

ĐÁNH GIÁ CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ SẢN KHOA LỚN PHÍA BẮC GIAI ĐOẠN 2006 - 2010

Nguyễn Việt Tiến⁽¹⁾, Dương Lan Dung⁽²⁾, Nông Minh Hoàng⁽²⁾, Nguyễn Thị Huyền Linh⁽²⁾, Trần Khánh Toàn⁽²⁾

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

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả chương trình PLTMC tại một số cơ sở sản khoa lớn phía Bắc giai đoạn 2006-2010. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thuần tập hồi cứu và tiến cứu. **Kết quả:** Trong thời gian từ 2006-2010 có 1093 phụ nữ nhiễm HIV đến sinh tại 8 cơ sở sản khoa lớn phía Bắc. Tỷ lệ nhiễm HIV trong số phụ nữ đến sinh con là 0,32%, trong đó tỷ lệ tập trung cao tại bệnh viện trung ương và các tỉnh lớn. Đa số (86,3%) bà mẹ nhiễm HIV được nhận các dịch vụ và thuốc ARV để dự phòng trong chương trình lây truyền HIV từ mẹ sang con. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con tính đến thời điểm xét nghiệm kháng thể lúc 18 tháng tuổi là 6,9%. Tỷ lệ này là 2,47% nếu bà mẹ sử dụng phác đồ 3 thuốc (điều trị AIDS), và tỷ lệ này là 4,87% nếu bà mẹ uống thuốc dự phòng từ khi mang thai và nếu mẹ uống thuốc khi chuyển dạ tỷ lệ này tăng lên tới 14,86%. Tỷ lệ không theo dõi được trẻ còn cao (47,5%), do đó có hạn chế trong việc đánh giá hiệu quả của chương trình. Điều này đòi hỏi phải có biện pháp tích cực hơn nữa trong việc theo dõi trẻ để chương trình đạt kết quả tốt hơn.

Từ khóa: HIV, AIDS, ARV, PCR, PLTMC, PNMT.

Abstract

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE PROGRAMME OF PREVENTION OF HIV TRANSMISSION FROM MOTHERS TO CHILDREN IN SOME OBSTETRIC'S FACILITIES IN NORTH OF VIETNAM IN THE PERIOD 2006-2010

*Evaluating the effectiveness of the programme of prevention of HIV transmission from mothers to children in some obstetric's facilities in North of VietNam in the period 2006-2010. **Objective:** Evaluating the effectiveness of the programme PMTCT in some obstetric's facilities in North of VietNam in the period 2006-2010. **Subjects and methods:** Cohort study (prospective et retrospective). **Results:** During the period 2006-2010, having 1093 HIV-infected mothers to give birth in 8 obstetrics facilities in North of VietNam, the HIV prevalence among women giving birth was 0,32%, in which this prevalence highly concentrated in the national hospital and some large provinces. The majority (86,3%) of mothers were received services and treatment ARV in the programme of PMTCT. The rate of transmission HIV from mother to child was 6,9%. The rate of transmission was 2,47% if mother had taken ARV with 3 drugs (AIDS's regimen), and was 4,87% if mother taking ARV during pregnancy and increased to 14,86% for the mothers taking ARV during labor. The number not follow-up of children was very high (47,5%), so there were limitation in evaluating the effectiveness of the programme. It required a more active follow-up method in order to get better information for evaluation.*

Key words: HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), ARV (Antiretrovirus), PCR (Polymerase chain reaction)

1. Đặt vấn đề

Việt Nam đã tham gia vào chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con (PLTMC) từ rất sớm, đầu những năm 1990. Kể từ đầu năm 1997, tại một số bệnh viện lớn phía Bắc đã bắt đầu triển khai can thiệp PLTMC. Từ cuối năm 2004 các mô hình can thiệp PLTMC trọn gói (gồm tư vấn xét nghiệm HIV sớm cho PNMT, điều trị thuốc kháng retro-virut cho bà mẹ và trẻ sơ sinh, thực hành sản khoa và theo dõi trẻ phơi nhiễm, xét nghiệm sớm cho trẻ) được thí điểm tại 3 tỉnh/thành phố. Sau đó chương trình dần được mở rộng và đến nay đã được

