

rung nhĩ cơ và 3 trường hợp có cơn nhịp nhanh thất không được ghi nhận trên holter điện tâm đồ 24 giờ nhưng được ghi nhận trên holter điện tâm đồ 7 ngày. Kết quả này góp phần làm rõ hơn về những bệnh nhân suy tim mạn tính, sử dụng holter điện tâm đồ 7 ngày giúp phát hiện các rối loạn nhịp tim mà holter điện tim 24 giờ có thể bỏ sót.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al.** 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 2016;74(10):1037-1147.
2. **Kim JY, Oh IY, Lee H, et al.** The efficacy of detecting arrhythmia is higher with 7-day continuous electrocardiographic patch monitoring than with 24-h Holter monitoring. Journal of arrhythmia. Jun 2023;39(3):422-429. doi:10.1002/ joa3.12865
3. **McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al.** Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. 2014;371(11):993-1004.
4. **Bazan V, Cediel G, Llibre C, et al.** Contemporary Yield of 24-hour Holter Monitoring: Role of Inter-Atrial Block Recognition. Journal of atrial fibrillation. Aug-Sep 2019;12(2):2225. doi:10.4022/jafib.2225
5. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European journal of heart failure. Jan 2022;24(1):4-131. doi:10.1002/ ejhf.2333
6. **Chua SK, Chen LC, Lien LM, et al.** Comparison of Arrhythmia Detection by 24-Hour Holter and 14-Day Continuous Electrocardiography Patch Monitoring. Acta Cardiologica Sinica. May 2020;36(3): 251-259. doi:10.6515/acs.202005\_36(3).20190903a

## ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC GÒ CÔNG, TIỀN GIANG NĂM 2023

Võ Hoàng Vinh<sup>1</sup>, Mai Huỳnh Như<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả thực trạng đáp ứng điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Gò Công và xác định một số yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang, tiến hành trên 162 người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Gò Công. Thông tin lâm sàng, xét nghiệm CD4, tải lượng virus được thu thập qua bệnh án. Mô hình hồi quy logistic được áp dụng để xác định yếu tố liên quan. **Kết quả nghiên cứu:** CD4 trung bình trong nghiên cứu là 547,1 ± 297,8 (tế bào/mm<sup>3</sup>) và tải lượng virus trung bình là 4,5±9,7 (copies/mm<sup>3</sup>). Có 16,7% người bệnh có CD4 ≤ 250 tế bào/mm<sup>3</sup>, được coi là thất bại điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Có 19,1% người bệnh có tải lượng virus ≥ 20 copies/mm<sup>3</sup>. Thời gian điều trị càng lâu (OR=1.24, 95%CI=1,06-1,45) càng có khả năng bị thất bại điều trị theo tiêu chí miễn dịch. Người bệnh điều trị phác đồ bậc 2 (OR=0,07, 95%CI=0,01-0,95) ít có khả năng phát hiện virus hơn so với người bệnh điều trị phác đồ bậc 1. Ngược lại, người bệnh uống nhiều hơn 1 loại thuốc (OR=8,71, 95%CI=1,61-47,25) có khả năng phát hiện virus cao hơn so với người bệnh uống 1 loại thuốc. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy đáp ứng điều trị miễn dịch và virus học ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa khu vực Gò Công ở mức tốt. Các bác sỹ cần lưu ý những người

bệnh được điều trị trong thời gian dài để kiểm soát thất bại điều trị miễn dịch. **Từ khóa:** đáp ứng điều trị, HIV/AIDS, CD4, tải lượng virus

