

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SẢN PHỤ VÀ CON NHIỄM HIV TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Văn Chung⁽¹⁾, Phạm Huy Hiền Hào⁽²⁾

(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Từ khóa: kháng virus, mổ đẻ, bú sữa mẹ, phòng lây truyền mẹ con.

Keywords: antiretroviral, cesarean section, breastfeeding, prevention of mother-to-child transmission.

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm và kết quả điều trị dự phòng lây truyền HIV mẹ - con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ năm 201- 2014.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 198 thai phụ nhiễm HIV và sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ 1/2013 – 12/2014. Phương pháp mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Tỷ lệ quản lý thai nghén cao 78,8%; Phát hiện HIV trước khi có thai là 73,2%, chuyển dạ là 9,6%; Tỷ lệ điều trị kháng virus cho mẹ là 100%, trước 12 tuần tuổi thai là 63,6%. Tỷ lệ điều trị kháng virus cho con 100%, không bú mẹ 100%; Tỷ lệ viêm gan B phối hợp 10,1%; Xử trí sản khoa mổ lấy thai là chủ yếu (76,3%); Tỷ lệ sơ sinh cân nặng <2500g: 8,1%; Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV là 1,5%.

Kết luận: Các can thiệp phòng lây truyền HIV mẹ con làm giảm đáng kể tỷ lệ lây nhiễm HIV cho trẻ

Từ khóa: kháng virus, mổ đẻ, bú sữa mẹ, phòng lây truyền mẹ con.

Abstract

SOME CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN INFECTED WITH HIV AND THEIR CHILDREN AT NATIONAL HOSPITAL OF OB-GYN IN 2013-2014

Objectives: To describe on some features and results of treatment for prevention mother-to-child transmission of HIV from 2013 to 2014.

Material and method: Sample size: 198 HIV-positive pregnant women given birth in NH – OBGYN from 1/2013 to 12/2014. Research Methodology: A retrospective description based on medical records.

Results: Prenatal care rate was 78.8%; Timing of detection HIV: Pre-conception was 73.2%, during labor was 9.6%; The rate of antiretroviral therapy for mothers is 100%, before 12th week is 63.6%. Rate of antiretroviral treatment for infants 100%, without breastfeeding 100%; Combined infected hepatitis B 10.1%; Cesarean section management 76.3%; Birth weight <2500g: 8.1%; The rate of children infected with HIV were 1.5%.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):

Phạm Huy Hiền Hào,
email: phienhao@gmail.com

Ngày nhận bài (received): 01/03/2017

Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
15/03/2017

Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 28/04/2017

Conclusion: Interventions of Prevention of mother-to-child transmission reduce the considerable incidence of childhood transmission.

Keywords: antiretroviral, cesarean section, breastfeeding, prevention of mother-to-child transmission.

1. Đặt vấn đề

HIV là đại dịch của nhân loại, hiện chưa có thuốc đặc trị và vaccin dự phòng. Hàng năm ở Việt Nam có khoảng 5000 – 7000 phụ nữ mang thai nhiễm HIV. Nếu không được dùng thuốc dự phòng sẽ có khoảng 1.800 trẻ em sinh ra nhiễm HIV. Tỷ lệ lây truyền mẹ con khi không có sự can thiệp dự phòng là 25 – 40%. Nếu bà mẹ được phát hiện nhiễm HIV sớm, dùng thuốc Antiretroviral (ARV) sớm, xử trí sản khoa hợp lý, không cho con bú thì tỷ lệ lây truyền mẹ con < 1%.

