

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN VŨ THƯ NĂM 2023

Đào Thị Thủy¹, Vũ Hồng Nhung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 199 người bệnh HIV/AIDS được điều trị ARV trong thời gian từ tháng 04 đến tháng 7 năm 2023 tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS – Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh HIV/AIDS tuân thủ điều trị ở mức độ cao chiếm 83,9%, tuân thủ điều trị mức độ trung bình và thấp lần lượt là 2,0%, 14,1%. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp thấp hơn đáng kể so với tuân thủ điều trị theo đánh giá đơn lẻ từng mặt cho thấy NB có kiến thức tốt về sử dụng thuốc ARV không đồng nghĩa với việc NB tuân thủ điều trị tốt.

Từ khóa: tuân thủ điều trị, ARV, HIV/AIDS.

SUMMARY

A STUDY OF COMPLIANCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY AMONG HIV/AIDS PATIENTS AT VU THU DISTRICT GENERAL HOSPITAL IN 2023

Objective: Describe the current status of adherence to ARV treatment of HIV/AIDS patients at Vu Thu district general hospital in 2023. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study developed with 199 HIV/AIDS patients receive ARV treatment from April to July 2023 at the HIV/AIDS outpatient clinic - Vu Thu District General Hospital. **Results:** The predominant level of compliance was medium compliance, 83.9%, while 2.0% and 14.1% presented medium and low compliance level respectively. **Conclusion:** The treatment adherence rate according to this composite assessment is significantly lower than the treatment adherence rate according to the individual assessment of each aspect, showing that patients have good knowledge about ARV drug use. does not mean good treatment compliance. **Keywords:** treatment adherence, ARV, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng vi rút HIV (ARV) là một trong những giải pháp quan trọng và hiệu quả nhất để phòng, chống HIV/AIDS. Điều trị ARV giúp người bệnh nâng cao sức khỏe, giảm tử vong và giảm lây nhiễm

HIV cho người khác trong cộng đồng. Việc tuân thủ điều trị phối hợp thuốc kháng vi rút đã được chứng minh là một yếu tố quyết định trong việc kiểm soát sự nhân lên của vi rút, duy trì chức năng miễn dịch và sự sống sót lâu dài ở người nhiễm HIV [1]. Tuân thủ điều trị giúp giảm nguy cơ mắc bệnh và tử vong liên quan tới HIV; Dự phòng lây truyền HIV từ người nhiễm sang người khác (bạn tình/bạn chích); dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con [2].

Điều trị HIV/AIDS được bắt đầu triển khai tại Việt Nam từ năm 2000. Cả nước hiện có trên 155.973 người nhiễm HIV đang điều trị bằng thuốc ARV, chiếm khoảng 73% số người nhiễm HIV đã được phát hiện đang còn sống [3] [4]. Yêu cầu đặt ra là người nhiễm cần phải tuân thủ điều trị kháng vi rút ở mức độ cao để duy trì sự ức chế vi rút. Cũng như các bệnh mãn tính khác, việc tuân thủ thuốc hàng ngày vẫn là một thách thức đối với nhiều người nhiễm HIV do các rào cản về cấu trúc, hành vi và xã hội [5].

Trong những năm qua ngành Y tế Thái Bình cùng với cả nước đã tích cực triển khai các hoạt động hướng tới mục tiêu 95-95-95 và mục tiêu chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Khi nguồn viện trợ thuốc kháng virus (ARV) cho người nhiễm HIV từ các dự án quốc tế bị cắt giảm là những khó khăn, thách thức cho công tác phòng chống HIV/AIDS và bản thân người nhiễm HIV. Nguồn thuốc và các dịch vụ chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS chủ yếu thông qua BHYT, các dự án chỉ còn hỗ trợ một số phức đồ nhất định và phần đông chi trả. Những thay đổi trên ít nhiều cũng sẽ ảnh hưởng tới sự tuân thủ của người bệnh. Do đó để làm rõ sự tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu: "Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2023".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 199 người bệnh HIV/AIDS được điều trị ARV trong thời gian từ tháng 04 đến tháng 7 năm 2023 tại Phòng khám ngoại trú HIV/AIDS – Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư, tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn lựa chọn NB:

