

HIV DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PREGNANT WOMEN: A NARRATIVE REVIEW

Truong Quoc Quang^{1,*}, Huynh Thanh Phong²

Faculty of Medicine, Vo Truong Toan University - QL1A, Thanh Xuan, Can Tho City

Received 31/07/2025

Revised 27/08/2025; Accepted 23/09/2025

ABSTRACT

Introduction: This narrative review aims to review the diagnosis and treatment of HIV infection in pregnant women.

Results: Among the pregnant women studied, the percentage ranged from 58.2% to 85.4% who were aged between 20 and 34 years. The proportion of women who had previously given birth to two or more children ranged from 61.1% to 85.2%. Most women reported no history of abortion, with rates between 50.3% and 72.9%. The rate of antenatal care received ranged from 78.8% to 91.5%. HIV was detected before pregnancy in 44% to 73.5% of cases. The proportion of mothers receiving antiretroviral (ARV) treatment ranged from 72.9% to 100%. In most cases, 68.94% to 71.34%, ARV treatment was initiated just before labor; however, one study found that 89.4% of women began treatment during pregnancy. Cesarean section was the predominant mode of delivery, with rates ranging from 65.8% to 95.2%. The proportion of infants receiving ARV treatment ranged from 84.9% to 100%. Additionally, the percentage of breastfed infants ranged from 87.4% to 91.5%. When examining newborn characteristics, the proportion of infants born at a gestational age of 37 weeks or more ranged from 83.8% to 94.4%, and those with a birth weight of 2,500 grams or more ranged from 88.8% to 91.9%. The rate of HIV infection among infants was between 1.5% and 9.4%.

Conclusion: Most women were diagnosed with HIV before pregnancy and received appropriate antenatal care and management during their pregnancy. The majority of pregnant women received ARV prophylaxis, with cesarean delivery being the most common obstetric intervention. Efforts to prevent the mother-to-child transmission of HIV have significantly reduced the infection rate among infants.

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

*Corresponding author

Email: 2645314911@stu.vttu.edu.vn **Phone:** (+84) 886696010 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3271**



TỔNG QUAN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM HIV Ở PHỤ NỮ MANG THAI

Trương Quốc Quang^{1,*}, Huỳnh Thanh Phong²

Khoa y, Trường đại học Võ Trường Toản - QL1A, Thạnh Xuân, Thành Phố Cần Thơ

Ngày nhận bài: 31/07/2025

Ngày chỉnh sửa: 27/08/2025; Ngày duyệt đăng: 23/09/2025

TÓM TẮT

Giới thiệu: Nghiên cứu tổng quan mô tả (a narrative review) nhằm mô tả chẩn đoán, điều trị nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai và kết cục thai kỳ.

Kết quả: Sản phụ thuộc nhóm tuổi 20-35 chiếm tỷ lệ cao nhất trong khoảng 58,2%-85,4%. Tỷ lệ quản lý thai nghén trong khoảng 78,8%-91,5%. Tỷ lệ sản phụ phát hiện HIV trước khi mang thai dao động 44%-73,5% và tỷ lệ điều trị ARV đạt 72,9%-100%. Thời điểm sản phụ được điều trị ngay trước chuyển dạ là 68,94%-71,34%. Về xử trí khi sinh, sinh mổ dao động trong khoảng 65,8%-95,2%. Tỷ lệ trẻ được điều trị ARV đạt 84,9%-100%. Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV dao động từ 1,5%-9,4%.

Kết luận: Phần lớn phụ nữ phát hiện nhiễm HIV trước mang thai, có khám thai và quản lý thai nghén đầy đủ. Đa phần thai phụ được dự phòng ARV và xử trí sản khoa mổ lấy thai chiếm ưu thế. Các can thiệp phòng lây truyền HIV mẹ con làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm HIV cho trẻ.

Từ khóa: HIV ở sản phụ, kháng virus, mổ đẻ, phòng lây truyền mẹ con.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là một bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, lây lan cao, gây suy yếu dần hệ thống miễn dịch. Đến nay, HIV/AIDS vẫn chưa được kiểm soát hoàn toàn. Trong đó, phụ nữ mang thai nhiễm HIV là nhóm đối tượng cần đặc biệt quan tâm, bởi họ không chỉ đối mặt với nguy cơ sức khỏe cho bản thân mà còn có khả năng lây truyền HIV sang thai nhi, làm tăng nguy cơ mắc bệnh, tử vong ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, ảnh hưởng lâu dài đến chất lượng dân số.

