

phản ứng sau tiêm liều bổ sung là 57,8%, và sau tiêm liều nhắc lại là 64,0%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Các yếu tố nhóm tuổi, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật ở người trẻ tuổi tiêm liều nhắc lại và tiền sử dị ứng các mũi tiêm trước có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phản ứng sau tiêm mũi 3, liều bổ sung và liều nhắc lại, vì vậy cần chú ý khai thác kỹ tiền sử trong khám sàng lọc trước khi quyết định tiêm chủng. Nghiên cứu là tiền đề để triển khai các nghiên cứu với quy mô lớn hơn trên các đối tượng đặc biệt hoặc trên các loại vắc xin khác nhau để có sự so sánh đầy đủ nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "Đại dịch COVID-19 chắc chắn chưa kết thúc." <https://dangcongsan.vn>. Accessed May 23, 2022. <https://dangcongsan.vn/the-gioi/tin-tuc/dai-dich-covid-19-chac-chan-chua-ket-thuc-610628.html>
2. Interim statement on booster doses for COVID-19 vaccination. Accessed May 16, 2023. <https://www.who.int/news/item/04-10-2021-interim-statement-on-booster-doses-for-covid-19-vaccination>
3. Bộ Y tế. Công văn 10225/BYT-DP 2021 tiêm vắc xin phòng COVID19 liều cơ bản và nhắc lại. Published online 2021.
4. Bộ Y tế. Công văn 10722/BYT-DP 2021 tiêm vắc xin phòng COVID19 liều cơ bản. Published online 2021.
5. Mukesh Agrawal và Niranjan Shendurnikar (2005). Immunization for children. Published online 2005.
6. Hause AM, Baggs J, Marquez P, et al. Safety Monitoring of COVID-19 Vaccine Booster Doses Among Adults — United States, September 22, 2021–February 6, 2022. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2022;71(7):249-254. doi:10.15585/mmwr.mm7107e1
7. Jeon M, Kim J, Oh CE, Lee JY. Adverse Events Following Immunization Associated with Coronavirus Disease 2019 Vaccination Reported in the Mobile Vaccine Adverse Events Reporting System. *J Korean Med Sci.* 2021;36(17):e114. doi:10.3346/jkms.2021.36.e114
8. Tran VN, Nguyen HA, Le TTA, Truong TT, Nguyen PT, Nguyen TTH. Factors influencing adverse events following immunization with AZD1222 in Vietnamese adults during first half of 2021. *Vaccine.* 2021;39(44):6485-6491. doi:10.1016/j.vaccine.2021.09.060
9. Hause AM, Baggs J, Gee J, et al. Safety Monitoring of an Additional Dose of COVID-19 Vaccine - United States, August 12-September 19, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021; 70(39):1379-1384. doi:10.15585/mmwr.mm7039e4
10. Chapin-Bardales J, Gee J, Myers T. Reactogenicity Following Receipt of mRNA-Based COVID-19 Vaccines. *JAMA.* 2021;325(21):2201-2202. doi:10.1001/jama.2021.5374

RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2022

Đoàn Thu Trà¹, Ngô Văn An¹, Đỗ Duy Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid máu rất phổ biến ở bệnh nhân HIV/AIDS do sự kết hợp của việc nhiễm HIV và sử dụng thuốc ARV. Nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ và yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân HIV tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 578 bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian nghiên cứu từ 01/2022 đến tháng 06/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ chung người bệnh có ít nhất một bất thường về các chỉ số lipid máu là 84,26%. Trong đó, tăng triglycerid chiếm tỉ lệ cao nhất với 58,13%, trong khi người bệnh có tăng cholesterol toàn phần chiếm tỉ lệ thấp nhất