- NB HIV/AIDS đang điều trị thuốc ARV tại

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thủy

Email: thuydao90.ndun@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024

PKNT HIV/AIDS – Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư;

- NB điều trị ARV đủ từ 18 tuổi trở lên;
- Tỉnh táo, có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi của điều tra viên;
- Đã được thông báo và đồng ý, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bị các bệnh hoặc có yếu tố về tâm thần kinh, không có khả năng hiểu và trả lời câu hỏi;
- Dưới 18 tuổi;
- Văng mặt tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Tại PKNT HIV/AIDS Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư – tỉnh Thái Bình.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2022 đến tháng 9/2023
- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 04 đến tháng 8 năm 2023

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Bộ công cụ và tiêu chí đánh giá. Bộ công cụ đánh giá của nghiên cứu này dựa trên bộ công cụ đánh giá đa chiều do USAIDS hỗ trợ phát triển sử dụng cho các nước có nguồn lực hạn chế được sử dụng để đánh giá tuân thủ điều trị. Đây là bộ câu hỏi gồm có 4 phần với cấu trúc dưới đây. Bộ công cụ đánh giá kết hợp đa chiều được chúng tôi sử dụng trong nghiên cứu đã được kiểm nghiệm trong nghiên cứu tại Hà Nội của tác giả Đào Đức Giang [6] [7].

+ Phần 1: đánh giá tuân thủ điều trị dành cho NB bao gồm 4 câu hỏi với câu trả lời là “Có” hoặc “Không”.

+ Phần 2: đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS). Nội dung phần này tư vấn viên sẽ hỏi NB về mức độ tuân thủ điều trị của NB ở mức nào trong 4 ngày qua theo thang điểm VAS.

+ Phần 3: đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức về thuốc ARV NB đang sử dụng. Trong phần này NB sẽ được hỏi về các thông tin về thuốc để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc khác.

+ Phần 4: đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ với hai câu hỏi dành cho NB

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Spss 20.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự thông qua và cho phép của Hội đồng trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, được sự

chấp thuận và cho phép của Lãnh đạo CDC Thái Bình và bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư tỉnh Thái Bình.

Nhóm nghiên cứu giải thích rõ với người bệnh về ý nghĩa của nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành có sự đồng ý của đối tượng tham gia. Các thông tin thu thập được chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá tuân thủ điều trị qua phỏng vấn NB

Bảng 3.1: Tuân thủ điều trị dựa trên câu hỏi phỏng vấn NB

Biến số nghiên cứu	(n=199)	
	n	Tỷ lệ %
NB không thấy khó nhớ việc dùng thuốc	178	89,4
NB không tạm dừng thuốc khi thấy khỏe lên	194	97,5
NB không quên liều nào trong 4 ngày trước đó	184	92,5
NB không tạm dừng thuốc khi thấy mệt hơn	193	97

Kết quả khảo sát trước nghiên cứu cho thấy 89,4% không có khó khăn gì trong việc nhớ dùng thuốc, tương ứng với 11,6% NB vẫn thấy khó nhớ việc dùng thuốc. Mặc dù vậy khi khỏe lên người bệnh vẫn tiếp tục dùng thuốc chiếm tới 97,5% và NB không tạm dừng thuốc khi thấy mệt hơn chiếm 97%. Khi nói về có quên liều thuốc nào trong 4 ngày qua không, có tới 17,5% người bệnh báo cáo có quên ít nhất 1 liều.

