

BỘ Y TẾ
CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS



ĐIỀU TRỊ VÀ
CHĂM SÓC CƠ BẢN
CHO TRẺ EM NHIỄM HIV/AIDS

Hà Nội, 2011

**BỘ Y TẾ
CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

**ĐIỀU TRỊ VÀ
CHĂM SÓC CƠ BẢN
CHO TRẺ EM NHIỄM HIV/AIDS**

HÀ NỘI 2011

**TÀI LIỆU ĐƯỢC SỰ HỖ TRỢ VỀ TÀI CHÍNH VÀ KỸ THUẬT
CỦA QUỸ NHI ĐỒNG LIÊN HỢP QUỐC (UNICEF) TẠI VIỆT NAM.**

BỘ Y TẾ
Số: ~~4746~~/QĐ-BYT

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

Hà Nội, ngày 08 tháng 12 năm 2010

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc ban hành tài liệu “Điều trị và chăm sóc cơ bản
cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS”**

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 188/2007/NĐ-CP ngày 27/12/2007 của Chính phủ về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét biên bản làm việc của Hội đồng chuyên môn thẩm định tài liệu “Điều trị và chăm sóc cơ bản cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS” ngày 01/09/2010 của Bộ Y tế;

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

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này bản “Điều trị và chăm sóc cơ bản cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS”.

Điều 2. Tài liệu “Điều trị và chăm sóc cơ bản cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS” áp dụng cho tất cả các đơn vị phòng, chống HIV/AIDS các cấp.

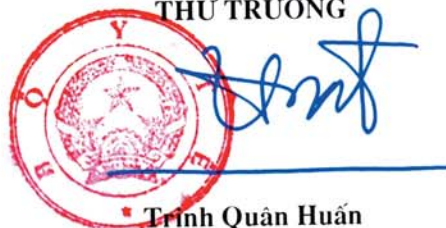
Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Vụ trưởng Vụ Khoa học và Đào tạo, Vụ trưởng Vụ Pháp chế, Thủ trưởng các đơn vị thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Giám đốc Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng Y tế các ngành và các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này ./.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Website Bộ Y tế, Website Cục PC HIV/AIDS;
- Lưu: VT, AIDS, K2ĐT, PC.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG



Trịnh Quân Huân

BIÊN SOẠN TÀI LIỆU

Chủ biên

1. PGS.TS. Nguyễn Thanh Long: Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Phó chủ biên

1. PGS. TS. Bùi Đức Dương: Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2. ThS. Chu Quốc Ân: Phó Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS
3. TS. Nguyễn Văn Kính: Giám đốc Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

Cố vấn

1. TS. Nguyễn Huy Quang: Phó Vụ trưởng Vụ Pháp chế, Bộ Y tế
2. PGS. TS. Khu Thị Khánh Dung: Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi Trung ương
3. PGS. TS. Nguyễn Việt Tiến: Giám đốc Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Tham gia biên soạn

1. ThS. Đỗ Thị Nhân: Trưởng phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2. TS. Lê Thị Hương: Phó trưởng phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS
3. TS. Trần Văn Sơn: Phó trưởng phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS
4. BS. Trương Hữu Khanh: Trưởng khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh
5. TS. Bùi Vũ Huy: Bộ môn Truyền nhiễm, Trường Đại học Y Hà Nội
6. BS. Lê Minh Thượng: Phó trưởng phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Nhi đồng 1, thành phố Hồ Chí Minh
7. ThS. Nguyễn Tiến Lâm: Phó trưởng khoa Vi rút và ký sinh trùng, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương
8. BS CK II. Phạm Thị Vân Hạnh: Trưởng khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng
9. BS. Trần Ngọc Đường: Trưởng khoa Nhi, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch
10. ThS. Nguyễn Thị Mai Anh: Trưởng phòng Nghiên cứu khoa học và Đào tạo, Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng
11. CN. Đoàn Thị Thủy Linh: Chuyên viên phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS

12. ThS. Nguyễn Thị Lan Hương: Chuyên viên phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Thư ký biên soạn

1. ThS. Nguyễn Thị Lan Hương: Chuyên viên phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS
2. CN. Trần Tuấn Cường: Cán bộ phòng Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Với sự tham gia hỗ trợ chuyên môn, kỹ thuật của chuyên gia trong nước và quốc tế

1. TS. Scott Bamber: Chuyên gia cao cấp, Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF)
2. BS. Nguyễn Ngọc Triệu: Cán bộ chương trình, UNICEF
3. TS. Masaya Kato: Chuyên gia cao cấp, Tổ chức Y tế thế giới (WHO)
4. BS. Nguyễn Thị Vân: Cán bộ chương trình, WHO
5. TS. Joshep Harwell: Chuyên gia lâm sàng cao cấp, Quỹ Clinton Sáng kiến tiếp cận Hệ thống y tế (Clinton Foundation)
6. BS. Wailin Oo: Chuyên gia lâm sàng, Quỹ Clinton
7. BS. Bùi Thị Thanh Thủy: Cán bộ chương trình, Quỹ Clinton
8. ThS. Nguyễn Kim Bình: Cán bộ phụ trách chương trình Nhi, Văn phòng CDC tại Việt Nam
9. BS. Nguyễn Thị Kim Chi: Cán bộ chương trình phòng LTMC, Văn phòng CDC tại Việt Nam
10. BS. Marcelo Fernandez: Chương trình AIDS của Đại học Y Harvard tại Việt Nam (HAIVN)
11. BS. Dương Thị Hương: Cán bộ chương trình, HAIVN
12. BS. Lư Doanh: Cán bộ chương trình, HAIVN
13. ThS. Nguyễn Thị Thanh Hà: Cán bộ Điều phối chương trình, Tổ chức Sức khỏe gia đình quốc tế (FHI)
14. BS. Lê Ngọc Oanh: Cán bộ chương trình, Tổ chức Cô nhi Thế giới (WWO)

LỜI GIỚI THIỆU

Trong những năm gần đây, Nhà nước ta đã có nhiều chính sách nhằm tăng cường chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS và đã thu được những kết quả bước đầu rất đáng khích lệ. Ngày càng nhiều trẻ em bị nhiễm HIV/AIDS được chăm sóc và tiếp cận điều trị ARV do đó đã cải thiện sức khỏe và nâng cao chất lượng cuộc sống cho các em, nhờ đó nhiều trẻ em nhiễm HIV/AIDS đã sống đến tuổi trưởng thành, được đi học và được sống hòa nhập với cộng đồng như các bạn bè cùng trang lứa.

Tuy nhiên, khác với người lớn, việc điều trị HIV/AIDS cho trẻ em còn gặp nhiều khó khăn như các triệu chứng bệnh không rõ ràng, tiến triển bệnh nhanh, nếu không phát hiện sớm và điều trị kịp thời trẻ dễ tử vong trước 2 tuổi, đối tượng trẻ em khó theo dõi tuân thủ điều trị; nhiều trẻ nhiễm HIV/AIDS đã mất bố, mất mẹ, bị tác động nặng nề về tâm sinh lý... Bên cạnh đó, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em còn là vấn đề mới ở Việt Nam, hầu như chưa được đề cập trong các trường đào tạo chuyên ngành y. Do vậy, việc cung cấp một cách tương đối đầy đủ và hệ thống các kiến thức cơ bản về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trẻ em cho các thầy thuốc và nhân viên y tế trực tiếp tham gia làm công tác này là rất quan trọng và rất cần thiết.

Xuất phát từ thực tế đó, được sự hỗ trợ về tài chính và kỹ thuật của Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF) tại Việt Nam, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế tổ chức biên soạn và phát hành cuốn “Điều trị và chăm sóc cơ bản cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS” và đã được Bộ Y tế phê duyệt để thống nhất sử dụng trong phạm vi cả nước.

Cục Phòng, chống HIV/AIDS xin chân thành cảm ơn các chuyên gia trong nước và quốc tế (Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi đồng 1, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, UNICEF, Quỹ Clinton, WHO, CDC, FHI, HAIVN, WWO); các nhà lãnh đạo, nhà quản lý và các chuyên gia trong nước và quốc tế đã trực tiếp tham gia hoặc đóng góp nhiều ý kiến quý báu trong quá trình soạn thảo cuốn Tài liệu này.

Tuy nhiên, đây là lần xuất bản đầu tiên nên không tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi mong muốn tiếp tục nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc. Mọi ý kiến nhận xét đều được hoan nghênh và xin được gửi về Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế (số 135/3, phố Núi Trúc, quận Ba Đình, Hà Nội).

Xin trân trọng cảm ơn.

**CỤC TRƯỞNG
CỤC PHÒNG, CHỐNG HIV/AIDS**

Nguyễn Thanh Long

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU

1. Mục đích của cuốn tài liệu

Tài liệu "*Điều trị và chăm sóc cơ bản cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS*" được sử dụng để tập huấn và làm tài liệu tham khảo cho bác sĩ trực tiếp hoặc gián tiếp tham gia công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS tại cơ sở y tế để thực hiện hoạt động này có hiệu quả.

2. Đối tượng sử dụng tài liệu

Cuốn tài liệu này được biên soạn dành cho:

- Các cán bộ y tế và xã hội trực tiếp tham gia vào các hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em;
- Cán bộ phòng, chống HIV/AIDS ở các cấp;
- Các cán bộ cộng đồng, tình nguyện viên, truyền thông viên, cộng tác viên phòng, chống HIV/AIDS; người dân trong cộng đồng, đặc biệt là người nhiễm HIV/AIDS;
- Những người có quan tâm đến chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em.

3. Cách sử dụng tài liệu

Đây là cuốn tài liệu được ưu tiên sử dụng cho các cán bộ y tế trực tiếp tham gia công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em, tuy nhiên những cán bộ khác cũng có thể sử dụng theo các cách khác nhau:

Với các cán bộ làm công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em:

- Tài liệu này là cuốn cẩm nang hướng dẫn chi tiết kỹ thuật thực hiện các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS cho trẻ em. Tuy nhiên hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em và triển khai từ tuyến huyện tới Trung ương, đồng thời nó cũng bao gồm rất nhiều hoạt động khác nhau vì vậy người sử dụng cần căn cứ vào chức năng, nhiệm vụ cụ thể của cá nhân và đơn vị mình để nghiên cứu, áp dụng và thực hành những hướng dẫn phù hợp trong tài liệu này.

Với người quản lý công tác phòng, chống HIV/AIDS:

- Tài liệu này sẽ được sử dụng như là một nguồn tham khảo trong quá trình tham mưu xây dựng các chính sách, văn bản chỉ đạo, kế hoạch, chương trình, dự án của đơn vị về phòng, chống HIV/AIDS nói chung và về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em nói riêng.
- Người quản lý cũng có thể sử dụng tài liệu này như một hướng dẫn chuyên môn phục vụ cho công tác theo dõi, giám sát và đánh giá các hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em.

Với cán bộ của các ban, ngành, đoàn thể, cộng tác viên và truyền thông viên:

- Tài liệu này như tài liệu tham khảo giúp nâng cao kiến thức tư vấn, chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS cho trẻ em.

Lưu ý rằng một số nội dung, kiến thức chuyên môn kỹ thuật trong cuốn tài liệu này có thể thay đổi do sự tiến bộ trong dự phòng, chăm sóc và điều trị nhiễm HIV/AIDS. Do vậy, các giảng viên và người sử dụng cần chú ý cập nhật thường xuyên.

4. Nội dung chủ yếu của tài liệu

Với mục đích cung cấp các kiến thức cơ bản về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em, bộ tài liệu bao gồm các phần sau đây:

1. Các bài thuyết trình.
2. Thực hành đóng vai.
3. Thảo luận ca bệnh.
4. Thực hành.
5. Giới thiệu.

Do đây là cuốn tài liệu tập huấn cơ bản về chăm sóc, điều trị HIV/AIDS cho trẻ em lần đầu tiên được biên soạn tại Việt Nam nên chắc chắn chưa thể đáp ứng được tất cả các mong muốn của các bạn. Chúng tôi sẽ tiếp thu các ý kiến đóng góp của bạn đọc xa gần để biên tập, chỉnh lý, bổ sung cho những lần xuất bản sau ngày càng hoàn thiện, đáp ứng tốt hơn nữa nhu cầu của các bạn.

Chúc các bạn thực hiện thành công!

CÁC TỪ VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT (1)

GĐLS:	Giai đoạn lâm sàng
LTMC:	Lây truyền HIV từ mẹ sang con
NTCH:	Nhiễm trùng cơ hội
TM:	Tĩnh mạch
PHMD:	Phục hồi miễn dịch
PKNT:	Phòng khám ngoại trú

GIẢI THÍCH TỪ NGỮ (2)

HIV:	Human immunodeficiency virus - Virus gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
AIDS:	Acquired Immunodeficiency - Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
ARV:	Thuốc kháng vi rút sao chép ngược
MAC:	Mycobacterium avium complex
AZT:	Zidovudine
d4T:	Stavudine
3TC:	Lamivudine
NVP:	Nevirapine
ABC:	Abacavir
ddI:	Didanosine
EFV:	Efavirien
FDC-d4T:	Fixed dose combination - d4T/3TC/NVP 6/30/50
CTX:	Cotrimoxazole
NRTI:	Nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược nucleoside
NNRTI:	Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor - Thuốc ức chế men sao chép ngược không phải là nucleoside
PI:	Protease inhibitor - Thuốc ức chế men protease
HAART:	Liệu pháp điều trị kháng vi rút sao chép ngược hoạt tính cao
PCR:	Polymerase chain reaction - Phản ứng chuỗi men polymerase
CD4:	Tế bào CD4
LIP:	Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho bào

MỤC LỤC

LỜI GIỚI THIỆU	7
HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU	8
CÁC TỪ VIẾT TẮT TIẾNG VIỆT (1)	10
GIẢI THÍCH TỪ NGỮ (2)	10
PHẦN I. CÁC BÀI THUYẾT TRÌNH	13
Bài 1. Sinh bệnh học nhiễm HIV	14
Bài 2. Chẩn đoán nhiễm HIV và phân loại lâm sàng, giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV ở trẻ em	21
Bài 3. Tiếp cận một số hội chứng lâm sàng thường gặp	32
Bài 4. Lây truyền HIV từ mẹ sang con.....	43
Bài 5. Tổn thương da và niêm mạc ở trẻ nhiễm HIV	52
Bài 6. Các thay đổi huyết học trên trẻ nhiễm HIV	58
Bài 7. Bệnh lý tiêu hoá ở trẻ nhiễm HIV.....	66
Bài 8. Nhiễm trùng đường hô hấp ở trẻ em nhiễm HIV.....	73
Bài 9. Bệnh não và thần kinh trên trẻ nhiễm HIV	83
Bài 10. Hướng dẫn về điều trị bằng Cotrimoxazole ở trẻ nhiễm HIV	90
Bài 11. Bệnh lao ở trẻ nhiễm HIV.....	96
Bài 12. Điều trị ARV cho trẻ nhiễm HIV	112
Bài 13. Theo dõi trẻ được điều trị bằng thuốc ARV và đánh giá kết quả điều trị	122
Bài 14. Hội chứng phục hồi miễn dịch (IRIS) ở trẻ em	132
Bài 15. Tác dụng phụ của thuốc ARV, tương tác thuốc, cách xử trí ở trẻ nhiễm HIV	139
Bài 16. Tuân thủ điều trị ở trẻ nhiễm HIV	149
Bài 17. Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ nhiễm HIV	157
Bài 18. Quản lý, chăm sóc trẻ sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV	165
Bài 19. Tư vấn, hỗ trợ tâm lý cho trẻ nhiễm HIV và người nuôi dưỡng/chăm sóc trẻ	173

PHẦN II. THỰC HÀNH ĐÓNG VAI	187
1. Tư vấn trẻ nhiễm HIV và gia đình: trước và sau xét nghiệm	188
2. Tư vấn dinh dưỡng cho trẻ nhiễm HIV	189
3. Tư vấn tiêm chủng và điều trị dự phòng các bệnh NTCH cho trẻ em nhiễm HIV	190
4. Tư vấn tuân thủ điều trị cho trẻ nhiễm HIV	191
5. Thỗ lộ thông tin, hỗ trợ xã hội và chăm sóc tại nhà	201
PHẦN III. THẢO LUẬN CA BỆNH.....	209
1. Chẩn đoán và điều trị cho trẻ dưới 18 tháng tuổi	210
2. Chẩn đoán và điều trị PCP.....	214
3. Chẩn đoán và điều trị Penicilium Marneffci.....	217
4. Chẩn đoán và điều trị bệnh máu	220
5. Chỉ định phác đồ bậc 1	223
PHẦN IV. THỰC HÀNH	227
1. Hướng dẫn tổ chức PKNT chăm sóc, điều trị trẻ nhiễm HIV và lập hồ sơ bệnh án điển biểu mẫu sổ sách	228
2. Tiếp nhận trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV tại phòng khám	259
PHẦN V. GIỚI THIỆU.....	265
1. Những quy định của pháp luật về công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV/AIDS	266
2. Những điều cần biết về quyền trẻ em	285
3. Danh mục thuốc kháng HIV tại các cơ sở khám, chữa bệnh.....	288
4. Sự phát triển bình thường của trẻ về thể chất và tinh thần	290
ĐÁP ÁN CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ.....	310

PHẦN I
CÁC BÀI THUYẾT TRÌNH

BÀI 1. SINH BỆNH HỌC NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Trình bày được đặc điểm, cấu trúc của vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV).
2. Trình bày được các phương thức lây truyền của HIV.
3. Trình bày được vòng đời của HIV trong tế bào cơ thể người.
4. Trình bày được diễn biến tự nhiên nhiễm HIV ở trẻ em

Thời gian học tập: 90 phút

Nội dung học tập:

1. Vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người.
2. Các phương thức lây truyền.
3. Diễn biến tự nhiên HIV.
4. Phân loại giai đoạn lâm sàng.

1. Vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người

1.1 Đặc điểm

Bệnh do vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch ở người (Human Immunodeficiency Virus, viết tắt là HIV) được thông báo lần đầu năm 1981 tại Mỹ. Đây là một retrovirus (vi rút có khả năng sao chép ngược) có ái tính cao với các tế bào Lympho.

HIV có đặc điểm chung của họ Retroviridae, thuộc nhóm Lentivirus có thời gian ủ bệnh dài và tiến triển tương đối chậm. HIV có dạng hình cầu, kích thước khoảng 80 - 120 nm (nanomet). Genom là RNA một sợi và có Enzym sao chép ngược (RT: Reverse Transcriptase), enzyme này giúp HIV có khả năng sao chép từ RNA của vi rút thành chuỗi kép DNA, trong quá trình nhân lên tại tế bào CD4 của con người. Sở dĩ phải có giai đoạn này vì muốn nhân lên tiếp tục, Genom của HIV phải tích hợp vào Genom của tế bào cơ thể người (bản chất là DNA), sau đó sử dụng chất liệu di truyền của tế bào cơ thể người sản xuất ra các RNA của HIV. Có 2 typ HIV gây bệnh ở người là HIV1 và HIV2

1.2 Cấu trúc của HIV

HIV hoàn chỉnh có cấu trúc gồm 3 lớp:

- **Lớp vỏ ngoài:** là một lớp Lipit kép, có 72 cấu trúc lồi trên bề mặt bản chất là glycoprotein (gp) trọng lượng phân tử 120 và 41 Kilo Dalton (gp120 và gp41).

- **Lớp vỏ trong:** gồm 2 lớp Protein là p17 và p24.
- **Lớp nhân:** chứa 2 thành phần di truyền quan trọng của HIV
 - + Genom của HIV: gồm rất nhiều các gen để tham gia vào quá trình sao chép nhân lên của HIV như: các gen cấu trúc (gag, pol, env); các gen điều hòa chính (tat, rev) và các gen điều hoà phụ (nef, vif, vpr, vpu).
 - + Men RT: là men sao chép ngược giúp HIV sao chép thành DNA từ RNA.

1.3 Vòng đời của HIV

Sau nhiễm vi rút 3 - 5 ngày, những tế bào nhiễm HIV từ vị trí xâm nhập di chuyển đến cơ quan Lympho ngoại vi, tại đây HIV sẽ nhân lên nhanh chóng. HIV chỉ có thể thực hiện được chu trình nhân lên trong những tế bào cơ thể người có thụ thể CD4 trên bề mặt.

Quá trình nhân lên của HIV trải qua các giai đoạn sau (lấy chu trình nhân lên trong tế bào TCD4 làm đại diện):

1. **Giai đoạn gắn kết vào thụ thể CD4 trên bề mặt màng tế bào:** Virion HIV gắn các cấu trúc lõi (gp120 và gp41) vào thụ thể CD4 và đồng thụ thể chemokine (CCR5 và CXCR4) trên màng tế bào Lympho TCD4. Sau đó có hiện tượng hòa màng của màng Virút với màng tế bào TCD4.
2. **Xâm nhập:** Sau khi hòa màng, phần nhân của HIV chứa genom RNA và men sao chép ngược RT của HIV di chuyển vào trong nguyên sinh chất của tế bào TCD4. Màng nhân của HIV sẽ bị tiêu biến đi, giải phóng RNA và men sao chép ngược RT vào nguyên sinh chất của tế bào cơ thể người.
3. **Sao chép ngược:** dưới tác dụng của men sao chép ngược RT, RNA lấy chất liệu di truyền của tế bào cơ thể người tổng hợp thành DNA sợi kép. Tuy nhiên, sợi kép này mang đặc tính của cả HIV và tế bào của cơ thể nên chưa thể gắn kết vào nhân của tế bào cơ thể được. Vì vậy, sợi kép DNA được tổng hợp lần đầu này lại trải qua quá trình tách thành 2 sợi đơn, sợi đơn mang chất liệu của cơ thể người sẽ được sao chép ngược một lần nữa để tổng hợp thành sợi kép DNA có chất liệu giống y hệt DNA của tế bào cơ thể người nhưng mang mã hóa di truyền của HIV. Sợi kép DNA này sẽ xâm nhập qua vỏ nhân tế bào và bắt đầu quá trình tích hợp vào Genom DNA của tế bào cơ thể.
4. **Tái tổ hợp (quá trình tích hợp):** dưới tác động của Enzyme DNA Intergrase, sợi DNA được tổng hợp từ RNA của virus sẽ tích hợp vào DNA của tế bào cơ thể người, sau đó đoạn Genom tích hợp này sẽ sử dụng bộ máy di truyền của tế bào cơ thể người để sản xuất ra nhiều sợi RNA giống hệt với sợi RNA của HIV ban đầu.

5. **Tổng hợp các protein của vi rút:** các sợi RNA của HIV mới được tổng hợp sẽ tổng hợp ra các Protein sợi dài. Nhờ hoạt động của men Protease, các Protein sợi dài này sẽ được cắt ngắn thành các Protein cấu trúc của HIV. Sau đó, phần lõi có chứa các thành phần cấu tạo của HIV được tạo thành, di chuyển đến màng tế bào cơ thể để tiếp tục quá trình hoàn thiện HIV hoàn chỉnh.
6. **Nảy chồi:** phần lõi của HIV mới được tạo thành, sử dụng các thành phần cấu tạo của màng tế bào vật chủ, tạo thành HIV hoàn chỉnh tách ra khỏi tế bào đi vào dòng máu và tiếp tục làm lây nhiễm các tế bào khác của cơ thể. Tùy theo giai đoạn bệnh, cứ mỗi 24 giờ, có vài chục triệu tới hàng trăm triệu (thậm chí hàng tỷ) HIV mới được tạo ra.

* **Ly giải tế bào nhiễm:** chính do quá trình sử dụng bộ máy di truyền và vật chất của tế bào cơ thể để nhân lên, HIV sẽ làm đời sống của tế bào vật chủ bị ngăn lại. Theo thời gian, số lượng tế bào miễn dịch TCD4 sẽ giảm dần và bệnh diễn biến chuyển sang giai đoạn AIDS, có thể mắc rất nhiều các loại NTCH khác nhau.

1.4 Động học của HIV

Tùy theo tổng lượng HIV trong cơ thể, trung bình mỗi ngày, hàng chục, hàng trăm triệu đến hàng tỷ HIV được sản sinh và có khoảng 200 triệu tế bào TCD4 bị tiêu diệt mỗi ngày. Tuy nhiên, chúng cũng được thay thế bằng các tế bào TCD4 mới. Sự diễn biến của bệnh, thời gian chuyển giai đoạn sẽ khác nhau giữa người nhiễm này với người nhiễm khác tùy thuộc vào tương quan giữa số lượng tế bào TCD4 chết đi và số lượng tế bào TCD4 được sản sinh thay thế. Tuy nhiên, đến một giai đoạn nào đó số lượng tế bào TCD4 bị chết do HIV nhiều hơn tế bào TCD4 mới được cơ thể sản sinh thay thế, vì vậy, theo thời gian thì lượng TCD4 sẽ giảm dần với các tốc độ khác nhau.

2. Các phương thức lây truyền

Thực chất của sự lây truyền HIV từ người này sang người người khác là do vi rút trong máu và chất dịch cơ thể của người nhiễm HIV tiếp xúc trực tiếp với da hoặc niêm mạc bị tổn thương (đường vào) của người chưa bị nhiễm, từ đó vi rút tới hạch Lympho rồi sinh sản và lan tràn vào máu trở thành nhiễm trùng toàn thể.

Như vậy, HIV chỉ có thể lây truyền từ người nhiễm sang người không bị nhiễm khi thỏa mãn 2 điều kiện:

Một là, máu và chất dịch cơ thể có chứa HIV của người nhiễm phải tiếp xúc trực tiếp và bám vào da, niêm mạc của người không bị nhiễm.

Hai là, tại chỗ tiếp xúc, bám dính phải có tổn thương thì HIV mới có thể xâm nhập vào cơ thể của người đó.

Điều này giải thích được nhiều tình huống liên quan đến lây truyền HIV:

Vợ/hoặc chồng bị nhiễm HIV nhưng không biết, vẫn quan hệ tình dục không bảo vệ, nhưng không phải tất cả chồng/hoặc vợ đều bị lây nhiễm HIV. Có thể thấy rằng: dù trong tinh dịch/dịch tiết âm đạo/hoặc máu ở cơ quan sinh dục có chứa HIV, cơ quan sinh dục nam/nữ tiếp xúc với những dịch cơ thể và máu này, nhưng nếu không bị tổn thương xây sát hay loét thì vẫn không bị lây nhiễm HIV.

Tuy nhiên, những tổn thương này nhiều khi rất nhỏ, mắt thường không nhìn thấy, hoặc không cảm giác thấy vì vậy để phòng tránh bị lây nhiễm HIV qua đường tình dục khi quan hệ với những người không biết được tình trạng HIV của họ, vẫn phải nhớ luôn luôn sử dụng bao cao su.

Trong quá trình chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS, nếu không may bị máu, chất dịch cơ thể của bệnh nhân bắn vào vùng da lành thì chỉ cần rửa sạch và sát khuẩn tại chỗ là người bị phơi nhiễm không có nguy cơ bị lây nhiễm HIV.

Để thuận tiện trong đánh giá, theo dõi và tư vấn về các nguy cơ lây truyền HIV, cũng như triển khai các chương trình can thiệp phòng chống HIV/AIDS, chúng ta chia sự lây truyền HIV từ người nhiễm sang người lành thành các loại sau đây:

2.1. Qua đường tình dục

HIV có ở trong tinh dịch, dịch tiết âm đạo và máu do tổn thương ở cơ quan sinh dục. Các quan hệ tình dục không có bảo vệ (chủ yếu là không sử dụng bao cao su) sẽ làm lây nhiễm không chỉ HIV mà còn cả các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STIs). Nguy cơ lây truyền HIV từ nam sang nữ cao hơn lây từ nữ sang nam. Đặc biệt khi bệnh nhân có các bệnh lây truyền qua đường tình dục như tổn thương viêm loét (Herpec) sẽ làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm HIV qua đường tình dục. Các yếu tố khác làm tăng khả năng lây truyền HIV qua đường tình dục là: quan hệ tình dục trong khi hành kinh, tình dục khô (âm đạo không tiết đủ chất dịch nhờn do bị cưỡng hiếp, dùng thuốc thắt rửa âm đạo, quan hệ khi đã ở tuổi mãn kinh v.v...).

2.2 Qua đường máu

Truyền máu và chế phẩm của máu bị nhiễm HIV, thường chỉ xảy ra khi máu truyền không được sàng lọc, hoặc được sàng lọc nhưng người cho máu nhiễm HIV đang trong “thời kỳ cửa sổ”. "Đường truyền này" cũng rất hiếm hoi do lỗi của các kỹ thuật sàng lọc mẫu máu.

Dùng chung bơm kim tiêm trong nhóm người tiêm chích ma túy tĩnh mạch.



Những người nhiễm HIV tiếp tục có hành vi tiêm chích chung bơm kim tiêm thì khả năng lây truyền HIV cho những người chưa nhiễm là rất cao, có thể tới 100% nếu bơm kim tiêm sử dụng cho người bị nhiễm trước sau đó mới dùng cho những người khác.

2.3 Lây truyền dọc HIV từ mẹ HIV(+) sang con

Lây truyền HIV từ mẹ HIV (+) sang con có thể xảy ra trong cả 3 thời kỳ:

Trong tử cung: nguy cơ lây truyền là 5 - 10%. Sự lây truyền này xảy ra cao nhất vào 3 tháng cuối của thời kỳ mang thai. Bánh rau có một màng ngăn cách với tử cung của người mẹ để bảo vệ thai nhi, thông thường các mầm bệnh rất khó đi qua màng ngăn cách này. Vào những tháng cuối của thai kỳ, thành tử cung mỏng hơn, cơn co bóp của tử cung mau hơn và tình trạng viêm nhiễm sẽ là các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang thai nhi.

Trong khi sinh: Thời gian vỡ ối kéo dài, rau bong sớm, trẻ phơi nhiễm với máu và chất dịch trong quá trình chuyển dạ là các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang thai nhi.

Ngoài ra, quá trình lọt và xô thai, dễ gây xây sát và tổn thương, đặc biệt là cuộc đẻ có can thiệp thủ thuật như Forcep, giác hút là các điều kiện thuận lợi.

Nguy cơ lây truyền trong thời kỳ này nếu không có can thiệp điều trị dự phòng là từ 10 - 25%.

Trong thời kỳ cho con bú: tỷ lệ lây truyền trong thời kỳ này là 5 - 10%.

Trong sữa mẹ có một lượng nhất định HIV, tuy nhiên HIV không lây qua đường tiêu hóa (nếu đường tiêu hóa hoàn toàn lành lặn). Trong quá trình bú mẹ, nếu trẻ mắc các bệnh viêm loét, nấm... làm tổn thương niêm mạc miệng, sẽ tạo ra điều kiện để HIV từ sữa mẹ, hoặc xây sát núm vú, bệnh lý tại vú của người mẹ lây truyền sang cho trẻ. Nguy cơ và tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con trong thời kỳ cho con bú tỷ lệ thuận với thời gian cho trẻ bú, nghĩa là: thời gian cho trẻ bú càng kéo dài thì nguy cơ lây truyền HIV cho trẻ càng cao.

Như vậy, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ HIV(+) cho con tính chung cho cả 3 thời kỳ và không được can thiệp là 25 - 40%.

Điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV (ARV) và nuôi con bằng sữa thay thế sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ HIV (+) sang con xuống khoảng 12% hoặc 5% thậm chí thấp hơn nữa.

Việc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) tuân thủ theo Quy trình do Bộ Y tế ban hành và Hướng dẫn Quốc gia chẩn đoán, điều trị nhiễm HIV/AIDS.

Đối với trẻ bị nhiễm HIV qua lây truyền dọc, giai đoạn nhiễm trùng cấp là lúc mới sinh với triệu chứng nổi bật là tải lượng HIV rất cao và giảm chậm hơn so với người lớn trong vòng vài năm tiếp theo. Ở trẻ em ngưỡng chuẩn tải lượng HIV có cao hơn người lớn, và tốc độ tiến triển bệnh nhanh hơn.

2.4 HIV không lây qua các tiếp xúc thông thường

Tiếp xúc thông thường là các tiếp xúc không liên quan đến máu và dịch tiết cơ thể, như:

- Ôm ấp hoặc hôn hít;
- Ho hoặc hắt hơi;
- Dùng chung đồ nấu bếp, cốc chén hoặc bát;
- Học tập, làm việc, sinh hoạt cộng đồng chung;
- Nằm chung giường;
- Ăn cùng mâm;
- Dùng chung điện thoại, nhà vệ sinh;
- Bơi ở bể bơi;
- Bị côn trùng cắn,...

3. Diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV

Khác với ở người lớn, quá trình nhiễm HIV ở trẻ em xảy ra từ rất sớm khi cơ thể còn non yếu, thậm chí ngay từ thời kỳ bào thai khi hệ miễn dịch chưa hoàn thiện, chưa có đáp ứng miễn dịch với yếu tố nhiễm trùng từ môi trường ngoài. Nếu không được chăm sóc điều trị, diễn biến nhiễm HIV/AIDS ở trẻ em có 3 hình thái tiến triển:

Tiến triển nhanh: Khoảng 15% tiến triển nhanh thành giai đoạn AIDS trong năm đầu tiên của cuộc đời. Tại Việt Nam, hầu hết các trường hợp tử vong do nhiễm PCP, viêm phổi nặng, suy kiệt.v.v...xét nghiệm CD4 ở mức suy giảm miễn dịch nặng của lứa tuổi và trẻ thường tử vong trong tình trạng suy hô hấp.

Tiến triển trung bình: Khoảng 80% số trẻ tiến triển bệnh trong 5 năm, và tuổi trung bình biểu hiện bệnh ở giai đoạn AIDS là 59 tháng. Tại Việt Nam các bệnh gây tử vong hay gặp ở lứa tuổi này là nấm (như PCP, penicillium marneffeii), do lao (lao phổi, lao màng não), suy kiệt, mắc các bệnh nhiễm trùng nặng.

Tiến triển chậm: Có khoảng 5% số trẻ có diễn biến chậm, thời gian biểu hiện bệnh có thể kéo dài 9 - 10 năm.

Theo thông báo của Tổ chức y tế thế giới (TCYTTG) nếu không được chăm sóc và điều trị, 40% số trẻ sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV sẽ chết trong năm đầu tiên của cuộc đời và 50% số trẻ sẽ chết trước 18 tháng tuổi.

4. Phân loại giai đoạn lâm sàng và miễn dịch nhiễm HIV ở trẻ em (xem bài 2).

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. HIV thuộc họ nào sau đây:

- a. Picornavirus
- b. Myxovirus
- c. Retroviridae
- d. Rhinovirus
- e. Enterovirus

2. HIV có ái tính nhất với:

- a. Tế bào lympho B
- b. Tế bào lympho T
- c. Tế bào thần kinh
- d. Tế bào thượng bì của da
- e. Tế bào biểu mô đường ruột

3. Cấu trúc của HIV gồm:

- a. 1 lớp
- b. 2 lớp
- c. 3 lớp
- d. 4 lớp
- e. 5 lớp

4. HIV có khả năng sao chép ngược từ RNA thành AND là nhờ:

- a. Men Protease
- b. Men Intergrase
- c. Men Polymerase
- d. Men Reverse Transcriptase
- e. Men Hyaluronidase

5. Vòng đời của HIV trong tế bào cơ thể người có:

- a. 4 giai đoạn
- b. 5 giai đoạn
- c. 6 giai đoạn
- d. 7 giai đoạn
- e. 8 giai đoạn

6. HIV có thể lây truyền qua:

- a. Tiếp xúc với máu có chứa HIV
- b. Tiếp xúc với dịch cơ thể chứa HIV
- c. Qua quan hệ tình dục không dùng bao cao su
- d. Lây truyền từ mẹ HIV(+) sang con
- e. Tất cả các ý trên

7. Tiến triển tự nhiên của nhiễm HIV:

- a. Rất nhanh: 1 - 2 năm
- b. Nhanh : 3 - 5 năm
- c. Chậm : 10 - 20 năm
- d. Rất chậm: >20 năm
- e. Tất cả các ý trên

8. Diễn biến tự nhiên của nhiễm HIV trải qua:

- a. 2 giai đoạn
- b. 3 giai đoạn
- c. 4 giai đoạn
- d. 5 giai đoạn
- e. 6 giai đoạn

BÀI 2. CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV VÀ PHÂN LOẠI LÂM SÀNG, GIAI ĐOẠN MIỄN DỊCH NHIỄM HIV Ở TRẺ EM

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. *Nêu được các xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV phù hợp theo lứa tuổi ở trẻ em*
2. *Trình bày được các giai đoạn lâm sàng nhiễm HIV ở trẻ em*
3. *Trình bày được các giai đoạn miễn dịch nhiễm HIV ở trẻ em*

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung:

1. *Chẩn đoán nhiễm HIV ở trẻ em.*
2. *Phân giai đoạn nhiễm HIV.*
3. *Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển (bao gồm AIDS).*

1. Chẩn đoán nhiễm HIV ở trẻ em:

Theo các kết quả nghiên cứu trên thế giới, hơn 90% số trẻ em bị nhiễm HIV là do lây truyền HIV từ mẹ sang con. Trong 100 người mẹ nhiễm HIV sinh con, dù tất cả số trẻ được sinh ra đều mang kháng thể kháng HIV do mẹ truyền cho, nhưng chỉ có khoảng 25 - 40% số trẻ sẽ nhiễm HIV từ người mẹ. Trẻ em nhiễm HIV hoặc mang kháng thể từ người mẹ thông qua đường nhau thai, trong cuộc đẻ và khi bú mẹ. Thông thường lượng kháng thể này sẽ giảm dần và đến 18 tháng tuổi thì hết hoàn toàn. Vì vậy trong vòng 18 tháng nếu xét nghiệm kháng thể (+) cũng không biết là kháng thể của mẹ hay của con. Sau 18 tháng nếu có kháng thể thì đó là kháng thể của cơ thể con sinh ra.

Nhiễm HIV ở trẻ em có thể ở các thời kỳ khác nhau, chẩn đoán xác định nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi phải dựa vào xét nghiệm xác định. Các xét nghiệm xác định gồm: PCR ADN, PCR ARN và p24. Chẩn đoán nhiễm HIV cho trẻ trên 18 tháng tuổi có thể dựa vào xét nghiệm kháng thể như ở người lớn.

1.1 Chẩn đoán xác định nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi

Chẩn đoán xác định nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi, bao gồm:

- Trẻ phơi nhiễm (trẻ sinh ra từ người mẹ bị nhiễm HIV) dưới 18 tháng tuổi, và
- Tất cả mọi trẻ có biểu hiện nghi ngờ nhiễm HIV dưới 18 tháng tuổi bằng xét nghiệm PCR (Polymerase Chain Reaction) để phát hiện ADN hoặc ARN của HIV. Xét nghiệm chẩn đoán

phải được thực hiện theo Quy trình chẩn đoán nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi theo Quyết định số 1053/QĐ-BYT ngày 02/4/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

1.1.1 Chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ phơi nhiễm dưới 9 tháng tuổi

Chỉ định xét nghiệm khi trẻ được 4-6 tuần tuổi, hoặc ngay sau lứa tuổi này càng sớm càng tốt.

- Nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính, cần làm ngay xét nghiệm PCR lần hai để khẳng định chẩn đoán nhiễm HIV, đồng thời đánh giá lại tình trạng lâm sàng và chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV;
- Nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 âm tính, cần tiếp tục theo dõi và làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi để khẳng định chẩn đoán.

Lưu ý: nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 âm tính nhưng trẻ đang bú mẹ (hoặc thôi bú mẹ trước khi làm xét nghiệm chưa đủ 6 tuần) nên làm lại xét nghiệm PCR sau khi trẻ thôi bú mẹ hoàn toàn trên 6 tuần.

Trong trường hợp trẻ phải làm xét nghiệm PCR lần 2 do kết quả lần 1 dương tính:

- Nếu xét nghiệm PCR lần 2 để khẳng định chẩn đoán có kết quả dương tính khẳng định trẻ nhiễm HIV, cần tiến hành điều trị bằng ARV theo chỉ định;
- Nếu xét nghiệm PCR lần 2 để khẳng định chẩn đoán có kết quả âm tính, cần tiếp tục theo dõi tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS.

Đối với những trẻ có kết quả PCR lần một âm tính hoặc xét nghiệm lần 2 để khẳng định chẩn đoán lại cho kết quả âm tính, cần tiếp tục theo dõi tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS. Trong quá trình theo dõi, nếu trẻ có dấu hiệu hoặc triệu chứng nghi ngờ nhiễm HIV cần làm ngay xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV:

- Nếu kết quả xét nghiệm kháng thể dương tính cần làm ngay xét nghiệm PCR theo hướng dẫn như trên. Nếu chưa có điều kiện làm xét nghiệm PCR nhưng trẻ có đủ dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng của giai đoạn AIDS nặng (xem ở phần 1.2) cần tiến hành điều trị ARV;
- Nếu trẻ đã trên 9 tháng tuổi và kết quả xét nghiệm kháng thể âm tính có thể sơ bộ loại trừ nhiễm nhưng vẫn cần tiếp tục theo dõi tại phòng khám HIV/AIDS.

Đối với tất cả mọi trẻ phơi nhiễm dưới 18 tháng không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định nhiễm HIV là trẻ còn nguy cơ nhiễm HIV. Cần làm lại xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV khi trẻ đủ 18 tháng tuổi để khẳng định chẩn đoán. Nếu âm tính thì loại trừ nhiễm, nếu dương tính chẩn đoán nhiễm.

Trong trường hợp không có sữa nuôi thay thế trẻ tiếp tục bú mẹ cần tư vấn cho bà mẹ ngừng cho trẻ bú chuyển sang nuôi bộ khi trẻ đủ 6 tháng để hạn chế nguy cơ lây nhiễm HIV. Đối với trẻ đã được khẳng định nhiễm HIV, nếu không có sữa nuôi thay thế tư vấn cho bà mẹ tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ.

(Tham khảo: "Phụ lục 8. Sơ đồ quy trình xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi" trang 20 của Hướng dẫn ban hành kèm Quyết định số 1053/QĐ-BYT ngày 02/4/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

1.1.2 Xét nghiệm chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ phơi nhiễm từ 9 tháng đến 18 tháng tuổi

Cần làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV trước. Nếu xét nghiệm kháng thể dương tính cần chỉ định làm xét nghiệm PCR như đối với trẻ dưới 9 tháng tuổi để khẳng định chẩn đoán. Nếu trẻ đã trên 9 tháng tuổi và kết quả xét nghiệm kháng thể âm tính có thể sơ bộ loại trừ nhiễm nhưng vẫn cần tiếp tục theo dõi tại phòng khám HIV/AIDS.

1.1.3 Chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi không rõ phơi nhiễm nhưng có biểu hiện nghi ngờ nhiễm HIV

Áp dụng như đối với trẻ phơi nhiễm từ 9 đến 18 tháng tuổi. Làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV trước. Nếu xét nghiệm kháng thể dương tính cần chỉ định làm xét nghiệm PCR như đối với trẻ dưới 9 tháng tuổi để khẳng định chẩn đoán. Nếu xét nghiệm kháng thể âm tính loại trừ nhiễm.

1.2 Chẩn đoán lâm sàng giai đoạn AIDS nặng (giai đoạn 4) ở trẻ dưới 18 tháng tuổi

Chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng được áp dụng khi chưa làm được xét nghiệm vi rút, nhưng trẻ có:

Xét nghiệm kháng thể kháng HIV dương tính, và trên lâm sàng có triệu chứng sau:

- Có một trong các bệnh của GĐLS 4 như viêm phổi do pneumocystis (PCP), viêm màng não do Cryptococcus, viêm não do Toxoplasma, gãy mòn nặng không giải thích được nguyên nhân, lao ngoài phổi (trừ trường hợp lao hạch nách do biến chứng của BCG), nấm Candida thực quản.

HOẶC

Trẻ có ít nhất 2 trong ba biểu hiện:

- + Nấm miệng (ở trẻ trên 1 tháng tuổi);
- + Viêm phổi nặng do vi khuẩn;
- + Nhiễm trùng huyết nặng.

Các yếu tố khác hỗ trợ cho chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng như:

- Mẹ mới tử vong do bệnh liên quan tới HIV, hoặc
- Mẹ có bệnh HIV/AIDS tiến triển, hoặc;
- Tỷ lệ CD4 < 20%.

Đối với trẻ có chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng cần tiến hành điều trị bằng ARV theo chỉ định và làm xét nghiệm vi rút để chẩn đoán xác định càng sớm càng tốt.

1.3 Chẩn đoán xác định nhiễm HIV ở trẻ ≥ 18 tháng tuổi

Chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ trên 18 tháng tuổi bằng xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV. Chẩn đoán nhiễm HIV khi mẫu huyết thanh làm xét nghiệm dương tính cả ba lần, bằng ba loại sinh phẩm khác nhau, với nguyên lý phản ứng và phương pháp chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

Những lưu ý trong chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS:

- Chỉ những phòng xét nghiệm được Bộ Y tế cho phép mới được quyền làm xét nghiệm và thông báo kết quả xét nghiệm HIV.
- Chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS ở trẻ em dưới 18 tháng phải dựa vào kết quả PCR dương tính ở cả 2 lần xét nghiệm. Tất cả mọi trẻ có kết quả PCR lần 1 âm tính hoặc khi làm lại lần 2 có kết quả âm tính đều được làm lại xét nghiệm kháng thể HIV khi đủ 18 tháng để khẳng định chẩn đoán.

2. Phân giai đoạn nhiễm HIV

Phân loại GĐLS và giai đoạn miễn dịch có ý nghĩa trong việc đánh giá sự tiến triển của bệnh và được sử dụng để quyết định điều trị bằng thuốc kháng và chỉ áp dụng đối với trẻ đã được xác định nhiễm HIV. Việc đánh giá GĐLS phải được thực hiện trong mỗi lần tái khám và đánh giá giai đoạn miễn dịch 6 tháng/lần. Trẻ có chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng cũng cần phải làm xét nghiệm miễn dịch.

2.1 Phân loại GĐLS

Trẻ có chẩn đoán xác định nhiễm HIV được phân loại vào 1 trong 4 GĐLS, tùy thuộc vào các bệnh NTCH, triệu chứng và bệnh có liên quan đến HIV nặng nhất mà trẻ đã từng mắc.

Việc chẩn đoán các bệnh NTCH chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng, chỉ một số bệnh cần thêm các xét nghiệm hỗ trợ cho chẩn đoán.

Bảng 1: Giai đoạn lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ đã được xác định nhiễm HIV

Giai đoạn lâm sàng 1: Không triệu chứng
Không có triệu chứng. Hạch to toàn thân dai dẳng.
Giai đoạn lâm sàng 2: Các triệu chứng nhẹ
Gan lách to dai dẳng không xác định được nguyên nhân. Phát ban sẩn ngứa. Nhiễm nấm móng.

Viêm khóe miệng.

Đỏ viền lợi.

Nhiễm mụn com lan tỏa (do HPV).

U mềm lây lan tỏa.

Loét miệng tái diễn.

Sung tuyến mang tai dai dẳng không xác định được nguyên nhân.

Herpes zoster (Zona).

Nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái diễn (viêm tai giữa, chảy mủ tai, viêm xoang, hoặc viêm amygdal).

Giai đoạn lâm sàng 3: Các triệu chứng tiến triển

Suy dinh dưỡng hoặc gầy sút mức độ vừa phải không xác định được nguyên nhân không đáp ứng phù hợp với điều trị thông thường.

Tiêu chảy dai dẳng (trên 14 ngày) không xác định được nguyên nhân¹.

Sốt dai dẳng không xác định được nguyên nhân¹ (sốt trên 37.5°C liên tục hoặc ngắt quãng, kéo dài hơn 1 tháng).

Nấm Candida miệng dai dẳng (sau 6-8 tuần tuổi).

Bạch sản dạng lông ở miệng.

Viêm loét, hoại tử lợi hoặc tổ chức quanh cuống răng (nha chu) cấp.

Lao hạch.

Lao phổi.

Viêm phổi vi khuẩn nặng tái diễn.

Viêm phổi kẽ xâm thâm nhiễm lympho bào có triệu chứng.

Bệnh phổi mạn tính liên quan đến HIV, bao gồm cả giãn phế quản.

Thiếu máu (<80 g/L), giảm bạch cầu hạt (<0,5 x 10⁹ tế bào/L) hoặc giảm tiểu cầu (<50 x 10⁹ tế bào/L) mạn tính không xác định được nguyên nhân¹.

¹ Không xác định được nguyên nhân tức là không giải thích được bằng các nguyên nhân khác

Giai đoạn lâm sàng 4: Các triệu chứng nặng

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

2.2 Phân loại giai đoạn miễn dịch

Phân loại tình trạng miễn dịch của trẻ nhiễm HIV thông qua đếm số lượng hoặc tính tỷ lệ phần trăm (%) tế bào CD4 (trẻ em dưới 5 tuổi cần đánh giá bằng tỷ lệ %). Trẻ được chẩn đoán giai đoạn miễn dịch dựa vào tỷ lệ % hoặc số lượng tế bào CD4 của trẻ.

Bảng 2: Phân loại giai đoạn miễn dịch ở trẻ nhiễm HIV/AIDS

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

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

Bảng 3: Chẩn đoán suy giảm miễn dịch nặng theo tổng số tế bào lympho

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

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV tiến triển (bao gồm AIDS)

Có bất kỳ bệnh lý nào thuộc GĐLS 3 hoặc 4 (chẩn đoán lâm sàng hoặc xác định), và/hoặc

Tế bào CD4 (hoặc tổng số tế bào Lympho, nếu không làm được xét nghiệm CD4) ở mức suy giảm tiến triển và suy giảm nặng của giai đoạn miễn dịch, theo lứa tuổi AIDS được xác định khi trẻ có bất kỳ bệnh lý nào thuộc GĐLS 4 hoặc có tế bào CD4 ở mức suy giảm nặng theo lứa tuổi.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Chẩn đoán xác định nhiễm HIV bằng xét nghiệm vi rút được chỉ định cho trẻ em:

- Trẻ phơi nhiễm HIV.
- Trẻ phơi nhiễm HIV và trẻ nghi ngờ nhiễm dưới 18 tháng tuổi.
- Trẻ phơi nhiễm dưới 9 tháng tuổi.
- Trẻ phơi nhiễm HIV và trẻ nghi ngờ nhiễm dưới 9 tháng tuổi.

2. Chỉ định xét nghiệm HIV cho trẻ phơi nhiễm cần được thực hiện khi:

- 4-6 tuần tuổi, hoặc ngay sau lứa tuổi này càng sớm càng tốt.
- Ngay khi trẻ đến đăng ký điều trị ngoại trú.
- Ngay sau khi sinh.
- Khi có xét nghiệm kháng thể dương tính.

3. Nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính:

- Cần làm ngay xét nghiệm PCR lần hai để khẳng định chẩn đoán, đồng thời đánh giá lại tình trạng lâm sàng.
- Cần làm ngay xét nghiệm PCR lần hai để khẳng định chẩn đoán, đồng thời chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV.
- Điều trị ngay bằng ARV và đợi 18 tháng làm xét nghiệm kháng thể.
- Khẳng định chẩn đoán nhiễm HIV.

4. Nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 âm tính:

- Cần làm ngay xét nghiệm PCR lần hai để khẳng định chẩn đoán, đồng thời đánh giá lại tình trạng lâm sàng.
- Cần làm ngay xét nghiệm PCR lần hai để khẳng định chẩn đoán.
- Điều trị ngay bằng ARV và đợi 18 tháng làm xét nghiệm kháng thể.
- Theo dõi tại phòng khám ngoại trú và làm xét nghiệm kháng thể khi trẻ đủ 18 tháng.

5. Nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 và lần 2 dương tính:

- a. Điều trị bằng ARV.
- b. Đánh giá lại lâm sàng, xét nghiệm lại PCR và sẵn sàng tuân thủ.
- c. Xác định nhiễm HIV.
- d. Đánh giá lại lâm sàng, sẵn sàng tuân thủ và điều trị bằng ARV.

6. Nếu kết quả xét nghiệm PCR lần 1 dương tính nhưng lần 2 âm tính:

- a. Cần xem xét lại vấn đề bú mẹ.
- b. Khẳng định không nhiễm.
- c. Tiếp tục theo dõi và làm xét nghiệm kháng thể khi 18 tháng để xác định chẩn đoán.
- d. Làm thêm xét nghiệm lần 3 để khẳng định chẩn đoán.

7. Xét nghiệm chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ phơi nhiễm từ 9 tháng đến 18 tháng tuổi:

- a. Làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV.
- b. Cần chỉ định làm ngay xét nghiệm PCR.
- c. Làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV trước nếu dương tính làm ngay xét nghiệm PCR.
- d. Chẩn đoán nhiễm nếu xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV dương tính.

8. Nếu trẻ phơi nhiễm đã trên 9 tháng tuổi và kết quả xét nghiệm kháng thể âm tính:

- a. Cần làm lại xét nghiệm kháng thể khác để khẳng định chẩn đoán.
- b. Làm thêm xét nghiệm PCR để loại trừ nhiễm.
- c. Loại trừ nhiễm và không cần theo dõi.
- d. Có thể sơ bộ loại trừ nhiễm nhưng vẫn cần tiếp tục theo dõi tại phòng khám HIV/AIDS.

9. Chẩn đoán xác định nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi không rõ phơi nhiễm nhưng có biểu hiện nghi ngờ nhiễm HIV:

- a. Cần chỉ định làm ngay xét nghiệm PCR.
- b. Làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV trước nếu dương tính làm ngay xét nghiệm PCR.
- c. Làm xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV.
- d. Chẩn đoán nhiễm nếu xét nghiệm phát hiện kháng thể kháng HIV dương tính.

10. Trẻ dưới 18 tháng tuổi không rõ phơi nhiễm nhưng có biểu hiện nghi ngờ nhiễm HIV và có xét nghiệm kháng thể dương tính:

- a. Cần làm lại xét nghiệm kháng thể khác để khẳng định chẩn đoán.
- b. Làm xét nghiệm PCR để loại trừ nhiễm.
- c. Chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV nặng.
- d. Có thể khẳng định nhiễm.

11. Trẻ được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng khi chưa làm được xét nghiệm, nhưng trẻ có (Liệt kê câu trả lời).

12. Trẻ được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng:

- a. Cần điều trị ngay bằng ARV.
- b. Cần xét nghiệm ngay PCR.
- c. Cần làm ngay xét nghiệm kháng thể kháng HIV.
- d. Cần điều trị ngay bằng ARV và làm xét nghiệm ngay PCR.

13. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế chẩn đoán xác định nhiễm HIV ở trẻ ≥ 18 tháng tuổi cần dựa vào:

- a. Xét nghiệm kháng thể.
- b. Xét nghiệm PCR.
- c. Xét nghiệm PCR hoặc xét nghiệm kháng thể.
- d. Xét nghiệm kháng thể dương tính thì làm xét nghiệm PCR.

14. Phân loại GDLS và giai đoạn miễn dịch có ý nghĩa:

- a. Đánh giá sự tiến triển của bệnh.
- b. Để quyết định điều trị bằng thuốc kháng.
- c. Đánh giá sự tiến triển của bệnh và để quyết định điều trị bằng thuốc kháng.
- d. Để theo dõi kết quả điều trị.

15. Trẻ dưới 18 tháng chưa có xét nghiệm vi rút nhưng có xét nghiệm kháng thể HIV dương tính và đang nhiễm PCP sẽ được chẩn đoán:

- a. Viêm phổi do PCP.
- b. Xác định nhiễm HIV.
- c. Cần làm thêm xét nghiệm PCR để khẳng định chẩn đoán.
- d. Được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng.

16. Trẻ đã được chẩn đoán xác định nhiễm và đang nhiễm PCP được phân loại giai đoạn lâm sàng nào sau đây:

- a. Giai đoạn lâm sàng 2.
- b. Giai đoạn lâm sàng 3.
- c. Giai đoạn lâm sàng 4.
- d. Bệnh HIV/AIDS nặng.

17. Phân loại tình trạng miễn dịch của trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV cần chú ý:

- a. Đếm số lượng tế bào CD4.
- b. Lứa tuổi của trẻ.
- c. Tính tỷ lệ phần trăm CD4.
- d. Tính tỷ lệ phần trăm CD4 và lứa tuổi của trẻ.

BÀI 3. TIẾP CẬN MỘT SỐ HỘI CHỨNG LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

- Tiếp cận được các hội chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân nhi nhiễm HIV.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung học tập:

1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp.
2. Tiêu chảy kéo dài.
3. Sốt kéo dài.
4. Còi cọc và chậm phát triển thể chất.
5. Thần kinh.
6. Thiếu máu.

Trẻ nhiễm HIV thường nhập viện với nhiều bệnh cảnh lâm sàng khác nhau. Trong chăm sóc và điều trị cần có các tiếp cận và xử trí theo nhóm các hội chứng.

1. Hội chứng nhiễm trùng hô hấp

1.1 Nguyên nhân

- Nguyên nhân hay gặp: Viêm phổi do vi khuẩn, PCP, lao phổi tiên phát, viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho, viêm phổi.
- Nguyên nhân khác: bệnh do nấm, các nguyên nhân không nhiễm trùng.
- Những điểm lưu ý khi hỏi và khám bệnh (cần viết theo bố cục thông thường: hỏi bệnh, khám bệnh...):

1.2 Hỏi bệnh

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

1.3 Khám lâm sàng

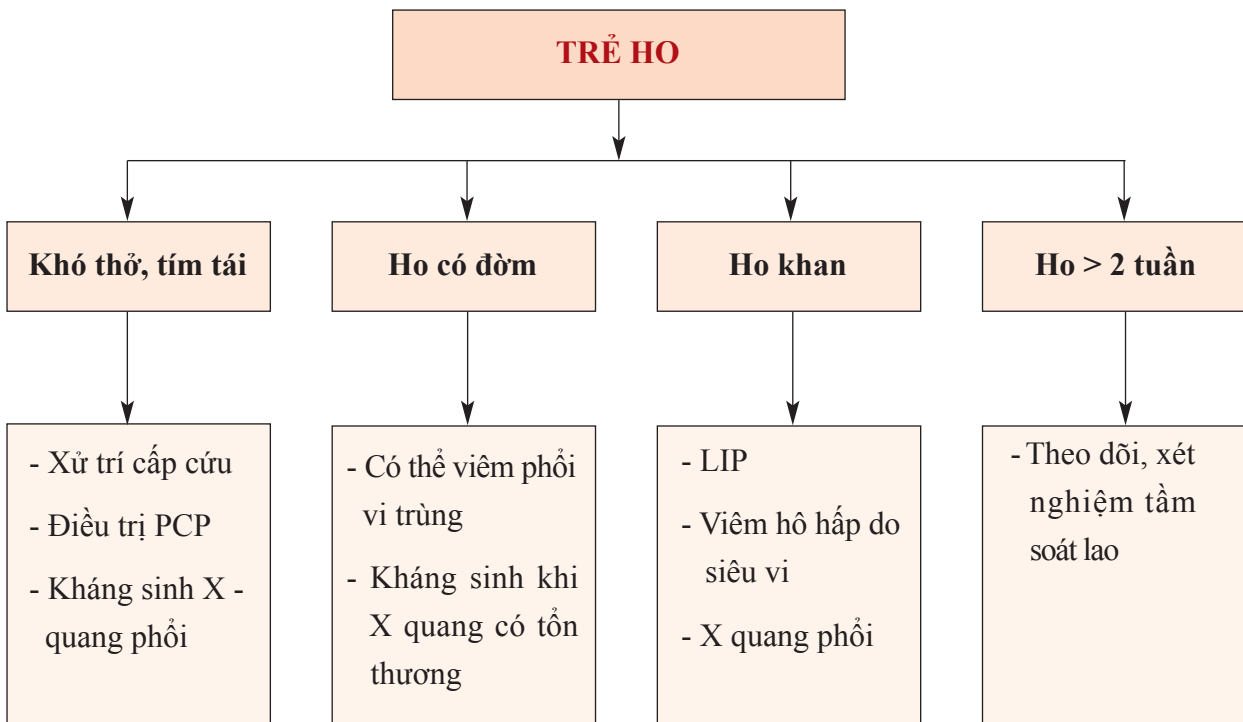
- Tình trạng suy hô hấp: khó thở, tím tái.
- Các biểu hiện toàn thân: sốt, sụt cân, phát ban, sưng hạch, ngón tay dùi trống,...
- Khám hô hấp: rale, dấu tràn dịch màng phổi,...
- Dấu hiệu khác: phát triển tinh thần, thể chất, biểu hiện suy giảm miễn dịch: nấm họng, suy kiệt,...

1.4 Xét nghiệm chẩn đoán: dựa trên các triệu chứng lâm sàng và bệnh sử

- Xét nghiệm cơ bản, tế bào CD4.
- X-quang phổi, soi đờm tìm AFB; soi cấy đờm tìm các vi khuẩn khác.
- Cấy máu nếu bệnh nhi có sốt.
- Chọc dò màng phổi nếu có tràn dịch màng phổi: Xét nghiệm dịch màng phổi
- Chẩn đoán tế bào bằng chọc hút kim nhỏ tổ chức hạch nếu có hạch to
- Nếu có điều kiện: chụp cắt lớp phổi.

1.5 Xử trí tùy nguyên nhân xác định được

Xem phần Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH.



*** Kết quả X quang phổi:**

- Bình thường: viêm đường hô hấp trên do siêu vi;
- Viêm phổi do vi trùng: tổn thương dạng viêm phổi thùy hay viêm phổi đốm.
- PCP: thâm nhiễm mô kẽ 2 bên;
- Lao: hạch rốn phổi hay hạch quang phế quản + thâm nhiễm phổi;
- LIP: Thâm nhiễm dạng lưới hạt 2 bên;
- Trẻ chưa có điều trị phòng ngừa PCP khi có khó thở và có tổn thương trên X-quang cần điều trị như viêm phổi do PCP;
- Nếu có tổn thương nghi ngờ LIP dùng Prednisolone 1-2mg/kg/ngày x 21 ngày.

2. Tiêu chảy kéo dài

2.1 Định nghĩa:

Tiêu chảy mạn tính được xác định khi bệnh nhân đi phân lỏng hoặc nát trên 3 lần một ngày, kéo dài trên 14 ngày.

2.2 Hỏi bệnh sử

- Số lần đi ngoài mỗi ngày, tính chất phân.
- Các triệu chứng kèm theo: sốt, đau bụng, vị trí và tính chất đau.
- Tiền sử dinh dưỡng của trẻ.
- Tiền sử lao và các bệnh truyền nhiễm khác trong gia đình.

2.3 Thăm khám lâm sàng

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

2.4 Đánh giá tình trạng phát triển

- Các biểu hiện toàn thân: sốt, nổi hạch; thăm khám các cơ quan hô hấp và tuần hoàn.
- Thăm khám bụng: phát hiện đau, tràn dịch màng bụng, gan lách to, hạch ổ bụng.
- Nếu không ảnh hưởng đến tăng trưởng: điều trị bù nước duy trì, dinh dưỡng. Có thể tiêu chảy do HIV sẽ cải thiện sau khi điều trị ARV.

2.5 Các xét nghiệm và thăm dò

- Soi phân tìm hồng cầu và bạch cầu (tiêu chảy xâm nhập); soi tìm ký sinh đơn bào thông thường (amip, giardia), ấu trùng giun lươn, giun móc, các loại trứng giun; soi phân phương pháp tập trung formalin-ether và nhuộm kiểm toan cải tiến để tìm cryptosporidium, nhuộm ba màu để tìm microsporidium và isospora; soi tìm AFB (lao và MAC), nếu có điều kiện.

- Cây máu nếu bệnh nhân có sốt, nghi tiêu chảy kèm nhiễm trùng huyết do vi khuẩn.
- Chụp X-quang phổi, xét nghiệm đờm nếu có biểu hiện hô hấp hoặc nghi lao.
- Siêu âm ổ bụng nếu có thể thực hiện được, xác định gan lách to, hạch to, dịch màng bụng.

2.6 Căn nguyên và điều trị: Xem phần NTCH và các bệnh lý liên quan HIV.

3. Sốt kéo dài

3.1 Định nghĩa: Sốt kéo dài được xác định khi sốt trên 37,5 kéo dài trên 14 ngày.

3.2 Các căn nguyên thường gặp gây sốt kéo dài

- Trẻ em có thể mắc các bệnh gây sốt kéo dài ở trẻ em, các bệnh dịch, nhiễm khuẩn nặng, hoặc NTCH hoặc bệnh lý khối u và/hoặc sốt do chính HIV.
- Trong nhiều trường hợp sốt thường đi kèm các biểu hiện hô hấp, thần kinh,...
- Các căn nguyên hay gặp trong nhiễm HIV và suy giảm miễn dịch:
 - + Lao, MAC, bệnh do nấm candida, penicillium, viêm màng não và nhiễm nấm huyết do cryptococcus, nhiễm trùng huyết do salmonella và các vi khuẩn khác, bệnh do CMV,...
 - + Bệnh ác tính liên quan tới HIV: u lymphô;
 - + Sốt do bản thân HIV, sốt rét;
 - + Phản ứng với các thuốc: dị ứng CTX, NVP, ABC,...

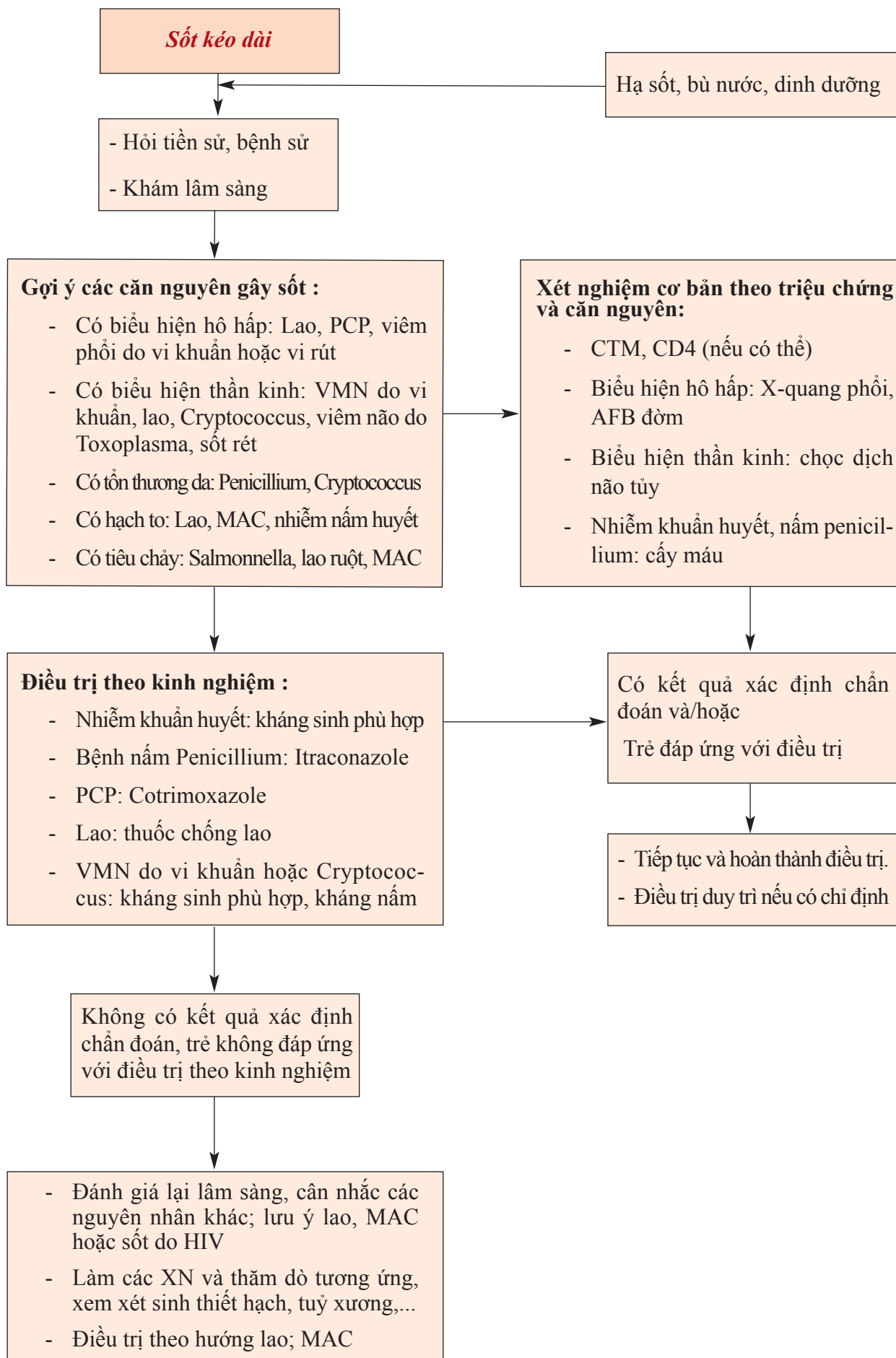
3.3 Hỏi tiền sử, bệnh sử

- Thời gian bị bệnh, đặc điểm khởi phát (cấp tính hoặc bán cấp).
- Các triệu chứng từ các cơ quan: đau đầu, tiêu chảy, ho, phát ban,...
- Các thuốc đã sử dụng: CTX, ARV, các thuốc khác.
- Tiền sử mắc các bệnh NTCH và các bệnh lý khác liên quan tới HIV (khả năng tái phát của các NTCH nếu không được điều trị dự phòng thứ phát hoặc không được điều trị ARV).
- Tiền sử dị ứng thuốc và các bệnh lý khác.
- Tiền sử gia đình: tiền sử lao/ho và các bệnh truyền nhiễm khác.

3.4 Khám lâm sàng

- Thăm khám tất cả các cơ quan và bộ phận, tập trung vào những cơ quan có biểu hiện bệnh.
- Nếu trẻ có tỷ lệ CD4 thấp cần chú ý khám mắt (soi đáy mắt) để tìm tổn thương của CMV, Toxoplasma và cây máu tìm nguyên nhân nấm, vi khuẩn.

3.5 Xem các căn nguyên gây NTCH, xét nghiệm và thăm dò xác định chẩn đoán, và điều trị tại phần các bệnh NTCH.



4. Còi cọc và chậm phát triển thể chất

4.1 Định nghĩa

- Mức độ trung bình: trọng lượng 60-80% trọng lượng bình thường tương ứng với tuổi/chiều cao.
- Mức độ nặng: trọng lượng $\leq 60\%$ trọng lượng trung bình tương ứng với tuổi/chiều cao, hoặc 60-80% trọng lượng bình thường và có phù kèm theo.

4.2 Khám lâm sàng

- Đo cân nặng và chiều cao xác định mức độ.
- Bệnh sử: Mức độ sụt cân, các triệu chứng của nhiễm trùng kín, tiền sử tiêu chảy hoặc nôn, tiền sử ăn uống của trẻ.
- Đánh giá vấn đề nuôi dưỡng hiện tại, xác định vấn đề chưa hợp lý nếu có.
- Thăm khám đầy đủ, phát hiện và điều trị các nguyên nhân thường gặp: nhiễm trùng tái phát hoặc nhiễm trùng kín, nhiễm nấm Candida miệng hoặc thực quản, hoặc nhiễm trùng tại họng miệng khác, hấp thu kém và tiêu chảy, nôn, nhiễm HIV mạn tính, lao hoặc MAC màng bụng, cung cấp thiếu thực phẩm/năng lượng,...

4.3 Điều trị

- Hỗ trợ ban đầu: bù nước nếu có mất nước và hỗ trợ dinh dưỡng.
- Bắt đầu đánh giá điều trị ARV nếu trẻ đủ tiêu chuẩn điều trị.
- Nếu do không cung cấp đầy đủ dinh dưỡng:
 - + Xác định qua hỏi bệnh sử xác định lượng dinh dưỡng được cung cấp cho trẻ;
 - + Thử cho trẻ ăn với chế độ ăn có nhiều năng lượng và bổ sung vitamin trong 7 ngày: Nếu cải thiện, tiếp tục điều trị kết hợp theo dõi sát; nếu không cải thiện, xét nghiệm tìm nguyên nhân nhiễm trùng mạn tính hay suy mòn do nhiễm HIV.
- Nếu do nấm hay loét miệng:
 - + Đau, kém ăn, lở miệng, nấm miệng;
 - + Điều trị nấm hoặc HSV (nếu có loét): Nếu cải thiện, tiếp tục điều trị kết hợp theo dõi sát; nếu không cải thiện xét nghiệm: tìm nguyên nhân nhiễm trùng mạn tính hay suy mòn do nhiễm HIV.
- Nếu do nguyên nhân nhiễm trùng mạn tính:
 - + Tiền sử sốt hoặc tiêu chảy?
 - + Làm xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng mạn tính: công thức máu và công thức bạch cầu, albumin, cấy máu, chụp phổi, loại trừ lao, xét nghiệm phân tìm vi khuẩn, trứng và ký sinh trùng. Đánh giá như bệnh nhi có sốt, tiêu chảy. Siêu âm ổ bụng có thể phát hiện gan, lách, hạch to. Điều trị khi tìm được tác nhân. Nếu không tìm được tác nhân:

- + Cân nhắc nhập viện để hỗ trợ dinh dưỡng;
- + Cân nhắc điều trị ARV nếu đạt tiêu chuẩn chỉ định điều trị.

5. Thần kinh

5.1 Hối bệnh

- Tiền căn sốt cao co giật.
- Bệnh sử chấn thương đầu.
- Co giật: Thời gian, toàn thân hay khu trú, có kèm sốt hay không.

5.2 Thăm khám lâm sàng

- Đánh giá tri giác.
- Phát hiện co giật.
- Phát hiện dấu hiệu màng não.
- Phát hiện triệu chứng thần kinh khu trú: Liệt nửa người, liệt mặt,...
- Đánh giá trương lực cơ.

5.3 Xét nghiệm

- Chọc dò tủy sống.
- Chẩn đoán hình ảnh: chụp cắt lớp não, cộng hưởng từ não (nếu có điều kiện).

5.4 Chẩn đoán nguyên nhân

5.4.1 Viêm màng não

- Sốt, đau đầu, thóp phồng, co giật, hôn mê.
- Chọc dò dịch não tủy: xét nghiệm sinh hóa tế bào; soi cấy tìm vi khuẩn.
- Cây máu.

5.4.2 Viêm màng não do nấm *Cryptococcus*

- Thường gặp ở trẻ lớn.
- Sốt nhẹ, đau đầu kéo dài, cổ cứng, nhức mắt, nhìn mờ.
- Chọc dò dịch não tủy: nhuộm mực tàu soi tìm nấm, cấy nấm.

5.4.3 Lao màng não

- Sốt kéo dài > 7 ngày, đau đầu, dấu thần kinh định vị.
- Dịch não tủy: đường thấp, tế bào đa số đơn nhân.
- Xét nghiệm tầm soát lao: IDR, X quang phổi.

5.4.4 Viêm não do *Toxoplasma*, viêm não do CMV (xem bài Điều trị các bệnh NTCH).

5.4.5 Bệnh não do HIV

- Khi loại trừ các nguyên nhân trên, cần làm chẩn đoán hình ảnh (CT scanner não) phát hiện teo não; hình ảnh bệnh lý não do HIV.

5.5 Xử trí

5.5.1 Xử trí chung

- Chống co giật.
- Chống phù não (nếu có).
- Chăm sóc hôn mê (nếu có).

5.5.2 Xử trí theo nguyên nhân

- Viêm màng não: Điều trị kháng sinh nếu chưa loại trừ viêm màng não vi trùng.
- Viêm màng não do nấm *Cryptococcus*: Điều trị Amphotericin B, Fluconazole.
- Lao màng não: Điều trị theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị lao của Bộ Y tế.
- Viêm não do *Toxoplasma*, viêm não do CMV (xem bài Điều trị các bệnh NTCH).
- Bệnh não do HIV:
 - + Xem xét điều trị ARV: chọn lựa phác đồ có AZT hay d4T vì ngấm vào não tốt.

6. Thiếu máu

- Nói chung, trẻ gọi là thiếu máu khi Hb < 8 g/dl. Riêng trẻ dưới 6 tuổi, gọi là thiếu máu khi Hb < 9,3g/dl (Hct < 27%).
- Thiếu máu nặng ở mọi lứa tuổi trẻ em: Hb ≤ 4g/dl (Hct ≤ 12%).

6.1 Đánh giá

- Khám lâm sàng: mức độ thiếu máu, truyền máu hoặc hồng cầu nếu thiếu máu nặng.
- Làm xét nghiệm chẩn đoán mức độ thiếu máu: Công thức máu, lưu ý hình thể hồng cầu, hemoglobine.
- Tìm nguyên nhân do thiếu sắt hay suy dinh dưỡng.
- Tìm nguyên nhân do NTCH (như lao, MAC).
- Loại trừ các nguyên nhân liên quan đến AZT, CTX,...

6.2 Xử trí

- Nguyên nhân thiếu sắt hay suy dinh dưỡng.
- Xét nghiệm sắt huyết thanh, ferritin.

ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC CƠ BẢN CHO TRẺ EM NHIỄM HIV/AIDS

- Đánh giá tình trạng cung cấp dinh dưỡng.
- Bổ sung sắt: 3mg Fe/kg/ngày, vitamin, folic.
- Đánh giá lại sau 2 tuần.
- Nguyên nhân NTCH.
- Sốt hoặc các triệu chứng khác gợi ý nhiễm trùng: xem phần Sốt kéo dài.
- Tìm căn nguyên như bệnh lao, viêm nội tâm mạc, MAC, nhiễm khuẩn huyết do Salmonella, nhiễm nấm, sốt rét và điều trị thích hợp;
- Khi loại trừ các nguyên nhân trên: xem xét khả năng thiếu máu liên quan đến HIV. Nếu có thể, điều trị ARV (tránh dùng AZT nếu thiếu máu nặng).

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Trên thực hành lâm sàng, khi tiếp cận trẻ có biểu hiện ho, khó thở, cán bộ y tế phải hướng đến những vấn đề sau, ngoại trừ:

- Điều trị cấp cứu nếu trẻ có suy hô hấp.
- Chẩn đoán, điều trị viêm phổi do vi trùng hoặc do PCP.
- Chẩn đoán bệnh phổi do HIV.
- Cần làm chẩn đoán loại trừ LIP và lao.

2. Trẻ ho kéo dài hơn 2 tuần, đã điều trị kháng sinh phổ rộng vẫn không giảm, việc ưu tiên cần phải làm là:

- Huyết thanh chẩn đoán vi rút hợp bào hô hấp.
- Chụp CT scan để xác định LIP.
- Đo tải lượng vi rút để xác định mức độ tổn thương phổi do HIV.
- Tầm soát lao.

3. Trẻ tiêu chảy kéo dài, không ảnh hưởng đến tăng trưởng, sẽ cải thiện khi:

- Điều trị ARV.
- Điều trị kháng sinh phổ rộng trong 2 tuần.
- Điều trị bổ sung sản phẩm từ vi khuẩn đường ruột.
- Chế độ ăn loại bỏ chất béo.

4. Trẻ gọi là sốt kéo dài khi:

- Sốt $>38^{\circ}\text{C}$ kéo dài hơn 2 tuần.
- Sốt $> 39^{\circ}\text{C}$ kéo dài hơn 2 tuần.
- Sốt $> 37,5^{\circ}\text{C}$ kéo dài hơn 2 tuần.
- Sốt $> 37,5^{\circ}\text{C}$ kéo dài hơn 1 tháng.

5. Một trong những nguyên nhân sốt kéo dài ở trẻ là:

- Nhiễm trùng huyết do PCP.
- Dị ứng Cotrimoxazole.
- Tiêu chảy do Microsporidium.
- Đồng nhiễm vi rút viêm gan C.

6. Chỉ định điều trị ARV không xét các nguyên nhân khác ở trẻ 14 tháng khi:

- a. Cân nặng < - 1SD
- b. Cân nặng < - 2SD
- c. Cân nặng < - 3SD
- d. Không dựa vào cân nặng

7. Dự phòng bệnh lý não do Toxoplasma bằng:

- a. Dapson
- b. Zidovudine (AZT)
- c. Cotrimoxazole
- d. Fluconazole

8. Trẻ dưới 6 tuổi, gọi là thiếu máu khi:

- a. Hb < 8,3 g/dl
- b. Hb < 9,3 g/dl
- c. Hb < 10,3 g/dl
- d. Hb < 6,3 g/dl

9. Hàm lượng sắt nguyên tố bổ sung ban đầu cho trẻ thiếu máu thiếu sắt là:

- a. 3 mg/kg/ngày
- b. 5 mg/kg/ngày
- c. 3 mg/kg/ngày
- d. 5 mg/kg/ngày

10. Thời gian đánh giá lại trẻ thiếu máu thiếu sắt sau đợt điều trị ban đầu là:

- a. 7 ngày
- b. 14 ngày
- c. 30 ngày
- d. 45 ngày

BÀI 4. LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Tổng quan về lây truyền HIV từ mẹ sang con.
2. Các can thiệp để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
3. Các phác đồ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
4. Dự phòng lây nhiễm HIV sau sinh.

Thời gian học tập: 60 phút

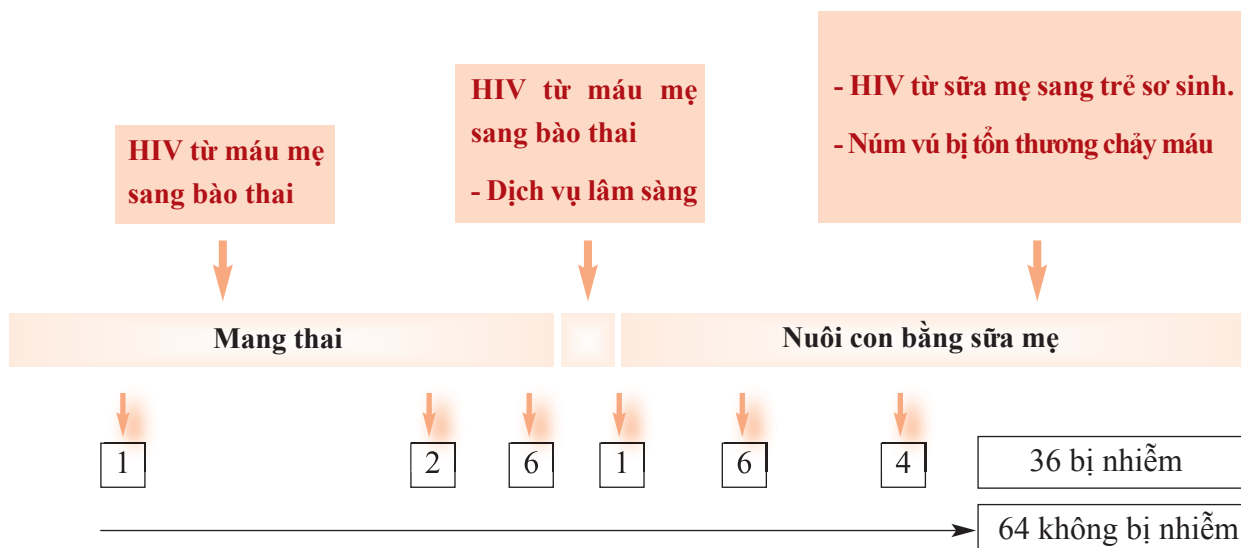
Nội dung bài học:

1. Đặt vấn đề.
2. Cơ chế lây truyền HIV từ mẹ sang con.
3. Những yếu tố nguy cơ liên quan đến tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.
4. Chiến lược toàn diện nhằm dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
5. Các can thiệp trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
6. Các phác đồ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
7. Dự phòng lây nhiễm sau sinh.

1. Đặt vấn đề

Đại dịch HIV/AIDS đã và đang là nguyên nhân cướp đi sinh mạng của hàng triệu người trên thế giới mỗi năm, ảnh hưởng tới kinh tế, văn hoá, xã hội, nòi giống của mỗi quốc gia. Bất chấp những nỗ lực trên toàn cầu, tỉ lệ lây nhiễm HIV/AIDS vẫn không ngừng gia tăng. Theo báo cáo của WHO và UNAIDS, năm 2008 toàn thế giới có 33,4 triệu người nhiễm HIV đang còn sống, trong đó 50% là phụ nữ; 430.000 là trẻ em (dưới 15 tuổi), hơn 2 triệu người đã chết do AIDS trong đó có hơn 280.000 trẻ em; châu Phi có tỉ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ có thai cao nhất thế giới.

HIV được truyền từ mẹ sang con theo 2 phương thức là trực tiếp từ mẹ sang thai nhi và từ sữa sang con. HIV có thể lây truyền trực tiếp từ mẹ sang con khi thai còn nằm trong tử cung, khi chuyển dạ, sau khi sinh và trong thời kì cho con bú. Tất cả những trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV đều có nguy cơ bị lây nhiễm HIV nhưng thực tế chỉ có khoảng 25 -40% con của các bà mẹ này bị lây nhiễm HIV từ mẹ (Bảng 1).



Bảng 1. Nghiên cứu thuần tập về 100 trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV không được can thiệp dự phòng

Ước đoán tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con qua từng giai đoạn của thai kì (tính trong 100 trẻ bị nhiễm HIV):

- Trước sinh (khi mang thai, trong tử cung): 25%
- Trong sinh (lúc chuyển dạ): 50%
- Sau sinh (qua việc cho con bú): 25%

2. Cơ chế lây truyền HIV từ mẹ sang con

2.1 Trong tử cung, khi mang thai

- Sự lây truyền này có thể xảy ra suốt từ 3 tháng đầu tới khi thai đủ tháng do HIV được truyền trực tiếp từ mẹ sang thai qua bánh rau. Người ta thấy rằng HIV có thể truyền qua bánh rau sang thai nhi rất sớm (tuy với một tỉ lệ thấp), và đã từng tìm thấy HIV trong các mô não, thận, gan của tổ chức thai sau sẩy.
- Bánh rau có một màng ngăn cách với tử cung của người mẹ để bảo vệ thai nhi. Thông thường mầm bệnh rất khó đi qua màng ngăn cách này.

Sự ngăn cách để bảo vệ thai nhi rất phức tạp và có thể có nhiều yếu tố tham gia.

Chính sự ngăn cách này đã bảo vệ cho ít nhất khoảng 60% con của các bà mẹ nhiễm HIV không bị lây nhiễm HIV từ người mẹ.

