

# 1. Tải lượng virus HIV Không phát hiện nhưng số lượng tế bào CD4 vẫn thấp <200/mm<sup>3</sup>. Hướng xử trí và có cần cần thiệp dự phòng Cotrim không?

1a. Do tế bào CD4 (hay còn gọi là tế bào T-CD4; tế bào T trợ giúp; tế bào T<sub>H</sub>) là tế bào đóng vai trò trong đáp ứng miễn dịch nên nếu bệnh nhân bị suy yếu hệ miễn dịch hay bị nhiễm trùng thì tế bào CD4 sẽ thấp. Những lí do khiến tải lượng HIV không phát hiện nhưng tế bào CD4 vẫn thấp bao gồm:

- Tuổi cao (tuổi cao thì hệ miễn dịch kém)
- Tế bào CD4 bị suy kiệt (do bệnh nhân bị nhiễm HIV khá lâu, đã phá huỷ nhiều tế bào CD4 rồi mới được điều trị, khi này thì dù điều trị ARV và không chế được tải lượng virus thì tế bào CD4 vẫn không phục hồi hoàn toàn được.
- Đường lây nhiễm do tiêm chích ma túy (có thể do ma túy làm suy yếu hệ miễn dịch hoặc lây nhiễm qua đường máu khiến lượng virus xâm nhập ban đầu vào cơ thể nhiều khiến tế bào CD4 khó phục hồi

## **Risk Factors for Failure to Achieve CD4 Count >200 Cells/ $\mu$ L**

We found that risk of failure to achieve a CD4 count >200 cells/ $\mu$ L increased with increasing age and with decreasing CD4 count at start of the virally suppressed period (Table 2).

Compared with MSM, men with heterosexual route of infection, injection drug users, and those with other or unknown transmission group had greater risk of incomplete CD4

- Bệnh nhân phải mất trên 12 tháng sau điều trị mới làm mất tải lượng HIV thì cũng khó phục hồi CD4 (điều này có nghĩa là nhiễm HIV nhiều nên phải mất nhiều thời gian mới làm mất tải lượng được – điều này làm bệnh nhân khó phục hồi)
- Khi bệnh nhân bị nhiễm trùng tiềm ẩn (như lao, viêm gan B, viêm gan C, hoặc viêm xoang,..) hoặc có ung thư tiềm ẩn hoặc không giữ vệ sinh tốt khiến bị nhiễm trùng cũn khiến làm tế bào CD4 không phục hồi.

1b. Khi tế bào CD4 thấp dưới 200 thì bệnh nhân sẽ có nguy cơ bị tử vong cao gấp 2,62 lần so với người có CD4 >500. CD4 từ 201-350 cũng bị tăng nguy cơ tử vong nhưng không đáng kể (không có ý nghĩa thống kê. Vì vậy chỉ nên e ngại khi bệnh nhân có CD4 thấp dưới 200.

suppressed period. Compared with individuals with CD4 count >500 cells/ $\mu$ L at the end of the suppressed period, adjusted HRs in individuals with a CD4 count of 351–500, 201–350, and  $\leq 200$  CD4 cells/ $\mu$ L were 0.62 (95% CI, .32–1.19), 1.28 (95% CI, .74–2.23), and 2.62 (95% CI, 1.47–4.67), respectively.

Muốn tránh trường hợp CD4 thấp (<200) dù đã ức chế hoàn toàn HIV thì cần phải điều trị ARV sớm, điều trị nghiện chích, điều trị các bệnh lí nhiễm trùng và phát hiện các bệnh mạn tính hay ung thư tiềm ẩn.

