

# THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SẢN PHỤ NHIỄM HIV ĐỂ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Phạm Huy Hiền Hào<sup>(1)</sup>, Nguyễn Văn Phú<sup>(2)</sup>

(1) Trường Đại học Y Hà Nội, (2) Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Nhận xét việc theo dõi thai nghén và xử trí trong chuyển dạ đẻ sản phụ nhiễm HIV tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội trong 5 năm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là tất cả những sản phụ nhiễm HIV/AIDS theo dõi thai và đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 01/01/2006 đến 31/12/2010: 85 bệnh nhân có tuổi thai từ 28 tuần trở lên; Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả. **Kết quả:** Nghề nghiệp không ổn định chiếm tỷ lệ cao nhất 64,71%. Sản phụ có hộ khẩu ở Hà Nội chiếm 80,87%; Tỷ lệ sản phụ được dùng ARV chung là 85,88%, trong thai kỳ chiếm 43,53%, khi chuyển dạ 68,24%; Tỷ lệ trẻ được uống ARV dự phòng sau sinh là 60,71%, cân nặng trẻ từ 2500gam trở lên chiếm 83,53%; Tỷ lệ mổ đẻ là 52,94%, tỷ lệ đẻ thường là 47,06%, không có trường hợp nào đẻ bằng forceps hoặc giác hút. **Kết luận:** điều trị dự phòng bằng thuốc kháng virus cho sản phụ nhiễm HIV và trẻ sơ sinh vẫn thấp.

**Từ khóa:** Dự phòng lây truyền mẹ con (DP LTMC).

## Abstract

**FOLLOW – UP AND MANAGEMENT OF HIV INFECTED PREGNANT WOMEN WERE DELIVERED IN**

## OB-GYN HOSPITAL HANOI

**Objective:** Describe follow-up of pregnancy and during labor for management of HIV-infected pregnant women delivered in OB-GYN hospital Hanoi in 5 years.

**Materials and Methods: Subjects:** all women with HIV / AIDS were followed up and delivered at the OB-GYN Hospital Hanoi from 01/01/2006 to 31/12/2010: 85 pregnant women with gestational age from 28 weeks or more; **Study Design:** Retrospective descriptive.

**Results:** Unstable Careers highest percentage of 64,71%. Local residents: in Hanoi 80,87%; The proportion of pregnant women HIV(+) treated ARV for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV is 85,88 %, accounting for 43,53% during pregnancy, during labor 68,24 %; The percentage of children receiving ARV prophylaxis after birth is 60,71%. Newborn weight >2500gam were 83,53%; The rate of cesarean section was 52,94 %. Vaginal delivery was 47,06%. No cases of forceps or vacuum extractions. **Conclusion:** The rate of pregnant women HIV(+) treated ARV for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV was still low level.

**Keywords:** Prevention of Mother to Child Transmission of HIV (PMCT of HIV).

## 1. Đặt vấn đề

Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở nhóm phụ nữ có thai tăng 0,03% năm 1995 lên 0,37% vào năm 2005 [1]. Các em bé sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV đứng trước nguy cơ lây nhiễm từ 2% ở các nước đang phát triển (do được tiếp cận với các thuốc kháng retrovirus, không cho trẻ bú mẹ), cho tới trên 30% ở các nước đang phát triển [2]. Hàng năm ở Việt Nam có khoảng 1,5 triệu phụ nữ mang thai và có khoảng gần 6000 phụ nữ nhiễm HIV đẻ con, vì thế nếu không được can thiệp dự phòng lây truyền mẹ con sẽ có khoảng 2000 trẻ bị nhiễm HIV từ mẹ sang. Xuất phát từ lý do đó tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nhận xét việc theo dõi thai nghén và xử trí trong chuyển dạ đẻ sản phụ nhiễm HIV tại Bệnh viện phụ sản Hà Nội trong 5 năm 2006- 2010.

## 2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

### 2.1 Đối tượng:

- Tất cả những sản phụ nhiễm HIV/AIDS theo dõi thai và đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2006 đến 31/12/2010: 85 bệnh nhân.

#### - Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

+ Sản phụ chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội có xét nghiệm máu hằng định có kháng thể HIV dương tính theo phương cách III của Bộ Y tế: dương tính cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau.

