






Bs Nguyễn Thị Kiều Trinh -

Virus gây suy giảm miễn dịch (HIV) là nguyên nhân của hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) vào năm 1983. Mặc dù AIDS lần đầu tiên được báo cáo ở Hoa Kỳ vào năm 1981, chứng bệnh này đã được báo cáo ở nhiều quốc gia trên toàn thế giới và đã trở thành một đại dịch toàn cầu. Khoảng 37,9 triệu người trên toàn cầu đang sống chung với HIV / AIDS vào năm 2018, và 1,7 triệu trong số này là trẻ em (<15 tuổi). Các tính có khoảng 1,7 triệu người trên thế giới mắc bệnh HIV trong năm 2018. Trong thời gian gần đây, số tử vong của HIV dường như hoàn toàn bị lu mờ bởi đại dịch coronavirus gây ra COVID 19. COVID 19 giống như các bệnh nhiễm trùng coronavirus khác (ví dụ, SAR, MER, v.v.) có khả năng bùng phát và biến mất khi những người sống sót trở lại cuộc sống khỏe mạnh. Tuy nhiên, HIV dường như vẫn tồn tại và người bị nhiễm sẽ phải đối mặt với hậu quả của việc sống chung với virus suốt đời vì vẫn chưa có phương pháp chữa trị hoặc vaccine nào để loại bỏ virus khỏi nó.

What You Can Do If You Are Pregnant and Have HIV

-  Visit your health care provider regularly.
-  Take HIV medicine as prescribed to stay healthy, protect your partner, and protect your baby.
Taking HIV medicine reduces the amount of HIV in the body (viral load) to a very low level, called *viral suppression* or an *undetectable viral load*.^{*} Getting and keeping an undetectable viral load is the best thing you can do to stay healthy and help prevent transmission to your baby.
-  The risk of transmitting HIV to your baby can be 1% or less if you:
 - Take HIV medicine daily as prescribed throughout pregnancy, labor, and delivery.
 - Give HIV medicine to your baby for 4-6 weeks after giving birth.
-  If your HIV viral load is not adequately reduced, a Cesarean delivery can also help prevent HIV transmission.
-  Do not breastfeed or pre-chew your baby's food.
Keeping an undetectable viral load substantially reduces, but does not eliminate, the risk of transmitting HIV through breastfeeding. The current recommendation in the U.S. is that mothers with HIV should not breastfeed their babies.

Châu Phi cận Sahara có mức số tử vong nhiễm HIV cao nhất, chiếm hơn 60% tổng số ca nhiễm mới. Các khu vực khác hiện đang chịu gánh nặng nhiễm trùng gia tăng bao gồm Châu Á, Châu Mỹ Latinh, Caribe, Đông Âu và Trung Á.

Tỷ lệ hiện nhiễm trong dân số trước khi sinh ở hầu hết các quốc gia có thu nhập cao (HIC) dao động trong khoảng 0,1–2 / 1000 trong khi ở mức số quốc gia thu nhập thấp (LIC), tỷ lệ này có thể lên tới 29%. Tuy nhiên, với hành động toàn cầu về HIV / AIDS, những xu hướng này dường như đang giảm dần. Nhiễm HIV trong thai kỳ có thể ảnh hưởng đến cả mẹ và con nếu không được điều trị và do đó cần quản lý thận trọng trước khi sinh và sau khi sinh. Mục tiêu chính của quản lý lây nhiễm HIV trong thai kỳ là để phòng lây nhiễm virus từ mẹ sang con, duy trì sức khỏe bà mẹ và tạo môi trường an toàn, lành mạnh cho việc sinh nở cho mẹ và con.

