

# **CẬP NHẬT THÔNG TIN VỀ HIV VÀ THAI**

***PGS.TS VŨ THỊ NHUNG***

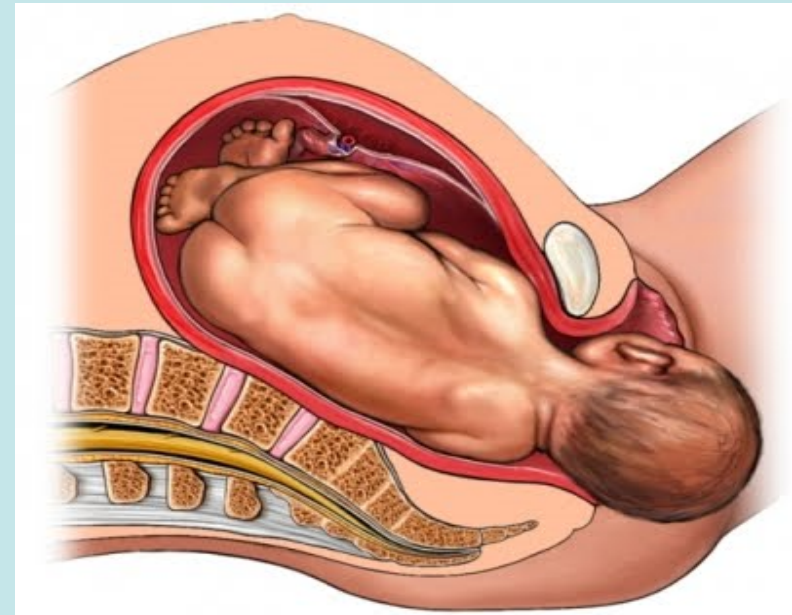
# XỬ TRÍ TRONG GIAI ĐOẠN CHUYỂN DẠ Ở THAI PHỤ NHIỄM HIV



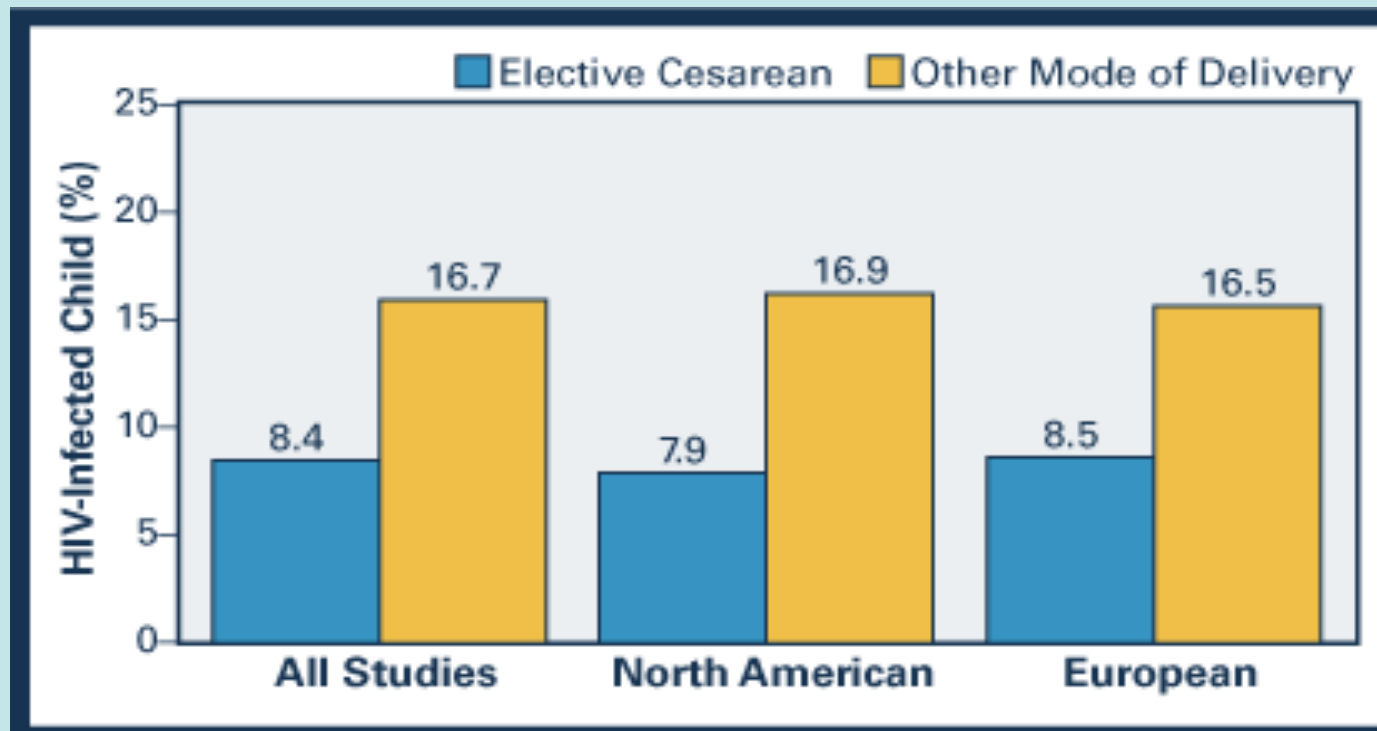
**PGS.TS VŨ THỊ NHUNG**

# CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LTMC

- Nồng độ virus (VL) cao
- CD4 thấp
- Giai đoạn lâm sàng
- Hút thuốc lá
- Nghiện hút chích ma túy
- Thiếu Sinh tố A
- Nhiều bạn tình
- Mắc bệnh LTQĐTD
- Sinh non
- Nhau bong non
- Vỡ ối non kéo dài
- Theo dõi khí máu thai nhi
- Sinh ngã âm đạo
- Nuôi con bằng sữa mẹ

