

IV. KẾT LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng ung thư biểu mô tiểu thùy xâm nhập của vú. Tuổi trung bình là $52,78 \pm 11,64$, kích thước u trung bình là $2,81 \pm 1,51$ cm, trong đó dưới típ đặc cổ tuổi mắc bệnh trung bình cao hơn các dưới típ khác ($p < 0,01$). Dưới típ kinh điển có kích thước u trung bình cao hơn các dưới típ khác ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu, đa số các bệnh nhân UTBMTTXN là đơn ổ với 154 trường hợp chiếm 92,2%; tỷ lệ đa ổ chiếm 7,8%.

4.2. Một số đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ các dấu ấn hóa mô miễn dịch ER, PR, HER2, Ki67 của UTBMTTXN

- Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có 5 dưới típ MBH của UTBMTTXN theo phân loại của WHO 2019 được ghi nhận. Dưới típ kinh điển chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 56,3%, đứng thứ 2 là dưới típ đa hình 24,6%, tiếp theo là dưới típ nang 8,4%; dưới típ đặc 7,8%; dưới típ ống nhỏ – tiểu thùy chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm 3,0%.

- Độ mô học chung cho UTBMTTXN I; II; III lần lượt là: 11,4%; 70% và 18,6%.

- Tỷ lệ ER, PR, HER2 dương tính lần lượt 88,0%, 79,0%, 12,0%; Ki67 $\geq 20\%$ chiếm 45,5%.

- Típ phân tử lòng ống A và lòng ống B-HER2 (-) chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 40,1% và 41,9%, dưới típ lòng ống B-HER2(+), típ HER2 và típ bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ thấp 6,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tan PH, Ellis I, Allison K, et al. The 2019 World Health Organization classification of

tumours of the breast. Histopathology. Aug 2020;77(2):181-185. doi:10.1111/his.14091

2. Porter AJ, Evans EB, Foxcroft LM, Simpson PT, Lakhani SR. Mammographic and ultrasound features of invasive lobular carcinoma of the breast. Journal of medical imaging and radiation oncology. Feb 2014;58(1):1-10. doi:10.1111/1754-9485.12080
3. Güven HE, Kültüröğlu MO, Gülçelik MA, Özaslan C. Sentinel Lymph Node Metastasis in Invasive Lobular Carcinoma of the Breast. European journal of breast health. Apr 1 2018;14(2):117-120. doi:10.5152/ejbh.2018.3712
4. Bozkurt E, Kaya C, Ucak R, Demircioglu MK, Guven O, Mihmanli M. Invasive lobular carcinoma of the breast: clinicopathological features and patient outcomes. Annali italiani di chirurgia. 2021;92:494-499.
5. Yang LY, Yang LP, Zhu B. Clinicopathological characteristics and survival outcomes of invasive lobular carcinoma in different races. Oncotarget. Sep 26 2017;8(43):74287-74298. doi:10.18632/oncotarget.19396
6. Da Ros L, Moretti A, Querzoli P, et al. HER2-Positive Lobular Versus Ductal Carcinoma of the Breast: Pattern of First Recurrence and Molecular Insights. Clinical breast cancer. Oct 2018;18(5):e1133-e1139. doi:10.1016/j.clbc.2018.04.006
7. van't Veer P, Kok FJ, Hermus RJ, Sturmans F. Alcohol dose, frequency and age at first exposure in relation to the risk of breast cancer. International journal of epidemiology. Sep 1989;18(3):511-7. doi: 10.1093/ije/18.3.511
8. Li CI, Malone KE, Daling JR. Differences in breast cancer hormone receptor status and histology by race and ethnicity among women 50 years of age and older. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology. Jul 2002;11(7):601-7.