3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS)

Bảng 3.2: Tuân thủ điều trị dựa trên thang điểm trực quan VAS

Mức độ tuân thủ điều trị theo thang điểm VAS (0-10)	Khảo sát Tần suất/tỷ lệ
Trung bình	9,69
Trung vị	10
Độ lệch chuẩn (SD)	0.746
Tối thiểu-Tối đa	7-10
Tỷ lệ có điểm VAS ≥ 9.5	83,9 %

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), các NB được phỏng vấn báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,69 với độ lệch chuẩn là 0,746. Đánh giá theo thang điểm trực quan VAS là hợp phần thứ hai trong thang đánh giá đa chiều. Tỷ lệ NB có điểm VAS từ 9,5 trở lên (các NB xếp loại tuân thủ điều trị mức độ cao) trong khảo sát đạt mức 83,9 %.

3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV

Bảng 3.3: Tần suất và tỷ lệ NB trả lời đúng các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV

Kiến thức dùng thuốc	Khảo sát Tần suất/tỷ lệ
Trả lời sai ít nhất một câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV	30 (15%)
Trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức sử dụng ARV	169 (85%)

Hợp phần 3 trong thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc đánh giá qua kiểm tra kiến thức. NB được hỏi các thông tin về thuốc họ đang sử dụng để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc khác. Nghiên cứu cho thấy có tới 15% NB trả lời sai hoặc liên quan đến tên thuốc, cách dùng, hoặc liều dùng, thời điểm dùng thuốc cũng như các lưu ý khi sử dụng.

3.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ

Bảng 3.4: Kiểm đếm số viên trong kỳ

Nội dung	Số lượng (N=199)	Tỷ lệ %
Có mang vỏ thuốc, túi thuốc	11	5,5
Không mang vỏ thuốc túi thuốc	188	94,5
Thuốc thừa từ 2 viên trở lên	28	14,1

Khảo sát ghi nhận tỷ lệ 94,5% NB không mang lọ thuốc (túi thuốc) đã hết thuốc đến thể hiện mình đã dùng hết, có 5,5% NB mang theo lọ thuốc hoặc túi thuốc. Có tới 14,1% NB trả lời còn thừa 2 viên trở lên.

3.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều

Bảng 3.5: Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp

Mức độ tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp	Khảo sát (N=199)	
	n	Tỷ lệ %
Mức độ cao	167	83,9
Mức độ trung bình	4	2,0
Mức độ thấp	28	14,1

Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ NB tuân thủ điều trị ARV ở mức độ cao là 83,9%, vẫn còn 2% NB tuân thủ điều trị ARV ở mức độ trung bình và 14,1% NB tuân thủ điều trị ARV ở mức độ thấp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên các câu hỏi phỏng vấn NB. Kết quả nghiên cứu cho thấy khó nhớ việc dùng thuốc được ghi nhận ở khoảng 10,6% số NB và khoảng 7,5% số NB quên sử dụng ít nhất 1 liều thuốc trong 4 ngày vừa qua. Đối với các bệnh mạn tính, khó nhớ việc sử dụng thuốc hay quên không uống thuốc có thể có nhiều lý do và điều này cũng đã

được phản ánh trong các nghiên cứu trước đây trong nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Trần Xuân Bách [8]. Mặc dù phác đồ dùng thuốc ARV cũng đã được đơn giản hóa về số lần sử dụng trong ngày cũng như số viên với việc sử dụng các viên nén kết hợp các hoạt chất, việc quên uống thuốc vì lý do nào đó là thực tế vẫn đang xảy ra ở một số NB. Ngày nay việc tối ưu hóa phác đồ đã được áp dụng tại các phòng khám theo quyết định số 5968/QĐ-BYT về hướng dẫn chăm sóc và điều trị cho người nhiễm đã giúp giảm thiểu các tác dụng phụ không mong muốn và số lượng viên thuốc cho người bệnh.

Việc vẫn tiếp tục dùng thuốc khi thấy mình khỏe lên và không bỏ thuốc khi thấy mệt đi được ghi nhận ở phần lớn các NB (97%), điều này cho thấy các NB hiểu được tầm quan trọng của việc sử dụng thuốc liên tục.

4.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS).

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm) được dùng để hỏi NB về mức độ tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu này. VAS là công cụ được sử dụng để lượng hóa các biến số khó định lượng được một cách chính xác như mức độ nặng của triệu chứng bệnh. Điểm hạn chế của VAS là tính chủ quan trong việc đánh giá, mặc dù vậy VAS vẫn được dùng trong nhiều nghiên cứu do tính chất thuận tiện và dễ sử dụng.