2.2 Trong chuyển dạ

- Trong chuyển dạ, các cơn co tử cung làm tử cung co bóp, cổ tử cung xoá và mở, làm tổn thương các mạch máu nhỏ và gây chảy máu. Máu chảy sẽ làm tăng số lượng HIV có trong âm đạo dẫn đến tăng nguy cơ nhiễm HIV khi thai đi qua âm đạo người mẹ.
- Nếu cuộc đẻ có can thiệp như cắt tầng sinh môn, đặt forceps hoặc giác hút thì các biểu mô và mạch máu lớn có thể bị tổn thương, máu chảy nhiều làm tăng khả năng lây nhiễm HIV cho thai.

- Khi đi qua đường âm đạo để ra ngoài, thai có tiếp xúc trực tiếp hoặc có thể nuốt dịch âm đạo có nhiều HIV vào đường tiêu hoá.
- Thành âm đạo, cổ tử cung của người mẹ, da và niêm mạc của trẻ sơ sinh có thể bị xây xước trong quá trình thăm khám hoặc thực hiện thủ thuật, virus HIV qua những chỗ xây xước đó mà thâm nhập vào cơ thể thai nhi.

2.3 Sau đẻ, lây truyền qua sữa mẹ

Nghiên cứu ở Châu Phi cho thấy tỷ lệ trẻ em nhiễm HIV qua sữa mẹ chiếm 16 đến 42%, trung bình khoảng 29% trong tổng số 100 trẻ sinh ra bị nhiễm HIV từ mẹ.

- Trong thời kỳ sau đẻ, HIV từ những bạch cầu trong máu mẹ qua các mạch máu thâm thấu vào vào các nang sữa rồi qua sữa mẹ sang con. Vì vậy người ta khuyên các bà mẹ nhiễm HIV khi có đủ điều kiện thì không nên cho con bú mà nên cho con ăn sữa thay thế để cắt nguồn lây này.
- Núm vú bị tổn thương (viêm, loét, xây xước...) và có thể bị chảy máu → tăng nguy cơ lây truyền HIV khi trẻ bú mẹ.

3. Những yếu tố nguy cơ liên quan đến tỉ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con

3.1 Những yếu tố về HIV

- Tải lượng HIV trong huyết thanh: tải lượng HIV trong máu mẹ có liên quan tỷ lệ thuận với tỷ lệ LTMC ở cả những phụ nữ được điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV (ARV) cũng như những người không được điều trị dự phòng. Nguy cơ LTMC đã được báo cáo đối với tất cả các mức nồng độ HIV trong máu mẹ.
- Lượng HIV huyết thanh và HIV dịch âm đạo: nhìn chung có mối tương quan tỷ lệ thuận giữa tải lượng HIV huyết thanh và HIV dịch âm đạo. Tuy nhiên cũng có những trường hợp ngoại lệ, không tương đồng về lượng HIV và những trường hợp này có thể giúp giải thích một vài trường hợp mẹ có mức HIV trong máu thấp đến mức không thể phát hiện được nhưng vẫn truyền HIV sang con.
- Kiểu gen của HIV: Kiểu gen có thể liên quan đến tỷ lệ lây truyền HIV trong các giai đoạn khác nhau của thời kỳ mang thai và chuyển dạ đẻ. Mô hình kiểu gen của HIV dịch âm đạo cũng có thể có những khác biệt với HIV huyết thanh của cùng một người nhiễm. Tuy nhiên, còn ít số liệu về vấn đề này. Người ta cũng ghi nhận được một số đột biến gen HIV ở người mẹ được sử dụng ARV với mục đích điều trị hoặc PLTMC có liên quan đến kháng thuốc có thể ảnh hưởng đến những trẻ nhiễm HIV từ người mẹ.
- Số lượng tế bào CD4: Lượng CD4 thấp hoặc tỷ lệ CD4/CD8 giảm thấp có liên quan đến việc tăng nguy cơ LTMC.

3.2 Những yếu tố sản khoa/ lâm sàng ở người mẹ

- Giai đoạn lâm sàng: GĐLS AIDS của người mẹ càng tiến triển nặng thì tỷ lệ LTMC càng cao. Những phụ nữ ở giai đoạn nhiễm HIV cấp tính (mới nhiễm) cũng có tỷ lệ LTMC cao

vì trong giai đoạn này, tuy người mẹ chưa có triệu chứng AIDS nhưng có tải lượng HIV huyết thanh cao làm tăng tỷ lệ LTMC.

- Đồng nhiễm các bệnh khác: đặc biệt là các bệnh lây truyền qua đường tình dục làm tăng lượng HIV trong dịch tiết ở đường sinh sản cũng như các tổn thương ở đường sinh sản, do đó có thể tăng nguy cơ LTMC.
- Thiếu hụt vitamin A: có liên quan đến gia tăng lượng HIV trong các dịch ở đường sinh sản và HIV huyết thanh, dẫn đến tăng tỷ lệ LTMC. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy việc bổ sung vitamin A nhìn chung không làm giảm tỷ lệ này.
- Tuổi thai: Trẻ non tháng có nguy cơ nhiễm HIV từ mẹ cao hơn so với trẻ đủ tháng.
- Thời gian vỡ ối: Nguy cơ LTMC tăng tỷ lệ thuận với thời gian vỡ ối đến khi sinh. Nguy cơ này tăng khoảng 2% cho mỗi giờ vỡ ối.
- Viêm màng ối: làm tăng nguy cơ LTMC.
- Các can thiệp sản khoa: bấm ối, sử dụng điện cực đặt da đầu thai nhi, cắt tầng sinh môn, đặt forceps,... đều có thể làm tăng sự phơi nhiễm của thai với HIV trong máu/dịch âm đạo của mẹ do đó tăng nguy cơ LTMC.

Riêng hai yếu tố: mổ lấy thai và sử dụng ARV có thể làm giảm tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

- + Mổ lấy thai: các nghiên cứu cho thấy mổ lấy thai có kế hoạch và được tiến hành trước khi chuyển dạ thật sự và trước khi vỡ ối (mổ chủ động) làm giảm tỷ lệ LTMC khoảng 50%. Tuy nhiên, tại Việt Nam, mổ lấy thai chỉ được tiến hành khi có chỉ định sản khoa
- + Sử dụng ARV: một số thuốc ARV có hiệu quả làm giảm đáng kể tỷ lệ LTMC và đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, dẫn tới một số phác đồ sử dụng ARV để can thiệp PLTMC độc lập mà không nhất thiết phải có tác dụng điều trị HIV/AIDS ở người mẹ.

3.3 Những yếu tố thai nhi/ trẻ sơ sinh

- Các yếu tố thai nhi/ trẻ sơ sinh bao gồm hệ thống miễn dịch chưa trưởng thành, đặc biệt là ở trẻ non tháng, có thể đóng vai trò nhất định trong LTMC.
- Trẻ có tổn thương đường tiêu hoá được bú mẹ có nguy cơ cao hơn các trẻ khác.
- Một số trẻ khác có thể có kháng thể bảo vệ cho trẻ khỏi nhiễm HIV sau sinh, kể cả qua sữa mẹ.

3.4 Cách thức nuôi con

- Nuôi con bằng sữa mẹ làm tăng tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tỷ lệ này cao nhất ở những người nuôi con bằng sữa thay thế nhưng có kết hợp với bú sữa mẹ, sau đó mới đến nhóm nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn. Nhóm ăn bằng sữa thay thế hoàn toàn có tỉ lệ lây truyền thấp nhất.
- So với những phụ nữ nhiễm HIV chưa có triệu chứng, người có AIDS có nguy cơ truyền HIV cho con qua sữa mẹ cao hơn khoảng 14%. Tỷ lệ này tăng khoảng 30% đối với những bà mẹ ở giai đoạn nhiễm HIV cấp tính (mới nhiễm) với tải lượng HIV huyết thanh cao.

4. Chiến lược toàn diện nhằm dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Chiến lược can thiệp toàn diện để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con của Tổ chức Y tế thế giới hướng dẫn các quốc gia thực hiện gồm 4 thành tố:

- Dự phòng sớm lây nhiễm HIV cho phụ nữ;
- Phòng tránh mang thai ngoài ý muốn cho phụ nữ nhiễm HIV;
- Các can thiệp cho phụ nữ nhiễm HIV mang thai;
- Cung cấp các chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho bà mẹ nhiễm HIV và con của họ sau sinh.

5. Các can thiệp trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể giảm từ 40 - 70% nhờ các biện pháp can thiệp. Ở các nước phát triển, tỉ lệ lây truyền giảm chỉ còn dưới 2%. Các can thiệp trong dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bao gồm:

- Dự phòng phổ cập;
- Tư vấn và xét nghiệm HIV;
- Sử dụng thuốc ARV;
- Thực hành sản khoa an toàn;
- Các dịch vụ hỗ trợ sau sinh.

5.1 Dự phòng phổ cập (DPPC)

- DPPC là một loạt các biện pháp phòng tránh sự lây truyền của HIV, viêm gan B và các mầm bệnh lây theo đường máu khác khi thực hiện chăm sóc trước sinh và/hoặc các dịch vụ sản khoa.
- DPPC phải được áp dụng đối với tất cả phụ nữ có thai.

5.2 Tư vấn và xét nghiệm HIV

Tư vấn và xét nghiệm HIV tự nguyện là điểm khởi đầu cho các can thiệp phòng lây truyền mẹ con. Cần tư vấn và xét nghiệm HIV cho tất cả phụ nữ mang thai trước, trong và sau sinh bằng các hình thức tư vấn khác nhau (tư vấn cá nhân, tư vấn nhóm, tư vấn cho cặp vợ chồng,...). Qua công tác tư vấn, các phụ nữ mang thai được cung cấp các thông tin về HIV, tình dục an toàn cũng như phòng lây truyền mẹ - con và các dịch vụ hỗ trợ khác.

5.3 Sử dụng thuốc ARV

Cung cấp và hướng dẫn sử dụng thuốc ARV cho mẹ và con nhằm làm giảm tải lượng virus HIV qua đó làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

5.4 Thực hành sản khoa an toàn

- Tránh lấy máu từ đầu của thai nhi để phân tích pH.
- Tránh lấy dịch bằng ống cứng hoặc làm mạnh dẫn đến xước rách.
- Tránh dùng các thủ thuật mạnh (vỡ ối nhân tạo, nội xoay thai, cắt tầng sinh môn, forceps, giác hút,...).
- Tránh cạo lông vùng mu của sản phụ.
- Làm vệ sinh âm đạo trong khi chuyển dạ và sinh bằng: Chlorua de Benzalkonium hoặc Chlorhexidin 0.2%.
- Nhanh chóng lau máu và các chất dịch tiết cho trẻ sơ sinh.
- Xử lý an toàn các vật sắc nhọn, nhau thai và các chất thải có khả năng lây nhiễm.

Mổ lấy thai phải tuân thủ các chỉ định sản khoa và không được lạm dụng. Tuy nhiên, tại một số cơ sở sản khoa lớn có thể chỉ định mổ lấy thai trước chuyển dạ để làm giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

5.5 Các dịch vụ hỗ trợ sau sinh

- Thông tin, tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ an toàn: mục đích chính là làm giảm tiếp xúc với HIV trong sữa mẹ cho trẻ. Tư vấn để nuôi trẻ bằng sữa thay thế nếu có đủ điều kiện. Nếu không đủ điều kiện, cho trẻ ăn sữa mẹ hoàn toàn và cai sữa sớm.
- Chuyển tiếp cặp mẹ - con nhiễm/phơi nhiễm tới các dịch vụ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ khác, đảm bảo họ tiếp cận được với các dịch vụ này.

6. Các phác đồ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Điều trị dự phòng bằng các thuốc ARV cho phụ nữ có thai là sử dụng ngắn hạn các thuốc ARV nhằm làm giảm sự lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Mục đích của dự phòng LTMC bằng ARV:

- Làm giảm tải lượng virut HIV ở người mẹ;
- Làm giảm sự phơi nhiễm của trẻ với HIV.

Dự phòng LTMC áp dụng cho người phụ nữ có thai chưa có chỉ định điều trị ARV cho bản thân hoặc chưa tiếp cận được với điều trị ARV và tùy thuộc vào thời điểm được xác định nhiễm HIV trong thai kì. Với những phụ nữ có thai đã đủ tiêu chuẩn điều trị ARV cho bản thân thì việc điều trị cũng đồng thời có tác dụng dự phòng LTMC.

6.1 Phác đồ dự phòng lây truyền mẹ con đang áp dụng tại Việt Nam

Ban hành theo Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS*”.

(Chi tiết xem Phụ lục trang 49)

6.2 Một số phác đồ dự phòng LTMC đã được nghiên cứu trên thế giới

- Phác đồ AZT dài ngày: mẹ dùng AZT từ 14 tuần thai cho tới lúc chuyển dạ, trẻ uống AZT cho tới 6 tuần tuổi và không bú mẹ.
- Phác đồ 3 thuốc: tỉ lệ LTMC từ 0 - 2%.

7. Chăm sóc sau sinh

7.1 Với bà mẹ

- Tư vấn về kế hoạch hóa gia đình, tình dục an toàn và các biện pháp tránh thai đặc biệt là sử dụng bao cao su.
- Tư vấn phòng lây nhiễm HIV cho chồng/bạn tình.
- Tư vấn về các lựa chọn và thực hành nuôi con (sữa mẹ, sữa thay thế), thảo luận về lợi ích và bất lợi của từng lựa chọn. Khuyến cáo các bà mẹ nhiễm HIV lựa chọn 1 trong 2 phương thức nuôi con như sau:
 - + Nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ: cho trẻ bú mẹ ngay sau đẻ, bú theo nhu cầu của trẻ và bú mẹ hoàn toàn, không ăn thêm bất cứ thức ăn gì khác. Hướng dẫn cho bà mẹ về tư thế bú của trẻ (đầu thẳng với thân, mặt hướng vào vú mẹ, thân được đỡ thẳng, sát người mẹ) và tiêu chuẩn trẻ ngậm bắt vú tốt (cằm chạm vú mẹ, miệng mở rộng, môi dưới hướng ra ngoài, quầng vú trên nhiều hơn quầng vú dưới). Lưu ý bà mẹ cai sữa cho trẻ càng sớm càng tốt, muộn nhất là sau 6 tháng đầu;
 - + Nuôi con hoàn toàn bằng sữa thay thế (sữa bột): kiểm tra lại các điều kiện để có thể nuôi trẻ hoàn toàn bằng sữa thay thế (đánh giá AFASS: chấp nhận, thực hiện được, đủ khả năng, duy trì được, an toàn). Hướng dẫn và cho bà mẹ thực hành pha sữa cho trẻ. Cho trẻ ăn bằng thìa và cốc. Lưu ý cách vệ sinh dụng cụ pha sữa và dụng cụ cho trẻ ăn (rửa kỹ bằng nước sạch, luộc sôi trong 10 phút rồi cất nơi khô ráo, tránh côn trùng).
- Chuyển tiếp tới các dịch vụ chăm sóc và điều trị tiếp tục.

7.2 Với trẻ sơ sinh

- Tiếp tục sử dụng ARV dự phòng lây truyền mẹ con theo phác đồ của Bộ Y tế quy định.
- Chuyển tiếp trẻ đến phòng khám ngoại trú Nhi gần nhất để được theo dõi và điều trị khi cần thiết.

PHỤ LỤC. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TRONG PHÒNG LÁY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Mẹ	Mang thai	Chuyển dạ đẻ	Sau đẻ	Con
Mẹ đang điều trị 3 thuốc ARV cho bản thân	- Tiếp tục điều trị theo chỉ định của bác sỹ điều trị, chú ý: + Nếu phác đồ có EFV và thai < 12 tuần: thay EFV bằng NVP (cho ngay liều 200mg x 2 lần/ngày) . + Nếu 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ, tiếp tục sử dụng phác đồ có EFV			Mẹ điều trị ARV trước sinh trên 4 tuần: AZT 4mg (0,4ml)/kg x2 lần/ngày x 7 ngày Mẹ điều trị ARV trước sinh chưa đủ 4 tuần: AZT 4mg (0,4ml)/kg x 2 lần/ngày x 4 tuần
Mẹ XN HIV (+) trong thời kỳ mang thai nhưng chưa đủ điều kiện điều trị 3 thuốc ARV	AZT 300mg/lần x 2 lần/ngày uống hàng ngày từ tuần thứ 28 của thai kỳ trở đi	NVP 200mg + AZT 600mg + 3TC 150 mg Sau đó 12 giờ một lần (AZT 300 mg + 3TC 150mg) cho đến lúc đẻ	Combivir (AZT 300mg + 3TC 150mg) 12 giờ một lần x 7 ngày	Mẹ điều trị dự phòng AZT trước sinh trên 4 tuần: NVP liều đơn 6mg (0,6ml), uống một lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg(0,4ml)/kg x 2 lần/ngày x 7 ngày Mẹ điều trị dự phòng AZT trước sinh chưa đủ 4 tuần: NVP liều đơn 6mg (0,6ml), uống một lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg (0, 4ml)/kg x 2 lần/ngày x 4 tuần
Mẹ XN HIV(+) khi chuyển dạ		NVP 200mg+AZT 600mg+3TC 150 mg Sau đó 12 giờ một lần (AZT 300 mg + 3TC 150mg) cho đến lúc đẻ	Combivir (AZT 300mg+3TC 150mg) 12 giờ một lần x 7 ngày	Si rô NVP liều đơn 6mg (0,6ml), uống một lần ngay sau khi sinh + AZT 4mg(0,4ml)/kg uống 2 lần một ngày x 4 tuần

Chú ý:

- Nếu khi chuyển dạ mẹ có kết quả sàng lọc HIV(+), tư vấn cho sản phụ dùng thuốc PLTMC. Ngừng điều trị cả mẹ và con khi kết quả khẳng định HIV(-)
- Không sử dụng ARV dự phòng cho mẹ khi tiên lượng mẹ sẽ sinh trong vòng 1 giờ; Trong trường hợp mẹ không được sử dụng ARV vẫn thực hiện phác đồ dự phòng ARV cho con như trên;
- Nếu đã cho mẹ sử dụng NVP khi chuyển dạ giả, thì khi chuyển dạ thật không cho sử dụng lại NVP
- Mẹ không dùng NVP khi chuyển dạ thì không dùng Combivir(AZT 300mg + 3TC 150mg) sau đẻ
- Khi không sản có AZT vẫn sử dụng NVP liều đơn cho mẹ khi chuyển dạ và NVP liều đơn cho con ngay sau sinh.
- Cho trẻ dùng NVP càng sớm càng tốt ngay sau khi sinh(trong vòng 72 giờ). Nếu trẻ không dùng NVP, vẫn dùng AZT.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ*(Các câu 1, 3, 5 chỉ chọn một câu trả lời đúng nhất)***1. Tất cả trẻ em sinh ra từ những bà mẹ nhiễm HIV đều bị lây nhiễm HIV:**

- a. Đúng.
- b. Sai.

2. Liệt kê 3 giai đoạn của thai kỳ mà HIV có thể lây truyền từ mẹ sang con:

- a.
- b.
- c.

3. Những yếu tố nào sau đây làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con:

- a. Tải lượng HIV của mẹ cao.
- b. Mẹ mới nhiễm HIV hoặc ở GĐLS III, IV.
- c. Mẹ bị ối vỡ sớm.
- d. Trẻ đẻ non.
- e. Trẻ vừa bú mẹ vừa bú bình.
- f. Tất cả các câu trên đều đúng.

4. Kể tên 5 can thiệp chính để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con:

- a.
- b.
- c.
- d.
- e.

5. Các phác đồ dự phòng LTMC là sử dụng các thuốc ARV nhằm mục đích:

- a. Giảm tải lượng virus ở người mẹ.
- b. Giảm sự phơi nhiễm của trẻ với virus.
- c. Cả a, b đều đúng.

BÀI 5. TỔN THƯƠNG DA VÀ NIÊM MẠC Ở TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Chẩn đoán được các bệnh lý da hay gặp ở trẻ nhiễm HIV.
2. Nắm vững cách điều trị các bệnh lý da hay gặp ở trẻ nhiễm HIV.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ.
2. Nhiễm nấm *Candida*
3. Dạng nốt sẩn nổi trên da
4. Ban dạng phỏng nước.
5. Ban dạng dát sẩn - hồng ban.

Tổn thương da là một trong các bệnh lý NTCH hay gặp ở trẻ nhiễm HIV/AIDS. Biểu hiện của tổn thương da có liên quan chặt chẽ với tình trạng suy giảm miễn dịch. Việc chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng, một số xét nghiệm được chỉ định khi cần thiết. Để chẩn đoán cần dựa vào thời gian bị bệnh, biểu hiện toàn thân, đặc điểm diễn biến của tổn thương tiền sử bệnh và tiền sử dị ứng thuốc. Một số bệnh lý da cần điều trị duy trì để hạn chế tái phát hoặc có hiệu quả khi điều trị ARV.

1. Biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ

- Biểu hiện: mụn, nốt ngoài da, chốc, viêm loét, đến viêm cơ, xương hoặc áp xe. Trẻ có thể có biểu hiện sốt.
- Tác nhân gây bệnh:
 - + Do vi khuẩn: Thường do tụ cầu, liên cầu tan huyết;
 - + Do nấm: *Candida*, *Penicillium*, *marneffci*;
 - + Do : HSV, VZV, HPV,...;
 - + Các loại khác: ghẻ, dị ứng, côn trùng,...

Chẩn đoán và điều trị: như đối với trẻ không nhiễm HIV

- + Amoxiciclin 50 - 100mg/kg/ngày, hoặc
- + Oxacilin 50 - 100mg/kg/ngày;

- + Acyclovir khi do VZV, HPV
- + Tiêm hoặc uống tùy theo mức độ nặng của bệnh.

2. Nhiễm nấm Candida

- Nhiễm nấm Candida thường có suy giảm miễn dịch nặng. Bệnh dai dẳng, hay tái phát.
 - + *Candida miệng*: tạo thành mảng, đám giả mạc trắng, dễ bong, ở lưỡi, lợi, trong má, vòm họng.
 - + *Candida họng, thực quản*: có triệu chứng nuốt khó, nuốt đau.
 - + *Candida da*: dát đỏ lan tỏa, đóng vảy, xung quanh có sản vật tinh, có thể có mụn mủ hay viêm nang lông mủ. Hay ở nách, bẹn, quanh móng.

Chẩn đoán: dựa vào lâm sàng

- + Nếu điều trị không thuyên giảm: *Soi tươi tìm nấm, hoặc soi thực quản.*
- + Nuôi cấy để phân loại nếu biểu hiện lâm sàng không điển hình.

Điều trị:

- + *Candida miệng*: Clotrimazole viên ngậm; Miconazole; Nystatin đánh lưỡi.
- + *Candida thực quản*: Fluconazole 6mg/kg/ngày thứ nhất, sau đó 3-6mg/kg/ngày trong 2-3 tuần
- + *Bệnh nấm candida xâm nhập*: Amphotericin B 0,5-1,0 mg/kg/ng trong 2-3 tuần.

3. Dạng nốt sần nổi trên da

- Có các triệu chứng toàn thân như: sốt cao kéo dài, có biểu hiện thiếu máu, gan- lách-, hạch to, sụt cân.
- Xuất hiện khi CD4 ở ngưỡng suy giảm miễn dịch nặng.
- **Chẩn đoán:** Dựa vào lâm sàng.
 - + Nấm *Penicillium marneffei*: Hay gặp (chiếm 70% bệnh nấm). Có triệu chứng toàn thân. Ban thường nổi trên mặt da có hoại tử đen ở vùng trung tâm, chủ yếu ở đầu, mặt, phần trên thân mình. Tế bào CD4 thường < 15%.
 - + Nấm *Cryptococcus neoformans*: ít gặp hơn (chiếm 10% bệnh nấm) hay ở trẻ >6 tuổi. Có triệu chứng toàn thân. Ban toàn thân, dạng nốt-sần, có thể có loét và hoại tử ở trung tâm. Thường có tổn thương viêm màng não hoặc viêm phổi. Tế bào CD4 thường < 100/mm³.
 - + Nấm *histoplasma*: ít gặp, (chiếm 5-10% bệnh nấm). Có triệu chứng toàn thân. Hay kèm theo tổn thương phổi, màng não, tiêu chảy. Đôi khi tổn thương da là dát-sần và ban xuất huyết.
 - + U mềm lây: Hay gặp, không có triệu chứng toàn thân. Sần trong, hình bán cầu lõm giữa, chứa chất bã đậu, không hoại tử, thường ở mặt hoặc sinh dục, ngực, bụng, cánh tay, mông, đùi.

- +U nhú ở người (Bệnh mào gà sinh dục): Có u nhú giống súp lơ, màu hồng tươi, mềm, có chân, không đau, dễ chảy máu. Hoặc dạng hạt cơm phẳng rộng hoặc hạt cơm có sần sừng dày lên. Khu trú ở hậu môn sinh dục. Không có triệu chứng toàn thân.
- Soi tươi hoặc cấy tổ chức tổn thương tìm nấm (sinh thiết da, hạch, tủy xương, DNT, máu).
- Nếu nghi viêm màng não do nấm *C.neoformans*: Tìm kháng nguyên trong huyết thanh và DNT (DNT trong, đường và protein biến đổi ít; tế bào tăng nhẹ, chủ yếu lympho).
- **Điều trị:**
 - + Đối với nấm:
 - ++ Điều trị tấn công bằng Amphotericin B tiêm TM 0,5-1mg/kg/ngày
 - +++ *Nấm P.marneffei*: 2 tháng (hoặc Itraconazole 200mg x 2 lần/ ngày x 2 tháng);
 - +++ *Nấm C.neoformans*: 2 tuần, cùng có: Fluconazole 400-800mg/ ngày x 8tuần;
 - +++ *Nấm Histoplasma*: Nếu bệnh nặng (không có bệnh TKTU, huyết động không ổn định): điều trị đến khi hết triệu chứng, sau đó Itraconazole 400mg/ ngày trong 6 tháng.
 - ++ Điều trị duy trì đối với:
 - +++ *P.marneffei* và *histoplasma*: Itraconazole 200mg/ ngày;
 - +++ *C.neoformans*: Itraconazole 400mg/ ngày.

Nếu có viêm màng não xem phần hội chứng thần kinh.

- + **Đối với U mềm lây:** Đốt lạnh hoặc nạo thương tổn, nếu không hiệu quả dùng thuốc bôi imiquimod hoặc cidofovir. Liệu pháp ARV có tác dụng phòng và điều trị U mềm lây.
- + **Đối với U nhú:** Bôi Podophyllin 10-25%/lần/ng hoặc 3lần/tuần hoặc Axít trichloroacetic 30%/lần/ ngày. Nếu tổn thương ở họng miệng chỉ đốt lạnh, đốt điện, laser.

Lưu ý: khi dùng Podophyllin chỉ chấm vào tổn thương, không để dây ra da và niêm mạc lành, dặn bệnh nhân rửa sau 1-4 giờ. Sau 4-6 tuần không kết quả dùng biện pháp đốt.

4. Ban dạng phỏng nước

- Herpes zoster - HZV (giời leo): phỏng nước, đau rát, ở một bên cơ thể, dọc theo tiết đoạn thần kinh da, thường là vùng liên sườn, ngực, đầu, mặt.
- Varicella zoster - VZV (thủy đậu): phỏng nước nhiều lứa tuổi, khắp cơ thể, khi vỡ để lại vết loét.
- Herpes simplex (HSV): Nhiều mụn nước, vỡ tạo loét trợt rồi đóng vảy; Khu trú quanh miệng, hậu môn, sinh dục. Nếu lan đến thực quản gây khó nuốt, nuốt đau, có thể lan đến khí - phế quản. Hay tái phát. Có thể có biến chứng viêm não.
- Chẩn đoán:
 - + Dựa trên biểu hiện lâm sàng;
 - + Đối với HZV làm phiên đồ Tzanck: tổn thương mụn nước có tế bào khổng lồ; nuôi cấy virus hoặc kháng thể miễn dịch huỳnh quang, PCR, nếu làm được.

- Điều trị:
 - + Bôi xanh methylen, milian tại chỗ chống bội nhiễm.
 - + Thuốc chống virus tại chỗ ít hiệu quả, gây kích thích tổn thương. Thuốc toàn thân có tác dụng tốt nhất đối với HZV trong vòng 72 giờ đầu có nốt phỏng.
 - ++ Thể nhẹ, chức năng miễn dịch tốt: uống Acyclovir 40-80mg/kg/ ngày, chia 3 lần x 7 ngày;
 - ++ Thể nặng, zona lan toả: Acyclovir 15-30mg/kg/ng tiêm tĩnh mạch chia 3 lần x 7-14 ngày;
 - ++ Phòng tái phát (≥ 1 lần/tháng): Acyclovir 400mg x 2 lần/ngày kéo dài.

5. Ban dạng dát sần - hồng ban

- Phản ứng thuốc nói chung: ban dạng sởi, hoặc hồng ban đa dạng, mức độ nặng có hội chứng Steven - Johnson, có liên quan với thuốc đang dùng (kháng sinh, ARV).
- Ban do NVP: Thường xuất hiện trong 2 tuần đầu dùng thuốc, có thể có hội chứng quá mẫn (sốt, viêm gan, men gan tăng), có thể tử vong.
- Ban liên quan với HIV: ban sần ngứa, tăng sắc tố dày sừng có trọt, hay ở chân - tay, gặp ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng.
- Ban giang mai: dạng dát sần, sần có vảy ở lòng bàn tay - chân, hoặc có bọt nước trên da. Toàn thân nặng (sốt, gan, lách, hạch to, vàng da, thiếu máu). Xét nghiệm RPR, VDRL huyết thanh thường dương tính.
- Nấm histoplasma (xem phần Dạng nốt sần ở da).
- Điều trị:
 - + Dùng steroid, kháng histamin;
 - + Rửa bằng kháng sinh, liệu pháp UVB nếu là ban liên quan với HIV;
 - + Nghi do thuốc: Ngừng thuốc, nếu do NVP ngừng hẳn thuốc, không dùng nhóm NNRTI.
 - + Đối với giang mai:
 - ++ Giang mai bẩm sinh ở trẻ < 2 tuổi và:
 - +++ DNT bình thường: benzathine penicillin 50.000 đv/kg/TB liều duy nhất;
 - +++ DNT bất thường: benzyl penicillin 50.000đv/kg/ ngày tiêm TM hoặc TB chia 2 lần x 10 ngày, hoặc procain penicillin G 50.000đv/kg/ ngày x 10 ngày.
 - ++ Giang mai bẩm sinh ở trẻ > 2 tuổi và:
 - +++ DNT bình thường: benzyl penicillin 30.000đv/kg/TB liều duy nhất;
 - +++ DNT bất thường: benzyl penicillin 20.000-30.000đv/kg/ ngày chia 2 lần x 14 ngày.
 - Dị ứng penicillin: thay bằng erythromycin 30-50mg/kg/ng, uống chia 4 lần x 30 ngày.
 - Nếu mẹ chưa điều trị penicillin: trẻ phải điều trị dù không triệu chứng và huyết thanh (-).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Các câu 1, 2, 3, 7 chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Chẩn đoán các bệnh NTCH ngoài da, niêm mạc cần dựa vào những biểu hiện nào sau đây:

- a. Kèm triệu chứng sốt
- b. Hình ảnh tổn thương
- c. Sinh thiết da
- d. a, b đúng

2. Chẩn đoán và điều trị các biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ ở trẻ nhiễm HIV/AIDS:

- a. Như đối với trẻ không nhiễm HIV.
- b. Cần dựa vào giai đoạn lâm sàng.
- c. Cần dựa vào giai đoạn miễn dịch.
- d. Cần kết hợp giai đoạn lâm sàng và giai đoạn miễn dịch để xem xét điều trị.

3. Chẩn đoán các bệnh do nhiễm nấm Candida cần dựa vào:

- a. Biểu hiện trên lâm sàng.
- b. Làm xét nghiệm soi cấy tìm nấm.
- c. Cần dựa vào giai đoạn miễn dịch.
- d. Cần kết hợp biểu hiện lâm sàng và giai đoạn miễn dịch.

4. Hãy mô tả biểu hiện lâm sàng của nhiễm nấm Candida:

- Candida miệng.
- Candida họng, thực quản.
- Candida da.

5. Hãy mô tả biểu hiện của nhiễm nấm *Penicillium marneffei*:

- Triệu chứng toàn thân.
- Tế bào CD4.
- Đặc điểm.

6. Hãy mô tả biểu hiện lâm sàng nhiễm U mềm lây:

- Triệu chứng toàn thân.
- Tế bào CD4.
- Đặc điểm.

7. Thuốc kháng nấm quan trọng nhất để điều trị bệnh nấm candida xâm nhập là:

- Amphotericin B.
- Clotrimazole viên ngậm.
- Nystatin.
- Fluconazole.

8. Hãy mô tả biểu hiện lâm sàng của nhiễm:

- Herpes zoster - HZV (giời leo).
- Varicella zoster - VZV (thủy đậu).
- Herpes simplex (HSV).

9. Hãy trình bày điều trị các thể tổn thương của Herpec:

- Thể nhẹ, chức năng miễn dịch tốt.
- Thể nặng, zona lan toả.
- Phòng tái phát (≥ 1 lần/tháng).

10. Tổn thương dạng ban dát sần - hồng ban hay gặp do những nguyên nhân nào?

BÀI 6. CÁC THAY ĐỔI HUYẾT HỌC TRÊN TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Chẩn đoán và điều trị được bệnh lý thiếu máu ở trẻ nhiễm HIV.
2. Chẩn đoán và điều trị được bệnh lý giảm bạch cầu trung tính ở trẻ nhiễm HIV.
3. Chẩn đoán và điều trị được bệnh lý giảm tiểu cầu ở trẻ nhiễm HIV.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Sinh lý hệ tạo máu ở trẻ em.
2. Các bệnh lý thiếu máu.
3. Bệnh lý giảm bạch cầu trung tính.
4. Giảm tiểu cầu ở trẻ nhiễm HIV.

1. Sinh lý hệ tạo máu ở trẻ em

Tham gia vào quá trình tạo máu là vai trò của Tế bào gốc tạo máu. Các tế bào này sản sinh ra các tế bào máu như tế bào hồng cầu, các dòng tế bào bạch cầu và tiểu cầu. Các tế bào gốc tạo máu bắt đầu hoạt động trong quá trình hình thành bào thai và sản sinh tế bào máu suốt đời người.

Tế bào gốc có ở tủy xương, lách, gan. Tuy nhiên, trẻ em sau 06 tuổi gan và lách không còn tham gia vào quá trình tạo máu. Vì vậy ở trẻ nhỏ khi có thiếu máu, thường có phản ứng tạo máu tại gan và lách. Bình thường chỉ có khoảng 5% số tế bào gốc tủy xương tham gia hoạt động tạo máu.

Ngoài các tế bào gốc, một số tế bào đệm như tế bào lympho T, đại thực bào, tế bào nội mạc và tế bào sợi, cũng tham gia tạo ra các yếu tố cần thiết cho quá trình sản xuất, biệt hóa các tế bào bạch cầu trong tủy xương. Thận có vai trò sản xuất các chất sinh hồng cầu (Erythropoietin) và gan tham gia sản xuất chất sinh tiểu cầu (Thrombopoietin).

Các mốc tỷ lệ bạch cầu trung tính và lympho ở trẻ em:

- Trẻ 5-7 ngày tuổi: Tỷ lệ bạch cầu trung tính chiếm khoảng 45% và tỷ lệ bạch cầu lympho cũng chiếm khoảng 45% tổng số;
- Khi trẻ 5-7 tháng: Tỷ lệ bạch cầu trung tính chiếm khoảng 60-65% và tỷ lệ bạch cầu lympho chiếm khoảng 35%;
- Khi trẻ 5-7 tuổi tỷ lệ bạch cầu trung tính và lympho đều chiếm khoảng 45%;
- Khi trẻ em lớn hơn tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng dần chiếm khoảng 60-65% như ở người lớn.

Có nhiều bệnh lý khác nhau có thể gây tổn thương ở hệ tạo máu như giảm một dòng hoặc giảm cả 3 dòng. Căn nguyên có thể do nhiễm trùng (nhiễm khuẩn) hoặc không nhiễm trùng (thiếu dinh dưỡng, hoặc bệnh ác tính). Cũng như trẻ em bình thường, trẻ nhiễm HIV có thể mắc các bệnh của hệ tạo máu, ngoài ra còn mắc các bệnh liên quan với HIV hoặc do sử dụng thuốc.

Cần lưu ý khi: Thiếu máu (<80 g/L), giảm bạch cầu hạt ($<0,5 \times 10^9$ tế bào/L) hoặc giảm tiểu cầu ($<50 \times 10^9$ tế bào/L) mạn tính không xác định được nguyên nhân là tiêu chuẩn để chẩn đoán giai đoạn lâm sàng 3 ở trẻ nhiễm HIV.

2. Các bệnh lý thiếu máu (giảm hồng cầu)

2.1 Nguyên nhân

- Do nhiễm trùng kéo dài;
- Ký sinh trùng: giun đũa, giun móc, sốt rét;
- Nhiễm: HIV, CMV. Thiếu máu cũng rất phổ biến do chính HIV;
- Bệnh ác tính: Lymphoma, Sarcoma Kaposi;
- Do thuốc: Dapson, nhóm Sunfamid, AZT, hoặc do thuốc khác;
- Do thiếu dinh dưỡng;
- Bệnh lý đường ruột gây kém hấp thu;
- Khi đồng thời giảm tất cả tế bào (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) cần nghi ngờ nhiễm tùy xương do: MAC, TB, CMV, lymphoma, nhiễm nấm.

2.2 Biểu hiện lâm sàng thiếu máu ở trẻ em

- Toàn thân: Mệt mỏi hoặc quấy khóc, đau đầu, chóng mặt, giảm khả năng tập trung.
- Các dấu hiệu khác:
 - + Niêm mạc mắt hoặc lòng bàn tay nhợt nhạt, có thể vàng nhẹ, viêm góc miệng, viêm lưỡi, móng tay khô, gãy;
 - + Nhịp tim nhanh, có tiếng thổi;
 - + Phản ứng gan lách to.

Xét nghiệm: Hb giảm (xem phần thiếu máu tại bài tiếp cận các hội chứng thường gặp)

2.3 Điều trị thiếu máu trẻ em nhiễm HIV

2.3.1 Điều trị nguyên nhân:

- + Điều trị ký sinh trùng đường ruột, sốt rét;... cải thiện dinh dưỡng.
- + Điều trị NTCH (như lao, MAC).

- + Điều trị giun móc: Albendazole 400mg 1 lần hoặc Mebendazole 100mg 2 lần x 3 ngày hoặc 500mg 1 lần.
- + Nếu thiếu máu nặng có liên quan với AZT: Đổi AZT sang d4T.

2.3.2 Điều trị triệu chứng:

* Thiếu máu nặng

- Truyền khối hồng cầu 10 ml/kg khi thiếu máu nặng.
- Cho thở ô-xy nếu có suy hô hấp.
- Erythropoetin có thể cải thiện tình trạng ức chế tuỷ xương do HIV.

* Thiếu máu vừa và nhẹ

- Bổ sung sắt: 3-6 mg/kg/ngày chia 2 lần trong 14 ngày, vitamin C, axit folic và đánh giá lại sau mỗi đợt điều trị

3. Bệnh lý giảm bạch cầu trung tính

3.1 Nguyên nhân

- Do HIV gây nhiễm và làm tổn thương tế bào mầm;
- NTCH: MAC, histoplasma, CMV, EBV,...;
- Bệnh lý ác tính tuỷ xương;
- Do thuốc: Thuốc ARV, thuốc chống nấm (Amphotericin, Flucytosine), Cotrimoxazole, Methotrexate.

3.2 Biểu hiện lâm sàng của giảm bạch cầu trung tính ở trẻ em

Nhiều trường hợp không có triệu chứng:

- Sốt;
- Tổn thương hoặc loét ở da, viêm miệng, đau hoặc nứt quanh trực tràng;
- Có ổ nhiễm trùng: viêm phổi, tiêu chảy,...
- Xét nghiệm:
 - + Bạch cầu trung tính: được tính bằng tổng số bạch cầu x % tỷ lệ bạch cầu trung tính;
 - + Xác định theo tuổi:
 - ++ Từ 2 tuần - 1 tuổi: Bạch cầu trung tính $<1000/\text{mm}^3$;
 - ++ >1 tuổi: Bạch cầu trung tính $<1500/\text{mm}^3$.

Nguy cơ của nhiễm trùng nặng tăng lên khi Bạch cầu trung tính giảm $<500/\text{mm}^3$.

3.3 Điều trị giảm bạch cầu trung tính ở trẻ nhiễm HIV

- Điều trị bằng kháng sinh kinh nghiệm nếu có ổ nhiễm trùng.
- Hạ sốt.
- Tránh lây nhiệt độ ở trực tràng, tránh tiêm bắp.
- Khuyến gia đình:
 - + Hạn chế tiếp xúc;
 - + Rửa tay thường xuyên;
 - + Thông báo nhân viên y tế nếu sốt $>38.5^{\circ}\text{C}$;
 - + Vệ sinh ăn uống sạch sẽ.

Điều trị: HAART, chuyển AZT sang D4T, chuyển CTX sang Dapsone.

4. Giảm tiểu cầu ở trẻ nhiễm HIV/AIDS

4.1 Căn nguyên bao gồm

- Xuất huyết giảm tiểu cầu tự phát (ITP);
- Giảm sản xuất tiểu cầu.

4.2 Biểu hiện lâm sàng xuất huyết giảm tiểu cầu

- Xuất huyết do tiểu cầu: dạng chấm, nốt.;
- Đôi khi kèm theo: chảy máu cam, chảy máu chân răng, đái máu;
- Xác định khi số lượng tiểu cầu ở máu ngoại biên $< 100,000/\text{mm}^3$.

4.3. Điều trị trẻ xuất huyết giảm tiểu cầu

- Thông thường không cần điều trị giảm tiểu cầu kéo dài và tiến triển. Truyền khối tiểu cầu 6 đơn vị/ m^2 nếu chảy máu dữ dội không cầm hay tiểu cầu $< 30.000/\text{mm}^3$.
- Tránh tiêm bắp hoặc làm các thủ thuật can thiệp, nếu có thể.
- Sử dụng băng ép nếu đe dọa chảy máu.
- Giáo dục bệnh nhân và gia đình:
 - + Hoạt động thể lực ít hơn để tránh chảy máu do sang chấn;
 - + Uống nhiều nước hoa quả để tránh táo bón;
 - + Thông báo cho nhân viên y tế nếu chảy máu không thể kiểm soát được.

5. Một số bệnh cần lưu ý

5.1 Xuất huyết giảm tiểu cầu tiên phát (ITP)

- Hay gặp ở trẻ nhiễm HIV (40 lần so với trẻ không nhiễm HIV).

Cơ chế được nhiều người công nhận nguyên nhân do kháng thể kháng tiểu cầu: từ bất thường của cơ chế điều hoà tế bào B, hoặc hoạt hóa tế bào B trực tiếp, hay từ đáp ứng của tế bào B đồng thời xảy ra với nhiễm EBV, CMV.

- Chấm xuất huyết dưới da, chảy máu niêm mạc, hiếm khi xuất huyết ồ ạt.
- Điều trị: Chỉ điều trị khi tiểu cầu thấp < 30,000/uL
 - + Nếu nặng truyền khối tiểu cầu và bắt đầu dùng prednisone 2 mg/kg/ngày x 2 tuần sau đó dựa vào số tiểu cầu;
 - + IV immunoglobulin;
 - + Anti-D (Rhesus Immunoglobulin);
 - + Nên điều trị ARV sớm, ngay khi có thể. ARV sẽ góp phần hồi phục số lượng tiểu cầu nếu do bệnh lý HIV;
 - + Cân nhắc việc cắt lách, nếu không đáp ứng.

5.2 Thiếu máu tan máu miễn dịch

- Kháng thể gắn với kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu dẫn đến phá huỷ hồng cầu thông qua con đường bổ thể hoặc hệ thống liên võng nội mô.
- Xét nghiệm Coombs dương tính.
- Kháng thể thường là IgG.
- **Lưu ý:** là có nhiều bệnh nhân HIV + (20-40%) có thể có test Coombs dương tính mà không có tan máu.
- **Nguyên nhân:** có 3 nhóm nguyên nhân chính
 - + Tan máu do miễn dịch đồng loài;
 - + Tự miễn: Tự kháng thể ấm, Hội chứng ngưng kết tổ lạnh (Cold agglutinin syndrome - CAS), đái huyết sắc tố niệu kịch phát do lạnh (PCH);
- Thiếu máu tan máu do thuốc: có 2 cơ chế
 - + Thuốc làm thay đổi kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu dẫn tới sản xuất kháng thể kháng hồng cầu.
 - + Thuốc gắn vào bề mặt hồng cầu cũng trở thành một thành phần của kháng nguyên sinh ra kháng thể kháng hồng cầu.

5.3 Thiếu máu tan máu do HIV ở trẻ em

Sinh bệnh học của thiếu máu tan máu do HIV:

Cơ chế gây thiếu máu tan máu chưa rõ.

- + Tăng các globuline không đặc hiệu;
- + Sự hình thành các phức hợp miễn dịch;
- + Các nhiễm trùng có liên quan: MAC, *P. jiroveci*, *Lao*, *Histoplasma*, CMV;
- + Lymphoma liên quan đến AIDS.

Lâm sàng:

Phản ứng Coombs luôn dương tính;

Triệu chứng điển hình là sốt cao, li bì, xanh xao;

Thường liên quan đến đông máu nội mạch rải rác (DIC) và bệnh lý đông máu.

Điều trị:

Corticosteroids: Liều thường dùng 1 mg/kg.

- IVIG: Đáp ứng tùy từng trường hợp, vì vậy khi cần phải giải quyết nhanh nên dùng 1 gm/kg x 2 ngày.
- Cắt lách: Tỷ lệ thành công 75% đối với thiếu máu tan máu tự miễn do HIV AIHA (tương tự như không nhiễm HIV).
- Truyền máu: Chỉ là tạm thời vì sự có mặt của tự kháng thể, nhưng là vấn đề quan ngại vì gây tắc nghẽn mạch, DIC (do phức hợp miễn dịch).
- Điều trị ức chế miễn dịch.
- Gạn huyết tương (trao đổi huyết tương).

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Lựa chọn các nguyên nhân gây thiếu máu ở trẻ nhiễm HIV

- a. Thiếu dinh dưỡng.
- b. Nhiễm trùng cơ hội.
- c. Vi rút HIV gây ức chế tủy.
- d. Cả 3 đều đúng.

2. Các biểu hiện lâm sàng thiếu máu ở trẻ em:

- a. Da xanh, niêm mạc nhợt.
- b. Trẻ chậm phát triển thể chất.
- c. Xét nghiệm Hb < 10g/ml
- d. Cả 3 yếu tố trên đều đúng.

3. Biện pháp cơ bản điều trị thiếu máu nhẹ trẻ em nhiễm HIV:

- a. Truyền khối hồng cầu, điều trị nguyên nhân.
- b. Truyền khối hồng cầu, điều trị nguyên nhân, cho thở ô-xy.
- c. Bổ xung sắt, axit folic, vitamin C.
- d. Bổ xung sắt, axit folic, vitaminC, điều trị nguyên nhân.

4. Biểu hiện lâm sàng trong giảm bạch cầu trung tính ở trẻ em HIV:

- a. Sốt, tổn thương loét ở da, viêm miệng, đau hoặc nứt quanh trực tràng.
- b. Sốt, tổn thương hoặc loét ở da, viêm miệng, nhiễm trùng, tiêu chảy, bạch cầu trung tính giảm.
- c. Không có triệu chứng.

5. Nguy cơ của nhiễm trùng nặng tăng lên khi Bạch cầu trung tính giảm:

- a. < 500/mm³.
- b. <1000/mm³
- c. 1500/mm³
- d. 2000/mm³

6. Hãy trình bày biểu hiện lâm sàng xuất huyết giảm tiểu cầu.

- a. Xuất huyết do tiểu cầu: dạng chấm, nốt.
- b. Đôi khi kèm theo: chảy máu cam, chảy máu chân răng, đái máu.
- c. Số lượng tiểu cầu ở máu ngoại biên $< 100,000/\text{mm}^3$ và xuất huyết.
- d. Xác định khi số lượng tiểu cầu ở máu ngoại biên $< 100,000/\text{mm}^3$.

7. Trong điều trị trẻ xuất huyết giảm tiểu cầu, cần nhắc truyền khối tiểu cầu khi:

- a. Chảy máu dữ dội không cầm.
- b. Tiểu cầu $< 30.000/\text{mm}^3$.
- c. Chảy máu dữ dội không cầm hoặc tiểu cầu $< 30.000/\text{mm}^3$.
- d. Chảy máu dữ dội không cầm và tiểu cầu $< 30.000/\text{mm}^3$.

BÀI 7. BỆNH LÝ TIÊU HOÁ Ở TRẺ EM NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Trình bày được các nguyên nhân thường gặp gây tiêu chảy ở trẻ nhiễm HIV/AIDS.
2. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng và cách chẩn đoán bệnh.
3. Biết cách điều trị bệnh tiêu chảy ở trẻ nhiễm HIV/AIDS.
4. Chẩn đoán được viêm gan B và C ở trẻ nhiễm HIV/AIDS.
5. Biết cách xử trí bằng thuốc ARV khi đồng nhiễm viêm gan và HIV.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Nhiễm nấm *Candida*.
2. Các bệnh tiêu chảy thường gặp.
3. Viêm gan.

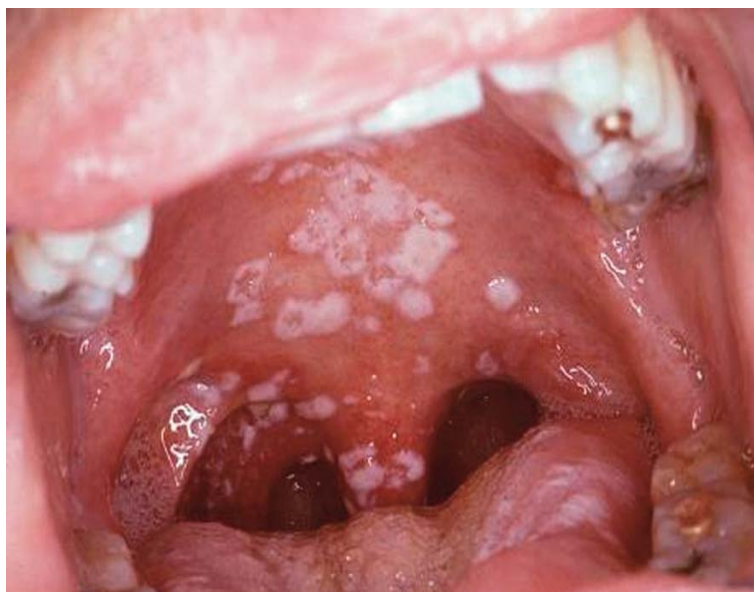
Bệnh lý đường tiêu hoá là bệnh thường gặp trong các bệnh lý NTCH ở trẻ nhiễm HIV/AIDS. Căn nguyên gây bệnh rất đa dạng có thể là vi khuẩn, nấm hoặc các đơn bào. Trong nhiều trường hợp, việc xác định căn nguyên gây bệnh rất khó khăn. Nói chung các bệnh đường tiêu hoá cần điều trị khỏi trước khi điều trị bằng ARV, trừ một số bệnh như nhiễm phức hợp MAI, bệnh do CMV, tiêu chảy do *Cryptosporidium* và *Microsporidium* nên điều trị ARV kết hợp với điều trị NTCH nhưng cần chú ý tương tác thuốc.

1. Nhiễm nấm *Candida*

Nấm *Candida* thường xuất hiện ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng. Bệnh thường dai dẳng, hay tái phát.

- *Candida* miệng:
 - + Thường có tổn thương thành đốm hoặc đám giả mạc trắng, dễ bong, ở lưỡi, lợi, trong má, vòm họng;
 - + Khi lau có thể hết nhưng xuất hiện lại ngay.

Candida họng, thực quản: có triệu chứng khó nuốt, nuốt đau.



* **Chẩn đoán:** Chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng. Chỉ cần tiến hành soi tươi, soi thực quản hoặc nuôi cấy tìm nấm nếu điều trị không thuyên giảm.

* **Điều trị:**

- Candida miệng:
 - + Nystatin 10.000 hoặc 50.000 đơn vị/viên đánh lưỡi hằng ngày trong 3-5 ngày;
 - + Hoặc Clotrimazole viên ngậm; Miconazole.
- Candida thực quản:
 - + Fluconazole viên 150mg;
 - + Uống 6mg/kg/ngày thứ nhất, sau đó 3-6mg/kg/ng trong 2-3 tuần.

2. Các bệnh tiêu chảy thường gặp

* **Căn nguyên thường gặp:**

- Vi khuẩn: Salmonella (thương hàn), Shigella (lỵ trực trùng), Campylobacter, Ecoli;
- Ký sinh trùng:
 - + Cryptosporidia, Microsporidia, Isospora;
 - + Giardia, Lamblia, E. Histolytica;
 - + Mycobacterium: lao và M. Avium (MAI).
 - + Vi rút: CMV, HSV, Rotavirus, Adenovirus.

* **Lâm sàng:**

- Tiêu chảy cấp: đi tiêu > 3 lần/ngày, phân có nước hoặc nhầy máu, có sốt hoặc không sốt.
- Tiêu chảy kéo dài: đi tiêu > 3 lần/ngày, kéo dài trên 2 tuần, phân có nước (hoặc nhầy máu).
- Xét nghiệm phân: cấy phân, soi tươi, phương pháp nhuộm, tìm kháng nguyên, xét nghiệm PCR. Tuy nhiên 50% số trường hợp tiêu chảy kéo dài ở bệnh nhân HIV/AIDS không phát hiện được nguyên nhân.

* **Chẩn đoán:**

- Nhiễm Shigella:
 - + Bệnh nhân có sốt, đi ngoài nhiều lần, phân có nhầy máu, đau quặn, mót rặn;
 - + Soi phân có hồng cầu, bạch cầu.
- Nhiễm Salmonella:
 - + Bệnh thường nặng, bệnh nhân có sốt cao liên tục, phân nước, hay kèm theo nhiễm khuẩn huyết; có thể có ổ di bệnh ở các cơ quan;

- + Cây máu, cây phân, cây mủ hoặc dịch từ ổ di bệnh có thể tìm được căn nguyên. Xét nghiệm widal làm 2 lần hiệu giá kháng thể tăng gấp trên 4 lần có giá trị để chẩn đoán Salmonella;
- + Người bệnh có thể mang khuẩn kéo dài và bệnh tái phát.
- Tiêu chảy do Cryptosporidia, Microsporidia, Isospora:
 - + Tiêu chảy cấp hoặc kéo dài, không sốt, phân nhiều nước không có máu, có đau bụng, buồn nôn, nôn, chán ăn. Có thể tử vong;
 - + Cryptosporidia hay có biểu hiện viêm đường mật;
 - + Microsporidia hay có biểu hiện viêm giác mạc;
 - + Soi phân: không có hồng - bạch cầu. Nhuộm kiềm toan cải tiến, ba màu, kháng acid.
- Tiêu chảy do CMV: mắc bẩm sinh hoặc sau khi sinh. Bệnh xuất hiện khi $CD4 < 50/mm^3$.
 - + Viêm đại tràng (tiêu chảy kéo dài, sụt cân, mất máu, suy sụp), viêm thực quản (nuốt đau, nhậy cảm thức ăn cứng, đau ngực, ợ), viêm dạ dày (sốt, xuất huyết dạ dày);
 - + Có thể có tổn thương gan, viêm đường mật thậm chí viêm não (đau đầu, sa sút trí tuệ, lẫn và sốt), viêm võng mạc (nhìn mờ, có đám đen di động);
 - + Soi trực tràng: hồng ban lan toả, xuất huyết dưới niêm mạc, loét niêm mạc lan toả.

*** Điều trị:**

- *Salmonella*: Norfloxacin 15mg/kg/ng, uống chia 2 lần x 5-7 ngày. Thay thế: Cephalosporin thế hệ III tiêm TM (Ceftazidime, Cefoperazone,...) 50mg/kg/ng x 10 ngày.
- *Shigella*: Norfloxacin 15mg/kg/ng, uống chia 2 lần x 5 ngày. Thay thế: Ceftriaxone tiêm TM 50mg/kg/ng x 5 ngày, khi dị ứng hoặc không dung nạp Fluoroquinolone.
- *Campylobacter*: Erythromycin uống 40mg/kg/ng chia 4 lần hoặc Ciprofloxacin uống 20 - 30mg/kg/ng chia 2 lần trong 5-7 ngày.
- Nếu cấy vi khuẩn (-): có thể điều trị bằng Ciprofloxacin. Cần theo dõi kết quả điều trị như biểu hiện sốt và tính chất của phân, số lần đi ngoài.
- E.coli : không dùng kháng sinh.
- Cryptosporidia: Azithromycin uống 10mg/kg ngày đầu, sau đó 5mg/kg/ng x 10 ngày, kết hợp paromomycin 25-35 mg/kg/ng uống chia 2 lần.
- Tiêu chảy do Isospora: TMP-SMX 20 mg/kg/ng x 10-21 ngày.
- Giardia lamblia: Metronidazole 15mg/kg chia 3 lần x 5 ngày.
- E. Histolytica: Metronidazole 50mg/kg chia 3 lần x 5 ngày.
- Microsporidia: Albendazole 10mg/kg/ng uống một lần trong 3 ngày.
- CMV: Gancyclovir 10 mg/kg/ng tiêm TM chia 2 lần trong 14-21 ngày. Thay thế bằng Foscarnet 180 mg/kg/ng chia 3 lần x 14-21 ngày.

3. Viêm gan

- Ít khi biểu hiện cấp, bệnh diễn biến mạn tính tiến triển tới xơ gan, ung thư gan.
- Viêm gan B (VGB) tiến triển thành một hoặc nhiều đợt cấp với biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, đau hạ sườn phải, vàng mắt vàng da, gan to,... một số thành suy gan cấp và tử vong.
- Viêm gan C thường tiến triển thành mạn tính không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ.
- Khi có triệu chứng làm xét nghiệm chức năng gan và kiểm tra định kỳ 6 tháng một lần:
 - + Men gan, Bilirubin, tỷ lệ Prothrombin, Albumin, siêu âm;
 - + HBsAg hoặc HCV (để xác định đồng nhiễm và nhiễm mãn tính).

Xét nghiệm virus học VGC nếu có điều kiện. Sinh thiết gan khi có chỉ định.

- Đồng nhiễm VGB: làm HbeAg, ADN virus, anti-HBe để đánh giá vi rút, miễn dịch cơ thể.

Điều trị: Thận trọng khi cho các thuốc độc với gan. Điều trị đợt cấp, xơ gan và bệnh gan giai đoạn cuối giống ở trẻ không nhiễm HIV.

Đối với viêm gan B:

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

- + HBsAg (+), hoặc
- + Men ALT tăng > 2 lần, hoặc
- + Bằng chứng bệnh tiến triển: sinh thiết xét nghiệm tổ chức gan có xơ gan.

Một số cân nhắc đặc biệt: Nếu đồng nhiễm HIV/VGB

- + Nếu có chỉ định điều trị ARV và VGB: chọn thuốc tác dụng chung (3TC);
- + Interferon (INF) alpha 2a và 2b: không hơn kháng virus uống, có tác dụng phụ, đắt tiền;
- + Tránh dùng d4T đơn độc cho VGB vì HIV sẽ kháng thuốc.

Đối với viêm gan C:

- Xem xét điều trị nếu viêm gan mạn tính có nguy cơ tiến triển thành xơ gan, cụ thể:
 - + ALT tăng > 2 lần bình thường, kéo dài;
 - + Nồng độ acid ribonucleic (ARN) của virus VGC trong máu cao; và
 - + Sinh thiết: có xơ khoảng cửa hay xơ bắc cầu, phản ứng viêm mức độ vừa hoặc nặng.

Không dùng INF cho xơ gan mất bù.

VGC nhẹ cần theo dõi men gan và tổ chức học.

- Điều trị: Pegylated Interferon và Ribavirin là lựa chọn tốt nhất điều trị viêm gan C ở người lớn, thử nghiệm về pegylated interferon ở trẻ em chưa hoàn thành. Do vậy, Interferon chuẩn kết hợp với Ribavirin vẫn là những lựa chọn tốt nhất hiện nay cho điều trị viêm gan C ở trẻ em.

Cách dùng: Interferon là 3 triệu đơn vị/m², 3 lần/1 tuần cùng với Ribavirin 15mg/kg x 2 lần/1 ngày, dùng đường uống. Các tác dụng phụ khá phổ biến, gồm có thiếu máu, giảm bạch cầu đa nhân trung tính, giảm tiểu cầu, thay đổi tâm trạng và rối loạn chức năng tuyến giáp. Trẻ em đồng nhiễm HIV và viêm gan C có nguy cơ nhiễm toan lactic tích cao hơn, đặc biệt khi trẻ điều trị ARV bằng phác đồ có ddI, do đó cần tránh ddI ở bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan C và HIV.

Ribavirin đối kháng với AZT và d4T, vì vậy cần xem xét việc dùng các thuốc ức chế Nucleoside như ABC hoặc Tenofovir phối hợp với 3TC. Hiện vẫn còn ít kinh nghiệm về việc điều trị cho trẻ đồng nhiễm viêm gan C và HIV và những bệnh nhân này cần được chuyển đến các trung tâm chuyên khoa để điều trị.

*** Một số lưu ý để hạn chế bệnh viêm gan diễn biến trên bệnh nhân HIV**

- Cần phải kiểm soát các bệnh viêm gan do cho tất cả bệnh nhân HIV nếu có điều kiện:
 - + Kiểm soát kháng thể viêm gan C;
 - + Kiểm soát viêm gan A (IgM) và B (HBsAg) và tiêm phòng nếu có thể.
- Trước khi điều trị ARV, kiểm tra men gan theo quy định. Nếu men gan tăng, lưu ý:
 - + Tốt nhất, khi men gan tăng (dù xác định được hoặc không xác định được nhiễm viêm gan B, C) nên sử dụng phác đồ có EFV;
 - + Nếu không có EFV, có thể dùng NVP khi men gan ALT cao hơn 2.5 bình thường, nhưng phải theo dõi xét nghiệm ALT. Không điều trị bằng phác đồ có NVP khi ALT > 5 lần trị số bình thường
- Trong quá trình điều trị ARV, cần theo dõi chặt chẽ lâm sàng và xét nghiệm men gan theo quy định, đặc biệt đối với bệnh nhân điều trị phác đồ cũ NVP. Nếu đang điều trị bằng phác đồ có NVP mà men gan tăng mức độ 3, 4 cần thay NVP bằng EFV hoặc PI.
- Việc lựa chọn thuốc kháng retrovirus cần phải lưu ý đến các tương tác thuốc và độc tính của thuốc:
 - + Phác đồ có NNRTI có thể gây viêm gan (EFV > 5%, NVP > 20%);
 - + Phác đồ có AZT có thể gây thiếu máu, cần theo dõi công thức máu;
 - + ddI, d4T gây thoái hoá mỡ, toan lactic máu;
 - + PI có tỷ lệ viêm gan cao (Tipranavir, Ritonavir (liều đầy đủ), Lop/r).
- Lựa chọn phác đồ điều trị ARV cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV và viêm gan B (các thuốc điều trị ARV không có tác dụng điều trị viêm gan C):
 - + Phác đồ ưu tiên: AZT/ d4T + 3TC + EFV;
 - + Phác đồ thay thế: AZT/ d4T + 3TC + NVP.
- Hội chứng phục hồi miễn dịch trong điều trị ARV có thể gặp ở bệnh nhân viêm gan B và C.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Các câu 1, 5, 6, 7, 8, 9)

1. Nhiễm nấm *Candida* thường xuất hiện ở giai đoạn:

- a. Không suy giảm miễn dịch.
- b. Suy giảm nhẹ.
- c. Suy giảm tiến triển.
- d. Suy giảm nặng.

2. Hãy mô tả

- *Candida* miệng.
- *Candida* họng, thực quản.

3. Hãy trình bày điều trị:

- *Candida* miệng.
- *Candida* thực quản.

4. Hãy trình bày các căn nguyên gây bệnh tiêu chảy thường gặp.

5. Norfloxacin được dùng để điều trị các căn nguyên nào sau đây:

- a. *Salmonella*, *Shigella*.
- a. *Campylobacter*.
- c. *E.coli*.
- d. *Cryptosporidia*, *Isospora*.

6. Gancyclovir được chỉ định cho những căn nguyên nào sau đây:

- a. *Giardia Lamblia*.
- b. *E. Histolytica*.
- c. *Microsporidia*.
- d. CMV.

7. Các viêm gan cần phải kiểm soát cho tất cả bệnh nhân HIV

- a. Viêm gan A.
- b. Viêm gan B.
- c. Viêm gan C.
- d. Viêm gan A,B,C.

8. Các thuốc kháng retrovirus cần phải lưu ý ở bệnh nhân viêm gan:

- a. EFV, NVP, PI
- b. AZT
- c. ddI, d4T
- d. 3TC

9. Phác đồ điều trị ARV ưu tiên cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV và viêm gan B:

- a. AZT/ d4T + 3TC + EFV
- b. AZT/ d4T + 3TC + NVP
- c. d4T + 3TC + ABC
- d. ddI + ABC + PI

BÀI 8. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Nhận biết được các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới thường gặp ở trẻ nhiễm HIV.
2. Chẩn đoán và điều trị viêm tai giữa, viêm xoang và viêm họng ở trẻ nhiễm HIV
3. Chẩn đoán và điều trị một số bệnh viêm phổi ở trẻ nhiễm HIV.

Thời gian học tập: 60 phút

Nội dung bài học:

Phần A. Nhiễm trùng đường hô hấp trên ở trẻ nhiễm HIV

1. Tổng quan.
2. Dịch tễ học.
3. Biểu hiện lâm sàng.
4. Chẩn đoán.
5. Chẩn đoán phân biệt.
6. Phòng ngừa.

Phần B. Nhiễm trùng đường hô hấp dưới ở trẻ nhiễm HIV

1. Tổng quan.
2. Viêm phổi PCP.
3. Viêm phổi do vi khuẩn.
4. Viêm phổi mô kẽ thâm nhiễm lympho (LIP).
5. Viêm phổi do vi rút.

PHẦN A. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN Ở TRẺ NHIỄM HIV

1. Tổng quan

Nhiễm trùng đường hô hấp trên là một trong những bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ và xảy ra phổ biến hơn ở trẻ nhiễm HIV so với các trẻ khác. Vì lí do này nên các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên mạn tính hoặc tái diễn (viêm tai giữa, chảy mủ tai, viêm xoang và viêm họng) được xem là triệu chứng GDLS 2 ở trẻ nhiễm HIV. Mặc dù nhiễm trùng hô hấp không khẳng định bệnh tiến triển sang giai đoạn AIDS và cũng không phải là điều kiện để bắt đầu điều trị ARV song đây có thể là nguyên nhân gây mắc bệnh nhiều ở trẻ.

2. Dịch tễ học

Phần lớn các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp trên ở trẻ có liên quan đến hoặc do nhiễm vi rút đường hô hấp gây ra. Đặc điểm nhiễm vi rút theo mùa cũng là nguyên nhân gây viêm tai giữa, viêm xoang và viêm họng theo mùa. Nhiễm trùng vi rút khiến cho trẻ dễ bị bội nhiễm do vi khuẩn xâm nhập, đặc biệt là liên cầu và tụ cầu.

Hầu hết trẻ nhiễm HIV đều bị viêm tai giữa khi 3 tuổi và có đến 80% trẻ bị tái phát. Thủng màng nhĩ, chảy nước tai và điếc cũng là những biến chứng hay gặp ở trẻ nhiễm HIV. Viêm tai giữa, viêm xoang và viêm họng là những bệnh hay gặp ở trẻ em do đặc điểm giải phẫu của lứa tuổi này. Vòi nhĩ của trẻ em nằm ngang và nhỏ nên dễ bị bịt kín, gây viêm đường hô hấp. Do đó, nhiễm trùng đường hô hấp trên, đặc biệt là viêm tai giữa, viêm xoang và viêm họng thường xảy ra phổ biến ở trẻ từ 2-6 tuổi.

3. Biểu hiện lâm sàng

- **Viêm tai giữa và viêm xoang:** Thường đi kèm với triệu chứng nhiễm vi rút đường hô hấp trên như chảy nước mũi, sốt nhẹ, viêm họng, sung hạch và ho. Bệnh nhi bị viêm tai hoặc viêm xoang cấp tính thường bị đau tai hoặc đau vùng xoang. Nếu là nhiễm vi rút thì các triệu chứng sẽ mất đi sau 2 ngày. Đối với viêm tai giữa hoặc viêm xoang do vi khuẩn, các triệu chứng có thể kéo dài hơn, kèm theo đau nhiều và sốt cao hơn. Viêm xoang có thể lan sang ổ mắt gây nhiễm trùng mắt hoặc lan vào hộp sọ. Viêm tai giữa có thể dẫn tới thủng màng nhĩ và làm giảm bớt cơn đau ở tai. Trẻ bị thủng màng nhĩ thường bị chảy mủ tai mạn tính và bệnh có thể nặng lên nếu có viêm tai ngoài do vi khuẩn (như trực khuẩn mủ xanh) hoặc nấm (Candida Albicans). Nếu không được điều trị, viêm tai giữa có thể gây viêm xoang xương chũm hay thậm chí dẫn đến viêm não hoặc áp xe não. Với trẻ có hệ thống miễn dịch bị tổn thương, viêm tai giữa dễ dẫn đến biến chứng nhiễm trùng huyết hơn.
- **Viêm hầu họng:** Ở trẻ thường do nhiễm vi rút hoặc liên cầu nhóm A Streptococcus pyogenes. Không thể phân biệt chính xác hai kiểu nhiễm trùng này dựa trên các dấu hiệu lâm sàng, nhưng nhiễm liên cầu thường ít gây chảy nước mũi hơn. Viêm họng do liên cầu khuẩn thường đi kèm với sung hạch dưới hàm, sốt, viêm amidan và đôi khi có sốt phát ban.

4. Chẩn đoán

Nhiễm trùng đường hô hấp trên thường được chẩn đoán dựa trên biểu hiện khi thăm khám lâm sàng, hỏi bệnh sử và nhìn chung không cần phải làm xét nghiệm.

Viêm tai giữa: Chẩn đoán dựa vào kết quả khám thấy tai giữa đỏ và có dịch mủ, màng nhĩ kém di động.

Viêm xoang: Chẩn đoán phức tạp hơn. Phần lớn bệnh nhân nhiễm vi rút đường hô hấp trên thường có dịch trong xoang mũi, và sẽ thuyên giảm sau 7-10 ngày. Bệnh nhân viêm xoang do vi khuẩn có

triệu chứng đau, xoang dễ bị tổn thương, sốt và có thể chảy nước mũi liên tục không thuyên giảm hoặc nặng hơn sau 7-10 ngày.

Viêm họng do liên cầu khuẩn thường có biểu hiện đau họng, có đờm, sưng hạch và phát ban đỏ.

5. Chẩn đoán phân biệt

Bệnh nhân có triệu chứng viêm tai giữa cũng có thể bị nhiễm vi rút đường hô hấp. Cũng nên loại trừ một số biến chứng nặng như viêm tai xương chũm, viêm tủy xương thái dương. Nếu có nhiều ráy tai, có thể khó phân biệt giữa viêm tai ngoài với viêm tai giữa bị thủng màng nhĩ.

Thủy đậu tái phát, gồm cả dây thần kinh tai (hội chứng Ramsay-Hunt) có thể gây viêm ống tai ngoài rất nặng.

Triệu chứng viêm xoang có thể gây ra do dị ứng hoặc polyp xoang. Trẻ nhỏ cũng có thể xuất hiện các triệu chứng này sau khi đưa một vật lạ vào trong mũi mà người chăm sóc trẻ không biết. Mô lymphô sưng to có thể làm tắc xoang mũi.

Nhiều loại vi rút có thể gây viêm họng, kể cả vi rút Epstein Barr và nhiễm HIV cấp tính. Chấn thương do thức ăn quá rắn, quá cứng và bị bỏng do đồ ăn nóng cũng gây các triệu chứng nghi viêm họng. Cần loại trừ các biến chứng mưng mủ do viêm họng như áp xe và tụ máu tĩnh mạch cổ.

Trẻ bị nấm miệng cũng có thể có triệu chứng viêm họng và nhiễm Candida ở amidan cũng có thể gây tiết dịch.

6. Điều trị

Viêm đường hô hấp trên do vi rút chỉ cần điều trị hỗ trợ bằng thuốc giảm đau và hạ sốt. Trẻ lớn nhiễm HIV mà hệ thống miễn dịch vẫn ổn định cần được theo dõi từ 2-3 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng rõ rệt trước khi dùng thuốc kháng sinh điều trị viêm tai giữa hoặc viêm xoang, vì phần lớn người chăm sóc thường tự ý điều trị cho trẻ. Trẻ nhỏ (<2 tuổi) và trẻ bị ức chế miễn dịch nặng hơn cần phải được điều trị sớm để tránh biến chứng nghiêm trọng.

6.1 Điều trị viêm tai giữa và viêm xoang

Phác đồ bậc 1 chuẩn để điều trị viêm tai giữa và viêm xoang là dùng kháng sinh Amoxicillin để diệt các mầm bệnh phổ biến như *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* và *Pseudomonas aeruginosa* (chảy mủ tai mãn tính). Do mới xuất hiện hiện tượng dung nạp thuốc ở phế cầu, nên khuyến nghị sử dụng liều cao hơn so với trước đây. Liều chuẩn là 80-90 mg/kg/ngày chia 2 hoặc 3 lần.

Trong trường hợp thất bại điều trị với liệu pháp trên, cần chuyển trẻ sang điều trị bằng Cephalosporin để chống lại vi khuẩn Gram âm sản sinh β -lactamase và phế cầu kháng penicillin. Thuốc kháng sinh nhóm macrolit như Erythromycin hay azithromycin là các thuốc thay thế hợp lý đối với trẻ dị ứng penicillin, mặc dù hoạt động của các thuốc này khá hạn chế do phế cầu có khả năng kháng macrolit cao hơn. Thời gian điều trị 7-10 ngày.

Trẻ bị viêm tai chảy nước cần được chữa tại chỗ, thông thường bằng thuốc fluoroquinolone nhỏ tai kết hợp làm khô tai. Có thể sử dụng thuốc kháng sinh đường uống (Amoxicillin) kết hợp với liệu pháp điều trị tại chỗ nếu trẻ bị sốt hoặc mệt nhiều.

Đối với viêm xoang cấp tính, các biện pháp điều trị hỗ trợ tại chỗ như rửa mũi bằng nước muối, xông xoang mũi để chống xung huyết cũng rất quan trọng. Có thể dùng thuốc kháng sinh bậc hai như hướng dẫn ở trên trong trường hợp thất bại điều trị. Thời gian điều trị 10-14 ngày.

6.2 Viêm họng do liên cầu khuẩn

Trước đây được điều trị bằng Penicillin hoặc Amoxicillin. Tuy nhiên hiện nay Cephalosporin được khuyến nghị sử dụng nhiều hơn vì số lượng vi khuẩn sản sinh β -lactamase ngày càng tăng cao. Thông thường cần điều trị trong 7-10 ngày.

7. Phòng ngừa

Trẻ nhiễm HIV ở giai đoạn tiến triển cần được điều trị CTX dự phòng viêm phổi PCP. Loại kháng sinh này cũng có tác dụng chống nhiễm trùng đường hô hấp do vi khuẩn.

Chủng ngừa *Haemophilus influenzae type b (Hib)* và phế cầu khuẩn được chứng minh giúp giảm hiện tượng nhiễm trùng đường hô hấp do vi khuẩn. Vì phần lớn trường hợp viêm tai giữa và viêm xoang là do nhiễm trùng vi rút, cho nên hiệu quả điều trị khá khiêm tốn mặc dù quan sát cho thấy các liệu pháp trên giúp cắt giảm đáng kể các bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn.

PHẦN B. NHIỄM TRÙNG ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI Ở TRẺ NHIỄM HIV

1. Tổng quan

Viêm phổi và bệnh phổi mãn tính là nguyên nhân làm gia tăng tỉ lệ nhiễm bệnh và tỉ lệ tử vong ở trẻ nhiễm HIV. Nhiều trẻ bị viêm phổi tái phát do vi khuẩn, nhưng bệnh viêm phổi PCP cũng làm tăng cao tỉ lệ tử vong ở trẻ dưới 1 tuổi. Tình trạng nhiễm lao ở trẻ tùy thuộc vào tỉ lệ nhiễm lao ở người lớn, tuy nhiên các bệnh viêm phổi khác liên quan đến HIV thường có biểu hiện lâm sàng tương tự, dẫn đến chẩn đoán nhầm với lao.

Một số bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới phổ biến gồm có:

1. Viêm phổi do vi khuẩn.
2. Viêm phổi PCP (xem bài “Viêm phổi PCP”).
3. Lao (xem bài về Lao).
4. Viêm phổi kẽ thâm nhiễm Lympho (LIP).
5. Viêm phổi do vi rút.

2. Viêm phổi PCP

2.1 Viêm phổi PCP ở trẻ em nhiễm HIV

- Viêm phổi PCP thường gặp trên bệnh nhân có CD4 giảm ở ngưỡng suy giảm miễn dịch nặng so với lứa tuổi. PCP gây bệnh chủ yếu ở phổi, thường diễn biến bán cấp (vài ngày tới vài tuần).
- Viêm phổi do PCP là bệnh NTCH thường gặp nhất ở trẻ nhiễm HIV, bệnh thường xuất hiện ở trẻ nhỏ từ 3-6 tháng tuổi, có thể sớm hơn vào 3-6 tuần tuổi. Bệnh thường diễn biến nặng và có nguy cơ tử vong cao.

2.2 Các biểu hiện lâm sàng

Viêm phổi PCP xuất hiện ở trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, diễn biến nặng và nguy cơ tử vong cao. Các biểu hiện lâm sàng của viêm phổi PCP ở trẻ em nhiễm HIV:

- Bệnh khởi phát cấp tính hoặc bán cấp: sốt, ho, thở nhanh, tím tái; thăm khám có ran hai đáy phổi. Có thể triệu chứng không điển hình như ho, không sốt, khó thở, bỏ ăn, sụt cân;
- Xét nghiệm: trẻ thường thiếu oxy máu vừa đến nặng (PaO₂ thấp), bạch cầu cao, LDH cao > 2 lần bình thường;
- X-quang: thâm nhiễm kẽ lan toả hai bên, có thể tổn thương thùy phổi, tổn thương kê hoặc bình thường.

2.3 Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm phổi PCP ở trẻ em dựa vào lâm sàng.

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

2.4 Điều trị

- Điều trị tấn công:

- + Phác đồ ưu tiên: TMP-SMX 20 mg/kg/ngày (tính theo TMP) chia 6-8 giờ 1 lần trong 21 ngày.
- + Phác đồ thay thế: Clindamycin 20-40 mg/kg/ngày chia 4 lần tiêm tĩnh mạch + Primaquin 15-30 mg/ngày uống.
- + Điều trị hỗ trợ steroid nếu có suy hô hấp, PaO₂ < 70 mmHg. Liều prednisone 2 mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày, sau đó 1 mg/kg/ngày x 5 ngày, tiếp theo 0,5 mg/kg/ngày từ ngày 11 đến ngày 21, dừng điều trị theo tình trạng của bệnh nhi.

- Điều trị duy trì:

- + Đề dự phòng PCP thứ phát: 5 mg/kg/ngày tính theo liều TMP.

- **Ngừng điều trị dự phòng:** khi trẻ được điều trị bằng ARV và trong 6 tháng liên tục có CD4 trên 25% đối với trẻ từ 1-5 tuổi; và trên 200 tế bào/mm³ đối với trẻ trên 5 tuổi.

- **Tái điều trị dự phòng:** CD4 giảm đến tiêu chuẩn cần được điều trị dự phòng của lứa tuổi.

3. Viêm phổi do vi khuẩn

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu khiến trẻ phải nhập viện và gây tử vong ở trẻ nhiễm HIV. Đây cũng là bệnh phổi phổ biến nhất và xuất hiện với những triệu chứng giống nhau ở cả trẻ nhiễm HIV và trẻ không nhiễm.

Liên cầu (*Streptococcus pneumoniae*) là loại vi khuẩn gây bệnh phổi biến nhất ở cả trẻ nhiễm HIV và trẻ không nhiễm. Các loại vi khuẩn khác gồm có *H. influenzae*, *Klebsiella*, *Staphylococcus aureus*, và vi khuẩn Gram âm (*E. coli*, *Enterobacter*, *Salmonella*, *Citrobacter*, *Proteus*, *Pseudomonas*, và *melioidosis*). Các loại vi khuẩn này thường xâm nhập mũi hầu trước khi gây viêm phổi.

Viêm phổi do vi khuẩn tái phát chỉ điểm tình trạng miễn dịch bị ức chế (GDLS 3) và cần được theo dõi cẩn thận để loại trừ một số trường hợp bệnh khác như nhiễm lao, dị vật trong phổi, giãn phế quản, LIP và viêm phổi do nấm.

3.1 Biểu hiện lâm sàng

- Bệnh khởi phát cấp tính, sốt, ho, thở nhanh có hoặc không kèm theo rút lõm lồng ngực, tím tái và li bì, hôn mê;
- Nghe phổi thấy có tiếng ran, rì rào phế nang giảm hoặc tiếng rít phế quản (viêm phổi thùy);
- Giảm bão hòa oxy máu (dưới 90%).

3.2 Chẩn đoán

Viêm phổi thường được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên một số xét nghiệm có thể giúp phát hiện ra tác nhân gây bệnh.

- Ở viêm phổi do vi khuẩn, chỉ số bạch cầu tăng cao, đặc biệt là bạch cầu trung tính. Cây máu có thể tìm thấy vi khuẩn gây bệnh, đặc biệt là viêm phổi ở những bệnh nhân nhiễm HIV.
- Không cần chụp X-quang phổi để chẩn đoán viêm phổi cấp tính, tuy nhiên có thể chụp phổi nếu bệnh nhân không có phản ứng tốt với phương pháp điều trị hoặc khi bệnh nhân bị nghi nhiễm lao, LIP, PCP, dị vật trong phổi hoặc u.

3.3 Điều trị

* **Viêm phổi nhẹ:** chỉ cần điều trị ngoại trú.

- Amoxicillin 75 mg/kg chia 2 lần/ngày trong 7 ngày. Nếu không đáp ứng, khi đó bệnh nhân bị nghi nhiễm khuẩn Hib có β -lactamase, cần chuyển sang điều trị bằng Amoxicillin-acid clavulanic 75 mg/kg/chia 2 lần/ngày trong 7 ngày.
- Đối với trẻ dị ứng với penicillin có thể điều trị bằng nhóm Macrolit (Erythromycin, Azithromycin, hoặc Clarithromycin).
- Nếu trẻ đang điều trị dự phòng bằng CTX, không nên sử dụng CTX để điều trị viêm phổi trừ khi trẻ bị nghi viêm phổi PCP. Chú ý trong trường hợp viêm phổi PCP, sử dụng CTX liều cao (tham khảo phần “Điều trị viêm phổi PCP”).
- Giảm đau/ hạ sốt bằng Paracetamol 15 mg/kg/lần mỗi 6-8 giờ.

- Nếu trẻ bị viêm phổi tái phát (hơn 3 lần/năm), cần phải theo dõi kỹ hơn để loại trừ nhiễm lao, dị vật trong phổi hoặc bệnh phổi mãn tính.

* **Viêm phổi nặng:** Cần điều trị nội trú, kết hợp điều trị hỗ trợ và điều trị đặc hiệu.

Điều trị hỗ trợ: Một số điểm chú ý trong điều trị hỗ trợ viêm phổi nặng:

- Thở oxy nếu có thở nhanh, khó thở, rút lõm lồng ngực, tím tái và/hoặc giảm oxy máu.
- Nếu có thiếu máu nặng: truyền hồng cầu khối.
- Uống đủ nước, đồng thời theo dõi lượng dịch vào và ra. Nếu suy hô hấp nặng, cho trẻ ăn bằng ống xông dạ dày để tránh hít vào khi đang ăn. Nếu trẻ bị nôn, có thể truyền dịch đường tĩnh mạch một cách cẩn trọng để tránh tiếp quá nhiều dịch.
- Dùng Paracetamol để hạ sốt và giảm đau.
- Bổ sung Vitamin A nếu trẻ không được bổ sung Vitamin A trong vòng 3 tháng gần đây.

Điều trị đặc hiệu:

- Điều trị kháng sinh đặc hiệu tùy thuộc vào tác nhân gây bệnh. Tuy nhiên, khi không thể xác định được vi khuẩn gây bệnh, liệu pháp nên áp dụng là:
- Kháng sinh ưu tiên: Ceftriaxone 100 mg/ngày tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp cho đến khi ổn định;
- Nếu không có Ceftriaxone, có thể thay thế bằng:
 - + Ampicillin tiêm bắp liều 50 mg/kg/lần x 3 lần/ngày, và
 - + Gentamicin tiêm bắp liều 7,5 mg/kg/1lần/ngày.

* **Một số cân nhắc khi điều trị bệnh nhi viêm phổi:**

- Đối với trẻ dưới 1 tuổi, cần xem xét liệu có phải viêm phổi do PCP để điều trị phù hợp bằng CTX liều cao;
- Nếu bệnh viêm phổi có đi kèm với các tổn thương da do tụ cầu đặc trưng (ví dụ, mụn mủ), chụp X-quang ngực phát hiện khí phế thũng và bệnh xảy ra sau khi bệnh nhi bị sởi hoặc nhiễm virus thì có thể nghĩ đến viêm phổi do tụ cầu. Khi đó, phác đồ điều trị cần bổ sung thêm Cloxacillin tiêm TM hoặc tiêm bắp, liều 50 mg/kg/lần x 3 lần/ngày hoặc Vancomycin;
- Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn gram âm đường ruột, có thể bổ sung Gentamicin hay Ceftazidime vào phác đồ điều trị nếu có. Nghĩ đến vi khuẩn gram âm đường ruột khi trẻ có tiền sử nhập viện hoặc viêm phổi tái phát với tổn thương dạng đông đặc trên cùng một thùy và đáp ứng kém với kháng sinh bậc 1, đờm nhầy xanh, bị dẫn cuống phổi hoặc bệnh phổi mãn tính.

