

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG KHÁNG THUỐC ANTIRETROVIRAL Ở NGƯỜI BỆNH NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG NĂM 2022-2023

Nguyễn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Ngọc Diệp¹,
Nguyễn Phương Thoa¹, Phạm Ngọc Thạch², Lê Văn Duyệt²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 400 người bệnh được chẩn đoán nhiễm HIV, đang được theo dõi, quản lý điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ năm 2022 đến 2023 nhằm mô tả một số đặc điểm cận lâm sàng của người nhiễm HIV đang được điều trị Antiretroviral tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022-2023, trong đó đánh giá tình trạng kháng thuốc ở 45 người bệnh thất bại virus học, có kết quả xét nghiệm gen kháng thuốc. Kết quả hơn 50% người bệnh có số lượng tế bào CD4 \geq 500 (tế bào/mm³), chỉ có 1/4 do được tải lượng virus HIV. Có thất bại điều trị ở nhóm người nhiễm HIV kháng thuốc: 97,78% kháng với nhóm NNRTI; 93,33% kháng nhóm NRTI; 6,67% kháng nhóm PI. Cần tăng cường hỗ trợ xét nghiệm gene đột biến kháng thuốc, thực hiện xét nghiệm trước khi chuyển người bệnh sang phác đồ điều trị ARV bậc 2 nhằm hạn chế việc chuyển sang phác đồ bậc 2 không cần thiết.

Từ khóa: HIV, kháng thuốc, ARV, thất bại điều trị, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

SUMMARY

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE STATE OF ANTIRETROVIRAL DRUG RESISTANCE IN HIV-INFECTED PATIENTS TREATED AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES IN 2022-2023

A cross-sectional descriptive study was conducted on 400 patients diagnosed with HIV, whom are being monitored and managed for treatment at the national hospital for tropical diseases (NHTD) from 2022 to 2023. The study aimed to describe some clinical characteristics of HIV-infected patients undergoing Antiretroviral treatment at the NHTD in 2022-2023, including an assessment of drug resistance in 45 patients with virological failure and drug resistance testing results. The study results showed that over 50% of patients had a CD4 cell count \geq 500 (cells/mm³), and only 1/4 of patients had measurable HIV viral load. Treatment failure was observed in the group of HIV-infected individuals with drug resistance, with 97.78% resistant to the NNRTI class, 93.33% resistant to the NRTI class, and 6.67% resistant to the PI class. It is necessary to enhance support for

mutation gene resistance testing and to conduct tests before transitioning patients to second-line ARV treatment regimens to limit unnecessary switches to second-line regimens.

Keywords: HIV, drug resistance, ARV, failure treatment, National hospital for tropical disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV (Human Immunodeficiency Virus) là virus gây hội chứng suy giảm miễn dịch ở người. Trên thế giới, đến năm 2020, theo UNAIDS (chương trình phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS), số người hiện đang sống chung với HIV khoảng 37,7 triệu người và khoảng 38 triệu người đã tử vong. Tại Việt Nam, theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS đến 30/09/2021 có khoảng 212,769 người nhiễm HIV hiện đang còn sống và 108,849 người nhiễm HIV đã tử vong¹.

Đến hiện tại chưa có thuốc đặc trị loại bỏ hoàn toàn HIV, hiện dùng các thuốc Antiretroviral (ARV) ức chế sự nhân lên của HIV, kéo dài sự sống người bệnh tuy nhiên cần phải duy trì suốt đời, người bệnh phải đối mặt với nhiều thách thức như tuân thủ điều trị, tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt là tình trạng kháng thuốc của HIV ngày càng tăng. Trong khi các hướng dẫn điều trị cho người bệnh thất bại điều trị cả phác đồ bậc 1 và bậc 2 còn rất hạn chế, nguồn lực rất eo hẹp^{2,3}. Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương là tuyến cuối thu dung, điều trị, quản lý người nhiễm HIV. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Một số đặc điểm cận lâm sàng và tình trạng kháng thuốc Antiretroviral ở người nhiễm HIV điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2022 - 2023" nhằm làm rõ một số đặc điểm cận lâm sàng, tình trạng HIV kháng thuốc để tìm hiểu nguyên nhân thất bại điều trị, đặc điểm đề kháng, từ đó đưa ra đề xuất các giải pháp phù hợp cho việc theo dõi, quản lý, điều trị ARV hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh \geq 18 tuổi, được chẩn đoán nhiễm HIV theo quy định, đang quản lý điều trị, có đầy đủ hồ sơ tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, thời gian điều trị ARV phác đồ ban đầu từ 5 năm trở lên, có ít nhất 1 lần khám, xét nghiệm trong thời gian lấy hồ sơ nghiên cứu từ tháng 1/2022 – tháng 3/2023.

