

NHẬN XÉT ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN MẸ CON TRÊN CÁC SẢN PHỤ NHIỄM HIV SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT, TRẦN THÙY LINH
Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét điều trị dự phòng lây truyền mẹ con trên các sản phụ nhiễm HIV sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2009 đến tháng 12/2010. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 189 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn của các sản phụ nhiễm HIV/AIDS và sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 01/2009 đến tháng 12/2010. **Kết quả:** Trong 189 đối tượng nghiên cứu có: 98,4% sản phụ được điều trị ARV và chỉ có 3 trường hợp (1,6%) không điều trị ARV. Các sản phụ nhiễm HIV được điều trị ARV ngày càng sớm hơn, tỷ lệ nhóm 2, nhóm 3 tăng lên năm 2010 và tỷ lệ nhóm 6 giảm hơn so năm 2009. Các sản phụ phát hiện nhiễm HIV trong thai kỳ phần lớn được bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36 (2009: 78,7% và 2010: 80,0%). Năm 2009, còn 2 sản phụ chỉ được bắt đầu điều trị ngay trước sinh (3,3%) và duy nhất 1 sản phụ không được điều trị ARV. Năm 2010, không có trường hợp phát hiện HIV trong thai kỳ nào không được điều trị hoặc đến khi sinh mới được điều trị. **Kết luận:** Điều trị ARV PLTMC: Có 98,4% sản phụ được tiếp cận điều trị ARV, chủ yếu các sản phụ được bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36.

Từ khóa: lây truyền mẹ con, sản phụ nhiễm HIV ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ mang thai có xu hướng tăng lên từ 0,21% năm 2008 lên 0,28% năm 2009 [1]. Đây thực sự là một gánh nặng vô cùng to lớn với toàn xã hội, với ngành y tế nói chung và chuyên ngành Sản Phụ Khoa nói riêng trong công tác phòng chống HIV/AIDS, đặc biệt là: dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Vì thế, cần có nhiều hơn những giải pháp thích hợp và kịp thời về quản lý, chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS và phòng lây truyền mẹ con (PLTMC).

Kết quả của nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới cho thấy dự phòng bằng phối hợp nhiều biện pháp đã mang lại những hiệu quả đáng kể trong giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con. Việt Nam ngày càng đẩy mạnh các hoạt động quản lý, chẩn đoán và điều trị dự phòng cho thai phụ nhiễm HIV. Và từ đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: **Nhận xét điều trị dự phòng lây truyền mẹ con trên các sản phụ nhiễm HIV sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01/2009 đến tháng 12/2010.**

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu 189 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn của các sản phụ nhiễm HIV/AIDS và sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 01/2009 đến tháng 12/2010.

1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Các sản phụ nhiễm HIV/AIDS đã được khẳng định bằng phương cách III của Bộ Y tế, và sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.
+ Những hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cần thu thập, dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2. Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các sản phụ nhiễm HIV/AIDS nhưng chưa được khẳng định bằng phương cách III của Bộ Y tế.
+ Các sản phụ nhiễm HIV/AIDS đã được khẳng định nhưng không sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.
+ Những hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tình hình điều trị ARV:

Bảng 1: Điều trị ARV cho sản phụ nhiễm HIV/AIDS

Điều trị ARV	Năm 2009 (n=104)		Năm 2010 (n=85)		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Có điều trị	102	98,1%	84	98,8%	p >
Không điều trị	2	1,9%	1	1,2%	0,05

Nhận xét:

Trong 189 đối tượng nghiên cứu có: 186 sản phụ được điều trị ARV (98,4%) và 3 trường hợp sản phụ không có điều trị ARV (1,6%) là: 1 sản phụ phát hiện nhiễm HIV ở tuần thai 36 và 2 sản phụ phát hiện nhiễm HIV ngay trước khi sinh.

