UBND TỈNH HÀ GIANG
SỞ Y TẾ

Số: 94 /SYT-NVY

V/v triển khai thực hiện Hướng dẫn điều trị và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS

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

Hà Giang, ngày 17 tháng 01 năm 2018

Kính gửi:

- Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS;
- Bệnh viện đa khoa tỉnh;
- Các Bệnh viện tuyến huyện;
- Trung tâm Y tế thành phố.

Căn cứ quyết định số 5148/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 của Bộ Y tế về việc Ban hành "Hướng dẫn điều trị và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS".

Để đảm thực hiện tốt việc quản lý chăm sóc, điều trị người nhiễm HIV/AIDS, Sở Y tế yêu cầu các cơ sở điều trị bệnh nhân HIV/AIDS nghiên cứu và triển khai thực hiện đúng Hướng dẫn điều trị và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS theo quy định tại Quyết định số 5148/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 của Bộ Y tế.

Các đơn vị chú ý một số nội dung thay đổi so với Quyết định 3047/QĐ-BYT ngày 22/7/2015 về "Hướng dẫn quản lý điều trị chăm sóc HIV/AIDS"

(có hướng dẫn cụ thể kèm theo)

Sở Y tế yêu cầu các đơn vị nghiêm túc triển khai thực hiện./.

Nơi nhận:
- Như trên;
- Ban Giám đốc Sở;
- Lưu: VT, NVY.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
SỞ Y TẾ
TỈNH HÀ GIANG

Đặng Văn Huynh

TỔNG HỢP
Một số nội dung thay đổi về điều trị chăm sóc người nhiễm HIV tại Quyết định 5148/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 của Bộ Y tế

Chương I. TƯ VẤN, XÉT NGHIỆM VÀ CHẨN ĐOÁN HIV
CHƯƠNG I TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV

1. Nguyên tắc tư vấn và xét nghiệm HIV

2. Đối tượng cần được tư vấn và xét nghiệm HIV

3. Các hình thức thực hiện tư vấn và xét nghiệm HIV

4. Tư vấn và xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV ở người lớn và trẻ trên 18 tháng tuổi tại các cơ sở y tế

5. Chẩn đoán sớm nhiễm HIV ở trẻ dưới 18 tháng tuổi

Nội dung hướng dẫn tại các mục trên giữ nguyên nội dung hướng dẫn không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT.

Mục 6. Bổ sung thêm dịch vụ "Kết nối chuyển gửi"

6.1. Kết nối khách hàng có hành vi nguy cơ cao với các dịch vị tư vấn xét nghiệm HIV

Xác định đối tượng cần được tư vấn xét nghiệm HIV: Tìm hiểu các thông tin về đối tượng cần tiếp cận, những đặc tính chung của nhóm đối tượng này thông qua các kênh khác khác nhau. Truyền thông phù hợp với các đối tượng về lội ích của việc biết về tình trạng nhiễm HIV, lợi ích điều trị ARV sớm cũng như các dịch vụ tư vấn xét nghiêm HIV, chăm sóc điều trị và dự phòng HIV tại cộng đồng. Tiếp cận đối tượng thông qua người nhiễm HIV, nhóm đòng đẳng, nhân viên y tế xã phường thôn bản, mạng xã hội, tư vấn và chuyển gửi đối tượng đến dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV phù hợp

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

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

Đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV và nhu cầu hỗ trợ sức khỏe của khách hàng và chuyển gửi đến các dịch vụ phù hợp. Chuyển khách hàng đến các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV để duy trì tình trạng HIV âm tính bao gồm điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng chất thay thế, chương trình bao cao su, bơm kim tiêm…Các dịch vụ hỗ trợ xã hội khác

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

Chuyển người nhiễm HIV đến các dịch vụ về chăm sóc, điều trị ARV và dự phòng lây nhiễm HIV, bao gồm gồm điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng chất thay thế, chương trình bao cao su, bơm kim tiêm sạch…Chuyển người nhiễm HIV đến các dịch vụ phù hợp các: tư vấn, hỗ trợ chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ hỗ trợ kinh tế xã hội khác như: Trại trẻ mồ côi, dịch vụ việc làm, tư vấn pháp luật……

Cơ sở chuyển gửi đi liên hệ với cơ sở chuyển đến thông qua điện thoại, tin nhắn, thư điện tử, phiếu phản hồi…Ghi chép kết quả chuyển gửi vào sổ theo dõi chuyển gửi. Trường hợp người nhiễm HIV không đến cơ sở chăm sóc và điều trị,

nhân viên y tế phối hợp với đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn hoặc nhóm tiếp cận với người nhiễm để hỗ trợ điều trị ARV sớm

Mục 8. Bổ sung thêm "Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhiễm HIV tiến triển bao gồm AIDS"

Bệnh HIV tiến triển được xác định như sau:

Đối với người lớn và trẻ trên 5 tuổi: khi CD4 ≤ 200 tế bào/mm^3 hoặc giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4;

Đối với trẻ từ dưới 5 tuổi: Tất cả trẻ đều được coi là bệnh HIV tiến triển. AIDS thuộc bệnh HIV tiến triển, khi người nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng 4 và hoặc số lượng tế bào CD4 ≤ 200 tế bào/mm^3

CHƯƠNG II. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC KHÁNG VIRUS HIV(ARV)

1. Mục đích của điều trị bằng thuốc ARV

2. Lợi ích của điều trị ARV sớm

3. Nguyên tắc điều trị ARV

4. Điều trị ARV

Nội dung hướng dẫn tại các mục trên giữ nguyên nội dung hướng dẫn không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT.