Tại Việt Nam, hàng năm có khoảng gần 2 triệu phụ nữ mang thai, trong đó ước tính có hơn 3.800 phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con, nếu không có can thiệp, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể lên tới 30-40%, tương đương mỗi năm Việt Nam có khoảng 1.140-1.520 trẻ em sinh ra nhiễm HIV từ mẹ. Tuy nhiên, tại Việt Nam, công tác phát hiện, quản lý và điều trị dù đạt được những thành tựu nhất định, song vẫn còn nhiều hạn chế, do nhiều nguyên nhân: khám thai muộn, thiếu kiến thức về HIV, tâm lý lo sợ kỳ thị nên không chủ động xét nghiệm, và sự bất cập trong hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản ở một số khu vực. Trong bối cảnh đó, việc tổng hợp, phân tích các vấn đề liên

qua đến chẩn đoán, điều trị nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là cần thiết, nhằm cung cấp cái nhìn toàn diện, hỗ trợ công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản, góp phần giảm LTMC, bảo vệ sức khỏe bà mẹ, trẻ sơ sinh, và nâng cao hiệu quả quản lý dịch HIV trong cộng đồng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: nghiên cứu có nội dung liên quan đến chẩn đoán, điều trị HIV và kết cục thai kỳ ở phụ nữ mang thai nhiễm HIV. Các nghiên cứu thuộc cơ sở dữ liệu của Pubmed, Google Scholar, các báo cáo khoa học, tạp chí y khoa, các luận văn, luận án (Trực thuộc trung ương), các trường đại học y trong nước.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các nghiên cứu có nội dung không phù hợp với mục tiêu chuyên đề, trùng lặp, nguồn không chính thống, không có trích dẫn, không tác giả, không đáng tin cậy, chưa qua phê duyệt, bình duyệt và có thời gian công bố đã lâu.

*Tác giả liên hệ

Email: 2645314911@stu.vttu.edu.vn Điện thoại: (+84) 886696010 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD15.3271>

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tổng quan mô tả (a narrative review).

2.2.2. Chiến lược nghiên cứu

Tài liệu, dữ liệu được tìm kiếm, chọn lọc từ các nguồn tài liệu tham khảo trên Google Scholar, PubMed và các thư viện trực tuyến.

2.3. Lựa chọn nghiên cứu

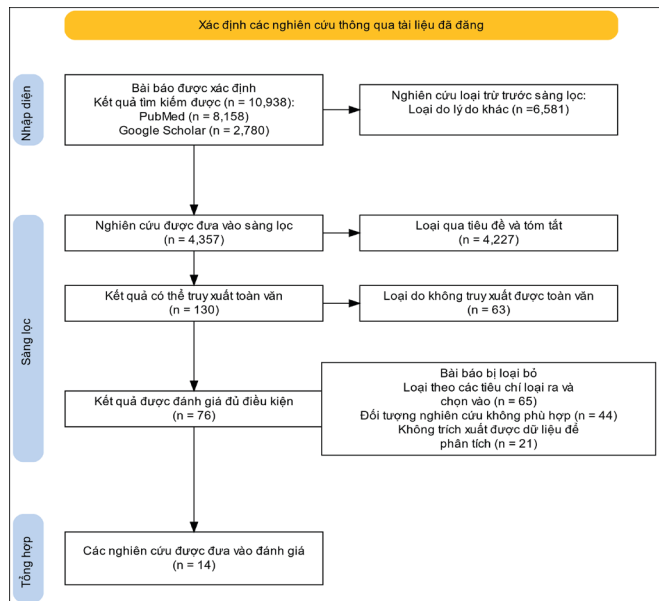
Sau khi tìm kiếm được tài liệu đáp ứng với tiêu chí và mục tiêu của chuyên đề, tiến hành đọc tài liệu để hiểu rõ về nghiên cứu.

