

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

HỌC VIỆN QUÂN Y

NGUYỄN TRỌNG THẮNG

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG
CON VÀ TRIỂN KHAI THÍ ĐIỂM MÔ HÌNH CAN THIỆP DỰ
PHÒNG
TẠI HẢI PHÒNG (2005 - 2006)**

Chuyên ngành : Dịch tễ học

Mã số : 62. 72. 70. 01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

Hà Nội - 2010

CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y

Người hướng dẫn khoa học

- PGS.TS Lưu Thị Minh Châu

- PGS.TS Đào Xuân Vinh

Phản biện 1 : GS.TS. Dương Đình Thiện

Phản biện 2 : PGS.TS. Nguyễn Trần Hiến

Phản biện 3 : PGS.TS. Nguyễn Đức Hiền

Luận án được bảo vệ trước Hội đồng đánh giá luận án cấp Trường, họp tại Học viện Quân y.

Vào hồi 8 giờ 30 phút ngày 30 tháng 9 năm 2010

**Có thể tìm hiểu luận
án tại :**

- Thư viện Quốc Gia

- Thư viện Học viện Quân y

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. **Nguyễn Trọng Thắng, Đào Xuân Vinh, Vũ Văn Công (2007)**, “Đặc điểm, cơ cấu phụ nữ mang thai đến khám thai và tư vấn xét nghiệm HIV tại Quận Ngô Quyền, Hải Phòng, năm 2005”, *Tạp chí Y học thực hành*, (589 + 590), tr. 44 - 46.
2. **Nguyễn Trọng Thắng, Lưu Thị Minh Châu, Đào Xuân Vinh (2007)**, “Đặc điểm phụ nữ mang thai đến khám và tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện tại Quận Hồng Bàng, Hải Phòng, năm 2005”, *Tạp chí Y dược học quân sự*, Học viện Quân y, (3), tr.55 - 62.
3. **Nguyễn Trọng Thắng, Lưu Thị Minh Châu, Đào Xuân Vinh (2007)**, “Đặc điểm, cơ cấu phụ nữ mang thai nhiễm HIV đến sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, năm 2005”, *Tạp chí Y dược học quân sự*, Học viện Quân y, (3), tr.95 - 103.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch HIV/AIDS xuất hiện từ năm 1981 tại Mỹ và nhanh chóng lan khắp toàn cầu. Đến hết năm 2008, trên Thế giới ước tính khoảng 33,4 triệu người đang nhiễm HIV. Tại Việt Nam, đến 31/12/2009, số người nhiễm HIV được phát hiện còn sống là 160.019; bệnh nhân AIDS: 35.603 và số người nhiễm HIV đã chết là 44.540. Dịch HIV/AIDS có xu hướng lan ra nhóm phụ nữ mang thai (PNMT). Năm 2006, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm PNMT trên toàn quốc là 0,37% qua giám sát trọng điểm (GSTĐ). Với 1,5 - 2 triệu phụ nữ đẻ hàng năm, sẽ có khoảng 6.000 - 7.000 PNMT nhiễm HIV. Nếu không can thiệp, tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con từ 30% - 40%. Ở một số Quốc gia với một số can thiệp đặc biệt, tỷ lệ này có thể giảm còn 1 - 2%.

Năm 2002, khảo sát ở 7 tỉnh/thành phố có tỉ lệ nhiễm HIV cao tại Việt Nam: chỉ 30% PNMT nhiễm HIV (n = 851) được phòng lây truyền HIV từ mẹ sang (PLTMC) con bằng thuốc kháng vi rút; 15% (n= 253) trẻ sinh ra từ những bà mẹ này được dự phòng bằng Nevirapine. Các bà mẹ đều được hướng dẫn không nên cho con bú, nhưng sữa thay thế dành cho trẻ sơ sinh chỉ được cấp trong thời gian họ ở viện (2 - 3 ngày); 80% các cặp mẹ con này không được theo dõi sau xuất viện và con của họ không được giới thiệu đến các bác sĩ nhi khoa để chăm sóc.

Trước thực trạng trên, đã có một số nghiên cứu và can thiệp tiến hành trên nhóm PNMT tại một số tỉnh, thành phố, tuy nhiên các nghiên cứu chưa nhiều, chưa có mô hình can thiệp toàn diện và hiệu quả, chưa có sự kết nối, phối hợp và chuyển tiếp giữa các dịch vụ, hơn nữa các nghiên cứu này chưa cho thấy hết thực trạng nhiễm HIV ở PNMT và mức độ lây truyền HIV sang con của họ. Xuất phát từ thực tế trên, đề tài: “*Nghiên cứu thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con và triển khai thí điểm mô hình can thiệp dự phòng tại Hải Phòng, 2005 - 2006*” được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (2005-2006)
2. Mô tả kết quả triển khai mô hình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (2005-2006).

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Cấu trúc luận án:

Luận án có 134 trang, gồm 6 phần: Đặt vấn đề (2 trang: 1-2), Tổng quan tài liệu (31 trang: 3-33), Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (25 trang: 34-58), Kết quả nghiên cứu (34 trang: 59-92), Bàn luận (39 trang: 93-131), Kết luận (2 trang: 132-133), Kiến nghị (01 trang: 134). Luận án có 37 bảng, 3 biểu đồ, 8 hình, 154 tài liệu tham khảo (85 tài liệu tiếng Việt và 69 tài liệu tiếng nước ngoài)

2. Những đóng góp mới của đề tài

- Dịch HIV/AIDS xuất hiện ở Việt Nam đã 20 năm kể từ ca nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào 12/1990. Tại Việt Nam đã có rất nhiều nghiên cứu trong lĩnh vực HIV/AIDS tập trung vào đối tượng tiêm chích ma túy, mại dâm. Các nghiên cứu về phụ nữ mang thai nhiễm HIV cũng như các can thiệp, mô hình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang hầu như chưa có. Đề tài có thể coi là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam trong lĩnh vực này.

- Thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng: Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 0,53%; Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 9,4% (sau can thiệp bằng thuốc kháng vi rút và sữa ăn thay thế sữa mẹ); Tỷ lệ phụ nữ mang thai dùng Zidovudin + Lamivudin: từ tuần thứ 34 của thai kỳ: 8,1%; từ tuần thứ 35 và 36: 32,6%; Dùng Nevirapin khi chuyển dạ: 59,3%.

- Những kết quả của mô hình thí điểm tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng là cơ sở khoa học và thực tiễn góp phần hỗ trợ các cơ sở y tế căn cứ để xây dựng, điều chỉnh và triển khai hiệu quả hoạt động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con phù hợp với tình hình thực tế.

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số đặc điểm dịch tễ học HIV

AIDS là chữ viết tắt từ tiếng Anh “*Acquired Immune Deficiency Syndrome*” nghĩa là “Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải” do nhiễm HIV (Human Immunodeficiency Virus). HIV tấn công và tiêu hủy dần các tế bào miễn dịch, làm suy giảm hệ thống miễn dịch của cơ thể do thiếu hụt tế bào Lympho TCD4. AIDS là một hội chứng, giai đoạn cuối của quá trình nhiễm HIV do hệ thống miễn dịch bị tổn thương, cơ thể không tự bảo vệ trước các bệnh nhiễm trùng cơ hội hoặc các biến đổi tế bào mà người bình thường có thể chống đỡ được, đây là những nguyên nhân dẫn đến tử vong. HIV có 2 phân tuýp là HIV1 và HIV2. HIV1 phân bố khắp Thế giới, HIV2 khu trú ở một số nước Tây Phi và Ấn Độ. Nhiễm HIV2 ủ bệnh dài hơn, nguy cơ lây truyền thấp hơn và bệnh diễn biến nhẹ hơn. HIV có ở mô và dịch của người nhiễm, nhiều nhất trong máu và dịch tiết sinh dục. HIV lây qua đường máu, quan hệ tình dục, và từ mẹ sang con. *Lây truyền từ mẹ sang con xảy ra trong thời kỳ mang thai, trong khi sinh và sau khi sinh (bú mẹ)*. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con (LTMC) từ 13 - 32% ở các nước phát triển, 25 -

48% ở các nước đang phát triển. *Giai đoạn trong tử cung*: tỉ lệ từ 5 - 10 %, HIV có thể lây truyền qua nhau thai từ tuần thứ 8 và trong suốt quá trình thai nghén. Tỉ lệ LTMC cao khi tuổi thai trên 18 tuần, tuổi của người mẹ cao, người mẹ nhiễm HIV trong thời kỳ có thai, có thai ở giai đoạn AIDS *Giai đoạn trong cuộc đẻ*: tỉ lệ từ 10 - 20% (nếu không phẫu thuật hoặc can thiệp sản khoa) do thai nhi tiếp xúc với dịch âm đạo có HIV của mẹ trong chuyển dạ. *Giai đoạn cho con bú*: thời gian trẻ bú mẹ càng dài thì nguy cơ LTMC càng cao, khoảng 10 – 15% (bú mẹ đến 6 tháng), từ 15 - 35% (bú mẹ đến 18 tháng) vì vậy dùng sữa ăn thay thế sữa mẹ để giảm tỉ lệ này.