Mục 4.2. **"Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV"** Bổ sung nội dung trong điều trị ARV cho phụ nữ mang thai, cho con bú:

Phụ nữ mang thai có xét nghiệm sàng lọc, có kết quả phản ứng kháng thể HIV khi chuyển dạ hoặc sau sinh hoặc cho con bú. Tư vấn và điều trị ARV ngay cho mẹ đồng thời làm xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV. Nếu kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV của mẹ âm tính thì dừng điều trị ARV;

Mục 4.3. Bổ sung thêm cho các lứa tuổi trong điều trị phác đồ bậc 1:

Phác đồ bậc 1	Phác đồ ưu tiên	Các phác đồ thay thế
Người lớn trên 19	TDF + 3TC(FTC) + EFV	TDF + 3TC(FTC) +DTG *(Theo quyết định 3047/QĐ - BYT dị ứng EFV thay thế NVP- không áp dụng)* TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Phụ nữ có thai và cho con bú	Chi tiết xem tại mục 4.5 Điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	
Trẻ vị thành niên (từ 10 đến 19 tuổi)	TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV	TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC) + DTG ABC + 3TC (hoặc FTC)+ EFV TDF + 3TC (hoặc FTC) + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP
Trẻ từ 3 đến dưới 10 tuổi	ABC + 3TC + EFV	ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + EFV AZT + 3TC + NVP

Trẻ dưới 3 tuổi	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + LPV/r ABC + 3TC + NVP AZT + 3TC + NVP

Mục 4.4. **"Xét nghiệm theo dõi trước và trong khi điều trị ARV"** bổ sung một số xét nghiệm cần thiết trong quá trình điều trị ARV cụ thể như sau:

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

Thời điểm điều trị HIV	Các xét nghiệm
Thời điểm đăng ký điều trị	CD4 Công thức máu, creatinin, AST, ALT HBsAg, anti -HBs, anti - HCV Các XN khác theo chỉ định lâm sàng
Trong quá trình điều trị ARV	Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương chức năng thận. Công thức máu 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng AZT hoặc khi nghi ngờ có thiếu máu. AST, ALT, lipid máu, đường máu 6 – 12 tháng một lần. Tải lượng HIV: - Thường quy: tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV và định kỳ sau đó 12 tháng một lần. Trường hợp tại các thời điểm trên không làm được XN tải lượng HIV, cần làm XN này sớm nhất ngay sau đó. - Có dấu hiệu thất bại điều trị lâm sàng hoặc miễn dịch hoặc khi tải lượng HIV từ 200 đến <1000 bản sao/mL. Phụ nữ đang điều trị ARV thì có thai: XN tải lượng HIV ngay khi phát hiện có thai. Nếu đã có kết quả XN trong vòng 1 tháng trước đó thì không cần làm lại. - Phụ nữ cho con bú: XN tải lượng HIV 3 – 6 tháng/lần. CD4: 6 tháng một lần nếu không có XN tải lượng HIV thường quy hoặc đang điều trị dự phòng bệnh NTCH (tiên phát hoặc thứ phát). Anti - HCV mỗi năm một lần nếu kết quả trước đó âm tính và có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C. HBsAg chỉ định khi người bệnh có thất bại điều trị và đang dùng phác đồ có TDF. Các XN khác theo chỉ định lâm sàng và phác đồ thuốc người bệnh sử dụng.

Đối với trẻ sử dụng TDF nên làm thêm các xét nghiệm sau:

- Điện giải đồ niệu khi có bất thường điện giải đồ máu bao gồm phospho máu;

- Protein niệu 24 giờ khi có bất thường tổng phân tích nước tiểu; - 25-OH vitamin D khi có bất thường phospho máu.

Chương II. Mục 4.5.1. "Điều trị ARV cho mẹ" được bổ sung thêm phác đồ ARV điều trị cho phụ nữ mang thai các tình huống như sau:

b. Các tình huống

Các tình huống	**Xử trí**
1. Dự kiến có thai khi đang điều trị ARV	Duy trì phác đồ điều trị ARV hiện tại đồng thời củng cố tuân thủ điều trị. Tư vấn thời điểm có thai tốt nhất khi tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện.
2. Phụ nữ mang thai phát hiện nhiễm HIV chưa điều trị ARV	Điều trị ARV ngay, càng sớm càng tốt: 1. Nếu tuổi thai < 24 tuần: Phác đồ bắt đầu điều trị giống người lớn*: Phác đồ ưu tiên: TDF + 3TC + EFV 2. Nếu tuổi thai ≥ 24 tuần bao gồm trường hợp phát hiện nhiễm HIV gần ngày sinh dự kiến hoặc xét nghiệm kháng thể kháng HIV có phản ứng lúc chuyển dạ: - TDF+ 3TC (FTC) + RAL. Nếu không có RAL chuyển phác đồ: TDF +3TC + ATV/r (hoặc LPV/r). - Nếu không có nhóm PI: TDF + 3TC + EFV
3. Phụ nữ đang điều trị ARV thì có thai	Xét nghiệm tải lượng HIV ngay khi có thai: 1. Nếu tải lượng HIV < 1000 bản sao/ml: Tiếp tục phác đồ ARV hiện tại. 2. Nếu tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml và tuổi thai ≥ 24 tuần: tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, hội chẩn chuyển phác đồ có RAL hoặc nhóm PI (ATV/r hoặc LPV/r). 3. Nếu tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml và tuổi thai < 24 tuần: tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, xét nghiệm tải lượng HIV sau đó 01 tháng. Cân nhắc chuyển phác đồ tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm tải lượng HIV. Nếu không làm được xét nghiệm tải lượng HIV: 1. Không có thất bại điều trị về lâm sàng và miễn dịch: giữ nguyên phác đồ ARV đang điều trị. 2. Có thất bại điều trị về lâm sàng hoặc miễn dịch: hội chẩn, chuyển phác đồ bậc 2 có thuốc thuộc nhóm PI(ATV/r hoặc LPV/r) hoặc RAL
4. Điều trị ARV cho phụ nữ sau khi sinh	1. Tiếp tục phác đồ điều trị ARV hiện tại. Điều trị ARVngay cho mẹ nếu mẹ chưa điều trị ARV. 2. Trường hợp điều trị phác đồ có RAL hoặc nhóm PI(ATV/r hoặc LPV/r) không phải do thất bại điều

	trị: - Nếu mẹ không cho con bú: tư vấn, chuyển lại phác đồ điều tri như phác đồ bắt đầu điều trị ARV như người lớn - Nếu mẹ cho con bú: tư vấn, chuyển sang phác đồ ARV bắt đầu điều trị cho người lớn nếu tải lượng HIv 2 lần liên tiếp đạt dưới ngưỡng phát hiện hoặc sau khi ngừng hoàn toàn việc cho con bú.

