

hiệu quả của phẫu thuật cắt đốt nội soi điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt [2], [4], [8]. Và các tác giả đều đánh giá kết quả dựa vào sự cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật. Vì thực chất, phẫu thuật điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là phẫu thuật phục hồi chức năng, có những bệnh nhân có thể chưa được cắt hết u, nhưng sau phẫu thuật chức năng tiểu tiện vẫn được cải thiện rõ rệt, bệnh nhân hài lòng thì vẫn được coi là có kết quả tốt. Có những bệnh nhân bị biến chứng trong và ngay sau phẫu thuật, nhưng được xử trí kịp thời, sự cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật tốt thì vẫn được coi là kết quả tốt. Ngược lại những bệnh nhân được phẫu thuật thuận lợi, cắt u tới sát vỏ, diễn biến sau phẫu thuật tốt, nhưng lại bị biến chứng xa như hẹp niệu đạo thì lại không thể coi là kết quả tốt. Do đó không có sự thống nhất giữa con số thống kê phân loại kết quả với thống kê các tai biến và biến chứng của phẫu thuật [7], [8].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua ngã niệu đạo điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt là phương pháp an toàn và hiệu quả với kết quả tốt chiếm 92,8% và trung bình là 7,2%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trần Thành, Trần Hoài Nam. Nghiên cứu ảnh hưởng của nội soi cắt đốt tuyến tiền liệt

- lên chức năng tình dục trên bệnh nhân tăng sản lành tính tuyến tiền liệt tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công An. Y học Cộng đồng. 2023;64(6):173-179.
2. Cao Xuân Thành. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u phì đại lành tính tiền liệt tuyến tại Bệnh viện Trung ương Huế. Y học TP Hồ Chí Minh. 2012;16(3):278-282.
3. Đỗ Duy Tùng (2021). Kết quả điều trị tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến bằng phẫu thuật nội soi cắt đốt tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Bác sĩ nội trú, trường ĐH Y-Dược Thái Nguyên.
4. Phạm Đình Bắc (2020). Đánh giá kết quả cắt đốt nội soi cắt đốt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt đã có biến chứng bí đái cấp tính. Y học thực hành. 2020;712:38-40.
5. Đỗ Hải Đông (2018). "Đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau phẫu thuật của người bệnh u phì đại lành tính tuyến tiền liệt được điều trị tại bệnh viện Xanh Pôn năm 2017", Luận văn thạc sỹ điều dưỡng, Đại học Điều Dưỡng Nam Định.
6. Hạ Hồng Cường (2022), "Đánh giá tình trạng rối loạn cương dương và rối loạn xuất tinh ở bệnh nhân sau mổ cắt đốt nội soi qua niệu đạo điều trị tăng sản lành tính tuyến tiền liệt", luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
7. Đỗ Văn Hưng (2022), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi qua đường niệu đạo cắt phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng lưỡng cực ở bệnh nhân có bệnh tim mạch", Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Bruyère F, Perennec-Olivie M, Tanguy J, et al. Surgical site infection after trans urethral resection of the prostate (TURP): 2008–2013 French national SSI surveillance ISO-RAISIN. J Infect Prev. 2018;19(4):178-183.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ CỦA NHÓM NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG ĐA, HÀ NỘI

Vũ Lê Phương¹, Trần Thị Ngọc Anh¹, Lê Hưng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả các đặc điểm dịch tễ học của người bệnh nhiễm HIV tại Bệnh viện Đa Khoa Đồng Đa, nằm ở Hà Nội, Việt Nam. Dữ liệu liên quan tới tuổi, giới, đường lây, đồng nhiễm, thời gian điều trị và số lượng tế bào CD4 được thu thập hồi cứu từ bệnh án của 110 bệnh nhân HIV dương tính đến khám tại bệnh viện trong khoảng thời gian từ tháng 2/2022 đến tháng 9/2022. Kết quả: Tỷ lệ người bệnh nam là 62,7%, tỉ lệ người bệnh nữ là 37,3%. Độ tuổi trung bình là 43,07 ± 9,54. Có mối liên quan giữa giới và sự phân chia nhóm tuổi trong nhóm đối tượng nghiên cứu: người bệnh nữ chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm 35-