Theo thang điểm VAS, các NB được phỏng vấn báo cáo điểm tuân thủ điều trị trung bình là 9,69 điểm trên số điểm tối đa là 10 điểm với độ lệch chuẩn tương đối thấp là 0,746 điểm cho thấy sự đồng đều giữa các NB xét trên vấn đề tuân thủ điều trị theo thang VAS. Sử dụng thang điểm VAS trong đánh giá tuân thủ điều trị ARV cũng đã được ứng dụng trong một nghiên cứu khác tại Việt Nam do tác giả Trần Xuân Bách và cộng sự thực hiện năm 2013 với kết quả cho thấy điểm VAS trung bình là 9,45 điểm với độ lệch chuẩn là 0,82 điểm [49]. Kết quả này thấp hơn so với các phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Cũng với thang đánh giá VAS, tỷ lệ NB đạt điểm VAS từ 9,5 điểm trở lên trong khảo sát đạt mức 83,9%. Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ tuân thủ điều trị theo thang đánh giá đa chiều (83,9%). Nhưng điểm hạn chế là tuân thủ điều trị do người bệnh tự báo cáo có xu hướng ước tính cao hơn so với thực tế [9].

4.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV.

Kiến thức sử dụng thuốc liên quan đến tên thuốc, cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng thuốc và các lưu

ý khi sử dụng thuốc được thu thập qua việc hỏi NB đối với các loại thuốc NB đang dùng. Vẫn có một tỷ lệ 15% ĐTNC không nêu được chính xác các lưu ý khi sử dụng thuốc ARV và tên thuốc.

Mặc dù việc tư vấn tuân thủ điều trị và hướng dẫn sử dụng thuốc của phòng khám ngoại trú dành cho NB đã được thực hiện. Các đơn thuốc của bác sỹ kê cho NB hiện nay chưa xem xét và đánh giá một cách đầy đủ khả năng tương tác thuốc – thuốc, tức là ảnh hưởng của ARV tới một số loại thuốc sử dụng đồng thời khác và ngược lại, ảnh hưởng của những thuốc sử dụng đồng thời đến các thuốc ARV. Việc xem xét kỹ lưỡng các loại thuốc đồng thời với sự tư vấn của một cán bộ dược được đào tạo chuyên sâu về ARV có thể giúp làm giảm thiểu các tương tác không mong muốn. Các khuyến cáo để quản lý các tương tác thuốc cụ thể có thể khác nhau tùy thuộc vào loại ARV NB điều trị cũng như giai đoạn điều trị của NB. Mặc dù khó có thể dự đoán chính xác các tương tác thuốc thuốc cũng như khó có thể lượng hóa chính xác tầm quan trọng của các tương tác thuốc-thuốc; vấn đề này cần phải được quan tâm hơn tại các phòng khám ngoại trú [6].

4.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ. Kiểm đếm số viên thuốc NB đã sử dụng trong kỳ điều trị để đánh giá tuân thủ nhìn chung được xem là kém chính xác do NB có xu hướng làm hài lòng người phỏng vấn và NB rất dễ dàng bỏ lại thuốc thừa trước khi đến cơ sở điều trị để chứng tỏ mình đã sử dụng hết thuốc [10]. Nghiên cứu này ghi nhận một tỷ lệ 94,5% NB trong cuộc khảo sát không mang lọ thuốc thể hiện việc mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới. Việc đánh giá tuân thủ điều trị nếu đơn thuần dựa vào kiểm đếm số viên thuốc còn thừa hoặc hỏi NB số thuốc còn thừa sẽ có thể ước thấp tỷ lệ không tuân thủ điều trị của NB. Tuy nhiên vẫn có tới 14,1% NB trả lời còn thừa 2 viên thuốc trở lên.

