

TỔNG QUAN VỀ SỰ LÂY TRUYỀN HIV TỪ THAI PHỤ CHO THAI NHI

Th.S BS Vũ Thiên Ân

I. Sơ lược về tình hình nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

- Ở trẻ em và trẻ nữ nhi: > 90 % trường hợp mới mắc HIV là do từ mẹ truyền cho con.
- Hiện tại, trên thế giới, mỗi ngày có khoảng 1400 trẻ em < 15 tuổi mới nhiễm HIV.
- Trẻ em chiếm 10% tổng số ca nhiễm HIV trên thế giới.

FIGURE 2.5

Số lượng trẻ em < 15 tuổi nhiễm HIV trên thế giới tính đến 2007

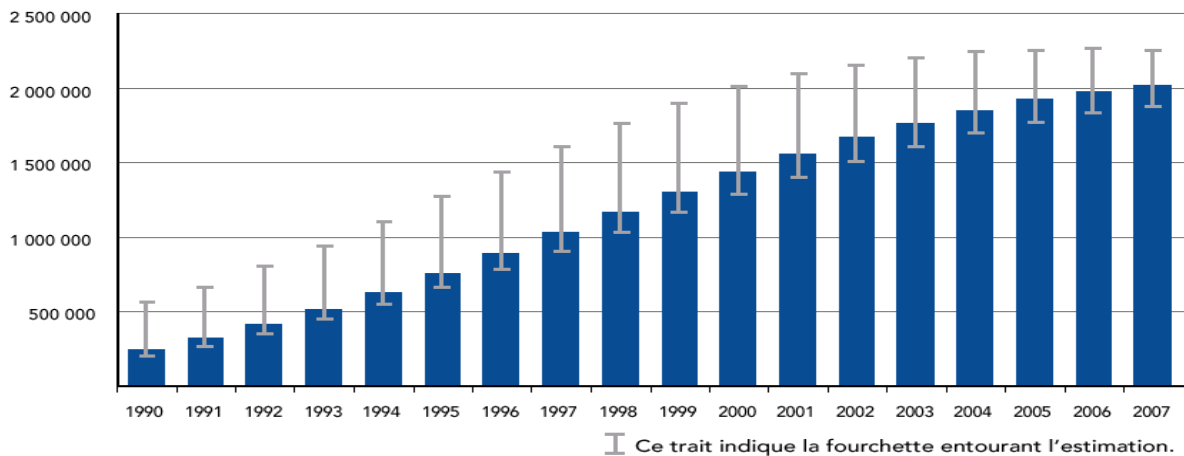
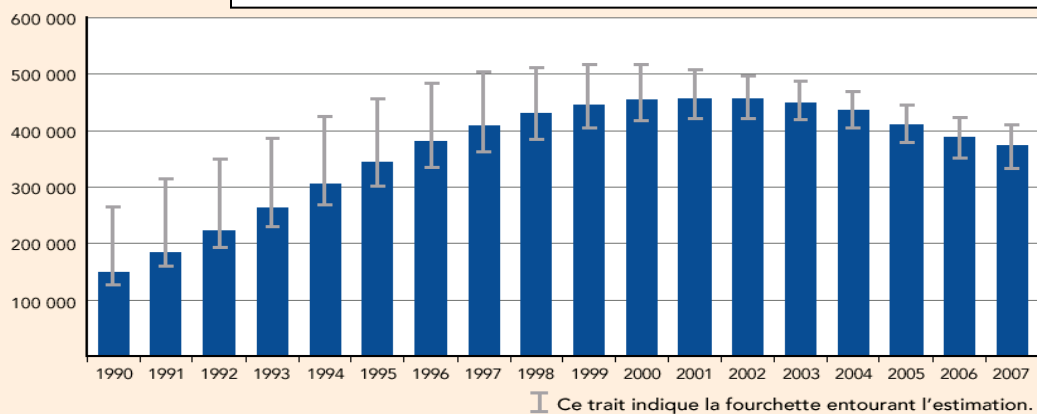