44 (58,5%), trong khi nhóm nam tỉ lệ cao nhất ở nhóm từ 45 tuổi (43,5%). Nguồn lây qua quan hệ tình dục không an toàn chiếm 65,2%, 17,27% lây nhiễm do tiêm chích ma túy và 11,82% đối tượng không rõ nguồn lây. Có mối liên quan giữa giới tính và nguồn lây. Tỷ lệ người bệnh có đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C và lao là 30,9%. Thời gian điều trị trung bình của nhóm nam là 7,78 ± 4,155, thấp hơn nhóm nữ là 9,41 ± 3,578, có mối liên quan giữa giới tính và thời gian điều trị. Việc hiểu biết về đặc điểm dịch tễ học của người bệnh nhiễm HIV góp phần quan trọng trong xây dựng chiến lược dự phòng và kiểm soát HIV trong cộng đồng. **Từ khóa:** HIV, đặc điểm dịch tễ, Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa, Hà Nội.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENT AT DONG DA GENERAL HOSPITAL, HANOI

This study aims to determine the epidemiological characteristics of individuals infected with HIV at Dong

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Lê Phương

Email: vulephuong0205@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

Da General Hospital, located in Hanoi, Vietnam. Data were collected retrospectively from medical records of 110 HIV-positive patients attending the hospital between 2/2022 to 9/2022. Demographic information, paraclinical results associated with HIV transmission were analyzed. Descriptive statistics and appropriate inferential tests were employed to examine the distribution of key variables. **Results:** The proportion of male patients was 62.7%, while the proportion of female patients was 37.3%. The average age was 43.07 ± 9.54 . There was a correlation between gender and age group distribution within the study population: female patients accounted for the highest proportion in the 35-44 age group (58.5%), whereas male patients had the highest proportion in the 45 and older age group (43.5%). Unsafe sexual intercourse accounted for 65.2% of transmissions, 17.27% were due to injection drug use, and 11.82% had unknown transmission routes. There was a correlation between gender and transmission routes. The proportion of patients co-infected with hepatitis B, hepatitis C, and tuberculosis was 30.9%. The average treatment duration for male patients was 7.78 ± 4.155 , lower than that for female patients at 9.41 ± 3.578 , indicating a correlation between gender and treatment duration. Understanding the epidemiological profile of HIV-infected patients in this healthcare setting is crucial for informing public health strategies and enhancing targeted interventions aimed at HIV prevention and control. **Keywords:** HIV, epidemiology, Dong Da General Hospital, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV (Human Immunodeficiency Virus – Vi rút gây suy giảm miễn dịch ở người) là retrovirus, tấn công phá hủy các tế bào quan trọng trong hệ thống miễn dịch của con người, đặc biệt là tế bào lympho TCD4 và đại thực bào. Vi rút làm suy yếu vào hệ thống miễn dịch của cơ thể từ đó thuận lợi cho việc xuất hiện các nhiễm trùng cơ hội như nhiễm lao và nhiễm nấm, nhiễm khuẩn, phát triển tới ung thư và dẫn tới nguy cơ gây tử vong cho bệnh nhân. Phần lớn người bệnh nhiễm HIV không được điều trị sẽ chuyển sang giai đoạn AIDS trong vòng 8-10 năm.

Theo thống kê về dịch HIV/AIDS toàn cầu của UNAIDS, trong năm 2021 có 38,4 triệu người trên toàn cầu đang sống chung với HIV, trong đó khoảng 1,5 triệu người mới nhiễm và hơn 650 000 người chết vì các bệnh liên quan đến AIDS. Trong 38,4 triệu người có 36,7 triệu người lớn (15 tuổi trở lên). Đặc biệt nhóm nguy cơ nhiễm HIV gồm những người tiêm chích ma túy, phụ nữ bán dâm, người đồng tính nam và những người nam có quan hệ tình dục đồng giới, phụ nữ chuyển giới.¹