Tác động của HIV đối với thai nghén và kết quả mang thai

Nhiễm HIV liên quan đến các triệu chứng khác nhau của kết quả thai nghén bất lợi bao gồm tăng số y thai tử nhiên, thai chết lưu, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh, hơn cả tăng trọng lượng trong tử cung, trở ngại sinh nở cân và viêm màng ối. Do các chức năng miễn dịch, HIV có thể ảnh hưởng xấu đến tiến trình và tiến trình của nhiễm khuẩn trùng trong thai kỳ, bao gồm Herpes sinh dục, nhiễm papillomavirus người, nấm Candida âm hộ, viêm âm đạo do vi khuẩn, giang mai, trichomonas vaginalis, cytomegalovirus, toxoplasmosis, viêm gan B và C, sốt rét, nhiễm trùng ti thể niệu và viêm phổi do vi khuẩn. Bên cạnh đó, nhiễm ký sinh trùng và nhiễm trùng cơ hội liên quan đến HIV như bệnh lao, viêm phổi do Pneumocystis jirovecii dường như thường xuyên xảy ra trong thai kỳ mang thai và trong thai kỳ hậu sản.

Mang thai dường như không ảnh hưởng xấu đến quá trình lây nhiễm, số tiền triệu chứng hoặc số sống còn của HIV. Suy giảm số lượng tế bào CD4 ở phụ nữ nhiễm HIV trong thai kỳ mang thai thường thấy ở giai đoạn sau sinh. Mức RNA của HIV dường như vẫn ở mức độ thấp trong thai kỳ mang thai, mức độ miễn dịch nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ nhiễm virus trong thai kỳ hậu sản.

Ở các nước có HIC, nhiễm HIV là nguyên nhân hiếm gặp gây tử vong mẹ vì các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên biệt và số lượng có trong khi ở các nước có LIC, đặc biệt là ở vùng cận Sahara, Châu Phi, HIV là nguyên nhân quan trọng và góp phần hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong cho bà mẹ.

Cập nhật HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối: Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 09:07

Tầm soát HIV trong thai kỳ

Phòng ngừa lây nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai và nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con (MTCT) làm cho việc sàng lọc các bệnh nhiễm trùng trở thành một phần thiết yếu của việc khám thai cho tất cả phụ nữ mang thai. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo rằng tất cả các cô gái có tuổi hi vọng nhiễm (> 5%), xét nghiệm và tư vấn HIV nên được thực hiện ở tất cả các cô gái khám thai. Phòng ngừa lây nhiễm có tuổi hi vọng nhiễm (<5%), xét nghiệm HIV phải tiếp tục với các xét nghiệm khác như giang mai, viêm gan được xem là biện pháp tích cực để phòng lây truyền từ mẹ con.

Tư vấn và xét nghiệm HIV phải tiếp tục ngay với các nguyên tắc đồng ý, bảo mật, và đảm bảo rằng kết quả xét nghiệm được giao với các dịch vụ chăm sóc, điều trị và dự phòng thích hợp.

Việc sàng lọc trong thai kỳ không chỉ đơn giản là xét nghiệm máu vì kết quả đáng tin cậy có thể phòng ngừa lây nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai và giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho trẻ em. Các nghiên cứu HIC, phần lớn là ở phụ nữ sống với tình trạng nhiễm HIV của mình trước khi bắt đầu mang thai, cho thấy rằng việc phát hiện nhiễm HIV trước khi mang thai và khoả ng 50% trong số họ sinh con khỏe mạnh hai hoặc ba năm sau đó khi được chẩn đoán.

Tư vấn tiền sản

Tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có HIV đáng tin cậy nên được tư vấn trước khi bắt đầu mang thai để có thể thảo luận chi tiết về kế hoạch mang thai và sinh đẻ. Việc mang thai nên được lên kế hoạch cẩn thận, và biện pháp tránh thai cũng là một phần không thể thiếu trong kế hoạch này.