1.2. Một số đặc điểm nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai trên Thế giới, tại Việt Nam

Châu Phi: một số phòng khám trước đẻ trên 25% PNMT nhiễm HIV; *Châu Mỹ La Tinh*: Tỷ lệ PNMT nhiễm HIV dưới 1%. *Đông Á và Trung Á*: Tỷ lệ PNMT nhiễm HIV tăng từ 0,01% (1998) tới 0,11% (2003). *Châu Á*: Tỷ lệ PNMT nhiễm HIV tại Thái Lan trên 2%.

Tại Việt Nam: ước tính mỗi năm có 6.000 – 7.000 PNMT nhiễm HIV. Tỉ lệ nhiễm HIV ở nhóm PNMT liên tục tăng qua GSTĐ: từ 0,02% (1994) tới 0,35% (2004). Từ năm 1996-2000 phát hiện được 217 PNMT nhiễm HIV. Năm 2000 và 2001, phát hiện 290 trường hợp. *Tại Hải Phòng*: trước năm 2000, phát hiện 5-7 PNMT nhiễm HIV/năm. Từ năm 2000 - 2004 phát hiện từ 20 - 25 trường hợp/năm

1.3. Các yếu tố cần thiết của chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

Một chương trình PLTMC Quốc gia cần đồng thời 3 chiến lược: Phòng nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ tuổi sinh đẻ; Dự phòng thai sản ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV; Các can thiệp cụ thể để PLTMC. Hai chiến lược đầu gồm truyền thông thay đổi hành vi, giảm nguy cơ và tránh thai; Chiến lược thứ ba là cung cấp các dịch vụ dành riêng cho PNMT nhiễm HIV và con của họ như Tư vấn, XN HIV, thuốc kháng vi rút (ARV), sữa thay thế sữa mẹ,... đây là trọng tâm của các chương trình PLTMC.

1.4. Một số can thiệp phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên Thế giới và tại Việt Nam

Tại Châu Âu: tỉ lệ LTMC dưới 2%. *Tại Châu Á*: đến năm 2001 hầu hết các nước có tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS cao đã có những chính sách PLTMC. *Thái Lan*, năm 1998 đã thực hiện một dự án về PLTMC tại những bệnh viện lớn gồm tư vấn, XN HIV, điều trị Zidovudin (AZT) từ tuần thứ 36 đến khi sinh, cấp sữa miễn phí cho trẻ đến 12 tháng. Đến 7/2001: 93% số phụ nữ tuổi sinh đẻ XN HIV; 69% số PNMT nhiễm HIV dùng AZT; 86% số trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV dùng AZT và 80% được cấp sữa thay thế. Tỉ lệ LTMC giảm còn 10%. *Malaysia*: năm 1998 triển khai PLTMC trên toàn quốc, giảm tỉ lệ LTMC xuống còn 4,06% (2003). *Tại Việt Nam*: đến năm 2005, chưa có giải pháp cụ thể và toàn diện về PLTMC. Một số cơ sở sản khoa lớn đã thử nghiệm PLTMC bằng thuốc ARV và kinh nghiệm điều trị chưa nhiều. Công tác PLTMC chủ yếu do ngành sản phụ khoa đảm nhận. Chính phủ và Bộ Y tế đã ban hành nhiều văn bản về phòng, chống HIV/AIDS và PLTMC. Ngày 17/3/2004 Thủ tướng Chính phủ ban hành quyết định 36/2004/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS ở Việt Nam đến năm 2010 và tầm nhìn 2020 trong đó PLTMC là một trong 9 chương trình hành động. Từ năm 2005, Bộ Y tế tiếp tục ban hành các văn bản để thực hiện chương trình PLTMC: Quyết định 06/2005/QĐ-BYT ngày 07/03/2005 và Quyết định 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS gồm cả hướng dẫn chẩn đoán, điều trị PLTMC, trẻ phơi nhiễm/nhiễm HIV; Quyết định 1662/QĐ-BYT về phê duyệt và ban hành tài liệu tập huấn “Những vấn đề cơ bản về PLTMC”; Quyết định 20/2006/QĐ-BYT ngày 07/7/2006 về triển khai chương trình hành động Quốc gia về PLTMC giai đoạn 2006 - 2010;...

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng: PNMT khám thai (Tư vấn, xét nghiệm phát hiện PNMT nhiễm HIV); PNMT nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng xét nghiệm ; Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV tại BVPS Hải Phòng.

2.1.2. Thời gian: từ 01/2005 đến 12/2006.

2.1.3. Địa điểm: Các TYT phường của Quận Ngô Quyền, Hồng Bàng; BVPS, Bệnh viện Việt Tiệp, Bệnh viện Trẻ em (BVTE) Hải Phòng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Dịch tễ học mô tả

- Đặc điểm LTMC được mô tả qua kết quả khám thai, tư vấn và XN HIV cho PNMT tại các địa điểm nghiên cứu, bệnh án của sản phụ nhiễm HIV và trẻ uống thuốc ARV

- PNMT nhiễm HIV: uống AZT + 3TC; Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV: uống Siro NVP trong vòng 24 giờ sau sinh, dùng sữa thay thế sữa mẹ đến 6 tháng tuổi, XN HIV bằng PCR hoặc phương cách 3 của Bộ Y tế.

2.2.2. Chọn mẫu, cỡ mẫu

- Chọn mẫu toàn bộ. Chỉ chọn phụ nữ mang thai tự nguyện, hợp tác tham gia

- + 2.345 phụ nữ mang thai khám thai tại các TYT phường của Quận Hồng Bàng
- + 3.446 phụ nữ mang thai khám thai tại các TYT phường của Quận Ngô Quyền
- + 13.350 phụ nữ mang thai khám thai tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng
- + 23.106 phụ nữ mang thai sinh con tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng
- + 122 phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng
- + 122 trẻ em sinh ra từ những PNMT nhiễm HIV nói trên

- Cỡ mẫu

+ Nghiên cứu mô tả: $n = z^2_{(1-\alpha/2)} \times p \times (1-p) / \epsilon^2 = 21.246$
 ($z_{(1-\alpha/2)} = 95\%$; $p = 0,0045$; $\epsilon = 20\%$),

Trong nghiên cứu là 23.106 PNMT

2.2.3. Biến số nghiên cứu

- Thực trạng LTMC của PNMT nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng được mô tả qua: Thời gian và địa dư, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn; Thời điểm phát hiện nhiễm HIV, sử dụng thuốc ARV; Tuổi thai khi chuyển dạ, hình thức sinh con, trọng lượng con lúc sinh; Tỷ lệ nhiễm HIV của PNMT; Tỷ lệ LTMC

- Kết quả triển khai mô hình can thiệp PLTMC: Khám thai và Tư vấn, xét nghiệm HIV; Sử dụng thuốc ARV cho mẹ và con; Xét nghiệm HIV cho trẻ em; Cấp sữa ăn cho trẻ em thay thế sữa mẹ; Tư vấn hỗ trợ sau sinh, chuyển tiếp mẹ và con

2.2.4. Mô hình thí điểm dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

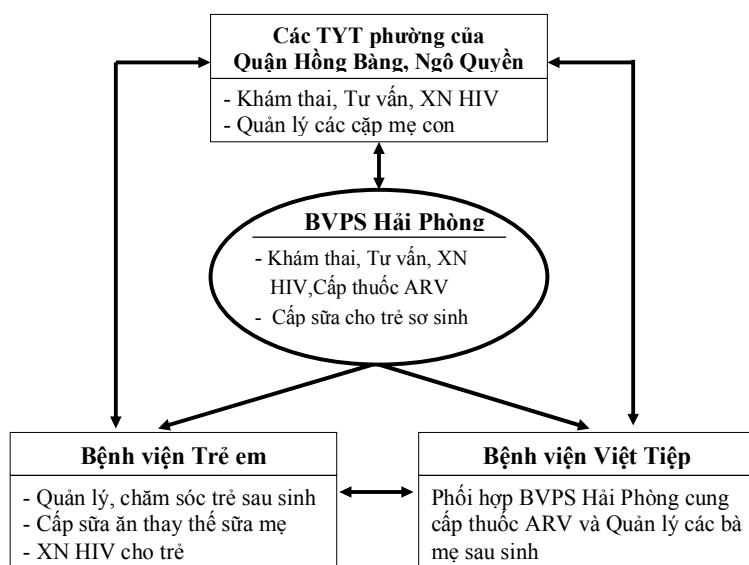
- **Điều phối:** Sở Y tế Hải Phòng (Thường trực là TT PC HIV/AIDS)

- **Hệ thống chuyển tiếp:** liên kết các TYT phường, BVPS, Bệnh viện Việt Tiệp, BVTE tạo hệ thống dịch vụ toàn diện PLTMC.