**Table 4. Cause-Specific Hazard Ratios Comparing HIV-Infected Individuals (ART-CC Only) With CD4 Count  $\leq 200$  Versus  $> 200$  Cells/ $\mu$ L at End of Suppressed Period**

Causes of Death	No. (%) of Deaths According to CD4 Count at End of Suppressed Period		HR (95% CI)	
	$\leq 200$ Cells/ $\mu$ L	$> 200$ Cells/ $\mu$ L	Unadjusted	Adjusted <sup>a</sup>
All	41 (100)	80 (100)	3.05 (2.10–4.44)	2.52 (1.71–3.70)
AIDS-defining causes of death	4 (9.8)	7 (8.8)	3.39 (0.99–11.57)	2.75 (0.78–9.69)
Non-AIDS-defining causes of death	26 (63.4)	49 (61.3)	3.14 (1.95–5.06)	2.61 (1.61–4.23)
Hepatitis	5	5	5.95 (1.72–20.56)	6.76 (1.93–23.74)
Non-AIDS cancer	14	23	3.50 (1.73–6.95)	2.89 (1.44–5.28)
Other causes of death <sup>b</sup>	6	21	1.69 (0.68–4.18)	1.24 (0.50–3.12)
Unnatural causes of death	3 (7.3)	8 (10.0)	2.27 (0.60–8.57)	2.07 (0.54–7.97)
Unknown causes of death	8 (19.5)	16 (19.5)	3.00 (1.28–7.01)	2.34 (0.98–5.59)

Bệnh nhân có CD4 thấp dù đã ức chế hoàn toàn virus có nguy cơ tử vong cao nhưng chết không chỉ vì AIDS mà còn các lí do khác như viêm gan, ung thư, các nguyên nhân khác như bệnh lí tim mạch gọi ý là CD4 thấp là do sức khỏe toàn thân suy yếu, bị các bệnh nhiễm trùng khác. Vì vậy ở bệnh nhân CD4 thấp <200 mà muốn giảm tử vong thì phải sàng lọc ung thư và các bệnh lí nhiễm trùng khác.

1c. Nếu bệnh nhân có tải lượng HIV <200 copies/mL và điều trị ARV ít nhất 12 tháng và lâm sàng ổn định thì có thể ngưng điều trị dự phòng với cotrim dù CD4 có >350 hay <350 tế bào/mm<sup>3</sup> (bảng 15 của HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ CHĂM SÓC HIV/AIDS - Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019 của Bộ Y tế)

**Bảng 15: Tiêu chuẩn bắt đầu và ngừng điều trị dự phòng bằng co-trimoxazol**

Người trưởng thành, phụ nữ mang thai, đang cho con bú nhiễm HIV	CD4 $\leq$ 350 tế bào/mm <sup>3</sup> hoặc Giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4	Lâm sàng ổn định (điều trị ARV ít nhất 12 tháng và không có biểu hiện của nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng 2, 3, 4) và CD4 > 350 tế bào/mm <sup>3</sup> hoặc tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml
---	--	--

Điều này có cơ sở từ việc hiểu tế bào CD4 giảm là do có thể bị các nhiễm trùng và sức khỏe toàn thân thấp khác chứ không phải chỉ là do điều trị ARV không có hiệu quả.

## **2. BN mới điều trị ARV nên làm xét nghiệm tải lượng virus hay CD4? Nguyên nhân?**

Nếu có điều kiện thì có thể làm cả 2 xét nghiệm tải lượng virus hoặc CD4. Tuy nhiên nếu phải chọn lựa 1 trong 2 xét nghiệm thì nên thực hiện CD4 ưu tiên hơn vào lúc bắt đầu điều trị bởi vì CD4 lúc trước hoặc mới điều trị sẽ giúp cho:

- Đánh giá xem có nên bắt đầu điều trị dự phòng với Cotrim hay không
- Đánh giá nguy cơ bệnh nhân bị hội chứng viêm phức hồi miễn dịch (để bác sĩ theo dõi và phát hiện hội chứng này và can thiệp kịp thời)
- Đánh giá xem có thể sử dụng NVP hay hay không
- Giúp tiên lượng của bệnh nhân (nếu CD4 ban đầu thấp thì biết là bệnh nhân có nguy cơ khó phục hồi CD4)
- Là con số để đánh giá hiệu quả điều trị bằng cách so sánh CD4 sau điều trị 6 tháng và CD4 trước điều trị