(11,76%). Phân tích theo giới tính, độ tuổi, thời gian nhiễm HIV và thời gian điều trị ARV cho thấy một số khác biệt đáng kể. Nam giới có chỉ số triglycerid cao hơn nữ, và nhóm tuổi 50-59 có mức cholesterol cao nhất. Nhóm nhiễm HIV dưới 5 năm có mức Cholesterol và HDL-Cholesterol thấp hơn. Thời gian điều trị ARV dưới 5 năm liên quan đến mức cholesterol cao hơn và mức HDL-Cholesterol thấp hơn. Nữ giới và nhóm tuổi từ 50 trở lên có mức tăng Cholesterol và LDL-Cholesterol cao hơn. Không có sự khác biệt đáng kể về chỉ số lipid máu theo phân nhóm CD4 và chỉ BMI, cũng như không có sự liên quan thống kê giữa các yếu tố còn lại và tình trạng tăng LDL-Cholesterol và HDL-Cholesterol ở đối tượng nghiên cứu. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rối loạn lipid máu phổ biến ở bệnh nhân HIV/AIDS, tăng theo thời gian nhiễm HIV và điều trị ARV, và gợi ý phải kiểm soát và theo dõi thường xuyên các chỉ số lipid máu nhằm nâng cao chất lượng điều trị cho người bệnh. **Từ khóa:** rối loạn lipid máu, HIV, AIDS, điều trị ARV.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

SUMMARY

LIPID DISORDERS IN OUTPATIENT HIV/AIDS PATIENTS RECEIVING ARV TREATMENT

AT BACH MAI HOSPITAL IN 2022

Introduction: Dyslipidemia is common in HIV/AIDS patients due to the combination of HIV infection and the use of ARV drugs. This study aimed to determine the prevalence and related factors of dyslipidemia in HIV patients at Bach Mai Hospital from 2022. **Participants and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 578 outpatient HIV/AIDS patients at the Tropical Disease Center, Bach Mai Hospital. The research period was from 01/2022 to 06/2022. **Results:** The overall proportion of patients with at least one abnormal blood lipid index was 84.26%. Among them, increased triglyceride was the highest with 58.13%, while patients with increased total cholesterol had the lowest rate (11.76%). Analysis by gender, age, duration of HIV infection, and ARV treatment time revealed some significant differences. Males had higher triglyceride levels than females, and the age group of 50-59 had the highest cholesterol levels. The group infected with HIV for less than 5 years had lower cholesterol and HDL-Cholesterol levels. ARV treatment time of less than 5 years was associated with higher cholesterol and lower HDL-Cholesterol levels. Females and those aged 50 and above had higher increases in Cholesterol and LDL-Cholesterol. There were no significant differences in blood lipid indices by CD4 subgroup and BMI, nor were there any statistical correlations between the remaining factors and increased LDL-Cholesterol and HDL-Cholesterol status in the study subjects. **Conclusion:** The study showed that dyslipidemia is prevalent in HIV/AIDS patients, increases with the duration of HIV infection and ARV treatment, and suggests that regular monitoring and control of blood lipid indices is needed to improve the quality of treatment for patients. **Keywords:** dyslipidemia, HIV, AIDS, ARV treatment...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra xơ vữa động mạch, làm hẹp các mạch máu và trở thành nguyên nhân chính gây ra bệnh tim mạch. Bệnh xơ vữa động mạch thường gặp ở những người có LDL- C, cholesterol và triglycerid cao, đặc biệt khi HDL- C giảm, lipoprotein tăng [1]. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng chỉ ra mối tương quan thuận giữa lượng cholesterol trong máu và tỷ lệ tử vong do bệnh mạch vành. Cholesterol tăng trong máu có thể gây ra sự cản trở trong quá trình lưu thông máu, từ đó tăng nguy cơ xảy ra các vấn đề về tim mạch [2].

