

CAS cao xác nhận vai trò sinh bệnh học của khối thuốc. Các thành phần trong khối thuốc kích thích nguyên bào sợi hốc mắt tăng sinh và sản xuất glycosaminoglycans, đồng thời làm giảm hiệu quả điều trị.<sup>5</sup> Điểm đặc biệt trong nghiên cứu này là chúng tôi đã xem xét cả yếu tố hút thuốc thụ động ở nữ giới. Với tỷ lệ phơi nhiễm cao, kết quả này gợi ý các bác sĩ lâm sàng cần mở rộng phạm vi tư vấn cai thuốc lá cho cả người thân của bệnh nhân để loại bỏ nguồn phơi nhiễm thụ động trong gia đình.

Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân độ bướu giáp, nồng độ TRAb và điểm CAS ( $p > 0,05$ ). Việc không tìm thấy mối liên quan giữa TRAb và CAS có thể giải thích bởi tính chất cắt ngang của nghiên cứu trên một quần thể bệnh nhân không đồng nhất về giai đoạn bệnh. Ở giai đoạn muộn hoặc đã điều trị ổn định, nồng độ TRAb trong máu có thể không còn phản ánh trực tiếp mức độ viêm cấp tính tại hốc mắt.

#### V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có bệnh mắt Basedow ở giai đoạn hoạt động là 13,5%. Cần áp dụng thường quy thang điểm CAS trong phân loại bệnh nhân và tối

ưu hóa điều trị. Công tác tư vấn cai thuốc lá cần được thực hiện quyết liệt và mở rộng đối tượng sang cả người nhà bệnh nhân để loại bỏ nguồn phơi nhiễm thụ động, coi đây là một phần bắt buộc trong phác đồ điều trị bệnh mắt Basedow.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tanda M, Piantanida E, Liparulo L, et al.** Prevalence and natural history of Graves' orbitopathy in a large series of patients with newly diagnosed Graves' hyperthyroidism seen at a single center. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2013;98(4):1443-1449.
2. **Bahn R.** Current insights into the pathogenesis of Graves' ophthalmopathy. *Hormone and Metabolic Research*. 2015;47(10):773-778.
3. **Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, et al.** The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. *European Journal of Endocrinology*. 2021;185(4):G43-G67.
4. **Mourits M, Koornneef L, Wiersinga W, et al.** Clinical criteria for the assessment of disease activity in Graves' ophthalmopathy: a novel approach. *British Journal of Ophthalmology*. 1989;73(8):639-644.
5. **Vestergaard P.** Smoking and thyroid disorders—a meta-analysis *European Journal of Endocrinology* 2002;146(2):153-161.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VI RÚT (ARV) VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS TUỔI 18-39 TẠI XÃ GIỒNG RIỀNG, TỈNH AN GIANG

Nguyễn Duy Trinh<sup>1</sup>, Nguyễn Lan Thùy Ty<sup>1</sup>, Huỳnh Văn Tiền<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tuân thủ điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) đóng vai trò quyết định trong ức chế tải lượng HIV, phòng ngừa kháng thuốc và cải thiện chất lượng sống của người bệnh HIV/AIDS. Nhóm người bệnh trẻ (18-39 tuổi) thường gặp nhiều rào cản về kiến thức, nghề nghiệp, kinh tế và tâm lý, có thể ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng tuân thủ ARV và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh HIV/AIDS tuổi 18-39 điều trị ngoại trú tại xã Giồng Riềng, tỉnh An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 130 người bệnh được chọn bằng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Dữ