¹Trường Đại học Y tế Công cộng

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: ntth1@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, cơ sở Giải Phóng từ tháng 12/2022 - 10/2023.

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

2.4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh HIV khám, theo dõi, quản lý đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong quá trình thu thập hồ sơ bệnh án có 400 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, trong đó có 45 người bệnh thất bại điều trị.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin. Thu thập số liệu thứ cấp: Dựa vào thông tin trong tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trích xuất danh sách hồ sơ của người bệnh đạt tiêu chuẩn. Từ đó dựa vào mã bệnh án tìm, thu thập thông tin trong hồ sơ bệnh án theo mẫu phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập liệu, phân tích trên Excel 2010. Các thuật toán sử dụng: mô tả biến định lượng với giá trị lớn nhất (max), giá trị nhỏ nhất (min), giá trị trung vị (median), giá trị trung bình (medium), độ lệch chuẩn (SD). Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng đạo đức Trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo Quyết định 359/2023 YTCC-HD3. Việc thu thập số liệu được sự chấp thuận của Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chỉ tiến hành thu thập số liệu từ bệnh án mà không thực hiện bất kỳ can thiệp nào trên người bệnh. Mọi thông tin liên quan đến người bệnh đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n=400)

Đặc điểm		Số người bệnh (n=400)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	251	62,7
	Nữ	149	37,3
Nhóm tuổi	18- 30	28	7
	31- 40	119	29,8
	41- 50	185	46,2
	51- 60	43	10,8
	61- 70	22	5,4
	>70	3	0,8
Trung vị (Min- Max)		43 (21- 73)	
Thời gian điều trị ARV	5-10 năm	265	66,3
	11-15 năm	109	27,2
	16-20 năm	26	6,5
	Trên 20 năm	0	0
	Trung bình ± SD (Min- Max)	9,35 ± 3,18 (5 - 20)	

Trong 400 người lựa chọn vào nghiên cứu, tỷ lệ nam nữ lần lượt là 62,7% và 37,3%. Nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là 41- 50 tuổi (46,2%). Tiếp theo là 31- 40 tuổi (29,8%), 51- 60 tuổi (10,8%). Tuổi trung vị là 43, tuổi thấp nhất là 21 và cao nhất là 73 tuổi.

Thời gian điều trị ARV từ 5-10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (66,3%), tiếp đến là từ 11-15 năm (27,2%) và 16-20 năm (6,5%). Không người bệnh nào có thời gian điều trị trên 20 năm.

Bảng 2: Số lượng tế bào TCD4 theo số lượng virus HIV

Tế bào CD4 (CD4/mm ³)	Tải lượng HIV (bản sao/ml)			Không phát hiện được (n=300)
	< 20 (n=55)	20 – 1000 (n=44)	> 1000 (n=1)	
< 50	0	0	0	1 (0,33)
50 - <100	0	0	1(100)	3 (1)
100 - <200	5 (9,09)	2 (4,54)	0	7 (2,3)
200 - <500	28(50,9)	20(45,45)	0	132 (44)
≥ 500	22 (40)	22 (50)	0	157 (52,33)