Tiến hành thu thập dữ kiện từ các tài liệu theo các tiêu chí như: Cỡ mẫu có đáp ứng với đặc trưng của từng thể loại nghiên cứu, kết quả của nghiên cứu về các mục tiêu đã chọn. Dựa vào các dữ kiện đó tiến hành phân tích nghiên cứu về cỡ mẫu, thể loại nghiên cứu, kết quả của nghiên cứu và đưa ra kết luận cuối cùng, phân tích mặt giới hạn của từng nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 10,938 bài báo được tìm kiếm. Sau quá trình sàng lọc bằng cách xem xét tiêu đề, 76 bài được

tiếp tục đánh giá toàn văn. Sau cùng có 14 bài báo phù hợp đưa vào nghiên cứu.



Sơ đồ 1. Sơ đồ tuyển chọn bài báo vào nghiên cứu

Bảng 1. Các nghiên cứu về Chẩn đoán và điều trị HIV ở Phụ nữ mang thai

STT	Tác giả	Thiết kế	Kết quả chính
1	Nguyễn Mạnh Hoan (2020)	Nghiên cứu thuần tập tiến cứu có nhóm chứng	Phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ trầm cảm sau sinh cao hơn 5 lần (RR=5) so với phụ nữ không nhiễm HIV.
2	Đỗ Thu Huyền và cộng sự (2021)	Nghiên cứu hồi cứu mô tả	Thai phụ nhiễm HIV có khám và quản lý thai nghén chiếm tỷ lệ cao.
3	Lã Thị Lan và cộng sự (2020)	Nghiên cứu mô tả	Tỉ lệ tham gia điều trị phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con ở phụ nữ mang thai nhiễm HIV đạt hiệu quả cao.
4	Dương Lan Dung (2017)	Nghiên cứu dịch tễ học mô tả	Tăng cường công tác xét nghiệm HIV sớm cho phụ nữ mang thai, đẩy mạnh điều trị dự phòng sớm và phối hợp nhiều thuốc ARV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV tại các cơ sở sản khoa.
5	Phạm Văn Chung và cộng sự (2017)	Mô tả hồi cứu	Các can thiệp phòng lây truyền HIV mẹ con làm giảm đáng kể tỷ lệ lây nhiễm HIV cho trẻ.
6	Đỗ Quan Hà (2017)	Nghiên cứu mô tả	Thực trạng chẩn đoán và điều trị sớm, điều trị kết hợp 3 thuốc đã được cải thiện đáng kể qua các năm 2012–2014.
7	Nadia M. Ikumi (2021)	Nghiên cứu lồng ghép	Việc bắt đầu ART trước khi thụ thai có liên quan đến nguy cơ MVM tăng lên và có thể góp phần gây rối loạn chức năng nhau thai. Mối liên quan giữa MVM với sinh non và trẻ nhẹ cân cho thấy cơ chế trung gian qua nhau thai có thể liên kết mối liên quan giữa việc sử dụng ART lâu dài và kết quả sinh nở bất lợi.

8	Helloyza Halana Fernanda Aquino Pompeu và cộng sự (2022)	Nghiên cứu hồi cứu	Tỷ lệ nhiễm trùng tăng trong thời gian nghiên cứu cho thấy nhu cầu tăng cường hoạt động y tế, chẩn đoán sớm và các chiến lược cải thiện tuân thủ điều trị bằng thuốc kháng virus để giảm nguy cơ lây truyền dọc.
9	Michelle Loh và cộng sự (2021)	Nghiên cứu hồi cứu	Tiêu chuẩn chăm sóc cao dành cho phụ nữ nhiễm HIV đã giúp giảm tỷ lệ lây truyền trong thời kỳ quanh sinh xuống mức bằng không.
10	Andrew Kapoor và cộng sự (2022)	Nghiên cứu hồi cứu	Các biện pháp can thiệp phòng ngừa sử dụng dự phòng trước phơi nhiễm nên được ưu tiên trong giai đoạn nguy cơ cao xung quanh lần mang thai đầu tiên của phụ nữ.
11	Laura Byrne và cộng sự (2017)	Nghiên cứu quan sát	Phụ nữ mắc HIV ở Vương quốc Anh có tỷ lệ mang thai thấp, nhưng những người mang thai có nguy cơ phát hiện tải lượng virus gần sinh, phản ánh tiền sử lâm sàng phức tạp, tuân thủ điều trị và kháng thuốc.
12	Gilmar de Souza Osmundo Junior và cộng sự (2023)	Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu	HIV dường như không làm tăng nguy cơ kết quả bất lợi trong thời kỳ chu sinh, nhưng có nguy cơ thất bại trong việc ức chế virus và tiếp xúc ART phức tạp cao hơn.
13	Selamawit Woldesenbet và cộng sự (2021)	Nghiên cứu cắt ngang	Việc triển khai dịch vụ thân thiện với thanh thiếu niên, sáng kiến của y tá chăm sóc sức khỏe trường học và chiến dịch giáo dục công chúng nhất quán giúp nâng cao nhận thức.
14	M. N. Kintu và cs. (2020)	Nghiên cứu hồi cứu	Ảnh hưởng tiền sử sinh con đến tuân thủ ART