4. Viêm phổi mô kẽ thâm nhiễm lympho(LIP)

Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lympho (LIP) khá phổ biến ở trẻ em (ít nhất 40% trẻ nhỏ nhiễm HIV mắc bệnh này) và thường xảy ra khi trẻ dưới 2 tuổi. LIP thường bị chẩn đoán sai thành lao phổi vì người bệnh thường ho kéo dài và chụp X-quang ngực cho thấy các tổn thương như lao kê.

Sinh bệnh học:

Nguyên nhân của LIP có thể lý giải là do đồng nhiễm HIV và vi rút Epstein Barr (EBV) ở phổi, dẫn đến kích thích miễn dịch, gây thâm nhiễm lympho và viêm mạn tính.

Triệu chứng lâm sàng:

LIP thường được chẩn đoán bằng phương pháp loại trừ. Tuy nhiên, một vài triệu chứng sau có thể giúp nhận biết bệnh:

- Bệnh nhân thường ở trong tình trạng tốt mặc dù tình trạng hô hấp xấu;
- Ho và khó thở tái phát;
- Bệnh thường đi kèm với sưng tuyến mang tai, sưng hạch bạch huyết lan tỏa và gan lách to;
- Có thể có ngón tay dùi trống;
- Đáp ứng kém với điều trị lao;
- Bệnh phổi mạn tính kéo dài kèm giảm oxy máu;
- X-quang ngực: có thể xuất hiện thâm nhiễm lưới nốt hai bên như khi bị lao phổi;
- Sưng hạch hai bên trung thất hoặc cuống phổi.

Xử trí:

Điều trị ARV là liệu pháp an toàn và hiệu quả nhất.

- Sử dụng steroid khi trẻ mắc LIP với suy hô hấp nghiêm trọng (đã loại trừ khả năng mắc lao hoặc các nhiễm trùng khác):
 - + Prednisone 2 mg/kg/ngày, dùng hàng ngày trong 4 tuần đầu tiên. Sau đó:
 - + Prednisone 2 mg/kg/ngày dùng cách ngày trong 2-3 tháng và xem xét tiến triển. Giám sát trẻ đang dùng thuốc steroid một cách kỹ càng để sớm phát hiện các NTCH.

Thở ôxy trong các đợt giảm ôxy máu.

Dùng thuốc dẫn phế quản (ví dụ, salbutamol) nếu trẻ có khò khè.

Dùng kháng sinh nếu có viêm phổi bội nhiễm.

- Dùng biện pháp vật lý trị liệu cho ngực và dẫn lưu tư thế nếu bệnh nhân bị dẫn cuống phổi thứ phát.
- Chuyển chuyên khoa nếu điều trị không đáp ứng.

5. Viêm phổi do vi rút

Trẻ nhiễm HIV thường bị viêm phổi nặng do nhiều loại vi rút, bao gồm vi rút hợp bào hô hấp (RSV), vi rút cúm, vi rút á cúm, adenovirus, vi rút thủy đậu, sởi và CMV. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp khó có thể khẳng định căn nguyên thực sự của bệnh.

Ở trẻ nhiễm HIV, viêm phổi do vi rút gây biểu hiện lâm sàng nặng hơn và dễ dẫn tới tử vong hơn và gây tổn thương viêm ở phế nang nhiều hơn là ở phế quản. Nếu viêm phổi do vi rút thủy đậu, có thể điều trị bằng Acyclovir.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ*(Chọn một câu trả lời đúng nhất)*

1. Trẻ nhiễm trùng đường hô hấp trên tái diễn hoặc mạn tính được xếp vào:

- a. Giai đoạn lâm sàng 2.
- b. Giai đoạn lâm sàng 3.
- c. Giai đoạn lâm sàng 4.
- d. Không là tiêu chuẩn xếp loại.

2. Phần lớn nhiễm trùng hô hấp trên ở trẻ là do:

- a. Vi khuẩn.
- b. Đơn bào.
- c. Nấm.
- d. Vi rút.

3. Kháng sinh uống bước đầu điều trị viêm tai giữa là:

- a. Amoxicillin.
- b. Erythromycin.
- c. Ciprofloxacin.
- d. Methicillin.

4. Dự phòng nhiễm khuẩn đường hô hấp bằng:

- a. Amoxicillin.
- b. Erythromycin.
- c. Ciprofloxacin.
- d. Cotrimoxazole.

5. Tỷ lệ tử vong cao khi trẻ bị viêm phổi do:

- a. H. Influenzae.
- b. P. Jiroveci.
- c. M. Avium complex.
- d. Crypyococcus.

6. Kháng sinh hàng đầu điều trị viêm phổi do PCP là:

- a. Amoxicillin.
- b. Cotrimoxazole.
- c. Ciprofloxacin.
- d. Clindamycin.

7. Vi khuẩn phổ biến nhất gây viêm phổi ở trẻ là:

- a. Streptococcus pneumoniae.
- b. Klebsiella.
- c. Staphylococcus aureus.
- d. Citrobacter.

8. Viêm phổi kẽ thâm nhiễm lymphô thường xảy ra khi trẻ dưới:

- a. 2 tháng tuổi.
- b. 1 tuổi.
- c. 2 tuổi.
- d. 5 tuổi.

9. Viêm phổi do vi rút thủy đậu có thể điều trị bằng:

- a. Cotrimoxazole
- b. Zidovudine
- c. Interferon
- d. Acyclovir

BÀI 9. BỆNH HỆ THẦN KINH TRUNG ƯƠNG TRÊN TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Hỏi bệnh sử, thăm khám phát hiện co giật, dấu hiệu thần kinh khu trú.
2. Loại trừ các nguyên nhân chấn thương, nhiễm trùng hệ thần kinh thông thường: viêm màng não do vi trùng, viêm màng não do nấm, lao màng não.
3. Chẩn đoán nhiễm *Toxoplasma*, CMV.
4. Xác định chẩn đoán bệnh não do HIV.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Viêm màng não do vi trùng.
2. Lao màng não.
3. Viêm màng não do *Cryptococcus*.
4. Viêm não do *Toxoplasma*.
5. Viêm não do CMV.
6. Bệnh não do HIV.

Trẻ nhiễm HIV có thể có biểu hiện bất thường về thần kinh. Có nhiều nguyên nhân do bệnh lý NTCH của hệ thần kinh trung ương hay do chính HIV gây ra. Các bệnh lý này cần phát hiện và điều trị kịp thời nếu không sẽ gây tử vong và để lại di chứng nặng nề.

1. Viêm màng não do vi trùng

- **Nguyên nhân:** Hib, phế cầu và não mô cầu.
- **Lâm sàng:** Sốt, đau đầu, thóp phồng, co giật, hôn mê.
- **Cận lâm sàng:**
 - + Dịch não tủy: tế bào tăng đa số đa nhân, đạm tăng, đường giảm;
 - + Chẩn đoán nguyên nhân bằng: cấy, phản ứng kháng nguyên hòa tan;
 - + Cấy máu, cấy dịch não tủy xác định căn nguyên.
- **Điều trị:** Kháng sinh lựa chọn là cephalosporine thế hệ 3, thêm Vancomycin nếu nghi ngờ phế cầu.

2. Lao màng não

- Lâm sàng:

- + Bệnh sử thường kéo dài trên 7 ngày: sốt, đau đầu, dấu hiệu màng não, dấu thần kinh khu trú;
- + Tiền căn gần tiếp xúc với người mắc lao.

- Cận lâm sàng:

- + Dịch não tủy: Protein tăng từ 1-3g/l, đường thấp, tế bào lymphô chiếm đa số. Có thể làm PCR vi khuẩn lao;
- + Xét nghiệm tầm soát lao: IDR, X quang phổi, xét nghiệm máu lắng, xét nghiệm dịch dạ dày tìm AFB.

- Điều trị: theo Hướng dẫn của Chương trình Lao quốc gia.

3. Viêm màng não do nấm Cryptococcus

- Cryptococcus là loại nấm men có trong đất. Lây nhiễm khi hít phải bào tử, lan tỏa qua phổi tới các tổ chức ngoài phổi bao gồm cả dịch não tủy.
- Ngoài viêm phổi, Cryptococcus thường gây ra các u sần trên da và viêm màng não.
- Thường ít phổ biến hơn so với người lớn: chủ yếu xảy ra ở trẻ lớn (6-12 tuổi) với CD4 rất thấp.
- Lâm sàng:
 - + Bệnh biểu hiện chủ yếu do tăng áp lực nội sọ, điều này có thể dẫn tới mù thậm chí gây tụt não. Cần phải nghĩ tới bệnh này ở những bệnh nhân có sốt, nhìn mờ hoặc nhìn đôi;
 - + Sốt nhẹ kéo dài, đau đầu kéo dài, cổ cứng, nhức mắt, nhìn mờ.
- Cận lâm sàng:
 - + Chọc dịch não tủy: áp lực tăng cao;
 - + Dịch não tủy: tế bào tăng nhẹ, đơn nhân chiếm đa số. Protein tăng nhẹ. Glucose trong dịch não tủy bình thường.
- Nhiễm Cryptococcus có thể được chẩn đoán bằng:
 - + Xét nghiệm nuôi cấy bệnh phẩm từ máu, tổ chức mô và đờm;
 - + Soi: nhuộm mực tàu dịch não tủy hoặc mẫu bệnh phẩm tổ chức mô;
 - + Xét nghiệm kiểm tra kháng nguyên trong huyết thanh hoặc dịch não tủy.
- Điều trị tấn công: chỉ định bắt buộc cho trường hợp nặng (rối loạn ý thức, phù não, soi dịch não tủy thấy nấm,...):
 - + Amphotericin B pha loãng truyền tĩnh mạch 0,7-1,5mg/kg/ngày x 2 tuần, sau đó củng cố bằng Fluconazole 5-6mg/kg/ngày x 8 tuần.

- + Trường hợp nhẹ, uống Fluconazole 5-6mg/kg/ngày x 8 tuần.
- Điều trị duy trì: Fluconazole 3 mg/kg/ngày hoặc Itraconazole 3mg/kg/ngày cho đến khi bệnh nhân được dùng thuốc ARV và có CD4>200/mm³ kéo dài hơn 6 tháng.

Chú ý: Chọc hút dịch não tủy cần thận khi cần thiết để giảm áp lực nội sọ và cứu sống người bệnh.

4. Viêm não do Toxoplasma

- Nhiễm Toxoplasma gondii là một bệnh chỉ điểm AIDS hiếm gặp ở trẻ em và thường biểu hiện như một nhiễm trùng bào thai. Phần lớn các trẻ nhiễm trùng bào thai, di chứng thường xảy ra muộn sau vài tháng tới vài năm: viêm võng mạc giảm thị lực, giảm phát triển trí tuệ và thần kinh.
- **Lâm sàng:**
 - + Viêm não do Toxoplasma cần phải nghĩ đến khi trẻ nhiễm HIV và phát hiện các dấu hiệu thần kinh lan tỏa hoặc khu trú;
 - + Bệnh do Toxoplasma có thể đơn độc ở mắt nhưng thường kết hợp với biểu hiện ở hệ thần kinh trung ương.
- **Cận lâm sàng:**
 - + Huyết thanh chẩn đoán: < 12 tháng IgM, IgA, IgE; > 12 tháng IgG;
 - + PCR chẩn đoán Toxoplasma;
 - + Chụp cắt lớp sọ và MRI tìm sang thương trên não.
- **Điều trị ban đầu:**
 - + Phác đồ ưu tiên: Cotrimoxazole 10-15mgTMP/kg/ngày tiêm TM hoặc uống, hoặc
 - + Pyrimethamine uống liều tấn công 2mg/kg/ngày trong 3 ngày sau đó giảm còn 1mg/kg/ngày + Sulfadiazine uống 120mg/kg/ngày chia 4 lần + Acid folinic uống 10-25mg/ngày trong 6-8 tuần.
- Phác đồ thay thế: Clindamycin + Pyrimethamine + Acid folinic.
- **Điều trị duy trì:**
 - + Cotrimoxazole liều 5mg TMP/kg/ngày, hoặc
 - + Pyrimethamine 1mg/kg/ngày + Sulfadiazine 85-120mg/kg/ngày chia 2 đến 4 lần + Acid folinic uống 5mg/kg 3 ngày/tuần, hoặc
 - + Clindamycin + Pyrimethamine + Acid folinic.

5. Viêm não do CMV

- Bệnh do Cytomegalovirus (CMV) thường xuất hiện khi $CD4 < 50/mm^3$. Biểu hiện chính của bệnh do CMV ở trẻ em thường là viêm võng mạc. Các bệnh lý ở cơ quan khác thường khó tiếp cận chẩn đoán như viêm thực quản, viêm gan, viêm phổi, viêm não, viêm đại tràng.
- **Lâm sàng:**
 - + Sốt, chậm lớn, chậm phát triển, giảm thính lực; thiếu máu, hạ tiểu cầu, tăng LDH.
- **Chẩn đoán:**
 - + Soi đáy mắt khi nghi viêm võng mạc;
 - + Bệnh phẩm sinh thiết não, dịch não tủy, tổn thương da, máu làm xét nghiệm nuôi cấy tế bào hoặc chẩn đoán PCR.
- **Điều trị:**
 - + Phác đồ ưu tiên cho bệnh toàn thân và viêm võng mạc: Gancyclovir 10-15 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 2 lần trong 14-21 ngày, sau đó duy trì 5-10 mg/kg/ngày x 5-7 ngày/tuần;
 - + Phác đồ thay thế: Foscarnet 180 mg/kg/ngày chia 3 lần x 14-21 ngày, sau đó duy trì 90-120 mg/kg/ngày;
 - + Đối với viêm võng mạc do CMV ở trẻ > 3 tuổi: Ganciclovir tiêm nội nhãn kết hợp với gancyclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần.
 - + Điều trị duy trì suốt đời sau bệnh toàn thân do CMV bằng Ganciclovir 5 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch 1 lần. Điều trị duy trì cho viêm võng mạc do CMV là Ganciclovir nội nhãn 6-9 tháng một lần kết hợp với ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày chia 3 lần.

6. Bệnh não do HIV

- HIV có thể xâm nhập vào các tế bào thần kinh gây ra các tổn thương. HIV xâm nhập vào não qua trung gian các tế bào máu bị nhiễm HIV. Tế bào thần kinh có thể bị tổn thương do các chất từ phản ứng viêm như cytokines, nitrous oxide, và các chất gây độc thần kinh khác. Chính các kháng nguyên của HIV cũng gây tổn thương trực tiếp lên tế bào thần kinh.
- Trẻ nhỏ dễ bị phá hủy hệ thần kinh bởi vì giai đoạn này não của trẻ phát triển rất mạnh. Và đây là những biến chứng trầm trọng nhất với trẻ và thường để lại di chứng không phục hồi được.
- Lâm sàng thường biểu hiện bằng:
 - + Giảm hay mất trương lực cơ, hạn chế hoặc mất khả năng bước đi;
 - + Chậm rõ rệt hoặc tụt lùi theo các mốc phát triển thần kinh.

Lưu ý: so với các mốc phát triển bình thường

Tuổi	So với các mốc phát triển bình thường
Khi sinh tới 3 tháng tuổi	- Không nhận biết các (kích thích) tín hiệu từ môi trường.
	- Cuộn tròn trước 2 tháng tuổi (tăng trương lực cơ).
	- Nắm tay chặt thường xuyên khi 3 tháng tuổi.
4-6 tháng	- Khó nâng giữ đầu.
	- Không cười.
	- Không với được đồ vật khi 5 tháng tuổi.
6-12 tháng	- Không có âm thanh của trẻ, tiếng bập bẹ (chậm nói).
	- Mất khả năng định hướng vị trí âm thanh ở 10 tháng tuổi.
12-24 tháng	- Kém các hoạt động phù hợp.
	- Chủ yếu với tay trước đến 18 tháng tuổi (lực đẩy sang hai bên yếu). Không phản hồi lời nói và hoạt động ở 16 tháng.
Bất kỳ tuổi nào	- Mất mốc phát triển đạt được trước đó.

- **Cận lâm sàng:** Chẩn đoán hình ảnh CT, MRI có thể thấy hình ảnh teo não hoặc các hình ảnh khác: vôi hoá, các bất thường ở chất trắng.
- **Điều trị:** Có thể đáp ứng nhanh với điều trị ARV đặc biệt với các thuốc ngấm được qua hàng rào máu não. Chọn phác đồ theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Vi khuẩn gây viêm màng não thường gặp nhất ở trẻ là:

- a. Streptococcus pneumoniae
- b. H. influenzae type b
- c. Staphylococcus aureus
- d. E. coli

2. Kháng sinh lựa chọn cho viêm màng não ở trẻ là:

- a. Ampicillin + Gentamycin
- b. Cotrimoxazole
- c. Cephalosporine thế hệ 3
- d. Clindamycin + Vancomycin

3. Dịch não tủy nghi ngờ lao khi:

- a. Đường giảm, đạm bình thường.
- b. Đường bình thường, đạm tăng.
- c. Đường bình thường, đạm giảm.
- d. Không xác định được.

4. Cryptococcus thường gây, ngoại trừ:

- a. Viêm phổi.
- b. Viêm màng não.
- c. U sần da.
- d. Viêm cơ tim.

5. Bệnh lý do Cryptococcus có thể chẩn đoán bằng:

- a. Nhuộm Giemsa tổ chức mô lấy được.
- b. Nhuộm mực tàu tổ chức mô lấy được.
- c. Nhuộm huỳnh quang môi trường cấy.
- d. Chỉ chẩn đoán bằng lâm sàng.

6. Điều trị Cryptococcus não thể nặng ưu tiên phải dùng:

- a. Cotrimoxazole
- b. Dapson
- c. Amphotericin B
- d. Fluconazole

7. Nhiễm Toxoplasma là bệnh chỉ điểm của:

- a. Giai đoạn lâm sàng 2.
- b. Giai đoạn lâm sàng 3.
- c. Giai đoạn lâm sàng 4.
- d. Không sử dụng phân giai đoạn lâm sàng.

8. Điều trị ưu tiên khi trẻ bị Cytomegalovirus toàn thân và võng mạc là:

- a. Cotrimoxazole
- b. Cephalosporin thế hệ 3
- c. Amphotericin B
- d. Ganciclovir

9. Điều trị duy trì viêm võng mạc do CMV bằng:

- a. Foscarnet 90-120 mg/kg/ngày + Ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày.
- b. Ganciclovir nội nhãn mỗi 6-9 tháng + Ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày.
- c. Ganciclovir tiêm nội nhãn mỗi 3 tháng + Ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày.
- d. Ganciclovir uống 5 mg/kg/ngày + Ganciclovir uống 90 mg/kg/ngày.

10. Bệnh lý não do HIV cần được nghĩ đến khi:

- a. Trẻ được dự phòng Cotrimoxazole nhưng vẫn bị viêm màng não.
- b. Mất mức phát triển về tinh thần đã có trước đó.
- c. Viêm não màng não có kèm dấu thần kinh định vị.
- d. Không thể định được, chỉ biết khi làm CT scan định kỳ 6 tháng.

BÀI 10. HƯỚNG DẪN VỀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG BẰNG COTRIMOXAZOLE Ở TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Chỉ định và điều trị dự phòng CTX cho trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV.
2. Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm khi điều trị dự phòng bằng CTX.

Thời gian học tập: 60 phút

Nội dung bài học:

1. Giới thiệu chung.
2. Chỉ định và liều điều trị dự phòng CTX.

Theo dõi lâm sàng và xét nghiệm khi điều trị dự phòng bằng CTX.

1. Giới thiệu chung

1.1 Các biện pháp dự phòng NTCH

- Điều trị ARV có thể dự phòng NTCH do hệ thống miễn dịch khôi phục.
- Các thuốc khác (chủ yếu là CTX) đã được chứng minh có thể điều trị để dự phòng NTCH.
- Tư vấn cho người chăm sóc trẻ nhiễm HIV: Vệ sinh ăn uống, đảm bảo dinh dưỡng, theo dõi sức khỏe thường xuyên bằng cách đưa trẻ đi khám bệnh định kỳ.

1.2 Các loại điều trị dự phòng các bệnh NTCH

- Dự phòng NTCH tiên phát: Sử dụng thuốc điều trị dự phòng ngăn ngừa NTCH xuất hiện.
- Dự phòng thứ phát (điều trị duy trì): Sử dụng thuốc điều trị tiếp tục sau đợt điều trị cấp tính để ngăn ngừa bệnh NTCH tái phát.

1.3 Giới thiệu về điều trị dự phòng CTX

- Điều trị dự phòng CTX là can thiệp có hiệu quả, đơn giản và kinh tế cho người nhiễm HIV. Đây là một phần của gói dịch vụ chăm sóc HIV mãn tính và là yếu tố quan trọng trước khi điều trị ARV. Điều trị dự phòng CTX cần phải được tiếp tục sau khi điều trị ARV cho đến khi có bằng chứng miễn dịch đã được phục hồi.
- CTX là thuốc phối hợp cố định trong một viên của sulfamethoxazole và trimethoprim, kháng sinh phổ rộng cho cả vi khuẩn gram âm và dương, nấm và đơn bào. CTX có tác dụng dự phòng tiên phát và tái phát bệnh viêm phổi do P. jiroveci (PCP), dự phòng tiên phát nhiễm toxoplasma, giảm tỷ lệ mắc viêm phổi như Nocardia, Haemophilus Influenzae, phế cầu, tụ

cầu vàng nhạy Methicillin, trực khuẩn Gram âm, giảm tỷ lệ mắc của một số vi khuẩn gây tiêu chảy như Salmonella, bệnh do **Isosporiasis** và một số nguyên nhân tiêu chảy do ký sinh trùng đơn bào và giảm tỷ lệ mắc sốt rét.

- Dạng bào chế của thuốc ở dạng si rô và dạng chất rắn với giá thấp. CTX là một trong thuốc trong danh sách thuốc thiết yếu của hầu hết các nước.
- Cung cấp CTX là một phần chuẩn chăm sóc cho dự phòng PCP và nhiễm Toxoplasma được khuyến cáo từ những năm 1990.

Số liệu từ thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên và quan sát nghiên cứu đã chỉ ra hiệu quả điều trị dự phòng bằng CTX trong dự phòng PCP ở trẻ sơ sinh và làm giảm tỉ lệ mắc và tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nhiễm HIV hay bị phơi nhiễm HIV.

2. Chỉ định và liệu điều trị dự phòng CTX

2.1 Mục đích

Để dự phòng các bệnh NTCH như PCP, viêm não do Toxoplasma và dự phòng được bệnh tiêu chảy, viêm đường hô hấp do một số loại vi khuẩn gây nên.

2.2 Chỉ định điều trị dự phòng tiên phát

Bảng 1: Chỉ định dự phòng bằng CTX cho trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV.

Trẻ em phơi nhiễm HIV	Trẻ em kháng định nhiễm HIV		
	< 1 tuổi	1-5 tuổi	≥ 5 tuổi
Chỉ định dự phòng CTX rộng rãi cho trẻ từ tuần thứ 4-6 sau khi sinh và duy trì đến khi loại trừ nhiễm HIV. Nếu xác định nhiễm HIV, xem cột bên	Chỉ định điều trị dự phòng cho tất cả trẻ nhiễm	Giai đoạn lâm sàng 2, 3 và 4 không phụ thuộc vào tế bào CD4 Hoặc CD4 < 25% không phụ thuộc vào giai đoạn lâm sàng	Có xét nghiệm CD4: Giai đoạn lâm sàng 3, 4 không phụ thuộc số lượng tế bào CD4 Giai đoạn lâm sàng 1, 2 với CD4 < 200 TB/mm ³ Không có xét nghiệm CD4: Giai đoạn lâm sàng 2,3,4

2.3 Liều CTX điều trị dự phòng

CTX gồm 2 thành phần: Trimethoprim (TMP) và Sulfamethoxazole (SMX).

Liều điều trị dự phòng 5mg/kg/ngày tính theo TMP, uống một lần trong ngày. Có thể tính liều lượng theo bảng sau:

Bảng 2: Liều cotrimoxazole điều trị dự phòng cho trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV.

Cân nặng (hoặc diện tích da) của trẻ	Xi rô (ml) (8 mg TMP/40 mg SMX/1ml)	Viên nén (80 mg TMP/400 mg SMX)
3,5-4,9 kg (0,21-0,28 m ²)	2,5 ml	
5,0-6,5 kg (0,28-0,33 m ²)	4	
6,6-8,0 kg (0,34-0,40 m ²)	5	1/2
8,1-10 kg (0,41-0,47 m ²)	6	1/2
10,1-11,9 kg (0,48-0,54 m ²)	7	1/2
12,0-14,9 kg (0,55-0,64 m ²)	8	1
15,0-16,9 kg (0,65-0,71 m ²)	10	1
17,0-19,9 kg (0,71-0,83 m ²)	11	1
20,0-24,9 kg (0,83-0,98 m ²)		1,5
25-29,9 kg (0,99-1,15 m ²)		2
30,0-35,0 kg (> 1,15 m ²)		2

2.4 Thuốc thay thế

Dapsone liều 2mg/kg/ngày, uống hằng ngày hoặc 4mg/kg/lần, uống 1 lần/tuần khi dị ứng với CTX. Dapsone tác dụng kém hơn cotrimoxazole trong phòng PCP và không dự phòng được Toxoplasma.

2.5 Ngừng điều trị dự phòng

Khi trẻ đã được điều trị bằng ARV và trong 6 tháng liên tục có số lượng tế bào CD4 trên 25% đối với trẻ từ 1-5 tuổi; và trên 200 tế bào đối với trẻ trên 5 tuổi

2.6 Tái điều trị dự phòng

Khi số lượng tế bào CD4 giảm đến tiêu chuẩn cần được điều trị dự phòng của lứa tuổi.

2.7 Chống chỉ định

Dị ứng với nhóm sulfamid (CTX, Sulphadoxine-Pyrimethamine).

2.8 Tác dụng phụ của CTX

Có thể gây nôn, buồn nôn, phát ban xảy ra trong 1- 2 tuần đầu điều trị, hoặc tác dụng phụ nặng như: thiếu máu, giảm bạch cầu hạt, phát ban, ngộ độc gan.

Tư vấn cho người chăm sóc và trẻ về các tác dụng phụ, cách xử trí và cần đến khám tại các cơ sở y tế khi nghi ngờ có tác dụng phụ nặng. Làm xét nghiệm công thức máu, men gan khi có nghi ngờ thiếu máu, ngộ độc gan.

Phát ban do CTX và cách xử trí:

Bảng 6: Phân loại mức độ phát ban do CTX và xử trí

Mức độ	Triệu chứng lâm sàng	Xử trí
Mức độ 1 (nhẹ)	Ban đỏ	Tiếp tục điều trị dự phòng bằng CTX, theo dõi bệnh nhân chặt chẽ. Điều trị triệu chứng và kháng Histamine.
Mức độ 2 (Trung bình)	Ban sẩn lan tỏa, tróc vảy khô	Tiếp tục điều trị dự phòng bằng CTX, theo dõi chặt chẽ. Điều trị triệu chứng và kháng Histamine.
Mức độ 3 (Nặng)	Ban phỏng nước, loét niêm mạc	Nhập viện điều trị hỗ trợ. NGỪNG VĨNH VIỄN sử dụng CTX.
Mức độ 4 (Rất nặng)	Viêm da tróc vảy, hội chứng Steven Johnson hoặc Hồng ban đa dạng, bong da ướt	

Các số liệu chưa đầy đủ về giải mẫn cảm CTX ở trẻ em (thử dùng lại sau khi đã có tác dụng phụ với liều thấp và tăng liều dần ở trẻ em).

Các loại thuốc khác cần phải được chú ý đến khi người bệnh được điều trị, và có thể bị chồng chéo nhiễm độc thuốc (ví dụ như EFV, NVP và Isoniazid).

Ngừng do tác dụng không mong muốn của CTX:

- Điều trị dự phòng bằng CTX sẽ ngừng khi có bằng chứng do tác dụng không mong muốn.

Ngừng điều trị dự phòng CTX thứ phát ở trẻ em:

- Dựa vào các bằng chứng điều trị dự phòng thứ phát bằng CTX có thể ngừng một cách an toàn ở người lớn và vị thành niên được hướng dẫn là dựa trên đáp ứng miễn dịch (đánh giá sử dụng đếm tế bào CD4) với điều trị ARV, ngừng điều trị dự phòng thứ phát có thể cân nhắc ở trẻ em lớn hơn 5 tuổi với bằng chứng phục hồi miễn dịch khi điều trị thuốc ARV cũng tương tự như khuyến cáo ngừng điều trị dự phòng tiên phát.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Điều trị ARV là biện pháp duy nhất để dự phòng NTCH cho trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV.

- a. Đúng
- b. Sai

2. CTX được sử dụng để dự phòng:

- a. Cho cả vi khuẩn gram âm và dương, nấm và đơn bào.
- b. CTX có tác dụng dự phòng tiên phát và tái phát bệnh viêm phổi do P.jiroveci (PCP).
- c. CTX có tác dụng dự phòng tiên phát và tái phát bệnh viêm phổi do P.jiroveci (PCP), dự phòng tiên phát nhiễm toxoplasma, và một số loại vi khuẩn.
- d. Cả 3 phương án đều đúng.

3. Cần ngừng điều trị dự phòng CTX khi:

- a. Ban đỏ.
- b. Ban sẩn lan tỏa, tróc vảy khô.
- c. Ban phỏng nước, loét niêm mạc.
- d. Cả 3 phương án đều đúng.

4. Cotrimoxazole được chỉ định điều trị dự phòng PCP cho:

- a. Trẻ phơi nhiễm HIV.
- b. Trẻ nhiễm HIV.
- c. Trẻ đã được loại trừ nhiễm.
- d. Cả a và b đúng.

5. Chọn câu đúng nhất:

- a. CXT chỉ có tác dụng dự phòng PCP và sốt rét.
- b. Dapsone là thuốc lựa chọn để dự phòng Toxoplasma khi trẻ nhiễm HIV dị ứng với CTX.
- c. CTX có tác dụng dự phòng tiên phát nhiễm Toxoplasma và giảm tỉ lệ tiêu chảy ở trẻ nhiễm HIV.
- d. Chỉ có trẻ đã xác định nhiễm HIV mới bắt đầu dự phòng bằng CTX.

6. Trẻ 6 tuần tuổi, nặng 4kg, sinh ra từ mẹ có xét nghiệm nhanh HIV lúc chuyển dạ dương tính nhưng chưa có kết quả khẳng định. Sử dụng CTX dự phòng với liều:

- Viên 480mg, uống $\frac{1}{2}$ viên/1 lần/ngày.
- Dung dịch 40mg TMP/5ml, uống 2,5ml/1 lần/ngày.
- Viên 120mg, uống $\frac{1}{2}$ viên/2 lần/ngày.
- Không sử dụng vì chưa có kết quả khẳng định nhiễm HIV của mẹ.

7. Trẻ 20 tháng tuổi nhiễm HIV, đang dùng CTX dự phòng được mẹ đưa đến phòng khám ngoại trú vì bị ban phỏng nước. Cán bộ y tế cho làm xét nghiệm và kết quả men gan là tăng gấp 1,5 lần so với chỉ số bình thường. Quyết định nào sau đây là hợp lý:

- Ngưng CTX, chờ khi men gan trở về bình thường sẽ dùng lại.
- Tiếp tục dùng CTX kèm theo thuốc hỗ trợ chức năng gan và kháng histamin.
- Ngưng tất cả các thuốc đang dùng, chờ men gan trở về bình thường sẽ quyết định.
- Chuyển trẻ nhập viện điều trị.

8. Trẻ 25 tháng tuổi nhiễm HIV, đang điều trị ARV và đã ngưng dự phòng CTX 4 tháng. Phòng khám ngoại trú nhận thấy người chăm sóc trẻ không tuân thủ điều trị ARV tốt. Kết quả xét nghiệm lại cho thấy tỉ lệ CD4 là 30%. Đánh giá tình trạng hiện tại cho thấy trẻ có GDLS 2. Quyết định nào sau đây là hợp lý:

- Tư vấn tuân thủ điều trị. Theo dõi lại CD4 vào 6 tháng sau, khi dưới 25% thì dùng CTX dự phòng.
- Tư vấn tuân thủ điều trị. Bắt đầu dùng CTX dự phòng lại không chờ theo dõi CD4.
- Tư vấn tuân thủ điều trị. Không sử dụng CTX dự phòng lại vì đã ngưng hơn 3 tháng.
- Tư vấn tuân thủ điều trị. Hẹn tháng sau đến sẽ bắt đầu dự phòng CTX.

BÀI 11. BỆNH LAO Ở TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Nêu được cách chẩn đoán và phân loại bệnh lao ở trẻ nhiễm HIV.
2. Nêu được cách điều trị bệnh lao ở trẻ nhiễm HIV và cách theo dõi sau điều trị.

Thời gian học tập: 60 phút

Nội dung bài học:

1. Đại cương.
2. Diễn tiến lâm sàng.
3. Chẩn đoán.
4. Điều trị.

1. Đại cương

- Bệnh lao do vi trùng *Mycobacterium tuberculosis* gây ra. Trẻ em nhiễm HIV có nguy cơ bị lao cao gấp 100 lần so với trẻ không bị nhiễm. Tại Nam Phi, 48% trẻ bị lao cũng đồng thời bị nhiễm HIV.
- Khác với các nhiễm trùng cơ hội gây AIDS ở trẻ nhiễm HIV, việc đếm theo dõi CD4 không thể chỉ ra nguy cơ bị lao. Bệnh lao có thể xảy ra ở bất cứ giai đoạn nào của nhiễm HIV. Vì vậy, tầm soát lao ở người nhiễm HIV là cần thiết.
- Trẻ có thể bị lao ngay từ trong thai nhi khi bà mẹ vừa nhiễm HIV, vừa bị lao nhưng không được điều trị. Tuy nhiên, đây là những trường hợp rất hiếm.
- Trẻ em luôn nhiễm lao từ nguồn lây là người lớn. Từ đó, lao khởi đầu xảy ra. Rất ít khi trẻ bị lao do sự tái hoạt của vi trùng lao có sẵn từ việc nhiễm lao trước đây, nhất là khi trẻ bị nhiễm HIV. Vì vậy, cần thiết phải khám và tầm soát những người có tiếp xúc với trẻ trong gia đình để phát hiện và điều trị nguồn lây kịp thời.
- Lao kê và lao ngoài phổi là các dạng lao thường gặp ở trẻ dưới 4 tuổi. Trẻ cũng có thể bị lao kháng thuốc nếu như nguồn lây là lao kháng thuốc. Xác định nguồn lây có kháng thuốc theo các tiêu chuẩn sau:
 - + *Kháng thuốc tiên phát*: Là kháng thuốc ở người bệnh chưa từng điều trị thuốc lao, nay mắc bệnh lao kháng thuốc do lây nhiễm vi khuẩn từ người bệnh bị lao kháng thuốc.
 - + *Kháng thuốc mắc phải*: Là kháng thuốc ở người bệnh đã điều trị lao, nhưng do điều trị không đúng gây ra các chủng lao kháng thuốc.

- + *Kháng thuốc ban đầu*: Là kháng thuốc ở người bệnh khai báo chưa dùng thuốc lao bao giờ (nhưng không xác định được chắc chắn). Như vậy loại này gồm cả kháng thuốc tiên phát và mắc phải.
- + *Kháng đa thuốc (MDR TB – Multi drug Resistant TB)*: Là kháng thuốc ở người bệnh có vi khuẩn lao kháng với cả 2 loại INH và Rifampicin.
- + *Siêu kháng thuốc (XDR TB - Extensively drug Resistant TB)*: Là những trường hợp lao kháng đa thuốc có kháng thêm với bất cứ thuốc nào trong nhóm Quinolon và kháng với ít nhất một loại thuốc chống lao hàng 2 dạng tiêm (Amikacin, Capreomycin hoặc Kanamycin).

2. Diễn tiến lâm sàng

- Từ khi bị nhiễm lao, trẻ nhiễm HIV dễ trở nên bị bệnh lao tiến triển. Bệnh cảnh lâm sàng lao ở trẻ nhiễm HIV không khác nhiều so với trẻ không nhiễm nhưng thường bị nặng hơn và có thể khó phân biệt với các nhiễm trùng cơ hội khác. Các dạng tổn thương thường thấy ở phổi là: đông đặc phế nang khu trú, viêm phổi mô kẽ, hạch bệnh lý ở rốn phổi và trung thất. Dẫn phế quản có thể xảy ra khi hạch rốn phổi chèn ép hoặc phát triển u hạt trong lòng phế quản.
- Trẻ nhiễm HIV luôn có triệu chứng khi bị lao, thường là ho và sốt đi kèm với các dấu hiệu không điển hình khác (thâm nhiễm nhiều thùy, thâm nhiễm mô kẽ lan tỏa). Bệnh có thể tiến triển nhanh khi vi trùng lao vào máu, gây tổn thương các cơ quan khác (nhất là lao màng não) mà không hề có dấu hiệu tổn thương phổi. Trẻ nhiễm HIV có tỉ lệ bị lao kê và lao màng não cao hơn trẻ không nhiễm. Hơn 25% trường hợp lao ở trẻ nhiễm HIV là lao ngoài phổi. Các cơ quan thường bị là hạch, máu, hệ thần kinh trung ương, xương, màng tim và màng bụng.

3. Chẩn đoán

3.1 Phương pháp

- Hàng đầu trong các phương pháp cốt lõi phát hiện nhiễm lao tiềm ẩn là test tuberculin trong da (TST). Ở người nhiễm HIV, kết quả $\geq 5\text{mm}$ là dương tính. Tuy nhiên, 10% trẻ nhiễm HIV bị lao tiến triển sẽ có kết quả TST âm tính. Do đó, TST âm tính không cho phép loại trừ bệnh lao.
- TST sẽ thay đổi độ nhạy khi bị các nhiễm virus, ví dụ sởi. Do đó, khi chủng ngừa các virus sống bất hoạt mà muốn làm TST thì phải cùng lúc với việc chủng ngừa hoặc phải chờ đến 6 tuần sau để tránh sai lệch kết quả.
- Các xét nghiệm sử dụng kháng nguyên tổng hợp đặc hiệu của vi trùng lao (QuantiFERON-TB Gold, T-SPOT TB,...) so với TST vẫn kém hơn khi áp dụng ở trẻ nhiễm HIV, vì vậy, không được khuyến cáo dùng.

- Bất cứ trẻ nhiễm HIV nào khi nghi ngờ nhiễm lao đều phải được đánh giá về lâm sàng và kiểm tra X quang phổi. Chẩn đoán lao về mặt vi trùng học sẽ dựa trên kết quả soi hoặc cấy đàm hay các bệnh phẩm khác để tìm *M. tuberculosis*. Dù rằng chỉ 50-70% người lớn bị lao có đàm soi trực tiếp dương tính và tỉ lệ này càng thấp ở trẻ em, nhất là trẻ nhiễm HIV nhưng việc tìm thấy sẽ có ý nghĩa quan trọng, nhất là khi nghi ngờ lao kháng thuốc. Do đó, cố gắng tìm bằng các biện pháp lấy mẫu bệnh phẩm khác như dịch hút dạ dày, hút dịch mũi hầu sau phun khí dung là nên làm.
- Làm PCR vi trùng lao bằng bệnh phẩm đàm khi kết quả dương cho phép chẩn đoán lao ngay. Tuy nhiên, bệnh phẩm là dịch hút dạ dày, dịch não tủy thì sẽ giảm độ nhạy và độ đặc hiệu rất nhiều. Do đó, kết quả âm tính không cho phép loại trừ bệnh lao.
- Lao kháng thuốc cần nghi ngờ khi trẻ nhiễm HIV bị lao mà có những vấn đề sau:
 - + Tiếp xúc chặt chẽ với nguồn lây kháng thuốc.
 - + Tiếp xúc với người bị lao chết khi đang điều trị mà người này bị nghi ngờ lao kháng thuốc (tuân thủ điều trị kém, lao tái trị, tiếp xúc với người lao đa kháng thuốc).
 - + Trẻ không đáp ứng với điều trị thuốc kháng lao thiết yếu.
 - + Trẻ tiếp xúc với nguồn lây có đờm vẫn dương tính sau hai tháng điều trị lao trực tiếp có kiểm soát (DOTS).

3.2 Phân loại

Trẻ nhiễm HIV bị lao được phân loại theo vị trí tổn thương và tiền sử bệnh:

a) Theo vị trí và kết quả xét nghiệm soi trực tiếp

- Lao phổi AFB(+)
- Lao phổi AFB (-)
- Lao ngoài phổi.

b) Theo tiền sử điều trị lao

- *Lao mới*: Người bệnh chưa bao giờ dùng thuốc hoặc mới dùng thuốc chống lao dưới 1 tháng.
- *Lao tái phát*: Người bệnh đã được điều trị lao và được thầy thuốc xác định là khỏi bệnh, hay hoàn thành điều trị nay mắc bệnh trở lại AFB (+).
- *Lao điều trị thất bại*: Người bệnh mới điều trị lần đầu, còn AFB(+) trong đờm từ tháng điều trị thứ 5 trở đi, phải chuyển phác đồ điều trị.
- *Lao điều trị lại sau bỏ trị*: Người bệnh không dùng thuốc trên 2 tháng liên tục trong quá trình điều trị, sau đó quay trở lại điều trị từ đầu với AFB (+) trong đờm.
- *Chuyển đến*: Người bệnh được chuyển từ đơn vị khác đến để tiếp tục điều trị.
- *Lao mạn tính*: Người bệnh vẫn còn vi khuẩn lao trong đờm sau khi đã dùng công thức tái trị có giám sát chặt chẽ việc dùng thuốc.

- *Khác:*

- + Lao phổi AFB(+) khác: Là người bệnh đã điều trị thuốc lao trước đây nhưng không xác định được phác đồ và kết quả điều trị, nay chẩn đoán là lao phổi AFB(+).
- + Lao phổi AFB(-) và lao ngoài phổi khác: Là người bệnh đã điều trị thuốc lao trước đây, nay chẩn đoán lao phổi AFB(-) hoặc lao ngoài phổi.

4. Điều trị

Trẻ nhiễm HIV cần được điều trị lao khi chẩn đoán còn nghi ngờ và phải tiếp tục điều trị cho đến khi loại trừ chẩn đoán lao. Trẻ bị lao cần phải dùng DOTS.

4.1 Nguyên tắc điều trị

- a) *Phối hợp các thuốc chống lao:* Mỗi loại thuốc chống lao có tác dụng khác nhau trên vi khuẩn lao (diệt khuẩn, kìm khuẩn), do vậy phải phối hợp ít nhất 3 loại thuốc chống lao trong giai đoạn tấn công và ít nhất 2 loại trong giai đoạn duy trì.
- b) *Phải dùng thuốc đúng liều:* Các thuốc chống lao tác dụng hợp đồng, mỗi thuốc có một nồng độ tác dụng nhất định. Nếu dùng liều thấp sẽ không hiệu quả và dễ tạo ra các chủng vi khuẩn kháng thuốc, nếu dùng liều cao dễ gây tai biến.
- c) *Phải dùng thuốc đều đặn:* Các thuốc chống lao phải được uống cùng một lần vào thời gian nhất định trong ngày và xa bữa ăn để đạt hấp thu thuốc tối đa.
- d) *Phải dùng thuốc đủ thời gian và theo 2 giai đoạn tấn công và duy trì:* Giai đoạn tấn công kéo dài 2, 3 tháng nhằm tiêu diệt nhanh số lượng lớn vi khuẩn có trong các vùng tổn thương để ngăn chặn các đột biến kháng thuốc. Giai đoạn duy trì kéo dài 4 đến 6 tháng nhằm tiêu diệt triệt để các vi khuẩn lao trong vùng tổn thương để tránh tái phát.

4.2 Nguyên tắc quản lý

- a) Tất cả các bác sĩ (công và tư) tham gia điều trị người bệnh lao phải được tập huấn theo hướng dẫn của Chương trình Chống lao Quốc gia và báo cáo theo đúng quy định.
- b) Sử dụng phác đồ chuẩn thống nhất trong toàn quốc.
- c) Điều trị sớm ngay sau khi được chẩn đoán.
- d) Điều trị phải được theo dõi và kiểm soát trực tiếp: Kiểm soát việc tuân thủ điều trị của người bệnh, theo dõi kết quả xét nghiệm đờm, theo dõi diễn biến lâm sàng, xử trí kịp thời các biến chứng của bệnh và tác dụng phụ của thuốc.
- đ) Thầy thuốc cần tư vấn đầy đủ cho người bệnh trước, trong và sau khi điều trị để người bệnh thực hiện tốt liệu trình theo quy định.
- e) Chương trình Chống lao Quốc gia đảm bảo cung cấp thuốc chống lao miễn phí, đầy đủ và đều đặn.

4.3 Chỉ định và phác đồ điều trị

a) Các thuốc chống lao thiết yếu (Hàng 1)

- Chương trình Chống lao Việt Nam quy định 5 thuốc chống lao thiết yếu là: Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamid (Z), Streptomycin (S) và Ethambutol (E). Thuốc cần phải bảo quản trong nhiệt độ mát, tránh ẩm. Chương trình Chống lao chịu trách nhiệm cung cấp đầy đủ, liên tục thuốc chống lao có chất lượng.

b) Chỉ định và phác đồ điều trị lao ở trẻ nhiễm HIV:

Phác đồ ban đầu: 2HRZE/4HR hoặc 2HRZ/4HR

- *Hướng dẫn:* Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc (HRZE) hoặc 3 loại thuốc (HRZ) dùng hàng ngày, điều trị cho tất cả các thể lao trẻ em. Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng gồm 2 loại thuốc là H và R dùng hàng ngày.
- *Chỉ định:* Cho tất cả các thể lao trẻ em. Trong trường hợp lao trẻ em thể nặng có thể cân nhắc dùng phối hợp với S.

Phác đồ tái trị: 2SHRZE/1HRZE/5HRE

- *Hướng dẫn:* Giai đoạn tấn công kéo dài 3 tháng, 2 tháng đầu tiên với cả 5 loại thuốc chống lao thiết yếu (SHRZE) dùng hàng ngày, 1 tháng tiếp theo với 4 loại thuốc (HRZE) dùng hàng ngày. Giai đoạn duy trì kéo dài 5 tháng với 3 loại thuốc H, R và E dùng hàng ngày.
- *Chỉ định:* Cho các trường hợp người bệnh lao tái phát, thất bại phác đồ ban đầu, điều trị lại sau bỏ trị, một số thể lao nặng và phân loại khác (phân phân loại theo tiền sử điều trị).

* Lưu ý:

Các thuốc chống lao có tác dụng tốt với bệnh lao ở người bệnh lao/HIV. Điều trị lao cho người bệnh HIV/AIDS nói chung không khác biệt so với người bệnh không nhiễm HIV/AIDS. Khi điều trị cần lưu ý một số điểm sau:

* Nếu trẻ được phát hiện lao trước khi điều trị ARV:

Tiến hành điều trị lao sớm 2-8 tuần trước khi dùng ARV. Khi bắt đầu ARV thì theo phác đồ sau:

Trẻ ≤ 3 tuổi và cân nặng <10kg: AZT/d4T + 3TC + ABC

(Xem xét và theo dõi khi dùng NVP trong trường hợp không có ABC)

Trẻ > 3 tuổi và cân nặng > 10kg: AZT/d4T + 3TC + EFV

* Nếu trẻ được phát hiện lao khi đang điều trị ARV:

Xác định lao có phải là hội chứng phục hồi miễn dịch không (PHMD). Nếu có, cần đánh giá và điều trị như PHMD.

Tiếp tục ARV cùng với điều trị lao:

- Trẻ đang dùng ARV không có NVP: tiếp tục phác đồ ARV đang dùng.

- Nếu phác đồ ARV có NVP: Thay NVP bằng ABC hoặc EFV tùy theo tuổi và cân nặng của trẻ. Khi kết thúc điều trị lao, dùng NVP trở lại.
- Nếu phác đồ ARV có LPV/r: tăng liều Ritonavir bằng liều Lopinavir

** Phối hợp điều trị thuốc chống lao với điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội khác bằng Cotrimoxazol.*

4.4 Những trường hợp đặc biệt

a) Các trường hợp lao nặng: Lao màng não, lao kê, lao màng tim, màng bụng, màng phổi 2 bên, cột sống, lao ruột và lao sinh dục-tiết niệu cần hội chẩn với chuyên khoa lao để quyết định điều trị ngay bằng phác đồ tái trị. Thời gian dùng thuốc có thể kéo dài, tùy thuộc vào tiến triển và mức độ bệnh.

b) Người bệnh có rối loạn chức năng gan

- Nếu người bệnh có tổn thương gan nặng từ trước:
 - + Phải được điều trị nội trú tại bệnh viện và theo dõi chức năng gan trước và trong quá trình điều trị.
 - + Phác đồ điều trị sẽ do bác sĩ chuyên khoa quyết định tùy khả năng dung nạp của người bệnh.
 - + Sau khi người bệnh dung nạp tốt, men gan không tăng và có đáp ứng tốt về lâm sàng, có thể chuyển điều trị ngoại trú và theo dõi sát.
- Những trường hợp tổn thương gan do thuốc chống lao:
 - + Ngừng sử dụng thuốc lao, điều trị hỗ trợ chức năng gan cho đến khi men gan về bình thường, hết vàng da. Cần theo dõi lâm sàng và men gan.
 - + Nếu không đáp ứng hoặc có biểu hiện viêm gan do thuốc, chuyển đến cơ sở chuyên khoa để điều trị.
- Trường hợp người bệnh lao nặng có tổn thương gan có thể tử vong nếu không điều trị thuốc lao thì dùng 02 loại thuốc ít độc với gan là S, E hoặc kết hợp với Ofloxacin. Khi hết các biểu hiện của tổn thương gan thì trở lại điều trị bằng các thuốc đã dùng.

c) Người bệnh có suy thận

Phác đồ 2RHZ/4RH tốt nhất điều trị lao cho người bệnh suy thận. Thuốc H, R, Z có thể dùng liều bình thường ở người bệnh suy thận.

4.5 Quản lý điều trị

- Thực hiện theo đúng chiến lược DOTS: Trực tiếp giám sát việc dùng từng liều thuốc của người bệnh, đảm bảo người bệnh dùng đúng loại thuốc, đúng liều, đều đặn và đủ thời gian.
- Sau khi có chẩn đoán xác định, người bệnh cần được đăng ký điều trị ngay, càng sớm càng tốt. Mỗi người bệnh có một sổ đăng ký, thẻ người bệnh và phiếu điều trị.
- Thầy thuốc chỉ định điều trị, người theo dõi cần hướng dẫn, tư vấn cho người bệnh và người nhà kiến thức về bệnh lao.

- Người giám sát trực tiếp có thể là cán bộ y tế, người tình nguyện viên cộng đồng, người nhà người bệnh đã được tư vấn đầy đủ về giám sát trực tiếp trong điều trị lao.
- Những người bệnh đang điều trị trong giai đoạn tấn công nếu bỏ trị 2 ngày liền hoặc ở giai đoạn duy trì bỏ trị 1 tuần thì cán bộ y tế cần tìm người bệnh và giải thích cho họ quay lại điều trị.
- Khi chuyển người bệnh đi nơi khác điều trị phải kèm theo phiếu chuyển và các hồ sơ người bệnh theo quy định. Nơi nhận người bệnh phải có phiếu phản hồi cho cơ sở chuyển sau khi nhận và đăng ký điều trị tiếp và phiếu phản hồi kết quả điều trị khi kết thúc điều trị.

4.6 Theo dõi điều trị

* Theo dõi xét nghiệm đờm:

Ngoài việc theo dõi đánh giá đáp ứng lâm sàng và tác dụng phụ của thuốc (nếu có), người bệnh điều trị lao cần phải được xét nghiệm đờm theo dõi:

- Đối với thể lao phổi AFB(+):
 - + Phác đồ 2RHZE/4HR hoặc 2RHZ/4RH: Xét nghiệm đờm vào cuối tháng thứ 2 và 5.
 - + Phác đồ 2RSHZE/RHZE/5RHE: Xét nghiệm đờm vào cuối tháng thứ 3, 5, 7 (hoặc 8).
- Đối với thể lao phổi AFB(-): Xét nghiệm đờm hai lần ở cuối tháng thứ 2 và 5.
- Xử trí kết quả xét nghiệm đờm theo dõi:
 - + Đối với phác đồ 2RHZE/4HR hoặc 2RHZ/4RH: Nếu sau 2 tháng tấn công xét nghiệm đờm AFB vẫn dương tính thì điều trị tấn công thêm 1 tháng bằng HRZ sau đó chuyển điều trị duy trì. Nếu từ tháng thứ 5 trở đi xét nghiệm đờm AFB âm tính thì tiếp tục điều trị duy trì, nếu dương tính coi là thất bại phải chuyển phác đồ tái trị.
 - + Đối với phác đồ 2RSHZE/RHZE/5RHE: Nếu sau 3 tháng tấn công xét nghiệm đờm vẫn dương tính thì điều trị tấn công thêm 1 tháng bằng RHZE sau đó chuyển điều trị duy trì. Nếu xét nghiệm AFB(+) trong đờm từ tháng thứ 5 trở đi, chuyển người bệnh đến cơ sở điều trị lao kháng thuốc.

* Theo dõi X quang:

Cần làm X quang phổi sau 2-3 tháng điều trị. Hạch bệnh lý rốn phổi có thể tồn tại 2-3 năm sau bắt đầu điều trị lao thành công. X quang phổi trở về bình thường cũng phải tiếp tục điều trị lao cho đủ phác đồ.

* Theo dõi Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch:

- PHMD xảy ra trong 2 tình huống:
 - + Thứ nhất, trẻ nhiễm HIV bị lao trước khi dùng ARV nhưng không có biểu hiện. Khi bắt đầu ARV thì biểu hiện lao xảy ra, thường là 3-6 tháng sau khi bắt đầu ARV. Đây là PHMD-lao đồng thời.

- + Thứ hai, PHMD xảy ra với các triệu chứng kịch phát khi bắt đầu ARV ở trẻ nhiễm HIV đang điều trị lao thành công.
- Thực tế, các dữ liệu hiện có chưa cho phép kết luận PHMD ở trẻ em nhiễm HIV có nhiều hơn ở người lớn hay không. Sử dụng kháng viêm không Steroide cho những trường hợp triệu chứng nhẹ và vừa. Một số trường hợp cần dùng Corticoide 1-2 tuần để cải thiện trong khi vẫn phải tiếp tục ARV và thuốc lao. Trong mọi trường hợp PHMD đều không được phép ngưng thuốc lao.

4.7 Đánh giá kết quả điều trị

- a) **Khỏi:** Người bệnh điều trị đủ thời gian và có kết quả xét nghiệm đờm âm tính ít nhất 02 lần kể từ tháng điều trị thứ 5 trở đi.
- b) **Hoàn thành điều trị:** Người bệnh điều trị đủ thời gian nhưng không xét nghiệm đờm hoặc chỉ có xét nghiệm đờm 01 lần từ tháng thứ 5, kết quả âm tính.
- c) **Thất bại:** Người bệnh xét nghiệm đờm còn AFB(+) hoặc AFB(+) trở lại từ tháng thứ 5 trở đi.
- d) **Bỏ điều trị:** Người bệnh bỏ thuốc lao liên tục trên 02 tháng trong quá trình điều trị.
- đ) **Chuyển đi:** Người bệnh được chuyển đi nơi khác điều trị và có phiếu phản hồi. Nếu không có phiếu phản hồi coi như người bệnh bỏ trị.
- e) **Chết:** Người bệnh chết vì bất cứ căn nguyên gì trong quá trình điều trị lao.
- g) **Không đánh giá:** Những người bệnh đã đăng ký điều trị lao nhưng vì lý do nào đó không tiếp tục điều trị cho đến khi kết thúc phác đồ điều trị (ví dụ: thay đổi chẩn đoán khác).

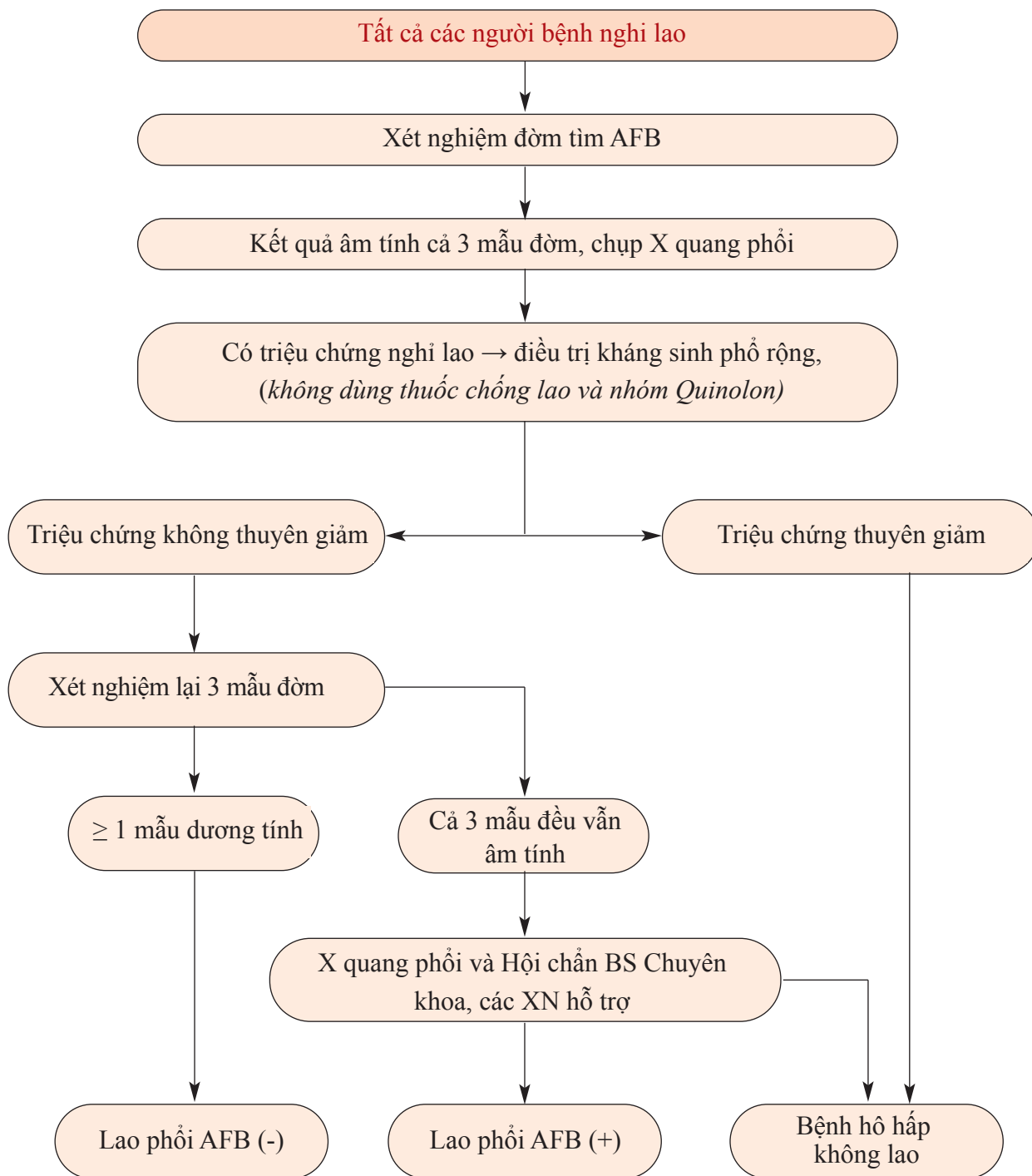
Lưu ý: Đối với người bệnh lao phổi AFB(-) hoặc lao ngoài phổi chỉ đánh giá là hoàn thành điều trị khi điều trị hết phác đồ.

4.8 Điều trị dự phòng lao bằng INH

- **Đối tượng:**
 - + Tất cả trẻ em nhiễm HIV đã được sàng lọc hiện không mắc bệnh lao tiến triển.
 - + Trẻ em dưới 5 tuổi tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây là người bệnh lao phổi AFB(+).
- **Phác đồ:** Isoniazide (INH) liều dùng 10 mg/kg/ngày (tối đa 300 mg/ngày); uống một lần hàng ngày trong 6-9 tháng; phối hợp vitamin B6 liều lượng 25mg hàng ngày.
- **Theo dõi đánh giá:** Cấp thuốc hàng tháng và đánh giá việc dùng thuốc ít nhất 1 tháng/lần. Nếu người bệnh bỏ trị, số liều bỏ trị ít hơn 50% tổng liều thì có thể bổ sung cho đủ. Nếu số liều bỏ quá 50% tổng liều thì nên bắt đầu điều trị từ đầu sau bỏ trị.

PHỤ LỤC 1

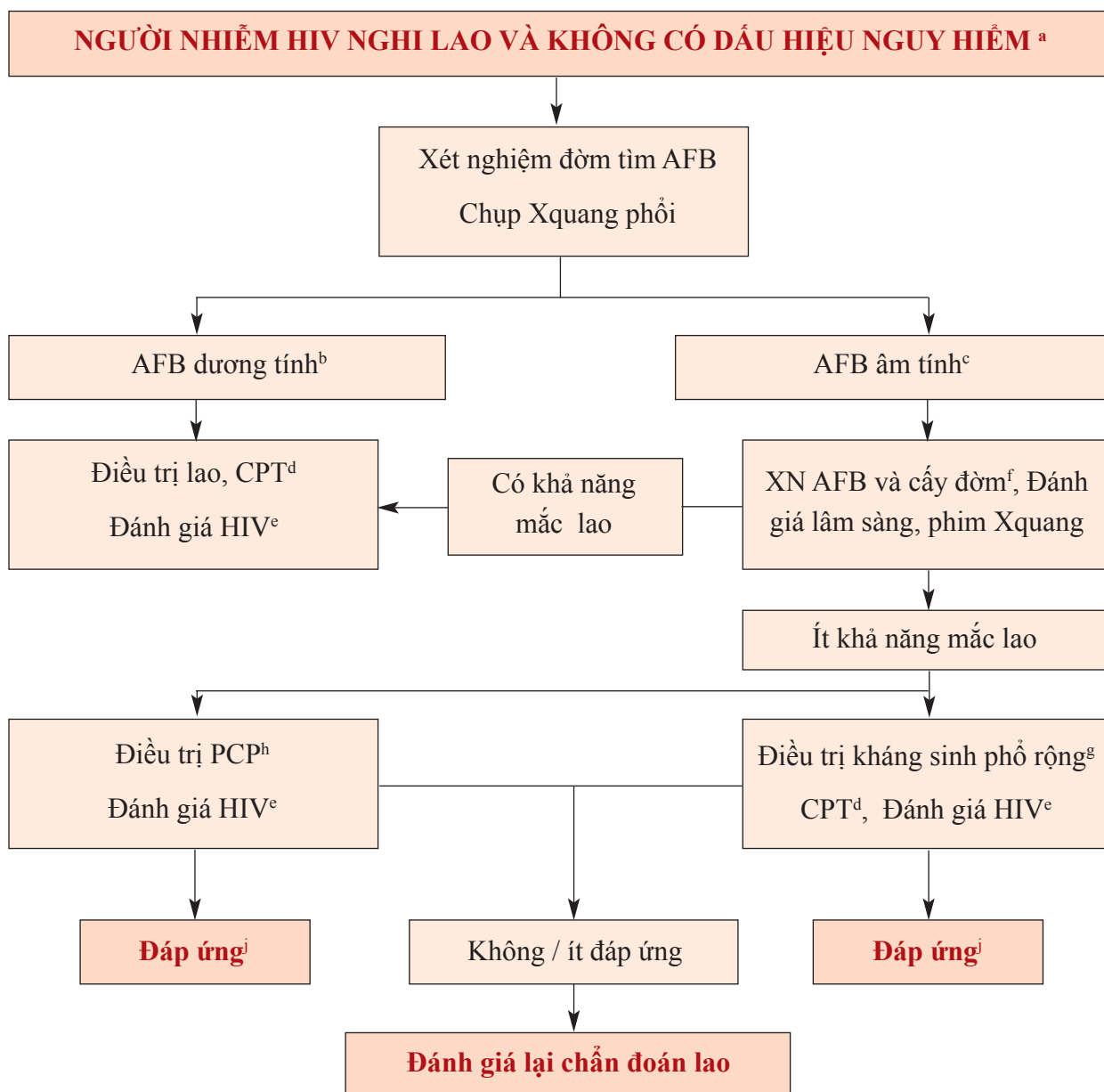
Sơ đồ quy trình chẩn đoán lao phổi AFB(-)



Lưu ý: Điều trị thử bằng kháng sinh phổ rộng khi các triệu chứng nghi lao (ho khạc đờm kéo dài, sốt thất thường...) còn tồn tại. Không sử dụng nhóm Quinolon vì nhóm thuốc này có tác dụng với vi khuẩn lao do vậy không phân biệt được giữa viêm do lao hay vi khuẩn khác. Nếu đã quyết định điều trị lao cần điều trị hết công thức và đủ thời gian tuân thủ nguyên tắc có kiểm soát trực tiếp.

PHỤ LỤC 2

Sơ đồ quy trình chẩn đoán lao phổi ở người HIV(+) không có dấu hiệu nặng

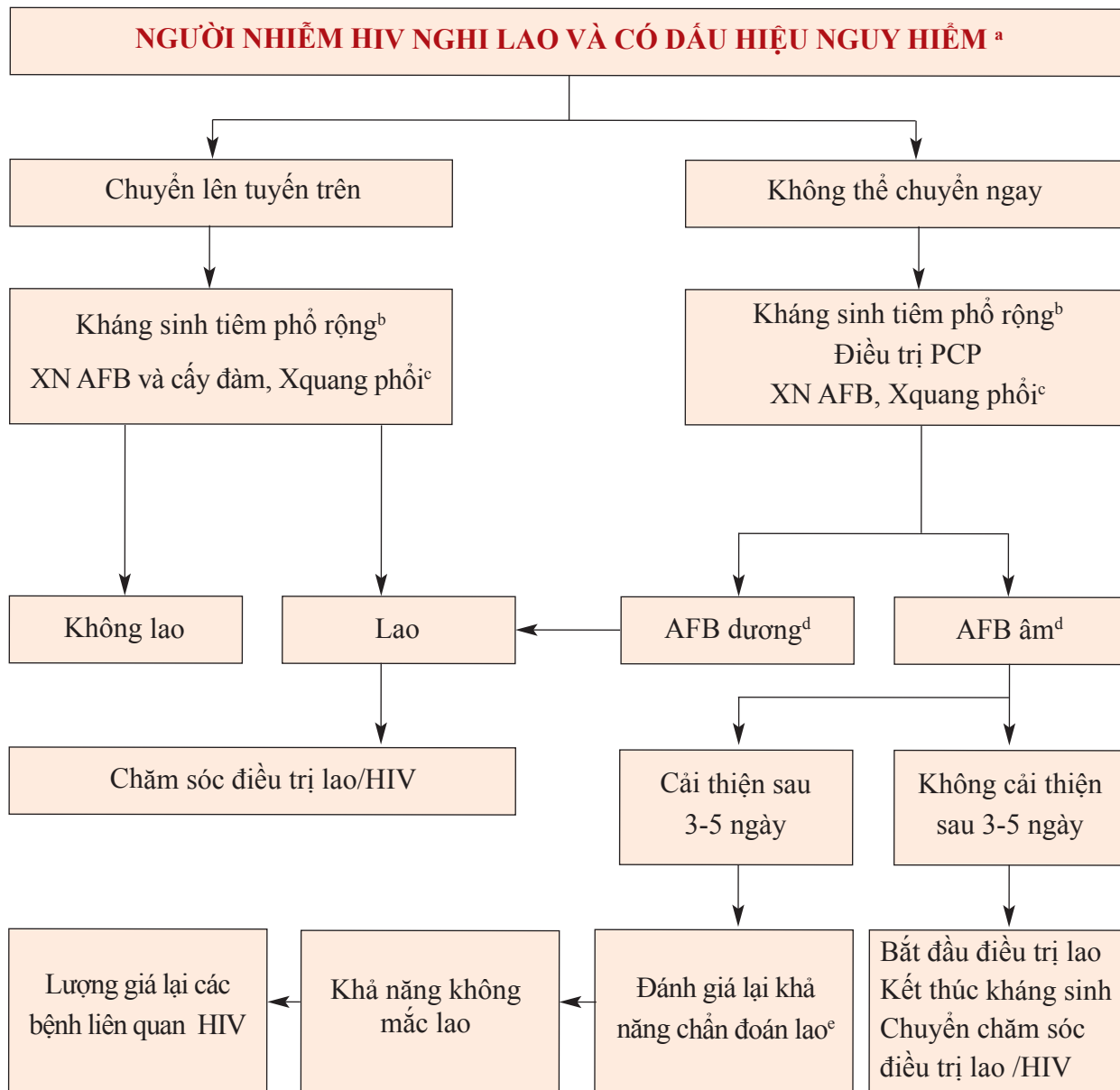


*** Chú thích:**

- Người bệnh đến không có dấu hiệu nặng (tự đi lại được, không khó thở, không sốt cao, mạch dưới 120/phút).
- Lao phổi AFB(+) khi có ít nhất một lần dương tính.
- AFB âm tính khi có ≥ 2 mẫu đờm AFB(-).
- CPT: Điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole.
- Đánh giá HIV bao gồm: phân loại lâm sàng, xét nghiệm đếm CD4 và xem xét điều trị HIV/AIDS (bao gồm cả ART).
- Chỉ một số nơi có điều kiện nuôi cấy. Phim chụp X-quang đã sẵn có từ lần khám đầu tiên, nếu có phim chụp các lần trước đây để so sánh càng tốt. Người bệnh được đánh giá kỹ về lâm sàng và X-quang phổi để chẩn đoán xác định hoặc loại trừ.
- PCP: Viêm phổi do *Pneumocystis Carinii* còn gọi là *Pneumocystis Jiroveci*.
- Kháng sinh phổ rộng (trừ nhóm Quinolon).
- Đánh giá lại theo quy trình nếu triệu chứng tái xuất hiện.

PHỤ LỤC 3

Sơ đồ quy trình chẩn đoán lao phổi ở người HIV (+) có dấu hiệu nặng



*** Chú thích:**

- a. Dấu hiệu nguy hiểm bao gồm một trong các dấu hiệu sau: nhịp thở >30/phút, sốt >39oC, mạch >120/phút và không tự đi lại được.
- b. Kháng sinh phổ rộng trừ nhóm Quinolon.
- c. Các xét nghiệm này cần được thực hiện sớm để tăng tốc độ chẩn đoán.
- d. AFB dương tính được xác định khi có ít nhất một lần dương tính, AFB âm tính - khi có 2 hay nhiều hơn các mẫu AFB âm tính.
- e. Lượng giá lại lao bao gồm xét nghiệm AFB và lượng giá lâm sàng.

PHỤ LỤC 4**Liều lượng các thuốc chống lao theo cân nặng**

Loại thuốc	Hàng ngày	Mỗi tuần 3 lần
	Liều lượng (khoảng cách liều) tính theo mg/kg cân nặng	Liều lượng (khoảng cách liều) tính theo mg/kg cân nặng
Isoniazid	5 (4-6)	10 (8 -12)
Rifampicin	10 (8-12)	10 (8 -12)
Pyrazinamid	25 (20-30)	35 (30-40)
Ethambutol	Trẻ em 20 (15-25) Người lớn 15 (15-20)	30 (25-35)
Streptomycin	15 (12-18)	15 (12-18)

PHỤ LỤC 5**Xử trí một số tác dụng phụ thường gặp**

Tác dụng phụ	Thuốc	Cách xử lý
Loại nhẹ:		
Buồn nôn, nôn mửa, đau bụng	R	Sau bữa ăn buổi tối
Đau khớp	Z	Aspirin hoặc thuốc kháng viêm không Steroid
Cảm giác nóng bỏng ở chân	H	Pyridoxin 50 – 70 mg/ngày
Nước tiểu đỏ hoặc da cam	R	Tiếp tục dùng
Ngứa, phát ban ngoài da	S,H,R,Z	Ngưng thuốc, giải mẫn cảm và thử dùng lại
Loại nặng:		
Sốc phản vệ	S	Ngưng S, thay bằng E, không dùng lại
U tai, chóng mặt, điếc	S	Ngưng S, thay bằng E
Xuất huyết da, thiếu máu tan huyết, suy thận cấp	R	Ngưng R, Không bao giờ dùng lại
Giảm thị lực (trừ căn nguyên khác)	E	Ngưng E
Vàng da, viêm gan (trừ căn nguyên khác)	Z,H,R	Ngưng thuốc chờ hết viêm gan, thử dùng lại H, R
Sốc và purpura (viêm trợt da)	R	Ngưng Rifampicin

PHỤ LỤC 6 (*)

Bảng điểm phân loại trẻ em nghi ngờ mắc lao dựa vào tình hình dịch tễ Việt Nam

Tiêu chuẩn	Thang điểm theo nhóm tuổi	
	0-4 tuổi	5-15 tuổi
Tiếp xúc trực tiếp với người biết là bị mắc lao	1	1
Phản ứng Mantoux (a) dương tính	2	3
Ho kéo dài	2	1
Thấp cân so với tuổi / Sút cân	2	2
Sốt kéo dài chưa rõ nguyên nhân	3	3
Tổng số điểm (**)		

(*) Theo Hướng dẫn thực hiện Chương trình chống Lao Quốc gia.

(**) Nếu tổng số điểm ≥ 6 thì chuyển lên tuyến trên để làm các xét nghiệm chẩn đoán.

(a): Là test tuberculin trong da.

PHỤ LỤC 7 (*)

Bảng điểm đánh giá trẻ em nghi ngờ mắc lao

Bệnh cảnh	Điểm chuẩn	Điểm có
<i>Thời gian bệnh</i>		
Dưới 2 tuần	0	
Từ 2 đến 4 tuần	1	
Trên 4 tuần	3	
<i>Cân nặng so với tuổi</i>		
Trên 80%	0	
Từ 60% đến 80%	1	
Dưới 60%	3	
<i>Tiền sử gia đình bị lao (trước đây hoặc hiện nay)</i>		
Không có	0	
Gia đình có người bị lao	1	
Gia đình có người bị lao AFB đàm (+)	3	
<i>Biểu hiện khác nếu có</i>		
Phản ứng Mantoux dương tính	3	
Hạch to, ít / không đau, chắc / mềm, rò ở cổ / nách / bẹn	3	

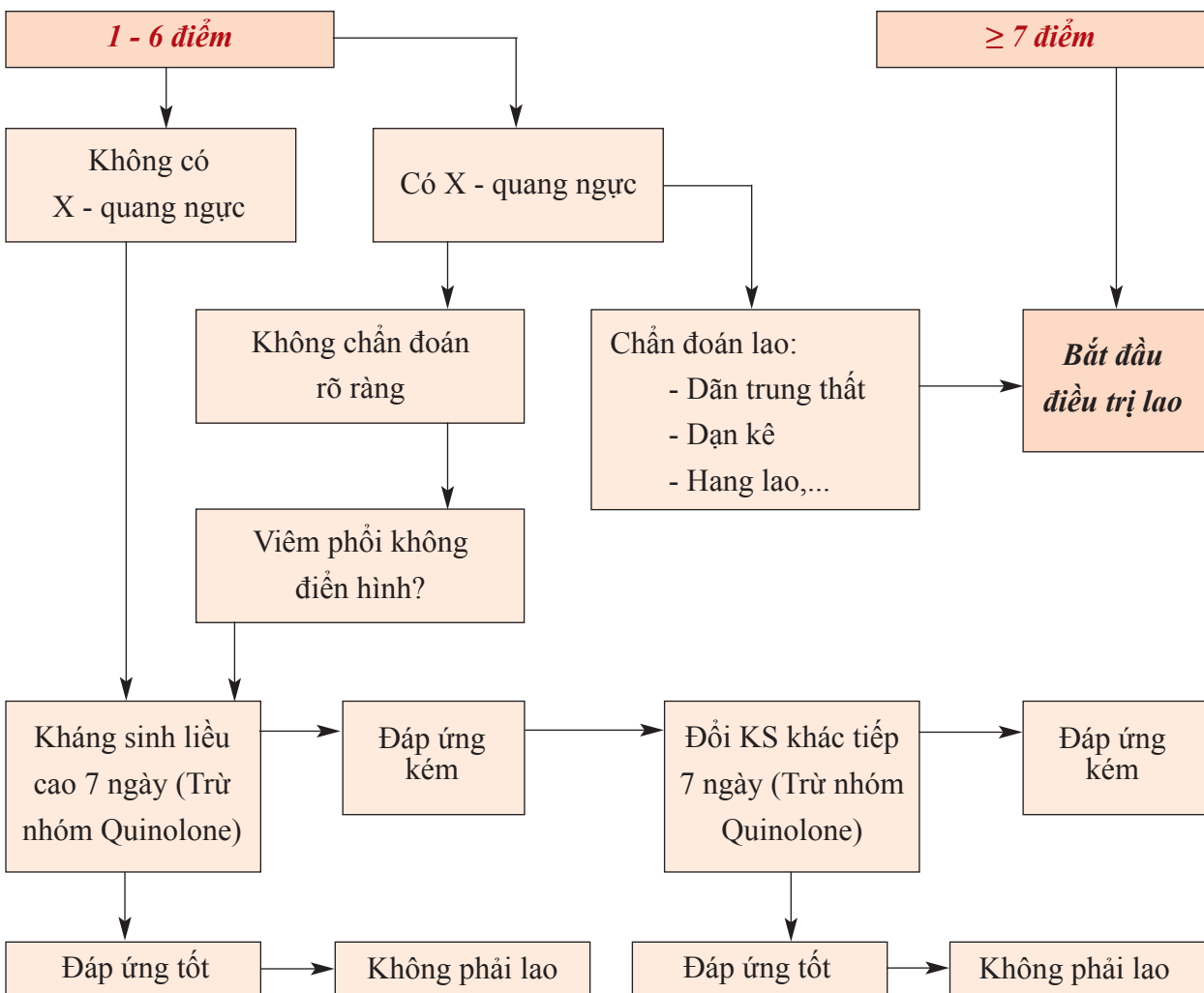
Sốt không rõ nguyên nhân, ra mồ hôi đêm, điều trị sốt rét không đáp ứng	2	
Suy dinh dưỡng, không cải thiện sau 4 tuần	3	
Biến dạng cột sống	4	
Khớp / Xương sưng hoặc dò	3	
Khối u ở bụng không rõ nguyên do, tràn dịch màng bụng	3	
Thần kinh trung ương: Thay đổi tính tình hoặc hôn mê (Chuyển đi bệnh viện nếu được)	3	
Tổng cộng điểm (**)		

(*) Theo BS Keith Edwards (Trong Clinical Tuberculosis – John Crofton, Norman Horne, Fred Miller; Macmillan Education Ltd, 1992)

(**) Nếu ≥ 7 điểm thì điều trị lao. Nếu dưới 7 điểm, xem sơ đồ trang bên.

SƠ ĐỒ

Khi trẻ có dấu hiệu gợi ý viêm phổi và không có dấu hiệu nghi lao



CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Bệnh lao có thể xảy ra ở trẻ nhiễm HIV:

- a. Khi trẻ ở giai đoạn lâm sàng 3.
- b. Khi trẻ ở giai đoạn lâm sàng 4.
- c. Khi trẻ có CD4 giảm dưới 25% hoặc dưới 350/mm³.
- d. Ở bất cứ giai đoạn nào của nhiễm HIV.

2. Trẻ nhiễm HIV bị bệnh lao:

- a. Luôn có triệu chứng của phổi (ho, sốt).
- b. Diễn tiến chậm, thường bị ở cơ quan ngoài phổi.
- c. Bị lao kê và lao màng não nhiều hơn trẻ không nhiễm HIV.
- d. Tổn thương X quang phổi rất điển hình.

3. Phương pháp hàng đầu phát hiện nhiễm lao tiềm ẩn ở trẻ nhiễm HIV là:

- a. Xét nghiệm soi trực tiếp AFB dịch hút dạ dày.
- b. Test tuberculin trong da.
- c. Chụp X quang phổi.
- d. Thử PCR vi khuẩn lao dịch hút hầu họng.

4. Lao kháng thuốc cần nghi ngờ khi trẻ nhiễm HIV bị lao trong những trường hợp sau, ngoại trừ:

- a. Tiếp xúc với nguồn lây kháng thuốc không thường xuyên.
- b. Tiếp xúc với người bị lao chết khi đang điều trị mà người này bị nghi ngờ lao kháng thuốc.
- c. Trẻ không đáp ứng với điều trị thuốc kháng lao thiết yếu.
- d. Trẻ tiếp xúc với nguồn lây có đờm vẫn dương tính sau hai tháng điều trị lao trực tiếp có kiểm soát.

5. Phác đồ điều trị lao ban đầu cho tất cả các thể lao ở trẻ nhiễm HIV là:

- a. 2RSHZ/6HE
- b. 2REHZ/4RH
- c. 2REHZ/6HE
- d. 2RHZ/6RH

6. Trẻ nhiễm HIV phát hiện bị lao trước khi điều trị ARV thì:

- Tiến hành điều trị lao cùng lúc với bắt đầu điều trị ARV.
- Tiến hành điều trị lao sớm 2-8 tuần sau khi dùng ARV.
- Tiến hành điều trị lao sớm 2-8 tuần trước khi dùng ARV
- Tiến hành điều trị lao hết 8 tuần trước khi dùng ARV

7. Trẻ nhiễm HIV xác định bị lao khi đang điều trị ARV thì:

- Ngưng điều trị ARV, điều trị lao xong sẽ dùng ARV lại.
- Điều trị như là Hội chứng phục hồi miễn dịch trước, xong sẽ điều trị lao.
- Tiếp tục phác đồ ARV hiện dùng để không kháng thuốc cùng lúc với điều trị lao.
- Bắt đầu điều trị lao và điều chỉnh phác đồ ARV cho phù hợp.

8. Trẻ nhiễm HIV bị lao phổi được theo dõi X quang phổi:

- Mỗi tháng.
- Khi nghi ngờ kháng thuốc.
- Sau 2-3 tháng điều trị.
- Không cần, chỉ theo dõi lâm sàng.

9. Trẻ 9 tuổi nhiễm HIV, có test tuberculin trong da 6mm, có triệu chứng nghi ngờ lao phổi, xét nghiệm đờm âm tính cả 3 lần, X quang phổi có hạch bệnh lý rốn phổi, kháng sinh sử dụng cho trẻ có thể dùng là, ngoại trừ:

- Azithromycin
- Ciprofloxacin
- Cotrimoxazole
- Roxithromycin

10. Liều INH dự phòng lao cho trẻ nhiễm HIV là:

- 10mg/kg/ngày
- 5mg/kg/ngày
- Trẻ dưới 10 kg: 5mg/kg/ngày; Trẻ trên 10kg: 10mg/kg/ngày
- Trẻ dưới 10 kg: 10mg/kg/ngày; Trẻ trên 10kg: 5mg/kg/ngày

BÀI 12. ĐIỀU TRỊ ARV CHO TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Trình bày được mục đích và nguyên tắc của điều trị ARV cho trẻ em nhiễm HIV/AIDS.
2. Trình bày được các tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV.
3. Trình bày được các nội dung của chuẩn bị sẵn sàng điều trị.
4. Trình bày được các phác đồ điều trị.
5. Trình bày được các điều trị ARV ở trẻ có bệnh lao, viêm gan cấp.
6. Chỉ định điều trị ARV ở trẻ có các bệnh NTCH khác.

Thời gian học tập: 90 phút

Nội dung bài học:

1. Lao nguyên phát.
1. Mục đích và nguyên tắc điều trị ARV.
2. Các tiêu chuẩn chỉ định điều trị ARV.
3. Các bước chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV
4. Các phác đồ điều trị bậc 1.
5. Điều trị ARV ở trẻ khi có các bệnh nhiễm trùng cơ hội kèm theo.

1. Mục đích và nguyên tắc điều trị ARV

1.1 Mục đích của điều trị ARV ở trẻ em nhiễm HIV

- Ưc chế sự nhân lên của HIV và kim hãm lượng trong máu ở mức thấp nhất.
- Phục hồi chức năng miễn dịch, giảm nguy cơ mắc các bệnh NTCH.
- Cải thiện chất lượng sống và tăng khả năng sống sót cho trẻ.
- Duy trì sự phát triển bình thường cho trẻ cả về thể chất và trí tuệ.

1.2 Nguyên tắc điều trị ARV

- Điều trị ARV là một phần trong tổng thể các dịch vụ chăm sóc, dinh dưỡng, hỗ trợ y tế, tâm lý và xã hội cho trẻ nhiễm HIV/AIDS.
- Bất cứ phác đồ điều trị nào cũng phải có ít nhất 3 loại thuốc.
- Điều trị ARV là điều trị suốt đời; trẻ cần phải tuân thủ điều trị tuyệt đối để đảm bảo hiệu quả điều trị và tránh kháng thuốc.

- Trẻ nhiễm HIV được điều trị ARV khi tình trạng miễn dịch chưa phục hồi cần được tiếp tục điều trị dự phòng các bệnh NTCH.

1.3 Các nhóm thuốc ARV được sử dụng tại Việt Nam

- Nhóm ức chế men sao chép ngược nucleoside và nucleotide (NRTI).
- Nhóm ức chế men sao chép ngược không phải là nucleoside (NNRTI).
- Nhóm ức chế men protease (PI).

2. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV

Tiêu chuẩn để bắt đầu điều trị bằng ARV ở trẻ em cần dựa vào tình trạng chẩn đoán nhiễm HIV, lứa tuổi, GĐLS và giai đoạn miễn dịch của trẻ.

1. Trẻ có chẩn đoán xác định nhiễm HIV:

- Trẻ < 12 tháng tuổi: điều trị ngay, không phụ thuộc vào GĐLS và tế bào CD4.
- Trẻ từ 12 tháng tuổi trở lên, chỉ định khi:
 - + GĐLS 4, không phụ thuộc vào tế bào CD4;
 - + GĐLS 3, không phụ thuộc vào tế bào CD4. Tuy nhiên trẻ mắc lao, LIP, bạch sản dạng lông miệng, giảm tiểu cầu nên điều trị trước và trì hoãn ARV nếu tế bào CD4 còn ở trên ngưỡng “Suy giảm nặng” theo lứa tuổi; nếu không làm được xét nghiệm tế bào CD4 xem xét điều trị ARV
 - + GĐLS 2 và tế bào CD4 (hoặc tổng số tế bào lympho) ở dưới ngưỡng “Suy giảm nặng” theo lứa tuổi
 - + GĐLS 1 và tế bào CD4 ở dưới ngưỡng “Suy giảm nặng theo lứa tuổi”

2. Trẻ dưới 18 tháng tuổi chưa có chẩn đoán xác định nhiễm HIV bằng xét nghiệm vi rút, nhưng được chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng.