TỈ LỆ NHẬP VIỆN TRONG 6 THÁNG ĐẦU ĐIỀU TRỊ ARV Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV MỚI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI NĂM 2023-2024

Nguyễn Hoàng Mai Uyên¹, Vương Minh Nhật²,
Phạm Văn Tân³, Võ Triều Lý³, Vũ Thị Hiếu⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam đã trải qua nhiều thay đổi quan trọng, bao gồm việc chỉ

định điều trị ARV sớm từ năm 2017 và sử dụng Dolutegravir (DTG) trong phác đồ bậc 1 từ năm 2019. Mặc dù vậy, đa số bệnh nhân mới điều trị ARV vẫn chiếm tỉ lệ cao trong số người nhiễm HIV/AIDS nhập viện. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ nhập viện và mô tả các yếu tố liên quan trong 6 tháng đầu điều trị ARV ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS mới bắt đầu điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (BVBND) từ tháng 10/2023 đến tháng 7/2024. Đối tượng là bệnh nhân nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên mới được chẩn đoán và bắt đầu điều trị ARV trong vòng một tháng. Các biến số thu thập bao gồm đặc điểm dân số, tình trạng lâm sàng, căn

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

⁴Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Mai Uyên

Email: nhmuyen@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

lâm sàng lúc bắt đầu uống ARV, số lần nhập viện và lý do nhập viện. **Kết quả:** Trong số 76 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 26% (20 bệnh nhân) nhập viện trong 6 tháng đầu điều trị ARV, với 88% trong số này nhập viện trong 3 tháng đầu. Các lý do nhập viện chủ yếu là bệnh lao (34,5%) và viêm phổi do *Pneumocystis jiroveci* (26,9%). Các yếu tố liên quan đến nguy cơ nhập viện bao gồm thiếu cân (OR = 4,5), giai đoạn lâm sàng 3-4 (OR = 21,9), không tuân thủ ARV (OR = 4,1), thiếu máu (OR = 6), và $CD4^+ < 200$ tế bào/mm³ (OR = 3,5). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy giai đoạn lâm sàng 3-4 là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến nguy cơ nhập viện (OR = 20,31). **Kết luận:** Tỷ lệ nhập viện trong 6 tháng đầu điều trị ARV còn cao, đặc biệt là những bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển của bệnh. Lao chiếm tỷ lệ cao trong các nguyên nhân nhập viện. **Kiến nghị:** Cần chú trọng vào việc tầm soát và điều trị sớm các nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là lao cho bệnh nhân HIV trong giai đoạn đầu điều trị ARV đồng thời cần tăng cường tầm soát và phát hiện sớm HIV.

Từ khóa: HIV/AIDS; ARV; nhập viện; giai đoạn lâm sàng 3,4; bệnh lao; nhiễm trùng cơ hội.

SUMMARY

HOSPITALIZATION RATE IN THE FIRST 6 MONTHS OF ANTIRETROVIRAL TREATMENT AMONG NEWLY DIAGNOSED HIV-INFECTED PATIENTS AT THE HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES, 2023-2024

Background: HIV/AIDS treatment in Vietnam has undergone significant advancements, including the introduction of early antiretroviral therapy (ARV) initiation since 2017 and the adoption of Dolutegravir (DTG) in first-line regimens since 2019. Despite these improvements, newly treated ARV patients still account for a high proportion of hospitalizations among people living with HIV/AIDS. **Objective:** To determine the hospitalization rate and describe related factors within the first six months of ARV treatment in newly diagnosed HIV/AIDS patients. **Methods:** A descriptive, prospective cross-sectional study was conducted at the outpatient clinic of the Hospital for Tropical Diseases from October 2023 to July 2024. Participants included HIV-positive patients aged 18 years or older who were newly diagnosed and initiated ARV treatment within one month of diagnosis. Data collected included demographic characteristics, clinical and laboratory findings at ARV initiation, hospitalization frequency, and reasons for hospitalization. **Results:** Among 76 participants, 26% (20 patients) were hospitalized during the first six months of ARV treatment, with 88% of hospitalizations occurring within the first three months. The primary causes of hospitalization were tuberculosis (34.5%) and *Pneumocystis jiroveci* pneumonia (26.9%). Risk factors for hospitalization included underweight status (OR = 4.5), clinical stage 3-4 (OR = 21.9), non-adherence to ARV (OR = 4.1), anemia (OR = 6), and $CD4^+$ T-cell count < 200 cells/mm³ (OR = 3.5). Multivariate regression analysis identified clinical stage 3-4 as an independent risk factor for hospitalization (OR = 20.31). **Conclusion:** The hospitalization rate during the first

six months of ARV treatment remains high, particularly among patients in advanced disease stages. Tuberculosis is the most common cause of hospitalization. **Recommendations:** Early screening and treatment of opportunistic infections, especially tuberculosis, should be prioritized for newly treated HIV patients. Efforts to enhance early HIV detection and diagnosis should be strengthened.

