

**Theo dõi sau điều trị  
ARV nhanh**

---

# Mục tiêu học tập

***Sau bài học, học viên có khả năng:***

1. Liệt kê các xét nghiệm trong theo dõi điều trị ARV
2. Trình bày được theo dõi đáp ứng điều trị ARV: lâm sàng, miễn dịch, vi rút học
3. Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị ARV
4. Nêu được phác đồ điều trị ARV bậc hai
5. Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị cho các trường hợp TL HIV > 200 bản sao/mL.

# Xét nghiệm trong theo dõi điều trị ARV nhanh

## Thời điểm đăng ký điều trị:

- Công thức máu
- Creatinin, AST/ALT
- HBsAg, anti - HCV
- CD4
- Các XN khác theo chỉ định lâm sàng

# Xét nghiệm trong theo dõi điều trị ARV nhanh (tt)

## **XN trong quá trình điều trị ARV**

- Creatinin 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng TDF hoặc nghi ngờ có tổn thương thận.
- Công thức máu 6 - 12 tháng một lần khi sử dụng AZT hoặc nghi ngờ có thiếu máu.
- AST, ALT, lipid máu, đường máu 6 – 12 tháng một lần.

# Xét nghiệm trong theo điều trị ARV nhanh(tt)

- Tải lượng HIV:
  - ✓ Thường quy: 6 tháng, 12 tháng sau bắt đầu điều trị ARV, sau đó 12 tháng một lần. Trường hợp tại các thời điểm trên không làm được XN tải lượng HIV, cần làm xét nghiệm sớm nhất ngay sau đó.
  - ✓ Có dấu hiệu thất bại điều trị về lâm sàng hoặc miễn dịch hoặc khi tải lượng HIV từ 200 đến <1000 bản sao/mL.
  - ✓ Ở phụ nữ mang thai XN TL HIV khi phát hiện có thai. Nếu có kết quả XN tải lượng HIV trong vòng 1 tháng trước đó không cần làm lại
  - ✓ PN mang thai/đang cho con bú XN 3 – 6 tháng/lần sau khi bắt đầu điều trị ARV
- CD4: 6 tháng/ lần nếu không có XN tải lượng HIV thường quy, đang điều trị dự phòng bệnh NTCH (tiên phát hoặc thứ phát).
- XN lại anti - HCV mỗi năm một lần nếu kết quả trước đó âm tính và có nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan C
- XN lại HBsAg khi thất bại điều trị và đang dùng TDF
- Các XN khác theo chỉ định lâm sàng và phác đồ thuốc người bệnh sử dụng.

# **THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ ARV NHANH**

# Theo dõi đáp ứng lâm sàng

- Thực hiện trong mỗi lần tái khám:
  - Cân nặng và giai đoạn lâm sàng
  - Sự xuất hiện các bệnh NTCH mới, tái phát; cần phân biệt với tác dụng phụ của thuốc; hội chứng viêm phục hồi miễn dịch hay thất bại điều trị để có hướng xử trí phù hợp.
- *Người bệnh đáp ứng tốt với điều trị ARV khi:*
  - Tăng cân, thèm ăn trở lại và ăn ngon miệng;
  - Hết các dấu hiệu liên quan đến các NTCH và bệnh lý liên quan đến HIV.

# Theo dõi đáp ứng miễn dịch

- Theo dõi đáp ứng về miễn dịch được thực hiện khi người bệnh không tiếp cận được với xét nghiệm tải lượng HIV thường quy, và/hoặc khi người bệnh điều trị ARV chưa ổn định, người bệnh còn đang điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội.
- Theo dõi đáp ứng miễn dịch là theo dõi diễn biến số lượng tế bào CD4 trong quá trình điều trị đặc biệt là giữa 2 lần xét nghiệm CD4 liên tiếp.