- **Tư vấn, XN HIV cho PNMT và trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV**

- **Cung cấp thuốc ARV:** PNMT XN HIV(+) trước tuần thứ 34: AZT 300mg và 3TC 150 mg x 2 lần/ngày từ tuần thứ 34 đến khi sinh; PNMT XN HIV (+) sàng lọc khi chuyển dạ: một liều NVP 200mg; Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV sẽ uống Siro NVP trong vòng 24 giờ sau đẻ.

- **Cung cấp sữa ăn thay thế sữa mẹ cho trẻ đến 6 tháng tuổi**



Hình 2.2. Mô hình cung cấp dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

2.2.5. Xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV

- **XN kháng định nhiễm HIV cho PNMT hoặc trẻ >18 tháng:** tại phòng XN được phép của Bộ Y tế tại Bệnh viện Việt Tiệp/Trung tâm PC HIV/AIDS Hải Phòng.

- **XN HIV bằng PCR:** Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

2.2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Các can thiệp chỉ tiến hành trên đối tượng tự nguyện tham gia.
- Đối tượng nghiên cứu có thể dừng tham gia vào bất cứ thời điểm nào
- Tất cả thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho đối tượng nghiên cứu.

2.2.7. Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học trên máy vi tính bằng phần mềm EPIINFO 6.0 và SPSS 11.5 tại Bộ môn Dịch tễ học - Học viện Quân y. Sử dụng thuật toán χ^2 để so sánh 2 tỉ lệ.

2.2.8. Hạn chế của đề tài và biện pháp khắc phục

- Không xác định được LTMC trong quá trình người mẹ chăm sóc con (lây truyền ngang). Các nhân viên y tế tư vấn sau sinh đã hướng dẫn bà mẹ biện pháp phòng lây truyền HIV trong nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ.

- Do mô hình triển khai tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền, BVPS Hải Phòng và hệ thống dịch vụ sau sinh tại Bệnh viện Việt Tiệp và BVTE vì vậy thông tin về sử dụng dịch vụ sau sinh của bà mẹ và trẻ tại những cơ sở y tế ngoài các địa điểm nghiên cứu không được thu thập đầy đủ.

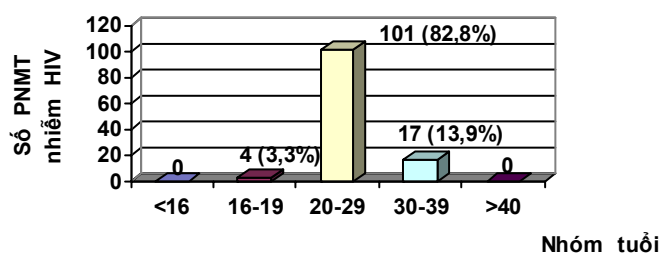
CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (2005-2006)

3.1.1. Số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng theo thời gian và địa dư, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn

Bảng 3.1. Phân bố số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005-2006 theo thời gian và địa dư

TT	Địa dư	2005	2006	Tổng số	Tỉ lệ (%)
1	Đồ Sơn	1	2	3	2,5
2	Hải An	5	3	8	6,6
3	Hồng Bàng	4	9	13	10,7
4	Kiến An	3	3	6	4,9
5	Lê Chân	13	14	27	22,1
6	Ngô Quyền	6	12	18	14,8
7	An Dương	3	1	4	3,3
8	An Lão	0	1	1	0,8
9	Bạch Long Vĩ	0	0	0	0
10	Cát Hải	1	1	2	1,6
11	Kiến Thụy	2	6	8	6,6
12	Thủy Nguyên	7	14	21	17,2
13	Tiên Lãng	1	1	2	1,6
14	Vĩnh Bảo	1	1	2	1,6
Tỉnh khác		3	4	7	5,7
Tổng cộng		50	72	122	100



Biểu đồ 3.1. Phân bố số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005 - 2006 theo nhóm tuổi

- Số PNMT nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng theo nghề nghiệp: nội trợ: 72,1%; nông dân: 7,4%; công chức: 20,5%.

- Số PNMT nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng theo trình độ học vấn: Trung học cơ sở và trung học phổ thông: 81,9%; Cao đẳng, Đại học: 18,1%.

3.1.2. Số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng theo thời điểm phát hiện nhiễm HIV, sử dụng thuốc kháng vi rút

Bảng 3.2. Phân bố số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005-2006 theo thời điểm phát hiện nhiễm HIV

Thời điểm phát hiện nhiễm HIV	2005	2006	TS	%
-------------------------------	------	------	----	---

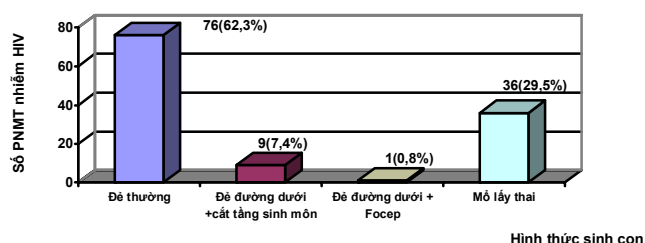
Trước đẻ: tuổi thai \leq 34 tuần	7	3	10	8,2
Trước đẻ: tuổi thai $>$ 34 tuần	4	21	25	20,5
Chuyển dạ: KQ sàng lọc (+) trước đẻ 4 tiếng	27	24	51	41,8
Chuyển dạ: KQ sàng lọc HIV(+) ngay sau đẻ	12	24	36	29,5
Cộng	50	72	122	100

Bảng 3.3. Phân bố số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005-2006 dùng thuốc kháng vi rút khi mang thai và chuyển dạ

Sử dụng thuốc kháng vi rút (n = 86)	2005	2006	TS	%
Dùng AZT + 3TC từ tuần thứ 34	6	1	7	8,1
Dùng AZT + 3TC từ tuần thứ 35	2	6	8	9,3
Dùng AZT + 3TC từ tuần thứ 36	2	18	20	23,3
Chỉ dùng NVP khi chuyển dạ	29	22	51	59,3
Cộng	39	47	86	100

3.1.3. Số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng theo tuổi thai khi chuyển dạ, hình thức sinh, trọng lượng con lúc sinh

- Tuổi thai khi chuyển dạ: 95,1% PNMT nhiễm HIV chuyển dạ khi tuổi thai 38-42 tuần; 4,9% khi tuổi thai $<$ 38 tuần ($p < 0,01$).



Biểu đồ 3.2. Phân bố số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005-2006 theo hình thức sinh con

- Số PNMT nhiễm HIV tại BVPS Hải Phòng theo chỉ định mổ lấy thai: 12 ca (33,3%) do suy thai; 9 ca (25%) do thai to, không lọt; 7 ca (19,4) do mổ đẻ cũ; 8 ca (22,2%) do ngôi bất thường.

- Số PNMT nhiễm HIV tại BVPS Hải Phòng theo trọng lượng con lúc sinh: trẻ \geq 2500 gam: 91,0%; trẻ $<$ 2500 gam: 9,0% ($p < 0,001$)

3.1.4. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005 – 2006

Năm	Số PNMT sinh con, XN HIV	Số PNMT sinh con, có XN HIV(+)	Tỷ lệ (%)
2005	10.987	50	0,46
2006	12.119	72	0,59
Cộng	23.106	122	0,53

3.1.5. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con

Bảng 3.5. Số trẻ nhiễm HIV từ mẹ tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005 – 2006

Nội dung	Số trẻ XN	Kết quả XN (+)
XN HIV bằng kỹ thuật PCR	38	3
XN HIV theo phương cách 3	26	3
Tổng số	64	6

Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con (lây truyền dọc): được xác định qua tỉ lệ nhiễm HIV của trẻ sinh ra từ những bà mẹ nhiễm HIV

$$\text{Tỷ lệ (\%)} \text{ nhiễm HIV của trẻ (Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con)} = \frac{(3 + 3)}{(38 + 26)} \times 100 = 9,4\%$$

3.2. Kết quả triển khai mô hình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Quận Hồng Bàng, Ngô

Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng (2005 - 2006)

3.2.1. Kết quả hoạt động khám thai và tư vấn, xét nghiệm HIV

- Số PNMT khám thai: 2.345 PNMT khám thai tại các TYT của Quận Hồng Bàng; 3.446 PNMT khám thai tại các TYT của Quận Ngô Quyền; 13.350 PNMT khám thai tại BVPS Hải Phòng. Tại BVPS Hải Phòng có 99,7% là PNMT cư trú tại Hải Phòng và 0,3% từ tỉnh khác.