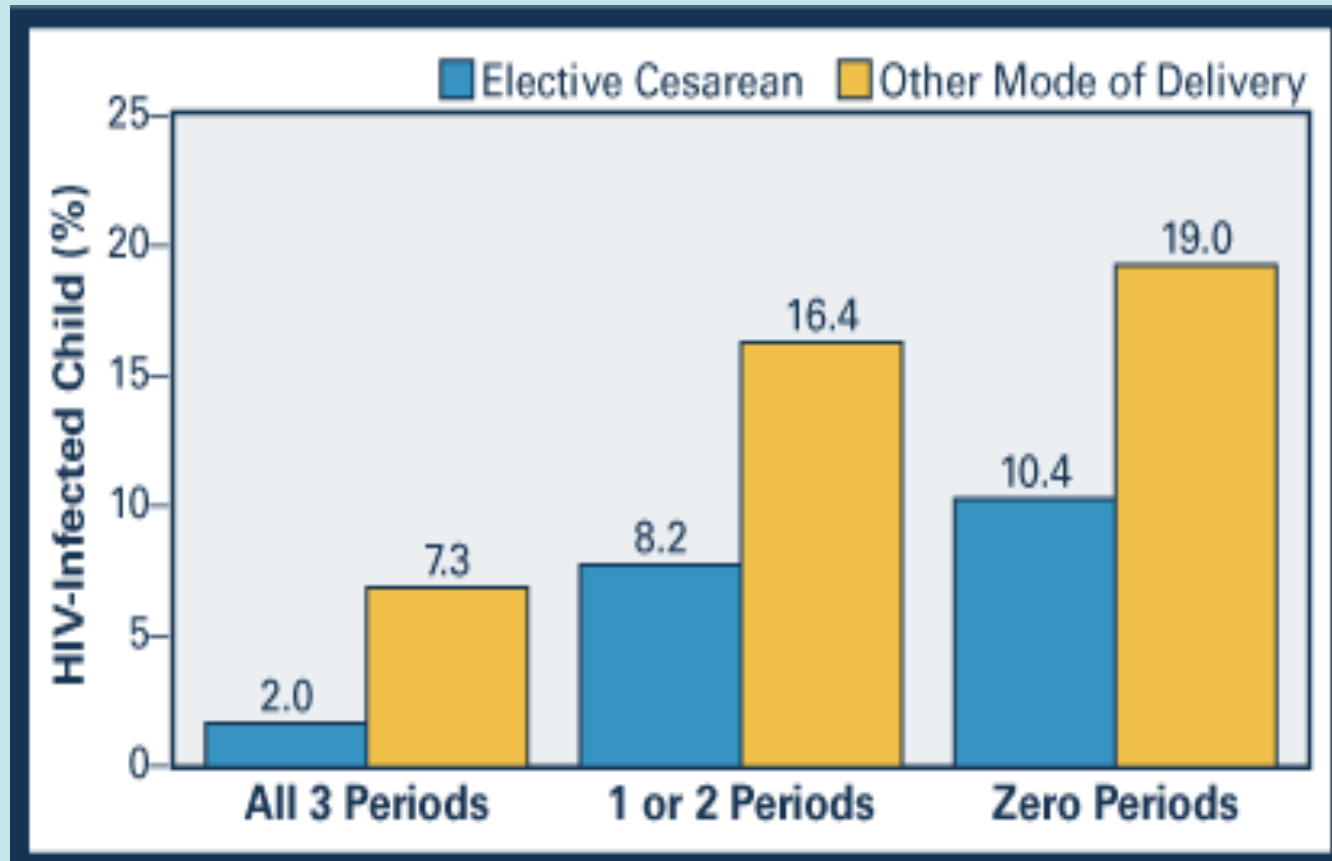


# PHÂN TÍCH GỘP 15 NGHIÊN CỨU ĐOÀN HỆ (N = 8533)



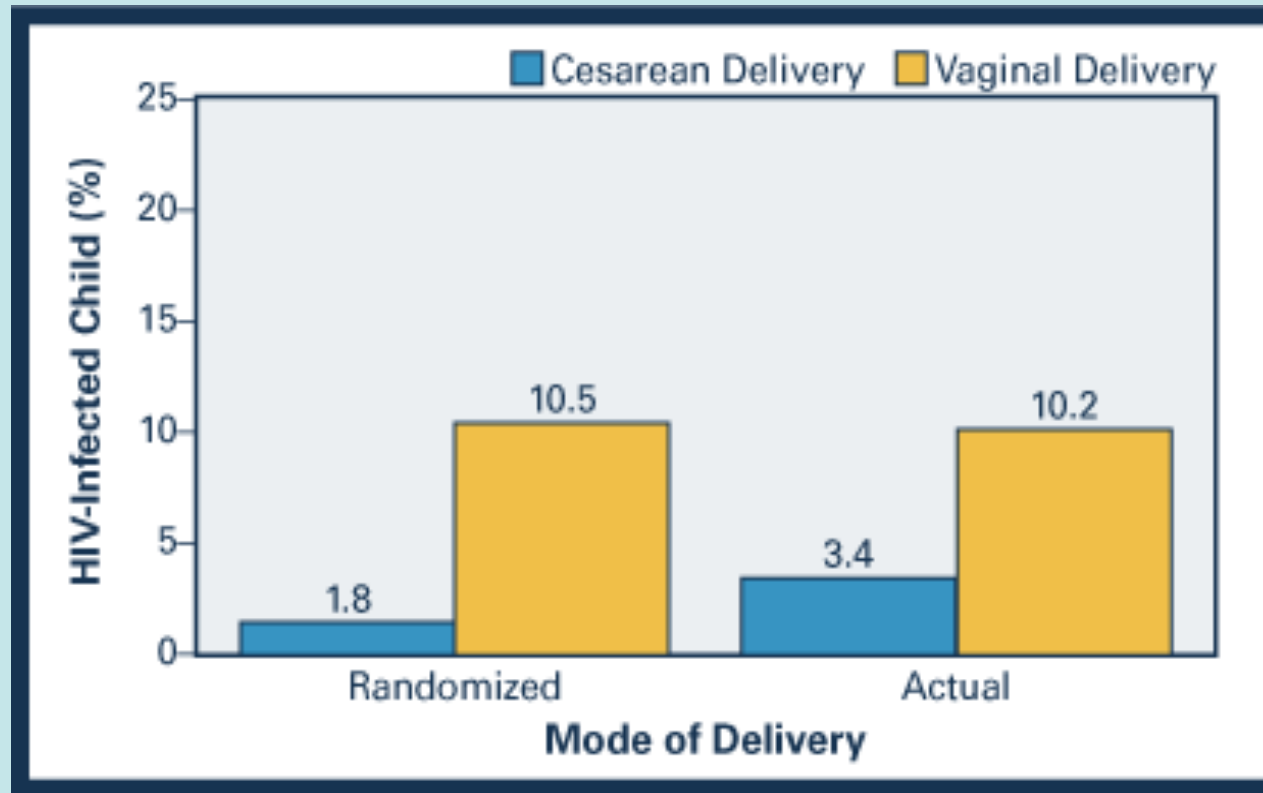
The International Perinatal HIV Group. N Engl J Med 