+ Sản phụ chuyển dạ đẻ nhiễm HIV/AIDS có tuổi thai từ 28 tuần trở lên (theo kỳ kinh cuối cùng hoặc theo siêu âm 3 tháng đầu).

#### - Tiêu chuẩn loại trừ

+ Những sản phụ nhiễm HIV/AIDS nhưng tuổi thai < 28 tuần.

+ Những sản phụ nhiễm HIV/AIDS đã đẻ ở nơi khác chuyển đến.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu hồi cứu mô tả

**3. Kết quả**

**3.1. Một số đặc điểm chung**

- Dưới 20 tuổi: 1,18%; 20 đến 24 tuổi: 35,29%; 25 đến 29 tuổi: 45,88%; 30 đến 34 tuổi: 14,12%; 35 đến 39 tuổi: 2,35%; 40 đến 44 tuổi: 1,18%.

- Tuổi trung bình 26,40 ± 4,04; thấp nhất 19 tuổi, cao nhất 40

- Nghề nghiệp: cán bộ viên chức: 17,65%; công nhân: 7,06%; làm ruộng: 8,24%; học sinh, sinh viên: 2,35%; nội trợ: 64,71%.

- Tỷ lệ nhiễm HIV của sản phụ trên tổng số đẻ theo năm: 2006 chiếm 0,05%; 2007: 0,04; 2008: 0,06%; 2009: 0,43; 2010 : 0,13%. Tỷ lệ nhiễm HIV chung trong 5 năm là 0,07%.

- Nơi ở : nội thành Hà Nội: 58,82%, ngoại thành: 22,35%, các tỉnh miền núi: 8,24%; các tỉnh đồng bằng: 10,59%.

- Số lần đẻ: lần 1: 64,71%, lần 2: 29,41%; đẻ lần 3: 4,71%; đẻ lần 4: 1,17%.

**3.2. Sản phụ nhiễm HIV có được điều trị dự phòng lây truyền mẹ con trước sinh**

- Tỷ lệ sản phụ được dùng ARV dự phòng lây truyền mẹ con chung là 85,88%: trong thai kỳ chiếm 43,53%, trong khi chuyển dạ 68,24%.

**Bảng 1.** Điều trị dự phòng lây truyền mẹ con trong thai kỳ

TT	Điều trị dự phòng trước sinh	Sản phụ nhiễm HIV	
		Số lượng	Tỷ lệ %
1	Có điều trị	37	43,53
a	Tại BVPSHN	21	
b	Nơi khác chuyển đến	16	
2	Không được điều trị	48	56,47
a	Phát hiện HIV trong khi có thai	23	
b	Phát hiện HIV trước đẻ	25	
Tổng 1+2		85	100,0

**Bảng 2.** Theo dõi và quản lý thai trước đẻ

TT	Theo dõi và quản lý thai trước đẻ (nơi theo dõi)	Sản phụ nhiễm HIV	
		Số lượng	Tỷ lệ %
Khám thai	Có	82	96,49
	Không	3	3,51
Khám ở đâu?	Tại bệnh viện PSHN	40	47,59
	Tại phòng khám Tư	21	25,00
	Không theo dõi thai	3	3,51
	Nơi khác chuyển đến	21	25,00

- Tuổi thai trung bình của sản phụ chuyển dạ đẻ: 38,94 ± 1,85; <37 tuần: 20%. 38- 41tuần: 77,65%. từ 42 tuần trở lên: 2,35%. Có 01 trường hợp đẻ tuổi thai thấp nhất là 30 tuần, 1 trường hợp cao nhất 43 tuần.

- Tình trạng ối khi nhập viện: ối còn: 76,47%; ối vỡ: 23,35%

**Cách thức đẻ:**

Mổ đẻ: 54,12%, đẻ thường: 45,88%, không có ca nào đẻ bằng thủ thuật (Forceps hay giác hút).

- Các thủ thuật hỗ trợ trong và sau đẻ: cắt và khâu tầng sinh môn: 76,92%; Kiểm soát tử cung: 20,51%

**Giai đoạn mổ:**

Mổ chủ động, khi chưa có chuyển dạ: 23,91%; mổ ở giai đoạn IA 71,74%; mổ ở giai đoạn IB: 4,35%.

