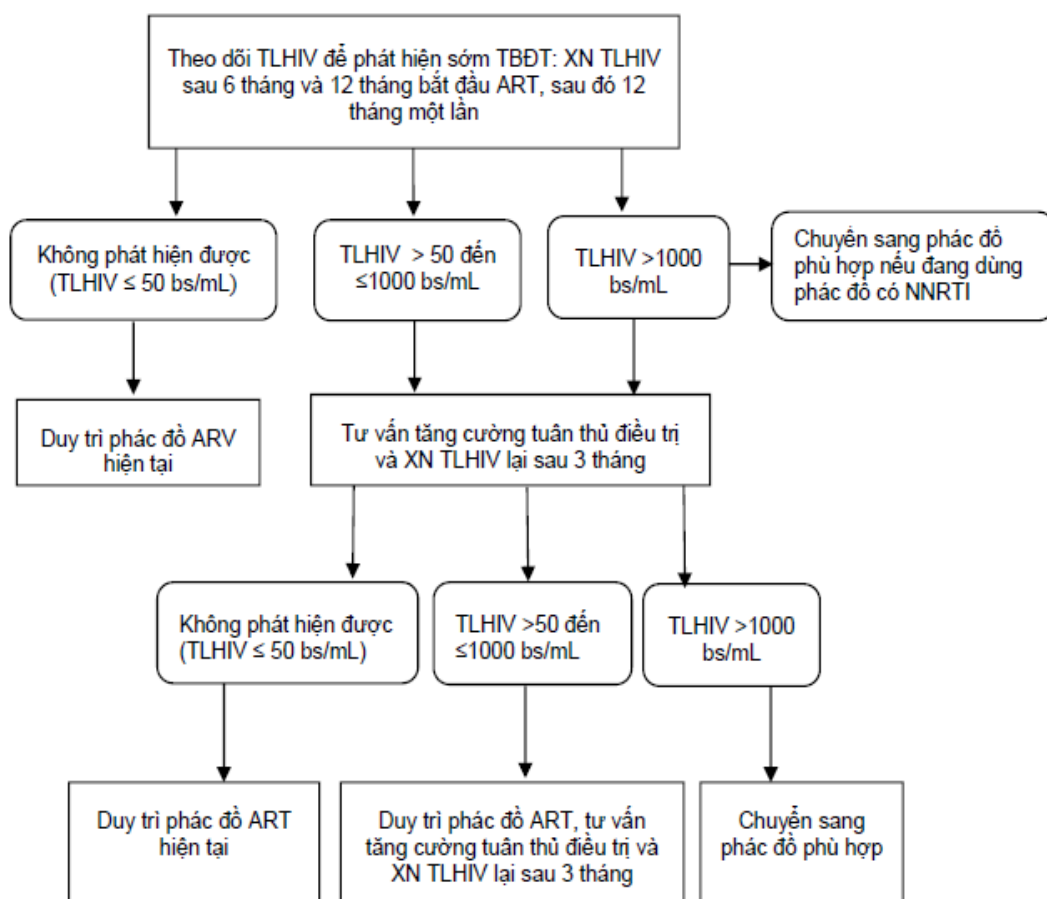
- Đánh giá tình trạng tương tác thuốc ARV với các thuốc khác người bệnh đang dùng và liều lượng thuốc ARV người bệnh đang sử dụng.

- Thực hiện xét nghiệm định gen HIV kháng thuốc nếu có điều kiện.

Phác đồ ARV mới cho người bệnh HIV có thất bại điều trị, cần dựa trên tiền sử sử dụng ARV và kết quả xét nghiệm kháng thuốc hiện tại hoặc trước đó nếu có.

Phác đồ ARV cho người thất bại điều trị bao gồm người thất bại điều trị lần đầu, người thất bại điều trị từ lần thứ hai và các trường hợp không rõ tiền sử sử dụng thuốc/tiền sử thất bại điều trị nhưng có triệu chứng nghi ngờ thất bại điều trị.

Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị theo Sơ đồ 4.



Sơ đồ 4. Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị

### 8.2.2. Nguyên nhân thất bại điều trị

Thất bại điều trị phần lớn do người bệnh tuân thủ điều trị chưa tốt hoặc do sử dụng thuốc ARV đã bị kháng.

### 8.2.3. Ý nghĩa của xét nghiệm HIV kháng thuốc trên người bệnh có thất bại điều trị vì rút học

Xét nghiệm kháng thuốc giúp xác định mức độ kháng thuốc ở người thất bại virus học, tối ưu lựa chọn thuốc cho phác đồ mới.

### 8.2.4. Phác đồ ARV cho người thất bại điều trị ARV

#### a) Phác đồ ARV cho người thất bại điều trị lần đầu

Ở người bệnh thất bại điều trị lần đầu với phác đồ chứa DTG hoặc PI tăng cường (LPV/r hoặc DRV/r), tình trạng kháng thuốc với các thuốc ARV trong phác đồ hiện tại là rất hiếm gặp.

Nếu người bệnh thất bại điều trị với những phác đồ này, nguyên nhân chủ yếu là do nồng độ thuốc trong máu không đạt mức tối ưu. Khi người bệnh nhân đạt được mức nồng độ thuốc tối ưu, người bệnh tiếp tục duy trì phác đồ điều trị hiện tại. Do đó, cần khai thác các yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị, vấn đề tương tác thuốc và thực hiện liên tục tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị của các trường hợp đang sử dụng phác đồ có DTG trước khi chuyển phác đồ.

Trường hợp người bệnh được xác định tuân thủ điều trị tốt, không có tương tác thuốc, không có các bệnh lý đường tiêu hóa dẫn đến việc kém hấp thu.... mà vẫn thất bại điều trị, thì cần thay đổi phác đồ điều trị.

Trường hợp người bệnh đang dùng phác đồ NNRTI, tình trạng kháng thuốc là thường gặp khi thất bại điều trị. Vì vậy, hầu hết các trường hợp này nên được chuyển sang phác đồ có chứa DTG hoặc PI tăng cường.

Các phác đồ ARV cho người thất bại điều trị lần đầu chi tiết tại bảng 15.

**Bảng 15. Phác đồ ARV cho người thất bại điều trị lần đầu**

| Đối tượng                                                             | Phác đồ thất bại                                                      | Phác đồ thay thế phác đồ thất bại                                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Phác đồ kết hợp 2NRTIs và INSTI</b>                             |                                                                       |                                                                                 |
| Người nhiễm HIV trưởng thành, vị thành niên, trẻ 10 tuổi và em >30kg. | TDF (hoặc TAF) + 3TC (hoặc FTC) + DTG <sup>1</sup><br>ABC + 3TC + DTG | TDF* (hoặc TAF hoặc ABC) + 3TC + PI/r                                           |
| Trường hợp trẻ em dưới 10 tuổi và/hoặc dưới 30 kg                     | ABC + 3TC + DTG                                                       | AZT + 3TC + PI/r                                                                |
| Đối với trẻ sơ sinh (dưới 4 tuần tuổi)                                | AZT (hoặc ABC) + 3TC + RAL                                            |                                                                                 |
| <b>2. Phác đồ kết hợp 2NRTIs và NNRTI</b>                             |                                                                       |                                                                                 |
| Đối với người trưởng thành, vị thành niên                             | TDF + 3TC + EFV                                                       | TDF (hoặc TAF hoặc ABC)** + 3TC hoặc FTC + DTG.<br><br>Trường hợp không có DTG: |
|                                                                       | AZT + 3TC + EFV                                                       |                                                                                 |

|                                                               |                                                    |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               |                                                    | TDF (hoặc TAF hoặc ABC) + 3TC hoặc FTC + LPV/r<br><br>Hoặc:<br><br>DTG + DRV/r (nếu không có viêm gan B hoạt động) |
| Đối với trẻ em                                                | ABC + 3TC + EFV                                    | AZT + 3TC + DTG (hoặc PI/r)                                                                                        |
|                                                               | AZT + 3TC + EFV<br>AZT + 3TC + NVP                 | ABC + 3TC + DTG (hoặc PI/r)                                                                                        |
| <b>3. Phác đồ kết hợp nhóm 2NNTIs và PI/r (PI tăng cường.</b> |                                                    |                                                                                                                    |
| Đối với người trưởng thành, vị thành niên                     | TDF + 3TC (hoặc FTC) +PI/r<br><br>ABC + 3TC + PI/r | TDF + 3TC (hoặc FTC hoặc ABC) + DTG                                                                                |
| Đối với trẻ em                                                | AZT + 3TC + LPV/r                                  | ABC + 3TC + DTG                                                                                                    |

*\*: Ưu tiên sử dụng TDF nếu người bệnh có đồng nhiễm viêm gan B;*

*\*\* : Ưu tiên sử dụng TDF.*

### **b) Phác đồ ARV cho lần thất bại điều trị thứ hai và tiếp theo**

Phác đồ ARV điều trị cho các trường hợp này cần sử dụng kết quả xét nghiệm định gen HIV kháng thuốc và toàn bộ tiền sử điều trị ARV ((tốt nhất là thực hiện khi người bệnh vẫn đang dùng phác đồ thất bại hoặc trong vòng một tháng sau đó). Phác đồ ARV mới cần có từ 2 thuốc trở lên, tốt nhất là 3 thuốc vẫn còn hiệu lực với HIV.

Khi người bệnh tiếp tục xuất hiện thất bại điều trị, cần xác định DTG và/hoặc DRV tăng cường có còn hiệu lực hay không. Cụ thể như sau:

DTG được xem là còn hiệu lực hoàn toàn nếu:

- Người bệnh chưa từng sử dụng bất kỳ thuốc INSTI nào (cho điều trị hoặc PrEP);
- Chưa từng thất bại điều trị với DTG;

- Đã điều trị thành công với DTG nhưng ngừng thuốc đột ngột, không có giai đoạn dài dùng thuốc không đầy đủ;
- Kết quả xét nghiệm kháng thuốc khi đang dùng DTG không phát hiện đột biến kháng thuốc đáng kể đối với DTG.

DRV tăng cường (DRV/r) được xem là còn hiệu lực hoàn toàn nếu:

- Chưa từng dùng thuốc DRV;
- Chưa từng thất bại điều trị với DRV;
- Đã điều trị thành công với DRV, nhưng ngừng thuốc đột ngột, không có thời gian dài dùng thuốc không đủ liều;
- Kết quả xét nghiệm kháng thuốc khi đang dùng DRV không phát hiện đột biến kháng thuốc quan trọng đối với DRV.

Xử trí khi không chắc chắn về hiệu lực hoàn toàn của thuốc:

Nếu không thể đảm bảo hiệu lực oàn toàn của DTG hoặc DRV dựa trên các tiêu chí trên, có thể:

- Tăng liều DTG lên 50mg mỗi 12 giờ, hoặc
- Tăng liều DRV/r lên 600mg/100mg mỗi 12 giờ.

Việc tăng liều này giúp vượt qua tình trạng kháng thuốc mức độ thấp, và đặc biệt hữu ích trong thời gian chờ kết quả xét nghiệm kiểu gen kháng thuốc.

Sau khi xác định được thuốc còn hiệu lực hoàn toàn (thông qua xét nghiệm gen HIV kháng thuốc), có thể trở lại liều thông thường dùng 1 lần/ngày.

Vai trò của NRTI trong phác đồ sau thất bại:

- Ngay cả khi có đột biến kháng với NRTI, nhóm thuốc này vẫn có thể hỗ trợ hiệu quả trong phác đồ mới, vì chúng làm giảm khả năng nhân lên của virus, và vẫn có thể đạt được thành công điều trị, đặc biệt khi kết hợp với các thuốc mạnh và còn hoạt tính đầy đủ như DTG hoặc DRV/r.

**Các phác đồ ARV cho các trường hợp tiếp tục thất bại điều trị:**

1. Trường hợp DTG còn hiệu lực hoàn toàn (nhiều khả năng):

→ TDF hoặc TAF + 3TC (hoặc FTC) (ưu tiên có ít nhất một thuốc còn hiệu lực + DTG

2. Trường hợp DRV còn hiệu lực hoàn toàn (nhiều khả năng):

→ TDF hoặc TAF + 3TC (hoặc FTC) (ưu tiên có ít nhất một thuốc còn hiệu lực)  
+ DRV/r

3. Cả DTG và DRV còn hiệu lực hoàn toàn:

→ Có thể chọn một trong hai phác đồ trên;

hoặc (đối với trường hợp không nhiễm viêm gan B) dùng DTG + DRV/r

4. Nếu cả DTG và DRV đều không còn hiệu lực:

→ Cần căn cứ kết quả gen HIV kháng thuốc xây dựng phác đồ mới gồm ít nhất 3 thuốc còn hiệu lực và có thể xem xét dùng DTG hoặc DRV tăng liều 2 lần/ngày nếu vẫn có thể đưa vào phác đồ mới.

**c) Phác đồ ARV cho người thất bại điều trị nhưng không rõ tiền sử sử dụng thuốc hoặc kháng thuốc ARV trước đó**

- Thu thập tiền sử điều trị ARV nếu được.

- Chỉ định xét nghiệm HIV kháng thuốc.

- Cân nhắc dùng lại phác đồ cũ, theo dõi sát tải lượng virus và làm xét nghiệm kháng thuốc sớm nếu tiếp tục thất bại điều trị.

- Nếu không còn lựa chọn ARV khác, cân nhắc phác đồ có ngưỡng kháng cao (DTG, DRV tăng cường) và theo dõi sát tải lượng virus, đáp ứng lâm sàng của người bệnh,

**8.3. Tối ưu hóa phác đồ cho người lớn, vị thành niên đang điều trị ARV ổn định**

Tối ưu hóa phác đồ ở người đang điều trị ARV ổn định là việc chuyển từ các phác đồ ARV không tối ưu mà người bệnh đang điều trị sang sử dụng các phác đồ ARV tối ưu

có DTG. Việc chuyển sang các phác đồ tối ưu phụ thuộc vào lứa tuổi, phác đồ và tình trạng điều trị ARV mà người bệnh đang sử dụng.

**8.3.1. Chuyển sang phác đồ có DTG cho người từ 10 tuổi trở lên**

Chi tiết xem Bảng 16.

**Bảng 16. Chuyển sang phác đồ có DTG cho người từ 10 tuổi trở lên**

| <b>Tình huống</b>                                                                                                                                | <b>Chuyển sang phác đồ</b>                                                                           | <b>Khuyến cáo</b>                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Đang điều trị ARV và chưa bị thất bại điều trị trước đó</b>                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                                                                                           |
| Tải lượng HIV $\leq 200$ bản sao/mL                                                                                                              | Chuyển sang phác đồ 3TC + DTG                                                                        | Không chuyển sang phác đồ 3TC + DTG nếu người bệnh mắc viêm gan B tiến triển, trừ trường hợp người bệnh được điều trị cùng với thuốc điều trị viêm gan B. |
| Ổn định về lâm sàng, miễn dịch học và không biết kết quả tải lượng HIV                                                                           | Ưu tiên xét nghiệm tải lượng HIV nếu có khả năng hoặc xem xét lâm sàng để quyết định chuyển sang TLD | Không xét nghiệm được tải lượng HIV vẫn có thể chuyển sang TLD                                                                                            |
| <b>Đã từng một lần thất bại điều trị, chưa sử dụng phác đồ có INSTI, tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml và đang sử dụng phác đồ 2NRTIs + PI/r</b> | TDF (hoặc TAF) + 3TC (hoặc FTC) + DTG                                                                |                                                                                                                                                           |

**8.3.2. Chuyển sang phác đồ có DTG cho trẻ dưới 10 tuổi****Bảng 17. Chuyển sang phác đồ có DTG cho trẻ dưới 10 tuổi**

| <b>Phác đồ ARV đang sử dụng</b> | <b>Cân nặng</b> | <b>Phác đồ ARV tối ưu</b> |
|---------------------------------|-----------------|---------------------------|
| AZT + 3TC + NVP                 | < 30 kg         | ABC + 3TC + DTG           |
| AZT + 3TC + EFV                 | >30 kg          | TLD                       |
| ABC + 3TC + NVP                 |                 |                           |
| ABC + 3TC + EFV                 |                 |                           |
| ABC + 3TC + LPV/r               |                 |                           |
| AZT + 3TC + LPV/r               |                 |                           |

*Lưu ý:*

*Có thể chuyển đổi sang phác đồ có DTG cho trẻ từ 4 tuần tuổi và nặng từ 3kg trở lên khi có thuốc DTG dành cho trẻ em, ưu tiên cho trẻ: 1) Đang dùng phác đồ NNRTI, 2) Bắt đầu điều trị lao, 3) Dùng LPV/r viên nén.*

*Xét nghiệm tải lượng HIV không phải là điều kiện để chuyển đổi, mặc dù việc theo dõi tải lượng HIV rất quan trọng để theo dõi điều trị ARV ở trẻ em.*

#### **8.4. Phác đồ ARV trong điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con**

Điều trị ARV càng sớm càng tốt cho phụ nữ mang thai ngay sau khi phát hiện nhiễm HIV, bao gồm trong thời kỳ mang thai, khi chuyển dạ hoặc sau sinh. Cách hiệu quả nhất để phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con là điều trị thuốc ARV để giảm tải lượng HIV ở mẹ. Phụ nữ mang thai nhiễm HIV cần được theo dõi hằng tháng, đặc biệt vào thời điểm gần ngày dự kiến sinh.

##### **8.4.1. Điều trị ARV cho mẹ**

**Mục tiêu:** Điều trị ARV cho mẹ nhằm đạt được tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện để giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

##### **Các tình huống**

a. Phụ nữ dự kiến có thai khi đang điều trị ARV: Tư vấn thời điểm có thai tốt nhất là khi đạt được tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện.

b. Phụ nữ mang thai khi đang điều trị ARV: Xét nghiệm tải lượng HIV để đánh giá thất bại điều trị. Tiếp tục phác đồ hiện tại sau khi loại trừ thất bại điều trị. Chuyển phác đồ nếu có thất bại điều trị.

c. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV: Điều trị ARV càng sớm càng tốt. Tư vấn về lợi ích và nguy cơ của phác đồ có DTG trước khi điều trị đối với phụ nữ mang thai trong vòng 03 tháng đầu.

d. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ hoặc khi sinh

- Điều trị ARV ngay cho phụ nữ mang thai.

- Đối với người mẹ có xét nghiệm HIV có phản ứng thì điều trị ARV ngay cho cả mẹ và con; dừng điều trị ARV khi người mẹ được khẳng định không nhiễm HIV.

*Tư vấn, theo dõi điều trị ARV ở phụ nữ mang thai nhiễm HIV:*

- Tư vấn hỗ trợ tuân thủ điều trị.

- Xét nghiệm tải lượng HIV ở tuần 34 - 36 của thai kỳ để đánh giá nguy cơ lây truyền HIV cho con, quyết định phác đồ và thời gian dùng thuốc ARV cho con (xem Sơ đồ 5).

*Theo dõi và điều trị ARV cho phụ nữ nhiễm HIV sau khi sinh*

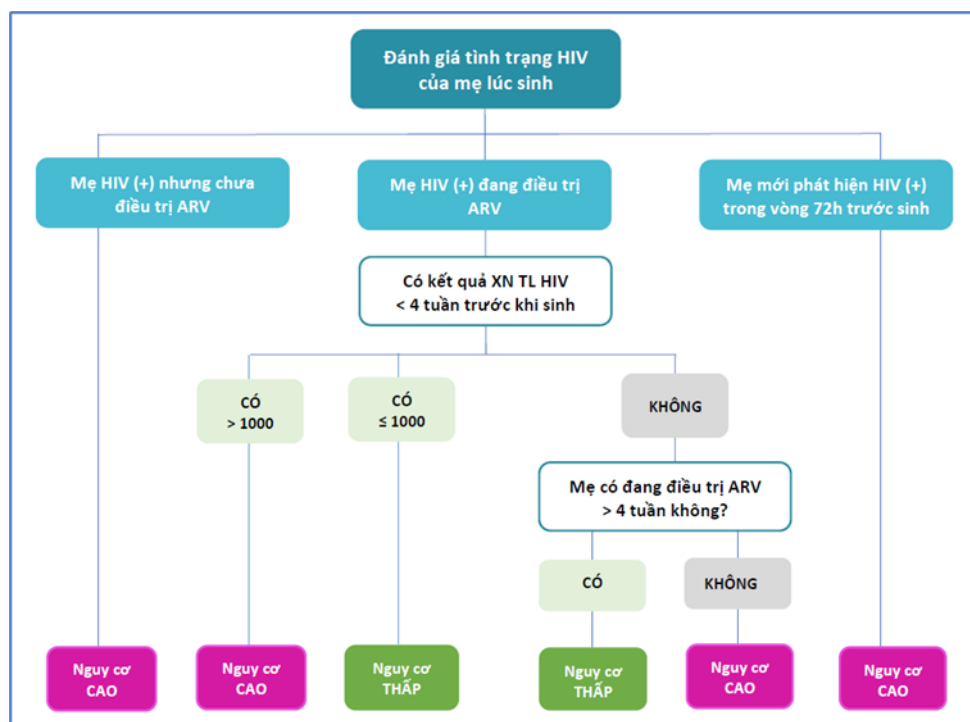
- Tiếp tục phác đồ ARV hiện tại hoặc điều trị ARV ngay cho mẹ nếu mẹ chưa điều trị ARV theo hướng dẫn tại bảng phác đồ ARV cho người bắt đầu điều trị ARV.

- Tư vấn và hỗ trợ tuân thủ điều trị.

- Trường hợp mẹ cho con bú: xét nghiệm tải lượng HIV cho mẹ 6 tháng/lần cho đến khi ngừng cho con bú hoàn toàn.

#### 8.4.2. Đánh giá nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con

Đánh giá nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con tại thời điểm trước sinh theo Sơ đồ 5.



*Sơ đồ 5. Đánh giá nguy cơ lây truyền HIV cho con từ mẹ nhiễm HIV*

Các trường hợp được xác định là có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con khi:

- Mẹ nhiễm HIV nhưng chưa điều trị ARV hoặc

- Mẹ đang điều trị ARV và có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV trước khi sinh 04 tuần trên 1000 bản sao/mL hoặc
- Mẹ nhiễm HIV và điều trị ARV dưới 4 tuần trước khi sinh hoặc
- Mẹ được chẩn đoán nhiễm HIV trong vòng 72 giờ trước sinh.

#### **8.4.3. Phác đồ ARV cho trẻ có chỉ định điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con**

Trẻ có chỉ định điều trị ARV cho dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con khi:

- Sinh từ mẹ nhiễm HIV hoặc;
- Sinh từ mẹ có xét nghiệm HIV lúc chuyển dạ hoặc lúc sinh có phản ứng.

##### ***a. Với trẻ có nguy cơ cao hoặc trẻ sinh từ mẹ có xét nghiệm HIV có phản ứng lúc chuyển dạ hoặc ngay khi sinh:***

Phác đồ: ABC+3TC+DTG\* trong 06 tuần.

Trường hợp trẻ bú mẹ: tiếp tục sử dụng một trong hai phác đồ sau trong suốt thời kỳ trẻ bú mẹ:

- Siro nevirapine
- hoặc DTG\* hoặc 3TC

\*: Chỉ định DTG khi trẻ đủ 37 tuần tuổi thai

##### ***Lưu ý:***

- Điều trị ARV dự phòng cho trẻ ngay sau sinh càng sớm càng tốt và trước 72 giờ kể từ khi sinh. Nếu phát hiện mẹ nhiễm HIV sau khi sinh 72 giờ: 1) Cho trẻ uống thuốc dự phòng ngay nếu trẻ bú mẹ; 2) Không cho trẻ uống ARV nếu không bú mẹ.
- Nếu kết quả xét nghiệm HIV của mẹ có phản ứng tại thời điểm chuyển dạ hoặc sau sinh thì tư vấn và điều trị dự phòng ARV cho trẻ. Nếu sau đó kết quả xét nghiệm khẳng định mẹ có HIV âm tính thì ngừng điều trị dự phòng cho trẻ.