1999;340:977<sup>[15]</sup>

# DÙNG ARV TIỀN SẢN, KHI SANH VÀ HẬU SẢN



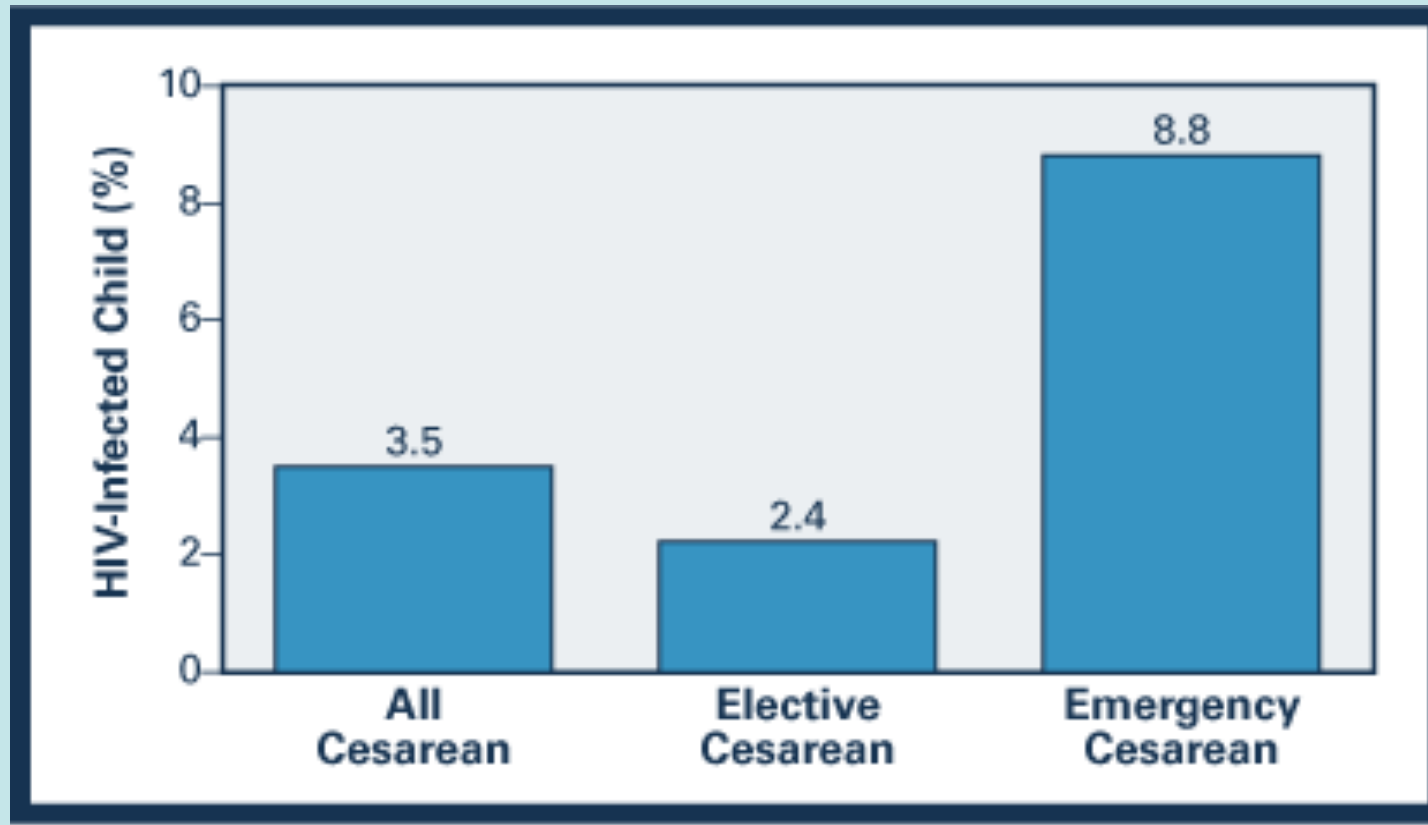
The International Perinatal HIV Group. N Engl J Med 1999;340:977 [15]

