

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 cứ là những người đồng tính luyến ái, những người lây nhiễm HIV hiện đã được báo cáo ở mọi 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 nhiễm 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 phác đồ pháp chữa trị hoặc vaccine nào để bảo vệ 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 nhiêm HIV cao nhất, chiếm hơn 60% tổng số ca nhiêm m. Các khu vực khác hiện đang chịu gánh nặng nhiêm trùng gia tăng bao gồm Châu Á, Châu Mỹ Latinh, Caribe, Đông Âu và Trung Á.

Tỷ lệ nhiêm 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 với HIV / AIDS, những xu hướng này dường như đang giảm dần. Nhiêm 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 nhiêm HIV trong thai kỳ là để phòng lây nhiêm 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 đến với thai nghén và kết quả mang thai

Nhiêm HIV liên quan đến các triệu chứng khác nhau của kết quả thai nghén bất lợi bao gồm tăng số y thai tự nhiên, thai chết lưu, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh, hơn cả tăng trọng lượng trong tử cung, trọng lượng sinh nhẹ cân và viêm màng ối. Do các chứng minh rõ ràng, HIV có thể ảnh hưởng xấu đến tiến trình và tiến trình của nhiêm u bệnh nhiêm trùng trong thai kỳ, bao gồm Herpes sinh dục, nhiêm 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, nhiêm trùng ti thể niệu và viêm phổi do vi khuẩn. Bên cạnh đó, nhiêm ký sinh trùng và nhiêm trùng cũng có liên quan đến HIV như bệnh lao, viêm phổi do Pneumocystis jirovecii dường như thường xuyên xảy ra trong thời kỳ mang thai và trong thời kỳ hậu sản.

Mang thai dường như không ảnh hưởng xấu đến quá trình lây nhiêm, số tiến triển hoặc số sống còn của HIV. Suy giảm số lượng tế bào CD4 ở phụ nữ nhiêm HIV trong thời kỳ mang thai thường thấy ở giai đoạn sau sinh. Mức RNA của HIV dường như vẫn ở mức độ thấp trong thời kỳ mang thai, mặc dù một số nghiên cứu cho thấy có sự gia tăng tải lượng virus trong thời kỳ hậu sản.

Ở các nước HIC, nhiêm HIV là nguyên nhân hiếm gặp gây tử vong mẹ vì các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chuyên biệt và số có trong khi ở các nước 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.

Tầm soát HIV trong thai kỳ

Phòng ngừa lây nhiễm HIV 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 các cô gái có tỷ lệ nhiễm HIV cao (> 5%), xét nghiệm và tư vấn HIV nên được thực hiện ở tất cả các cô gái khám thai. Phòng ngừa lây nhiễm có tỷ lệ nhiễm thấp (<5%), xét nghiệm HIV phải đi kèm với các xét nghiệm khác như giang mai, viêm gan được xem là biện pháp tích cực để phòng lây truyền mẹ con.

Tư vấn và xét nghiệm HIV phải là nguy cơ và các nguyên tắc đáng ý, báo mô tả, 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 cho bà mẹ và em bé. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thể tiêm vaccine phòng ngừa HIV. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng nên khuyến khích các cô gái có tỷ lệ nhiễm HIV cao khám thai sớm để được tư vấn và điều trị trước khi mang thai. Ví dụ, ở Anh từ năm 2012 đến năm 2014, trong số các trường hợp mang thai có tỷ lệ nhiễm HIV, 85% các ca sinh non là cho nhiễm HIV từ mẹ truyền sang con trước khi mang thai và khoảng 50% trong số họ sinh con khỏe mạnh sau đó kể từ 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.

Vấn đề chính cần tập trung vào việc dự phòng lây truyền mẹ con của HIV. Cần xem xét lại các loại thuốc để bắt đầu điều trị kết hợp kháng virus (cART) thích hợp cho thai kỳ. Cần nhận thức về tầm 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 chăm sóc trước sinh, trong và sau sinh. Cần nhận thức rõ ràng về việc đạt được thành công việc ức chế virus từ đầu thai kỳ và trong suốt thai kỳ là

phòng ngừa tiên đoán tốt nhất để giảm bớt nguy cơ lây truyền mẹ con từ mẹ nhiễm HIV

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 20 min	Antibodies

Các xét nghiệm và chẩn đoán HIV.