Các báo cáo trên toàn cầu cho thấy có tỉ lệ lớn bệnh nhân HIV/AIDS mắc phải rối loạn lipid máu [3]. Điều này là kết quả của sự tác động kép từ việc nhiễm HIV và ảnh hưởng của việc sử dụng thuốc ARV trong quá trình điều trị. Ở Việt Nam, một số khảo sát tại Hà Nội và TP. Hồ Chí Minh đã cho thấy tỉ lệ rối loạn chuyển hóa lipid nằm trong khoảng từ 16,3% đến 40,8% đối với

bệnh nhân đang trong giai đoạn điều trị bậc 1 [4], và từ 24% đến 73,3% đối với những người đang điều trị theo phác đồ bậc 2 có chứa Lopinavir/Ritonavir (LVP/r) [5].

Bệnh viện Bạch Mai bắt đầu triển khai điều trị ARV từ năm 2009 và hiện nay đang chăm sóc và quản lý trên 2000 bệnh nhân với nhiều bệnh nhân đã được điều trị trong thời gian dài từ 8 – 10 năm. Các báo cáo gần đây tại Phòng khám ngoại trú, tỉ lệ mắc các bệnh lý tim mạch có xu hướng gia tăng, trong đó rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố nguy cơ chủ yếu. Do đó, chúng tôi nghiên cứu này được tiến hành với các mục tiêu nhằm xác định tỉ lệ rối loạn lipid máu ở người bệnh HIV điều trị ARV và mô tả một số yếu tố liên quan tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai năm 2021-2022.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh án điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022. Địa điểm nghiên cứu tại Phòng khám Ngoại trú HIV, Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân HIV/AIDS hiện đang ký và điều trị tại phòng khám ngoại trú, Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai, phù hợp tiêu chuẩn sau: i) Tuổi ≥ 18 ; ii) Có kết quả xét nghiệm HIV (+) được khẳng định theo Hướng dẫn của Bộ Y tế; iii) Đủ tiêu chuẩn điều trị ARV theo Hướng dẫn của Bộ Y tế và iv) Điều trị ARV ít nhất 24 tuần tính đến thời điểm vào nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ các hồ sơ bệnh án không đủ các thông tin để tiến hành trích xuất và phân tích dữ liệu.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Nghiên cứu tiến hành chọn mẫu thuận tiện, tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng cộng có 578 hồ sơ bệnh án người bệnh đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích cuối cùng.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

Các thông tin khác phục vụ cho nghiên cứu sẽ được trích xuất trực tiếp từ bệnh án ngoại trú của bệnh nhân theo biểu mẫu thu thập thông tin lâm sàng được thiết kế sẵn.

2.6. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp và tình trạng kinh tế.

- Lâm sàng và điều trị: Giai đoạn lâm sàng

theo WHO, số lượng TB CD4, Tải lượng vi rút HIV, phác đồ điều trị ARV, Chỉ số khối cơ thể BMI.

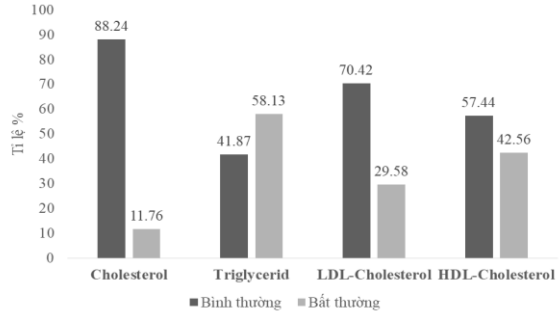
- Kết quả xét nghiệm chỉ số lipid máu, bao gồm: Cholesterol, Triglycerid, LDL-Cholesterol và HDL-Cholesterol. Nghiên cứu sử dụng phân loại rối loạn lipid máu theo NCEP 2002, như sau: Cholesterol toàn phần cao ($\geq 6,2$ mmol/L); Triglycerid cao ($\geq 1,7$ mmol/L); Tăng LDL-Cholesterol ($\geq 2,58$ mmol/L) và Giảm HDL-Cholesterol ($< 1,03$ mmol/L).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm KoboToolbox và làm sạch bởi hai nghiên cứu viên độc lập. Phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 17.0.