*: Không chỉ định bắt đầu điều trị ARV với phác đồ có NVP cho mẹ khi tế bào CD4 ≥250 tế bào/ml.

Mục.4.5.2. Điều trị ARV cho trẻ

Bảng 5. Thuốc ARV và thời gian điều trị cho trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV

Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con*	**Cách nuôi con**	**Thuốc và thời gian điều trị dự phòng**
Không	Cho con bú hoặc không cho con bú	NVP: 6 tuần từ khi sinh
Có	Không cho con bú	NVP + AZT: 6 tuần từ khi sinh
	Cho con bú	NVP + AZT: 12 tuần từ khi sinh

**Mẹ có nguy cơ cao lây truyền HIV cho con khi có một trong các tiêu chuẩn:*

1) Điều trị ARV < 4 tuần tính đến thời điểm sinh hoặc không được điều trị ARV; 2) Tải lượng HIV > 1000 bản sao / mL trong giai đoạn mang thai; 3) Phát hiện nhiễm HIV lúc chuyển dạ hoặc ngay sau sinh hoặc đang cho con bú.

Mục 4.5.3. Bổ sung thêm nội dung **"Tư vấn nuôi dưỡng trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV":**

Tư vấn nuôi dưỡng trẻ cần được thực hiện trước khi sinh và căn cứ theo điều kiện kinh tế, hoàn cảnh gia đình của người mẹ, cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của từng phương án nuôi dưỡng trẻ, các biện pháp cần được thực hiện để ngăn ngừa tối đa việc trẻ nhiễm HIV từ sữa mẹ.

Nếu nuôi con bằng sữa ăn thay thế: Người mẹ chỉ thực hiện nuôi con bằng sữa ăn thay thế nếu đáp ứng các điều kiện sau:

- Đảm bảo cung cấp đủ sữa ăn thay thế hoàn toàn trong 6 tháng đầu, có nước sạch và chuẩn bị được sữa ăn thay thế đảm bảo an toàn, hợp vệ sinh và đủ số lượng phù hợp với tuổi của trẻ.
- Có sự hỗ trợ của gia đình

Mục 5. Theo dõi đáp ứng điều trị ARV và chẩn đoán thất bại điều trị

5.1.4.Bổ sung thêm nội dung "Tiêu chuẩn xác định người bệnh điều trị ARV ổn định"

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

- Người lớn đang điều trị ARV từ 12 tháng trở lên;
- Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV 2 lần liên tiếp dưới 200 bản sản sao/ml. Trường hợp không làm được xét nghiệm tải lượng HIV, có thể dựa vào số lượng tế bào CD4 tăng lên khi điều trị ARV hoặc trên 200 tế bào/mm^3;
- Không mang thai
- Không đang cho con bú
- Không có tác dụng phụ thuốc
- Không có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV khác;
- Tuân thủ điều trị tốt

5.1.5. Tần suất tái khám, kê đơn, cấp thuốc

Đối với người bệnh điều trị ARV ổn định: có thể tái khám, kê đơn, cấp thuốc ARV với số lượng sử dụng tối đa 90 ngày.

Đối với những trường hợp điều trị ARV chưa ổn định: tái khám định kỳ hàng tháng hoặc sớm hơn. Số lượng thuốc được kê đơn và cấp tối đa 30 ngày

Mục 5.2.2. Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị ARV :

Thất bại điều trị được xác định khi người bệnh có thất bại về vi rút học. Trường hợp tải lượng HIV lần một trong khoảng từ 200 bản sao/mL đến dưới 1000 bản sao/mL, xét nghiệm tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng với tuân thủ điều trị mà kết quả trên 1000 bản sao/mL thì coi như thất bại điều trị, chuyển phác đồ bậc hai hoặc bậc ba.

Bảng 9. Phác đồ ARV bậc hai cho trẻ em

<table>
<tr><th></th><th>Nhóm tuổi</th><th>Tình huống phác đồ bậc một</th><th>Phác đồ bậc hai</th></tr>
<tr><td rowspan="4">Phác đồ bậc 1 có LPV/r</td><td></td><td>ABC + 3TC + LPV/r</td><td>AZT + 3TC + RAL
Nếu không có RAL thì tiếp tục phác đồ hiện tại.</td></tr>
<tr><td colspan="2">AZT + 3TC + LPV/r</td><td>ABC + 3TC + RAL
Nếu không có RAL thì tiếp tục phác đồ hiện tại</td></tr>
<tr><td>≥ 3 tuổi</td><td>ABC + 3TC + LPV/r</td><td>AZT + 3TC + EFV</td></tr>
<tr><td colspan="2">AZT + 3TC + LPV/r</td><td>ABC + 3TC + EFV hoặc:
TDF + 3TC + EFV</td></tr>
<tr><td>Phác đồ bậc 1 có NNRTI</td><td colspan="2">Không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT</td><td>Không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT</td></tr>
</table>

Mục 5.3.2. Thất bại điều trị phác đồ bậc 2

Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV bậc hai giống như tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại ARV bậc một tại Quyết định 3047/QĐ - BYT.