- Số PNMT khám thai theo nhóm tuổi: nhóm tuổi 20-29: 75,3%; 30 - 39: 23,5%; trên 40 tuổi: 0,3%; < 20 tuổi: 0,9% (p < 0,01)

Bảng 3.6. Phân bố số phụ nữ mang thai, 2005-2006 khám thai theo tuổi thai tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Tuổi thai	Hồng Bàng		Ngô Quyền		BVPS		Cộng		
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
< 3 tháng	904	38,6	410	11,6	570	4,3	1.884	9,8	
3-6 tháng	1.297	55,3	2.515	73,0	9.553	71,5	13.365	69,8	
> 6 tháng	<34 tuần	138	5,9	475	13,8	2.385	17,9	2.998	15,7
	≥34 tuần	6	0,2	55	1,6	842	6,3	903	4,7
Cộng	2.345	100	3.446	100	13.350	100	19.141	100	

Bảng 3.7. Phân bố số phụ nữ mang thai, 2005-2006 khám thai theo số lần khám thai

Đơn vị	Lần khám thai thứ nhất		Lần khám thai thứ hai		Lần khám thai thứ ba trở lên		Tổng số	%
	SL	%	SL	%	SL	%		
Hồng Bàng	2.345	29,7	2.817	35,7	2.726	34,6	7.888	100
Ngô Quyền	3.446	46,3	2.365	31,8	1.626	21,9	7.437	100
BVPS	13.350	35,2	19.622	51,8	4.940	13,0	37.912	100
Cộng	19.141	36,0	24.804	46,5	9.292	17,5	53.237	100

- Số PNMT, 2005-2006 tư vấn, XN HIV tại lần khám thai thứ nhất: 100% PNMT chấp nhận tư vấn HIV và 33,8% (6.463/19.141) XN HIV

Bảng 3.8. Phân bố số phụ nữ mang thai, 2005-2006 tư vấn, xét nghiệm HIV sau lần khám thai thứ hai và thứ ba

Đơn vị	Số PNMT khám thai	Tư vấn HIV		Xét nghiệm HIV	
		SL	%	SL	%
Hồng Bàng	2.345	2.345	100	2.294	97,8
Ngô Quyền	3.446	3.446	100	3.173	92,1
BVPS	13.350	13.350	100	7.586	56,9
Cộng	19.141	19.141	100	13.503	68,2

- Số PNMT, 2005-2006 tư vấn, XN HIV khi mang thai và khi chuyển dạ tại BVPS Hải Phòng: 100% được tư vấn, XN HIV trong đó 62,9% XN HIV khi mang thai; 37,1% (8.533) XN HIV khi chuyển dạ.

- Số PNMT, 2005-2006 xét nghiệm HIV dương tính tại Hồng Bàng, Ngô Quyền và BVPS Hải Phòng: 87,7% (107/122) XN phát hiện tại BVPS Hải Phòng; 5,7% tại Quận Ngô Quyền; 1,7% tại Quận Hồng Bàng; 4,9% ở nơi khác.

3.2.2. Kết quả sử dụng thuốc kháng vi rút cho mẹ và con

Bảng 3.9. Phân bố số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005 - 2006 theo sử dụng thuốc kháng vi rút

Sử dụng thuốc ARV	SL	%
Dùng thuốc ARV (AZT + 3TC/ NVP)	86	70,5
Không dùng bất cứ loại thuốc ARV nào	36	29,5
Cộng	122	100

Bảng 3.10. Phân bố số trẻ, 2005-2006 dùng thuốc kháng vi rút sau sinh theo thời gian

Thời gian dùng	2005 (n = 50)	2006 (n = 72)	Chung (n = 122)
----------------	---------------	---------------	-----------------

thuốc ARV sau sinh	SL	%	SL	%	SL	%
Trước 6 giờ	41	82	68	94,4	109	89,3
6 - <12 giờ	7	18	3	4,2	10	8,2
12 - 24 giờ	2	0	1	1,4	3	2,5
Cộng	50	100	72	100	122	100

3.2.3. Kết quả xét nghiệm HIV cho trẻ em

Trong 122 trẻ sinh từ mẹ nhiễm HIV, quản lý được 72 trẻ và XN được 64 trẻ (88,9%), trong đó 38 trẻ XN bằng PCR (59,4%) phát hiện 3 trẻ nhiễm HIV, 26 trẻ XN theo phương cách 3 phát hiện 3 trẻ nhiễm HIV.

Bảng 3.11. Kết quả xét nghiệm HIV bằng kỹ thuật PCR ở trẻ em, 2005-2006

Kết quả xét nghiệm	2005(n = 13)		2006 (n = 25)		Chung (n = 38)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Kết quả XN (+)	0	0	3	3/25	3	7,9 (3/38)
Kết quả XN (-)	13	13/13	22	22/25	35	92,1(35/38)
Cộng	13	13/13	25	25/25	38	100(38/38)

3.2.4. Kết quả cấp sữa ăn thay thế sữa mẹ

Bảng 3.12. Số trẻ sinh năm 2005-2006 nhận sữa ăn thay thế sữa mẹ

Năm	Trẻ nhận sữa ăn thay thế sữa mẹ					
	< 3 tháng		6 tháng		Cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%
2005 (n = 50)	25	50	25	50	50	100
2006 (n = 72)	25	34,7	47	65,3	72	100
Chung (n=122)	50	41,0	72	59,0	122	100

3.2.5. Kết quả hoạt động tư vấn hỗ trợ sau sinh, chuyển tiếp mẹ và con

Bảng 3.13. Số bà mẹ nhiễm HIV, 2005-2006 được tư vấn sau sinh, chuyển tiếp và đăng ký tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Việt Tiệp

Đơn vị	Tư vấn hỗ trợ và chuyển tiếp tới PKNT tại Bệnh viện Việt Tiệp		Đến đăng ký tại PKNT tại Bệnh viện Việt Tiệp	
	SL	%	SL	%
Hồng Bàng (n = 13)	13	100	6	46,2
Ngô Quyền (n = 18)	18	100	5	27,8
Quận/huyện khác (n = 84)	80 (*)	95,2	20	23,8
Tỉnh khác (n = 7)	7	100	0	0
Cộng (n = 122)	118	96,7	31	25,4

(*): 04 Trường hợp mẹ trốn viện ngay sau khi sinh

Bảng 3.14. Số trẻ, 2005-2006 sau khi sinh được giới thiệu chuyển tiếp và tới đăng ký tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Đơn vị	Giới thiệu chuyển tiếp tới PKNT tại BVTE		Đến đăng ký tại PKNT tại BVTE	
	SL	%	SL	%
Hồng Bàng (n = 13)	13	100	12	92,3
Ngô Quyền (n = 18)	18	100	14	77,8
Quận/huyện khác (n = 84)	84	100	46	53,6
Tỉnh khác (n = 7)	7	100	0	0
Cộng (n = 122)	122	100	72	59,0

Bảng 3.15. Số cặp mẹ con, 2005-2006 được chuyển tiếp và đăng ký nhận hỗ trợ tại địa phương

Địa dư	Số cặp mẹ con chuyển tiếp tới TYT phường	Số cặp mẹ con tới TYT phường	%
Hồng Bàng (n = 13)	13	0	0 (0/13)
Ngô Quyền (n = 18)	18	6	6/18 (33,3)

Quận/huyện khác (n = 84)	84 (*)	(***)	-
Tỉnh khác (n = 7)	7 (**)	(***)	-
Cộng (n = 122)	122	6	6/31

(*): Giới thiệu về các TYT phường nơi bà mẹ cư trú

(**): Giới thiệu về các PKNT ở tỉnh/Thành phố tương ứng nơi bà mẹ cư trú

(***) : Không có thông tin phân hồi

CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

4.1.1. Số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện phụ sản Hải Phòng theo thời gian và địa dư, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn

Theo thời gian và địa dư: 13/14 quận/huyện của Hải Phòng phát hiện PNMT nhiễm HIV cho thấy dịch HIV/AIDS đã lan rộng trên địa bàn Hải Phòng. Một số quận, huyện có số người nhiễm HIV khá cao (Đồ Sơn) nhưng số PNMT nhiễm HIV lại rất ít, điều này đặt ra cơ hội PLTMC tại đây là hết sức khả quan nếu bắt đầu từ những chiến dịch truyền thông giáo dục sức khỏe về PLTMC cho phụ nữ tuổi sinh đẻ và PNMT. Những dịch vụ PLTMC cung cấp cho PNMT nhiễm HIV và trẻ em có thể tới 18 tháng. Vì vậy xác định những địa điểm để cung cấp toàn bộ (trọn gói) hay một phần dịch vụ là rất quan trọng nhằm phát hiện sớm PNMT nhiễm HIV và PLTMC. Có 03 lý do chính có thể khiến PNMT nhiễm HIV tới sinh con tại BVPS Hải Phòng, *thứ nhất là* sự thuận tiện về mặt địa lý, *thứ hai là* tại nơi họ đang sinh sống chưa có dịch vụ PLTMC, *thứ ba là* không muốn sử dụng dịch vụ tại địa phương do sợ bị kỳ thị và phân biệt đối xử. Do đó, quản lý và theo dõi tuân thủ điều trị thuốc ARV, bà mẹ và trẻ sau sinh đòi hỏi chương trình PLTMC phối hợp chặt chẽ không chỉ những quận/huyện trong Hải Phòng mà còn giữa các tỉnh/thành phố trên toàn quốc; *Theo nhóm tuổi:* PNMT nhiễm HIV ở nhóm tuổi 20 - 29 chiếm 82,8%. Đây là độ sinh đẻ của phụ nữ, cho thấy tầm quan trọng và chiến lược của truyền thông giáo dục sức khỏe về PLTMC cho phụ nữ độ tuổi sinh đẻ trong chương trình PLTMC cấp quốc gia. *Theo nghề nghiệp và trình độ học vấn:* Nghề nghiệp và trình độ học vấn của PNMT nhiễm HIV là những yếu tố hưởng đến hiệu quả của các biện pháp PLTMC. 72,1% số PNMT nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng có nghề nghiệp là nội trợ; công chức: 20,5% và 81,9% có trình độ học vấn ở mức trung học cơ sở và trung học phổ thông. Đây là thách thức khi xây dựng những thông điệp truyền thông và hình thức cung cấp thông tin PLTMC phù hợp cho nhóm phụ nữ này đặc biệt là nhận thức tầm quan trọng của tuân thủ điều trị thuốc ARV, nuôi con bằng sữa ăn thay thế sữa mẹ, nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ.

4.1.2. Số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng theo thời điểm phát hiện nhiễm HIV, sử dụng thuốc kháng vi rút

Thời điểm phát hiện nhiễm HIV: Nếu PNMT được phát hiện nhiễm HIV muộn (sau tuần thứ 34 hoặc khi chuyển dạ) thì cơ hội để PLTMC rất thấp do thời gian sử dụng thuốc ARV ngắn. Tại Thái Lan: PNMT nhiễm HIV dùng AZT 300mg/ngày trong 4 tuần, sau đó cứ 3 giờ/lần trong chuyển dạ đã giảm tỉ lệ LTMC còn 9%. Sử dụng AZT+3TC từ tuần thứ 36 tới khi đẻ và 01 tuần sau đẻ ở những bà mẹ cho con bú thì tỉ lệ giảm còn 9%. Tại BVPS Hải Phòng, có 35 trường hợp (28,7%) PNMT phát hiện nhiễm HIV trước đẻ, trong đó 10 trường hợp (8,2%) phát hiện khi tuổi thai ≤ 34 tuần và 25 trường hợp (20,5%) khi tuổi thai >34 tuần. Giả sử tất cả số PNMT được phát hiện nhiễm HIV khi tuổi thai ≤ 34 tuần được dùng thuốc ARV và sinh con vào thời điểm 38 - 42 tuần thì chỉ 8,2% được sử dụng thuốc ARV trên 4 tuần. Số PNMT được phát hiện nhiễm HIV khi chuyển dạ và ngay sau đẻ tới 71,3%, nhưng chỉ 41,8% số PNMT được dùng NVP do kết quả XN sàng lọc HIV có trước đẻ 4 tiếng và 29,5% không dùng NVP do sau đẻ mới có kết quả XN HIV sàng lọc. Đây là đặc thù của sử dụng thuốc ARV ở PNMT XN HIV. Một số lý do không kịp hoặc không sử dụng NVP cho PNMT như cuộc chuyển dạ quá nhanh trong vòng 2 - 4 tiếng, với khoảng thời gian này, chỉ kịp tiến hành lấy máu làm XN và đảm bảo cuộc đẻ an toàn hoặc kết quả XN có sau khi sinh con do XN HIV được tiến hành tại khoa XN chứ không ở phòng khám hoặc phòng đẻ. Như vậy cách tốt nhất để chủ động PLTMC vẫn là XN phát hiện sớm PNMT nhiễm HIV trong quá trình thai nghén. *Theo sử dụng thuốc ARV:* Thời điểm dùng thuốc và sinh con là 2 mốc quyết định thời gian sử dụng thuốc ARV của người mẹ. Thời gian sử dụng thuốc ARV càng dài và phối hợp từ 2 loại thuốc ARV trở lên thì càng giảm được LTMC. Nghiên cứu tại Pháp cho thấy tỉ lệ LTMC giảm còn 1,8% ở nhóm PNMT sử dụng AZT+3TC từ tuần thứ 32 trong khi ở nhóm PNMT chỉ dùng AZT thì tỉ lệ nhiễm HIV ở con là 6,8% (p<0,001). Trong 86 PNMT sử dụng thuốc ARV thì chỉ 7/86 (8,1%) dùng thuốc từ tuần thứ 34; 28/86 (32,6%) dùng thuốc ARV từ tuần thứ 35 và 36 của thai kỳ (bảng 3.3); Như vậy nếu các PNMT này chuyển dạ vào tuần thứ 38 thì chỉ 7 trường hợp được dùng AZT + 3TC đủ 4 tuần. Kết quả dùng thuốc ARV một lần nữa cho thấy phát hiện sớm PNMT nhiễm HIV rất quan trọng để đảm bảo thời gian dùng thuốc ARV cho mẹ. Với tỉ lệ 59,4% dùng Nevirapin khi chuyển dạ cũng tiềm ẩn nguy cơ kháng loại thuốc này hoặc nếu những PNMT đó nhiễm chủng HIV kháng Nevirapin thì hiệu

quả của PLTMC sẽ giảm. Sử dụng thuốc ARV ngoài lợi ích PLTMC thì cũng có nguy cơ xuất hiện HIV kháng thuốc nếu sau khi sinh các bà mẹ không được cấp thuốc ARV thường xuyên. Phối hợp nhiều loại thuốc ARV sẽ PLTMC hiệu quả hơn dùng một loại nhưng nguy cơ bị kháng nhiều loại thuốc ARV sẽ cao hơn. Dịch vụ cung cấp thuốc ARV cho người lớn chỉ được cung cấp tại các phòng khám ngoại trú (PKNT) dành cho người lớn nhiễm HIV. Nguy cơ kháng thuốc ARV hoàn toàn có thể xảy ra nếu người nhiễm HIV không tuân thủ điều trị. Vì vậy giải pháp để giảm thiểu sự kháng thuốc ARV là đảm bảo PNMT nhiễm HIV được cung cấp thuốc ARV liên tục, đồng nghĩa với PNMT cần được quản lý tại một cơ sở y tế có cấp thuốc ARV. Tốt nhất là các cơ sở cung cấp dịch vụ thuốc ARV cho người lớn chủ động phối hợp với cơ sở sản khoa quản lý PNMT nhiễm HIV và cơ sở sản khoa nên cấp thuốc ARV ít nhất một tuần sau đẻ (với PNMT dùng thuốc ARV khi mang thai hoặc chuyển dạ) để giúp bà mẹ thời gian đến đăng ký tại cơ sở y tế có cấp thuốc ARV, đặc biệt đối với những nơi mà việc cấp sữa thay thế không đảm bảo khiến bà mẹ có thể cho con bú sau sinh.

4.1.3. Số phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng theo tuổi thai khi chuyển dạ, hình thức sinh con, trọng lượng của con lúc sinh