Biến số định lượng được biểu diễn bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, và biến số định tính được biểu diễn bằng số lượng và tỉ lệ %. Phân tích hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lipid máu ở người bệnh. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự thông qua và cho phép thực hiện bởi hội đồng khoa học của Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu quan sát không can thiệp vào quy trình điều trị thường quy của người bệnh. Các số liệu sử dụng trong nghiên cứu được bảo mật tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Tỉ lệ rối loạn lipid máu ở đối tượng nghiên cứu (N=578)

Biểu đồ 1 cho thấy tỉ lệ có rối loạn chuyển hoá lipid ở đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn NCEP 2002. Trong đó, người có tăng triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,13%, trong khi người bệnh có tăng cholesterol toàn phần chiếm tỷ lệ thấp nhất (11,76%). Tăng LDL-Cholesterol và giảm HDL-Cholesterol cũng chiếm tỉ lệ đáng kể với lần lượt là 29,58% và 42,56%. Tỉ lệ chung người bệnh có ít nhất một bất thường về các chỉ số lipid máu là 84,26%.

Trung bình các chỉ số lipid máu trong lần xét nghiệm gần nhất lần lượt là: Cholesterol toàn phần ($3,90 \pm 1,25$ mmol/L), Triglycerid ($2,32 \pm 1,60$ mmol/L), LDL-Cholesterol ($2,40 \pm 0,67$ mmol/L) và HDL-Cholesterol ($1,27 \pm 0,68$ mmol/L).

Bảng 2. So sánh chỉ số lipid máu theo một số đặc điểm ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Cholesterol		Triglycerid		LDL-Cholesterol		HDL-Cholesterol	
	TB \pm SD	p	TB \pm SD	p	TB \pm SD	p	TB \pm SD	p
Gới tính								
Nam	3.91 \pm 1.29	0.45	2.43 \pm 1.71	0.02	2.41 \pm 0.67	0.36	1.26 \pm 0.68	0.30
Nữ	3.89 \pm 1.19		2.15 \pm 1.41		2.39 \pm 0.67		1.29 \pm 0.67	
Nhóm tuổi								
18-29	3.69 \pm 1.23	0.04	2.24 \pm 1.59	0.31	2.19 \pm 0.69	0.05	1.1 \pm 0.31	0.08
30-39	3.96 \pm 1.04		2.15 \pm 1.26		2.4 \pm 0.65		1.21 \pm 0.63	
40-49	3.8 \pm 1.32		2.38 \pm 1.48		2.39 \pm 0.68		1.35 \pm 0.76	
50-59	4.3 \pm 1.43		2.61 \pm 2.66		2.51 \pm 0.59		1.23 \pm 0.72	
≥ 60	3.98 \pm 1.26		2.19 \pm 1.15		2.6 \pm 0.72		1.18 \pm 0.45	
Chỉ số CD4								
CD4 < 500	3.84 \pm 1.27	0.19	2.4 \pm 1.9	0.19	2.37 \pm 0.66	0.15	1.25 \pm 0.65	0.24
CD4 \geq 500	3.93 \pm 1.26		2.28 \pm 1.35		2.43 \pm 0.67		1.29 \pm 0.71	
Chỉ số BMI								
Bình thường	3.87 \pm 1.3	0.07	2.39 \pm 1.69	0.06	2.4 \pm 0.67	0.35	1.29 \pm 0.71	0.28
Thừa cân/Béo phì	4.12 \pm 1.07		2.06 \pm 1.09		2.43 \pm 0.65		1.23 \pm 0.64	
Nhiễm HIV								
< 5 năm	4.22 \pm 1.1	0.02	2.32 \pm 2.06	0.48	2.44 \pm 0.7	0.68	1.12 \pm 0.4	0.05
5- < 10 năm	3.73 \pm 1.25		2.21 \pm 1.44		2.4 \pm 0.66		1.28 \pm 0.67	
10- < 15 năm	3.95 \pm 1.34		2.47 \pm 1.65		2.41 \pm 0.66		1.36 \pm 0.81	
> 15 năm	3.69 \pm 1.22		2.28 \pm 1.15		2.3 \pm 0.65		1.23 \pm 0.66	
Điều trị ARV								
< 5 năm	4.31 \pm 0.99	0.00	2.21 \pm 1.86	0.61	2.38 \pm 0.71	0.92	1.1 \pm 0.4	0.01

