

Bảng 1. Mức độ cải thiện khả năng gắng sức bệnh nhân nhồi máu cơ tim trước và sau can thiệp chương trình phục hồi chức năng tim mạch

Chỉ số	Trước can thiệp (Pretest)	Sau can thiệp (Posttest)	Thay đổi (Δ)	Ý nghĩa thống kê (P)
Thời gian tập luyện (phút)	6.22	7.2	0.98	0.011
Nhịp tim tối đa (beats/min)	135.82	126.18	-9.64	0.021
Huyết áp tâm thu (mm Hg)	139.36	123.55	-15.81	0.004
Huyết áp tâm trương (mm Hg)	82.45	70.64	-11.81	0.009
MET tối đa	5.77	6.75	0.98	0.003
Công suất (W - Watt) tối đa	86.95	110.45	23.5	0.003

Trình bày dưới dạng trung bình, phép kiểm định wilcoxon signed Ranks Test

$P < 0.05$ so sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau can thiệp

$P \geq 0.05$, không có sự khác biệt đáng kể

MET tối đa tăng từ 5,77 lên 6,75 ($p=0,003$), công suất tối đa từ 86,95 W lên 110,45 W ($p=0,003$), và thời gian tập luyện từ 6,22 phút lên 7,2 phút ($p=0,011$). Huyết áp tâm thu giảm từ 139,36 mmHg xuống 123,55 mmHg ($p=0,004$), huyết áp tâm trương từ 82,45 mmHg xuống 70,64 mmHg ($p=0,009$), và nhịp tim tối đa từ 135,82 lần/phút xuống 126,18 lần/phút ($p=0,021$). Các thay đổi đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của chương trình PHCN đối với bệnh nhân NMCT trong giai đoạn hồi phục, cho thấy cải thiện đáng kể về khả năng gắng sức, huyết áp và nhịp tim. MET tối đa tăng từ 5,77 lên 6,75, công suất tối đa từ 86,95 W lên 110,45 W, và thời gian tập luyện từ 6,22 phút lên 7,2 phút, với $p < 0,05$, chứng minh bệnh nhân có thể thực hiện hoạt động thể chất hiệu quả hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Diệu Nguyên và cộng sự (2024), khẳng định vai trò của PHCN trong nâng cao chất lượng sống sau NMCT [2].

Huyết áp và nhịp tim giảm đáng kể sau can thiệp, với huyết áp tâm thu từ 139,36 mmHg xuống 123,55 mmHg, huyết áp tâm trương từ 82,45 mmHg xuống 70,64 mmHg, và nhịp tim từ 135,82 lần/phút xuống 126,18 lần/phút ($p < 0,05$). Sự cải thiện này có thể do tăng cường chức năng tim và khả năng điều hòa huyết áp, góp phần giảm nguy cơ tái phát NMCT và cải thiện tiên lượng dài hạn [8].

Tuy nhiên, nghiên cứu có hạn chế: cỡ mẫu nhỏ ($n=11$) làm giảm tính khái quát, thiếu nhóm chứng khiến khó xác định tác động riêng của chương trình, và tỷ lệ suy tim thấp (18,2%) hạn chế khả năng áp dụng cho nhóm này. Tỷ lệ thừa cân/béo phì cao (81,8%) cũng là yếu tố cần xem xét, vì có thể ảnh hưởng đến khả năng gắng sức

[5]. Các nghiên cứu tương lai nên tăng cỡ mẫu, bổ sung nhóm chứng, và tập trung vào bệnh nhân suy tim để đánh giá tác động toàn diện, bao gồm tỷ lệ nhập viện và tử vong.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy chương trình phục hồi chức năng tim mạch có hiệu quả trong việc cải thiện khả năng gắng sức, kiểm soát huyết áp và nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Những cải thiện này không chỉ giúp nâng cao chất lượng cuộc sống mà còn góp phần giảm nguy cơ tái phát biến cố tim mạch. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ và không có nhóm chứng, cần có thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn để xác nhận kết quả.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tích hợp nghiên cứu pháp gắng sức vào quy trình đánh giá thường quy để cá nhân hóa chương trình phục hồi chức năng tim mạch.

Thúc đẩy triển khai rộng rãi các chương trình phục hồi chức năng tim mạch, đặc biệt cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim.

Kết hợp phục hồi chức năng với chiến lược kiểm soát yếu tố nguy cơ như điều chỉnh chế độ ăn uống, quản lý cân nặng và tập luyện thể chất phù hợp.

Thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm chứng và theo dõi dài hạn để đánh giá tác động toàn diện của chương trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Mỹ Hạnh et al.** Myocardial Infarction Complications After Surgery in Vietnam: Estimates of Incremental Cost, Readmission Risk, and Length of Hospital Stay. *Front Public Health*. 2021;9:799529. doi:10.3389/fpubh.2021.799529
2. **Hoàng Thị Diệu Nguyên et al.** Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp. *VMJ*. 2024;537(1B):[trang]. doi:10.51298/vmj.v537i1B.9094
3. **Nguyen Hoa Linh et al.** Characteristics, in-hospital management, and complications of acute myocardial infarction in northern and Central Vietnam. *Int J Cardiol*. 2022;364:133-138. doi:10.1016/j.ijcard.2022.06.044

4. **Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability.** Accessed April 3, 2025. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
5. **Rehabilitation guideline of Myocardial Infarction.** Accessed April 3, 2025. https://extranet.who.int/ncdccs/Data/MNG_D1_4.%20Rehabilitation%20guideline%20of%20Myocardial%20Infarction.pdf
6. **Simms K et al.** Exercise tolerance testing in a cardiac rehabilitation setting: an exploratory study of its safety and practicality for exercise prescription and outcome data collection. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2007;20(4):344-347.
7. **Smarz K et al.** Mechanisms of Exercise Capacity Improvement after Cardiac Rehabilitation Following Myocardial Infarction Assessed with Combined Stress Echocardiography and Cardiopulmonary Exercise Testing. *J Clin Med*. 2021;10(18):4083. doi:10.3390/jcm10184083
8. **Zhang Yong, Cao Hongxia, Jiang Pin, Tang Haiqin.** Cardiac rehabilitation in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention: a community-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(8): e9785. doi:10.1097/MD.00000000000009785

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHƯƠNG TRÌNH ĐIỀU TRỊ LAO TIỀM ẨN CHO NGƯỜI BỆNH HIV TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT TỈNH BÌNH THUẬN NĂM 2024: TỶ LỆ PHÁT HIỆN, TUÂN THỦ VÀ HOÀN THÀNH ĐIỀU TRỊ

Lê Thị Trang¹, Trương Ngọc Phương Bình², Phạm Thanh Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả triển khai hoạt động sàng lọc chủ động và kết quả thực hiện chương trình điều trị lao tiềm ẩn cho người bệnh HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Thuận năm 2024. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 100% người bệnh được chụp X quang ngực và được chỉ định điều trị bệnh lao và lao tiềm ẩn, 80,5% người bệnh được khám sàng lọc; 13,5% người dương tính lao qua khám sàng lọc; 77,8% người bệnh đồng ý điều trị bệnh lao; Trước điều trị: 81,7% người bệnh được khai thác tiền sử bệnh, 55,1% người được xét nghiệm chức năng gan, 87,5% người được đội ngũ y tế tư vấn, người bệnh gặp phản ứng có hại của thuốc là 0,5%; người bệnh hoàn thành điều trị chiếm 53,4%, đang điều trị chiếm 46,1%. **Kết luận:** Chương trình phát hiện và điều trị lao tiềm ẩn ở người bệnh HIV đã mang lại kết quả tích cực, cần tăng cường hỗ trợ và giám sát để tối ưu hóa quá trình điều trị cũng như việc tăng cường đào tạo, tư vấn, quản lý thuốc và phối hợp liên ngành nhằm cải thiện khả năng phát hiện và điều trị lao tiềm ẩn, đặc biệt ở người bệnh nhiễm HIV. **Từ khóa:** HIV/AIDS, lao tiềm ẩn, tỉnh Bình Thuận.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE OUTCOMES OF THE LATENT TUBERCULOSIS INFECTION (LTBI) TREATMENT PROGRAM AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV AT THE BINH THUAN PROVINCIAL CENTER FOR DISEASE

¹Trường Đại học Văn Lang

²Trung tâm kiểm soát bệnh tật Bình Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trang