##### ***b. Với trẻ có nguy cơ thấp***

Sử dụng thuốc siro NVP trong 06 tuần. Trường hợp không có NVP, có thể sử dụng thuốc DTG hoặc 3TC

*Lưu ý:* Chỉ định DTG khi trẻ đủ 37 tuần tuổi thai

##### ***c. Liều lượng thuốc ARV cho trẻ:***

Liều lượng các thuốc cho trẻ được chi tiết tại Phụ lục 3a, 3b

#### **8.4.5. Tư vấn nuôi dưỡng trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV**

Tư vấn nuôi dưỡng trẻ cần được thực hiện trước khi sinh. Người mẹ cần được cung cấp đầy đủ thông tin về điều kiện, lợi ích và nguy cơ của việc nuôi con bằng sữa mẹ hoặc sữa công thức để quyết định việc nuôi con.

Nếu nuôi con bằng sữa mẹ: Trẻ cần được bú sữa mẹ hoàn toàn trong vòng 6 tháng đầu. Mẹ cần tuân thủ điều trị ARV tốt để đạt tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế, tốt nhất là dưới ngưỡng phát hiện. Mẹ có thể cho con bú đến 24 tháng tuổi.

Nếu nuôi con bằng sữa công thức: Người mẹ chỉ nên nuôi con bằng sữa công thức (sữa thay thế) khi đáp ứng các điều kiện sau: a) đảm bảo cung cấp đủ sữa công thức hoàn toàn trong 6 tháng đầu; b) có nước sạch và chuẩn bị được sữa thay thế đảm bảo an toàn, hợp vệ sinh và đủ số lượng phù hợp với tuổi của trẻ; c) có sự hỗ trợ của gia đình.

### **8.5. Phác đồ ARV cho một số trường hợp đặc biệt**

#### **8.5.1. Điều trị ARV cho người nhiễm HIV đồng mắc Lao**

##### **a. Nguyên tắc chung**

- Điều trị lao sớm và không được trì hoãn điều trị lao khi nhiễm HIV;
- Thực hiện đúng thời điểm bắt đầu điều trị ARV ở người bệnh điều trị lao.
- Trước khi điều trị cần xem xét vấn đề tương tác giữa thuốc ARV với thuốc chống lao và các thuốc khác;
- Trong quá trình điều trị cần theo dõi chặt chẽ tác dụng không mong muốn của các thuốc đang sử dụng và hội chứng viêm phục hồi miễn dịch;

##### **b. Điều chỉnh phác đồ ARV khi điều trị lao bằng rifampicin**

Thực hiện theo Bảng 18.

**Bảng 18. Điều chỉnh phác đồ ARV khi điều trị lao bằng rifampicin ở trẻ < 10 tuổi**

| Tuổi của trẻ | Phác đồ ARV | Điều chỉnh phác đồ ARV khi bắt đầu điều trị lao bằng rifampicin |
|--------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|
|              | RAL         | Tiếp tục phác đồ có RAL và điều chỉnh liều thích hợp            |

|                                     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Trẻ sơ sinh (dưới 4 tuần tuổi)      | NVP   | Thay NVP bằng LPV/r càng sớm càng tốt và điều chỉnh liều thích hợp                                                                                                                                                                                                                                 |
| Trẻ từ 4 tuần tuổi đến dưới 10 tuổi | DTG   | Tiếp tục phác đồ có DTG và điều chỉnh liều thích hợp                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                     | LPV/r | Ưu tiên chuyển sang phác đồ có DTG và điều chỉnh liều thích hợp<br>Hoặc tiếp tục phác đồ có LPV/r và điều chỉnh liều thích hợp                                                                                                                                                                     |
|                                     | RAL   | Ưu tiên chuyển sang chế độ có DTG và điều chỉnh liều<br>Hoặc tiếp tục phác đồ có RAL và điều chỉnh liều thích hợp                                                                                                                                                                                  |
|                                     | DRV/r | Thay DRV/r bằng DTG nếu trước đó chưa dùng DTG<br>Hoặc thay bằng LPV /r nếu trước đó đã dùng DTG                                                                                                                                                                                                   |
|                                     | NVP   | Ưu tiên chuyển sang DTG hoặc LPV/r và điều chỉnh liều thích hợp hoặc lựa chọn một trong các cách sau:<br>- Đổi sang EFV (chỉ cho trẻ trên 3 tuổi)<br>- Phối hợp 2 thuốc NRTI + NVP (đảm bảo liều NVP 200 mg/m <sup>2</sup> da)<br>- 3 thuốc NRTI: AZT + 3TC + ABC (nếu không có lựa chọn nào khác) |
|                                     | EFV   | Ưu tiên đổi sang DTG hoặc LPV/r và điều chỉnh liều thích hợp<br>Hoặc tiếp tục phác đồ có EFV<br>Hoặc sử dụng 3 thuốc NRTI: AZT + 3TC + ABC (nếu không có lựa chọn nào khác).                                                                                                                       |

**Bảng 19. Điều chỉnh liều DTG, LPV/r khi điều trị lao có rifampicin ở trẻ em<sup>1</sup>**

| Thuốc | Viên thuốc cho trẻ em hoặc dung dịch uống | Số viên thuốc hoặc mL theo cân nặng | Thuốc cho người lớn | Số viên thuốc theo cân nặng |
|-------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
|-------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------|

|                    |                                       | 3 - <6kg |        | 6 - <10kg |        | 10 - <14kg |        | 14 - <20kg |       | 20 - <25kg |        |                     | 25 - <35 kg |   |
|--------------------|---------------------------------------|----------|--------|-----------|--------|------------|--------|------------|-------|------------|--------|---------------------|-------------|---|
|                    |                                       | S        | T      | S         | T      | S          | T      | S          | T     | S          | T      |                     | S           | T |
| DTG <sup>2</sup>   | Viên phân tán 5 mg                    | 1        | 1      | 3         | 3      | 4          | 4      | 5          | 5     | 6          | 6      | Viên bao phim 50 mg | 1           | 1 |
|                    | Viên phân tán 10 mg                   | 0.5      | 0.5    | 1.5       | 1,5    | 2          | 2      | 2.5        | 2.5   | 3          | 3      |                     |             |   |
|                    | Viên bao phim 50 mg                   | -        | -      | -         | -      | -          | -      | -          | -     | 1          | 1      |                     |             |   |
| RAL                | 10mg/mL dạng hạt uống 100mg/gói       | 6ml      | 6ml    | 10 ml     | 10ml   | 16ml       | 16 ml  | 20 ml      | 20 ml | -          | -      | 40 mg               | 2           | 2 |
|                    | Viên nhai 25mg                        | 2        | 2      | 4         | 4      | 6          | 6      | 8          | 8     | -          | -      |                     |             |   |
|                    | Viên nhai 100mg                       | -        | -      | -         | -      | -          | -      | 2          | 2     | 3          | 3      |                     |             |   |
| LPV/r <sup>3</sup> | <sup>4</sup> Dung dịch uống 80mg/20mg | 1ml      | 1ml    | 1,5 ml    | 1.5ml  | 2          | 2      | 2.5        | 2.5   | 3          | 3      | -                   | -           | - |
|                    | <sup>5</sup> Viên nén 40mg/10mg       | 2        | 2      | 3         | 3      | 4          | 4      | 5          | 5     | 6          | 6      | -                   | -           | - |
|                    | Gói dạng hạt 40mg/10mg                | 2        | 2      | 3         | 3      | 4          | 4      | 5          | 5     | 6          | 6      | -                   | -           | - |
|                    | Viên 100mg/25mg                       | -        | -      | -         | -      | 2          | 1      | 2          | 2     | 2          | 2      | Viên 100mg/25mg     | 3           | 3 |
|                    |                                       |          |        |           |        |            |        |            |       |            |        |                     |             |   |
| RTV <sup>6</sup>   | Viên 100mg                            | -        | -      | -         | -      | 1          | 1      | 1          | 2     | 1          | 2      | 100 mg              | 2           | 2 |
|                    | Viên 50 mg                            | -        | -      | -         | -      | 2          | 2      | 3          | 3     | 3          | 3      |                     |             |   |
|                    | Viên 25 mg                            | -        | -      | -         | -      | 4          | 4      | 6          | 6     | 6          | 6      |                     |             |   |
|                    | Dung dịch uống 80mg/ml                | 0.8 ml   | 0,8 ml | 1.2 ml    | 1.2 ml | 1.5 ml     | 1.5 ml | 2 ml       | 2 ml  | 2.3 ml     | 2.3 ml | -                   | -           | - |
|                    | Dạng bột gói 100mg                    | -        | -      | 1         | 1      | 1          | 1      | 1          | 2     | 1          | 2      | -                   | -           | - |

<sup>1</sup>Kéo dài liệu tăng thêm của DTG hoặc RAL hai tuần sau khi ngừng rifampicin.

<sup>2</sup>Sử dụng liều DTG theo cân nặng uống hai lần mỗi ngày nếu dùng với rifampicin.

<sup>3</sup>Viên nén chịu nhiệt LPV/ r phải được nuốt toàn bộ và không được chia nhỏ, nhai, hòa tan hoặc nghiền nát. Viên nén 200/50 mg người lớn có thể được sử dụng cho trẻ em cân nặng từ 14- <25 kg (một viên vào buổi sáng và một viên vào buổi tối) và cho trẻ em từ 25- <35 kg (hai viên vào buổi sáng và một viên vào buổi tối).

<sup>4</sup>Dung dịch LPV/r yêu cầu bảo quản lạnh kể cả trong lúc vận chuyển.

<sup>5</sup>Không nên sử dụng công thức viên nén LPV/r cho trẻ dưới ba tháng.

<sup>6</sup>Tăng liều RTV lên bằng liều LPV tính bằng mg theo tỷ lệ bằng hoặc gần bằng 1:1

## **Bảng 20. Điều chỉnh phác đồ ARV khi điều trị lao bằng rifampicin ở người từ 10 tuổi trở lên**

| <b>Phác đồ ARV</b>             | <b>Điều chỉnh phác đồ ARV</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Đang điều trị phác đồ có DTG   | Tiếp tục phác đồ có DTG với tăng liều DTG thêm 50 mg. Uống liều tăng thêm sau liều đầu tiên 12 giờ. Kéo dài liều tăng thêm của DTG hai tuần sau khi ngừng rifampicin.<br><br>Trường hợp không có liều đơn DTG chuyển sang phác đồ có EFV, quay lại DTG sau khi kết thúc điều trị lao bằng rifampicin. |
| Đang điều trị phác đồ có EFV   | Tiếp tục điều trị phác đồ hiện tại.                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Đang điều trị phác đồ có LPV/r | Tiếp tục phác đồ LPV/r với tăng liều RTV bằng với liều LPV (LPV400mg/RTV400mg), uống 2 lần mỗi ngày hoặc tăng liều gấp đôi (LPV800mg/RTV 200mg), uống 2 lần mỗi ngày; quay lại liều chuẩn sau khi ngừng rifampicin.                                                                                   |

### **8.5.2. Phác đồ ARV cho người bệnh đồng nhiễm viêm gan**

#### **a. Người bệnh đồng nhiễm HIV/viêm gan B**

Phác đồ ARV cho người bệnh HIV đồng nhiễm HIV cần bổ sung thuốc TDF. Trường hợp người bệnh bị suy giảm chức năng thận, cần thay TDF bằng TAF hoặc sử dụng thuốc điều trị viêm gan B khác.

#### **b. Người bệnh đồng nhiễm HIV/viêm gan C**

Phác đồ ARV cho người bệnh HIV đồng nhiễm C cần sử dụng phác đồ có các thuốc ARV không tương tác với các phác đồ điều trị viêm gan C khác.

## **9. Liều lượng thuốc ARV:**

Chi tiết tại các Phụ lục 2

## **10. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV**

### **10.1. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV, tái khám và kê đơn thuốc**

#### **10.1.1. Theo dõi đáp ứng lâm sàng**

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

- Cân nặng và đánh giá giai đoạn lâm sàng;
- Tác dụng không mong muốn của thuốc, tương tác thuốc;
- Đánh giá tuân thủ điều trị;
- Phát hiện các bệnh nhiễm trùng cơ hội mới hoặc tái phát; hội chứng viêm phức hồi miễn dịch, thất bại điều trị;
- Đánh giá tình trạng mang thai ở phụ nữ và nữ vị thành niên ở độ tuổi sinh đẻ.

#### **Các điểm cần lưu ý trong những tháng đầu điều trị ARV**

- Tỷ lệ tử vong thường cao trong ba tháng đầu điều trị ARV, đặc biệt ở người bệnh HIV tiến triển, có các bệnh đồng nhiễm và/hoặc các bệnh đi kèm, thiếu máu nặng, suy mòn hoặc suy dinh dưỡng nặng. Vì vậy cần theo dõi chặt chẽ người bệnh trong thời gian này.
- Việc cải thiện về lâm sàng, miễn dịch, tải lượng HIV đạt được ngưỡng ức chế phụ thuộc vào sự tuân thủ điều trị ARV, bệnh nhiễm trùng cơ hội và /hoặc hội chứng viêm phức hồi miễn dịch, các tác dụng không mong muốn và độc tính của thuốc.
- Tuân thủ kém trong giai đoạn này cũng có liên quan đến nguy cơ thất bại điều trị sớm và phát triển kháng thuốc.

#### **Hội chứng viêm phức hồi miễn dịch**

##### **Khái niệm**

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

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

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

Hội chứng viêm PHMT thường xuất hiện sau 2-12 tuần bắt đầu điều trị ARV nhưng có thể muộn hơn.

### **Tần suất xuất hiện và yếu tố nguy cơ**

Hội chứng viêm PHMD gặp ở khoảng 10% số người bệnh được điều trị ARV.

Các yếu tố liên quan tới tần suất hội chứng viêm PHMD bao gồm:

- Số tế bào CD4 thấp trước khi bắt đầu điều trị ARV.
- Thường gặp hơn ở người mắc HIV tiến triển và có tiền sử mắc các NTCH trước điều trị ARV.
- Sử dụng phác đồ ARV có thuốc ức chế protease tăng cường bằng ritonavir.

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

### **Các biểu hiện của hội chứng viêm phức hồi miễn dịch**

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

- Các bệnh do *Mycobacteria*: lao (là biểu hiện hay gặp nhất), bệnh do phức hợp *Mycobacterium avium* (MAC).
- Hội chứng viêm PHMD do BCG có thể gặp ở trẻ tiêm vắc xin BCG sau điều trị ARV: Bệnh BCG tại chỗ hoặc lan tỏa.

Các bệnh nấm: bệnh do *C. neoformans*, *T. marneffei*, *P. jiroveci*

- Vi rút: bệnh do CMV, *Herpes simplex*, *Herpes zoster*, viêm gan vi rút B và C, viêm não chất trắng đa ổ tiến triển.
- Bệnh do ký sinh đơn bào: viêm não do *Toxoplasma*, bệnh do *Leishmania*
- Các bệnh không nhiễm trùng: vẩy nến, viêm tuyến giáp trạng.

## **Chẩn đoán hội chứng viêm phức hồi miễn dịch**

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

Có hai dạng hội chứng viêm PHMD:

- Hội chứng viêm PHMD nghịch lý: người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội trước hoặc cùng thời điểm bắt đầu điều trị ARV, nhưng biểu hiện lâm sàng của bệnh nhiễm trùng cơ hội xấu đi.
- Hội chứng viêm PHMD bộc lộ: xuất hiện bệnh nhiễm trùng cơ hội sau điều trị ARV mà trước đó không có biểu hiện lâm sàng.

## **Xử trí hội chứng viêm phức hồi miễn dịch**

- Một số hội chứng viêm PHMD diễn biến nhẹ và tự khỏi, không cần can thiệp.
- Tiếp tục điều trị ARV nếu người bệnh vẫn dung nạp được thuốc.
- Tiếp tục điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội trước đó hoặc bắt đầu điều trị các nhiễm trùng cơ hội mới; điều chỉnh phác đồ ARV và liều ARV nếu có tương tác giữa các thuốc ARV và các thuốc điều trị NTCH.
- Sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (diclophenac, ibuprofen ...) nếu không có chống chỉ định.
- Điều trị corticosteroid: prednisolone hoặc methylprednisolone uống hoặc tiêm, liều 0,5mg/kg/ngày trong 5 - 10 ngày cho người có hội chứng viêm PHMD mức độ trung bình đến nặng.
- Chỉ ngừng điều trị ARV nếu tình trạng nặng và không dung nạp thuốc.
- Chỉ định các can thiệp khác nếu cần, ví dụ dẫn lưu hạch hoá mủ, ổ áp-xe, phẫu thuật giảm chèn ép trong trường hợp tắc ruột hoặc chèn ép khí quản.

### **10.1.2. Theo dõi đáp ứng miễn dịch**

Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại miễn dịch xem Bảng 21.

### **10.1.3. Theo dõi đáp ứng về vi rút**

Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy là phương pháp tốt nhất để theo dõi đáp ứng vi rút học, phát hiện sớm thất bại điều trị. Thời điểm và tần suất xét nghiệm tải lượng HIV xem Bảng 20.

Chẩn đoán thất bại vi rút học xem Bảng 20 và Sơ đồ 4.

## 10.2. Tiêu chuẩn xác định người bệnh điều trị ARV ổn định

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

- Đã điều trị ARV ít nhất 6 tháng liên tục;
- Hiện tại không có triệu chứng của các bệnh cấp tính hoặc đã điều trị ổn định các bệnh mạn tính nếu có và không có tác dụng phụ của thuốc cần theo dõi;
- Hiểu rõ về tuân thủ điều trị lâu dài, được tư vấn và thực hiện tuân thủ đầy đủ;
- Có bằng chứng về hiệu quả điều trị:
  - + Có ít nhất một xét nghiệm tải lượng HIV đạt dưới 50 bản sao/mL trong vòng 6 tháng qua đối với người đang điều trị ARV dưới 12 tháng, trong vòng 12 tháng qua đối với người đang điều trị ARV từ 12 tháng trở lên.
  - + Nếu không có tải lượng HIV thì  $CD4 > 200$  tế bào/mm<sup>3</sup> đối với người lớn và trẻ trên 5 tuổi;  $CD4 > 350$  tế bào/mm<sup>3</sup> đối với trẻ từ 3- 5 tuổi hoặc tăng cân, không có triệu chứng bệnh lý và các bệnh đồng nhiễm.

## 10.3. Tần suất tái khám và kê đơn thuốc ARV

- Đối với người điều trị ARV chưa ổn định: Tái khám hằng tháng hoặc sớm hơn. Kê đơn thuốc ARV với số lượng tối đa 30 ngày sử dụng.
- Đối với người điều trị thuốc ARV ổn định: Tái khám hằng quý hoặc sớm hơn. Số lượng thuốc được kê tối đa 90 ngày sử dụng.
- Đối với các trường hợp đang được kê đơn 90 ngày sử dụng, thì tiếp tục kê đơn 90 ngày cho đến khi có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV định kỳ tiếp theo.

## 10.4. Thất bại điều trị ARV

Có 03 loại thất bại điều trị, gồm thất bại điều trị lâm sàng, thất bại điều trị miễn dịch và thất bại điều trị về vi rút học.

Người bệnh được chẩn đoán thất bại điều trị vi rút học cần được chuyển phác đồ điều trị phù hợp. Sơ đồ chẩn đoán thất bại điều trị thực hiện tại Sơ đồ 4.

## Bảng 20. Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV

| Phân loại         | Tiêu chuẩn chẩn đoán                                                                                                                              |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Thất bại lâm sàng | <b>Người lớn và trẻ <math>\geq 10</math> tuổi:</b> xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng. |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                     | <b>Trẻ em &lt; 10 tuổi:</b> 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  | <b>Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi:</b> CD4 giảm $\leq 250$ tế bào/mm <sup>3</sup> sau khi có thất bại lâm sàng, hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm <sup>3</sup> .<br><br><b>Trẻ &lt; 10 tuổi:</b><br><i>Trẻ trên 5 tuổi:</i> CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm <sup>3</sup> .<br><i>Trẻ dưới 5 tuổi:</i> CD4 liên tục dưới 200 tế bào/mm <sup>3</sup> . |
| Thất bại vi rút học | Người bệnh điều trị ARV ít nhất 6 tháng và có tải lượng HIV trên 1000 bản sao/mL ở hai lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau 3 tháng sau khi đã được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị.                                                                                                                                                              |

## 11. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị

### 11.1. Mục tiêu của việc duy trì tuân thủ điều trị

- Đảm bảo hiệu quả điều trị;
- Giảm nguy cơ xuất hiện HIV kháng thuốc ARV và thất bại điều trị;
- Giảm nguy cơ lây truyền HIV sang người khác.

### 11.2. Đánh giá tuân thủ điều trị

- Đánh giá tuân thủ điều trị bao gồm đánh giá uống thuốc đúng theo chỉ định, tái khám và xét nghiệm đúng hẹn.
- Đánh giá sự tuân thủ điều trị: thực hiện trong tất cả các lần người bệnh đến tái khám dựa trên đếm số thuốc còn lại, tự báo cáo của người bệnh, sổ tự ghi, báo cáo của người hỗ trợ điều trị, kết quả xét nghiệm tải lượng HIV.
- Trường hợp người bệnh không đến khám, lĩnh thuốc đúng hẹn: cơ sở y tế liên hệ với người bệnh qua điện thoại hoặc mạng lưới đồng đẳng viên/người hỗ trợ điều trị hoặc nhân viên y tế xã, phường, thôn bản.
- Đánh giá mức độ TTĐT theo bảng 23. Nếu người bệnh tuân thủ điều trị không tốt, cần tìm hiểu lý do, đưa ra các giải pháp, giúp người bệnh tuân thủ điều trị.

**Bảng 21. Đánh giá mức độ tuân thủ khi uống thuốc ARV**

| Số liệu thuốc mỗi ngày | Mức độ tuân thủ điều trị | Số liệu thuốc quên trong tháng qua |
|------------------------|--------------------------|------------------------------------|
|                        | Tốt                      | 1                                  |

|                          |           |          |
|--------------------------|-----------|----------|
| Uống 1 liều ARV mỗi ngày | Không tốt | $\geq 2$ |
| Uống 2 liều ARV mỗi ngày | Tốt       | 1- 3     |
|                          | Không tốt | $\geq 4$ |

### **Hướng dẫn khi người bệnh quên uống thuốc ARV:**

- Nhớ lúc nào uống lúc đó (uống liều đã quên).
- Uống liều kế tiếp như sau: Nếu khoảng cách giữa 2 liều dưới 4 giờ (đối với người uống một ngày hai liều thuốc) hoặc dưới 12 giờ (đối với người uống một ngày một liều thuốc) thì phải đợi trên 4 giờ hoặc trên 12 giờ mới uống thuốc. Ngày hôm sau uống thuốc như thường lệ.