triển khai trên tất cả các tỉnh/thành phố [1]. Theo các nghiên cứu trên thế giới nếu không can thiệp và người mẹ không nuôi con bằng sữa mẹ, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) chiếm khoảng 15-30%. Nếu người mẹ nhiễm HIV không được điều trị PLTMC và cho con bú, tỷ lệ này có thể tăng lên tới 20-45% [2]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu về hiệu quả PLTMC đã được triển khai những năm gần đây: một đánh giá tại 3 tỉnh/thành phố, bệnh viện trung ương (BVTW) giai đoạn 2004-2009 cho thấy tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con khoảng 7% [3]; một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Hùng vương trong 3

năm 2005-2008 cho thấy tỷ lệ này giảm xuống còn 5,15% [4]. Điều này cho thấy việc can thiệp dự phòng có sử dụng ARV sẽ làm giảm đáng kể khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Để đánh giá hiệu quả chương trình PLTMC sau nhiều năm thực hiện PLTMC, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ PNMT nhiễm HIV sinh con tại các cơ sở sản khoa lớn phía Bắc trong 5 năm từ 2006-2010.
2. Tình hình xử trí sản khoa và điều trị PLTMC tại 8 cơ sở sản khoa.
3. Bước đầu đánh giá hiệu quả PLTMC và mối liên quan với phác đồ điều trị ARV.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu thuần tập, sử dụng cả hai phương pháp thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ nhiễm HIV đã sinh con tại các bệnh viện tham gia nghiên cứu trong thời gian từ 1/1/2006 đến hết 31/12/2010. Thông tin về trẻ sinh ra từ các bà mẹ nhiễm HIV trong nghiên cứu này được thu thập bằng cách liên hệ với người mẹ nhiễm HIV để phỏng vấn hoặc qua hồ sơ bệnh án tại phòng khám ngoại trú nhi tại các tỉnh tham gia nghiên cứu. Xét nghiệm khẳng định tình trạng nhiễm HIV của trẻ trong nghiên cứu này được tiến hành tuân thủ dựa vào Hướng dẫn chẩn đoán sớm trẻ nhiễm HIV của Bộ Y tế năm 2010.

2.3. Địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại 8 cơ sở sản khoa lớn tại 6 tỉnh thành phía Bắc, bao gồm Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, 5 bệnh viện phụ sản (BVPS) các tỉnh, thành phố: Hà Nội, Thái Bình, Nam Định, Hải Phòng, Thanh Hóa, Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Quảng Ninh và Khoa Sản Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí.

3. Kết quả

3.1 Tỷ lệ PNMT nhiễm HIV tại các cơ sở sản khoa phía Bắc

Tổng cộng tại 8 cơ sở sản khoa đã thu nhận được 1093 phụ nữ nhiễm HIV sinh con. Trong đó tại Bệnh viện PSTW có 418 đối tượng (chiếm 38,2%), số còn lại bao gồm: BVPS Hà Nội: 53 (4,9%), BVPS Thái Bình: 58 (5,3%), BVPS Nam Định: 43 (3,9%), BVPS Hải Phòng: 267 (24,4%), Khoa Sản BVĐK Quảng Ninh: 61 (5,6%), khoa Sản BV Việt Nam - Thụy Điển Uông Bí: 61 (5,6%) và BVPS Thanh Hóa: 79 (7,3%). Tuy nhiên giai đoạn đầu các hoạt động PLTMC chưa triển khai rộng rãi tại một số BVPS nên chúng tôi không đánh giá được tỷ lệ nhiễm HIV ở PNMT tại BVPS Hà Nội và một số năm đầu của BVPS Nam Định, Thái Bình.