2. Thời điểm điều trị ARV cho các sản phụ nhiễm HIV/AIDS:

Bảng 2: Thời điểm bắt đầu điều trị ARV

Thời điểm bắt đầu điều trị ARV	Năm 2009 (n=102)		Năm 2010 (n=84)	
Nhóm 1- Trước khi có thai	8	7,8%	33	39,3%
Nhóm 2- Khi có thai & trước tuần 14	1	1,0%	3	3,5%
Nhóm 3- Sau tuần 14 và trước tuần 28	3	2,9%	5	6,0%
Nhóm 4- Từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36	61	59,8%	32	38,1%
Nhóm 5- Sau tuần 36	7	6,9%	4	4,8%
Nhóm 6- Khi chuyển dạ	22	21,6%	7	8,3%

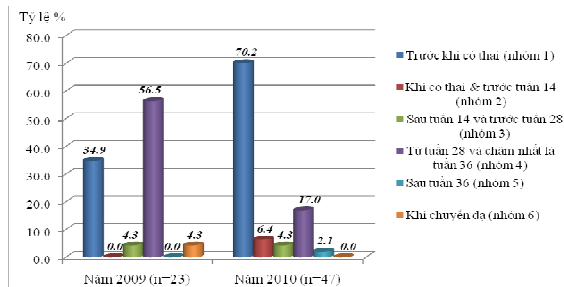
Nhận xét:

Tỷ lệ các nhóm thời điểm bắt đầu điều trị ARV cho sản phụ nhiễm HIV có sự thay đổi trong năm 2009 và 2010.

+ Tỷ lệ cao thuộc về nhóm 4, tỷ lệ cao tuyệt đối năm 2009 (59,8%) nhưng không còn chiếm ưu thế trong năm 2010 (38,1% - không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê so nhóm 1 trong cùng năm là 39,1% - $p < 0,05$).

+ Các sản phụ nhiễm HIV được điều trị ARV ngày càng sớm hơn, tỷ lệ nhóm 2, nhóm 3 tăng lên năm 2010 và tỷ lệ nhóm 6 giảm hơn so năm 2009.

3. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV ở sản phụ phát hiện bệnh trước khi có thai:



Biểu đồ 1: Thời điểm điều trị ARV cho các sản phụ phát hiện nhiễm HIV trước khi có thai.

Nhận xét:

Tỷ lệ các nhóm thời điểm điều trị cho sản phụ phát hiện nhiễm HIV trước khi có thai cũng có sự thay đổi trong năm 2009 và 2010.

+ Năm 2009: chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 4 (56,5%), sau đó là nhóm 1 (34,9%), vẫn còn 1 sản phụ chỉ được bắt đầu điều trị ngay trước sinh (4,3%).

+ Năm 2010, tỷ lệ cao nhất lại thuộc về nhóm 1 (70,2%) và nhóm 4 đứng vị trí thứ 2 (17,0%), không còn trường hợp nào phải chờ đến ngay trước sinh mới được điều trị.

4. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV cho các sản phụ phát hiện nhiễm HIV/AIDS trong thai kỳ:

Bảng 3: Thời điểm điều trị ARV cho các sản phụ phát hiện nhiễm HIV/AIDS trong thai kỳ

Thời điểm điều trị	Năm 2009 (n=61)		Năm 2010 (n=30)	
Nhóm 1- Khi có thai và trước tuần 14	1	1,6%	0	0,0%
Nhóm 2- Sau tuần 14 và trước tuần 28	2	3,3%	3	10,0%
Nhóm 3- Từ tuần 28 và chậm nhất là trước tuần 36	48	78,7%	24	80,0%
Nhóm 4- Sau tuần 36	7	11,5%	3	10,0%
Nhóm 5- Ngay trước khi sinh	2	3,3%	0	0,0%
Nhóm 6- Không điều trị gì	1	1,6%	0	0,0%

Nhận xét:

+ Các sản phụ phát hiện nhiễm HIV trong thai kỳ phần lớn được bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36 (2009: 78,7% và 2010: 80,0%).