### **11.3. Các nhóm đặc biệt cần được hỗ trợ tuân thủ điều trị**

- Phụ nữ mang thai trước và sau khi sinh: Thảo luận và thực hiện các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- Trẻ vị thành niên: Xem chi tiết tại chương 6
- Trẻ em: Tư vấn và hỗ trợ mẹ/người chăm sóc trẻ hiểu được sự cần thiết của tuân thủ điều trị lâu dài và thực hiện tuân thủ điều trị.
- Người có rối loạn về sức khỏe tâm thần, rối loạn do sử dụng các chất gây nghiện, cần có sự hỗ trợ đặc biệt từ gia đình, bạn bè, người thân. Những người hỗ trợ tuân thủ cho nhóm đối tượng đặc biệt này cần tư vấn về các thuốc điều trị, cách dùng thuốc và hỗ trợ người bệnh đi tái khám đúng hẹn để tránh gián đoạn điều trị.

### **11.4. Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị**

- Giúp người bệnh xác định các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ và tìm ra biện pháp phù hợp vượt qua các rào cản ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị để đạt được tải lượng HIV  $\leq 50$  bản sao/mL.
- Cần được thực hiện ngay sau khi người bệnh có kết quả tải lượng HIV  $> 50$  bản sao/mL và được thực hiện lại lần hai sau đó một tháng. Ở buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần hai cần đánh giá lại sự tuân thủ của người bệnh. Nếu người bệnh tuân thủ điều trị không tốt, thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị lần ba sau đó một tháng.

## 12. Theo dõi tác dụng không mong muốn và độc tính của thuốc ARV

Theo dõi độc tính của thuốc để phát hiện và xử trí kịp thời các tác dụng không mong muốn và độc tính của thuốc theo Bảng 22.

**Bảng 22. Độc tính và xử trí độc tính của thuốc ARV**

| Thuốc ARV | Độc tính chính                                                             | Yếu tố nguy cơ                                                                                    | Xử trí                                                                                                                                                                 |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABC       | Phản ứng quá mẫn                                                           | Có gene HLA-B*5701                                                                                | Không sử dụng ABC ở người có gene HLA-B*5701<br>Thay bằng AZT hoặc TDF                                                                                                 |
| AZT       | Thiếu máu, giảm bạch cầu hạt                                               | Thiếu máu hoặc giảm bạch cầu hạt trước điều trị<br>Số lượng CD4 $\leq 200$ tế bào/mm <sup>3</sup> | Thay bằng TDF hoặc ABC<br>Xem xét giảm liều AZT                                                                                                                        |
|           | Toan lactic hoặc gan to kèm thoái hóa mỡ nặng, rối loạn phân bố mỡ, teo cơ | BMI > 25 (hoặc cân nặng cơ thể > 75 kg)<br>Điều trị lâu dài với các thuốc NRTI                    | Thay bằng TDF hoặc ABC                                                                                                                                                 |
| DTG       | Gây độc gan và phản ứng quá mẫn                                            | Bệnh gan, đồng nhiễm viêm gan B, C                                                                | Thay thế bằng các thuốc khác: EFV hoặc PI tăng cường                                                                                                                   |
|           | Mất ngủ                                                                    | Người trên 60 tuổi                                                                                | Xem xét uống thuốc vào buổi sáng hoặc cân nhắc đổi sang PI tăng cường hoặc RAL                                                                                         |
|           | Tăng cân hay béo phì                                                       | CD4 thấp, tải lượng HIV cao<br>Phụ nữ, phụ nữ mang thai<br>Sử dụng đồng thời với TAF              | Theo dõi cân nặng và thực hiện các biện pháp chống béo phì (ăn kiêng, vận động thể chất). Nếu tăng cân đáng kể, cân nhắc thay thế bằng EFV hoặc PI tăng cường hoặc RAL |
| DRV/r     | Gây độc gan                                                                | Bệnh gan, đồng nhiễm HBV, HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan                         | Nếu DRV/r sử dụng trong phác đồ bậc hai, thay thế bằng LPV/r.<br>Nếu DRV/r sử dụng trong phác đồ bậc ba sẽ hạn chế việc thay                                           |

|       |                                                                                               |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                               |                                                                                                                                        | thể thuốc thích hợp do không sẵn có                                                                                                                                                                                                |
|       | Phản ứng quá mẫn và phản ứng da nặng                                                          | Dị ứng sulfonamide                                                                                                                     | Thay thế bằng thuốc khác thích hợp                                                                                                                                                                                                 |
| EFV   | Độc tính thần kinh trung ương kéo dài (các giấc mơ bất thường, trầm cảm hoặc rối loạn ý thức) | Trầm cảm hoặc các rối loạn tâm thần khác (có từ trước hoặc khi bắt đầu điều trị)<br>Dùng ban ngày                                      | Đối với các độc tính thần kinh trung ương nên uống thuốc trước khi đi ngủ với liều EFV 400 mg/ngày. Nếu các triệu chứng không giảm, đổi sang DTG                                                                                   |
|       | Co giật                                                                                       | Tiền sử động kinh                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                    |
|       | Nhiễm độc gan                                                                                 | Bệnh gan, đồng nhiễm HBV, HCV Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan                                                              | Đối với nhiễm độc gan nặng hoặc phản ứng quá mẫn thay thế bằng INSTI hoặc PI tăng cường                                                                                                                                            |
|       | Phản ứng quá mẫn, hội chứng Stevens - Johnson                                                 | Chưa rõ yếu tố nguy cơ                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                    |
|       | Vú to ở nam giới                                                                              | Chưa rõ yếu tố nguy cơ                                                                                                                 | Thay bằng INSTI hoặc PI tăng cường                                                                                                                                                                                                 |
| LVP/r | Điện tâm đồ bất thường (khoảng PR kéo dài, xoắn đỉnh)                                         | Người có bệnh lý dẫn truyền<br>Sử dụng đồng thời thuốc khác có khả năng kéo dài khoảng QRS<br>Hội chứng QT dài bẩm sinh<br>Hạ kali máu | Thận trọng khi sử dụng cho người có bệnh dẫn truyền từ trước đó hoặc dùng đồng thời thuốc có thể kéo dài khoảng PR hoặc QRS                                                                                                        |
|       | Gây độc gan                                                                                   | Bệnh gan, đồng nhiễm HBV, HCV<br>Sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan                                                           | - Nếu LPV/r được sử dụng trong phác đồ ARV bậc 1 cho trẻ em, thay bằng DTG ở trẻ từ 4 tuần tuổi và cân nặng ít nhất 3 kg. Có thể thay bằng RAL nếu không có DTG.<br><br>- Nếu LPV/r được sử dụng ở phác đồ bậc hai cho trẻ em, đổi |

|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |
|-----|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                 | sang DTG ở trẻ từ 4 tuần tuổi và cân nặng ít nhất 3 kg.<br>- Nếu DTG đã được sử dụng trong phác đồ bậc một hoặc không có DTG hoặc không dung nạp được có thể đổi sang DRV/r |
|     | Viêm tụy                                                  | Bệnh HIV tiến triển, nghiện rượu                                                                                                                                                                                                                | Đổi sang INSTI                                                                                                                                                              |
|     | Rối loạn lipid máu                                        | Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch như béo phì, tiểu đường                                                                                                                                                                                    | Đổi sang INSTI                                                                                                                                                              |
|     | Tiêu chảy                                                 | Chưa rõ yếu tố nguy cơ                                                                                                                                                                                                                          | Đổi sang DRV/r hoặc INSTI                                                                                                                                                   |
| NVP | Gây độc cho gan                                           | Bệnh gan, đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C, hoặc sử dụng đồng thời các thuốc gây độc cho gan; hoặc > 250 tế bào/mm <sup>3</sup> ở phụ nữ hoặc CD4 > 400 tế bào/mm <sup>3</sup> ở nam giới<br>Điều trị tháng đầu tiên (nếu không tăng liều dần) | Thay bằng DTG hoặc EFV nếu người bệnh nhiễm độc gan nặng hoặc sử dụng thuốc PI tăng cường hoặc 3 thuốc NRTI nếu không còn lựa chọn nào khác                                 |
|     | Phản ứng quá mẫn và hội chứng Stevens-Johnson             | CD4 > 250 tế bào/mm <sup>3</sup> ở phụ nữ<br>CD4 > 400 tế bào/mm <sup>3</sup> ở nam giới                                                                                                                                                        | Ngừng thuốc nếu dị ứng vừa và nặng. Khi ổn định điều trị lại với phác đồ có PI, hoặc ba thuốc NRTI nếu không còn lựa chọn nào khác                                          |
| RAL | Tiêu cơ vân, bệnh lý cơ, đau cơ                           | Dùng đồng thời các thuốc tăng nguy cơ bệnh lý cơ và tiêu cơ vân                                                                                                                                                                                 | Ngừng ARV<br>Khi hết các triệu chứng đổi sang thuốc thuộc nhóm khác như NNRTI hoặc PI tăng cường                                                                            |
|     | Viêm gan và suy gan. Phát ban nặng, phản ứng quá mẫn ở da | Chưa rõ yếu tố nguy cơ                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |
| TDF | Bệnh thận mạn tính.                                       | Bệnh thận tiềm tàng<br>Người bệnh trên 50 tuổi                                                                                                                                                                                                  | Thay thế bằng AZT hoặc ABC hoặc TAF                                                                                                                                         |

|     |                                          |                                                                                                                                             |                                                                                                                                                               |
|-----|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | Tổn thương thận cấp và hội chứng Fanconi | BMI < 18,5 hoặc thấp cân (< 50kg)<br>Cao huyết áp, tiểu đường mà không được điều trị.<br>Đang sử dụng thuốc độc thận khác hay PI tăng cường | Không khởi động điều trị TDF khi mức lọc cầu thận < 50 ml/phút; có bệnh cao huyết áp không được kiểm soát, tiểu đường chưa điều trị hay có biểu hiện suy thận |
|     | Giảm mật độ khoáng xương                 | Tiền sử rối loạn tạo xương, bệnh còi xương, gãy xương bệnh lý.<br>Có nguy cơ loãng xương hoặc mất khoáng xương<br>Thiếu Vitamin D           |                                                                                                                                                               |
|     | Toan lactic, gan to nhiễm mỡ             | Tiền sử điều trị lâu dài với thuốc nucleoside, béo phì, bệnh gan                                                                            |                                                                                                                                                               |
| TAF | Rối loạn mỡ máu<br>Tăng cân              | Nữ giới<br>Sử dụng cùng với DTG                                                                                                             | Theo dõi cân nặng và thực hiện các biện pháp chống béo phì (ăn kiêng, vận động thể chất). Nếu vẫn tăng cân, cân nhắc thay thế EFV hoặc PI tăng cường          |

### 13. Các tương tác chính của thuốc ARV

Tương tác thuốc có thể làm giảm hiệu quả của thuốc ARV và/hoặc tăng độc tính liên quan đến ARV. Khai thác các loại thuốc đang sử dụng bao gồm cả các thuốc thảo dược, thực phẩm chức năng trước khi bắt đầu và trong quá trình điều trị ARV để xem xét các tương tác thuốc.

**Bảng 23. Tương tác chính của các thuốc ARV và xử trí**

| Thuốc ARV | Các tương tác chính                         | Xử trí                                                                                                                        |
|-----------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TDF       | Phác đồ bao gồm ledipasvir hoặc velpatasvir | Theo dõi các tác dụng phụ liên quan đến TDF, bao gồm rối loạn chức năng thận, đặc biệt khi TDF phối hợp với các PI tăng cường |
|           | Lithium                                     | Theo dõi chặt chẽ chức năng thận                                                                                              |
|           | Rifampicin                                  | Thay thế rifampicin bằng rifabutin                                                                                            |

|                                |                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PI tăng cường<br>(DRV/r,LVP/r) |                                                          | Điều chỉnh liều PI hoặc thay thế bằng ba thuốc NRTI (đối với trẻ em)                                                                                                                                                                                  |
|                                | 1HP hoặc 3HP                                             | Tránh sử dụng cùng với phác đồ 1HP hoặc 3HP<br><br>Thay bằng phác đồ khác như 6H                                                                                                                                                                      |
|                                | Bedaquiline hoặc delamanid                               | Sử dụng thận trọng vì có nguy cơ kéo dài khoảng QT                                                                                                                                                                                                    |
|                                | Lumefantrine                                             | Tiềm ẩn khả năng tăng nồng độ đối với lumefantrine<br><br>Nguy cơ kéo dài QT khi dùng với LPV/r                                                                                                                                                       |
|                                | Methadone, buprenorphine                                 | Buprenorphin không làm thay đổi nồng độ LPV/r; không cần thay đổi liều buprenorphin khi dùng đồng thời với LPV/r.<br><br>Nồng độ methadone giảm khi dùng đồng thời với LPV/r. Theo dõi hội chứng cai và tăng liều methadone theo tình trạng lâm sàng. |
|                                | Quetiapine                                               | Nếu phải dùng đồng thời, sử dụng quetiapine bằng một phần sáu liều bình thường                                                                                                                                                                        |
|                                | Pimozide                                                 | Tránh kết hợp này vì nguy cơ rối loạn nhịp tim trầm trọng; sử dụng thuốc ARV thay thế hoặc thuốc chống loạn thần khác                                                                                                                                 |
|                                | Lithium, haloperidol, fluphenazine                       | Thận trọng khi sử dụng với LPV/r vì có nguy cơ kéo dài khoảng QT                                                                                                                                                                                      |
|                                | Amlodipine                                               | Cần nhắc giảm liều amlodipine xuống 50%                                                                                                                                                                                                               |
|                                | Thuốc điều trị tiểu đường<br>(glibenclamide, gliclazide) | Điều chỉnh liều thuốc tiểu đường phù hợp                                                                                                                                                                                                              |
|                                | Thuốc điều trị giảm mỡ máu statin                        | Simvastatin: chống chỉ định vì nguy cơ tiêu cơ vân; sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu khác thay thế<br><br>Atorvastatin: cần điều chỉnh liều; tổng liều hằng ngày nên được giới hạn là 40 mg khi sử dụng cùng với DRV/r và 20 mg với LPV/r    |

|     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | Thuốc tránh thai hormone                                                     | Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng các phương pháp tránh thai khác                                                                                                                                                                                                                                          |
|     | Fluticasone hoặc budesonide                                                  | Nguy cơ gây hội chứng Cushing; sử dụng thuốc corticosteroid khác (như beclomethasone)                                                                                                                                                                                                                            |
| DTG | Carbamazepine, phenobarbital, phenytoin và                                   | Sử dụng các thuốc chống co giật thay thế khác (như axit valproic hoặc gabapentin)                                                                                                                                                                                                                                |
|     | Rifampicin                                                                   | Thay thế rifampicin bằng rifabutin.<br><br>Hoặc tăng liều DTG lên gấp đôi, kéo dài thêm 2 tuần sau ngừng điều trị bằng rifampicin                                                                                                                                                                                |
|     | Rifapentine trong điều trị dự phòng lao, phác đồ 1HP 3HP                     | Không có bằng chứng cho thấy cần thay đổi liều lượng rifapentine hoặc DTG                                                                                                                                                                                                                                        |
|     | Metformin                                                                    | Tránh dùng metformin liều cao với DTG; điều chỉnh liều metformin phù hợp                                                                                                                                                                                                                                         |
|     | Các chế phẩm có chứa magie (Mg), nhôm (Al), sắt (Fe), canxi (Ca) và kẽm (Zn) | Sử dụng DTG ít nhất 2 giờ trước hoặc ít nhất 6 giờ sau khi bổ sung các cation đa giá, bao gồm các chế phẩm bổ sung vitamin chứa Fe, Ca, Mg hay kẽm; các chế phẩm bổ sung khoáng chất, các thuốc nhuận tràng có chứa cation và các chất chống axit có chứa nhôm, canxi hay magiê. Theo dõi hiệu quả của thuốc ARV |
| RAL | Carbamazepine, phenobarbital, phenytoin                                      | Sử dụng thuốc chống co giật thay thế (như axit valproic hoặc gabapentin)                                                                                                                                                                                                                                         |
|     | Rifampicin                                                                   | Tăng RAL lên 800 mg hai lần mỗi ngày. Đối với trẻ em tiếp tục RAL hai lần mỗi ngày trong 2 tuần sau khi kết thúc sử dụng rifampicin                                                                                                                                                                              |
|     | Phác đồ dự phòng lao 1HP, 3 HP                                               | Không cần thay đổi liều lượng rifapentine hoặc RAL                                                                                                                                                                                                                                                               |
|     | Thuốc kháng axit                                                             | Thuốc kháng axit chứa Al hoặc Mg - không khuyến cáo                                                                                                                                                                                                                                                              |

|     |                                                    |                                                                                                                            |
|-----|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                    | Thuốc kháng axit có chứa Ca - không dùng với RAL 1 lần/ngày; không điều chỉnh liều với RAL 2 lần/ ngày                     |
|     | Chất bổ sung chứa Ca-, Fe-Mg hoặc vitamin tổng hợp | RAL hai lần mỗi ngày, uống cách nhau ít nhất bốn giờ<br><br>RAL một lần mỗi ngày: không được khuyến cáo dùng               |
| EFV | Bedaquilin                                         | Tránh kết hợp với EFV                                                                                                      |
|     | Ức chế protease HCV NS3/4A                         | Sử dụng thay thế bằng thuốc DAAs                                                                                           |
|     | Amodiaquine<br>DHA/piperaquine                     | Sử dụng thuốc kháng sốt rét khác hoặc thay EFV bằng DTG                                                                    |
|     | Artemisinins hoặc lumefantrine                     | Sử dụng thuốc chống sốt rét thay thế hoặc EFV thay bằng DTG. Nguy cơ kéo dài QT khi dùng với LPV/r                         |
|     | Methadone                                          | Nồng độ methadone giảm khi dùng đồng thời với EFV. Theo dõi hội chứng cai và tăng liều methadone theo tình trạng lâm sàng. |
|     | Quetiapine                                         | Điều chỉnh liều quetiapine phù hợp                                                                                         |
|     | Thuốc tránh thai hormon                            | Sử dụng thuốc tránh thai khác hoặc dùng các phương pháp tránh thai khác                                                    |
|     | Amlodipine                                         | Điều chỉnh liều amlodipine phù hợp                                                                                         |
|     | Simvastatin, atorvastatin                          | Điều chỉnh liều statin phù hợp                                                                                             |
| NVP | Liều thấp dexamethasone (điều trị COVID-19)        | Tăng gấp đôi liều dexamethasone                                                                                            |
|     | DAAs                                               | Xem Phụ lục 17                                                                                                             |
|     | Rifampicin                                         | Thay NVP bằng EFV                                                                                                          |
|     | Quetiapine                                         | Điều chỉnh liều quetiapine phù hợp                                                                                         |
|     | Amlodipine                                         | Điều chỉnh liều amlodipine phù hợp                                                                                         |
|     | Simvastatin                                        | Điều chỉnh liều phù hợp                                                                                                    |

|  |                                             |                                                                                                                                      |
|--|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 1HP, 3HP                                    | Tránh sự kết hợp NVP với phác đồ 1HP, 3HP<br>Có thể thay thế phác đồ 1HP, 3HP bằng phác đồ 6H hoặc thay thế phác đồ ARV khác phù hợp |
|  | Methadone                                   | Điều chỉnh liều methadone phù hợp                                                                                                    |
|  | Liều thấp dexamethasone (điều trị COVID-19) | Tăng gấp đôi liều dexamethasone                                                                                                      |
|  | DAAs                                        | Xem Phụ lục 17                                                                                                                       |

## 14. Cảnh báo sớm HIV kháng thuốc

### 14.1. Các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc

Thu thập các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc là một trong những hoạt động chính của Kế hoạch Hành động Quốc gia về Dự phòng và Giám sát HIV kháng thuốc. Việc thu thập và phân tích các chỉ số cảnh báo sớm kháng thuốc giúp cho các cơ sở điều trị xác định được chất lượng dịch vụ điều trị ARV của đơn vị mình. Nguy cơ kháng thuốc cao nếu một trong các chỉ số cảnh báo sớm không đạt yêu cầu.

Có 07 chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc (Early warning indicators, EWIs) cần được cơ sở điều trị HIV thu thập, phân tích định kỳ. Tần suất thu thập các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc là hằng năm. Định nghĩa, mục tiêu, ý nghĩa của từng chỉ số EWIs được liệt kê tại Bảng XXX và Bảng XXX. Kết quả các chỉ số EWIs tại mỗi cơ sở điều trị HIV được thể hiện bằng các màu sau:

- Màu xanh lá cây: Tốt
- Màu vàng: Trung bình (Mức độ cảnh báo)
- Màu đỏ: Kém (Mức độ cực kỳ cảnh báo)

**Bảng 24. Các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc**

| STT | Tên chỉ số                                                                                                                                                                                                 | Đánh giá                                                                                                                 |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | <b>Dừng điều trị</b><br>Số lượng và tỷ lệ người bệnh dừng điều trị ARV                                                                                                                                     | <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>&lt;15%</div> <div>15-25%</div> <div>&gt;25%</div> </div>    |
| 2   | <b>Ức chế tải lượng HIV</b><br>Tỷ lệ người bệnh điều trị ARV từ 6 tháng trở lên có tải lượng HIV < 1000 bản sao/mL                                                                                         | <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>≥ 90%</div> <div>80-&lt;90%</div> <div>&lt; 80%</div> </div> |
| 3   | <b>Bao phủ xét nghiệm tải lượng HIV</b><br>Tỷ lệ người bệnh được xét nghiệm tải lượng HIV thường quy                                                                                                       | <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>&gt; 95%</div> <div>85-95%</div> <div>&lt;85%</div> </div>   |
| 4   | <b>Xét nghiệm tải lượng HIV lần 2 phù hợp</b><br>Tỷ lệ người bệnh có tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml được xét nghiệm tải lượng HIV lần 2 phù hợp                                                           | <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>≥ 90%</div> <div>&lt;90%</div> </div>                                    |
| 5   | <b>Hết thuốc trong kho</b><br>Tỷ lệ % số tháng có bất kỳ ngày nào bị hết bất kỳ loại thuốc nào hiện đang cấp cho người bệnh trong kỳ báo cáo (12 tháng) *                                                  | <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>0%</div> <div>&gt; 0%</div> </div>                                       |
| 6   | <b>Lĩnh thuốc đúng hẹn</b><br>Tỷ lệ người bệnh điều trị ARV nhận thuốc ARV không chậm hơn 2 ngày so với lịch hẹn tái khám                                                                                  | <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>&gt; 90%</div> <div>80-90%</div> <div>&lt;80%</div> </div>   |
| 7   | <b>Chuyển sang phác đồ bậc 2 phù hợp</b><br>Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán thất bại về vi rút học được chuyển sang phác đồ bậc 2 trong vòng 90 ngày kể từ ngày có xét nghiệm khẳng định thất bại điều trị | <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div>100%</div> <div>&lt;100%</div> </div>                                    |

\* Ở cấp tỉnh và cấp quốc gia chỉ số này là tỷ lệ các cơ sở điều trị HIV bị hết bất kỳ loại thuốc ARV nào hiện đang cấp cho người bệnh trong kỳ báo cáo.