Tại Việt Nam, theo số liệu 9 tháng đầu năm 2022 của Bộ Y tế, Việt Nam có khoảng 250.000 người nhiễm HIV, trong đó có gần 220.000 người nhiễm HIV nhiễm mới và nhiễm cũ. Bệnh

viện đa khoa Đống Đa là bệnh viện đa khoa của thành phố Hà Nội, được thành lập từ năm 1970, bệnh viện đầu ngành về truyền nhiễm, và là bệnh viện đầu tiên tại Hà Nội tiếp nhận điều trị người bệnh nhiễm HIV/AIDS từ năm 1996. Hiện nay, bệnh viện đang quản lý điều trị ngoại trú cho hơn 1000 người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại thành phố Hà Nội và một số tỉnh lân cận. Nghiên cứu đặc điểm về dịch tễ, cận lâm sàng của người bệnh nhiễm HIV/AIDS giúp quản lý và chăm sóc người bệnh tốt hơn. Bên cạnh đó, việc hiểu biết về đặc điểm dịch tễ học của người bệnh nhiễm HIV góp phần quan trọng trong xây dựng chiến lược dự phòng và kiểm soát HIV trong cộng đồng.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng của nhóm người bệnh nhiễm HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Đa khoa Đống Đa Hà Nội năm 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh nhiễm HIV trên 18 tuổi đang điều trị ngoại trú tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện đa khoa Đống Đa, Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh nhiễm HIV trên 18 tuổi điều trị ngoại trú tại Khoa Truyền nhiễm.

Người bệnh tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Người bệnh tỉnh táo, hợp tác trong quá trình tiến hành nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không có khả năng trả lời toàn bộ câu hỏi phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành khảo sát trên 110 người bệnh HIV điều trị ngoại trú đến khám từ tháng 2 năm 2022 đến tháng 9 năm 2022.

Đối tượng được hỏi bằng bảng câu hỏi nhằm ghi nhận một số thông tin về: tuổi, giới, nguồn lây. Các thông tin về tình trạng đồng nhiễm, thời gian điều trị thuốc ARV, số lượng tế bào CD4 gần nhất được tra cứu và ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu. Dữ liệu được đưa vào làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm phân bố nhóm tuổi theo giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng		p
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	
18-34	16	23,2	4	9,8	20	18,2	0,026
35-44	23	33,3	24	58,5	47	42,7	<0,05
>= 45	30	43,5	13	31,7	43	39,1	*

Tổng	s69	62,7	41	37,3	110	100
Tuổi trung bình	43,42 ± 10,51	42,49 ± 7,71	43,07 ± 9,54			

Kiểm định Chi square

Nhận xét: Nhóm đối tượng nghiên cứu có 69 nam chiếm 62,7%, và nhóm người bệnh nữ (41 người) chiếm 37,3%. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 43,07 ± 9,54, thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 74 tuổi. Độ tuổi trung bình của nam là 43,42 ± 10,51; và độ tuổi trung bình của nữ là 42,49 ± 7,71. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu trong ở độ tuổi từ 35 tuổi trở lên. Tỷ lệ bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên của nhóm nam lớn nhất với 43,5% và thấp nhất là nhóm dưới 35 tuổi với 23,2%. Bệnh nhân trong độ tuổi 35-44 của nhóm nữ chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,5%, bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,026 < 0,05$ với độ tin cậy 95%. Có mối liên quan giữa giới và sự phân chia nhóm tuổi trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm nguồn lây theo giới

Nguồn lây	Nam		Nữ		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
QHTD không hôn phối	31	44,9	17	41,5	48	43,6	0,00 < 0,05*
TCMT	17	24,6	2	4,9	19	17,3	
Lây từ chồng	0	0	16	39,0	16	14,5	
TCMT và QHTD	1	1,4	3	7,3	4	3,6	
MSM	8	11,6	0	0	8	7,3	
Khác (từ mẹ, xăm hình)	2	2,9	0	0	2	1,8	
Không rõ	10	14,5	3	7,3	13	11,8	

Bảng 4. Đặc điểm số lượng tế bào CD4, và thời gian điều trị ARV theo giới

Đặc điểm	Nam		Nữ		Tổng		p	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %		
Số lượng tế bào CD4 (tế bào/mm ³)	<200	5	7,2	0	0	5	4,5	0,19 > 0,05
	200-499	33	47,8	18	43,9	51	46,4	
	>=500	31	44,9	23	56,1	54	49,1	
	Tổng	69	62,7	41	37,3	110	100	
Thời gian điều trị ARV (năm)	Trung bình	506,06 ± 237,05		554,02 ± 193,72		523,94 ± 222,12		0,026 < 0,05*
	= < 8	37	53,6	13	31,7	50	45,5	
	> 8	32	46,4	28	68,3	60	54,5	
	Tổng	69	62,7	41	37,3	110	100	
Trung bình	7,78 ± 4,155		9,41 ± 3,578		8,39 ± 4,012			