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm HIV trong số phụ nữ sinh con tại 7 cơ sở nghiên cứu trong từng năm

TT	Tên cơ sở	2006	2007	2008	2009	2010
1.	BVĐK Quảng Ninh	0,42	0,63	0,74	0,87	0,72
2.	BVPS Trung ương	0,24	0,49	0,45	0,52	0,64
3.	BVPS Hải Phòng	0,57	0,47	0,25	0,53	0,43
4.	BVPS Thanh Hóa*	0,27	0,27	0,43	0,28	0,32
5.	Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển Uông Bí	0,26	0,1	0,17	0,24	0,27
6.	BVPS Thái Bình	0,12	0,15	0,19	0,21	0,25
7.	BVPS Nam Định	0,012*	0,05*	0,18	0,20	0,24
	Trung (%)	0,27	0,31	0,34	0,41	0,24

- Tỷ lệ nhiễm HIV ở số phụ nữ sinh con tại 7 cơ sở nghiên cứu trong 5 năm dao động từ 0,27%(2006), 0,31%(2007), 0,34% (2008), 0,41%(2009), 0,24% (2010).

- Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ sinh con tại 7 cơ sở sản khoa từ 2006 đến 2010 là 0,32%. Tỷ lệ này tại các bệnh viện sản lớn phía Bắc tăng dần theo từng năm từ 2006 đến 2009 và có xu hướng giảm trong năm 2010.

** Về thời điểm phát hiện nhiễm HIV cho thấy tỷ lệ sản phụ được phát hiện nhiễm HIV khi mang thai là 545 trường hợp chiếm 49,8% (trong đó tỷ lệ phát hiện HIV trước khi có thai là 17,9% và trong khi mang thai là 31,9%), và khi chuyển dạ là 548 trường hợp, chiếm 50,1%.

3.2 Tình hình xử trí sản khoa và điều trị PLTMC tại 8 cơ sở sản khoa

Có 621 trường hợp là đẻ thường (chiếm 56,8%), tỷ lệ foor xép và giác hút có 16 trường hợp (1,5%), mổ lấy thai có 456 trường hợp (41,7%). Hầu hết các trường hợp mổ lấy thai ở sản phụ có HIV/AIDS đều do chỉ định sản khoa: thai suy, thai to, vết mổ đẻ cũ, ngôi bất thường

Bảng 2. Phác đồ điều trị cho phụ nữ nhiễm HIV sinh con tại 8 cơ sở sản khoa

Phác đồ điều trị ARV		n=1093	%
Không điều trị ARV		150	13,7
Có điều trị ARV		943	86,3
Trong đó:	- Điều trị AIDS	159	16,7
	- Điều trị AZT +NVP hoặc AZI/NVP+ 3TC khi chuyển dạ hoặc AZI/3TC/NVF	477	50,6
	- Điều trị NPV liều duy nhất	307	32,7

- Tỷ lệ sản phụ được tiếp cận với ARV cả khi mang thai và chuyển dạ chiếm 86,3%, không được điều trị 13,7%, chủ yếu tập trung vào giai đoạn chuyển dạ.

3.3. Bước đầu đánh giá hiệu quả PLTMC tại các cơ sở sản khoa

3.3.1. Tỷ lệ LTMC tại từng cơ sở sản khoa trong thời gian nghiên cứu

Trong tổng số 1093 trẻ phơi nhiễm có 574 trẻ có xét nghiệm (XN) về tình trạng HIV (chiếm 52,5%) trong đó có 344 trẻ có xét nghiệm PCR lần 1, 67 trẻ có xét nghiệm PCR lần 2 và 432 trẻ có xét nghiệm khẳng định tại 18 tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ không theo dõi được (không có xét nghiệm nào) là 519 trẻ (chiếm 47,5%).

Kết quả xét nghiệm trong số trẻ theo dõi được cho thấy tỷ lệ LTMC tại thời điểm xét nghiệm 18 tháng tuổi là 6,9%.