(Ghi chú: Giai đoạn IA: Tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đẻ đến lúc CTC mở được 3cm, giai đoạn IB tính từ khi CTC mở > 3 cm đến khi CTC mở hết).

- Đường mổ ngang: 100%. Có 2 trường hợp mổ đẻ có triệt sản chiếm 4,35%.

**Cân nặng sơ sinh:**

- Trẻ cân nặng trung bình 2937 gam ± 634,18 gam

- Dưới 1500g : 2,35%; 1500 đến <2000g: 1,18%; 2000g đến <2500g: 12,94%; từ 3000g – 3500g: 38,82%; 2500g – 3000g: 30,59%; trên 3500g: 14,12%. Số trẻ dưới 2500g chiếm 16,47%. Trẻ nhẹ cân nhất 1300 gam trẻ nặng nhất 4500gam.

**Chỉ số Áp ga:**

Hầu hết 1 phút sau đẻ sau mổ của trẻ đều có áp ga tốt từ 8-10 điểm chiếm 91,76 %. Có 2 trẻ ngạt nặng, 1 trẻ áp ga 1 điểm(cân nặng 2400 gam) và 3 điểm (cân nặng 1300gam) có 5 trẻ ngạt nhẹ áp ga 6-7 điểm

-Sau 5 phút trường hợp ngạt nặng áp ga là 0 kiểm tra thấy có rau thắt nút chặt. Có 3 trẻ áp ga 7 điểm chiếm 3,53. 95,30% số trẻ có áp ga từ 8 điểm trở lên.

**Điều trị DP LTMC đối với mẹ, con trước và sau sinh:**

Có 58 sản phụ trước đẻ được uống 1 liều thuốc dự phòng LTMC: 68,24%, Tỷ lệ trẻ sau đẻ được uống thuốc dự phòng LCMC: 60,71%.

**Diễn biến bất thường của cuộc đẻ:**

Có một trường hợp chảy máu nặng sau đẻ thường chiếm 1,17%. Điều trị nội khoa không kết quả, mổ cắt tử cung bán phần.

**Tình trạng sức khỏe của mẹ và con khi ra viện:**

- 82 sản phụ ra viện trong tình trạng sức khỏe tốt chiếm 96,49%, có 2 trường hợp trốn viện sau đẻ để lại con chiếm 2,34%. Có 1 trường hợp phải chuyển viện sau đẻ ngày thứ 3 do mẹ có dấu hiệu nhiễm trùng cơ hội (viêm phổi) chiếm 1,17%.

- Có 84 trẻ sống ra chiếm 98,83%, 1 trường hợp tử vong đã nói ở phần trên chiếm 1,17%

- Số ngày nằm viện trung bình của một sản phụ chuyển dạ đẻ: 3,55± 2,09 ngày, sản phụ nằm viện ít nhất là 1 ngày, nằm viện lâu nhất là 18 ngày. Thời gian nằm viện của sản phụ chủ yếu Thời gian nằm viện ≤

2 ngày chiếm 28,2%; 3-5 ngày chiếm: 63,6%.. Thời gian nằm viện > 5 ngày chiếm 8,2%.

- Tỷ lệ liên lạc được: 49,41%; không liên lạc được: 50,59%. T

- Tất cả các bà mẹ được hỏi đều không cho con bú ngay từ khi sinh con chiếm tỷ lệ 100%.

#### 4. Bàn luận

- Nghiên cứu của tôi có tới 64,71% sản phụ nhiễm HIV/AIDS đến đẻ tại BVPSHN làm nghề nội trợ ( như cắt tóc gội đầu, bán hàng, thợ may..v.v.). So sánh với nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Thủy số sản phụ không có nghề nghiệp chiếm 2/3 [3]. Nghiên cứu của Ngô Thị Huyền cũng có kết quả tương tự [4].

- Số sản phụ khám thai và quản lý thai nghén chiếm 96,47%. Có 3 trường hợp không khám thai chiếm 3,53% những người này làm nghề tự do ở các tỉnh về Hà Nội làm ăn buôn bán đến lúc đau bụng đẻ vào thẳng bệnh viện. Số sản phụ được dõi thai tại BV PSHN chiếm 48,78%.