50,25% người bệnh có số lượng tế bào CD4 ≥ 500 (CD4/mm³) và 45% có số lượng CD4 từ 200 - < 500 (CD4/mm³). Chỉ có 4,75% người bệnh có CD4 < 200 (CD4/mm³), trong đó 100 - <200 (3,5%), 50 - <100 (1,0%). Giá trị CD4 trung bình là 533,95 ± 240,42 (CD4/mm³), giá trị nhỏ nhất và lớn nhất là 33 và 1743 (CD4/mm³). Người bệnh mang tải lượng HIV ≤ 1.000 (bản sao/ml) thì có số lượng CD4 ≥ 100 tế bào/ mm³, trong đó khoảng 45% có CD4 từ 200 – 500 tế bào/ mm³, 50% có CD4 > 500 tế bào/ mm³.

Bảng 3. Phác đồ ARV dùng cho thuốc điều trị ở người bệnh HIV (n=45)

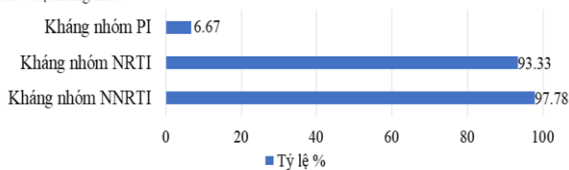
Đặc điểm	Phác đồ	Số lượng (n=45)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ điều trị ban đầu	TDF+3TC+EFV	13	28,89
	AZT+3TC+NVP	15	33,33
	D4T+3TC+NVP	10	22,22
	Phác đồ bậc 1 khác	7	15,55
Phác đồ bậc 2	TDF+3TC+LPV/r	35	77,78
	AZT+3TC+LPV/r	9	20
	ABC+3TC+LPV/r	1	2,22
Phác đồ thay thế	AZT+3TC+LPV/r	2	4,44
	ABC+3TC+LPV/r	6	13,33
	TDF+3TC+LPV/r	2	4,44
TLD		35	77,78

Phác đồ bậc 1: trong 45 người bệnh, có 15 người (33,33%) điều trị bằng AZT+3TC+NVP, 13 người bệnh (28,89%) điều trị bằng TDF+3TC+EFV, 10 người bệnh (22,22%) điều trị bằng D4T+3TC+NVP.

Phác đồ bậc 2 lần một: Có 77,78% người bệnh được điều trị bằng TDF+3TC+LPV/r, 20,0% điều trị bằng AZT+3TC+LPV/r, và 2,22% điều trị bằng ABC+3TC+LPV/r.

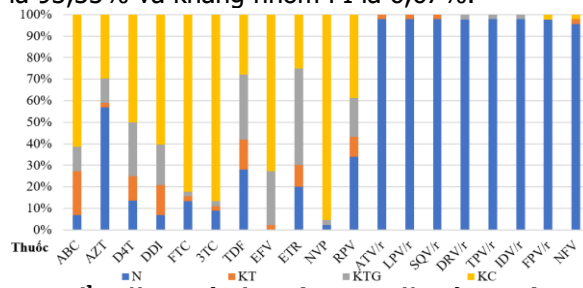
Phác đồ bậc 2 lần hai: Sau điều chỉnh phác đồ bậc 2 lần 1, hiệu quả ức chế HIV chưa tốt, vì vậy người bệnh được điều chỉnh lại phác đồ điều trị bậc 2 lần 2. Có 77,78% người bệnh điều trị bằng TLD; 13,33% điều trị bằng ABC+3TC+LPV/r (4,44%) dùng TDF+3TC+LPV/r, và 4,44% được điều trị bằng AZT+3TC+LPV/r.