Email: trang.lt@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

CONTROL, 2024: DETECTION RATE, TREATMENT ADHERENCE, AND COMPLETION

Objective: To evaluate the effectiveness of active tuberculosis screening and the outcomes of the latent tuberculosis infection (LTBI) treatment program among people living with HIV at the Binh Thuan Provincial Center for Disease Control in 2024. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** All patients (100%) underwent chest X-ray and were indicated for tuberculosis and LTBI treatment. A total of 80.5% of patients received screening; 13.5% tested positive for TB through screening; 77.8% agreed to receive tuberculosis treatment. Prior to treatment, 81.7% of patients had their medical history taken, 55.1% underwent liver function tests, and 87.5% received counseling from healthcare staff. Adverse drug reactions were reported in 0.5% of cases. The treatment completion rate was 53.4%, while 46.1% were still undergoing treatment. **Conclusion:** The LTBI detection and treatment program for people living with HIV has shown positive results. However, enhanced support and monitoring are required to optimize treatment processes. It is also essential to strengthen training, counseling, medication management, and intersectoral coordination to improve LTBI detection and treatment, especially among people living with HIV. **Keywords:** HIV/AIDS, latent tuberculosis infection, Binh Thuan Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang trong giai đoạn thực hiện chiến lược Quốc gia về phòng, chống lao hướng đến mục tiêu năm 2030 chấm dứt bệnh lao trong cộng đồng. Trong chiến lược này, nhóm người nhiễm HIV được xác định là đối tượng có nguy cơ cao. Việc nhiễm HIV làm suy giảm miễn dịch khiến cơ thể dễ bị tấn công và tiến triển nhanh hơn, nguy cơ dao động trong khoảng từ 14-18 lần so với người không nhiễm HIV [8].

Quyết định 4067/QĐ-BYT năm 2021 được ban hành nhằm hướng dẫn cơ sở y tế thực hiện sàng lọc và điều trị lao tiềm ẩn (LTA) cho người nhiễm HIV [6], góp phần hiện thực hóa mục tiêu chấm dứt bệnh lao tại Việt Nam vào năm 2030. Quyết định áp dụng tại các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế liên quan đến dự phòng, chăm sóc và điều trị người nhiễm HIV, giúp tăng cường hiệu quả quản lý, phát hiện sớm và điều trị LTA một cách hệ thống, thống nhất.

Trong năm 2023, Việt Nam đã đạt được những kết quả tích cực trong công tác sàng lọc và phát hiện bệnh lao. Số ca mới được ghi nhận khoảng 106.086 tăng 2,2% so với năm 2022. Tỉnh Bình Thuận hiện điều trị HIV/AIDS cho hơn 300 người và triển khai chương trình điều trị LTA từ năm 2023. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá thực trạng và kết quả chương trình. Nghiên cứu "Đánh giá kết quả chương trình điều trị LTA cho người bệnh HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Thuận năm 2024: tỷ lệ phát hiện, tuân thủ và hoàn thành điều trị" nhằm hướng tới mục tiêu kết thúc bệnh lao, thực hiện nhằm cung cấp bằng chứng giúp xây dựng chiến lược điều trị mang lại hiệu quả cao hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: người bệnh HIV trên 18 tuổi, đồng ý tham gia và đang tham gia chương trình điều trị LTA tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Thuận năm 2024.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn cỡ mẫu

Cỡ mẫu: 399 người bệnh đang điều trị HIV, được chỉ định điều trị LTA và bệnh lao.

Công thức tính cỡ mẫu: [1]

$$n = \frac{Z^2 (1 - \alpha / 2) \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu. $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy, ở mức 95% $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. p: lấy p=0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất

d: Độ sai lệch mong muốn, chọn d = 0,05.

Thay số vào công thức trên ta có cỡ mẫu tối thiểu: n = 384 người.

Năm 2024, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Thuận quản lý tổng số 399 người bệnh HIV đã và đang tham gia chương trình điều trị LTA. Do đó, cỡ mẫu lấy vào nghiên cứu là 399 người bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh dưới 18 tuổi, tham gia chương trình điều trị LTA nhưng không phải là người bệnh HIV.

Phương pháp: chọn người bệnh tới tái

khám và lĩnh thuốc theo lịch hẹn, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thu thập số liệu đưa vào nghiên cứu (thực hiện khảo sát và phân tích hồ sơ bệnh án).