Tuổi thai khi chuyển dạ: Thông thường PNMT chuyển dạ khi tuổi thai từ 38 - 42 tuần, đây là mốc khá quan trọng liên quan đến các phác đồ điều trị PLTMC bằng thuốc ARV. Việc xác định tuổi thai mang tính tương đối do có sai số nhất định và có một số PNMT chuyển dạ khi chưa đủ 38 tuần. Với phác đồ dùng thuốc ARV từ tuần thứ 34, nếu PNMT chuyển dạ trước tuần 38 thì thời gian dùng thuốc không đủ 4 tuần, các trường hợp này cũng thường kèm theo đẻ non và trẻ nhẹ cân (<2500 gam). Đây là những yếu tố kết hợp làm tăng LTMC. Trong năm 2005 và 2006, có 95,1% (n=122) sinh con khi tuổi thai từ 38 - 42 tuần. Giá sử việc tính tuổi thai chính xác và các PNMT nhiễm HIV được dùng thuốc ARV từ tuần thứ 34 của thai kỳ thì có tới 95% số PNMT nhiễm HIV dùng thuốc ARV được 4 tuần. Để đảm bảo thời gian dùng thuốc ARV tối thiểu được 4 tuần thì mốc thời gian bắt đầu dùng thuốc ARV nên từ tuần thứ 32 hoặc 28 (nếu có thể). Điều chỉnh mốc thời gian bắt đầu dùng thuốc ARV thì thời gian dùng thuốc ARV trước đẻ sẽ dài hơn, có thể tới 10 - 12 tuần, khi đó cần cân nhắc khả năng cung ứng thuốc để đảm bảo tính sẵn có, cũng như sự tuân thủ điều trị, theo dõi tác dụng phụ của thuốc ARV với mẹ và con. *Hình thức sinh con:* LTMC vẫn tiếp tục xảy ra khi chuyển dạ khi trẻ tiếp xúc với các chất dịch trong âm đạo của mẹ. Trong số PNMT nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng, có 62,3% (n = 122) đẻ đường dưới đơn thuần; 8,2% đẻ đường dưới có can thiệp (cắt tầng sinh môn: 7,4%; dùng Focep: 0,8%); 36 trường hợp mổ lấy thai (29,5%). Một số nghiên cứu tại Bắc Mỹ và Châu Âu cho thấy, mổ đẻ có thể giảm 50% LTMC so với phương thức sinh đẻ khác và có thể giảm tới 87% nếu có kết hợp với dùng thuốc ARV trước, trong và sau sinh, nhưng mổ đẻ cần tiến hành chủ động khi chưa có dấu hiệu chuyển dạ và trong điều kiện các yếu tố an toàn khác như nhiễm trùng, biến chứng sau đẻ,... được kiểm soát tốt. Tuy nhiên nếu nồng độ HIV trong máu của mẹ dưới 1.000 phiên bản/ml thì tỉ lệ lây truyền HIV rất thấp. Nói chung tỉ lệ mắc bệnh, tử vong của các bà mẹ nhiễm HIV có mổ đẻ cao hơn so với các bà mẹ sinh con đường âm đạo. Vì vậy mổ đẻ ở PNMT nhiễm HIV trong can thiệp này chỉ tiến hành khi có chỉ định sản khoa. Trong 36 trường hợp mổ đẻ tại BVPS Hải Phòng hoàn toàn do chỉ định sản khoa hay nói cách khác những nguyên tắc trong can thiệp PLTMC được tuân thủ. Tuy nhiên mổ đẻ chủ động cũng nên xem xét ở những trường hợp cụ thể ở những nơi đủ điều kiện để có thể giảm tối đa LTMC. *Trọng lượng con lúc sinh:* Trọng lượng của trẻ lúc sinh thấp (<2.500 gam) thường do đẻ non, mẹ không được dinh dưỡng đầy đủ khi mang thai và thời gian uống thuốc ARV của người mẹ ngắn. Nhằm giảm tỉ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh, cung cấp sữa cho PNMT trong 3 tháng cuối của thai kỳ đã được khuyến cáo và thực hiện một số nước trên Thế giới

4.1.4. Tỉ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Số PNMT sinh con tại BVPS Hải Phòng: Với số PNMT sinh con ước tính tại Hải Phòng khoảng 23.000/năm thì mỗi năm BVPS Hải Phòng thu nhận khoảng 50% số PNMT sinh con của toàn bộ Hải Phòng. Nếu tỉ lệ nhiễm HIV ở nhóm PNMT trong GSTĐ tại Hải Phòng năm 2005 là 0,45% và năm 2006 là 0,63% thì ước tính toàn Hải Phòng năm 2005 có 99 PNMT nhiễm HIV, năm 2006 là 140 trường hợp. Các số liệu trên cho thấy nếu triển khai tốt chương trình PLTMC tại BVPS Hải Phòng thì hàng năm đã cung cấp dịch vụ PLTMC cho trên một nửa số PNMT sinh con của toàn thành phố, trên 50% số PNMT nhiễm HIV và toàn bộ số trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV nói trên. Trong năm 2005 và 2006, tại BVPS Hải Phòng, tháng nào cũng có từ 5 - 7 PNMT nhiễm HIV sinh con. Như vậy hoạt động PLTMC tại những cơ sở sản khoa cần được tiến hành thường qui. Chế độ bệnh án, phác đồ điều trị, chăm sóc bà mẹ nhiễm HIV và trẻ sinh ra từ những bà mẹ này, tư vấn sau sinh về nuôi dưỡng và chuyển tiếp dịch vụ,... cần chính thức được ban hành trong qui chế chuyên môn của bệnh viện. Hệ thống cơ sở vật chất, thuốc, trang thiết bị liên quan đến hoạt động PLTMC cần đáp ứng đầy đủ, sẵn sàng như sinh phẩm XN HIV, thuốc ARV cho mẹ, siro Nevirapin cho trẻ sơ sinh, sữa ăn thay thế sữa mẹ và cơ chế cấp sữa cho bà mẹ sau sinh... Cũng cần qui định cơ chế phối hợp giữa phòng khám, phòng XN, phòng đẻ, khoa dược,... Các cán bộ tham gia hoạt động PLTMC cần thường xuyên được đào tạo nhằm nâng cao hiểu biết, cập nhật những kiến thức mới trong lĩnh vực này. *Tỉ lệ nhiễm HIV ở PNMT:* Tỉ lệ nhiễm HIV ở PNMT sinh con tại BVPS Hải Phòng trong 2 năm là 0,53% (122/23.106), nếu tính riêng, năm 2005 là 0,46% (50/10.989) và năm 2006 là 0,59% (72/12.119). Hai tỉ lệ này không có sự khác biệt (p>0,05). Tại Hải Phòng, tỉ lệ nhiễm HIV ở nhóm PNMT qua GSTĐ năm 2005 là

0,45% (2/449) và năm 2006 là 0,63% (5/800). Tỷ lệ nhiễm HIV của PNMT sinh con tại BVPS Hải Phòng năm 2005 và 2006 tương tự với tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm PNMT tại Hải Phòng qua GSTĐ ($p > 0,05$). Khi tỷ lệ XN HIV đạt tới 100% đối với PNMT sinh con tại một số cơ sở sản khoa lớn như BVPS Hải Phòng và độ bao phủ khá rộng (50% PNMT hàng năm của toàn thành phố) thì tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm PNMT sinh con tại các cơ sở sản khoa cũng là một chỉ số quan trọng để xem xét, đánh giá tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNMT từ đó có nhận định, đánh giá về tình hình nhiễm HIV ở nhóm PNMT tại địa phương.

4.1.5. Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con của những bà mẹ nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

Tỷ lệ LTMC của những bà mẹ nhiễm HIV sinh con tại BVPS Hải Phòng năm 2005 - 2006 là 9,4% (6/64). Nói cách khác, với các can thiệp PLTMC bằng các thuốc AZT + 3TC, Nevirapin và sữa ăn thay thế sữa mẹ, đã giảm tỷ lệ LTMC xuống còn 9,4% so với tỷ lệ LTMC khi chưa can thiệp tại các nước trong khu vực như Thái Lan, Malaixia... và một số nước trên Thế giới. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của chương trình PLTMC tại Thái Lan năm 2001 là 10% tuy nhiên tại Thái Lan sử dụng phác đồ thuốc AZT đơn giản (PNMT uống AZT 300mg hai lần/ngày từ tuần thứ 36 đến khi chuyển dạ, trong chuyển dạ uống AZT 300mg cứ 3 giờ/lần, trẻ sinh ra không uống AZT) và thử nghiệm PETTRA (Thái Lan) trong đó PNMT nhiễm HIV được sử dụng AZT + 3TC từ tuần thứ 36 cho tới khi đẻ và kéo dài sau đẻ 01 tuần ở những bà mẹ cho con bú, tỷ lệ LTMC giảm còn 9%.