Tải lượng virus theo hướng dẫn của Bộ Y tế thì chỉ cần thực hiện tải lượng virus vào 6 tháng sau bắt đầu điều trị ARV (Riêng trong trường hợp phòng lây truyền mẹ sang con thì có thể ưu tiên đánh giá tải lượng virus có giá trị để đánh giá nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con )

### 3. Khi số lượng CD4 > 350/mm<sup>3</sup> thì bao lâu ta làm lại xét nghiệm CD4 kiểm tra hay có bệnh cơ hội thì mới làm lại xét nghiệm CD4

Theo hướng dẫn của bộ y tế thì (1) sau khi người bệnh điều trị ARV được ít nhất 1 năm, (2) có tình trạng lâm sàng ổn định và (3) tải lượng HIV < 200 bản sao/ml thì không cần làm lại xét nghiệm CD4 nữa. Chỉ khi có nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh nhân có vấn đề bất thường (thí dụ như bệnh nhân bị nhiễm trùng nhiều lần – dù không phải nhiễm trùng cơ hội; sụt cân nghi ngờ suy kiệt hoặc nhiễm trùng tiềm ẩn, ung thư tiềm ẩn) (nghĩa là tình trạng lâm sàng không ổn định) thì mới làm lại CD4.

#### - XN tế bào CD4 trong các trường hợp sau:

- + ) Không có XN tải lượng HIV thường quy: xét nghiệm CD4 6 tháng 1/lần.
- + ) Có XN tải lượng HIV: XN CD4 6 tháng một lần, ngừng XN CD4 khi người bệnh điều trị ARV được ít nhất 1 năm, có tình trạng lâm sàng ổn định và tải lượng HIV < 200 bản sao/ml.
- + ) Quyết định ngừng điều trị dự phòng thứ phát một số bệnh NTCH.

Cơ sở của quyết định này là khi không chế được tải lượng virus thì có nghĩa là thuốc có hiệu quả trên HIV và bệnh nhân không có khả năng lây nhiễm cho người khác qua đường tình dục (đạt mục tiêu điều trị). Tế bào CD4 phụ thuộc vào tế bào CD4 trước đó, tình trạng sức khỏe toàn thân và có nhiễm trùng hay ung thư khác mà thôi nên ít có giá trị theo dõi hiệu quả điều trị.

### 4. Thừa BTC và quý giảng viên

- Sơn mong muốn qua 2 buổi học về định hướng điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone, Sơn có thể đưa ra các hoạch định chính sách?

- Làm sao có thể giúp tăng số lượng người NCMT tham gia điều trị Methadone?

Thân gửi Bs. Sơn. Do mục tiêu của bài giảng sáng nay là giới thiệu sơ lược các kiến thức cơ bản về điều trị methadone và ARV (cho các tư vấn viên, dược sĩ và bác sĩ chưa có kinh nghiệm điều trị ARV và methadone) nên kiến thức có thể đơn giản so với các bác sĩ có kinh nghiệm. Ban tổ chức và giảng viên rất tiếc về điều này. Muốn tăng số lượng người NCMT tham gia điều trị methadone thì cần phải:

- Giảm kì thị và phân biệt với người nhiễm HIV và người nghiện chất

- Tạo điều kiện cho NCMT tham gia chương trình

- Nâng cao chất lượng dịch vụ điều trị; quan tâm toàn diện đến các vấn đề y tế, tâm lí và xã hội. Khi có hiệu quả điều trị tốt người NCMT sẽ lôi kéo người ở cộng đồng của mình tham gia.

- Đồng thời công tác phòng chống tệ nạn ma túy (truy bắt người mua bán ma túy) để giảm cung; cương quyết xử lí vi phạm hành chính trong lãnh vực an ninh, trật tự, an toàn xã hội (giảm cầu)

- Phối hợp các biện pháp cai nghiện khác.