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích mô tả được thực hiện với các biến phân loại dưới dạng tần suất và tỷ lệ, các biến liên tục được trình bày thông qua các giá trị trung bình và khoảng biến thiên.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Thông tin về người bệnh được bảo mật và nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi có sự chấp thuận của Hội đồng Khoa học và Công nghệ thuộc Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bình Thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Khái quát về nhóm nghiên cứu

STT	Thông tin		Tần số (Tỷ lệ %)
1	Nhóm tuổi	Từ 18 - 40	214 (53,6)
		Từ 41 trở lên	185 (46,4)
		Tuổi trung bình	37 ± 12,3
2	Giới tính	Nữ	164 (41,1)
		Nam	235 (58,9)
3	Dân tộc	Kinh	350 (87,7)
		Khác	49 (12,3)
4	Trình độ học vấn	Tiểu học	59 (12,3)
		THCS	109 (27,3)
		THPT	202 (50,6)
		Sau THPT	39 (9,8)
5	Nghề nghiệp	Nông nghiệp	39 (9,8)
		Cán bộ viên chức/văn phòng	26 (6,5)
		Lao động tự do	151 (37,8)
		Công nhân	29 (7,3)
		Ngư nghiệp	154 (38,6)
6	Kinh tế	Nghèo	37 (9,3)
		Cận nghèo	36 (9,0)
		Trung bình trở lên	326 (81,7)
7	Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	149 (37,3)
		Đang sống cùng vợ/chồng	215 (53,9)
		Ly thân/ly hôn/góa	35 (8,8)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có: độ tuổi trung bình là 37 ± 12,3; nam giới nhiều hơn nữ không đáng kể; phần lớn là người kinh; bậc học đã hoàn thành chủ yếu ở bậc trung học phổ thông với 2 ngành nghề chính là lao động tự do và ngư nghiệp; kinh tế gia đình từ trung bình chiếm 81,7%, đa số đang sống cùng vợ/ chồng chiếm tỷ lệ 53,9%.

3.2. Đánh giá kết quả thực hiện phát hiện tích cực, kết quả điều trị ở người bệnh HIV trong chương trình điều trị LTA

3.2.1. Đánh giá kết quả thực hiện phát hiện tích cực

Thông tin	Tần số (Tỷ lệ %)
Chỉ định thực hiện cận lâm sàng chẩn đoán xác định bệnh lao (theo chương trình lao quốc gia)	
Được chụp X quang ngực	Có 399 (100,0) Không/không nhớ 0 (0,0)
Được lấy bệnh phẩm để chuyển đi xét nghiệm chẩn đoán lao	Có 352 (88,2) Không/không nhớ 47 (11,8)
Khám sàng lọc lao	
Kết quả sàng lọc lao	Âm tính 345 (86,5) Dương tính 54 (13,5)
Tỷ lệ đồng ý điều trị bệnh lao	Đồng ý 42 (77,8) Không đồng ý 12 (22,2)
Chỉ định điều trị LTA	
Được chỉ định điều trị LTA	Có 399 (100,0) Không/không nhớ 0 (0,0)
Cơ sở điều trị thông báo tiếp nhận điều trị LTA	Có 350 (87,7) Không/không nhớ 49 (12,3)
Được chỉ định điều trị ARV	Có 352 (88,2) Không/không biết 47 (11,8)

Nhận xét: trong 399 người tham gia có: 352 người được lấy bệnh phẩm chuyển đi xét nghiệm chẩn đoán lao và 54 người có kết quả dương tính sau sàng lọc lao trong đó 77,8% người đồng ý điều trị bệnh lao. Về chỉ định điều trị LTA: tất cả người bệnh được chỉ định điều trị LTA, có 350 người được cơ sở điều trị thông báo tiếp nhận điều trị và 352 người được chỉ định điều trị ARV. Những người bệnh còn lại trả lời không hoặc không nhớ.

3.2.2. Đánh giá kết quả điều trị

Thông tin	Tần số (Tỷ lệ %)
Đánh giá trước điều trị	
Khai thác tiền sử bệnh	Có 326 (81,7) Không/không nhớ 73 (18,3)
Xét nghiệm chức năng gan	Có 220 (55,1) Không/không nhớ 179 (44,9)
Được biết phác đồ điều trị	Có 257 (64,4) Không/không biết 142 (35,6)
Nhận tư vấn từ đội ngũ y tế	Có 349 (87,5) Không/không biết 50 (12,5)
Tư vấn cho người nhà/ người hỗ trợ	
Được đội ngũ y tế hướng dẫn cách giám sát/ hỗ trợ uống thuốc	Có 258 (64,7) Không/không biết 141 (35,3)