liệu được thu thập qua bộ câu hỏi gồm đặc điểm nhân khẩu - xã hội, kiến thức về ARV, đặc điểm điều trị và thang đo tuân thủ GMAS-11. Phân tích mô tả, Chi-square/Fisher và hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan với mức ý nghĩa  $p < 0,05$ . **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng là  $30,5 \pm 5,6$  năm; nam giới chiếm 78,5%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV theo thang đo GMAS đạt 36,9%, trong khi 63,1% không tuân thủ. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: trình độ học vấn ( $p < 0,05$ ), kiến thức đúng về ARV ( $p < 0,01$ ), thời gian điều trị  $> 3$  năm ( $p < 0,05$ ), tuân thủ lịch tái khám ( $p < 0,01$ ), tải lượng HIV  $< 200$  copies/ml ( $p < 0,01$ ) và tình trạng tác dụng phụ ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ ARV ở nhóm người bệnh 18-39 tuổi còn thấp. Kiến thức đúng về ARV và tải lượng HIV được ức chế là những yếu tố quan trọng giúp cải thiện tuân thủ. Cần tăng cường tư vấn, hỗ trợ theo dõi và can thiệp phù hợp cho nhóm bệnh nhân trẻ.

**Từ khóa:** Điều trị kháng vi rút; HIV/AIDS; Tuân thủ điều trị; Thang đo GMAS; Yếu tố nguy cơ

#### SUMMARY

#### ANTIRETROVIRAL THERAPY ADHERENCE

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Viện CN Sinh học và Thực phẩm, Đại học Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Văn Tiền

Email: hvtien@ctu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 25.12.2025

## AND ASSOCIATED FACTORS AMONG HIV/AIDS PATIENTS AGED 18–39 YEARS AT GIONG RIENG DISTRICT, AN GIANG PROVINCE, VIETNAM

**Background:** Adherence to antiretroviral therapy (ART) is crucial for viral suppression, prevention of drug resistance, and improved quality of life among people living with HIV/AIDS. Young patients (18–39 years) frequently face barriers related to knowledge, occupation, economic pressure, and psychological factors, potentially affecting treatment adherence. **Objective:** To describe ART adherence and identify associated factors among HIV/AIDS patients aged 18–39 years receiving outpatient treatment in Giong Rieng Commune, An Giang Province. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 130 patients selected through total sampling. Data were collected using a structured questionnaire covering sociodemographic characteristics, ART knowledge, treatment-related factors, and the 11-item GMAS adherence scale. Descriptive analysis, Chi-square/Fisher tests, and multivariate logistic regression were applied to determine associated factors with a significance level of  $p < 0.05$ . **Results:** The mean age was  $30.5 \pm 5.6$  years; males accounted for 78.5%. The ART adherence rate was 36.9%, while 63.1% were non-adherent. Significant associated factors included educational level ( $p < 0.05$ ), correct ART knowledge ( $p < 0.01$ ), treatment duration  $> 3$  years ( $p < 0.05$ ), appointment adherence ( $p < 0.01$ ), viral load  $< 200$  copies/ml ( $p < 0.01$ ), and presence of side effects ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** ART adherence among young HIV/AIDS patients remains low. Adequate ART knowledge and suppressed viral load are key determinants of adherence. Enhanced counseling, monitoring, and tailored interventions are essential to support this patient group.

**Keywords:** Antiretroviral therapy; Associated treatment; GMAS; HIV/AIDS; Treatment adherence

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS tiếp tục là thách thức lớn của y tế công cộng trên toàn cầu, mặc dù tỷ lệ mắc mới đã giảm nhưng gánh nặng dịch tễ vẫn tập trung nhiều ở nhóm người trẻ tuổi do đặc điểm hành vi, lối sống và yếu tố xã hội liên quan [8]. Tại Việt Nam, báo cáo giám sát năm 2023 cho thấy nhóm 18–39 tuổi chiếm tỷ lệ cao trong số trường hợp nhiễm mới, đồng thời duy trì tuân thủ điều trị ở nhóm này vẫn là vấn đề đáng quan tâm [2], [3].

Điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) là nền tảng trong quản lý HIV, giúp giảm tải lượng virus, cải thiện miễn dịch và hạn chế lây truyền. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị phụ thuộc mạnh mẽ vào mức độ tuân thủ của người bệnh. Tổ chức Y tế Thế giới nhấn mạnh rằng tuân thủ  $\geq 95\%$  là điều kiện cần thiết để đạt ức chế virus bền vững và ngăn ngừa kháng thuốc [4]. Các tổng quan hệ thống cũng chỉ ra rằng tuân thủ kém dẫn đến tăng nguy cơ thất bại điều trị và xuất hiện chủng

HIV kháng thuốc [6].