- Nếu phụ nữ có thai nhiễm HIV/AIDS được dùng thuốc dự phòng ở tuổi thai càng sớm thì khả năng LTMC càng thấp; Việc dùng 3 loại thuốc phối hợp (HAART) còn gọi là phương pháp điều trị thuốc kháng retrovirut có hiệu quả cao thì tỷ lệ nhiễm HIV < 1% bất kể sản phụ đẻ bằng đường nào [5]. Nhưng phương pháp này ít được sử dụng ở những nơi không có điều kiện như ở nước ta vì chi phí cao và phức tạp. Nghiên cứu của Mofenson cũng như nhiều tác giả khác cho thấy khi dùng Zidovudin (AZT) cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV từ tuần 28 tỷ lệ nhiễm 7% [6]. Mandelbrot và cộng sự [5] nghiên cứu khi điều trị Zidovudin (AZT) cho phụ nữ mang thai nhiễm HIV từ tuần 14 và trong khi sinh kết hợp với mổ lấy thai chủ động đồng thời điều trị cho trẻ sơ sinh kết hợp với không cho con bú thì tỷ lệ lây nhiễm sang con chỉ ở mức < 2%. Như vậy có rất nhiều phác đồ dự phòng LTMC đã được sử dụng và đều được các tác giả thống nhất: Phác đồ sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc hiệu quả PLTMC cao hơn phác đồ sử dụng 1 loại thuốc. Tỷ lệ LTMC có thể giảm xuống < 2% nếu được dự phòng sớm bằng 3 loại thuốc. Thời gian sử dụng thuốc càng sớm trong thai kỳ (Càng dài về thời gian điều trị) thì hiệu quả phòng bệnh càng cao. Những phác đồ đơn giản, ngắn hạn vẫn có giá trị ở những nơi điều kiện tiếp cận về thuốc còn hạn chế hoặc những sản phụ chỉ phát hiện được nhiễm HIV trước sinh. Việc sử dụng Nevirapin trong những năm gần đây đối với những sản phụ nhiễm HIV trước sinh cũng đã thu hút được sự chú ý của các thầy thuốc lâm sàng bởi tính giản

đơn, dễ sử dụng, giá thành thấp cũng mang lại hiệu quả trong việc giảm LTMC. Các nghiên cứu lâm sàng cho kết quả tỷ lệ nhiễm HIV của trẻ là 12,3% vào thời điểm 8 tuần tuổi [7].

- Nghiên cứu của chúng tôi có 37/85 sản phụ được dùng AZT khi mang thai chiếm 43,53%, so sánh với Nguyễn Liên Phương tỷ lệ này là 48,6% [8].

- Trước khi đẻ có 58/85 sản phụ nhiễm HIV được uống thuốc DPLTMC chiếm 68,24%. Trong đó có 36 người trong thai kỳ chưa sử dụng ARV. Như vậy tính đến trước đẻ số sản phụ nhiễm HIV được uống thuốc DPLTMC là 73/85 chiếm 85,88%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Ngô Thị Huyền 85% [4], thấp hơn so với Nguyễn Liên Phương 90,1% [8] nhưng cao hơn so với Đỗ Thị Thu Thủy 70% [3].

- Nghiên cứu này cho thấy có tới 48 sản phụ không được điều trị DPLTMC trong thai kỳ trong đó có tới 31 trường hợp phát hiện nhiễm HIV muộn (xét nghiệm khi vào viện đẻ) chiếm tỷ lệ 64,58% vì thế không kịp điều trị dự phòng trước đó. Có 17/48 sản phụ nhiễm HIV chiếm tỷ lệ 35,42% phát hiện trước khi có thai hoặc trong thời kỳ có thai nhưng không điều trị dự phòng LTMC có thể những sản phụ này chưa được tư vấn về việc sử dụng thuốc để dự phòng LTMC hay sự tiếp cận với thuốc điều trị dự phòng còn gặp những khó khăn. Hoặc ngay chính bản thân họ không biết mình đã bị nhiễm HIV từ bao giờ vì thế hoàn toàn bất ngờ khi được cán bộ y tế thông báo kết quả xét nghiệm cho biết mình bị nhiễm HIV, đó là điều rất đáng tiếc bởi vì chương trình phòng LTMC đã triển khai từ năm 1998 tính đến nay đã 13 năm trôi qua ở một địa bàn thủ đô mà số bà mẹ có thai nhiễm HIV việc sử dụng thuốc dự phòng LTMC trong thai kỳ mới đạt tỷ lệ 43,53%.