# RCT SO SÁNH MỔ LẤY THAI VÀ SANH THƯỜNG



The European Mode of Delivery Collaboration. Lancet 1999;353:1035.<sup>[16]</sup>

# SO SÁNH GIỮA MỔ LẤY THAI CHỦ ĐỘNG VÀ MỔ CẤP CỨU



The European Mode of Delivery Collaboration. Lancet 1999;353:1035<sup>[16]</sup>.





## **Khuyến cáo cho PNMT ở Hoa Kỳ (14/9/2011)**

- **MLT chủ động lúc 38 tuần có lợi cho :**
  - Thai phụ có  $> 1000$  bản sao virus/mL
  - Thai phụ không biết rõ nồng độ virus
  - Vợ ối non không có dấu chuyển dạ
- **MLT không có kết quả tốt hơn sinh thường nếu nồng độ virus  $< 1000$  bản sao/mL**

# Mother-to-Child Transmission of HIV Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy

European Collaborative Study<sup>a</sup> *Clinical Infectious Diseases* 2005;40:458-65

Factor	Whole cohort (n = 1880)			HAART era subcohort (n = 885)		
	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI) <sup>a</sup>	P	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI) <sup>b</sup>	P
Viral load, copies/mL						
<1000	...	...		1.00	1.00	
1000-9999	...	...		13.9 (2.98-65.1)	12.1 (2.51-58.6)	.002
≥10,000	...	...		15.5 (3.27-74.0)	12.1 (2.31-63.1)	.003
Maternal CD4 cell count, cells/mm <sup>3</sup>						
>500	1.00	1.00		1.00	1.00	
200-499	1.32 (0.91-1.92)	1.45 (0.98-2.12)	.06	1.52 (0.51-4.58)	1.31 (0.42-4.11)	.64
<200	2.04 (1.27-3.28)	2.01 (1.23-3.29)	.003	4.00 (1.13-14.1)	2.68 (0.70-10.2)	.14
Mode of delivery						
Vaginal delivery	1.00	1.00		1.00	1.00	
Emergency Caesarean section	0.61 (0.37-1.00)	0.73 (0.42-1.24)	.24	0.56 (0.14-2.20)	0.51 (0.12-2.18)	.37
Elective Caesarean section	0.22 (0.14-0.35)	0.38 (0.24-0.61)	<.001	0.40 (0.15-1.08)	0.33 (0.11-0.94)	.040
Maternal antiretroviral therapy						
None	1.00	1.00		1.00	1.00	
Monotherapy or dual-drug therapy	0.36 (0.23-0.56)	0.49 (0.31-0.76)	.002	0.43 (0.11-1.68)	0.56 (0.13-2.39)	.44
HAART	0.10 (0.05-0.20)	0.13 (0.06-0.27)	<.001	0.17 (0.04-0.65)	0.37 (0.09-1.56)	.18
Gestational age, weeks						
≥37	1.00	1.00		1.00	1.00	
<37	1.27 (0.85-1.90)	1.83 (1.18-2.85)	.007	1.15 (0.41-3.24)	1.11 (0.37-3.33)	.85

## ORIGINAL RESEARCH

# Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe

European Collaborative Study\*

**Table 3** Risk factors associated with mother-to-child transmission among women with viral loads <400 copies/mL (*n* = 960)