Tại tỉnh An Giang, số lượng người bệnh HIV trẻ tuổi đang điều trị ARV ngày càng tăng, nhưng hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá riêng mức độ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ở nhóm 18–39 tuổi. Việc xác định thực trạng tuân thủ và những yếu tố ảnh hưởng là cần thiết để xây dựng giải pháp can thiệp phù hợp, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và giảm nguy cơ lây truyền HIV trong cộng đồng. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh HIV/AIDS tuổi 18–39 tại xã Giồng Riềng, tỉnh An Giang.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm tất cả người bệnh HIV/AIDS trong độ tuổi 18–39 đang điều trị ngoại trú bằng thuốc kháng vi rút (ARV) tại Cơ sở Điều trị HIV xã Giồng Riềng, tỉnh An Giang trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh được chẩn đoán xác định HIV/AIDS; Tuổi từ 18 đến 39; Đang điều trị ARV liên tục tại cơ sở điều trị ít nhất 6 tháng; Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp thông tin.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh không đủ khả năng trả lời phỏng vấn và hồ sơ điều trị thiếu dữ liệu quan trọng liên quan đến tuân thủ.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tất cả người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian từ tháng 06/07/2025 đến tháng 30/07/2025 đều được mời tham gia, với tổng số 130 đối tượng.

- **Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm nhân khẩu – xã hội của người bệnh: tuổi, giới, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân; Đặc điểm điều trị: thời gian điều trị ARV, phác đồ sử dụng, tuân thủ lịch tái khám, tác dụng phụ của thuốc; Kiến thức về điều trị ARV; Mức độ tuân thủ điều trị theo thang đo GMAS-11; Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi cấu trúc gồm 4 phần: (1) thông tin nhân khẩu – xã hội; (2) kiến thức về ARV; (3) đặc điểm điều trị; (4) thang đo tuân thủ GMAS-11; Thang GMAS (General Medication Adherence Scale) được sử dụng để đánh giá tuân thủ điều trị, gồm 11 mục thuộc ba nhóm: hành vi dùng thuốc, yếu tố hỗ trợ và tình huống cản trở; mỗi

mục được chấm theo thang Likert, tổng điểm phân loại thành tuân thủ và không tuân thủ [7]; Các thông tin liên quan đến tải lượng HIV, số lần tái khám và tác dụng phụ được đối chiếu từ hồ sơ điều trị điện tử.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

+ Phân tích mô tả: được sử dụng để xác định tỷ lệ tuân thủ và mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

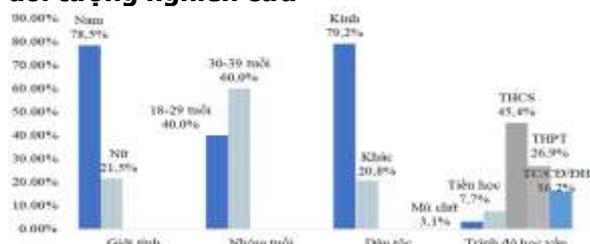
+ Phân tích hai biến: Kiểm định Chi-square hoặc Fisher's exact test được dùng để đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm.