# Theo dõi về vi rút (tải lượng HIV)

- XN TL HIV là tiêu chuẩn vàng để theo dõi đáp ứng điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV), phát hiện những trường hợp TL HIV trên ngưỡng ức chế ( $> 1000$  bản sao/ml)
- XN TL HIV để chẩn đoán sớm thất bại điều trị ARV bậc 1, chuyển phác đồ bậc 2:
  - Phục hồi hệ thống miễn dịch
  - Ngăn ngừa tiến triển lâm sàng (các NTCH và suy mòn)
  - Giảm khả năng lây truyền HIV kháng thuốc
  - Duy trì điều trị phác đồ đã thất bại sẽ làm gia tăng nguy cơ tích lũy đột biến kháng thuốc và giảm nhạy cảm với các phác đồ bậc 2 và 3.
- Đánh giá tuân thủ điều trị
- Lựa chọn thời điểm mang thai tối ưu và lựa chọn/thay đổi phác đồ ARV thích hợp để phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

# Mục tiêu của điều trị ARV là TL HIV đạt dưới ngưỡng ức chế

- Dưới ngưỡng ức chế: TL HIV < 1.000 bản sao/mL
- Khi TL HIV < 200 bản sao/mL:
  - Không hoặc rất ít lây truyền qua đường tình dục
  - Không lây truyền từ mẹ sang con
- Tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện:

**K = K**

**Không phát hiện = Không lây truyền**

**(U=U: Undetectable = Untransmittable)**


# Tiêu chuẩn người bệnh ổn định sau điều trị ARV nhanh

Người bệnh được xác định là điều trị ARV ổn định khi có các tiêu chuẩn sau:

- Người lớn điều trị ARV trên 12 tháng;
- TLVR hai lần liên tiếp  $< 200$  bản sao/ml. Trường hợp không làm được XN TLVR, có thể dựa vào CD4 tăng lên khi điều trị ARV hoặc trên 200 tế bào/mm<sup>3</sup>;
- Không mang thai;
- Không đang cho con bú;
- Không có tác dụng phụ của thuốc;
- Không có bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các bệnh lý liên quan đến HIV khác;
- Tuân thủ điều trị tốt.

# Theo dõi thất bại điều trị sau điều trị ARV nhanh

<b>Các loại thất bại</b>	<b>Tiêu chuẩn chẩn đoán</b>
Thất bại lâm sàng	<p>Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.</p> <p>Trẻ em dưới 10 tuổi: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 3 và 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.</p>
Thất bại miễn dịch	<p>Người lớn và trẻ trên 10 tuổi: CD4 giảm xuống bằng hoặc dưới mức trước khi điều trị ARV hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm<sup>3</sup> ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.</p> <p>Trẻ từ 5 tuổi - 10 tuổi: CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm<sup>3</sup> ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.</p> <p>Trẻ dưới 5 tuổi: CD4 liên tục dưới 200 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc &lt; 10% ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.</p>
Thất bại vi rút học	<p>Người bệnh điều trị ARV ít nhất 6 tháng có tải lượng HIV từ 1000 bản sao/mL trở lên ở hai lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau 3 tháng sau khi đã được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị.</p>

An iceberg floating in the ocean. The tip of the iceberg is above the water, and the much larger base is submerged. A black triangle is overlaid on the tip, with an arrow pointing to it from a text box on the right. The text 'Thất bại Lâm sàng' is inside the triangle. The text 'Thất bại miễn dịch học' and 'Thất bại vi rút học' is written on the submerged part of the iceberg.

Thất bại  
Lâm sàng

Đây chỉ là phần bạn “nhìn thấy” được (không có xét nghiệm)