4.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều. Nghiên cứu này ghi nhận 83,9% NB tuân thủ điều trị mức độ cao theo đánh giá kết hợp giữa việc phỏng vấn NB, đánh giá bằng VAS, kiểm tra kiến thức dùng thuốc, kiểm đếm số thuốc thừa. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đào Đức Giang tại Hà Nội với mức tuân thủ điều trị cao là 66,2%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp này thấp hơn đáng kể so với tuân thủ điều trị theo đánh giá đơn lẻ từng mặt cho thấy NB có kiến thức tốt về sử dụng thuốc ARV không đồng nghĩa với

việc tuân thủ điều trị tốt, NB báo cáo đã sử dụng hết thuốc cũng không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt.

Nghiên cứu Tuân thủ điều trị ARV trên nhóm NB điều trị ARV tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Quảng Bình 2018 của Phan Thị Thanh Nga và cộng sự thực hiện trên 152 NB HIV/AIDS báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (69,1% so với 83,9%). Kết quả của nghiên cứu này cao hơn so với kết quả của khảo sát khác cũng do tác giả Nguyễn Thị Huệ Tiên và các cộng sự thực hiện tại Bến Tre năm 2019 – 2020 67,2%. So sánh với một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 350 NB HIV/AIDS khám và điều trị ngoại trú bằng thuốc ARV tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng của tác giả Thạch Ngọc Anh và cộng sự thực hiện năm 2019, tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV cũng gần tương đương nhau (75,7% và 83,9%). Các nghiên cứu khác nhau được thực hiện trên các quần thể nghiên cứu khác nhau với các định nghĩa về tuân thủ điều trị khác nhau, do vậy việc diễn giải tuân thủ điều trị trong từng nghiên cứu cần phải thận trọng [6].

V. KẾT LUẬN

Chủ yếu NB HIV/AIDS tuân thủ điều trị ở mức độ cao chiếm 83,9%, tuân thủ điều trị mức độ trung bình và thấp lần lượt là 2,0%, 14,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berrien, Virginia M, et al.** (2004). Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected pediatric patients improves with home-based intensive nursing intervention. *AIDS patient care and STDs*. 18(6). pp. 355-363.
2. **Bộ Y tế** (2021). Quyết định 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.
3. **Bộ Y tế** (2019). Quyết định 5456/QĐ-BYT về hướng dẫn chăm sóc điều trị HIV/AIDS.
4. **Cục phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế** (2021). Báo cáo tổng kết công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020.
5. **Scarsi, Kimberly K and Swindells, Susan** (2021). The promise of improved adherence with long-acting antiretroviral therapy: what are the data? *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 20. p. 23259582211009011.
6. **Đào Đức Giang** (2019). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học y tế Công cộng.
7. **Steel, Gavin, Nwokike, Jude, and Joshi, Mohan P** (2007). Development of a multi-method tool to measure ART adherence in resource-constrained settings: the South Africa experience. *RPM Plus*. 6.
8. **Tran Xuan Bach, cs** (2013). Determinants of antiretroviral treatment adherence among

HIV/AIDS patients: a multisite study. Global health action. 6(1). p. 19570.

9. **Bùi Thị Tú Quyên and Nguyễn Thùy Linh** (2020). Mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân với tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS

tại các nước thu nhập trung bình: phân tích gộp (meta-analysis). Tạp chí Y tế Công cộng. p. 36.

10. **Lee, Won Kyung and Lee, Joongyub** (2021). Evaluation and improvement of adherence to medication. Journal of the Korean Medical Association/Taehan Uisa Hyophoe Chi. 64(2).