3.3.2. Mối liên quan giữa tỷ lệ LTMC với phác đồ điều trị ARV

Bảng 3. Liên quan giữa phác đồ điều trị ARV và tình trạng nhiễm của trẻ

Phác đồ điều trị ARV	Dương tính n=30 (%)	Âm tính n=432 (%)	Tổng cộng
Điều trị AIDS (3 thuốc)	2 (2,47%)	79 (97,53%)	81 (100%)
Điều trị từ khi mang thai (2 thuốc)	11 (4,87%)	215 (95,13%)	226 (100%)
Điều trị khi chuyển dạ đẻ (1 thuốc)	11 (14,86%)	63 (85,14%)	74 (100%)
Không được điều trị	6 (11,76%)	45 (88,24%)	51 (100%)
Tổng cộng	30 (6,9%)	402 (93,1%)	432 (100%)

$p = 0,005 < 0,05$

Nhận xét: Có sự khác biệt về tỷ lệ LTMC giữa các nhóm, với $p < 0,05$. Tỷ lệ LTMC càng thấp ở nhóm phác đồ điều trị sớm, kéo dài và phối hợp nhiều thuốc: với phác đồ khi chuyển dạ thì tỷ lệ LTMC là 14,86%, với phác đồ khi mang thai 2 thuốc thì tỷ lệ này là 4,87%, còn nếu được điều trị 3 thuốc tỷ lệ này giảm xuống còn 2,47%.

4. Bàn luận

4.1. Tỷ lệ nhiễm HIV trong số phụ nữ đến sinh con tại 7 cơ sở sản khoa phía Bắc từ 2006-2010

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong số phụ nữ sinh con trong 5 năm là 0,32%, trong đó tỷ lệ PNMT nhiễm HIV năm 2010 tại Bệnh viện ĐK Quảng Ninh chiếm tỷ lệ cao (0,72%), tiếp đến là BVPS TƯ (0,64%), BVPS Hải Phòng (0,43%), tiếp đến BVPS Thái Bình, BVPS Nam Định, BV Ưông Bí, BVPS Thanh Hóa có tỷ lệ tương đương như nhau (0,27%, 0,25%, 0,24%). Tại một số BVPS như Hà Nội, Nam Định thì số liệu chưa đầy đủ nên con số chưa phản ánh đúng thực tế tình hình nhiễm của PNMT những năm đầu triển khai các dịch vụ toàn diện (2006-2009).

Báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS năm 2013 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV của PNMT trên toàn quốc hiện nay khoảng 0,24% [1]. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn cũng dễ hiểu vì các BVPS tuyến tỉnh và trung ương là nơi tập trung nhiều các sản phụ có nguy cơ đến sinh, đặc biệt là phụ nữ nhiễm HIV. So sánh với báo cáo của Tiểu ban PLTMC tại Bệnh viện PSTW năm 2002 cho thấy tỷ lệ PNMT nhiễm HIV tại 7 BVPS lớn trong cả nước dao động từ 0,49% đến 0,61% [5]. Như vậy theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm của PNMT tại các BVPS phía Bắc đã giảm xuống còn gần một nửa (0,32%). Bảng phân bố đối tượng nghiên cứu cho thấy có một tỷ lệ lớn PNMT nhiễm HIV tập trung tại các Bệnh viện Phụ sản tuyến trung ương (38,2%) và tại hai thành

phố lớn là Hải Phòng (chiếm 24,4%) và Quảng Ninh (chiếm 16%). Do vậy để đẩy mạnh chất lượng của chương trình dự phòng LTMC cũng cần đầu tư nhiều nguồn lực và nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS tại các cơ sở sản khoa tuyến trung ương và các thành phố lớn trên.

4.2. Tình hình xử trí sản khoa và điều trị PLTMC tại 8 cơ sở sản khoa

Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy có nhiều quan niệm trong thái độ xử trí sản khoa với sản phụ nhiễm HIV nhưng đều kết luận việc điều trị ARV có tác dụng quyết định để làm giảm tỷ lệ LTMC [5].

Tại nghiên cứu này tỷ lệ sản phụ được tiếp cận với ARV cả khi mang thai và chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao (86,3%). Kết quả khá tương đương với một số nghiên cứu về PLTMC gần đây và cho thấy tỷ lệ điều trị ARV cho các bà mẹ nhiễm HIV ngày càng tăng lên tại Việt Nam [4],[6]. Trong số sản phụ được điều trị ARV thì tỷ lệ sản phụ được điều trị ARV khi mang thai gần gấp đôi so với khi chuyển dạ (58,2% so với 28,1%). Như vậy ngày càng có nhiều phác đồ tốt, phối hợp nhiều thuốc có hiệu quả (AZT/3TC/NVF/NVP...), thay thế cho phác đồ đơn giản, ít hiệu quả trước kia (duy nhất NVP khi chuyển dạ) nhằm giảm tới mức tối đa LTMC.