Riêng tại Quyết định 5418/QĐ- BYT bổ sung thêm phác đồ điều trị bậc 3 cho bệnh nhân điều trị ARV thất bại phác đồ bậc 2 cụ thể theo

Bảng 9. Phác đồ bậc 2 và bậc 3 cho trẻ em

Nhóm tuổi	Tình huống phác đồ bậc hai		Phác đồ bậc ba
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r AZT + 3TC + ATV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + ATV/r		DRV/r + DTG (hoặc RAL) ± 1–2 NRTI
Trẻ < 10 tuổi	Trẻ < 3 tuổi	AZT + 3TC + RAL ABC + 3TC + RAL	Giữ nguyên phác đồ bậc hai không đổi
AZT (hoặc ABC) + 3TC + LPV/r		RAL + 2 NRTIs	
Trẻ ≥ 3 tuổi	AZT (hoặc ABC hoặc TDF) + 3TC + EFV (hoặc LPV/r)		RAL + 2 NRTIs Hoặc: DRV/r + 2 NRTI Hoặc: DRV/r + RAL ± 1–2 NRTI

Mục 5.3.3: Bổ sung phác đồ bậc 3 áp dụng cho các lứa tuổi.

Bảng 10. Phác đồ bậc 3

Nhóm tuổi		Tình huống phác đồ bậc hai	Phác đồ bậc ba
Người lớn và trẻ ≥ 10 tuổi		AZT + 3TC + LPV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r AZT + 3TC + ATV/r TDF + 3TC (hoặc FTC) + ATV/r	DRV/r + DTG (hoặc RAL) ± 1–2 NRTI
Trẻ < 10 tuổi	Trẻ < 3 tuổi	AZT + 3TC + RAL ABC + 3TC + RAL	Giữ nguyên phác đồ bậc hai không đổi
		AZT (hoặc ABC) + 3TC + LPV/r	RAL + 2 NRTIs
	Trẻ ≥ 3 tuổi	AZT (hoặc ABC hoặc TDF) + 3TC + EFV (hoặc LPV/r)	RAL + 2 NRTIs Hoặc: DRV/r + 2 NRTI Hoặc: DRV/r + RAL ± 1–2 NRTI
		AZT (hoặc ABC hoặc TDF) + 3TC + EFV (hoặc LPV/r)	

Mục 6. Đánh giá và hỗ trợ tuân thủ điều trị

Mục 7. Theo dõi độc tính của thuốc ARV

Mục 8. Hội chứng viêm phục hồi miễn dịch (PHMD)

Nội dung hướng dẫn tại các mục trên giữ nguyên nội dung hướng dẫn không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT.

Mục 9. "Sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV": được ưu tiên sử dụng thuốc ARV theo phác đồ sau

Đối tượng	Phác đồ thuốc ARV	Thời gian điều trị
Người lớn	TDF + 3TC(hoặc FTC)+	

	LPV/r(hoặc TDF) AZT +3TC+ LPV/r(hoặc EFV)	28 ngày
Trẻ em dưới 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r	

Mục 9.3. Điều trị dự phòngbằng ARV cho người bị phơi nhiễm với HIV

9.3.1. Chỉ định: Không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT. Riêng phác đồ điều trị cho người phơi nhiễm HIV thì ưu tiên phác đồ theo hướng dẫn sau:

Bảng 13: Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV

Đối tượng	Phác đồ thuốc ARV	Thời gian điều trị
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc EFV) hoặc AZT + 3TC + LPV/r (hoặc EFV)	28 ngày
Trẻ em ≤ 10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r	

9.3.2. Kế hoạch theo dõi

Theo dõi tác dụng phụ của ARV: Không nên ngừng điều trị khi có tác dụng phụ nhẹ hoặc thoáng qua. Nếu có tác dụng nặng, chuyển đến cơ sở y tế ngay

Hỗ trợ tâm lý nếu cần thiết

Tư vấn về việc không được hiến máu, thực hành quan hệ tình dục và tiêm trích ma túy, không an toàn, không cho con bú cho đến khi loại trừ được tình trạng nhiễm HIV.

Tư vấn về việc tiêm vắc xin viêm gan B

Mục 10: "Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV" bổ sung nội dung:

Dự phòng trước phơi nhiễm là sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV cho người chưa nhiễm HIV nhưng có hành vi nguy cơ cao nhiễm HIV. Hiệu quả điều trị dự phòng trước phơi nhiễm như sau:

Quan hệ tình dục đường hậu môn có tác dụng dự phòng tối đa sau khi đã uống thuốc đủ 7 ngày liên tục.

Quan hệ tình dục đường âm đạo và qua đường máu có tác dụng dự phòng tối đa sau khi sử dụng đủ 21 ngày liên tục.

10.1. Đối tượng cần được dự phòng trước phơi nhiễm

Những người có hành vi nguy cơ cao thuộc các nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, chuyển giới nữ, phụ nữ bán dâm.

Trường hợp người có vợ/chồng/bạn tình nhiễm HIV: thực hiện điều trị ARV cho bạn tình nhiễm HIV và theo dõi xét nghiệm tải lượng virus HIV định kỳ

Trường hợp xét nghiệm tải lượng HIV của bạn tình nhiễm HIV<200 bản sao/ml thì không cần điều trị dự phòng trước phơi nhiễm cho bạn tình không nhiễm HIV. Chỉ điều trị phơi nhiễm HIV trong một số tình huống đặc biệt:

Vì lý do nào đó mà người nhiễm HIV không điều trị ARV hoặc điều trị ARV nhưng tải lượng HIV không đạt được dưới ngưỡng 200 bản sao/ml.

10.2. Quy trình khám và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Bước 1: Sàng lọc đánh giá hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV của khách hàng trong 6 tháng

Bước 2: Tư vấn và xét nghiệm HIV

Bước 3: Tư vấn về dự phòng trước phơi nhiễm cho khách hàng nguy cơ cao có kết quả xét nghiệm HIV âm tính:

- Lợi ích và hiệu quả của việc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm;
- Thuốc và tác dụng phụ có thể gặp
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị dự phòng
- Các biện pháp dự phòng bổ sung khác.

Bước 4: Khám bệnh, khai thác tiền sử bệnh thận, các bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh tâm thần, động kinh…Cần xác định xem khách hàng có các dấu hiệu giống cúm (biểu hiện của nhiễm HIV cấp tính) trong vòng 1 tháng trước đó không.