Theo dõi HIV trong thai kỳ.

Đầu tiên cần thiết là phải đánh giá tình trạng nhiễm virus hàng tháng để theo dõi tiến trình và hiệu quả của việc quản lý. Những người nhiễm HIV bắt đầu cART trong thai kỳ, nên xét nghiệm tình trạng nhiễm 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 biết chú ý đến nồng độ hemoglobin và số lượng tiểu cầu vì một số loại thuốc cART gây ức chế tiểu cầu. Số lượng tế bào 4 (CD4) biến hóa nên được theo dõi khoảng ba tháng một lần như khuyến cáo của phòng khám chăm sóc mang thai. Giảm lượng CD4 được thể hiện ngay

Có khi số lượng CD4 cao hơn 350 cells / mm³ là không đủ để tiên đoán 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 sản càng gần mức bình thường càng tốt. Siêu âm thai phụ để theo dõi tiến triển theo hướng dẫn của gia đình và tình trạng nhiễm HIV của bà mẹ. Nên theo dõi kết quả 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 đặc hiệu rất cao và sử dụng thử nghiệm sàng lọc có thể cần xét nghiệm xâm lấn. 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 phụ nữ trên cART. Nếu không sử dụng cART và không thể 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 cho thấy rằng những người phụ nữ sinh 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 đến từ liều và chế độ của chế độ protease) hoặc với các thuốc có đặc tính độc hại hơn trong thai kỳ như darunavir / cobicistat và elvitegravir / cobicistat, v.v.

Khi điều trị cho phụ nữ mang thai, không chỉ cần quan tâm đến sức khỏe của mẹ và thai, đặc biệt chú ý đến các bất thường bẩm sinh. Mục đích của điều trị bằng thuốc là duy trì tải lượng virus thấp; do đó, liều pháp ba thuốc được khuyến nghị. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo rằng tất cả phụ nữ mang thai và cho con bú bị nhiễm 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 có thể tiếp tục 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 với ART và có thể biểu hiện như triệu chứng, nhiễm độc ty

thực (nhiễm axit lactic, viêm tiểu, bệnh thận kinh nguyệt i biên, bệnh cơ và bệnh cơ tim), tăng lipid máu, tái phân phối i chất béo và kháng insulin. Các rối loạn vớ xớng ng nhợ giợ m mớ t đợ xớng ng, loãng xớng ng và hoặ i tợ xớng ng đợ u đã đợ c ghi nhợ n. Nevirapine có liên quan đợ n việ c bong tróc niêm mạc và da, bao gợ m cợ hợ i chợ ng Steven Johnson. Do đó, đợ u cợ n thiệ t là phợ i theo dõi các thông số huyệ t hợ c và hóa hợ c lâm sàng cho bệnh nhân đang đợ u trợ ARV.

Table 5	
Recommended and alternative cART agents in pregnancy and bre	
BHIVA 2019 [2]	
	Recommended
Nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NRTI) backbone	Abacavir/lamivudine Tenofovir DF/emtricitabine
Third agent	Efavirenz Atazanavir

Thuệ c cART đợ c khuyợ n nghợ và thay thế trong thợ i kợ mang thai và cho con bú.

Khi đã có chợ n đoán nhiễm HIV trong thai kỳ, nên bắt đợ u đợ u trợ ARV càng sớm càng tợ t đợ c chợ tợ i lợ ng virus tợ i đa trợ c khi sinh. Cợ n cân nhợ c mớ t sợ vớ n đợ vợ buợ n nôn và nôn trong thợ i kợ đợ u mang thai và khợ năng gây quái thai do đó, nợ u tình trợ ng miợ n đợ chợ tợ t, có thể có trợ ng hợ p trì hoãn đợ u trợ cho đợ n khi kợ t thúc ba tháng đợ u.