3. Chuẩn bị sẵn sàng điều trị bằng ARV

Quá trình chuẩn bị sẵn sàng điều trị ARV cần tiến hành từ khi trẻ được quản lý tại cơ sở điều trị; các nội dung chuẩn bị sẵn sàng điều trị nên lồng ghép trong các lần tái khám để đảm bảo trẻ được điều trị kịp thời khi đủ tiêu chuẩn điều trị.

3.1 Đánh giá trước điều trị

- Cần tiến hành những bước như sau cho trẻ đủ tiêu chuẩn điều trị bằng ARV.
- Đánh giá lại GĐLS và giai đoạn miễn dịch.

- Sàng lọc lao và các bệnh NTCH khác, khám hoặc hội chẩn với các dịch vụ y tế khác (lao, da liễu,...) khi cần. Điều trị ngay các bệnh NTCH cấp tính và lao nếu có.
- Làm các xét nghiệm cơ bản để chọn phác đồ phù hợp: CTM/Hgb, men gan.
- Hỏi tiền sử dùng thuốc ARV của mẹ và của trẻ, lý do sử dụng, phác đồ cụ thể; sự tuân thủ, tiến triển trong quá trình điều trị,...
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, hoàn cảnh gia đình của trẻ, sự mong muốn được điều trị của gia đình/người chăm sóc trẻ.
- Dự kiến phác đồ ARV thích hợp cho trẻ.
- Thông báo về kế hoạch chuẩn bị điều trị ARV cho gia đình/người chăm sóc trẻ.
- Điều trị dự phòng CTX và các dự phòng khác nếu có chỉ định.

3.2 Tư vấn trước điều trị

Tư vấn cho cha mẹ/người chăm sóc và cho trẻ (nếu trẻ đã lớn) về “Kiến thức điều trị bằng thuốc ARV” bao gồm:

- Tiến triển của nhiễm HIV, lợi ích của điều trị và các thuốc ARV chỉ định cho trẻ;
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, các biện pháp tăng cường sự tuân thủ;
- Phác đồ điều trị, cách chia và đong thuốc, cách bảo quản thuốc;
- Cách giải quyết tình huống trẻ nôn sau uống thuốc, các tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí;
- Kế hoạch chăm sóc và theo dõi tại cơ sở điều trị, tại nhà.

3.3 Đánh giá sẵn sàng điều trị

- Đánh giá hiểu biết của cha, mẹ/người chăm sóc trẻ về HIV, ARV và tầm quan trọng của tuân thủ.
- Tư vấn lại nếu cha mẹ/người chăm sóc chưa đủ kiến thức. Rút ngắn thời gian tư vấn trong trường hợp trẻ có tình trạng nặng và cần điều trị ARV sớm.
- Kiểm tra lại các thông tin: nơi cư trú, địa chỉ liên lạc khi cần, hỗ trợ của cộng đồng.
- Cha, mẹ/người chăm sóc trẻ ký cam kết tham gia điều trị cho trẻ.
- *Lưu ý:* Nếu trẻ cần được điều trị ngay, cấp thuốc ARV để điều trị và lập kế hoạch tư vấn cho từng lần khám tiếp theo, hoặc cho nhập viện.

3.4 Bắt đầu điều trị

- Chỉ định phác đồ bậc 1 cho tất cả trẻ em bắt đầu được điều trị. Cần chú ý tiền sử tiếp xúc với NVP để lựa chọn phác đồ phù hợp.
- Cấp thuốc ARV và hướng dẫn lại cho cha, mẹ/người chăm sóc về các loại thuốc trẻ được điều trị, cách sử dụng, lịch tái khám. Đảm bảo cha mẹ/người chăm sóc có kế hoạch tuân thủ điều trị và biết cách xử trí khi gặp khó khăn.

- Hướng dẫn cách bảo quản thuốc tại nhà.
- Chọn dạng thuốc (nước, viên) phù hợp cho từng trẻ và theo lứa tuổi, cân nặng.
- Liều lượng thuốc được tính theo cân nặng hoặc diện tích da.
- Cần tính liều để chọn viên thuốc có hàm lượng phù hợp với cân nặng của từng trẻ, không nên cắt viên thuốc nhỏ hơn ½ viên.
- *Lưu ý:* các tương tác thuốc khi lựa chọn phác đồ.

4. Các phác đồ điều trị bậc 1

4.1 Phác đồ cho trẻ em bắt đầu được điều trị bằng ARV (trừ trường hợp trẻ đã tiếp xúc với NVP qua DPLTMC trong vòng 12 tháng)

4.1.1 Phác đồ chính: AZT + 3TC + NVP

- Chỉ định: Cho tất cả trẻ em bắt đầu điều trị ARV chưa tiếp xúc với NVP hoặc đã tiếp xúc (qua DPLTMC) đã trên 12 tháng.
- *Lưu ý:*
 - + Không điều trị phác đồ này cho trẻ có Hgb < 80g/l; Nếu đang điều trị Hgb < 70g/l cần thay AZT;
 - + Thận trọng khi sử dụng NVP trên trẻ có ATL tăng gấp 2,5 lần trị số bình thường và trẻ đang điều trị lao bằng phác đồ có Rifampicin.

4.1.2 Các phác đồ thay thế

a. Phác đồ d4T + 3TC + NVP

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này khi trẻ không dùng được AZT.
- *Lưu ý:* Thận trọng khi sử dụng NVP trên trẻ có ATL > 2,5 lần trị số bình thường và trẻ đang điều trị lao bằng phác đồ có rifampicin.

b. Phác đồ AZT + 3TC + EFV

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này cho trẻ không dùng được d4T và NVP, hoặc đang điều trị lao phác đồ có rifampicin nhưng trên 3 tuổi và cân nặng > 10kg.
- *Lưu ý:*
 - + Không điều trị phác đồ này khi Hgb < 80g/l. Nếu đang điều trị, Hgb < 70g/l, thay AZT;
 - + Không điều trị phác đồ này cho trẻ dưới 3 tuổi hoặc cân nặng < 10kg, trẻ nữ vị thành niên có thai trong 3 tháng đầu, hoặc trẻ bị bệnh tâm thần (tiền sử và hiện tại).

c. Phác đồ d4T + 3TC + EFV

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này cho trẻ không dùng được NVP và AZT, hoặc đang điều trị lao phác đồ có Rifampicin nhưng trên 3 tuổi và cân nặng > 10kg.

- Lưu ý:

- + Không điều trị phác đồ này cho trẻ dưới 3 tuổi hoặc cân nặng < 10kg, trẻ vị thành niên có thai trong 3 tháng đầu, hoặc trẻ bị bệnh tâm thần.

d. Phác đồ ba thuốc NRTI: AZT hoặc d4T + 3TC + ABC

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này cho trẻ không sử dụng được NVP và EFV hoặc đang điều trị lao bằng phác đồ có Rifampicin nhưng dưới 3 tuổi và cân nặng <10kg. Nên hạn chế dùng phác đồ này.

4.2 Phác đồ cho trẻ dưới 12 tháng tuổi đã tiếp xúc với NVP (mẹ hoặc trẻ được điều trị DPLTMC bằng phác đồ có NVP)

4.2.1 Phác đồ chính: AZT + 3TC + LPV/r

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này cho tất cả các trẻ dưới 12 tháng tuổi đã tiếp xúc với NVP qua dự phòng LTMC.

4.2.2 Phác đồ thay thế

a. d4T + 3TC + LPV/r

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này cho trẻ có chống chỉ định hoặc không dung nạp được AZT.

b. ABC + 3TC + LPV/r

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này cho trẻ có chống chỉ định hoặc không dung nạp được AZT, d4T.

c. AZT + 3TC + NVP hoặc d4T + 3TC + NVP

- Chỉ định: Sử dụng phác đồ này khi không có LPV/r.

5. Điều trị ARV ở trẻ khi có các bệnh NTCH kèm theo

- Chỉ định điều trị bằng ARV nhằm mục đích kìm hãm sự phát triển của HIV và cân cân nhắc giữa:

- + Điều trị ARV để hệ thống miễn dịch phục hồi chống lại nhiễm trùng cứu sống và kéo dài đời sống của người bệnh;



- + Tuy nhiên khi tình trạng miễn dịch được phục hồi, ở bệnh nhân sẽ có nguy cơ xuất hiện hội chứng phục hồi miễn dịch và nguy cơ xuất hiện các tác dụng phụ cũng như xuất hiện sự tương tác giữa các thuốc đang điều trị.
- Vì vậy cần lưu ý một số nguyên tắc điều trị bằng ARV khi có NTCH:
 - + Luôn luôn điều trị các bệnh NTCH cấp trước;
 - + Bắt đầu điều trị thuốc ARV khi các bệnh NTCH đã ổn định trên lâm sàng;
 - + Thận trọng đối với tình trạng tương tác và ngộ độc thuốc;
 - + Chú ý phát hiện và xử trí kịp thời hội chứng phục hồi miễn dịch.
- Đặc biệt sau khi điều trị bằng ARV, thường xuất hiện hội chứng phục hồi miễn dịch làm cho tình trạng bệnh nhân nặng hơn, vì vậy nên trì hoãn ARV cho hết giai đoạn điều trị tấn công khi có các bệnh NTCH sau:
 - + Lao;
 - + Nhiễm nấm Penicilliose; (kiểm tra lại tên)
 - + Nhiễm Toxoplasmosis;
 - + Nhiễm Cryptococcosis;
 - + Viêm phổi do PCP.

5.1 Điều trị ARV ở trẻ mắc lao

5.1.1 Trẻ được phát hiện lao trước khi điều trị ARV

- Nếu bệnh nhân chỉ có lao phổi (giai đoạn lâm sàng 3) và không có các bệnh lý khác của GDLS 3, 4 hoặc CD4 của bệnh nhân ở ngưỡng không suy giảm hoặc suy giảm nhẹ theo lứa tuổi:
 - + Cần tiến hành điều trị lao;
 - + Sau khi hoàn thành điều trị lao đánh giá lại và bắt đầu xem xét điều trị ARV.
- Nếu bệnh nhân đang mắc lao phổi và đang mắc (hoặc đã từng mắc) các bệnh lý khác thuộc GDLS 3, 4 hoặc CD4 của bệnh nhân ở ngưỡng suy giảm tiến triển:
 - + Cần tiến hành điều trị lao trước;
 - + Bắt đầu điều trị ARV sau khi hoàn thành giai đoạn điều trị lao tấn công.
- Nếu bệnh nhân đang mắc lao ngoài phổi hoặc CD4 của bệnh nhân ở ngưỡng suy giảm nặng của lứa tuổi:
 - + Điều trị lao trong vòng 2 - 8 tuần và theo dõi tiến triển điều trị;
 - + Nếu bệnh nhân dung nạp thuốc tiến hành điều trị ARV.
- Phác đồ điều trị ARV ở trẻ em đang điều trị lao có Rifampicin:
 - + Trẻ ≤ 3 tuổi và cân nặng $< 10\text{kg}$: AZT hoặc d4T + 3TC + ABC;
Nếu không sẵn có ABC có thể xem xét dùng AZT+3TC+NVP;
 - + Trẻ > 3 tuổi và cân nặng $> 10\text{kg}$: AZT hoặc d4T + 3TC + EFV.
- Lưu ý: Có thể sử dụng lại phác đồ có NVP khi điều trị lao bằng phác đồ có Rifampicin kết thúc.

5.1.2 Trẻ được phát hiện lao trong khi điều trị ARV

Cần xác định xem lao là biểu hiện của hội chứng PHMD hay thất bại điều trị. Nếu là hội chứng PHMD: Tiếp tục điều trị ARV nếu trẻ vẫn dung nạp thuốc;

Điều trị lao theo phác đồ Quốc gia;

- Chỉ ngừng điều trị ARV nếu tình trạng trẻ nặng và không dung nạp được thuốc. Bắt đầu lại các thuốc ARV khi hội chứng viêm PHMD thuyên giảm và trẻ dung nạp thuốc.
- Lựa chọn phác đồ ARV tránh tương tác thuốc:
 - + Nếu trẻ đang dùng phác đồ bậc 1 không có NVP, tiếp tục phác đồ đã dùng;
 - + Nếu trẻ đang dùng phác đồ bậc 1 có NVP:
 - ++ Thay NVP bằng ABC nếu trẻ ≤ 3 tuổi hoặc cân nặng dưới 10 kg; Thay NVP bằng EFV nếu trẻ > 3 tuổi và cân nặng trên 10 kg và quay về phác đồ chuẩn d4T + 3TC + NVP khi kết thúc điều trị lao;
 - ++ Nếu không có ABC hoặc EFV tiếp tục dùng NVP.
 - + Nếu trẻ đang điều trị phác đồ có LPV/r: cân nhắc tăng liều Ritonavir bằng liều Lopinavir.

5.2 Viêm phổi do PCP, nhiễm nấm Penicilliose, nhiễm Toxoplasmosis, Cryptococcosis

5.2.1 Nếu bệnh nhân chưa được điều trị bằng ARV

- Cần điều trị các bệnh NTCH này trước.
- Khi điều trị kết thúc giai đoạn tấn công chuyển sang giai đoạn điều trị duy trì xem xét điều trị bằng ARV.

5.2.2 Nếu bệnh nhân đang điều trị bằng ARV

Cần xem xét đây là hội chứng PHMD hay thất bại điều trị.

a. Nếu là hội chứng PHMD:

- Tiếp tục điều trị ARV nếu trẻ vẫn dung nạp thuốc.
- Điều trị NTCH theo căn nguyên;
- Lưu ý các tương tác thuốc, nếu có.
- Chỉ ngừng điều trị ARV nếu tình trạng chung của trẻ nặng lên và không dung nạp được thuốc.
 - + Xem xét điều trị Corticosteroid khi hội chứng viêm PHMD nặng: Prednisolone hoặc Methylprednisolone uống hoặc tiêm, liều 0,5-1,0mg/kg/ngày cho đến khi tình trạng trẻ cải thiện, sau đó giảm dần liều trong 1-2 tuần;
 - + Bắt đầu lại các thuốc ARV khi hội chứng viêm PHMD thuyên giảm và trẻ dung nạp thuốc.

b. Nếu do thất bại điều trị:

- Điều trị bệnh NTCH mới theo căn nguyên;
- Hội chẩn (hoặc chuyển tuyến) đánh giá thất bại điều trị và đổi phác đồ bậc 2.

5.3 Điều trị ARV ở trẻ đồng nhiễm viêm gan

Ở bệnh nhân nhiễm HIV thường có đồng nhiễm viêm gan, vì vậy nếu có điều kiện nên làm xét nghiệm xác định đồng nhiễm viêm gan B và C ngay từ khi đăng ký điều trị. Tiêu chuẩn điều trị bằng ARV cho trẻ có đồng nhiễm viêm gan B và C cũng như mọi trẻ nhiễm HIV khác.

5.3.1 Nếu bệnh nhân chưa được điều trị bằng ARV

Trước khi điều trị bằng ARV cần kiểm tra men gan theo quy định.

Nếu men gan (ALT) tăng $\geq 2,5$ lần bình thường:

- + Đối với trẻ trên 3 tuổi: Tốt nhất, sử dụng phác đồ AZT (hoặc d4T) + 3TC + EFV;
- + Đối với trẻ dưới 3 tuổi hoặc không có EFV: Sử dụng phác đồ AZT (hoặc d4T) + 3TC + NVP; theo dõi sát xét nghiệm ALT.

Không nên chọn phác đồ ARV có NVP khi ALT > 5 lần trị số bình thường.

Trong quá trình điều trị cần theo dõi chặt chẽ men gan, đặc biệt trong giai đoạn viêm gan đang tiến triển:

- Nếu ALT ≤ 5 lần chỉ số bình thường, vẫn tiếp tục điều trị;
- Nếu ALT tăng từ 5-10 lần chỉ số bình thường, tiếp tục phác đồ điều trị nhưng phải theo dõi chặt chẽ, làm xét nghiệm men gan 1 - 2 tuần/lần;
- Nếu ALT tăng >10 lần, hoặc tăng gấp 5 lần kèm theo vàng da cần thay NVP bằng EFV hoặc bằng PI.

Thuốc 3TC có tác dụng điều trị viêm gan B. Trong trường hợp cần thay đổi phác đồ điều trị nên tiếp tục 3TC trong phác đồ mới để tránh bùng phát viêm gan B.

5.3.2 Nếu bệnh nhân đang điều trị bằng ARV

Viêm gan cấp dễ xảy ra trên bệnh nhân có đồng nhiễm HIV/VGB trong vài tháng đầu được điều trị bằng ARV và thường là biểu hiện của hội chứng viêm PHMD. Thường khó phân biệt với ngộ độc gan do ARV. Cần theo dõi lâm sàng và xét nghiệm men gan chặt chẽ và sử trí như trường hợp viêm gan.

5.4 Một số tình huống cần lưu ý khi điều trị ARV

- Dị ứng thuốc: Không cho ARV khi có dị ứng cấp.
- Thiếu máu: Điều trị căn nguyên. Nếu không thấy căn nguyên, dùng ARV không có AZT.
- Nhiễm phức hợp Mycobacterium avium, bệnh do CMV, tiêu chảy do Cryptosporidium và Microsporidium: Điều trị ARV kết hợp với điều trị NTCH. Chú ý tương tác thuốc.
- Phát ban sẩn ngứa, viêm da tuyến nhờn: Điều trị ARV.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Các câu 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14 chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Phác đồ cho trẻ em bắt đầu điều trị bằng ARV chưa dự phòng lây truyền mẹ con là:

- a. d4T + 3TC + NVP
- b. AZT + 3TC + NVP
- c. AZT + 3TC + EFV
- d. d4T + 3TC + EFV

2. Không điều trị phác đồ có AZT cho trẻ có:

- a. Hgb < 90 g/l
- b. Hgb < 80 g/l
- c. Hgb < 70 g/l
- d. Hgb < 60 g/l

3. Tích vào ý đúng khi sử dụng phác đồ AZT + 3TC + EFV:

- a. Uống AZT + 3TC cách nhau 12 giờ, EFV uống một lần vào buổi tối.
- b. Uống AZT + 3TC + EFV cách nhau 12 giờ.
- c. Uống EFV cách nhau 12 giờ, AZT + 3TC uống một lần vào buổi tối.
- d. EFV không sử dụng cho trẻ trên 3 tuổi và trên 10kg.

4. Phác đồ ba thuốc NRTI: AZT hoặc d4T + 3TC + ABC được sử dụng cho:

- a. Sử dụng khi không chọn được phác đồ khác.
- b. Trẻ đang điều trị lao.
- c. Trẻ dưới 3 tuổi và cân nặng >10kg.
- d. Nên hạn chế sử dụng.

5. Phác đồ chính dung cho trẻ dưới 12 tháng tuổi đã tiếp xúc với NVP:

- a. d4T + 3TC + LPV/r
- b. ABC + 3TC + LPV/r
- c. AZT + 3TC + LPV/r
- d. AZT + 3TC + NVP

6. Nêu các nguyên tắc điều trị bằng ARV khi có NTCH.

7. Cần trì hoãn ARV cho hết giai đoạn điều trị tấn công khi có các bệnh NTCH nào?

8. Trẻ được xác định nhiễm HIV, trước khi điều trị ARV trẻ được phát hiện lao phổi nhưng không có các bệnh lý khác của GĐLS 3, 4 và CD4 là 25%:

- Điều trị ARV trước, điều trị lao muộn hơn.
- Điều trị Lao, chưa cần điều trị bằng ARV
- Tiến hành điều trị lao đồng thời điều trị ARV.
- Sau khi hoàn thành điều trị lao đánh giá lại và bắt đầu xem xét điều trị ARV.

9. Sau khi điều trị bằng phác đồ lao trong vòng 2-8 tuần và bệnh nhân dung nạp thuốc, cần tiến hành điều trị ngay ARV cho bệnh nhân:

- a. CD4 ở giai đoạn suy giảm tiến triển.
- b. Lao màng não.
- c. Lao phổi.
- d. Hạch BCG.

10. Phác đồ ARV chính điều trị cho trẻ em > 3 tuổi và cân nặng > 10kg đang điều trị lao có Rifampicin là:

- a. AZT hoặc d4T +3TC + ABC
- b. AZT+3TC+NVP.
- c. AZT hoặc d4T +3TC + EFV
- d. AZT + 3TC + LPV/r

11. Trong khi điều trị ARV trẻ được phát hiện bệnh lao cần đánh giá và tiến hành các bước gì?

12. Khi bệnh nhân đang điều trị bằng ARV và xuất hiện viêm phổi PCP và được bạn xác định là hội chứng PHMD các vấn đề cần chú ý nào?

13. Bạn sẽ chọn phác đồ ARV có NVP cho bệnh nhân co men gan:

- a. Nếu men gan tăng $\leq 2,5$ lần bình thường.
- b. Nếu men gan tăng ≤ 5 lần bình thường.
- c. Nếu men gan tăng ≤ 7 lần bình thường.
- d. Nếu men gan tăng ≤ 10 lần bình thường.

14. Trong quá trình điều trị bằng ARV bạn theo dõi men gan, bạn sẽ phải ngừng thuốc ARV trong những trường hợp nào sau đây:

- a. Nếu ALT $\leq 2,5$ lần chỉ số bình thường.
- b. Nếu ALT ≤ 5 lần chỉ số bình thường.
- c. Nếu ALT tăng từ 5-10 lần chỉ số bình thường.
- d. Nếu ALT tăng >10 lần.

BÀI 13. THEO DÕI TRẺ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC ARV VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Trình bày được các nội dung theo dõi điều trị bằng thuốc ARV: lâm sàng, xét nghiệm, tuân thủ điều trị.
2. Trình bày được cách đánh giá hiệu quả điều trị.
3. Trình bày được các tiêu chuẩn của thất bại điều trị.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Theo dõi trẻ được điều trị bằng thuốc ARV.
2. Đánh giá hiệu quả điều trị ARV.
3. Thất bại điều trị và các tiêu chuẩn đánh giá.
4. Thay đổi phác đồ điều trị.

1. Theo dõi trẻ được điều trị bằng thuốc ARV

- Trẻ được điều trị bằng ARV cần được tái khám và phát thuốc định kỳ 1-2 tháng/lần.
- Khi bắt đầu điều trị trẻ cần được hẹn tái khám sớm ít nhất sau 2 tuần để tư vấn, hỗ trợ tuân thủ và theo dõi các tác dụng phụ của thuốc. Khi đã đảm bảo trẻ tuân thủ và dung nạp thuốc tốt, lâm sàng cải thiện, thời gian giữa các lần tái khám có thể kéo dài hơn nhưng không nên quá 1 tháng trong 6 tháng đầu và không nên quá 2 tháng trong những lần sau. Việc tái khám cũng thường xuyên hơn nếu trẻ có nhiễm trùng cơ hội mới, phải thay thuốc hoặc giảm tuân thủ điều trị.
- Trong mỗi lần tái khám, trẻ được đánh giá về tiến triển lâm sàng, sự phát triển tinh thần và thể chất, đánh giá tuân thủ điều trị, cung cấp tư vấn hỗ trợ và làm các xét nghiệm cần thiết.

1.1 Theo dõi tiến triển lâm sàng

Trong mỗi lần tái khám, trẻ cần được đánh giá về tiến triển lâm sàng, phát hiện và xử trí các tác dụng phụ của thuốc hoặc các nhiễm trùng cơ hội mới, cụ thể:

Đánh giá các mốc phát triển tinh thần, thể chất;

- Theo dõi, phát hiện các dấu hiệu lâm sàng liên quan đến tác dụng phụ của thuốc, các nhiễm trùng cơ hội mới hoặc tái phát; phân biệt hội chứng viêm phục hồi miễn dịch và thất bại điều trị. Cho nhập viện, hội chẩn, hoặc chuyển tuyến, khi cần;

- Đánh giá khả năng mang thai đối với trẻ nữ vị thành niên để thay thuốc ARV khi cần (không dùng efavirenz trong 12 tuần đầu của thai kỳ).

1.2 Theo dõi xét nghiệm

Theo dõi xét nghiệm trong quá trình điều trị ARV cho trẻ em:

Nội dung	Thời gian bắt đầu điều trị	Thời gian điều trị			
		4 tuần	6 tuần	12 tháng	6 tháng một lần
CD4 và tỷ lệ % CD4	✓		✓	✓	✓
CTM/Hgb, ALT	✓		✓	✓	✓
CTM khi dùng phác đồ có AZT	✓	✓	✓	✓	✓
ALT khi sử dụng phác đồ có NVP	✓	✓	✓	✓	✓
XN thai cho trẻ nữ vị thành niên	✓	Khi nghỉ ngơi			
Đo tải lượng vir	(Nếu có điều kiện)				

Ghi chú: Trong quá trình theo dõi điều trị bằng ARV, nếu trẻ có các biểu hiện bất thường cần làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán và xử trí kịp thời.

1.3 Theo dõi sự tuân thủ điều trị

Luôn phải đánh giá sự tuân thủ điều trị trong mỗi lần trẻ đến khám, dựa vào:

- Ghi nhận của cha mẹ/người chăm sóc trẻ về việc cho trẻ uống thuốc; đếm số thuốc còn lại và đặt các câu hỏi kiểm tra lại cách cha mẹ/người chăm sóc cho trẻ uống thuốc cũng như cách xử trí khi quên cho trẻ uống thuốc;
- Khám đánh giá về tiến triển lâm sàng và kết quả các xét nghiệm theo dõi.

Nếu tuân thủ chưa tốt cần tìm hiểu lý do. Cha mẹ/người chăm sóc trẻ cần được tư vấn về cách khắc phục các rào cản tuân thủ và được hỗ trợ kịp thời để đảm bảo tuân thủ tốt.

Hướng dẫn khi quên cho trẻ uống thuốc:

Khi phát hiện ra việc quên cho trẻ uống thuốc theo lịch thì **điều đầu tiên** là phải cho trẻ uống ngay liều thuốc vừa quên. **Tiếp theo** tính thời gian uống liều kế tiếp theo lịch như thường lệ:

- Nếu thời gian đến liều uống kế tiếp còn **trên 4 tiếng**, cho trẻ uống liều kế tiếp đó vào đúng thời gian theo lịch như bình thường.
- Nếu thời gian đến liều uống kế tiếp còn **dưới 4 tiếng**, **KHÔNG ĐƯỢC** cho trẻ uống liều kế tiếp theo lịch cũ mà phải đợi trên 4 tiếng mới cho uống.
- Nếu quên cho trẻ uống hơn 2 liều trong một tuần, hãy báo cho bác sĩ nơi cấp thuốc để được hướng dẫn.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị ARV

Trong điều trị ARV, đa số các trường hợp thất bại điều trị là do tuân thủ không tốt. Với phác đồ chuẩn, tuân thủ tốt thì đa số trẻ điều trị ARV đều có lâm sàng ổn định trong nhiều năm. Tuy nhiên, vẫn có thất bại điều trị xảy ra sau thời gian dài điều trị. Do đó việc đánh giá lại, tầm soát thất bại điều trị và chọn lựa phác đồ thay thế là việc cần thiết phải làm.

Các dấu hiệu biểu hiện trẻ có đáp ứng với điều trị ARV:

- Phát triển thể chất và tinh thần tốt: tăng cân và chiều cao, vận động tích cực, đạt được các mốc phát triển về trí tuệ;
- Giảm và không mắc các NTCH;
- Số lượng hoặc tỷ lệ % CD4 tăng (thường 24 tuần sau khi bắt đầu điều trị ARV).

Nếu trẻ đáp ứng tốt với điều trị:

- Tiếp tục phác đồ điều trị ARV, điều chỉnh liều phù hợp chiều cao và cân nặng của trẻ;
- Tiếp tục tư vấn, hỗ trợ về tuân thủ và dinh dưỡng;
- Phát thuốc và lên lịch tái khám.

Nếu trẻ không đáp ứng với điều trị hoặc có biểu hiện lâm sàng mới:

- Tư vấn lại và đánh giá tuân thủ điều trị, tăng cường các biện pháp hỗ trợ tuân thủ;
- Tư vấn về dinh dưỡng, tăng cường các biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng;
- Tìm hiểu các nguyên nhân dẫn đến không đáp ứng điều trị, đặc biệt khi có biểu hiện lâm sàng mới. Cần phân biệt rõ do tác dụng phụ của thuốc, tương tác thuốc hoặc biểu hiện của hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, hoặc thất bại điều trị; làm các xét nghiệm hỗ trợ cần thiết và xử trí phù hợp.

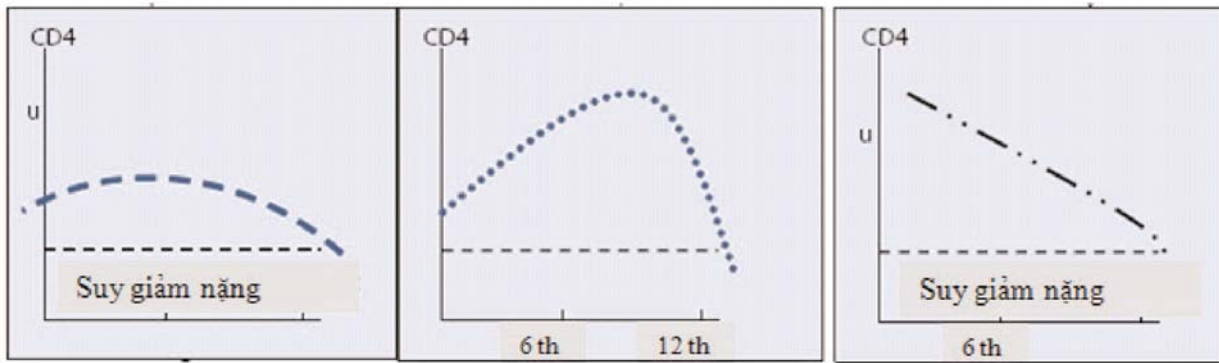
3. Thất bại điều trị và các tiêu chuẩn đánh giá

3.1 Phân loại thất bại điều trị

3.1.1 Thất bại miễn dịch

Biểu hiện dưới một trong 4 dạng sau:

- CD4 giảm xuống dưới mức suy giảm miễn dịch nặng theo lứa tuổi sau khi có đáp ứng phục hồi ban đầu;
- CD4 giảm xuống dưới mức suy giảm miễn dịch nặng theo lứa tuổi, được khẳng định bằng ít nhất 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp;
- CD4 giảm xuống bằng hoặc dưới mức CD4 trước khi bắt đầu điều trị;
- CD4 giảm trên 50% so với mức CD4 đạt được cao nhất kể từ khi điều trị bằng ARV.



3.1.2 Thất bại lâm sàng

Thất bại lâm sàng thường thấy xuất hiện sau thất bại miễn dịch. Cần nghĩ đến khi:

- Trẻ ngừng tăng trưởng về chiều cao và cân nặng mặc dù trước đây đã có đáp ứng với điều trị;
- Mất các mốc phát triển về thần kinh hoặc xuất hiện bệnh lý não;
- Xuất hiện các nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh lý ác tính hoặc tái phát các bệnh nhiễm trùng, nấm và không đáp ứng với điều trị.

*** Lưu ý:**

- *Sự không tương ứng giữa thất bại lâm sàng và miễn dịch:* Nhiều nghiên cứu cho thấy một số bệnh nhân còn ổn định lâm sàng và miễn dịch trong vòng 3 năm sau khi đã bắt đầu phát triển lại. Do đó khi nghi ngờ có thất bại cần phải có thái độ tích cực trong xác định có thất bại điều trị không.
- *Một số bệnh lý giai đoạn 3* (như lao hạch, lao phổi, viêm phổi do vi khuẩn) có thể không phải là chỉ điểm thất bại điều trị và không đòi hỏi phải thay phác đồ.

3.2 Đánh giá thất bại điều trị

- Chỉ xem xét thất bại điều trị khi bệnh nhân đã uống ARV đúng phác đồ 3 thuốc trong ít nhất 6 tháng và đảm bảo tuân thủ tốt. Tuy nhiên cần đánh giá đáp ứng điều trị ít nhất mỗi 3 tháng.
- Cần loại trừ hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, hoặc tác dụng phụ của thuốc, hoặc các nguyên nhân gây hấp thu thuốc kém.
- Không phải tất cả các trường hợp thất bại điều trị đều phải đổi phác đồ khẩn cấp mà cần phải xem xét đánh giá cẩn thận nguyên nhân đưa đến thất bại để tìm chiến lược điều trị thích hợp.
- Thay đổi phác đồ thường xuyên trong điều trị ARV ở trẻ có thể làm giảm cơ hội chọn lựa thuốc trong tương lai lâu dài vì đánh giá thất bại điều trị sẽ khó khăn hơn nếu bệnh nhi đã điều trị nhiều phác đồ.
- Khi xem xét thất bại điều trị cần đánh giá qua diễn tiến lâm sàng, so sánh kết quả xét nghiệm CD4 để phát hiện sự thay đổi có ý nghĩa của xét nghiệm.

- Sự thay đổi phác đồ cần xem xét khi có những tình huống sau:
 - + Đáp ứng miễn dịch học dưới mức cho phép hay tình trạng miễn dịch xấu hơn;
 - + Đáp ứng lâm sàng dưới mức cho phép hay diễn tiến lâm sàng xấu hơn;
 - + Tác dụng phụ của thuốc nặng hay không tuân thủ mà không thể cải thiện được.

Trẻ nghi ngờ là thất bại điều trị phác đồ bậc một cần được:

- Đánh giá lại tính tuân thủ điều trị ARV. Nếu trẻ chưa được uống thuốc đầy đủ, cần tiến hành các biện pháp tăng cường tư vấn và hỗ trợ cho gia đình, người chăm sóc và bản thân trẻ, nếu là trẻ lớn.
- Kiểm tra xem trẻ có yếu tố nào khiến hấp thu thuốc kém (ví dụ: tiêu chảy, buồn nôn, tác dụng phụ,...)
- Đánh giá các NTCH và bệnh kèm theo; điều trị kịp thời và dự phòng đầy đủ.

Nên nhớ, điều trị phác đồ bậc hai không phải là biện pháp cấp cứu. Tiếp tục cho trẻ điều trị phác đồ bậc một và đánh giá lại kết quả điều trị sau 1 tháng. Khi đó nếu:

- Chưa tuân thủ điều trị đầy đủ: tăng cường tư vấn và hỗ trợ cho gia đình, người chăm sóc và bản thân trẻ (nếu là trẻ lớn) tuân thủ đầy đủ;
- Trẻ có hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, hoặc tác dụng phụ của thuốc, hoặc các nguyên nhân gây kém hấp thu thuốc: phát hiện và xử trí nguyên nhân;
- Kết hợp lâm sàng với xét nghiệm CD4 (hoặc đo tải lượng vi rút nếu có điều kiện) và hội chẩn đầy đủ cho đến khi khẳng định được thất bại phác đồ bậc một nhằm hạn chế trường hợp đổi phác đồ trong khi thực ra nó vẫn còn hiệu quả.

4. Thay đổi phác đồ điều trị

Đa số các trường hợp thất bại điều trị là do vấn đề tuân thủ do đó phải đánh giá lại tuân thủ, giải quyết các nguyên nhân gây không tuân thủ trước khi chuyển phác đồ. Trong thời gian chuẩn bị chuyển phác đồ cần bảo đảm điều trị dự phòng NTCH.

Cần phải tiếp tục phác đồ hiện dùng cho đến khi dùng thuốc theo phác đồ mới.

4.1 Quyết định thay đổi phác đồ điều trị

Quyết định thay đổi phác đồ điều trị trên cơ sở kết hợp tiêu chuẩn lâm sàng và miễn dịch học:

Biểu hiện lâm sàng mới hoặc tái phát	Xét nghiệm đánh giá thất bại điều trị	Xử trí
Các biểu hiện giai đoạn 1 hoặc 2	Không có CD4	Không thay đổi phác đồ điều trị
	Có CD4	Tăng cường theo dõi lâm sàng và CD4 nếu CD4 tiến gần đến mức suy giảm miễn dịch nặng. Xem xét thay đổi phác đồ chỉ khi ít nhất hai lần xét nghiệm CD4 thấp hơn mức suy giảm miễn dịch nặng theo lứa tuổi.
Các biểu hiện giai đoạn 3	Không có CD4	Xem xét thay đổi phác đồ
	Có CD4	Tăng cường theo dõi lâm sàng và CD4 nếu CD4 tiến gần đến mức suy giảm miễn dịch nặng. Thay đổi phác đồ nếu CD4 dưới mức suy giảm miễn dịch nặng, nhất là khi trẻ đã đáp ứng tốt về mặt miễn dịch học với điều trị ARV
Các biểu hiện giai đoạn 4	Không có CD4	Thay sang phác đồ bậc 2
	Có CD4	Thay sang phác đồ bậc 2

4.2 Lựa chọn phác đồ bậc hai

Nguyên tắc lựa chọn phác đồ bậc hai:

- Phác đồ mới phải bao gồm 3 thuốc ARV hoàn toàn mới từ hai nhóm thuốc khác nhau, trong đó có ít nhất một nhóm thuốc mới.
- Chọn các thuốc NRTI không có cùng gốc nucleoside khi thay từ NRTI của phác đồ bậc một sang NRTI của phác đồ bậc hai.
- Khi bậc 1 có NNRTI không dùng lại NNRTI khác, nhưng có thể dùng lại 3TC nếu phác đồ bậc 1 có 3TC vì 3TC vẫn có tác dụng trên HIV dù bị kháng.
- AZT và d4T có kháng chéo do đó không nên đổi 2 thuốc này với nhau.
- Tốt nhất, thuốc PI phải được tăng cường bằng ritonavir (loại PI có 2 thứ thuốc).

* Lưu ý: Việc đổi sang phác đồ bậc 2 và điều trị bằng phác đồ bậc 2 chỉ thực hiện tại tuyến tỉnh. Do đó, phần dưới đây là để tham khảo.

Cần phải theo đúng "*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS*" ban hành kèm Quyết định số: 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế khi chuyển và sử dụng phác đồ bậc hai.

Bảng 1. Các phác đồ ARV bậc hai

Phác đồ bậc 1	Phác đồ bậc 2*
- d4T hoặc AZT + 3TC + NVP - d4T hoặc AZT + 3TC + EVP	ddI + ABC + LPV/r
d4T hoặc AZT + 3TC + ABC	ddI + EFV + LPV/r ddI + NVP + LPV/r
ABC + 3TC + NVP hoặc EFV	AZT + 3TC (có thể thêm ddI) +LPV/r d4T + 3TC + LPV/r

- Nếu trẻ đã dùng nhiều loại thuốc trong phác đồ bậc một, virus có thể đã kháng với các thuốc trong phác đồ bậc hai. Làm xét nghiệm kháng thuốc, nếu có thể, và lựa chọn phác đồ phù hợp.
- So sánh thuận lợi và bất lợi trong lựa chọn thuốc nhóm PI:

Loại PI nên chọn	Thuận lợi	Bất lợi
Lopinavir/ Ritonavir (LPV/r)	<ul style="list-style-type: none"> - Rất hiệu quả, đặc biệt chưa dùng PI. - Khó hình thành kháng thuốc do ở dạng 2 PI. - Là loại 2 PI duy nhất có dạng dung dịch và dạng viên. - Sử dụng được cho trẻ em ở mọi nhóm tuổi. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cả 2 loại dung dịch và viên nang đều cần bảo quản trong tủ lạnh. - Viên nang có kích thước lớn. - Viên cứng thì không thể cắt hay nghiền ra. - Giá thành đắt. - Dạng dịch có chứa 42% cồn còn dạng viên nang có chứa 12% cồn. - Mùi rất khó uống.
Saquinavir/ ritonavir (SQV/r)	Rất hiệu quả	<ul style="list-style-type: none"> - Chỉ có thể dùng cho trẻ trên 25kg và biết uống viên nang. - Viên nang mềm rất to và cần phải bảo quản trong tủ lạnh. - Thường có tác dụng phụ đường tiêu hóa.
Loại PI thay thế NVF	<ul style="list-style-type: none"> - Được sử dụng lâu nên đủ dữ liệu cho thấy an toàn và hiệu quả - Ít gây rối loạn chuyển hóa lipid hơn PI có RTV 	<ul style="list-style-type: none"> - Nhiều so sánh cho thấy tác dụng yếu hơn PI 2 thuốc và EFV. - Thường có tác dụng phụ đường tiêu hóa.

*** Một số điểm quan trọng khi sử dụng phác đồ bậc hai:**

- Tư vấn lại cho gia đình, người chăm sóc trẻ và trẻ (nếu là trẻ lớn) để củng cố tuân thủ điều trị;
- Điều trị các biểu hiện lâm sàng (giai đoạn 3 hoặc 4);
- Tư vấn kỹ về phác đồ mới.

*** Theo dõi trẻ điều trị phác đồ bậc 2:**

Theo dõi trẻ điều trị phác đồ bậc 2 cũng tương tự như đối với phác đồ bậc một, và bao gồm những điểm chính sau:

- Đảm bảo tuân thủ điều trị;
- Liều dùng và cách dùng của các thuốc trong phác đồ bậc hai (xem trong "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS"); điều chỉnh liều khi trẻ tăng cân và chiều cao;
- Chú ý các tác dụng phụ: quá mẫn (ABC), viêm tụy (ddI), tăng lipid máu và tiểu đường kháng insulin (các thuốc PI);
- Theo dõi các tương tác thuốc khi dùng LPV/r;
- Đánh giá đáp ứng về lâm sàng và miễn dịch (CD4, CD4%) tương tự như đối với phác đồ bậc 1.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Câu 1, 2, 3, 5, 6, 7 chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Để theo dõi kết quả điều trị, trong mỗi lần tái khám, trẻ được đánh giá về:

- a. Tiến triển lâm sàng, sự phát triển tinh thần và thể chất.
- b. Đánh giá tuân thủ điều trị, cung cấp tư vấn hỗ trợ.
- c. Làm các xét nghiệm cần thiết.
- d. Cả 3 ý trên đều đúng.

2. Để theo dõi tiến triển lâm sàng trong mỗi lần tái khám, trẻ cần được đánh giá về:

- a. Đánh giá các mốc phát triển tinh thần, thể chất.
- b. Theo dõi, phát hiện các tác dụng phụ của thuốc.
- c. Theo dõi, phát hiện các nhiễm trùng cơ hội mới hoặc tái phát; hội chứng viêm phức hồi miễn dịch và thất bại điều trị.
- d. Cả 3 ý trên đều đúng.

3. Các xét nghiệm cần để theo dõi khi điều trị bằng ARV:

- a. CD4 và tỷ lệ % CD4
- b. CTM/Hgb, ALT
- c. Đo tải lượng
- d. CD4 và tỷ lệ % CD4, CTM/Hgb, ALT

4. Trình bày hướng dẫn khi quên cho trẻ uống thuốc.

5. Các dấu hiệu biểu hiện trẻ có đáp ứng với điều trị ARV:

- a. Tăng cân và chiều cao, vận động tích cực, đạt được các mốc phát triển về trí tuệ.
- b. Giảm và không mắc các NTCH.
- c. Số lượng hoặc tỷ lệ % CD4 tăng.
- d. Cả 3 ý trên đều đúng.

6. Nếu trẻ đáp ứng tốt với điều trị:

- a. Tiếp tục phác đồ điều trị ARV, điều chỉnh liều theo chiều cao và cân nặng của trẻ.
- b. Tiếp tục tư vấn, hỗ trợ về tuân thủ và dinh dưỡng.
- c. Phát thuốc và lên lịch tái khám.
- d. Cả 3 ý trên đều đúng.

7. Nếu trẻ không đáp ứng với điều trị hoặc có biểu hiện lâm sàng mới:

- a. Tư vấn lại và đánh giá tuân thủ điều trị, tăng cường các biện pháp hỗ trợ tuân thủ.
- b. Tư vấn về dinh dưỡng, tăng cường các biện pháp hỗ trợ dinh dưỡng.
- c. Tìm hiểu các nguyên nhân dẫn đến không đáp ứng điều trị.
- d. Cả 3 ý trên đều đúng.

BÀI 14. HỘI CHỨNG PHỤC HỒI MIỄN DỊCH (IRIS) Ở TRẺ EM

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Nhận biết được hội chứng phục hồi miễn dịch (PHMD) dựa trên lâm sàng và xét nghiệm.
2. Nắm được cách xử trí khi có hội chứng (PHMD).

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Khái niệm.
2. Tại sao PHMD xuất hiện.
3. PHMD ở trẻ nhiễm HIV.
4. Dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ với PHMD.
5. Cơ sở bệnh học của PHMD.
6. PHMD là hội chứng có thể chẩn đoán trên lâm sàng.
7. Xử trí khi có PHMD.
8. Theo dõi và điều trị ARV PHDM.
9. Thách thức của PHMD.

1. Khái niệm

Hội chứng viêm PHMD là tình trạng người bệnh xấu đi một cách bất thường sau khi bắt đầu điều trị ARV do có sự phục hồi của hệ thống miễn dịch.

Đây là một tập hợp các đáp ứng viêm quá mức liên quan với các tác nhân gây bệnh đang tồn tại trong cơ thể hoặc các kháng nguyên còn lại của các tác nhân này khi hệ thống miễn dịch mới được phục hồi.

Đáp ứng viêm có thể dẫn đến:

- Lâm sàng xấu đi của một NTCH điều trị;
- Diện mạo không điển hình của một NTCH chưa nhận biết được;
- Các rối loạn tự miễn.

Biểu hiện của PHMD có thể là:

- Xuất hiện các bệnh NTCH chưa phát hiện trước khi dùng ARV (lao, MAC, viêm màng não do Cryptococcus,...);

- Sự tái phát quá mức các NTCH đã được điều trị trước khi dùng ARV;
- Sự tái phát của các bệnh đồng nhiễm (VGB, VGC) và các bệnh tự miễn (vẩy nến, viêm da,...).

2. Tại sao PHMD xuất hiện

Đáp ứng miễn dịch với những kháng nguyên đặc hiệu của bệnh được cải thiện dẫn đến việc sản xuất quá mức các yếu tố gây viêm cùng với hoặc không cùng với việc tái phát các bệnh hoặc tác nhân gây bệnh tiềm ẩn.

3. PHMD ở trẻ nhiễm HIV

Bao gồm những yếu tố sau:

- Mới bắt đầu điều trị thuốc ARV: Trung bình sau khi bắt đầu điều trị được 4 tuần (trong khoảng từ 2-31 tuần).
- Triệu chứng:
 - + Toàn thân: Sốt kéo dài, khó thở, đau bụng, tiêu chảy, đau đầu và yếu mệt;
 - + Tại chỗ: Nổi hạch, sẩn dưới da, vết loét bất thường trên da.
- Số lượng CD4 tăng thêm $\geq 5\%$.
- Có xét nghiệm xác định nhiễm trùng mới xuất hiện:
 - + Nhiễm Mycobacteria: Nhuộm soi hoặc nuôi cấy bệnh phẩm lâm sàng.
 - + Nhiễm Varicella-zoster virus và Herpes simplex virus (HSV):
 - ++ Da: dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng;
 - ++ Bệnh hệ thần kinh trung ương: dịch não tủy.
 - + Viêm màng não do Cryptococcus: Nuôi cấy dịch não tủy (+), kháng thể Cryptococcus trong huyết thanh và dịch não tủy (+).
 - + Viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci*: Tế bào học hoặc soi đờm hoặc BAL hoặc mô bệnh học của mô phổi.
 - + Nhiễm *Penicillium marneffei*: Mô bệnh học: thường có hạt, riêng biệt; phát hiện kháng nguyên từ mô nhiễm bệnh; nuôi cấy và soi dưới kính hiển vi từ các mẫu bệnh phẩm hoặc máu nuôi cấy.

4. Dịch tễ học và các yếu tố nguy cơ đối với PHMD

- Đối với bệnh nhân có NTCH nền, phần lớn là các vi rút (CMV, HSV, VZV, HCV) hoặc Mycobacterium \rightarrow 15-45% xuất hiện PHMD. Đối với tất cả các bệnh nhân bắt đầu ARV \rightarrow 10-25% xuất hiện PHMD.

- Phần lớn các trường hợp xuất hiện trong vòng 3 tháng đầu điều trị ARV, nhưng có thể xuất hiện muộn tới 2 năm điều trị.
- Nguy cơ cao nhất:
 - + Số lượng CD4 thời điểm bắt đầu ARV thấp;
 - + NTCH nền đã biết.
- Cũng liên quan đến:
 - + Giảm nhanh chóng nồng độ HIV-1 ARN trong 3 tháng đầu;
 - + Phục hồi miễn dịch (số lượng CD4 đi lên);
 - + Sử dụng phác đồ có nhóm PI tăng cường bằng ritonavir.

5. Cơ sở bệnh lý học của PHMD

- Nguồn gốc còn chưa biết đầy đủ.
- Những trường hợp khởi phát sớm: Có thể do sự phục hồi của các tế bào nhớ hoạt hoá có đáp ứng với các kháng nguyên đặc hiệu.
- Các cơ chế có thể:
 - + Đáp ứng với kháng nguyên cao;
 - + Đáp ứng quá mức của hệ miễn dịch hồi phục: sự phục hồi chức năng của các đại thực bào/tế bào đơn nhân (MTB) và/hoặc các tế bào T (CMV);
 - + Tăng sản xuất các cytokine tiền viêm.
 - + Thiếu sự điều hoà miễn dịch do mất khả năng sản sinh các cytokine điều hoà.

Các gen mẫn cảm với bệnh:

- + Bệnh do Mycobacteria: TNFA-308*2;
- + Liên quan Herpes: HLA-B44.

6. PHMD là hội chứng có thể chẩn đoán trên lâm sàng

Sau khi bắt đầu điều trị ARV, cần theo dõi các nhiễm trùng hoặc hội chứng liên quan đến PHMD thường gặp.

Thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán khi cần nếu có điều kiện.

Điều trị nhiễm trùng và/hoặc điều trị triệu chứng: Bằng các thuốc kháng viêm không steroid, các thuốc corticosteroid.

Phân loại lâm sàng:

Triệu chứng không đặc hiệu:

- + Có triệu chứng toàn thân hoặc khu trú;
- + Xét nghiệm chẩn đoán âm tính;
- + Điều trị triệu chứng và điều trị theo kinh nghiệm.

Nhiễm trùng đặc hiệu:

- + Triệu chứng cổ điển và/hoặc xét nghiệm chẩn đoán dương tính;
- + Điều trị đặc hiệu.

Nhiễm trùng do Hội chứng phục hồi miễn dịch thường gặp nhất:

- Nhiễm Mycobacterium;
- M. tuberculosis;
- MAC;
- Nhiễm vi rút Varicella-Zoster;
- Nhiễm vi rút Herpes simplex;
- Viêm màng não do Cryptococcus.

Bệnh liên quan đến tiêm chủng BCG:

Xuất hiện ở trẻ chưa được điều trị ARV và là 1 phần của PHMD.

Tại chỗ: Hạch to ± vỡ mủ, loét, áp xe.

Khu trú hoặc lan toả: Lao phổi hoặc lao toàn thể.

Điều trị:

- + Ít nhất 4 loại thuốc (INH, Rif, EMB, Ofloxacin hoặc Ciprofloxacin). Không dùng Pyrazinamide vì đã bị kháng thuốc;
- + Điều trị tại chỗ có các triệu chứng cấp tính.

Chẩn đoán PHMD:

- Cần nghĩ đến PHMD khi trẻ đã được điều trị ARV trên 2 tuần, tuân thủ điều trị tốt nhưng lâm sàng xấu đi, đặc biệt khi trẻ được điều trị ARV ở giai đoạn muộn, có CD4 thấp hoặc có bệnh NTCH trước điều trị.
- Cần chẩn đoán phân biệt với:
 - + Tác dụng phụ của thuốc hoặc tương tác thuốc;
 - + Biểu hiện của NTCH mới;
 - + Thất bại điều trị (khi đã điều trị ARV hơn 6 tháng).

7. Xử trí khi có phức hội miễn dịch

- Một số PHMD nhẹ diễn biến tự khỏi, không cần can thiệp.
- Tiếp tục thuốc ARV nếu vẫn dung nạp tốt: đây có thể là điều trị tốt nhất cho NTCH đang gây ra vấn đề PHMD này.
- Cố gắng chẩn đoán NTCH căn nguyên nền và điều trị với phác đồ chuẩn. Trong nhiều trường hợp, có thể không tìm thấy căn nguyên nhưng nghi ngờ dựa trên dữ liệu lâm sàng.
- Điều chỉnh liều lượng và phác đồ ARV nếu có tương tác thuốc. Quay trở về phác đồ cũ khi ngừng các thuốc có tương tác.
- Chỉ ngừng điều trị ARV nếu tình trạng trẻ nặng và không dung nạp được thuốc. Bắt đầu lại ARV khi PHMD thuyên giảm và trẻ dung nạp được thuốc.
- Xử trí triệu chứng
 - + Điều trị sốt và đau bằng các thuốc kháng viêm không steroid;
 - + Steroid có thể dùng cho các thể nặng, khi căn nguyên đã biết và điều trị: prednisolone hoặc methylprednisolone uống hoặc tiêm, liều 0,5-1mg/kg/ngày cho đến khi cải thiện, sau đó giảm dần liều trong 1-2 tuần.

8. Theo dõi điều trị ARV PHMD

Tiếp tục điều trị ARV trừ trường hợp có triệu chứng nguy hiểm đến tính mạng.

Nếu có dùng Rifampicin:

Đổi thuốc từ NVP sang EFV;

Dùng thuốc PIs và bắt đầu dùng EFV hoặc 1 thuốc thứ 3 trong nhóm NRTI tùy hoàn cảnh.

9. Thách thức của hội chứng PHMD

- Khó đánh giá nếu không có các xét nghiệm chẩn đoán và theo dõi.
- Không có nhiều số liệu về các tiêu chuẩn chẩn đoán ở trẻ em.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ*(Chọn một câu trả lời đúng nhất)***1. Hội chứng viêm PHMD là:**

- a. Tình trạng người bệnh xấu đi bất thường.
- b. Tình trạng người bệnh cải thiện nhanh bất thường.
- c. Tình trạng luôn xảy ra bất cứ khi nào dùng ARV.
- d. Tình trạng luôn xảy ra khi bắt đầu dùng ARV cho bệnh nhân ở GĐLS 4.

2. Đáp ứng viêm trong PHMD có thể dẫn đến những vấn đề sau, ngoại trừ:

- a. Lâm sàng xấu đi của một NTCH điều trị.
- b. Diện mạo không điển hình của một NTCH chưa nhận biết được.
- c. Các rối loạn tự miễn.
- d. HIV đột biến kháng ARV đang dùng.

3. Thời gian trung bình xuất hiện PHMD ở trẻ em khi bắt đầu điều trị ARV là:

- a. 10 tuần
- b. 8 tuần
- c. 4 tuần
- d. 2 tuần

4. Khi xuất hiện PHMD ở trẻ em dùng ARV, sẽ có:

- a. Tăng CD4 >10%
- b. Giảm CD4 >10%
- c. Tăng CD4 > 5%
- d. Giảm CD4 > 5%

5. Cấu trúc di truyền có liên quan đến bệnh do Herpes ở người có PHMD là:

- a. TNFA-308*2
- b. HLA-B44
- c. HLA-B44 và TNFA-308*2
- d. Không có cấu trúc nào

6. Chẩn đoán PHMD:

- a. Có thể dựa vào lâm sàng.
- b. Không bằng lâm sàng, phải làm CD4.
- c. Đo tải lượng HIV để thấy sự gia tăng.
- d. Kết hợp CD4 và đo tải lượng HIV.

7. Nhiễm trùng cơ hội thường gặp khi có PHMD là:

- a. *Penicillium marneffeii*
- b. *Histoplasma* ngoài phổi
- c. Lao
- d. *Leishmania* lan tỏa

8. Khi có PHMD:

- a. Phải ngừng ngay thuốc ARV đang dùng.
- b. Phải thay phác đồ thuốc ARV đang dùng.
- c. Đo tải lượng HIV để quyết định.
- d. Tiếp tục ARV đang dùng nếu vẫn dung nạp tốt.

9. Trẻ đang dùng phác đồ có NVP và điều trị lao có Rifampicin, thuốc thay thế cho NVP sẽ là:

- a. LVP/r
- b. EFV
- c. ABC
- d. Không cần thay thế.

10. Chỉ nghĩ đến PHMD khi trẻ đã dùng ARV:

- a. Hơn 6 tháng
- b. Hơn 3 tháng
- c. Hơn 1 tháng
- d. Hơn 2 tuần

BÀI 15. TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC ARV, TƯƠNG TÁC THUỐC, CÁCH XỬ TRÍ Ở TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Chẩn đoán được các bệnh lý da hay gặp ở trẻ nhiễm HIV/AIDS.
2. Nắm vững cách điều trị các bệnh lý da hay gặp ở trẻ nhiễm HIV/AIDS.

Thời gian học tập: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Các tác dụng phụ thường gặp trong điều trị ARV.
2. Các thuốc tương tác thuốc ARV.

Trong điều trị, nói chung, các loại thuốc đều có các tác dụng phụ. Đặc biệt trong điều trị HIV, liệu pháp điều trị kháng tích cực (HAART) yêu cầu phải phối hợp 3 loại thuốc kháng, vì vậy tác dụng phụ không thể tránh khỏi. Các tác dụng phụ của thuốc kháng thậm chí sẽ gặp nhiều hơn khi cần phải điều trị phối hợp thêm các thuốc khác, như trong trường hợp điều trị bằng ARV cần phải phối hợp với Cotrimoxazole để dự phòng nhiễm trùng cơ hội hoặc phối hợp với Rifampicin để điều trị bệnh lao. Tác dụng phụ của thuốc ARV bao gồm 2 loại chính:

Tác dụng phụ (tác dụng ngoài ý muốn);

Tương tác thuốc.

Phần lớn các tác dụng phụ xuất hiện trong vài tuần điều trị đầu tiên và giảm dần theo thời gian.

A. CÁC TÁC DỤNG PHỤ

I. Các tác dụng phụ nghiêm trọng

1. Phát ban

Nguyên nhân: hay gặp do nhóm NNRTI, đặc biệt là NVP, ít gặp hơn là EFV.

Biểu hiện lâm sàng:

- Thường xảy ra trong vòng 2-8 tuần đầu điều trị.

Phát ban:

- Mức độ 1 (Nhẹ): Ban đỏ;
- Mức độ 2 (Trung bình): Ban sẩn lan tỏa hoặc bong tróc da khô khu trú;

- Mức độ 3 (Nặng): Ban đỏ toàn thân hoặc bong nước phỏng rộp hoặc tróc da ướt;
- Mức độ 4 (Nặng đe dọa tính mạng): Tồn thương cả niêm mạc và các hốc tự nhiên, Hội chứng Steven Johnson, Ban đỏ đa dạng.

Xét nghiệm: Tăng các men gan (aminotransferase).

Xử trí:

- Theo dõi người bệnh chặt chẽ và đánh giá mức độ phát ban.
- Điều trị triệu chứng, sử dụng kháng histamine

Xử trí về điều trị ARV theo mức độ phát ban như sau:

- Phát ban nhẹ hoặc trung bình: có thể tiếp tục điều trị ARV, dùng thuốc kháng dị ứng, nhưng phải theo dõi sát. Nếu phát ban ổn định tiếp tục phác đồ ARV cũ.
- Phát ban nặng:
 - + Ngừng thuốc ARV gây tác dụng phụ nhưng vẫn điều trị bằng 2 thuốc còn lại. Riêng tác dụng phụ của NVP cần ngừng ngay NVP nhưng vẫn tiếp tục 2 thuốc còn lại trong 7 ngày;
 - + Điều trị triệu chứng;
 - + Khi các triệu chứng ổn định thay NVP bằng EFV;
 - + KHÔNG nên dùng lại NVP cho trẻ trong tương lai.
- Phát ban nặng đe dọa tới tính mạng:
 - + Ngừng tất cả các thuốc ARV, nhập viện hoặc chuyển tuyến;
 - + Điều trị triệu chứng;
 - + Bắt đầu lại ARV khi các triệu chứng ổn định, tùy từng trường hợp có thể thay NVP bằng EFV, hoặc thay sang phác đồ 3 NRTI hoặc PI;
 - + KHÔNG nên dùng lại NVP cho trẻ trong tương lai.

2. Phản ứng quá mẫn

Nguyên nhân: hay gặp do ABC hoặc NVP.

Biểu hiện lâm sàng:

- ABC: sốt, mệt mỏi, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, đau bụng, viêm họng, ho, khó thở; phát ban (thường là nhẹ) có thể có hoặc không; các triệu chứng tiến triển xấu dần đi ngay sau khi dùng ABC, thường xảy ra trong vòng 6-8 tuần.
- NVP: Các triệu chứng toàn thân gồm sốt, đau cơ, đau khớp, viêm gan, có phát ban hoặc không.

Xét nghiệm:

- Tăng các men gan;
- Tăng số lượng bạch cầu ái toan.

Xử trí:

Dừng ngay lập tức tất cả các thuốc ARV;

Điều trị các triệu chứng;

- Khi các triệu chứng ổn định, bắt đầu lại ARV nhưng thay ABC hoặc NVP bằng thuốc ARV khác;
- KHÔNG nên dùng lại NVP hoặc ABC cho bệnh nhân trong tương lai.

3. Viêm gan cấp

Nguyên nhân: hay gặp do nhóm NNRTI, đặc biệt là NVP, hiếm hơn là EFV, các NRTI hoặc nhóm PI

Biểu hiện lâm sàng:

- Vàng da, mệt mỏi, chán ăn;
- Gan to;
- Các triệu chứng dạ dày ruột;
- Có thể có các biểu hiện quá mẫn (phát ban, sốt, các triệu chứng hệ thống), thường xảy ra trong vòng 6-8 tuần.

Xét nghiệm:

- Tăng các men gan
 - + Mức độ 1 (Nhẹ): Tăng 1,25 - 2,50 lần so với bình thường;
 - + Mức độ 2 (Trung bình): Tăng 2,5 - 5 lần so bình thường;
 - + Mức độ 3 (Nặng): Tăng 5 - 10 lần so bình thường;
 - + Mức độ 4 (Nặng đe dọa tính mạng): Tăng > 10 lần so bình thường.
- Tăng bilirubin.

Nên xét nghiệm ALT trước khi điều trị. Xét nghiệm HBsAg và antiHCV nếu có điều kiện.

Xử trí:

- Độ 1 và 2: Tiếp tục sử dụng NVP, theo dõi chặt chẽ ALT 2 tuần/lần.
- Độ 3: Ngừng thuốc gây độc. Nếu do NVP ngừng ngay NVP. Tiếp tục uống 2 thuốc còn lại trong 7 ngày sau đó thay NVP bằng EFV nếu ALT đã cải thiện. Nếu như ALT vẫn chưa cải thiện thì ngừng tiếp 2 thuốc còn lại. Chỉ điều trị lại ARV và thay NVP bằng EFV khi ALT đã cải thiện.

- Mức độ 4
 - + Có thể ngừng tất cả các ARV, nhập viện;
 - + Điều trị các triệu chứng;
 - + Theo dõi men gan, bilirubin;
 - + Khi các triệu chứng đã ổn định: Bắt đầu lại ART nhưng đổi ARV có tác dụng phụ sang ARV thay thế (ví dụ thay NVP bằng EFV) hoặc bắt đầu lại phác đồ ARV hiện dùng nhưng theo dõi sát; nếu các triệu chứng xuất hiện lại, thay thế ARV khác

Nếu do NVP thì KHÔNG nên dùng lại NVP cho trẻ trong tương lai.

4. Viêm tụy cấp

Nguyên nhân: Nhóm NRTI, đặc biệt là d4T, ddI; hiếm hơn là 3TC.

Biểu hiện lâm sàng:

- Buồn nôn và nôn nặng;
- Đau bụng nhiều;
- Có thể kết hợp với nhiễm toan lactic.

Xét nghiệm:

- Tăng amylase của tụy;
- Tăng lipase.

Xử trí:

- Ngừng tất cả các thuốc ARV.
- Điều trị các triệu chứng.
- Nếu có thể, theo dõi trong huyết thanh amylase tụy, lipid.
- Ngay khi các triệu chứng ổn định, bắt đầu lại ART nhưng thay thế bằng thuốc NRTI khác, nên dùng thuốc không có độc tính với tụy.

5. Nhiễm toan lactic

Nguyên nhân: Nhóm NRTI, đặc biệt là d4T.

Biểu hiện lâm sàng:

Mệt mỏi và yếu cơ;

- Các biểu hiện tiêu hoá (buồn nôn, nôn, tiêu chảy, gan to, chán ăn, chậm lên cân và/hoặc sút cân đột ngột không giải thích được);

- Có thể có viêm gan hoặc viêm tụy;
- Các biểu hiện hô hấp (thở nhanh và khó thở);
- Các triệu chứng thần kinh (bao gồm yếu cơ).

Xét nghiệm:

Tăng khoảng trống anion;

- Nhiễm toan lactic;
- Tăng các men gan;
- CPK, LDH.

Xử trí:

Dừng tất cả các thuốc ARV;

Điều trị các triệu chứng;

- Các triệu chứng kết hợp với nhiễm toan lactic có thể tiếp tục hoặc nặng dần lên mặc dù đã ngừng liệu ARV;
- Khi các triệu chứng đã ổn định, bắt đầu lại điều trị ARV nhưng thay bằng thuốc NRTI khác có nguy cơ độc cho ty thể ít hơn (ví dụ: ABC hoặc AZT).

6. Thiếu máu nặng, giảm bạch cầu

Nguyên nhân: hay gặp do AZT

Biểu hiện lâm sàng:

- Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt nặng, nhịp tim nhanh;
- Mệt mỏi nhiều;
- Thiếu máu thường xảy ra trong 4-6 tuần đầu sử dụng AZT;
- Cần loại trừ các nguyên nhân khác gây ra thiếu máu hoặc suy tủy.

Xét nghiệm:

- Hemoglobin thấp
 - + Mức độ 1 (Nhẹ): 85 - 100g/l
 - + Mức độ 2 (Trung bình): 75 - 85g/l
 - + Mức độ 3 (Nặng): 65 - 75g/l
 - + Mức độ 4 (Nặng đe dọa tính mạng): Hgb < 65g/l.
- Bạch cầu trung tính thấp.

Xử trí:

- *Độ 1 và 2:*

- + Tiếp tục dùng AZT. Bổ sung vi chất: vitamine B12, viên sắt, acid folic, tư vấn về chế độ ăn;
- + Xét nghiệm CTM máu lại sau 1, 3 tháng. Nếu tình trạng người bệnh ổn định hoặc cải thiện thì tiếp tục dùng AZT và tư vấn về khẩu phần ăn thích hợp.

- *Mức độ 3 và 4:*

- + Thay AZT bằng d4T hoặc ABC sau khi loại trừ các nguyên nhân khác có thể gây thiếu máu, suy tuỷ;
- + Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần khi có chỉ định;
- + Bổ sung vi chất, vitamine B12, viên sắt, acid folic.

7. Ngộ độc hệ thống thần kinh trung ương nặng và kéo dài:

Nguyên nhân: thường do EFV.

Biểu hiện lâm sàng: Rối loạn giấc ngủ, trầm cảm, thay đổi hành vi.

Xử trí: uống vào buổi sáng hoặc thay bằng NVP.

II. Các tác dụng phụ nặng, phát hiện muộn

1. Rối loạn phân bố mỡ (d4T, các PI)

Biểu hiện lâm sàng: Mất mỡ và/hoặc tích tụ mỡ ở các vùng riêng biệt trên thân mình:

- Tăng mỡ quanh bụng, ụ mỡ sau lưng, phì đại tuyến vú;
- Mất mỡ ở các chi, mông, mặt, xảy ra ở các mức độ khác nhau;
- Thường xuất hiện sau điều trị từ 6-12 tháng hoặc có thể lâu hơn.

Xét nghiệm:

- Tăng triglycerid máu;
- Tăng cholesterol máu;
- Mức HDL thấp;
- Tăng đường máu.

Xử trí:

Thay thế ABC hoặc AZT cho d4T có thể ngăn sự tiến triển của teo mỡ;

- Thay thế thuốc PI bằng NNRTI có thể giảm các bất thường của lipid trong máu.

2. Bệnh thần kinh ngoại vi nặng (d4T, ddI; hiếm hơn 3TC)

Biểu hiện lâm sàng:

- Bệnh lý thần kinh liên quan d4T có thể xuất hiện sau 3-12 tháng điều trị;
- Đau, ngứa, tê cứng bàn tay hoặc bàn chân, không đi được;
- Mất cảm giác ở phần xa của chi;
- Yếu cơ nhẹ và mất phản xạ gân xương có thể xảy ra.

Xử trí:

- Kiểm tra các thuốc khác đang dùng có thể gây độc với thần kinh như isonazid (cho uống thêm vitamin B6);
- Chỉ ngừng thuốc NRTI nghi ngờ và thay thế bằng một thuốc NRTI khác mà không có độc tính với thần kinh như AZT, ABC hoặc TDF.

B. CÁC THUỐC TƯƠNG TÁC THUỐC ARV

1. Rifampicin

- Tương tác với APV, LPV/r (hoặc NFV, SQV, DLV, IDV: những thuốc này hiện nay chưa có ở Việt Nam)
 - + Cơ chế: Kích thích chuyển hóa, ức chế protease hoặc nồng độ delavirdine.
 - + Khuyến nghị: Tránh sử dụng đồng thời các thuốc này.
- Tương tác với EFV, RTV, SQV/r, NVP
 - + Cơ chế: Kích thích chuyển hóa, giảm mức các thuốc ức chế protease hoặc NVP.
 - + Khuyến nghị: Có thể dùng kết hợp. Cân nhắc tăng liều EFV khi sử dụng với Rifampicin.

2. Clarithromycin:

- Tương tác với LPV/r:
 - + Cơ chế: Ức chế chuyển hóa - nồng độ clarithromycin tăng.
 - + Khuyến nghị: Chỉ điều chỉnh liều clarithromycin khi có suy thận.
- Tương tác với EFV, NVP:
 - + Cơ chế: Kích thích chuyển hóa - giảm nồng độ clarithromycin.
 - + Khuyến nghị: Hiệu quả điều trị và dự phòng MAC có thể bị giảm.

3. Ketoconazole

- Tương tác với LPV/r:
 - + Cơ chế: Ức chế chuyển hóa, nồng độ ketoconazole tăng.
 - + Khuyến nghị: Sử dụng thận trọng với liều ketoconazole > 200 mg/ngày.

4. Gancyclovir

- Tương tác với ddI: Mức ddI tăng gần 100%.
- + Khuyến nghị: Theo dõi tác dụng phụ liên quan đến ddI.

5. Kháng sinh quinolone

- Tương tác với ddI:
- + Cơ chế: Sự ion dương hóa làm giảm đáng kể nồng độ các thuốc quinolone.
- + Khuyến nghị: Sử dụng các thuốc có điện tích dương ít nhất 2 giờ sau khi uống quinolone.

6. TDF

- Tương tác với ddI
- + Cơ chế: Nồng độ ddI tăng.
- + Khuyến nghị: Giảm liều ddI xuống 250mg mỗi ngày.

7. Carbamazepine, Phenobarbital, Phenytoin

- Tương tác với IDV, SQV và một số thuốc ARV khác gây giảm nồng độ IDV, SQV và một số thuốc ARV khác.
- + Khuyến nghị: Thận trọng khi dùng đồng thời, xem xét dùng thuốc ARV thay thế; theo dõi tác dụng của các thuốc chống co giật.

8. Rifabutin

- Tương tác với EFV:
 - + Cơ chế: Kích thích chuyển hóa, giảm đáng kể nồng độ rifabutin/ Mức EFV có thể giảm.
 - + Khuyến nghị: Tăng liều rifabutin. Không cần thay đổi liều EFV.
- Tương tác với DLV:
 - + Cơ chế: Kích thích chuyển hóa, giảm đáng kể nồng độ delavirdine.
 - + Khuyến nghị: Tránh sử dụng đồng thời hai loại thuốc này.
- Tương tác với RTV, LPV/r, SQV/r, IDV, NFV, APV
 - + Cơ chế: ức chế chuyển hóa, tăng đáng kể nồng độ Rifabutin/ Kích thích chuyển hóa, nồng độ saquinavir có thể giảm
 - + Khuyến nghị: Giảm liều Rifabutin. Cân nhắc tăng liều Indinavir nếu đây là thuốc PI duy nhất; không thay đổi liều của các thuốc PI khác.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Câu 1, 4, 6, 10, 11 chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Thuốc có tác dụng phụ gây phát ban hay gặp là:

- a. NVP và ABC
- b. d4T
- c. 3TC
- d. AZT

2. Hãy trình bày các mức độ của phát ban.**3. Hãy trình bày cách xử trí về điều trị ARV theo mức độ phát ban:**

- Phát ban nhẹ hoặc trung bình.
- Phát ban nặng.
- Phát ban nặng đe dọa tới tính mạng.

4. Thuốc có thể gây phản ứng quá mẫn:

- a. AZT
- d. Nhóm PI
- c. ABC
- d. d4T

5. Hãy trình bày xử trí quá mẫn.**6. Các thuốc ARV có thể gây viêm gan:**

- a. NVP
- b. ddI
- c. d4T
- d. ABC

7. Hãy trình bày các mức độ tăng các men gan:

- Mức độ 1 (Nhẹ)
- Mức độ 2 (Trung bình)

- Mức độ 3 (Nặng)
- Mức độ 4 (Nặng đe dọa tính mạng)

8. Trình bày xử trí tăng men gan ở bệnh nhân được điều trị bằng ARV:

- Độ 1 và 2
- Độ 3
- Độ 4

9. Hãy trình bày 4 mức độ của thiếu máu

- Mức độ 1 (Nhẹ)
- Mức độ 2 (Trung bình)
- Mức độ 3 (Nặng)
- Mức độ 4 (Nặng đe dọa tính mạng)

10. Thuốc có thể gây rối loạn giấc ngủ, trầm cảm:

- a. AZT
- b. Kaletra
- c. EFV
- d. 3TC

11. Các thuốc gây loạn dưỡng mỡ:

- a. AZT
- b. EFV
- c. NVP
- d. d4T

12. Hãy liệt kê các lưu ý khi xử trí các tác dụng phụ của thuốc ARV.

13. Hãy nêu cách xử trí viêm gan cấp do nhóm NNRTI, đặc biệt là NVP.

BÀI 16. TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Trình bày được tuân thủ điều trị (TTĐT) là gì và tầm quan trọng của TTĐT ARV.
2. Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng hay các khó khăn/cản trở đến TTĐT ARV.
3. Trình bày được các phương pháp đánh giá TTĐT.
4. Biết cách tư vấn TTĐT và hỗ trợ TTĐT.

Thời gian: 60 phút

Nội dung bài học:

1. Tổng quan.
2. TTĐT là gì? Tại sao TTĐT ARV đặc biệt quan trọng?
3. Các yếu tố ảnh hưởng hay những khó khăn/cản trở khi TTĐT.
4. Các yếu tố đánh giá tuân thủ.
5. Đánh giá tuân thủ trong thực hành.
6. Các bước trong đánh giá tuân thủ bằng phương pháp tự báo cáo.
7. Tư vấn TTĐT.
8. Các can thiệp nhằm cải thiện tỷ lệ tuân thủ.
9. Các dụng cụ hỗ trợ tuân thủ.
10. Tuân thủ chủ động và tuân thủ bị động.

1. Tổng quan

Trong điều trị tất cả các bệnh đều cần sự tuân thủ với liệu trình và thuốc điều trị. Đối với các bệnh lý cần điều trị kéo dài và đặc biệt là điều trị suốt đời ở người nhiễm HIV/AIDS thì việc TTĐT là rất quan trọng.

Việc TTĐT là một yếu tố cực kỳ quan trọng trong việc quyết định sự thành công của điều trị ARV. TTĐT chỉ không chỉ ảnh hưởng đến sự thất bại hay thành công của việc điều trị ARV mà còn ảnh hưởng đến nhiều yếu tố quan trọng khác như chuyển hoá thuốc, đáp ứng miễn dịch, nhiễm trùng cơ hội và đặc biệt là sự kháng thuốc. Các bác sỹ điều trị cùng với nhân viên tư vấn tuân thủ, dược sỹ phát thuốc,... cần chú ý đặc biệt đối với việc đánh giá mức độ tuân thủ của bệnh nhân. Uống đủ số thuốc qui định (>95% - theo Patterson và đồng sự, 2000) là rất cần thiết để đạt được liều ức chế virus tối đa. Nếu tuân thủ kém hơn sẽ có khả năng dẫn đến virus kháng thuốc và làm cho thất bại điều trị.

Khi đã kháng với các thuốc thuộc phác đồ điều trị bậc 1 sẽ phải dùng đến phác đồ bậc 2. Phác đồ điều trị bậc 2 không phải là sẵn có, đắt tiền và có nhiều tác dụng phụ. Phác đồ bậc 1 là cơ hội điều trị tốt vì thuốc đáp ứng tốt đối với bệnh nhân bị nhiễm HIV. Những trường hợp dùng thuốc ARV thất thường sẽ hạn chế kết quả điều trị mà trong khi đó bệnh nhân vẫn phải chịu các tác dụng phụ của thuốc và bị ảnh hưởng đến các lựa chọn điều trị trong tương lai. Vì vậy, việc tất cả các bệnh nhân và/hoặc người hỗ trợ điều trị cần hiểu được tầm quan trọng của TTĐT trước khi chính thức điều trị ARV là đặc biệt quan trọng.

2. TTĐT là gì? Tại sao TTĐT ARV đặc biệt quan trọng?

a. TTĐT là gì? TTĐT là một thuật ngữ để chỉ việc người bệnh dùng thuốc đúng theo chỉ định dùng thuốc của bác sĩ điều trị cũng như các yêu cầu về điều trị của thuốc. Hay nói theo một cách khác thì người bệnh cần thực hiện đúng 5Đ (5 đúng):

- Đúng thuốc;
- Đúng liều;
- Đúng giờ;
- Đúng đường;
- Đúng cách.

Đúng thuốc nghĩa là bệnh nhân phải dùng đúng loại thuốc theo phác đồ điều trị đã được chỉ định của mình. Tuyệt đối không được tự ý mượn thuốc hay bắt chước thuốc của bệnh nhân khác để tự dùng mà không có chỉ định của bác sĩ điều trị.

b. Việc đúng liều cũng rất quan trọng, đặc biệt là trẻ em do liều thuốc cần phải được điều chỉnh theo sự thay đổi về cân nặng của trẻ. Bác sĩ, nhân viên tư vấn tuân thủ, dược sĩ, nhân viên chăm sóc tại nhà, v.v... cần rất chú ý trong việc tư vấn và hỗ trợ cho trẻ cũng như người chăm sóc hỗ trợ điều trị của trẻ

Việc TTĐT ARV là đặc biệt quan trọng vì các lý do sau:

- Với liều phù hợp, các thuốc ARV có tác dụng ức chế sự nhân lên của HIV, nhưng nếu không tuân thủ tốt dẫn đến nồng độ thuốc ở trong máu không đủ để ức chế sự nhân lên của vi rút trong cơ thể.
- Khi vi rút tiếp tục nhân lên thì các tế bào CD4 vẫn tiếp tục bị phá hủy tức là hệ thống miễn dịch của cơ thể vẫn tiếp tục bị phá hủy và suy giảm.
- Tình trạng sức khỏe của bệnh nhân không được cải thiện trong khi vẫn phải chịu các tác dụng phụ của thuốc.
- Thất bại điều trị xảy ra dẫn đến cơ hội kéo dài cuộc sống của bệnh nhân bị giảm xuống và bệnh nhân có thể phải chuyển sang điều trị bằng thuốc phác đồ bậc 2 là những thuốc khó tiếp cận hơn và giá thành đắt hơn gấp nhiều lần.

- Tương lai của những người nhiễm HIV khác sẽ bị ảnh hưởng:
 - + Nguồn lực về tài chính bị giảm xuống do thuốc phác đồ bậc 2 rất đắt;
 - + Có khả năng lây nhiễm những chủng virus HIV đã kháng thuốc sang những người khác.

Hãy luôn nhớ - Tuân thủ là yếu tố sống còn của điều trị ARV

3. Các yếu tố ảnh hưởng hay các khó khăn/cản trở đối với việc TTĐT

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc TTĐT mà thầy thuốc cần biết và có thể can thiệp để cải thiện mức độ TTĐT. Các yếu tố này lại càng khó khăn hơn đối với trẻ do trẻ còn có những đặc điểm riêng theo từng độ tuổi phát triển của trẻ.

Những khó khăn cản trở chung trong việc TTĐT:

- Bệnh nhân: nhiều yếu tố xã hội học ở bệnh nhân có ảnh hưởng đến tuân thủ
 - + Tuổi, giới, dân tộc, trình độ văn hoá, thu nhập và điều kiện kinh tế của gia đình, nơi ở,...
 - + Sự hiểu biết về HIV, tình trạng bệnh, những hỗ trợ được nhận từ các tổ chức xã hội.

Các rào cản từ bệnh nhân ảnh hưởng đến tuân thủ:

- + Kiến thức và hiểu biết: nhận thức không đầy đủ về bệnh HIV hay phác đồ điều trị;
- + Thái độ: sợ bị kỳ thị, không thích thuốc;
- + Mất niềm tin về khả năng của bản thân;
- + Tâm lý: trầm cảm, lo âu.

Phác đồ điều trị:

- + Số lượng thuốc cho 1 lần uống;
- + Số lần uống trong ngày và liên quan đến bữa ăn;
- + Tác dụng phụ của thuốc: thời gian đầu và lâu dài.

Nhiều nghiên cứu cho thấy ít thuốc và ngày 1 lần sẽ dễ tuân thủ hơn. Có nghiên cứu cho thấy hình dạng của viên thuốc không ảnh hưởng đến tuân thủ.

Tình trạng bệnh:

- + Bao gồm giai đoạn lâm sàng, thời gian biết mắc bệnh, tình trạng nhiễm trùng cơ hội, CD4. Một số nghiên cứu cho thấy CD4 thấp sẽ giảm khả năng tuân thủ. Trong khi tăng khả năng tuân thủ nếu như trong bệnh sử có nhiễm trùng cơ hội. Do đó một số tác giả cho rằng nên gắn những mong muốn cải thiện sức khoẻ người bệnh với sự cải thiện tuân thủ.

Những dịch vụ hỗ trợ cho bệnh nhân:

- + Những dịch vụ hỗ trợ tạo cho bệnh nhân sự hài lòng và tin tưởng. Đội ngũ nhân viên y tế, cách tổ chức, thời gian hoạt động, không gian hoạt động, khả năng tiếp cận của bệnh

nhân, cách tiếp cận,... đều có thể có ảnh hưởng đến tuân thủ. Và cần thiết phải chú ý đến yếu tố văn hoá, tôn giáo của bệnh nhân trong dịch vụ hỗ trợ.

Một nghiên cứu cho thấy sự tin tưởng của bệnh nhân với thầy thuốc sẽ tăng tỷ lệ tuân thủ.

4. Các phương pháp đánh giá tuân thủ

Ngoài phương pháp phục vụ nghiên cứu sâu như gắn chip điện tử vào viên thuốc, đo thời gian uống thuốc,... các phương pháp cơ bản gồm:

Đếm thuốc:

Tại phòng khám hay tại nhà mà không thông báo trước. Thường dùng phương pháp đo lượng thuốc còn lại và có thể phát dư thuốc để đánh giá số thuốc đã uống. Phương pháp này thường dễ thực hiện, tuy nhiên phương pháp này có thể bị bệnh nhân bỏ bớt thuốc để tránh sự phát hiện của thầy thuốc và điều này dễ xảy ra sau 1 thời gian điều trị.

Dùng các chỉ số sinh học:

Các thường được chọn lựa là đo nồng độ thuốc trong máu, nhưng đã có những nghiên cứu cho thấy đo nồng độ thuốc không chính xác hơn so với các phương pháp khác và hơn nữa đo nồng độ thuốc thấp không có nghĩa là bệnh nhân không tuân thủ mà có thể do kém hấp thu thuốc, chuyển hoá thuốc ở cá thể có thể khác nhau.

Đối với trẻ em có thể đo lactate máu để đánh giá tuân thủ. Đa số trẻ tuân thủ tốt đều có lactate máu tăng, nhưng cũng ít được trên áp dụng trên lâm sàng. Ngoài ra còn có phương pháp đo nồng độ ARV trong mẫu tóc.

Đếm thuốc khi bệnh nhân trả thuốc:

khi bệnh nhân khám đếm lại thuốc, đo lại lượng thuốc đã sử dụng.

5. Đánh giá tuân thủ trong thực hành

Trong thực tế lâm sàng thì không dùng các phương pháp trên mà chủ yếu dựa vào sự báo cáo của bệnh nhân vì nó đơn giản và cũng hiệu quả. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy phương pháp tự báo cáo của bệnh nhân sẽ không đánh giá chính xác TTĐT bằng các phương pháp khác đặc biệt là sau 1 thời gian dài. Tuy nhiên để đánh giá tuân thủ bằng phương pháp tự báo cáo thì thầy thuốc phải biết tạo mối quan hệ với bệnh nhân để tạo ra sự tin tưởng để bệnh nhân có thể nói thật và đạt được tuân thủ tốt.

6. Các bước trong đánh giá tuân thủ bằng phương pháp tự báo cáo

Cần phải xác định là việc nói chuyện về thuốc ARV là không dễ và không thể tránh khỏi. Lúc nào đó trong quá trình điều trị chúng ta phải bàn đến vấn đề này. Tốt nhất là gợi ý để chính bệnh nhân tự nói vấn đề, dưới đây là 1 ví dụ:

Uống thuốc (cho trẻ uống thuốc) mỗi ngày là rất khó, hầu hết bệnh nhân đều sẽ gặp vấn đề khi dùng thuốc trong thời gian dài. Tôi sẽ hỏi anh chị về vấn đề này và anh chị nên nói rõ để chúng ta cùng giải quyết nếu anh chị có quên.

Cần xác định xem bệnh nhân có hiểu rõ về chế độ điều trị:

Hỏi bệnh nhân cách uống thuốc, các loại thuốc khác nhau, các loại thuốc uống cần uống lúc đói hay no. Nếu có sự trả lời không chính xác cần hướng dẫn lại trước khi đánh giá tuân thủ.