Bảng 2. Độ tuổi mang thai trong các nghiên cứu

STT	Tác giả – Năm	Độ tuổi trung bình / khoảng tuổi nghiên cứu
1	Nguyễn Mạnh Hoan (2020)	20–35 tuổi
2	Đỗ Thu Huyền và cs. (2021)	32,55 ± 5,4 (18 - 40 tuổi)
3	Lã Thị Lan và cs. (2020)	20–34 tuổi
4	Dương Lan Dung (2017)	29,1 ± 4,5 (18–40 tuổi)
5	Phạm Văn Chung và cs. (2017)	18–38 tuổi
6	Đỗ Quan Hà (2017)	18–35 tuổi
7	Nadia M. Ikumi (2021)	25–40 tuổi
8	Pompeu và cs. (2022)	18–35 tuổi
9	Michelle Loh và cs. (2021)	20–38 tuổi
10	Andrew Kapoor và cs. (2022)	18–30 tuổi
11	Laura Byrne và cs. (2017)	18–34 tuổi
12	Osmundo Junior và cs. (2023)	15–24 tuổi
13	Woldesenbet và cs. (2021)	15–49 tuổi
14	M. N. Kintu và cs. (2020)	26,5 ± 4,5 (18–35 tuổi)

Độ tuổi của sản phụ: Tỷ lệ sản phụ có độ tuổi 20–<35 tuổi chiếm đa số (58,2%-85,4%); từ <20 tuổi là 0,5% đến 12,5%; từ ≥ 35 là 12,9% đến 40,6%. Độ tuổi trung bình: 29,4 ± 4,8 tuổi.

Bảng 3. Tiền sử sản khoa

STT	Tác giả – Năm	0 con (con so)	Đã có 1 con	Đã có ≥2 con
1	Nguyễn Mạnh Hoan (2020)	45%	30%	25%
2	Đỗ Thu Huyền (2021)	50,3%	25,5	24,2
3	Lã Thị Lan (2020)	50%	30%	20%
4	Dương Lan Dung (2017)	70,1%	19,1%	10,8%
5	Phạm Văn Chung (2017)	48%	30%	22%
6	Đỗ Quan Hà (2017)	50%	25%	25%
7	Nadia M. Ikumi (2021)	40%	35%	25%
8	Pompeu (2022)	72,9%	22,9%	4,2%
9	Michelle Loh (2021)	52%	28%	20%
10	Andrew Kapoor (2022)	68%	22%	10%
11	Laura Byrne (2017)	60%	25%	15%
12	Osmundo Junior (2023)	70%	20%	10%
13	Woldesenbet (2021)	65%	23%	12%
14	M. N. Kintu (2020)	35%	25%	35%

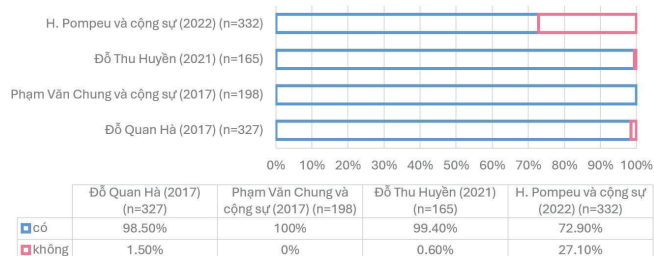
Tiền sử sản khoa: nhiều sản phụ từng sinh ≥2 con (61,1% đến 85,2%); đa số chưa từng nạo hút thai (50,3% đến 72,9%).