5-<10 năm	3.73 ± 1.32	2.32 ± 1.42	2.41 ± 0.66	1.3 ± 0.73
>10 năm	3.9 ± 1.25	2.4 ± 1.68	2.4 ± 0.66	1.34 ± 0.74

(Giá trị p: t-test đối với phân nhóm 2; ANOVA đối với phân nhóm ≥ 3 nhóm)

Về giới tính, không có sự khác biệt đáng kể về trung bình Cholesterol, LDL-Cholesterol, và HDL-Cholesterol giữa nam và nữ. Tuy nhiên, trung bình chỉ số triglycerid ở nam cao hơn so với nữ có ý nghĩa thống kê với p = 0.02. Có sự khác biệt đáng kể về Cholesterol theo độ tuổi với nhóm tuổi từ 50 đến 59 có mức cholesterol cao nhất (p = 0.04). Không có sự khác biệt đáng kể về chỉ số lipid máu theo phân nhóm CD4 và chỉ

BMI. Đối với thời gian nhiễm HIV, nhóm nhiễm HIV dưới 5 năm có mức Cholesterol cao hơn đáng kể so với các nhóm khác (p = 0.02), và cũng trong nhóm này, mức HDL-Cholesterol lại thấp hơn đáng kể (p = 0.05). Cuối cùng, khi xem xét thời gian điều trị ARV, nhóm được điều trị ARV dưới 5 năm có mức cholesterol cao hơn đáng kể (p = 0.00), và mức HDL-Cholesterol cũng thấp hơn đáng kể (p = 0.01).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tăng Cholesterol và Triglycerid ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Tăng Cholesterol				Tăng Triglycerid			
	aOR	95% CI		p	aOR	95% CI		p
Giới tính								
Nam	1				1			
Nữ	1.1	0.61	1.99	0.75	0.57	0.38	0.84	0.01
Nhóm tuổi								
18-29	1				1			
30-39	3.33	0.68	16.36	0.14	0.95	0.44	2.03	0.89
40-49	3.91	0.8	19.23	0.09	1.04	0.49	2.21	0.92
50-59	10.14	2	51.38	0.01	1.45	0.59	3.54	0.41
≥60	7.32	1.1	48.51	0.04	2.9	0.78	10.78	0.11
Chỉ số CD4								
CD4<500	1				1			
CD4≥500	1.69	0.92	3.09	0.09	1.16	0.8	1.7	0.43
Chỉ số BMI								
Bình thường	1				1			
Thừa cân/Béo phì	1.64	0.77	3.52	0.2	0.89	0.51	1.54	0.67
Nhiễm HIV								
<5 năm	1				1			
5-<10 năm	0.34	0.13	0.87	0.03	0.89	0.48	1.67	0.73
10-<15 năm	0.53	0.2	1.35	0.18	1.66	0.85	3.25	0.14
>15 năm	0.28	0.07	1.06	0.06	1.67	0.73	3.81	0.22
Điều trị ARV								
<5 năm	1				1			
5-<10 năm	0.72	0.3	1.68	0.44	1.01	0.56	1.81	0.98
>10 năm	0.84	0.3	2.29	0.73	0.65	0.32	1.32	0.23