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (BVPSTW) là bệnh viện đầu ngành của chuyên ngành Sản Phụ khoa của cả nước và là nơi đã triển khai các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con từ nhiều năm nay. Nghiên cứu này được thực hiện ở BVPSTW nhằm mục tiêu: “Nhận xét một số đặc điểm và kết quả điều trị dự phòng lây truyền HIV mẹ - con tại BVPSTW từ năm 2013 – 2014”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả thai phụ nhiễm HIV và sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 12 năm 2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Thai phụ nhiễm HIV được khẳng định bằng phương pháp III, theo quy định của Bộ Y tế
- Tuổi thai từ 23 tuần, không có bất thường
- Trẻ đẻ ra sống

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thai chết lưu, chết trong chuyển dạ.
- Tuổi thai < 23 tuần hoặc > 23 tuần nhưng bất thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

2.3. Phác đồ điều trị dự phòng

Cho Mẹ: AZT 300 mg/ngày từ 14 tuần tuổi thai, hoặc ngay từ lúc phát hiện ra, khi chuyển dạ AZT 600 mg + NVP 200 mg + 3 TC 150 mg, sau đó 12 tiếng cho đến sau đẻ 7 ngày AZT 300 mg + 3 TC 150 mg cứ 12 tiếng.

Cho con NVP 6 mg ngay sau sinh và AZT 4mg/kg x 2 lần/ngày trong 4 tuần [1].

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Trong hai năm 2013-2014 nghiên cứu thu nhận được 198 sản phụ nhiễm HIV đến sinh con (năm 2013: 107 bà mẹ và năm 2014: 91 bà mẹ)

- Độ tuổi của các bà mẹ: Tỷ lệ bà mẹ có độ tuổi < 20 tuổi: 0,5%; từ 20- 24 tuổi: chiếm 14,1%; từ 25 – 29 tuổi chiếm 35,9%, từ 30 – 34 tuổi: 35,4%, và từ >35 tuổi: 14,1%. Độ tuổi trung bình: 29,1 ± 4,5 tuổi.

- Nghề nghiệp: Đa số là lao động tự do (làm đầu, buôn bán nhỏ,..) chiếm hơn một nửa (56,1%), cán bộ công chức: 36,9%, nông dân: 7,0% .

- Đặc điểm vùng dân cư sinh sống ở bà mẹ tương đương nhau (nông thôn: 45,5%, thành thị: 54,5%)

- Tiền sử sản khoa hiện tại: có 1 con: 38,9% (77/198); 2 con: 53,5% (106/198); từ 3 con trở lên : 7,6% (15/198).

• Tình trạng quản lý thai: có 78,8% được quản lý thai nghén tại Bệnh viện (156/198); không được quản lý: 21,2% (42/198).

• Thời điểm phát hiện HIV: trước có thai chiếm đa số (chiếm 73,5%); trong khi có thai là: 16,9%; và khi chuyển dạ: 9,6%.

• Xét nghiệm HBsAg của sản phụ dương tính chiếm: 10,1% (20/198).

• Tỷ lệ sử dụng thuốc PLTMC đạt tỷ lệ 100% (198/198).

• Thời điểm sử dụng thuốc dự phòng LTMC: < 12 tuần tuổi thai chiếm 63,6% (sử dụng phác đồ điều trị AIDS với 3 thuốc); > 12 tuần chiếm 25,8%; khi chuyển dạ: 10,6%

• Phương pháp đẻ: đẻ thường: 23,2%; mổ lấy thai chiếm đa số 76,3%; thủ thuật: chỉ chiếm 0,5%.

Tỷ lệ trẻ có cân nặng dưới 2500 gram là 8,1% (16/198).

Bảng 1. Mối liên quan giữa thời điểm sử dụng thuốc ARV và cân nặng trẻ sơ sinh

PLTMC	Cân nặng trẻ		Tổng
	≥ 2500gr	< 2500gr	
Trước 12 tuần	113 (62,1%)	13 (81,2%)	126 (63,6%)
Sau 12 tuần	50 (27,5%)	1 (6,2%)	51 (25,8%)
Chuyển dạ	19 (10,4%)	2 (12,6%)	21 (10,6%)
Tổng	182 (100%)	16 (100%)	198 (100%)

Tỷ lệ cân nặng trẻ < 2500 gram ở những bà mẹ sử dụng ARV trước 12 tuần là 81,2% (13/16), ở bà mẹ sử dụng ARV sau 12 tuần là: 6,2% (1/16), khi chuyển dạ: 12,6% (2/16).