Keywords: HIV/AIDS; ARV; hospitalization; clinical stage 3-4; tuberculosis; opportunistic infections

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam đã có nhiều thay đổi như sử dụng thuốc kháng retrovirus (Antiretrovirus – ARV) sớm không phụ thuộc số lượng tế bào $CD4^+$ từ năm 2017 và sử dụng Dolutegravir (DTG) trong phác đồ bậc 1 từ năm 2019.¹ Những thay đổi này nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị, giảm tỷ lệ nhập viện. Một số nghiên cứu về hiệu quả của phác đồ ARV có DTG đã cho kết quả tích cực. Nghiên cứu Prarthana R Mahale (2023) cho thấy sau 6 tháng điều trị tỷ lệ ức chế HIVRNA ở nhóm TDF + 3TC + DTG cao hơn nhóm TDF + 3TC + EFV (88,6% so với 55,7%).² Tại Việt Nam, tác giả Nguyễn Thị Hoài Dung (2020) ghi nhận sau điều trị 100% bệnh nhân đạt giai đoạn lâm sàng 1, tăng 162 tế bào $CD4^+$ /mm³ sau 6 tháng, 78,2% tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện sau 6 tháng, 92,1% sau 12 tháng.³ Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thư và cộng sự (2022) cho thấy sau 6 tháng điều trị ARV có 73,8% tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện sau 6 tháng.⁴

Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân mới khởi trị ARV dưới 6 tháng vẫn chiếm tỷ lệ trong nhóm bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS nhập viện. Theo Trần Minh Hoàng (2024)⁵ có đến 61,2% bệnh nhân HIV/AIDS nhập viện là những người được chẩn đoán trong khoảng thời gian dưới 6 tháng. Tỷ lệ nhập viện cao trong giai đoạn này do hệ miễn dịch suy yếu, bệnh nhiễm trùng cơ hội chưa được kiểm soát, dù ARV có thể phục hồi miễn dịch nhưng chúng cần thời gian.⁶ Vì vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: *Xác định tỷ lệ nhập viện và mô tả các yếu tố liên quan của bệnh nhân nhiễm HIV mới được chẩn đoán và điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhiễm HIV mới chẩn đoán và khởi trị ARV tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 10/2023 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn chọn vào: (1) ≥ 18 tuổi; (2)

Chẩn đoán nhiễm HIV và bắt đầu khởi trị ARV $\leq$ 1 tháng. Tiêu chuẩn loại ra: (1) Có tình trạng nguy kịch cần cấp cứu hoặc nặng cần nhập viện điều trị nội trú tại thời điểm; (2) không có khả năng đọc, hiểu, trả lời, nhớ lại; (3) Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số: (1) Biến số nền: Tuổi, giới, địa chỉ, chiều cao, cân nặng, dân tộc, trình độ học vấn, đường lây truyền HIV, bệnh lý đồng nhiễm hay đồng mắc (HBV, HCV, bệnh lây qua đường tình dục), (3) Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm bắt đầu điều trị ARV, (4) số lần nhập viện và lý do nhập viện trong 6 tháng điều trị ARV.

Các thông tin trên được thu thập từ hồ sơ bệnh án cũng như thông qua việc phỏng vấn. Các bệnh nhiễm trùng cơ hội, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch, AIDS, bệnh HIV tiến triển được định nghĩa theo Hướng dẫn của Bộ Y tế.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu: Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Kết quả tính toán và phân tích được trình bày dưới dạng bảng. Phép kiểm Chi bình phương và Fisher's Exact được dùng để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm. Phân tích các yếu tố liên quan đến nhập viện bằng phương pháp hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

2.5. Y đức: Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp điều trị trên bệnh nhân. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung nghiên cứu trước khi tự nguyện ký "Phiếu đồng ý cung cấp thông tin và chấp thuận tham gia nghiên cứu". Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới ngày 23 tháng 10 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 76 trường hợp đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, tiền căn (n=76)