Nữ giới có xu hướng tăng Triglycerid thấp hơn nam giới một cách đáng kể (aOR = 0.57, 95% CI: 0.38-0.84, p = 0.01). Về nhóm tuổi, nhóm từ 50-59 tuổi và nhóm 60 tuổi trở lên đều có mức tăng Cholesterol cao hơn đáng kể so với nhóm 18-29 tuổi (aOR = 10.14, 95% CI: 2-51.38, p = 0.01 và aOR = 7.32, 95% CI: 1.1-48.51, p =

0.04). Đối với thời gian nhiễm HIV, nhóm nhiễm HIV từ 5 đến dưới 10 năm có xu hướng tăng Cholesterol thấp hơn so với nhóm nhiễm HIV dưới 5 năm (aOR = 0.34, 95% CI: 0.13-0.87, p = 0.03), nhưng không có sự khác biệt đáng kể về mức tăng Triglycerid giữa các nhóm.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến tăng Cholesterol và Triglycerid ở đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Tăng LDL-Cholesterol				Giảm HDL-Cholesterol			
	aOR	95% CI		p	aOR	95% CI		p
Giới tính								
Nam	1				1			
Nữ	0.78	0.51	1.19	0.25	0.67	0.45	0.99	0.04
Nhóm tuổi								
18-29	1				1			
30-39	1.88	0.76	4.62	0.17	1.51	0.70	3.24	0.29

40-49	1.57	0.64	3.86	0.33	1.04	0.49	2.21	0.93
50-59	2.81	1.04	7.56	0.04	1.46	0.61	3.49	0.40
≥60	3.62	1.06	12.32	0.04	1.07	0.34	3.36	0.91
Chỉ số CD4								
CD4<500	1				1			
CD4≥500	1.34	0.88	2.02	0.17	0.98	0.67	1.43	0.92
Chỉ số BMI								
Bình thường	1				1			
Thừa cân/Béo phì	0.84	0.45	1.54	0.56	1.04	0.60	1.79	0.89
Nhiễm HIV								
<5 năm	1				1			
5-<10 năm	0.97	0.50	1.90	0.94	1.14	0.61	2.14	0.68
10-<15 năm	0.86	0.42	1.76	0.69	1.16	0.60	2.25	0.66
>15 năm	0.63	0.25	1.59	0.33	1.55	0.69	3.48	0.28
Điều trị ARV								
<5 năm	1				1			
5-<10 năm	0.83	0.45	1.54	0.55	0.62	0.35	1.10	0.10
>10 năm	1.00	0.48	2.08	1.00	0.57	0.29	1.12	0.10

Nữ giới có xu hướng giảm HDL-Cholesterol so với nam giới (aOR = 0.67, 95% CI: 0.45-0.99, p = 0.04), trong khi không có sự khác biệt đáng kể nào về mức tăng LDL-Cholesterol. Nhóm tuổi từ 50-59 tuổi và nhóm 60 tuổi trở lên đều có mức tăng LDL-Cholesterol cao hơn đáng kể so với nhóm 18-29 tuổi (aOR = 2.81, 95% CI: 1.04-7.56, p = 0.04 và aOR = 3.62, 95% CI: 1.06-12.32, p = 0.04). Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các yếu tố còn lại và tình trạng tăng LDL-Cholesterol và HDL-Cholesterol ở đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đã thực hiện việc đánh giá tình trạng RLLM của người bệnh HIV/AIDS đang được điều trị ARV tại Phòng khám Ngoại trú, Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai năm 2022. RLLM được đánh giá thông qua các chỉ số xét nghiệm bao gồm Cholesterol, Triglyceride, LDL-Cholesterol và HDL-Cholesterol. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ cao bệnh nhân có bất thường ở tất cả các chỉ số, trong đó, tăng Triglyceride và giảm HDL-Cholesterol chiếm tỉ lệ cao nhất.