Bảng 4. Thời điểm phát hiện nhiễm HIV ở sản phụ

STT	Tác giả – Năm	Trước mang thai	Khi mang thai	Khi chuyển dạ
1	Đỗ Thu Huyền (2021)	7339%	15,8%	10,9%
2	Lã Thị Lan (2020)	44%	37,7%	21,3%
3	Phạm Văn Chung (2017)	73,5%	16,9%	9,6%
4	Nadia M. Ikumi (2021)	75%	25%	—
5	Andrew Kapoor (2022)	—	90%	10%
6	Laura Byrne (2017)	—	85%	15%

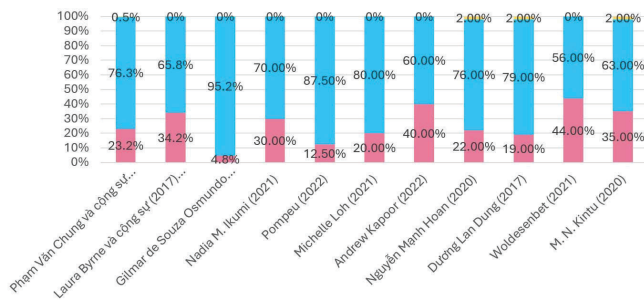
Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ sản phụ phát hiện HIV trước khi có thai chiếm tỷ lệ cao hơn phát hiện khi mang thai và khi chuyển dạ, tỷ lệ này dao động từ 44% đến 73,5%. Trong đó, cao nhất trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Thu Huyền (2021) [3] là 73,3% gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Chung và cộng sự (2017) [1] là 73,5%.

Tình trạng quản lý thai ở sản phụ nhiễm HIV: Trong 3 nghiên cứu phần lớn đối tượng có khám thai nghén là 78,8%-91,5% và còn lại các đối tượng không khám thai nghén là 8,5%-21,2%.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ sử dụng thuốc ARV ở sản phụ nhiễm HIV**

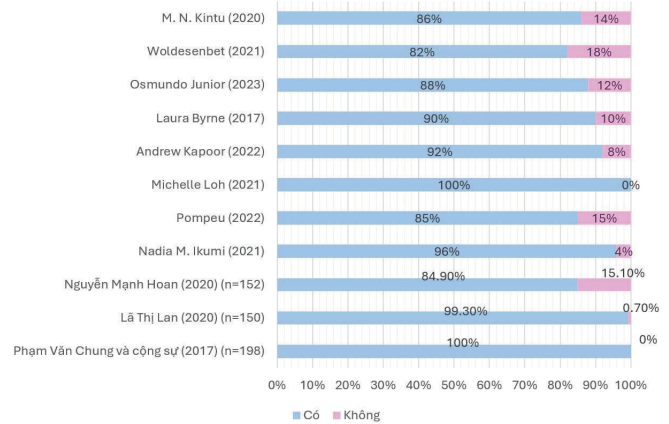
Biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ có sử dụng thuốc ARV ở sản phụ nhiễm HIV chiếm tỷ lệ rất cao so với không sử dụng thuốc ARV, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là 100% ở nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Chung và cộng sự [1] (2017).

Thời điểm điều trị ở sản phụ nhiễm HIV có sử dụng ARV: hai trong ba nghiên cứu tỷ lệ sản phụ điều trị ARV trước khi có thai chiếm đa số so với thời điểm điều trị khi có thai và ngay trước chuyển dạ là 68,94 - 71,34%, còn khi có thai và ngay trước chuyển dạ lần lượt là 15,24%-17,39%, 13,42%-13,67%. Riêng nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Chung và cộng sự năm 2017 [1] không đối tượng thuộc diện trước khi mang thai, trong khi có thai chiếm 89,4% và ngay trước chuyển dạ 10,6%.



Biểu đồ 3. Phương pháp sinh của sản phụ nhiễm HIV

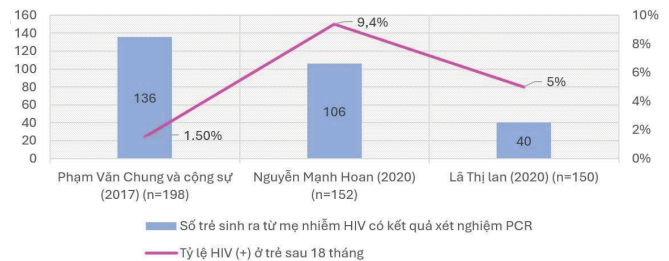
Kết quả nghiên cứu cho thấy sinh mổ chiếm ưu thế dao động từ 65,8% đến 95,2%.