Tỷ lệ không được điều trị 13,7%, chủ yếu tập trung vào giai đoạn chuyển dạ. Tìm hiểu các lý do không được dùng ARV, chủ yếu là do bệnh nhân đến quá muộn trong giai đoạn chuyển dạ nên không kịp dùng thuốc (khi cổ tử cung mở hết, tiên lượng đẻ trong vòng 1 giờ), còn lại một số nguyên nhân khách quan như thai chết lưu, bệnh nhân không đồng ý điều trị. Tuy nhiên cũng còn một số nguyên nhân chủ quan từ phía các cơ sở y tế như trả kết quả xét nghiệm muộn không có thuốc, hết thuốc hoặc để ở tuyến dưới nhưng chuyển tiếp lên tuyến trên cũng có trường hợp cán bộ không nắm vững phác đồ điều trị nên bỏ sót.

Theo nhiều nghiên cứu trên thế giới và trong nước cho thấy điều trị thuốc kháng vi rút càng sớm thì hiệu quả càng cao và điều trị khi mang thai hiệu quả hơn nhiều so với liều khi chuyển dạ (từ 25% xuống còn 8% thậm chí 1-2%) [2]. Trong thời gian tới, để nâng cao hiệu quả PLTMC cần vận động các sản phụ ở nhóm nguy cơ nên đi xét nghiệm HIV sớm, điều trị tích cực từ khi mang thai để đạt hiệu quả cao nhất. Các cơ sở sản khoa cần củng cố việc theo dõi và quản lý thai nghén từ tuyến cơ sở, lồng ghép giữa chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ

và trẻ em với các chương trình quốc gia về phòng chống HIV/AIDS.

4.3 Đánh giá hiệu quả PLTMC

4.3.1 Tỷ lệ LTMC tại thời điểm xét nghiệm khẳng định khi trẻ 18 tháng tuổi

Trong giai đoạn 5 năm 2006-2010, tại các cơ sở sản khoa trên toàn quốc các chương trình phòng chống HIV/AIDS với sự tài trợ của các dự án quốc tế đã triển khai mạnh mẽ và rộng khắp các hoạt động can thiệp dự phòng LTMC toàn diện, trong đó có theo dõi trẻ khi sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV: trẻ sinh ra từ sản phụ nhiễm HIV được giới thiệu sang phòng khám ngoại trú nhi của Bệnh viện Nhi Trung ương, Bệnh viện Nhi Hải Phòng và sau đó là tại các Phòng khám Nhi tại các tỉnh như Quảng Ninh, Thái Bình,... Tuy nhiên việc theo dõi trẻ cũng gặp nhiều khó khăn vì vào những năm đầu của dịch HIV/AIDS do nhận thức của người nhiễm HIV còn hạn chế, sự kỳ thị mạnh mẽ của cộng đồng, và chương trình PLTMC chưa phát triển mạnh, các bà mẹ nhiễm HIV thường có xu hướng không cho trẻ theo dõi định kỳ tại cơ sở nhi khoa. Họ chỉ cho trẻ khám khi trẻ có các dấu hiệu bệnh lý. Việc theo dõi cho trẻ phơi nhiễm HIV lại là một quá trình dài (18 tháng) và gặp nhiều khó khăn do người mẹ thường suy giảm sức khỏe sau đẻ, thiếu điều kiện kinh phí đi lại theo dõi, bị kỳ thị... do vậy thời gian đầu tỷ lệ không theo dõi được trẻ rất cao, sau đó giảm dần. Qua một thời gian dài theo dõi, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 432 trẻ được làm xét nghiệm HIV lúc 18 tháng, trong đó 30 trẻ HIV được kết luận là nhiễm HIV, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 6,9%. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Trần Quang Hiến (2012) tại An Giang là 7,14% [7].