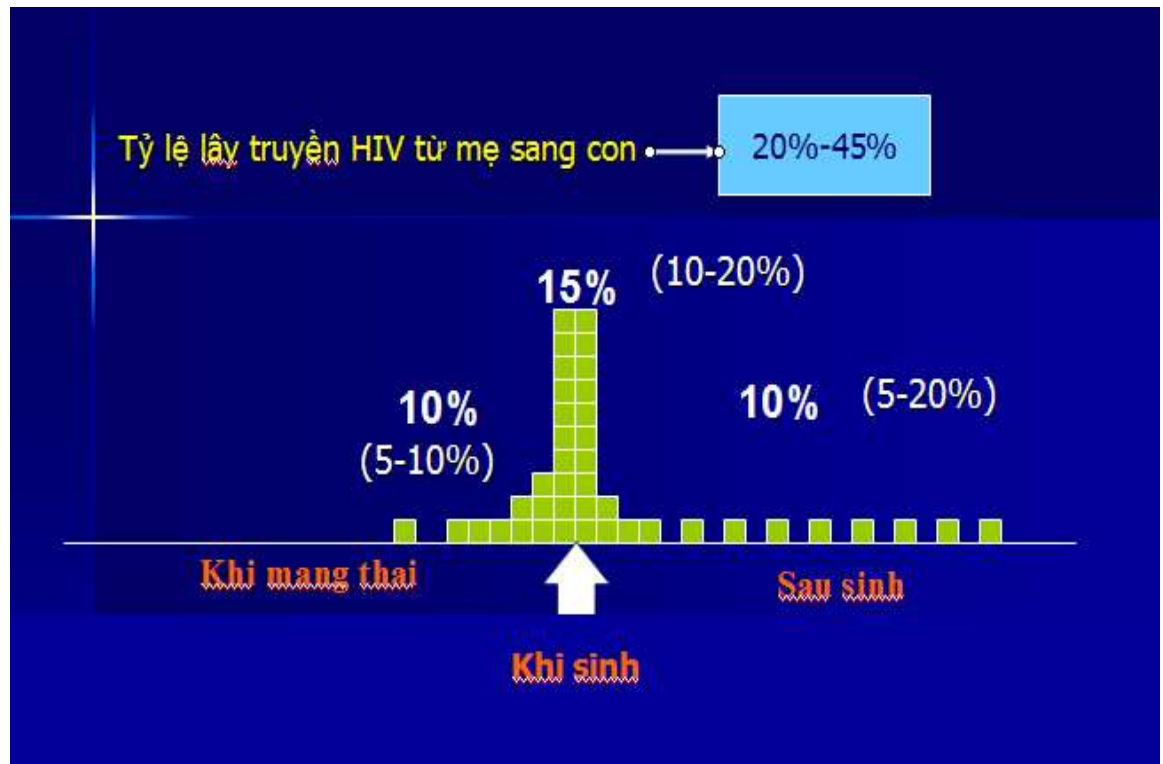
FIGURE 2.6

Tỷ lệ mới nhiễm HIV của trẻ em trên thế giới tính đến 2007



II. Các con đường lây truyền HIV từ mẹ cho thai nhi

- Qua nhau thai vào bào thai trong giai đoạn mang thai (tỷ lệ lây truyền từ 5-10%)
- Trong khi sinh (tỷ lệ lây truyền 10-15%)
- Sau sinh qua tiếp xúc trực tiếp và qua sữa mẹ (tỷ lệ lây truyền 20-45% tùy vào thời gian cho con bú)



III. Nguy cơ và tần suất lây truyền HIV từ mẹ cho thai nhi

Tùy theo tình trạng nhiễm HIV của mẹ cũng như các yếu tố nguy cơ của thai kỳ, nếu không có các biện pháp bảo vệ, tỷ lệ truyền nhiễm HIV từ mẹ cho thai nhi có thể từ 20-45%.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ cho thai nhi:

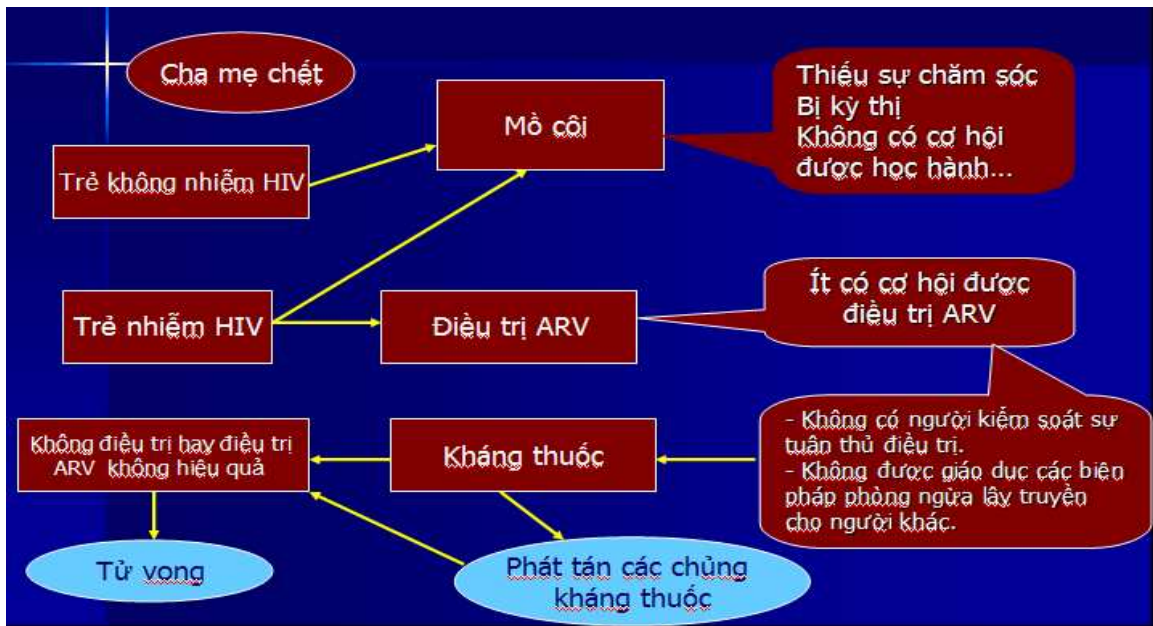
- Mẹ ở giai đoạn bệnh có
 - Tải lượng virus cao (vài tuần đầu tiên sau nhiễm HIV và giai đoạn bệnh AIDS)
 - CD4 thấp
- Sinh ngã âm đạo.
- Vỡ ối sớm.

- Sinh non, trẻ nhẹ cân lúc sinh.

IV. Hậu quả của sự lây truyền HIV từ mẹ cho con

Con cái có cha mẹ nhiễm HIV luôn có rất nhiều bất lợi trong sự phát triển cho dù trẻ có nhiễm hay không nhiễm bệnh. Đầu tiên, cha mẹ trẻ sẽ chết sớm vì HIV, nhất là ở những nước đang phát triển không có điều kiện điều trị kháng retrovirus (gọi tắt là điều trị ARV – antiretrovirus), trẻ trở thành mồ côi và không có ai săn sóc. Nếu nhiễm bệnh, trẻ càng có ít cơ hội được điều trị ARV thích đáng cũng như tư vấn các biện pháp phòng ngừa lây truyền bệnh cho người khác, dẫn đến các hậu quả nghiêm trọng.

Các hậu quả thường gặp được tóm tắt trong sơ đồ sau

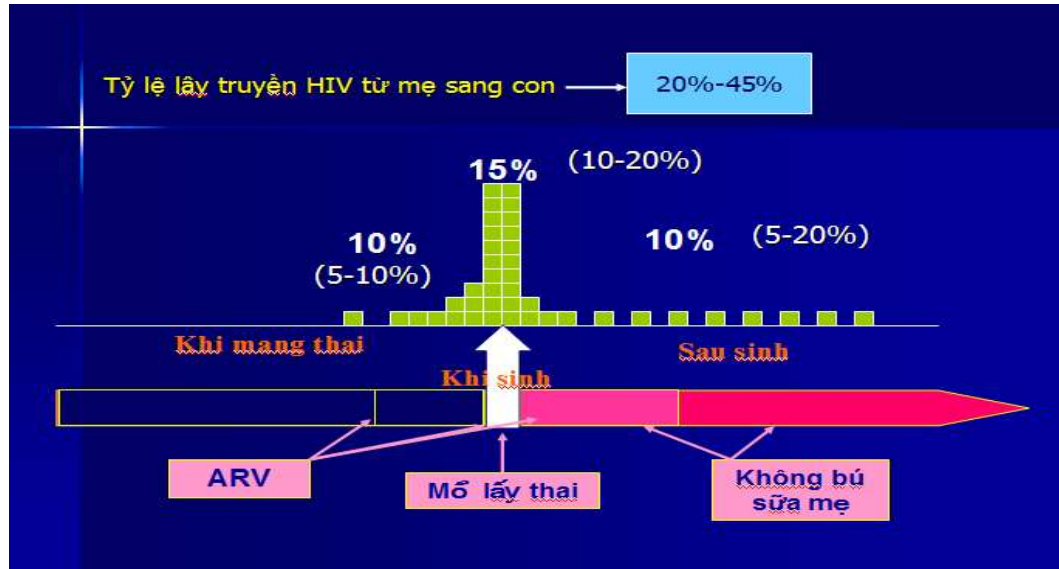


V. Các biện pháp phòng ngừa sự truyền nhiễm HIV từ thai phụ cho thai nhi

- Quan trọng nhất vẫn là ngừa nhiễm HIV ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.
- Thực hiện kế hoạch hóa gia đình để phòng ngừa việc mang thai không mong muốn ở người nhiễm HIV.
- Cần tuân thủ các biện pháp phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ cho thai nhi cả trước sinh, khi sinh và sau sinh. Nếu chấp hành nghiêm túc tất cả các biện pháp phòng ngừa, tỷ lệ truyền bệnh từ mẹ sang con có thể giảm từ 20-45% xuống còn 1-2%.