### SUMMARY

#### TREATMENT RESPONSE IN HIV/AIDS PATIENTS AT GO CONG REGIONAL GENERAL HOSPITAL, TIEN GIANG IN 2023

**Objective:** Describe the current status of ARV treatment response in HIV/AIDS patients at Go Cong Regional General Hospital and identify some related factors. **Research method:** Cross-sectional descriptive design, conducted on 162 people with HIV/AIDS at Go Cong Regional General Hospital. Clinical information, CD4 testing, and viral load were collected through medical records. Logistic regression model was applied to identify associated factors. **Results:** The average CD4 count in the study was 547.1 ± 297.8 (cells/mm<sup>3</sup>) and the average viral load was 4.5 ± 9.7 (copies/mm<sup>3</sup>). 16.7% of patients had CD4 ≤ 250 cells/mm<sup>3</sup>, which is considered treatment failure according to the guidelines of the Ministry of Health. There were 19.1% of patients with viral load ≥ 20 copies/mm<sup>3</sup>. A longer the treatment duration (OR=1.24, 95%CI=1.06-1.45) was associated with a higher likelihood of experiencing treatment failure according to immune criteria. Patients treated with the second-line regimen (OR=0.07, 95%CI=0.01-0.95) were less likely to have the virus detected than patients treated with the first-line regimen. Patients taking more than 1 medication (OR=8.71, 95%CI=1.61-47.25) have a higher chance of detecting the virus than patients taking 1 medication. **Conclusion:** The response to immunological and virological treatment in HIV/AIDS patients at Go Cong

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Huỳnh Như

Email: mnhu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

area general hospital is good. Physicians need to pay attention to patients treated for long periods of time to control immunotherapy failure. **Keywords:** treatment response, HIV/AIDS, CD4, viral load

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đã phê duyệt chiến lược Quốc gia phòng chống HIV/AIDS, chấm dứt đại dịch AIDS năm 2030, với mục tiêu 95%-95%-95% [1]. Việc phê duyệt chiến lược này thể hiện cam kết của Chính phủ Chính phủ duy trì chương trình nghị sự về Mục tiêu Phát triển Bền vững liên quan đến HIV/AIDS và không để ai bị bỏ lại phía sau trong việc hướng tới mục tiêu bao phủ sức khỏe toàn dân. Việc mở rộng khả năng tiếp cận điều trị ART góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV/AIDS [2]. Tuy nhiên, Việt Nam đang trải qua thời kỳ đầy thách thức với một số thay đổi trong việc lồng ghép các dịch vụ HIV/AIDS vào hệ thống chăm sóc sức khỏe trong thời gian đầu triển khai mô hình Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (CDC). Mặt khác, nguồn tài chính cho phòng chống HIV/AIDS được chuyển từ nguồn vốn tài trợ sang quỹ bảo hiểm xã hội và ngân sách địa phương [1]. Điều này có thể ảnh hưởng đến quá trình điều trị ở những người mắc HIV/AIDS khi việc tiếp cận đầy đủ các dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV/AIDS có thể gặp nhiều khó khăn hơn. Trong giai đoạn mới này, việc đánh giá thực trạng đáp ứng điều trị của người nhiễm HIV/AIDS đóng vai trò quan trọng. Chẩn đoán thất bại điều trị muộn có thể làm tăng đột biến kháng thuốc và ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị nói chung.

Bệnh viện Đa khoa khu vực Gò Công là bệnh viện trọng điểm điều trị HIV/AIDS trong khu vực tỉnh Tiền Giang. Hiện tại bệnh viện đang điều trị hơn hai trăm người mắc HIV/AIDS. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng đáp ứng điều trị của người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm: "*Mô tả thực trạng đáp ứng điều trị ARV ở người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Gò Công và xác định một số yếu tố liên quan*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị bằng phác đồ ARV tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Gò Công. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: 1) Người bệnh  $\geq 18$  tuổi; 2) Người bệnh điều trị thuốc ARV được ít nhất 6 tháng. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Người bệnh không đủ năng lực, hành vi; và 2) Với mục tiêu đánh giá tuân thủ, người bệnh bị loại trừ nếu không đến khám hoặc không đồng ý

tham gia phỏng vấn.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Gò Công từ tháng 7/2023 đến 2/2024

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng. Tổng cộng có 162 người bệnh được tuyển vào nghiên cứu

**2.5. Thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập thông qua bệnh án mẫu. Các thông tin được thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, lý do nhiễm, thời gian nhiễm, thời gian điều trị, phác đồ, bậc phác đồ, số lượng viên thuốc uống và số lần uống thuốc không đúng giờ. Kết quả xét nghiệm CD4 (tế bào/mm<sup>3</sup>) và tải lượng virus (copies/mm<sup>3</sup>) gần nhất được trích xuất từ bệnh án. Nhóm nghiên cứu xây dựng một bệnh án mẫu và được tập huấn để đảm bảo các thông tin thu thập được thống nhất.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm Stata 16.0. Thống kê mô tả được thực hiện. Kiểm định Chi-squared được áp dụng để so sánh sự khác biệt của 2 nhóm người bệnh theo khả năng đáp ứng miễn dịch ( $CD4 \leq 250$  tế bào/mm<sup>3</sup> và  $> 250$  tế bào/mm<sup>3</sup>, theo hướng dẫn của Bộ Y tế [3]) và khả năng đáp ứng theo virus học (tải lượng virus không phát hiện và  $\geq 20$  copies/mm<sup>3</sup>). Mô hình hồi quy logistic đa biến được áp dụng để tìm hiểu yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị theo miễn dịch và virus học. p-value  $< 0.05$  được xem xét có ý nghĩa thống kê.