Mức độ kháng thuốc



Biểu đồ 1. Đặc điểm đề kháng thuốc của HIV

Ở 45 người bệnh kháng thuốc tỷ lệ kháng với nhóm NNRTI là 97,78%, kháng nhóm NRTI là 93,33% và kháng nhóm PI là 6,67%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ kháng thuốc của nhóm NRTI, NNRTI, PI

Ghi chú: N: nhạy, KT: kháng thấp, TG: trung gian, KC: kháng cao

Tỷ lệ kháng thuốc mức độ cao ở tất cả các thuốc nhóm NRTI, cao nhất là 3TC (86,7%), FTC (82,2%), ABC (60,0%), DDI (57,8%), thấp nhất là TDF (26,7%). Thuốc có hoạt tính còn nhạy cảm với HIV là AZT (55,0%), các thuốc còn lại có độ nhạy tương đối thấp, dao động từ 6% - 27%. Tỷ lệ thuốc có mức độ kháng thấp và kháng trung gian dao động từ 1% - 29%.

Trong nhóm NNRTI, thuốc có mức độ kháng cao nhất là NPV (93,3%), tiến đến là EFV (71,1%), RPV (37,8%), và ETR (22,2%). Thuốc có mức độ nhạy cảm tốt nhất là RPV với 32,7% và NPV có mức nhạy cảm thấp nhất (1%).

Kháng thuốc nhóm PI rất thấp, chỉ xuất hiện ở FPV/r và NFV với tỷ lệ khoảng 1%, trong khi đó khoảng 1% kháng trung gian ở các thuốc DRV/r, TPV/r, TPV/r. Các thuốc ATV/r, LPV/r, SQV/r có mức độ kháng thấp 1%. Hầu hết các thuốc thuộc nhóm PI có tỷ lệ nhạy cảm rất cao với HIV, từ 95% - 98%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 400 người bệnh được chọn nghiên cứu, tỷ lệ nam (62,7%) cao hơn nữ (37,3%). Tỷ lệ này tương đồng trong hầu hết các nghiên cứu về nhiễm HIV điều trị ARV như nghiên cứu của Đỗ Thị Nhân trên người bệnh HIV điều trị ARV tại một số tỉnh, thành phố năm 2014 với tỷ lệ nam 63,3% và nữ 36,7%. Nam giới là lao động chính, so với nữ thì hay đi làm xa trong thời gian dài hơn và thường tụ tập, ăn chơi hơn nên dễ xa đà vào các tệ nạn ma túy⁵.

Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh tuổi là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng nhiễm HIV, trong nghiên cứu này tuổi trung bình là 43,31 ± 9,32. Độ tuổi từ 31- 40 và 41- 50 có tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Thị Huệ tại Yên Bái năm 2021, với nhóm tuổi 40-49 chiếm tỷ lệ cao nhất 50,9%⁶. Điều này rất hợp lý vì người nhiễm HIV chủ yếu trong độ tuổi lao động chính, nhu cầu, tần số quan hệ tình dục cao, nguy cơ lây nhiễm các bệnh qua đường tình dục cũng tăng lên.

Thời gian điều trị HIV chủ yếu từ 5 - 10 năm và 11 - 15 năm, trung bình là 9,35 ± 3,18 năm. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về thời gian điều trị trung bình so với nghiên cứu của Hà Hải Long trên người bệnh điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2019: thời gian điều trị trung bình 6,8 ± 2,5 năm⁷, nguyên nhân có thể do sự khác nhau về thời điểm, địa bàn nghiên cứu. Có nhiều nghiên cứu chỉ ra thời gian điều trị ARV là yếu tố ảnh hưởng đến sự xuất hiện, hình thành HIV kháng thuốc do khi điều trị ARV trong thời gian dài, dưới áp lực của thuốc điều trị có thể dẫn tới sự xuất hiện và lan truyền kháng thuốc HIV. HIV kháng thuốc còn do tuân thủ điều trị kém, điều trị không liên tục, hoặc do giám sát HIV kháng thuốc không đầy đủ dẫn đến hạn chế hiệu quả ARV. Vì vậy, công tác truyền thông phổ biến tầm quan trọng trong tuân thủ phác đồ điều trị ARV tại các cơ sở điều trị, theo dõi quá trình đáp ứng điều trị là hết sức quan trọng, làm giảm tỷ lệ kháng thuốc, giúp việc điều trị đạt hiệu quả tốt hơn.