Nhận xét: 49,1% người bệnh tham gia nghiên cứu có số lượng tế bào CD4 >= 500 tế bào/mm³; 46,4% có số lượng tế bào CD4 từ 200 – 499 tế bào/mm³; và 5 đối tượng có số lượng

Tổng	69	62,7	41	37,3	110	100
------	----	------	----	------	-----	-----

QHTD: quan hệ tình dục, TCMT: tiêm chích ma túy, MSM: quan hệ tình dục đồng giới nam

Kiểm định Chi square

Nhận xét: 65,2% người bệnh (75 người) có đường lây qua đường tình dục, 17,27% đối tượng nhiễm HIV/AIDS do tiêm chích ma túy; 11,82% đối tượng không rõ đường lây. Có 2 đối tượng nhiễm HIV/AIDS do lây từ mẹ và do xăm hình. Trong nhóm đối tượng nam, đường lây qua quan hệ tình dục không an toàn chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,5%; trong đó tỷ lệ lây qua quan hệ tình dục đồng giới nam chiếm 20,5%. Tương tự của nhóm nữ, tỷ lệ lây qua đường quan hệ tình dục không an toàn cao nhất với 80,5%; trong đó lây từ chồng chiếm 48,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00 < 0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm đồng nhiễm theo giới

Đồng nhiễm	Nam		Nữ		Tổng		p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Không	42	60,9	34	82,9	76	69,1	0,11 > 0,05
VGC	13	18,8	3	7,3	16	14,5	
VGB	5	7,2	2	4,9	7	6,4	
Lao	2	2,9	2	4,9	4	3,6	
VGC và lao	5	7,2	0	0	5	4,5	
VGB và VGC	2	2,9	0	0	2	1,8	
Tổng	69	62,7	41	37,3	110	100	

VGC: viêm gan C, VGB: viêm gan B

Kiểm định Chi square

Nhận xét: 30,91% người bệnh tham gia nghiên cứu có đồng nhiễm (34 đối tượng). Trong đó, đồng nhiễm viêm gan C chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,06%, 7 người bệnh đồng nhiễm viêm gan B, tỷ lệ đồng nhiễm lao là 11,76%; 5 người bệnh có đồng nhiễm cả viêm gan C và lao và 2 người bệnh có đồng nhiễm cả viêm gan B và viêm gan C.

tế bào CD4 dưới 200 tế bào/mm³.

Thời gian điều trị ARV của nhóm đối tượng nghiên cứu là 8,39 ± 4,012. Thời gian điều trị trung bình của nhóm nam là 7,78 ± 4,155, thấp

hơn nhóm nữ là $9,41 \pm 3,578$. Bệnh nhân điều trị dưới 8 năm của nhóm nam chiếm tỉ lệ cao hơn với 53,6%; trong khi với nhóm nữ, bệnh nhân điều trị trên 8 năm chiếm phần lớn với 68,3%. Sự khác biệt về thời gian điều trị của 2 nhóm nam và nữ có ý nghĩa thống kê với $p=0,026 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 110 đối tượng tham gia vào nghiên cứu, có 69 nam chiếm 62,7%, cao hơn nhóm người bệnh nữ (41 người) chiếm 37,3% (Bảng 1). Tỉ lệ bệnh nhân nam trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Đống Đa của Lê Xuân Toàn năm 2021 với 72,1%²; tương đương nghiên cứu của Dương Minh Đức năm 2019; tỉ lệ nam chiếm 65,7%.³ Tỉ lệ này tương đương với dữ liệu thống kê của Tổ chức y tế thế giới WHO về tỉ lệ người bệnh hiện nhiễm HIV/AIDS ở Việt Nam năm 2021 với 66,5% nam trên 15 tuổi nhiễm HIV/AIDS.⁴

Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là $43,07 \pm 9,54$, thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 74 tuổi (Bảng 1); cao hơn trong nghiên cứu của Lê Xuân Toàn năm 2021 là $39,8 \pm 9,8$, tập trung ở nhóm tuổi 30-49 (67,2%).² Phần lớn đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi trong ở độ tuổi từ 35-44 tuổi trở lên (42,7%) và ≥ 45 (39,1%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với Dương Minh Đức năm 2019 với độ tuổi trung bình là 41,75 tập trung chủ yếu ở lứa tuổi > 40 (52%).³ Sự phân bố nhóm tuổi trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi khác với xu hướng bệnh nhân HIV/AIDS theo lứa tuổi của Bộ Y tế năm 2022 với tỉ lệ nhiễm mới HIV đang trẻ hóa nhanh với nhóm 15-24 tuổi chiếm 12,9% vào năm 2019 và 25,6% vào năm 2021.⁵ Có sự khác biệt này do nhóm đối tượng trong nghiên cứu là bệnh nhân điều trị lâu năm tại bệnh viện, chúng tôi sử dụng mẫu thuận tiện khi thu thập số liệu. Cùng với sự tiến bộ của y học, người bệnh nhiễm HIV/AIDS được điều trị với ARV có tuổi thọ cao hơn. Nghiên cứu năm 2017 tại khu vực châu Á- Thái Bình Dương cho thấy, ước tính đến năm 2020 khoảng 28% bệnh nhân HIV đang điều trị trong độ tuổi ≥ 50 tuổi.⁶ Năm 2022, trên thế giới ước tính 24% người bệnh nhiễm HIV ở độ tuổi từ 50 tuổi trở lên. Ở các nước châu Âu và Bắc Mỹ, gần 50% người lớn nhiễm HIV trong độ tuổi từ 50 trở lên.^{1,7} Nghiên cứu năm 2023 tại châu Âu và Bắc Mỹ cho thấy, bệnh nhân HIV đang được điều trị ARV và có số lượng tế bào CD4 cao có tuổi thọ chỉ ít hơn vài năm so với dân số bình thường, không quan trọng thời điểm bắt đầu điều trị với

ARV.^{7,8} Không có sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa nhóm nam ($43,42 \pm 10,51$) và nhóm nữ ($42,49 \pm 7,71$).

Nguồn lây chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn chiếm 65,2%, 17,27% lây nhiễm do tiêm chích ma túy và 11,82% đối tượng không rõ nguồn lây; 2 đối tượng do lây từ mẹ và do xăm hình (Bảng 2). Có mối liên quan giữa giới tính và nguồn lây. Nhóm nam có tỉ lệ lây qua quan hệ tình dục thấp hơn nhóm nữ (56,5% và 80,5%), tuy nhiên lây qua tiêm chích ma túy cao hơn (24,6% và 4,9%). Trong đối tượng nam có nguồn lây qua quan hệ tình dục, có 20,51% (8 người) nhóm nam quan hệ đồng tính (MSM). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Bộ Y tế năm 2022, tỉ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ đồng tính (MSM) có xu hướng tăng rất nhanh trong những năm gần đây (từ 3,9% năm 2011, lên 5,1% năm 2015 và 13,3% năm 2020), chủ yếu ở độ tuổi trẻ.⁵