Biểu đồ 4. Tình trạng sử dụng ARV cho trẻ sau sinh

Biểu đồ 4 cho thấy ở ba nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ được sử dụng ARV ngay sau sinh rất cao, dao động từ 84,9% đến 100%.

Trẻ bú mẹ: Tỷ lệ trẻ không bú sữa mẹ ở hai nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao hơn trẻ có bú sữa mẹ, dao động từ 87,4% đến 91,5%.



Biểu đồ 5. Tỷ lệ HIV (+) ở trẻ sau 18 tháng theo dõi

Biểu đồ 5 Về tỷ lệ HIV (+) ở trẻ sau 18 tháng theo dõi cho thấy tỷ lệ này thấp nhất ở nghiên cứu của tác giả Phạm Văn Chung (2017) [1] với 1,5% (trong 136 trẻ) và cao nhất ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Hoan [8] (2020) với 9,4% (trong 106 trẻ).

Bảng 5. Kết quả chính từ các nghiên cứu

STT	Tác giả – Năm	Thiết kế nghiên cứu	Nội dung nghiên cứu	Kết quả chính
1	Nguyễn Mạnh Hoan (2020)	Thuần tập tiến cứu có nhóm chứng	Nguy cơ trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV	RR ≈ 5 lần cao hơn nhóm không nhiễm HIV
2	Đỗ Thu Huyền và cs. (2021)	Hồi cứu mô tả	Quản lý thai nghén PN nhiễm HIV	91,5% có quản lý thai, 99,4% dự phòng ARV
3	Lã Thị Lan và cs. (2020)	Mô tả	Tham gia điều trị PMTCT	Hiệu quả cao, tỷ lệ lây truyền <2%
4	Dương Lan Dung (2017)	Dịch tễ học mô tả	Xét nghiệm sớm và điều trị dự phòng	86,3% mẹ nhận dự phòng, lây truyền 6,9% (giai đoạn đầu)
5	Phạm Văn Chung và cs. (2017)	Mô tả hồi cứu	Can thiệp PMTCT	100% mẹ & trẻ ARV, lây truyền 1,5%
6	Đỗ Quan Hà (2017)	Mô tả	Chẩn đoán & điều trị sớm (2012–2014)	Tăng điều trị sớm, phác đồ 3 thuốc

STT	Tác giả – Năm	Thiết kế nghiên cứu	Nội dung nghiên cứu	Kết quả chính
7	Nadia M. Ikumi (2021)	Lồng ghép	ART trước thụ thai & bắt thường nhau thai	ART trước mang thai → tăng MVM → liên quan sinh non & nhẹ cân
8	H. H. F. A. Pompeu và cs. (2022)	Hồi cứu	Nhiễm trùng & tuân thủ ART	Tăng nhiễm trùng → cần tăng chẩn đoán sớm, cải thiện tuân thủ
9	Michelle Loh và cs. (2021)	Hồi cứu	Chăm sóc quanh sinh	Tỷ lệ lây truyền quanh sinh = 0
10	Andrew Kapoor và cs. (2022)	Hồi cứu	Dự phòng PrEP quanh mang thai đầu	Nên ưu tiên PrEP giai đoạn nguy cơ cao
11	Laura Byrne và cs. (2017)	Quan sát	PN nhiễm HIV tại UK	Tỷ lệ mang thai thấp; nguy cơ tải lượng phát hiện cao gần sinh
12	G. S. O. Junior và cs. (2023)	Đoàn hệ hồi cứu	PHIV và kết cục chu sinh	Không tăng nguy cơ bất lợi nhưng tăng nguy cơ thất bại ức chế virus
13	Selamawit Woldesenbet và cs. (2021)	Cắt ngang	Dịch vụ thân thiện với thanh thiếu niên	Nâng cao nhận thức, tăng tiếp cận dịch vụ
14	M. N. Kintu và cs. (2020)	Nghiên cứu hồi cứu	Ảnh hưởng tiền sử sinh con đến tuân thủ ART	Phụ nữ HIV có tiền sử sinh con trước đó tuân thủ điều trị ARV tốt hơn

4. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Thời điểm phát hiện HIV thì trước có thai là chủ yếu (44,0% đến 73,5%), cho thấy hiệu quả công tác tư vấn, xét nghiệm HIV cho phụ nữ. Dù tỷ lệ nhiễm HIV khi chuyển dạ chỉ dao động từ 9,6% đến 21,3%, đây vẫn là nhóm đáng lo ngại do nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con rất cao, cần tiếp tục giảm tỷ lệ phát hiện muộn (đặc biệt ở giai đoạn chuyển dạ) bằng cách tăng cường công tác truyền thông để phụ nữ hiểu rõ tầm quan trọng của xét nghiệm HIV sớm, đẩy mạnh sàng lọc HIV tiền hôn nhân, trước khi mang thai và sàng lọc sớm trong thai kỳ nhằm phát hiện kịp thời các trường hợp nhiễm HIV.

Tình trạng quản lý thai đối với thai phụ nhiễm HIV ở cả các nghiên cứu đều ghi nhận các thai phụ có khám thai chiếm tỷ lệ cao (78,8% đến 91,5%). Kết quả này phản ánh ý thức cao của sản phụ nhiễm HIV trong việc khám thai và quản lý thai thai nghén và chứng tỏ sự hiệu quả của các chương trình chăm sóc bà mẹ nhiễm HIV.

Việc gần như toàn bộ sản phụ nhiễm HIV ở nghiên cứu trong nước được điều trị dự phòng ARV cho thấy công tác quản lý HIV ở sản phụ và tư vấn xét nghiệm HIV sớm đã đạt hiệu quả cao.

Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thu Huyền (2021) cho thấy tỷ lệ điều trị ARV trước khi mang thai chiếm 71,34%, Đỗ Quan Hà (2017) với 68,94%. Điều này cho thấy tỷ lệ sản phụ nhiễm HIV được điều trị trước khi mang thai đang có xu hướng tăng dần, phản ánh hiệu quả của việc chẩn đoán HIV sớm và quản lý bệnh ngay từ trước thai kỳ, giúp kiểm soát tải lượng virus, giảm nguy cơ lây truyền cho con. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Chung và cộng sự (2017), không có trường hợp nào điều trị ARV trước khi có thai. Phần lớn sản phụ (89,4%) bắt đầu điều trị khi mang thai, mặc dù đa số sản phụ lại phát hiện nhiễm HIV trước khi mang thai. Điều này cho thấy một số sản phụ chưa tuân thủ điều trị ngay sau chẩn đoán, hoặc chưa được kết nối chương trình chăm sóc bệnh nhân HIV, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tư vấn sau xét nghiệm HIV và hỗ trợ theo dõi liên tục, đảm bảo sản phụ được điều trị sớm trước cả khi có kế hoạch mang thai.

Tỷ lệ mổ lấy thai ở các nghiên cứu trên chiếm ưu thế, dao động từ 61,7% đến 95,2%, trong khi tỷ lệ sinh thường thấp, chỉ từ 4,8% đến 38,3%. Việc mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao phù hợp với khuyến cáo đây là phương pháp giúp giảm nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang 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 trường hợp sau:

+ Nồng độ virus máu (>1000 copies/mL) hoặc không biết nhiễm HIV trước khi sinh.

+ 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 sinh.

Mặc dù phương pháp sinh mổ thường được chỉ định, nhưng không nên lạm dụng vì có thể làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ ở mẹ và ảnh hưởng đến sức khoẻ ở trẻ sau sinh. Tóm lại, cần cá thể hoá phương hướng điều trị dựa trên tải lượng virus, mức độ tuân thủ điều trị ARV, tình trạng sản phụ và điều kiện cơ sở y tế để đảm bảo an toàn tối đa cho mẹ và bé.