4.2. Kết quả triển khai mô hình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng

4.2.1. Kết quả hoạt động khám thai và tư vấn, xét nghiệm HIV

Số PNMT khám thai theo địa dư và nhóm tuổi: việc cung cấp các thông tin PLTMC con tại các TYT phường là một kênh khá quan trọng do 95,8% PNMT đến khám thai tại các TYT phường của Quận Hồng Bàng, nơi họ đang sinh sống và tại Ngô Quyền tỷ lệ này là 96,4%. Tại BVPS Hải Phòng trung bình mỗi năm có khoảng 6.700 PNMT khám thai. Nếu so với số ước tính khoảng 23.000 PNMT hàng năm tại Hải Phòng thì riêng BVPS Hải Phòng đã khám thai cho khoảng 30% số PNMT của toàn thành phố. Nếu hoạt động PLTMC được tiến hành tốt tại đây thì hàng năm đã có 30% số PNMT tiếp cận với dịch vụ này. Trung bình mỗi năm có khoảng 11.500 PNMT đẻ tại BVPS Hải Phòng. Nếu tính số PNMT đẻ tại BVPS Hải Phòng thì đã chiếm gần 50% số PNMT sinh con hàng năm của toàn thành phố. Những số liệu này một lần nữa cho thấy việc lồng ghép chương trình PLTMC tại BVPS Hải Phòng nói riêng và các cơ sở sản khoa lớn nói chung là hết sức cần thiết để tăng độ bao phủ về đối tượng đích của chương trình. Với tỷ lệ 69,8% PNMT khám thai lần đầu khi tuổi thai từ 3 - 6 tháng; 9,8% khám thai trong 3 tháng đầu của thai kỳ và 20,4% đi khám thai vào 3 tháng cuối. Đây là thời điểm rất thuận lợi để tiến hành tư vấn và XN phát hiện sớm PNMT nhiễm HIV để tiến hành PLTMC. Nếu như tại thời điểm này các PNMT đều XN HIV thì khả năng tiến hành các can thiệp bằng những phác đồ PLTMC bằng thuốc ARV từ tuần thứ 28 là hoàn toàn có thể thực hiện được. PNMT có xu hướng khám thai nhiều lần trước khi sinh (trung bình 2,8 lần). Đây là những cơ hội tốt để cán bộ tại các cơ sở y tế và cơ sở sản khoa tư vấn cho những PNMT chưa chấp nhận XN HIV ở những lần khám thai trước. *Số PNMT được tư vấn và XN HIV:* Sau lần khám thai thứ ba, tỷ lệ chấp nhận XN HIV là 68,2% (tại Quận Hồng Bàng và Ngô Quyền là 97,8% và 92,1%, tại BVPS Hải Phòng là 56,9%). Hoạt động tư vấn hầu như không gặp khó khăn tuy nhiên sau lần khám thai thứ 3, tại BVPS Hải Phòng vẫn có 43,1% số PNMT không XN HIV. Trong mô hình này, PNMT khám thai tại các TYT phường của quận Hồng Bàng, Ngô Quyền được miễn phí XN HIV và đây có thể là yếu tố quan trọng để PNMT chấp nhận XN HIV. Những PNMT khám thai tại BVPS Hải Phòng phải trả chi phí XN HIV theo qui định hiện hành về viện phí của bệnh viện. Vì vậy có thể coi việc thu phí XN HIV ở BVPS Hải Phòng dưới góc độ là một yếu tố ảnh hưởng tới XN HIV của PNMT, đặc biệt với những PNMT không đủ khả năng trả chi phí XN HIV. Tại lần khám thai đầu tiên, PNMT phải trả chi phí cho XN cơ bản (XN máu, nước tiểu, siêu âm,...) và những chi phí này thường được ưu tiên hơn XN HIV do mục đích của PNMT tới bệnh viện là để khám thai chứ không phải để XN HIV, hơn nữa với bác sĩ đây là những XN thường qui trong khi XN HIV thì cần tư vấn, nếu PNMT đồng ý mới XN HIV. Nếu chúng ta muốn XN HIV để phát hiện sớm những PNMT nhiễm HIV thì một trong những giải pháp là miễn phí toàn bộ chi phí XN HIV. Như vậy mỗi năm ước tính BVPS Hải Phòng cần ít nhất khoảng 750.000.000đ. Đây là thách thức của chương trình PLTMC.

Trong 122 PNMT nhiễm HIV, có 107 trường hợp phát hiện tại BVPS Hải Phòng (87,7%); 7 trường hợp tại Quận Ngô Quyền (5,7%); 2 trường hợp tại Quận Hồng Bàng (1,7%). Mặc dù tỷ lệ XN HIV sau lần khám thai thứ 3 tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền tới trên 90% nhưng số trường hợp nhiễm HIV phát hiện ở 2 quận này chỉ chiếm 7,4% (9/122). Trong khi tỷ lệ XN HIV tại BVPS Hải Phòng rất thấp (56,9% XN HIV sau lần khám thai thứ 3) nhưng tỷ lệ PNMT nhiễm HIV được phát hiện lại rất cao, tới 87,7% (107/122). Từ phân tích trên cho thấy tại BVPS Hải Phòng mặc dù tỷ lệ XN HIV sớm cho PNMT thấp nhưng số PNMT được phát hiện nhiễm HIV lại rất cao trong khi tại các TYT phường thì ngược lại. Một trong những lý do có thể là những PNMT có nguy cơ cao nhiễm HIV thường không muốn đến TYT phường nơi họ sinh sống để khám thai hoặc XN HIV do sợ lộ kết quả XN HIV. Như vậy tính bảo mật XN HIV cho PNMT tại các cơ sở y tế là vô cùng quan trọng để phát hiện sớm

PNMT nhiễm HIV.

4.2.2. Kết quả sử dụng thuốc kháng vi rút cho mẹ và con

Sử dụng Nevirapin liều đơn cho mẹ và trẻ đã được chứng minh có tác dụng giảm LTMC. Tại BVPS Hải Phòng, 100% số trẻ sau sinh trong vòng 24 tiếng sau đẻ được dùng si rô Nevirapin (89,3% trong vòng 6 tiếng); Cung cấp Nevirapin dạng si rô cho trẻ là một thách thức do si rô Nevirapin cần bảo quản nghiêm ngặt về nhiệt độ, thời gian sử dụng ngắn. Cung ứng đầy đủ và kịp thời si rô Nevirapin cho trẻ sau sinh là một trong những yếu tố quan trọng góp phần giảm LTMC đặc biệt là ở những khu vực nguồn lực hạn chế và ở nhóm các bà mẹ vẫn cho nuôi con bằng sữa mẹ.

4.2.3. Kết quả xét nghiệm HIV cho trẻ em

XN sớm HIV của trẻ sau sinh có ý nghĩa quan trọng để xác định cách thức chăm sóc trẻ phù hợp. Trong 72 trẻ đăng ký quản lý tại BVTE Hải Phòng, có 64 trẻ (88,9%) được XN HIV, trong đó 38 trẻ được XN bằng kỹ thuật PCR (59,4%) và 26 trẻ được XN HIV theo phương cách 3 (40,6%). Tỷ lệ trẻ được XN HIV cao sẽ sớm xác định tình trạng HIV (đặc biệt là tỷ lệ trẻ được XN bằng PCR) đồng thời cho thấy việc sử dụng dịch vụ PKNT tại BVTE Hải Phòng. Nếu số trẻ đăng ký quản lý tại BVTE Hải Phòng cao thì cơ hội trẻ được XN HIV dưới 18 tháng tuổi càng lớn. XN HIV cho trẻ thường rất khó khăn do một số nguyên nhân: *Thứ nhất là* số trẻ được gia đình đưa đến BVTE Hải Phòng đăng ký quản lý và theo dõi định kỳ thấp. *Thứ hai là* mặc dù những trẻ sau sinh đã được đăng ký quản lý tại BVTE Hải Phòng nhưng gia đình thường không mang trẻ tới khám định kỳ mà chỉ mang trẻ tới có triệu chứng bất thường (sốt, tiêu chảy, ...). *Thứ ba là* tâm lý gia đình thấy trẻ còn nhỏ không muốn lấy máu, đặc biệt là XN HIV. Trong 38 trẻ XN bằng kỹ thuật PCR, đã phát hiện 3 trẻ nhiễm HIV. Tỷ lệ trẻ em có kết quả XN HIV dương tính bằng PCR tại Hải Phòng là 7,9% (3/38), tương tự TP Hồ Chí Minh là 6,9% (30/432)($p > 0,05$).

4.2.4. Kết quả cấp sữa ăn thay thế sữa mẹ

Cung cấp sữa ăn thay thế sữa mẹ là một can thiệp mà hiệu quả có thể đạt được nếu ngừng hoàn toàn việc cho con bú hoặc dùng sữa của mẹ. Mặc dù 100% trẻ em nhận sữa thay thế sữa mẹ trong đó chỉ 59% (72/122) nhận sữa đến 6 tháng tuổi cho thấy việc cấp sữa đến 6 tháng tuổi chỉ thực hiện được với những trẻ được gia đình đăng ký quản lý tại BVTE Hải Phòng, những trẻ không đăng ký tại đây chỉ nhận được lượng sữa đủ dùng trong 02 tháng đầu sau sinh tại BVPS, những trẻ này nếu tiếp tục bú mẹ thì có thể nhiễm HIV qua sữa mẹ. Nguy cơ lây truyền HIV sẽ cao hơn khi trẻ vừa bú mẹ vừa dùng thức ăn thay thế.

4.2.5. Kết quả hoạt động tư vấn hỗ trợ sau sinh, chuyển tiếp mẹ và con

Các bà mẹ nhiễm HIV tới các PKNT sẽ được tư vấn hỗ trợ dự phòng lây nhiễm HIV cho con, bạn tình và được chăm sóc sức khỏe định kỳ, có thể được điều trị bằng thuốc ARV nếu đủ điều kiện. Mặc dù tới 96,7% số bà mẹ nhiễm HIV được giới thiệu tới dịch vụ chăm sóc và điều trị tại PKNT của Bệnh viện Việt Tiệp, nhưng chỉ 26,3% (31/118) số các bà mẹ đến đăng ký. Mặc dù được tư vấn sau sinh và chuyển tiếp dịch vụ nhưng có rất ít PNMT tới theo hướng dẫn, như vậy nguy cơ kháng thuốc ARV của các bà mẹ này hoàn toàn có thể xảy ra đặc biệt những bà mẹ dùng nhiều loại thuốc ARV để PLTMC.