Liên hệ với cơ sở điều trị khi quên uống thuốc	Có 261 (65,4) Không/không biết 138 (34,6)
Tác dụng không mong muốn của thuốc	
Có	02 (0,5)
Không	397 (99,5)
Tư vấn điều trị (n = 349)	
Hướng dẫn sử dụng thuốc, phác đồ, kế hoạch cấp phát và theo dõi	325 (93,1)
ADR (phản ứng có hại của thuốc) có thể xảy ra trong quá trình điều trị, cách xử lý	286 (71,7)
Dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh	291 (72,9)
Không tuân thủ làm tăng nguy cơ mắc bệnh	289 (72,4)
Kinh phí điều trị là miễn phí	295 (73,9)
Đánh giá hiệu quả phác đồ điều trị (theo QĐ 4067/QĐ-BYT năm 2021)	
Hoàn thành điều trị	213 (53,4)
Đang điều trị	184 (46,1)
Ngừng điều trị do ADR	02 (0,5)
Đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh (đúng hạn)	
Tái khám	346 (86,7)
Chụp X quang	346 (86,7)
Xét nghiệm men gan	230 (57,6)
Tuân thủ dùng thuốc	318 (79,7)

Nhận xét: hầu hết các yếu tố đều đạt tỷ lệ cao từ 70% trở lên, cho thấy nhiều người bệnh tuân thủ và nhận được tư vấn tốt trong suốt thời gian điều trị. Một số yếu tố chiếm tỷ lệ thấp một phần do người bệnh không hoặc không nhớ.

IV. BÀN LUẬN

So sánh dữ liệu thu thập được với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Thị Mỹ Tiên có 68% người bệnh ở độ tuổi 30 – 39, Mai Thị Huệ nằm trong độ tuổi (Nam 39,3 - SD=8,0; Nữ 36,8 - SD=8,4) và Nguyễn Thị Liễu trong độ tuổi 30 – 39 chiếm 67,0%, so với mức trung bình độ tuổi của nhóm tham gia là $37 \pm 12,3$ tuổi, không có sự chênh lệch nhiều. Về giới tính tỷ lệ Nam nhiều hơn Nữ ở các nghiên cứu [2, 4, 5]. Điều này phản ánh đúng thực tế hiện tại lây nhiễm HIV hiện nay, đường lây nhiễm chủ yếu qua tình dục không an toàn, đặc biệt là nam giới [5].

Đánh giá kết quả thực hiện phát hiện tích cực bệnh lao. Trong chương trình điều trị LTA cho người nhiễm HIV, tất cả người bệnh được chụp X-Quang ngực thẳng, chỉ định điều trị LTA trừ những người đang mắc bệnh lao. Do đó, việc khám sàng lọc để phát hiện bệnh lao có vai trò quan trọng trước khi bắt đầu điều trị LTA.

Kết quả chỉ 13,5% người nhiễm HIV được phát hiện mắc bệnh lao sau sàng lọc, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lương Anh Bình (2021) là 33,8% và Tô Thị Nga (2023) là 13,7% [3,7]. Số liệu báo cáo toàn cầu năm 2023 của WHO khoảng 6% người, số liệu nghiên cứu cao hơn nhiều. Trong 6% ca mắc lao từ người nhiễm HIV, nhưng nhóm nhiễm HIV lại chiếm 13% số ca tử vong, cho thấy người nhiễm HIV khi mắc lao có nguy cơ tử vong cao gấp đôi so với nhóm không nhiễm HIV [8]. Tóm lại, LTA ở người nhiễm HIV nguy hiểm và nghiêm trọng. Việc chủ động phát hiện và điều trị sớm không chỉ giúp giảm tiến triển bệnh lao mà còn góp phần giảm tử vong. Điều mong đợi tích cực trong bối cảnh thực hiện chương trình Quốc gia không còn bệnh lao trong cộng đồng cho tới năm 2030, đồng thời phản ánh hiệu quả của các can thiệp HIV và phòng, chống bệnh lao.

Việc lấy bệnh phẩm xét nghiệm trong sàng lọc lao tiềm ẩn có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện sớm bệnh lao. Tuy nhiên, vẫn còn 11,8% người bệnh không hoặc không nhớ thực hiện. Nhân viên y tế cần đẩy mạnh hoạt động truyền thông và tư vấn, giám sát và nhắc nhở hoặc cải thiện quy trình (đơn giản hóa) để người bệnh thực hiện 100,0% lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm, đảm bảo phát hiện sớm, cải thiện kết quả điều trị LTA và hạn chế tỷ lệ tử vong ở người nhiễm HIV.

Đánh giá kết quả điều trị LTA. Tỷ lệ người bệnh được khai thác tiền sử trước khi điều trị là 81,7%, xét nghiệm chức năng gan là 55,1% và 64,4% người bệnh được đội ngũ y tế cho biết về phác đồ điều trị LTA.