+ Phân tích đa biến: Hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**2.3. Vấn đề đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và sự đồng ý tham gia của tất cả người bệnh. Thông tin cá nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm nhân khẩu – xã hội của đối tượng nghiên cứu**



**Hình 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

**Nhận xét:** Nghiên cứu thu thập được 130 người bệnh HIV/AIDS trong độ tuổi 18–39 đang điều trị ARV tại tỉnh An Giang. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là  $30,5 \pm 5,6$  năm. Nhóm tuổi 18–29 chiếm 40,0%, và nhóm 30–39 chiếm 60,0%. Nam giới chiếm đa số (78,5%), nữ giới chiếm 21,5%. Phần lớn người bệnh là dân tộc Kinh (79,2%), còn lại thuộc các dân tộc khác (20,8%). Về trình độ học vấn, nhóm học hết THCS chiếm tỷ lệ cao nhất (45,4%),

**Bảng 1. Đặc điểm kinh tế – xã hội, tình trạng gia đình và đường lây nhiễm HIV**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Thu nhập cá nhân</b>		
<2 triệu/tháng	29	22,3
2–3 triệu/tháng	61	46,9
>3 triệu/tháng	40	30,8

<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Độc thân	85	65,4
Đã lập gia đình	36	27,7
Ly hôn/góa	9	6,9
<b>Người đang sống chung</b>		
Gia đình	105	80,8
Người nuôi dưỡng khác	3	2,3
Sống một mình	22	16,9
<b>Khoảng cách đến cơ sở điều trị</b>		
<10 km	30	23,1
10–20 km	47	36,2
20–30 km	24	18,5
>30 km	29	22,3
<b>Đường lây nhiễm HIV khai báo</b>		
Mẹ sang con	5	3,8
Tình dục khác giới	39	30,0
Tình dục đồng giới	55	42,3
Đường máu	31	23,9

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có việc làm (90,0%), thu nhập chủ yếu từ 2–3 triệu đồng/tháng (46,9%). Người bệnh độc thân chiếm tỷ lệ cao nhất (65,4%). Phần lớn sống cùng gia đình (80,8%). Khoảng cách từ nơi ở đến cơ sở điều trị đa số nằm trong khoảng 10–20 km (36,2%).

Đường lây nhiễm HIV được khai báo chủ yếu là quan hệ tình dục đồng giới (42,3%), tiếp theo là tình dục khác giới (30,0%) và đường máu (23,9%).

**3.2. Kiến thức về điều trị ARV của người bệnh**

**Bảng 2. Kiến thức của người bệnh về ARV**

Nội dung kiến thức	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Đã từng nghe về ARV</b>	129	99,2
<b>Nguồn thông tin về ARV</b>		
Nhân viên y tế	62	47,7
Truyền thông/Internet	30	23,1
Bạn bè/người thân	25	19,2
Khác	13	10,0
<b>Tác dụng của ARV (nhận thức đúng)</b>		
Giảm tải lượng HIV	73	56,2
Tăng cường sức khỏe	21	16,2
Giảm triệu chứng	14	10,8
Ngăn tiến triển AIDS	10	7,7
Không biết	12	9,2
<b>ARV có chữa khỏi HIV không? (trả lời đúng = Không)</b>	126	96,9
<b>Thời gian điều trị ARV</b>		
Suốt đời	117	90,0
Tối thiểu 12 tháng	7	5,4
Không biết	6	4,6

**Nhận xét:** Hầu hết người bệnh đã từng nghe về ARV (99,2%). Nguồn thông tin chủ yếu từ nhân viên y tế (47,7%), truyền thông/Internet (23,1%) và bạn bè/người thân (19,2%). Đa số

người bệnh nhận thức đúng về tác dụng của ARV, trong đó 56,2% biết rằng ARV giúp giảm tải lượng HIV, 16,2% cho rằng thuốc giúp tăng cường sức khỏe, và 10,8% cho rằng thuốc giúp giảm triệu chứng. Tỷ lệ trả lời đúng câu hỏi "ARV không chữa khỏi HIV" đạt 96,9%. Về thời gian điều trị, 90,0% biết rằng ARV cần được sử dụng suốt đời, 5,4% cho rằng tối thiểu 12 tháng, và 4,6% không biết.