	Unadjusted MTCT rate [% ( <i>n</i> /total)]	Odds ratio (95% CI), <i>P</i> value	Adjusted odds ratio (95% CI), <i>P</i> value
Mode of delivery			
Vaginal	4.6% (11/242)	1.00	1.00
Emergency CS	1.4% (2/147)	0.29 (0.06–1.33), <i>P</i> = 0.11	0.19 (0.03–1.02), <i>P</i> = 0.05
Elective CS	0.7% (4/571)	0.15 (0.05–0.47), <i>P</i> = 0.001	0.20 (0.05–0.65), <i>P</i> = 0.008
Antenatal HAART			
No	5.3% (12/227)	1.00	1.00
Yes	0.7% (5/733)	0.12 (0.04–0.35), <i>P</i> < 0.001	0.15 (0.05–0.45), <i>P</i> < 0.001
Gestational age			
Term (≥ 37 weeks)	1.2% (9/730)	1.00	1.00
34–36 weeks	2.2% (4/179)	1.83 (0.56–6.02), <i>P</i> = 0.32	2.21 (0.64–7.59), <i>P</i> = 0.21
<34 weeks	7.8% (4/51)	6.82 (2.03–23.0), <i>P</i> = 0.002	8.47 (1.99–36.1), <i>P</i> = 0.004

# HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CÁC TRƯỜNG HỢP PNMT NHIỄM HIV 2012

- Mổ lấy thai trước khi chuyển dạ được khuyến cáo cho các trường hợp:
  - PNMT chỉ uống ZDV
  - PNMT có VL > 400 bản sao/mL vào lúc thai 36 tuần
  - Cân nhắc khi PNMT có VL 50-399 bản sao/mL
- Mổ lấy thai trước khi chuyển dạ thực hiện từ 38-39 tuần
- PNMT có VL < 50 bản sao/mL lúc thai 36 tuần và không có chống chỉ định thì để sinh ngã âm đạo

# Perioperative Morbidity and Mortality Among Human Immunodeficiency Virus–Infected Women Undergoing Cesarean Delivery

OBSTETRICS & GYNECOLOGY VOL. 110, NO. 2, PART 1, AUGUST 2007

	HIV-Infected (n=378)	HIV-Uninfected (n=54,281)	<i>P</i> *	Adjusted OR (95% CI)*
Endometritis	44 (11.6)	3,154 (5.8)	<.001	1.9 (1.3–2.6)
Transfusion	15 (4.0)	1,095 (2.0)	.019	1.9 (1.1–3.1)
Wound complication	8 (2.1)	692 (1.3)	.17	1.6 (0.8–3.3)
Pneumonia	5 (1.3)	150 (0.3)	.001	4.5 (1.8–11.0)
Maternal sepsis	4 (1.1)	83 (0.2)	<.001	6.2 (2.3–17.0)
Hysterectomy	3 (0.8)	280 (0.5)	.39	1.6 (0.5–5.2)
ICU admission	7 (1.9)	427 (0.8)	.04	2.2 (1.0–4.7)
Maternal death	3 (0.8)	33 (0.1)	<.001	11.8 (3.6–38.8)
Hospital readmission	7 (1.9)	736 (1.4)	.47	1.3 (0.6–2.8)
Postpartum IV antibiotics	106 (28.0)	10,696 (19.7)	.007	1.4 (1.1–1.7)

# Perioperative cesarean delivery morbidity among HIV-infected women under highly active antiretroviral treatment: a case-control study

Vicente Maiques<sup>a,\*</sup>, Amparo Garcia-Tejedor<sup>a</sup>, Vicente Diago<sup>a</sup>, José M. Molina<sup>b</sup>, Dolores Borrás<sup>a</sup>, Alfredo Perales-Puchalt<sup>a</sup>, Alfredo Perales<sup>a</sup>

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 153 (2010) 27–31

## Post-cesarean section complications.

	HIV-infected ( <i>n</i> = 160)	Controls ( <i>n</i> = 320)	<i>p</i>
Major complications			
Severe anemia	7 (4.4%)	14 (4.4%)	1
Surgical problems	3 (1.9%)	4 (1.3%)	0.69
Pneumonia	3 (1.9%)	1 (0.3%)	0.11
Hepatic/kidney failure	1 (0.6%)	0	0.33
Acute pulmonary edema	0	1 (0.3%)	1
Minor complications			
Mild anemia	21 (13.1%)	24 (7.5%)	0.06
Mild temperature or fever	6 (3.8%)	16 (5%)	0.64
Wound infection or hematoma	8 (5%)	9 (2.9%)	0.29
Urinary tract infection	3 (1.9%)	17 (5.3%)	0.09
Endometritis	1 (0.6%)	2 (0.6%)	1