Bước 5: xét nghiệm creatinine máu và HBsAg

Bước 6: Đánh giá khách hàng đủ điều kiện dự phòng trước phơi nhiễm:

- XN HIV âm tính
- Không có biểu hiện nhiễm HIV cấp tính
- Không có suy thận; không có tiền sử bệnh tâm thần hay động kinh
- Tự nguyện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm;
- Hiểu được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị và cam kết tuân thủ điều trị

Bước 7: Chỉ định thuốc ARV phác đồ TDF+ FTC hoặc phác đồ một thuốc TDF hoặc phác đồ một thuốc TDF, uống hàng ngày

Bước 8: Theo dõi và tái khám

Tái khám lần đầu: sau 1 tháng, xét nghiệm kháng thể kháng HIV, đánh giá tác dụng phụ thuốc, tuân thủ điều trị, xác định những khó khăn trong tuân thủ điều trị.

Các lần tiếp theo: định kỳ ba tháng cho các trường hợp tuân thủ điều trị tốt: xét nghiệm đánh giá tác dụng phụ, tuân thủ sử dụng thuốc và trả lời các câu hỏi của khách hang. Nếu khách hàng tuân thủ điều trị không tốt thì tái khám và cấp thuốc hang tháng.

Xét nghiệm creatinine 6-12 tháng một lần hoặc khi người bệnh có dấu hiệu bệnh lý về chức năng thận

10.3. Xử trí một số tình huống trong điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Bảng 14. Xử trí một số tình huống trong điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Tình huống	**Cách xử trí**
Tác dụng phụ	
Nhức đầu, chóng mặt, ác mộng, buồn nôn…	Tư vấn và hỗ trợ tâm lý cho khách hàng, những tác dụng phụ này thường tự hết trong 1 – 2 tuần.
Nếu tác dụng phụ dai	Ngừng điều trị dự phòng khi cần

dẳng kéo dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe	
Quên uống thuốc	
Quên uống 1 – 3 ngày	Tiếp tục uống thuốc điều trị dự phòng
Quên uống 4 – 7 ngày	Đánh giá hành vi nguy cơ trong những ngày không dùng thuốc, nếu: Không có hành vi nguy cơ: Tiếp tục điều trị dự phòng. Có hành vi nguy cơ: Tiếp tục điều trị và xét nghiệm HIV sau 3 tháng kể từ khi có hành vi nguy cơ.
Quên thuốc > 7 ngày	Bắt đầu điều trị lại như người mới đăng ký điều trị dự phòng.
Xét nghiệm HIV	
Kết quả âm tính	Tiếp tục điều trị dự phòng.
Kết quả XN khẳng định HIV dương tính	Tư vấn, chuyển điều trị thuốc ARV
Có thai khi đang điều trị dự phòng	Tư vấn, khuyến khích tiếp tục điều trị dự phòng nếu vẫn có nguy cơ lây nhiễm HIV
Suy thận	
Mức lọc cầu thận (eCrCL < 60 ml/min)	Không điều trị dự phòng. Chuyển khám chuyên khoa

10.4. Ngừng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Trường hợp khách hàng muốn ngừng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm, cần uống ARV tiếp tục 28 ngày sau lần phơi nhiễm cuối cùng.

Dự phòng trước phơi nhiễm có thể ngừng trong các trường hợp sau:

- Cá nhân thay đổi hành vi, không còn nguy cơ nhiễm HIV;
- Nhiễm HIV trong quá trình điều trị dự phòng, khách hàng cần được kết nối chăm sóc và điều trị HIV;
- Cá nhân thay đổi hành vi, không còn nguy cơ nhiễm HIV;
- Tác dụng phụ kéo dài (suy thận) điều trị không khỏi, ảnh hưởng đến sức khỏe.

Những việc cần làm khi ngừng dự phòng trước phơi nhiễm;

- Xét nghiệm kháng thể kháng HIV
- Tìm hiểu nguyên nhân ngừng sử dụng
- Đánh giá hành vi nguy cơ của khách hàng
- Ghi chép đầy đủ các thông tin trên bệnh án ngoại trú

CHƯƠNG III. DỰ PHÒNG VÀ XỬ TRÍ MỘT SỐ BỆNH PHỔI THƯỜNG GẶP

1. Điều trị dự phòng

2. Tiếp cận một số hội chứng lâm sàng thường gặp ở người nhiễm HIV

3. Chẩn đoán và điều trị một số bệnh phối hợp thường gặp

Nội dung hướng dẫn tại các mục trên giữ nguyên nội dung hướng dẫn không có thay đổi so Quyết định 3047/QĐ- BYT.

Mục 4. Quản lý người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C /HIV

Bổ sung thêm nội dung "Quản lý người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C/HIV" nội dung cụ thể như sau:

4.1. Chẩn đoán và điều trị đồng nhiễm viêm gan vi rút B/HIV

4.1.1. Sàng lọc nhiễm HBV ở người nhiễm HIV

XN HBsAg cho tất cả người nhiễm HIV, có thể XN 1 năm 1 lần nếu XN HBsAg âm tính trước đó và người bệnh có nguy cơ nhiễm HBV

4.1.2. Chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn tính trên người bệnh HIV

Chẩn đoán nhiễm HBV mạn tính: HBsAg dương tính>6 tháng

Chẩn đoán viêm gan vi rút B mạn tính tiến triển:

- HBsAg dương tính>6 tháng và AST, ALT tăng 2 lần giá trị bình thường từng đợt hoặc liên tục trên 6 tháng hoặc
- Có bằng chứng tổn thương mô bệnh học tiến triển, xơ gan (được xác định bằng sinh thiết gan hoặc đo độ đàn hồi gan hoặc fibrotest hoặc chỉ số APRI) mà không do căn nguyên khác

Chẩn đoán bùng phát viêm gan vi rút B khi đang điều trị ARV: Bùng phát viêm gan vi rút B trên người bệnh điều trị ARV sảy ra trong vài tháng đầu điều trị ARV, có thể là hội chứng viêm phục hồi miễn dịch, hoặc do ngừng các thuốc ARV có tác dụng điều trị viêm gan vi rút B (3TC, TDF)

4.1.3. Điều trị viêm gan vi rút B mạn tính trên người bệnh HIV

Phác đồ ARV ưu tiên bậc 1 vừa có tác dụng điều trị ARV, vừa có tác dụng điều trị viêm gan vi rút B: TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV

Xử trí đợt bùng phát viêm gan virus B trên người bệnh điều trị ARV bao gồm TDF và 3TC

Người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV không tự ngưng thuốc ARV đang điều trị tránh bùng phát viêm gan virus B.