Sử dụng ARV cho trẻ ngay sau đẻ: Tất cả các trẻ ngay sau đẻ đều được sử dụng thuốc ARV, chiếm 100%. Thuốc được sử dụng là siro Nevirapine (NVP), hoặc Zidovudine (AZT) tùy theo thời gian mẹ sử dụng thuốc ARV mà quyết định thời gian sử dụng cho trẻ.

Tình hình cho trẻ bú sữa mẹ: số trẻ không bú sữa mẹ chiếm 100% (173/173); tình trạng dinh dưỡng không xác định: 12,6% (25/198).

Bảng 2. Theo dõi ngoại trú cho trẻ sau đẻ

Theo dõi ngoại trú	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	169	85,4
Không	6	3,0
Không xác định	23	11,6
Tổng	198	100

Tổng số đối tượng có 198 cặp mẹ con nhưng chúng tôi chỉ liên hệ được 173 bà mẹ, có 2 bà mẹ tử vong khi được hỏi về tình trạng sức khỏe, còn 22 trường hợp không liên hệ được với mẹ.

Bảng 3. Tình trạng mẹ khi được liên lạc

Mẹ	Số lượng	Tỷ lệ %
Sống	173	87,4
Chết	2	1,0
Không liên lạc được	23	11,6
Tổng	198	100

Bảng 4. Tỷ lệ HIV (+) ở trẻ sau 18 tháng

Xét nghiệm HIV	Số lượng	Tỷ lệ %
Tỷ lệ xét nghiệm	171	98,3 (171/174)
Không xét nghiệm	3	1,7 (3/174)
Không xác định	24	12,1
Tổng	198	100

Trong tổng số 173 trẻ liên lạc được, tỷ lệ trẻ được làm ít nhất 1 xét nghiệm (hoặc PCR hoặc xét nghiệm kháng thể) là 171 trẻ chiếm 98,3%. Ngoài ra có 3 trẻ không được làm xét nghiệm và có 24 trẻ không liên lạc được.

Trong số 171 trẻ có xét nghiệm có 136 trẻ có kết quả PCR tại Bệnh viện Nhi Trung ương (có kết quả xét nghiệm lưu tại Bệnh viện) còn những trường hợp còn lại là trả lời qua điện thoại nên chưa đảm bảo độ tin cậy.

Trong số 136 trẻ có kết quả PCR thì có 2 trẻ cho kết quả HIV (+). Như vậy tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 1,5%.

4. Bàn luận

Tình trạng quản lý thai đối với thai phụ nhiễm HIV tại Bệnh viện Phụ sản TƯ khá tốt sau thời gian dài thực hiện chương trình PLTMC đạt 78,8%. Năm 2005 tác giả Nguyễn Thu Trang cho thấy tỷ lệ này chỉ là 34,8% [2].

Thời điểm phát hiện HIV thì trước có thai là chủ yếu (73,5%) do hiệu quả của chương trình PLTMC ngày càng cao, có nhiều sản phụ nhiễm HIV dù đã biết mình nhiễm nhưng vẫn mong muốn nhu cầu lấy chồng và có con.

Theo Technau (2011) tỷ lệ này trước mang thai 12%, có thai 53%, sau đẻ 35% [3]. Còn tác giả Vũ Thị Nhung (2008) nghiên cứu tại BV Hùng Vương cho thấy tỷ lệ tương ứng là 45,43% [4], Nguyễn Liên Phương (2008) tỷ lệ phát hiện khi chuyển dạ là 39% [5].

Điều trị dự phòng ARV đối với mẹ và con đạt 100% là một nỗ lực cố gắng cao của Bệnh viện PSTW khi thực hiện chương trình PLTMC.