Qua nhiều năm thực hiện chương trình PLTMC, tỷ lệ LTMC ở nước ta đã giảm khá nhiều, từ 18,6% theo nghiên cứu của Ngô Thị Thuý năm 2000-2004 xuống còn 6,9% năm 2010 [8]. Kết quả này không chỉ là thành công của ngành y tế nói riêng mà là của cả xã hội nói chung nhằm tiến tới mục tiêu thiên niên kỷ là không còn trẻ nhiễm HIV tại Việt Nam và trên toàn thế giới.

Trong nghiên cứu này có sự tham gia của một số bệnh viện phụ sản như Nam Định, Thái Bình, Thanh Hóa là những nơi mà chương trình PLTMC mới được triển khai từ cuối năm 2008, 2009 nên tỷ lệ PNMT được phát hiện và điều trị muộn còn cao, can thiệp PLTMC còn hạn chế về chất lượng và hiệu quả. Do đó tỷ lệ LTMC tính chung cho cả địa

bàn nghiên cứu cũng có thể có phần bị ảnh hưởng. Kết quả này cũng khá phù hợp với kết quả trong bảng so sánh dưới đây, đồng thời cho thấy hiệu quả PLTMC nhìn chung đã có xu hướng tăng cao rõ rệt trong những năm gần đây.

Bảng 4. So sánh tỷ lệ LTMC tại một số nghiên cứu tại Việt Nam gần đây

Tên tác giả	Giai đoạn nghiên cứu	Cơ sở nghiên cứu	Tỷ lệ LTMC
Ngô Thị Thuý [8]	2000-2004	BVPSTW	18,6%
Dương Lam Dung [6]	2005-2008	BVPSTW	11,1%
Nguyễn Thuý Hà [3]	2005-2009	3 tỉnh/TP và BVTW	7%
Vũ Thị Nhung [4]	2005-2008	BV Hùng Vương	5,11%
Đỗ Thu Thuý [9]	2004-2009	BVPS Hải Phòng	7%
Kết quả của chúng tôi	2006-2010	8 BVPS phía Bắc	6,9%

4.3.2. Hiệu quả các thuốc ARV dự phòng LTMC

Theo bảng về mối liên quan giữa cách điều trị ARV với tình trạng nhiễm HIV của trẻ cho thấy tỷ lệ LTMC tương ứng với các phác đồ điều trị 3 thuốc, điều trị từ khi mang thai, điều trị khi chuyển dạ là 2,47%; 4,87% ; 14,86%. Một ngoại lệ được thấy ở nhóm không được điều trị có tỷ lệ LTMC thấp hơn (11,76%), lý do có thể vì giai đoạn đầu triển khai một số ít phụ nữ không kịp được điều trị bị bỏ sót trong nghiên cứu, ngoài ra tỷ lệ không theo dõi được khá cao đã ảnh hưởng đến việc xác định tỷ lệ LTMC trong nhóm này. Đây cũng chính là hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy vậy kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ LTMC sẽ được hạn chế tối đa nếu dùng các phác đồ phối hợp nhiều thuốc và điều trị kéo dài từ khi mang thai. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Nhung đánh giá hiệu quả PLTMC tại Bệnh viện Hùng Vương từ năm 2005-2008 cho thấy tỷ lệ LTMC là 3,88% nếu mẹ được điều trị từ khi mang thai, tỷ lệ này là 6,48% nếu mẹ được điều trị khi chuyển dạ và nếu mẹ không kịp uống thuốc thì tỷ lệ này là 10,52% [4].

Những nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy tác dụng như của việc điều trị ARV sớm và có hiệu quả: nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng (PACTG 076) cho thấy sử dụng ARV khi mang thai từ tuần thai thứ 14 cũng với việc tiêm tĩnh mạch khi chuyển dạ, trẻ uống xiro 6 tuần phối hợp với nuôi con bằng sữa ăn thay thế làm giảm tỷ lệ LTMC xuống còn 7,6% so với 22,6% ở nhóm chứng khi theo dõi trẻ đến 18 tháng tuổi [10]. Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đối chứng Kesho Bora tại châu Phi đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng 3 thuốc ARV từ 28-36 tuần và tiếp tục trong thời gian cho con bú (06 tháng) so sánh với điều trị ARV ngắn hạn cho thấy tỷ lệ nhiễm ở trẻ là tương tự ở