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ GHÉP THẬN ĐẢO CỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2020 – 2023

Ninh Việt Khải¹, Hoàng Tuấn¹, Ninh Bảo Ngọc², Đỗ Ngọc Sơn¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả của ghép thận đảo cực. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2023 các trường hợp ghép thận đảo cực tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Có 11 bệnh nhân ghép thận đảo cực, tất cả đều được ghép thận phải vào hố chậu phải. Tuổi trung bình 48.9 ± 11.7 tuổi, tỉ lệ nam / nữ 1.75/1. 1 động mạch thận ghép 72.7%, 1 tĩnh mạch thận ghép chiếm 90.9%. Chỉ định ghép thận đảo cực để tránh vị trí xơ vữa nặng ở 1/2 trên động mạch chậu ngoài ở 6 bệnh nhân chiếm 54.5%, tránh gập góc do động mạch thận chia sớm và dài 5 bệnh nhân chiếm 45.5%, không có trường hợp nào đảo cực do tĩnh mạch thận ngắn. Đa phần Creatinin trở về bình thường sau ghép 7 ngày. Không có biến chứng nội ngoại khoa xuất hiện sớm sau ghép. Đối với kết quả xa, tất cả 11 bệnh nhân không có biến chứng mạch máu như giả phình, huyết khối, xoắn vặn hay gập góc mạch máu. Không có biến chứng hẹp niệu quản, không có biến chứng hẹp miệng nối niệu quản – bàng quang, không có thải ghép cấp và không nhiễm CMV hoặc BK sau ghép. **Kết luận:** Ghép thận đảo cực là kỹ thuật hữu ích và an toàn trong xử lý xơ vữa mạch chậu ngoài ở nửa trên hoặc khi động mạch thận dài và chia sớm để tránh gập góc.

SUMMARY

SURGICAL FEATURES AND OUTCOME OF INVERTED KIDNEY TRANSPLANTATION AT VIETDUC HOSPITAL FROM 2020 TO 2023

Objective: To describe the technical characteristics, indications and evaluate the results of inverted kidney transplantation. **Subjects and methods:** Retrospective descriptive study of cases of inverted kidney transplantation at Viet Duc University Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** There were 11 patients who underwent inverted kidney transplantation, all transplanted with

right kidney graft into the right iliac fossa. The mean age 48.9 ± 11.7 year old, male / female ratio 1.75/1. 1 graft renal artery 72.7% and 1 graft renal vein 90.9%. Indications for inverted kidney transplant are to avoid severe atherosclerosis in the upper half of the external iliac artery in 6 patients, accounting for 54.5%, to avoid angulation due to early branching and long renal artery in 5 patients, accounting for 45.5%, no cases of inverted kidney transplantation due to short renal vein. Most of cases Creatinine returns to normal on day 7 after transplantation. No early medical or surgical complications after kidney transplantation, about the late results, all 11 patients had no vascular complications like pseudoaneurysm, thrombosis or vascular kinking and angulation. No complication of ureteral stenosis, no complications of ureteral-bladder anastomosis, no acute rejection, and no CMV or BK infection after transplantation. **Conclusion:** Inverted kidney transplantation is a useful and safe technique to manage the atherosclerosis in the upper half of the external iliac artery or early branching and long graft renal artery to avoid angulation. **Keywords:** inverted kidney transplantation, upside-down kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận đảo cực được Hamburger lần đầu tiên thực hiện năm 1972 khi tiến hành ghép thận phải có tĩnh mạch thận ngắn vào hố chậu phải [1]. Trong kỹ thuật đặt thận ghép này, chiều của đài bể thận đến niệu quản thận ghép bị đảo ngược về phía trên (hướng về đầu). Khi tiến hành ghép thận đảo cực bắt buộc phải có kỹ thuật để xoay chiều niệu quản sao cho khi cắm niệu quản vào bàng quang không bị xoắn vặn và gập khúc gây hẹp niệu quản. Đây là kỹ thuật đã được chúng tôi thực hiện thường quy khi ghép thận phải vào hố chậu phải người nhận trong giai đoạn trước năm 2020. Tuy nhiên, giai đoạn từ khoảng sau năm 2020, với những lo ngại về nguy cơ gập góc niệu quản (nhất là phẫu thuật viên chưa nhiều kinh nghiệm) và với việc áp dụng nhiều phương pháp để xử lý tình huống tĩnh mạch thận ngắn như chuyển vị tĩnh mạch chậu ngoài, tạo hình làm dài với tĩnh mạch chậu

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Trung học Phổ thông Chuyên Sư phạm Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024