Việc điều chỉnh chế độ trung vào việc dự phòng lây truyền từ mẹ con của HIV. Cần xem xét lại các loại thuốc điều trị để điều trị kết hợp kháng virus (cART) thích hợp cho thai kỳ. Cần nhận biết những mối quan trọng của việc tuân thủ thuốc trong thời kỳ mang thai và sau sinh và xác định các rào cản tiềm ẩn có thể ảnh hưởng đến việc chăm sóc trước sinh, trong và sau sinh. Cần nhận biết những rào cản việc điều trị để thành công việc ức chế virus từ đa bào trước khi sinh và trong suốt thai kỳ là

Cơ chế HIV và thai kỳ

Vị trí biên tập viên

Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 09:07

phòng ngừa tiến độ đoán kết quả để đảm bảo nguy cơ lây truyền mầm con tiếp nhận tiếp nhận

Table 1
Tests and diagnosis of HIV.

HIV Test	Time to availability of result	What is tested
ELISA	2 days–2 weeks	HIV antibodies
Antigen test (p24)	2 days–1 week	P24 viral proteins
4th generation tests	2 days–2 weeks	Antibodies and p24
PCR/NAAT tests	2 days–1 week	Genetic material of HIV
Rapid test	Within 30 min	Antibodies

Các xét nghiệm và chẩn đoán HIV.

Theo dõi HIV trong thai kỳ.

Đều có nên thì là phải đánh giá tải lượng virus hàng tháng để theo dõi tiến trình và hiệu quả của việc quản lý. Nên ngừng phác đồ ART trong thai kỳ, nên xét nghiệm tải lượng virus HIV từ 2–4 tuần sau khi bắt đầu điều trị, và sau đó ít nhất một lần mỗi ba tháng, và khi được 36 tuần và khi sinh.

Hầu hết các loại thuốc cART được chuyển hóa ở thận và gan. Do đó, cần thận trọng theo dõi các xét nghiệm chức năng gan và creatinin huyết thanh có thể phát hiện sớm tình trạng suy thận hoặc suy gan có thể cần xử trí. Xét nghiệm công thức máu hàng tháng cũng được khuyến nghị để chú ý tới nguy cơ giảm hemoglobin và số lượng tiểu cầu vì một số loại thuốc cART gây ức chế tiểu cầu. Số lượng tế bào 4 (CD4) giảm nên được theo dõi khoảng ba tháng một lần như khuyến cáo phác đồ chăm sóc mang thai. Giảm lượng CD4 được theo dõi ngay

Cơ chế HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 09:07

Có khi số lượng CD4 cao hơn 350 cells / mm³ là không đảm bảo tiên lượng thai kỳ. Bệnh theo dõi viêm gan và kiểm tra gen của bệnh nhân HIV là cần thiết để đánh giá khả năng kháng thuốc của virus và bệnh gan, có hai điều quan trọng trước khi bắt đầu sử dụng thuốc kháng virus.

Ngoài việc theo dõi mức độ HIV, việc quản lý triệu chứng sinh học càng gần mức bình thường càng tốt. Siêu âm thai phụ để kiểm tra các biến chứng theo hướng dẫn của gia đình và tình trạng nhiễm HIV của bà mẹ. Nên thực hiện kiểm tra xét nghiệm sàng lọc để biết thai và xét nghiệm tiền sản không xâm lấn (NIPT) cho những người có nguy cơ cao vì phương pháp này có độ nhạy và độ chính xác cao để phát hiện các biến chứng nhiễm sắc thể. Xét nghiệm chẩn đoán trước sinh có xâm lấn nên được hoãn lại cho đến khi biết tình trạng nhiễm HIV của người phụ nữ, và thậm chí sau đó, lý tưởng là nên hoãn lại cho đến khi tải lượng virus HIV được kiểm soát <50 bản sao HIV RNA / mL. Có một số dữ liệu hạn chế cho thấy rằng việc có thể an toàn của những người nhiễm trên cART. Nếu không sử dụng cART và không trì hoãn quy trình xét nghiệm chẩn đoán xâm lấn cho đến khi đạt được tải lượng virus, thì phụ nữ nên bắt đầu sử dụng cART để bao gồm raltegravir và được dùng một liều nevirapine 2–4 giờ trước khi làm thủ thuật.