Giữa số lượng tế bào miễn dịch CD4 và tải lượng virus không có mối quan hệ trực tiếp. CD4 cao và tải lượng virus thấp là biểu hiện cho thấy sự đáp ứng phác đồ điều trị ARV tốt của người bệnh. Điều đó được phản ánh trong nghiên cứu của chúng tôi, khi các đối tượng đã được điều trị ổn định thì phần lớn ở các nhóm tải lượng virus HIV thấp đều đo được số lượng tế bào CD4 trên 200 (CD4/mm³). Phần lớn người nhiễm HIV điều trị tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương sau 5

năm vẫn đáp ứng tốt phác đồ, người bệnh tuân thủ điều trị tốt cho thấy chất lượng cũng như năng lực của các ban phòng điều trị HIV/AIDS. Vậy xét nghiệm định kỳ đồng thời các chỉ số số lượng CD4, tải lượng virus rất cần thiết giúp theo dõi, đánh giá cũng như đạt hiệu quả cao trong công tác điều trị ARV.

Trong nghiên cứu này, phác đồ điều trị ban đầu phần lớn được sử dụng là AZT+3TC+NVP, TDF+3TC+EFV và D4T+3TC+NVP. Tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Nhân phác đồ điều trị ban đầu là D4T+3TC+NVP chiếm ưu thế với 37,9%⁵, Bùi Thanh Hải tại Bệnh viện 09 năm 2014 phác đồ điều trị ban đầu: TDF+3TC+EFV (48,9%), D4T+3TC+NVP (14,1%), AZT+3TC+NVP (13,3%)⁸. Đa số sau khi thất bại điều trị bậc 1, người bệnh đều được chuyển sang phác đồ bậc 2 lần 1 với: TDF+3TC+LPV/r (77,78%), AZT+3TC+LPV/r (20%), ABC+3TC+LPV/r (2,22%). Việc người bệnh không còn sử dụng các thuốc EFV, NVP nhiều sau khi chuyển phác đồ được giải thích trong nghiên cứu của chúng tôi khi ghi nhận tỷ lệ người bệnh thất bại điều trị kháng cao với các thuốc này lớn, đồng thời tỷ lệ người bệnh thất bại điều trị có kết quả nhạy với nhóm thuốc AZT, TDF, ABC, LPV/r cũng cao hơn. Sau khi chuyển sang điều trị phác đồ bậc 2 lần 1 một thời gian phần lớn người bệnh được chuyển sang phác đồ TLD theo Hướng dẫn sử dụng thuốc TLD điều trị người nhiễm HIV tại Công văn số 109/AIDS-ĐT ngày 05/3/2020 Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Thuốc ARV ra đời góp phần hình thành hướng đi mới trong chiến lược phòng ngừa điều trị HIV/AIDS. Điều trị ARV cần tuân thủ tuyệt đối, liên tục, suốt đời và độ bao phủ điều trị ARV ngày càng tăng lên nên việc xuất hiện kháng thuốc là điều không thể tránh khỏi từ đó dẫn đến tình trạng thất bại điều trị. Việc gián đoạn điều trị kể cả chỉ trong vòng vài ngày cũng có thể làm cho nồng độ thuốc ARV giảm xuống dưới ngưỡng tối ưu, thất bại điều trị và HIV kháng thuốc. Khi người nhiễm HIV có biểu hiện thất bại điều trị với phác đồ hiện tại phải đánh giá lại về tình trạng lâm sàng, xét nghiệm CD4, mức độ tuân thủ điều trị của người nhiễm HIV và thực hiện xét nghiệm đo tải lượng virus để xác định thất bại điều trị và quyết định chuyển phác đồ kịp thời, phù hợp⁸.