## 14.2. Định nghĩa các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc

**Bảng 25. Định nghĩa các chỉ số**

| STT | Tên chỉ số                                                                                                                         | Tử số                                                                                                                       | Mẫu số                                                                                                    | Ý nghĩa                                                                                                           |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Số lượng và tỷ lệ người bệnh dừng điều trị ART                                                                                     | Số người bệnh không nhận thuốc ARV trong kỳ báo cáo (bao gồm tử vong, ngừng điều trị và bỏ trị)                             | Số người bệnh đang điều trị ARV cuối kỳ báo cáo trước và số mới vào điều trị ARV trong kỳ báo cáo này     | Đánh giá mức độ duy trì điều trị của người bệnh                                                                   |
| 2   | Tỷ lệ người bệnh HIV điều trị ARV từ 6 tháng trở lên có tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/mL                                         | Số người bệnh điều trị ARV từ 6 tháng trở lên và có ít nhất 1 kết quả xét nghiệm tải lượng HIV thường quy < 1000 bản sao/ml | Số người bệnh điều trị ARV từ 6 tháng trở lên và có ít nhất 1 kết quả xét nghiệm tải lượng HIV thường quy | Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV của người bệnh. Đánh giá hiệu quả điều trị ARV                              |
| 3   | Tỷ lệ người bệnh được làm tải lượng vi rút thường quy                                                                              | Số người bệnh điều trị ARV từ 6 tháng trở lên có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV trong kỳ báo cáo                          | Số người bệnh đang điều trị ARV từ 6 tháng trở lên                                                        | Đánh giá độ bao phủ xét nghiệm tải lượng HIV cho người bệnh Đánh giá việc thực hành đúng hướng dẫn của cơ sở y tế |
| 4   | Tỷ lệ người bệnh có tải lượng HIV $\geq 1000$ bản sao/ml được xét nghiệm tải lượng HIV lần 2 phù hợp. Thời gian báo cáo: 12 tháng) | Số người bệnh có tải lượng HIV $\geq 1000$ bản sao/ml được xét nghiệm tải lượng HIV lần 2 trong vòng 6 tháng                | Số người bệnh đang điều trị ARV có tải lượng HIV $\geq 1000$ bản sao/ml                                   | Đánh giá việc thực hành đúng hướng dẫn của cơ sở y tế trong việc theo dõi người bệnh thất bại điều trị.           |
| 5   | Hết thuốc trong kho                                                                                                                | Số tháng có bất kỳ ngày nào bị hết bất kỳ loại thuốc ARV nào hiện đang cấp cho bệnh nhân                                    | Số tháng trong năm (12)                                                                                   | Đánh giá sự sẵn có của thuốc ARV để điều trị cho người bệnh.                                                      |

|   |                                   |                                                                                                                                                          |                                                                       |                                                                                                                                                              |
|---|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                   | trong giai đoạn báo cáo (12 tháng)                                                                                                                       |                                                                       |                                                                                                                                                              |
| 6 | Lĩnh thuốc đúng hẹn               | Số người bệnh điều trị ARV nhận thuốc không chậm hơn 2 ngày so với lịch hẹn tái khám                                                                     | Số người bệnh lĩnh thuốc đúng ngày hoặc sau ngày hẹn trong kỳ báo cáo | Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị và duy trì điều trị của người bệnh                                                                                         |
| 7 | Chuyển sang phác đồ bậc 2 phù hợp | Số người bệnh được chẩn đoán thất bại về vi rút học được chuyển sang phác đồ bậc 2 trong vòng 90 ngày kể từ ngày xét nghiệm khẳng định thất bại điều trị | Số người bệnh được chẩn đoán thất bại điều trị bằng vi rút học        | Đánh giá việc thực hành đúng hướng dẫn của cơ sở y tế.<br><br>Đánh giá việc xử trí kịp thời của cơ sở y tế với những trường hợp bệnh nhân thất bại điều trị. |

### 14.3. Thu thập các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc

Các cơ sở điều trị tiến hành thu thập các chỉ số cảnh báo sớm HIV kháng thuốc hằng năm. Nguồn dữ liệu được thu thập từ bệnh án ngoại trú và thông tin từ khoa được hoặc cơ sở có thể xuất dữ liệu báo cáo chỉ số EWI từ sổ theo dõi điều trị ARV.

Trường hợp cơ sở không thể xuất báo cáo chỉ số EWIs từ sổ theo dõi điều trị ARV và có trên 100 người bệnh thì có 2 lựa chọn sau:

- Lựa chọn 1: Nếu cơ sở có đủ nguồn lực để tiến hành rà soát, thu thập số liệu, cơ sở có thể chọn toàn bộ bệnh án ngoại trú đủ tiêu chuẩn để thực hiện thu thập số liệu. Tuy nhiên phương án này thường không khả thi đối với những cơ sở có đông người bệnh và nguồn lực hạn chế).
- Lựa chọn 2: Cơ sở tiến hành chọn mẫu đại diện để thu thập số liệu. Bệnh án ngoại trú được chọn ngẫu nhiên dựa vào danh sách bệnh nhân đang được quản lý.

Các cơ sở có số người bệnh nhỏ hơn hoặc bằng 100 thì thu thập toàn bộ bệnh án.

## Chương 4.

### QUẢN LÝ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN

#### I. ĐỊNH NGHĨA BỆNH HIV TIẾN TRIỂN

Bệnh HIV tiến triển là tình trạng bệnh lý ở người nhiễm HIV có số lượng tế bào CD4 <200 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 đối với trẻ từ 5 tuổi trở lên và người trưởng thành. Tất cả trẻ dưới 5 tuổi nhiễm HIV đều được coi là có bệnh HIV tiến triển.

Để chẩn đoán bệnh HIV tiến triển cần đánh giá giai đoạn lâm sàng ở tất cả các lần khám bệnh và thực hiện xét nghiệm CD4 ở các thời điểm 1) Bắt đầu điều trị ARV; 2) Bỏ trị quay lại điều trị ARV; 3) Thất bại điều trị. Sau đó xét nghiệm CD4 mỗi 6 tháng/1 lần cho đến khi người bệnh được điều trị ARV ổn định.

Ở người có bệnh HIV tiến triển, các dấu hiệu nguy hiểm gồm một trong số các triệu chứng sau: nhịp thở  $\geq 30$  lần/phút, nhịp tim  $\geq 120$  lần/phút, không thể tự đi lại mà không cần trợ giúp hoặc nhiệt độ  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ .

#### II. CÁC CẤU PHẦN CỦA GÓI CHĂM SÓC BỆNH HIV TIẾN TRIỂN

Gói dịch vụ chăm sóc người bệnh có HIV tiến triển xem chi tiết tại Bảng 26.

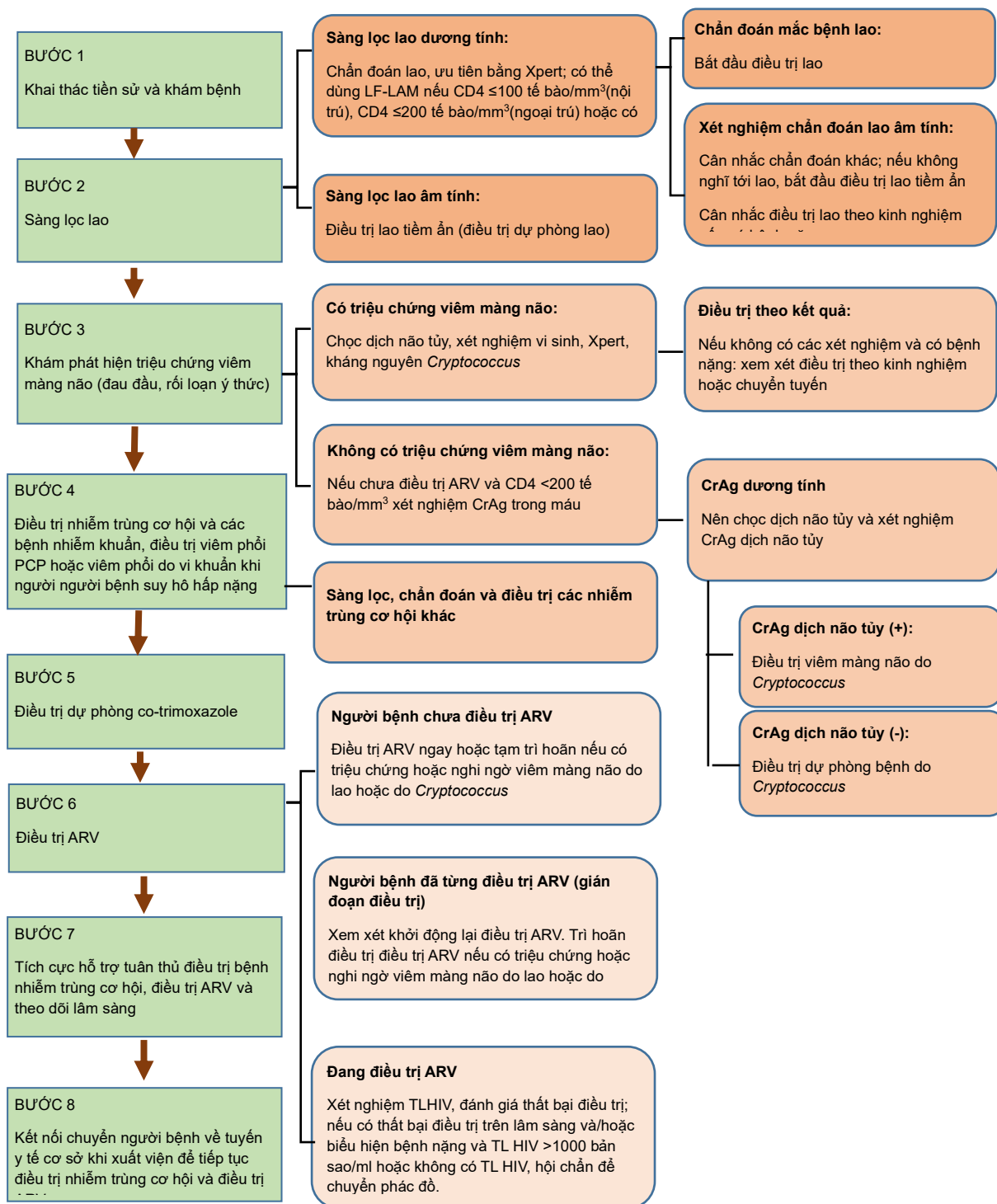
**Bảng 26: Gói dịch vụ chăm sóc bệnh HIV tiến triển**

| Dịch vụ                    | Can thiệp                                                                                                                                                                                                                                  | CD4            | Người lớn và trẻ VTN | Trẻ em |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|--------|
| Sàng lọc và chẩn đoán NTCH | Khi sàng lọc lao bằng 4 triệu chứng dương tính <b>hoặc</b> X-quang phổi có hình ảnh bất thường <b>hoặc</b> CRP > 5 mg/L thì chuyển gửi người bệnh hoặc bệnh phẩm đến cơ sở lao để thực hiện xét nghiệm Xpert MTB/RIF để chẩn đoán bệnh lao | Bất kỳ CD4 nào | Có                   | Có     |

|                   |                                                                                                                                       |                                                                                                                                               |    |       |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
|                   | Xét nghiệm LF -LAM nước tiểu                                                                                                          | CD4 $\leq 100$ tb/mm <sup>3</sup> (ngoại trú)<br>CD4 $\leq 200$ tế bào/mm <sup>3</sup> (nội trú)<br>hoặc bất kỳ CD4 nào nếu có biểu hiện nặng | Có | Có    |
|                   | Xét nghiệm kháng nguyên <i>Cryptococcus</i> (CrAg)                                                                                    | CD4 $\leq 200$ tế bào/mm <sup>3</sup>                                                                                                         | Có | Không |
| Điều trị dự phòng | Dự phòng bằng co-trimoxazole                                                                                                          | Người lớn và trẻ > 5 tuổi: CD4 $\leq 350$ tế bào/mm <sup>3</sup> hoặc GĐLS 3 hoặc 4<br>Trẻ < 5 tuổi với bất kỳ GĐLS hoặc CD4 nào              | Có | Có    |
|                   | Điều trị dự phòng lao                                                                                                                 | Bất kỳ CD4 nào                                                                                                                                | Có | Có    |
|                   | Dự phòng bằng fluconazole cho người bệnh dương tính với CrAg không có biểu hiện của viêm màng não                                     | CD4 $\leq 200$ tế bào/mm <sup>3</sup>                                                                                                         | Có | Không |
| Điều trị ARV      | Bắt đầu điều trị ARV nhanh, trong ngày                                                                                                | Bất kỳ CD4 nào                                                                                                                                | Có | Có    |
|                   | Trì hoãn việc bắt đầu điều trị ARV nếu có dấu hiệu lâm sàng và các triệu chứng gợi ý viêm màng não do lao hoặc do <i>Cryptococcus</i> | Bất kỳ CD4 nào                                                                                                                                | Có | Có    |
| Hỗ trợ TTĐT       | Tư vấn phù hợp để đảm bảo tuân thủ tốt nhất đối với người có bệnh HIV tiến triển                                                      | CD4 $\leq 200$ tế bào/mm <sup>3</sup> hoặc GĐLS 3 hoặc 4 với bất kỳ CD4 nào<br><br>Trẻ < 5 tuổi với bất kỳ GĐLS hoặc bất kỳ CD4 nào           | Có | Có    |

### III. QUY TRÌNH QUẢN LÝ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN

Thực hiện theo Sơ đồ 6.



Sơ đồ 6. Quy trình quản lý bệnh HIV tiến triển

## IV. DỰ PHÒNG MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI THƯỜNG GẶP

### 1. Điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole

Điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole hay tên gọi khác là trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) có hiệu quả ngăn ngừa một số bệnh NTCH như viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*, bệnh do *Toxoplasma* và một số bệnh nhiễm khuẩn khác.

Chỉ định điều trị và liều lượng theo Bảng 27.

**Bảng 27. Tiêu chuẩn chỉ định và ngừng điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội bằng co- trimoxazole**

| Tuổi                                                            | Tiêu chuẩn bắt đầu                                                                                                                                                                                          | Tiêu chuẩn ngừng                                                                                                                                                                                                                             | Liều điều trị |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Người trưởng thành, phụ nữ mang thai, đang cho con bú nhiễm HIV | Giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 hoặc $CD4 \leq 350$ tế bào/ $mm^3$                                                                                                                                              | Lâm sàng ổn định (điều trị ARV ít nhất 12 tháng và không có biểu hiện của giai đoạn lâm sàng 2, 3, 4) với $CD4 > 350$ tế bào/ $mm^3$ và/hoặc tải lượng HIV dưới 50 bản sao/mL máu.                                                           | Xem Phụ lục 6 |
| Trẻ em và trẻ vị thành niên                                     | Điều trị dự phòng CTX không phụ thuộc vào số lượng $CD4$<br><br><b>Ưu tiên:</b><br>- Trẻ <5 tuổi điều trị tất cả<br>- Trẻ từ 5 tuổi trở lên: giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 hoặc $CD4 \leq 350$ tế bào/ $mm^3$ | Trẻ <5 tuổi: điều trị đến 5 tuổi<br><br>Trẻ từ 5 tuổi: ngừng khi lâm sàng ổn định (điều trị ARV ít nhất 12 tháng và không có biểu hiện của giai đoạn lâm sàng 2, 3, 4) với $CD4 > 350$ tế bào/ $mm^3$ và/hoặc TL HIV dưới 50 bản sao/mL máu. |               |
| Trẻ sơ sinh (trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV)                       | Tất cả các trẻ tại thời điểm 4 - 6 tuần tuổi                                                                                                                                                                | Ngừng khi hết nguy cơ lây truyền HIV hoặc trẻ được khẳng định không nhiễm HIV                                                                                                                                                                |               |

|                         |                                                      |                                                  |  |
|-------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| Người nhiễm HIV mắc lao | Người nhiễm HIV mắc lao không phụ thuộc số lượng CD4 | Đạt tiêu chuẩn ngừng CTX của người lớn và trẻ em |  |
|-------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|

**Lưu ý:**

- Trường hợp bắt đầu điều trị ARV, người bệnh ở giai đoạn lâm sàng 1 hoặc giai đoạn lâm sàng 2 mà chưa xét nghiệm được CD4 thì vẫn tiến hành điều trị dự phòng bằng co-trimoxazole. Xem xét ngừng co-trimoxazol khi bệnh nhân điều trị ARV ổn định.

- Ngừng ngay co-trimoxazole nếu người bệnh có hội chứng Stevens-Johnson, dị ứng thuốc mức độ 3 - 4, bệnh gan nặng, thiếu máu nặng, giảm nặng các dòng tế bào máu.

## **2. Điều trị dự phòng Lao (điều trị Lao tiềm ẩn)**

*Xem chi tiết tại Quyết định số 4067/QĐ-BYT ngày 24/8/2021 do Bộ Y Tế ban hành về Hướng dẫn phát hiện tích cực bệnh lao và điều trị lao tiềm ẩn ở người nhiễm HIV*

### **2.1. Phát hiện tích cực bệnh Lao**

Phát hiện tích cực bệnh lao ở người nhiễm HIV được thực hiện tại cơ sở y tế định kỳ để chẩn đoán sớm bệnh lao ở người nhiễm HIV.

Sàng lọc, phát hiện và điều trị lao sớm trước khi bắt đầu điều trị ARV giúp phòng tránh hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (IRIS) do lao. (xem chi tiết thời điểm bắt đầu điều trị ARV tại chương 3).

Phát hiện tích cực bệnh lao ở người nhiễm HIV được thực hiện thông qua việc khám bệnh, sàng lọc lao bằng các triệu chứng và kết hợp với các xét nghiệm kỹ thuật cận lâm sàng bao gồm:

- Xét nghiệm CRP;
- Chụp X – quang ngực;
- Xét nghiệm LF-LAM nước tiểu;
- Xét nghiệm Xpert MTB/RIF, Xpert Ultra hoặc các xét nghiệm SHPT khác.

### **2.2. Điều trị Lao tiềm ẩn**

Điều trị lao tiềm ẩn cho người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn, kể cả người đang điều trị ARV, phụ nữ mang thai, có tiền sử điều trị bệnh lao, không kể tình trạng suy

giảm miễn dịch và ngay cả khi không làm xét nghiệm chẩn đoán lao tiềm ẩn, sau khi loại trừ lao tiến triển.

Phác đồ điều trị lao tiềm ẩn ở người nhiễm HIV thực hiện theo Hướng dẫn tại Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao<sup>3</sup>.

*Chú ý: cân nhắc điều trị viêm gan vi rút C trước điều trị lao tiềm ẩn ở người nhiễm HIV đồng nhiễm viêm gan C để tránh các phản ứng bất lợi do tình trạng viêm gan hoặc tương tác thuốc giữa nhóm rifamycin và các thuốc uống điều trị viêm gan C.*

### **3. Dự phòng nấm *Cryptococcus* bằng fluconazole**

Sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) và điều trị dự phòng sớm bằng fluconazole cho người mang kháng nguyên CrAg và không có triệu chứng giúp phòng ngừa bệnh viêm màng não do *Cryptococcus*, nhằm giảm tỷ lệ tử vong ở người bệnh HIV tiến triển.

#### **3.1. Sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus***

Sàng lọc kháng nguyên *Cryptococcus* (CrAg) nên được thực hiện ở tất cả người nhiễm HIV từ 10 tuổi trở lên chưa điều trị ARV có CD4 < 200 tế bào/mm<sup>3</sup>. Những người có kết quả xét nghiệm CrAg dương tính nên được đánh giá các triệu chứng viêm màng não và xét chọc dịch não tủy (xem phần Điều trị bệnh do nấm *Cryptococcus*).

#### **3.2 Điều trị dự phòng sớm nấm *Cryptococcus***

##### **a) Chỉ định**

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

##### **b) Phác đồ điều trị**

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

---

<sup>3</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi hoặc thay thế Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/2024 về Hướng dẫn Chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh Lao thì thực hiện theo Quyết định sửa đổi, thay thế.

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

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

Ngừng điều trị duy trì khi (1) người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định, số lượng CD4  $\geq 100$  tế bào/mm<sup>3</sup> và tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế hoặc (2) người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và số lượng CD4  $\geq 200$  tế bào/mm<sup>3</sup>.

## **V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI Ở NGƯỜI CÓ BỆNH HIV TIẾN TRIỂN**

### **1. Bệnh lao**

#### **1.1. Chẩn đoán**

Chẩn đoán bệnh lao cho người nhiễm HIV (*xem chi tiết tại Quyết định số 162/QĐ-BYT ngày 19/1/ tháng 01 năm 2024 do Bộ Y Tế ban hành về Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*).<sup>4</sup>

#### **1.2. Xử trí**

- Kết nối, chuyển gửi để quản lý ca bệnh đồng nhiễm HIV/lao.
- Thực hiện phối hợp, phản hồi giữa cơ sở điều trị HIV và cơ sở điều trị lao trong theo dõi, quản lý người bệnh nhiễm HIV nghi hoặc mắc lao, đảm bảo người bệnh đồng nhiễm HIV/lao được điều trị ARV và điều trị lao sớm, hiệu quả.
- Khi điều trị thuốc ARV cho người bệnh lao cần lưu ý tương tác thuốc giữa thuốc điều trị lao và các thuốc ARV; điều chỉnh liều thuốc ARV khi có tương tác với thuốc điều trị lao (*xem chi tiết nội dung điều trị ARV cho người bệnh lao tại Chương 3 Hướng dẫn này*).
- Kiểm soát nhiễm khuẩn lao tại các cơ sở điều trị HIV (*xem chi tiết tại Quyết định 579/QĐ-BYT ngày 12/3/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành về Hướng dẫn kiểm soát lây nhiễm lao trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và cộng đồng*)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định thay thế hoặc bổ sung Quyết định này thì thực hiện theo Quyết định thay thế, bổ sung

<sup>5</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định thay thế hoặc bổ sung Quyết định này thì thực hiện theo Quyết định thay thế, bổ sung

## 2. Bệnh do nấm *Cryptococcus*

### 2.1. Chẩn đoán

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

- **Viêm màng não:** đau đầu, sợ ánh sáng, hội chứng màng não, rối loạn ý thức, có dấu hiệu thần kinh khu trú, sốt. Xét nghiệm: dịch não tủy thường biến loạn nhẹ, nhuộm mực tâu, xét nghiệm kháng nguyên nấm *Cryptococcus* (CrAg) và cấy tìm nấm trong dịch não tủy. Nhiễm nấm *Cryptococcus* ít gặp ở trẻ nhỏ, thường xuất hiện ở trẻ > 6 tuổi.

### 2.2. Điều trị đặc hiệu

#### *Giai đoạn tấn công*

**Bảng 28. Phác đồ điều trị bệnh do nấm *Cryptococcus***

| <b>Phác đồ</b>                                     | <b>Thuốc và thời gian điều trị</b>                                                          |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ưu tiên                                            | Liposomal amphotericin (1 liều duy nhất) + flucytosine (14 ngày) + fluconazole (14 ngày)    |
| Khi không có liposomal amphotericin                | Amphotericin B deoxycholate + flucytosine (7 ngày) và sau đó dùng thêm fluconazole (7 ngày) |
| Khi không có flucytosine                           | Liposomal amphotericin B + fluconazole (14 ngày)                                            |
| Khi không có liposomal amphotericin và flucytosine | Amphotericin B deoxycholate + fluconazole (14 ngày)                                         |
| Khi không có amphotericin B và flucytosine         | Fluconazole (14 ngày)                                                                       |

#### **Lưu ý:**

Nếu tình trạng lâm sàng không cải thiện, tăng áp lực nội sọ kéo dài, thời gian điều trị giai đoạn tấn công có thể kéo dài cho đến khi cấy nấm trong dịch não tủy âm tính.