### 3.3. Đặc điểm điều trị ARV của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. Đặc điểm điều trị ARV của người bệnh**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Số loại thuốc ARV đang sử dụng</b>		
1 loại	11	8,5
2 loại	63	48,5
3 loại	56	43,1
<b>Tác dụng phụ khi dùng ARV</b>		
Không	40	30,8
Nhẹ	59	45,4
Vừa	27	20,8
Nặng	4	3,1
<b>Thời gian điều trị (năm)</b>		
<1 năm	16	12,3
1-2 năm	25	19,2
2-3 năm	26	20,0
>3 năm	61	46,9
<b>Giai đoạn lâm sàng hiện tại</b>		
Giai đoạn 1	34	26,2
Giai đoạn 2	27	20,8
Giai đoạn 3	40	30,8
Giai đoạn 4	29	22,3
<b>Tải lượng HIV gần nhất</b>		
<200 copies/ml	32	24,6
200-1000 copies/ml	58	44,6
>1000 copies/ml	40	30,8
<b>Có bệnh cơ hội đi kèm</b>		
Không	65	50,0
Có ≥ 1 bệnh	65	50,0

**Nhận xét:** Đa số người bệnh đang sử dụng 2 loại thuốc ARV (48,5%), tiếp theo là 3 loại (43,1%). Tỷ lệ gặp tác dụng phụ là 69,2%, trong đó mức độ nhẹ chiếm đa số (45,4%). Thời gian điều trị ARV trên 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (46,9%). Về giai đoạn lâm sàng, nhóm giai đoạn 3 chiếm 30,8%, giai đoạn 1 chiếm 26,2%, giai đoạn 2 chiếm 20,8%, và giai đoạn 4 chiếm 22,3%. Tải lượng HIV gần nhất ở mức 200-1000 copies/ml chiếm 44,6%, trong khi nhóm < 200 copies/ml chiếm 24,6%. Tỷ lệ có bệnh cơ hội đi kèm là 50,0%.

### 3.4. Mức độ tuân thủ điều trị ARV theo thang đo GMAS

**Bảng 4. Mức độ tuân thủ điều trị ARV theo thang đo GMAS**

Nội dung	Chỉ số/Giá trị
<b>Điểm GMAS</b>	
Điểm GMAS trung bình ± SD	25,4 ± 6,2
Min - Max	8 - 33
<b>Phân loại tuân thủ điều trị</b>	
Tuân thủ tốt (≥ 27 điểm)	48 (36,9%)
Không tuân thủ (< 27 điểm)	82 (63,1%)
<b>Mô tả từng mục GMAS</b>	
GMAS1 - Quên uống thuốc	1,8
GMAS2 - Ngừng thuốc khi thấy khỏe	1,6
GMAS3 - Ngừng thuốc khi gặp tác dụng phụ	1,9
GMAS4 - Thiếu thuốc	1,3
GMAS5 - Tự ý thay đổi liều	1,7
GMAS6 - Bỏ liều do bận	2,0
GMAS7 - Quên lịch tái khám	1,8
GMAS8 - Ngại lấy thuốc	2,1
GMAS9 - Cảm thấy phiền phức	1,9
GMAS10 - Kỳ thị/từ chối hỗ trợ	1,2
GMAS11 - Khó khăn đi lại	1,7

**Nhận xét:** Điểm GMAS trung bình của mẫu nghiên cứu là 25,4 ± 6,2 điểm, dao động từ 8 đến 33 điểm. Theo phân loại GMAS: Tuân thủ tốt (≥ 27 điểm): 36,9% và không tuân thủ (< 27 điểm): 63,1%. Điểm trung bình từng mục GMAS cho thấy bệnh nhân gặp khó khăn nhất ở các mục liên quan đến bận rộn công việc (GMAS6: 2,0), ngại lấy thuốc (GMAS8: 2,1) và phiền phức khi dùng thuốc (GMAS9: 1,9). Phân tích so sánh điểm GMAS giữa nhóm tuân thủ tốt và nhóm không tuân thủ cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), chứng tỏ thang đo GMAS có khả năng phân biệt rõ mức độ tuân thủ điều trị ARV của người bệnh. Ngoài ra, các mục GMAS liên quan đến bận rộn công việc, ngại lấy thuốc và cảm giác phiền phức khi dùng thuốc có điểm trung bình cao hơn và liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng không tuân thủ điều trị ( $p < 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Về tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ ARV trong nhóm người bệnh 18-39 tuổi đạt 36,9%, thấp hơn so với báo cáo của Nguyễn và cộng sự (2021), trong đó tỷ lệ tuân thủ dao động 55-70% tại nhiều cơ sở điều trị trong nước [2]. Sự chênh lệch này có thể phản ánh đặc thù nhóm bệnh nhân trẻ, vốn chịu tác động mạnh bởi công việc, thu nhập, cân bằng cuộc sống, điều trị và các yếu tố tâm lý - xã hội. Nhóm người bệnh trẻ tuổi thường có tần suất bỏ liều cao hơn so với nhóm lớn tuổi, do áp lực nghề nghiệp, di chuyển