Đánh giá tuân thủ:

Thường hỏi bệnh nhân về tuân thủ của họ trong 3 ngày qua, hỏi hôm qua có quên uống thuốc không, hỏi hôm trước nữa sau đó hỏi đến tuần trước và trong vòng 30 ngày trước.

Hỏi lý do không uống thuốc:

Nên gợi ý họ nếu họ không muốn nói, thông thường các nguyên nhân có thể gặp là: quên, bận việc, do tác dụng phụ, cảm thấy bệnh sau khi uống thuốc, mất thuốc,...

Hỏi về tác dụng phụ của thuốc:

Gợi ý các triệu chứng như: tiêu chảy, ói, khó nuốt thuốc,...

- Hỗ trợ và khuyến khích bệnh nhân để họ dễ tuân thủ.

7. Tư vấn TTĐT

Là quá trình giúp bệnh nhi và người chăm sóc TỰ khám phá; xây dựng khả năng và sự cam kết uống thuốc đúng.

Xây dựng mối quan hệ: Tạo lòng tin đối với bệnh nhi và người chăm sóc .

- Tăng cường sự hiểu biết: Đào tạo cho bệnh nhi và người chăm sóc hiểu về HIV, thuốc ARV, tầm quan trọng của TTĐT.
- Làm rõ sự cam kết: Giúp bệnh nhi và người chăm sóc TỰ nhận thức ra vấn đề quan trọng, quyết tâm và cam kết điều trị ARV.
- Xác định các rào cản/giải pháp: Giúp bệnh nhi và người chăm sóc TỰ tìm ra những rào cản có thể gặp và tìm giải pháp giải quyết rào cản đó.
- Lập kế hoạch TTĐT: Giúp bệnh nhi và người chăm sóc TỰ lập kế hoạch để vượt qua các rào cản TTĐT.
- Cung cấp công cụ hỗ trợ tuân thủ: Hộp nhắc thuốc, người hỗ trợ tuân thủ,...
- Hỗ trợ tuân thủ thường xuyên, liên tục: Hỗ trợ và động viên bệnh nhi khi trẻ bắt đầu dùng thuốc, giúp trẻ vượt qua khó khăn khi việc tuân thủ giảm sút.

8. Các can thiệp nhằm cải thiện tỷ lệ tuân thủ

- Giáo dục bệnh nhi và lên kế hoạch hỗ trợ, đánh giá theo dõi tuân thủ.
- Can thiệp từng ca bệnh: khi thấy bệnh nhi có nhiều nguy cơ không tuân thủ tốt.
- Quan sát trực tiếp giống như điều trị lao.
- Chọn lựa phác đồ đơn giản.

9. Các dụng cụ hỗ trợ tuân thủ

- Dụng cụ đựng thuốc: dễ sử dụng, dễ mang theo, dễ bảo quản.
- Dụng cụ nhắc giờ.
- Lịch uống thuốc.
- Giấy khen để động viên trẻ.

10. Tuân thủ chủ động và tuân thủ bị động

1.1 Tuân thủ chủ động: bệnh nhân là trọng tâm

- Là những việc một người thực hiện vì thấy rõ trách nhiệm với sức khoẻ bản thân và chủ động theo đuổi việc tuân thủ đến cùng vì có lòng tin.
- Cần được hỗ trợ để bản thân có đủ năng lực chủ động trong điều trị và bảo vệ sức khoẻ cá nhân.

* Đối với nhân viên y tế:

- Tin rằng bệnh nhi (và người chăm sóc - NCS) đã có trách nhiệm với chính sức khoẻ và sự sống bản thân;
- Tin tưởng bệnh nhi (và NCS) khi nhận được những hỗ trợ phù hợp có thể: TTĐT chủ động suốt đời; đủ sức tuân thủ 100% ART;
- Tôn trọng, đối xử phù hợp với bệnh nhi và NCS;
- Giúp bệnh nhi và NCS hiểu được TTĐT là một quá trình diễn ra suốt đời và hỗ trợ, không phê phán để tăng khả năng tuân thủ cho người nhiễm;
- Giải thích cho bệnh nhi và NCS: tầm quan trọng và cách thực hiện việc TTĐT; cung cấp những công cụ hỗ trợ tuân thủ, tư vấn và động viên (hộp nhắc thuốc, tư vấn, nhóm hỗ trợ tuân thủ).

* Đối với bệnh nhi:

- Cảm thấy được tôn trọng.
- Ý thức được một phần về sức khoẻ bản thân.

- Cảm thấy lạc quan hơn.
- Tìm được sự tin cậy, chia sẻ với nhân viên y tế.

1.2 Tuân thủ bị động: nhân viên y tế là trọng tâm

- Là hành vi phải làm theo, bị ép buộc thực hiện .
- Khi bị yêu cầu thực hiện việc điều trị mà không được sự hỗ trợ của nhân viên y tế, không được giải thích tầm quan trọng cũng như cách thực hiện như thế nào.

* Đối với nhân viên y tế:

- Ra lệnh người nhiễm;
- Đối xử với người nhiễm, người chăm sóc chưa đúng mức;
- Đến nhà kiểm tra người nhiễm thực hiện việc uống thuốc;
- Nghi ngờ người nhiễm không có khả năng biết cách uống thuốc;
- Gặng hỏi và tỏ ý không tin tưởng người nhiễm.

* Bệnh nhi và NCS:

- Không được khuyến khích chịu trách nhiệm đối với sức khỏe bản thân;
- Bị đối xử chưa đúng mức;
- Trẻ tăng cảm giác sợ hãi, không tin tưởng nhân viên y tế nên giấu giếm sự thật;
- Không muốn đến phòng khám.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Câu 1 chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Tuân thủ điều trị được định nghĩa như sau:

- a. Uống thuốc đầy đủ song không cần chú ý đến các yêu cầu về chế độ ăn uống.
- b. Uống thuốc đúng liều hàng ngày song không cần chú ý đến quy định về thời gian uống thuốc.
- c. Uống thuốc đúng giờ, đúng liều, đúng cách hàng ngày trong suốt quá trình điều trị đồng thời tuân thủ quy định về chế độ ăn uống.
- d. Uống ít nhất 95% số liều theo yêu cầu trong cả quá trình điều trị.

2. Liệt kê các yếu tố ảnh hưởng đến TTĐT.

3. Liệt kê các phương pháp đánh giá tuân thủ.

4. Liệt kê các dụng cụ hỗ trợ tuân thủ.

BÀI 17. CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO TRẺ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Tư vấn được về lợi ích của sữa mẹ và nguy cơ lây truyền HIV
2. Tư vấn được các cách nuôi dưỡng trẻ.
3. Khuyến cáo được cho người chăm sóc trẻ nhiễm HIV cách nuôi dưỡng trẻ theo lứa tuổi.

Thời gian: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Tư vấn về nuôi dưỡng trẻ.
2. Tư vấn vệ sinh ăn uống.
3. Thảo luận về các thực phẩm có sẵn và cách nuôi dưỡng tại địa phương.

1. Tư vấn về nuôi dưỡng trẻ

Cần tư vấn các bước sau:

Tư vấn để người mẹ chọn cách nuôi dưỡng phù hợp;

Tư vấn về lợi ích của sữa mẹ và nguy cơ lây truyền HIV sang con;

Tư vấn về dùng sữa thay thế và các nguy cơ mắc bệnh nếu dùng sữa thay thế không đúng cách

Tư vấn khuyến cáo chung về nuôi dưỡng trẻ theo tuổi.

1.1. Tư vấn để người mẹ chọn cách nuôi dưỡng phù hợp

* Nguyên tắc chung:

- Cung cấp đầy đủ thông tin cho người mẹ hiểu biết và tự quyết định cách nuôi dưỡng phù hợp với hoàn cảnh bản thân.
- Nên ủng hộ quyết định cách nuôi dưỡng trẻ của người mẹ.
- Tư vấn nuôi dưỡng cần dựa vào khuyến cáo chung nuôi dưỡng theo tuổi của Bộ Y tế và Chương trình Dinh dưỡng quốc gia.
- Người mẹ dùng ARV, vẫn khuyến cáo thực hiện nuôi dưỡng trẻ. Nếu trẻ có vú nuôi vẫn cần sự chăm sóc của người mẹ.

* Tư vấn về các điều kiện cần có để nuôi con bằng thức ăn thay thế:

Nuôi trẻ bằng thức ăn thay thế là quá trình nuôi dưỡng trẻ không được bú sữa mẹ bằng chế độ ăn cung cấp đầy đủ năng lượng, đáp ứng nhu cầu của trẻ cho đến khi trẻ có thể ăn được các thức ăn cùng với gia đình.

Năm điều kiện để nuôi con bằng thức ăn thay thế (bao gồm sữa thay thế) ở bà mẹ nhiễm HIV:

- Được chấp nhận: bà mẹ không gặp cản trở khi nuôi trẻ bằng thức ăn thay thế. Các cản trở có thể là do tập quán, do vấn đề xã hội, do lo sợ hoặc sự kỳ thị, phân biệt đối xử.
- Có khả năng: Bà mẹ (hoặc gia đình) có đủ thời gian, kiến thức, kỹ năng và các nguồn lực khác để chuẩn bị thức ăn thay thế khi nuôi dưỡng trẻ; đồng thời có sự hỗ trợ để vượt qua khó khăn gặp phải từ phía gia đình, cộng đồng và áp lực xã hội.
- Đáp ứng được: bà mẹ, gia đình được cộng đồng và hệ thống y tế hỗ trợ khi cần, có thể chi trả cho việc mua thức ăn thay thế, chuẩn bị và sử dụng thức ăn thay thế bao gồm tất cả nguyên liệu, nhiên liệu, nước sạch, xà phòng và dụng cụ mà không ảnh hưởng đến sức khỏe và dinh dưỡng của các thành viên khác trong gia đình.
- Lâu dài: Tất cả nguyên liệu và sản phẩm cần thiết để chuẩn bị thức ăn thay thế an toàn phải được tiếp tục cung cấp liên tục theo nhu cầu của trẻ cho đến khi trẻ được 1 tuổi hoặc lâu hơn.
- An toàn: Thức ăn thay thế phải được chế biến và bảo quản đúng cách và hợp vệ sinh, đảm bảo cho trẻ ăn đầy đủ chất lượng; bàn tay người chăm sóc trẻ và dụng cụ phải đảm bảo sạch sẽ; và tốt nhất là cho trẻ ăn bằng ly (cốc) và muỗng (thìa).

*** Nếu đảm bảo được 5 điều kiện trên và người mẹ chọn cách không cho bú mẹ:**

- Trong vòng 6 tháng đầu : Dùng các loại sữa thay thế. Cần tư vấn các loại sữa thay thế gồm:
 - + Sữa công thức: Là sữa thương mại được chế biến gần giống sữa mẹ, nhưng thiếu các thành phần miễn dịch và một số loại vitamin. Cần sử dụng sữa thích hợp theo từng lứa tuổi của trẻ và pha đủ lượng nước khi sử dụng. Trong 6 tháng đầu đời trẻ cần khoảng 20kg sữa để nuôi thay thế và 6 tháng tiếp theo cần 16kg kết hợp với ăn bổ sung;
 - + Sữa tươi (sữa bò, sữa dê, sữa cừ,...): Không khuyến khích dùng loại sữa này vì giá trị dinh dưỡng không đủ. Nếu sử dụng, đối với trẻ dưới 6 tháng cần chế biến bằng cách cho thêm nước và đun sôi để dễ hấp thu và đảm bảo vệ sinh, thêm đường để cung cấp thêm năng lượng, bổ sung thêm vi chất. Lượng sữa tươi đủ cho trẻ trong mỗi 6 tháng vào khoảng 90 lít;

Lưu ý các loại sữa không được chấp nhận: sữa tươi chưa chế biến, sữa đặc có đường.

- Cách nuôi thay thế: dựa vào khuyến cáo chung nuôi dưỡng theo tuổi (xem phần dưới đây), bao gồm các loại thực phẩm thích hợp theo tuổi của trẻ, số bữa, lượng thức ăn, cung cấp bổ sung các loại vitamin và các vi chất, cách vệ sinh ăn uống.
- Cách tránh áp lực khi nuôi thay thế như cần được tư vấn thêm về tâm lý, hỗ trợ của các tổ chức xã hội (hội phụ nữ, nhóm đồng đẳng, tình nguyện viên...).
- Nếu trẻ có tiêu chảy hoặc các bệnh ảnh hưởng tới nuôi dưỡng cần tư vấn thêm từ bác sỹ chuyên khoa.

*** Nếu người mẹ chọn cách nuôi con bằng sữa mẹ:**

- Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn, tuyệt đối không nuôi hỗn hợp.
- Tư vấn: tư thế bú, cách ngậm bắt vú đúng, xử trí nứt núm vú, viêm vú.
- Hướng dẫn theo Khuyến cáo chung nuôi dưỡng theo tuổi.
- Nên ngưng bú sớm (6 tháng) để hạn chế nguy cơ truyền HIV.
- Tư vấn khi chuẩn bị nuôi thay thế:
 - + Các điều kiện cần có để nuôi bằng thức ăn thay thế (xem phần trên);
 - + Cần có các biện pháp tránh thai ngoài ý muốn;
 - + Kế hoạch và cách chuyển tiếp sang nuôi thay thế, cách nuôi thay thế tùy thuộc hoàn cảnh người mẹ và sự hỗ trợ của cộng đồng.
- Khi ngưng nuôi con bằng sữa mẹ cần chuyển ngay sang sử dụng thức ăn thay thế hoàn toàn sữa mẹ:

Ngưng bú mẹ nghĩa là chuyển từ nuôi bằng sữa mẹ sang không cho bú mẹ trong thời gian từ 2-3 ngày đến 2-3 tuần tùy theo. Ngưng bú mẹ thực hiện càng sớm càng tốt khi bà mẹ có đủ 5 điều kiện nói trên hoặc khi trẻ đã đủ 1 tuổi và phải có kế hoạch trước để đảm bảo an toàn trong nuôi dưỡng trẻ.

- Tư vấn cho bà mẹ cách cho trẻ ngưng bú:
 - + Trong lúc còn bú mẹ, dạy cho trẻ cách uống sữa bằng ly và muỗng.
 - + Sữa sử dụng có thể là sữa công thức hoặc sữa mẹ đã xử lý nhiệt.
 - + Khi trẻ uống được sữa thuận lợi, thay 01 lần bú mẹ bằng một lần uống sữa thay thế hoàn toàn.
 - + Tăng dần số lần uống sữa thay thế hoàn toàn thay cho bú mẹ.
 - + Ngưng bú mẹ ngay khi trẻ đã thích nghi.
 - + Nếu trẻ vẫn có nhu cầu nướu thì dùng ngón tay đã rửa sạch của mẹ cho con nướu.
 - + Để tránh cương tụ vú, đè cho ra ít sữa khi vừa cảm thấy vú căng sữa. Dùng khăn lạnh đặt lên để tránh viêm đau vú.

Lưu ý: Không bao giờ cho bú lại khi đã ngưng bú vì sẽ làm tăng cao khả năng lây truyền HIV cho con. Nếu vú cương sữa, hãy dùng tay nặn sữa ra.

Bắt đầu áp dụng biện pháp tránh thai khi bắt đầu cho trẻ ngưng bú.

*** Ăn dặm (ăn dặm): áp dụng theo Khuyến cáo chung nuôi dưỡng trẻ theo tuổi.****1.2. Tư vấn về lợi ích của sữa mẹ và nguy cơ lây truyền HIV sang con**

- Tư vấn về lợi ích của sữa mẹ: Có giá trị dinh dưỡng tốt cho trẻ dưới 6 tháng tuổi như đầy đủ chất, tỷ lệ các chất cân đối, dễ hấp thu; cung cấp các chất miễn dịch góp phần giảm bệnh tật tử vong cho trẻ nhỏ do tiêu chảy và suy dinh dưỡng; giãn khoảng cách sinh; kinh tế; tăng tình cảm mẹ con.

- Tư vấn về việc cho trẻ bú mẹ và nguy cơ lây truyền HIV:
 - + Nếu bú mẹ sẽ có nguy cơ tăng lây truyền HIV từ mẹ sang con so với nuôi thay thế từ 5-20%;
 - + Nếu trẻ không bú mẹ sẽ giảm được nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con, nhưng không tận dụng được các lợi ích của sữa mẹ, ngoài ra có thể bị gia đình/cộng đồng kỳ thị, nguy cơ bị cô lập về mặt xã hội và kinh tế. Khi nuôi trẻ bằng sữa thay thế cần có nguồn sữa, có nước sạch, đảm bảo vệ sinh ăn uống.
- Không cho trẻ bú mẹ kết hợp với sữa thay thế (nuôi hỗn hợp) vì sẽ tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con.

1.3 Khuyến cáo chung nuôi dưỡng trẻ theo tuổi

*** Trẻ dưới 6 tháng:**

- Nếu bú mẹ hoàn toàn:
 - + Bú mẹ hoàn toàn, bất cứ lúc nào trẻ muốn, cả ngày lẫn đêm, ít nhất là 8 lần một ngày.
- Nếu nuôi thay thế hoàn toàn:
 - + Chỉ dùng sữa thay thế. Các loại thức ăn/uống khác là không cần thiết;
 - + Chuẩn bị đủ và đúng lượng sữa cần. Sữa đã pha chỉ dùng trong 1 giờ (tủ lạnh có thể bảo quản được trong 24 giờ). Nếu không phải bỏ, không nên dùng lại sữa còn thừa.
 - + Cho trẻ dùng bằng muỗng (thìa) và ly (cốc) an toàn hơn bú bình. Rửa sạch các dụng cụ sau khi cho trẻ ăn bằng nước và xà phòng. Tráng nước sôi dụng cụ trước khi pha sữa.
 - + Lượng sữa nuôi thay thế như sau:

Tháng tuổi	Lượng sữa/ngày
0-1 tháng	60 ml x 8 lần
1-2 tháng	90 ml x 7 lần
2-3 tháng	120 ml x 6 lần
3-4 tháng	120 ml x 6 lần
4-5 tháng	150 ml x 6 lần
5-6 tháng	150 ml x 6 lần

*** Trẻ từ 6 đến 12 tháng tuổi:**

- Ăn bất cứ khi nào trẻ muốn, thức ăn đủ 4 nhóm.
- Cách chế biến bột cho trẻ trên 6 tháng: Bột (gạo), nấu với thịt (thịt nạc, tôm, trứng, cá), một thìa mỡ hoặc dầu (chất béo) và rau xanh. Cần làm bột đặc cho trẻ ăn để đảm bảo đủ năng lượng cần thiết cho trẻ.

- Số bữa/ngày: 03 bữa chính, 01 bữa phụ và thêm 1-2 ly sữa (tổng cộng 500ml/ ngày). Nếu không có sữa, cho trẻ ăn 4-5 bữa/ngày.
- Lương thức ăn mỗi bữa: $\frac{3}{4}$ bát (không quá 250ml)
- Ăn thêm trái cây (nếu có điều kiện).

*** Trẻ từ 12 tháng tuổi đến 2 tuổi:**

- Cho ăn bất cứ khi nào trẻ muốn, thức ăn đủ 4 nhóm.
- Nấu cháo đặc hoặc cơm nát, nấu với thịt nạc/tôm/trứng/cá), một thìa mỡ hoặc dầu (chất béo) và rau xanh.
- Số bữa ăn mỗi ngày: 3 bữa (mỗi bữa 01 bát), 2 bữa phụ và thêm 2 ly sữa (khoảng 250ml/ly). Nếu không có sữa, cho trẻ ăn 4-5 bữa/ngày.
- Ăn thêm trái cây 2 lần/ngày.

*** Trẻ trên 2 tuổi:**

- Một ngày ăn 3 bữa cùng gia đình, ưu tiên thức ăn giàu dinh dưỡng cho trẻ.
- Lương thức ăn mỗi bữa: 1 bát đến 2 bát
- Ăn xen kẽ 2 bữa phụ bằng bánh, sữa.
- Ăn thêm trái cây.

1.4 Các lưu ý trong nuôi dưỡng trẻ nhiễm HIV/AIDS

Trẻ thường chậm phát triển do ăn kém, tiêu chảy, bệnh nhiễm trùng và do nhu cầu dinh dưỡng cao vì vậy cần chú ý:

- Tránh sử dụng thực phẩm có giá trị dinh dưỡng thấp như nước ngọt, nước trà và không nên ăn hoa quả cùng bữa ăn sẽ chiếm chỗ đồ ăn giàu dinh dưỡng khi ăn.
- Tăng tối đa lượng thực phẩm ăn hằng ngày.
- Dùng thực phẩm có nhiều chất sắt và chất kẽm như trái cây và rau củ có màu xanh (rau ngót, rau cải, rau muống,...), thịt có nguồn gốc từ động vật. Đặc biệt trẻ có tiêu chảy cần cung cấp thêm kẽm.
- Cung cấp thêm can xi bằng cách cho ăn cá tươi ninh nhừ cả xương, các loại rau, hoa quả có nhiều can xi như đu đủ, ổi, đậu tương, bắp cải, bí ngô, rau xanh.
- Cung cấp thêm các loại vitamin:
 - + Cho ăn tăng Vitamin A: bằng rau củ, trái cây có màu đỏ như cà rốt, bí đỏ, đu đủ...;
 - + Vitamin C: các loại hoa quả nói chung;
 - + Vitamin B: như gan, trứng, thịt nạc, sản phẩm từ sữa, rau có màu xanh lục, đậu đỗ...;
 - + Vitamin B6: như thịt, cá, chuối, rau có màu xanh lục, các loại củ,...

2. Tư vấn vệ sinh ăn uống

- Dùng nguồn nước sạch như nước máy hoặc nước giếng được bảo quản tốt. Đun nước sôi để chế biến thức ăn của trẻ. Uống nước đun sôi để nguội.
- Chuẩn bị các loại thức ăn đầy đủ chất dinh dưỡng và bảo quản tốt, không để chuột, côn trùng, ruồi gây nhiễm khuẩn. Tránh các loại thức ăn dễ gây nôn và khó tiêu cho trẻ.
- Chế biến: Thức ăn của trẻ cần đun sôi sau khi chế biến. Dùng đồ chứa sạch để chuẩn bị thức ăn và đựng đồ ăn; ăn ngay sau khi chế biến. Giữ đồ ăn an toàn, tốt nhất là ăn hết mỗi bữa.
- Dùng chén, bát sạch khi cho trẻ ăn, tránh ăn bằng bình vì khó làm sạch.
- Rửa tay người chăm sóc và trẻ cũng như dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch, khi chuẩn bị đồ ăn và khi cho trẻ ăn. Thường xuyên luộc các dụng cụ để đảm bảo vệ sinh.

3. Thảo luận về các thực phẩm có sẵn và cách nuôi dưỡng tại địa phương

3.1 Các thực phẩm có sẵn tại địa phương

- Các nguồn sữa.
- Các loại tinh bột: gạo, ngô, khoai, sắn.
- Các sản phẩm thịt: gà, thịt bò, thịt lợn, tôm, cá, gan,...
- Các sản phẩm có chất béo: các loại dầu ăn, lạc, vừng.
- Các loại rau, trái cây có sẵn.

3.2 Tập quán nuôi dưỡng của địa phương

- Ăn kiêng.
- Tập quán bú mẹ.
- Thời gian cho trẻ bú.
- Cách cung cấp thêm thức ăn bổ xung.
- Cách chế biến thức ăn cho trẻ tại địa phương hiện nay.
- Cách thay đổi các tập quán trên.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ*(Chọn một câu trả lời đúng nhất)***1. Trẻ cần được nuôi dưỡng bằng các biện pháp sau, ngoại trừ:**

- a. Sữa mẹ hoàn toàn.
- b. Sữa thay thế hoàn toàn.
- c. Kết hợp sữa mẹ và sữa thay thế.
- d. Chọn biện pháp nào cũng được, tùy theo bà mẹ quyết định.

2. Loại sữa thay thế nào không được dùng khi nuôi dưỡng trẻ 4 tháng không bú mẹ:

- a. Sữa tươi đã chế biến.
- b. Sữa đặc có đường.
- c. Sữa công thức.
- d. Sữa mẹ từ người không nhiễm HIV.

3. Trong 5 điều kiện AFASS (được chấp nhận, đáp ứng được, có khả năng, lâu dài, an toàn), nếu có được điều nào thì cho mẹ nuôi sữa thay thế hoàn toàn:

- a. Được chấp nhận, đáp ứng được, có khả năng.
- b. Được chấp nhận, lâu dài, có khả năng
- c. Đáp ứng được, có khả năng, an toàn.
- d. Phải đủ cả 5 điều kiện.

4. Trẻ 3 tháng bú mẹ hoàn toàn, số lần bú tối thiểu cả ngày lẫn đêm là:

- a. 08 lần
- b. 10 lần
- c. 12 lần
- d. Không có mức tối thiểu chung, tùy từng trẻ.

5. Sữa thay thế đã pha, nếu không bảo quản tủ lạnh, có thể sử dụng trong:

- a. 3 giờ
- b. 2 giờ
- c. 1 giờ
- d. Không dùng hết phải bỏ ngay. Pha mới cho lần tiếp theo.

6. Lượng sữa nuôi thay thế cho trẻ 2-3 tháng là:

- a. 90 ml x 7 lần
- b. 120 ml x 6 lần
- c. 120 ml x 8 lần
- d. 150 ml x 6 lần

7. Trẻ 6-12 tháng, mỗi ngày ăn 3 bữa chính và thêm ít nhất:

- a. 01 bữa phụ + 500 ml sữa.
- b. 02 bữa phụ + 500 ml sữa.
- c. Chỉ cần 500 ml sữa.
- d. 03 bữa phụ nếu không có sữa.

8. Trẻ 12 tháng đến 2 tuổi, cần cho ăn mỗi ngày:

- a. 3 bữa chính (3/4 bát/bữa) + 2 bữa phụ + 500ml sữa.
- b. 3 bữa chính (3/4 bát/bữa) + 3 bữa phụ + 500ml sữa.
- c. 3 bữa chính (01 bát/bữa) + 2 bữa phụ + 250ml sữa.
- d. 3 bữa chính (01 bát/bữa) + 2 bữa phụ + 500ml sữa.

9. Trẻ trên 2 tuổi, cần cho ăn mỗi ngày:

- a. 03 bữa chính cùng gia đình, xen kẽ 2 bữa phụ bằng hoa quả.
- b. 03 bữa chính cùng gia đình, xen kẽ 2 bữa phụ bằng bánh, sữa.
- c. 03 bữa chính riêng, xen kẽ 2 bữa phụ bằng hoa quả.
- d. 03 bữa chính riêng, xen kẽ 2 bữa phụ bằng bánh sữa.

10. Loại thực phẩm cần hạn chế cho trẻ là:

- a. Rau xanh vì dễ gây tiêu chảy.
- b. Hoa quả ngoài bữa ăn.
- c. Nước ngọt.
- d. Thịt có nguồn gốc từ loài nhuyễn thể (sò, ốc,...).

BÀI 18. QUẢN LÝ, CHĂM SÓC TRẺ SINH RA TỪ BÀ MẸ NHIỄM HIV

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Tư vấn hỗ trợ trẻ nhiễm và trẻ phơi nhiễm.
2. Tư vấn dinh dưỡng, dự phòng NTCH, tiêm chủng, vệ sinh, tâm lý xã hội và xét nghiệm cho trẻ nhiễm và trẻ phơi nhiễm.

Thời gian: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Một số khái niệm.
2. Quản lý trẻ phơi nhiễm HIV.
3. Quản lý trẻ nhiễm HIV.
4. Tiêm chủng phòng bệnh.

1. Một số khái niệm

Hầu hết số trẻ sinh ra từ những người mẹ nhiễm HIV/AIDS, sau khi sinh, đều mang kháng thể kháng HIV của mẹ truyền qua nhau thai, dây rốn. Tuy nhiên chỉ 25-40% số trẻ sinh ra sẽ bị nhiễm HIV. Những kháng thể kháng HIV của mẹ truyền sẽ được đào thải dần trong 18 tháng đầu đời. Nếu sau 18 tháng tuổi trẻ còn mang kháng thể, có nghĩa là trẻ đã nhiễm HIV và kháng thể này do chính cơ thể của trẻ sản xuất ra. Vì vậy, việc chẩn đoán xác định nhiễm cho trẻ trên 18 tháng cần dựa vào xét nghiệm ELISA, trong khi trẻ dưới 18 tháng cần dựa vào xét nghiệm sinh học phân tử PCR. Nếu không được quản lý chăm sóc, trẻ nhiễm HIV có tỷ lệ tử vong lên đến 50% trong 18 tháng đầu đời. Vì vậy, tất cả trẻ phơi nhiễm với HIV cần được quản lý chăm sóc tại các phòng khám ngoại trú HIV/AIDS để được phát triển và lớn lên như mọi trẻ khác.

- Trẻ phơi nhiễm HIV là những trẻ sinh ra từ những bà mẹ nhiễm HIV hoặc người mẹ có xét nghiệm sàng lọc HIV dương tính cho đến khi trẻ có kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm hay không nhiễm HIV.
- Trẻ nhiễm HIV là những trẻ đã được chẩn đoán xác định nhiễm HIV bằng các xét nghiệm phù hợp.

2. Quản lý trẻ phơi nhiễm HIV:

2.1 Tiếp nhận trẻ: bao gồm

- Trẻ phơi nhiễm được chuyển đến từ các chương trình, cơ sở dự phòng LTMC.
- Trẻ phơi nhiễm HIV tự đến đăng ký khám.
- Trẻ phơi nhiễm HIV được chuyển đến từ các cơ sở y tế.
- Trẻ được phát hiện là trẻ bị phơi nhiễm HIV trong quá trình thăm khám.

Lập hồ sơ điều trị ngoại trú trẻ phơi nhiễm HIV, ghi tên trẻ vào Sổ Theo dõi trẻ phơi nhiễm HIV (dành cho cơ sở Nhi khoa) tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS.

2.2 Đánh giá lâm sàng và xét nghiệm

Trẻ cần được đánh giá:

- **Lâm sàng:**
 - + Tình trạng toàn thân, sự phát triển thể chất, tinh thần và nhận thức, các triệu chứng lâm sàng;
 - + Tình trạng tiêu hóa, các thuốc đang sử dụng, tác dụng phụ của thuốc nếu có;
 - + Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH nếu có;
 - + Thời điểm đánh giá: khi đăng ký điều trị và mỗi lần đến khám theo định kỳ.
- **Xét nghiệm:** Chỉ định xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV phù hợp với tuổi của trẻ, càng sớm càng tốt theo quy định. Cần lưu ý:
 - + Xét nghiệm vi rút học (PCR), khi trẻ được 4-6 tuần tuổi;
 - + Xét nghiệm phát hiện kháng thể HIV khi được 18 tháng tuổi hoặc hơn: như ở người lớn;
 - + Chỉ những phòng xét nghiệm (hoặc phòng khám ngoại trú HIV) được Bộ Y tế cho phép mới có quyền tư vấn, làm xét nghiệm và trả lời kết quả.

2.3 Tư vấn hỗ trợ

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

- Sự cần thiết phải theo dõi và làm xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV cho trẻ;
- Xác định người chăm sóc hỗ trợ chính cho trẻ và người chăm sóc hỗ trợ khác;
- Tiêu hóa và điều trị dự phòng NTCH;
- Tư vấn về nguy cơ lây truyền HIV qua bú sữa mẹ, và lựa chọn các phương thức nuôi con thích hợp, chế độ dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân;
- Hỗ trợ tâm lý, xã hội; giới thiệu dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV cho trẻ nhiễm và gia đình. Kết hợp các hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng;
- Đối với trẻ mồ côi và trẻ bị bỏ rơi: đưa ra các giải pháp hỗ trợ.

2.4. Xử trí

- Điều trị dự phòng NTCH bằng CTX.
- Điều trị NTCH, điều trị triệu chứng và bệnh lý khác, nếu có.

- Nhập viện đối với các trường hợp có NTCH phức tạp. Tiến hành hội chẩn, chuyển tuyến trong trường hợp vượt quá khả năng điều trị.

2.5 Kế hoạch theo dõi và những hỗ trợ cần thiết khác

- Lên lịch tái khám cụ thể cho từng bệnh nhân để có thể xét nghiệm chẩn đoán khẳng định càng sớm càng tốt.
- Trẻ đến khám không đúng hẹn, cần tìm hiểu lý do và có các biện pháp hỗ trợ như gọi điện nhắc nhở, thăm tại nhà,...
- Hẹn khám lại bất cứ khi nào nếu có biểu hiện bất thường.
- Phát thuốc theo chỉ định.
- Kết hợp các hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng, các dịch vụ sẵn có.

3. Quản lý trẻ nhiễm HIV

3.1. Tiếp nhận trẻ: bao gồm:

- Trẻ phơi nhiễm HIV đã được xét nghiệm khẳng định là nhiễm HIV chuyển qua.
- Trẻ nhiễm HIV được chuyển đến từ các cơ sở y tế.
- Trẻ nhiễm HIV do gia đình/người chăm sóc trẻ tự đưa đến.
- Trẻ được phát hiện là nhiễm HIV trong quá trình thăm khám.

Lập hồ sơ điều trị ngoại trú trẻ nhiễm HIV, ghi tên trẻ vào Sổ Đăng ký trước điều trị và cấp thẻ điều trị ngoại trú cho trẻ (nếu có) tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS.

3.2. Đánh giá lâm sàng và xét nghiệm

Trẻ cần được đánh giá:

- *Lâm sàng:*

- + Tình trạng toàn thân, sự phát triển thể chất, tinh thần và nhận thức, các triệu chứng lâm sàng, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch học;
- + Tình trạng tiêm chủng, các thuốc đang sử dụng, tác dụng phụ của thuốc nếu có;
- + Chẩn đoán và điều trị các bệnh NTCH, sàng lọc bệnh lao và các bệnh khác;
- + Thời điểm đánh giá: khi đăng ký điều trị và mỗi lần đến khám theo định kỳ.

Xét nghiệm:

- + Xét nghiệm công thức máu, tổng số tế bào lympho, ALT khi khám lần đầu, định kỳ nhắc lại 3-6 tháng/lần và làm các xét nghiệm cần thiết khác.
- + Xét nghiệm CD4 mỗi 3-6 tháng/lần hoặc khi trẻ có tiến triển nặng hơn.

3.3. Tư vấn hỗ trợ

Gia đình và người chăm sóc trẻ nhiễm HIV cần được tư vấn những vấn đề sau:

- Tiến triển của nhiễm HIV, tầm quan trọng của chăm sóc và điều trị lâu dài, sự cần thiết phải theo dõi lâm sàng và làm các xét nghiệm đánh giá mức độ tiến triển của tình trạng nhiễm HIV cho trẻ;
- Xác định người chăm sóc hỗ trợ chính cho trẻ và người chăm sóc hỗ trợ khác;
- Tiêm chủng và điều trị dự phòng NTCH;
- Tư vấn về nguy cơ lây truyền HIV qua bú sữa mẹ, và lựa chọn các phương thức nuôi con thích hợp, chế độ dinh dưỡng và vệ sinh cá nhân;
- Tư vấn việc bộc lộ tình trạng nhiễm HIV của trẻ với các thành viên trong gia đình, các biện pháp dự phòng lây truyền HIV, thực hành các hành vi an toàn;
- Hỗ trợ tâm lý, xã hội; giới thiệu dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV cho trẻ nhiễm và gia đình. Kết hợp các hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng;
- Đối với trẻ mồ côi và trẻ bị bỏ rơi đưa ra các giải pháp hỗ trợ.

3.4. Xử trí

- Điều trị dự phòng NTCH bằng CTX.
- Điều trị NTCH, điều trị triệu chứng và bệnh lý khác, nếu có.
- Đánh giá tiêu chuẩn điều trị ARV:
 - + Trẻ chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV: có kế hoạch theo dõi lâu dài;
 - + Trẻ đủ tiêu chuẩn điều trị ARV: Thực hiện chuẩn bị sẵn sàng điều trị ARV.
- Khi trẻ đã được điều trị ARV:
 - + Trẻ đang điều trị ARV tại phòng khám: thực hiện quy trình tái khám;
 - + Trẻ đang điều trị ARV được chuyển đến: đánh giá lại, nếu điều trị chưa đúng cần hội chẩn để chọn phác đồ thích hợp.
- Nhập viện đối với các trường hợp có NTCH phức tạp, có tác dụng phụ nặng, thất bại điều trị. Tiến hành hội chẩn, chuyển tuyến trong trường hợp vượt quá khả năng điều trị và phối hợp với các chuyên khoa lao, da liễu.

3.5. Kế hoạch theo dõi và những hỗ trợ cần thiết khác

- Lên lịch tái khám cụ thể cho từng bệnh nhân: từ 1-2 tháng/lần tùy theo tình trạng sức khỏe của trẻ, tuân thủ điều trị, khả năng chăm sóc trẻ, giai đoạn lâm sàng và giai đoạn miễn dịch của trẻ.
- Trẻ đến khám không đúng hẹn, cần tìm hiểu lý do và có các biện pháp hỗ trợ như gọi điện nhắc nhở, thăm tại nhà,...
- Hẹn khám lại bất cứ khi nào nếu có biểu hiện bất thường.
- Phát thuốc theo chỉ định.
- Kết hợp các hỗ trợ từ gia đình và cộng đồng, các dịch vụ sẵn có.

4. Tiêm chủng phòng bệnh

Nguyên lý - mục đích của tiêm chủng phòng bệnh: dựa trên nguyên lý của đáp ứng miễn dịch, người ta tiêm thành phần cấu trúc của vi khuẩn hoặc gây bệnh vào cơ thể, nhưng không có khả năng gây bệnh đối với trẻ bình thường, để cơ thể người được tiêm phòng tạo ra đáp ứng miễn dịch chủ động phòng bệnh do các vi khuẩn hoặc này gây nên.

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

- Gồm các vắc xin sử dụng rộng rãi trên toàn quốc là: Lao (BCG), Viêm gan B, Bạch hầu - Ho gà - uốn ván (trong mũi phối hợp 3 vắc xin), Bại liệt (uống), Sởi, Viêm màng não do H. influenzae type b (trong mũi phối hợp 5 vắc xin);
- Và Viêm não Nhật Bản được tiêm phòng tại các tỉnh có bệnh viêm não Nhật Bản đang lưu hành phổ biến.

Các loại vắc xin tiêm tự nguyện: gồm viêm màng não do H. influenzae type b (loại đơn thuần hoặc phối hợp), thủy đậu, quai bị, Rubella, ...

Lịch tiêm chủng dành cho trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV:

Vắc xin	Trẻ phơi nhiễm	Trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng 1, 2, 3	Trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng 4
Vắc xin trong Chương trình tiêm chủng mở rộng			
BCG	Theo lịch	Không tiêm	Không tiêm
Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Bại liệt uống	Theo lịch	Theo lịch	Chỉ dùng vắc xin tiêm nếu có
Viêm gan siêu vi B	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Sởi	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
Loại phối hợp 5 vắc xin	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Viêm não Nhật Bản	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Vắc xin tự chọn			
Hib	Theo lịch	Theo lịch	Theo lịch
Thủy đậu	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
Quai bị	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm
Rubella	Theo lịch	Theo lịch	Không tiêm

Lưu ý: Ngoài các chống chỉ định chung của Chương trình tiêm chủng mở rộng quốc gia, cần lưu ý thêm:

- Tiêm BCG cho tất cả trẻ phơi nhiễm. Có thể trì hoãn cho đến khi loại trừ nhiễm HIV đối với trẻ phơi nhiễm, nếu:
 - + Trẻ có nguy cơ lây nhiễm HIV cao: Mẹ và con không được dự phòng lây truyền mẹ con, hoặc
 - + Trẻ có dấu hiệu hoặc triệu chứng gợi ý nhiễm HIV, hoặc
 - + Trẻ có chẩn đoán lâm sàng bệnh HIV/AIDS nặng (giai đoạn lâm sàng 4), hoặc
 - + Trẻ có cân nặng khi sinh thấp (dưới 2500g), đẻ non.
- Bệnh do BCG có thể gặp sau tiêm phòng BCG. Biểu hiện sưng hạch nách trái hoặc hố thượng đòn trái, gan lách to, suy kiệt. Cần hội chẩn với chuyên khoa Lao để đánh giá và điều trị.

5. Tư vấn nuôi dưỡng:

Xem Phần V. Giới thiệu/ Chăm sóc dinh dưỡng cho trẻ nhiễm HIV/ 1. Tư vấn về nuôi dưỡng trẻ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ*(Chọn một câu trả lời đúng nhất)***1. Trẻ phơi nhiễm HIV là:**

- a. Trẻ sinh ra từ mẹ đã xác định là nhiễm HIV trong lúc có thai.
- b. Trẻ sinh ra từ mẹ đang điều trị ARV trước khi có thai.
- c. Trẻ sinh ra từ mẹ đã xác định là nhiễm HIV hoặc có xét nghiệm sàng lọc dương tính.
- d. Bất kỳ trẻ nào sinh sống trong gia đình có người nhiễm HIV.

2. Trẻ nhiễm HIV là:

- a. Trẻ sinh ra từ mẹ đã xác định là nhiễm HIV trước khi có thai.
- b. Trẻ sinh ra từ mẹ điều trị ARV sau khi có thai.
- c. Bất kỳ trẻ nào sinh sống trong gia đình có người nhiễm HIV.
- d. Trẻ đã có xét nghiệm khẳng định phù hợp theo lứa tuổi.

3. Trẻ cần được xét nghiệm công thức máu định kỳ:

- a. Mỗi 3-6 tháng
- b. Mỗi tháng
- c. Mỗi lần đến khám vì bất cứ lý do gì.
- d. Chỉ khi nào chuẩn bị điều trị ARV.

4. Gia đình/người chăm sóc trẻ cần được tư vấn các nội dung, ngoại trừ:

- a. Sự cần thiết phải theo dõi và làm xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ.
- b. Tiến triển của tình trạng nhiễm HIV ở trẻ.
- c. Tiêm chủng và điều trị dự phòng.
- d. Giữ bí mật tình trạng nhiễm HIV của trẻ với các thành viên khác trong gia đình.

5. Khi theo dõi và hỗ trợ cho trẻ tại phòng khám, việc nào sau đây là không cần thiết:

- a. Có lịch tái khám cụ thể cho trẻ.
- b. Không nhận hỗ trợ từ cộng đồng để tránh tâm lý xấu hổ cho trẻ/gia đình.
- c. Tư vấn tuân thủ điều trị dự phòng.
- d. Tìm hiểu ký do không đến khám đúng hẹn.

6. Loại vắc xin không tiêm cho trẻ đã được khẳng định nhiễm HIV là:

- a. Viêm gan siêu vi B
- b. BCG
- c. Bạch hầu - Uốn ván - Ho gà
- d. Viêm não Nhật Bản B

7. Loại vắc xin không tiêm cho trẻ có giai đoạn lâm sàng 4 là:

- a. Bạch hầu - Uốn ván - Ho gà
- b. Viêm não Nhật Bản B
- c. H.influenzae
- d. Quai bị

8. Trì hoãn tiêm BCG cho trẻ phơi nhiễm HIV nếu:

- a. Mẹ và con không được dự phòng lây truyền.
- b. Trẻ có chẩn đoán lâm sàng bệnh thuộc giai đoạn lâm sàng 3.
- c. Trẻ có cân nặng khi sinh dưới 2200g.
- d. Không trì hoãn, tiêm cho tất cả trẻ phơi nhiễm.

9. Xét nghiệm vi rút học (PCR) cho trẻ phơi nhiễm HIV có thể thực hiện từ lứa tuổi:

- a. Sau 6 tháng.
- b. Sau 3 tháng.
- c. Sau 4-6 tuần.
- d. Sau 7 ngày.

10. Trẻ 20 tháng tuổi nên làm xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm HIV khi bằng cách:

- a. Xét nghiệm vi rút học (PCR) đơn thuần.
- b. Xét nghiệm vi rút học (PCR) và kháng thể.
- c. Xét nghiệm vi rút học (PCR) và CD4.
- d. Như ở người lớn.

BÀI 19. TƯ VẤN, HỖ TRỢ TÂM LÝ CHO TRẺ NHIỄM HIV VÀ NGƯỜI NUÔI DƯỠNG / CHĂM SÓC TRẺ

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Trình bày được các phẩm chất cần có của một tư vấn viên.
2. Biết được các giai đoạn phát triển tâm lý của trẻ.
3. Trình bày được những kỹ năng hỗ trợ giao tiếp với trẻ.
4. Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ.

Thời gian: 180 phút

Nội dung bài học:

1. Khái niệm về tư vấn tâm lý.
2. Những phẩm chất cần có của nhân viên tư vấn.
3. Các giai đoạn phát triển tâm lý của trẻ.
4. Những kỹ thuật hỗ trợ giao tiếp với trẻ.
5. Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ.
6. Kết luận.

Trẻ nhiễm HIV luôn phải chịu những thiệt thòi về chăm sóc sức khỏe, học tập và phương tiện sống. Hơn nữa trẻ còn phải chịu đựng, chứng kiến sự mất mát của cha mẹ/người thân, có khi còn bị kỳ thị, phân biệt đối xử và sự xa lánh của cộng đồng xã hội. Điều này dẫn tới tình trạng trẻ phải chịu cảnh mồ côi, phải lao động sớm, đời sống bấp bênh, tinh thần dễ bị tổn thương, làm gián đoạn và ảnh hưởng đến sự phát triển bình thường và khả năng hội nhập xã hội của trẻ về sau.

Vì vậy, nhu cầu về tình yêu thương, được chia sẻ, đồng hành và chăm sóc về mặt tâm lý- xã hội của trẻ là vô cùng thiết yếu nhằm giúp trẻ có được sự cân bằng, ổn định về mặt tinh thần, vững vàng, tự tin hơn trong cuộc sống của mình.

1. Khái niệm về tư vấn tâm lý

- Là một cuộc hội thoại riêng tư nhằm mục đích xây dựng mối quan hệ.
- Là một quá trình mà trong đó những người giúp đỡ có kỹ năng giúp người khác diễn tả và hiểu rõ hơn tình cảm và suy nghĩ của mình.
- Nếu mọi người hiểu rõ hơn vấn đề của mình, tư vấn sẽ giúp họ chấp nhận hoàn cảnh, tình cảm và nhu cầu của họ. Điều này cho phép họ thoải mái hơn khi tìm hiểu những lựa chọn và đưa ra những quyết định để đi tới giải pháp

- Tư vấn tâm lý có thể giúp người được tư vấn giảm bớt sự lo lắng, căng thẳng và những nỗi đau tinh thần để cảm thấy tự tin hơn khi đương đầu với hoàn cảnh sống và nhận thức, phát huy những điểm mạnh của họ.

*** Tư vấn cho trẻ:**

- Bao gồm:

- + Thiết lập mối quan hệ với trẻ và với người chăm sóc trẻ nếu có (đặc biệt là trẻ nhỏ);
- + Giúp trẻ có thể nói được ra hay kể chuyện của mình;
- + Lắng nghe trẻ một cách tích cực;
- + Cung cấp cho trẻ thông tin một cách chính xác và đúng đắn;
- + Giúp trẻ tự đưa ra quyết định trên cơ sở có đầy đủ thông tin;
- + Giúp trẻ nhận biết và phát huy điểm mạnh của mình;
- + Giúp trẻ định hướng và có thái độ tích cực với cuộc sống.

- Không bao gồm

Nhân viên tư vấn hay người chăm sóc trẻ sẽ quyết định thay cho trẻ

- + Đánh giá về trẻ;
 - + Thăm vấn trẻ;
 - + Trách cứ/đổ lỗi cho trẻ;
 - + Giảng giải đối với trẻ;
 - + Hứa hẹn mà không giữ lời;
 - + Áp đặt niềm tin của mình cho trẻ;
 - + Tranh cãi với trẻ.
- Tư vấn cho trẻ nhiễm HIV nhằm giúp trẻ đưa ra sự lựa chọn và những quyết định trong kéo dài và cải thiện chất lượng sống của bản thân. Tư vấn giúp trẻ đối phó với những cảm xúc và những thách thức mà trẻ gặp phải khi HIV ảnh hưởng tới trẻ, ví dụ như thành viên trong gia đình, hàng xóm hoặc bạn bè có nhiễm HIV/AIDS, chứng kiến sự mất mát của người thân, sự kì thị, xa lánh của xã hội, tình trạng sức khỏe của bản thân,...
 - Tư vấn cho trẻ, đồng thời cũng là thiết lập một mối quan hệ giao tiếp nên việc tìm hiểu những thông tin về trẻ là rất quan trọng. Càng có nhiều thông tin về trẻ bao nhiêu thì càng giúp ích cho nhân viên tư vấn bấy nhiêu, đặc biệt là những thông tin liên quan đến vấn đề mà trẻ cần tư vấn.
 - Trẻ nhiễm HIV/AIDS vốn là đối tượng nhạy cảm, dễ bị tổn thương, do vậy, việc tiếp xúc trao đổi với trẻ luôn cần có sự chuẩn bị và cân nhắc làm sao cho cuộc gặp gỡ giữa nhân viên tư vấn và trẻ diễn ra càng tự nhiên càng tốt. Ngôn ngữ được sử dụng cần đơn giản, dễ hiểu, gần gũi và phù hợp với từng độ tuổi của trẻ.

- Tôn trọng sự lựa chọn của trẻ, đặc biệt là đối với trẻ vị thành niên, trẻ có thể yêu cầu gặp nhân viên tư vấn là nam hay nữ.
- Trước khi tiến hành tư vấn, cần giải thích lí do về cuộc gặp gỡ này cho trẻ hiểu và hợp tác, giải thích với trẻ về tính bảo mật, có thể trao đổi với trẻ về tư vấn là gì, thảo luận cởi mở với trẻ về các vấn đề về tâm lý mà trẻ đang gặp phải (bao gồm cả các vấn đề mà trẻ nói ra được thành lời và những vấn đề tiềm ẩn mà nhân viên tư vấn quan sát và nắm bắt được trong suốt quá trình trò chuyện). Chú ý tìm hiểu nhu cầu thực sự của trẻ là gì để có những tư vấn và hỗ trợ phù hợp.

2. Những phẩm chất cần có của một nhân viên tư vấn

2.1 Kiến thức

- Tâm lý chung và tâm lý của trẻ theo từng độ tuổi;
- Sự phát triển về mặt thể chất theo từng độ tuổi của trẻ;
- HIV/AIDS, các đường lây truyền và không lây truyền;
- Điều trị ARV, các điều trị khác và tầm quan trọng của tuân thủ điều trị;
- Dinh dưỡng;
- Bảo mật thông tin.

2.2 Thái độ

- Đồng cảm/thấu cảm;
- Tập trung chú ý;
- Sự quan tâm tích cực;
- Tạo lòng tin để xây dựng niềm tin và mối quan hệ;
- Trung thực/rõ ràng;
- Thân thiện, nhiệt tình;
- Kiên nhẫn;
- Tôn trọng.

2.3 Kỹ năng

- Giao tiếp;
- Tư vấn.

3. Các giai đoạn phát triển tâm lý của trẻ

- **Giai đoạn từ 0-1 tuổi:**

- + Là giai đoạn trẻ giao tiếp trực tiếp với mẹ hoặc người chăm sóc. Sự gắn bó tốt giữa mẹ và trẻ sẽ giúp trẻ hình thành lòng tin, sự an tâm, cảm giác an toàn. Ngược lại, việc bị tách rời mẹ trong giai đoạn này sẽ tạo lên trong trẻ một sự bất an, lo lắng, sợ hãi và mất lòng tin;
- + Tư duy của trẻ được phát triển chủ yếu thông qua các giác quan.
- **Giai đoạn từ 1-3 tuổi:**
 - + Trẻ bắt đầu tập nói, biết bộc lộ cảm xúc, tình cảm, chơi đồ chơi;
 - + Bắt đầu phát triển ý thức độc lập, tự chủ hoặc hờ thẹn, mất tự chủ và có thể dẫn đến việc trở thành một đứa trẻ nhút nhát, lệ thuộc;
 - + Là giai đoạn trẻ cần biết khám phá, thử nghiệm, tìm giới hạn của bản thân.
- **Giai đoạn từ 3-6 tuổi:**
 - + Ngôn ngữ phát triển tốt, có thể nói câu trọn vẹn, biết diễn đạt ý nghĩ;
 - + Trẻ có thể chơi những trò chơi đóng vai, chơi các trò chơi “tạo niềm tin”;
 - + Trẻ phát triển óc sáng kiến và cũng xuất hiện mặc cảm tội lỗi.
- **Giai đoạn 6-12 tuổi:**
 - + Là giai đoạn trẻ phát triển sự hiểu biết của bản thân về thế giới xung quanh, phát triển năng lực và cũng xuất hiện những tư tưởng về sự kém cỏi, tự ti.
 - + Chơi các trò chơi phát triển trí tưởng tượng.
 - + Nhận biết vai trò về giới tính.
 - + Hiểu cơ bản về khái niệm thời gian, bệnh tật và cái chết.
- **Giai đoạn 12-18 tuổi:**
 - + Là giai đoạn chuyển tiếp từ thiếu niên sang trưởng thành;
 - + Phát triển bản sắc cá nhân, quan điểm và mục đích cuộc sống;
 - + Khả năng sử dụng lí lẽ chuẩn xác;
 - + Thể hiện cảm xúc bùng nổ, muốn chứng tỏ sự tự lập;
 - + Tình cảm lẫn lộn.

4. Những kỹ năng hỗ trợ giao tiếp với trẻ

4.1 Kỹ năng quan sát

- Quan sát trước khi tiếp xúc trực tiếp với trẻ và trong suốt quá trình trò chuyện với trẻ.
- Quan sát trước khi tiếp xúc giúp nhân viên tư vấn thu thập được những thông tin ban đầu khách quan về trẻ vì khi đã tiếp xúc, đặc biệt là tiếp xúc lần đầu, trẻ thường có phản ứng là phòng vệ như: không nói, tránh tiếp xúc, nói ngập ngừng, cúi mặt xuống che dấu sự thật, hành vi cử chỉ, không tự nhiên, không tin tưởng.

Những điểm cần quan sát:

- + Tác phong của trẻ để xem đây là một trẻ cởi mở, thoải mái hay khép kín;
- + Nếu trẻ nhỏ có người thân đi cùng: quan sát mối tương tác của trẻ với người thân đi cùng (thân thiện hay hờ hững);
- + Sắc mặt bình thường hay thể hiện một trạng thái đặc biệt, nhất là khi giao tiếp;
- + Ánh mắt tập trung hay lơ là;
- + Khoảng cách ngồi gần - xa hay vừa, hướng về người nói chuyện hay ngả người ra sau;
- + Nhịp độ của giọng nói nhanh hay chậm; âm thanh cao hay thấp hay khi cao khi thấp; cường độ giọng nói lớn hay nhỏ ;
- + Cách trẻ sử dụng đồ chơi: chơi bình thường hay quăng ném đập đồ chơi,...

4.2 Kỹ năng lắng nghe

- Lắng nghe một cách tích cực là thể hiện sự quan tâm trọn vẹn của nhân viên tư vấn vào câu chuyện của trẻ. Trẻ sẽ cảm thấy mình đang được chia sẻ, được người lớn lắng nghe và tôn trọng, không bị cắt ngang, không bị hỏi vặn.
- Nhân viên tư vấn cần nghe, nhận biết và đón nhận những cảm xúc mà trẻ đang bộc lộ trong từng hành vi, câu nói, không nhất thiết phải đưa ra lời khuyên hay những lời gợi ý.
- Lắng nghe tích cực không có nghĩa là chỉ lặng im để nghe mà là nghe có sự phản hồi bằng những ngôn ngữ không lời và có lời như: ánh mắt thân thiện, gật đầu, những âm thanh hay những câu nhắc lại ý của trẻ., v.v...

- Ví dụ:

Trẻ: Em gặp khó khăn ở trường. Thầy giáo thường tức giận vì em không có sách đi học.

TVV: Thầy giáo của em tức giận vì em quên mang sách à?

Hoặc sử dụng cách tóm tắt vấn đề

TVV: Em nói là em gặp khó khăn ở trường vì không có sách đi học?

4.3 Kỹ năng đặt câu hỏi*** Yêu cầu về đặt câu hỏi:**

- Câu hỏi đơn giản, dễ hiểu, liên quan đến vấn đề trẻ nói đến.
- Câu hỏi mở liên quan đến cảm xúc và suy nghĩ của trẻ (như thế nào? ra sao? điều gì):
“Cháu cảm thấy như thế nào khi nói là...?”
“Cháu nghĩ sao về điều đó?”
- Hạn chế tối đa câu hỏi đóng là những câu hỏi chỉ có các câu trả lời “có”, “không”. Đây là câu hỏi thu thập được ít thông tin và câu trả lời chỉ nhằm khẳng định thông tin của người hỏi.

- Tránh đặt các câu hỏi dẫn dắt “*dịch vụ ở đây thì tốt quá rồi còn gì, đúng không?*”
- Khi hỏi trẻ em, tránh sử dụng câu hỏi “*Tại sao?*”

*** Nội dung đặt câu hỏi:**

- Liên quan đến vấn đề trẻ đề cập và nhận biết được thông điệp quan trọng trong câu chuyện của trẻ.
- Nội dung câu hỏi đi từ bao quát đến cụ thể, tổng thể đến chi tiết

4.4 Kỹ năng thấu cảm

- Thấu cảm là trải nghiệm điều mà đối tượng đang trải nghiệm, hiểu được những tình cảm và ý nghĩ bên trong của họ. Hiểu họ như họ hiểu chính bản thân họ.
- Thấu cảm không phải là đồng cảm. Đồng cảm là nghĩ và cảm nhận giống người khác. Người giúp đỡ không nên có cảm xúc giống trẻ, mà nên hiểu trẻ một cách tách biệt với cảm xúc của mình.
- Cách nói lời thông cảm:
 - + Đặt mình vào hoàn cảnh của trẻ;
 - + Nhắc lại cảm xúc trẻ vừa nói và nguyên nhân dẫn đến cảm xúc đó;
 - + Làm cho trẻ cảm nhận điều mà trẻ đang cảm thấy là đúng trong hoàn cảnh của trẻ;
 - + Nói cho trẻ biết trẻ là người tốt (chỉ ra một đặc điểm cụ thể) nên mới có cảm xúc như vậy;
 - + Hạn chế đưa ra lời khuyên (hãy, nên,...);
 - + Không đặt kinh nghiệm cá nhân vào câu nói;
 - + Không bày tỏ thái độ, quan điểm cá nhân (không đứng về phía nào để bênh hoặc chê trẻ)
 - + Hạn chế giảng giải đạo đức xã hội với trẻ;
 - + Không đặt câu hỏi.

5. Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

5.1 Tư vấn diễn ra ở đâu? Thời gian tư vấn như thế nào?

- Nơi tư vấn tốt nhất là nơi có sự yên tĩnh, đủ ánh sáng, không bị làm phiền bởi môi trường xung quanh, cần đảm bảo là trẻ sẽ cảm thấy thoải mái để biểu lộ suy nghĩ và cảm xúc. Bên cạnh đó nhân viên tư vấn cũng phải tạo một bầu không khí tích cực, cởi mở, thân thiện.
- Nhân viên tư vấn luôn phải chuẩn bị trước những phương tiện cần thiết như: bàn ghế, giấy, viết, khăn giấy, đồ chơi theo lứa tuổi.
- Hãy tìm cách ngồi để thể hiện nhân viên tư vấn và trẻ giống như là hai người bạn. Việc này sẽ khiến trẻ cảm thấy thoải mái hơn. Nhân viên tư vấn luôn giữ tư thế ngang bằng và luôn hướng mắt về phía trẻ.
- Chú ý đến sự hợp tác và tình trạng sức khỏe của trẻ. Nếu trẻ có vấn đề về sức khỏe thì trẻ không thể ngồi trong thời gian quá lâu.

5.2 Các bước trong một quá trình tư vấn

5.2.1 Xác định vấn đề, tìm hiểu và đánh giá nhu cầu của trẻ:

Đầu tiên nhân viên tư vấn cần xác định vấn đề với những câu hỏi tìm hiểu thông tin, chủ yếu là câu hỏi mở. Đây là thời điểm nhân viên tư vấn bắt đầu thiết lập mối quan hệ, tạo niềm tin. Sau đó nhân viên tư vấn có thể đánh giá nhu cầu, việc xác định và thừa nhận những nhu cầu này là một bước tích cực để có thể có những giải pháp phù hợp cho vấn đề.

5.2.2 Lựa chọn vấn đề ưu tiên:

Nhân viên tư vấn cần lựa chọn những vấn đề ưu tiên: những vấn đề nào và nhu cầu nào là cấp bách nhất trong tình huống này và trong thời điểm hiện tại?

5.2.3 Lập kế hoạch

- Nhân viên tư vấn sẽ làm gì/hỗ trợ gì cho trẻ?
- Có những gợi ý gì và phải đáp ứng được những nhu cầu nào?
- Phải chắc chắn là nhân viên tư vấn luôn thực hiện bước này với trẻ được tư vấn. Đó phải là kế hoạch của họ.

5.2.4 Can thiệp

Có thể qua những cuộc trò chuyện, gọi điện thoại nhằm mục đích hỗ trợ và khuyến khích trẻ đạt được những kết quả mong đợi.

5.2.5 Đánh giá

Khi đánh giá, nhân viên tư vấn cần xem xét lại những việc đã làm và những kết quả đã đạt được, đồng thời cũng xác định, đánh giá những vấn đề chưa được giải quyết, vấn đề còn tồn tại. Tiếp tục và sẵn sàng chuẩn bị cho lần tư vấn kế tiếp.

5.3 Tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

Thông báo tình trạng nhiễm HIV cho trẻ là một trong những vấn đề nhạy cảm và khó khăn nhất đối với người chăm sóc trẻ. Cha mẹ trẻ có thể có cảm giác có lỗi với trẻ cũng như họ sợ phải để cho trẻ biết về tình trạng nhiễm của mình. Tuy nhiên trẻ có quyền tham gia vào những quyết định liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của chính mình. Hiểu biết về tình trạng nhiễm HIV có thể giúp trẻ tăng cường tuân thủ điều trị, trong khi đó, nếu trẻ không biết hoặc hiểu sai về HIV, trẻ có thể gây ra những khó khăn trong quá trình điều trị. Mặc dù vậy, việc thông báo cho trẻ biết tình trạng nhiễm HIV có thể khiến trẻ gặp nhiều khó khăn hơn về mặt tâm lý xã hội sau này.

5.3.1 Những lợi ích khi bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

- Trẻ biết mình nhiễm HIV thì có lòng tự trọng cao hơn và ít bị trầm cảm hơn so với những trẻ không biết và phải chịu những kỳ thị, phân biệt đối xử ở xung quanh.
- Cha mẹ hoặc người chăm sóc ít bị trầm cảm hơn do không phải giữ bí mật và lo sợ lúc nào thì trẻ sẽ biết về tình trạng nhiễm của mình và của trẻ.
- Giúp trẻ xây dựng được sự thành thật và lòng tin trẻ dành cho người chăm sóc.
- Trẻ hiểu được tại sao cần điều trị và vì thế sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn.
- Tránh được việc người khác vô tình cho trẻ biết hoặc trẻ tự phát hiện ra.

- Trẻ có thể tham gia nhiều hơn vào những quyết định điều trị bệnh.
- Trẻ vị thành niên nếu biết mình nhiễm HIV sẽ có những lựa chọn đúng đắn hơn trong hành vi tình dục của mình.

5.3.2 Khi nào chúng ta nên tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ:

- Khi người chăm sóc đã sẵn sàng để nói cho trẻ nghe sự thật.
- Khi trẻ đã sẵn sàng để đương đầu với những diễn biến tâm lý có thể xảy ra sau khi biết mình bị nhiễm HIV.

5.3.3 Cần phải chuẩn bị như thế nào?

- Đánh giá mức độ sẵn sàng của trẻ, cân nhắc độ tuổi, độ trưởng thành, hoàn cảnh gia đình và tình hình sức khỏe của trẻ.
- Sắp xếp một số buổi gặp mặt trước đó để xây dựng mối quan hệ tin tưởng và thân thiện.
- Tư vấn cho người chăm sóc cũng như các thành viên trong gia đình về HIV và điều trị ARV.
- Giúp người chăm sóc chuẩn bị về mặt tâm lý và tình cảm.
- Giúp người chăm sóc chuẩn bị cho việc thông báo.
 - + Thông điệp mà người chăm sóc muốn truyền đạt là gì?
 - + Thông tin mà người chăm sóc muốn trẻ biết là gì? (bắt đầu với những thông tin chung chung)
 - + Người chăm sóc muốn bắt đầu cuộc nói chuyện như thế nào?
 - + Đoán trước những câu hỏi mà trẻ có thể hỏi và chuẩn bị câu trả lời

Chuyện gì sẽ xảy ra với con? Con sẽ chết phải không? Bố/mẹ đã biết chuyện này lâu chưa? Còn ai nữa cũng nhiễm HIV? Ai biết con nhiễm bệnh này? Hoặc có thể có những câu hỏi tỉ mỉ hơn.

- Chuẩn bị trước tình huống trẻ sẽ có phản ứng tiêu cực sau khi biết về tình trạng nhiễm HIV của mình.

5.3.4 Những gợi ý hướng dẫn tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ

* *Người báo tình trạng nhiễm HIV của trẻ:* đó là người mà trẻ yêu thương tin tưởng nhất hay người có mối liên hệ gần gũi thân thiện nhất với trẻ. Nên chọn trong số những người sau đây để báo tình trạng nhiễm HIV cho trẻ:

- Người chăm sóc với sự hỗ trợ của nhân viên tư vấn. Người này đã được nhân viên tư vấn tập luyện và thực hành sắm vai trước khi nói chuyện về tình trạng nhiễm HIV với trẻ;
- Người nhân viên tư vấn với sự hỗ trợ và cho phép của người chăm sóc.

* *Đối với trẻ chưa đi học (< 5 tuổi):*

- Hiểu biết của trẻ gắn liền với những gì đang diễn ra xung quanh trẻ. Nói chuyện là cách thức chính để truyền đạt thông tin. Trẻ thường phụ thuộc nhiều vào người chăm sóc.
- Độ tuổi chưa đi học (<5 tuổi) là “giai đoạn trẻ rất thích truyện cổ tích”. Trẻ ở độ tuổi này hiểu biết thông qua những câu chuyện mang tính hình tượng, truyện cổ tích hay những hình mẫu. Hãy kể những câu chuyện như vậy để dạy cho trẻ cần phải sống khỏe mạnh để chống lại kẻ thù vô hình.

- Đối với lứa tuổi này, điều quan trọng là chăm sóc tốt cho sức khỏe của trẻ, vì vậy có thể chờ cho trẻ lớn hơn rồi mới cho trẻ biết.

- Lời khuyên:

- + Cho trẻ biết một số thông tin khi trẻ đặt câu hỏi (“*Tại sao bác sĩ lại lấy máu của con?*”) hoặc khi trẻ có phản ứng (ví dụ, không chịu uống thuốc).
- + Giải thích cho trẻ rằng câu trả lời vừa rồi như vậy là đủ - không nên nói thêm những thông tin không cần thiết.
- + Chơi cùng trẻ (ví dụ, chơi trò làm bác sĩ) để trẻ nói ra những khúc mắc hoặc để trẻ thể hiện cảm xúc một cách gián tiếp.

- Cần phải nói gì: Ví dụ

“*Con cần phải gặp bác sĩ để bác sĩ kiểm tra máu của con*”

“*Bác sĩ cần lấy máu của con để giúp con tìm hiểu về sức khỏe của mình hơn*”

“*Con cần uống thuốc vì có một con vi trùng trong máu làm cho con bị ốm*”

“*Có một con vi trùng rất nhỏ chui vào người con và làm cho con bị ốm, giống như khi con bị cảm lạnh vậy*”

“*Con (với Mẹ) uống thuốc này để chúng ta cùng khỏe mạnh*”

*** Đối với trẻ đã đi học (6-12 tuổi):**

- Độ tuổi này có thể là độ tuổi tốt nhất để cho trẻ biết. Hiểu biết của trẻ gắn liền với cuộc sống hàng ngày, trẻ học được những khái niệm cơ bản (nguyên nhân và kết quả, điều đúng và điều sai, sự công bằng) và học những thông tin từ nhiều nguồn khác nhau; trẻ dần dần so sánh mình với bạn, tin cậy vào những người thân quen.
- Trẻ ở độ tuổi đi học nhiễm HIV thường đặt những câu hỏi liên quan đến sức khỏe, thuốc và việc khám bệnh. Trẻ cũng có thể muốn nói chuyện về những lo lắng khác với bố mẹ. Trẻ ở độ tuổi này cần được giải thích cụ thể và đầy đủ thông tin về bệnh của mình.

Lời khuyên:

- + Cho trẻ thông tin chi tiết với những ví dụ cụ thể.
- + Nếu trẻ hỏi thêm thông tin (ví dụ “*Con vi trùng đó tên là gì?*”, “*Làm sao con vi trùng đó vào được người con?*”), thì trả lời ngắn gọn và rõ ràng. Nhưng nếu thấy trẻ đã thỏa mãn với câu trả lời. Sau này cha mẹ hay người chăm sóc trẻ có thể tiếp tục trả lời những câu hỏi khác khi trẻ đã hiểu biết và trưởng thành hơn.
- + Giúp trẻ đối mặt với những kì thị trẻ có thể gặp phải.
- + Làm cho trẻ yên tâm rằng trẻ có thể hỏi thêm nhiều câu hỏi nữa và có thể chia sẻ những thắc mắc của mình.

Cần phải nói gì? Ví dụ:

“*Vi trùng là những sinh vật (con) rất nhỏ có thể gây bệnh. Vi trùng có thể vào được cơ thể bằng nhiều cách (ví dụ như khi con bị đứt tay). Vi trùng sống trong máu*”.

“Cơ thể có những tế bào chống lại vi trùng trong máu (chúng có tên là tế bào CD4). Có nhiều loại vi trùng khác nhau. Có một số con được gọi là vi rút”.

“Trong máu con có một con vi rút (có tên là HIV). Nó tấn công và phá hủy những tế bào chống lại vi rút (tên là tế bào CD4). Vi rút này làm cho những con vi trùng khác dễ dàng tấn công con và làm cho con bị ốm”.

“HIV là từ viết tắt của vi rút suy giảm miễn dịch ở người. Nó có nghĩa là con vi rút này gây ảnh hưởng đến hệ miễn dịch mà giúp con bảo vệ cơ thể. Và con sẽ rất dễ mắc bệnh”.

“HIV là tên của loại vi rút ở trong máu của con. Còn AIDS là tên bệnh do chúng ta không điều trị được HIV”.

“Con phải uống thuốc để ngăn cho vi rút HIV không phát triển trong cơ thể, nhờ thế mà các tế bào chống vi trùng có thể làm việc trở lại và con sẽ không dễ bị bệnh nữa”.

“Khi con sinh ra con đã có vi rút HIV vì nó đi từ máu của mẹ sang máu của con khi con còn ở trong bụng mẹ”.

“Không có gì phải xấu hổ khi có vi rút HIV cả, nhưng mà không phải ai cũng hiểu hết về HIV. Việc con có vi rút HIV là việc riêng của con. Con không phải nói cho ai biết nếu con không muốn nói”.

*** Đối với trẻ vị thành niên (> 12 tuổi):**

- Trẻ vị thành niên bắt đầu suy nghĩ vượt ra ngoài những gì người lớn có thể thấy hay quan sát được. Trẻ cũng bắt đầu có những ý kiến và quan điểm khác nhau. Trong giai đoạn này, bạn bè và người cùng trang lứa có ý nghĩa khá quan trọng đối với trẻ. Trẻ bắt đầu hình thành nhân cách, có những cảm xúc mạnh mẽ và có thể khá bốc đồng.
- Trẻ vị thành niên thường đặt nhiều câu hỏi về tương lai. Trẻ muốn biết thêm về tình trạng nhiễm HIV của trẻ và trẻ cần phải được cho biết tình hình nhiễm bệnh để được tham dự vào các quyết định điều trị và bảo vệ những người trẻ có quan hệ tình dục.

Lời khuyên:

- + Nên cung cấp những thông tin chính xác và cụ thể khi trẻ có câu hỏi hoặc muốn hiểu rõ hơn về tình trạng bệnh hay những thông tin đã biết trước đây.
- + Trò chuyện về với trẻ về cách sống có ý nghĩa khi nhiễm HIV.
- + Trao đổi về sự bảo mật thông tin về tình trạng bệnh và các thông tin trẻ chia sẻ sẽ giúp trẻ cảm thấy an tâm và tin tưởng hơn.
- + Trẻ có xu hướng hoặc muốn sống độc lập có thể có những phản ứng xấu hơn (ví dụ, tuân thủ kém đi).
- + Nên thảo luận với trẻ về khả năng cho người khác biết trẻ nhiễm bệnh, tuy nhiên chính trẻ là người nên đưa ra quyết định trong vấn đề này.
- + Cho trẻ biết rằng trẻ sẽ luôn được sẵn sàng ủng hộ, tuy nhiên người lớn cũng cần phải tránh tỏ ra can thiệp quá sâu vào cuộc sống của trẻ.

Cần phải nói gì: Ví dụ:

“Con có vi rút HIV. Vi rút là thứ xâm nhập vào máu con và làm cho con bị ốm. Tuy nhiên có vi rút không có nghĩa là lúc nào con cũng bị ốm. Con có thể kiểm soát được loại vi rút này nếu con uống thuốc đều đặn”.

“Khi con đã biết con có vi rút HIV, con có trách nhiệm rất đặc biệt là không để nó lây truyền sang người khác. Con có thể tránh lây truyền bằng cách băng lại các vết thương trên người con, hoặc dùng bao cao su khi con quan hệ tình dục. Làm như vậy cũng có nghĩa là con đã giúp con một lần nữa chống lại loại vi rút này”.

“Nhiễm vi rút HIV không có nghĩa là con không thể có mối quan hệ nào. Nhưng nó có nghĩa là con cần phải lập kế hoạch cẩn thận về tương lai của con với những người khác để con có thể bảo vệ an toàn cho con và cho mọi người”.

5.3.5 Những tình huống không nên để cho trẻ biết về tình trạng nhiễm HIV của trẻ

- Trẻ biết một cách tình cờ (ví dụ, trẻ tình cờ nghe thấy hoặc đọc được thông tin gì đó).
- Cho trẻ biết mà không chuẩn bị kỹ càng về tâm lý.
- Cho trẻ biết khi đang tức giận.
- Trẻ bất ngờ hỏi người chăm sóc hoặc nhân viên y tế.
- Cho trẻ biết khi trẻ sắp chết.

5.3.6 Những vấn đề bất lợi có thể xảy ra

Trẻ có thể không chấp nhận tình trạng nhiễm HIV của mình, sẽ cố tình sống trong những điều kiện rất căng thẳng, luôn luôn oán giận cha mẹ là những người đã lây nhiễm HIV cho trẻ và từ đó tự cô lập bản thân mình với những người xung quanh. Trong trường hợp này trẻ rất cần có người hỗ trợ, đặc biệt là về tâm lý.

Trên thực tế, sau tư vấn bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ, có trẻ chấp nhận và xin sự hỗ trợ hướng dẫn cách sống lành mạnh và ước mong sẽ có cuộc sống bình thường. Có trẻ sau khi nghe xong thì thổ lộ là mong muốn được sống như người không nhiễm HIV. Có trẻ thì khóc òa lên và không chấp nhận tình trạng có HIV trong người.

6. Kết luận và một số gợi ý

Thực tế cho thấy hiện không có một hướng dẫn chuyên biệt nào để bộc lộ tình trạng nhiễm HIV cho trẻ. Nhưng có một số gợi ý như sau:

- + Mặc dù trong những trường hợp trẻ không biết hay không chấp nhận tình trạng nhiễm HIV của mình, nhưng trẻ cần phải được hướng dẫn và hiểu biết về tình trạng sức khỏe hiện nay của mình, để kịp thời thông báo với người chăm sóc khi có vấn đề về sức khỏe và hợp tác trong việc thực hiện tốt tuân thủ điều trị.
- + Những trẻ nhiễm HIV ở tuổi dậy thì cần được trang bị những kiến thức và kỹ năng phòng lây nhiễm HIV do quan hệ tình dục không an toàn cũng như tránh hành vi sử dụng ma túy và các chất gây nghiện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

(Chọn một câu trả lời đúng nhất)

1. Tư vấn cho trẻ không bao gồm:

- a. Thiết lập mối quan hệ với trẻ, với người thân của trẻ (nếu trẻ nhỏ có người thân đi cùng).
- b. Giúp trẻ kể chuyện của mình.
- c. Trách cứ/đổ lỗi cho trẻ.
- d. Giúp trẻ tự đưa ra quyết định trên cơ sở có đầy đủ thông tin.

2. Tư vấn cho trẻ bao gồm:

- a. Quyết định thay cho trẻ.
- b. Cung cấp cho trẻ thông tin một cách chính xác và đúng đắn.
- c. Đánh giá về trẻ.
- d. Thẩm vấn trẻ.

3. Tư vấn cho trẻ không bao gồm:

- a. Giúp trẻ kể chuyện của mình.
- b. Giúp trẻ nhận biết và xây dựng điểm mạnh của mình.
- c. Giúp trẻ xây dựng thái độ tích cực với cuộc sống.
- d. Tranh cãi với trẻ.

4. Tư vấn cho trẻ bao gồm:

- a. Giảng giải đối với trẻ.
- b. Giúp trẻ tự đưa ra quyết định trên cơ sở có đầy đủ thông tin.
- c. Hứa hẹn mà không giữ lời.
- d. Áp đặt niềm tin của mình cho trẻ.

5. Những phẩm chất cần có ở một nhân viên tư vấn như:

- a. Đồng cảm/thấu cảm.
- b. Tập trung chú ý.
- c. Sự quan tâm tích cực.
- d. Cả ba câu trên.

6. Một nhân viên tư vấn cho trẻ nhiễm HIV không nên có những tính cách sau:

- a. Tạo lòng tin.
- b. Trung thực/rõ ràng.
- c. Biết lắng nghe.
- d. Nóng nảy.

7. Những kỹ năng nào không cần thiết cho nhân viên tư vấn trong giao tiếp với trẻ:

- a. Kỹ năng quan sát.
- b. Kỹ năng diễn thuyết.
- c. Kỹ năng đặt câu hỏi.
- d. Kỹ năng lắng nghe.

8. Trước tiên đòi hỏi nhân viên tư vấn phải nắm vững đặc điểm phát triển về tâm lý ở từng độ tuổi của trẻ em:

- a. Đúng
- b. Sai

PHẦN II
THỰC HÀNH ĐÓNG VAI

1. TƯ VẤN TRẺ NHIỄM HIV VÀ GIA ĐÌNH: TRƯỚC VÀ SAU XÉT NGHIỆM

a. Tình huống 1: cháu Nguyễn Thành Minh sinh ngày 20/8/2009. Lúc sinh, mẹ cháu được tư vấn và xét nghiệm HIV dương tính nên đã được cho uống liều đơn Nevirapine. Khoa sản đã tư vấn và cấp cho mẹ cháu sữa đồng thời giới thiệu cho cháu được tiếp tục theo dõi tại phòng khám ngoại trú (PKNT) Nhi cùng bệnh viện. Khi Minh được 6 tuần, mẹ cháu đưa đến PKNT Nhi.

- Anh chị sẽ cung cấp những dịch vụ gì cho cháu ở lần khám đầu tiên này?
- Nếu cháu cần làm XN phát hiện tình trạng nhiễm HIV thì cần làm XN gì và anh/chị sẽ tư vấn như thế nào?

Yêu cầu đóng vai: 1 người là tư vấn viên, 1 người là bà mẹ (có thể thêm ông bố). Bà mẹ có mang theo giấy giới thiệu từ khoa Sản sang, rất lo lắng vì vừa phát hiện bản thân nhiễm HIV cộng thêm không biết liệu con mình có nhiễm HIV không.

Nội dung cần tư vấn:

- Giải thích chức năng nhiệm vụ của PKNT: theo dõi trẻ phơi nhiễm, xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm, chăm sóc và điều trị lâu dài cho trẻ nhiễm.
- Với trẻ này: cấp sữa ăn thay thế tiếp tục, cho uống CTX dự phòng, đánh giá tình trạng LS để tiêm chủng,...
- Tư vấn về XN PCR:
 - + 6 tuần là thời gian thích hợp.
 - + Khả năng lây nhiễm: thấp hơn bình thường vì bà mẹ và trẻ đã được dự phòng bằng ARV, trẻ được ăn sữa thay thế hoàn toàn.
 - + Cách lấy mẫu và thời gian có kết quả.

b. Tình huống 2: Vẫn các dữ kiện ở tình huống 1 (cháu Nguyễn Thành Minh sinh ngày 20/8/2009. Lúc sinh, mẹ cháu được tư vấn và xét nghiệm HIV dương tính nên đã được cho uống liều đơn Nevirapine. Khoa sản đã tư vấn và cấp cho mẹ cháu sữa đồng thời giới thiệu cho cháu được tiếp tục theo dõi tại phòng khám ngoại trú (PKNT) Nhi cùng bệnh viện. Khi Minh được 6 tuần, mẹ cháu đưa đến PKNT Nhi), sau khi có kết quả XN lần 1 với mẫu PCR âm tính.

- Anh/chị sẽ tư vấn kết quả xét nghiệm này thế nào và làm tiếp những gì cho bệnh nhân?

Yêu cầu đóng vai: 1 người là tư vấn viên, 1 người là bà mẹ (có thể thêm ông bố) như trên. Hai vợ chồng rất căng thẳng vì lo lắng.

Cần tư vấn những nội dung sau:

- Khả năng nhiễm HIV đối với cháu Minh.
- Các việc cần làm tiếp theo: uống CTX như thế nào? Tiếp tục nuôi dưỡng ra sao? Khi nào thì cần làm XN để khẳng định.
- Nhắc lại việc ông bố và bà mẹ cần đến PKNT để đăng ký khám và điều trị.

2. TƯ VẤN DINH DƯỠNG CHO TRẺ NHIỄM HIV

Tình huống: Một bà mẹ khoảng 25 tuổi, bé một bé gái 5 tháng tuổi đến PKNT nhi. Chị có nhớ trước khi sinh (từ lúc 28 tuần tuổi) được uống thuốc dự phòng do phát hiện nhiễm HIV, con chị cũng được dự phòng sau sinh. Chị cũng được khoa sản bệnh viện phát cho 1 tờ giấy giới thiệu nhưng lại làm mất (không biết để đâu, tìm không thấy nữa). Hôm nay vì hết sữa nên chị mới nhớ lời dặn của bác sĩ sản nên đưa con đến PKNT nhi. Cháu bé khi sinh được 2.8kg. Hôm nay cân được 6.9 kg. Tháng trước cháu có ho, sổ mũi 2 ngày.

Anh/chị hãy tư vấn cho bà mẹ cách nuôi dưỡng trẻ tiếp theo.

Yêu cầu đóng vai: 1 người là tư vấn viên, 1 người là bà mẹ. Bà mẹ không có giấy tờ gì mang theo.

Nội dung tư vấn cần có:

Hỏi và tư vấn tăng cường về nuôi con bằng sữa thay thế hoàn toàn.

Hướng dẫn cách pha sữa an toàn, hợp vệ sinh.

- Cung cấp thông tin cơ bản về các mốc nuôi dưỡng: 6 tháng cho ăn dặm (ăn bổ sung), ăn từ lỏng đến đặc, từ ít đến nhiều. Từ 12 tháng có thể ăn cháo. Sau 2 tuổi có thể ăn cơm nát.
- Lưu ý bổ sung các vi chất: cho trẻ uống vitamin A 6 tháng một lần (tại Trạm Y tế xã, phường). Vì mẹ không cho con bú nên trong vòng 6 tháng đầu trẻ vẫn cần được bổ sung vitamin A. Bổ sung canxi và vitamin D bằng chế độ ăn và tắm nắng. Sử dụng muối iốt khi trẻ ăn dặm.
- Thực hành vệ sinh khi chuẩn bị dụng cụ pha sữa cũng như khi chế biến thức ăn sau này. Thực hành vệ sinh thân thể cho trẻ, không cho trẻ bò dưới đất tránh giun sán cũng như các bệnh nhiễm trùng khác.



3. TƯ VẤN VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG CÁC BỆNH NTCH CHO TRẺ NHIỄM HIV

Tình huống: Chị Nguyễn Thúy Quỳnh có con đang được theo dõi tại PKNT nhi, cháu được 2 tháng tuổi. Đang chờ đến ngày làm XN PCR. Hôm qua trạm y tế xã vừa đưa giấy mời chị cho cháu ra trạm y tế để tiêm chủng bệnh BH-HG-UV. Chị Quỳnh lo lắng không biết con mình có nên tiêm chủng hay không?

Anh/chị hãy tư vấn cho chị Quỳnh?

Yêu cầu đóng vai: 1 người là cán bộ PKNT, 1 người là chị Quỳnh.

Nội dung tư vấn cần có:

Các loại tiêm chủng khác mà cháu đã tiêm là gì? (lưu ý BCG và Viêm gan B).

- Lợi ích của việc tiêm chủng: phòng ngừa các bệnh lây hay mắc ở trẻ nhỏ. Trẻ nhỏ cần tiêm vì hệ miễn dịch chưa tốt, cần chủ động tạo miễn dịch với các bệnh đó thì sau này khi tiếp xúc với mầm bệnh của bệnh đã tiêm chủng thì nguy cơ mắc bệnh sẽ thấp hơn nhiều so với không tiêm.
- Mọi trẻ đều cần tiêm kể cả trẻ phơi nhiễm với HIV. Tuy nhiên với một số vắc xin như bại liệt uống và sởi thì trước khi uống/ tiêm trẻ cần được kiểm tra tại PKNT về triệu chứng lâm sàng và miễn dịch (nếu có điều kiện).
- Hiện cháu bé phát triển bình thường nên cháu có thể đi tiêm phòng như những trẻ khác.