Thất bại miễn  
dịch học

Thất bại vi rút học

# Tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV

## Định nghĩa

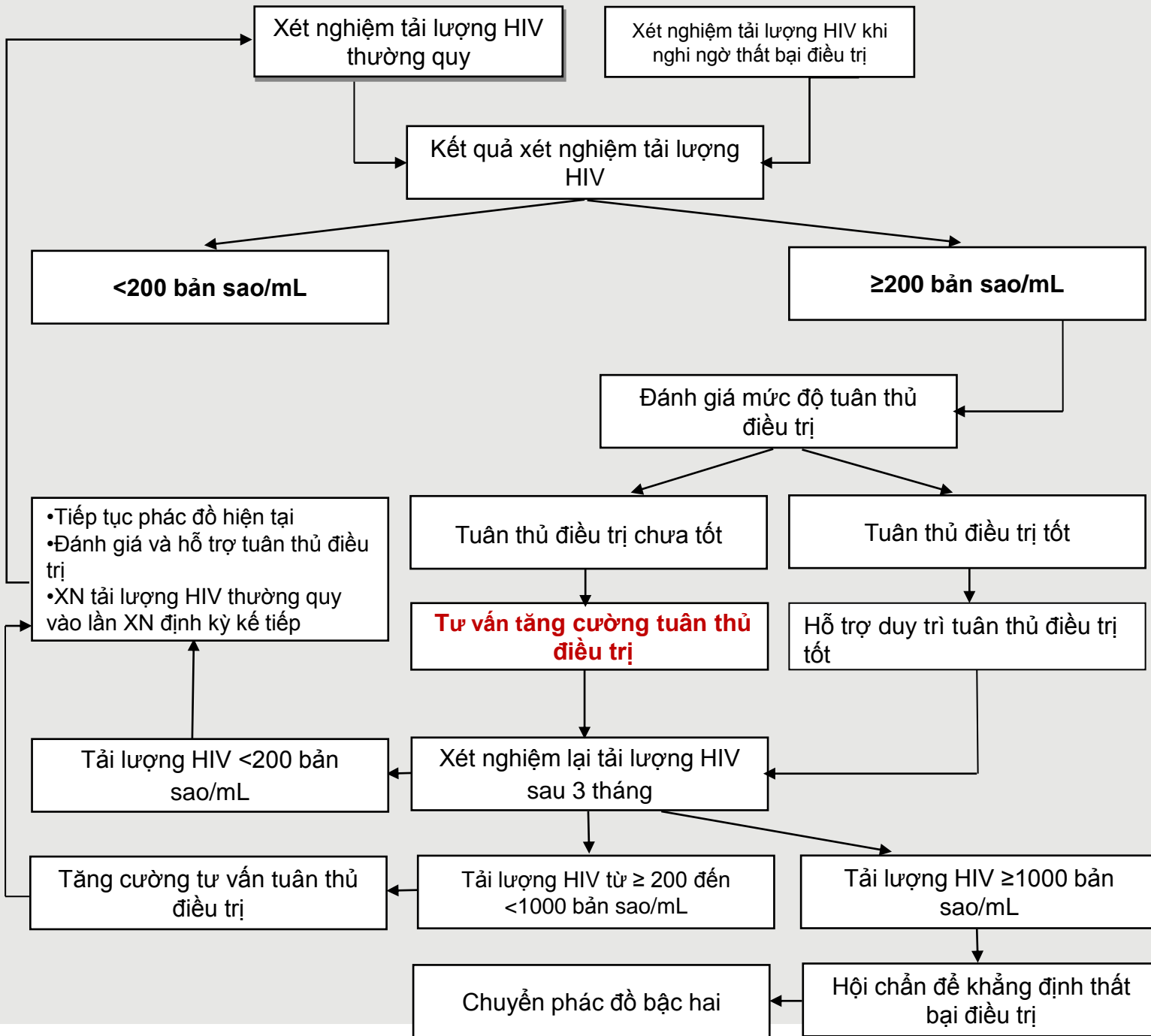
Người bệnh đã điều trị ARV ít nhất 6 tháng có tải lượng HIV huyết tương từ 1000 bản sao/mL trở lên ở hai lần XN liên tiếp cách nhau 3 tháng sau khi đã được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị.

## Lưu ý:

Trong trường hợp tải lượng HIV lần một trong khoảng từ 200 bản sao/mL đến dưới 1000 bản sao/mL, XN tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng với hỗ trợ tuân thủ điều trị mà kết quả trên 1000 bản sao/mL thì coi như thất bại điều trị chuyển phác đồ bậc 2.

# **Chẩn đoán và xử trí thất bại điều trị ARV**





## Lưu ý

- Chỉ xét XN tải lượng HIV sau 3 tháng nếu người bệnh đã tuân thủ điều trị tốt sau **Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị**
- Có thể làm XN gen phát hiện đột biến kháng thuốc trước khi chuyển sang phác đồ bậc hai nếu có điều kiện.
- Trường hợp đang điều trị phác đồ ARV bậc một, không thể làm được tải lượng HIV, bao gồm cả XN tải lượng HIV lần hai sau 3 tháng: căn cứ tình trạng lâm sàng, miễn dịch, tuân thủ điều trị, cần hội chẩn chuyển sang điều trị phác đồ ARV bậc hai.