Đặc điểm		Tần số (tỉ lệ) n (%)
Giới tính	Nam	62 (81,6%)
	Nữ	14 (18,4%)
Tuổi	18 – 25 tuổi	18 (23,7%)
	26 – 35 tuổi	27 (35,5%)
	36 – 45 tuổi	19 (25,0%)
	≥ 46 tuổi	22 (15,8%)
BMI (kg/m ²)	Thiếu cân	26 (34,2%)
	Bình thường	25 (32,9%)

Nghề nghiệp	Thừa cân, béo phì	25 (32,9%)
	Sinh viên	12 (15,8%)
	Công việc ổn định	57 (75%)
Đường lây truyền HIV	Thất nghiệp	7 (9,2%)
	Không biết	6 (7,9%)
	Tiêm chích ma túy	1 (1,3%)
	Quan hệ tình dục đồng giới	25 (32,8%)
Bệnh nền	Quan hệ tình dục khác giới	44 (57,9%)
	Viêm gan siêu vi B	3 (3,9%)
	Viêm gan siêu vi C	2 (2,6%)
	Giang mai	7 (9,2%)
	Sùi mào gà	3 (3,9%)
	Tăng huyết áp	2 (2,6%)
	Đái tháo đường type 2	1 (1,3%)

Nhóm 26-35 tuổi chiếm ưu thế với 27/76 (35,5%) bệnh nhân, trong khi nhóm > 45 tuổi có tỉ lệ thấp nhất với 15,8% (12/76 bệnh nhân). Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nam với 62/76 bệnh nhân, chiếm 81,6%. Có 34,2% (26 bệnh nhân) thuộc nhóm thiếu cân. Tỉ lệ mẫu nghiên cứu có công việc ổn định cao 57/76 (75%) bệnh nhân và nhóm sinh viên có 12/76 (15,8%) bệnh nhân. Đường lây truyền chủ yếu trong nghiên cứu là qua quan hệ tình dục với 69/76 bệnh nhân chiếm 90,8% với tỉ lệ đường lây truyền qua nam quan hệ tình dục đồng giới và quan hệ tình dục khác giới là 2:1. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 10 (13,1%) bệnh nhân đồng nhiễm BLTQĐTD, trong đó đồng nhiễm giang mai có 7 (9,2%) bệnh nhân và sùi mào gà có 3 (3,9%) bệnh nhân. Nhiễm HBV và HCV lần lượt có 3 (3,9%) và 2 (2,6%) bệnh nhân.

Bảng 2. Tình trạng lúc bắt đầu điều trị và đặc điểm điều trị ARV của mẫu nghiên cứu (n=76)

Đặc điểm		Tần số (tỉ lệ) n (%)
Giai đoạn lâm sàng	1	27 (35,5%)
	2	4 (5,3%)
	3	25 (32,9%)
	4	20 (26,3%)
Giai đoạn miễn dịch	Không suy giảm	8 (10,5%)
	Suy giảm nhẹ	10 (13,2%)
	Suy giảm tiến triển	12 (15,8%)
	Suy giảm nặng	46 (60,5%)
Phác đồ điều trị ARV	TDF + 3TC + EFV	11 (14,5%)
	TDF + 3TC + DTG	65 (85,5%)
Dự phòng cotrimoxazole	Có	57 (75,0%)
	Không	19 (25,0%)

Nhóm bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển chiếm ưu thế với 59,2% (45/76 bệnh nhân), trong đó giai đoạn lâm sàng 3 chiếm 32,9% (25/76 bệnh nhân), giai đoạn lâm sàng 4 chiếm 26,3% (20/76 bệnh nhân). Đồng thời, nhóm

bệnh nhân có suy giảm nặng chiếm ưu thế với tỉ lệ 60,5% (46/76 bệnh nhân); nhóm không suy giảm miễn dịch chỉ chiếm 10,5% (8 bệnh nhân). Số lượng tế bào CD4+ trung vị là 101,0 (18,0 – 328,0) tế bào/mm³.

Phác đồ điều trị TDF + 3TC + DTG được sử dụng phổ biến với 65/76 bệnh nhân, chiếm 85,5% tổng số bệnh nhân. Phác đồ TDF + 3TC + EFV được sử dụng cho 11/76 (14,5%) bệnh nhân đang điều trị lao đồng thời. Có 57/76 bệnh nhân được điều trị TMP-SMX dự phòng, chiếm 65,8%.