hai nhóm (1,8% so với 2,2%). Tuy nhiên tỷ lệ nhiễm HIV tích lũy ở trẻ lúc 12 tháng tuổi là 5,5% (95% CI =3,6% - 8,4%), giảm 42% nguy cơ so với trẻ trong nhóm dự phòng ARV ngắn [11]. Như vậy phác đồ điều trị ARV cần được tiến hành sớm và phối hợp nhiều thuốc để đảm bảo nâng cao được hiệu quả dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

5. Kết luận

- Tỷ lệ PNMT nhiễm HIV sinh con tại 8 cơ sở sản khoa lớn phía Bắc giai đoạn 2006-2010 là 0,32%.

- Đa số (86,3%) số PNMT nhiễm HIV sinh con được tiếp cận và sử dụng ARV để PLTMC.

- Tỷ lệ LTMC qua kết quả XN khẳng định HIV lúc trẻ 18 tháng tuổi là 6,9%. Tỷ lệ LTMC được điều trị khi chuyển dạ là 14,86%, điều trị từ khi mang thai là 4,87%, điều trị với phác đồ 3 thuốc tỷ lệ này giảm xuống còn 2,47%. Do tỷ lệ không theo dõi được trẻ còn lớn 47,5% nên việc đánh giá hiệu quả chương trình còn khó khăn đòi hỏi cần có nhiều biện pháp tích cực hơn nữa để việc theo dõi chương trình đạt kết quả tốt hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Cục phòng chống HIV/AIDS, Báo cáo Công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2012 và trọng tâm kế hoạch 6 tháng cuối năm 2013, Công văn số 506/BC-BYT năm 2013, 2013.
2. Lallemand M et al, A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1, *New England Journal of Medicine* 2000; 343(14), 982-991.
3. Nguyễn Thúy Hà, Hoàng Thu Huyền, Đỗ Thị Nhân, Chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, thành công thách thức – bài học kinh nghiệm từ đánh giá hiệu quả chương trình tại 3 tỉnh/thành phố và Bệnh viện trung ương tại Việt nam 2004-2009, Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010, *Y học thực hành*, 2010; 742 + 743, tr 495-498.
4. Vũ Thị Nhung, Đánh giá chương trình phòng lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con tại Bệnh viện Hùng Vương 2005-2008", Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010, *Y học thực hành*. 2009; số 742 + 743, tr 377-379.
5. Tiểu ban Bảo vệ Bà mẹ và Trẻ sơ sinh, "Báo cáo tổng kết cuối năm chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con- Bộ Y tế", Ban phòng chống AIDS. 2002.
6. Dương Lan Dung, Nguyễn Việt Tiến, Đỗ Quan Hà, Nhận xét tình hình và bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị dự

phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 9/2005 đến 2/2008, *Tap chí Y học thực hành*. 2010; (714) Số 4/2010, tr 126-129.

7. Trần Quang Hiến, Nghiên cứu thực trạng nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai và sự lây truyền HIV từ mẹ sang con tại tỉnh An Giang. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2012.

8. Ngô Thị Thuyền, Khảo sát tình hình thai phụ nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 1/2000 đến 9/2004. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà nội. 2004.

9. Đỗ Thị Thu Thủy, Nguyễn Thị Mai Anh, Tình hình lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng giai đoạn 2004-2008, *Tap chí Hội nghị Sản Phụ khoa Việt- Pháp- 3/2009*. tr 18-24.

10. De Cock KM et al., Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice, *Journal of the American Medical Association*. 2000; 283(9), 1175-1182.

11. De Vincenzi, I. and Kesho Bora Study Group, Triple-antiretroviral prophylaxis during pregnancy and breastfeeding compared to short-ARV prophylaxis to PMTCT in Burkina Faso, Kenya and South Africa. Abstract LBPEC01 in the 5th IAS Conference on HIV pathogenesis and treatment. Cape Town, South Africa. 2009.