Điều trị ARV trong thai kỳ

Thuốc ART duy nhất được chấp thuận trong thai kỳ là zidovudine trong ba tháng cuối thai kỳ. Tuy nhiên, có một số bằng chứng toàn diện rằng những người phụ nữ sinh thai trên cART có hiệu quả nên tiếp tục cART trong suốt thai kỳ và sau đó là suốt đời. Phác đồ có thể thay đổi nếu không đạt tiêu chuẩn (ví dụ như tải lượng virus vi khuẩn hoặc các thuốc có hiệu quả trong thai kỳ như darunavir / cobicistat và elvitegravir / cobicistat, v.v).

Khi điều trị cho phụ nữ mang thai, không cần quan tâm đến sự khác biệt của mẹ và thai, để biết chú ý đến các biến chứng bệnh sinh. Mục đích của điều trị bằng thuốc là duy trì tải lượng virus tải thấp; do đó, liều pháp ba thuốc được khuyến nghị. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo rằng tải lượng virus của phụ nữ mang thai và cho con bú bệnh HIV không phân biệt số lượng tế bào CD4, tải lượng virus và giai đoạn lâm sàng nên dùng ba thuốc kháng virus, nên được duy trì trong suốt thời kỳ có nguy cơ lây truyền mẹ con (cuối thai kỳ, chuyển dạ và cho con bú) và tiếp tục suốt đời để giảm nguy cơ lây nhiễm HIV còn sống khác. Việc lựa chọn thuốc tùy thuộc vào việc người phụ nữ chưa từng điều trị trước đó, tình trạng kháng thuốc, đặc tính của thuốc và cùng một lúc các bệnh như viêm gan B (HBV) và viêm gan C (HCV).

Đặc tính của thuốc không phải là hiệu quả của ART và có thể bị hiểu lầm như thiểu máu, nhiễm độc ty

Cấp nhật HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 09:07

thực (nhiễm axit lactic, viêm tụy, bệnh thận kinh nguyệt bất thường, bệnh celiac và bệnh celiac tim), tăng lipid máu, tái phân phối cholesterol béo và kháng insulin. Các rối loạn về xương như giảm mật độ xương, loãng xương và hội chứng xương đau đã được ghi nhận. Nevirapine có liên quan đến việc bong tróc niêm mạc và da, bao gồm cả hội chứng Steven Johnson. Do đó, điều cần thiết là phải theo dõi các thông số huyết học và hóa học lâm sàng cho bệnh nhân đang điều trị ARV.

BHIVA 2019 [2]	
	Recommended
Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) backbone	Abacavir/lamivudine Tenofovir DF/zidovudine
Third agent	Efavirenz Atazanavir

Thuốc cART được khuyến nghị và thay thế trong thời kỳ mang thai và cho con bú.

Khi đã có chẩn đoán nhiễm HIV trong thai kỳ, nên bắt đầu điều trị ARV càng sớm càng tốt để giảm tải lượng virus tải đã truyền cho khi sinh. Cần cân nhắc mật độ virus và nồng độ virus trong thời kỳ đầu mang thai và khả năng gây quái thai do đó, nếu tình trạng miễn dịch tốt, có thể có trường hợp trì hoãn điều trị cho đến khi kết thúc ba tháng đầu.

Phân loại sinh

Nên sinh thường cho những phụ nữ có tải lượng virus trong huyết tương <50 bản sao HIV RNA / mL tại tuần thứ 36 và không có chứng chỉ sinh sản khoa. Sinh con theo kế hoạch nên được khuyến khích, nhưng nếu tải lượng virus là ≥ 400 bản sao HIV RNA / mL tại tuần thứ 36, thì nên tiến hành sinh mổ theo kế hoạch. Đối với phụ nữ có tải lượng virus từ 50–399 bản sao HIV RNA / mL tại tuần thứ 36, nên xem xét sinh mổ truyền thống khi chuyển dạ, có tính đến tải lượng virus thực tế, thời gian điều trị, tuân thủ điều trị. Các vấn đề, các yếu tố sản khoa và tải virus chi tiết về bệnh nhân. Có bằng chứng rõ ràng cho thấy tỷ lệ lây truyền dọc luôn thấp hơn 0,5% ở những phụ nữ có tải