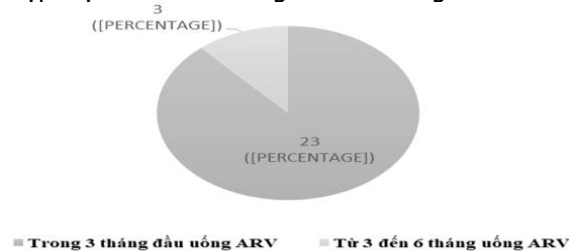
3.2. Tỉ lệ nhập viện trong 6 tháng đầu khởi trị ARV

3.2.1. Tỉ lệ nhập viện. Có tổng cộng 20 bệnh nhân (26%) nhập viện trong 6 tháng đầu khởi trị ARV, trong đó có 14 trường hợp (18%) nhập viện và 6/20 trường hợp (8%) nhập viện 2 lần. Tổng cộng có 26 lần nhập viện của 76 bệnh nhân trong 6 tháng đầu khởi trị ARV.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ nhập viện trong 6 tháng đầu khởi trị ARV

Về thời điểm nhập viện, trong 26 lần, có 23/26 trường hợp (88%) nhập viện trong 3 tháng đầu uống ARV và 3/26 trường hợp (12%) nhập viện từ 3 – 6 tháng sau khi uống ARV



Biểu đồ 2. Thời gian nhập viện (n=26)

3.2.2. Các lý do nhập viện thường gặp

Bảng 3. Các lý do nhập viện thường gặp (n=26)

Đặc điểm	Tần số (tỉ lệ) n (%)
Lao	9 (34,5%)
Viêm phổi do Pneumocytis jiroveci	7 (26,9%)
Nhiễm nấm Talaromycosis marneffei	2 (7,7%)
Viêm màng não do Cryptococcus neoformans	1 (3,8%)
Tác dụng phụ của thuốc	2 (7,7%)
Khác	6 (23,0%)

Về lý do nhập viện, lý do thường gặp nhất là lao với 9/26 (34,5%) trường hợp, tiếp theo là viêm phổi do P.jiroveci với 7/26 (26,9%) trường hợp.

3.2.3. Các yếu tố liên quan đến nhập viện trong 6 tháng đầu khởi trị ARV

Bảng 4. Các yếu tố liên quan tỉ lệ nhập viện trong 6 tháng đầu khởi trị ARV

Các yếu tố	Nhập viện n (%)	OR đơn biến (KTC 95%)	OR đa biến (KTC 95%)
Giới			
Nam	17 (27,4)	1,4 (0,3- 5,6)	
Nữ	3 (21,4)	1	
Tuổi			
≤ 25	5 (27,8)	0,5 (0,1 -2,5)	
25-35	8 (29,6)	0,6 (0,1- 2,4)	
36 -45	2 (10,5)	0,2 (0,3-1,1)	
> 45	5 (41,7)	1	
Thiếu cân			
Có	12 (46,2)	4,5 (1,5-13,3)	2.36 (0,67-8,31)
Không	8 (16,0)	1	
Giai đoạn lâm sàng 3-4			
Có	19 (42,2)	21,9 (2,7-175,2)	20.31 (1.84 - 224.08)
Không	1 (3,2)	1	
Phác đồ TDF + 3TC + DTG			
Có	15 (23,1)	0,4 (0,1 – 1,3)	
Không	5 (45,5)	1	
Tuân thủ ARV			
Không	10 (47,6)	4,1 (1,4-12,3)	0.51 (0.14-1.93)
Có	10 (18,2)	1	
Thiếu máu			
Có	10 (55,5)	6 (1,9-19,0)	3.08 (0.76-12.46)
Không	10 (17,2)	1	
CD4+ < 200 tế bào/mm³			
Có	16 (34,8)	3,5 (1,0-11,1)	0.42 (0.07-2.50)
Không	4 (13,3)	1	

Tiến hành phân tích hồi quy đơn biến ghi nhận các yếu tố liên quan đến nhập viện bao gồm: thiếu cân (OR = 4,5 (1,5-13,3), p = 0,006), giai đoạn lâm sàng 3 - 4 (OR = 21,9 (2,7-175,2), p = 0,004), không tuân thủ ARV (OR = 4,1 (1,4-12,3), p = 0,01), thiếu máu (OR = 6 (1,9-19,0), p = 0,002) và CD4+ < 200 tế bào/mm³ (OR = 3,5 (1,0-11,1), p = 0,045). Trong khi đó các yếu tố giới, tuổi, phác đồ TDF + 3TC + DTG không liên quan đến nguy cơ nhập viện của mẫu nghiên cứu trong 6 tháng đầu điều trị ARV.