Khi chuyển phác đồ bậc 2 cho người bệnh đồng nhiễm HBV/HIV thì vẫn giữ các thuốc đang điều trị có tác dụng với viêm gan vi rút B như TDF, 3TC

4.2. Chẩn đoán và điều trị người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút C/HIV

4.2.1 Sàng lọc nhiễm HCV ở người nhiễm HIV

XN anti- HCV cho tất cả người nhiễm HIV. Có thể XN lại một lần 1 năm nếu anti- HCV âm tính trước đó và người bệnh có nguy cơ nhiễm HCV.

4.2.2. Chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn tính trên người bệnh HIV

Anti- HCV dương tính trên 6 tháng và HCV RNA hoặc kháng nguyên lõi HCV dương tính.

4.2.3. Điều trị viêm gan vi rút C mạn tính trên người bệnh HIV

Chỉ định điều trị cho tất cả các trường hợp viêm gan vi rút C mạn. Người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV cần được ưu tiên điều trị viêm gan vi rút C mạn để giảm mắc và tử vong do bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư gan.Các phác đồ điều trị và các thuốc điều trị viêm gan vi rút C: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C – Quyết định 5012 QĐ/BYT, 2016. Ưu tiên điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ các thuốc kháng vius trực tiếp DAAs. Lựa phác đồ điều trị ARV và phác đồ điều trị DAAs cần lưu ý vấn đề tương tác thuốc. Xem phụ lục 12. Tương tác giữa các thuốc DAAs điều trị viêm gan vi rút C và thuốc ARV và bảng 15. Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và DAAs trên người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV

Người bệnh chưa điều trị ARV:

CD>500 tế bào/mm^3: Điều trị viêm gan C trước. thời gian điều trị kéo dài 12 tuần hoặc 24 tuần tùy thuộc tình trạng xơ gan. Bắt đầu điều trị ARV khi kết thúc điều trị viêm gan vi rút C. CD4 từ 200- 500 tế bào/mm^3: Cân nhắc từng trường hợp, ưu tiên điều trị ARV.

Sau khi dung nạp điều trị ARV bắt đầu điều trị viêm gan virus C. CD4<200 tế bào/mm^3: Ưu tiên điều trị ARV trước cho đến khi CD4>200 tế bào/mm^3 hoặc tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện thì chỉ định điều trị viêm gan vi rút C mạn tính

Người bệnh đang điều trị ARV: CD4>200 tế bào/mm^3 hoặc tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện thì chỉ định điều trị viêm gan vi rút C mạn tính

Bảng 15. Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ DAAs trên người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV

Phác đồ điều trị ARV	Lựa chọn phác đồ điều trị viêm gan vi rút C	
	Phác đồ	**Kiểu gen**
TDF + 3TC (FTC) + EFV (NVP)	**DCV + SOF**: Tăng liều DCV lên thành 90 mg	1,2,3,4,5,6
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6
TDF + 3TC(FTC) +	**DCV + SOF**	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
DTG (RAL)	**LDV + SOF**: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6
	GZR/EBR	1,4
AZT* + 3TC + EFV (NVP)	**LDV + SOF**	1,4,5,6
	DCV + SOF: Tăng liều DCV lên thành 90 mg	1,2,3,4,5,6
TDF + 3TC +	**DCV + SOF**	1,2,3,4,5,6

LPV/r	**VEL + SOF**: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
AZT * + 3TC + LPV/r	**DCV + SOF**	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF	
	LDV + SOF	1,4,5,6
TDF + 3TC (FTC) + ATV	**DCV + SOF**: Giảm liều DCV xuống còn 30 mg	1,2,3,4,5,6
	VEL + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của VEL	
	LDV + SOF: Theo dõi độc tính lên thận của LDV. Không điều trị LDV cùng TDF nếu mức lọc cầu thận <60ml/min	1,4,5,6

** Lưu ý: Không sử dụng ribavirin cùng AZT trên người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV*

4.3. Theo dõi điều trị

- Đánh giá tuân thủ điều trị và hỗ trợ tuân thủ điều trị
- Theo dõi và xử trí bùng phát viêm gan B trên người bệnh HIV
- Theo dõi và xử trí tương tác thuốc điều trị viêm gan vi rút C với các thuốc ARV
- Theo dõi và xử trí tác dụng phụ của các thuốc ARV, thuốc DAAs, đặc biệt tác dụng phụ của TDF lên thận.
- Theo dõi biến chứng viêm gan vi rút B, C sàng lọc ung thư gan
- Theo dõi đáp ứng điều trị của viêm gan vi rút B - Theo dõi đáp ứng điều trị của viêm gan vi rút C bằng tải lượng HCV-RNA: Đáp ứng điều trị được coi là làm sạch vi rút khi tải lượng HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện sau 12 tuần kết thúc điều trị (đạt SVR 12).