HIV kháng thuốc được định nghĩa khi có ít nhất một đột biến HIV kháng thuốc mà đột biến này gây nên tình trạng HIV kháng với một hoặc nhiều loại thuốc ARV mức độ thấp, mức độ trung bình và mức độ cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 97,78% kháng với nhóm NNRTI,

93,33% kháng nhóm NRTI và 6,67% kháng nhóm PI. Nghiên cứu tại Nigeria, nhóm nghiên cứu Ugben, R, Aberle-Grasse, J, Diallo, và cộng sự (2008-2009) đã thực hiện trên 238 người bệnh HIV có sự phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi về tỷ lệ kháng nhóm NNRTI và NRTI với kết quả tất cả các trường hợp này đều có mức độ kháng từ trung bình đến cao trên nhóm NNRTI hoặc NRTI, 78,6% kháng với cả hai nhóm thuốc này⁹. Nghiên cứu của Trần Thị Phương Thúy năm 2012 tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương cho thấy: có 46 người bệnh mang chủng HIV có ít nhất 1 đột biến kháng thuốc. Tỷ lệ mắc đề kháng với các nhóm NRTI, NNRTI đều là 15,2 %, đề kháng với nhóm PI là 0,7%¹⁰ có sự tương đồng về số lượng người bệnh kháng thuốc tuy nhiên tỷ lệ mắc đề kháng với các nhóm NRTI, NNRTI và PI có sự khác biệt do sự khác nhau về cách chọn mẫu và thời điểm nghiên cứu. Với nghiên cứu của Đỗ Thị Nhân năm 2014 chỉ ra thời điểm 12 tháng sau điều trị chỉ quan sát được các đột biến thuộc nhóm NNRTI và NNRTI, không phát hiện được đột biến với nhóm PI, cũng có sự khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi khi nghiên cứu của tác giả không xuất hiện đột biến PI⁵.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ 1/4 người bệnh đo được tải lượng virus HIV < 20 bản sao/mL (55%) và 20 - < 1000 bản sao/mL (44%). Trên 50% người bệnh có số lượng tế bào TCD4 trên 500 CD4/mm³.

Phác đồ điều trị ban đầu chủ yếu AZT+3TC+NVP và TDF+3TC+EFV. Phác đồ bậc 2 thay thế: TLD chiếm 77,78%. Có 97,78% kháng thuốc với nhóm NNRTI (FTC, 3TC và ABC kháng cao nhất), 93,33% kháng nhóm NRTI (EFV, NVP kháng cao nhất), 6,67% kháng nhóm PI (FPV/r, NFV kháng cao nhất). Chúng tôi đề xuất cần tăng cường theo dõi HIV kháng thuốc, mở rộng sử dụng xét nghiệm HIV đo tải lượng thường quy trên người bệnh điều trị ARV theo thời gian điều trị nhằm xác định xu hướng HIV kháng thuốc và phát hiện sớm các biểu hiện thất bại điều trị về virus học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bích Phương.** Dịch HIV/AIDS có gì thay đổi trong năm 2021. Cục phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. Published online November 14, 2021.
2. **Nguyễn Ngọc Quý.** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám điều trị ngoại trú HIV/AIDS trung tâm y tế Trần Yên- Yên Bái. Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I. Trường Đại học Dược Hà Nội; 2018.
3. **Bộ Y tế.** Quyết định số 2834/QĐ-BYT ngày

- 09/6/2021 ban hành Kế hoạch triển khai mở rộng xét nghiệm nhiễm mới HIV. Published online September 6, 2021.
- Bộ Y tế.** Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Published online 2021.
 - Đỗ Thị Nhân.** Nghiên cứu tình trạng HIV kháng thuốc trên bệnh nhân đang được quản lý điều trị ARV phác đồ bậc 1 tại một số tỉnh, thành phố. Luận án tiến sĩ y tế công cộng. Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương; 2014.
 - Đoàn Thị Huệ.** 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. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
 - Hà Hải Long.** Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS trung tâm Bệnh nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai năm 2019. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
 - Bùi Thanh Hải.** Đánh giá kết quả điều trị ARV bậc 1 trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện 09 từ tháng 6/2011 đến tháng 6/2014. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
 - Richard Ugbena, John Aberle-Grasse, Karidia Diallo, Orji Bassey, Tapdiyel Jelpe.** Virological Response and HIV Drug Resistance 12 Months After Antiretroviral Therapy Initiation at 2 Clinics in Nigeria. Acquired HIVDR in ART Patients in Nigeria. 2012;4.
 - Trần Thị Phương Thúy.** Nghiên cứu tình trạng kháng thuốc antiretrovirus ở người nhiễm HIV/AIDS được điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