Có 87,5% người bệnh cho biết họ được đội ngũ y tế tư vấn điều trị. Nội dung được tư vấn nhiều nhất là “hướng dẫn sử dụng thuốc, phác đồ, kế hoạch cấp phát và theo dõi” chiếm 93,1%. Các nội dung còn lại giao động khoảng 70%. Thực tế nhận thấy kỹ năng tư vấn của một số đội ngũ y tế còn hạn chế, thông tin cung cấp trong quá trình tư vấn chưa đầy đủ, truyền tải thông tin còn ngập ngừng, thiếu tự tin. Nguyên nhân một phần do đội ngũ y tế chưa đủ kinh nghiệm, chưa được tập huấn nên kỹ năng còn hạn chế; một số nhằm đến mục tiêu cuối cùng là muốn truyền đạt nên bỏ qua một số thông tin cần thiết cho người bệnh và người nhà người bệnh. Điều này có thể hạn chế một số thông tin về điều trị LTA không được tư vấn, dẫn đến thay đổi quyết định điều trị của người bệnh. Như vậy, đội ngũ y tế phải được tập huấn về kỹ năng tư vấn giáo dục sức khỏe và những thông tin cụ thể trong kế hoạch điều trị LTA để tối ưu hóa chất

lượng tới người bệnh.

So sánh với kết quả của Lương Anh Bình (2021) tại Quảng Nam cũng thấy chỉ có 5 người điều trị LTA gặp bất lợi khi dùng thuốc chiếm 1,0% [3], kết quả phản ứng bất lợi của thuốc điều trị LTA trong nghiên cứu có 2 trường hợp (tỷ lệ 0,5%), đây cũng là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng ngưng điều trị.

Về kết quả đánh giá tuân thủ điều trị của người bệnh, tỷ lệ tái khám đúng hẹn cao trên 70,0%, riêng tái khám xét nghiệm men gan chiếm 57,6%. Việc chụp X quang và thuốc điều trị LTA nằm trong chương trình điều trị được tài trợ, người bệnh không phải tốn kinh phí. Xét nghiệm men gan là chỉ định cận lâm sàng không bắt buộc và thực hiện dịch vụ, người bệnh cần phải thanh toán một khoản chi phí. Nhiều người bệnh không thực hiện do có khó khăn về kinh tế, thiếu hiểu biết về việc xét nghiệm chức năng gan để theo dõi phản ứng có hại của thuốc điều trị LTA ảnh hưởng đến chức năng của gan và không được tư vấn đầy đủ từ nhân viên y tế.

Trong số 399 người bệnh HIV tham gia chương trình điều trị LTA có 213 người đã hoàn thành điều trị chiếm 53,4%, 184 người bệnh đang điều trị. Để có cơ sở cho Bệnh viện Phổi cung ứng thuốc điều trị LTA và theo dõi, đánh giá thực hiện chỉ tiêu điều trị LTA, cơ sở điều trị HIV/AIDS cần định kỳ tổng hợp báo cáo người bệnh điều trị LTA và báo cáo xuất nhập tồn thuốc LTA kịp thời, tránh tình trạng thiếu hụt thuốc.

V. KẾT LUẬN

Chương trình điều trị LTA cho người bệnh HIV tại cơ sở đạt hiệu quả bước đầu tích cực. Tất cả người bệnh (100%) đều được khám sàng lọc lao và chụp X-quang ngực, qua đó phát hiện 54 trường hợp lao dương tính, chiếm 13,5% (trong đó có 77,8% được tiếp cận điều trị bệnh lao).

Công tác tư vấn và quản lý người bệnh được thực hiện hiệu quả với 81,7% người bệnh được khai thác tiền sử và 87,5% được tư vấn trước điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh được xét nghiệm chức năng gan trước điều trị còn thấp – phản ánh khó khăn về kinh tế và hạn chế trong nhận thức của người bệnh đối với các xét nghiệm không bắt buộc. Tỷ lệ ADR ghi nhận chỉ 0,5%, đây cũng là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị.

Mức độ hoàn thành điều trị còn hạn chế, cho thấy cần có các giải pháp hỗ trợ người bệnh trong quá trình điều trị, đặc biệt là tăng cường theo dõi, tư vấn liên tục, giảm gánh nặng chi phí và nâng cao nhận thức để cải thiện kết quả điều trị lâu dài.