Tỉ lệ bệnh nhân có Cholesterol tăng trên 6.2 mmol/L trong nghiên cứu này là 11,76%. So với nghiên cứu của Võ Thanh Nhơn thực hiện tại TP. Hồ Chí Minh năm 2014, kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho tỉ lệ thấp hơn. Trong nghiên cứu trên, tỉ lệ bệnh nhân có Cholesterol tăng lên tới 47,9% [5]. So sánh với các nghiên cứu khác ở khu vực và trên thế giới, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy xu hướng thấp hơn. Nghiên cứu của Setha Limsreng và cộng sự tại Campuchia năm 2016 cho thấy tỉ lệ này là 34,8% [6], còn

nghiên cứu của Matoga MM năm 2016 đánh giá trên bệnh nhân HIV dùng phác đồ chứa LPV/r tại 4 quốc gia Ấn Độ, Malawi, Thái Lan và Nam Phi cho thấy tỉ lệ này là 48% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có Triglyceride tăng >2.3 mmol/L rất cao với 58,13%. Trong nghiên cứu của Võ Thanh Nhơn, tỉ lệ này là 71,4% [5]; và nghiên cứu Hiransuthikul tại Thái Lan ở các bệnh nhân đang điều trị ARV báo cáo tỉ lệ là 42,9% [8]. Giảm HDL-Cholesterol rất thường gặp ở các bệnh nhân điều trị HIV và đóng vai trò quan trọng trong việc tăng nguy cơ bệnh tim mạch mãn tính ở nhóm dân số này. Mức HDL-Cholesterol thấp đã được mô tả trong các nghiên cứu về những người nhiễm HIV chưa điều trị ARV. Ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, mức HDL tăng dần theo thời gian nhiễm HIV và thời gian điều trị ARV. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Setha Limsreng, khi nghiên cứu này cũng ghi nhận tăng mức HDL-Cholesterol ở các bệnh nhân điều trị ARV ở Campuchia [6]. Một điểm đáng lưu ý là ngay cả khi không có các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, giảm HDL-Cholesterol đã cho thấy sự liên quan độc lập đến nguy cơ mắc tim mạch cao trong các nghiên cứu khác nhau và đặc biệt là ở các cộng đồng bệnh nhân HIV/AIDS tại Châu Á.

Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, nữ giới ít có xu hướng giảm HDL-Cholesterol hơn so với nam giới. Nhóm tuổi cao hơn cũng cho thấy sự liên quan đến tăng Cholesterol toàn phần và HDL-Cholesterol. Kết quả này có thể giải thích do nam giới có nhiều các hành vi nguy cơ bao gồm nghiện rượu và nghiện thuốc lá hơn, dẫn đến các RLLM cũng có nguy cơ xuất hiện cao hơn so với nữ giới. Điều này gợi ý rằng trong quá trình điều

tri, cần chú trọng tư vấn về các hành vi có hại bao gồm hút thuốc lá và sử dụng rượu bia cho bệnh nhân để phòng ngừa các yếu tố tăng nguy cơ bệnh tim mạch và các bệnh mãn tính khác ở bệnh nhân HIV/AIDS.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, kết quả cho thấy rối loạn lipid máu rất phổ biến ở bệnh nhân HIV/AIDS và có xu hướng tăng lên theo thời gian nhiễm HIV và điều trị ARV. Sự gia tăng của các chỉ số lipid máu như cholesterol, triglyceride cùng với việc giảm HDL-Cholesterol có thể tạo ra nguy cơ cao về các bệnh tim mạch. Vì vậy, việc kiểm soát và theo dõi các chỉ số lipid máu thường quy, cũng như tư vấn về hành vi sống khỏe mạnh là rất quan trọng trong quá trình điều trị bệnh nhân HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Du Z, Qin Y.** Dyslipidemia and Cardiovascular Disease: Current Knowledge, Existing Challenges, and New Opportunities for Management Strategies. *Journal of Clinical Medicine.* 2023; 12(1):363.
2. **He GD, Liu XC, Liu L, et al.** A nonlinear association of total cholesterol with all-cause and

cause-specific mortality. *Nutr Metab (Lond).* 2021;18(1):25.