Cấp nhật HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thủ quỹ, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối: Thủ quỹ, 04 Tháng 12 2021 09:07

Liều lượng virus <50 bản sao HIV RNA / mL dùng cART, bất kể phôi thai sinh nào. Đáng chú ý là nguy cơ lây truyền dọc từ mẹ sang con sinh qua đường âm đạo là khoảng gấp đôi so với những phụ nữ sinh mổ. Thời điểm mà lấy thai để phòng lây truyền dọc nên là thai từ 38 đến 39 tuần, những mẹ lấy thai theo kế hoạch phụ nữ có tải lượng virus cao nên được thúc đẩy sinh từ tuần thứ 39.

Theo dõi chuyển dạ và đẻ

Sau khi quyết định sinh qua âm đạo, việc xử trí chuyển dạ phải càng bình thường càng tốt. Trong đó, việc tránh chọc ối, đốt đốt cổ tử cung da đẻu thai nhi và lấy mẫu máu thai nhi, sinh bằng đường cao và rách tầng sinh môn có nguy cơ lây truyền mẹ con. Cho đến nay, điều này không còn đúng, cART đã đóng một vai trò quan trọng trong việc giảm lây truyền mẹ con của HIV. Một nghiên cứu hồi cứu của Tây Ban Nha cho thấy khi khởi đầu cART cho phụ nữ lây truyền theo chiều dọc là 26,3% thì số sinh được theo dõi da đẻu thai nhi bằng đường cao hoặc lấy mẫu pH hoặc cao hai) so với 13,6% những người không có các thủ thuật này. Trong một nghiên cứu thu thập gần đây của Thụy Sĩ, các điểm cắt trên da đẻu thai nhi (RR 2,0; KTC 95% 0,58–6,91) cũng như lấy mẫu máu pH (RR 1,73; KTC 95% 0,58–5,15) đều không được xác nhận là các yếu tố nguy cơ để lây truyền trong lây truyền mẹ con.

Trong những trường hợp vỡ ối tự nhiên trước khi chuyển dạ đủ tháng (PROM) và sinh trong vòng 24 giờ cho thấy không có bằng chứng về sự gia tăng lây truyền dọc những phụ nữ có tải lượng virus không phát hiện được với ối vỡ <4 giờ và chuyển dạ sinh trong khoảng thời gian từ 4 đến 24 giờ. Nếu tải lượng virus được cao hơn, cần tiến hành chuyển dạ ngay lập tức với những trường hợp đẻu từ viêm màng ối. Nếu tải lượng virus không được cao hơn, cần cân nhắc sinh mổ ngay lập tức.

Không có bằng chứng cho thấy với ối > 4 giờ có liên quan đến nguy cơ lây truyền dọc cao hơn cho phụ nữ nằm trên cART và tải lượng virus được cao, việc quản lý ối vỡ non phụ nữ từ tuần thai 34–37 tuần nên được điều trị để phòng liên cầu nhóm B theo hướng dẫn quốc gia. Đối với 34 tuần, nên tiêm steroid và nếu tải lượng virus HIV không được kiểm soát, thì nên tiến hành hóa nó và thúc đẩy một cuộc mổ đẻu luồn đa ngành với thời điểm sinh (Sơ-n- Nhi).

Việc sử dụng zidovudine truyền tĩnh mạch trong lúc sinh không còn được khuyến khích cho những phụ nữ có tải lượng virus <50 bản sao HIV RNA / mL. Tuy nhiên, cần cân nhắc những người có tải lượng virus từ 50–1000 bản sao HIV RNA / mL và các chế độ được cung cấp nếu tải lượng virus > 1000 bản sao HIV RNA / mL. Nó cũng được khuyến cáo cho những phụ nữ chưa

Cặp nhọt HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thủ quỹ, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối: Thủ quỹ, 04 Tháng 12 2021 09:07

Độc điếu u trùng đang chuyển đổi hoặc biến đổi mà chưa xác định được các triệu chứng virus HIV nhiễm trùng.