+ Năm 2009, còn 2 sản phụ chỉ được bắt đầu điều trị ngay trước sinh (3,3%) và duy nhất 1 sản phụ không được điều trị ARV.

+ Năm 2010, không có trường hợp phát hiện HIV trong thai kỳ nào không được điều trị hoặc đến khi sinh mới được điều trị.

BÀN LUẬN

Tình hình điều trị ARV:

Nhiều nghiên cứu đã chứng tỏ việc điều trị can thiệp dự phòng đã làm giảm đáng kể tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con theo con đường lây dọc cũng như kéo dài thời gian sống cho trẻ nhiễm HIV sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV [2], [3], [4].

Ở Việt Nam điều trị ARV cho các sản phụ nhiễm HIV/AIDS theo phác đồ quy định đã được áp dụng ngày càng rộng rãi, đặc biệt là tại các bệnh viện lớn chuyên ngành sản phụ khoa. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong 189 sản phụ nhiễm HIV sinh tại BVPSTW có: 186 sản phụ được điều trị ARV (98,4% - 1 tỷ lệ rất cao) và chỉ có 3 trường hợp không điều trị ARV (1,6%), đó là: 1 sản phụ phát hiện nhiễm HIV ở tuần thai 36 tại BVPSTW, nhà Hà Nội, nghề nghiệp buôn bán, không rõ nguồn lây, đề thường khi thai 40 tuần (năm 2009), trường hợp này có lẽ đã không tuân thủ quy định điều trị. Và 2 sản phụ phát hiện nhiễm HIV ngay trước khi sinh, 1 trường hợp năm 2009 (sản phụ ở Hải Dương, nghề nghiệp kế toán, không xác định được nguồn lây nhiễm, được phát hiện HIV vào tuần 35, đã kết thúc thai kỳ bằng phương pháp mổ đẻ sau nhập viện khoảng 3 giờ do ối vỡ non trên 6 giờ) và 1 trường hợp năm 2010 (sản phụ ở Lạng Sơn, ở nhà nội trợ, cũng không rõ nguồn lây, phát hiện vào tuần 42, sản phụ này đã đề thường sau 2 giờ chuyển dạ tại viện). Các sản phụ này không điều trị có thể do diễn biến chuyển dạ nhanh, cũng không đủ thời gian tác dụng của thuốc. Tất cả con của các sản phụ đều được điều trị ARV theo phác đồ sau sinh dù mẹ không được dùng. So với kết quả điều trị dự phòng cho sản phụ nhiễm HIV trong những năm trước tại BVPSTW năm 2000 tỷ lệ được

điều trị là 38,4%, năm 2004 là 95,1%, nhận thấy 1 điều là tỷ lệ sản phụ được điều trị PLTMC ngày càng tăng.

Thời điểm điều trị ARV cho các sản phụ nhiễm HIV/AIDS:

Thời điểm bắt đầu điều trị ARV cho các sản phụ nhiễm HIV trong năm 2009 và 2010 có những sự thay đổi đáng kể.

Năm 2009, tỷ lệ cao nhất thuộc về nhóm bắt đầu điều trị trong khoảng thời gian từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36, vì đây là thời điểm khuyến cáo bắt đầu điều trị của WHO. Sau đó là nhóm chỉ bắt đầu điều trị khi chuyển dạ (21,6%), phần lớn các sản phụ trong nhóm này là những người được phát hiện nhiễm HIV ngay trước chuyển dạ (gần 19,6%), một phần nhỏ là các sản phụ phát hiện bệnh trước khi có thai hoặc khi có thai, có thể do các sản phụ này được chẩn đoán tại cơ sở khám chữa bệnh không chuyên sâu.