Đồng nhiễm viêm gan C chiếm tỉ lệ cao nhất với 14,5% (16 người); 6,4% (7 người) có đồng nhiễm viêm gan B; 3,6% (4 người) đồng nhiễm lao; 4,5% (5 người) đồng nhiễm lao và viêm gan C; 1,8% (2 người) đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C (Bảng 3). Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Lê Xuân Toàn năm 2021 với 24,6% đồng nhiễm viêm gan C; 6,6% đồng nhiễm viêm gan B; 4,8% đồng nhiễm cả viêm gan B và viêm gan C.² Nguyên nhân chính do đường lây của HIV và các vi rút gây viêm gan mạn tính giống nhau là quan hệ tình dục không an toàn và tiêm chích ma túy. Tại Việt Nam, theo số liệu 9 tháng đầu năm 2022 của Bộ Y tế, Việt Nam có khoảng 250.000 người nhiễm HIV, trong đó có gần 220.000 người nhiễm HIV nhiễm mới và nhiễm cũ. Tỷ lệ nhiễm HIV giảm nhanh ở nhóm nghiên cứu chích ma túy (từ 28,6% năm 2004 xuống 12,7% năm 2019) và phụ nữ bán dâm (từ 5,9% năm 2002 xuống 3,1% năm 2020); Việt Nam giữ vững mục tiêu khống chế tỷ lệ người nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư ở mức dưới 0,3% (hiện ước đạt 0,26%), giảm tác động của HIV/AIDS đối với sức khỏe và phát triển kinh tế - xã hội của đất nước. Số liệu giám sát cho thấy dịch HIV/AIDS có xu hướng gia tăng ở một số địa phương; tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiên cứu chích ma túy vẫn còn ở mức trên 12%; đặc biệt, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ đồng tính (MSM) có xu hướng tăng rất nhanh trong những năm gần đây (từ 3,9% năm 2011, lên 5,1% năm 2015 và 13,3% năm 2020). Số MSM chiếm khoảng 50% trong số người nhiễm HIV được phát hiện năm 2020, chủ yếu ở độ tuổi trẻ, đặc biệt là công nhân các khu công nghiệp và học sinh, sinh

viên (cá biệt có tình chiếm đến 80% tổng số trường hợp nhiễm HIV được phát hiện).⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần người bệnh điều trị ổn định theo phác đồ bậc I với 97,3% có tải lượng HIV không phát hiện được; chỉ có 3 bệnh nhân có tải lượng HIV > 50 đến =< 1000 bản sao/mL. Vai trò quan trọng của xét nghiệm tải lượng HIV là để phát hiện sớm thất bại điều trị. Thất bại điều trị được xác định khi có tải lượng HIV trên 1000 bản sao/mL ở hai lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau 3 tháng sau khi đã được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, và khi đó bệnh nhân cần chuyển sang phác đồ phù hợp. Xét nghiệm tải lượng HIV được áp dụng đối với tất cả trường hợp bắt đầu điều trị ARV, điều trị lại và thất bại điều trị. Xét nghiệm được thực hiện 6 tháng sau điều trị, 12 tháng sau điều trị ARV và sau đó 12 tháng một lần. Thời điểm xét nghiệm có thể +/- 3 tháng so với các mốc thời gian xét nghiệm trên đối với người điều trị ARV từ 12 tháng trở lên.

Số lượng tế bào CD4 gần nhất trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 523,94±222,12 tế bào/mm³; không có sự khác biệt giữa nhóm nam và nhóm nữ (Bảng 4). Có 5 đối tượng (4,5%) có số lượng tế bào CD4 dưới 200 tế bào/mm³; 49,1% đối tượng có số lượng tế bào CD4 >=500 tế bào/mm³. Số lượng tế bào CD4 để đánh giá khả năng miễn dịch của bệnh nhân. Hiện nay, theo quy định của Bộ Y tế các bệnh nhân nhiễm HIV cần được theo dõi định kỳ bằng xét nghiệm T-CD4 để có chỉ định can thiệp kịp thời. Xét nghiệm T-CD4 được thực hiện vào thời điểm đăng kí điều trị ARV, sau 6 tháng bắt đầu điều trị ARV, và sau 12 tháng điều trị ARV. Xét nghiệm T-CD4 được thực hiện 6 tháng một lần nếu không làm được tải lượng HIV thường quy. Nếu điều trị lại hoặc có thất bại điều trị, cần làm xét nghiệm CD4. Khi người bệnh điều trị ARV ổn định và thực hiện được xét nghiệm tải lượng HIV, ngừng làm xét nghiệm CD4.