Cấp sữa ăn thay thế sữa mẹ là một yếu tố để “thu hút” gia đình mang trẻ tới đăng ký tại BVTE Hải Phòng. 100% số trẻ sau khi sinh được giới thiệu chuyển tiếp tới PKNT tại BVTE Hải Phòng nhưng chỉ 59,0% (72/122) số trẻ được gia đình mang đến đăng ký và theo dõi. Như vậy có tới 50 trẻ (41,0%) không được gia đình đăng ký tại BVTE Hải Phòng. Những trẻ này có thể tiếp tục nhiễm HIV từ mẹ nếu không thực hiện việc dùng sữa ăn thay thế hoàn toàn sữa mẹ. Một số lý do chính như: *Thứ nhất là* sợ bị kỳ thị, *Thứ hai là* với những trẻ gia đình ở quá xa BVTE Hải Phòng thì chi phí đi lại để đến nhận sữa trong những tháng đầu đôi khi cao hơn giá trị của lượng sữa được nhận, nhiều gia đình có thể tự mua sữa để tiết kiệm thời gian và chi phí đi lại. *Thứ ba là* lượng sữa cấp miễn phí chỉ trong 6 tháng đầu sau sinh nhưng do 2 tháng đầu trẻ đã được cấp tại BVPS, như vậy họ sẽ chỉ nhận được 4 tháng sữa miễn phí tiếp theo với điều kiện mang trẻ tới đăng ký tại BVTE Hải Phòng. Với những trẻ mà gia đình không đủ khả năng tài chính để tiếp tục mua sữa thay thế thì việc tiếp tục nuôi con bằng sữa mẹ là hoàn toàn có thể xảy ra. Một giải pháp (nếu nguồn lực cho phép) là cấp sữa miễn phí tới khi trẻ XN HIV (tối đa tới 18 tháng tuổi) để hạn chế LTMC qua sữa mẹ.

Để tạo mô hình toàn diện nhằm giảm tối đa LTMC thì các TYT phường không chỉ khám thai, tư vấn, XN phát hiện sớm PNMT nhiễm HIV mà còn có vai trò quản lý những cặp mẹ con tại địa phương. Các cặp mẹ con sau sinh đều được giới thiệu tới các TYT phường nơi họ cư trú để nhận sự tư vấn và chăm sóc hỗ trợ, tuy nhiên trong 31 cặp mẹ con của Quận Hồng Bàng và Ngô Quyền thì chỉ có 6 cặp mẹ con đăng ký tại TYT phường. Việc quản lý và hỗ trợ các cặp mẹ con thường gặp khó khăn từ phía các bà mẹ. Nguyên nhân không tìm được bà mẹ tại địa phương (mất dấu) do bà mẹ không muốn bị lộ danh tính và thường thay đổi nơi ở. Ngay cả những bà mẹ mang con tới khám và đăng ký tại BVTE Hải Phòng cũng dùng những địa chỉ giả. Có những trường hợp đã đến đăng ký và quản lý tại BVTE Hải Phòng nhưng không đồng ý nhận sự hỗ trợ của TYT phường do sợ lộ thông tin liên quan đến nhiễm HIV của mẹ. Hỗ trợ tại nhà do y tế phường thực hiện cũng cần cân nhắc với những trường hợp cụ thể.

Với mục đích tiếp cận và cung cấp các dịch vụ cần thiết như thuốc ARV, sữa thay thế thì đối với các cặp mẹ con đã được quản lý tại các cơ sở cung cấp dịch vụ như BVPS, BVTE Hải Phòng, Bệnh viện Việt Tiếp thì việc đăng ký và nhận sự hỗ trợ từ TYT phường cần linh hoạt tránh sự không hợp tác từ phía gia đình bệnh nhân. Tuy nhiên đây là một điểm cần tìm giải pháp để đảm bảo không mất dấu những cặp mẹ con này.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con của phụ nữ mang thai nhiễm HIV sinh con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005 - 2006

- Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai là 0,53%.
- Tỷ lệ lây truyền HIV từ mẹ sang con là 9,4% (có can thiệp bằng thuốc kháng vi rút, sữa thay thế sữa mẹ).
- Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV dùng Zidovudin + Lamivudin từ tuần thứ 34: 8,1% (7/86), từ tuần thứ 35 và 36: 32,6% (28/86); Dùng Nevirapin khi chuyển dạ: 59,3% (51/86).
- Tỷ lệ phụ nữ mang thai nhiễm HIV phát hiện khi chuyển dạ: 71,3%.

2. Kết quả triển khai mô hình can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng, 2005 - 2006.

- 68,2% xét nghiệm HIV sau lần khám thai và tư vấn thứ 3.
- 100% phụ nữ mang thai sinh con tại Bệnh viện Phụ sản xét nghiệm HIV (62,9 % xét nghiệm khi mang thai; 37,1% xét nghiệm khi chuyển dạ).
- 87,7% (107/122) số phụ nữ mang thai nhiễm HIV xét nghiệm tại Bệnh viện Phụ sản; 70,5% (86/122) dùng Zidovudin + Lamivudin/Nevirapin.
- 100% số trẻ dùng siro Nevirapin trong 24 giờ đầu sau sinh và sử dụng sữa ăn thay thế sữa mẹ (89,3% dùng Nevirapin trong 6 giờ; 59% được cấp sữa đến 6 tháng tuổi)
- 64/72 trẻ (88,9%) đăng ký tại Bệnh viện Trẻ em xét nghiệm HIV
- 118/122 bà mẹ (96,7%) được tư vấn sau sinh và giới thiệu tới dịch vụ chăm sóc và điều trị; 31/122 số bà mẹ (25,4%) đăng ký tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Việt Tiếp; 72/122 trẻ (59,0%) đăng ký tại Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Trẻ em; 6/31 cặp mẹ con (19,4%) của quận Hồng Bàng, Ngô Quyền đăng ký quản lý nhận hỗ trợ từ Trạm Y tế phường.
- Mô hình thí điểm dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng dưới sự điều phối của Sở Y tế Hải Phòng đã lồng ghép chặt chẽ hoạt động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại cơ sở sản khoa, phát huy và gắn kết được vai trò của các Trạm Y tế phường, cơ sở chăm sóc - điều trị HIV/AIDS dành cho người lớn và trẻ em tạo một hệ thống dịch vụ toàn diện, bước đầu phù hợp với hoạt động cung cấp dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con ở tuyến tỉnh. Mô hình chưa thiết lập được hệ thống thu thập thông tin phản hồi về quản lý bà mẹ sau sinh từ những phòng khám ngoại trú khác trên địa bàn và huy động được sự tham gia các ban, ngành, tổ chức xã hội tại địa phương trong hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

KIẾN NGHỊ

1. Xét nghiệm HIV miễn phí cho 100% phụ nữ mang thai khám thai tại các cơ sở y tế nhằm phát hiện sớm phụ nữ mang thai nhiễm HIV.
2. Thiết lập hệ thống dịch vụ chuyển tiếp cho mẹ và con và cơ chế phản hồi thường xuyên ở tất cả những cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị nhiễm HIV cho người lớn và trẻ em để tạo điều kiện thuận lợi cho các cặp mẹ con sử dụng dịch vụ sau khi sinh
3. Trên cơ sở những kết quả của mô hình thí điểm tại Quận Hồng Bàng, Ngô Quyền và Bệnh viện Phụ sản, tiếp tục thí điểm mô hình cung cấp dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại các Bệnh viện Đa khoa tuyến tỉnh/tuyến huyện nhằm tăng độ bao phủ của chương trình và thuận tiện cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV và con của họ khi sử dụng dịch vụ:

- Khoa sản: Cung cấp dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV, thuốc kháng Vi rút cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV và trẻ em sau sinh.
- Khoa nhiễm: Triển khai phòng khám ngoại trú cho người nhiễm HIV. Phối hợp với khoa sản quản lý và hỗ trợ bà mẹ trước và sau sinh.
- Khoa nhi: Triển khai phòng khám ngoại trú dành cho trẻ nhiễm/phơi nhiễm với HIV. Phối hợp với khoa sản quản lý và cung cấp sữa thay thế sữa mẹ cho trẻ sau sinh từ mẹ nhiễm HIV. Xét nghiệm HIV cho trẻ em.
- Các Trạm Y tế xã/phường: Cung cấp dịch vụ tư vấn, xét nghiệm HIV. Phối hợp với Bệnh viện đa khoa tỉnh (Khoa sản, Khoa nhiễm, Khoa nhi) quản lý và hỗ trợ bà mẹ và trẻ em trong hoạt động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con