4. TƯ VẤN TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ NHIỄM HIV

4.1 Tư vấn trước điều trị

* Tình huống:

- Cháu Vũ 5 tuổi mồ côi mẹ, mẹ cháu chết vì AIDS cách đây 6 tháng. Hiện cháu sống với bà 68 tuổi. Nghi cháu bị nhiễm bệnh, bà đã đưa cháu Vũ lên thành phố Hồ Chí Minh để xét nghiệm và phát hiện cháu nhiễm HIV dương tính. Bà không muốn hàng xóm biết tình trạng nhiễm bệnh của cháu Vũ. Bố cháu Vũ nghiện ma túy, thường đi làm xa ở tỉnh khác, rất ít khi ở nhà. Bố cháu Vũ dùng toàn bộ tiền lương để tiêm chích. Bố cháu từ chối làm xét nghiệm. Bà cháu kiếm sống bằng cách giặt thuê ở làng.
- Cháu Vũ được đưa đến PKNT trên tỉnh cách nhà khoảng 50km. Chỉ số xét nghiệm CD4 của cháu là 9% và cháu nặng 10 kg. Cháu có tiền sử viêm phổi khi 4 tuổi. Ngoại trừ một số chỗ da bị thương tổn do nổi mẩn và viêm tai, hiện tại cháu không có vấn đề gì khác. Bác sĩ ở PKNT quyết định bắt đầu điều trị ARV cho cháu càng sớm càng tốt và lựa chọn phác đồ d4t/3TC/NVP (d4T 10ml 2 lần/ngày; 3TC 4ml 2 lần/ngày; NVP 9ml 1 lần/ngày trong 14 ngày đầu).
- Cán bộ tư vấn cần tiến hành tư vấn trước điều trị (sử dụng biểu mẫu A, B, và C).

* Kịch bản:

- Cán bộ tư vấn cần tư vấn trước khi bắt đầu điều trị ARV cho bà và cháu Vũ tại PKNT. (Mỗi lần 10 phút)

Chỉ phát tờ giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai bà cháu Vũ:

NHIỆM VỤ CỦA NGƯỜI BÀ

Bà cảm thấy lo lắng khi bác sĩ cho biết cháu Vũ cần phải điều trị. Bà muốn biết tình trạng sức khỏe thật của cháu Vũ.

“Cháu ốm như thế nào?” Bà không biết chỉ số CD4 có ý nghĩa gì.

Bà muốn hỏi *“Cháu có thể sống bao lâu nếu bắt đầu điều trị?”*.

“Tôi không biết cho cháu uống thuốc vì tôi không biết đọc”.

Bà lo lắng không biết chăm sóc cháu Vũ như thế nào với khoản thu nhập ít ỏi.

“Tôi không chắc có thể đưa cháu đi khám kiểm tra hàng tháng”.

Chỉ phát tờ giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai cán bộ tư vấn:

NHIỆM VỤ CỦA CÁN BỘ TƯ VẤN

Cán bộ tư vấn cần phải tư vấn 3 lần.

Sử dụng các biểu mẫu A, B, và C đồng thời áp dụng các kỹ năng đã được học trong bài giảng về nội dung và thông tin cần tư vấn, tiến hành tư vấn 3 lần.

Chỉ phát tờ giấy hướng dẫn dưới đây cho người quan sát viên:

NỘI DUNG QUAN SÁT

Ngôn từ của cán bộ tư vấn có phù hợp không?

Thông tin cán bộ tư vấn cung cấp có chính xác không?

Cán bộ tư vấn có thực hiện các bước trong biểu mẫu A, B và C không?

Kỹ năng tư vấn và giao tiếp của cán bộ tư vấn có tốt không?

Thái độ của cán bộ tư vấn?

Biểu mẫu A: Các bước tư vấn lần 1

Bước	Nội dung tư vấn	Ghi chú
1	Giới thiệu bản thân với người chăm sóc (và bệnh nhân), giải thích rằng bạn muốn giúp bệnh nhân đảm bảo uống thuốc ARV đầy đủ.	
2	Đánh giá phản ứng của người chăm sóc (và bệnh nhân) và hỗ trợ tâm lý nếu cần.	
3	Đánh giá điều kiện kinh tế xã hội của bệnh nhân và nhận biết các khó khăn tiềm ẩn có thể ảnh hưởng đến khả năng bệnh nhân đi khám theo lịch hẹn	
4	Đánh giá hiểu biết của người chăm sóc (và bệnh nhân) về HIV/AIDS.	
5	Bổ sung kiến thức cơ bản về HIV/AIDS nếu cần.	
6	Giải thích về điều trị dự phòng Cotrim. Nhắc bệnh nhân mang theo thuốc còn thừa mỗi lần đi khám.	
7	Giải thích về điều trị dự phòng INH. Nhắc bệnh nhân mang theo thuốc còn thừa mỗi lần đi khám.	
8	Giải thích về điều trị ARV (tổng thể)	
9	Trao đổi với bệnh nhân hoặc người chăm sóc về bất kỳ khó khăn hoặc rào cản tiềm ẩn đối với việc đi khám theo lịch hẹn, uống thuốc và tuân thủ điều trị.	
10	Thảo luận các biện pháp giúp khắc phục khó khăn và rào cản	Thảo luận kỹ lưỡng về biện pháp cả hai bên thống nhất
11	Giải thích về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân: giai đoạn lâm sàng, tình trạng miễn dịch (CD4) để bệnh nhân/người chăm sóc hiểu.	
12	Thông báo cho người chăm sóc về các dịch vụ của PKNT	

Biểu mẫu B: Các bước tư vấn lần 2

Bước	Nội dung tư vấn	Ghi chú
1	Nhắc lại ngắn gọn các nội dung đã thảo luận trong buổi tư vấn trước.	
2	Đánh giá tuân thủ điều trị dự phòng Cotrimoxazole của bệnh nhân. Xác định lý do bệnh nhân quên uống thuốc (nếu có).	_____ %
3	Đánh giá tuân thủ điều trị dự phòng INH của bệnh nhân. Xác định lý do bệnh nhân quên uống thuốc (nếu có).	_____ %
4	Giải thích cho bệnh nhân về phác đồ điều trị ARV đã chọn.	
5	Thông báo cho người chăm sóc (và bệnh nhân) về kết quả xét nghiệm CD4 (nếu đã có kết quả CD4 khi bệnh nhân đến khám lần 2) và giải thích kết quả (Suy giảm miễn dịch nặng, khá nặng hoặc nhẹ).	
6	Thảo luận kế hoạch điều trị ARV <input type="checkbox"/> Giải thích lịch khám theo dõi và các xét nghiệm cơ bản, ví dụ: CBC và CD4; <input type="checkbox"/> Giải thích về hoạt động hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân.	
7	Đánh giá các rào cản. Xác định rào cản đã được khắc phục chưa hay biện pháp can thiệp có đem lại hiệu quả mong muốn hoặc các rào cản mới nảy sinh.	
8	Xác định lại biện pháp can thiệp để khắc phục rào cản đối với khả năng tuân thủ. (Trình bày chi tiết biện pháp can thiệp cả hai bên thống nhất).	
9	Đảm bảo tính sẵn sàng và cam kết điều trị của người chăm sóc (và của bệnh nhân).	
10	Hỏi người chăm sóc hoặc bệnh nhân còn câu hỏi hay thắc mắc nào cần giải đáp, sau đó giải đáp thắc mắc nếu có.	

Biểu mẫu C: Các bước trong lần tư vấn cuối cùng trước khi bắt đầu điều trị

Bước	Nội dung tư vấn	Ghi chú
1	Bệnh nhân hoặc người chăm sóc đã ký vào phiếu đồng ý (Phiếu đăng ký) tham gia điều trị ARV.	
2	Đánh giá lại hiểu biết về phác đồ điều trị được chỉ định <input type="checkbox"/> Mang theo thuốc còn thừa trong lần khám tiếp theo; <input type="checkbox"/> Yêu cầu bệnh nhân không chia sẻ thuốc với người khác; thuốc chỉ được kê đơn cho bệnh nhân đó.	
3	Giải thích các tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí.	
4	Nhắc bệnh nhân tuân thủ điều trị tuyệt đối	
5	Khẳng định lại với bệnh nhân và người chăm sóc để họ cam kết điều trị.	
6	Hỏi người chăm sóc hoặc bệnh nhân còn câu hỏi hay thắc mắc nào cần giải đáp, sau đó giải đáp thắc mắc nếu có	

4.2 Tư vấn sau khi bắt đầu điều trị và tư vấn trong quá trình điều trị**4.2.1 Bài tập đóng vai 1**

- **Mục tiêu:** nhân viên tư vấn được học kỹ năng tư vấn sau khi bắt đầu điều trị.
- Đây là tình huống tiếp tục tình huống trước khi điều trị ARV.
 - + Cháu Vũ đến PKNT 2 tuần sau khi bắt đầu điều trị ARV theo lịch hẹn để theo dõi đánh giá. Trước khi gặp bác sĩ, cháu Vũ gặp cán bộ tư vấn. Bạn (nhân viên tư vấn) đã gặp cháu 2 tuần trước. Cháu Vũ thấy buồn nôn và đã nôn 3 lần trong 2 tuần. Cháu cho biết cháu hơi đau đầu và chán ăn.
 - + Bác sĩ cho cháu chuyển sang dùng 1½ viên nén Trimoune Baby buổi sáng và 1½ viên buổi tối.

Đóng vai tình huống:

Nhân viên tư vấn tiến hành tư vấn sau khi bắt đầu điều trị ARV cho cháu Vũ và bà cháu tại PKNT

Chỉ phát giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai bà cháu Vũ:

NHIỆM VỤ CỦA NGƯỜI BÀ

Bà cảm thấy lo lắng vì cháu thấy buồn nôn, đau đầu và chán ăn. Bà không biết đây có phải là tác dụng phụ của thuốc hay là triệu chứng của các bệnh nhiễm trùng khác. Bà muốn cháu Vũ dừng uống thuốc và bà muốn hỏi ý kiến bác sĩ.

Cháu Vũ không chịu ăn trong 3-4 ngày qua do sợ bị nôn, khiến bà cháu lo lắng cháu sẽ yếu hơn vì không chịu ăn.

Chỉ phát giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai nhân viên tư vấn:

NHIỆM VỤ CỦA NHÂN VIÊN TƯ VẤN

Nhân viên tư vấn sử dụng biểu mẫu D để tư vấn sau khi bắt đầu điều trị. Cán bộ cố gắng động viên bà cháu Vũ rằng đó chỉ là các tác dụng phụ nhẹ thường gặp của thuốc ARV đồng thời thuyết phục bà duy trì tuân thủ điều trị cho cháu.

Chỉ phát giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai quan sát viên:

NỘI DUNG QUAN QUÁT

Nội dung tư vấn sau khi điều trị có đầy đủ, toàn diện không? Nếu không, anh/chị bổ sung thêm nội dung gì?

Anh/chị có cho rằng nhân viên tư vấn đã tiến hành tư vấn hiệu quả không?

Thái độ của nhân viên tư vấn ?

Anh/chị sẽ làm gì nếu ở vị trí nhân viên tư vấn?

4.2.2 Bài tập đóng vai 2 (tiếp tục tình huống trên)

- **Mục tiêu:** Cán bộ tư vấn sẽ học kỹ năng tư vấn trong quá trình điều trị
- Đây là tình huống tiếp tục tình huống trước khi điều trị ARV.
 - + Cháu Vũ đã điều trị ARV được 12 tháng. Cháu tăng 3kg trong 6 tháng đầu điều trị tuy nhiên trong 3 tháng gần đây cháu giảm ½ kg/tháng, cháu đến PKNT trễ 2 tuần so với lịch hẹn. Bà cháu nói là vì cháu Vũ vẫn còn rất nhiều thuốc.
 - + Chỉ số CD4 sau 6 tháng là 18% và sau 12 tháng là 13%. Bà cháu cho biết tháng trước cháu Vũ bị viêm ngực.
 - + Bà cháu Vũ mang theo số thuốc còn thừa, nhân viên tư vấn nhận thấy còn 3 viên CTX, 6 viên Triomune Baby.

Đóng vai tình huống:

Nhân viên tư vấn tiến hành tư vấn trong quá trình điều trị cho cháu Vũ và bà cháu Vũ.

Chỉ phát giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai bà cháu Vũ:**NHIỆM VỤ CỦA NGƯỜI BÀ**

Bà cháu Vũ bận giặt là ở nhà hàng xóm. Đôi khi bà về nhà rất muộn và quên cho cháu Vũ uống thuốc buổi tối. Bà cho biết thỉnh thoảng bà để cháu Vũ tự uống thuốc nhưng bà không bao giờ kiểm tra cháu Vũ có thực sự uống thuốc hay không.

Chỉ phát giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai nhân viên tư vấn:**NHIỆM VỤ CỦA NHÂN VIÊN TƯ VẤN**

Nhân viên tư vấn sử dụng Biểu mẫu E để tiến hành tư vấn trong quá trình điều trị. Nhân viên tư vấn đánh giá mức độ tuân thủ và tìm hiểu lý do bệnh nhân quên uống thuốc. Nhân viên tư vấn thực hiện các bước trong Biểu mẫu E.

Chỉ phát giấy hướng dẫn dưới đây cho người đóng vai quan sát viên:**NỘI DUNG QUAN SÁT**

Nội dung tư vấn có đầy đủ, toàn diện không? Nếu không, anh/chị cho rằng thiếu bước nào?

Nhân viên tư vấn có đánh giá mức độ tuân thủ toàn diện không?

Chiến lược cải thiện tuân thủ do nhân viên tư vấn đề xuất có thiết thực và khả thi không?

Phương pháp đánh giá tuân thủ của nhân viên tư vấn có đúng không?

Nội dung tư vấn có giúp ích cho bệnh nhân không?

Thái độ của nhân viên tư vấn?

**Biểu mẫu D: Bảng kiểm dùng trong lần tư vấn sau khi bắt đầu điều trị
(2 tuần sau khi bắt đầu điều trị)**

Bước	Nội dung tư vấn	Ghi chú
1	Đánh giá phản ứng thuốc của bệnh nhân. (bệnh nhân có dung nạp thuốc không)	
2	Hỏi bệnh nhân có xuất hiện tác dụng phụ không. Nếu tác dụng phụ nhẹ (cấp 1), tư vấn cho bệnh nhân cách xử trí.	
3	Cảnh báo các triệu chứng có thể nặng hơn do Hội chứng phục hồi miễn dịch. Động viên bệnh nhân.	
4	<p>Đánh giá và tư vấn tuân thủ điều trị:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hỏi người chăm sóc (bệnh nhân) về cách uống thuốc, và số lần quên uống thuốc trong 2 tuần qua b. Tìm hiểu nguyên nhân quên uống thuốc c. Đánh giá cách bệnh nhân ghi nhớ lịch uống thuốc d. Tìm hiểu khó khăn trong việc uống thuốc e. Xây dựng chiến lược khắc phục khó khăn f. Kiểm tra hiểu biết về thuốc g. Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ tuyệt đối h. Nhắc bệnh nhân mang theo thuốc còn thừa trong lần khám tiếp theo 	

Biểu mẫu E: Các bước tư vấn trong quá trình điều trị

	Nội dung tư vấn	Ngày hẹn khám				
1	Hỏi bệnh nhân về các tác dụng phụ					
2	Đánh giá và tư vấn tuân thủ điều trị	Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không	Có/Không
	<p>Cháu đi khám theo lịch hẹn đúng không?</p> <p>Hỏi người chăm sóc (bệnh nhân) cách uống thuốc và nhớ lại số lần quên uống thuốc trong 2 tuần qua.</p> <p>Tìm hiểu lý do quên uống thuốc nếu có</p> <p>Tìm hiểu khó khăn trong việc uống thuốc</p> <p>Xây dựng chiến lược để khắc phục khó khăn</p> <p>Kiểm tra hiểu biết về thuốc</p>					

		Ngày hẹn khám				
3	Đánh giá mức độ tuân thủ của bệnh nhân	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	Bảng cách đếm thuốc	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	Bệnh nhân tự báo cáo	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %	_____ %
	Ý kiến nhận xét của cán bộ tư vấn	Tốt Khá tốt Kém	Tốt Khá tốt Kém	Tốt Khá tốt Kém	Tốt Khá tốt Kém	Tốt Khá tốt Kém
	Kiểm tra mối tương quan giữa chỉ số CD4 với kết quả đánh giá tuân thủ.					

5. THỎ LỘ THÔNG TIN, HỖ TRỢ XÃ HỘI VÀ CHĂM SÓC TẠI NHÀ

5.1 Trường hợp 1

Mục tiêu: Cán bộ tư vấn sẽ thực hành các kỹ năng thuyết phục người chăm sóc về tầm quan trọng và nêu được sự cần thiết phải thông báo tình trạng nhiễm HIV cho trẻ.

(Nêu trường hợp cho tất cả học viên)

- Chị Quảng lưỡng lự không thông báo tình trạng nhiễm HIV của con gái mình, bé Bình, bé gái 8 tuổi. Bình chưa được bắt đầu điều trị ARV vì chỉ số CD4 của bé vẫn ở mức tốt (300 tế bào/mm³).
- Bình hỏi tại sao bé phải xét nghiệm và tại sao trẻ phải đến cơ sở y tế thường xuyên?
- Bối cảnh: Chị Quảng đến gặp cán bộ tư vấn mà không có con gái đi cùng. Trên gương mặt chị thể hiện rõ nỗi lo lắng và bất an. Hôm nay, cán bộ tư vấn muốn nói chuyện với chị để thuyết phục chị cho con gái biết cháu nhiễm HIV.

Phát bảng quan sát đánh giá này cho tất cả các học viên nhập vai người quan sát:

Mục quan sát	Nhận xét
<p>Chất lượng tư vấn của cán bộ tư vấn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sự cần thiết phải cho trẻ biết là điều sẽ giúp thuyết phục người chăm sóc - Những thông điệp phải có giá trị - Tư vấn phải sát với thực tế 	
<p>Kỹ năng cá nhân của cán bộ tư vấn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lắng nghe - Đặt câu hỏi - Giữ yên lặng - Những hành động hỗ trợ 	

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai Cán bộ tư vấn:

NHIỆM VỤ CỦA TƯ VẤN VIÊN

Tư vấn viên sẽ sử dụng các kỹ năng tư vấn của mình để thuyết phục bà mẹ về sự cần thiết phải cho trẻ biết, những lợi ích và tầm quan trọng của việc thông báo tình trạng nhiễm HIV cho trẻ trong quá trình điều trị ARV, ví dụ, nếu biết trẻ sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn.

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai chị Quảng:

NHIỆM VỤ CỦA CHỊ QUẢNG

Chị Quảng không muốn thông báo cho con biết cháu nhiễm HIV. Chị nêu ra những lý do sau để bảo vệ lý lẽ của mình:

Lời chị Quảng sẽ nói trong hoạt động nhập vai

“HIV không phải là vấn đề để trẻ phải lo lắng. Chỉ người lớn mới phải lo lắng về vấn đề đó”.

“Trẻ nên được sống vô tư và vì thế không nên cho trẻ biết cháu nhiễm HIV”.

“Nếu tôi nói cho cháu biết cháu nhiễm HIV, tôi cũng phải nói cho cháu biết tại sao tôi nhiễm”.

“Cháu có thể kể cho người khác”.

Học viên đóng vai mẹ của trẻ có thể bổ sung thêm một số lý do hợp lý về việc tại sao không cho trẻ biết trong phân cảnh nói chuyện với cán bộ tư vấn.

5.2 Trường hợp 2

Mục tiêu: Cán bộ tư vấn sẽ được thực hành các kỹ năng tư vấn về thông báo tình trạng nhiễm HIV cho trẻ nhỏ.

(Cho tất cả học viên tìm hiểu một trường hợp khác)

- Trọng, bé trai 4 tuổi, đang được điều trị ARV. Phác đồ của trẻ là d4T/3TC/NVP. Trẻ đang dùng thuốc dạng viên rời vì PKNT đã hết thuốc Triomune.



- Mẹ trẻ cho biết trẻ rất ghét uống thuốc và thường không chịu uống mỗi khi bác sĩ chuyên sang thuốc viên rời. Trẻ đã được điều trị ARV được 2 tháng. Trẻ có vẻ chán uống thuốc và hỏi mẹ lý do tại sao trẻ phải uống thuốc hàng ngày. Mẹ của trẻ không biết làm thế nào để thuyết phục trẻ uống thuốc. Mẹ của trẻ mong muốn các bạn hỗ trợ để nói chuyện thuyết phục trẻ.
- Bạn lo ngại rằng nếu Trọng không chịu uống thuốc, mức độ tuân thủ điều trị của trẻ sẽ kém đi. Bạn khuyên mẹ Trọng nên cho trẻ biết cháu nhiễm HIV để trẻ có động lực uống thuốc.

*** Tình huống:**

- Trong phòng tư vấn. Bạn (cán bộ tư vấn) nói chuyện với trẻ với sự tham gia của mẹ của trẻ.

*** Mục tiêu của buổi tư vấn:**

- Thông báo cho trẻ biết tình trạng nhiễm HIV để thuyết phục và tạo động lực cho trẻ uống thuốc.

Phát bảng quan sát đánh giá cho các học viên đóng vai cán bộ quan sát:

Mục quan sát	Nhận xét
<p>Chất lượng tư vấn của cán bộ tư vấn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sự cần thiết phải cho trẻ biết là điều sẽ giúp thuyết phục người chăm sóc - Những thông điệp phải có giá trị - Tư vấn phải sát với thực tế 	
<p>Kỹ năng cá nhân của cán bộ tư vấn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lắng nghe - Đặt câu hỏi - Giữ yên lặng - Những hành động hỗ trợ 	

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai Cán bộ tư vấn:

NHIỆM VỤ CỦA TƯ VẤN VIÊN

Nói chuyện với trẻ sử dụng từ ngữ dễ hiểu và phù hợp với độ tuổi của trẻ về tình trạng nhiễm HIV cũng như về tầm quan trọng của việc uống thuốc để trẻ sống khỏe mạnh. Trả lời những câu hỏi của trẻ trong phạm vi nội dung đã thảo luận trước với mẹ của trẻ.

*** Lời khuyên:**

- Cho trẻ thông tin chi tiết với những ví dụ cụ thể;
- Nếu trẻ hỏi thêm thông tin (ví dụ “*Con vi trùng đó tên là gì?*”, “*Làm sao con vi trùng đó vào được người con?*”), trả lời ngắn gọn và rõ ràng;
- Ngừng nói nếu thấy trẻ đã thỏa mãn với câu trả lời. Sau này trẻ có thể có những câu hỏi khác khi trẻ đã sẵn sàng;
- Giúp trẻ đối mặt với những kỳ thị trẻ có thể gặp phải ;
- Làm cho trẻ yên tâm rằng trẻ có thể hỏi thêm nhiều câu hỏi nữa và có thể chia sẻ những thắc mắc của mình.

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai Trọng

NHIỆM VỤ CỦA TRỌNG

Trọng không thích uống thuốc vì thuốc nước có vị khó chịu. Tuy nhiên trẻ không gặp vấn đề gì với thuốc viên Triomune. Trọng đưa ra những lý do tại sao trẻ không chịu uống thuốc.

“Cháu không thích vị thuốc nước. Đáng lắm”.

“Tại sao ngày nào cháu cũng phải uống thuốc?”

“Mẹ ơi, chỉ người ốm mới uống thuốc. Con bị ốm à?”

Trong phân cảnh nói chuyện này, học viên nhập vai Trọng có thể đặt thêm nhiều câu hỏi mang tính tò mò phù hợp với đặc điểm trẻ 4 tuổi.

5.3 Trường hợp 3

Mục tiêu: Cán bộ tư vấn sẽ thực hành các kỹ năng tư vấn khi thông báo cho trẻ đang ở độ tuổi đi học tình trạng nhiễm HIV của trẻ

Trường hợp 3:

- Tuấn, bé trai 10 tuổi đang học lớp 2. Trẻ nhiễm HIV từ mẹ khi mẹ đang mang thai.
- Trẻ đã được điều trị ARV 4 tháng. Trẻ bắt đầu đặt câu hỏi tại sao trẻ phải đến gặp bác sĩ nhiều hơn những trẻ khác. Trẻ cũng hỏi tại sao phải uống thuốc, những loại thuốc trẻ uống có giống với thuốc mà mẹ trẻ uống hay không.

- Bố mẹ trẻ lo ngại rằng nếu cho trẻ biết trẻ nhiễm HIV, trẻ sẽ thấy lo lắng. Bố mẹ trẻ đang xin bạn tư vấn nên làm thế nào.

*** Tình huống:**

- Buổi tư vấn 1 (Giữa cán bộ tư vấn và mẹ của trẻ)
 - + Cán bộ tư vấn tư vấn cho mẹ trẻ sự cần thiết phải cho trẻ biết tình trạng nhiễm HIV của cháu. Cán bộ tư vấn thảo luận với mẹ trẻ cần phải nói như thế nào, khi nào và phải nói điều gì.
- Buổi tư vấn 2 (Giữa mẹ của trẻ, trẻ và cán bộ tư vấn)
 - + Cán bộ tư vấn sắp xếp một buổi để thông báo cho trẻ tình trạng nhiễm HIV của cháu tại PKNT. Trẻ và mẹ nói chuyện dưới sự quan sát của cán bộ tư vấn.

*** Mục tiêu của 2 buổi tư vấn:**

- Buổi 1: Để cán bộ tư vấn tư vấn cho người mẹ sự cần thiết phải thông báo cho trẻ, cách thức sắp xếp kế hoạch thông báo,...
- Buổi 2: Để mẹ của trẻ thông báo cho trẻ tình trạng nhiễm HIV của cháu theo cách thức phù hợp với lứa tuổi của trẻ.

Phát bảng quan sát đánh giá cho các học viên nhập vai cán bộ quan sát (buổi 1 và buổi 2, dùng 2 bản khác nhau)

Quan sát của cán bộ tư vấn

Mục quan sát	Nhận xét
Chất lượng tư vấn của cán bộ tư vấn <ul style="list-style-type: none"> - Sự cần thiết phải cho trẻ biết là điều sẽ giúp thuyết phục người chăm sóc - Những thông điệp phải có giá trị - Tư vấn phải sát với thực tế 	
Kỹ năng cá nhân của cán bộ tư vấn <ul style="list-style-type: none"> - Lắng nghe - Đặt câu hỏi - Giữ yên lặng - Những hành động hỗ trợ 	

Quan sát Mẹ:

Mục quan sát	Nhận xét
<ul style="list-style-type: none"> - Từ ngữ dùng khi thông báo phù hợp không? - Từ ngữ dùng khi tiếp cận vấn đề phù hợp không? - Thông tin chính xác và phù hợp không? - Câu trả lời cho câu hỏi trẻ phát ra phù hợp với lứa tuổi của trẻ không? 	

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai Cán bộ tư vấn:

NHIỆM VỤ CỦA TƯ VẤN VIÊN

Buổi 1:

- Cán bộ tư vấn phải thuyết phục mẹ trẻ về sự cần thiết phải thông báo, tầm quan trọng cũng như lợi ích của việc thông báo.
- Cán bộ tư vấn tư vấn cho mẹ trẻ những thông tin cần cho trẻ biết, cách thức cũng như thời gian,...

Buổi 2:

- Cán bộ tư vấn hỗ trợ mẹ trẻ khi mẹ và trẻ nói chuyện để cho trẻ biết tình trạng nhiễm HIV của trẻ

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai mẹ Thuận:

NHIỆM VỤ CỦA MẸ TUÂN

Buổi 1:

- Mẹ của trẻ nêu các lý do chị không muốn cho trẻ biết. Mẹ của trẻ dần dần đồng ý thông báo cho trẻ và thảo luận với cán bộ tư vấn để chuẩn bị cho buổi nói chuyện với trẻ, nội dung, cách thức, thời gian, địa điểm. Đặt câu hỏi hay bất kì thắc mắc nào cho cán bộ tư vấn.

Buổi 2:

- Mẹ của trẻ bắt đầu buổi nói chuyện để thông báo cho trẻ biết với sự tham gia của cán bộ tư vấn.

Lời khuyên cho mẹ:

- Cho trẻ thông tin chi tiết với những ví dụ cụ thể.

- Cho trẻ thông tin chi tiết với những ví dụ cụ thể.
- Nếu trẻ hỏi thêm thông tin (ví dụ "Con vi trùng đó tên là gì?", "Làm sao con vi trùng đó vào được người con?"), trả lời ngắn gọn.
- Ngừng nói nếu thấy trẻ đã thoả mãn với câu trả lời. Sau này trẻ có thể có những câu hỏi khác khi trả đã sẵn sàng.
- Giúp trẻ đối mặt với những kỳ thị trẻ có thể gặp phải.
- Làm cho trẻ yên tâm rằng trẻ có thể hỏi thêm nhiều câu hỏi nữa và có thể chia sẻ những thắc mắc của mình.

Phát bảng ghi chú sau cho những học viên nhập vai Tuấn:

NHIỆM VỤ CỦA TUẤN

Buổi 2: Đặt những câu hỏi sau khi bắt đầu buổi nói chuyện:

- “Tại sao tháng nào con cũng phải đi gặp bác sĩ?”
- “Con không muốn thường xuyên nghỉ học”.
- “Con bảo cô giáo là con phải đến phòng khám. Cô hỏi con phòng khám nào. Con phải trả lời cô như thế nào?”

Sau khi mẹ nói thông báo về tình trạng nhiễm HIV cho trẻ biết, Tuấn biểu hiện thái độ nghi ngờ và lo lắng. Tiếp tục đặt các câu hỏi như sau:

- “Bệnh này có đau không?” “Con sẽ trông rất xấu phải không?” “Con sắp chết phải không?”

Học viên nhập vai Tuấn nên đặt những câu hỏi mang tính tò mò về bệnh và việc uống thuốc để tiếp tục cuộc nói chuyện. Phải đặt những câu hỏi phù hợp với độ tuổi của trẻ.

PHẦN III
THẢO LUẬN CA BỆNH

1. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CHO TRẺ DƯỚI 18 THÁNG TUỔI

A. Phần hành chính

Bé gái NKN, ngày sinh: 13/8/2009, ngày nhập viện: 13/1/2010 (3 tháng tuổi).

B. Triệu chứng cơ bản:

Gầy mòn, chậm phát triển tâm thần vận động.

C. Mô tả tình trạng bệnh lý hiện tại

1. Bệnh sử

Bệnh nhi 3 tháng tuổi bị bỏ rơi tại bệnh viện. Bé bị phơi nhiễm HIV từ mẹ.

Thể trạng gầy mòn, suy dinh dưỡng, chậm phát triển tâm thần vận động.

2. Tiêm chủng: không rõ.

3. Tiền sử bệnh

- Gia đình:
 - + Mẹ bị nhiễm HIV, còn sống;
 - + Cha nhiễm HIV, còn sống;
 - + Không rõ cha mẹ đã điều trị ARV chưa.
- Bản thân: không rõ.

4. Khám thực thể

* Lâm sàng:

Bệnh nhi cân nặng 3,7kg, chiều dài 54cm. Trẻ gầy mòn, thể trạng, suy dinh dưỡng độ 1.

Dấu hiệu sinh tồn:

- + Thân nhiệt: 37oC, nhịp tim: 120 nhịp/phút, nhịp thở: 36 nhịp/phút;
- + Hạch nhỏ khoảng 1-3cm, nhiều vùng cổ, nách, bẹn.



- Khám mắt và tai mũi họng:
 - + Chưa phát hiện gì lạ về tổn thương mắt;
 - + Không nấm miệng, không viêm tai giữa.
- Hệ hô hấp: Không có dấu hiệu khó thở, phế âm đều 2 bên, không có ran bệnh lý.
- Hệ tim mạch: Tim đều, không âm thổi bệnh lý.
- Bụng: mềm xẹp, gan 3cm dưới hạ sườn phải, lách không to.
- Hệ sinh dục và tiết niệu: Chưa phát hiện gì lạ.
- Các chi: Không có dấu hiệu bệnh lý.
- Da: Bình thường.
- Hệ thần kinh-cơ: Trương lực cơ kém, cứng cơ cổ tốt, trẻ có thể ngóc đầu nhưng trẻ chưa thể ngồi với sự hỗ trợ, phản xạ gân xương tăng.

*** Xét nghiệm:**

- Xét nghiệm chẩn đoán:
 - PCR (DNA-HIV) lần 1 (9/11/2009): Dương tính;
 - PCR (DNA-HIV) lần 2 (23/1/2010): Dương tính.
 - CD4: 22.52% (1993 tế bào);
 - CD4: 16.1 % (1045 tế bào).
- Công thức máu: Huyết sắc tố: 9.79g/dl, Hematocrit: 32.3%, Tiểu cầu: 641,000/ μ l, Men gan: SGOT: 131 U/L SGPT 206 U/L.
- Xét nghiệm huyết thanh:
 - + Kháng nguyên viêm gan B: âm tính;
 - + Kháng thể viêm gan C: âm tính;
 - + Giang mai: âm tính.

5. Chẩn đoán phân biệt

Bại não là những rối loạn không tiến triển, không thay đổi trong giai đoạn trước sinh, chu sinh và sau sinh, những khiếm khuyết phát triển chủ yếu ảnh hưởng đến chức năng của trẻ. Nó được đặc trưng bởi sự không hoạt động của chức năng kiểm soát vận động và có khả năng ảnh hưởng tất cả các phát triển khác như khả năng khám phá, nói, học, và trở nên độc lập. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào quan sát, tiền sử thai kỳ có thể góp phần để theo dõi sát sao hơn.

Dấu hiệu chủ yếu là trì trệ ở các mốc phát triển vận động, tồn tại phản xạ nguyên phát, phản ứng tư thế bất thường.

HIV có thể gây chậm phát triển tâm thần cho trẻ nhưng ít khi gây ra bại não.

Viêm màng não: sốt cao, dấu hiệu màng não.

Viêm não do siêu vi: Sốt (90%), nhức đầu, kém ăn, tổng trạng kém. Nặng hơn, bệnh nhi sẽ có triệu chứng nôn, buồn nôn, cứng cổ, mất định hướng, co giật, hôn mê.

6. Chẩn đoán xác định: Bệnh lý não do HIV/ Suy dinh dưỡng độ 1/ Trẻ nhiễm HIV.

7. Vấn đề:

- Trẻ 6 tháng phơi nhiễm HIV từ mẹ, có PCR HIV dương tính.
- Dinh dưỡng bằng sữa thay thế.
- Phòng ngừa nhiễm trùng cơ hội PCP.
- Men gan tăng.
- Bắt đầu điều trị ARV?
- Kế hoạch tiêm chủng cho trẻ.

D. Xử trí

1. Đánh giá giai đoạn lâm sàng của trẻ

- Giai đoạn lâm sàng 4: Bệnh lý não do HIV (Chậm phát triển tâm thần vận động, giảm cường cơ, gầy mòn).
- Giai đoạn miễn dịch: Suy giảm nặng. CD4<25%
- Dinh dưỡng bằng sữa thay thế:
 - + Nhu cầu trẻ $100-120\text{kcal/kg} \times 3.7\text{kg} = 370-445\text{kcal}$ (1 lít sữa có khoảng 600-630 kcal). Như vậy nhu cầu mỗi ngày là 620-740 ml sữa, chia 6 cử, mỗi cử 100-120ml sữa.
 - + Điều trị phòng ngừa PCP cho trẻ bằng Trimethoprim/Sulfamethoxazol (TMP40mg/SMX200mg/5ml) (theo bảng hướng dẫn), trẻ 3.7kg liều 2.5ml/1lần/ngày.

Chuẩn bị bắt đầu điều trị ARV cho trẻ (<12 tháng + PCR dương tính)

- + Cần tầm soát lao bằng X quang tim phổi thẳng, nếu có dấu hiệu nghi ngờ lao phổi, hội chẩn với bệnh viện lao. Kết quả bệnh nhi không phát hiện dấu hiệu lao phổi trên X quang và lâm sàng không nghĩ đến lao hạch.
- + Sau khi loại trừ lao phổi, bắt đầu điều trị ARV theo phác đồ hướng dẫn của Bộ Y tế.
- + Phác đồ ZDV/3TC/NVP (liều theo bảng hướng dẫn) từ ngày 5/2/2010;

ZDV(10mg/ml) 5ml x 2 lần/ngày;

3TC(10mg/ml) 2mlx2 lần/ngày;

NVP(10mg/ml) 5ml/1 lần trong 2 tuần đầu, sau đó tăng 2 lần/ ngày.

E. Tiến triển bệnh

- Bệnh nhi không có phản ứng phụ với thuốc ARV.
- Sau 2 tháng, bệnh nhân tăng cân, hiện cân nặng 4.7 kg, chiều dài 60cm. Tổng trạng khá, bú tốt, bắt đầu ăn bột được khoảng 1 tháng nay.
- Không NTCH, trương lực cơ khá hơn, nhưng vẫn chưa tự ngồi.
- Công thức máu: Huyết sắc tố: 10.9g/dl, Hematocrit: 34.5%, Tiểu cầu: 347,000/ μ l, Men gan: SGOT: 48.2 U/L SGPT 28.1 U/L.

F. Thảo luận

ADN PCR-HIV là xét nghiệm vi rút học dùng để chẩn đoán sớm trẻ phơi nhiễm HIV <18 tháng.

Nếu xét nghiệm ADN PCR-HIV âm tính lúc mới sinh, thì cần được kiểm tra lại sau 4 tuần. Vì thế, theo hướng dẫn của Bộ y tế, chúng ta chỉ định PCR-HIV cho trẻ từ 4-6 tuần tuổi.

ARN PCR HIV(viral load: tải lượng siêu vi) cũng có thể được sử dụng để chẩn đoán, tuy nhiên 1 số nghiên cứu chỉ ra rằng nếu lượng siêu vi thấp có thể cho kết quả dương tính giả.

Tất cả trẻ có ADN PCR âm tính cần được kiểm tra xét nghiệm kháng thể lúc 18 tháng tuổi.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm trẻ trì hoãn điều trị cao gấp 4 lần so với nhóm điều trị sớm. Điều trị sớm cho trẻ < 12 tháng làm giảm tỷ lệ tử vong và tiến triển của bệnh khoảng 75% (Theo kết luận của nghiên cứu CHER). Do đó, xét nghiệm PCR HIV rất quan trọng trong chẩn đoán sớm và điều trị sớm.

Khi PCR lần 1 dương tính, cần được lặp lại lần 2 ngay để xác định chẩn đoán.

Men gan tăng do HIV tiến triển, khi ARV có thể kiểm soát được vi rút, men gan sẽ giảm xuống. Tuy nhiên, cần theo dõi sát men gan trong quá trình điều trị ARV, vì có loại chuyển hóa qua gan có thể làm nồng độ men gan gia tăng nhiều hơn.

Không chùng ngừa khi trẻ đang ở giai đoạn lâm sàng 4, có kế hoạch chùng ngừa theo lịch khi bệnh nhi có tiến triển lâm sàng tốt và CD4 > 15%.

2. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PCP

* **Triệu chứng cơ bản:** Khó thở

* **Mô tả tình trạng bệnh lý hiện tại:**

Lily, bé gái, 3 tháng tuổi, bị khó thở theo mức độ tăng dần từ một tuần nay. Mẹ cháu cho biết cháu bị tím tái khi bú mẹ trong 3 tháng trước. Hôm nay, mặc dù cháu quấy khóc, nhưng vẫn bú mẹ bình thường. Mẹ cháu cho biết chị không thấy cháu sốt.

* **Mô tả tình trạng bệnh lý trước đây:**

Bệnh nhi được sinh ở Bệnh viện tuyến huyện. Cân nặng khi sinh là 3 kg. Khi sinh, bệnh nhân không có vấn đề gì đặc biệt. Sau khi sinh, cháu khỏe mạnh cho đến lúc nhập viện. Mẹ cháu có đi khám trước sinh tại trạm y tế xã xong lại chọn bệnh viện tuyến huyện để sinh con. Chị được phát hiện HIV dương tính khi chuyển dạ và không được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc ARV.

* **Tiêm chủng:**

Cháu được tiêm vắc xin thường qui (mũi phòng lao BCG lúc mới sinh, mũi ho gà bạch hầu uốn ván DPT và bại liệt OPV lúc 2 tháng tuổi).

* **Tiền sử bệnh của gia đình:** Cháu là con duy nhất. Bố mẹ cháu khỏe mạnh.

* **Khám thực thể:**

- Bệnh nhân bị khó thở trung bình. Cân nặng đạt 4 kg.
- Dấu hiệu sinh tồn: Thân nhiệt: 37.8°C; Nhịp tim: 158 nhịp/phút; Nhịp thở: 72 nhịp/phút; Huyết áp 75/40mmHg.
- Khám mắt và tai mũi họng: Không thấy biểu hiện viêm mũi, viêm tai hoặc viêm kết mạc. Khám họng hầu bình thường.
- Ngực: Co rút liên sườn trung bình, không có tiếng khò khè; trao đổi khí bình thường.
- Hệ tim mạch: Tuần hoàn máu tốt. Tiếng tim bình thường, không có tiếng thổi.
- Bụng: Gan to 5 cm dưới bờ sườn bên phải. Lách to 3 cm dưới bờ sườn bên trái.
- Hệ sinh dục và tiết niệu: Bình thường.
- Các chi: Tím tái trung bình, không có ngón tay dùi trống.
- Da: Bình thường.
- Hệ thần kinh: Bình thường.

*** Xét nghiệm:**

- Đo khí ở trong máu: giảm ô xy máu (O₂ bão hòa = 59%), chỉ số CO₂ máu bình thường.
- Chụp X quang lồng ngực:
Hình ảnh chụp X quang cho thấy xuất hiện tổn thương mô kẽ ở 2 bên phổi
- Công thức máu: Huyết sắc tố: 10g/dl, Hematocrit: 34%, Tiểu cầu: 88,500, Bạch cầu: 12.400 các loại: 40% đa nhân, 54% tế bào lympho, 5% bạch cầu đơn nhân, 1% BC ái toan.
- Hình dạng hồng cầu: hồng cầu đẳng sắc và kích thước bình thường.
- Xét nghiệm huyết thanh:
 - + Xét nghiệm kháng thể HIV(+);
 - + CD4: 18%;
 - + LDH: 709 đơn vị/lít (bình thường -50-150);
 - + Cây máu: đã gửi đi, chưa có kết quả.

*** Chẩn đoán phân biệt:**

- Viêm phổi do Pneumocystis carinii (PCP);
- Viêm phổi do Cytomegalovirus (CMV):
Các dấu hiệu như sốt, không tăng cân, thiếu máu, giảm tiểu cầu, tăng men lactic dehydrogenase (LDH) gặp ở bệnh nhân này cũng tương tự như những trường hợp viêm phổi do CMV mặc dù đây là những dấu hiệu không đặc hiệu. Tuy nhiên, ở bệnh nhi không có các dấu hiệu bệnh lý thần kinh ví dụ như không đạt được các mốc phát triển thông thường. Viêm phổi do CMV là một quá trình bệnh lý gây tổn thương mô kẽ ở phổi với các hiện tượng hơi thở ngắn, khô, ho không có đờm; nghe phổi thường không phát hiện dấu hiệu bệnh lý.
- Viêm phổi do phế cầu khuẩn:
Trẻ nhiễm HIV rất dễ bị viêm phổi do phế cầu khuẩn. Viêm phổi do phế cầu là chứng viêm do vi khuẩn thường gặp nhất. Hiện tượng sốt cao, tăng bạch cầu là những biểu hiện viêm do vi khuẩn.
- Đợt cấp của hen phế quản
Những chẩn đoán khác có thể đưa ra với trường hợp bệnh nhân này là viêm đường hô hấp do đặc biệt là với hợp bào hô hấp (RSV), cúm hoặc á cúm; đây là những nguyên nhân thường

thấy gây viêm đường hô hấp dưới ở trẻ suy giảm hệ miễn dịch.

*** Khám lâm sàng:**

- Với liệu pháp hỗ trợ hô hấp, cùng với dùng thuốc CTX và Prednisolone, bệnh nhân đã dần phục hồi sau 2 tuần và xuất viện.
- Một tuần sau, cháu được theo dõi ở phòng khám ngoại trú, và ở đó, các bác sĩ đã giảm liều CTX từ 20 mg/kg/ngày (với trimethoprim) xuống còn 5mg/kg/ngày (với Trimethoprim), để điều trị dự phòng PCP.
- Cháu được chụp X-quang lồng ngực sau 3 tuần điều trị, hình ảnh chụp cho thấy hiện tượng thâm nhiễm mô kẽ đã giảm.

*** Thảo luận:**

- PCP là bệnh lý chỉ điểm AIDS thường gặp ở trẻ nhiễm HIV. Bệnh xuất hiện khi trẻ suy giảm hệ miễn dịch nặng.
- Tỷ lệ nhiễm mới bệnh PCP ở trẻ nhiễm HIV cao nhất là trong năm đầu tiên, nhất là khi trẻ từ 3-6 tháng tuổi.
- PCP là nguyên nhân chính gây tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nhiễm HIV ở châu Phi.
- Đa số trẻ mắc bệnh PCP bị giảm ô xy huyết đáng kể. Bệnh nhân trong trường hợp này có tỉ lệ bão hòa ô xy rất thấp, 59%.
- Hình ảnh chụp X-quang lồng ngực thường cho thấy các hiện tượng thâm nhiễm phổi lan tỏa ở 2 bên với hình ảnh “kính mờ” hay tổn thương dạng lưới hạt.
- Muốn chẩn đoán chính xác bệnh PCP, cần chứng minh được tác nhân gây bệnh ở tế bào hoặc dịch phổi đi kèm với hiện tượng viêm phổi. Soi phế quản kết hợp với xét nghiệm dịch soi PQ là phương pháp chẩn đoán phổ biến áp dụng cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ và có độ nhạy giao động từ 55-97%. Nhưng phương pháp soi phế quản đòi hỏi kỹ thuật viên phải có kỹ năng tốt và có kinh nghiệm làm xét nghiệm phiền đồ với chất nhuộm bạc Gomori’s methenamine hoặc chất nhuộm xanh Toluidine. Trong môi trường hạn chế như ở bệnh viện tuyến huyện hoặc xã mà bệnh nhân này đến khám, họ không có các thiết bị vừa nêu. Do vậy, việc chẩn đoán đều dựa vào đánh giá lâm sàng và kết quả chụp X-quang.
- Đồng nhiễm với các tác nhân gây bệnh khác (ví dụ, CMV hoặc phế cầu) là các vấn đề thường gặp ở trẻ nhiễm HIV. Trẻ đồng nhiễm thường mắc bệnh nặng hơn. Do vậy, cần điều trị loại bỏ tình trạng đồng nhiễm.
- Bệnh nhân viêm phổi PCP sau khi kết thúc quá trình điều trị cần được điều trị dự phòng thứ phát.
- Có thể dùng điều trị dự phòng thứ phát khi tỉ lệ CD4 $\geq 15\%$ hoặc CD4 ≥ 500 tế bào/mm³ kéo dài trên 3 tháng liên tục đối với những bệnh nhân trên 5 tuổi.

3. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PENICILINE MARNEFFICI

Bé trai 3 tuổi nhiễm HIV vào viện do sốt không rõ nguyên nhân.

*** Tiền sử bệnh:**

Mẹ cháu cho biết 3 tháng qua cháu thỉnh thoảng bị sốt, ban đầu ho nhẹ nhưng nặng dần và sụt cân. Trẻ đã được uống thuốc kháng sinh nhưng không có đáp ứng với điều trị. Cháu đã được uống kháng sinh vài loại thuốc kháng sinh do bác sỹ tuyến huyện kê đơn nhưng đáp ứng với điều trị.

*** Khám thực thể:**

- Cân nặng: 9,4 kg (thấp hơn chỉ số cân nặng theo tuổi -3SD); Thân nhiệt: 40°C.
- Nhận thức tốt, không có dấu hiệu màng não.
- Ổ mắt và mặt có một số nốt nhú nhỏ (đường kính trung bình: 3mm), ở giữa hơi lõm xuống.
- Kết mạc nhợt.
- Phổi bình thường.
- Gan 3 cm dưới hạ sườn phải.
- Lách 2 cm dưới hạ sườn trái.

*** Hỏi:** Chẩn đoán phân biệt của anh/chị là gì?

- Mụn mủ dạng trứng cá.
- Nhiễm nấm penicillium.
- Nhiễm nấm cryptococcus.
- Phát ban sẩn ngứa.

(Đáp án: B và C có thể đúng vì da có nổi các nốt lõm ở giữa, kèm theo sốt và sụt cân).

*** Kết quả xét nghiệm:**

- CBC: Hb 6mg%, Hct 19%, Bạch cầu 3,100 (trung tính 58; lympho 42), tiểu cầu 55,000.
- Phân tích nước tiểu: Bình thường.
- X-quang phổi: Thâm nhiễm ở thùy dưới 2 phổi và vùng giữa phổi phải. Không thấy sung hạch ở cuống phổi.
- Sinh thiết các tổn thương da, làm phiến đồ và nhuộm với thuốc nhuộm Wright. Soi bằng kính hiển vi thấy trên phiến đồ có các hình tròn và ô voan, ái kiềm và có vách ngăn trung tâm.
- CD4: 3%.
- ALT tăng; Photphataza kiềm tăng.

*** Anh/chị chẩn đoán bệnh là gì?**

- Cả nhiễm Penicillium và Cryptococcus lan tỏa đều có thể gặp ở trẻ nhiễm HIV có chỉ số CD4 rất thấp. Các triệu chứng phổ biến là sốt, sụt cân, da nổi mụn lốm. Bệnh nhân có thể ho nếu có biểu hiện ở phổi.
- Thiếu máu, sưng hạch ngoại vi và gan lách to là các triệu chứng hay gặp ở bệnh nhiễm nấm Penicillium. Sinh thiết các thương tổn da với thuốc nhuộm Wright cho thấy tế bào nấm men có vách ngăn, hình ảnh điển hình của P. marneffei.
- Nhiễm cryptococcus ít xảy ra ở trẻ em hơn so với người lớn, thường xảy ra ở trẻ từ 6-12 tuổi có chỉ số CD4 rất thấp. Nhiễm Cryptococcus phổi không lan tỏa hiếm gặp ở trẻ em. Bệnh thường có xu hướng lan sang hệ thần kinh trung ương gây viêm màng não hoặc viêm não và màng não với các biểu hiện đau đầu, buồn nôn và nôn, sợ ánh sáng, cứng cổ và/hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú. Bệnh nhân này không có các triệu chứng thần kinh trung ương như trên.
- Căn cứ vào các triệu chứng lâm sàng, kết quả xét nghiệm, đặc biệt là trên mô bệnh học có hình ảnh điển hình của P. marneffei, bác sĩ đã bệnh nhân nhiễm Penicillium lan tỏa.

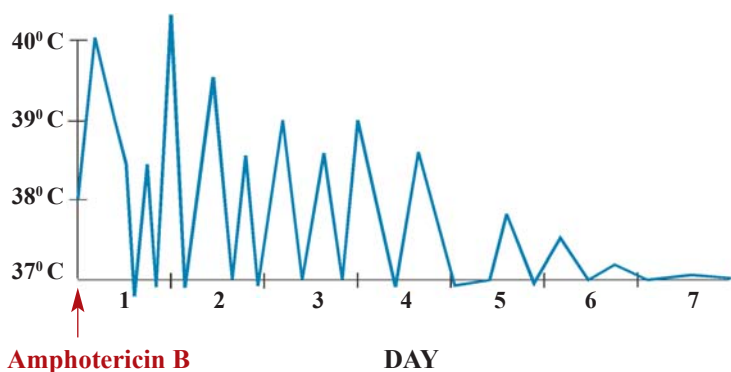
*** Liệu pháp điều trị chuẩn đối với nhiễm nấm Penicillium là gì?**

- Truyền Amphotericin B đường tĩnh mạch trong 6-8 tuần.
- Truyền Amphotericin B đường tĩnh mạch trong 2 tuần, sau đó uống Itraconazole trong 10 tuần.
- Uống Ketoconazole.
- Uống Itraconazole 3 lần/ngày trong 3 tuần đầu, sau đó uống liều duy trì 2lần/ngày trong 12 tuần.

(Đáp án: A và B là liệu pháp điều trị chuẩn vì hai liệu pháp này cho kết quả điều trị tốt)

*** Diễn biến lâm sàng sau khi điều trị:**

- Sau khi truyền Amphotericin B, hiện tượng sốt giảm dần trong vài ngày như minh họa trong biểu đồ nhiệt độ dưới đây:
- Tiếp tục truyền Amphotericin trong 2 tuần, sau đó uống Itraconazole duy trì với liều như sau:



- + Truyền Amphotericin B 0.5-1.0 mg/kg/ngày x 2 tuần;
- + Sau đó uống Itraconazole 12 mg/kg/ngày x 10 tuần.
- Bệnh nhân được xuất viện sau 2 tuần điều trị và uống viên nang Itraconazole tại nhà.

*** Gợi ý liệu pháp điều trị thay thế:**

Trong trường hợp không có Amphotericin B có thể điều trị bằng Itraconazole như sau:

- Uống Itraconazole 12mg/kg/lần x 3 lần/ngày (liều tối đa: 200mg/ngày) x 3 ngày, sau đó 2 lần/ngày x 12 tuần, sau đó 1 lần/ngày.

*** Liệu pháp dự phòng duy trì:**

Tiếp tục uống Itraconazole 5-12mg/kg/ngày đến khi bệnh nhân điều trị ARV và có chỉ số CD4 > 200 TB/ml trong 6 tháng để tránh tái phát.

4. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH MÁU

* Thông tin chính:

Một phụ nữ đưa con trai 2½ tuổi đến PKNT nhi ở huyện để khám định kỳ. Bé đã điều trị ARV được 5 tháng, phác đồ hiện tại là AZT/3TC/NVP. Cháu cũng đang được điều trị dự phòng CTX. Mẹ cháu cho biết trẻ uống thuốc đầy đủ, chỉ quên một lần vào thứ 7 tuần trước. Cháu không có vấn đề nghiêm trọng tuy nhiên khoảng một tuần trước cháu tỏ ra mệt mỏi, không chạy nhảy như mọi khi. Cháu ngủ rất nhiều nhưng ăn ít.

* Thông tin bệnh hiện nay:

Bệnh nhi không bị ho, sốt, không sụt cân, không bị tiêu chảy. Ở gia đình và hàng xóm xung quanh không có ai bị nhiễm Lao. Vài lần cháu bị đau bụng không rõ nguyên nhân, tuy nhiên hiện tượng này không xảy ra thường xuyên.

* Tiền sử bệnh:

Bệnh nhi đã từng bị Zona khi 2 tuổi. Cháu phải nhập viện một lần do viêm phổi, sau đó được phát hiện nhiễm HIV. Chỉ số CD4 khi bắt đầu điều trị ARV (5 tháng trước) là 17%. Khi đó, trẻ đã được điều trị CTX và tư vấn trước điều trị ARV, rồi sau đó là điều trị ARV

* Điều kiện kinh tế xã hội:

Gia đình cháu không đủ ăn kể từ khi bố cháu bị mất việc. Gia đình cũng phải đi bộ đến phòng khám (2 tiếng cả đi lẫn về) vì không có tiền trả tiền xe. Gia đình hiện đang sống với ông bà.

* Kết quả thăm khám:

- Bác sĩ nhận thấy bệnh nhi hơi bơ phờ. Trong những lần khám trước, cháu rất hoạt bát, hiếu động nhưng hôm nay cháu tỏ ra khá mệt mỏi. Khi được hỏi, mẹ cháu cho biết cháu rất khác mọi khi, cháu quấy và mệt hơn ngày thường.
- Trẻ xanh xao, mệt mỏi, không sốt.
- Cháu đã tăng 0,5 kg so với lần khám trước cách đây 1 tháng. Cân nặng và chiều cao hiện nay của cháu cao hơn mức 2SD z trong biểu đồ cân nặng và chiều cao theo tuổi.
- Không thấy nổi hạch bạch huyết ở cổ và nách.
- Phổi trong, nhưng trẻ hơi khó thở.
- Bụng mềm, hơi chướng, gan lách không sờ thấy.

* Kết quả xét nghiệm cũ (xét nghiệm ban đầu cách đây 5 tháng):

- Hb 10 g/dL, Bạch cầu 2,500, Trung tính 68%, Lympho 17%, Bạch cầu ái toan 2%, Đơn nhân 2%.
- ALT/AST bình thường.

*** Chẩn đoán phân biệt:**

Chẩn đoán phân biệt của bạn là gì:

- a. Thiếu máu do suy dinh dưỡng vì gia đình không có đủ thức ăn.
- b. Thiếu máu do tác dụng phụ của AZT.
- c. Bệnh tiến triển và không đáp ứng với thuốc ARV.
- d. Nhiễm Lao dẫn tới thiếu máu.

*** Xử trí tiếp theo của bác sĩ:**

- Gửi bệnh nhi đi thực hiện các xét nghiệm sau đây:
 - + X-quang ngực;
 - + Xét nghiệm sinh hóa máu;
 - + Công thức máu toàn phần;
 - + Chức năng gan;
 - + Phân tích phân;
- Bác sĩ yêu cầu bệnh nhi quay lại sau 1 tuần khi đã có kết quả xét nghiệm và chụp X-quang.
- Một tuần sau mẹ đưa cháu đến khám lại và cho biết cháu khỏe song vẫn còn mệt.

*** Kết quả thăm khám:**

Bệnh nhi xanh xao, hơi lờ đờ và hơi quấy.

*** Kết quả xét nghiệm:**

- X-quang ngực bình thường;
- Xét nghiệm sinh hóa máu - bình thường so với tuổi;
- AST - bình thường so với tuổi;
- Lượng huyết sắc tố Hgb 6.2g/dL, Bạch cầu bình thường, Lympho 26%, Bạch cầu ái toan 7%, Chỉ số huyết cầu trong máu - bình thường, MCV 110 fL.
- Phân tích phân: bình thường; Tìm huyết cầu trong phân: âm tính;
- Chỉ số CD4 24%.

*** Thảo luận ca bệnh:**

- Do lượng huyết sắc tố Hb rất thấp, bác sĩ phỏng đoán thiếu máu là nguyên nhân khiến cho trẻ yếu mệt và hơi khó thở.

- Bác sĩ loại trừ khả năng tiến triển bệnh HIV do bệnh nhi có tăng cân đồng thời chỉ số CD4 tăng từ 18% lên 24%.
- Bác sĩ cũng loại trừ khả năng nhiễm Lao là nguyên nhân gây thiếu máu vì bệnh nhi không có triệu chứng khác của Lao như sụt cân, ho và sốt về chiều. Ngoài ra, bệnh nhi không có tiền sử phơi nhiễm Lao.
- Chế độ ăn thiếu dinh dưỡng cũng có thể là nguyên nhân gây thiếu máu ở trẻ.
- Tỷ lệ bạch cầu ái toan khá cao (gần giới hạn trên) kèm với hiện tượng bệnh nhi đôi khi bị đau bụng nhẹ không rõ nguyên nhân cũng có thể là do cháu bị giun gây thiếu máu vì chảy máu ruột. Tuy nhiên, kiểm tra phân không thấy có giun hay máu. Ngoài ra đây không phải là hiện tượng thiếu máu hồng cầu nhỏ.
- Khả năng lớn nhất gây thiếu máu hồng cầu to ở bệnh nhi là do thuốc AZT. Vì vậy bác sĩ quyết định thay thế AZT bằng d4T. Mẹ bệnh nhi được cán bộ được tư vấn cách sử dụng trước khi chuyển thuốc cho bệnh nhi.
- Bệnh nhi được khám lại và xét nghiệm máu sau một tháng. Chỉ số Hb là 8g/dL. Mẹ cháu cho biết cháu đã cảm thấy khá hơn, hết mệt mặc dù cháu vẫn còn xanh xao. Cháu ăn nhiều hơn và có thể chơi đùa. Bác sĩ chỉ định tiếp tục theo dõi lượng huyết sắc tố hàng tháng trong thời gian 2 tháng tiếp theo.

* Bài học rút ra:

- Các triệu chứng không rõ ràng, cụ thể ở trẻ thường là do nhiễm độc thuốc, tuy nhiên có thể có một số nguyên nhân khác như các bệnh hay tái phát ví dụ: sốt rét, giun, các bệnh liên quan đến AIDS như MAC, CMV, U lymphô; tiến triển của bệnh do HIV; thiếu dinh dưỡng và các thuốc khác cũng có tác dụng gây suy tủy xương.
- Thiếu máu là một trong số tác dụng phụ chính của thuốc AZT do gây suy tủy xương. Hiện tượng này thường xảy ra sau 3 tháng bắt đầu dùng thuốc.
- Cần phải loại trừ một số nguyên nhân khác dựa trên đánh giá lâm sàng và kết quả xét nghiệm.

5. CHỈ ĐỊNH PHÁC ĐỒ BẬC 1

5.1 Bệnh nhân có bệnh lý lao

Cháu Bình, nam, 7 tuổi, được Phòng khám nội trú của Khoa các bệnh truyền nhiễm giới thiệu tới phòng khám ngoại trú.

* Tiền sử bệnh:

- Bệnh nhi nhập viện vì ho, sốt tái phát nhiều lần và sút cân trong gần một tháng. Xét nghiệm AFB trong đờm cho kết quả âm tính nhưng kết quả chụp Xquang lồng ngực thấy có hiện tượng thâm nhiễm ở cả 2 lá phổi cho thấy cháu bị lao phổi. Cháu bắt đầu được điều trị lao phổi với 4 loại thuốc: INH/PAZ/EMB/RFP. Khi đang điều trị tại bệnh viện, cháu được làm xét nghiệm kháng thể HIV và phát hiện dương tính. Sau 2 tuần điều trị lao phổi, sức khỏe của cháu được cải thiện, cháu được xuất viện và giới thiệu đến phòng khám ngoại trú để điều trị HIV.
- Khi đăng kí khám tại phòng khám ngoại trú, cháu được khám thực thể với những nội dung sau:

* Khám thực thể:

- Tổng trạng: Bệnh nhân gầy, kết mạc nhợt nhạt, không khó thở.
 - + Không sờ thấy hạch ở nách, cổ và hai bẹn. Cân nặng: 15kg.
- Dấu hiệu sinh tồn: Thân nhiệt: 37.2oC; Nhịp tim: 80 lần/phút; Nhịp thở: 60/phút; Huyết áp: 100/75 mmHg.
- Khám mắt và tai mũi họng: Không có dấu hiệu viêm mũi, viêm tai hoặc viêm kết mạc. Các vết loét ở môi có thể là do Herpes Simplex.
- Ngực: Có tiếng ran khê ở đáy phổi phải, không có tiếng khò khè, trao đổi khí bình thường.
- Hệ tim mạch: Tuần hoàn máu tốt, tiếng tim bình thường, không có tiếng thổi.
- Bụng: mềm, gan lách không to.
- Hệ sinh dục và tiết niệu: Bình thường.
- Các chi: Không tím tái, không phù, không ngón tay dùi trống.
- Da: Bình thường.
- Hệ thần kinh: Bình thường.
- Xét nghiệm:
 - + CTM: Bạch cầu 10800 (Trung tính = 80%, Lympho = 14%); Hct 27%;
 - + CD4: 180 tế bào/mm³ ; Men gan 27 U/L.

*** Kế hoạch điều trị:**

1. Tiếp tục điều trị lao; làm lại xét nghiệm AFB đờm mặc dù kết quả xét nghiệm lần trước là âm tính. Chụp X quang ngực lần nữa để theo dõi tiến triển.
2. Vì bệnh nhân ở GĐLS 3 và có suy giảm miễn dịch nặng ($CD4 < 200$ tế bào/mm³), nên được chỉ định điều trị bằng ARV. Vì bệnh nhân ổn định mà không tái phát sốt hoặc ho nên sẽ bắt đầu điều trị ARV trong 2 tuần nữa sau khi người chăm sóc của cháu được tư vấn trước điều trị ARV.
Để tránh tương tác thuốc với Rifampicin, với bệnh nhân này, ta sẽ chọn phác đồ có EFV: d4T/3TC/EFV. Trọng lượng của trẻ là 15 kg, nên liều thuốc là:
 - + d4T (20mg viên nang) = 1 viên uống 2 lần/ngày (mỗi lần cách 12 tiếng);
 - + 3TC (150 mg viên nén) = 0.5 viên uống 2 lần/ngày (mỗi lần cách 12 tiếng);
 - + EFV = 1 viên nang 200 mg và 1 viên nang 50 mg (tổng là 150 mg) vào buổi tối trước khi đi ngủ.
3. Cotrimoxazole (80mg TMP/400 SMX) 1 viên nén/ngày để dự phòng PCP và Toxoplasmosis.
4. Acyclovir 375 mg uống 3 lần/ngày trong 7 ngày để điều trị bệnh viêm do Herpes Simplex ở môi.
5. Cần bổ sung sắt để điều trị tình trạng thiếu máu.
6. Cần theo dõi bệnh nhân hàng tháng để đánh giá tiến triển bệnh.

*** Thảo luận:**

- Theo nghiên cứu², điều trị ARV sớm trong giai đoạn điều trị lao tấn công bằng 4 loại thuốc hoặc ngay sau giai đoạn tấn công sẽ giảm tỉ lệ tử vong nhiều hơn là chờ cho đến khi hoàn thành điều trị lao phổi mới bắt đầu điều trị ARV. Do vậy, trong trường hợp này, chúng ta xem xét bắt đầu điều trị ARV ngay sau khi bệnh nhân đã ổn định về thuốc kháng lao.
- Thuốc Rifampicin kích hoạt men Cytochrome P450, dẫn tới làm giảm nồng độ của các thuốc khác trong máu trong đó bao gồm cả thuốc kháng retrovirus như NVP và EFV. Tuy nhiên, tình trạng giảm nồng độ EFV trong máu ít hơn nhiều so với tình trạng giảm nồng độ NVP. Do đó, vẫn có thể dùng đồng thời EFV và RFP mà không cần điều chỉnh liều EFV.
- Vì không có phác đồ điều trị bằng thuốc viên kết hợp FDC với EFV nên chúng ta sẽ vẫn phải dùng các thuốc ARV riêng rẽ.

5.2 Bệnh nhân không mắc lao

*** Tình trạng bệnh lý hiện nay:**

- Bệnh nhân Lily từ trường hợp nghiên cứu trước đã có nhiều tiến triển sau khi được điều trị PCP 2 tháng trước. Bây giờ cháu đã 5 tháng tuổi.

² Salim Abdool Karim, K Naidoo, A Grobler, N Padayatchi, G Nair, S Bamber, J Pienaar, G Friedland, W El-Sadr, and Q Abdool Karim

- Hai tháng trước, cháu được làm xét nghiệm kháng thể HIV, kết quả dương tính. Xét nghiệm CD4 được làm từ 2 tháng trước cho kết quả 18%. Xét nghiệm PCR hiện chưa có nên cháu chưa được khẳng định tình trạng nhiễm HIV. Cháu được nuôi bằng sữa thay thế. Bà, người nuôi cháu duy nhất, cho biết cháu ăn tốt.
- Bà đưa cháu đến khám lại. Dưới đây là kết quả khám thực thể của bệnh nhân

* Khám thực thể:

Bệnh nhân ổn định, không có dấu hiệu khó thở. Cháu tăng được 0,5 kg từ 2 tháng trước. Hiện nay, cân nặng của cháu là 4,5kg, chiều cao 54cm, vòng đầu 41,75cm.

- Dấu hiệu sinh tồn: Thân nhiệt: 37°C; Nhịp tim: 80 nhịp/phút; Nhịp thở: 72 lần/phút; Huyết áp 75/40mmHg.
- Khám mắt và tai mũi họng: Không có dấu hiệu bị viêm mũi, viêm tai hoặc viêm kết mạc. Khám họng hầu thấy bình thường.
- Ngực: Không có dấu hiệu khó thở, tiếng thở bình thường, không có tiếng khan, trao đổi khí bình thường.
- Hệ tim mạch: Hệ tuần hoàn tốt. Tiếng tim bình thường, không có tiếng.
- Bụng: Gan mấp mé bờ sườn.
- Hệ sinh dục và tiết niệu: Bình thường.
- Các chi: Bình thường.
- Da: Bình thường.
- Hệ thần kinh: Đạt các mốc phát triển bình thường, trương lực cơ và phản xạ gân xương bình thường.

* Phác đồ điều trị:

1. Do bệnh nhân có bệnh lý chỉ điểm AIDS và xét nghiệm kháng thể HIV dương tính nên cháu được chẩn đoán lâm sàng nhiễm HIV theo tiêu chuẩn chẩn đoán giả định của WHO. Do vậy, cần sớm bắt đầu điều trị ARV ngay sau khi tiến hành tư vấn trước điều trị ARV cho người chăm sóc của cháu. Cần hướng dẫn người chăm sóc cách cho trẻ uống thuốc.

Phác đồ điều trị được chọn là d4T/3TC/ NVP. Trong 2 tuần điều trị đầu tiên, cho trẻ dùng thuốc ARV riêng rẽ với liều như sau:

- Huyền dịch d4T (lọ 1mg/1ml) = 5ml 2 lần/ngày;
 - Si rô 3TC (lọ 10mg/ml) = 2ml 2 lần/ngày;
 - Si rô NVP (lọ 10mg/ml) = 5ml một lần/ngày.
2. Nếu trẻ dung nạp được với phác đồ này, không có các dấu hiệu về tác dụng phụ của thuốc trong 2 tuần đầu tiên, cần tăng liều NVP đầy đủ như sau:
 - Huyền dịch d4T (lọ 1mg/1ml) = 5ml lần/ngày uống cách nhau 12 tiếng;

- Sy rô 3TC (lọ 10mg/ml) = 2ml uống 2 lần/ngày cách nhau 12 tiếng;
- Sy rô NVP (lọ 10mg/ml) = 5ml uống 2 lần/ngày cách nhau 12 tiếng.

Dùng viên kết hợp FDC (Triomune cho trẻ sơ sinh d4T/3TC/NVP 6/30/50) nếu có thể để thay cho dạng thuốc riêng rẽ nhằm đảm bảo tuân thủ điều trị tốt và thuận lợi cho việc uống thuốc. Liều thuốc kết hợp FDC là Triomune Baby 1 viên/ngày.

3. Tiếp tục điều trị dự phòng bằng CTX. Liều CTX, dạng huyền dịch (40mg TMP/200mg SMX trên 5ml) là 2,5 ml một lần/ngày.
4. Xét nghiệm CD4 6 tháng/lần.
5. Khám thực thể 6 tháng/lần, trong đó chú ý tới mức độ tăng cân, các mốc phát triển, dấu hiệu và biểu hiện bệnh não do HIV.

* Thảo luận:

- Khi không có điều kiện làm xét nghiệm PCR ADN, chẩn đoán sớm tình trạng nhiễm HIV của trẻ phơi nhiễm qua đánh giá lâm sàng là rất quan trọng để đưa trẻ vào điều trị ARV càng sớm càng tốt.
- Nếu sử dụng phác đồ d4T/3TC/NVP, giai đoạn đầu cần dùng NVP với ½ liều. Sau 2 tuần đầu điều trị, cần tăng thành đủ liều nếu không phát hiện thấy tác dụng phụ.
- Thuốc sy rô cần được bảo quản trong tủ lạnh. Cần tư vấn cho người chăm sóc về vấn đề này, song trên thực tế một số gia đình không đủ tiền để mua tủ lạnh. Trong trường hợp đó, phải bảo quản thuốc ở hộp lạnh.
- Cần khuyến khích sử dụng thuốc viên kết hợp FDC để nâng cao khả năng tuân thủ điều trị.

PHẦN IV

THỰC HÀNH

BÀI 1. HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC PKNT CHĂM SÓC, ĐIỀU TRỊ TRẺ NHIỄM HIV VÀ LẬP HỒ SƠ, BỆNH ÁN, ĐIỀN BIỂU MẪU SỔ SÁCH

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Trình bày được các cơ sở pháp lý của việc thực hiện tổ chức phòng khám ngoại trú (PKNT) chăm sóc và điều trị trẻ nhiễm HIV và lập hồ sơ bệnh án, biểu mẫu sổ sách.
2. Trình bày được những hướng dẫn thành lập PKNT trú chăm sóc và điều trị trẻ nhiễm HIV/AIDS.
3. Biết được mục đích sử dụng sổ đăng ký trước điều trị ARV, sổ theo dõi điều trị ARV, sổ xuất, nhập thuốc và bệnh án.
4. Biết cách ghi chép vào 4 loại sổ sách này một cách chính xác. Biết cách chốt số liệu cuối kỳ báo cáo và làm báo cáo định kỳ theo quy định.

Thời gian: 120 phút

Nội dung bài học:

1. Cơ sở pháp lý.
2. Hướng dẫn thành lập PKNT chăm sóc, điều trị trẻ nhiễm HIV.
3. Lập hồ sơ bệnh án và sổ sách.
4. Các phụ lục.

1. Cơ sở pháp lý

- Luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) được Quốc hội thông qua ngày 29/6/2006.
- Quyết định số 36/2004/QĐ-TTg ngày 17/3/2004 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam năm 2010 và tầm nhìn năm 2020.
- Quyết định số 28/2008/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 14/8/2008 về việc ban hành quy chế và biểu mẫu báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.
- Quyết định số 2051/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 9/6/2006 Về việc ban hành Quy trình điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng HIV (ARV).
- Quyết định số 3003/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 19/8/2009 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV.

2. Hướng dẫn thành lập PKNT chăm sóc, điều trị trẻ nhiễm HIV

2.1 Thành lập phòng khám ngoại trú

2.1.1 Mục đích và nguyên tắc

*** Mục đích:**

- Quản lý chăm sóc lâu dài trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV/AIDS;
- Giảm tỷ lệ bệnh tật và tỷ lệ tử vong cho trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV/AIDS;
- Nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ phơi nhiễm và nhiễm HIV/AIDS.

*** Nguyên tắc:**

- Tự nguyện;
- Đảm bảo bí mật;
- Không phân biệt đối xử.

2.1.2 Chức năng nhiệm vụ

*** Khám và theo dõi định kỳ:**

- Đánh giá sự tăng trưởng và phát triển thể chất, tinh thần;
- Theo dõi và xử trí các tình trạng bệnh lý;
- Đánh giá tình trạng viêm chủng;
- Tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ;
- Tư vấn về việc chăm sóc trẻ tại nhà.

*** Điều trị:**

- Chẩn đoán xác định tình trạng nhiễm HIV, đánh giá giai đoạn lâm sàng;
- Chẩn đoán, dự phòng và xử trí các bệnh nhiễm trùng cơ hội;
- Cung cấp thuốc ARV;
- Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV;
- Thực hiện chuyển tiếp, chuyển tuyến hoặc cho nhập viện điều trị nội trú khi có chỉ định.

*** Lịch khám định kỳ cho bệnh nhi điều trị ARV:**

- Một tuần một lần tháng thứ nhất;
- Hai tuần một lần tháng thứ hai;
- Một tháng một lần kể từ tháng thứ ba;
- Nếu ổn định 1 đến 2 tháng/lần;
- Bất cứ khi nào nếu có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc tác dụng phụ của thuốc, khi trẻ hoặc người chăm sóc trẻ cần được tư vấn do gặp vấn đề trong chăm sóc/nuôi dưỡng trẻ.

2.1.3 Xây dựng phòng khám

* **Nhân sự phòng khám:** Tùy theo điều kiện của cơ sở y tế. Nếu được, bố trí đủ người để làm các chức năng sau:

- Bác sĩ;
- Điều dưỡng;
- Cán bộ tư vấn;
- Cán bộ phụ trách dược;
- Tình nguyện viên (giáo dục viên đồng đẳng) là người nhiễm HIV.

Chú ý phải đảm bảo có người thay thế thực hiện công việc trong bất kỳ trường hợp. Tránh gián đoạn hoạt động khi có nhân sự phải nghỉ vì lý do nào đó.

* **Cơ sở vật chất:** Tùy theo điều kiện của cơ sở y tế triển khai. Nên bố trí thành 4 phòng/khu vực chức năng như sau:

- Phòng/khu vực chờ và tiếp nhận bệnh nhân;
- Phòng/khu vực tư vấn;
- Phòng/khu vực khám bệnh;
- Phòng/khu vực cấp phát thuốc.

Nếu tại cơ sở khu vực lấy bệnh phẩm ở xa PKNT có thể cân nhắc việc có thêm khu vực lấy bệnh phẩm.

Phòng/khu vực chờ và tiếp nhận bệnh nhân: khu vực này cần đảm bảo sự thông khí tốt, diện tích tối thiểu 15m².

Phòng/khu vực khám bệnh và phòng/khu vực tư vấn: diện tích tối thiểu là 15m² cho mỗi nơi. Phải đảm bảo thông khí, cách âm và riêng tư tốt. Mỗi phòng/khu vực khám chỉ nên đặt một bàn khám. Nếu trong đặt nhiều bàn khám thì cần có vách ngăn giữa các bàn khám nhằm đảm bảo tính riêng biệt. Số lượng bàn khám sẽ tùy thuộc vào số lượng bệnh nhân và khả năng đáp ứng của cơ sở điều trị.

Thiết kế các khu này nên theo nguyên tắc bệnh nhân di chuyển một chiều từ khu vực đón tiếp và chờ → khu khám bệnh → khu cấp phát thuốc.

* **Trang thiết bị vật dụng cho từng phòng/khu vực:**

Lưu ý rằng mỗi cơ sở y tế triển khai phải đảm bảo có đủ các trang thiết bị và vật dụng cần thiết theo quy định phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế phù hợp với mình. Phòng khám ngoại trú cho trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV cần được trang bị đủ theo quy định giống như các PKNT khác trong cùng cơ sở y tế. Ngoài ra, cần có thêm một số vật dụng để hỗ trợ cho các hoạt động đặc thù riêng trong công tác chăm sóc, điều trị trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV.

- Khu vực đón tiếp và chờ:
 - + Bàn ghế ngồi cho nhân viên đón tiếp và ghế ngồi cho bệnh nhi và người chăm sóc;

- + Giá đựng các loại tờ rơi, sách nhỏ truyền thông giáo dục sức khỏe;
- + Trên tường hoặc trên giá có các tờ thông tin về danh sách các cơ sở chuyên tiếp dịch vụ tại địa phương, thủ tục thu nhận bệnh nhân, các biểu mẫu dùng cho người chăm sóc trẻ.
- Khu vực khám bệnh: khu vực này ít nhất phải có những vật dụng sau:
 - + Giường khám bệnh;
 - + Bàn ghế ngồi của bác sĩ làm bệnh án và kê đơn, ghế ngồi cho bệnh nhi và người chăm sóc;
 - + Dụng cụ khám bệnh: ống nghe, máy đo huyết áp, nhiệt kế, bộ khám tai mũi họng, cân, búa phản xạ;
 - + Tủ đựng hồ sơ bệnh án có khóa;
 - + Bảng ghi chú, thông báo;
 - + Thiết bị phòng ngừa phổ cập: găng tay, khẩu trang, kính bảo hộ, áo chòang, thùng/hộp đựng rác thải y tế, rác sinh hoạt;
 - + Dung dịch sát khuẩn nhanh;
 - + Lavabo rửa tay, xà phòng, khăn lau tay.
- Khu vực cấp phát thuốc:
 - + Tủ đựng thuốc;
 - + Bàn cấp phát thuốc;
 - + Ghế ngồi cho nhân viên cấp phát thuốc;
 - + Ghế ngồi cho bệnh nhi và người chăm sóc.
- Khu vực lấy bệnh phẩm (nếu có):
 - + Bàn lấy bệnh phẩm đúng quy định, ống đựng bệnh phẩm, khay/giá/hộp đựng bệnh phẩm;
 - + Tủ đựng sinh phẩm, bơm kim tiêm, bông, gạc, cồn, dung dịch sát khuẩn nhanh,...;
 - + Thiết bị phòng ngừa phổ cập: găng tay, khẩu trang, kính bảo hộ, áo choàng, túi /hộp đựng rác thải y tế, rác sinh hoạt;
 - + Lavabo rửa tay, xà phòng, khăn lau tay;
 - + Trên tường khu vực này nên có các tờ thông tin về quy trình dự phòng phổ cập, xử trí dự phòng sau phơi nhiễm HIV, quy trình thu thập , bảo quản, vận chuyển và nhận kết quả xét nghiệm,... dán tường hoặc trên bàn có mặt kính theo quy định của đơn vị.
- Cần chú ý:
 - + Ngăn khu đón tiếp và khu vực khám bệnh cần tách biệt để đảm bảo tính riêng tư, trong cung cấp dịch vụ khám bệnh cho từng trường hợp;

- + Khu khám bệnh và lấy bệnh phẩm có thể dùng chung lavabo rửa tay nhưng phải đặt ở vị trí phù hợp cho việc sử dụng;
- + Tường của khu khám bệnh và lấy bệnh phẩm phải lát gạch men hoặc sơn bằng loại sơn dễ lau chùi (tối thiểu là lát gạch men ở hai mặt tường bao quanh và lấy bệnh phẩm).

2.1.4 Các dịch vụ cung cấp tại PKNT

- Theo chức năng nhiệm vụ của phòng khám (xem phần 1.b).

2.2 Các bước thành lập PKNT điều trị trẻ nhiễm HIV

Dưới đây là một số bước trong quá trình xin phép triển khai nếu một cơ sở quyết định triển khai việc chăm sóc điều trị ngoại trú cho trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV:

Bước 1: Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS - TTPC AIDS (hoặc tương đương) cần chuẩn bị:

- Bản báo cáo tóm tắt về tình hình HIV/AIDS tại tỉnh (có gợi ý những thông tin cần đưa vào báo cáo) - (Phụ lục 1).
- Danh sách trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV biết được.
- Báo cáo về hiện trạng của các cơ sở/hạ tầng vật chất (các bệnh viện bao gồm khoa nhi, sản, lao; các địa điểm tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện và những cơ sở khác có hoạt động liên quan - (Phụ lục 2).
- Danh sách các nhóm hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS và thông tin về những hỗ trợ hiện có của các nhà tài trợ trong và ngoài nước (bao gồm cả hỗ trợ chăm sóc, điều trị và hỗ trợ xã hội) - (Phụ lục 2).
- Các dịch vụ chăm sóc và điều trị hiện có cho những người nhiễm HIV/AIDS.

Bước 2:

- TTAIDS sẽ gửi công văn đề nghị về Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Cục PC AIDS (đồng gửi một bản cho Sở Y tế tỉnh) để yêu cầu hỗ trợ của Cục PC AIDS và nhà tài trợ (nếu có) trong việc triển khai chương trình điều trị bệnh nhi, gồm cả hỗ trợ trong việc thu thập thông tin cần có như đã đề cập trong bước 1.
- Cơ sở điều trị triển khai điều trị ARV cho bệnh nhi cần gửi công văn đề nghị cho TTPC AIDS, sau đó TTPC AIDS sẽ chuyển lên Cục PC AIDS.

Bước 3: Sau khi nhận được công văn, Cục PC HIV/AIDS sẽ kết hợp cùng nhà tài trợ (nếu có) lên lịch và triển khai việc đánh giá hiện trạng cơ sở.

Bước 4: Sau đánh giá ban đầu xác định cơ sở đáp ứng được những yêu cầu tối thiểu theo hướng dẫn của Bộ Y tế, Cục PC AIDS sẽ gửi công văn chính thức đến Sở Y tế và TTPC AIDS tỉnh để khẳng định việc hỗ trợ triển khai và yêu cầu Sở Y tế tỉnh quy định trách nhiệm của các bên có liên quan.

Bước 5: Sau khi có công văn của Cục PC AIDS, TTPC AIDS sẽ làm việc với cơ sở triển khai phòng khám để:

- Chính thức bổ nhiệm nhóm điều trị, trong đó có một trưởng nhóm là đầu mối liên lạc chính của nhóm;
- Bố trí địa điểm cho PKNT;
- Thiết lập cơ chế phối hợp hoạt động và báo cáo từ phòng khám lên bệnh viện và với TTPC AIDS; cơ chế liên lạc, báo cáo với Cục PC AIDS và nhà tài trợ (nếu có).

Bước 6: TTPC AIDS sẽ tổng hợp tất cả các thông tin gửi về Cục PC AIDS, Sở Y tế, nhà tài trợ (nếu có) để đề nghị phê duyệt. TTPC AIDS và cơ sở triển khai phòng khám sẽ cùng chuẩn bị cho kế hoạch 6 tháng đầu theo mẫu của Cục PC AIDS để được hỗ trợ (cùng hỗ trợ khác từ nhà tài trợ nếu có).

2.3 Tiêu chí lựa chọn cơ sở triển khai chăm sóc, điều trị trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV

- Đảm bảo của địa phương: Sở Y tế, TTPC AIDS và cơ sở triển khai làm việc cùng nhau để bắt đầu, phát triển và duy trì hoạt động chăm sóc, điều trị trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV.
- Cơ sở triển khai đảm bảo tuân thủ các Hướng dẫn quốc gia có liên quan đến việc chăm sóc, điều trị trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV.
- Cơ sở triển khai đảm bảo đủ nhân sự thực hiện các chức năng của PKNT.
- Có số bệnh nhân nhi phù hợp.
- Có cơ sở điều trị nội trú sẵn sàng hỗ trợ cho các trường hợp chuyển tuyến, chuyển tiếp khi cần.
- Có cơ sở xét nghiệm tại chỗ hoặc nơi khác sẵn sàng hỗ trợ cho việc thực hiện xét nghiệm khi cần.

2.4 Các trang thiết bị thiết yếu của PKNT

- Trang thiết bị phòng khám bệnh (*Phụ lục 3*).
- Trang thiết bị Phòng tư vấn (*Phụ lục 4*).

2.5 Các hoạt động cần thực hiện trong chăm sóc, điều trị trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV tại PKNT

(Xem bài "Tiếp nhận trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV tại PKNT")

3. Lập hồ sơ bệnh án và sổ sách

3.1 Mục đích

- Dùng để lưu trữ các dữ kiện, thông tin về công tác chăm sóc và điều trị.
- Truy xuất thông tin hỗ trợ công tác điều trị theo dõi bệnh nhân, hoạt động nghiên cứu khoa học và công tác báo cáo định kỳ hay đột xuất.
- Giúp phục vụ những hoạt động giám sát, đánh giá hay kiểm tra định kỳ tháng, quý năm và đột xuất.

3.2 Yêu cầu

- Đảm bảo nguyên tắc bảo mật tuyệt đối.
- Các thông tin được ghi nhận đầy đủ theo yêu cầu, hết sức khách quan và chính xác.
- Đồng thời các thông tin được cập nhật kịp thời.

3.3 Các loại biểu mẫu, sổ sách

- Bệnh án ngoại trú.
- Sổ đăng ký trước điều trị ARV.
- Sổ theo dõi điều trị ARV.
- Sổ theo dõi cấp phát thuốc.