Về thời điểm sử dụng thuốc PLTMC: có 63,6%

thai phụ sử dụng thuốc ARV trước 12 tuần, 10,6% thai phụ chỉ được sử dụng thuốc ARV khi đã chuyển dạ hoặc khi nhập viện để ngừng thai nghén.

Tỷ lệ sử dụng thuốc ARV theo tác giả Shan D (2014) là 63 - 99% [6], theo Vũ Thị Nhung (2008) là 91,5% [4]. Thời điểm bắt đầu dùng thuốc ARV theo Nguyễn Liên Phương (2008), theo Lương Tâm Phúc (2010) tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội giai đoạn 2006-2010 không có trường hợp sử dụng ARV trước 14 tuần [4],[5].

Nghiên cứu của Lussiana C., Clemente S. V, Ghelardi A. et al (2012), có 65,4% phụ nữ mang thai nhiễm HIV nhận được điều trị kháng virus trong thai kỳ [7]. Lý tưởng là điều trị lúc 20 tuần để đến khi 24 tuần nồng độ virus giảm, khi đó trẻ đẻ non có thể sống được.

Tại các nước đang phát triển không có khả năng điều trị 2 hoặc 3 thuốc, thường dùng đợt điều trị ngắn bằng Nevirapine (NVP) cho cả mẹ lẫn con, sẽ giảm nguy cơ nhiễm trong thời kỳ chu sinh 6%, nhưng trong trường hợp kháng thuốc thì tăng nguy cơ nhiễm cho mẹ con.

Điều trị kháng virus trong thời kỳ có thai: Efavirenz (EFV) hiện tại không chống chỉ định còn Nevirapine (NVP) không nên sử dụng khi nồng độ CD4 > 250/mm³, bởi vì thuốc có nguy cơ đặc biệt liên quan đến hội chứng Steven – Johnson và nhiễm độc gan nặng; thường phối hợp với thuốc chống nôn và chống ỉa chảy.

Theo một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, nếu như phụ nữ mang thai nhiễm HIV được sử dụng thuốc ARV sớm và được chăm sóc và quản lý thai nghén tốt thì sẽ làm giảm tỷ lệ đẻ non cũng như tỷ lệ thai chậm phát triển trong tử cung. Hiện tại Việt Nam chưa có một nghiên cứu nào về vấn đề này.

Trọng lượng trẻ sinh ra cân nặng < 2500g chiếm 8,1%; ở nhóm mẹ được quản lý thai nghén trước 12 tuần: 10,3%, sau 12 tuần: 2,0%, khi chuyển dạ: 9,5% thấp hơn so với Park (2014) tỷ lệ này là 33,3% [8].

Tại thời điểm kết thúc thai nghén, tuổi thai ≥ 38 tuần chiếm đa số với tỷ lệ 94,4%. Có 5,6% thai non tháng 28 – 37 tuần, không có tuổi thai < 28 tuần. Như vậy tỷ lệ thai phụ nhiễm HIV đẻ non tháng chỉ chiếm 5,6%, tương đối thấp so với kết quả tại nghiên cứu của Ngô Thị Thuyền là 15,1% [9]; của Nguyễn Liên Phương là 13,1% [5].

Theo các nghiên cứu trên thế giới việc điều trị kháng virus càng sớm càng tốt, nếu điều trị dự phòng thích hợp sẽ giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con dưới 1%, nếu không điều trị nguy cơ lây truyền 15-45%. Sự lây truyền có thể xảy ra trong khi có thai, chuyển dạ, đẻ, hoặc cho con bú. Với tỷ lệ 50% sự lây truyền được tin rằng xảy ra khi đẻ khi trẻ tiếp xúc với máu, dịch cơ quan sinh dục, ống đẻ nhiễm bệnh, 25% nhiễm trong tử cung khi mang thai và 25% trong giai đoạn sau sinh nếu mẹ cho con bú.