# Phác đồ ARV bậc hai cho người trưởng thành và trẻ $\geq 10$ tuổi

Người nhiễm HIV	Tình huống phác đồ bậc một	Phác đồ bậc hai		
Người trưởng thành bao gồm phụ nữ mang thai, đang cho con bú và trẻ $\geq 10$ tuổi	Sử dụng TDF trong phác đồ bậc một	AZT + 3TC	+	LPV/r hoặc ATV/r
	Sử dụng AZT trong phác đồ bậc một	TDF + 3TC hoặc FTC	+	LPV/r hoặc ATV/r
Đồng nhiễm lao và HIV	Đang điều trị lao bằng rifampicin	Điều trị như phác đồ cho người trưởng thành và trẻ vị thành niên nhưng gấp đôi liều LPV/r (LPV/r 800 mg/200 mg hai lần mỗi ngày) hoặc tăng liều ritonavir bằng liều LPV (LPV/r 400 mg/400 mg) hai lần mỗi ngày		
	Nếu điều trị lao bằng rifabutin	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LVP/r (hoặc ATV/r) AZT + 3TC +LVP/r (hoặc ATV/r)		
Đồng nhiễm HIV và HBV	AZT + TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc ATV/r)			

# Phác đồ ARV bậc hai cho trẻ em

	em	Nhóm tuổi	Tình huống phác đồ bậc một	Phác đồ bậc hai
Phác đồ bậc một có LPV/r	< 3 tuổi	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + RAL Nếu không có RAL thì tiếp tục phác đồ hiện tại	
		AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + RAL Nếu không có RAL thì tiếp tục phác đồ hiện tại	
	≥ 3 tuổi	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + EFV	
		AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + EFV hoặc: TDF + 3TC + EFV	
Phác đồ bậc một có NNRTI	Tất cả các lứa tuổi	ABC + 3TC + EFV (hoặc NVP)	AZT + 3TC + LPV/r	
		TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV (hoặc NVP)		
		AZT + 3TC + EFV (hoặc NVP)	ABC (hoặc TDF) + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc ATV/r)	

# Tự vấn tăng cường tuân thủ điều trị là gì?

- Tự vấn tăng cường tuân thủ điều trị là can thiệp với mục đích hỗ trợ người bệnh điều trị ARV đạt được mức ức chế vi rút
- Tập trung vào người bệnh có TLVR > 200 bản sao/mL
- Giúp người bệnh xác định vấn đề ảnh hưởng đến tuân thủ và tìm ra giải pháp thích hợp
- Giúp loại trừ khả năng tuân thủ kém trước khi chuyển phác đồ bậc hai.

# TVTCTTĐT quan trọng vì...

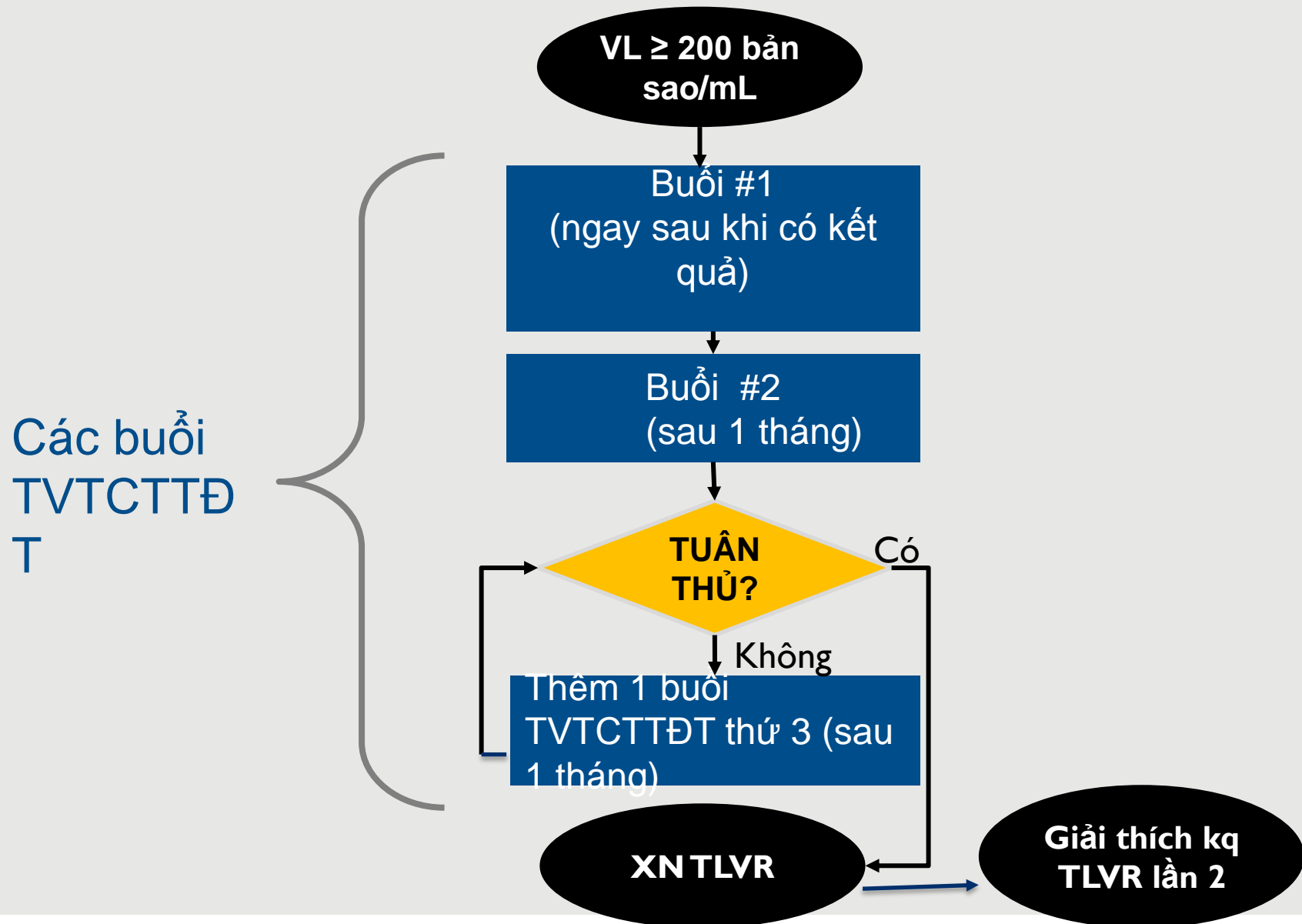
**Ở những nơi có nguồn lực hạn chế cho thấy:**