hiều và thái độ chưa ổn định đối với bệnh [3].

Tỷ lệ tuân thủ thấp trong nghiên cứu này cho thấy cần tăng cường các hoạt động tư vấn, hỗ trợ theo dõi và can thiệp cá nhân hóa cho nhóm bệnh nhân trẻ tuổi – nhóm đang chiếm tỷ trọng lớn trong số người nhiễm HIV mới tại Việt Nam.

**4.2. Kiến thức đúng về ARV và mối liên quan với tuân thủ.** Nghiên cứu ghi nhận người bệnh có kiến thức đúng về điều trị ARV có khả năng tuân thủ cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê. Đáp ứng mục tiêu điều trị, thời gian dùng thuốc suốt đời và ý nghĩa của tải lượng HIV đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì tuân thủ [3]. Điều này cho thấy kiến thức không chỉ là yếu tố nền mà còn là động lực giúp người bệnh hiểu đúng – làm đúng, giảm các quan niệm sai lầm về tác dụng phụ và tăng niềm tin với điều trị.

Đối với nhóm 18–39 tuổi, việc tăng cường giáo dục sức khỏe, tư vấn trực tiếp và qua các kênh phù hợp (mạng xã hội, nhóm hỗ trợ đồng đẳng...) có thể mang lại hiệu quả rõ rệt.

**4.3. Thời gian điều trị và tải lượng HIV trong mối liên quan với tuân thủ.** Trong nghiên cứu này, người bệnh có thời gian điều trị trên 3 năm và có tải lượng HIV được ức chế (< 200 copies/ml) có khả năng tuân thủ cao hơn khi thời gian điều trị dài giúp người bệnh thích nghi tốt hơn với chế độ dùng thuốc, đồng thời tăng khả năng gắn kết với hệ thống chăm sóc [3], [2].

Tải lượng HIV được ức chế thường phản ánh mức độ tuân thủ tốt, và ngược lại, tuân thủ tốt sẽ góp phần duy trì tải lượng thấp. Đây là mối quan hệ hai chiều đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu, đồng thời là chỉ báo quan trọng cho sự thành công của chương trình điều trị ARV.

**4.4. Tác dụng phụ và lịch tái khám.** Nghiên cứu ghi nhận tác dụng phụ của thuốc và việc không tuân thủ lịch tái khám có liên quan đến giảm khả năng tuân thủ điều trị. Điều này tương đồng với các triệu chứng khó chịu, lo âu về tác dụng phụ và thiếu hỗ trợ từ nhân viên y tế làm giảm niềm tin vào điều trị [1]. Trong bối cảnh nhóm 18–39 tuổi, tác dụng phụ có thể ảnh hưởng đến khả năng làm việc, sinh hoạt và dễ dẫn đến bỏ liều nếu người bệnh không được tư vấn đầy đủ.

Việc không tuân thủ lịch tái khám cũng có thể là hậu quả của đặc thù kinh tế – xã hội, như thời gian làm việc không cố định, di chuyển lao động hoặc thiếu hỗ trợ gia đình.