- Khi chuyển dạ có tới 27/85 sản phụ nhiễm HIV chiếm 31,76% không được sử dụng thuốc dự phòng. Trong số này có một số ít sản phụ đến bệnh viện là đẻ ngay khi chưa kịp có kết quả xét nghiệm (đẻ ở phòng đẻ thường của bệnh viện), sau khi đẻ xong có kết quả xét nghiệm HIV dương tính mới chuyển lên khoa sản nhiễm trùng của bệnh viện để theo dõi hậu sản. Số sản phụ còn lại chủ yếu được theo dõi ở khoa sản nhiễm trùng nhưng vẫn không được sử dụng thuốc phòng LTMC nguyên nhân chúng tôi đã tìm hiểu là do thiếu hoặc hết thuốc. Bệnh viện PSHN đã triển khai Dự án Quỹ toàn cầu về phòng chống HIV/AIDS từ năm 2004 vì vậy nguồn thuốc cung cấp sẽ không thiếu mà chính ở sự quản lý không chặt chẽ đã dẫn đến những thời điểm thiếu thuốc ở kho của bệnh viện hay ở khoa sản nhiễm trùng của bệnh viện nhất là trong những ngày nghỉ như ngày lễ, thứ bảy, chủ nhật có sản phụ nhiễm HIV chuyển dạ đẻ

tạo nên một sự thiếu thuốc giả tạo làm ảnh hưởng đến công tác điều trị dự phòng LTMC.

- Tương tự với trẻ sơ sinh sau đẻ cũng chỉ có 51/84 trẻ được sử dụng ARV chiếm tỷ lệ 60,71. Kết quả này thấp hơn nhiều so với số liệu của Nguyễn Liên Phương là 100% [8], điều đó làm ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả dự phòng LTMC.

### **Xử trí trong khi chuyển**

- Trong nghiên cứu này tôi thấy số sản phụ mổ lấy thai nhiều hơn chiếm tới 54,12% Nhìn chung các ca mổ tiến hành sớm khi sản phụ còn ở giai đoạn IA góp phần vào giảm tỷ lệ LTMC vì đã hạn chế số giờ chuyển dạ của sản phụ ( trước 6 giờ); Số sản phụ đẻ thường là 45,88%. So sánh với một số tác giả trong nước tôi thấy tỷ lệ mổ đẻ đối với sản phụ nhiễm HIV/AIDS trong 5 năm của BVPSHN tương đương với tỷ lệ mổ đẻ của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2008 theo nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương 54,3% [8]. Với tác giả Ngô Thị Thuyền [4] tỷ lệ mổ lấy thai 2004-2008 ở Bệnh viện Phụ Sản Trung ương giai đoạn 2000-2004 là 18,8%. Tác giả Đỗ Thu Thủy cho kết quả nghiên cứu ở Bệnh viện Hải Phòng giai đoạn 2004-2008 là 25,50% [3]. Việc mổ lấy thai chủ động hoặc khi ối còn chưa vỡ phối hợp với các thuốc kháng retroirus [9] có thể làm giảm nguy cơ lây truyền mẹ con từ 50-80%. Nghiên cứu của Mandebrot và cộng sự tại Pháp [5] cho thấy nếu được dùng ARV dự phòng trong thai kỳ và khi chuyển dạ phối hợp với mổ lấy thai thì tỷ lệ lây nhiễm cho con ít hơn 1%. Đó là tỷ lệ thật lý tưởng mà mỗi người làm công tác điều trị cho những sản phụ nhiễm HIV/AIDS mong đợi.