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề đạo đức và đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (834/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/9/2023)

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

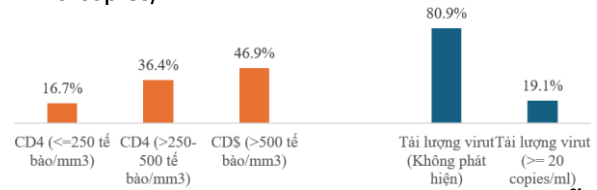
Bảng 1 cho thấy trong 162 người bệnh, tuổi trung bình là  $40,0 \pm 8,7$  (tuổi). Người bệnh chủ yếu là nam giới (64,2%) và không biết đường lây nhiễm (50,0%). Tất cả người bệnh đều đang ở giai đoạn lâm sàng 1 và không có bệnh mắc kèm, viêm gan B hoặc viêm gan C. Phác đồ được sử dụng chủ yếu là phác đồ bậc 1 (94,4%), TDF/3TC/DTG 300/300/50 (80,9%). Có 14,8% người bệnh quên uống thuốc 1 lần trở lên. Thời gian nhiễm bệnh trung bình là  $9,8 \pm 4,8$  (năm), thời gian điều trị trung bình là  $8,1 \pm 3,6$  và số lượng viên thuốc uống trung bình là  $1,3 \pm 1,1$  (viên).

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân HIV**

| Đặc điểm                          |                                    | SL (n)  | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------|-----------|
| Tuổi                              | ≤40                                | 80      | 49,4      |
|                                   | >40                                | 82      | 50,6      |
| Giới tính                         | Nam                                | 104     | 64,2      |
|                                   | Nữ                                 | 58      | 35,8      |
| Lý do nhiễm                       | Không biết                         | 81      | 50,0      |
|                                   | Quan hệ tình dục                   | 67      | 41,4      |
|                                   | Khác                               | 14      | 8,6       |
| Phác đồ                           | (TDF 300)/(3TC 150)/(LPV/r 200/50) | 5       | 3,09      |
|                                   | (TDF/3TC/DTG 300/300/50)           | 131     | 80,9      |
|                                   | (TDF/3TC/EFV 300/300/400)          | 11      | 6,8       |
|                                   | (ZDV/3TC 300/150)/(EFV 600)        | 10      | 6,2       |
|                                   | (ZDV/3TC 300/150)/(LPV/r 200/50)   | 5       | 3,1       |
| Bậc phác đồ                       | Bậc 1                              | 153     | 94,4      |
|                                   | Bậc 2                              | 9       | 5,6       |
| Số lần uống thuốc không đúng giờ  | Không                              | 138     | 85,2      |
|                                   | Một lần                            | 17      | 10,5      |
|                                   | Hơn một lần                        | 7       | 4,3       |
| Thời gian nhiễm bệnh, năm, TB±ĐLC |                                    | 9,8±4,8 |           |

| (Min-Max)                                   | (2-18)         |
|---|----------------|
| Thời gian điều trị, năm, TB±ĐLC (Min-Max)   | 8,1±3,6 (1-17) |
| Số lượng viên thuốc, viên, TB±ĐLC (Min-Max) | 1,3±1,1 (1-7)  |

CD4 trung bình trong nghiên cứu là 547,1 ± 297,8 (tế bào/mm<sup>3</sup>) và tải lượng virus trung bình là 4,5±9,7 (copies/mm<sup>3</sup>). Biểu đồ 1 cho thấy có 16,7% người bệnh có CD4 ≤ 250 tế bào/mm<sup>3</sup>, được coi là thất bại điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Có 19,1% người bệnh có tải lượng virus ≥ 20 copies/mm<sup>3</sup>.



**Biểu đồ 1. Tình trạng đáp ứng điều trị miễn dịch (CD4) và virus (tải lượng virus)**

Bảng 2 cho thấy, có sự khác biệt về tình trạng đáp ứng miễn dịch CD4 theo giới tính, thời gian mắc bệnh và thời gian điều trị (p<0,05). Không có sự khác biệt về tải lượng virus giữa các nhóm đặc điểm lâm sàng (p>0,05).