# NGHIÊN CỨU TẠI BV HÙNG VƯƠNG 2010-2011

## Liên quan giữa cách sanh và kết quả PCR CỦA CON

### KẾT QUẢ PCR

Cách sanh	Dương tính	Âm tính	Tổng cộng	Mất dấu	Không XN PCR
<b>Sanh thường</b>	4/117 (3,3%)	113/117 (96,7%)	117	4/200 (2%)	1/200 (0,5%)
<b>Mổ sanh</b>	2/70 (2,9%)	68/70 (97,1%)	70	0%	0%
<b>Sanh giúp</b>	1/8 (12,5%)	7/8 (87,5%)	8	0%	0%
<b>Tổng cộng</b>	<b>7/195</b> <b>(3,6%)</b>	<b>188/195</b> <b>(96,4%)</b>	<b>195</b>	<b>4/200</b> <b>(2%)</b>	<b>1/200</b> <b>(0,5%)</b>

(Fisher hiệu chỉnh)  $P = 0,634 > 0,05$

Vũ Thị Nhung (2011), “ Sức khỏe sinh sản Số 1, kỳ 1 tháng 11/2011 , tr ang 17-24





# THAM VẤN

- Tham vấn cho bà mẹ về những nguy cơ và lợi ích của mổ lấy thai
- Mổ lấy thai có thể đi kèm với những nguy cơ và biến chứng so với :
  - Sanh ngã âm đạo ở PNMT nhiễm HIV
  - Mổ lấy thai ở PNMT không nhiễm HIV
- Kháng sinh phòng ngừa lúc mổ lấy thai

# TRONG KHI CHUYỂN DẠ

- **Tiếp tục ARV** của giai đoạn tiền sản đến khi chuyển dạ
- **MLT chủ động** nếu VL > 400 bản sao/mL
- **Tránh:**
  - Phá ối
  - Theo dõi khí máu thai bằng chọc kim da đầu thai nhi
  - Giúp sanh bằng forceps hay giác hút
  - Cắt tầng sinh môn
- Tránh dùng Methergin cho thai phụ dùng protease inhibitors hay EFV

# MỔ LẤY THAI

## •Chỉ định

- ❑ Khi có chỉ định sản khoa
- ❑ VL lúc thai 34-36 tuần  $>400$  bản sao/mL
- ❑ Nếu thai phụ không dùng HAART hay HAART  $< 4$  tuần

## ▪ Mổ lấy thai chủ động

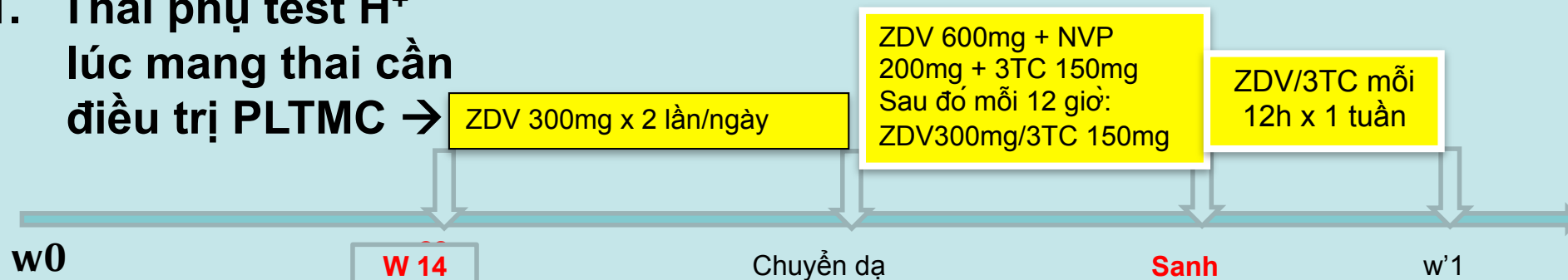
- Vào tuần thứ 38
- Dùng AZT ít nhất 4 giờ trước khi mổ

# Kỹ thuật mổ lấy thai để giảm LTMC

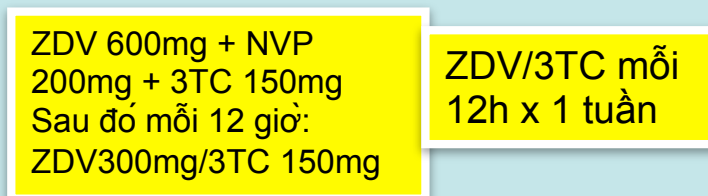
- Rạch da rộng
- Dùng dao điện để giảm thiểu chảy máu
- Xé cơ TC bằng ngón tay
- Không phá ối
- Không dùng forceps để lấy đầu thai
- Hút nhót mũi và miệng nhẹ nhàng
- Dùng thuốc sát trùng trước khi cắt rốn

# PHÁC ĐỒ ARV PHÒNG LÂY TRUYỀN MẸ CON Ở VN (Mẹ)

1. Thai phụ test H<sup>+</sup> lúc mang thai cần điều trị PLTMC →



2. Thai phụ test H<sup>+</sup> lúc chuyển dạ →



3. Thai phụ nhiễm đang được điều trị ARV (phác đồ 3) thuốc tại phòng khám ngoại trú → tiếp tục uống như hướng dẫn

# BIỆN PHÁP TRÁNH THAI Ở PHỤ NỮ NHIỄM HIV



# NHỮNG BIỆN PHÁP TRÁNH THAI THƯỜNG DÙNG

- Thuốc viên tránh thai
- Thuốc tiêm tránh thai
- Que cấy tránh thai
- DCTC
- Triệt sản nam nữ
- Bao cao su
- Màng chắn ÂĐ-CTC
- Thuốc diệt tinh
- Tránh thai tự nhiên
- Ngừa thai khẩn cấp