Theo báo cáo của Tổ chức y tế thế giới (WHO), nếu thai phụ không được điều trị và đẻ đường âm đạo thì tỷ lệ LTMC là 31,6%. Mẹ được điều trị dự phòng đẻ đường âm đạo tỷ lệ LTMC là 10,1%. Tuy nhiên việc mổ lấy thai

cũng có nhiều nhược điểm, các tác giả đều nhận thấy rằng làm tăng một số nguy cơ đối với sản phụ như nhiễm trùng, chảy máu trong và sau mổ, tử vong mẹ [9]. Trong điều kiện hoàn cảnh nước ta hiện nay việc mổ lấy thai chưa phải là biện pháp lựa chọn rộng rãi và cũng không khuyến cáo mổ hàng loạt cho những sản phụ nhiễm HIV/AIDS vì nguy cơ tai biến trong và sau mổ có thể xảy ra. Phác đồ xử trí LCMC hiện nay của Bộ y tế cũng quy định chỉ mổ lấy thai khi có những chỉ định sản khoa.

Tỷ lệ trẻ đẻ có cân nặng trên 2500 gam 83,53%. So sánh với các tác giả khác ở trong nước như Nguyễn Liên Phương cũng có kết quả tương tự khi tỷ lệ trẻ có cân nặng từ 2500g trở lên chiếm 85,2%, trẻ có cân nặng dưới 2500 có 14,8% [8]. Tương tự Nghiên cứu của Ngô Thị Thuyền trẻ có cân nặng dưới 2500g là 15,5% [4] và của Đỗ Thị Thu Thủy tỷ lệ này còn thấp hơn chỉ chiếm 11,2% [3]. Với kết quả này nhìn chung những sản phụ nhiễm HIV/AIDS ở giai đoạn sớm hầu như khi có thai bà mẹ chưa ảnh hưởng nhiều đến tình trạng cân nặng của trẻ. Perrero và cộng sự đã nghiên cứu 162 phụ nữ mang thai nhiễm HIV cho thấy trẻ sinh ra có cân nặng lúc đẻ dưới 2500gam chiếm 11,5%,

## **5. Kết luận**

- Nghề nghiệp không ổn định chiếm tỷ lệ cao nhất 64,71%.
- Sản phụ có hộ khẩu ở Hà Nội chiếm 80,87%
- Tỷ lệ sản phụ được dùng ARV dự phòng lây truyền mẹ con chung là 85,88%: trong thai kỳ chiếm 43,53%, trong khi chuyển dạ 68,24%,
- Tỷ lệ trẻ được uống ARV dự phòng sau sinh là 60,71%.
- Cân nặng trẻ từ 2500gam trở lên chiếm 83,53%
- Tỷ lệ mổ đẻ là 52,94%, tỷ lệ đẻ thường là 47,06%, không có trường hợp nào đẻ bằng forceps hoặc giác hút.

## **Tài liệu tham khảo**

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn phác đồ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng Vius(ARV), ban hành kèm theo quyết định số 3821/QĐ-BYT ngày 03/10/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế. 2008.
2. Kind C., Rudin C., Siegrist C. A., Wyler C.A., Biedermann K., Lauper U., & et al. Prevention of vertical HIV transmission: additive protective effect of elective cesarean section and Zidovudin prophylaxis Swiss Neonatal HIV study group. AIDS. 1998;12:pp. 205-210.
3. Đỗ Thị Thu Thủy, Nguyễn Thị Mai Anh. Tình hình lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng giai đoạn 2004-2008. Tạp chí Hội nghị Sản Phụ khoa Việt-Pháp-3/2009. 2008; tr 18-24.
4. Ngô Thị Thuyền. Khảo sát tình hình thai phụ nhiễm HIV/AIDS tại BVPSHU từ 01/2000 đến 9/2004). Luận văn Thạc sỹ y học. 2004.

5. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, et al. Perinatal HIV – 1 transmission: interaction between Zidovudin prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort. JAM.1998; 280 (1): 55-60.
6. Mofenson L.M. Can perinatal HIV infection be eliminated in the Unites State?JAMA. 1999;182:pp.577-579.
7. Carmichael C. Preventing perinatal HIV transmission: Zidovudine use during pregnancy. Am Fam Phys. 1997;55(1): 171-174.
8. Nguyễn Liên Phương. Nhận xét về thái độ xử trí trong chuyển dạ của sản phụ có HIV/AIDS năm 2008 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II.
9. Nguyễn Đức VY. HIV/AIDS và thai nghén. Bài giảng Sản phụ khoa dùng cho sau đại học. Nhà xuất bản Y học. 2006;tr 148-153.