**Bảng 2. Đặc điểm miễn dịch và virus theo các yếu tố lâm sàng**

| Đặc điểm           | CD4                                |                             |           | Tải lượng virus |                             |           |      |
|--------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------|-----------------------------|-----------|------|
|                    | ≤250 tế bào/mm <sup>3</sup>        | >250 tế bào/mm <sup>3</sup> | p         | Không phát hiện | ≥ 20 copies/mm <sup>3</sup> | p         |      |
|                    | n (%)                              | n (%)                       |           | n (%)           | n (%)                       |           |      |
| Tuổi               | ≤40                                | 64 (47,4)                   | 16 (59,3) | 0,26            | 65 (49,6)                   | 15 (48,4) | 0,90 |
|                    | >40                                | 71 (52,6)                   | 11 (40,7) |                 | 66 (50,4)                   | 16 (51,6) |      |
| Giới tính          | Nam                                | 81 (60,0)                   | 23 (85,2) | 0,01            | 84 (64,1)                   | 20 (64,5) | 0,97 |
|                    | Nữ                                 | 54 (40,0)                   | 4 (14,8)  |                 | 47 (35,9)                   | 11 (35,5) |      |
| Lý do nhiễm        | Không biết                         | 66 (48,9)                   | 15 (55,6) | 0,63            | 65 (49,6)                   | 16 (51,6) | 0,89 |
|                    | Quan hệ tình dục                   | 58 (43,0)                   | 9 (33,3)  |                 | 54 (41,2)                   | 13 (41,9) |      |
|                    | Khác                               | 11 (8,2)                    | 3 (11,1)  |                 | 12 (9,2)                    | 2 (6,5)   |      |
| Phác đồ            | (TDF 300)/(3TC 150)/(LPV/r 200/50) | 5 (3,7)                     | 0 (0,0)   | 0,28            | 4 (3,1)                     | 1 (3,2)   | 0,93 |
|                    | (TDF/3TC/DTG 300/300/50)           | 108 (80,0)                  | 23 (85,2) |                 | 107 (81,7)                  | 24 (77,4) |      |
|                    | (TDF/3TC/EFV 300/300/400)          | 9 (6,7)                     | 2 (7,4)   |                 | 9 (6,9)                     | 2 (6,5)   |      |
|                    | (ZDV/3TC 300/150)/(EFV 600)        | 10 (7,4)                    | 0 (0,0)   |                 | 7 (5,3)                     | 3 (9,7)   |      |
|                    | (ZDV/3TC 300/150)/(LPV/r 200/50)   | 3 (2,2)                     | 2 (7,4)   |                 | 4 (3,1)                     | 1 (3,2)   |      |
| Bậc phác đồ        | Bậc 1                              | 128 (94,8)                  | 25 (92,6) | 0,65            | 123 (93,9)                  | 30 (96,8) | 0,53 |
|                    | Bậc 2                              | 7 (5,2)                     | 2 (7,4)   |                 | 8 (6,1)                     | 1 (3,2)   |      |
| Thời gian mắc bệnh | ≤ 5 năm                            | 31 (23,0)                   | 11 (40,7) | <0,01           | 33 (25,2)                   | 9 (29,0)  | 0,82 |
|                    | 6-10 năm                           | 41 (30,4)                   | 2 (7,4)   |                 | 35 (26,7)                   | 8 (25,8)  |      |
|                    | 11-15 năm                          | 40 (29,6)                   | 13 (48,2) |                 | 42 (32,1)                   | 11 (35,5) |      |
|                    | > 15 năm                           | 23 (17,0)                   | 1 (3,7)   |                 | 21 (16,0)                   | 3 (9,7)   |      |
| Thời gian điều trị | ≤ 5 năm                            | 31 (23,0)                   | 15 (55,6) | <0,01           | 33 (25,2)                   | 13 (41,9) | 0,27 |
|                    | 6-10 năm                           | 60 (44,4)                   | 9 (33,3)  |                 | 57 (43,5)                   | 12 (38,7) |      |
|                    | 11-15 năm                          | 38 (28,2)                   | 3 (11,1)  |                 | 36 (27,5)                   | 5 (16,1)  |      |
|                    | > 15 năm                           | 6 (4,4)                     | 0 (0,0)   |                 | 5 (3,8)                     | 1 (3,2)   |      |