HIV và cho con bú

Việc cho con bú là một biện pháp quan trọng để giảm thiểu sự lây nhiễm HIV, nhưng tất cả các bà mẹ cần phải hiểu rằng HIV có thể lây truyền qua sữa mẹ ngay từ khi sinh con. Nhiễm HIV không cho con bú, vì vậy hầu như không có thêm dữ liệu nào từ các nghiên cứu này. Các nghiên cứu có thu nhập thấp ở trung bình, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con qua sữa mẹ khi phụ nữ được điếu u trùng bằng cART đã được báo cáo là 1,08% (KTC 95% 0,32–1,85) lúc 6 tháng và 2,93% (KTC 95% 0,68 –5,18) lúc 12 tháng.

Nhiều quốc gia HIC như Vương quốc Anh tích cực khuyến khích việc cho con bú ở phụ nữ nhiễm HIV vì nguy cơ vấp ngã thấp. Các nghiên cứu LIC, lại khuyến khích khác nhau và có liên quan đến tình trạng dinh dưỡng và bệnh tật cao hơn do tiêu chảy, suy dinh dưỡng và viêm phổi ở trẻ bú sữa công thức. Đây là cơ sở cho khuyến nghị nhiễm trùng của WHO về việc cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong sáu tháng đầu tiên, sau đó giới thiệu thức ăn bổ sung thích hợp và tiếp tục cho trẻ bú mẹ cho đến khi trẻ được 12 tháng tuổi. Có thể ngừng cho con bú bất cứ khi nào để ăn đồ ăn dinh dưỡng và an toàn mà không có sữa mẹ được cung cấp.

Trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HIV

Nguy cơ lây truyền được tùy thuộc vào thời gian cART được tiếp nhận, số lượng chất tải lượng virus được ghi nhận (<50 bản sao HIV RNA / mL) và nhu cầu sinh sau 34 tuần thai. Nhưng trẻ được phân loại là có nguy cơ rất thấp sữa mẹ hai tuần điếu u trùng zidovudine đến trẻ liú u. Trong khi đó, nhưng trẻ có nguy cơ thấp sữa mẹ điếu u trùng 4 tuần và nhưng ngược lại có nguy cơ cao không có khả năng chất tải lượng virus rất thấp hoặc không rõ sữa mẹ điếu u trùng kết hợp. Tất nhiên, tất cả các loại thuốc nên được bắt đầu trong vòng 4 giờ sau khi sinh.

Quản lý các cặp vợ chồng serodiscordant

Thuật ngữ “cặp vợ chồng serodiscordant” đề cập đến mối quan hệ cặp vợ chồng có một người nhiễm HIV và người kia âm tính với HIV. Mối quan hệ như vậy có thể được xác

Cấp nhật HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 09:07

Định bụng tình trạng hôn nhân, chúng sống hoặc chung nuôi dạy con cái. Tỷ lệ suất của các cấp và chủng ngừa vắc-xin có xu hướng giảm ảnh hưởng nghiêm trọng HIV trong cộng đồng. Ví dụ, ở Kenya, hơn 40% người nhiễm HIV có bệnh tình trạng lây nhiễm HIV. Những cấp vắc-xin chủng ngừa trong số này đang trong quá trình thử nghiệm mong muốn có con, có thể khiến bệnh tình của nhiễm HIV có nguy cơ nhiễm HIV khi họ theo dõi mức tiêu mang thai thông qua quan hệ tình dục không được bảo vệ.