30%-60% người bệnh đạt được ức chế vi rút sau TVTCTTĐT\* (Người bệnh không phải chuyển sang phác đồ bậc 2).

Điều này sẽ giảm chi phí cho người bệnh và xã hội do phác đồ bậc hai có giá thành cao.

\*(Ellman 2014; Jobanputra 2014; Patten 2013)

# Khi nào thì tự vẫn tăng cường TTĐT



# Nội dung các buổi tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị

## Buổi #1

1. Chào mừng và giới thiệu
2. Thông báo và giải thích kết quả TLVR
3. Nội dung
  - Đánh giá tuân thủ điều trị trước đây và hiện tại
  - Phát hiện rào cản về TTĐT và xác định cách vượt qua (kiến thức, hành vi, kinh tế xã hội, cảm xúc)
  - Nhắc lại về tuân thủ điều trị
4. Kết thúc buổi tư vấn

## Buổi #2

1. Chào mừng và giới thiệu
2. Đánh giá sự tuân thủ từ lần tư vấn trước
3. Đánh giá việc thực hiện các giải pháp vượt qua rào cản tuân thủ
4. Kết thúc buổi tư vấn



## Giải thích khi TLVR từ 200 - 1000 bản sao/mL

- Phác đồ ARV có thể vẫn có tác dụng
- Tiếp tục tuân thủ điều trị
- XN lại tải lượng HIV sau 3 tháng, nếu kết quả tải lượng HIV vẫn dưới ngưỡng ức chế ( $< 1000$  bản sao/mL) thì vẫn tiếp tục phác đồ ARV hiện tại. Nếu kết quả  $\geq 1000$  bản sao/mL thì cần được xem xét để thay đổi phác đồ.

## Giải thích khi TLVR $\geq$ 1000 bản sao/mL

- Phác đồ ARV hiện tại không kiểm soát được sự nhân lên của HIV.
- Có 2 khả năng:
  - Phác đồ ARV có thể vẫn có tác dụng, có thể người bệnh đã uống thuốc không đều
  - Phác đồ ARV không còn tác dụng do kháng thuốc hoặc thất bại điều trị.