|                                  |             |            |           |      |            |           |      |
|----------------------------------|-------------|------------|-----------|------|------------|-----------|------|
| Số viên thuốc uống               | Một         | 118 (87,4) | 25 (92,6) | 0,45 | 117 (89,3) | 26 (83,9) | 0,40 |
|                                  | Nhiều hơn 1 | 17 (12,6)  | 2 (7,4)   |      | 14 (10,7)  | 5 (16,1)  |      |
| Số lần uống thuốc không đúng giờ | Không       | 116 (85,9) | 22 (81,5) | 0,68 | 110 (84,0) | 28 (90,3) | 0,29 |
|                                  | Một lần     | 14 (10,4)  | 3 (11,1)  |      | 16 (12,2)  | 1 (3,2)   |      |
|                                  | Hơn một lần | 5 (3,7)    | 2 (7,4)   |      | 5 (3,8)    | 2 (6,5)   |      |

Bảng 3 cho thấy, thời gian điều trị càng lâu (OR=1.24, 95%CI=1,06-1,45) càng có khả năng bị thất bại điều trị theo tiêu chí miễn dịch.

**Bảng 3. Yếu tố liên quan đến tình trạng đáp ứng miễn dịch**

| Đặc điểm                                      | CD4 ( $\leq 250$ tế bào/mm <sup>3</sup> =1; >250 tế bào/mm <sup>3</sup> =0) |      |       |      |
|---|---|------|-------|------|
|   | OR  | p    | 95%CI |      |
| <b>Tuổi (năm)</b>                             | 1,01  | 0,79 | 0,95  | 1,06 |
| <b>Giới tính</b>                              |   |      |       |      |
| Nam   | 1   |      |       |      |
| Nữ  | 3,08  | 0,06 | 0,95  | 9,95 |
| <b>Lý do nhiễm</b>                            |   |      |       |      |
| Không biết                                    | 1   |      |       |      |
| Qua đường tình dục                            | 1,73  | 0,27 | 0,66  | 4,53 |
| Khác  | 0,97  | 0,97 | 0,19  | 4,90 |
| <b>Thời gian điều trị (năm)</b>               | 1,24  | 0,01 | 1,06  | 1,45 |
| <b>Thời gian nhiễm (năm)</b>                  | 1,03  | 0,60 | 0,93  | 1,13 |
| <b>Số lần uống thuốc không đúng giờ (lần)</b> | 0,65  | 0,32 | 0,28  | 1,51 |
| <b>Số lượng thuốc uống</b>                    |   |      |       |      |
| Một   | 1   |      |       |      |
| Nhiều hơn 1                                   | 1,16  | 0,87 | 0,21  | 6,28 |

Bảng 4 cho thấy, người bệnh điều trị phác đồ bậc 2 (OR=0,07, 95%CI=0,01-0,95) ít có khả năng phát hiện virus hơn so với người bệnh điều trị phác đồ bậc 1. Ngược lại, người bệnh uống nhiều hơn 1 loại thuốc (OR=8,71, 95%CI=1,61-47,25) có khả năng phát hiện virus cao hơn so với người bệnh uống 1 loại thuốc.

**Bảng 4. Yếu tố liên quan đến tình trạng tải lượng virus**

| Đặc điểm                        | Tải lượng virus (không phát hiện=0; $\geq 20$ copies/mm <sup>3</sup> =1) |      |       |      |
|---------------------------------|--|------|-------|------|
|                                 | OR   | p    | 95%CI |      |
| <b>Tuổi (năm)</b>               | 0,99   | 0,84 | 0,95  | 1,05 |
| <b>Giới tính</b>                |  |      |       |      |
| Nam                             |  |      |       |      |
| Nữ                              | 1,13   | 0,80 | 0,44  | 2,88 |
| <b>Lý do nhiễm</b>              |  |      |       |      |
| Không biết                      |  |      |       |      |
| Qua đường tình dục              | 1,06   | 0,90 | 0,45  | 2,50 |
| Khác                            | 0,53   | 0,51 | 0,08  | 3,46 |
| <b>Thời gian điều trị (năm)</b> | 0,88   | 0,09 | 0,77  | 1,02 |
| <b>Thời gian nhiễm (năm)</b>    | 0,99   | 0,90 | 0,91  | 1,09 |
| <b>Phác đồ bậc</b>              |  |      |       |      |