ARV là thuốc kháng retro vi rút, sử dụng nhằm ức chế tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể; và giúp phục hồi hệ thống miễn dịch. ARV giúp giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV; đồng thời dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích); dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Khi điều trị ARV đạt tải lượng HIV <200 bản sao/mL và tuân thủ điều trị sẽ không làm lây truyền HIV cho bạn tình qua đường tình dục. Thời gian điều trị ARV của nhóm người bệnh trong nghiên cứu tương đối lâu, 54,5% bệnh nhân điều trị trên 8 năm (Bảng 4). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Dương Minh Đức

2019 với tỉ lệ điều trị trên 6 năm là 46,1%.³ Có sự khác nhau này do, từ năm 2015, Tổ chức y tế thế giới WHO áp dụng điều trị ARV không phụ thuộc vào số lượng tế bào CD4 và giai đoạn lâm sàng của bệnh, góp phần làm tăng thời gian điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS nói chung.⁴

V. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ người bệnh nam là 62,7%, tỉ lệ người bệnh nữ là 37,3%. Độ tuổi trung bình là 43,07±9,54.
- Có mối liên quan giữa giới và sự phân chia nhóm tuổi trong nhóm đối tượng nghiên cứu: người bệnh nữ chiếm tỉ lệ cao nhất ở nhóm 35-44 (58,5%), trong khi nhóm nam tỉ lệ cao nhất ở nhóm từ 45 tuổi (43,5%).
- Nguồn lây qua quan hệ tình dục không an toàn chiếm 65,2%, 17,27% lây nhiễm do tiêm chích ma túy và 11,82% đối tượng không rõ nguồn lây. Có mối liên quan giữa giới tính và nguồn lây. Tỉ lệ người bệnh có đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C và lao là 30,9%.
- Thời gian điều trị trung bình của nhóm nam là 7,78 ±4,155, thấp hơn nhóm nữ là 9,41 ±3,578, có mối liên quan giữa giới tính và thời gian điều trị.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc đến Bệnh viện đa khoa Đống Đa, Hà Nội đã đồng ý và tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu thực hiện thu thập số liệu. Bài báo thuộc đề tài khoa học cấp cơ sở "Tình trạng bệnh răng miệng trên người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa Đống Đa, Hà Nội" mã số CS.21.07.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNAIDS**, UNAIDS Global AIDS update. The Path That Ends AIDS.; 2023. <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>
2. **Lê Xuân Toàn**. Đánh Giá Hiệu Quả Điều Trị Của Phác Đồ TDF+3TC+DTG Trên Bệnh Nhân HIV/AIDS Tại Bệnh Viện Đa Khoa Đống Đa. 2021.
3. **Dương Minh Đức**. Thực Trạng và Nhu Cầu Điều Trị Bệnh Sâu Răng Của Bệnh Nhân HIV/AIDS Tại Bệnh Viện Đống Đa Hà Nội 2019. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Răng Hàm Mặt. 2019.
4. **WHO**. UNAIDS data 2022. Published online 2022:192-194. Accessed August 22, 2023. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/2022_unaids_data
5. **Bộ Y tế**. Báo Cáo Triển Khai Tháng Hành Động Quốc Gia Phòng, Chống HIV/AIDS Năm 2022.; 2022.
6. **Puhr R, Kumarasamy N, Ly PS, et al**. HIV and aging: Demographic change in the Asia-pacific region. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1988). 2017; 74(5): e146-e148. doi:10.1097/QAI.0000000000001258
7. **Godfrey C, Vallabhaneni S, Shah MP, Grimsrud A**. Providing differentiated service delivery to the ageing population of people living

with HIV. J Int AIDS Soc. 2022;2022(S4):26002. doi:10.1002/jia2.26002/full

8. **Trickey A, Sabin CA, Burkholder G, et al.** Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-

term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. Lancet HIV. 2023;10(5):e295-e307. doi:10.1016/S2352-3018(23)00028-0

MỘT SỐ YẾU TỐ CỦA QUÁ TRÌNH CHUYỂN ĐẠ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TRẺ SAU KHI SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NGHỆ AN NĂM 2022