Trọng lượng trẻ sinh ra cân nặng < 2500g dao động 8,15% đến 11,2%; thời điểm kết thúc thai nghén, tuổi thai ≤ 37 tuần với tỷ lệ dao động 5,6% đến 16,2%. Tình trạng sinh non và nhẹ cân ở trẻ sinh ra từ sản phụ nhiễm HIV ở các nghiên cứu vẫn còn tồn tại nhưng chiếm tỷ lệ thấp. Điều này phản ánh khả năng quản lý thai kỳ và các phương pháp điều trị đã có hiệu quả tốt, cho thấy việc dự phòng lây truyền từ mẹ sang con được thực hiện hiệu quả. Tuy nhiên, chúng ta vẫn cần tiếp tục và phát huy hơn nữa công tác phát hiện, quản lý, dự phòng cho sản phụ nhiễm HIV nhằm góp phần cải thiện sức khoẻ cho cả mẹ và trẻ.

Trong các nghiên cứu này: trẻ sơ sinh được điều trị ARV ngay sau sinh chiếm tỷ lệ cao (84,9% đến 100%) và không bú mẹ (87,4% đến 91,5%). Cho thấy hiệu quả của công tác dự phòng ARV ở trẻ sau sinh.

Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV dao động 1,5% đến 9,4%. 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%.

5. KẾT LUẬN

Phần lớn phụ nữ phát hiện nhiễm HIV trước mang thai, có khám thai và quản lý thai nghén đầy đủ. Đa phần thai phụ được dự phòng ARV và xử trí sản khoa mổ lấy thai chiếm ưu thế. Các can thiệp phòng lây truyền HIV mẹ con làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm HIV cho trẻ.

6. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ bởi Trường Đại học Võ Trường Toản để thực hiện bài tổng quan này.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Văn Chung, Phạm Huy Hiền Hào. Một số đặc điểm sản phụ và con nhiễm HIV tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Phụ sản. 2017;15(2):tr. 38-42.
- [2] Lã Thị Lan, Phạm Thị Duyên, Trần Thị Minh Huệ, và cộng sự. Mô tả thực trạng can thiệp phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV và con của họ tại Hà Nội, 2018-2019. Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 2020;1(29):tr. 62-5.
- [3] Đỗ Thu Huyền, Lê Thị Thanh Vân. Tình hình theo dõi thai phụ nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện phụ sản trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;507(2):tr. 168-72.
- [4] Pompeu H. H. F. A., d. MLP, G. SCC, al e. Prevalence of the Human Immunodeficiency Virus and associated factors in pregnant women in the state of Pará. Rev Bras Enferm. 2022;75(6):e20210171.
- [5] Đỗ Quan Hà, Phan Thị Thu Nga. Thực trạng chẩn đoán và điều trị thuốc kháng HIV cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. Tạp chí Phụ sản. 2017;15(2):tr. 75-9.
- [6] Byrne L., S. R, F. C, et al. Pregnancy incidence and outcomes in women with perinatal HIV infection. AIDS. 2017;31(12): pp. 1745-54.
- [7] Osmundo Junior G. d. S., A. CRd, A. RRM, et al. Pregnancy in women living with perinatally acquired HIV: Perinatal outcomes and drug resistance profile. Clinics (Sao Paulo). 2023;78:100174.
- [8] Nguyễn Mạnh Hoan. Nghiên cứu dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến phụ nữ nhiễm HIV có triệu chứng trầm cảm sau sinh [Luận án Tiến sĩ Y học]. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2020.
- [9] Ikumi N. M, Malaba T. R, Pillay K, et al. Differential impact of antiretroviral therapy initiated before or during pregnancy on placenta pathology in HIV-positive women. AIDS. 2021;35(5): pp. 717-726.
- [10] Byrne L, Sconza R, Foster C, Tookey PA, Cortina-Borja M, Thorne C. Pregnancy incidence and outcomes in women with perinatally acquired HIV in the United Kingdom. AIDS. 2017 Jul 31;31(12):1745-54. doi:10.1097/QAD.0000000000001552. Lippincott Journals

- [11] Lytvyn L, Phillips S, Tsertsvadze A, et al. Values and preferences of women living with HIV who are pregnant, or considering pregnancy, regarding antiretroviral therapy: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*. 2017;7(9):e019023. doi:10.1136/bmjopen-2017-019023. *BMJ Open*
- [12] UK Health Security Agency. Infectious diseases in pregnancy screening: ISOSS HIV report 2021 (pregnancies with expected delivery date in 2019). UK: GOV.UK; 2024 Oct 10. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/infectious-diseases-in-pregnancy-screening-isoss-hiv-report-2021/isoss-hiv-report-2021>