|   |      |       |      |       |
|---|------|-------|------|-------|
| Bậc 1   | 1    |       |      |       |
| Bậc 2   | 0,07 | 0,046 | 0,01 | 0,95  |
| <b>Số lần uống thuốc không đúng giờ (lần)</b> | 0,84 | 0,72  | 0,34 | 2,10  |
| <b>Số lượng thuốc uống</b>                    |      |       |      |       |
| Một   | 1    |       |      |       |
| Nhiều hơn 1                                   | 8,71 | 0,01  | 1,61 | 47,25 |
| <b>CD4 (tế bào/mm<sup>3</sup>)</b>            | 1,00 | 0,08  | 1,00 | 1,00  |

**IV. BÀN LUẬN**

Hướng dẫn mới nhất của Tổ chức Y tế thế giới đã khuyến cáo theo dõi tải lượng vi rút thường quy, cùng với xét nghiệm CD4 và các đánh giá lâm sàng. Về đáp ứng miễn dịch, kết quả cho thấy, CD4 trung bình trong nghiên cứu này là 547,1 ± 297,8 (tế bào/mm<sup>3</sup>). Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu trên nhóm người bệnh nhiễm HIV mới đây. Nghiên cứu của Lương Xuân Kiên và cộng sự (2022) tại Quảng Ninh cho thấy, sau 18 tháng, tỷ lệ đáp ứng miễn dịch sau điều trị phác đồ TDF/3TC/LPV/r là 83,8% và với phác đồ TDF/3TC/DTG là 77,0% [4]. Nguyễn Kim Thư và cộng sự (2022) nghiên cứu tại Bệnh viện Đổng Đa cho thấy sau 24 tuần điều trị, CD4 trung bình đã tăng lên 365,66 ± 177,24 (tế bào/mm<sup>3</sup>) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có lợi thế hơn khi người bệnh đã được điều trị trong một thời gian dài so với các nghiên cứu trước đây, do đó mức CD4 được đánh giá là ổn định hơn. Việc hồi phục hệ thống miễn dịch càng nhanh sẽ giúp cho bệnh nhân giảm gánh nặng về các nhiễm trùng cơ hội. Tuy nhiên, một điều cần lưu ý là nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người bệnh điều trị thời gian dài hơn có khả năng bị không đáp ứng miễn dịch cao hơn. Điều này có thể giải thích bởi các lí do sau. Thứ nhất, dữ liệu CD4 được chúng tôi trích xuất là dữ liệu gần nhất, do đó có thể không phản ánh được CD4 hiện tại của người bệnh. Thứ hai, một nghiên cứu tại Thái Lan cho thấy CD4 trước khi điều trị thấp có thể liên quan đến tình trạng suy giảm CD4 sau điều trị ở người bệnh HIV giai đoạn 1 [6].

Đáp ứng tải lượng virus là một trong những tiêu chuẩn vàng đánh giá tình trạng đáp ứng điều trị. Về đáp ứng theo tải lượng virus, kết quả nghiên cứu này cho thấy tải lượng virus trung bình là 4,5 ± 9,7 (copies/mm<sup>3</sup>) và 0% bệnh nhân có tải lượng virus  $\geq 1000$  copies/mm<sup>3</sup>, một tiêu chí được coi là thất bại điều trị theo hướng dẫn

của Bộ Y tế [3]. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Đoàn Thị Huệ và Lê Vĩnh Giang (2021) nghiên cứu trên 399 người bệnh tại Yên Bái cho thấy 96,2% người bệnh đáp ứng điều trị theo virut học [7]. Nghiên cứu của Lương Xuân Kiên và cộng sự (2022) tại Quảng Ninh cho thấy tỷ lệ đáp ứng sau 18 tháng đã lên đến trên 97% [4]. Mặc dù kết quả cho thấy sự khả quan về hiệu quả điều trị tại bệnh viện, điều quan trọng là phải theo dõi chặt chẽ tiến trình điều trị của bệnh nhân để giảm thiểu mọi tác dụng phụ tiềm ẩn của thuốc, cuối cùng là tăng cường sự tuân thủ của bệnh nhân. Tỷ lệ đáp ứng điều trị quan sát được trong nghiên cứu này vượt qua tỷ lệ đáp ứng điều trị trung bình trên toàn quốc và trong nhiều nghiên cứu quốc tế khác nhau [8]. Sự khác biệt đáng chú ý này có thể là do việc điều trị bằng thuốc liên tục được cải tiến, mang lại cho bệnh nhân sự thuận tiện hơn, ức chế virus nhanh chóng và tác dụng phụ tối thiểu.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy, ngoài yếu tố liên quan đến bậc phác đồ và số lượng thuốc uống, không có yếu tố nào được tìm thấy có liên quan đến tình trạng tải lượng virut. Điều này có thể do người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm đồng nhất về các yếu tố như tình trạng tuân thủ thuốc, thời gian nhiễm, thời gian điều trị, phác đồ, v...v... do vậy chưa tìm thấy các yếu tố liên quan khác.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đáp ứng điều trị miễn dịch và virut học ở người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa khu vực Gò Công ở mức tốt. Các bác sĩ cần lưu ý những người bệnh