#### **Liều các thuốc chống nấm trong giai đoạn tấn công như sau:**

Liposomal amphotericin B (liều duy nhất): 10 mg/kg x 01 ngày

Liposomal amphotericin B khi sử dụng liều hàng ngày: (3-4 mg/kg/ngày)

Flucytosine: 100 mg/kg/ngày (chia thành 4 lần trong ngày)

Fluconazole: 1200 mg/ngày đối với người lớn và 12 mg/kg/ngày (không quá 800 mg/ngày) đối với trẻ em.

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

**Giai đoạn duy trì:** fluconazole 150 - 200 mg/ngày (hoặc 6 mg/kg/ngày và không quá 200 mg/ngày cho người dưới 18 tuổi). Ngừng điều trị duy trì khi:

Người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và số lượng CD4  $\geq$  100 tế bào/mm<sup>3</sup> và tải lượng HIV dưới 1000 bản sao/mL.

Hoặc: người bệnh điều trị ARV ít nhất 1 năm, lâm sàng ổn định và số lượng CD4  $\geq$  200 tế bào/mm<sup>3</sup>.

Không ngừng điều trị duy trì cho trẻ em dưới 2 tuổi.

Đối với trẻ từ 2-5 tuổi ngừng điều trị duy trì khi trẻ ổn định và điều trị ARV cùng với thuốc kháng nấm duy trì ít nhất 1 năm và có tỉ lệ % CD4 > 25% hoặc số lượng CD4 > 750 tế bào/mm<sup>3</sup>.

**Lưu ý:** khi điều trị phác đồ có amphotericin B và flucytosine, cần:

1) Bù đủ dịch và điện giải; 2) Theo dõi tác dụng phụ của thuốc gồm hạ kali máu, thiếu máu và giảm mức lọc cầu thận.

### **2.3. Điều trị tăng áp lực nội sọ**

Theo dõi áp lực nội sọ: chọc lại dịch não tủy trong vòng 3-5 ngày một lần để đo và đánh giá áp lực nội sọ.

Đối với các trường hợp có áp lực nội sọ ban đầu rất cao, các triệu chứng tăng áp lực nội sọ kéo dài, tiến hành chọc dịch não tủy hằng ngày, mỗi lần dẫn lưu 15 - 20 ml, dẫn lưu thể tích để giảm áp lực nội sọ xuống < 20 cmH<sub>2</sub>O cho tới khi các triệu chứng thuyên giảm hoặc áp lực mở dịch não tủy về bình thường ít nhất 2 ngày.

Lưu ý: mannitol và corticoid không có tác dụng điều trị giảm áp lực nội sọ.

### **2.4. Thời điểm điều trị ARV**

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

Ở người nhiễm HIV mới được chẩn đoán viêm màng não do *Cryptococcus*, cần trì hoãn việc khởi động điều trị ARV 4-6 tuần sau khi bắt đầu điều trị thuốc chống nấm.

### **3. Bệnh do nấm *Histoplasma capsulatum***

#### **3.1. Chẩn đoán**

Biểu hiện thường gặp là sốt mệt mỏi, gầy sút cân, gan lách to, ho, đau ngực khó thở. Các triệu chứng ít gặp hơn gồm các dấu hiệu thần kinh trung ương, tiêu hóa và tổn thương da.

Nhiễm *Histoplasma* thể nặng: có ít nhất 1 triệu chứng tổn thương tạng: suy hô hấp hoặc tuần hoàn, các dấu hiệu thần kinh, suy thận, rối loạn đông máu và thay đổi tình trạng chức năng vận động từ mức phải nằm giường hoặc ghế trong ít nhất 50% thời gian thức và hạn chế khả năng tự chăm sóc.

Nhiễm *Histoplasma* thể nhẹ: các biểu hiện không thuộc các dấu hiệu và triệu chứng của thể nặng.

Xét nghiệm kháng nguyên *Histoplasma* trong máu hoặc nước tiểu hoặc dịch não tủy. Cây máu hoặc dịch não tủy dương tính với *Histoplasma capsulatum*

#### **3.2. Điều trị**

##### ***Điều trị tấn công***

- Thể nặng: amphotericin B (liposomal amphotericin B 3 mg/kg/ngày hoặc lipid complex amphotericin B 3-5 mg/kg/ngày hoặc amphotericin B deoxycholate 0.7-1 mg/kg/ngày) trong 2 tuần.

- Thể nhẹ: itraconazole 200 mg (2-5 mg/kg, tối đa 200 mg) x 3 lần/ngày x 3 ngày.

##### ***Điều trị duy trì:***

Itraconazole 200 mg (trẻ em 2- 5mg/kg x 2 lần/ngày, tối đa 200 mg) x 2 lần/ngày x 12 tháng.

##### ***Ngừng điều trị duy trì:***

Ngừng điều trị duy trì khi bệnh nhân đã điều trị thuốc chống nấm ít nhất 1 năm, kết quả cây máu tìm nấm âm tính, xét nghiệm kháng nguyên trong huyết thanh hoặc nước tiểu âm tính, tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện và người bệnh điều trị ARV có số CD4 > 150 tế bào/mm<sup>3</sup> duy trì liên tục ≥ 6 tháng.

## **4. Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* (PCP)**

### **4.1. Chẩn đoán**

Diễn biến bán cấp 1- 2 tuần.

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

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

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

### **4.2. Điều trị**

#### **a. Phác đồ ưu tiên**

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

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

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

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

#### **c. Trong trường hợp suy hô hấp**

Khi  $PaO_2 < 70$  mmHg hoặc  $SpO_2 < 90\%$  khi thở khí phòng, điều trị thêm prednisolon trong vòng 72 giờ từ khi bắt đầu điều trị kháng sinh cho PCP.

- Người lớn:

+ Prednisolon (uống) 40 mg x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 40 mg x 1 lần/ngày x 5 ngày rồi 20 mg x 1 lần/ngày từ ngày 11 đến ngày 21.+ Methyprednisolon (tĩnh mạch) tính bằng 75% liều của prednisolon.

- Trẻ em: Prednisone: 1 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày, sau đó 0,5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 5 ngày, tiếp theo 0,5 mg/kg x 1 lần/ngày từ ngày 11 đến ngày 21.

Ngừng điều trị corticoid theo tình trạng bệnh.

#### **d. Điều trị duy trì**

CTX liều 960 mg uống hàng ngày ở người lớn và 5mg/kg/ngày tính theo liều TMP ở trẻ em cho đến khi người bệnh điều trị ARV ít nhất 12 tháng, lâm sàng ổn định, CD4 > 350 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng 1000 bản sao/mL. Không ngừng điều trị dự phòng ở trẻ dưới 5 tuổi.

### **5. Bệnh do nấm *Candida***

#### **5.1. Chẩn đoán**

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

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

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

#### **5.2. Điều trị**

##### **Nấm miệng:**

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

##### **Nấm thực quản:**

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

##### **Nấm sinh dục:**

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

## **6. Bệnh do nấm *Talaromyces marneffei* (tên cũ *Penicillium marneffei*)**

### **6.1. Chẩn đoán**

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

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

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

Soi tươi và cấy tìm nấm bệnh phẩm da, tủy xương, hạch. Tỷ lệ cấy dương tính cao nhất ở cấy dịch tủy xương (100%), da (90%) và máu (70%). Nuôi cấy các bệnh phẩm trên trong môi trường Sabbouraud ở 25 - 37°C.

### **6.2. Điều trị**

#### ***Điều trị tấn công***

Phác đồ ưu tiên: amphotericin B (amphotericin B deoxycholate 0.7-1 mg/kg/ngày hoặc liposomal amphotericin B 3-5 mg/kg/ngày hoặc lipid complex amphotericin B 3-5 mg/kg/ngày) trong 2 tuần.

Phác đồ thay thế (khi không có amphotericin B), sử dụng một trong 3 phác đồ dưới đây:

- Voriconazole (truyền tĩnh mạch) 6 mg/kg x 2 lần/ngày trong ngày đầu tiên và sau đó là 4 mg/kg x 2 lần/ngày trong 2 tuần.
- Voriconazole (uống) 600 mg x 2 lần/ngày trong ngày đầu tiên và sau đó 400 mg x 2 lần/ngày trong 2 tuần.

Lưu ý: sử dụng voriconazol cho trẻ từ 14 tuổi trở xuống cần hội chẩn bác sỹ chuyên khoa.

- Itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày x 2 tuần.

#### ***Điều trị củng cố:***

Voriconazole hoặc itraconazole 200 mg x 2 lần/ngày (ở trẻ em 5 - 6 mg/kg x 2 lần/ngày) x 10 tuần.

#### ***Điều trị duy trì***

Itraconazole 200 mg/ngày ở người lớn và 3 mg/kg/ngày ở trẻ em; ngừng khi người bệnh điều trị ARV có số CD4 > 100 tế bào/mm<sup>3</sup> duy trì liên tục ≥ 6 tháng.

## **7. Viêm não do *Toxoplasma gondii***

### **7.1. Chẩn đoán**

#### **Dựa vào:**

- Lâm sàng: đau đầu, chóng mặt, co giật, sốt, yếu vận động và các dấu hiệu thần kinh khu trú. 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.

- Xét nghiệm: kháng thể kháng *Toxoplasma* IgG thường dương tính. Tổn thương choán chỗ một hoặc nhiều ổ trên hình ảnh cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ (MRI) sọ não.

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

### **7.2. Điều trị**

#### **Người lớn**

Điều trị viêm não do *T. gondii* cấp: 6 tuần, kéo dài hơn nếu lâm sàng hoặc hình ảnh có tổn thương rộng hoặc không đáp ứng hoàn toàn ở tuần thứ 6.

#### **Điều trị tấn công:**

Sử dụng một trong hai phác đồ sau:

- Co-trimoxazole liều tính theo TMP 10 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày.

- Pyrimethamine 200 mg uống 1 lần và tiếp tục liều theo cân nặng.

+ Cân nặng < 60 kg: pyrimethamine 50 mg uống hàng ngày + sulfadiazine 1000 mg uống 4 lần/ngày + acid folinic uống 10–25 mg hàng ngày (có thể dùng tới 50 mg/ngày) cùng với pyrimethamin.

+ Cân nặng > 60 kg: pyrimethamine 75 mg uống hàng ngày + sulfadiazine 1500 mg uống 4 lần/ngày + acid folinic uống 10–25 mg hàng ngày (có thể dùng tới 50 mg/ngày) cùng với pyrimethamin.

#### **Lưu ý:**

- Khi người bệnh không dung nạp sulfadiazine hoặc không đáp ứng pyrimethamine - sulfadiazine có thể sử dụng phác đồ: pyrimethamine + acid folinic (theo liều của phác đồ trên) + clindamycin 600 mg truyền tĩnh mạch hoặc uống x 4 lần/ngày.

- Khi người bệnh dị ứng với co-trimoxazole và không sẵn có pyrimethamine, có thể sử dụng phác đồ: doxycyclin + azithromycin.

- Dexamethasone: có thể chỉ định trong trường hợp phù não quanh khối u, ngừng khi lâm sàng cải thiện.

### **Điều trị duy trì:**

- Phác đồ duy trì ưu tiên: co-trimoxazole uống liều 960 mg/ngày

- Phác đồ duy trì thay thế: uống hàng ngày pyrimethamine 25–50 mg + sulfadiazine 2000–4000 mg (chia thành 2 đến 4 liều) + acid folinic 10–25 mg.

Ngừng điều trị duy trì khi người bệnh điều trị ARV trên 1 năm, lâm sàng ổn định và CD4 trên 200 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện.

### **Trẻ em**

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

- Co-trimoxazole: liều dựa trên TMP 10 mg/kg/ngày chia 2 lần.

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

### **Nhiễm *Toxoplasma* sau sinh:**

- Điều trị tấn công bằng một trong hai phác đồ sau trong 6-8 tuần:

+ Co-trimoxazole liều tính theo TMP 10 - 15 mg/kg/ngày chia 2 lần

+ Pyrimethamine uống 2 mg/kg x 1 lần/ngày trong 3 ngày, sau đó giảm xuống 1 mg/kg x 1 lần/ngày + acid folinic uống 10 - 25 mg x 1 lần/ngày + sulfadiazin uống 25mg/kg x 4 lần/ngày.

- Điều trị duy trì: co-trimoxazole liều tính theo TMP 5 mg/kg/ngày.

- Ngừng điều trị duy trì cho trẻ em trên 5 tuổi giống như người lớn, không ngừng điều trị duy trì cho trẻ dưới 5 tuổi.

## **8. Bệnh do *Mycobacterium avium* complex (MAC)**

### **8.1. Chẩn đoán**

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

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

## **8.2. Điều trị**

### ***Người lớn***

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

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

Xem xét thêm thuốc thứ ba cho người bệnh suy giảm miễn dịch nặng ( $CD4 < 50$  tế bào/ $mm^3$ ) bao gồm:

- Rifabutin uống 300 mg/ngày hoặc fluoroquinolone (uống levofloxacin 500 mg/ngày hoặc moxifloxacin 400 mg/ngày).

Ngừng điều trị MAC khi người bệnh được điều trị phác đồ trên ít nhất 12 tháng, không còn biểu hiện lâm sàng của MAC và được điều trị ARV có số lượng tế bào CD4 tăng  $> 100$  tế bào/ $mm^3$  trên 6 tháng.

### ***Trẻ em***

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

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

## **9. Bệnh do Cytomegalovirus (CMV)**

### **9.1. Chẩn đoán**

- Viêm võng mạc: nhìn mờ, có những đám đen hoặc chấm đen di động, những điểm tối trước mắt, sợ ánh sáng, tiến triển tới bong võng mạc và mù hoàn toàn nếu không điều trị. Có thể ở một bên mắt, hoặc lan sang mắt còn lại. Các tổn thương võng mạc thường không thể phục hồi. Soi đáy mắt có các đám hoại tử (màu trắng) ở võng mạc, có thể kèm theo xuất huyết võng mạc, đơn độc hoặc nhiều đám lan toả.

- Viêm đại tràng: gây sút, đau bụng, tiêu chảy, sốt, có thể thủng ruột, xuất huyết tiêu hóa.
- Viêm thực quản: nuốt đau.
- Bệnh ở hệ thần kinh trung ương: sa sút trí tuệ, viêm não, viêm đa rễ thần kinh, dịch não tủy tăng tế bào, protein bình thường hoặc tăng, nguy cơ tử vong cao.
- Viêm đại tràng, viêm thực quản, viêm não: Nếu có điều kiện lấy bệnh phẩm từ sinh thiết não, dịch não tủy, máu làm xét nghiệm nuôi cấy hoặc chẩn đoán PCR.

## 9.2. Điều trị

### **Người lớn: Điều trị viêm võng mạc do CMV**

**Điều trị tấn công** (trong giai đoạn cấp):

**Phác đồ ưu tiên:** ganciclovir truyền tĩnh mạch 5 mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 14-21 ngày hoặc valganciclovir uống 900 mg/lần x 2 lần/ngày x 14-21 ngày.

**Phối hợp** tiêm nội nhãn ganciclovir 2 mg trong 0,05 - 0,1 ml/lần x 1 lần/tuần cho tới khi tổn thương bất hoạt.

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

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

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

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

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

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

### **Trẻ em: Điều trị nhiễm CMV lan tỏa và viêm võng mạc**

**Điều trị tấn công**

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

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

### ***Điều trị duy trì***

Sử dụng một trong các phác đồ sau:

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

**Ngừng điều trị duy trì** nếu đã điều trị bằng ARV tối thiểu 6 tháng và khi CD4 > 100 tế bào/mm<sup>3</sup> đối với trẻ ≥ 6 tuổi và tỷ lệ CD4 > 15% đối với trẻ em dưới 6 tuổi, liên tục trong 6 tháng.

## **10. Kaposi sarcoma**

Kaposi sarcoma (KS) có thể gặp ở người nhiễm HIV có suy giảm miễn dịch nặng khi CD4 < 200/mm<sup>3</sup>. KS do nhiễm HHV-8 (Human Herpesvirus 8) gây ra. KS là bệnh hiếm gặp ở người nhiễm HIV tại Việt Nam, nhưng là bệnh thường gặp ở các nước châu Phi, chủ yếu ở nam quan hệ đồng giới có nhiễm HHV-8. Điều trị ARV sớm cho người nhiễm HIV có thể phòng ngừa được bệnh này.

### **10.1. Chẩn đoán**

Biểu hiện lâm sàng là những tổn thương trên da, niêm mạc (vòm khẩu cái): dạng dát, sần, mảng hoặc nốt, gồ lên mặt da, có thể thành cục; màu đỏ tím hoặc đỏ nâu, không đau, không ngứa, phát triển chậm, có thể loét, không kèm theo sốt hoặc sụt cân.

Xác định chẩn đoán bằng sinh thiết các tổn thương (hình ảnh tăng sinh mạch máu bất thường, dương tính với HHV-8).

### **10.2. Điều trị**

- Điều trị ARV sớm và hiệu quả có thể thuyên giảm hoặc ổn định KS.
- Điều trị đặc hiệu:

Chuyên chuyên khoa ung thư điều trị phối hợp:

- + KS khu trú, ít triệu chứng: điều trị tại chỗ (phẫu thuật, tia xạ...).

- + KS lan rộng, tổn thương nội tạng: hóa trị toàn thân.
- Điều trị chăm sóc giảm nhẹ.

## **11. Herpes simplex**

### **11.1. Chẩn đoán:** chủ yếu dựa vào lâm sàng.

Biểu hiện lâm sàng lúc đầu là những mụn nước nhỏ, nông, thành chùm trên nền hồng ban, sau đó vỡ ra tạo loét nông, đau rát, vị trí thường gặp ở quanh miệng, môi, sinh dục, quanh hậu môn, lòng bàn tay, kéo dài > 1 tháng (herpes mạn tính), không lành tự nhiên.

### **11.2. Điều trị**

a) Điều trị bằng thuốc kháng vi rút, sử dụng một trong các phác đồ dưới đây:

- Acyclovir 200 mg uống 5 lần/ngày hoặc acyclovir 400mg uống 3 lần/ngày trong 7-10 ngày

cho những trường hợp nhẹ, kéo dài 14 -21 ngày cho trường hợp mạn tính.

- Acyclovir 5 mg/kg truyền tĩnh mạch cứ 8 giờ 1 lần, trong 10 ngày đối với những trường hợp nặng.

Các phác đồ khác:

- Famciclovir 125mg uống 2 lần/ngày trong 5-10 ngày

- Valaciclovir 500mg uống 2 lần/ngày trong 5-10 ngày

- Valaciclovir 1g uống 2 lần/ngày trong 10 ngày (đối với nhiễm HSV nguyên phát).

b Vệ sinh vùng tổn thương, tránh lây truyền (hạn chế quan hệ tình dục khi còn tổn thương).

c) Bắt đầu và duy trì điều trị ARV sớm, giúp phục hồi miễn dịch, giảm tái phát và tiến triển bệnh.

## **12. Herpes zoster (Zona)<sup>1</sup>**

### **12.1. Chẩn đoán**

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng: tổn thương lan toả, là những mụn nước, bóng nước xếp thành chùm dọc theo đường đi dây thần kinh ngoại biên, thường ở một bên của cơ thể, đau rát; có thể cùng bị nhiều dây thần kinh ngoại biên, tổn thương vượt qua đường trắng giữa, loét, hoại tử, lâu lành và có thể tái phát.

## 12.2. Điều trị

- Acyclovir uống, 800 mg/1 lần x 5 lần/ngày x 7 ngày
- Bôi tại chỗ tím gentian hoặc chlorhexidine
- Zona mắt: nhỏ thuốc mỡ acyclovir kết hợp acyclovir uống. Cần khám thêm chuyên khoa mắt để phát hiện các tổn thương có thể có ở mắt
- Điều trị giảm đau:
  - + Paracetamol
  - + NSAIDs (ibuprofen, naproxen, diclofenac) dùng khi không chống chỉ định
  - + Thuốc hỗ trợ giảm đau thần kinh: gabapentin bắt đầu với liều 300 mg/ngày, tăng dần liều đến 900–1800 mg/ngày tùy đáp ứng trên từng người bệnh.

*Ghi chú: <sup>1</sup>Nếu người bệnh nhiễm HIV chỉ có bệnh zona và CD4 > 200 tế bào/mm<sup>3</sup> thì chưa được chẩn đoán là bệnh HIV tiến triển.*

## **Chương 5.**

### **QUẢN LÝ CÁC BỆNH ĐỒNG NHIỄM VÀ BỆNH LÝ ĐI KÈM**

#### **I. BỆNH VIÊM GAN VI RÚT**

Bệnh viêm gan vi rút B và viêm gan vi rút C là hai bệnh viêm gan thường gặp ở người nhiễm HIV do vi rút viêm gan B và vi rút viêm gan C có đường lây truyền giống HIV.

Phát hiện và điều trị kịp thời bệnh viêm gan vi rút ở người nhiễm HIV sẽ làm giảm tỷ lệ tử vong và tăng chất lượng cuộc sống ở người nhiễm HIV.

##### **1. Bệnh Viêm gan vi rút B**

Chẩn đoán và Điều trị bệnh viêm gan vi rút B ở người nhiễm HIV thực hiện như ở người không nhiễm HIV theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 về Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị bệnh viêm gan vi rút B<sup>6</sup>.

##### **Lưu ý:**

- Chẩn đoán bùng phát viêm gan vi rút B khi đang điều trị ARV: bùng phát viêm gan vi rút B trên người bệnh điều trị ARV có thể xảy ra trong vài tháng đầu điều trị ARV liên quan đến hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, hoặc sau khi ngừng các thuốc ARV có tác dụng điều trị viêm gan vi rút B (3TC, TDF).
- Điều trị đồng nhiễm HBV/HIV bằng phác đồ ARV có TDF hoặc TAF. Phác đồ này vừa có tác dụng điều trị HIV và vừa có tác dụng điều trị viêm gan B.
- Khi chuyển sang các phác đồ ARV khác cho người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV thì cần giữ lại hoặc bổ sung thuốc TDF hoặc các thuốc điều trị viêm gan B khác vào phác đồ ARV. Thay thế TDF bằng TAF nếu người bệnh có mức lọc cầu thận dưới 50 ml/phút.

##### **2. Bệnh Viêm gan vi rút C**

Chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút C ở người nhiễm HIV thực hiện như với người không nhiễm HIV và theo Hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Quyết

---

<sup>6</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định mới về Chẩn đoán và Điều trị viêm gan B thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.

định số 2855/QĐ-BYT ngày 25/9/2024 về Hướng dẫn Chẩn đoán và Điều trị bệnh viêm gan vi rút C<sup>7</sup>

Người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV được điều trị ARV ngay khi phát hiện nhiễm HIV và điều trị HCV khi dung nạp điều trị ARV.

Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ điều trị viêm gan vi rút C tối ưu để tránh tương tác thuốc, nếu cần thiết phải điều chỉnh liều thuốc điều trị viêm gan C.

## II. NHIỄM TRÙNG LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

- Chẩn đoán và Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục thực hiện theo hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Quyết định số 4568/QĐ-BYT ngày 14/11/2013 của Bộ Y tế về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục”<sup>8</sup>.

- Chẩn đoán và điều trị bệnh do *N. gonorrhoeae* thực hiện theo Quyết định số 5165/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Chẩn đoán và điều trị bệnh lậu”<sup>9</sup>.

- Chẩn đoán và điều trị bệnh do *C. trachomatis* thực hiện theo Quyết định số 5169/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Chlamydia Trachomatis”<sup>10</sup>.

- Chẩn đoán và điều trị bệnh giang mai thực hiện theo Quyết định số 5186/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Chẩn đoán và điều trị bệnh giang mai<sup>11</sup>.