Việc quản lý các cấp vắc-xin chủng ngừa nên mang thai trước các chẩn đoán các triệu chứng thai an toàn hơn để tạo cơ hội thai cho các cấp vắc-xin chủng ngừa bệnh HIV để giảm nguy cơ lây truyền qua đường tình dục. Một số chẩn đoán này bao gồm việc sử dụng liệu pháp kháng vi-rút (ART) để ức chế virus cho bệnh tình không bị nhiễm HIV - Để phòng ngừa phơi nhiễm. Các phương pháp khác bao gồm hạn chế quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su, cắt bao quy đầu cho nam giới không nhiễm HIV và hạn chế sinh sản bằng phương pháp tránh thai. Khi được sử dụng đúng cách, các biện pháp can thiệp này sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV ở các cấp vắc-xin chủng ngừa đang tìm cách mang thai.

Có một nghiên cứu về chủng ngừa vắc-xin quản lý của Phòng ngừa pháp Để phòng ngừa Phơi nhiễm (PrEP). Trong nghiên cứu PARTNERS, 1166 cấp vắc-xin chủng ngừa có tình trạng nhiễm HIV khác nhau (cấp cấp đôi khác giới và nam quan hệ tình dục đồng giới) trong đó bệnh tình bị nhiễm được sử dụng thuốc ARV khi quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su, không có truyền hợp lây truyền HIV nào được báo cáo sau khi theo dõi trung bình lên đến 1,3 năm và khoảng 58.000 hành vi quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su.

Thuận hóa truyền liệu lý tưởng phải có thời gian bán hủy dài và hàng rào kháng di truyền cao, để đạt được nồng độ cao trong bạch cầu của nhân, để tích bào và để chuyển sinh dục, an toàn và rẻ tiền. Hầu hết các đặc điểm này đều đạt được nhờ tenofovir (TDF). FDA đã phê duyệt sự kết hợp của TDF và emtricitabine (FTC) (Truvada TDF / FTC 300/200 mg) cho PrEP chủng ngừa lây nhiễm HIV qua đường tình dục ở nam giới có quan hệ tình dục đồng giới (MSM), cũng như đối với phụ nữ và nam giới quan hệ tình dục khác giới. CDC khuyến cáo rằng mỗi cá nhân không nhiễm HIV và đang có kế hoạch mang thai và bệnh tình nhiễm HIV nên bắt đầu sử dụng PrEP khoảng một tháng trước khi cố gắng thụ thai và tiếp tục thêm một tháng sau khi thụ thai xảy ra. Nếu họ vẫn tiếp tục giao hợp không được bảo vệ sau khi thụ thai và bệnh tình nhiễm HIV không đạt được sự ức chế virus bệnh tình, bệnh tình không nhiễm HIV nên tiếp tục dùng PrEP để giảm nguy cơ lây truyền cho cấp.

Vẫn còn những vấn đề về chi phí của PrEP phải được đưa vào các yếu tố khác bao gồm tài liệu nhiễm và tài liệu nhiễm HIV trong dân số sử dụng PrEP, chi phí thuốc PrEP, chi phí quản lý của PrEP, tài liệu chẩn đoán HIV trong dân số và chi phí để ARV cho cộng đồng HIV đồng tính.

Cấp nhật HIV và thai kỳ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 08:58 - Lần cập nhật cuối: Thứ bảy, 04 Tháng 12 2021 09:07

Việc sử dụng các công thức chung của TDF / FTC (Truvada), có thể giúp cải thiện hiệu quả chi phí của PrEP, được xem là biện pháp tiếp cận sức khỏe công đồng đồng nhất lây truyền HIV trong công đồng.

Trước khi thai, điều quan trọng là bạn tình nhiễm HIV phải được điều trị ARV và phải đạt được sự ức chế virus bạn tình. Nếu bạn sử dụng chế độ quy định đồng nhất sử dụng PrEP, hãy nên được giáo dục về những nguy cơ rủi ro và lợi ích tiềm ẩn cũng như tất cả các lựa chọn thay thế nếu có thể thai an toàn hơn. Ý nghĩa của việc bắt đầu điều trị trước khi thai của bạn phải tính đến việc ức chế tải lượng virus và đòi hỏi phải lựa chọn ART phù hợp với thai kỳ và sự tiến bộ của chuyên gia và sự cần thiết phải tuân thủ điều trị trong suốt quá trình mang thai, sinh nở và cho con bú.