**4.5. Rào cản tuân thủ ở nhóm người bệnh trẻ tuổi.** Nhóm 18–39 tuổi thường đối mặt với các rào cản tuân thủ đặc thù hơn so với nhóm lớn tuổi. Finitsis và cộng sự (2016) chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân trẻ dễ bị ảnh hưởng bởi

căng thẳng tâm lý, kỳ thị xã hội, sự gián đoạn trong công việc và thói quen sinh hoạt không ổn định [5]. Những yếu tố này có thể giải thích vì sao tỷ lệ tuân thủ trong nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu trong nước.

Ngoài ra, sự thiếu ổn định trong đời sống lao động, di chuyển nhiều và áp lực kinh tế có thể khiến nhóm trẻ ưu tiên công việc hơn việc duy trì điều trị đúng giờ. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của các chương trình can thiệp phù hợp với lối sống năng động, linh hoạt của nhóm 18–39 tuổi.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả trên 130 người bệnh HIV/AIDS tuổi 18–39 tại tỉnh An Giang cho thấy mức độ tuân thủ điều trị ARV còn hạn chế, với tỷ lệ không tuân thủ chiếm 63,1% theo thang đo GMAS. Một số đặc điểm nhân khẩu – xã hội như độ tuổi trẻ, thu nhập thấp và áp lực nghề nghiệp có thể ảnh hưởng đến khả năng duy trì tuân thủ. Các yếu tố liên quan đến điều trị như tác dụng phụ, thời gian điều trị dài và khoảng cách đến cơ sở y tế cũng là những rào cản quan trọng. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao tuân thủ điều trị ARV ở nhóm người bệnh trẻ tuổi. Tư vấn cá nhân hóa, quản lý tác dụng phụ, hỗ trợ tiếp cận dịch vụ và củng cố động lực điều trị có thể góp phần cải thiện hiệu quả điều trị, giảm tải lượng HIV và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh.

## VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường tư vấn và hỗ trợ tuân thủ điều trị, đặc biệt cho nhóm bệnh nhân trẻ tuổi; đồng thời tối ưu hóa quản lý tác dụng phụ để hạn chế bỏ liều và gián đoạn điều trị.

Cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ ARV thông qua điều chỉnh mô hình cấp phát thuốc linh hoạt và ứng dụng công nghệ (nhắc liều, nhắc tái khám) nhằm duy trì tuân thủ lâu dài và kiểm soát tải lượng HIV hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô VM, Bùi THV**, Thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 506(2).
2. **Tâm LM, Trâm TV**, Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại Trung tâm Y tế thành phố Dĩ An, tỉnh Bình Dương năm 2023, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 532(2).
3. **Thùy ĐT, Nhung VH**, Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2023, Tạp chí Y học Việt Nam, 2024, 542(3).

4. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2019, 1–220.
5. **Finitis DJ, Pellowski JA, Johnson BT**, Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials, *PloS one*, 2014, 9(2):e88166.
6. **Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, Rachlis B, Wu P, Cooper C, Thabane L, Wilson K**, Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis, *Jama*, 2006, 296(6):679–690.
7. **Naqvi AA, Hassali MA, Rizvi M, Zehra A, Iffat W, Haseeb A, Jamshed S**, Development and validation of a novel General Medication Adherence Scale (GMAS) for chronic illness patients in Pakistan, *Frontiers in Pharmacology*, 2018, 9:1124.
8. **World Health Organization**. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach June 2013, Geneva:World Health Organization, 2013, 1-272.

## GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM SUY YẾU LÂM SÀNG (CLINICAL FRAILITY SCALE) ĐỐI VỚI CÁC BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH TRONG 6 THÁNG Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP CAO TUỔI