Năm 2010, tỷ lệ cao vượt trội không còn thuộc về nhóm bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36 (nhóm 4), tỷ lệ nhóm này cao tương đương nhóm đã điều trị từ trước khi có thai. Số sản phụ được điều trị từ trước khi có thai tăng lên hơn so với năm 2009 vì tỷ lệ sản phụ được chẩn đoán nhiễm HIV trước khi có thai (55,3%) chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với nhóm phát hiện trong thai kỳ và trước chuyển dạ. Nhóm 4 không còn chiếm tỷ lệ cao tuyệt đối nhưng vẫn cao hơn so với các nhóm bắt đầu điều trị trong khi có thai và ngay trước chuyển dạ, vì đây là thời điểm khuyến cáo của WHO. Nhóm điều trị ngay trước chuyển dạ giảm mạnh so với năm 2009, bên cạnh đó tỷ lệ nhóm được bắt đầu trong thai kỳ nhưng trước tuần 28 tăng chứng tỏ điều trị cho các sản phụ nhiễm HIV đã được thực hiện ngày càng sớm hơn, góp phần nâng cao hiệu quả phòng lây nhiễm HIV từ mẹ sang con.

Thời điểm bắt đầu điều trị ARV ở sản phụ phát hiện nhiễm HIV/AIDS trước khi có thai:

Xét các sản phụ phát hiện nhiễm HIV trước khi có thai thấy rằng: trong năm 2009, tỷ lệ cao nhất thuộc về các sản phụ được bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36 – nhóm 4 (56,5%), không phải nhóm bắt đầu điều trị từ trước khi có thai – nhóm 1

(34,9%) như năm 2010 (nhóm 1 chiếm tỷ lệ 70,2% - cao hơn hẳn so với các nhóm khác, vị trí thứ 2 thuộc về nhóm 4 là 17,0%). Có 1 sản phụ chỉ được bắt đầu điều trị ngay trước sinh (4,3%) trong năm 2009, nhưng năm 2010 không còn phát hiện trường hợp nào chờ đến ngay trước sinh mới được điều trị.

Thời điểm bắt đầu điều trị ARV cho các sản phụ phát hiện nhiễm HIV/AIDS trong thai kỳ:

Các sản phụ phát hiện nhiễm HIV trong thai kỳ phần lớn được bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36 (2009: 78,7% và 2010: 80,0%) – theo đúng phác đồ quy định của Bộ Y tế. Còn có tình trạng tiếp cận điều trị muộn so với thời điểm được chẩn đoán bệnh trong năm 2009, gồm 2 sản phụ chỉ được bắt đầu điều trị ngay trước sinh (3,3%) và duy nhất 1 sản phụ không được điều trị ARV.

Năm 2010 đã khắc phục được tình trạng này, không có trường hợp phát hiện HIV trong thai kỳ nào không được điều trị hoặc đến khi sinh mới được điều trị. Điều này cũng cho thấy sự nỗ lực PLTMC của các cán bộ y tế BVPSTW.

KẾT LUẬN

Điều trị ARV PLTMC: Có 98,4% sản phụ được tiếp cận điều trị ARV và chỉ có 3 trường hợp (1,6%) không điều trị ARV. Chủ yếu các sản phụ được bắt đầu điều trị từ tuần 28 và chậm nhất là tuần 36. Đang dần xuất hiện xu hướng điều trị sớm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục phòng, chống HIV/AIDS Bộ Y tế (2010), *Báo cáo tình hình dịch nhiễm HIV/AIDS toàn quốc đến Quý I/2010*.
2. Ciria LM. (1998), "Impact of zidovudine monotherapy on peronatal HIV transmission in Mallorca Island, Spain", *XII World AIDS Conference. Geneva 6/1998*.
3. Fiscus S., Adimora AA., Schoenbach VJ., Wilfect C., Johnson VA. (1998), "Can zidovudine monotherapy continue to reduce perinatal HIV transmission? The North Carolina experience 1993-1997", *XII World AIDS Conference. Geneva 6/1998*.
4. Newell LM. (1994), "Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV-1 infection", *Lancet*, 343, p. 1464-1467.