3.4 Cách ghi các biểu mẫu, sổ sách

3.4.1 Hồ sơ bệnh án ngoại trú (phụ lục 6)

3.4.2 Sổ đăng ký trước điều trị ARV (phụ lục 7)

- Mục đích của Sổ đăng ký trước điều trị ARV:
 - + Là một công cụ tiện lợi giúp việc quản lý và theo dõi bệnh nhân trước và trong điều trị ARV;
 - + Giúp thu thập các chỉ số theo dõi chương trình chăm sóc, điều trị HIV/AIDS.
- Nguồn số liệu: là những thông tin chính trong hồ sơ bệnh án phục vụ cho việc theo dõi và báo cáo.
- Cán bộ phụ trách ghi sổ: Cán bộ y tế (có thể là y tá, điều dưỡng hoặc bác sĩ) được phân công trong nhóm điều trị, đã được tham gia tập huấn về điền biểu mẫu và sổ sách báo cáo. Sau khi bác sĩ ghi chép thông tin trong hồ sơ bệnh án, cán bộ được phân công sẽ cập nhật thông tin vào sổ. Trưởng nhóm điều trị của cơ sở là người chịu trách nhiệm giám sát việc ghi chép sổ sách.
- Nguyên tắc chung khi ghi chép:
 - + Nên mở 01 sổ cho đối tượng người lớn (≥ 15 tuổi) và 01 cho đối tượng trẻ em (< 15 tuổi)
 - + Thông tin về mỗi bệnh nhân chỉ được ghi chép vào 1 dòng trong sổ;
 - + Vào sổ lần lượt từng bệnh nhân theo thời gian bắt đầu đăng ký vào chương trình chăm sóc và điều trị;
 - + Cuối tháng hoặc cuối kỳ báo cáo cần chốt các chỉ số đưa vào báo cáo;
 - + Khi bắt đầu tháng mới hoặc kỳ báo cáo mới cần sang trang sổ mới;
 - + Khi bệnh nhân được đưa vào điều trị ARV thì chuyển sang Sổ theo dõi điều trị ARV.
- Khi nào thì vào Sổ đăng ký trước điều trị ARV:

- + Lần khám đầu: khi BN bắt đầu đăng ký tham gia vào chương trình.
- + Những lần tái khám: bổ sung và cập nhật thông tin:
 - ++ Bắt đầu điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole;
 - ++ Bắt đầu điều trị lao;
 - ++ Có thai (đối với phụ nữ);
 - ++ Chuyển đi các cơ sở khác hoặc bệnh nhân không theo dõi được;
 - ++ Tiến triển giai đoạn lâm sàng;
 - ++ Quá trình chuẩn bị điều trị ARV:
 - +++ Khi đủ tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm điều trị ARV;
 - +++ Khi đủ tiêu chuẩn và sẵn sàng điều trị ARV;
 - +++ Thời điểm bệnh nhân bắt đầu được điều trị ARV.

*** Cách lấy thông tin từ hồ sơ bệnh án vào Sổ đăng ký trước điều trị ARV:**

Các cột thông tin cá nhân (cột số 1 đến cột số 8)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Đánh số thứ tự bệnh nhân	Từ số 1
Ghi ngày đăng ký vào chương trình chăm sóc và điều trị (khám lần đầu tại phòng khám)	Mục 8, phần I
Ghi họ và tên	Mục 8, phần I
Ghi mã số bệnh nhân (mã số hồ sơ bệnh án)	Mục 1 phần I
Ghi năm sinh và giới tính (nam, nữ)	Trang bìa
Ghi địa chỉ	Mục 2,3 phần I
Ghi ngày khẳng định HIV (+)	Mục 6, phần I
Ghi nơi giới thiệu	Mục 9, phần I

Cột điều trị dự phòng bằng CTX (cột số 9)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi ngày kết thúc: dòng dưới (nếu bệnh nhân không còn được điều trị dự phòng nữa)	Trang khám và theo dõi điều trị
Để trống nếu chưa thích hợp	

Cột chẩn đoán và điều trị lao (cột số 10)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi ngày kết thúc điều trị: dòng dưới (nếu bệnh nhân đã kết thúc điều trị lao)	Trang khám và theo dõi điều trị
Để trống nếu chưa thích hợp	

Cột có thai (chỉ áp dụng đối với bệnh nhân là phụ nữ và có thai trong quá trình chăm sóc điều trị tại cơ sở (cột số 11))	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi các dịch vụ PLTMC đã giới thiệu cho bệnh nhân: dòng dưới, ghi rõ bệnh nhân được chuyển tới cơ sở nào để được theo dõi và điều trị PLTMC	Trang khám và theo dõi điều trị
Để trống nếu chưa thích hợp	

Cột bệnh nhân được chuyển đi các cơ sở khác hoặc bệnh nhân không theo dõi được hoặc bệnh nhân tử vong trước khi đưa vào điều trị ARV (cột số 12)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Không theo dõi được: không đến tái khám trên 6 tháng trở lên	Trang khám và theo dõi điều trị
Tử vong	
Ghi rõ ngày chuyển đi	
Để trống nếu không thích hợp	

Các cột giai đoạn lâm sàng (cột số 13 đến cột số 16)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi ngày chẩn đoán vào cột GĐLS thích hợp trong lần khám đầu và tiến triển lâm sàng nếu có trong quá trình theo dõi bệnh nhân.	Cột giai đoạn lâm sàng trong trang khám và theo dõi điều trị

Các chuẩn bị điều trị ARV (cột số 17 đến cột số 21)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
	Trang tóm tắt quá trình theo dõi điều trị và cột kết quả xét nghiệm trong phần khám theo dõi điều trị
Ghi rõ ngày bệnh nhân đã sẵn sàng điều trị, ngày được xét chọn điều trị ARV và ngày bắt đầu được điều trị ARV	
Để trống nếu chưa thích hợp	

*** Chốt sổ cuối kỳ báo cáo:**

- Số bệnh nhân mới tham gia chương trình trong tháng.
- Luỹ tích bệnh nhân được chăm sóc và điều trị tính đến cuối tháng.
- Số chết, bỏ trị, chuyển đi trước khi được điều trị ARV trong tháng.
- Số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV nhưng chưa được điều trị ARV
- Số hiện đang được điều trị dự phòng bằng CTX.

3.4.3 Sổ theo dõi điều trị ARV (phụ lục 8)

*** Nguyên tắc chung:**

- Bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV trong cùng một tháng thì cần được đưa vào cùng một nhóm. Ghi số thứ tự từ 1 cho từng nhóm bệnh nhân. Ví dụ: nhóm bệnh nhân số 1 bắt đầu từ tháng 2 năm 2008.
- Vào sổ lần lượt từng nhóm thuận tập dựa vào thời gian (tháng) bắt đầu điều trị ARV.
- Các nhóm thuận tập khác nhau cần được vào các trang sổ khác nhau. Không ghi tiếp nối các nhóm bệnh nhân trong cùng một trang sổ.
- Thông tin về mỗi bệnh nhân chỉ được ghi chép vào một dòng sổ.

*** Khi nào thì vào sổ:**

- Khi bệnh nhân bắt đầu đưa vào điều trị ARV.
- Bổ sung và cập nhật thông tin trong các lần tái khám.

*** Ký hiệu mã hóa việc ghi chép:**

- Tình trạng chức năng vận động:
 - + Làm việc được (L): thực hiện được những công việc hàng ngày (đi chợ, làm ruộng, làm việc bình thường);
 - + Đi lại được (Đ): chỉ đi lại và thực hiện được những sinh hoạt tối thiểu (ăn uống, vệ sinh cá nhân,...);
 - + Nằm tại giường (N): không tự đi lại được, phải nằm tại giường và cần có sự hỗ trợ của người khác.
- Ghi phác đồ sử dụng cho bệnh nhi:
 - + Do Quyết định số 3003/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ngày 19/8/2009 không còn ghi mã số cho phác đồ nên cần ghi cụ thể thuốc sử dụng của phác đồ. Ví dụ: AZT+3TC+NVP, d4T+3TC+NVP,...
 - + Mã số lý do thay thuốc:
 - Tác dụng phụ của thuốc
 - BN có thai
 - BN mắc Lao
 - Có thuốc mới
 - Hết thuốc
 - Lý do khác
 - Mã số lý do chuyển phác đồ
 - Thất bại lâm sàng
 - Thất bại miễn dịch
 - Thất bại vi rút học
 - Mã số lý do ngừng thuốc
 - Tác dụng phụ
 - Có thai
 - Thất bại điều trị
 - Tuân thủ kém

- Bệnh nặng/nằm viện
- Hết thuốc
- Không có khả năng chi trả
- Quyết định khác của bệnh nhân
- Khác

*** Cách lấy thông tin từ hồ sơ bệnh án vào sổ điều trị ARV:**

Các cột thông tin cá nhân (cột số 1 đến cột số 6)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án (hoặc từ Sổ đăng ký trước điều trị mang qua)
Đánh số thứ tự bệnh nhân	Từ số 1
Ghi ngày bắt đầu điều trị ARV	Tóm tắt quá trình theo dõi điều trị
Ghi họ và tên bệnh nhân	Mục 1, phần I
Ghi mã số bệnh nhân (mã số hồ sơ bệnh án)	Trang bìa
Ghi năm sinh và giới tính (nam, nữ)	Trang bìa
Ghi năm sinh và giới tính (nam, nữ)	Mục 2,3 phần I
Ghi địa chỉ bệnh nhân	Mục 6, phần I

Các cột thông tin cơ bản tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV (từ cột số 7 đến cột số 10)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi chiều cao (đối với trẻ em) và để trống đối với người lớn	Trang tóm tắt quá trình điều trị
Ghi chức năng vận động	
Ghi giai đoạn lâm sàng	
Ghi số tế bào CD4 hay CD4 %	

Cột thông tin liên quan đến điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole (cột số 11)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi ngày kết thúc điều trị: dòng dưới (nếu bệnh nhân không còn được điều trị dự phòng nữa)	Sao từ sổ đăng ký trước điều trị ARV hay hồ sơ bệnh án (trang khám và theo dõi điều trị)
Để trống nếu chưa thích hợp	

Cột thông tin liên quan đến điều trị lao (cột số 12)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi ngày kết thúc điều trị: dòng dưới (nếu bệnh nhân đã kết thúc điều trị lao)	Sao từ sổ đăng ký trước điều trị ARV hay hồ sơ bệnh án (trang khám và theo dõi điều trị)
Để trống nếu chưa thích hợp	

Cột có thai (chỉ áp dụng đối với bệnh nhân là phụ nữ và có thai trong quá trình chăm sóc điều trị tại phòng khám (cột số 13)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
Ghi các dịch vụ PLTMC đã giới thiệu cho bệnh nhân: dòng dưới, ghi rõ bệnh nhân được chuyển tới cơ sở nào để được theo dõi và điều trị PLTMC	Sao từ sổ đăng ký trước điều trị ARV hay hồ sơ bệnh án (trang khám và theo dõi điều trị)
Để trống nếu chưa thích hợp	

Các cột phác đồ điều trị và phác đồ thay thế (cột số 14 đến cột số 17)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
	Trang khám và theo dõi điều trị
Cột phác đồ gốc: ghi phác đồ sử dụng tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV	
Cột phác đồ thay thế/lý do/ngày: ghi phác đồ thay thế, ghi mã số lý do phải thay và ghi ngày thay	
Phác đồ bậc 2: dành cho bệnh nhân sử dụng thuốc bậc 2; để trống nếu không thích hợp	
Phác đồ: ghi phác đồ bậc 2	
Phác đồ thay thế/ lý do/ngày: ghi phác đồ thay thế, ghi mã số lý do thay và ghi ngày thay phác đồ.	

Các cột theo dõi bệnh nhân (từ tháng thứ nhất đến tháng thứ 24)	Thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án
	Trang khám và theo dõi điều trị
Ghi ký hiệu mã hóa theo dõi bệnh nhân vào cột tương ứng với từng tháng	
Tại các tháng thứ 6, 12, 18 và 24: có thêm cột để ghi chép cân nặng, chức năng vận động và số lượng tế bào CD4.	

*** Mã hoá theo dõi bệnh nhân hàng tháng:**

- Nếu BN vẫn tiếp tục điều trị ARV trong tháng: ghi phác đồ mà BN đang sử dụng.
- Trong các trường hợp khác ghi rõ:
 - + **TV**: Tử vong
 - + **KK**: không tới khám và lĩnh thuốc đúng hẹn của bác sĩ;
 - + **B** (Bỏ/không theo dõi): Không tái khám và lĩnh thuốc ít nhất 3 tháng; ví dụ trong sổ điện như thế này KK - KK - B;
 - + **N**: (Ngừng/gián đoạn điều trị): Ngừng thuốc trong tháng và chưa được điều trị lại ghi rõ lý do ngừng thuốc mã số lý do.

- **ĐTL** (Điều trị lại): Bệnh nhân được điều trị lại ARV sau một thời gian bị gián đoạn (do phải ngừng thuốc,...).
- **CD** (Chuyển đi): Bệnh nhân đang điều trị ARV ở PKNT của mình và chuyển đi cơ sở khác để điều trị lâu dài.
- **CT** (Chuyển tới): Bệnh nhân đã được điều trị ARV từ các nơi khác chuyển tới PKNT để tiếp tục điều trị lâu dài.

*** Lưu ý:**

- Bệnh nhân tái khám 2 lần trong tháng: chỉ lấy thông tin ở lần khám sau vào sổ.
- Đối với BN tử vong, chuyển đi vĩnh viễn: gạch ngang phần còn lại của dòng bệnh nhân trong trang sổ.
- Bệnh nhân chuyển tới:
 - + Sổ đăng ký trước điều trị ARV: ngày chuyển tới coi là ngày bắt đầu đăng ký tại cơ sở;
 - + Sổ điều trị ARV: đưa vào nhóm BN có cùng thời gian bắt đầu điều trị.

3.4.4 Sổ theo dõi xuất nhập thuốc ARV

- Mục đích của sổ theo dõi cấp phát thuốc:
 - + Là một công cụ tiện lợi giúp việc quản lý và theo dõi việc cung ứng trong điều trị ARV;
 - + Chiết xuất các thông tin để báo cáo cũng như lập kế hoạch cung ứng thuốc cho điều trị;
 - + Thu thập các chỉ số theo dõi chương trình chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.
- Nguồn số liệu:
 - + Những thông tin trong Biên bản giao nhận của Công ty Dược;
 - + Phiếu xuất nội bộ;
 - + Thẻ kho.
- Lưu ý:
 - + Ghi đầy đủ cột mục: mã nguồn thuốc, tên thuốc, hàm lượng, nồng độ, quy cách đóng gói, ngày sản xuất, hạn dùng, số lô,...;
 - + Mỗi lô thuốc có hạn dùng khác nhau nên để mỗi trang khác nhau;
 - + Tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc FIFO, FEFO khi cấp thuốc đi.

3.4.5 Một số lỗi thường gặp

*** Trong ghi chép sổ đăng ký trước điều trị ARV:**

- Chưa làm hồ sơ bệnh án nhưng đã có danh sách trong sổ;
- Không đánh số thứ tự bệnh nhân;

- Mã số bệnh nhân không đúng mã số hồ sơ bệnh án;
- Không cập nhật thông tin thường xuyên từ hồ sơ bệnh án vào sổ, nên bỏ sót nhiều cột không ghi;
- Không chốt sổ cuối kỳ báo cáo và sang trang sổ mới.

*** Trong ghi chép sổ điều trị ARV:**

- Không ghi chép theo từng nhóm bệnh nhân;
- Ghi các nhóm khác nhau trong cùng 1 trang sổ;
- Không cập nhật thông tin vào các cột:
 - + Điều trị dự phòng Cotrimoxazole;
 - + Điều trị Lao;
 - + Có thai và dự kiến ngày đẻ.
- Không cập nhật hoặc cập nhật không đầy đủ thông tin trong các cột theo dõi tái khám
- Điền sai (hiểu chưa đúng) về các mã số theo dõi hàng tháng:
 - + Bỏ trị/không theo dõi: không tái khám và nhận thuốc ≥ 3 tháng (KK-KK-B);
 - + Cách ghi BN chuyển tới vào sổ.
- BN phải ngừng uống thuốc ARV vẫn được theo dõi sức khỏe tại cơ sở.

*** Trong ghi chép sổ theo dõi xuất, nhập thuốc:**

- Không ghi rõ tên nguồn thuốc được nhận (nguồn thuốc tài trợ được ghi trong biên bản giao nhận của Công ty Dược).
- Không ghi dung tích các chai thuốc xiro.
- Hết lô hàng không gạch hết dòng để tránh nhầm lẫn.

4. Các phụ lục

- Phụ lục 1. Mẫu báo cáo Dữ liệu HIV/AIDS cấp tỉnh.
- Phụ lục 2. Mẫu Mô tả cơ sở điều trị, cơ sở vật chất và các dịch vụ xã hội.
- Phụ lục 3. Trang thiết bị thiết yếu của phòng khám ngoại trú.
- Phụ lục 4. Trang thiết bị phòng tư vấn.
- Phụ lục 5. Danh sách các xét nghiệm khi các dấu hiệu bất thường.
- 4.6 Phụ lục 6. Bệnh án điều trị ngoại trú.
- 4.7 Phụ lục 7. Sổ đăng ký trước điều trị ARV.
- 4.8 Phụ lục 8. Sổ đăng ký điều trị ARV.

Phụ lục 1
MẪU BÁO CÁO DỮ LIỆU HIV/AIDS CẤP TỈNH

Dữ liệu HIV/AIDS tỉnh		
Chỉ số	Dữ liệu	Ghi chú
Tổng dân số của tỉnh		
Tổng số trẻ dưới 15 tuổi trong tỉnh		
Số người được chẩn đoán nhiễm HIV		
Số người được chẩn đoán nhiễm HIV còn sống		
Số người chết vì bệnh liên quan tới HIV		
Số trường hợp đã chuyển sang AIDS		
Số phụ nữ được chẩn đoán nhiễm HIV		
Số nam giới được chẩn đoán nhiễm HIV		
Số trẻ được chẩn đoán nhiễm HIV		
Số trẻ nhiễm HIV vẫn còn sống		
Số trẻ bị phơi nhiễm HIV (do mẹ nhiễm HIV)		
Ước tính mức độ phổ biến của HIV tại tỉnh (%)		
Số trẻ sinh ra trong một năm tại tỉnh		
Số bệnh nhân người lớn được điều trị ARV		
Số bệnh nhân trẻ em được điều trị ARV		
Số cặp bà mẹ/trẻ em được điều trị dự phòng ARV cho LTMC hàng năm (và chi tiết về các loại thuốc sử dụng)		
Số xét nghiệm chẩn đoán HIV được thực hiện hàng năm và tỷ lệ nam giới/nữ giới được xét nghiệm		
Số lượng xét nghiệm chẩn đoán được thực hiện ở trẻ em hàng năm		

Phụ lục 2

MẪU MÔ TẢ CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ, CƠ SỞ VẬT CHẤT VÀ CÁC DỊCH VỤ XÃ HỘI

Mô tả các dịch vụ và chương trình liên quan đến HIV/AIDS tại cấp tỉnh				
Tên huyện /tỉnh				
Tên cơ sở				
Hỗ trợ bởi nhà tài trợ (nếu có)				
Đầu vào bệnh nhân	VCT			
	Các dịch vụ khám thai			
	Các bệnh viện sản hoặc khoa sản của bệnh viện huyện			
	Bệnh viện lao			
	Bệnh viện nhi			
Các dịch vụ điều trị	Khoa nhi tại bệnh viện			
	Điều trị ARV cho bệnh nhân người lớn			
	Điều trị ARV cho bệnh nhân trẻ em			
	PLTMC			
Các dịch vụ xét nghiệm hiện có	Xét nghiệm sàng lọc ban đầu			
	Xét nghiệm khẳng định			
	Xét nghiệm CD4			
	Xét nghiệm đo tải lượng vi rút			
	CTM, viêm gan, giang mai...			
	Soi AFB đờm trực tiếp			
Xquang	Xquang ngực			
Loại hình tổ chức (các nhóm đồng đẳng, các tổ chức dựa vào cộng đồng, tổ chức phi chính phủ, ...)				
Các dịch vụ hiện có				
Nhà tài trợ (nếu có)				

Phụ lục 3
TRANG THIẾT BỊ THIẾT YẾU CỦA PKNT

Để tham khảo

Tùy theo phân công tuyến kỹ thuật và mức độ bệnh nhân tiếp nhận mà điều chỉnh cho phù hợp

TT	Thiết bị vận dụng	Số lượng
1	Điện thoại cố định	1 chiếc
2	Máy ảnh	1 chiếc
3	Ghế chờ cho bệnh nhân hoặc người nhà	10 chiếc
4	Giá đựng các loại tờ rơi, sách nhỏ	2 chiếc
5	Giường khám bệnh	1 chiếc
6	Bàn ghế ngồi	2 bộ
7	Tủ đựng thuốc có khoá	1 chiếc
8	Tủ đựng hồ sơ, bệnh án có khoá	1 chiếc
9	Bảng phân công công việc	1 chiếc
10	Bảng ghi chú/thông báo	1 chiếc
11	Bình đựng nước sát khuẩn	1 chiếc
12	Bàn lấy bệnh phẩm (tốt nhất là bàn inox)	1 chiếc
13	Hộp/thùng đựng rác thải y tế	Số lượng theo nhu cầu
14	Hộp/thùng đựng rác thải sinh hoạt	1 chiếc
15	Lavabo rửa tay	1-2 bộ
16	Ống nghe	2 chiếc
17	Máy đo huyết áp	2 bộ
18	Nhiệt kế	2 chiếc
19	Bộ khám tai-mũi-họng	1-2 bộ
20	Cân	1 chiếc
21	Búa phản xạ	1 chiếc
22	Găng tay	số lượng theo nhu cầu
23	Khẩu trang (phẫu thuật và N95)	số lượng theo nhu cầu
24	Kính bảo hộ	2 chiếc
25	Áo choàng	số lượng theo nhu cầu

TT	Thiết bị vận dụng	Số lượng
26	Xà phòng/nước sát khuẩn rửa tay	số lượng theo nhu cầu
27	Khăn giấy lau tay dùng một lần	số lượng theo nhu cầu
28	Ống đựng máu	số lượng theo nhu cầu
29	Khay đựng dụng cụ	số lượng theo nhu cầu
30	Giá đựng bệnh phẩm	số lượng theo nhu cầu
31	Bơm kim tiêm	số lượng theo nhu cầu
32	Bông, gạc, cồn	số lượng theo nhu cầu
33	Lịch làm hẹn tái khám cho bệnh nhân	1 cuốn (có đủ chỗ để ghi tên/mã số bệnh nhân và ngày hẹn)

Phụ lục 4

TRANG THIẾT BỊ PHÒNG TƯ VẤN

Để tham khảo

Tùy theo phân công tuyển kỹ thuật và mức độ bệnh nhân tiếp nhận mà điều chỉnh cho phù hợp

1	Bàn ghế: một bàn và 4 ghế	1 bộ
2	Ghế cho sinh hoạt nhóm	25 chiếc
3	Ti vi, đầu video và kệ để ti vi	1 bộ
4	Ấm chén và ấm điện đun nước	1 bộ
5	Nước tinh khiết	1 bộ
6	Đồng hồ treo tường	1 cái
7	Quạt thông gió và quạt cây	Số lượng đủ dùng
8	Bảng ghi chú	1 cái
9	Giá đựng tài liệu truyền thông	1 cái
10	Tủ đựng tài liệu có khóa	1 cái
11	Thùng đựng rác thải thường và rác thải y tế	đủ dùng

Phụ lục 5

**DANH SÁCH CÁC XÉT NGHIỆM ĐỀ CHUẨN BỊ CƠ SỞ XÉT NGHIỆM HỖ TRỢ
CHO PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ**

(Danh sách chưa đầy đủ. Chỉ một số thiết yếu)

3.1 Công thức máu	3.12 Cây nước tiểu
3.2 Đường máu, lipid máu	3.13 Soi phân
3.3 Điện giải đồ	3.14 Cây phân
3.4 Urê máu	3.15 Soi cây da
3.5 Creatinine máu	3.16 Chọc dò và sinh thiết hạch
3.6 Men gan (AST, ALT)	3.17 CT sọ não
3.7 X-Quang ngực	3.18 Xét nghiệm chẩn đoán giang mai (VDRL hoặc RPR)
3.8 Nhuộm Gram bệnh phẩm đờm	3.19 Siêu âm
3.9 Soi đờm tìm AFB	3.20 Tốc độ lắng máu
3.10 Cây đờm tìm VK không phải Lao	3.21 IDR
3.11 Cây máu	

Phụ lục 6
BỆNH ÁN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

BỘ Y TẾ

SỞ Y TẾ:

Đơn vị:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

Năm:.....

HỌ VÀ TÊN:

Năm sinh:

Mã số bệnh nhân:

Địa chỉ:

Xã/phường:

Quận/huyện:

Tỉnh/thành phố:

BỆNH ÁN NGOẠI TRÚ

Sở Y tế:
 Bệnh viện/Phòng khám ngoại trú:
 Mã bệnh nhân:

I. HÀNH CHÍNH:

1. Họ và tên (in hoa):.....
2. Sinh ngày:...../...../.....
3. Giới:.....
4. Nghề nghiệp:.....
5. Dân tộc:.....
6. Chỗ ở:.....
 Tỉnh, Thành phố:.....Điện thoại (nếu có):.....
7. Họ tên, địa chỉ người hỗ trợ điều trị:.....
 Điện thoại:.....
8. Ngày đăng ký chăm sóc và điều trị:...../...../.....
9. Nơi giới thiệu: (Ghi rõ đơn vị và địa chỉ nơi giới thiệu đến)

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. BỆNH SỬ:

IV. TIỀN SỬ BỆNH:

1. Tiền sử bản thân

Tiền sử mắc lao (Lao phổi; la ngoài phổi, thời gian chẩn đoán và điều trị, nơi điều, phác đồ, kết quả điều trị)

Tiền sử mắc bệnh khác (NTCH, viêm gan, bệnh LTQĐTD, khác)

Tiền sử dị ứng thuốc (ghi rõ loại thuốc):

Tiền sử dùng thuốc:

Sử dụng Thuốc ARV: Phòng lây truyền mẹ con Phòng phơi nhiễm nghề nghiệp Điều trị ARV (ghi rõ, thời gian phác đồ điều trị):

Sử dụng thuốc điều trị dự phòng cotrimoxazole:

Các thuốc đang sử dụng khác:

	HIV (+)	HIV (-)	Không rõ	Năm sinh	Điều trị ARV, nơi điều trị
Chồng/Vợ			/...../.....	
Con			/...../.....	
Cha/mẹ			/...../.....	
			/...../.....	

THĂM KHÁM

Ngày:...../...../.....

1. Toàn thân (Ý thức, nhiễm trùng, thông số cơ bản):

.....

Nhiệt độ: °C Huyết áp: /mmHg Mạch: lần/phút
 Nhịp thở: lần/phút Cân nặng: kg Chiều cao: cm

2. Khám thực thể (Tinh thần và thần kinh, tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu sinh dục, cơ xương khớp, da niêm mạc, tai mũi họng, răng hàm mặt, khác,.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Chức năng vận động: Làm việc bình thường Đi lại được Nằm tại giường

4. Xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng và kết quả

CD4 (% và số lượng tuyệt đối): Tổng TB lympho:.....

Hb:..... ALT:

XQ phổi:

XN khác:

.....

.....

<p>5. Chẩn đoán:</p> <p><input type="checkbox"/> Nghi ngờ mắc lao</p> <p><input type="checkbox"/> Giai đoạn lâm sàng: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>Các bệnh nhiễm trùng cơ hội và bệnh lý khác:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. Xử trí:</p> <p><input type="checkbox"/> Tiếp tục điều trị ARV</p> <p><input type="checkbox"/> Chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV</p> <p><input type="checkbox"/> Đủ tiêu chuẩn lâm sàng điều trị ARV</p> <p><input type="checkbox"/> Chuyển chuyên khoa, ghi rõ:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Cần nhập viện, hoặc chuyển tuyến, ghi rõ:</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Điều trị dự phòng Cotrimoxazole</p> <p><input type="checkbox"/> Khác:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Ngày hẹn tái khám:...../...../.....

Bác sĩ điều trị

TÓM TẮT QUÁ TRÌNH THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

Ngày/tháng/năm		Mã số BN:		
/ /	Khẳng định HIV dương tính	Nơi khẳng định:.....		
/ /	Đăng ký vào chương trình chăm sóc và điều trị			
	Điều trị ARV	Bắt đầu DT ARV		
/ /	Đủ tiêu chuẩn lâm sàng điều trị ARV	tháng/năm: /		
	Lý do <input type="checkbox"/> Lâm sàng:..... <input type="checkbox"/> CD4:..... <input type="checkbox"/> TB lympho:.....			
/ /	Đủ tiêu chuẩn và sẵn sàng điều trị			
/ /	HBV:	HCV: Tầm soát lao		
/ /	Chuyển đi: Có <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		
/ /	Chuyển đến từ: Bắt đầu điều trị:...../...../.....			
/ /	Bắt đầu điều trị phác đồ bậc I (hoặc II)	Phác đồ:		
	Khi bắt đầu điều trị ARV: Cân nặng: Khả năng vận động Giai đoạn lâm sàng			
	Thay thuốc trong phác đồ bậc 1			
/ /	Phác đồ mới	Lý do		
/ /	Phác đồ	Lý do		
/ /	Phác đồ	Lý do		
	Chuyển sang phác đồ bậc 2 (hay chuyển thuốc trong phác đồ bậc 2)			
/ /	Phác đồ mới	Lý do		
/ /	Phác đồ mới	Lý do		
	Kết quả theo dõi (trước điều trị ARV hoặc điều trị ARV)			
/ /	<input type="checkbox"/> Tử vong Lý do:			
/ /	<input type="checkbox"/> Chuyển đi nơi khác Nơi chuyển đi:			
/ /	<input type="checkbox"/> Mất theo dõi: Bệnh nhân chưa được điều trị ARV nhưng bỏ không đến khám >6 tháng.			
/ /	<input type="checkbox"/> Bỏ điều trị: là Bệnh nhân được điều trị ARV nhưng không đến tái khám >3 tháng.			
Gián đoạn điều trị ARV				
Ngày bắt đầu ngừng thuốc	Lý do	Ngày bắt đầu điều trị lại	Mã số lý do thay thuốc phác đồ bậc 1	Mã số lý do chuyển phác đồ 2
/ /		/ /	1. Tác dụng phụ	1. Thất bại lâm sàng
/ /		/ /	2. Có thai	2. Thất bại miễn dịch
/ /		/ /	3. Bắt đầu điều trị lao	3. Thất bại vi rút
/ /		/ /	4. Có thuốc mới	
			5. Hết thuốc	
			6. Lý do khác (đặc biệt)	
Mã lý do ngừng điều trị				
1. Tác dụng phụ				
2. Có thai			6. Hết thuốc	
3. Thất bại lâm sàng			7. BN hết tiền	
4. Tuân thủ kém			8. QĐ khác của BN	
5. Bệnh nặng, hoặc nằm viện			9. Khác	

PHỤ LỤC 7

SỔ ĐĂNG KÝ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ ARV

STT	Thông tin cơ bản						Điều kiện có thông tin				Giai đoạn lâm sàng (ghi rõ ngày chẩn đoán)				Chuẩn bị điều trị ARV						
	Ngày đăng ký chăm sóc	Họ và tên	Năm sinh		Địa chỉ	Ngày khẳng định HIV (+)	Nơi giới thiệu	ĐTDP Cotrimoxazole (Ngày bắt đầu / ngày kết thúc)	Điều trị lao (Ngày bắt đầu / ngày kết thúc)	Có thai (với nữ) (Dự kiến ngày sinh/ Giới thiệu DV PMTCT)	Bệnh nhân chuyển đi, không theo dõi được hoặc tử vong trước khi DT (ghi rõ ngày)	1	2	3	4	Đủ tiêu chuẩn LS & XN	Đủ tiêu chuẩn sẵn sàng điều trị		Ngày bắt đầu điều trị ARV (chuyển sang Sổ Điều Trị ARV)		
			Nam	Nữ													Ngày sẵn sàng tuân thủ điều trị	Ngày được xét chọn			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Mục đích của việc thành lập phòng khám ngoại trú là:

- Quản lý và chăm sóc lâu dài trẻ phơi nhiễm và trẻ nhiễm HIV/AIDS.
- Giảm tỷ lệ bệnh tật và tỷ lệ tử vong.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống của trẻ nhiễm HIV/AIDS.
- Cả ba câu trên đều đúng.

2. Nguyên tắc hoạt động của phòng khám là:

- Bắt buộc, lâu dài và thương thuyết.
- Chia sẻ, cùng đóng góp và lợi nhuận.
- Tự nguyện, đảm bảo bí mật và không phân biệt đối xử.
- Không có thời gian cố định và không kế hoạch.

3. Chức năng và nhiệm vụ của phòng khám là:

- Khám và theo dõi định kỳ
- Điều trị
- Tư vấn và theo dõi đánh giá sự tuân thủ
- Các câu trên đúng

4. Phòng khám ngoại trú không có chức năng nào sau đây:

- Chẩn đoán, dự phòng và xử trí các bệnh NTCH.
- Mua bán thuốc nội ngoại nhập.
- Tư vấn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ.
- Theo dõi và xử trí các tình trạng bệnh lý.

5. Mục đích của việc lập và điền sổ sách của PKNT:

- Dùng để lưu trữ các dữ kiện, thông tin về công tác chăm sóc và điều trị.
- Truy xuất thông tin hỗ trợ công tác điều trị theo dõi bệnh nhân, hoạt động nghiên cứu khoa học và công tác báo cáo định kỳ hay đột xuất.
- Giúp phục vụ những hoạt động giám sát, đánh giá hay kiểm tra định kỳ tháng, quý năm và đột xuất.
- Các câu trên đều đúng.

6. Các sổ sách và hồ sơ bệnh án trong PKNT không cần đảm bảo yêu cầu nào sau đây:

- a. Thông tin phải khách quan và chính xác.
- b. Đồng thời các thông tin không cần cập nhật kịp thời.
- c. Đảm bảo nguyên tắc bảo mật tuyệt đối.
- d. Các thông tin được ghi nhận đầy đủ theo yêu cầu.

7. Điều nào sau đây là đúng trong nguyên tắc chung khi ghi chép Sổ đăng ký trước điều trị ARV:

- a. Nên mở chung 01 sổ cho đối tượng người lớn (≥ 15 tuổi) và đối tượng trẻ em (<15 tuổi).
- b. Thông tin về mỗi bệnh nhân chỉ được ghi chép vào 1 cột trong sổ.
- c. Vào sổ lần lượt từng bệnh nhân theo thời gian bắt đầu dung thuốc ARV trong chương trình chăm sóc và điều trị.
- d. Khi bắt đầu tháng mới cần sang trang sổ mới.

8. Điều nào sau đây là sai trong nguyên tắc chung khi ghi chép Sổ đăng ký trước điều trị ARV:

- a. Khi bệnh nhân được đưa vào điều trị ARV thì chuyển sang sổ theo dõi điều trị ARV.
- b. Thông tin về mỗi bệnh nhân có thể được ghi chép nhiều nơi trong sổ.
- c. Vào sổ lần lượt từng bệnh nhân theo thời gian đăng ký.
- d. Khi bắt đầu tháng mới hoặc kỳ báo cáo mới cần sang trang sổ mới.

9. Điều nào sau đây là đúng:

- a. Trong ghi chép sổ đăng ký trước điều trị ARV không đánh STT bệnh nhân.
- b. Trong ghi chép sổ điều trị ARV khi bắt đầu tháng mới cần sang trang sổ mới.
- c. Trong ghi chép sổ đăng ký trước điều trị ARV không cập nhật thông tin vào các cột.
- d. Trong ghi chép sổ điều trị ARV không cập nhật hoặc cập nhật không đầy đủ thông tin trong các cột theo dõi tái khám.

10. Điều nào sau đây là sai:

- a. Mở 01 sổ đăng ký trước điều trị ARV cho đối tượng người lớn (≥ 15 tuổi) và một sổ cho đối tượng trẻ em (< 15 tuổi).
- b. Trong ghi chép sổ đăng ký trước điều trị ARV thông tin về mỗi bệnh nhân chỉ được ghi chép vào 1 dòng trong sổ.
- c. Trong ghi chép sổ điều trị ARV không ghi chép theo từng nhóm bệnh nhân
- d. Trong ghi chép sổ điều trị ARV bệnh nhân tái khám 2 lần trong tháng: chỉ lấy thông tin ở lần khám sau vào sổ.

Đáp án: 1.d, 2.a, 3.d, 4.b, 5.d, 6.b, 7.d, 8.b, 9.b, 10.c

BÀI 2. TIẾP CẬN TRẺ PHƠI NHIỄM VÀ NHIỄM HIV TẠI PHÒNG KHÁM

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

1. Trình bày các công việc phải làm cho trẻ phơi nhiễm đến khám lần đầu.
2. Trình bày các công việc phải làm cho trẻ phơi nhiễm đến tái khám.
3. Trình bày các công việc phải làm cho trẻ nhiễm HIV đến khám lần đầu.
4. Trình bày các công việc phải làm cho trẻ nhiễm HIV đến tái khám.

Thời gian: 45 phút

Nội dung bài học:

1. Tiếp nhận và quản lý trẻ phơi nhiễm HIV.
2. Tiếp nhận và xác định trẻ đó bị nhiễm HIV.
3. Quản lý và theo dõi bệnh nhân.

1. Tiếp nhận và quản lý trẻ phơi nhiễm HIV

1.1 Lần khám đầu

- Kiểm tra phiếu theo dõi và giới thiệu dịch vụ. Đề nghị cơ sở y tế chuyển đến gửi bổ sung nếu thiếu.
- Kiểm tra tình trạng nhiễm HIV của mẹ. Nếu chưa biết, tư vấn cho bà mẹ đến phòng VCT hoặc trở lại cơ sở sản khoa để được tư vấn. Nếu trẻ không còn mẹ, kiểm tra lại nơi đã xác nhận tình trạng nhiễm HIV của mẹ.
- Giới thiệu về những dịch vụ mà PKNT Nhi sẽ cung cấp.
- Thực hiện cam kết theo dõi tại phòng khám.
- Khám lâm sàng, hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án theo mẫu qui định (Bệnh án trẻ phơi nhiễm). Ghi tên trẻ vào Sổ quản lý và theo dõi trẻ phơi nhiễm dành cho cơ sở nhi khoa.



- Thảo luận lịch tiêm chủng, lịch xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV cho trẻ.
- Tư vấn dinh dưỡng và tuân thủ điều trị.
- Theo dõi việc sử dụng ARV phòng lây truyền mẹ con nếu có.
- Cấp và hướng dẫn sử dụng CTX dự phòng (nếu trẻ đủ 4-6 tuần).
- Cấp sữa thay thế (nếu có).
- Lên lịch cấp sữa (nếu có), thuốc, khám định kỳ và hẹn lần tái khám tiếp theo.
- Giới thiệu các dịch vụ do các nơi khác cung cấp (nếu có).

1.2 Những lần khám tiếp theo

- Hỏi thăm về dịch vụ đã nhận tại nơi khác nếu có. Khuyến khích người chăm sóc kết hợp việc khám tại phòng khám ngoại trú và nhận dịch vụ hỗ trợ tại nơi khác sao cho thuận tiện trong chăm sóc trẻ.
- Đánh giá sự phát triển thể chất và tinh thần của trẻ.
- Khám lâm sàng. Ghi hồ sơ bệnh án trẻ phơi nhiễm HIV.
- Đánh giá tuân thủ điều trị.
- Tư vấn nuôi dưỡng.
- Cung cấp sữa (nếu có) và cấp CTX dự phòng.
- Thực hiện xét nghiệm xác định tình trạng nhiễm HIV cho trẻ phù hợp với lứa tuổi và điều kiện sẵn có.
- Lên lịch tái khám và hẹn lần khám sau.
- Khi xác định trẻ bị nhiễm HIV, thực hiện tiếp quy trình trẻ đó xác định nhiễm HIV.

2. Tiếp nhận và quản lý trẻ đó xác định bị nhiễm HIV

1.2 Lần khám đầu

- Kiểm tra kết quả xét nghiệm xác định HIV(+).
- Kiểm tra hồ sơ đã có (nếu là trẻ phơi nhiễm HIV), giấy chuyển/phiếu chuyển (nếu trẻ từ nơi khác đến),...
- Giới thiệu về những dịch vụ mà PKNT nhi sẽ cung cấp.
- Thực hiện cam kết theo dõi tại Phòng khám.
- Ghi tên trẻ vào Sổ đăng ký trước điều trị.
- Khám lâm sàng, hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án ngoại trú theo mẫu quy định.
- Chú ý kiểm tra toàn diện: sốt, sụt cân, tiêu chảy, ho, NTCH và kiểm tra các dấu hiệu cần điều trị ngay.

- Kiểm tra tiền sử liên quan đến HIV, lao của cha mẹ, anh chị em.
- Làm xét nghiệm cơ bản cần thiết: công thức máu, CD4, chức năng gan thận,... theo qui định nếu cần.
- Đánh giá phát triển thể chất tinh thần, tư vấn dinh dưỡng, tiêm chủng.
- Đánh giá tiêu chuẩn điều trị ARV
 - + Nếu chưa đủ tiêu chuẩn điều trị ARV:
 - ++ Lên lịch tái khám;
 - ++ Cấp thuốc CTX dự phòng;
 - ++ Hẹn ngày tái khám lần sau.
 - + Nếu đủ tiêu chuẩn điều trị ARV:
 - ++ Giải thích tình trạng bệnh nhân, làm cam kết điều trị ARV;
 - ++ Cấp thuốc CTX dự phòng;
 - ++ Chuẩn bị và thực hiện điều trị ARV cho bệnh nhân. Làm bệnh án ngoại trú cho bệnh nhân.
 - ++ Ghi tên bệnh nhân vào Sổ theo dõi điều trị ARV.

2.2 Những lần khám tiếp theo

* Nếu chưa điều trị ARV:

- Hỏi về dịch vụ đã nhận tại nơi khác nếu có.
- Đánh giá sự phát triển thể chất, tinh thần.
- Khám lâm sàng và làm xét nghiệm cần thiết (CD4) theo quy định.
- Đánh giá tuân thủ điều trị.
- Tư vấn nuôi dưỡng.
- Sàng lọc theo tiêu chuẩn để xem xét điều trị.
- Lên lịch tái khám và hẹn lần khám sau.

* Nếu đã điều trị ARV:

- Hỏi về dịch vụ đã nhận tại nơi khác nếu có.
- Đánh giá sự phát triển thể chất tinh thần.
- Khám lâm sàng, ghi vào bệnh án ngoại trú, bổ sung vào Sổ theo dõi điều trị ARV.
- Làm xét nghiệm cần thiết theo quy định.
- Đánh giá tác dụng phụ của ARV.
- Đánh giá tuân thủ điều trị.
- Tư vấn nuôi dưỡng.
- Lên lịch tái khám và hẹn ngày khám lần sau.

3. Quản lý - theo dõi bệnh nhân

- Mỗi bệnh nhân có một hồ sơ bệnh án, mã số riêng.
- Hồ sơ được cất giữ trong tủ theo từng đối tượng: Phơi nhiễm - Nhiễm chưa điều trị ARV - Nhiễm đang điều trị ARV.

Lưu ý: hồ sơ tử vong cũng nên lưu giữ theo từng đối tượng.

- Thiết lập hệ thống liên lạc (điện thoại):
 - + Giữ nhân viên PKNT - người chăm sóc/hỗ trợ trẻ;
 - + PKNT Nhi - PKNT khác, trạm y tế phường xã nơi có BN sinh sống.
- Thường xuyên đánh giá bệnh nhân thông qua khám định kỳ, phát hiện kịp thời BN chưa hoặc khựng tuân thủ điều trị, bỏ điều trị.
- Hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ điều trị:
 - + Tư vấn tầm quan trọng của việc uống thuốc đúng loại, đúng liều và đúng giờ;
 - + Tư vấn tác hại của việc không tuân thủ điều trị/bỏ điều trị;
 - + Tư vấn tác dụng phụ của thuốc, cách phát hiện và xử lý;
 - + Tư vấn cách uống, giờ uống phù hợp, thuận tiện để tránh quên uống thuốc;
 - + Tư vấn sự cần thiết của việc theo dõi, tái khám định kỳ đúng hẹn;
 - + Tư vấn tìm/lựa chọn người hỗ trợ, giám sát điều trị: thành viên trong gia đình, nhân viên y tế xã phường, người giám hộ,...;
 - + Tư vấn các nơi khác có thể cung cấp các dịch vụ hỗ trợ tâm lý xã hội cho trẻ và giới thiệu đến nếu cần.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trẻ phơi nhiễm HIV lần đầu đến phòng khám ngoại trú, việc nào sau đây là không cần thiết:

- Kiểm tra tình trạng nhiễm HIV của mẹ.
- Giới thiệu về những dịch vụ mà phòng khám sẽ cung cấp.
- Làm test nhanh để xem lại tình trạng nhiễm HIV của trẻ.
- Hướng dẫn dùng CTX dự phòng khi trẻ đủ 4-6 tuần.

2. Trẻ phơi nhiễm HIV đến tái khám, việc nào sau đây là không cần thiết:

- Đánh giá sự phát triển thể chất tinh thần của trẻ.
- Ghi tên trẻ vào Sổ đăng ký trước điều trị ARV để chuẩn bị báo cáo.
- Thực hiện xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ phù hợp với lứa tuổi và điều kiện.
- Cấp và hướng dẫn dùng CTX dự phòng.

3. Trẻ đã được khẳng định là nhiễm HIV đến khám lần đầu tại PKNT, việc nào sau đây là không cần thiết:

- Kiểm tra tình trạng nhiễm HIV của mẹ.
- Đánh giá phát triển thể chất tinh thần, tư vấn dinh dưỡng.
- Đánh giá tiêu chuẩn điều trị ARV.
- Ghi tên trẻ vào Sổ đăng ký trước điều trị.

4. Trẻ đã được khẳng định là nhiễm HIV nhưng chưa được điều trị ARV, đến tái khám tại PKNT, việc nào sau đây là không cần thiết:

- Đánh giá sự phát triển thể chất và tinh thần.
- Khám lâm sàng và làm xét nghiệm cần thiết theo qui định.
- Đánh giá tuân thủ điều trị.
- Kiểm tra lại tình trạng nhiễm HIV của người thân trong gia đình.

5. Trẻ đã được khẳng định là nhiễm HIV và được điều trị ARV, đến tái khám tại PKNT, việc nào sau đây là không cần thiết:

- a. Đánh giá sự phát triển thể chất tinh thần của trẻ.
- b. Khám lâm sàng, ghi vào bệnh án ngoại trú, bổ sung vào Sổ theo dõi điều trị ARV.
- c. Đánh giá tác dụng phụ của ARV.
- d. Tư vấn cho người chăm sóc trẻ về tình trạng nhiễm HIV của trẻ.

Đáp án: 1.c,2.b, 3.a, 4.d, 5.d

PHẦN V

GIỚI THIỆU

BÀI 1. NHỮNG QUY ĐỊNH CỦA PHÁP LUẬT, CHÍNH SÁCH VỀ CÔNG TÁC CHĂM SÓC, HỖ TRỢ VÀ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS

Mục tiêu bài học:

Kết thúc bài học, học viên có khả năng:

Trình bày được những quy định chung của pháp luật về công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV/AIDS

Nội dung bài học:

1. Chăm sóc người nhiễm HIV.
2. Quy định về chăm sóc, điều trị và hỗ trợ người nhiễm HIV.
3. Quy định về công tác chăm sóc người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội và tại cộng đồng.
4. Quy định về các giải pháp chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV.
5. Chương trình hành động quốc gia về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010.
6. Quy định về công tác chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV tại cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam.

1. Chăm sóc người nhiễm HIV (Điều 41, Chương IV, Luật phòng, chống HIV/AIDS)

- Người nhiễm HIV được chăm sóc tại gia đình, cơ sở y tế của Nhà nước;
- Trẻ em nhiễm HIV bị bỏ rơi, người nhiễm HIV không nơi nương tựa, không còn khả năng lao động được chăm sóc, nuôi dưỡng tại cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước;
- Tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ và các tổ chức khác được thành lập cơ sở chăm sóc người nhiễm HIV;
- Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm huy động cộng đồng tham gia tổ chức các hình thức chăm sóc người nhiễm HIV dựa vào cộng đồng;
- Chính phủ quy định chế độ chăm sóc người nhiễm HIV quy định tại Khoản 02 và Khoản 03 của Điều này.

2. Quy định về công tác chăm sóc, điều trị và hỗ trợ người nhiễm HIV

Muốn làm tốt công tác chăm sóc người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS, Điều dưỡng viên đồng đẳng HIV/AIDS cần nắm chắc các quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS về công tác điều trị, chăm sóc và hỗ trợ người nhiễm HIV.

2.1. Trách nhiệm điều trị người nhiễm HIV (Điều 38, Chương IV, Luật phòng, chống HIV/AIDS)

- Cơ sở y tế có trách nhiệm khám bệnh, chữa bệnh cho người nhiễm HIV. Trường hợp điều trị bằng thuốc kháng HIV thì cơ sở y tế phải có đủ các điều kiện theo quy định của Bộ Y tế;
- Thầy thuốc và nhân viên y tế có trách nhiệm điều trị người nhiễm HIV và giải thích cho họ hiểu về HIV/AIDS để tự giữ gìn sức khỏe và phòng lây nhiễm HIV cho người khác;
- Người nhiễm HIV mắc các bệnh NTCH, hoặc các bệnh khác liên quan đến HIV/AIDS thuộc chuyên khoa nào được cứu chữa tại chuyên khoa đó, hoặc tại chuyên khoa riêng và được đối xử bình đẳng như những người bệnh khác;
- Bộ trưởng Bộ Y tế quy định phác đồ điều trị bằng thuốc kháng HIV.

2.2 Tiếp cận thuốc kháng HIV (Điều 39, Chương IV, Luật phòng, chống HIV/AIDS)

2.2.1 Người nhiễm HIV được Nhà nước tạo điều kiện tiếp cận thuốc kháng HIV thông qua các chương trình, dự án phù hợp với điều kiện kinh tế - xã hội.

2.2.2 Người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, người bị nhiễm HIV do rủi ro của kỹ thuật y tế, phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai, trẻ em dưới 6 tuổi nhiễm HIV được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV.

2.2.3 Thuốc kháng HIV do ngân sách Nhà nước chi trả, thuốc do tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài tài trợ được cấp miễn phí cho người nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS theo thứ tự ưu tiên sau:

- Trẻ em nhiễm HIV từ đủ 6 tuổi đến dưới 16 tuổi;
- Người nhiễm HIV tích cực tham gia phòng, chống HIV/AIDS;
- Người nhiễm HIV có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn;
- Những người khác nhiễm HIV.

2.2.4 Chính phủ quy định cụ thể việc quản lý, phân phối và sử dụng thuốc kháng HIV.

2.2.5 Thủ tướng Chính phủ quy định việc áp dụng các biện pháp cần thiết để đáp ứng yêu cầu về thuốc kháng HIV trong trường hợp khẩn cấp.

2.3 Quỹ hỗ trợ chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV (Điều 44, Chương V, Luật phòng, chống HIV/AIDS)

- Quỹ hỗ trợ, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV được thành lập và hoạt động theo quy định của pháp luật để hỗ trợ, điều trị, chăm sóc người nhiễm HIV;
- Nguồn tài chính của Quỹ được hình thành trên cơ sở đóng góp, tài trợ của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong và ngoài nước.

2.4 Chế độ, chính sách đối với người trực tiếp làm xét nghiệm HIV, quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV (Điều 45, Chương V, Luật phòng, chống HIV/AIDS)

Người trực tiếp làm xét nghiệm HIV, quản lý, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội và cơ sở y tế của Nhà nước, trường giáo dưỡng, cơ sở giáo dục, cơ sở chữa bệnh, trại

giam, trại tạm giam được ưu tiên trang bị phương tiện, dụng cụ cần thiết để phòng lây nhiễm HIV, hưởng các chế độ phụ cấp nghề nghiệp và các chế độ ưu đãi khác theo quy định của Thủ tướng Chính phủ.

2.5 Đào tạo, bồi dưỡng người làm công tác phòng, chống HIV/AIDS (Điều 47, Chương V, Luật phòng, chống HIV/AIDS)

- Thầy thuốc, nhân viên y tế trực tiếp tư vấn, làm xét nghiệm HIV, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV phải được đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn;
- Cộng tác viên, tình nguyện viên, giáo viên giảng dạy, người nhiễm HIV và thành viên gia đình họ tham gia phòng, chống HIV/AIDS phải được tập huấn nâng cao trình độ;
- Bộ Y tế chủ trì, phối hợp với Bộ Giáo dục và Đào tạo, cơ quan, tổ chức, đơn vị có liên quan để tổ chức đào tạo, bồi dưỡng cho các đối tượng quy định tại Khoản 01 của Điều này.

3. Quy định về công tác chăm sóc người nhiễm HIV tại các cơ sở bảo trợ xã hội và tại cộng đồng

3.1 Chăm sóc người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước (Mục 01, Chương IV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP)

3.1.1 Đối tượng nhiễm HIV được tiếp nhận vào cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước và chế độ chăm sóc người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước (Điều 16, Mục 01, Chương IV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP)

Việc tiếp nhận người nhiễm HIV vào cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước và chế độ chăm sóc người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước thực hiện theo quy định tại Nghị định số 67/2007/NĐ-CP, ngày 13/4/2007 của Chính phủ về Chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội.

3.1.2 Nội dung của Nghị định 67/2007/NĐ-CP có liên quan đến việc chăm sóc người nhiễm HIV tại các cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước

- Mức trợ cấp nuôi dưỡng hàng tháng thấp nhất cho các đối tượng bảo trợ xã hội sống tại các cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước là 240.000đ (theo quy định tại Điều 07 của Nghị định 67/2007/NĐ-CP, mức chuẩn để xác định mức trợ cấp xã hội hàng tháng thấp nhất cho một người là 120.000đ (hệ số 01). Khi mức sống tối thiểu của dân cư thay đổi, thì mức chuẩn trợ cấp xã hội cũng được điều chỉnh cho phù hợp. Như vậy mức trợ cấp 240.000đ là mức trợ cấp với hệ số 02) được áp dụng cho các đối tượng sau:
 - + Trẻ em mồ côi cả cha và mẹ, trẻ bị bỏ rơi, mất nguồn nuôi dưỡng; trẻ em mồ côi cha hoặc mẹ, nhưng người còn lại là mẹ hoặc cha mất tích theo quy định của Điều 78 Bộ luật Dân sự, hoặc không đủ năng lực, khả năng để nuôi dưỡng theo quy định của pháp luật; trẻ em có cha và mẹ, hoặc cha hoặc mẹ đang trong thời gian chấp hành hình phạt tù tại trại giam, không còn người nuôi dưỡng; trẻ em nhiễm HIV thuộc hộ gia đình nghèo từ 18 tháng tuổi trở lên.

- + Người cao tuổi cô đơn, thuộc hộ gia đình nghèo; người cao tuổi còn vợ hoặc chồng nhưng già yếu, không có con, cháu, người thân thích để nương tựa, thuộc hộ gia đình nghèo (theo chuẩn hộ nghèo được Chính phủ quy định cho từng thời kỳ).
- + Người tàn tật không có khả năng lao động, hoặc không có khả năng tự phục vụ, thuộc hộ gia đình nghèo.
- Mức trợ cấp nuôi dưỡng hàng tháng thấp nhất cho các đối tượng bảo trợ xã hội sống tại các cơ sở bảo trợ xã hội của Nhà nước là 300.000đ (hệ số 2,5) được áp dụng cho các đối tượng sau:
 - + Trẻ em mồ côi cả cha và mẹ, trẻ bị bỏ rơi, mất nguồn nuôi dưỡng; trẻ em mồ côi cha hoặc mẹ, nhưng người còn lại là mẹ hoặc cha mất tích theo quy định của Điều 78 Bộ luật Dân sự, hoặc không đủ năng lực, khả năng để nuôi dưỡng theo quy định của pháp luật; trẻ em có cha và mẹ, hoặc cha hoặc mẹ đang trong thời gian chấp hành hình phạt tù tại trại giam, không còn người nuôi dưỡng; trẻ em nhiễm HIV thuộc hộ gia đình nghèo, dưới 18 tháng tuổi và từ 18 tháng tuổi trở lên bị tàn tật, bị nhiễm HIV.
 - + Người mắc bệnh tâm thần thuộc các loại tâm thần phân liệt, rối loạn tâm thần đã được cơ quan y tế chuyên khoa tâm thần chữa trị nhiều lần nhưng chưa thuyên giảm và có kết luận bệnh mãn tính, sống độc thân không nơi nương tựa, hoặc gia đình thuộc diện hộ nghèo.
 - + Người nhiễm HIV không còn khả năng lao động, thuộc hộ gia đình nghèo.

3.2 Chăm sóc người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội ngoài công lập (Mục 02, Chương IV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP)

3.2.1 Thành lập cơ sở bảo trợ xã hội ngoài công lập (Điều 17, Mục 02, Chương IV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP)

- Cơ sở bảo trợ xã hội ngoài công lập do các tổ chức từ thiện, tổ chức phi chính phủ, tổ chức nhân đạo và các tổ chức khác thành lập để chăm sóc, nuôi dưỡng người nhiễm HIV.
- Việc thành lập và hoạt động của cơ sở bảo trợ xã hội ngoài công lập được thực hiện theo quy định của pháp luật.

3.2.2 Chế độ chăm sóc người nhiễm HIV tại cơ sở bảo trợ xã hội ngoài công lập (Điều 18, Chương IV, Nghị định 108/2007/NĐ-CP)

Cơ sở bảo trợ xã hội phải tự đảm bảo kinh phí để nuôi dưỡng, trợ cấp sinh hoạt phí, hỗ trợ điều trị các bệnh NTCH mắc phải do HIV gây nên, hỗ trợ mai táng phí cho người nhiễm HIV tối thiểu như các chế độ quy định tại Nghị định số 67/2007/NĐ-CP, ngày 13/4/2007 của Chính phủ về Chính sách trợ giúp các đối tượng bảo trợ xã hội.

3.2.3 Nội dung của Nghị định 67/2007/NĐ-CP có liên quan đến việc chăm sóc người nhiễm HIV tại các cơ sở bảo trợ xã hội ngoài công lập

- Mức trợ cấp xã hội hàng tháng thấp nhất cho các đối tượng bảo trợ xã hội sống trong các nhà xã hội tại cộng đồng do xã, phường quản lý là 240.000đ (hệ số 02).

- Đối tượng bảo trợ xã hội sống trong các nhà xã hội tại cộng đồng do xã, phường quản lý được hưởng được hưởng trợ cấp hàng tháng gồm:
 - + Trẻ em mồ côi cả cha và mẹ, trẻ bị bỏ rơi, mất nguồn nuôi dưỡng; trẻ em mồ côi cha hoặc mẹ, nhưng người còn lại là mẹ hoặc cha mất tích theo quy định của Điều 78 Bộ luật Dân sự, hoặc không đủ năng lực, khả năng để nuôi dưỡng theo qua định của pháp luật; trẻ em có cha và mẹ, hoặc cha hoặc mẹ đang trong thời gian chấp hành hình phạt tù tại trại giam, không còn người nuôi dưỡng; trẻ em nhiễm HIV thuộc hộ gia đình nghèo. Người chưa thành niên từ đủ 16 tuổi, đến dưới 18 tuổi đang đi học văn hoá, học nghề, có hoàn cảnh như trẻ em nêu trên.
 - + Người cao tuổi cô đơn, thuộc hộ gia đình nghèo; người cao tuổi còn vợ hoặc chồng nhưng già yếu, không có con, cháu, người thân thích để nương tựa, thuộc hộ gia đình nghèo (theo chuẩn hộ nghèo được Chính phủ quy định cho từng thời kỳ).
 - + Người nhiễm HIV không còn khả năng lao động, thuộc hộ gia đình nghèo.

4. Quy định về các giải pháp chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV (Mục 06, trong Mục A Nhóm giải pháp xã hội, của Phần II Giải pháp thực hiện, Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS)

4.1 Phát triển hệ thống chăm sóc, hỗ trợ toàn diện

- Thiết lập hệ thống chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV trên nền tảng của hệ thống y tế, với sự phối hợp chặt chẽ của các ban, ngành, cơ quan, địa phương. Xác định gia đình, cộng đồng là yếu tố cơ bản trong chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV.
- Ngành y tế làm nòng cốt, phối hợp với các ban, ngành và huy động hỗ trợ của chính quyền các cấp để thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị, tư vấn cho người nhiễm HIV tại cộng đồng. Đẩy mạnh các hoạt động hỗ trợ người nhiễm HIV và gia đình họ để người nhiễm HIV ổn định cuộc sống, hoà nhập và được chăm sóc tại gia đình và cộng đồng.
- Xác định tuyến huyện là trung tâm của công tác chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV. Tại mỗi quận, huyện thành lập một phòng, hay còn gọi là đơn vị chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV do Trung tâm y tế quận, huyện là cơ quan thường trực, cùng với việc huy động sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể tại địa phương.
- Khuyến khích việc hình thành các trung tâm chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV dựa vào cộng đồng. Khuyến khích các tổ chức tôn giáo, từ thiện, các tổ chức nhân đạo hình thành các khu chăm sóc bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối không nơi nương tựa.
- Có các chính sách động viên, khuyến khích tư nhân tham gia chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV. Khuyến khích việc áp dụng hình thức chữa bệnh bằng y học dân tộc.

4.2 Tăng cường khả năng tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ cho người nhiễm HIV

- Tăng cường phối hợp liên ngành để đảm bảo tính sẵn có của các dịch vụ tư vấn, xét nghiệm và các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ, giúp cho người nhiễm HIV tiếp cận được dễ dàng. Tạo điều kiện để những người nhiễm HIV, hoặc người sử dụng ma túy, hoạt động mại dâm trong các cơ sở giáo dục xã hội, trại giam, trại tạm giam được tiếp cận với các dịch vụ y tế.
- Tổ chức các lớp tập huấn về chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV cho cán bộ y tế, cán bộ tham gia công tác phòng, chống HIV/AIDS. Tập huấn chống phân biệt đối xử, đảm bảo tính bí mật, riêng tư và cung cấp các dịch vụ có chất lượng.
- Có chính sách khuyến khích người nhiễm HIV được tham gia bảo hiểm y tế, bảo hiểm xã hội tự nguyện.
- Tăng cường khả năng tiếp cận với các thuốc đặc hiệu kháng cho người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS.

4.3 Phát huy tính chủ động tham gia của người nhiễm HIV và chống phân biệt đối xử

- Giáo dục, truyền thông, tư vấn tập trung cho nhóm người nhiễm HIV, nhằm nâng cao nhận thức, trách nhiệm của người nhiễm HIV đối với bản thân, gia đình và cộng đồng, ngăn ngừa lây nhiễm HIV.
- Khuyến khích việc thành lập các câu lạc bộ người nhiễm HIV, các nhóm tự chăm sóc, hỗ trợ lẫn nhau của người nhiễm HIV. Chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia có kế hoạch để hỗ trợ, động viên người nhiễm HIV tham gia các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS.
- Có các chính sách hỗ trợ cho gia đình, bao gồm cả chính sách y tế và xã hội khi tiến hành chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV.
- Đảm bảo các quy định về mặt luật pháp không có các điều khoản phân biệt đối xử với người nhiễm HIV. Đảm bảo quyền bình đẳng của người nhiễm HIV.

4.4 Đẩy mạnh công tác điều trị HIV/AIDS (Mục 04, trong Mục B Nhóm các giải pháp chuyên môn kỹ thuật, của Phần II Giải pháp thực hiện, Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS)

Tạo điều kiện cho người nhiễm HIV ở Việt Nam được tiếp cận với thuốc điều trị đặc hiệu kháng HIV (ARV), góp phần làm giảm ảnh hưởng kinh tế, xã hội do HIV/AIDS gây ra.

Tăng số lượng bệnh nhân AIDS được tiếp cận với thuốc điều trị HIV/AIDS mỗi năm và đến năm 2010 có khoảng 70% bệnh nhân AIDS được tiếp cận với thuốc điều trị ARV. Cam kết tham gia sáng kiến 3 x 5 (3 triệu người được điều trị trong năm 2005) của tổ chức Y tế thế giới và các sáng kiến khác trong vấn đề điều trị.

5. Chương trình hành động quốc gia về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010 (ban hành theo Quyết định số 07/2007/QĐ-BYT, ngày 19/01/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Với mục tiêu chung mở rộng và tăng cường chất lượng dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị nhằm kéo dài cuộc sống cho người nhiễm HIV, dự phòng lây nhiễm HIV trong cộng đồng, góp phần khống chế số người nhiễm HIV ở mức dưới 0,3% dân số vào năm 2010 và không tăng hơn vào các năm sau.

Trên cơ sở các nguyên tắc:

- Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS cho người nhiễm HIV là quá trình lâu dài, liên tục.
- Xã hội hoá hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS thông qua việc phối hợp với các chương trình, dịch vụ sức khoẻ và huy động sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể, cộng đồng, gia đình và bản thân người nhiễm HIV.
- Phân tuyến các hoạt động về điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng HIV với tuyến huyện là tuyến chủ yếu; gia đình và cộng đồng là nền tảng cho chăm sóc và hỗ trợ tại tuyến xã, phường.
- Chống phân biệt đối xử, tạo môi trường thuận lợi và có chính sách ưu tiên trong chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV cho người nhiễm HIV.

Ngày 19/01/2007, Bộ trưởng Bộ Y tế đã có Quyết định số 07/2007/QĐ-BYT ban hành “*Chương trình hành động quốc gia về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010*”. Chương trình hành động quốc gia đã đưa ra một hệ thống các giải pháp và các nội dung cần triển khai nhằm đạt được các mục tiêu đã đề ra, bao gồm:

5.1 Hệ thống các giải pháp về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010

5.1.1 Giải pháp xã hội

- Tăng cường sự ủng hộ, tham gia chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS của các cấp uỷ Đảng, chính quyền và các bộ, ban, ngành, đoàn thể liên quan;
- Khuyến khích các tổ chức tôn giáo, các tổ chức xã hội, từ thiện, tổ chức phi chính phủ, các tổ chức cộng đồng, đặc biệt là bản thân người nhiễm HIV và gia đình họ tham gia vào hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS;
- Tăng cường các hoạt động chống kỳ thị, phân biệt đối xử trong các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS;
- Từng bước hoàn chỉnh hệ thống văn bản quy phạm pháp luật về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS.

5.1.2 Giải pháp kỹ thuật

- Xây dựng và củng cố mạng lưới chăm sóc, điều trị HIV/AIDS từ Trung ương đến địa phương;
- Xây dựng và ban hành các văn bản pháp quy, các quy trình kỹ thuật và cơ chế chuyển tiếp, chuyển tuyến phục vụ cho công tác chăm sóc, điều trị HIV/AIDS trên phạm vi cả nước;

- Cung ứng trang thiết bị cơ bản, sinh phẩm, thuốc kháng HIV và thuốc điều trị bệnh NTCH phục vụ chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS cho các cơ sở có điều trị HIV/AIDS;
- Phối hợp, lồng ghép chặt chẽ với các chương trình trong Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và với các chương trình y tế khác, nhất là hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS và lao trong các cơ sở chữa bệnh của các bộ, ngành; đồng thời tăng cường sự phối hợp giữa hệ thống y tế nhà nước và tư nhân trong hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS;
- Tăng cường hoạt động giám sát và quản lý, đánh giá hoạt động chăm sóc, điều trị HIV/AIDS;
- Triển khai các nghiên cứu khoa học phục vụ cho chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

5.1.3 Giải pháp nâng cao năng lực quản lý và tăng cường nguồn lực

- Đào tạo và đào tạo lại về chuyên môn kỹ thuật cho đội ngũ cán bộ tham gia chăm sóc, điều trị HIV/AIDS tại các tuyến;
- Tăng cường hỗ trợ kỹ thuật của tuyến trên cho tuyến dưới trong công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS;
- Hoàn thiện hệ thống thu thập số liệu, báo cáo và quản lý chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV;
- Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát hoạt động của chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS;
- Huy động nguồn lực trong nước từ các chương trình y tế ở Trung ương, địa phương, các tổ chức xã hội, tổ chức quốc tế, tổ chức NGOs để đảm bảo nguồn lực cho chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS.

5.2 Các nội dung hoạt động thực hiện các mục tiêu chương trình hành động quốc gia về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010

MỤC TIÊU 1: Tăng 10% mỗi năm số người nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn được tiếp cận với thuốc kháng HIV, để đến năm 2010 có khoảng 70% người lớn và 100% trẻ em nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được tiếp cận với thuốc kháng HIV, trên 90% bệnh nhân lao nhiễm HIV được tiếp cận với thuốc kháng HIV.

Chỉ tiêu đến năm 2010:

- 70% người lớn nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được tiếp cận với thuốc kháng HIV;
- Trên 90% bệnh nhân lao nhiễm HIV được tiếp cận với thuốc kháng HIV;
- 100% trẻ em nhiễm HIV đủ tiêu chuẩn điều trị được tiếp cận với thuốc kháng HIV.

Hoạt động:

- Xây dựng và củng cố mạng lưới chăm sóc, điều trị HIV/AIDS từ Trung ương đến địa phương

- Tuyên Trung ương và khu vực:
 - + Nâng cấp và mở rộng khả năng thu dung, điều trị bệnh nhân AIDS. Bảo đảm mỗi trung tâm điều trị HIV/AIDS quốc gia có đủ giường bệnh dành riêng cho điều trị bệnh nhân AIDS;
 - + Tiếp tục thiết lập các khu điều trị HIV/AIDS vệ tinh tại các bệnh viện khu vực.
- Tuyên tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây được gọi tắt là tỉnh):
 - + Đẩy nhanh tiến độ thành lập các Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh, trong đó có việc thành lập Khoa Tư vấn, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS;
 - + Củng cố, xây dựng hệ thống phòng khám ngoại trú tại tuyên tỉnh, bảo đảm đủ năng lực quản lý bệnh nhân ngoại trú và hỗ trợ cho các cơ sở điều trị HIV/AIDS ở tuyên quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh (sau đây gọi tắt là huyện);
 - + Xây dựng cơ sở hạ tầng đủ để mỗi bệnh viện đa khoa tỉnh có một khoa, hoặc một đơn nguyên điều trị HIV/AIDS với số giường bệnh thích hợp với tình hình thực tế của địa phương.
- Tuyên quận, huyện:
 - + Thành lập đơn nguyên điều trị với số giường bệnh thích hợp tại bệnh viện huyện để tiếp nhận điều trị bệnh nhân AIDS nội trú;
 - + Tùy theo số lượng người nhiễm HIV trên địa bàn, thành lập phòng khám ngoại trú HIV/AIDS trên cơ sở phòng khám của bệnh viện huyện;
 - + Mỗi quận, huyện thành lập một câu lạc bộ người nhiễm HIV do phòng khám ngoại trú tổ chức và quản lý, để triển khai các hoạt động hỗ trợ tâm lý, chăm sóc tại nhà và hỗ trợ tuân thủ điều trị thuốc kháng HIV.
- Tuyên xã, phường:
 - + Giới thiệu người nhiễm HIV, nghi ngờ nhiễm HIV đến cơ sở chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS tại tuyên quận, huyện để được tư vấn xét nghiệm tự nguyện và được quản lý sức khoẻ lâu dài;
 - + Tư vấn, chăm sóc và hỗ trợ cho người nhiễm HIV tại nhà, điều trị triệu chứng, giảm đau và chuyển tuyến khi nghi ngờ bệnh nhân mắc NTCH, các triệu chứng và tác dụng phụ. Hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân đang điều trị dự phòng Cotrimoxazole, điều trị thuốc kháng HIV.

b) Phối hợp và lồng ghép với các tổ chức và chương trình, dịch vụ chăm sóc sức khoẻ khác

- Phối hợp chương trình Lao và HIV/AIDS.

Xây dựng quy trình thống nhất trong việc chuyển tiếp bệnh nhân giữa Chương trình Phòng, chống HIV/AIDS quốc gia và Chương trình Lao quốc gia. Những bệnh nhân mắc lao nghi ngờ nhiễm HIV được chuyển sang chương trình HIV/AIDS để được tư vấn, chẩn đoán, chăm sóc, điều trị và hỗ trợ khi cần thiết. Ngược lại, những bệnh nhân AIDS mắc lao, hoặc nghi ngờ lao được chuyển sang chương trình lao khám, xét nghiệm, chẩn đoán và điều trị.

- Phối hợp với Chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
 - + Quy định cụ thể cơ chế chuyển tuyến, để các bà mẹ nhiễm HIV và con của họ được theo dõi, điều trị, chăm sóc sau khi sinh;
 - + Lòng ghép chăm sóc trẻ nhiễm HIV vào mạng lưới chăm sóc, hỗ trợ và điều trị hiện nay. Mở rộng hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho trẻ em nhiễm HIV tại các cơ sở chăm sóc, hỗ trợ và điều trị tuyến huyện. Tăng cường phối hợp với các Trung tâm bảo trợ xã hội, trại trẻ mồ côi để chuyển, gửi trẻ em nhiễm HIV bị bỏ rơi đến các cơ sở này.
- Phối hợp với các chương trình can thiệp giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV.
 - + Lòng ghép các hoạt động điều trị HIV/AIDS với điều trị bằng thuốc thay thế cho người nghiện chích ma túy;
 - + Triển khai thực hiện lòng ghép giữa các hoạt động can thiệp giảm tác hại trong dự phòng lây nhiễm HIV với các dịch vụ dự phòng khác liên quan đến chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS.
- Phối hợp với các cơ sở chữa bệnh, cơ sở giáo dục lao động, các Trung tâm Bảo trợ xã hội thuộc Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội và các trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng thuộc Bộ Công an.
 - + Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội và Bộ Y tế xây dựng kế hoạch hoạt động phối hợp trong chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV từ Trung ương, tỉnh, thành phố đến cấp cơ sở;
 - + Xây dựng, thực hiện gói dịch vụ toàn diện, bao gồm dự phòng, chăm sóc, hỗ trợ, dinh dưỡng và điều trị cho người nhiễm HIV trong các trung tâm, trường, trại:
- * Xây dựng và thực hiện quy trình thống nhất để chuyển tiếp người nhiễm HIV từ Trung tâm Chữa bệnh - Giáo dục - Lao động xã hội, Trung tâm Bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng tới các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV tại cộng đồng và ngược lại người nhiễm HIV đang được chăm sóc, hỗ trợ và điều trị tại cộng đồng (bao gồm cả điều trị kháng HIV) khi vào các trung tâm này vẫn tiếp tục nhận được dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị để đảm bảo quá trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị liên tục;
- * Tăng cường phối hợp giữa các cơ sở y tế địa phương với các trường, trại trên địa bàn trong việc phát hiện, chẩn đoán và điều trị kịp thời các NTCH, điều trị thuốc kháng HIV;
- * Thực hiện các hoạt động đào tạo nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế làm việc trong các trung tâm, trường, trại về các kỹ năng tư vấn, giáo dục, chăm sóc, điều trị NTCH, điều trị thuốc kháng HIV, tuân thủ điều trị, dự phòng phổ cập;
- * Thực hiện các hoạt động đào tạo nâng cao năng lực cho đội ngũ đồng đẳng viên trong các trung tâm, trường, trại trong hoạt động chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV.

- Phối hợp giữa hệ thống y tế nhà nước với hệ thống y tế tư nhân trong hoạt động chăm sóc và điều trị HIV/AIDS
- + Bộ Y tế và y tế các bộ, ngành phối hợp xây dựng kế hoạch và triển khai thực hiện hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS cho người nhiễm HIV;
- + Xây dựng quy chế hướng dẫn, hỗ trợ cho các cơ sở y dược tư nhân triển khai thực hiện các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS. Tổ chức các khoá đào tạo trang bị kiến thức về công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS cho các cơ sở hành nghề y dược tư nhân.

MỤC TIÊU II: Có ít nhất 50% cơ sở điều trị HIV/AIDS các tuyến được cung cấp đủ các trang thiết bị cơ bản để chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS.

Chỉ tiêu đến năm 2010:

- a) 03 trung tâm điều trị tuyến Trung ương được trang bị máy đếm tế bào CD4, máy theo dõi kháng thuốc kháng HIV.
- b) 50% cơ sở điều trị HIV/AIDS tuyến tỉnh được trang bị máy đếm tế bào CD4.
- c) 100% cơ sở điều trị HIV/AIDS các tuyến được trang bị máy xét nghiệm huyết học và sinh hoá.
- d) 100% cơ sở điều trị HIV/AIDS các tuyến được trang bị đủ hoá chất xét nghiệm liên quan đến chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS.
- e) 100% cơ sở điều trị HIV/AIDS các tuyến được cung cấp đủ thuốc kháng HIV và thuốc điều trị NTCH.

Hoạt động

- a) Cung cấp thiết bị, sinh phẩm phục vụ chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS

- Cung cấp trang thiết bị:

- + Tuyến Trung ương

Nâng cấp các phòng xét nghiệm của các trung tâm điều trị quốc gia để có đủ khả năng chẩn đoán các trường hợp NTCH phức tạp. Đồng thời đủ điều kiện phục vụ công tác nghiên cứu khoa học và đào tạo. Trang bị máy đếm tế bào CD4, máy đo số lượng trong máu, thiết bị phát hiện kháng thuốc và các thiết bị nghiên cứu, điều trị HIV/AIDS khác cho 03 Trung tâm điều trị HIV/AIDS quốc gia.

- + Tuyến tỉnh

Cung cấp máy đếm tế bào CD4 và các thiết bị cơ bản khác hỗ trợ chẩn đoán, theo dõi và chăm sóc bệnh nhân nặng, theo dõi tác dụng phụ do điều trị thuốc kháng HIV cho cơ sở chịu trách nhiệm chính trong việc điều trị HIV/AIDS của tỉnh.

+ Tuyến huyện

Cung cấp trang thiết bị tối thiểu để có thể chẩn đoán được các NTCH thông thường và theo dõi điều trị nếu cơ sở y tế tuyến huyện chưa có như: máy chụp XQ, kính hiển vi, máy xét nghiệm huyết học, máy xét nghiệm sinh hoá...

- Cung cấp đủ sinh phẩm chẩn đoán HIV phù hợp với từng tuyến theo quy định của Bộ Y tế.

b) Cung ứng đủ thuốc thiết yếu, thiết bị dự phòng phổ cập và vật tư tiêu hao phục vụ chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV phù hợp với từng tuyến theo quy định của Bộ Y tế.

MỤC TIÊU III: 70% số huyện trong cả nước có đủ khả năng điều trị ngoại trú cho người nhiễm HIV.

Chỉ tiêu đến năm 2010

- a) 70% số huyện có cơ sở điều trị ngoại trú gắn với hoạt động chăm sóc, hỗ trợ cho người nhiễm HIV;
- b) 100% cơ sở chăm sóc, hỗ trợ cho người nhiễm HIV hoạt động thường xuyên và hiệu quả.

Hoạt động

- a) Khuyến khích xây dựng các trung tâm chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV dựa vào cộng đồng như các trung tâm chăm sóc bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối, người nhiễm HIV không nơi nương tựa, các trung tâm do các tôn giáo, tổ chức từ thiện thực hiện;
- b) Khuyến khích các hoạt động chăm sóc trẻ mồ côi, trẻ bị bỏ rơi do HIV/AIDS. Phối hợp với Ủy ban Dân số, Gia đình và Trẻ em, ngành Lao động, Thương binh và Xã hội, ngành Giáo dục và Đào tạo,... tạo điều kiện cho các em được đi học như các trẻ em bình thường khác;
- c) Huy động sự tham gia của các ban, ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội trong việc tạo các quỹ phúc lợi, đào tạo nghề, tạo việc làm, cho vay vốn... cho người nhiễm HIV và gia đình họ;
- d) Vận động và khuyến khích người nhiễm HIV và gia đình họ tham gia nhóm đồng đẳng, các câu lạc bộ sinh hoạt cho người nhiễm HIV và gia đình, tham gia hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS, dự phòng lây nhiễm HIV cho người khác.

MỤC TIÊU IV: Thuốc kháng HIV sản xuất trong nước có thể đáp ứng được 50% nhu cầu điều trị cho bệnh nhân AIDS.

Chỉ tiêu đến năm 2010

- a) Trung tâm quốc gia về thử tương đương sinh học và đánh giá sinh khả dụng của thuốc được thành lập;
- b) 50% số lượng thuốc kháng HIV dùng trong chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS được sản xuất trong nước;
- c) Hệ thống quản lý, phân phối và điều trị thuốc kháng HIV được thành lập.

Hoạt động

- a) Thành lập 03 trung tâm quốc gia về thử tương đương sinh học và đánh giá sinh khả dụng của thuốc kháng HIV tại Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh, theo quyết định số 154/QĐ-TTg, ngày 30/6/2006 của Thủ tướng Chính phủ, đáp ứng các yêu cầu của tổ chức Y tế thế giới (WHO).

Tại Điểm d, Mục 03, Điều 01, Quyết định 154/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ đã nêu rõ: *“Xây dựng 03 trung tâm thử tương đương sinh học và đánh giá sinh khả dụng của thuốc tại các thành phố Hà Nội, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh đạt tiêu chuẩn quốc tế để làm cơ sở cho việc lựa chọn sử dụng thuốc hợp lý, chất lượng và an toàn”*.

- b) Tăng cường tính sẵn có và khả năng tiếp cận với các thuốc kháng HIV

- Đàm phán giá thuốc

- + Đề xuất với Chính phủ đàm phán với Liên minh châu Âu (EU) để EU xếp Việt Nam vào danh sách các nước đang phát triển được ưu tiên mua thuốc chữa bệnh hiểm nghèo từ các nước thuộc Tổ chức Hợp tác và Phát triển kinh tế;
- + Hình thành nhóm công tác liên ngành do ngành y tế làm trưởng nhóm để chủ động tham gia các diễn đàn đàm phán giảm giá thuốc của quốc tế và khu vực và trao đổi, thương lượng với các công ty có bản quyền để các công ty Việt Nam đủ năng lực sản xuất thuốc kháng HIV tại Việt Nam.

- Tăng cường tiếp cận thuốc kháng HIV

- + Làm việc với các tổ chức có năng lực, kinh nghiệm và có độ tin cậy cao để tìm kiếm nguồn nhập khẩu thuốc. Đồng thời rà soát các tổ chức, doanh nghiệp trong nước có đủ điều kiện nhập khẩu thuốc;
- + Ban hành các quy định phù hợp nhằm tạo điều kiện cho đăng ký thuốc gốc, nhập khẩu thuốc gốc;
- + Đàm phán với các công ty dược phẩm giữ bản quyền thuốc kháng HIV để nhượng lại bản quyền sản xuất cho các công ty dược phẩm trong nước, hoặc thành lập các doanh nghiệp có vốn đầu tư nước ngoài sản xuất thuốc kháng HIV tại Việt nam;
- + Tăng cường đầu tư cho các công ty dược phẩm trong nước để có thể sản xuất thuốc kháng HIV trong nước đạt tiêu chuẩn chất lượng quốc tế;
- + Đề xuất với Chính phủ hàng năm dành một khoản ngân sách cho chương trình tiếp cận thuốc để tạo sự ổn định trong việc mua thuốc dành điều trị cho người nhiễm HIV;
- + Rà soát, lựa chọn để đưa các thuốc điều trị HIV/AIDS và thuốc điều trị NTCH do WHO khuyến cáo vào danh mục thuốc thiết yếu phù hợp với tình hình thực tế Việt Nam.

- c) Xây dựng hệ thống quản lý, phân phối và điều phối thống kháng HIV và trang thiết bị phục vụ chăm sóc, điều trị HIV/AIDS thống nhất.
- Bộ Y tế điều phối và quản lý thuốc kháng HIV thông qua việc xây dựng các kế hoạch quốc gia, các hướng dẫn mua sắm và phân phối thuốc kháng HIV;
 - Tăng cường năng lực về dự báo, lập kế hoạch phân bổ thuốc cho các đơn vị điều trị tại các tuyến;
 - Xây dựng các quy trình hướng dẫn quốc gia về chế độ kho dự trữ, lưu trữ thuốc; các tiêu chuẩn cho các tổ chức về lưu trữ và phân phối thuốc, dược phẩm, bao gồm việc theo dõi, giám sát điều kiện lưu trữ và chất lượng sản phẩm;
 - Thiết lập hệ thống phân phối thuốc đến cơ sở điều trị, bảo đảm ngân sách cho hoạt động phân bổ thuốc;
 - Xây dựng quy trình thu thập mẫu và kiểm tra chất lượng các thuốc đã phân phối. Phối hợp với Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương xây dựng các quy trình thu thập mẫu và kiểm tra chất lượng các thuốc đã phân phối;
 - Áp dụng tiêu chuẩn thực hành cấp phát thuốc tốt tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS để đảm bảo và khuyến khích bệnh nhân sử dụng thuốc đúng và tuân thủ điều trị;
 - Phối hợp với chương trình giám sát HIV/AIDS xây dựng hệ thống báo cáo, giám sát và đánh giá các chỉ số thực hiện chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS; đánh giá chất lượng xét nghiệm phục vụ chẩn đoán HIV; đánh giá việc sử dụng của bệnh nhân và đối chiếu với số lượng thuốc kháng HIV thực tế đã cấp.
- d) Phối hợp với Chương trình Thông tin - Giáo dục - Truyền thông thay đổi hành vi phòng lây nhiễm HIV để tổ chức các hoạt động truyền thông, giáo dục về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị
- Phối hợp với các phương tiện thông tin đại chúng, các tổ chức xã hội, các cơ quan, đoàn thể,... để tuyên truyền, giáo dục về tác dụng của việc điều trị bằng thuốc kháng HIV và làm thế nào để việc điều trị đạt hiệu quả cao nhất;
 - Thông qua hệ thống điều trị, chăm sóc, tư vấn, thầy thuốc và bằng nhiều hình thức khác nhau để thông tin, hướng dẫn cho bệnh nhân cách dùng thuốc đúng, cách tự theo dõi, chăm sóc trong quá trình điều trị bằng thuốc kháng HIV...;
 - Thông tin, tuyên truyền cho các đối tượng liên quan (đặc biệt là thầy thuốc, bệnh nhân, người nhà hoặc người chăm sóc bệnh nhân) biết cách theo dõi, phản ánh, báo cáo các tác dụng không mong muốn của thuốc kháng HIV...