# Thuốc nội tiết tránh thai

- Liên quan giữa dùng thuốc tránh thai và HIV?
  - Khả năng nhiễm HIV?
    - Thuốc tiêm có vẻ tăng khả năng nhiễm HIV hơn thuốc uống nhưng chưa có chứng cứ rõ ràng
    - Phụ nữ có nguy cơ cao nhiễm HIV nên dùng BCS hơn dùng thuốc
  - Làm bệnh diễn tiến nhanh ?
    - Không có bằng cứ
  - Can thiệp vào tác dụng của ARV?
    - Không có bằng cứ. Cần nhiều nghiên cứu hơn
  - Làm dễ lây HIV cho bạn tình?
    - Cần nhiều nghiên cứu hơn
- ARV có tác dụng gì trên thuốc tránh thai?
  - Vài loại ARV làm giảm tác dụng thuốc tránh thai
  - Nên dùng thêm BCS để hỗ trợ hiệu quả tránh thai



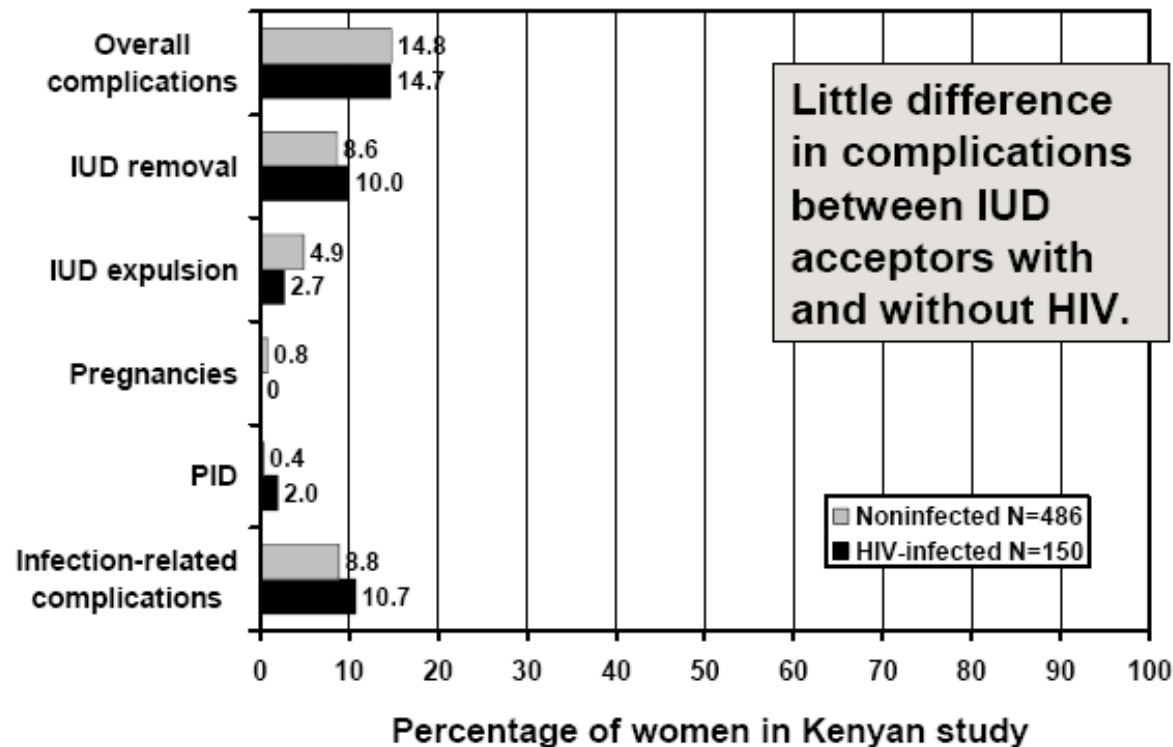
# DỤNG CỤ TỬ CUNG

- Khi so sánh với người không nhiễm HIV
  - DCTC không làm tăng biến chứng nhiễm khuẩn ở người nhiễm HIV
- Không làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV cho bạn tình

*Morrison CS et al. BJOG 2001;108:784.*

*Kathryn M Curtis, Kavita Nanda, Nathalie Kapp (2009) AIDS: November 2009 - Volume 23 - Issue - p S55-S67*

# IUDs Safe for Women with HIV



Source: Morrison, 2001.

# Drug interaction between contraceptive and ARV drugs

ARV	Contraceptive steroid levels	ARV levels
Protease inhibitors		
Nelfinavir	↓	No data
Ritonavir	↓	No data
Lopinavir/ritonavir	↓	No data
Atazanavir	↑	No data
Amprenavir	↑	↓
Indinavir	↑	No data
Saquinavir	No data	No change
Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors		
Nevirapine	↓	No change
Efavirenz	↑	No change
Delavirdine	?↑	No data

*WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2004<sup>[18]</sup>.*

# KHUYẾN CÁO CHO PHỤ NỮ NHIỄM HIV

- Sử dụng BCS nam hay nữ đúng cách và luôn luôn dùng khi giao hợp thì có thể tránh thai, ngăn ngừa bệnh LTQĐTD và HIV.
- Phụ nữ nhiễm HIV có thể tiếp tục dùng các loại thuốc tránh thai hiện hành .
- Một số ARV có thể giảm hiệu quả của những loại thuốc tránh thai liều thấp nhưng có thể khắc phục nhược điểm này bằng cách dùng BCS .