4.4. Tư vấn, giáo dục sức khỏe và dự phòng lây nhiễm viêm gan vi rút B, C trên người bệnh nhiễm HIV

- Đánh giá mức độ nghiện rượu và tư vấn hỗ trợ cho người bệnh bỏ rượu, điều trị nghiện rượu
- Không tự ý uống các loại thuốc, kể cả thảo dược.
- Thực hiện chế độ ăn uống đầy đủ, cân bằng dinh dưỡng, tránh thừa cân, tập thể dục đều đặn hàng ngày, nghỉ ngơi và thư giãn hợp lý, bỏ hoặc giảm hút thuốc lá.
- Tiêm phòng vắc xin viêm gan B
- Áp dụng các biện pháp dự phòng lây nhiễm HBV và HCV đối với người nhiễm HIV
- Đối với người bệnh đồng nhiễm HBV, HCV/HIV: áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây nhiễm HBV, HCV ra cộng đồng và dự phòng tái nhiễm, đặc biệt tái nhiễm HCV sau khi đã điều trị khỏi bệnh.

CHƯƠNG IV: PHÒNG NGỪA VÀ KIỂM SOÁT CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM ĐỐI VỚI NGƯỜI NHIỄM HIV

1. Tư vấn và hỗ trợ người bệnh nghiện rượu hoặc nghiện các chất dạng thuốc phiện

1.1. Nghiện rượu

Tư vấn về ảnh hưởng của việc nghiện/lạm dụng rượu đối với tuân thủ điều trị ARV; chức năng gan; nguy cơ tăng độc tính của các thuốc ARV.

Tư vấn cai rượu và tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị.

1.2. Nghiện các chất dạng thuốc phiện

Tư vấn về tác hại của nghiện các chất dạng thuốc phiện, lây truyền HIV, viêm gan B, viêm gan C và tuân thủ điều trị.

Tư vấn về các biện pháp giảm hại dự phòng lây truyền HIV, bao gồm khuyến khích sử dụng bơm kim tiêm riêng, sử dụng bao cao su, điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone…và giới thiệu chuyển gửi đến dịch vụ điều trị methadone.

Lưu ý: Tương tác giữa methadone và thuốc ARV (AZT và các thuốc NNRTI) - Chỉ định điều trị ARV sớm, tăng cường hỗ trợ tuân thủ điều trị.

Mục 2.2. Bổ sung thêm nội dung "Xơ gan/Bệnh lý giai đoạn cuối"

2.2.1. Phân loại xơ gan theo Child- Pugh

Bảng 17. Phân loại xơ gan theo Child-Pugh

Nội dung	Điểm số		
	1	2	3
Bilirubin toàn phần mg/dL (µmol/L)	< 2 (< 34)	2-3 (34-50)	> 3 (> 50)
Albumin huyết thanh g/L (µmol/L)	> 35 (> 507)	28-35 (406-507)	< 28 (< 406)
INR (hoặc thời gian prothrombin, tính bằng giây)	< 1,7 (<4)	1,7-2,2 (4-6)	> 2,2 (>6)
Cổ trướng	Không	Nhẹ/trung bình (đáp ứng với lợi tiểu)	Nặng (Không đáp ứng với thuốc lợi tiểu
Hội chứng não gan	Không	Mức độ I-II (hoặc có thể kiểm soát với thuốc)	Mức độ III-IV (hoặc không phục hồi)

Phân loại: Mức độ A: 5-6 điểm, mức độ B: 7-9 điểm; Mức độ C 10-15 điểm

2.2.2. Phòng ngừa và kiểm soát xơ gan/Bệnh lý gan giai đoạn cuối

Bảng 18: Phòng ngừa và kiểm soát xơ gan/Bệnh lý gan giai đoạn cuối

	Xơ gan/Bệnh lý gan giai đoạn cuối
Các yếu tố nguy cơ	- Đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C - Nghiện rượu - Một số bệnh lý gan mạn tính khác (Bệnh chuyển hóa, bệnh tự miễn, v.v..)
Sàng lọc và chẩn đoán	Lâm sàng: tuần hoàn bàng hệ, dịch cổ trướng; hội chứng suy gan thận, hoặc não gan Tính chỉ số APRI và phân độ theo bảng điểm Child- Pugh Hình ảnh xơ gan qua siêu âm gan bao gồm cả fibroscan, sinh thiết gan; Nội soi thực quản để đánh giá tình trạng giãn tĩnh mạch thực quản; Hội chẩn chuyên khoa gan mật và lên kế hoạch theo dõi, điều trị. Theo dõi chức năng gan định kỳ 6 tháng một lần và khi có triệu chứng
	Sàng lọc ung thư gan
Phòng bệnh và xử trí	Điều trị căn nguyên liên quan đến xơ gan nếu có (ví dụ viêm gan vi rút B, C và các bệnh lý gan liên quan, Tư vấn không sử dụng rượu bia. Tư vấn dinh dưỡng phù hợp: đủ năng lượng, tăng cường các acid amin cần thiết, hạn chế muối. Điều trị giảm áp lực tĩnh mạch cửa và dự phòng vỡ giãn tĩnh mạch cửa bằng thuốc lợi tiểu, propranolol. Điều trị các đợt mất bù của xơ gan, hội chứng não gan, suy gan thận, các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng. Thận trọng khi sử dụng các thuốc độc tính với gan như paracetamol; tránh dùng các thuốc chống viêm non-steroid do có nguy cơ gây chảy máu và suy thận

Mục 2.2.3. Bổ sung **" Điều chỉnh liều ARV khi suy gan"** theo nội dung:

Bảng 19. Điều chỉnh liều ARV theo phân độ Child-Pugh

	Child -Pugh		
	A	**B**	**C**
ABC	200 mg * 2 lần/ ngày	Chống chỉ định	
FTC hoặc 3TC	Không cần chỉnh liều		
TDF hoặc TDF/3TC	Không cần chỉnh liều		

ZDV	Không cần điều chỉnh liều	Không cần điều chỉnh liều giãn thời	Giảm ½ liều hoặc gian dùng
EFV	Không cần điều chỉnh liều	Cẩn thận khi suy gan	
NVP		Chống chỉ định	
ATV		300 mg hàng ngày	Không khuyến cáo
RTV		Không sử dụng RTV tăng cường	
LPV		Cẩn trọng khi suy gan	

3. Sàng lọc ung thư

Người nhiễm HIV có nguy cơ cao hơn mắc các ung thư, đặc biệt ung thư cổ tử cung, so với cộng đồng bình thường. Do đó, cần được cần được sàng lọc định kỳ để phát hiện và điều trị kịp thời. Tư vấn về dự phòng ung thư cổ tử cung bằng vắc xin HPV cho người bệnh nữ nếu có chỉ định.