Các biến số ghi có ý nghĩa thống kê được

đưa vào phân tích hồi quy logistic đa biến, kết quả cho thấy giai đoạn lâm sàng 3 - 4 là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến nguy cơ nhập viện trong 6 tháng đầu điều trị của mẫu nghiên cứu, với OR = 20.31 (1.84 - 224.08).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Các đặc điểm về dịch tễ, tiền căn của mẫu nghiên cứu không qua khác biệt với các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam của Nguyễn Thị Hoài Dung năm 2023 hay Nguyễn Kim Thư năm 2022 với tỉ lệ nam giới cao, trẻ tuổi, có công việc ổn định, đường lây truyền chủ yếu là HIV, tỉ lệ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục cao.^{3,4}

Tình trạng miễn dịch khi bắt đầu uống ARV trong nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hoài Dung năm 2023 và Nguyễn Kim Thư năm 2022. Cụ thể, số lượng tế bào CD4⁺ trung vị trong nghiên cứu là 101,0 (18,0 – 328,0) tế bào/mm³, trong khi của tác giả Nguyễn Thị Hoài Dung (2023)³ và Nguyễn Kim Thư (2022)⁴ lần lượt là ghi nhận chỉ số CD4⁺ lần lượt là 175,6 tế bào/mm³ và 301,87 tế bào/mm³. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng 3,4 trong nghiên cứu lần lượt là 32,9% và 26,3%. Điều đó cho thấy đa số bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn và chẩn đoán khi bệnh đã tiến triển nặng hơn. Tỉ lệ này cao còn bởi dân số nghiên cứu của chúng tôi tại BVBNĐ là tuyến đầu điều trị HIV và các bệnh nhiễm trùng cơ hội, các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nặng được chẩn đoán tại đây thường có xu hướng tái khám tại phòng khám ngoại trú BVBNĐ.

Phác đồ thuốc ARV được sử dụng chủ yếu trong nghiên cứu là phác đồ TDF + 3TC + DTG chiếm 85,5%. Đây cũng là phác đồ bậc 1 ưu tiên theo Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam từ năm 2019¹.

4.2. Tỉ lệ nhập viện trong 6 tháng đầu khởi trị ARV. Trong 6 tháng đầu điều trị ARV, tỉ lệ nhập viện được ghi nhận là 26,3% (20/76). Trong số này, 6 trường hợp (chiếm 30%) nhập viện 2 lần trong vòng 6 tháng. Các nghiên cứu khác trên thế giới và tại Việt Nam cũng ghi nhận đa phần bệnh nhân nhiễm HIV nhập viện thường là mới chẩn đoán hoặc mới bắt đầu sử dụng ARV như nghiên cứu của tác giả Trần Minh Hoàng (2024) ghi nhận 61,2% bệnh nhân HIV/AIDS nhập viện là những người được chẩn đoán trong khoảng thời gian dưới 6 tháng⁵. Điều này được giải thích do hệ thống miễn dịch của bệnh nhân chưa kịp hồi phục.⁶

Trong tổng số 26 lần nhập viện, 18 lần

(88%) xảy ra trong vòng 3 tháng đầu sau khi uống ARV. Hiện tại, chưa có nhiều nghiên cứu trên thế giới so sánh tỉ lệ nhập viện trong vòng 3 tháng đầu và trong khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV. Tuy nhiên các nghiên cứu đều cho thấy thời gian điều trị ARV càng lâu thì tỉ lệ nhập viện càng giảm tỉ lệ nhập viện. Trong nghiên cứu của tác giả Ying Liu (2022) trong số 1551 bệnh nhân nhiễm HIV đã điều trị ARV nhập viện trong khoảng thời gian từ 2008 đến 2020, tỉ lệ bệnh nhân uống ARV trong 6 tháng, 7 – 12 tháng, 13 – 24 tháng, 25 – 48 tháng và > 48 tháng lần lượt là: 46,2%, 15%, 11,3%, 12,5%, 14,9%.⁷ Điều này cũng phù hợp với diễn tiến đáp ứng điều trị của bệnh nhân nhiễm HIV mới điều trị ARV, trong đó hệ miễn dịch cần có thời gian để hồi phục. Kết quả cho thấy 88% lần nhập viện xảy ra trong 3 tháng đầu, đây là thời gian cần theo dõi sát ở bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV.