# KHUYẾN CÁO CHO PHỤ NỮ NHIỄM HIV

- Hầu hết phụ nữ nhiễm HIV có thể mang DCTC bao gồm cả người đã bị AIDS nếu họ đang dùng ARV và đang khỏe về mặt lâm sàng.
- Phụ nữ bị chuyển sang AIDS nhưng không dùng ARV hoặc đang được điều trị nhưng không khỏe về mặt lâm sàng → Không được mang DCTC .
- Khi đang mang DCTC ổn định thì không cần lấy ra nếu:
  - Bệnh nhân bị nhiễm HIV hay mắc bệnh LTBI/ĐTD
  - Bệnh nhân chuyển sang AIDS

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

## Tiếng Việt

1. Nguyễn Hữu Chí (2000) “*Lây truyền HIV từ mẹ sang con*” , *Nhiễm HIV/AIDS ở phụ nữ* , trang 95-105
2. Trương thị Xuân Liên và Cs (2004) “*Nghiên cứu dịch tễ học phân tử nhiễm HIV tại Việt Nam*” Tạp chí Y học dự phòng , Tập XIV, số 1 (64) 2004
3. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) *Lây truyền HIV từ mẹ sang con : thời điểm, các yếu tố nguy cơ*. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con , NXH Y học 2006. Tr 21-25
4. Bộ Y tế - Dự án quỹ toàn cầu (2006) *Sử dụng thuốc kháng Retrovirus*. Tài liệu tập huấn phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con , NXH Y học 2006. Tr 51-52.
5. Vũ Thị Nhung (2010). “*Đánh giá tình hình phụ nữ mang thai nhiễm HIV 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 số 742+743 Tháng 12/2010 Tr 377- 380
6. WHO (2009) “*Khuyến cáo sớm – Điều trị kháng retrovirus cho phụ nữ mang thai và dự phòng lây truyền HIV cho trẻ sơ sinh*” Thư viện Tổ chức Y tế thế giới , tháng 11/2009, Tr 13-17

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

## Tiếng Anh

7. Chelsea B Polis, Maria J Wawer, et al (2010) “Effect of hormonal contraceptive use on HIV progression in female HIV seroconverters in Rakai, Uganda” AIDS: 31 July 2010 - Volume 24 - Issue 12 - p 1937–1944
8. European Collaborative study (2010) “ *Mode of Delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission : changing practices in Western Europe*” HIV Medecine(2010) ,11,368-378.
9. Handan wand, Gita Ranjee (2012) “ *The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections*” AIDS 2012, 26:375-380
10. Helen E Cejtin , Lisa Jacobson,; Gayle Springer et al ( 2003) “*Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women*” AIDS: 25 July 2003 - Volume 17 - Issue 11 - pp 1702-1704
11. J Leukoc Biol. 2002 Nov;72(5):1063-74. Multiple determinants are involved in HIV coreceptor use as demonstrated by CCR4/CCL22 interaction in peripheral blood mononuclear cells (PBMCs). [Agrawal L](#), [Vanhorn-Ali Z](#), [Alkhatib G](#).
- 12.. Kathryn M Curtis, Kavita Nanda, Nathalie Kapp (2009) “*Safety of hormonal and intrauterine methods of contraception for women with HIV/AIDS: a systematic review*” AIDS: November 2009 - Volume 23 - Issue - p S55-S67

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

13. [Oskari Heikinheimo](#), [Päivi Lehtovirta](#), [Inka Aho](#), [Matti Ristola](#), [Jorma Paavonen](#), (2011) “*The levonorgestrel-releasing intrauterine system in human immunodeficiency virus–infected women: a 5-year follow-up study*” *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [Volume 204, Issue 2](#) , Pages 126.e1-126.e4, February 2011
14. Prinitha Pillay, Vivian Black (2012) “*Safety, strength and simplicity of efavirenz in pregnancy*” *Southern African Journal of HIV Medicine*, Vol 13, No 1 (2012)
15. The International Perinatal HIV Group.(1999) “*The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies*”. *N Engl J Med* 1999;340(13):977-87.
16. . The European Mode of Delivery Collaboration. (1999) “*Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial*” *Lancet* 1999;353:1035-1039.
17. Vicente Maiques, Amparo Garcia-Tejedor, et al (2010) “*Perioperative cesarean delivery morbidity among HIV-infected women under highly active antiretroviral treatment: a case-control study*” *European journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 153 (2010) 27-31
18. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2004. “*Drug interaction between contraceptive and ARV drugs*”





**CHÂN THÀNH  
CẢM ƠN QUÍ VỊ!**