Xaysomboun Sihalath<sup>1</sup>, Phạm Mạnh Hùng<sup>1</sup>, Phạm Minh Tuấn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa mức độ suy yếu theo CFS và các biến cố tim mạch chính trong 6 tháng ở bệnh nhân suy tim cấp  $\geq 60$  tuổi. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $72,9 \pm 8,8$ ; nam 57,5%. Tỷ lệ suy yếu (CFS  $\geq 5$ ) là 53,3%. Sau 6 tháng, tử vong tim mạch 19,2%, tái nhập viện do suy tim 33,8% và biến cố gộp 52,9%. Nhóm suy yếu có tỷ lệ biến cố gộp cao hơn (67,2% so với 36,6%) và tử vong tim mạch cao hơn (33,6% so với 2,7%;  $p < 0,001$ ), trong khi tỷ lệ tái nhập viện tương đương (33,6% so với 33,9%;  $p = 0,956$ ). Trong mô hình Cox đa biến, mỗi tăng 1 điểm CFS làm tăng nguy cơ biến cố gộp (HR = 1,77; KTC 95%: 1,45–2,17), tử vong tim mạch (HR = 2,39; KTC 95%: 1,80–3,19) và tái nhập viện do suy tim (HR = 1,41; KTC 95%: 1,09–1,82). CFS cho AUC 0,703 đối với biến cố gộp và 0,836 đối với tử vong tim mạch tại điểm cắt CFS  $\geq 5$ , nhưng không có giá trị phân biệt tái nhập viện (AUC 0,493). **Kết luận:** Suy yếu theo CFS rất phổ biến ở bệnh nhân suy tim cấp cao tuổi và là yếu tố tiên lượng độc lập mạnh đối với biến cố tim mạch gộp và đặc biệt là tử vong tim mạch 6 tháng. Ngưỡng CFS  $\geq 5$  giúp nhận diện nhóm nguy cơ rất cao cần quản lý đa chuyên khoa sau xuất viện; CFS đơn độc không đủ để dự báo tái nhập viện do suy tim.

**Từ khóa:** suy yếu, Clinical Frailty Scale, suy tim cấp, người cao tuổi, biến cố tim mạch, tử vong, tái nhập viện.

### SUMMARY

#### PROGNOSTIC VALUE OF THE CLINICAL FRAILITY SCALE FOR 6-MONTH MAJOR

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025

### CARDIOVASCULAR EVENTS IN ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED WITH ACUTE HEART FAILURE

**Objectives:** To evaluate the association between CFS-defined frailty and 6-month major cardiovascular events in elderly AHF patients. **Results:** Mean age was  $72.9 \pm 8.8$  years; 57.5% were men; 53.3% were frail (CFS  $\geq 5$ ). At 6 months, cardiovascular death occurred in 19.2%, heart-failure rehospitalization in 33.8%, and the composite endpoint in 52.9%. Frail patients had markedly higher rates of composite events (67.2% vs. 36.6%) and cardiovascular death (33.6% vs. 2.7%; both  $p < 0.001$ ), while heart-failure rehospitalization was similar between groups. In multivariable Cox models, each 1-point increase in CFS independently increased the risk of the composite endpoint (HR 1.77; 95% CI 1.45–2.17), cardiovascular death (HR 2.39; 95% CI 1.80–3.19) and rehospitalization (HR 1.41; 95% CI 1.09–1.82). CFS showed fair discrimination for the composite endpoint (AUC 0.703) and good discrimination for cardiovascular death (AUC 0.836) at CFS  $\geq 5$ , but no discrimination for rehospitalization (AUC 0.493). **Conclusions:** Frailty assessed by CFS is highly prevalent and is an independent and powerful predictor of 6-month cardiovascular death and composite events in elderly AHF patients. A cutoff CFS  $\geq 5$  identifies a high-risk group, whereas CFS alone is insufficient to predict heart-failure rehospitalization.

**Keywords:** frailty, Clinical Frailty Scale, acute heart failure, elderly, cardiovascular events, mortality, rehospitalization.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở người cao tuổi, với tỷ lệ mắc khoảng 1–2% dân số trưởng thành và tăng lên tới gần 10% ở người  $\geq 70$  tuổi; tiên lượng vẫn nặng nề dù điều trị đã cải thiện<sup>1,2</sup>. Ở nhóm bệnh nhân này, gánh nặng bệnh đồng mắc và