Phợ ng thợ c sinh

Nên sinh thợ ng cho nhợ ng phợ nợ có tợ i lợ ng virus trong huyệ t tợ ng <50 bợ n sao HIV RNA / mL tợ n thợ 36 và không có chợ ng chợ đợ nhợ n khoa. Sinh con theo kợ hoặ ch nên đợ c hợ trợ, nhợ ng nợ u tợ i lợ ng virus là ≥ 400 bợ n sao HIV RNA / mL tợ n thợ 36, thì nên tiợ n hành sinh mợ theo kợ hoặ ch. Đợ i vợ i phợ nợ có tợ i lợ ng virus tợ 50–399 bợ n sao HIV RNA / mL tợ n thợ 36, nên xem xét sinh mợ trợ c khi chuyợ n đợ, có tính đợ n tợ i lợ ng virus thợ c tợ, thợ i gian đợ u trợ, tuân thợ đợ u trợ. các vớ n đợ, các yợ u tợ sợ n khoa và tợ vớ n chi tiệ t vợ i bợ nhợ nhợ. Có bợ ng chợ ng rợ tợ t cho thợ y tợ lợ lây truyợ n đợ c luôn thợ p hợ n 0,5% đợ nhợ ng phợ nợ có tợ i

l ng virus <50 b n sao HIV RNA / mL dùng cART, b t k ph ng th c sinh nào. Đáng chú ý là nguy c lây truy n d c đ i v i ph n sinh qua đ ng âm đ o là kho ng g p đôi so v i nh ng ph n sinh m . Th i đi m m l y thai đ d phòng lây truy n d c nên là thai t 38 đ n 39 tu n, nh ng m l y thai theo k ho ch ph n có t i l ng virus c ch nên đ c th c hi n t n th 39.

Theo dõi chuy n d và đ đ

Sau khi quy t đ nh sinh ng âm đ o, vi c x trí chuy n d ph i càng bình th ng càng t t. Tr c đây, vi c tránh ch c i, đ t đ n c c da đ u thai nhi và l y m u máu thai nhi, sinh b ng d ng c và r ch t ng sinh môn có nguy c lây truy n m con. Cho đ n nay, đ u này không còn đúng, cART đã đóng m t vai trò quan tr ng trong vi c gi m lây truy n m con c a HIV. M t nghiên c u h i c u c a Tây Ban Nha ch y u th i k tr c cART cho th y s lây truy n theo chi u d c là 26,3% tr s sinh đ c theo dõi da đ u thai nhi b ng đ n c c ho c l y m u pH ho c c hai) so v i 13,6% nh ng tr không có các th thu t này. Trong m t nghiên c u thu n t p g n đây c a Th y Sĩ, c đ n c c trên da đ u thai nhi (RR 2,0; KTC 95% 0,58–6,91) cũng nh l y m u máu pH (RR 1,73; KTC 95% 0,58–5,15) đ u không đ c xác nh n là các y u t nguy c đ c l p trong lây truy n m con.

Trong nh ng tr ng h p v i t nhiên tr c khi chuy n d đ tháng (PROM) và sinh trong vòng 24 gi cho th y không có b ng ch ng v s gia tăng lây truy n d c nh ng ph n có t i l ng virus không phát hi n đ c v i i v <4 gi và chuy n d sanh trong kho ng th i gian t 4 đ n 24 gi . N u t i l ng virus đ c c ch t, c n ti n hành chuy n d ngay l p t c v i ng ng th p đ đ u tr viêm màng i. N u t i l ng virus không đ c c ch t, c n cân nh c sinh m ngay l p t c.