được điều trị trong thời gian dài để kiểm soát thất bại điều trị miễn dịch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chính phủ Việt Nam** (2020), Quyết định số 1246/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ: Phê duyệt Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, chủ biên, Hà Nội, Việt Nam.
2. **K. K. Pedersen, M. R. Eiersted, J. C. Gaardbo và các cộng sự.** (2015), "Lower Self-Reported Quality of Life in HIV-Infected Patients on CART and With Low Comorbidity Compared With Healthy Controls", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 70(1), tr. 16-22.
3. **Bộ Y tế** (2021), Quyết định Số: 5968/QĐ-BYT Về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, chủ biên, Bộ Y tế, Hà Nội.
4. **Xuân Kiên Lương, Văn Giang Trần và Quốc Phương Nguyễn** (2023), "đánh giá hiệu quả điều trị của hai phác đồ tdf/3tc/lpv/r và tdf/3tc/dtg trên bệnh nhân hiv/aids tại bệnh viện đa khoa tỉnh quảng ninh 2020-2022", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 521(1).
5. **Nguyễn Kim Thư, Phạm Bá Hiền và Lê Xuân Toàn** (2022), "đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ arv tdf+3tc+dtg trên bệnh nhân hiv/aids tại bệnh viện đa khoa đồng đa 2020-2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 511(2).
6. **N. Chaiyasin và S. Sungkanuparph** (2016), "Rate of CD4 Decline and Factors Associated with Rapid CD4 Decline in Asymptomatic HIV-Infected Patients", *J Int Assoc Provid AIDS Care*, 15(1), tr.3-6.
7. **Đoàn Thị Huệ và Lê Vĩnh Giang** (2021), "thực trạng và một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị thuốc arv của người bệnh tại hai cơ sở chăm sóc điều trị hiv/aids tỉnh yên Bái năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 507(2).
8. **T. Bvochora, S. Satyanarayana, K. C. Takarinda và các cộng sự.** (2019), "Enhanced adherence counselling and viral load suppression in HIV seropositive patients with an initial high viral load in Harare, Zimbabwe: Operational issues", *PLoS One*, 14(2), tr. e0211326.

# LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ BỆNH NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI VÀ SỐ LƯỢNG TẾ BÀO TCD4 VỚI TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC MIỆNG Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS

Hà Ngọc Chiêu<sup>1</sup>, Lê Thị Thuỳ Linh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả mối liên quan giữa một số bệnh nhiễm trùng cơ hội và số lượng tế bào TCD4 với tổn thương niêm mạc miệng ở bệnh nhân HIV/AIDS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang được thực hiện trên 261 bệnh nhân đang điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022 - 2023. **Kết quả:** Tăng sắc tố và Herpes simplex xuất hiện ở cả 4 giai đoạn lâm sàng của HIV, trong đó tăng sắc tố gặp nhiều nhất là giai đoạn lâm sàng 1 (50%), còn Herpes simplex gặp nhiều nhất ở giai đoạn lâm sàng 2 (50%). Năm Candida liên quan với 4 bệnh nhiễm trùng cơ hội gồm viêm phổi, viêm màng não, PCP (Pneumocystis pneumonia - viêm phổi do Pneumocystis) và nhiễm khuẩn huyết. Có 194/261 bệnh nhân (chiếm 74,3%) có số lượng TCD4  $\geq$  200 tế bào/mm<sup>3</sup> và bạch sản dạng lông xuất hiện nhiều nhất ở nhóm TCD4 < 200 tế bào/mm<sup>3</sup>. **Kết luận:** Ở bệnh

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiêu

Email: ngocchieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024