Nguy cơ lây truyền mẹ con liên quan trực tiếp tới nồng độ virus trong huyết tương người mẹ: nồng độ càng thấp nguy cơ càng giảm. Nếu không điều trị bà mẹ có nồng độ virus máu > 100,000 copies/ml có nguy cơ lây truyền > 50%; nếu nồng độ máu mẹ < 1000 copies/ml thì nguy cơ lây truyền < 1%. Vì lý do đó, điều trị thuốc kháng virus được khuyến cáo dùng trong suốt thai kỳ để làm giảm nồng độ virus càng thấp càng tốt; khi bắt đầu dùng không cần tính đến nồng độ CD4 và virus máu. Nếu nồng độ virus > 1,000 copies và không điều trị kháng virus trước đẻ thì cần truyền zidovudine (AZT) khi đẻ.

Hiện nay phác đồ ARV phối hợp 3 thuốc điều trị kháng virus tích cực mức độ cao (Highly Active Antiretroviral Therapy -HAART) trong đó hai thuốc đầu thuộc nhóm NRTIs như zidovudine-lamivudine (ZDV/3TC), thuốc thứ ba protease inhibitor, integrase inhibitor, hoặc NRTIs.

Tỷ lệ viêm gan B trong nhóm sản phụ khá cao: 10,1% nên đối với những trường hợp này thì điều trị tenofovir với hoặc emtricitabine hoặc lamivudine [10].

Tỷ lệ mổ đẻ chiếm 76,3% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương năm 2008 cũng tại BVPSTW tỷ lệ mổ lấy thai là 54,3% [5]. Nghiên cứu của Vũ Thị Nhung năm 2005 – 2008 tại bệnh viện Hùng Vương, tỷ lệ mổ lấy thai rất thấp chỉ là 16,6% [4].

Nồng độ virus máu quyết định các thức đẻ an toàn cho mẹ và con. Hiện nay các khuyến cáo cập nhật trên thế giới cho rằng nên chỉ định mổ đẻ chủ động khi thai được 38 tuần trong các ngữ cảnh sau:

- + Nồng độ virus máu (>1000 copies/mL) hoặc không biết nhiễm HIV trước khi đẻ
- + Mẹ không điều trị kháng virus trong khi có thai
- + Mẹ lo lắng vì nguy cơ phơi nhiễm của trẻ đối với máu và dịch nhiễm HIV khi đẻ.

Theo các nghiên cứu của Trường Đại học Johson Hopkin: ở nhóm bà mẹ được sử dụng ARV đầy đủ khi mang thai và sau đẻ không cho con bú, nếu mổ lấy thai tỷ lệ LTMC là 2%, đẻ đường âm đạo tỷ lệ LTMC là 7,3%. Vì vậy thai phụ sẽ được xét nghiệm nồng độ virus ở tuổi thai 34 – 36 tuần, nếu nồng độ > 1000 copy/ml, sẽ mổ chủ động ở 38 tuần [10]. Nếu trước khi mổ đẻ theo chương trình, bà mẹ có vỡ ối hoặc đã chuyển dạ thì mổ đẻ không còn ý nghĩa giảm nguy cơ lây truyền. Trong ngữ cảnh đó nếu không có yếu tố sản khoa phải mổ đẻ thì tiến hành cho đẻ đường âm đạo an toàn hơn cho mẹ và con.

Trong nghiên cứu này: 100% trẻ sơ sinh được điều trị kháng vi rút và không bú mẹ.

Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV giảm chỉ còn: 1,5%. Việc chẩn đoán có nhiễm HIV ở trẻ sơ sinh khó khăn, phải có thời gian chờ đợi vì tất cả các bà mẹ HIV (+) đều truyền kháng thể chống virus sang cho con qua rau thai và kháng thể này có thể tồn tại tới 18 tháng.