Không có b ng ch ng cho th y v i > 4 gi có liên quan đ n nguy c lây truy n d c cao h n cho ph n n m trên cART và t i l ng virus b c ch , vi c qu n lý i v non ph n t u i thai 34–37 tu n nên đ c đ u tr d phòng liên c u nhóm B theo h ng d n qu c gia. D i 34 tu n, nên tiêm steroid và n u t i l ng virus HIV không đ c ki m soát, thì nên t i u hóa nó và t ch c m t cu c th o lu n đa ngành v th i đi m sinh (S n- Nhi).

Vi c s d ng zidovudine truy n tnh m ch trong lúc sinh không còn đ c khuy n khích cho nh ng ph n có t i l ng virus <50 b n sao HIV RNA / mL. Tuy nhiên, c n cân nh c nh ng ng i có t i l ng virus t 50–1000 b n sao HIV RNA / mL và ch c ch n đ c cung c p n u t i l ng virus > 1000 b n sao HIV RNA / mL. Nó cũng đ c khuy n cáo cho nh ng ph n ch a

Độc giả đi u tr đang chuyển đổi học bản và vì mà chúng ta xác định được các tài liệu virus hiện tại.

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. Nếu sinh con mà nhiễm HIV thì nên ưu tiên. Các nước có HIC, hầu hết phụ nữ nhiễm HIV không cho con bú, vì vậy hầu như không có thêm dữ liệu nào từ các nước này. Các nước có thu nhập thấp đến trung bình, nguy cơ lây truyền HIV thông thường sau sinh qua sữa mẹ khi phụ nữ được đi u tr 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 không khuyến khích việc cho con bú ở phụ nữ nhiễm HIV vì nguy cơ virus tiếp nhiễm. Các nước LIC, lại khuyến khích nhau và có liên quan đến tình trạng đói nghèo và bệnh tật cao hơn do tiêu chuẩn, suy dinh dưỡng và viêm phổi ở trẻ bú sữa công thức. Đây là cơ sở cho khuyến nghị hiện tại của WHO về việc cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong sáu tháng đầu đời, 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 một khi chế độ 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 ngừng ở mẹ, số lần cho trẻ tiếp xúc virus được ghi nhận (<50 bản sao HIV RNA / mL) và nếu sinh sau 34 tuần tuổi thai. Nếu trẻ được phân loại là có nguy cơ rất thấp sẽ cần hai tuần đi u tr zidovudine đến trẻ li u. Trong khi đó, nếu trẻ có nguy cơ thấp sẽ cần đi u tr 4 tuần và nếu trẻ ngừng có nguy cơ cao không có khả năng ức chế tái tiếp xúc virus thì học không rõ sẽ cần đi u tr 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 mối quan hệ như vậy có thể được xác

Định bụng tình trạng hôn nhân, chúng sống hoặc chung nuôi dạy con cái. Tuy nhiên tất cả các cấp và chủng tộc có xu hướng phản ánh tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng. Ví dụ, ở Kenya, hơn 40% người nhiễm HIV có bệnh tình trạng lây nhiễm HIV. Những cấp và chủng tộc trong số này đang trong độ tuổi sinh đẻ rất mong muốn có con, có thể khiến bệnh tình trạng lây nhiễm HIV có nguy cơ nhiễm HIV khi họ theo đuổi mục tiêu mang thai thông qua quan hệ tình dục không được bảo vệ.

Việc quản lý các cấp và chủng tộc nên mang thai trước các chỉ định của thai an toàn hơn để tạo cơ hội thai cho các cấp và chủng tộc như họ đang tiếp tục giảm nguy cơ lây truyền qua đường tình dục. Một số chỉ định của này bao gồm việc sử dụng liệu pháp kháng vi-rút (ART) để ức chế virus cho bệnh tình trạng không bị nhiễm HIV - Để phòng ngừa phơi nhiễm. Các phương pháp pháp hữu ích 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 lập trình trùng. Khi được sử dụng đúng cách, các biện pháp can thiệp này sẽ làm giảm nguy cơ lây truyền HIV ở các cấp và chủng tộc đang tìm cách mang thai.