BỆNH DẠ DÀY TĂNG ÁP CỬA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN

Lưu Tuấn Anh¹, Trần Duy Hưng³, Trần Ngọc Ánh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ bệnh dạ dày tăng áp cửa (BDDTAC) theo Baveno ở bệnh nhân xơ gan và tìm hiểu một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 223 bệnh nhân xơ gan thực hiện nội soi thực quản – dạ dày tại Khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội Từ 08/2023 đến 03/2024. Nghiên cứu sử dụng điểm Baveno trong đánh giá BDDTAC trên nội soi, phân loại BDDTAC nhẹ khi tổng điểm ≤ 3 và nặng khi >3 . **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $57,7 \pm 10,4$, 87% là nam giới. Nguyên nhân xơ gan chủ yếu là do rượu (62,8%), viêm gan B (32,3%) và viêm gan C (5,8%). Tỉ lệ BDDTAC là 50,2%, trong đó mức độ nhẹ chiếm 28,3%, mức độ nặng chiếm 21,9%. Các yếu tố liên quan đến BDDTAC ở bệnh nhân xơ gan là giới tính nam, tuần hoàn bàng hệ, mức độ thiếu máu, tỉ lệ prothrombin, mức độ suy gan theo Child-Pugh, giãn tĩnh mạch cửa và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản. **Kết luận:** 50,2% bệnh nhân xơ gan có BDDTAC trong đó mức độ nặng chiếm 21,9%. Yếu tố dự đoán chính của BDDTAC là tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa và mức độ nặng của suy gan. **Từ khóa:** bệnh dạ dày tăng áp cửa, xơ gan, Baveno

SUMMARY

THE PREVALENCE OF PORTAL HYPERTENSIVE GASTROPATHY USING

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Tuấn Anh

Email: tuananh.hmu.1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024

BAVENO CLASSIFICATION ON CIRRHOTIC PATIENTS AND ASSOCIATED FACTORS

Aims: evaluate the prevalence of portal hypertensive gastropathy (PHG) based on Baveno classification among patients with cirrhosis and associated factors. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was conducted among 223 patients with cirrhosis at the Department of Internal Medicine – Hanoi Medical University Hospital between 08/2023 and 03/2024. Our study used Baveno classification to assess PGH on endoscopy, mild PHG when total score ≤ 3 and severe when total score >3 . **Result:** The mean age was 57.7 ± 10.4 , 87% of patients were men. The most common etiologies of cirrhosis are alcohol (62.8%), hepatitis B virus (32.3%), and hepatitis C virus (5.8%). The prevalence of PHG was 50.2% including 28.3 mild PHG and 32.5% severe PHG. Associated factors with the severity of PHG was sex, collateral circulation, the severity of anemia, PT%, Child-Pugh grade, portal vein dilation, and esophageal varices. **Conclusion:** 50.2% of cirrhotic patients were presented with PHG on endoscopy and 21.9% of them had severe PHG. The main predictive factors of PHG were the presence of portal hypertension and the severity of cirrhosis. **Keywords:** portal hypertensive gastropathy, cirrhosis, Baveno

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là hậu quả của tình trạng xơ hóa gan mạn tính, gây nhiều biến chứng trên lâm sàng, có nguy cơ tiến triển ung thư và tỉ lệ tử vong cao [1]. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là một trong những biến chứng thường gặp của bệnh nhân xơ gan giai đoạn mất bù, được định nghĩa là sự tăng bền vững chênh áp giữa hệ cửa và hệ chủ $>12\text{mmHg}$. Sự phát triển của tăng áp lực tĩnh mạch cửa do xơ gan là tác động tích lũy của việc