Về các nguyên nhân nhập viện, nhóm nguyên nhân liên quan đến AIDS chiếm đa số, đặc biệt là lao và viêm phổi do *Pneumocystic jiroveci*. Nghiên cứu của tác giả Yin Liu thực hiện hồi cứu tại Trung Quốc với các hồ sơ bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Trung Quốc từ 2008 – 2020, cho thấy các bệnh lý liên quan đến AIDS chiếm tỉ lệ cao nhất với hơn 30%, đồng thời dù tỉ lệ nhập viện nói chung giảm dần như tỉ lệ các nguyên nhân liên quan đến AIDS trong số bệnh nhân nhập viện lại tăng theo thời gian.⁷ Điều này cho thấy, dù đã có nhiều sự thay đổi trong việc điều trị HIV đặc biệt là điều trị sớm bất kể tình trạng miễn dịch với hi vọng giảm tỉ lệ bệnh nhân mắc AIDS nhưng các bệnh nhiễm trùng cơ hội vẫn là vấn đề sức khỏe cần được quan tâm ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

Trong các nguyên nhân nhập viện, lao chiếm tỉ lệ cao nhất với 9/26 lần (34,6%). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả điều trị của tác giả Trần Minh Hoàng ghi nhận trong các bệnh thuộc giai đoạn lâm sàng 3 thì lao phổi chiếm 17% còn trong các bệnh thuộc giai đoạn lâm sàng 4 thì lao ngoài phổi chiếm 24%. Việt Nam là quốc gia có tỉ lệ nhiễm lao trong dân số cao⁸, đồng thời bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS dễ mắc lao hơn người bình thường. Vì vậy cần tích cực tầm soát và điều trị lao tiềm ẩn cho bệnh nhân điều trị lao cho bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Hiện tại có một số xét nghiệm như: tìm kháng nguyên lao trong nước tiểu (LF-LAM) đang được bắt đầu sử dụng nhằm giúp tăng hiệu quả của việc tầm soát lao ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.¹

Phân tích đơn biến ban đầu cho thấy các yếu

tổ giai đoạn lâm sàng (GĐLS) 3 - 4, thiếu cân, thiếu máu, và $CD4^+ < 200$ tế bào/mm³ góp phần làm tăng nguy cơ nhập viện. Khi thực hiện phân tích đa biến, GĐLS 3 - 4 được xác định là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ nhập viện ở bệnh nhân điều trị ARV trong 6 tháng đầu ($OR = 20.31$ (1.84 - 224.08)). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó tình trạng lâm sàng tiến triển, đặc biệt GĐLS 3 và 4, được ghi nhận là yếu tố liên quan đến nguy cơ nhập viện trong 6 tháng đầu điều trị ARV. Cụ thể, đặc điểm của nhóm bệnh nhân điều trị ARV dưới 6 tháng trong nghiên cứu về đặc điểm bệnh nhân HIV nhập viện được mô tả trong báo cáo của Ying Liu (2020)⁷ ghi nhận bệnh nhân điều trị ARV trong 6 tháng đầu chiếm tỉ lệ cao (46,2%), với AIDS là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện (30,6%). Tương tự, nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2024)⁵ ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân HIV/AIDS nhập viện thuộc nhóm điều trị ARV dưới 6 tháng cao (chiếm 62,1%), phần lớn thuộc GĐLS 4 (94,6%) và $CD4^+ < 200$ tế bào/mm³ (74,4%). Mặc dù các phác đồ ARV hiện nay rất hiệu quả trong việc kiểm soát HIV nhưng hệ miễn dịch của bệnh nhân cần thời gian để phục hồi, trong thời gian này bệnh nhân vẫn có nguy cơ cao nhập viện do nhiễm trùng cơ hội hoặc các biến chứng khác.⁶ Điều này khẳng định tầm quan trọng của việc tăng cường chẩn đoán và điều trị sớm HIV, nhằm giảm nguy cơ biến chứng nặng và nhập viện cho bệnh nhân, đặc biệt là trong giai đoạn đầu điều trị khi hệ miễn dịch chưa hoàn toàn hồi phục.