Phụ nữ đồng tính với HIV sống với bạn tình âm tính với HIV cần được quản lý như những phụ nữ đồng tính với HIV khác, chú trọng vào việc ngăn ngừa bạn tình và trẻ sơ sinh nhiễm HIV.

Phụ nữ âm tính với HIV những sống chung với bạn tình HIV nên làm xét nghiệm chẩn đoán HIV ban đầu, kiểm tra chức năng thận và thai ngay từ đầu. Xét nghiệm HIV và mang thai nên được lặp lại ba tháng một lần, và các chức năng thận sáu tháng một lần. Cần thực hiện xét nghiệm để tìm nhiễm vi-rút viêm gan B (HBV), và những cá nhân không bị nhiễm HBV nên được tiêm phòng trước đó của được tiêm chủng hoặc thiêu trùng năng miễn dịch với HBV.

Khi khám thai, nên kiểm tra xét nghiệm HIV. Phụ nữ mang thai cần được tiếp tục theo dõi mối quan trọng của việc bắt đầu tuân thủ điều trị ARV và sự cần thiết phải đạt được sự ức chế virus bạn tình để giảm nguy cơ lây truyền HIV qua đường tình dục trong quá trình mang thai. Xét nghiệm HIV nên được thực hiện trong mối tam cá nguyệt, và xét nghiệm nhanh được thực hiện khi sắp sinh. Sau đó, xét nghiệm HIV nên được thực hiện ba tháng một lần sau khi sinh ít nhất là trong suốt thời gian cho con bú.

Cũng cần phải theo dõi và các triệu chứng của hội chứng retrovirus cấp tính (tức là sốt, viêm họng, phát ban, đau cơ, đau khớp, tiêu chảy và đau đầu) và theo dõi mối quan trọng của việc chăm sóc y tế và xét nghiệm nếu có các triệu chứng như vậy. Nhiễm HIV cấp tính trong thời kỳ mang thai hoặc cho con bú có liên quan đến tải lượng virus cao và tăng nguy cơ lây truyền HIV cho con của họ.

Tóm tắt và kết luận

Tình trạng lây nhiễm HIV vẫn còn rất phổ biến trên toàn thế giới, trong đó tỷ lệ nhiễm cao nhất ở Châu Phi cận Sahara và các nước LIC. Nó ảnh hưởng đến phụ nữ mang thai và nếu không được quản lý thích hợp, mang lại tỷ lệ mắc bệnh đáng kể và tử vong và nguy cơ lây truyền dọc cho trẻ sơ sinh. Tất cả phụ nữ mang thai nên được giới thiệu và khuyến khích xét nghiệm HIV và phải được quản lý khi bị nhiễm. Bất chấp tình trạng miễn dịch được chứng minh bằng tải lượng virus và số lượng tế bào CD4, tất cả phụ nữ mang thai nhiễm HIV đều nên dùng cART trong thai kỳ. Thời gian của cART và số lần chuyển tải lượng virus và thời gian là những yếu tố cần thiết để ngăn ngừa lây truyền mẹ con. Khi tải lượng virus được ức chế tốt, việc sinh đẻ cũng giảm nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh khác, và hỗ trợ các can thiệp chăm sóc dành cho chế độ nh khoa. Tuy vậy, nếu tải lượng virus không được ức chế hoặc trở lại đó chứng tỏ tình trạng nhiễm HIV, cần được biết để có ý kiến khám hoặc chuyển đổi và sinh đẻ để ngăn ngừa việc truyền virus cho con. Cần nhận thức về việc thực hiện các biện pháp để ngăn ngừa lây truyền HIV cho bệnh tình âm tính, do đó ngăn ngừa lây truyền dọc cho trẻ sơ sinh.

Người viết: Victor N. Chilakaa,b, *, Justin C. Konjeb, HIV in pregnancy – An update , European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 256 (2021) 484-491.