Trần Thị Kiều Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm thời gian chuyển dạ, một số yếu tố liên quan trong quá trình chuyển dạ đối với trẻ sau khi sinh tại khoa Sản Bệnh viện đa khoa tỉnh Nghệ An năm 2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu 295 sản phụ sinh thường đủ tháng nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng thời gian chuyển dạ và một số yếu tố liên quan đến trẻ sau khi sinh tại khoa Phụ sản BVĐK tỉnh Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả: Thời gian chuyển dạ trung bình của sản phụ con so là $19,32 \pm 12,19$ giờ; của sản phụ con rạ $11,90 \pm 7,90$ giờ. Tỷ lệ bí tiểu là 13,5%; tỷ lệ băng huyết sau sinh là 2,4%; tỷ lệ chỉ định bấm ối nhân tạo là 73,2%. Thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 của nhóm sản phụ bí tiểu sau sinh kéo dài hơn so với nhóm không bí tiểu sau sinh ở cả con so và con rạ ($p < 0,05$). Thời gian chuyển dạ giai đoạn 3 ở nhóm có băng huyết sau sinh lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không băng huyết sau sinh ($p = 0,01$). Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thời gian chuyển dạ giai đoạn 1a và cân nặng sơ sinh ở cả sản phụ con so ($r = 0,264, p = 0,004, r^2 = 0,07$) và sản phụ con rạ ($r = 0,297, p < 0,001, r^2 = 0,088$). Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa thời gian chuyển dạ giai đoạn 2 sản phụ con rạ và cân nặng sơ sinh ($r = 0,16, p = 0,017, r^2 = 0,016$). Thời gian chuyển dạ giai đoạn 1 của nhóm sản phụ bí tiểu sau sinh kéo dài hơn so với nhóm không bí tiểu sau sinh ở cả con so và con rạ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Quá trình chuyển dạ kéo dài là thời gian chuyển dạ tăng lên so với người sản phụ cùng yếu tố nguy cơ. Chuyển dạ trong khoảng thời gian dài có thể dẫn đến những biến chứng hay di chứng nặng nề nếu không phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Các biến chứng có thể có thể là: suy thai trong chuyển dạ, dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung, tạo đường rò sinh dục bằng quang hay trực tràng, nhiễm khuẩn sơ sinh, nhiễm khuẩn hậu sản. Do đó theo dõi quá trình chuyển dạ và phát hiện và xử trí sớm những vấn đề có thể gặp sẽ hạn chế các biến chứng ảnh hưởng đến sức khỏe của sản phụ và trẻ sau sinh.

Từ khóa: thời gian chuyển dạ, trẻ sau sinh.

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: bsckieuanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

SUMMARY

SOME FACTORS OF LABOR THAT AFFECT BABY AFTER BIRTH AT NGHE AN GENERAL HOSPITAL IN 2022

Objectives: To describe the characteristics of labor time, some factors related to labor time with babies after birth at the Department of Obstetrics and Gynecology of Nghe An General Hospital in 2022. **Research Methods:** A prospective descriptive study. **Results:** A study of 295 women who gave birth normally at full term to investigate the clinical characteristics of labor time and some factors related to the baby after birth at the Department of Obstetrics and Gynecology, Nghe An General Hospital. Information was collected by examination and pre-designed medical records. Results: The average labor time of pregnant women and their babies was 19.32 ± 12.19 hours; of pregnant women 11.90 ± 7.90 hours. The rate of urinary retention was 13.5%; the rate of postpartum hemorrhage is 2.4%; the indication rate for artificial amniotomy was 73.2%. The duration of labor in the first stage of the postpartum group of women with urinary retention was longer than that of the group without postpartum urinary retention in both chicks and chickens ($p < 0.05$). The duration of stage 3 labor in the group with postpartum haemorrhage was statistically significantly larger than in the group without postpartum hemorrhage ($p = 0.01$). There was a weak positive correlation between the duration of stage 1a labor and birth weight in both pregnant women ($r = 0.264, p = 0.004, r^2 = 0.07$) and women with low birth weight ($r = 0.297, p < 0.001, r^2 = 0.088$). There was a weak positive correlation between the duration of the second stage of labor and the birth weight ($r = 0.16, p = 0.017, r^2 = 0.016$). The duration of labor in the first stage of the postpartum group of women with urinary retention was longer than that of the group without postpartum urinary retention in both chicks and chickens ($p < 0.05$). **Conclusion:** Prolonged labor is an increased duration of labor compared with women with the same risk factors. Labor for a long time can lead to serious complications or sequelae if not detected early and treated promptly. Complications may be: fetal distress in labor, threatened uterine rupture, uterine rupture, genitourinary fistula formation of the bladder or rectum, neonatal sepsis, postpartum infection. Therefore, monitoring the labor process and early detection and treatment of possible problems will limit the changes that affect the health of the mother and the baby after birth. **Keywords:** prolonged labor, newborn baby.