- Chẩn đoán và điều trị nhiễm Herpes simplex sinh dục thực hiện theo Quyết định số 5183/QĐ-BYT ngày 09 tháng 11 năm 2021 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Chẩn đoán và điều trị nhiễm Herpes simplex<sup>12</sup>.

---

<sup>7</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định mới về Chẩn đoán và Điều trị viêm gan B thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành

<sup>8</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định mới về Chẩn đoán và Điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.

<sup>9, 8</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành

<sup>11</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.

<sup>7, 12</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.

### **III. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CHO NGƯỜI NHIỄM HIV**

#### **1. Định nghĩa về chăm sóc giảm nhẹ**

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chăm sóc giảm nhẹ là quyền con người, là nền tảng để cải thiện chất lượng cuộc sống, hạnh phúc, sự thoải mái và phẩm giá cho người bệnh, là một thành phần thiết yếu cần được tích hợp vào dịch vụ y tế lấy người bệnh làm trung tâm. Chăm sóc giảm nhẹ được định nghĩa là phòng ngừa và giảm bớt đau khổ của người lớn, trẻ em và gia đình của họ khi phải đối mặt với các vấn đề liên quan đến bệnh tật đe dọa tính mạng.

Chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV là sự kết hợp nhiều biện pháp để giảm sự đau khổ và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau và xử trí các triệu chứng thực thể, tư vấn và hỗ trợ giải quyết các vấn đề tâm lý – xã hội mà người bệnh và gia đình họ phải chịu đựng.

#### **2. Nguyên tắc**

Chăm sóc giảm nhẹ được áp dụng từ thời điểm bắt đầu chẩn đoán bệnh đến khi người bệnh qua đời và hỗ trợ tâm lý cho người nhà sau mất người thân

Chăm sóc giảm nhẹ lấy con người làm trung tâm, tập trung vào nguyện vọng chính đáng của người bệnh, bao gồm:

- Xác định sớm và điều trị những vấn đề cần được chăm sóc giảm nhẹ để nâng cao chất lượng cuộc sống, sự thoải mái và phẩm giá của người bệnh. Đó là việc kiểm soát cơn đau, các triệu chứng khác, các vấn đề về tâm lý xã hội và tinh thần của người bệnh;
- Lồng ghép các biện pháp phòng ngừa HIV, chẩn đoán và điều trị sớm HIV, điều trị dự phòng và điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội, các bệnh đi kèm khác;
- Hỗ trợ tâm lý xã hội, tinh thần hoặc tài chính cho người bệnh và người nhà của họ;

#### **3. Nội dung chính về chăm sóc giảm nhẹ cho người nhiễm HIV**

##### **3.1. Hỗ trợ tâm lý xã hội, tinh thần**

- Hỗ trợ tâm lý tinh thần cho người bệnh và người nhà của họ. Tư vấn hỗ trợ thường xuyên, ngay cả đối với những người bệnh đã điều trị ARV ổn định.
- Hỗ trợ xã hội nếu có thể như giới thiệu việc làm, hỗ trợ tài chính, giới thiệu đến các hội, nhóm để tham gia sinh hoạt, hỗ trợ lẫn nhau...

- Chống kỳ thị và phân biệt đối xử.

### **3.2. Đánh giá, xử trí triệu chứng đau và các triệu chứng khác**

Đánh giá, xử trí đau và các triệu chứng khác cần được thực hiện ở tất cả các lần thăm khám (chi tiết xem tại Quyết định số 183/QĐ-BYT ngày 25 tháng 01 năm 2022 của Bộ trưởng bộ Y tế về Hướng dẫn điều trị chăm sóc giảm nhẹ<sup>13</sup>)

### **3.3. Hỗ trợ người bệnh ở giai đoạn cuối đời**

- Tôn trọng những than phiền về sự đau đớn của người bệnh;
- Động viên, trấn an, chăm sóc người bệnh để họ hiểu không bị bỏ rơi;
- Ưu tiên dùng thuốc giảm đau bằng đường uống, tiêm dưới da, miếng dán ngoài da;
- Kiểm soát đau bằng xoa bóp ở vị trí thích hợp, chườm nóng để giảm tối đa sự đau đớn;
- Hỗ trợ người bệnh những công việc còn dang dở;
- Tôn trọng quyết định của người bệnh: chăm sóc giai đoạn cuối tại cơ sở y tế hoặc tại nhà;
- Hỗ trợ về tín ngưỡng: người chăm sóc cần nhận ra những nhu cầu về tín ngưỡng và tôn trọng tín ngưỡng, niềm tin của người bệnh, hiểu được mong muốn của người bệnh về cách thức tổ chức tang lễ khi người bệnh qua đời.
- Hỗ trợ tâm lý, tinh thần và chia buồn với người nhà người bệnh sau khi người bệnh qua đời.

### **3.4. Chăm sóc sức khỏe cho nhân viên y tế**

Tình trạng kiệt sức hay quá tải công việc có thể xảy ra đối với nhân viên y tế khi chăm sóc người bệnh nhiễm HIV. Tăng cường và hồi phục sức khỏe về tinh thần và thể chất cho nhân viên y tế bao gồm nhân viên y tế tự chăm sóc sức khỏe bản thân là một phần cần thiết của chăm sóc giảm nhẹ.

## **IV. SÀNG LỌC CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM**

Sàng lọc, đánh giá các bệnh không lây nhiễm ở người nhiễm HIV bao gồm các bệnh rối loạn sức khỏe tâm thần, bệnh ung thư, bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh lý thận, và bệnh lý xương.

---

<sup>13</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành

## 1. Sức khỏe tâm thần

Có nhiều dạng rối loạn về sức khỏe tâm thần, trong đó thường gặp nhất là rối loạn lo âu và trầm cảm. Người nhiễm HIV và người có hành vi nguy cơ nhiễm HIV mắc các rối loạn tâm thần sẽ giảm khả năng tiếp cận, sử dụng dịch vụ, giảm khả năng tuân thủ các biện pháp dự phòng và điều trị HIV, ảnh hưởng đến kết quả dự phòng, điều trị HIV.

### 1.1. Sàng lọc, đánh giá sơ bộ về lo âu và trầm cảm

Tất cả người lớn và vị thành niên cần được sàng lọc và đánh giá sơ bộ về lo âu và trầm cảm bằng việc sử dụng bộ công cụ PHQ-4 gồm 4 câu hỏi (Bảng 29). Ở mỗi câu, câu trả lời sẽ được đánh dấu ở các mức 0, 1, 2 và 3 ứng với tần suất của sự kiện mà người bệnh gặp phải trong hai tuần qua.

**Bảng 29. Công cụ PHQ-4: đánh giá tình trạng lo âu, trầm cảm**

| Trong vòng 2 tuần qua, bạn có gặp các vấn đề sau và ở mức độ nào? | Không chút nào | Một vài ngày | Quá nửa số ngày | Gần như hàng ngày |
|-------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|-----------------|-------------------|
| 1. Cảm giác đau đầu, lo lắng                                      | 0              | 1            | 2               | 3                 |
| 2. Liên tục lo lắng                                               | 0              | 1            | 2               | 3                 |
| 3. Có cảm giác tuyệt vọng                                         | 0              | 1            | 2               | 3                 |
| 4. Không hào hứng hay yêu thích khi làm việc và hoạt động         | 0              | 1            | 2               | 3                 |

*Đánh giá sơ bộ: Tổng điểm cao nhất cho mỗi phần là 6, nếu:*

- Tổng điểm  $\geq 3$  cho 2 câu đầu: gợi ý người bệnh có rối loạn lo âu.
- Tổng điểm  $\geq 3$  cho 2 câu cuối: gợi ý người bệnh có rối loạn trầm cảm.

### 1.2. Xử trí

Đối với bệnh nhân có dấu hiệu lo âu và trầm cảm: tư vấn và chuyển chuyên khoa để được chẩn đoán và điều trị.

## 2. Bệnh ung thư

Người nhiễm HIV có nguy cơ mắc ung thư cao hơn so với người không nhiễm HIV. Thực hiện sàng lọc các bệnh ung thư ở người nhiễm HIV theo quy định.

### 2.1. Ung thư cổ tử cung

Ung thư cổ tử cung có thể phòng ngừa và điều trị được nếu được phát hiện sớm. Phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung cao gấp 6 lần so với phụ nữ không nhiễm HIV. Nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung cao hơn khi nhiễm HPV. Phụ nữ nhiễm HIV cần được sàng lọc ung thư cổ tử cung kể cả khi không có bất kỳ dấu hiệu hay triệu chứng nào và không liên quan đến tiền sử quan hệ tình dục hay tiêm chủng vắc xin HPV.

**Sàng lọc:**

Sàng lọc ung thư cổ tử cung định kỳ cho tất cả phụ nữ nhiễm HIV: thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định 3792/BYT ngày 17 tháng 12 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung<sup>14</sup>.

**Xử trí:**

- Giải thích cho người bệnh lợi ích của việc sàng lọc, chẩn đoán, điều trị ung thư cổ tử cung sớm. - Nếu người bệnh có xét nghiệm sàng lọc dương tính, cần chuyển gửi chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị kịp thời, theo dõi phản hồi việc chuyển gửi điều trị.

**Dự phòng ung thư cổ tử cung bằng vắc xin HPV:** thực hiện theo hướng dẫn tại Quyết định 3792/BYT ngày 17 tháng 12 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung<sup>15</sup>.

**2.2. Các bệnh ung thư khác**

Người nhiễm HIV nên được sàng lọc định kỳ để phát hiện các bệnh ung thư sớm và chuyển chuyên khoa để điều trị theo quy định.

**Bảng 30. Sàng lọc một số bệnh ung thư khác**

| Loại ung thư    | Đối tượng cần sàng lọc                                                          | Phương pháp sàng lọc                                                                 | Định kỳ   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Ung thư hậu môn | MSM và những người có loạn sản các cơ quan hậu môn - sinh dục liên quan đến HPV | Thăm khám trực tiếp hậu môn và ± lam PAP<br>Nếu lam PAP bất thường, chỉ định nội soi | 1 - 3 năm |
| Ung thư vú      | Phụ nữ trong độ tuổi 50 - 70                                                    | Chụp tuyến vú                                                                        | 1 - 3 năm |

<sup>14</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.  
<sup>15</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.

|                         |                                                                      |                                                                                                             |                 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Ung thư trực tràng      | Người 50 - 80 tuổi có tiền lượng sống > 10 năm                       | Xét nghiệm máu vi thể trong phân hàng năm hoặc soi đại tràng sigma 5 năm/lần, hoặc soi đại tràng 10 năm/lần | 1-3 năm         |
| Ung thư gan             | Người bệnh có xơ gan hoặc nhiễm HBV, HCV, người từng có viêm gan mạn | Siêu âm và alpha-foetoprotein                                                                               | 6 tháng một lần |
| Ung thư tiền liệt tuyến | Nam giới trên 50 tuổi có tiền lượng sống > 10 năm                    | PSA                                                                                                         | 1 - 3 năm       |

### 3. Bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu

Sàng lọc, đánh giá nguy cơ bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid máu cần được thực hiện 6 – 12 tháng một lần cho tất cả người nhiễm HIV, ngay từ khi bắt đầu điều trị và trong quá trình điều trị ARV.

**Bảng 31. Tổng hợp một số bệnh không lây nhiễm thường gặp ở người nhiễm HIV**

| Bệnh                        | Tiêu chuẩn chẩn đoán                                                                                                         | Yếu tố nguy cơ                                                                                                                                                                                                                                                                   | Xử trí                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tăng huyết áp <sup>1</sup>  | Huyết áp tâm thu $\geq 140$ mmHg và /hoặc huyết áp tâm trương $\geq 90$ mmHg                                                 | - Tuổi cao<br>- Hút thuốc lá, lạm dụng rượu bia.<br>- Chế độ ăn nhiều chất béo (THA, RL lipid máu); ăn nhiều tinh bột (đái tháo đường)<br>- Tình trạng béo phì, ít vận động<br>- Tiền sử gia đình (bố mẹ, anh chị anh ruột) mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, RL lipid máu | - Tư vấn lối sống khỏe mạnh: không hút thuốc lá; hạn chế bia rượu; hạn chế ăn chất béo, tinh bột nhưng vẫn duy trì đủ năng lượng; tăng cường ăn rau quả, giảm muối trong chế độ ăn; tăng cường vận động thể lực.<br>- Điều trị bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid theo chỉ định của bác sỹ chuyên khoa. |
| Đái tháo đường <sup>2</sup> | - Đường máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l hoặc<br>- Đường huyết sau 2 giờ trong nghiệm pháp dung nạp glucose $\geq 11,1$ mmol/l. | - Tiền sử gia đình (bố mẹ, anh chị anh ruột) mắc bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, RL lipid máu<br>- Điều trị ARV phác đồ có các thuốc                                                                                                                                         | - Xem xét điều chỉnh phác đồ ARV nếu cần                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Rối loạn chuyển hóa         | Khi có 1 trong các rối loạn sau:                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Bệnh      | Tiêu chuẩn chẩn đoán                                                                                                                                                 | Yếu tố nguy cơ                                                                                                   | Xử trí                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| lipid máu | - Tăng triglyceride (TG) máu > 1,7 mmol/l<br>- Tăng cholesterol máu toàn phần (TC) > 5,2 mmol/l<br>- Giảm HDL-C máu < 1,03 mmol/l<br>- Tăng LDL- C máu > 2,58 mmol/l | NRTIs, PIs, INSTIs (đối với đái tháo đường)<br>- Điều trị ARV phác đồ có thuốc PI, NRTI kèm theo (Rl lipid máu). | nhưng vẫn phải đảm bảo hiệu quả của thuốc ARV.<br>- Lưu ý tương tác thuốc (xem Bảng 23 Tương tác thuốc giữa ARV và các thuốc khác, Chương 3. Điều trị ARV).<br>- Chuyển chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị theo quy định. |

(Xem chi tiết tại <sup>1</sup>Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế Ban hành về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp; <sup>2</sup>Quyết định 3087/QĐ-BYT ngày 16 tháng 7 năm 2020 của Bộ Y tế về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường)

#### 4. Bệnh lý thận

Bệnh lý thận mạn thường gặp ở người nhiễm HIV bao gồm: bệnh lý thận liên quan đến HIV, bệnh lý ống lượn gần thận, bệnh lý ống lượn xa thận, viêm kẽ thận, sỏi thận.

##### Đánh giá yếu tố nguy cơ

- Tuổi cao
- Tiền sử có bệnh thận
- Tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu
- Bệnh HIV tiến triển
- Sử dụng các thuốc ARV có độc tính với thận (TDF, thuốc PI tăng cường ritonavir)

##### Sàng lọc

- Xét nghiệm creatinin máu theo quy định. Ước tính mức lọc cầu thận (eGFR)
- Xét nghiệm phân tích nước tiểu khi cần.
- Sàng lọc hội chứng Fanconi do TDF:

- + Mức lọc cầu thận thận giảm dần hoặc/và  $\leq 90$  mL/phút
- + Xét nghiệm nước tiểu: protein niệu, phosphat niệu, glucose niệu ở người không mắc bệnh đái tháo đường
- + Điện giải đồ:  $\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{K}^+$ , phosphat máu giảm.
- Chẩn đoán hình ảnh (tìm sỏi thận, đánh giá các bất thường về cấu trúc thận) khi có chỉ định.

### **Xử trí**

- Xem xét và điều chỉnh phác đồ ARV cho người bệnh đang điều trị, nếu cần.
- Điều trị ARV sớm cho người nhiễm HIV có bệnh lý thận liên quan đến HIV, tránh sử dụng các thuốc có độc tính với thận.
- Tư vấn về chế độ ăn, giảm cân, ăn ít muối không quá 5 g mỗi ngày, không hút thuốc.
- Chuyển chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý liên quan như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và bệnh lý thận.

## **5. Bệnh lý xương**

Nguy cơ mắc bệnh lý xương ở người nhiễm HIV cao hơn ở người không nhiễm HIV, bao gồm: mất khoáng xương, thưa xương, loãng xương, hủy xương, hoại tử xương và gãy xương.

### **Sàng lọc, đánh giá yếu tố nguy cơ**

- Tuổi cao: phụ nữ và nam giới > 50 tuổi, nữ giới giai đoạn mãn kinh; thiếu vitamin D; hút thuốc lá.
- Lối sống ít vận động; suy dinh dưỡng ( $\text{BMI} \leq 16$ ) hoặc béo phì ( $\text{BMI} > 30$ ).
- Sử dụng corticoid kéo dài.
- Đái tháo đường, một số bệnh nội tiết (cường giáp và cận giáp, bệnh tuyến sinh dục nữ), bệnh lý thận (hội chứng Fanconi).
- Tiền sử gãy xương đùi trong gia đình.
- Sử dụng các thuốc ARV gây giảm mật độ xương như TDF, TAF, LPV/r.

### **Xử trí**

- Xem xét và điều chỉnh phác đồ thuốc ARV người bệnh đang sử dụng mà có thể gây giảm mật độ xương.

- Tư vấn không hút thuốc, bổ sung đủ canxi và vitamin D, điều chỉnh và duy trì lối sống lành mạnh.
- Chuyển chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị các bệnh lý liên quan như đái tháo đường, rối loạn lipid máu và bệnh lý xương.

## V. TIÊM CHỦNG

### 1. Đối với trẻ nhiễm và trẻ phơi nhiễm với HIV

Tiêm chủng cho trẻ nhiễm HIV và trẻ phơi nhiễm với HIV phụ thuộc vào loại vắc xin và tình trạng miễn dịch của trẻ.

Chỉ định, tạm hoãn, thận trọng tiêm chủng một số loại vắc xin đối với trẻ phơi nhiễm với HIV, trẻ nhiễm HIV thực hiện theo Hướng dẫn của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tại Quyết định số 1575/QĐ-BYT ngày 27 tháng 03 năm 2023 về Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em<sup>16</sup>.

### 2. Đối với người lớn nhiễm HIV

Tiêm chủng các vắc xin cho người lớn nhiễm HIV theo Bảng 32.

**Bảng 32. Lịch tiêm chủng cho người lớn nhiễm HIV**

|                              | Cúm                 | Bạch hầu-Ho gà-Uốn ván        | Thủy đậu             | Vắc xin phế cầu | Vắc xin não mô cầu | Sởi, quai bị, Rubella | Thương hàn                       | HPV (nữ giới 16 - 26 tuổi)  | Viêm gan A                   | Viêm gan B        | HiB                   | Tả                             |
|------------------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------------------|
| CD4 <200 TB /mm <sup>3</sup> | Tiêm 1 mũi hàng năm | Cứ 10 năm tiêm nhắc lại 1 mũi | Trì hoãn             | Tiêm 1 mũi      | Tiêm theo lịch     | Trì hoãn              | Tiêm 1 mũi, nhắc lại 3 năm 1 lần | Tiêm 3 mũi: 0, 2, 6 (tháng) | 2 mũi, cách nhau 12-18 tháng | Tiêm 3 mũi: 0,1,6 | Cần nhắc tiêm 1-3 mũi | Uống 2 liều, cách nhau 14 ngày |
| CD4 ≥200 TB /mm <sup>3</sup> |                     |                               | Tiêm 2 mũi theo lịch |                 |                    | Tiêm 1 hoặc 2 mũi     |                                  |                             |                              |                   |                       |                                |

- Trường hợp phải trì hoãn tiêm vắc xin sống, có thể tiếp tục tiêm phòng sau khi người bệnh được điều trị ARV ổn định.
- Các vắc xin khác: tiêm phòng như người không nhiễm HIV.

<sup>16</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định sửa đổi, bổ sung hoặc thay thế Quyết định số 1575/QĐ-BYT ngày 27 tháng 03 năm 2023 về Hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em thì thực hiện theo Quyết định mới được ban hành.

## **Chương 6.**

### **DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN**

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới thì trẻ vị thành niên là người từ 10 đến 19 tuổi. Có một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị không tốt ở trẻ vị thành niên như hạn chế kiến thức về HIV, kỳ thị và phân biệt đối xử, các vấn đề liên quan đến trường học như lịch học trùng với lịch khám, vấn đề tài chính, nhận thức về tình trạng nhiễm HIV của bản thân, các vấn đề liên quan đến uống thuốc (quên thuốc, ngại uống thuốc,...), chưa được chuẩn bị tốt cho việc bộc lộ tình trạng nhiễm HIV, chưa nhận thức được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, tâm lý không tốt khi chuyển sang cơ sở điều trị người lớn.

Gói dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cho trẻ vị thành niên nhiễm HIV bao gồm:

- Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV
- Chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục
- Chuyển tiếp trẻ vị thành niên sang giai đoạn trưởng thành và sang dịch vụ chăm sóc sức khỏe người lớn

### **I. DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ HỖ TRỢ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV**

#### **1. Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ**

##### **1.1. Mục tiêu**

- Giúp trẻ hiểu đúng về tình trạng nhiễm HIV một cách tích cực.
- Trang bị kiến thức, kỹ năng để trẻ tự bộc lộ tình trạng nhiễm HIV với người khác.
- Giáo dục trẻ tự chăm sóc, tuân thủ điều trị ARV, thực hành hành vi an toàn để không làm lây truyền HIV cho người khác.

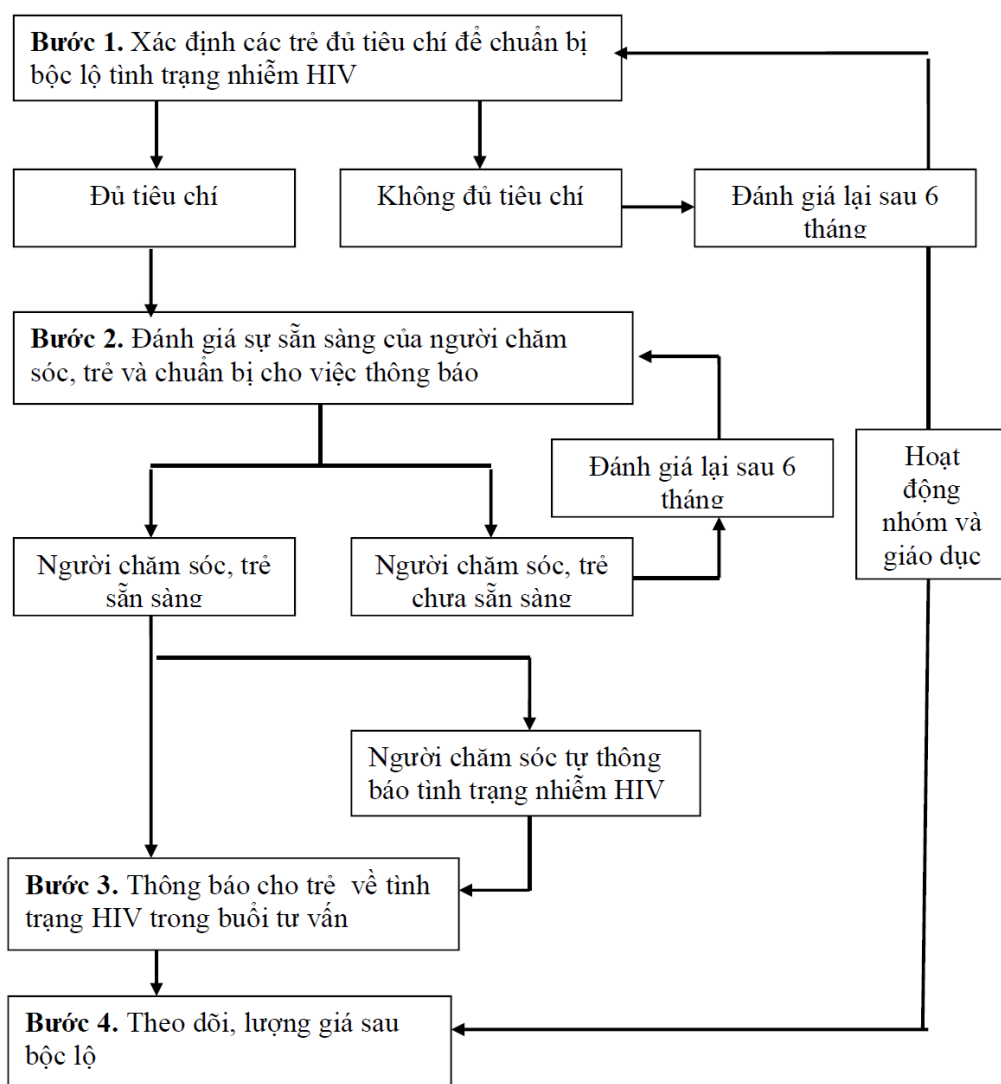
##### **1.2. Nội dung**

Bộc lộ tình trạng nhiễm HIV ở trẻ thực hiện theo sơ đồ 12.