Vì vậy, muốn chẩn đoán sớm phải dựa vào các xét nghiệm tìm kháng nguyên HIV ngay sau đẻ, lúc 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau đẻ. Nuôi cấy virus, PCR và tìm kháng nguyên P24 có thể xác định trẻ

nhiễm HIV: ngay sau khi sinh: 50%, sau 1 tháng: 75%, sau 6 tháng: 100%.

Hiện nay việc xét nghiệm trước 6 tuần tuổi tìm DNA và RNA của virus có thể phát hiện virus HIV ở trẻ sơ sinh [10].

Trong nghiên cứu này tỷ lệ lây nhiễm của trẻ chỉ là 1,5%, đánh giá sự thành công của việc áp dụng các can thiệp PLTMC trong nhiều năm qua tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương (so sánh với nghiên cứu của Ngô Thị Thuyền là 18% giai đoạn 2009-2005; Đỗ Quan Hà, P.T.Nga năm 2013 là 1,9%) [9],[11].

5. Kết luận

- Tỷ lệ quản lý thai nghén cao 78,8%
- Phát hiện HIV trước khi có thai là 73,2%, khi chuyển dạ là 9,6%
- Tỷ lệ điều trị kháng virus cho mẹ là 100%, tỷ lệ mẹ được điều trị ARV trước 12 tuần là 63,6%.
- Tỷ lệ điều trị kháng virus cho con 100%, tỷ lệ con không bú mẹ 100%
- Tỷ lệ viêm gan B phối hợp 10,1%
- Xử trí sản khoa mổ lấy thai là chủ yếu (76,3%)
- Tỷ lệ sơ sinh cân nặng < 2500g: 8,1%
- Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV là 1,5%

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2015 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2015. 2015.
2. Nguyễn Thị Thu Trang. Một số đánh giá tình hình HIV/AIDS ở phụ nữ có thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2004 – 2005. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa.
3. Technau K. G, Kalk E., Coovadia A. et al. Timing of maternal HIV testing and uptake of prevention of mother to child transmission interventions among women and their infected infants in Johannesburg, South Africa. 2014; 65(5), e170-e178.
4. Vũ Thị Nhung. Tình hình phụ nữ mang thai nhiễm HIV tại Bệnh viện Hùng Vương. Tạp chí y học thực hành số 382. 2010.
5. Nguyễn Liên Phương. Nhận xét về thái độ xử trí trong chuyển dạ của sản phụ có HIV/AIDS năm 2008 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. 2008.
6. Shan D., Sun J., Khoshnood K. et al. The impact of comprehensive prevention of mother to child HIV transmission in Dehong prefecture,

Yunnan province, 2005-2010: a hard hit area by HIV in Southern China. Int J STD AIDS. 2014; 25(4), 253-260.

7. Lussiana C., Clemente S. V, Ghelardi A. et al. Effectiveness of a prevention of mother to child HIV transmission programme in an urban hospital in Angola. PLoS One. 2012; 7(4), 36381.

8. Park J. W, Yang T. W, Kim, Y. K et al. Ten years of experience in the prevention of mother to child human immunodeficiency virus transmission in a university teaching hospital. Korean J Pediatr. 2014; 57(3), 117-124.

9. Ngô Thị Thuyền. Đánh giá tình hình HIV/AIDS ở phụ nữ có thai tại BVPSTW 2000 – 2004. Luận văn thạc sỹ chuyên ngành sản phụ khoa. 2004.

10. Cartherine Eppes and Jean Anderson. HIV in pregnancy. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 2011; Page 265 – 280.

11. Đỗ Quan Hà, Phan Thị Thu Nga, Dương Lan Dung. Bước đầu đánh giá hiệu quả phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 10/2010 đến tháng 6/2011. Tạp chí Y học Việt Nam. 2013. Tập 411, tháng 10, Số 2/2013. trang 25-31.