3. **Martin, A., et al.** HIV Lipodystrophy in Participants Randomised to Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) +2-3 Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (N(t)RTI) or LPV/r + Raltegravir as Second-Line Antiretroviral Therapy. *PLoS ONE.* 2013; 8(10): e77138.
4. **Phạm Bá Hiền và cộng sự.** Đánh giá tác dụng không mong muốn của hai phác đồ điều trị bệnh nhân AIDS: Stavudine + Lamivudine + Nevirapine và Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine. *Tạp chí Y học Dự phòng.* 2009; 21: 96-102.
5. **Võ Thanh Nhơn và Nguyễn Hữu Chí.** Rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị phác đồ bậc 2 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh.* 2014; 18(1): 401-411.
6. **Limsreng S, Marcy O, Ly S, et al.** Dyslipidemias and Elevated Cardiovascular Risk on Lopinavir-Based Antiretroviral Therapy in Cambodia. *PLoS One.* 2016;11(8):e0160306.
7. **Matoga MM, Hosseinipour MC, Aga E, et al.** Hyperlipidaemia in HIV-infected patients on lopinavir/ritonavir monotherapy in resource-limited settings. *Antivir Ther.* 2017;22(3):205-213.
8. **Hiransuthikul N, Hiransuthikul P, Kanasook Y.** Lipid profiles of Thai adult HIV-infected patients receiving protease inhibitors. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2007;38(1):69-77.

HIỆU QUẢ CỦA CORTICOSTEROID DỰ PHÒNG PHẢN ỨNG QUÁ MẮN DO PACLITAXEL TRONG HOÁ TRỊ BỔ TRỢ UNG THƯ VÚ

Phạm Tuấn Anh¹, Nguyễn Thị Phương Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả corticosteroid dự phòng phản ứng quá mẫn của Paclitaxel trong hoá trị bổ trợ ung thư vú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 100 bệnh nhân ung thư tuyến vú giai đoạn chưa di căn được điều trị bổ trợ phác đồ có Paclitaxel tại khoa điều trị A, Bệnh viện K từ tháng 3/2021 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân thấp nhất là 27 tuổi, tuổi cao nhất là 60 tuổi, tuổi trung bình là 49. UT BM thể ống xâm nhập thường gặp nhất chiếm 82% và thể tiểu thùy xâm nhập là 18%. Tỷ lệ bệnh nhân nhóm Her 2 dương tính cao nhất, chiếm 35%. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn II, chiếm 75%. Các phản ứng quá mẫn độ 1,2 với tỷ lệ từ 7.5-12%. Độ 3 dưới 5% và shock phản vệ dưới 1%. Các biểu hiện quá mẫn thường gặp nhất là nóng bừng mặt (21.5-22%), đau

tức ngực (21-21,5%), khó thở (18.5 – 19.5%), mạch nhanh (18-19%) và hạ huyết áp (17-17,5%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ các biểu hiện này giữa 2 nhóm phác đồ. **Từ khóa:** Ung thư vú, paclitaxel, dự phòng quá mẫn

SUMMARY

EFFICACY OF CORTICOSTEROID FOR PROPHYLAXIS OF PACLITAXEL HYPERSENSITIVITY REACTIONS

Objectives: To evaluate the efficacy of corticosteroids in preventing hypersensitivity reactions of paclitaxel in adjuvant chemotherapy for breast cancer. **Patients and method:** A study of 100 non-metastatic breast cancer patients who were treated with Paclitaxel from Mar 2021 to Dec 2022 at K Hospital. **Results:** The youngest patient was 27 years-old, the oldest patient was 60 years old. The mean age was 49. Invasive ductal carcinoma accounted for 82% and lobular carcinoma was 18%. The most patient was Her2 positive group, accounting for 35%. The most patient in the study was in stage II, accounting for 75%. Grade 1,2 hypersensitivity reactions was 7.5-12%. Grade 3 less than 5% and anaphylaxis less than 1%. The most common

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023