Có rất nhiều bằng chứng về hiệu quả của Phương pháp Dự phòng Trước Phơi nhiễm (PrEP). Trong nghiên cứu PARTNERS, 1166 cấp và chủng tộc có tình trạng nhiễm HIV khác nhau (cấp và chủng tộc khác giới và nam quan hệ tình dục đồng giới) trong đó bệnh tình trạng 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.

Thuốc hóa trị liệu lý tưởng phải có thời gian bán hủy dài và hàng rào kháng di truyền cao, để đạt được nồng độ cao trong dịch cơ thể, dễ dàng bào và dễ dàng tiêu sinh dục, an toàn và rẻ tiền. Hầu hết các đặc điểm này đều đạt được nhờ tenofovir (TDF). FDA đã phê duyệt sử dụng kết hợp của TDF và emtricitabine (FTC) (Truvada TDF / FTC 300/200 mg) cho PrEP chủng tộc và vi khuẩn 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 mọi cá nhân không nhiễm HIV và đang có kế hoạch mang thai với bệnh tình trạng 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 trạng nhiễm HIV không đạt được sự ức chế virus bệnh tình trạng, bệnh tình trạng không nhiễm HIV nên tiếp tục dùng PrEP để giảm nguy cơ lây truyền cho con.

Vẫn còn nhiều vấn đề về hiệu quả chi phí của PrEP phải được đưa vào các yếu tố khác bao gồm tỷ lệ nhiễm HIV và tỷ lệ nhiễm HIV trong dân số sử dụng PrEP, chi phí thuốc PrEP, hiệu quả của PrEP, tỷ lệ chẩn đoán HIV trong dân số và chi phí điều trị ARV cho cộng đồng HIV dương tính.

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 nhằm giảm lây truyền HIV trong cộng đồng.

Trước khi thụ thai, điều quan trọng là bản tình nhiễm HIV phải được điều trị ARV và phải đạt được số lượng virus bản virus. Nếu cấp vụ chương quy định như 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 để đảm bảo an toàn hơn. Ý nghĩa của việc bắt đầu điều trị trước khi thụ thai cần phải tính đến việc có thể có thể tiếp nhận virus và đòi hỏi phải lựa chọn ART phù hợp với thai kỳ với sự tư vấn của chuyên gia và sự cần thiết phải tuân thủ điều trị trong suốt quá trình mang thai, sinh nở và cho con bú.

Phản ứng miễn dịch với HIV sống với bản tình âm tính với HIV cần được quản lý như những phản ứng miễn dịch với HIV khác, chú trọng vào việc ngăn ngừa bản tình và trở lại sinh nhiễm HIV.

Phản ứng âm tính với HIV những sống chung với bản tình HIV nên làm xét nghiệm chẩn đoán HIV ban đầu, kiểm tra chức năng thận và thụ thai ngay từ đầu. Xét nghiệm HIV và mang thai nên được lập 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 nếu trước đó chưa được tiêm chủng hoặc thiếu hụt miễn dịch với HBV.

Khi khám thai, nên kiểm tra xét nghiệm HIV. Phản ứng mang thai cần được theo dõi và theo dõi mối quan trọng của việc bắt đầu tuân thủ điều trị ARV và sự cần thiết phải đạt được số lượng virus bản virus 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 hoặc ngay sau 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 để xét nghiệm HIV và phải được quản lý khi bị nhiễm. Bắt đầu tiếp tục tình trạng miễn dịch để ngăn ngừa bệnh tiến triển 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 tiếp tục virus và thời gian là những yếu tố cần thiết để ngăn ngừa lây truyền mẹ con. Khi tiếp tục virus được kiểm soát tốt, việc sinh đẻ cũng giảm nguy cơ nhiễm trùng sơ sinh khác, và hỗ trợ các can thiệp cho chế độ dinh dưỡng khoa. Tuy vậy, nếu tiếp tục virus không được kiểm soát hoặc trở lại đó cho thấy tình trạng nhiễm HIV, cần được biết để có ý kiến hoặc chuyển đổi và sinh đẻ để ngăn ngừa việc truyền virus chu sinh 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.