## Giải thích khi TLVR $\geq$ 1000 bản sao/mL (tt)

- Cần giáo dục cho người bệnh tuân thủ điều trị ARV, uống thuốc:
  - Hàng ngày
  - Đúng giờ
  - Đúng liều
  - Đúng cách
- Tuân thủ điều trị để điều trị ARV hiệu quả: sau 3 tháng, TLVR có thể đạt được dưới ngưỡng ức chế ( $< 1000$  bản sao/ml)

## Các nguyên nhân TLVR $\geq$ 1000 bản sao/mL

- **Tuần thủ kém là nguyên nhân thường gặp**
- Tương tác thuốc đối với rifampycin, thuốc đông y, chống động kinh, các thuốc enzyme
- Bệnh dạ dày ruột không hấp thu hết thuốc ARV làm giảm nồng độ thuốc trong máu (tiêu chảy mạn tính, nôn)
- Có tiền sử trước đó uống 1 hoặc 2 thuốc ARV bao gồm cả điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con
- Không thay đổi liều lượng ARV theo cân nặng ở trẻ em.

# Các rào cản và các biện pháp vượt qua rào cản trong tuân thủ điều trị

	Các rào cản	Biện pháp
<b>Kiến thức</b>	Thông tin về HIV, điều trị HIV, tuân thủ điều trị đã được cung cấp đủ chưa?	Giáo dục lại cho NB về HIV, về ARV, làm rõ hiểu sai
<b>Kinh tế xã hội</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thu nhập của người bệnh</li> <li>- Điều kiện sống</li> <li>- Mức độ hỗ trợ xã hội</li> <li>- Vấn đề kỳ thị</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giới thiệu người bệnh đến các nhóm đồng đẳng, đoàn thanh niên, hội phụ nữ, tôn giáo, các tổ chức xã hội... để được hỗ trợ</li> <li>- Hỗ trợ người bệnh vượt qua sự kỳ thị và tự kỳ thị</li> </ul>
<b>để được hỗ trợ</b> <b>Hành vi</b>	Thói quen sinh hoạt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uống thuốc có đúng giờ?</li> <li>- Ăn ngủ có theo giờ không?</li> <li>- Giờ làm và thời gian làm việc?</li> <li>- Hút thuốc, uống rượu...?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xây dựng công cụ nhắc giờ uống thuốc</li> <li>- Giúp NB duy trì thói quen tốt: ăn ngủ sinh hoạt đúng giờ, uống thuốc đúng giờ, bỏ rượu, thuốc lá...</li> <li>- Đào tạo NB biết lên kế hoạch cho bản thân, trao quyền và nghĩa vụ cho NB</li> </ul>
<b>Cảm xúc</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trầm cảm</li> <li>- Lo lắng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chẩn đoán trầm cảm, chuyển viện</li> <li>- Hỗ trợ tâm lý tình cảm</li> </ul>

# Giải thích khi TLVR lần 2 < 1000 bản sao/mL sau 3 tháng

- Chúc mừng người bệnh
- Đây là kết quả tốt
- Thuốc ARV người bệnh đang sử dụng đã ức chế được HIV
- Giữ nguyên phác đồ ARV hiện tại
- Tuân thủ điều trị cần được tiếp tục duy trì.
- Đối với người bệnh có tải lượng HIV từ 200 - <1000 bản sao/ml thì cần thông báo rõ kết quả và hỗ trợ tuân thủ điều trị.

# Giải thích khi kết quả TLVR lần 2 $\geq$ 1000 bản sao/mL

- Thuốc có thể không còn tác dụng nữa do kháng thuốc hoặc thất bại điều trị
- Kháng thuốc gây ra do:
  - Tuân thủ kém
  - Do tương tác thuốc
  - Do hấp thu kém vì bị bệnh dạ dày ruột
- Người bệnh cần chuyển sang điều trị ARV phác đồ bậc 2
- Tư vấn về thuốc trong phác đồ bậc 2: Tên thuốc, cách sử dụng, tác dụng phụ và xử trí
- Giáo dục người bệnh thực hiện tuân thủ khi điều trị ARV phác đồ bậc 2.

# Những điểm chính

- Sau điều trị ARV nhanh cần đánh giá đáp ứng điều trị về lâm sàng, miễn dịch và virus để có hướng xử trí thích hợp.
- Xét nghiệm TLVR định kỳ rất cần thiết để chẩn đoán sớm thất bại điều trị ARV, chuyển phác đồ bậc hai.
- Duy trì điều trị phác đồ đã thất bại sẽ làm gia tăng nguy cơ tích lũy đột biến kháng thuốc và giảm nhạy cảm với các phác đồ bậc 2 và 3.
- Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị cho người bệnh có TL HIV > 200 bản sao/mL giúp loại trừ khả năng tuân thủ kém trước khi chuyển phác đồ bậc hai.



**Cám ơn!**

**Câu hỏi?**