Có 02 giai đoạn bộc lộ:

- Bộc lộ một phần;
- Bộc lộ toàn phần.

Bộc lộ toàn phần là thông báo cho trẻ về tình trạng nhiễm HIV của trẻ. Lựa tuổi được thông báo tình trạng nhiễm HIV phù hợp nhất là khi trẻ 10- 12 tuổi. Tuy nhiên, có thể bộc lộ một phần thực hiện khi trẻ 7 tuổi. Điều này giúp trẻ tuân thủ điều trị mà không nói cho trẻ biết trẻ nhiễm HIV và chuẩn bị cho bộc lộ toàn phần.



Sơ đồ 12: Quy trình bộc lộ tình trạng nhiễm HIV ở trẻ vị thành niên

### 1.2.1. Tiêu chuẩn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ

- Trẻ từ 7 tuổi trở lên và có người chăm sóc chính, liên tục.
- Người chăm sóc chính và trẻ không bị bệnh nặng

- Trẻ không bị chậm phát triển về tâm thần nặng

*\* Lưu ý:*

- Nếu trẻ chưa đủ điều kiện bộc lộ tình trạng nhiễm HIV, đánh giá lại sau 6 tháng.
- Không chủ quan cho rằng trẻ đã biết tình trạng nhiễm HIV nên không tư vấn bộc lộ.

### *1.2.2. Chuẩn bị bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ*

#### **Chuẩn bị cho người chăm sóc:**

- Cung cấp thông tin cho người chăm sóc về nhiễm HIV, nếu cần. Giải thích cho người chăm sóc hiểu rõ hơn về lợi ích và bất lợi của việc bộc lộ và chuẩn bị cho họ đáp ứng với các bất lợi có thể gặp phải.
- Sự sẵn sàng bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ: hiểu biết bệnh, ứng phó và duy trì bảo mật thông tin của trẻ.
- Chuẩn bị cho người chăm sóc về cách thức bộc lộ, những điều cần thảo luận với trẻ, và cách hỗ trợ tâm lý cho trẻ sau bộc lộ.

#### **Chuẩn bị cho trẻ:**

- Thăm dò khả năng đương đầu với các bất lợi và cách giải quyết vấn đề của trẻ khi bộc lộ tình trạng nhiễm, hướng dẫn trẻ cách bảo mật thông tin.
- Đánh giá sự sẵn sàng bộc lộ tình trạng nhiễm HIV ở trẻ.

Trường hợp trẻ hoặc người chăm sóc chưa sẵn sàng, định kỳ tư vấn cho trẻ và người chăm sóc về sự cần thiết và cách bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ. Đánh giá lại sự sẵn sàng bộc lộ sau 6 tháng.

### *1.3. Tư vấn bộc lộ tình trạng HIV*

- Đánh giá sự hiểu biết, sự quan tâm và thái độ của trẻ về bệnh nhiễm HIV.
- Thông báo cho trẻ về việc trẻ nhiễm HIV và ý nghĩa của việc nhiễm HIV.
- Cung cấp thông tin về tự chăm sóc, tầm quan trọng tuân thủ điều trị ARV, dự phòng NTCH, sống tích cực, sức khỏe sinh sản, tình dục và phòng nhiễm HIV
- Đánh giá, chia sẻ và hỗ trợ giải quyết các phản ứng cảm xúc của trẻ và người chăm sóc.
- Thảo luận về các việc thực hiện sau khi bộc lộ tình trạng nhiễm HIV, bao gồm hỗ trợ trẻ và người chăm sóc và cách xử lý bảo mật thông tin.

*Lưu ý:* người chăm sóc có thể phối hợp với nhân viên y tế hoặc tự thông báo tình trạng nhiễm HIV với sự trợ giúp của nhân viên y tế.

#### ***1.4. Theo dõi, lượng giá đáp ứng, thái độ của trẻ và người chăm sóc sau bộc lộ***

Theo dõi, lượng giá việc đáp ứng, thái độ của trẻ và người chăm sóc ngay sau khi bộc lộ từ 1 đến 2 tuần, sau 2 tháng, sau 6 tháng và khi cần thiết:

- Đánh giá những thay đổi ở trẻ và người chăm sóc sau bộc lộ
- Bổ sung hiểu biết về nhiễm HIV, tuân thủ điều trị và tự chăm sóc sức khỏe.
- Hướng dẫn trẻ bảo mật thông tin về tình trạng nhiễm HIV

### **2. Chăm sóc sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục**

#### ***2.1. Mục tiêu:***

- Giúp trẻ nhận biết tình cảm của bản thân và biết cách tự kiểm soát, xử trí.
- Giúp trẻ có quyết định đúng đắn về hành vi QHTD, đưa ra các quyết định tích cực liên quan đến sức khỏe sinh sản, tình dục và dự phòng nhiễm HIV.

#### ***2.2. Nội dung tư vấn sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục***

- Cung cấp kiến thức về thay đổi thể chất, tuổi dậy thì và những biến đổi về tâm lý. Lưu ý trẻ vị thành niên nhiễm HIV có thể chậm dậy thì hơn những trẻ bình thường.
- Cung cấp thông tin trẻ về giới, quan hệ tình dục, kiến thức về HIV, đặc biệt thông tin nguy cơ cao nhiễm HIV cao ở nhóm có QHTD đồng giới nam, nhóm chuyển giới, người bán dâm.
- Tư vấn xét nghiệm cho bạn tình, đặc biệt bạn tình đồng giới nam, người chuyển giới và bạn chích đi xét nghiệm HIV. Tư vấn hỗ trợ, kết nối xét nghiệm HIV, và dịch vụ dự phòng và điều trị
- Trao đổi với trẻ về các biện pháp an toàn tình dục dự phòng lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tránh thai, kế hoạch hoá gia đình, mang thai và phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Giới thiệu dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản: dịch vụ tránh thai, khám điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Hướng dẫn kỹ năng nhận biết, phòng tránh nguy cơ bị bạo hành, lạm dụng tình dục; kỹ năng và trách nhiệm cần bộc lộ tình trạng nhiễm HIV với bạn tình và giới thiệu bạn tình xét nghiệm HIV.

- Hỗ trợ một số kỹ năng sống cần thiết để trẻ vị thành niên có thể có thái độ, hành vi phù hợp và thực hành an toàn (kỹ năng từ chối, kỹ năng thương thuyết, kỹ năng tự ra quyết định,...).

Nội dung chi tiết thực hiện theo Hướng dẫn của Bộ Y tế tại Quyết định số 3261/QĐ-BYT ngày 04/11/2024 về ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - nội dung Chăm sóc sức khỏe sinh sản vị thành niên và thanh niên”<sup>17</sup>

### **3. Chuyển tiếp trẻ vị thành niên sang giai đoạn trưởng thành và sang dịch vụ chăm sóc sức khỏe người lớn**

#### **3.1. Mục tiêu:**

Chuẩn bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng cho trẻ để chuyển sang giai đoạn trưởng thành và sang chăm sóc người lớn:

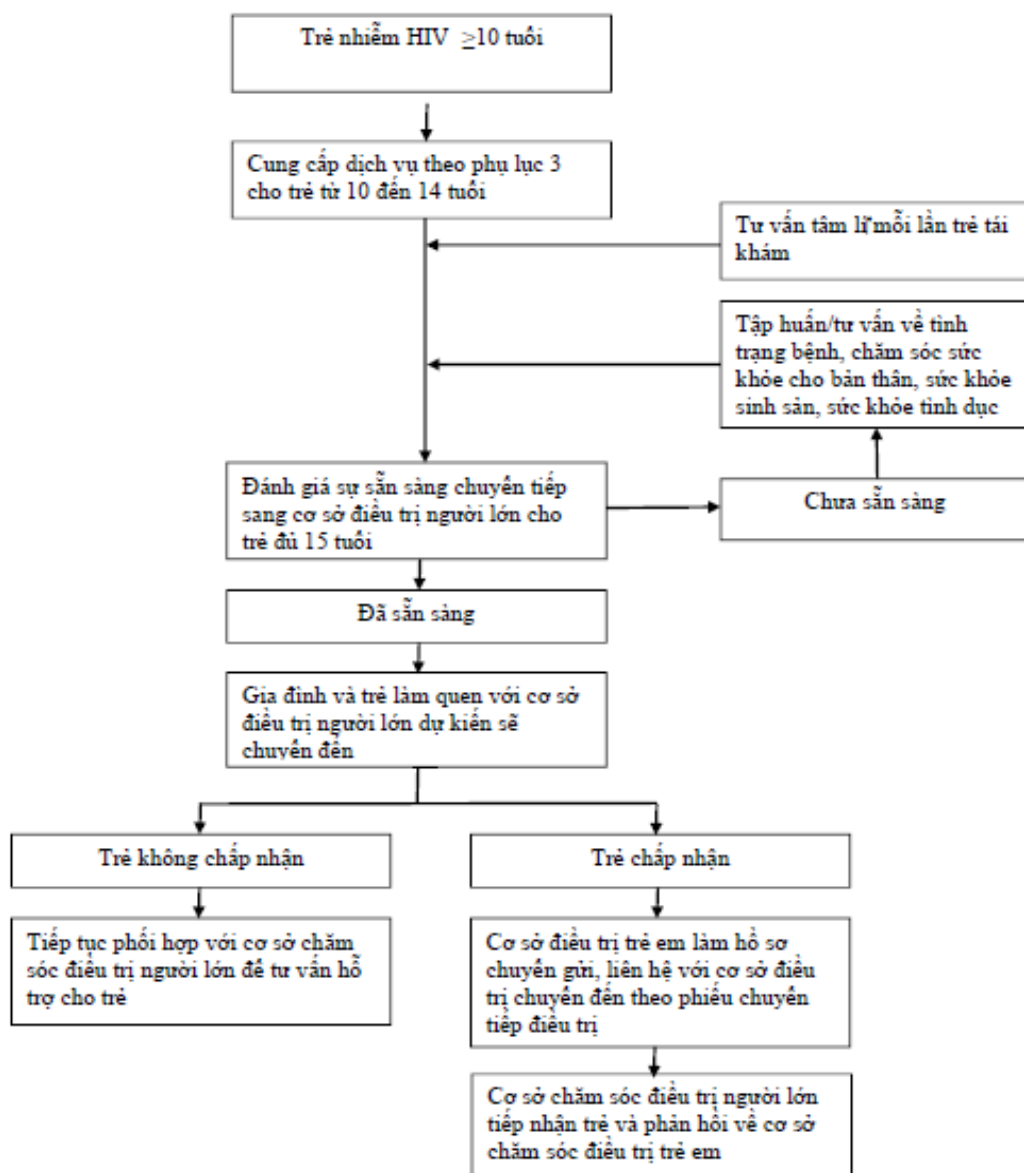
- Biết và duy trì các hoạt động chăm sóc, bảo vệ sức khỏe, biết cách tự chăm sóc bản thân và tìm đến các dịch vụ chăm sóc y tế khi cần.
- Sử dụng các dịch vụ chăm sóc người lớn và tuân thủ điều trị

#### **3.2. Nội dung thực hiện**

Thực hiện theo Sơ đồ 13

---

<sup>17</sup> Trường hợp Bộ Y tế ban hành Quyết định thay thế hoặc bổ sung thì thực hiện theo Quyết định thay thế, bổ sung.



Sơ đồ 13: Quy trình chuyển trẻ sang điều trị tại cơ sở điều trị HIV người lớn

### 3.2.1. Chuẩn bị tại cơ sở chăm sóc điều trị trẻ em

- Phân công cán bộ phụ trách (bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên tâm lý, cán bộ xã hội, nếu có) xây dựng kế hoạch chuyển gửi cho từng trẻ từ 3 năm trước khi trẻ đến tuổi chuyển gửi. Chuyển tiếp khi trẻ đủ 15 tuổi và đã được bộc lộ hoàn toàn tình trạng nhiễm HIV.

- Tiếp tục tư vấn về HIV, giúp trẻ hiểu rõ tình trạng bệnh, sự cần thiết của tự chăm sóc, tuân thủ điều trị, sức khỏe sinh sản, tình dục và trang bị cho trẻ kỹ

năng sống. Xác định rào cản có thể xảy ra ảnh hưởng đến tâm lý, tuân thủ điều trị và biện pháp hỗ trợ

- Thăm dò ý kiến của trẻ, người chăm sóc về cơ sở chăm sóc điều trị người lớn muốn chuyển đến.

- Liên lạc cơ sở chăm sóc điều trị người lớn trước khi chuyển. Có thể cho trẻ và người chăm sóc tham quan cơ sở người lớn.

**Lưu ý:** Trẻ đủ 15 tuổi nhưng chưa sẵn sàng chuyển tiếp, phối hợp với cơ sở điều trị người lớn để tiếp tục chăm sóc hỗ trợ cho đến khi trẻ hết tuổi vị thành niên (19 tuổi).

### **3.2.2. Chuyển gửi:**

- Cấp thuốc ARV đủ dùng cho đến khi nhận được thuốc ARV từ cơ sở mới.

- Viết phiếu chuyển tiếp điều trị cho trẻ.

- Kết nối và huy động các nhóm đồng đẳng, câu lạc bộ trẻ vị thành niên để hỗ trợ trẻ VTN mới chuyển tiếp sang chăm sóc điều trị người lớn.

### **3.3.3. Theo dõi sau chuyển gửi:**

- Liên hệ với cơ sở tiếp nhận để khẳng định sự chuyển tiếp thành công.

- Sau 15 ngày chuyển tiếp nếu trẻ chưa đến cơ sở mới, cơ sở chuyển gửi có trách nhiệm liên hệ với trẻ, hỗ trợ các khó khăn trong quá trình chuyển tiếp. Phối hợp với cơ quan đầu mối Phòng, chống HIV/AIDS và cơ sở người lớn để đảm bảo duy trì điều trị.

- Ghi chép, theo dõi các trường hợp đã chuyển tiếp.

### **3.3.4. Cơ sở chăm sóc điều trị người lớn (nơi tiếp nhận trẻ).**

- Cán bộ phụ trách cần hiểu rõ những thách thức có thể gặp ở trẻ chuyển gửi

- Chọn ngày cố định để khám trẻ phù hợp với các ngày trẻ nghỉ học để đến nhận thuốc.

- Ghi phiếu phản hồi gửi cơ sở chuyển gửi khi đã tiếp nhận trẻ.

- Hội chẩn tâm lý đối với các trẻ có vấn đề tâm lý hay tuân thủ điều trị kém

- Đánh giá tuân thủ điều trị, tiếp tục theo dõi và điều trị. Phối hợp với cơ sở chuyển gửi để tư vấn hỗ trợ liên tục cho trẻ sau chuyển tiếp.

## **4. Hỗ trợ tuân thủ và duy trì điều trị ARV cho trẻ vị thành niên nhiễm HIV**

### **4.1. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV**

- Yếu tố hành vi: Quên uống thuốc, ngại uống thuốc, viên thuốc lớn, mất thuốc, lịch học trùng lịch tái khám, lĩnh thuốc, uống rượu, sử dụng ma túy.
- Yếu tố sức khỏe, nhận thức: Hạn chế kiến thức về HIV và về ý nghĩa của tuân thủ điều trị. Trẻ cảm thấy khỏe rồi hoặc bị tác dụng phụ.
- Yếu tố cảm xúc, tâm lý: Cô lập, trầm cảm, bất đồng với cha mẹ, thiếu hỗ trợ về tâm lý, không được chuẩn bị tâm lý trước khi chuyển sang cơ sở chăm sóc điều trị người lớn.
- Yếu tố kinh tế, xã hội: Kỳ thị và phân biệt đối xử, trẻ mồ côi, không có người hỗ trợ, kinh tế bị phụ thuộc, khó khăn khi đến cơ sở chăm sóc điều trị để khám và lĩnh thuốc.

### **4.2. Nội dung hỗ trợ tuân thủ điều trị trẻ vị thành niên**

- Hỗ trợ trẻ vị thành niên duy trì tuân thủ điều trị trước, trong và sau quá trình chuyển tiếp sang chăm sóc điều trị người lớn.
- Động viên, khen ngợi khi trẻ tuân thủ điều trị tốt. Nếu tuân thủ không tốt, đánh giá, tìm hiểu rào cản, thách thức và thực hiện các can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị.
- Các can thiệp hỗ trợ tuân thủ bao gồm: nhắn tin trên điện thoại di động, công cụ nhắc nhở uống thuốc, giáo dục lại về tuân thủ điều trị.
- Chủ động liên lạc với trẻ vị thành niên và người chăm sóc ngay khi trẻ không tái khám đúng hẹn. Sắp xếp lịch khám bệnh linh hoạt để phù hợp với giờ học của trẻ.
- Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị cho trẻ có kết quả tải lượng HIV  $\geq 50$  bản sao/ml và được thực hiện lại lần hai sau đó một tháng.
- Phối hợp với người chăm sóc, nhóm đồng đẳng để hỗ trợ tâm lý cho trẻ, nâng cao sức khỏe tâm thần, ngăn chặn các hành vi tiêu cực ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị,...
- Phối hợp với các tổ chức xã hội đoàn thể để tăng cường hỗ trợ toàn diện cho trẻ vị thành niên nhiễm HIV.

## **II. DỰ PHÒNG LÂY NHIỄM HIV CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN**

### **1. Thông tin truyền thông về dự phòng lây nhiễm HIV**

- Xây dựng thông điệp truyền thông, tờ rơi, poster về giới, sức khỏe tình dục, sức khỏe sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm nhiễm HIV và các biện pháp dự phòng.
- Cung cấp các thông tin trên, thông tin dịch vụ xét nghiệm HIV, tự xét nghiệm, PrEP, điều trị HIV, sức khỏe sinh sản trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng xã hội, các ứng dụng hẹn hò, fanpage, tại các sự kiện của các trường trung học, đại học,...
- Đăng tải các thông tin/khóa học về giới, sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục và dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm HIV như sử dụng bao cao su, chất bôi trơn, PrEP,...trên mạng xã hội, app Blued, Grindr, tiktok để học sinh, sinh viên có thể tự tìm hiểu.
- Lòng ghép cung cấp thông tin/ tổ chức khóa về giới, sức khỏe sinh sản, sức khỏe tình dục và dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm HIV với chương trình giảng dạy, hoạt động ngoại khóa tại các trường trung học và đại học

### **2. Tiếp cận nhóm trẻ vị thành niên nguy cơ cao nhiễm HIV**

- Tiếp cận nhóm trẻ vị thành niên nguy cơ cao nhiễm HIV: MSM, người chuyển giới vị thành niên, trẻ vị thành niên gái bán dâm, trẻ vị thành niên sử dụng ma túy thông qua mạng xã hội, các ứng dụng hẹn hò, fanpage, tại các sự kiện của các trường trung học, đại học...và thông qua nhóm đồng đẳng:
- + Cung cấp kiến thức lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, biện pháp tránh thai và các biện pháp dự phòng giảm nguy cơ (sử dụng bao cao su, chất bôi trơn,...) và cung cấp các thông tin về các dịch vụ tư vấn và xét nghiệm HIV, tự xét nghiệm HIV, dịch vụ PrEP
- + Cung cấp thông tin các biện pháp an toàn tình dục, dự phòng lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền QHTD (sử dụng bao cao su, chất bôi trơn), tránh thai. Giới thiệu dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản: tránh thai, kế hoạch hóa gia đình, khám điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Tư vấn và xét nghiệm HIV cho trẻ vị thành niên có nguy cơ nhiễm HIV và kết nối chuyển gửi đến dịch vụ dự phòng và điều trị HIV và các dịch vụ phù hợp.