MỤC TIÊU V: Nâng cao năng lực nhân viên y tế tham gia công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS.

Chỉ tiêu đến năm 2010

- a) 100% cán bộ y tế tham gia công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS ở tất cả các tuyến được tập huấn, đào tạo;

- b) 100% cơ sở y tế có hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS được cung cấp tài liệu và hướng dẫn về chăm sóc và điều trị HIV/AIDS;
- c) 90% cơ sở y tế có hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS có báo cáo đúng, kịp thời.

Hoạt động

- a) Xây dựng, sửa đổi và ban hành các hướng dẫn, quy trình và quy định về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV:
 - Xây dựng và ban hành hướng dẫn về tư vấn, xét nghiệm HIV;
 - Xây dựng và ban hành các quy trình chuyển tuyến, chuyển tiếp giữa các cơ sở chăm sóc, hỗ trợ và điều trị với các dịch vụ sức khỏe khác trong cùng cấp hay các cơ sở chăm sóc xã hội;
 - Xây dựng và ban hành hướng dẫn chăm sóc tại nhà;
 - Xây dựng và hướng dẫn thực hiện dự phòng phổ cập phòng lây nhiễm HIV tại các cơ sở y tế;
 - Xây dựng quy chế về việc kê đơn điều trị kháng HIV để đảm bảo hiệu quả điều trị, tránh kháng thuốc;
 - Xây dựng và điều chỉnh các chế độ, chính sách đối với cán bộ y tế chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV.
- b) Hoạt động đào tạo, đào tạo lại về chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS
 - Xây dựng nhóm kỹ thuật cấp quốc gia;
 - Xây dựng, cập nhật, sửa đổi các tài liệu đào tạo, đào tạo lại liên quan đến chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho người nhiễm HIV;
 - Xây dựng tài liệu và công cụ đào tạo quốc gia:
 - + Xây dựng gói đào tạo chuẩn quốc gia đáp ứng việc chăm sóc, hỗ trợ và điều trị trên toàn quốc, đảm bảo thực hiện các hướng dẫn, quy trình chuẩn quốc gia;
 - + Xây dựng tài liệu đào tạo cơ sở cho các trường y dược, điều dưỡng và kỹ thuật viên xét nghiệm.
 - Thực hiện hoạt động đào tạo:
 - + Tổ chức các khoá đào tạo giảng viên;
 - + Tổ chức các khoá đào tạo tại tất cả các cấp từ Trung ương đến địa phương cho các cán bộ tham gia vào chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS;
 - + Theo dõi, đánh giá các hoạt động đào tạo;
 - + Tổ chức các buổi sinh hoạt khoa học, hội nghị, hội thảo quốc gia và hợp tác quốc tế về lĩnh vực chăm sóc và điều trị HIV/AIDS ở Việt Nam. Phối hợp với các trường đại học, các bệnh viện chuyên khoa điều trị HIV/AIDS của các nước trên thế giới và các nước trong khu vực nhằm mục đích chia sẻ, trao đổi kinh nghiệm trong lĩnh vực chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS.

6. Quy định về chăm sóc, điều trị cho người nhiễm HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam

(Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về việc chăm sóc, tư vấn, điều trị cho người nhiễm HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam)

6.1 Người nhiễm HIV mắc các bệnh NTCH hoặc bệnh khác liên quan đến HIV/AIDS được điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại khu điều trị của cơ sở. Trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm phải điều trị tại khu hoặc phòng riêng. Trường hợp đối tượng bị bệnh nặng vượt quá khả năng chuyên môn của cơ sở thì được chuyển đến cơ sở y tế dân y của Nhà nước hoặc bệnh viện quân đội (đối với phạm nhân, người bị tạm giữ, tạm giam trong trại giam, trại tạm giam thuộc Bộ Quốc phòng) để được tiếp tục điều trị. Cơ sở y tế dân y của Nhà nước, bệnh viện quân đội có trách nhiệm tiếp nhận và điều trị cho đối tượng từ các cơ sở chuyển đến.

6.2 Người nhiễm HIV được tạo điều kiện tiếp cận thuốc kháng HIV từ gia đình, các tổ chức, cá nhân và các chương trình hoặc dự án được cấp có thẩm quyền cho phép thực hiện, theo chỉ định chuyên môn của bác sỹ.

6.3 Căn cứ vào điều kiện và tình hình cụ thể về đối tượng nhiễm HIV hiện đang quản lý, cơ sở có trách nhiệm bố trí phòng điều trị và cán bộ y tế theo quy định của Bộ Y tế để chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV.

6.4 Cơ sở quản lý người nhiễm HIV có trách nhiệm thanh toán kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho cơ sở y tế dân y của Nhà nước hoặc bệnh viện quân đội khi có đối tượng của cơ sở mình chuyển tuyến đến đó để tiếp tục được chăm sóc và điều trị. Nguồn kinh phí khám bệnh, chữa bệnh cho người nhiễm HIV khi chuyển tuyến thực hiện theo quy định tại Điều 6 Quyết định này. Trường hợp người nhiễm HIV đang tham gia bảo hiểm y tế do Quỹ Bảo hiểm Y tế chi trả các chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo quy định hiện hành.

Điều 6 của Quyết định số 96/2007/QĐ-TTg quy định: Kinh phí thực hiện công tác quản lý, chăm sóc, tư vấn, điều trị cho người nhiễm HIV và hỗ trợ chi phí mai táng khi họ chết tại cơ sở được bố trí:

- Trong dự toán ngân sách nhà nước hàng năm theo phân cấp của Luật Ngân sách nhà nước và các văn bản hướng dẫn pháp luật có liên quan.
- Các nguồn đóng góp, tài trợ của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong nước và nước ngoài.
- Các nguồn kinh phí hợp pháp khác.

6.5. Người nhiễm HIV khi mắc các bệnh NTCH, điều trị tại khu điều trị của cơ sở, được hỗ trợ mức không thấp hơn 150.000 đồng/người/năm; khi chết được hỗ trợ chi phí mai táng thấp nhất là 2.000.000 đồng/người.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi trao đổi tại lớp

- 1.1 Anh, chị hãy cho biết nội dung của những giải pháp xã hội cần được tiến hành trong công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010?
- 1.2 Anh, chị hãy cho biết những hoạt động của cấp quận, huyện và cấp xã, phường trong mạng lưới chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV giống và khác nhau ở những nội dung nào?
- 1.3 Anh, chị hãy cho biết để tăng cường hiệu quả của công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS, chương trình chăm sóc, hỗ trợ và điều trị HIV/AIDS cần phối hợp, lồng ghép với các tổ chức, chương trình, dịch vụ chăm sóc sức khỏe nào? (kể tên các tổ chức, chương trình, dịch vụ chủ yếu).
- 1.4 Anh, chị hãy cho biết nội dung của những hoạt động nhằm thực hiện mục tiêu đến năm 2010 đảm bảo 70% số huyện trong cả nước có đủ khả năng điều trị ngoại trú cho người nhiễm HIV?
- 1.5 Anh, chị hãy cho biết những chỉ tiêu chính thực hiện mục tiêu nâng cao năng lực cán bộ, nhân viên tham gia công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV đến năm 2010?

Hình thức thảo luận và trả lời

- Lớp chia thành nhiều tổ, mỗi tổ (hoặc nhóm một số tổ) thảo luận và trả lời vào giấy khổ A0 một câu hỏi.
- Các tổ cử đại diện lần lượt lên bảng trình bày trước lớp phần trả lời của tổ, hoặc nhóm mình.
- Sau mỗi lần trình bày, học viên trong lớp tham gia đóng góp ý kiến.
- Giảng viên tóm tắt và nhận xét.

2. Câu hỏi trắc nghiệm

Anh, chị hãy đánh dấu X vào ô nào theo anh, chị là phù hợp nhất đối với từng câu hỏi

TT	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai	Không rõ
1	Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm huy động cộng đồng tham gia tổ chức các hình thức chăm sóc người nhiễm HIV dựa vào cộng đồng?			
2	Tổ chức tôn giáo, tổ chức phi chính phủ và các tổ chức khác được thành lập cơ sở chăm sóc người nhiễm HIV?			
3	Thầy thuốc và nhân viên y tế có trách nhiệm điều trị người nhiễm HIV và giải thích cho họ hiểu về HIV/AIDS để tự giữ gìn sức khỏe và phòng lây nhiễm HIV cho người khác?			
4	Thầy thuốc và nhân viên y tế trực tiếp tư vấn, làm xét nghiệm HIV, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV phải được đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn?			
5	Người nhiễm HIV được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV?			
6	Gia đình và cộng đồng là yếu tố cơ bản trong chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV, là nền tảng cho việc chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV ở tuyến xã, phường?			
7	Tuyến xã, phường là tuyến trung tâm của công tác chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV?			
8	Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV là quá trình lâu dài, liên tục?			
9	Trẻ em nhiễm HIV thuộc hộ gia đình nghèo được nhận vào nuôi dưỡng, chăm sóc tại các cơ sở bảo trợ xã hội?			
10	Người nhiễm HIV tại các cơ sở bảo trợ xã hội được hưởng mức trợ cấp nuôi dưỡng hàng tháng là 240.000đ?			
11	Cần tăng cường các hoạt động chống kỳ thị và phân biệt đối xử trong các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV?			

TT	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai	Không rõ
12	Người nhiễm HIV thuộc hộ gia đình nghèo được nhận vào chăm sóc, nuôi dưỡng tại các cơ sở bảo trợ xã hội?			
13	Đến năm 2010, 70% số huyện trong cả nước có cơ sở điều trị ngoại trú gắn với hoạt động chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV?			
14	Đến năm 2010, 100% cán bộ, nhân viên y tế tham gia chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV ở tất cả các tuyến được đào tạo, tập huấn?			
15	Tuyến huyện là tuyến được trang bị máy đếm tế bào CD4?			
16	Các hoạt động chăm sóc, nuôi dưỡng trẻ em mồ côi và trẻ em bị bỏ rơi do HIV/AIDS cần được khuyến khích?			
17	Người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, phụ nữ nhiễm HIV trong thời kỳ mang thai được Nhà nước cấp miễn phí thuốc kháng HIV?			
18	Cần có tài liệu hướng dẫn hoạt động tư vấn, xét nghiệm HIV; hướng dẫn chăm sóc người nhiễm HIV tại gia đình và cộng đồng; hướng dẫn thực hiện dự phòng phổ cập phòng lây nhiễm HIV tại các cơ sở y tế?			
19	Cần xây dựng các chế độ, chính sách đối với cán bộ, nhân viên y tế chăm sóc, hỗ trợ và điều trị người nhiễm HIV?			
20	Người nhiễm HIV tại các cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng, cơ sở chữa bệnh, cơ sở bảo trợ xã hội, trại giam, trại tạm giam được tạo điều kiện tiếp cận thuốc kháng HIV từ gia đình, tổ chức, cá nhân và các chương trình hoặc dự án được cấp có thẩm quyền cho phép thực hiện và theo chỉ định chuyên môn của bác sỹ?			

Đáp án:

- Các câu đúng: 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20.
- Các câu sai: 5, 7, 10, 12, 15.

BÀI 2. NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ QUYỀN TRẺ EM

Mục tiêu bài học

Kết thúc bài học, học viên trình bày được:

1. Thế nào là Quyền trẻ em? Công ước Quốc tế xác định quyền trẻ em như thế nào?
2. Các quyền cơ bản của trẻ em.

Thời gian: 30 phút

Nội dung bài học:

1. Quyền trẻ em là gì?
2. Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em là gì?
3. Công ước Quốc tế xác định trẻ em như thế nào?
4. Việt Nam đã làm gì trong việc thực hiện Quyền trẻ em.
5. Các quyền cơ bản của trẻ em.
6. Quyền trẻ em bắt đầu từ khi nào?

1. Quyền trẻ em là gì?

Quyền trẻ em là tất cả những gì trẻ em cần có để được sống và lớn lên một cách lành mạnh và an toàn. Quyền trẻ em nhằm đảm bảo cho trẻ em không chỉ là người tiếp cận thụ động lòng nhân từ của người lớn mà các em là những thành viên tham gia tích cực vào quá trình phát triển



2. Công ước Quốc tế về Quyền trẻ em là gì?

Công ước quốc tế về Quyền trẻ em là Luật Quốc tế để bảo vệ Quyền trẻ em gồm 54 điều khoản.

Công ước đề ra các quyền cơ bản của con người mà trẻ em trên toàn thế giới đều được hưởng và được Liên hiệp quốc thông qua năm 1989.

Công ước đã được hầu hết tất cả các nước trên thế giới đồng tình và phê chuẩn.

3. Công ước xác định trẻ em như thế nào?

Công ước xác định trẻ em là người dưới 18 tuổi, trừ khi luật pháp ở từng nước cụ thể quy định tuổi thành niên. Luật pháp Việt Nam quy định trẻ em là người dưới 16 tuổi

Các quyền quy định trong Công ước về quyền trẻ em được dành cho mọi trẻ em, không phân biệt trai hay gái, nguồn gốc xã hội, dân tộc, tôn giáo, giàu hay nghèo, lành lặn hay khuyết tật,... Do đó, trẻ em nhiễm và bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS cũng có các Quyền trẻ em như các trẻ em bình thường khác.

4. Việt Nam đã làm gì trong việc thực hiện quyền trẻ em?

Việt Nam là nước đầu tiên ở châu Á và là nước thứ hai trên Thế giới phê chuẩn Công ước về Quyền trẻ em vào 20/2/1990. Từ đó đến nay, mặc dù còn nhiều khó khăn, Việt Nam đã đạt được nhiều tiến bộ trong việc đưa tinh thần và nội dung của Công ước vào chiến lược phát triển kinh tế - xã hội và luật pháp quốc gia.

Ví dụ: Luật bảo vệ, chăm sóc và giáo dục trẻ em, Luật phổ cập giáo dục tiểu học, Luật lao động, Luật dân sự, Luật tố tụng hình sự,... được ban hành hay sửa đổi đều thích đáng đến quyền lợi trẻ em.

Chương trình hành động quốc gia vì trẻ em đã được xây dựng với các mục tiêu cụ thể trên các lĩnh vực sức khỏe, dinh dưỡng, nước sạch và vệ sinh giáo dục, vui chơi giải trí, và chăm sóc trẻ em có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn.

5. Các Quyền cơ bản của trẻ em

- a. Quyền được sống còn: bao gồm các quyền của trẻ em được sống cuộc sống bình thường và được đáp ứng những nhu cầu cơ bản nhất để tồn tại và phát triển thể chất. Đó là mức sống đủ, có nơi ở, ăn uống đủ chất, được chăm sóc sức khỏe. Trẻ em phải được khai sinh ngay sau khi ra đời.
- b. Quyền được phát triển: gồm những điều kiện để trẻ em có thể phát triển đầy đủ nhất về cả tinh thần và đạo đức, bao gồm quyền được học tập, vui chơi, tham gia các hoạt động văn hoá, tiếp cận thông tin, tự do tư tưởng, tự do tín ngưỡng và tôn giáo. Trẻ em cần có sự yêu thương và cảm thông của cha mẹ để có thể phát triển hài hoà.
- c. Quyền được bảo vệ: bao gồm những quy định như trẻ em phải được bảo vệ chống tất cả các hình thức bóc lột lao động, bóc lột và xâm hại tình dục, lạm dụng ma túy, sao nhãng và bị bỏ rơi, bị bắt cóc và buôn bán. Trẻ em còn được bảo vệ khỏi sự can thiệp vô cớ vào thư tín và sự riêng tư.

Quyền được bảo vệ bao gồm cả không tra tấn, đánh đập và lạm dụng trong trường hợp trẻ em làm trái pháp luật hay bị giam giữ.

- d. Quyền được tham gia: tạo mọi điều kiện cho trẻ em được tự do bày tỏ quan điểm và ý kiến về những vấn đề có liên quan đến cuộc sống của mình. Trẻ em còn có quyền kết bạn, giao lưu với hội họp hoà bình, được tạo điều kiện để tiếp cận các nguồn thông tin và chọn lựa thông tin phù hợp

Trẻ em nhiễm và trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS được hưởng các quyền cơ bản như bao trẻ em bình thường khác

6. Quyền trẻ em bắt đầu từ khi nào?

Do còn non nớt về thể chất và trí tuệ, trẻ em cần được bảo vệ và chăm sóc đặc biệt, kể cả sự bảo vệ thích hợp về mặt pháp lý trước cũng như sau khi ra đời.

Như vậy quyền của trẻ em cần được tôn trọng và thực hiện ngay từ khi bà mẹ mang thai. Điều này có nghĩa là các bà mẹ phải được chăm sóc sức khỏe trước và sau khi sinh, bao gồm ăn uống đủ chất, khám thai định kỳ và tránh làm việc nặng nhọc.

BÀI 3. DANH MỤC THUỐC KHÁNG HIV TẠI CÁC CƠ SỞ KHÁM, CHỮA BỆNH

Ban hành tại Quyết định số 05/2008/QĐ-BYT ngày 01/2/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế / Phụ lục 1.
Danh mục thuốc chữa bệnh chủ yếu sử dụng tại các cơ sở khám, chữa bệnh.

STT	Tên thuốc/hoạt chất	Đường dùng và/hoặc dạng dùng	Tuyến sử dụng			
			4	5	6	7
	6.3 Thuốc chống vi rút					
208	Abacavir (ABC)	Uống	+	+	+	
	Aciclovir	Truyền tĩnh mạch	+	+		
		Tiêm	+	+	+	
		Uống; Thuốc tra mắt	+	+	+	+
		Dùng ngoài	+	+	+	+
210	Didanosin (ddl)	Uống	+	+	+	
211	Efavirenz (EFV hoặc EFZ)	Uống	+	+	+	
212	Idoxuridin	Thuốc nhỏ mắt	+	+	+	
213	Indinavir (NFV)	Uống	+	+		
214	Lamivudin	Uống	+	+	+	
215	Lopinavir + ritonavir (LPV/r)	Uống	+	+		
216	Nevirapin (NVP)	Uống	+	+	+	
217	Oseltamivir	Uống	+	+		
218	Ritonavir	Uống	+	+		
219	Saquinavir (SQV)	Uống	+	+		
220	Stavudin (d4T)	Uống	+	+		
221	Tenofovir (TDF)	Uống	+	+	+	
222	Trifluridin	Thuốc nhỏ mắt	+	+	+	
223	Zidovudin (ZDV hoặc AZT)	Uống	+	+		

6.4 Thuốc chống nấm						
208	Amphotericin B*	Tiêm	+	+		
209	Butoconazol nitrat	Kem bôi âm đạo	+	+		
	Ciclopiroxolamin	Dùng ngoài	+	+	+	
	Clorquinaldol + promestrien	Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Clotrimazol	Đặt âm đạo	+	+	+	+
210	Econazol	Dùng ngoài; Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Fluconazol	Truyền tĩnh mạch	+	+	+	
		Uống	+	+	+	
		Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Griseofulvin	Uống; Dùng ngoài	+	+	+	+
	Itraconazol	Uống	+	+	+	
	Ketoconazol	Uống	+	+	+	+
		Thuốc nhỏ mắt	+	+	+	
		Dùng ngoài; Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Natamycin	Thuốc nhỏ mắt	+	+	+	
		Dùng ngoài; Đặt âm đạo	+	+	+	
	Nystatin	Uống; Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Nystatin + metronidazol	Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Nystatin + metronidazol + Cloramphenicol + dexamethason acetat	Đặt âm đạo	+	+	+	+
	Nystatin + metronidazol + neomycin	Đặt âm đạo	+	+	+	
	Nystatin + neomycin + polymyxin B	Đặt âm đạo	+	+	+	
	Terbinafin (hydroclorid)	Uống	+	+		
		Dùng ngoài	+	+	+	

BÀI 4. SỰ PHÁT TRIỂN BÌNH THƯỜNG CỦA TRẺ VỀ THỂ CHẤT VÀ TINH THẦN

Mục tiêu bài học:

Sau khi học xong, học viên có khả năng:

1. Đánh giá phát triển thể chất ở trẻ em:

- Định nghĩa, ý nghĩa sự tăng trưởng và phát triển.
- Sự phát triển của trẻ em qua các thời kỳ, đặc điểm sinh lý, bệnh lý. Vận dụng để chăm sóc sức khoẻ trẻ em.
- Sự phát triển về chiều cao và cân nặng, các yếu tố quyết định sự tăng trưởng ở trẻ em qua các giai đoạn. Cách sử dụng biểu đồ tăng trưởng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và phát triển.
- Phát triển vòng đầu, vòng ngực và vòng cánh tay.
- Tốc độ tăng trưởng và các yếu tố ảnh hưởng đến sự tăng trưởng.

2. Đánh giá sự phát triển tâm thần vận động ở trẻ em:

- Các yếu tố đảm bảo cho sự phát triển tâm thần, vận động.
- Các giai đoạn phát triển ở trẻ em: các chỉ số cơ bản của sự phát triển TT-VĐ qua các lứa tuổi.
- Mục đích và nội dung một số phương pháp đánh giá sự phát triển TT-VĐ của trẻ em.

Thời gian: 60 phút

Nội dung bài học:

- I. Phát triển thể chất ở trẻ em.
- II. Sự phát triển về tâm thần và vận động của trẻ.

I. PHÁT TRIỂN THỂ CHẤT Ở TRẺ EM

1. Định nghĩa và ý nghĩa sự tăng trưởng và phát triển

Tăng trưởng là một đặc điểm sinh học cơ bản của trẻ em. Khái niệm tăng trưởng là hiện tượng gắn liền với sự tăng chiều dài/cao và trọng lượng cơ thể nhờ sự tăng về số lượng và kích thước tế bào dẫn đến sự thay đổi về kích thước từng bộ phận và của cơ thể.

Phát triển là một khái niệm sinh lý chỉ sự biệt hoá các mô và bộ phận của cơ thể và sự hoàn thiện dần chức năng của chúng.

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển. Quá trình tăng trưởng diễn ra liên tục từ khi trứng được thụ thai đến khi trưởng thành.

Quá trình tăng trưởng chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố, thay đổi tùy theo các giai đoạn của sự tăng trưởng, tăng trưởng là tấm gương phản chiếu tình trạng kinh tế, xã hội và ngược lại, tăng trưởng của trẻ em cũng tác động đến sự phát triển kinh tế xã hội, đến tình trạng sức khỏe một quốc gia, một dân tộc.

2. Các thời kỳ của trẻ em, đặc điểm sinh học và bệnh lý từng thời kỳ

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và đang trưởng thành. Khái niệm lớn lên bao gồm sự phát triển về thể chất, khái niệm trưởng thành bao gồm sự phát triển về tâm thần và vận động. Hai quá trình này liên quan chặt chẽ với nhau tuân theo một qui luật chung của sự tiến hoá. Mỗi lứa tuổi có những đặc điểm sinh học riêng, chi phối sự phát triển bình thường cũng như quá trình bệnh lý của trẻ.

Sự phân chia các thời kỳ của trẻ dựa vào những đặc điểm cơ bản về sinh học, là một thực tế mang tính khách quan, ranh giới giữa các thời kỳ của trẻ không rõ ràng, giai đoạn trước chuẩn bị cho giai đoạn sau.

Theo A.F Tua (cách phân chia đang được sử dụng rộng ở nước ta) chia 6 giai đoạn từ thời kỳ phôi thai đến 18 tuổi:

2.1 Thời kỳ trong tử cung

Từ lúc trứng được thụ thai đến khi đẻ (bình thường khoảng 280-290 ngày). 3 tháng đầu là thời kỳ hình thành, 6 tháng sau là thời kỳ phát triển thai nhi. Lúc này sự dinh dưỡng của thai nhi phụ thuộc hoàn toàn vào người mẹ.

Thời kỳ này chia làm hai giai đoạn:

- *Giai đoạn phát triển phôi:* ba tháng đầu, dành cho sự phát triển phôi. Vào tuần thứ 12 phôi nặng khoảng 14g và dài khoảng 7,5cm. Giai đoạn này thai tăng cân ít, chủ yếu là phát triển chiều dài, đến hết ba tháng cuối thai kỳ này tất cả các bộ phận đã hình thành đầy đủ để tạo nên một con người thật sự.
- *Giai đoạn phát triển thai nhi:* Đến tháng thứ tư đã hình thành rau thai, qua đó người mẹ trực tiếp nuôi con. Thời kỳ này thai lớn rất nhanh, sự lớn lên của thai nhi phụ thuộc vào sự tăng cân của người mẹ và khả năng giãn nở của tử cung. Vào tuần thứ 28 cân nặng đạt khoảng 1000g và dài khoảng 25cm.

Những yếu tố của người mẹ ảnh hưởng đến sự phát triển thai nhi gồm: tuổi, số lần đẻ, khoảng cách giữa các lần đẻ, dinh dưỡng, điều kiện lao động, tình trạng tinh thần và bệnh tật của người mẹ. Nếu các yếu tố không thuận lợi ảnh hưởng đến 3 tháng đầu thai kỳ dễ gây ra các dị tật bẩm sinh. Nếu ảnh hưởng đến 6 tháng sau có thể dẫn đến đẻ non, suy dinh dưỡng bào thai, thai chết lưu. Vì vậy chăm sóc bảo vệ sức khỏe trẻ em phải bắt đầu bằng chăm sóc người mẹ ngay từ giai đoạn này.

Để đảm bảo cho thai nhi phát triển bình thường các bà mẹ có thai cần:

- Khám thai định kỳ ít nhất 3 lần trong suốt thời kỳ thai nghén.

(Nên làm xét nghiệm sàng lọc HIV sớm ngay từ lần khám thai đầu tiên)

- Thận trọng khi dùng thuốc, tránh tiếp xúc với các yếu tố độc hại,
- Chế độ lao động hợp lý, tinh thần thoải mái.
- Chế độ dinh dưỡng đầy đủ, đảm bảo khoảng 2400-2500 kcalo/ngày. Tính chung đến cuối thai kỳ người mẹ cần tăng được 8-12kg.

2.2 Thời kỳ sơ sinh

(Tính từ lúc đẻ đến 28 ngày tuổi) Đặc điểm sinh lý chủ yếu là sự thích nghi của trẻ với cuộc sống bên ngoài tử cung. Trẻ bắt đầu thở bằng phổi, vòng tuần hoàn chính thức hoạt động, hệ tiêu hoá bắt đầu làm việc, trẻ bắt đầu bú mẹ. Các bộ phận khác như thận, thần kinh,... cũng bắt đầu hoạt động và thích nghi dần. Hệ thần kinh luôn bị ức chế nên trẻ ngủ suốt ngày. Do có sự thay đổi môi trường sống nên trẻ có một số hiện tượng sinh lý như bong da, vàng da, sút cân sinh lý, rụng rốn,... Cơ thể trẻ lúc này rất non yếu cần được chăm sóc đặc biệt.

Đặc điểm bệnh lý thời kỳ này bao gồm:

- Các bệnh lý trước đẻ: dị tật bẩm sinh, rối loạn chuyển hoá, đẻ non,...
- Các bệnh do cuộc đẻ: sang chấn sản khoa, ngạt, xuất huyết não màng não,...
- Các bệnh mắc phải sau đẻ: nhiễm khuẩn da, rốn, phổi, màng não, nhiễm khuẩn huyết,... bệnh dễ diễn biến nặng, tỷ lệ tử vong cao.

Để hạn chế tỷ lệ tử vong sơ sinh cần đặc biệt coi trọng việc chăm sóc trước sinh, khi sinh và sau sinh bao gồm:

- Chăm sóc, chẩn đoán trước sinh, chăm sóc bà mẹ, quản lý thai nghén. (Cần phát hiện sớm các bà mẹ nhiễm HIV, viêm gan B, giang mai, lao,... theo dõi sát để can thiệp dự phòng và điều trị sớm cho con của họ);
- Hạn chế tai biến do đẻ;
- Vô khuẩn trong chăm sóc và giữ ấm cho trẻ;
- Bảo đảm cho trẻ bú mẹ sớm và bú mẹ hoàn toàn nếu trẻ bú mẹ.

(Với các trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV cần hướng dẫn nuôi dưỡng bằng sữa thay thế hoặc bú mẹ hoàn toàn và cai sữa sớm)

2.3 Thời kỳ bú mẹ (nhũ nhi)

Từ tiếp theo thời kỳ sơ sinh đến 12 tháng tuổi.

Đặc điểm sinh học cơ bản của trẻ bú mẹ là:

- Tốc độ tăng trưởng rất nhanh, nhất là trong 3 tháng đầu, do đó nhu cầu dinh dưỡng rất cao, quá trình đồng hoá mạnh hơn quá trình dị hoá.
- Chức năng các bộ phận cũng phát triển nhanh nhưng vẫn chưa hoàn thiện, đặc biệt chức năng tiêu hoá. Tình trạng miễn dịch thụ động giảm nhanh (IgG từ mẹ truyền sang - liên

quan đến xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi), trong khi khả năng tạo globulin miễn dịch còn yếu.

- Hoạt động thần kinh cao cấp hình thành, phát triển tinh thần vận động nhanh, lúc mới đẻ trẻ đã hình thành hệ thống tín hiệu thứ nhất (các phản xạ có điều kiện bẩm sinh) và đến cuối năm thứ nhất trẻ bắt đầu phát triển hệ thống tín hiệu cao cấp thứ hai (tập nói, biết đi, biết tiếp xúc vui chơi với xung quanh,...)

Đặc điểm bệnh lý thời kỳ này hay gặp là:

- Do mâu thuẫn giữa nhu cầu về dinh dưỡng cao với chức năng tiêu hoá yếu trẻ dễ bị các bệnh về dinh dưỡng và tiêu hoá như: suy dinh dưỡng, thiếu máu, còi xương, tiêu chảy cấp, thiếu vitamin,... nếu nuôi dưỡng không đúng.
- Do hệ miễn dịch còn yếu, trẻ dễ mắc và có xu hướng lan toả các bệnh nhiễm khuẩn như viêm phổi, viêm màng não mủ.

Về chăm sóc trẻ trong thời kỳ này cần chú ý:

- Đảm bảo dinh dưỡng: trẻ được bú mẹ và cho ăn sam đủ, đúng thời điểm
- Tiêm phòng đủ, đúng thời gian, đúng kỹ thuật.
- Vệ sinh thân thể, chăm sóc trẻ phát triển về tinh thần, vận động.
- Với trẻ phơi nhiễm HIV từ mẹ:
 - + Hướng dẫn nuôi dưỡng bằng sữa thay thế hoặc bú mẹ hoàn toàn và cai sữa sớm để ngăn cản lây nhiễm HIV qua sữa mẹ.
 - + Theo dõi, làm xét nghiệm chẩn đoán khẳng định tình trạng nhiễm HIV(+) Thời kỳ này trẻ nhiễm HIV rất hay mắc và tử vong do viêm phổi PCP vì vậy cần được uống thuốc dự phòng PCP rất sớm.

2.4 Thời kỳ răng sữa

Có thể chia thời kỳ này thành 2 giai đoạn: giai đoạn nhà trẻ (1-3 tuổi) và giai đoạn mẫu giáo (4-6 tuổi).

*** Đặc điểm sinh học chủ yếu:**

- Tốc độ tăng trưởng chậm hơn.
- Chức năng cơ bản các bộ phận dần dần hoàn thiện.
- Chức năng vận động phát triển nhanh, hệ cơ phát triển, trẻ có khả năng phối hợp động tác khéo léo hơn cuối thời kỳ này trẻ có khả năng học viết, vẽ.
- Trí tuệ phát triển nhanh đặc biệt về ngôn ngữ.

*** Về bệnh lý:**

- Xu hướng bệnh ít lan toả hơn
- Do khả năng tiếp xúc rộng trẻ dễ mắc các bệnh lây, các bệnh do vi rus.
- Xuất hiện các bệnh có tính chất dị ứng như hen, mẩn ngứa, bệnh thận.

Giai đoạn này việc giáo dục thể chất và tạo môi trường thuận lợi cho sự phát triển tâm sinh lý, giáo dục toàn diện là hết sức quan trọng.

2.5 Thời kỳ niên thiếu (tuổi học đường)

Chia 2 giai đoạn: tuổi tiểu học (7 - 15) và tiền dậy thì (12 -15 tuổi)

* Đặc điểm sinh học chủ yếu:

- Hình thái và chức năng các bộ phận đã phát triển hoàn toàn;
- Giai đoạn tiền dậy thì tốc độ tăng trưởng nhanh;
- Hệ cơ phát triển, răng vĩnh viễn thay răng sữa;
- Trí tuệ phát triển, tế bào vỏ não đã hoàn toàn biệt hoá, hình thành sinh lý giới tính.



* Về bệnh lý: gần giống với người lớn

- Trẻ dễ mắc các bệnh như thấp tim, viêm cầu thận, các bệnh học đường như biến dạng cột sống (gù, vẹo), cận thị, viễn thị, bệnh răng miệng và rối nhiễu tâm lý,...

2.6 Thời kỳ dậy thì: (tuổi học sinh trung học: 15 -18 tuổi)

* Đặc điểm sinh học:

- Cơ thể lớn nhanh;
- Biến đổi nhiều về tâm sinh lý (cảm xúc giới tính, tính khí, nhân cách);
- Hoạt động nội tiết, sinh dục chiếm ưu thế gây ra những biến đổi về hình thái và sự tăng trưởng của cơ thể. Sau khi dậy thì hoàn toàn thì tốc độ tăng trưởng giảm xuống rất nhanh.

* Về bệnh lý:

- Dễ rối loạn chức năng tim mạch và nhiễu tâm.
- Phát hiện thấy những dị hình ở bộ phận sinh dục.

Chăm sóc thời kỳ này cần quan tâm chăm sóc tâm sinh lý, vệ sinh nội tiết, sinh dục, phát triển trí tuệ. Cần lưu ý giáo dục giới tính ở vị thành niên.

Sự thay đổi và phát triển ở các thời kỳ phụ thuộc vào nhiều yếu tố di truyền và môi trường sống (dinh dưỡng, gia đình, xã hội, văn hoá, giáo dục,...) vì vậy ranh giới các thời kỳ không cố định, có thể sớm hay muộn tùy từng trẻ nhưng mọi trẻ đều trải qua các thời kỳ phát triển trên. Phải có một quan điểm "động" trong việc nhìn nhận trẻ em.

Cần nắm vững những đặc điểm sinh bệnh học từng thời kỳ của trẻ em để vận dụng vào công tác chăm sóc giáo dục và bảo vệ sức khỏe cho trẻ em.

3. Sự phát triển về chiều cao và cân nặng thể chất ở trẻ em

3.1 Phương pháp nghiên cứu về tăng trưởng

Có 2 loại phương pháp nghiên cứu về tăng trưởng là nghiên cứu dọc một số đối tượng trong suốt một thời gian nhất định, nhằm đánh giá tốc độ tăng trưởng của các đại lượng nhân trắc theo thời gian và nghiên cứu cắt ngang các đối tượng khác nhau trong cùng một thời điểm để tìm ra giá trị trung bình các thông số nhân trắc của một cộng đồng. Để nghiên cứu chuẩn tăng trưởng của trẻ em dưới 5 tuổi, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã nghiên cứu dọc trẻ em từ 0-2 tuổi, đồng thời nghiên cứu ngang trẻ em từ 2-5 tuổi.

* Các chỉ tiêu đánh giá quá trình tăng trưởng ở trẻ em dựa vào:

- Giá trị của các thông số nhân trắc như trọng lượng, chiều dài/cao, chu vi các vòng; tỷ lệ giữa các phần trong cơ thể.
- Tuổi xương: thời gian xuất hiện các điểm cốt hoá.
- Các dấu hiệu trưởng thành về tính dục.
- Số liệu về thành phần cơ thể.

Phần lớn giá trị của các thông số nhân trắc theo phân bố chuẩn, nghĩa là giá trị trung bình số học (average/mean) tương tự như giá trị trung vị (media, bách phân vị 50). Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới, các giá trị của các thông số được biểu thị bằng bách phân vị (percentile) và Z-score.

3.2 Sự tăng trưởng về chiều cao và cân nặng

3.2.1 Sự tăng trưởng của trẻ em ≤ 5 tuổi

Năm 2006, Tổ chức Y tế thế giới đã công bố chuẩn tăng trưởng về chiều cao/dài, cân nặng, vòng đầu, vòng cánh tay, chỉ số khối cơ thể của trẻ em từ lúc sinh cho đến tròn 5 tuổi. Các số liệu này được thu thập từ nghiên cứu đa trung tâm của TCYTTC tiến hành từ 1997 - 2003 tại 6 nước (Mỹ, Braxin, Nauy, Gha Na, Oman và Ấn Độ). Qua nghiên cứu này, Tổ chức Y tế thế giới đã kết luận rằng trẻ sơ sinh đủ tháng ở tất cả các nước, không phân biệt chủng tộc và địa dư nếu được nuôi bằng sữa mẹ, được bổ xung thức ăn đầy đủ, được chăm sóc trong một môi trường tối ưu, đều đạt mức độ tăng trưởng như nhau. Vì vậy chuẩn tăng trưởng mới của WHO - 2006 được xem là biểu đồ tăng trưởng của trẻ em trong thế kỷ XXI (A.growth chart for XX 1th centurg). Chuẩn tăng trưởng này được tính theo bách phân vị (percentile) và Z-score; mỗi điểm tương ứng với 1 độ lệch chuẩn. Các bảng số liệu và đồ thị dưới đây trình bày về giá trị trung vị (bách phân vị 50) về chiều dài/cao, cân nặng và BMI theo tuổi của trẻ trai và trẻ gái mới sinh cho đến tròn 5 tuổi của TCYTTC.

3.2.2 Tăng trưởng của trẻ em trên 5 tuổi

Cho đến nay chưa có chuẩn tăng trưởng cho trẻ trên 5 tuổi cho đến tuổi trưởng thành, vì vậy TCYTTG cho rằng có thể sử dụng biểu đồ cân nặng và chiều cao theo tuổi cho từng giới của CDC-2000 của Mỹ hoặc mỗi quốc gia xây dựng số liệu cho mình.

Ở nước ta Bộ Y Tế đã cho xuất bản cuốn "*Các giá trị sinh học người Việt Nam bình thường thập kỷ 90- thế kỷ XX*" năm 2003, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. Chúng tôi trích dẫn bảng cân nặng, chiều cao theo tuổi người Việt Nam từ 1-19 tuổi theo bách phân vị. Các số liệu này được thu thập từ 67.885 người 1-19 tuổi ở các vùng sinh thái trong cả nước, trong thời gian từ 1994-1995, thuộc dự án "*Điều tra cơ bản một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam bình thường ở thập kỷ 90*" do GS.TSKH. Lê Nam Trà làm chủ nhiệm dự án; cơ quan chủ trì là Trường Đại học Y Hà Nội. Các giá trị nhân trắc chủ yếu tăng hơn trong cuốn hằng số sinh học người Việt Nam, xuất bản năm 1975. Điều đó phản ánh tình trạng kinh tế xã hội của nước ta ở thập kỷ 90 được cải thiện so với trước.

4. Sự phát triển vòng đầu, vòng ngực và vòng cánh tay

4.1 Vòng đầu

Khi mới đẻ trẻ sơ sinh đủ tháng có vòng đầu trung bình là $30,31 \pm 85\text{cm}$, đến cuối năm thứ nhất đạt được $45 \pm 1,5\text{cm}$, như vậy trong năm đầu tăng được gần 15cm, trong 3 tháng đầu, mỗi tháng vòng đầu tăng gần 3cm và sau đó tăng chậm dần. Năm thứ hai và ba, mỗi năm vòng đầu tăng 2cm, sau đó mỗi năm tăng bình quân 1-0,5 cm, đến 5 tuổi vòng đầu đạt 49-50cm, 10 tuổi 51cm và 15 tuổi là 53-54cm.

4.2 Vòng ngực

Lúc mới đẻ, vòng ngực nhỏ hơn vòng đầu, có trị số trung bình là 30cm. Vòng ngực tăng nhanh trong những tháng đầu, nhưng mức tăng chậm hơn vòng đầu và đuổi kịp vòng đầu lúc 2-3 tuổi, sau đó vòng ngực lớn hơn vòng đầu.

4.3 Vòng cánh tay

Lúc 1 tháng tuổi, chu vi vòng giữa cánh tay của trẻ xấp xỉ 11cm, đến 1 năm đạt 13,5cm và đến 5 tuổi được $15 \pm 1\text{ cm}$. Như vậy, đối với trẻ từ 1-5 tuổi vòng cánh tay $< 12,5\text{cm}$ là suy dinh dưỡng.

5. Tốc độ tăng trưởng và các yếu tố ảnh hưởng đến sự tăng trưởng

5.1 Tốc độ tăng trưởng

Tăng trưởng là liên tục từ lúc thụ thai đến trưởng thành, nhưng tốc độ tăng trưởng khác nhau, tùy theo giai đoạn phát triển. Theo K.Hussain và M.Preece (2006), quá trình tăng trưởng có 4 giai đoạn khác biệt nhưng lồng ghép vào nhau:

- **Giai đoạn trong tử cung:** chịu nhiều ảnh hưởng của di truyền, dinh dưỡng và chức năng của rau thai. Đây là giai đoạn tăng trưởng nhanh nhất.
- **Giai đoạn nhũ nhi:** trong 2-3 năm đầu sau sinh: Giai đoạn này sự tăng trưởng khá nhanh, phụ thuộc vào yếu tố dinh dưỡng và chăm sóc. Trong năm đầu chiều cao tăng thêm 25cm, bằng 50% chiều dài lúc mới sinh, đặc biệt 3 tháng đầu mỗi tháng tăng được 3,5-3,8cm, 3 tháng tiếp theo mỗi tháng tăng trung bình 2cm, 6 tháng cuối năm tăng 1,2-1,4cm mỗi tháng.

Năm thứ hai chiều cao tăng được 12cm và năm thứ 3 tăng thêm 8cm.

Về cân nặng năm đầu tăng nhanh, gấp 2 lần lúc sinh khi trẻ 4-5 tháng và gấp 3 lần lúc sinh khi trẻ được 1 tuổi. Từ năm thứ hai đến 5 tuổi mỗi năm trẻ tăng được 2kg và chiều cao tăng 6cm/năm.

- **Giai đoạn thứ 3, giai đoạn nhi đồng:** Sự tăng trưởng phụ thuộc vào hormone tăng trưởng. Lúc này tốc độ tăng trưởng chậm hơn. Trung bình mỗi năm chiều cao tăng được 5cm và cân nặng tăng từ 1,5-2kg.
- **Giai đoạn thứ tư là giai đoạn dậy thì;** sự tăng trưởng tăng nhanh trong giai đoạn này tạo nên “tăng vọt dậy thì”, bắt đầu ở tuổi 11-12, lúc này chiều cao tăng 7-8cm/năm và cân nặng tăng 4kg/năm. Trẻ gái, tốc độ tăng trưởng cao nhất ở tuổi 13- 15 (cân nặng tăng 5kg/năm và chiều cao tăng 8-9cm/năm). Sau khi dậy thì hoàn toàn trẻ gái xuất hiện kinh nguyệt và trẻ trai xuất tinh lần đầu, tốc độ tăng trưởng chậm lại và kết thúc tăng trưởng khi đạt tuổi trưởng thành.

5.2 Tỷ lệ giữa các phần trong cơ thể

- Tỷ lệ chiều cao đầu và chiều cao đứng giảm dần theo năm

Bảng 1. Cao đầu và chiều cao đứng

Tuổi	Cao đầu/cao đứng	Tuổi	Cao đầu/cao đứng
Thai 2 tháng	1/2	6 tuổi	1/6
Sơ sinh	1/4	12 tuổi	1/7
Trẻ 2 tuổi	1/5	Người lớn	1/8

- Chiều cao của thân: chiều cao của thân trẻ em tương đối dài so với chiều cao đứng. Thân trẻ sơ sinh gần 45% chiều dài cơ thể, đến khi dậy thì còn khoảng 38%. Tỷ lệ chiều cao ngồi/chiều cao đứng cũng giảm dần theo tuổi. Theo quá trình tăng trưởng cơ thể thay đổi theo khuynh hướng đầu nhỏ, thân ngắn và chi dài ra.
- Các chỉ số ở trẻ em thay đổi theo tuổi và có xu hướng tăng dần.

Pignet: Cao đứng - (cân nặng + vòng ngực trung bình).

Khối cơ thể: BMI = cân nặng (kg)/cao đứng bình phương.

5.3 Các yếu tố ảnh hưởng đến sự tăng trưởng

Quá trình tăng trưởng chịu sự tương tác của 2 yếu tố cơ bản là di truyền và môi trường:

- Di truyền; giới, chủng tộc, các yếu tố gen, các bất thường bẩm sinh.
- Môi trường trước sinh, bà mẹ, điều kiện kinh tế, xã hội, khí hậu, mùa, hoạt động thể chất, dinh dưỡng là yếu tố quan trọng nhất, ngoài ra còn ảnh hưởng bởi tốc độ đô thị hóa và các stress tâm lý.
- Nội tiết: hormone các tuyến: tuyến giáp, tụy, thượng thận, sinh dục, tuyến yên.
- Bệnh tật: các bệnh về chuyển hóa, thận, thần kinh. Nội tiết, hô hấp, tim mạch, tiêu hóa,... đều ảnh hưởng đến sự tăng trưởng.
- Khuynh hướng thể tục: là xu hướng tăng trưởng theo thời gian, nước ta đang có xu hướng này, còn ở các nước phát triển thì xu hướng này đã dừng.

II. SỰ PHÁT TRIỂN VỀ TÂM THẦN VÀ VẬN ĐỘNG Ở TRẺ EM

Sự lớn lên của trẻ không chỉ liên quan đến chiều dài và trọng lượng của cơ thể mà còn bao gồm sự phát triển và trưởng thành về tâm thần và vận động. Mọi trẻ phát triển bình thường đều đạt được các mốc phát triển mong đợi tương ứng với lứa tuổi cả về thể chất và tâm thần vận động.

1. Các yếu tố đảm bảo cho trẻ phát triển bình thường về TT-VĐ

1.1 Các yếu tố bên trong

- Hệ thần kinh trung ương phát triển bình thường

Sự phát triển về TT-VĐ của trẻ em diễn biến song song với sự trưởng thành của hệ thần kinh trung ương và cơ thể. Khi sinh ra hệ thần kinh kém phát triển nhất trong các hệ cơ quan, Hệ thần kinh phát triển mạnh nhất trong 5 năm đầu đời, não trẻ sơ sinh chỉ nặng 300g nhưng ở người trưởng thành não nặng 1200 -1400g, đó là kết quả của sự myelin hóa. Nhờ vào quá trình myelin hóa, hình thành sự phát triển TT-VĐ và thuần thục dần dần. Hệ thần kinh phát triển một bước thì xuất hiện thêm một khả năng mới như: biết nói, biết đi, biết phân biệt phải trái,... Nếu hệ thần kinh phát triển bất thường do các dị tật bẩm sinh, hoặc các bệnh mắc phải như bại não, down, não úng thủy, di chứng viêm não, xuất huyết não,... dẫn đến trẻ có thể phát triển TT-VĐ không bình thường.

- Hệ cơ xương, nội tiết phát triển bình thường

Nếu trẻ mắc các bệnh về cơ xương, nội tiết bẩm sinh hoặc mắc phải như teo cơ, còi xương, rối loạn chuyển hóa can xi, suy giáp, hội chứng sinh dục thượng thận... trẻ cũng chậm phát triển TT-VĐ

1.2. Yếu tố bên ngoài

Môi trường gia đình, xã hội cũng ảnh hưởng lớn đến sự phát triển TT - VĐ trẻ lớn lên trong môi trường nghèo nàn không phát triển bằng trẻ lớn lên trong môi trường phong phú. Mọi cử chỉ, lời nói của cha mẹ và những người xung quanh đều có ảnh hưởng đến sự phát triển của trẻ. Thông qua sự tác động của môi trường hành vi cảm xúc sẽ phát triển. Đồng thời hành vi cảm xúc cũng góp phần phát triển nhân cách của trẻ. Chuỗi phát triển được kích thích hoặc ức chế thông qua sự tác động qua lại lẫn nhau giữa trẻ và môi trường.

Như vậy quá trình phát triển thể chất, sự myelin hóa, nội tiết, tác động của môi trường đều ảnh hưởng đến sự phát triển.

2. Các chỉ số cơ bản của sự phát triển

Trẻ em phát triển qua 6 giai đoạn từ giai đoạn bào thai đến giai đoạn dậy thì, tất cả đều có các mốc phát triển mong đợi. Đánh giá các biểu hiện của sự phát triển TT - VĐ một cách có phương pháp và hệ thống, đặc biệt dựa trên các mốc phát triển mong đợi đạt được ở các mốc lứa tuổi, sẽ giúp xác định được trẻ có phát triển bình thường không, từ đó phát hiện sớm các dấu hiệu trì hoãn hoặc chậm phát triển của trẻ để có biện pháp hỗ trợ, can thiệp sớm

2.1 Các phương pháp đánh giá

Có thể sử dụng nhiều loại test khác nhau để đánh giá để đánh giá sự phát triển tùy thuộc từng lĩnh vực và lứa tuổi dưới nhiều góc độ khác nhau.

- Đối với trẻ sơ sinh: Đánh giá bằng chỉ số Apgar sau khi sinh 1 phút, sau 5 phút và đánh giá các phản xạ nguyên thủy cơ bản;
- Đối với trẻ trước tuổi đi học: test Brunet-Lézine, Denver Developmental Screening Test, Gesell, Bayley Scales of Infant Development,... ;
- Đánh giá trí tuệ trẻ trên 5 tuổi: test Binet- Simon, Raven, Gille, Wisc,...;
- Đánh giá trình độ ngôn ngữ: test Gesell, Brunet-Lézine;
- Đánh giá nhân cách: Rors chach và C.A.T;
- Đánh giá cảm xúc hành vi: CBCL (Children Behavior Check List).

* **Test Denver I** (Denver Developmental Screening Test); được xuất bản lần đầu tiên tại Mỹ năm 1967 và được thích ứng chuẩn hóa để sử dụng rộng rãi ở trên 20 nước. Năm 1990 test được bổ xung hoàn thiện hơn và đổi thành test Denver II.

- **Mục đích:** đánh giá sự phát triển TT-VĐ của trẻ từ 0 - 6 tuổi, xác nhận và theo dõi một quá trình bình thường, phát hiện sớm các trạng thái chậm phát triển TT-VĐ ở trẻ nhỏ và các đặc điểm chậm phát triển nếu có.
- **Nguyên lý:** Vận dụng các tiêu chuẩn bình thường đã biết, sắp xếp các tiêu chuẩn đó vào một hệ thống chung để dễ tiến hành, dễ nhận định, dễ đánh giá và tiện làm đi làm lại nhiều lần trên cùng một đối tượng.

- Dụng cụ nói chung đơn giản, không công kênh, dễ trang bị, dễ sử dụng.
- + Bộ dụng cụ bao gồm: một túm len đỏ; một ít hạt lạc hoặc nho khô; một quả lựu có cán nhỏ; tám khối vuông bằng nhựa có cạnh 2,5cm sơn màu (mỗi màu 2 khối); đỏ, vàng, xanh lá cây, xanh da trời; một cốc nhựa có đường kính miệng cốc bằng 2cm; một quả bóng quần vợt; một con búp bê và bình sữa; một cốc nhựa có quai; một bút chì; một tờ giấy trắng, một phiếu kiểm tra in sẵn các item.
- + Nội dung: gồm 125 item sắp xếp theo trình tự lứa tuổi trẻ em có thể thực hiện được, phân chia trên phiếu kiểm tra theo 4 khu vực:
 1. *Vận động thô sơ*: 32 item phát hiện trẻ có biết ngẩng đầu, lẫy, ngồi, đi không.
 2. *Ngôn ngữ*: 39 item nhằm kiểm tra khả năng nghe, nói, thực hành mệnh lệnh của trẻ.
 3. *Vận động tinh tế - thích ứng*: 29 item giúp nhận định về khả năng nhìn, sử dụng bàn tay, ngón tay và khả năng vẽ của trẻ
 4. *Cá nhân - xã hội*: 25 item cho thấy khả năng tiếp cận của trẻ với mọi người xung quanh và cách tự chăm sóc bản thân

* **Thang đo của Bayley (1969)** - (Bayley Scales of Infant Development). Đây là một công cụ đánh giá trẻ từ 1 tháng đến 42 tuần tuổi, Test gồm: thang đánh giá về tâm thần; thang đánh giá về vận động và thang đánh giá về hành vi. Test cho phép đánh giá và can thiệp sớm chậm phát triển những trẻ đẻ non, cân nặng thấp, bệnh lý về gen hoặc bẩm sinh, bệnh lý não sớm do nhiễm HIV từ mẹ trước sinh,... đồng thời theo dõi quá trình phát triển theo thời gian; chẩn đoán chậm phát triển, đánh giá trí tuệ và dự đoán khả năng của trẻ nhỏ.

* Đánh giá sự phát triển TT - VĐ qua quan sát, theo dõi 4 khía cạnh:

- Các động tác vận động;
- Sự khéo léo kết hợp các động tác;
- Sự phát triển về lời nói;
- Quan hệ của trẻ với người và môi trường xung quanh.

Bảng 2. Phát triển vận động

Lứa tuổi	Vận động thô sơ	Vận động tinh tế
1 tháng	Giơ tay lên nhẹ nhàng khi nằm sấp	Nhìn theo mẹ
2-3 tháng	Giữ vững được cổ	Đưa mắt nhìn mẹ, mỉm cười
4-5 tháng	Ngồi được khi giữ	Nắm chặt tay tự phát
6-8 tháng	Ngồi vững một mình	Chuyển vật từ tay này sang tay khác
7-9 tháng	Bò, lăn lê	Hai tay cầm đồng thời 2 đồ vật
8-11 tháng	Đứng vịn	Nhặt bằng ngón cái và ngón trỏ
10-12 tháng	Đứng được vài giây, đi có người dắt	Sử dụng các ngón tay dễ dàng
12-18 tháng	Đi một mình	Xếp chồng được vật này lên vật kia
18-24 tháng	Bắt đầu biết chạy	Xếp chồng được 4 khối lên nhau
25-30 tháng	Ném bóng, nhảy tại chỗ, chạy nhanh	Xếp chồng được 6 khối lên nhau
30-36 tháng	Leo cầu thang một mình, nhảy xa	Xếp chồng 8 khối, vạch đường thẳng
3-4 tuổi	Đứng trên một chân	Bắt chước vẽ hình tròn
4-5 tuổi	Đi xe ba bánh, ném bóng cao tay	Bắt chước vẽ dấu cộng, vẽ người 3 phần
5-6 tuổi	Ném bóng chính xác, đi nối gót	Vẽ hình vuông, vẽ người 6 phần, tô chữ
6-7 tuổi	Chạy, leo trèo tốt	Tô và viết chữ

Bảng 3. Phát triển ngôn ngữ

Lứa tuổi	Ngôn ngữ
1 tháng	Đáp lại tiếng chuông
2-5 tháng	Phát ra âm oo, a, oh khi hóng chuyện, reo cười thành tiếng
6-8 tháng	Hướng về phía tiếng nói, quay theo tiếng xúc xắc
8-10 tháng	Bắt trước âm nói, nói âm tiết đơn: đa, ba, ma
10-12 tháng	Lặp âm tiết đơn: ba ba, ma ma,... Nói bập bẹ
12-18 tháng	Nói 1 từ => 22 từ, => 3 từ đơn
18-24 tháng	Nói 6 từ đơn, chỉ vài bộ phận trên cơ thể
24 tháng	Nói được câu 2 từ
2-3 tuổi	Nói được câu 2-3 từ, vốn từ có khoảng 50-300 từ, gọi tên vài bộ phận trên cơ thể
3-4 tuổi	Biết diễn đạt để người khác hiểu, vốn từ lên tới 300-500 từ, nói được 1-2 màu
5-6 tuổi	Hiểu được giới từ, vốn từ hàng nghìn, kể chuyện ngắn, hiểu từ trái nghĩa

Bảng 4. Phát triển cá nhân và xã hội

Lứa tuổi	Cá nhân - xã hội
1 tháng	Nhìn mặt, quan sát vật trước mặt
2-3 tháng	Cười đáp lại, mỉm cười tự nhiên
4-6 tháng	Nhìn bàn tay, hướng về hoặc vói lấy đồ chơi, nhận ra người thân
7-9 tháng	Biết sợ người lạ, phản ứng với sự thay đổi cảm xúc của người khác, phản ứng khi được gọi tên.
10-12 tháng	Bắt trước vỗ tay, vẫy tay tạm biệt, lắc lư khi nghe nhạc
12-18 tháng	Hoạt động bắt chước, hiểu những câu hỏi và mệnh lệnh đơn giản
18-24 tháng	Biết sử dụng thìa, cởi quần áo
2-3 tuổi	Biết yêu cầu, biết nói nhu cầu đại tiểu tiện, mặc quần áo có trợ giúp
3-4 tuổi	Tự đi vệ sinh, biết rửa mặt, chơi tập thể
5-6 tuổi	Tự mặc quần áo, hoạt động tập thể, giúp việc đơn giản

3. Sự phát triển tâm thần vận động qua các lứa tuổi

3.1 Trẻ sơ sinh

Trẻ sơ sinh thường ngủ 16 tiếng/ngày, khi thức dậy, trẻ vận động khá nhiều, chủ yếu là các phản xạ hoặc vận động tự phát, không có mục đích do trung tâm dưới vỏ chi phối. Khi hệ thần kinh bắt đầu trưởng thành, những phản xạ này sẽ chuyển thành những vận động có mục đích.

- Vận động: tự phát, không có trật tự, không phối hợp, không có mục đích, xuất hiện đột ngột cả 2 bên và không giống nhau
- Phản xạ: gồm những phản xạ tự nhiên sau:
 - + Phản xạ bú: bắt đầu xuất hiện khi trẻ 32 tuần tuổi thai và phát triển đầy đủ khi thai 36 tuần. nếu trẻ sinh non trước tuổi thai này, phản xạ bú sẽ yếu.
 - + Phản xạ Moro (bắt chộp) xuất hiện khi có tiếng động hoặc cử động mạnh, trẻ giật mình, dang 2 tay và chân sau đó ôm choàng vào thân. Phản xạ này có thể kéo dài đến khi trẻ 5-6 tháng tuổi.
 - + Phản xạ cầm nắm: Khi vuốt vào lòng bàn tay, trẻ sẽ nắm chặt tay lại. Phản xạ này chỉ kéo dài đến 2 tháng tuổi và biểu hiện mạnh ở trẻ đẻ non.
 - + Phản xạ Root: khi kích thích chạm vào góc miệng, trẻ sẽ xoay đầu và há miệng hướng theo vật kích thích. Phản xạ này giúp trẻ tìm đầu vú mẹ.
- Từ 2-3 tuần; trẻ có thể nhìn theo người mẹ, ánh sáng, có thể có hiện tượng lác mắt sinh lý.
- Đặt trẻ mới đẻ ở tư thế nằm ngửa đầu gối và khủy tay gấp cong, hông gấp và dang ra ngoài. Tư thế nằm sấp chậu hông dô cao, đầu gối gấp dưới bụng. Đặt trẻ ở tư thế treo ngang bụng thì đầu rử hoàn toàn.

- Ngôn ngữ giao tiếp của trẻ sơ sinh là tiếng khóc, có sự khác nhau của tiếng khóc khi trẻ đói, khó chịu, buồn, cô đơn..trẻ cần đáp lại bằng sự chăm sóc, vuốt ve, những lời nói âu yếm, tạo cảm giác tin cậy, được yêu thương, an toàn.

3.2 Trẻ 2-3 tháng

- Hầu hết các phản xạ dần mất đi.
- Tư thế nằm sấp có thể ngẩng đầu từng lúc, cuối tháng thứ 3 có thể nâng cả ngực, đầu ngẩng cao và lâu hơn.
- Đưa tay vào miệng, nhìn ngắm, mở và nắm bàn tay.
- Nhìn theo vật sáng di động và đồ vật.
- Trẻ biết nhìn mặt người và mỉm cười, biết hóng chuyện khi được nói chuyện, phát âm lú lo.
- Tiếng khóc thể hiện những mục đích khác nhau rõ ràng hơn.

3.3 Trẻ 4-5 tháng

- Giữ thẳng bằng đầu tốt, có thể ngồi khi được đỡ nách.
- Lẫy được từ ngửa → sấp; sấp → ngửa (khi 5 tháng).
- Bộ phận tiếp xúc chủ yếu là môi, miệng (bú, ăn, thăm dò đồ vật).
- Nhanh nhẹn hơn, thích cười đùa, cười reo thành tiếng.
- Có thể phát âm được một vài nguyên âm, bắt chước một số âm thanh.
- Hướng về, với theo đồ chơi, nhìn chăm chú các đồ vật có màu sắc.
- Khả năng nghe: trẻ quay đầu về hướng có tiếng động.

3.4 Trẻ 6-9 tháng

- **Trẻ 6 tháng:**
 - + Biết lạ quen (Nhận biết mặt mẹ, người quen);
 - + Ngồi được nhưng chưa vững, dễ ngã;
 - + Cầm đồ vật bằng lòng bàn tay, đưa tay với đồ vật khi trông thấy;
 - + Bắt đầu bập bẹ âm tiết đơn như ma, ba, da,...
- **Trẻ 7-8 tháng:**
 - + Tự ngồi được vững vàng;
 - + Cầm được đồ vật ở cả 2 tay, đưa từ tay này sang tay kia, có thể đập đồ vật vào nhau để phát ra tiếng động hoặc bỏ một cái để lấy cái khác, thích đồ vật có tiếng động (chuông, lắc);
 - + Biết cầm bánh đưa vào miệng, vẫy tay chào, vỗ tay hoan hô;

- + Biết phản ứng khi gặp người lạ, bám theo mẹ, khóc khi người khác bế hoặc lại gần → biết phân biệt lạ quen;
- + Biết phát âm hai âm tiết: ba ba, da da, ma ma, măm măm;
- + Biết nhận ra các thuộc tính của đồ vật qua các giác quan (nghe, nhìn, sờ, nếm, ngửi,...);
- **Trẻ 9 tháng:** Trẻ có cảm xúc vui mừng, sợ hãi, hiểu được lời nói đơn giản
 - + Bò bằng bàn tay, bàn chân;
 - + Bắt đầu đứng vịn (vịn vào thành giường, thành ghế đứng lên);
 - + Có thể nhặt vật nhỏ bằng ngón tay cái và ngón trỏ;
 - + Phát âm ba ba, a a, măm măm.

3.5 Trẻ 10-12 tháng

- Đứng vịn vững, bắt đầu thích đi men mép vật chắn.
- Tự ngồi xuống và đứng lên.
- Có thể bước đi khi trẻ bám lấy ngón tay hoặc tay của người lớn.
- Sử dụng các ngón tay để nhặt thức ăn hoặc những vật nhỏ.
- Hiểu được từ “không” (khóc hoặc biểu lộ cảm xúc khi nói “không”). Có một số cử chỉ ra hiệu đơn giản như lắc đầu, gật đầu, chỉ tay, xòe tay xin,...
- Biết vẫy tay tạm biệt hoặc bắt chước hôn gió, khoanh tay cúi đầu,... lắc lư người khi nghe nhạc,...
- Trẻ nói bà bà, ma ma và hiểu những người này là ai. Biết bắt chước âm thanh tiếng kêu của động vật khi được hỏi.
- Cuối năm thứ nhất sự phối hợp mắt và tay hiệu quả hơn, những cảm giác bắt đầu rõ nét và chính xác hơn. Trẻ bắt đầu nhận ra những vật thể riêng biệt, trẻ đã biết tìm kiếm đúng những vật đang chơi, như vậy trong não đã ghi nhận một dấu ấn ổn định của đồ vật.

3.6 Trẻ 13-15 tháng

- Đi men giỏi, tự đi một mình vài bước, dừng lại loạng choạng rồi lại bước tiếp.
- Biết mở hộp, xếp chồng hai khối vuông, vẽ nguệch ngoạc.
- Sử dụng ngón tay dễ dàng (cầm cốc uống nước, nhặt đồ vật).
- Biết chơi các đồ chơi kéo đi hoặc đẩy theo.
- Có nhiều hoạt động bắt chước từ đơn giản đến phức tạp.
- Hiểu câu hỏi, câu mệnh lệnh, biết đáp ứng mệnh lệnh đơn giản.
- Biết nói 4-6 từ (bà, bố, mẹ, ăn,...).

3.7 Trẻ 18 -24 tháng

- Đi vững, đứng thẳng, mắt nhìn xa phía trước khi đi, sau đó biết chạy.
- Bàn tay, ngón tay ngày càng khéo léo, xếp chồng được 4 khối vuông.
- Tự cầm được cốc uống nước, tự xúc thức ăn, cầm bút vẽ trên giấy, đóng mở hộp.
- Chỉ được các bộ phận: mắt, mũi, tai.
- Bắt chước và nói câu 2 từ, biết gọi khi đại, tiểu tiện,

3.8 Trẻ 2 tuổi

- Chạy vững dần.
- Lên xuống được cầu thang khi có người dắt.
- Bắt chước người lớn làm một số việc đơn giản nhưng còn động tác thừa.
- Biết nói câu 2-3 từ, số từ phong phú dần.
- Trẻ biết nói, có khả năng suy nghĩ về thế giới vật chất, tư duy gắn liền với hành động và cảm xúc. Trẻ nhìn nhận sự việc một cách chủ quan, chưa nhận thấy tính khách quan của sự vật.

3.9 Trẻ từ 2-3 tuổi

- Trẻ đi nhanh, leo được bậc cửa, đi được xe 3 bánh, nhảy tại chỗ, ném bóng cao tay.
- Tự rửa tay và lau khô, cởi, mặc quần áo và đánh răng có trợ giúp
- Biết nói câu 2-3 từ, biết số nhiều của từ, biết gọi tên các màu
- Phát triển lời nói, đặt câu hỏi, hát bài hát ngắn, thích múa hát.

3.10 Trẻ từ 4-6 tuổi

- Là lứa tuổi sôi động nhất (mẫu giáo).
- Đôi tay khéo léo (cầm kéo, nặn. Vẽ hình người 3 bộ phận, xếp chồng tháp cao).
- Đi lên, xuống cầu thang dễ, Có kỹ năng điều khiển được xe 3 bánh.
- Tự mặc quần áo đánh răng.
- Nói thành câu dài, thích nghe kể chuyện và kể lại được, vốn từ khoảng 500 từ đến hàng nghìn, có thể biết đếm, nhớ được số nhà, số điện thoại, biết ngày thứ trong tuần.

3.11 Trẻ từ 6-18 tuổi

- Trẻ đi học từ 6 tuổi, trường học là sự thay đổi lớn về môi trường xã hội, chịu tác động của nhiều yếu tố. Trẻ phải được chuẩn bị chu đáo về tâm lý cũng như thể chất, cần được rèn luyện thêm trong điều kiện mới.
- Trẻ biết kiểm chế, tập trung chú ý.
- Trẻ biết chấp nhận qui tắc chung của trường, lớp, hòa nhập với bạn bè, chịu nhiều tác động phức tạp.

- Khả năng hiểu biết, tưởng tượng, sáng tạo tiếp tục phát triển khi trẻ được tiếp nhận khối lượng kiến thức từ nhà trường.
- Tuổi từ 11 -15 trẻ trải qua đột biến lớn là hiện tượng dậy thì, mở đầu cho tuổi thanh niên.
 - + Có sự biến đổi lớn về thể chất do các nội tiết tố sinh trưởng và sinh sản phát triển
 - + Trẻ gái bắt đầu có kinh nguyệt và trẻ trai bắt đầu xuất tinh.
 - + Về tâm lý cũng có sự biến đổi lớn, trẻ có khuynh hướng sống tự lập, tính tự trọng cao, thích gia nhập nhóm bạn bè cùng sở thích, đồng cảm. Băn khoăn về những biến đổi cơ thể, có ý thức mạnh về giới tính, cảm xúc nhạy cảm, dễ bị tổn thương..

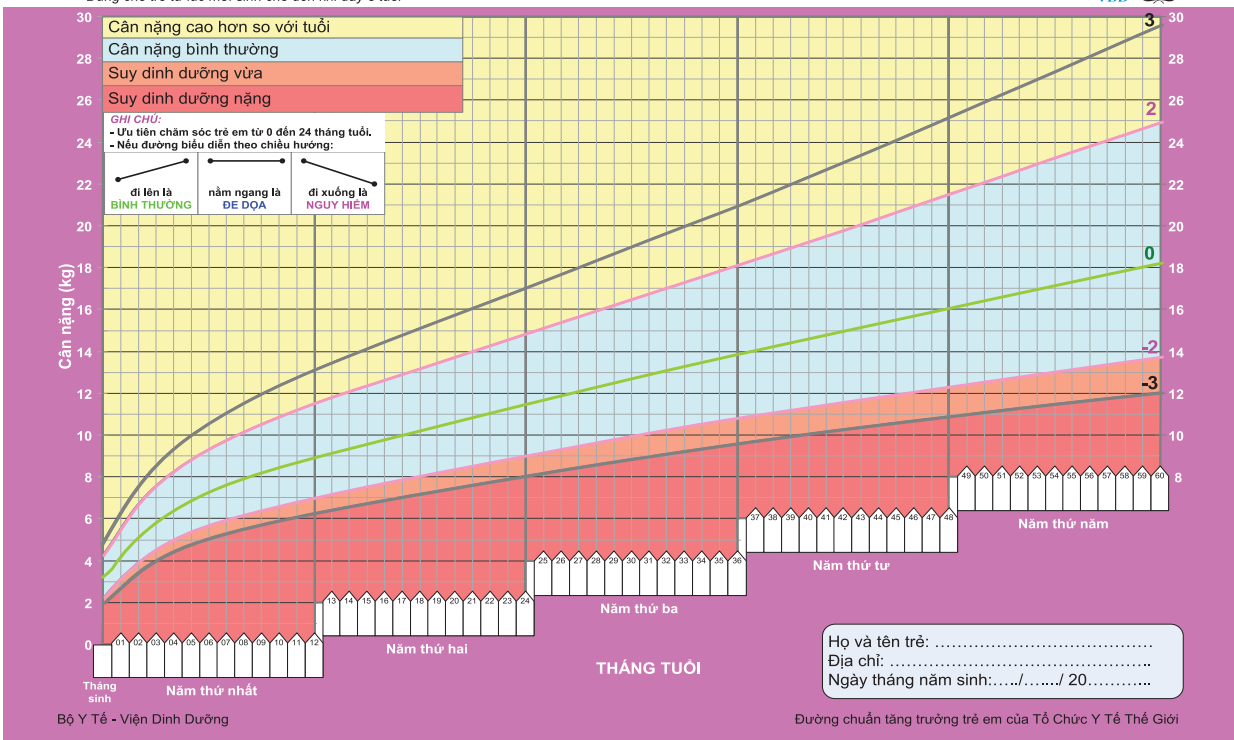
Sự phát triển TT-VĐ được phân chia theo lứa tuổi có tính chất đại cương, không phải chính xác hoàn toàn cho sự trưởng thành của mọi trẻ, song giữa các trẻ sự khác nhau không xa lắm so với mức phát triển trung bình như trên. Sự phát triển tâm thần - vận động có thể nhanh và phong phú, toàn diện hơn nếu được sự chăm sóc, giáo dục đầy đủ của gia đình và các thầy cô nuôi, dạy trẻ.

PHẦN PHỤ LỤC

Biểu đồ cân nặng theo tuổi của trẻ gái từ 0-5 tuổi (Z-Score)

Cân nặng theo tuổi – Bé gái

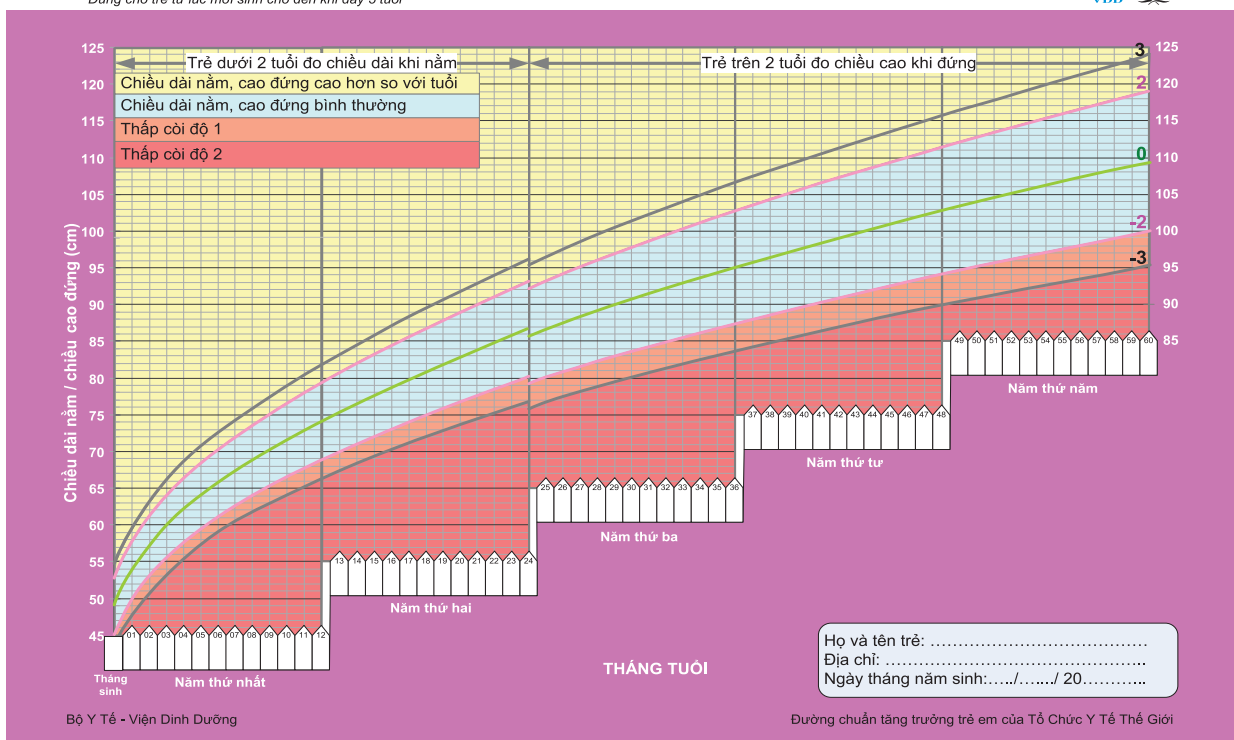
Dùng cho trẻ từ lúc mới sinh cho đến khi đầy 5 tuổi



Biểu đồ chiều dài/cao theo tuổi của trẻ gái từ 0-5 tuổi (Z-Score)

Chiều dài nằm/ chiều cao đứng theo tuổi – Bé gái

Dùng cho trẻ từ lúc mới sinh cho đến khi đầy 5 tuổi

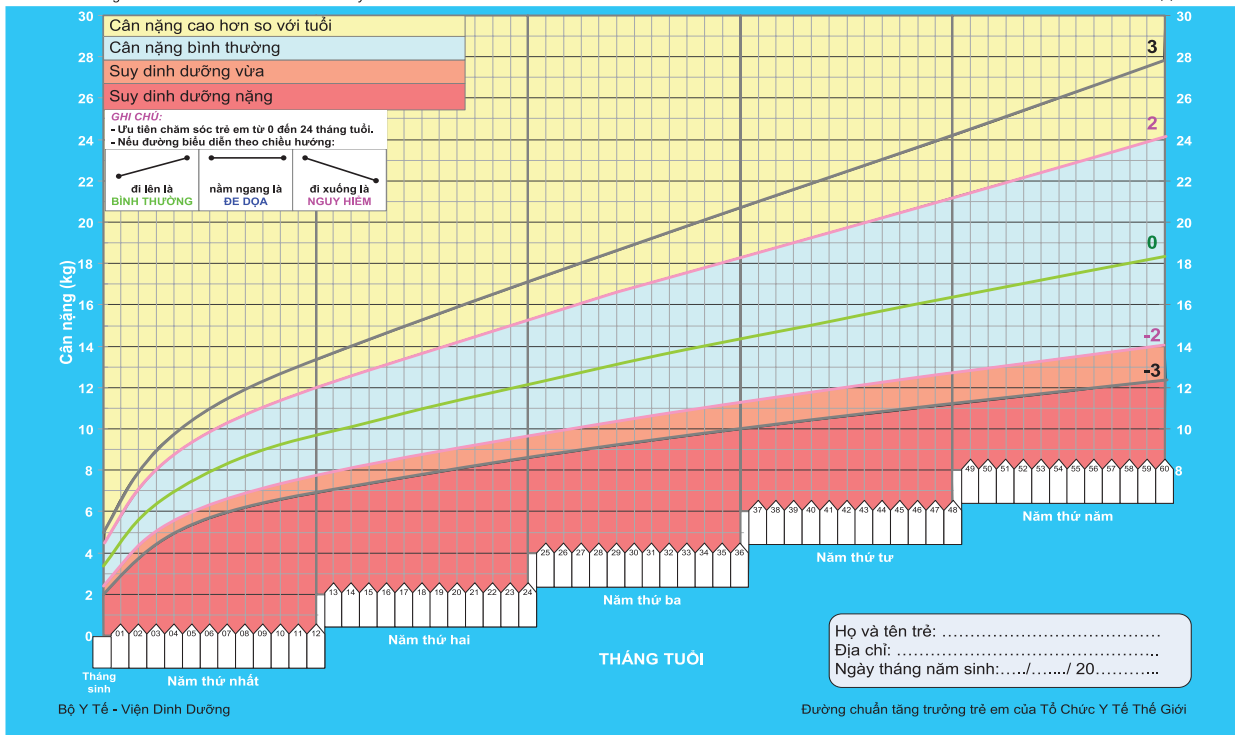


ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC CƠ BẢN CHO TRẺ EM NHUỘM HIV/AIDS

Biểu đồ cân nặng theo tuổi của trẻ trai từ 0-5 tuổi (Z-Score)

Cân nặng theo tuổi - Bé trai

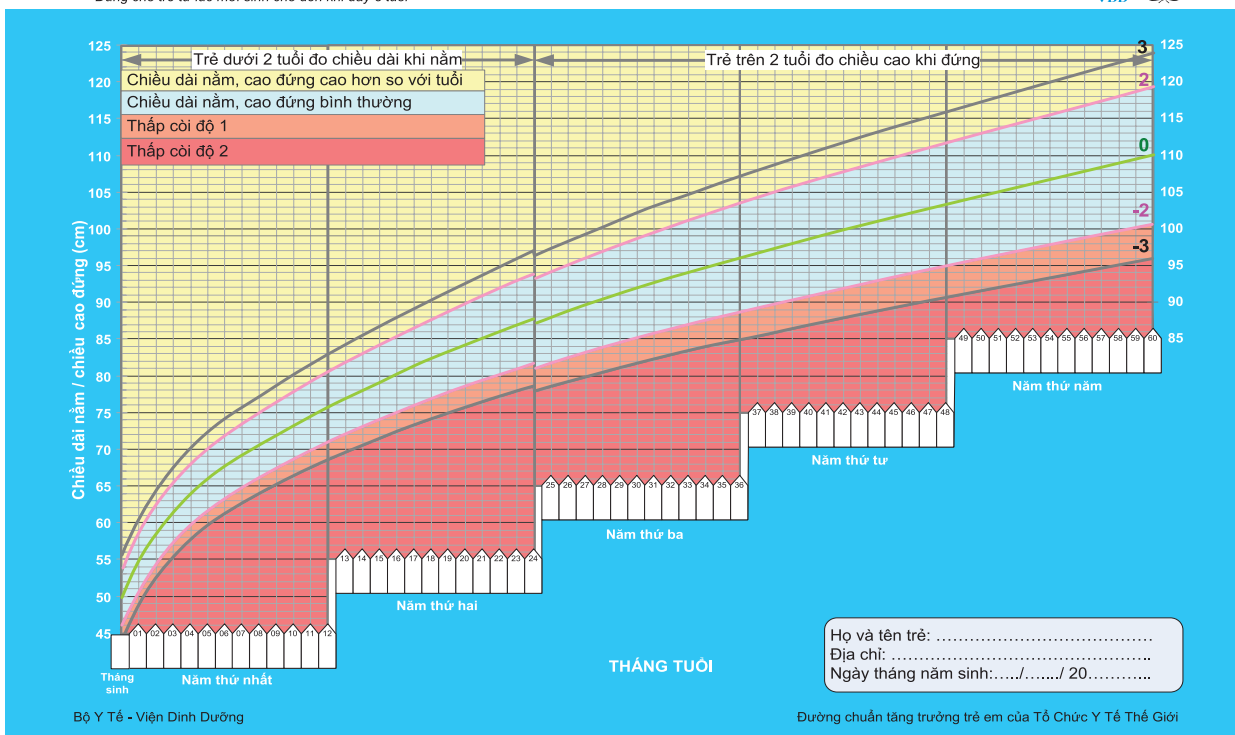
Dùng cho trẻ từ lúc mới sinh cho đến khi đầy 5 tuổi



Biểu đồ chiều dài/cao theo tuổi của trẻ trai từ 0-5 tuổi (Z-Score)

Chiều dài nằm / chiều cao đứng theo tuổi - Bé trai

Dùng cho trẻ từ lúc mới sinh cho đến khi đầy 5 tuổi



Bảng 6. Sự tăng trưởng vòng ngực và vòng đầu của trẻ em và vị thành niên

Nam		Tuổi	Nữ	
Vòng đầu (cm)	Vòng ngực (cm)		Vòng đầu (cm)	Vòng ngực (cm)
37,75 ± 1,39	33,88 ± 1,49	Sơ sinh	34,63 ± 1,41	33,53 ± 1,70
45,29 ± 1,19	44,74 ± 1,69	1 tuổi	44,43 ± 1,26	44,07 ± 1,79
46,99 ± 1,16	47,10 ± 1,61	2 tuổi	45,99 ± 1,18	46,05 ± 1,73
48,33 ± 1,25	48,84 ± 1,84	3 tuổi	47,21 ± 1,17	47,46 ± 1,58
48,97 ± 1,21	49,73 ± 1,71	4 tuổi	47,98 ± 1,17	48,61 ± 1,61
49,67 ± 1,29	51,67 ± 1,82	5 tuổi	48,73 ± 1,23	49,97 ± 1,76
50,09 ± 1,21	52,29 ± 1,76	6 tuổi	49,24 ± 1,11	51,00 ± 1,76
50,23 ± 1,27	53,40 ± 2,23	7 tuổi	49,33 ± 1,22	52,07 ± 2,20
50,54 ± 1,27	54,82 ± 2,42	8 tuổi	49,74 ± 1,23	53,46 ± 2,20
50,91 ± 1,31	56,17 ± 2,45	9 tuổi	50,12 ± 1,23	54,94 ± 2,58
51,22 ± 1,26	57,80 ± 2,55	10 tuổi	50,49 ± 1,18	56,56 ± 2,79
51,40 ± 1,31	59,29 ± 3,03	11 tuổi	50,93 ± 1,36	58,31 ± 3,37
51,91 ± 1,38	61,18 ± 3,21	12 tuổi	51,47 ± 1,29	60,54 ± 3,87
52,35 ± 1,39	63,30 ± 3,62	13 tuổi	51,93 ± 1,33	62,89 ± 4,31
52,81 ± 1,41	66,07 ± 4,05	14 tuổi	52,51 ± 1,29	65,20 ± 4,39
53,50 ± 1,37	68,92 ± 4,06	15 tuổi	53,11 ± 1,28	67,54 ± 5,39
54,02 ± 1,38	71,44 ± 3,90	16 tuổi	53,26 ± 1,29	69,18 ± 5,88
54,36 ± 1,42	73,25 ± 3,87	17 tuổi	53,29 ± 1,25	69,83 ± 6,04
54,62 ± 1,35	75,08 ± 3,77	18 tuổi	53,33 ± 1,26	72,61 ± 5,75
54,83 ± 1,31	77,36 ± 4,32	19 tuổi	53,53 ± 1,21	76,00 ± 5,86

ĐÁP ÁN CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

- Bài 1** : 1.c; 2.b; 3.c; 4.d; 5.c; 6.e; 7.c; 8.c
- Bài 2** : 1b, 2a, 3a, 4d, 5d, 6c, 7c, 8d, 9b, 10b, 12d, 13a, 14c, 15d, 16c, 17d
- Bài 3** : 1. c, 2. d, 3.a, 4.c, 5.b, 6.c, 7.c, 8.b, 9.a, 10.b
- Bài 4** : 1. b, 3.f, 5.c
- Bài 5** : 1d, 2.b, 3.a, 7.a
- Bài 6** : 1d, 2d, 3d, 4b, 5.a, 6c, 7.b
- Bài 7** : 1.d, 5.a, 6.d, 7.d, 8.a, 9.a
- Bài 8** : 1. b, 2. a, 3.a, 4.d, 5.b, 6.b, 7.a, 8.c, 9.d
- Bài 9** : 1. b, 2. c, 3.a, 4.d, 5.b, 6.c, 7.c, 8.d, 9.b, 10.b
- Bài 10** : 1.b, 2.d, 3.d, 4.d, 5.c, 6.b, 7.d, 8.b
- Bài 11** : 1.d, 2.c, 3.b, 4.a, 5.b, 6.c, 7.d, 8.c, 9.b, 10.a
- Bài 12** : 1.b, 2.b, 3.a, 4.a, 5.c, 8.d, 9.a, 10.c, 13.b, 14.d
- Bài 13** : 1.d, 2.d, 3.d, 5.d, 6.d, 7.d
- Bài 14** : 1.a, 2.d, 3.c, 4.c, 5.b, 6.a, 7.c, 8.d, 9.b, 10.d
- Bài 15** : 1.a, 4.c, 6.a, 10.c, 11.d
- Bài 16** : 1.c
- Bài 17** : 1.c, 2.b, 3.d, 4.a, 5.c, 6.b, 7.a, 8.d, 9.b, 10.c
- Bài 18** : 1.c, 2.d, 3.a, 4.d, 5.b, 6.b, 7.d, 8.a, 9.c, 10.d
- Bài 19** : 1.c, 2.b, 3.d, 4.b, 5.d, 6.d, 7.b, 8.a