Các bước thực hiện sàng lọc các bệnh ung thư trên người nhiễm HIV được thực hiện theo các Hướng dẫn của Bộ Y tế.

4. Các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường

Người nhiễm HIV có nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường cao hơn. Ngoài các yếu tố nguy cơ dễ mắc các bệnh tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường như người không nhiễm HIV, còn có các nguy cơ do sử dụng các thuốc điều trị ARV. Sự xuất hiện các bệnh lý này tăng theo thời gian sử dụng thuốc ARV, đặc biệt là sử dụng nhóm NNRTTs và nhóm PI.

Người nhiễm HIV cần được sàng lọc định kỳ các bệnh lý trên để điều trị kịp thời. Tư vấn dinh dưỡng, chế độ ăn hợp lý, ngừng hút thuốc lá, khuyến khích tập thể dục, theo dõi huyết áp và cholesterol, đường máu khi có điều kiện giúp làm giảm nguy cơ mắc các bệnh không lây ở người nhiễm HIV. Khi người nhiễm HIV có các bệnh lý tim mạch, rối loạn mỡ máu, tiểu đường, xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ.

5. Bệnh lý thận

Các bệnh lý thận mạn tính thường gặp ở người nhiễm HIV như bệnh lý thận liên quan đến HIV, bệnh lý ống lượn gần thận, bệnh lý ống lượn xa thận, viêm kẽ thận.

Ngoài các yếu tố nguy cơ dễ mắc các bệnh lý thận như bệnh tăng huyết áp, tiểu đường, rối loạn lipid máu,... như những người không nhiễm HIV, người nhiễm HIV còn có các nguy cơ ở giai đoạn nhiễm HIV tiến triển do sử dụng các thuốc điều trị ARV có độc tính với thận (TDF, thuốc PI tăng cường ritonavir).

Người nhiễm HIV đang điều trị ARV thường xuyên được xét nghiệm creatinine theo quy định và đánh giá mức lọc cầu thận. Xem xét điều chỉnh phác đồ ARV, thay thuốc liên quan bằng thuốc khác nhưng vẫn đảm bảo hiệu lực ức chế HIV của phác đồ; điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận theo phụ lục 11. Bảng điều chỉnh liều ARV theo mức lọc cầu thận. Hội chẩn chuyên khoa thận- tiết niệu nếu cần thiết.

6. Bệnh lý xương

Các bệnh lý xương thường gặp ở người nhiễm HIV như mất khoáng xương, thưa xương, loãng xương... Điều này dẫn đến người nhiễm HIV có nguy cơ gãy xương cao. Ngoài các yếu tố nguy cơ dễ mắc các bệnh lý xương như những người không nhiễm HIV, còn có các nguy cơ do sử dụng các thuốc điều trị ARV. Sự xuất hiện các bệnh lý này tăng theo thời gian sử dụng thuốc ARV, đặc biệt là sử dụng thuốc TDF và nhóm PI.

Đánh giá các bệnh lý, yếu tố nguy cơ liên quan với bệnh lý xương. Hội chẩn chuyên khoa xương và chuyên khoa dinh dưỡng, thực hiện dự phòng loãng xương và điều trị nếu người bệnh có bệnh lý về xương.

Khi người nhiễm HIV mắc các bệnh lý xương, cần xem xét lại phác đồ ARV (thuốc TDF, thuốc PI liên quan). Thay thuốc ARV nếu cần thiết.

7. Trầm cảm

Người nhiễm HIV có tỉ lệ trầm cảm cao hơn nhiều so với quần thể dân cư chung (20-40% so với 7%). Trầm cảm làm tăng nguy cơ tuân thủ điều trị và tăng nguy cơ tử vong ở người nhiễm. Người nhiễm có sử dụng các chất gây nghiện, tâm thần, sử dụng EFV và các thuốc hướng tâm thần được coi là có nguy cơ mắc trầm cảm.

Người nhiễm HIV cần được khám và phát hiện sớm các dấu hiệu liên quan đến trầm cảm. Hội chẩn chuyên khoa tâm thần để được phát hiện và điều trị sớm. Dừng thuốc EFV, thay bằng thuốc ARV phù hợp

8. Bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV

Rối loạn nhận thức thần kinh HIV (HIV Associated Neuro-cognitive Disease - HAND) là tình trạng rối loạn một loạt các chức năng quan trọng về nhận thức, hành vi và vận động ở người nhiễm HIV liên quan tới sự xâm nhập của HIV vào hệ thần kinh trung ương, cũng như tổn thương của hệ thần kinh trung ương do tác động của HIV.

Người nhiễm HIV cần được đánh giá khả năng ngôn ngữ, khả năng tập trung, trí nhớ ngắn hạn, tốc độ suy nghĩ, khả năng suy luận, khả năng học hỏi, chức năng vận động. Loại trừ các bệnh nhiễm trùng cơ hội, u não. Nếu nghi ngờ Bệnh lý rối loạn nhận thức thần kinh liên quan đến HIV. Hội chẩn chuyên khoa tâm thần.

Người bệnh chưa điều trị ARV: Điều trị ARV ngay.

Nếu đang điều trị ARV: xét nghiệm tải lượng HIV, đánh giá thất bại điều trị, chuyển phác đồ nếu có chỉ định.

Xem xét sử dụng các thuốc ARV ngấm qua hàng rào máu-màng não tốt theo thứ tự từ giảm dần như sau (AZT, ABC, EFV, NVP, LPV/r, DRV/r).

CHƯƠNG VI: CHĂM SÓC TẠI NHÀ VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG

CHƯƠNG VII: CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS

Giữ nguyên hướng dẫn giống với Quyết định 3047/QĐ- BYT của Bộ Y tế./.