## PHỤ LỤC 1. PHIẾU ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ VÀ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHỐI NHIỄM VỚI HIV (PrEP)

| Thông tin khách hàng |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                             |                                            |                                          |                               |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|
| Họ và tên:           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                             | Năm sinh:                                  |                                          |                               |
| Địa chỉ:             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                             | Số điện thoại:                             |                                          |                               |
| STT                  | Câu hỏi sàng lọc                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |                             |                                            |                                          |                               |
| 1                    | Giới tính lúc sinh của bạn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Nam   | <input type="checkbox"/> Nữ |                                            |                                          |                               |
| 2                    | Hiện nay, bạn tự nhận mình thuộc giới tính nào                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Nam   | <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Chuyển giới nữ    | <input type="checkbox"/> Chuyển giới nam | <input type="checkbox"/> Khác |
| 3                    | Bạn có QHTD với                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Nam   | <input type="checkbox"/> Nữ | <input type="checkbox"/> Cả nam và nữ      |                                          |                               |
| 4                    | <b>Trong 6 tháng qua, bạn có:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                |                             |                                            |                                          |                               |
| 4.1                  | QHTD đường hậu môn hoặc âm đạo: <ul style="list-style-type: none"> <li>- không sử dụng bao cao su với từ 2 bạn tình trở lên, <i>hoặc</i></li> <li>- với 1 bạn tình nhưng bạn tình có nguy cơ lây nhiễm HIV cao, <i>hoặc</i></li> <li>- với người nhiễm HIV chưa điều trị ARV hoặc TL HIV &gt;200 bản sao/mL máu, <i>hoặc</i></li> <li>- có sử dụng chất gây nghiện khi QHTD, <i>hoặc</i></li> <li>- có tiền sử mắc hoặc điều trị các BLTQĐTD như lậu, giang mai, chlamydia.</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Không |                             | <input type="checkbox"/> Có/Không trả lời* |                                          |                               |
| 4.2                  | Dùng chung dụng cụ tiêm chích                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Không |                             | <input type="checkbox"/> Có/Không trả lời* |                                          |                               |
| 5                    | <b>Trong 3 ngày qua, bạn có QHTD không dùng BCS hoặc dùng chung dụng cụ tiêm chích với người có HIV hoặc không rõ tình trạng nhiễm HIV</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Không |                             | <input type="checkbox"/> Có**              |                                          |                               |
| 6                    | <b>Trong 4 tuần qua, bạn có các triệu chứng giống như cảm cúm, viêm họng, vã mồ hôi, sưng hạch, loét miệng, đau đầu hay dị ứng VÀ cho rằng mình có nguy cơ nhiễm HIV</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Không |                             | <input type="checkbox"/> Có***             |                                          |                               |
| 7                    | Bạn có nhu cầu sử dụng PrEP?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Không/Không biết               |                             | <input type="checkbox"/> Có*               |                                          |                               |

## KẾT LUẬN

|                                                 |                                         |                                                    |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> *Xem xét chỉ định PrEP | <input type="checkbox"/> **Đánh giá PEP | <input type="checkbox"/> ***Theo dõi nhiễm HIV cấp |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------|

## PHỤ LỤC 2. LIỀU LƯỢNG CỦA CÁC THUỐC ARV

CHO NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ > 10 tuổi

| Tên chung                                                                                  | Liều lượng                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ức chế sao chép ngược nucleoside (NRTIs)/ Ức chế sao chép ngược nucleotide (NtRTIs)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Abacavir (ABC)                                                                             | 300 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 600 mg 1 lần trong ngày                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Emtricitabine (FTC)                                                                        | 200 mg 1 lần trong ngày                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Lamivudine (3TC)                                                                           | 150 mg 2 lần mỗi ngày hoặc 300 mg 1 lần trong ngày                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Zidovudine (AZT)                                                                           | 250–300 mg 2 lần mỗi ngày                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Tenofovir disoproxil fumarate (TDF)                                                        | 300 mg 1 lần trong ngày                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tenofovir alafenamide (TAF)                                                                | 10 hoặc 25 mg 1 lần trong ngày                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Ức chế sao chép ngược không-nucleoside (NNRTIs)</b>                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Efavirenz (EFV)                                                                            | 400 hoặc 600 mg 1 lần trong ngày                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nevirapine (NVP)                                                                           | 200 mg 1 lần trong ngày trong 14 ngày, sau đó 200 mg 2 lần mỗi ngày. NVP chỉ sử dụng trong tình huống đặc biệt.                                                                                                                                                                                    |
| <b>Ức chế Proteases (PIs)</b>                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Darunavir + ritonavir (DRV/r)                                                              | 800 mg +100 mg 1 lần trong ngày hoặc 600mg + 100 mg 2 lần mỗi ngày                                                                                                                                                                                                                                 |
| Lopinavir/ritonavir (LPV/r)                                                                | 400 mg/100 mg 2 lần mỗi ngày. Cần nhắc đối với những người có điều trị lao<br>Nếu điều trị lao bằng rifabutin, không cần thiết điều chỉnh liều.<br>Nếu điều trị lao bằng rifampicin, điều chỉnh liều LPV/r (LPV 800 mg + RTV200 mg hai lần mỗi ngày hoặc LPV 400 mg + RTV 400 mg hai lần mỗi ngày) |
| <b>Ức chế men tích hợp (INSTIs)</b>                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Raltegravir (RAL)                                                                          | 400 mg 2 lần mỗi ngày                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Dolutegravir (DTG)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 50 mg 1 lần mỗi ngày |
| <b>Khi điều trị lao bằng rifampicin:</b><br><b>Điều chỉnh liều DTG (50 mg x 2 lần / ngày). RAL (800 mg x 2 lần / ngày)</b><br><b>Đối với liều DTG và RAL đã được điều chỉnh cần theo dõi chặt chẽ. Nên duy trì thêm hai tuần liều cuối cùng của rifampicin. Khi có rifabutin hoặc rifapentine, không cần liều điều chỉnh liều</b> |                      |

**Lưu ý:**

- Viên phối hợp liều cố định TLD (tenofovir 300 mg, lamivudine 300 mg, dolutegravir 50mg) có thể sử dụng 1 viên/ngày cho trẻ > 10 tuổi nặng từ 30 kg trở lên.
- Viên bao phim DTG 50 mg có thể sử dụng cho trẻ nặng > 20 kg
- TDF có thể sử dụng cho trẻ > 10 tuổi nặng trên 30 kg
- TAF 25 mg và TAF + FTC + DTG (TAF 25 mg, emtricitabine 200 mg, dolutegravir 50 mg, thuốc kết hợp liều cố định) ngày một lần đối với người trên 10 tuổi và nặng từ 25 kg trở lên. Liều TAF giảm xuống 10 mg trong phác đồ tăng cường.

### PHỤ LỤC 3a. LIỀU LƯỢNG CÁC CÔNG THỨC DẠNG DUNG DỊCH THUỐC ARV UỐNG CHO TRẺ SƠ SINH DƯỚI 4 TUẦN TUỔI

| Thuốc  | Liều lượng dung dịch uống                                             | 2–<3 kg |                           | 3–<4 kg                   |        | 4–<5 kg                   |        |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
|        |                                                                       |         |                           |                           |        |                           |        |
|        |                                                                       | Sáng    | Tối                       | Sáng                      | Tối    | Sáng                      | Tối    |
| AZT    | 10 mg/mL                                                              | 1 mL    | 1 mL                      | 1,5 mL                    | 1,5 mL | 2 mL                      | 2 mL   |
| ABC    | 20 mg/mL                                                              | 0,4 mL  | 0,4 mL                    | 0,5 mL                    | 0,5 mL | 0.6 mL                    | 0.6 mL |
| NVP    | 10 mg/mL                                                              | 1,5 mL  | 1,5 mL                    | 2 mL                      | 2 mL   | 3 mL                      | 3 mL   |
| 3TC    | 10 mg/mL                                                              | 0,5 mL  | 0,5 mL                    | 0,8 mL                    | 0,8 mL | 1 mL                      | 1 mL   |
| LPV/rb | 80 mg/20 mg/mL                                                        | 0,6 mL  | 0,6 mL                    | 0,8 mL                    | 0,8 mL | 1 mL                      | 1 mL   |
|        | Hạt 40 mg/túi 10 mg                                                   | –       | –                         | 2                         | 2      | 2                         | 2      |
| RAL    | 10 mg/mL<br>(Hạt uống cho hỗn hợp dung dịch: 100 mg/gói) <sup>c</sup> | <1 tuần | 0.4 mL (một lần một ngày) | 0.5 mL (một lần một ngày) |        | 0.7 mL (một lần một ngày) |        |
|        |                                                                       | >1 tuần | 0.8 mL                    | 0.8 mL                    | 1 mL   | 1 mL                      | 1.5 mL |

<sup>a</sup> Tất cả các thuốc ARV, ngoại trừ RAL (thay đổi liều lượng sau tuần 1), nên dựa trên cân nặng khi bắt đầu điều trị và duy trì cho đến bốn tuần tuổi để tránh việc thay đổi liều liên tục trong thời gian ngắn và giảm sai sót (do việc tăng cân hạn chế trong bốn tuần đầu sau sinh). Không nên dùng dung dịch LPV/r cho trẻ sinh non cho đến khi trẻ được 42 tuần tuổi.

<sup>b</sup> Không sử dụng dung dịch LPV/r cho trẻ sơ sinh dưới 2 tuần tuổi. Viên bao phim LPV/r không được sử dụng cho trẻ sơ sinh dưới ba tháng. Có thể dùng LPV/r dạng gói: sử dụng một gói/lần - hai lần/ngày cho trẻ sơ sinh trên hai tuần tuổi và cân nặng 2 - 3 kg.

<sup>c</sup> RAL dạng hạt cho hỗn hợp dung dịch uống nên được sử dụng cho trẻ sơ sinh cân nặng ít nhất 2 kg và được cho uống một lần mỗi ngày trong tuần đầu tiên sau sinh, sau đó là hai lần một ngày

**PHỤ LỤC 3b. LIỀU ĐƠN GIẢN HÓA CỦA THUỐC VIÊN UỐNG MỘT LẦN MỖI NGÀY CHO TRẺ TỪ 04 TUẦN TUỔI TRỞ LÊN**

| Thuốc            | Liều lượng thuốc viên dành cho trẻ | Số viên hoặc viên nang theo nhóm cân nặng mỗi ngày một lần |          |           |           |           | Liều lượng thuốc viên cho người lớn | Số viên theo nhóm cân nặng mỗi ngày một lần |
|------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------------|
|                  |                                    | 3-<6 kg                                                    | 6-<10 kg | 10-<14 kg | 14-<20 kg | 20-<25 kg |                                     | 25-<35 kg                                   |
| EFV <sup>b</sup> | Viên nén (có khóa) 200 mg          | –                                                          | –        | 1         | 1,5       | 1,5       | -                                   | 2                                           |
| ABC/3TC          | Viên nén (phân tán) 60 mg/30 mg    | 2                                                          | 3        | 4         | 5         | 6         | 600 mg/300 mg                       | 1                                           |
|                  | Viên nén (phân tán) 120 mg/60 mg   | 1                                                          | 1,5      | 2         | 2,5       | 3         |                                     |                                             |
| DRV <sup>c</sup> | Viên nén 600 mg                    | –                                                          | –        | –         | 1         | 1         | 600 mg                              | 1                                           |
|                  | Viên nén 150 mg                    | –                                                          | –        | -         | 4         | 4         |                                     |                                             |
| RTV <sup>d</sup> | Viên nén 25 mg                     | –                                                          | –        | –         | 4         | 4         | 100 mg                              | 1                                           |
|                  | Viên nén 50 mg                     | –                                                          | –        | –         | 2         | 2         |                                     |                                             |
| DTG <sup>e</sup> | Viên nén bao phim 50 mg            | –                                                          | –        | –         | –         | 1         | 50 mg                               | 1                                           |
|                  | Viên nén phân tán 5 mg             | 1                                                          | 3        | 4         | 5         | 6         |                                     |                                             |
|                  | Viên nén phân tán có khóa 10 mg    | 0,5                                                        | 1,5      | 2         | 2,5       | 3         |                                     |                                             |

<sup>a</sup> Đối với trẻ sơ sinh dưới bốn tuần tuổi, xem liều lượng tại Phụ lục 3. Liều thuốc được giảm xuống do khả năng bài tiết và chuyển hóa thuốc giảm. Đối với trẻ sơ sinh ít nhất bốn tuần tuổi nhưng nặng dưới 3 kg, sự đào thải ở thận và gan không phải là vấn đề lớn, nhưng hiện chưa chắc chắn về liều lượng thuốc ARV thích hợp cho trẻ sinh thiếu tháng và nhẹ cân.

<sup>b</sup> EFV không được sử dụng cho trẻ dưới ba tuổi và cân nặng dưới 10 kg.

<sup>c</sup> DRV kết hợp với RTV được sử dụng cho trẻ trên 3 tuổi, một lần mỗi ngày nếu chưa từng sử dụng PIs trước đó.

<sup>d</sup> RTV chỉ nên được sử dụng như một chất tăng cường khi kết hợp với DRV hoặc để tăng cường được lực học của LPV/r khi sử dụng đồng thời với rifampicin trong điều trị lao.

<sup>e</sup> Viên nén phân tán DTG 30 mg tương ứng với viên nén bao phim DTG 50 mg. Viên nén bao phim DTG 50 mg được ưu tiên cho trẻ em từ 20 kg (trừ khi trẻ không thể nuốt được viên nén). Đối với trẻ từ 10 tuổi trở lên và nặng trên 30 kg, ưu tiên sử dụng TLD liều cố định: TDF 300 mg, 3TC 300 mg và DTG 50 mg.

#### PHỤ LỤC 4. LIỀU ĐƠN GIẢN CỦA THUỐC VIÊN DÙNG 2 LẦN MỖI NGÀY CHO TRẺ

| Thuốc              | Liều lượng thuốc viên dành cho trẻ | Số viên hoặc mL buổi sáng và buổi tối theo nhóm cân nặng |     |          |     |           |     |           |     |           |     | Liều lượng thuốc viên cho người lớn | Số viên theo nhóm cân nặng |     |   |
|--------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----|----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-------------------------------------|----------------------------|-----|---|
|                    |                                    | 3—<6 kg                                                  |     | 6—<10 kg |     | 10—<14 kg |     | 14—<20 kg |     | 20—<25 kg |     |                                     | 25—<35 kg                  |     |   |
|                    |                                    | Sáng                                                     | Tối | Sáng     | Tối | Sáng      | Tối | Sáng      | Tối | Sáng      | Tối |                                     | Sáng                       | Tối |   |
| Thuốc viên         |                                    |                                                          |     |          |     |           |     |           |     |           |     |                                     |                            |     |   |
| AZT                | Viên nén (phân tán) 60 mg          | 1                                                        | 1   | 1,5      | 1,5 | 2         | 2   | 2,5       | 2,5 | 3         | 3   | 300 mg                              | 1                          | 1   |   |
| ABC                | Viên nén (phân tán) 60 mg          | 1                                                        | 1   | 1,5      | 1,5 | 2         | 2   | 2,5       | 2,5 | 3         | 3   | 300 mg                              | 1                          | 1   |   |
| LPV/r <sup>b</sup> | Viên nén 100 mg/25 mg              | —                                                        | —   | —        | —   | 2         | 1   | 2         | 2   | 2         | 2   | —                                   | 3                          | 3   |   |
|                    | Viên bao phim 40 mg/10 mg          | 2                                                        | 2   | 3        | 3   | 4         | 4   | 5         | 5   | 6         | 6   |                                     | —                          | —   | — |
|                    | Gói hạt 40 mg/ 10 mg               | 2                                                        | 2   | 3        | 3   | 4         | 4   | 5         | 5   | 6         | 6   |                                     | —                          | —   | — |

|                  |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |     |     |        |   |   |
|------------------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|--------|---|---|
| DRV <sup>c</sup> | Viên nén 75 mg   | – | – | – | – | – | – | 5 | 5 | 5   | 5   | 400 mg | 1 | 1 |
| RTV <sup>d</sup> | Viên nén 25 mg   | – | – | – | – | – | – | 2 | 2 | 2   | 2   | 100 mg | 1 | 1 |
|                  | Viên nén 50 mg   | – | – | – | – | – | – | 1 | 1 | 1   | 1   |        |   |   |
| RAL <sup>e</sup> | Viên nhai 25 mg  | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 6   | 6   | 400 mg | 1 | 1 |
|                  | Viên nhai 100 mg | – | – | – | – | – | – | 1 | 1 | 1,5 | 1,5 |        |   |   |

## PHỤ LỤC 5. LIỀU ĐƠN GIẢN THUỐC DUNG DỊCH UỐNG DÙNG 2 LẦN MỖI NGÀY CHO TRẺ

| Thuốc                     | Liều lượng chất lỏng uống dành cho trẻ | Số viên hoặc mL buổi sáng và buổi tối theo nhóm cân nặng |      |          |        |           |        |           |        |           |      | Liều lượng thuốc viên cho người lớn | Số viên theo nhóm cân nặng |     |
|---------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|------|----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|------|-------------------------------------|----------------------------|-----|
|                           |                                        | 3–<6 kg                                                  |      | 6–<10 kg |        | 10–<14 kg |        | 14–<20 kg |        | 20–<25 kg |      |                                     | 25–<35 kg                  |     |
|                           |                                        | Sáng                                                     | Tối  | Sáng     | Tối    | Sáng      | Tối    | Sáng      | Tối    | Sáng      | Tối  |                                     | Sáng                       | Tối |
| Thuốc dung dịch dạng uống |                                        |                                                          |      |          |        |           |        |           |        |           |      |                                     |                            |     |
| AZT                       | 10 mg/mL                               | 6 mL                                                     | 6 mL | 9 mL     | 9 mL   | 12 mL     | 12 mL  | –         | –      | –         | –    | –                                   | –                          | –   |
| ABC <sup>b</sup>          | 20 mg/mL                               | 3 mL                                                     | 3 mL | 4 mL     | 4 mL   | 6 mL      | 6 mL   | –         | –      | –         | –    | –                                   | –                          | –   |
| 3TC                       | 10 mg/mL                               | 3 mL                                                     | 3 mL | 4 mL     | 4 mL   | 6 mL      | 6 mL   | –         | –      | –         | –    | –                                   | –                          | –   |
| LPV/r <sup>c</sup>        | 80 mg/20 mg/mL                         | 1 mL                                                     | 1 mL | 1.5 mL   | 1.5 mL | 2 mL      | 2 mL   | 2.5 mL    | 2.5 mL | 3 mL      | 3 mL | –                                   | –                          | –   |
| DRV <sup>d</sup>          | 100 mg/mL                              | –                                                        | –    | –        | –      | 2.5 mL    | 2.5 mL | 3.5 mL    | 3.5 mL | –         | –    | –                                   | –                          | –   |
| RTV <sup>e</sup>          | 80 mg/mL                               | –                                                        | –    | –        | –      | 0.5 mL    | 0.5 mL | 0.6 mL    | 0.6 mL | –         | –    | –                                   | –                          | –   |
| RAL <sup>f</sup>          | 10 mg/mL (Hạt uống cho                 | 3 mL                                                     | 3 mL | 5 mL     | 5 mL   | 8 mL      | 8 mL   | 10 mL     | 10 mL  | –         | –    | –                                   | –                          | –   |

|  |                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | hỗn hợp dung<br>dịch: 100<br>mg/gói) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

<sup>a</sup> Đối với trẻ sơ sinh dưới bốn tuần tuổi, xem liều lượng tại Phụ lục 3, liều thuốc được giảm xuống do khả năng bài tiết và chuyển hóa thuốc giảm.

<sup>b</sup> Liều này được thiết kế để phù hợp với liều khuyến cáo cho công thức thuốc viên ở trên.

<sup>c</sup> Dung dịch LPV/r cần được bảo quản lạnh trong quá trình vận chuyển và lưu giữ. Công thức viên nén bền nhiệt LPV/r phải được nuốt toàn bộ và không được chia nhỏ, nhai, hòa tan hoặc nghiền nát. Viên nén 200/50 mg dành cho người lớn có thể được sử dụng cho trẻ em nặng từ 14– <25 kg (một viên vào buổi sáng và một viên vào buổi tối) và cho trẻ nặng từ 25– <35 kg (hai viên vào buổi sáng và một viên vào buổi tối). Viên bao phim LPV/r không nên được sử dụng cho trẻ sơ sinh dưới ba tháng tuổi. Các dạng bào chế rắn tương đương như LPV/r dạng hạt, có thể được sử dụng từ hai tuần tuổi. Do nguồn cung hạn chế, không khuyến khích dùng dạng viên bao hoặc dạng hạt cho trẻ nặng hơn 14 kg, thay vào đó, trẻ nên dùng LPV/r 100/25 mg dạng viên nén.

<sup>d</sup> DRV sử dụng cho trẻ em trên ba tuổi cần dùng kèm 0,5 mL hỗn dịch uống RTV 80 mg/mL nếu trẻ nặng dưới 15 kg, và dùng kèm RTV 50 mg (sử dụng dạng viên hàm lượng 25 mg hoặc 50 mg) cho trẻ em cân nặng 15 - <30 kg. Viên nén RTV 100-mg có thể được sử dụng như một chất tăng cường nếu không có sẵn viên nén RTV hàm lượng thấp hơn, dựa trên kinh nghiệm hạn chế cho thấy khả năng chấp nhận và dung nạp tốt.

<sup>e</sup> RAL dạng hạt được sử dụng cho trẻ từ sơ sinh. Sử dụng viên nén dạng nhai phân tán hàm lượng 25 mg cho trẻ sơ sinh và trẻ em trên bốn tuần và cân nặng ít nhất 3 kg. Việc quản lý sử dụng uống thuốc RAL dạng hạt cần được hướng dẫn và tư vấn đầy đủ.

## PHỤ LỤC 6: LIỀU CTX DỰ PHÒNG CHO TRẺ EM VÀ NGƯỜI LỚN

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

## PHỤ LỤC 7. ĐIỀU CHỈNH LIỀU ARV THEO MỨC LỘC CẦU THẬN

| Các thuốc ARV           | Mức lọc cầu thận (mL/phút)                                                                                                                               |                                                                                      |                          |                         | Lọc máu                   |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------|---------------------------|
|                         | ≥ 50                                                                                                                                                     | 30-49                                                                                | 10-29                    | < 10                    | khi mức lọc cầu thận < 10 |
| ABC                     | Không yêu cầu điều chỉnh liều                                                                                                                            |                                                                                      |                          |                         |                           |
| FTC 200 mg ngày một lần | 200 mg hai ngày một lần                                                                                                                                  | 200 mg ngày một lần                                                                  | 200 mg bốn ngày một lần  | 200 mg bốn ngày một lần |                           |
| 3TC 300 mg ngày một lần | 150 mg ngày một lần                                                                                                                                      | 100 mg ngày một lần                                                                  | 50-25 mg ngày một lần    | 50-25 mg                |                           |
| TDF 300 mg ngày một lần | 300 mg mỗi 48giờ                                                                                                                                         | Thay thuốc khác nếu không có thuốc thay thế:<br>300 mg 2 lần một tuần (mỗi 72-96giờ) | Không khuyến cáo sử dụng | 300 mg 7 ngày/1 lần     |                           |
| DTG 50 mg ngày một lần  | Không cần điều chỉnh liều                                                                                                                                |                                                                                      |                          |                         |                           |
| TAF 25 mg ngày một lần  | Không cần điều chỉnh liều đối với các trường hợp suy thận vừa, nặng và chạy thận. Chưa có dữ liệu về việc sử dụng TAF trên người bệnh có CrCl <15mL/phút |                                                                                      |                          |                         |                           |
| AZT 300 mg              | Không cần điều chỉnh liều                                                                                                                                |                                                                                      | 100 mg 8 giờ một lần     | 100 mg 8 giờ một lần    |                           |
| NNRTIs (EFV, NVP)       | Không yêu cầu chỉnh liều                                                                                                                                 |                                                                                      |                          |                         |                           |
| Các thuốc PIs           | Không yêu cầu chỉnh liều                                                                                                                                 |                                                                                      |                          |                         |                           |

## PHỤ LỤC 8. ĐIỀU CHỈNH LIỀU ARV THEO PHÂN ĐỘ CHILD-PUGH

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

## PHỤ LỤC 9. TƯƠNG TÁC GIỮA CÁC THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP (DAAS) ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C VỚI CÁC THUỐC ARV

| Các thuốc DAAs                   | Các thuốc ARV             |                           |                |                                    |                        |                  |                                          |                                          |                    |                   |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|------------------------------------|------------------------|------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|-------------------|
|                                  | Efavirenz (EFV)           | Nevirapine (NVP)          | Abacavir (ABC) | Lamivudine/emtricitabine (3TC/FTC) | Tenofovir (TDF)        | Zidovudine (AZT) | Lopinavir/r (LPV/r)                      | Darunavir (DRV/r)                        | Dolutegravir (DTG) | Raltegravir (RAL) |
| Sofosbuvir (SOF)                 |                           |                           |                |                                    |                        |                  |                                          |                                          |                    |                   |
| Daclatasvir (DAC)                | Tăng liều DAC thành 90 mg | Tăng liều DAC thành 90 mg |                |                                    |                        |                  |                                          |                                          |                    |                   |
| Sofosbuvir/Daclatasvir (SOF/DAC) | Tăng liều DAC thành 90 mg | Tăng liều DAC thành 90 mg |                |                                    |                        |                  |                                          |                                          |                    |                   |
| Sofosbuvir/Velpatasvir (SOF/VEL) |                           |                           |                |                                    | Theo dõi độc tính thận |                  |                                          |                                          |                    |                   |
| Sofosbuvir/Ledipasvir (SOF/LDV)  |                           | Không có số liệu          |                |                                    | Theo dõi độc tính thận |                  | Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF | Theo dõi độc tính thận nếu uống cùng TDF |                    |                   |
| Ribavirin (RBV)                  |                           |                           |                |                                    |                        |                  |                                          |                                          |                    |                   |



Không có tương tác thuốc



Có tương tác thuốc, không kê đơn cùng



Cần theo dõi, điều chỉnh liều



Không có số liệu