↳ Tuân thủ phác đồ điều trị kháng virus cho thai phụ (trước sinh, khi sinh và sau sinh).

- ↳ Chỉ định sinh mổ nếu có điều kiện, cung cấp các điều kiện chăm sóc thỏa đáng để phòng ngừa sự lây truyền HIV từ mẹ sang con.
- ↳ Tốt nhất không cho con bú mẹ sau sinh mà nên dùng sữa nhân tạo.



VI. Các phác đồ điều trị thuốc kháng virus cho thai phụ nhiễm HIV

Hiện trên thế giới có 3 nhóm thuốc điều trị HIV

- Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)
- Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)
- Protease Inhibitors (PI)

Tuy nhiên, ở thai phụ số loại thuốc được sử dụng giới hạn hơn nhiều do các chống chỉ định vì các tác dụng phụ gây hại trên thai nhi. Các thuốc kháng virus được đánh dấu trong vòng đỏ dưới đây được cho phép sử dụng ở thai phụ nhiễm HIV:

Nucleoside RTIs	Nucleotide RTIs	Non-nucleoside RTIs	Protease inhibitors
Abacavir (ABC)	Tenofovir	Efavirenz (EFV)	Ritonavir
Zidoxudine (AZT)		Nevirapine (NVP)	Atazanavir
Emtricitabine (FTC)			Fosamprenavir
Didanosine (ddI)			Indinavir
Lamivudine (3TC)			Lopinavir + ritonavir (LPV/r) Aluvia ou Kaletra
Stavudine (d4T)			Nelfinavir (NFV)
Combivir (AZT+3TC)			Saquinavir

Các phác đồ kháng virus sử dụng cho thai phụ trên thế giới

- Theo WHO

- Phác đồ 1: NRTI+ NNRTI (AZT+3TC+NVP = GIPOVIRz)
- Phác đồ 2: NRTI+PI (TDF+FTC+LPV/r)

Xử trí ở thai phụ	
Trước sinh	Zidovudine 300 mg/ngày bắt đầu từ 28 tuần tuổi thai cho đến khi sinh
Khi sinh	Nevirapine 1 liều duy nhất khi sinh
Sau sinh	Combivir (ZDV+3TC): 2 lần/ngày x 7 ngày
Xử trí ở thai nhi	Névirapine: 1 liều duy nhất + AZT 7 ngày (hay 4 tuần nếu mẹ điều trị AZT dưới 4 tuần)

- Hoa Kỳ

- Bắt đầu điều trị thuốc kháng virus từ tuần thai thứ 10-12 liên tục cho đến khi sinh.
- Phác đồ: AZT+3TC+LPV/r
- Điều trị AZT cho trẻ ngay sau sinh liên tục trong 6 tuần

VII. Các vấn đề hiện tại

- Thai phụ không khám thai định kỳ nên không rõ tình trạng nhiễm HIV của mình, dẫn đến các biện pháp phòng ngừa sự lây truyền cho thai nhi được tiến hành trễ.
- Không tuân thủ điều trị ARV và không có nguồn ARV đủ cung cấp cho thai phụ nhiễm HIV.
- Ở một số nước đang phát triển không có điều kiện mổ lấy thai.
- Những người nhiễm HIV thường nghèo không đủ điều kiện nuôi trẻ bằng sữa nhân tạo nếu không cho con bú mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Screening for Human Immunodeficiency Virus in Pregnant Women: Evidence Synthesis
www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/PerinatalGL01242001038.pdf
2. Averting HIV and AIDS. HIV/AIDS and pregnancy.
<http://www.avert.org/pregnancy.htm>
3. CDC. Mother-to-Child (Perinatal) HIV Transmission and Prevention
<http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/resources/factsheets/perinatal.htm>
4. Serai Daniel Rakgoasi. HIV Counselling and Testing of Pregnant Women Attending Antenatal Clinics in Botswana, 2001. *J Health Popul Nutr* 2005 Mar; 23(1):58_65.
http://www.icddrb.org/images/jhpn231_original_HIV-counselling.pdf
5. Service of the U.S. Department of Health and Human Services. HIV During Pregnancy, Labor and Delivery, and After Birth.
http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/Perinatal_FS_en.pdf
6. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing hiv infection in infants.
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugswomenguidelinesfinal.pdf>