Khi phân tích đơn biến, số lượng tế bào $CD4^+ < 200$ TB/mm³ có liên quan đến tỉ lệ nhập viện, tuy nhiên khi tiến hành phân tích hồi quy logistic đa biến, chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ này. Điều đó có thể xuất phát từ cỡ mẫu trong nghiên cứu nhỏ, số ca nhập viện ít. Ngoài ra cũng phần nào cho thấy giai đoạn lâm sàng có ý nghĩa quan trọng hơn trong việc tiên đoán khả năng nhập viện trong vòng 6 tháng điều trị ARV. Khi xem lại số liệu, chúng tôi nhận thấy trong số 8 ca được chẩn đoán giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 tại thời điểm bắt đầu uống ARV nhưng lại có số lượng tế bào $CD4^+ > 200$ TB/mm³ thì có tới 3 trường hợp (chiếm 37,5%) phải nhập viện và cả 3 trường hợp này đều nhập viện do lao. Điều này cũng có thể giải thích được do tỉ lệ lao ở bệnh nhân nhiễm HIV vẫn cao hơn do ở dân số chung dù đã điều trị ARV. Qua đó cho thấy việc tầm soát các bệnh nhiễm trùng cơ hội đặc biệt là lao cần được thực hiện khi bệnh

nhân bắt đầu điều trị ARV cho dù số lượng tế bào $CD4^+$ bao nhiêu đi chăng nữa.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nhập viện trong 6 tháng đầu khi uống ARV còn cao (26%), đặc biệt ở bệnh nhân giai đoạn lâm sàng 3,4 lúc bắt đầu uống ARV. Trong các nguyên nhân nhập viện, lao chiếm tỉ lệ cao.

VI. HẠN CHẾ

Đề tài có cỡ mẫu nhỏ, chỉ làm ở một trung tâm và chỉ lấy mẫu ở bệnh nhân ngoại trú nên không phản ánh hết tình trạng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS

VII. KIẾN NGHỊ

Theo dõi sát bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS trong 6 tháng đầu uống ARV. Đồng thời, tích cực tầm soát và phát hiện sớm HIV/AIDS. Tích cực tầm soát lao ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định 5968/QĐ-BYT về việc ban hành " Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS". Bộ Y tế,.
2. **Mahale PR, Patel BS, Kasmani N.** Treatment Outcomes of Dolutegravir- Versus Efavirenz-Based Highly Active Antiretroviral Therapy Regimens Among Treatment-Naive People Living With HIV. *Cureus.* Jun 2023;15(6):e40139. doi:10.7759/cureus.40139
3. **Nguyễn Thị Hoài Dung, Nguyễn Thị Dung, Phạm Thanh Tuyền.** Đánh giá hiệu quả của phác đồ Acriptega trong năm đầu tiên trên người nhiễm HIV chưa từng điều trị ARV. *Truyền nhiễm Việt Nam.* 2023;01(41)
4. **Nguyễn Kim Thư, Phạm Bá Hiền, Lê Xuân Toàn.** 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.* 2022;511(2)
5. **Trần Minh Hoàng, Lý Quốc Công, Nguyễn Lê Như Tùng, và cs.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết cục ở bệnh nhân HIV/AIDS nhập viện tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2024;65(CD6-HNKH Bệnh viện Lê Văn Thịnh)
6. **Mendicino CC, Moodie EE, Guimarães MDC, Pádua CA.** Immune recovery after antiretroviral therapy initiation: a challenge for people living with HIV in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2021;37:e00143520.
7. **Liu Y, Hao Y, Xiao J, et al.** Trends in rates and causes of hospitalization among people living with HIV in the antiretroviral therapy era: A retrospective cohort study in China, 2008-2020. *Front Public Health.* 2022;10:1000942. doi:10.3389/fpubh.2022.1000942
8. **World Health Organization, ed.** Global Tuberculosis report 2023. 2023.