

- classification and management of urosepsis. *Curr Opin Urol.* 2017; 27(2):133-137.
6. **Wang Z, Schorr C, Hunter K, et al.** Contrasting treatments and outcomes of septic shock presentation on hospital floors versus emergency department. *Chin Med J.* 2010; 123:3550-3.
  7. **Michael Bauer, Herwig Gerlach, Tobias Vogelmann, et al.** Mortality in sepsis and septic shock in Europe, North America and Australia between 2009 and 2019— results from a systematic review and meta-analysis. *Crit Care.* 2020; 24: 239.
  8. **Vũ Đình Hùng, Kiều Thị Hoa, Hoàng Bùi Hải.** Cơ cấu bệnh tật tại khoa Cấp Cứu – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội năm 2019. *Tạp chí Nghiên Cứu Y Học.* 2021; 147(11):317-323.
  9. **Wagenlehner, F.M.E.; Weidner, W.; Naber, K.G.; et al.** Pharmacokinetic Characteristics of Antimicrobials and Optimal Treatment of Urosepsis. *Clin. Pharmacokinet.* 2007;46:291-305.
  10. **Chin B. S., Kim M. S., Han S. H., et al.** Risk factors of all-cause in-hospital mortality among Korean elderly bacteremic urinary tract infection (UTI) patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2010; 52:e50-e55.

## KẾT QUẢ SƠ SINH CỦA SẢN PHỤ VỊ THÀNH NIÊN SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2022

Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả về phía con của sản phụ từ 10 đến 19 tuổi sinh tại bệnh viện phụ sản Hà Nội năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có 342 trẻ sơ sinh của 333 sản phụ vị thành niên từ 10 đến 19 tuổi sinh tại BVPSHN năm 2022 được lựa chọn. Các kết cục về phía trẻ sơ sinh được đánh giá trong nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình của sản phụ là  $18,26 \pm 1,021$ , trong đó nhóm tuổi 15-17 chiếm 19,5%. Cân nặng khi sinh trung bình của trẻ sơ sinh là  $2774 \pm 699,40g$ . Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh cực thấp (<1000g) chiếm 4,4%. Nhóm tuổi từ 15 - 17 tuổi chiếm 19,5% tổng số sản phụ vị thành niên. Tỷ lệ sơ sinh có Apgar < 7 phút thứ 1 là 8,4%, phút thứ 5 là 6,2%. Tỷ lệ vàng da sơ sinh bệnh lý 13,2%, nhiễm trùng sơ sinh 1,5%, nhập ICU 17%, tử vong chu sinh 4,1%. Không có sự khác biệt kết cục về phía con giữa hai nhóm tuổi 15-17 tuổi và 18-19 tuổi. **Kết luận:** Phụ nữ mang thai tuổi vị thành niên gặp nhiều nguy cơ với trẻ sơ sinh như sơ sinh non tháng, nhẹ cân, sơ sinh suy hô hấp, vàng da và tỷ lệ trẻ cần điều trị tại ICU. **Từ khóa:** Vị thành niên, sinh non, biến chứng sơ sinh.

### SUMMARY

#### NEONATAL OUTCOMES OF ADOLESCENT PREGNANCY AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2022

**Objective:** Descriptive the neonatal outcomes of pregnant women from 10 to 19 years old giving birth at Hanoi Obstetrics Hospital in 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was

performed on 342 newborns of 333 mothers aged from 10 to 19 years old who gave birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was performed at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2022. Using convenience sampling method, 342 newborns of 333 pregnant women aged from 10 to 19 years old were included. Risk factors of the neonatal were assessed on the research. **Results:** The mean age of pregnant women was  $18.26 \pm 1,021$ . The mean birth weight of newborns was  $2774 \pm 699.40$  gr. The percentage of neonatal with extremely low birth weight (<1000gr) accounted for 4.4%. The age group from 15 to 17 years old accounts for 19.5% of the total number of adolescent pregnancy. The rate of newborns with Apgar score < 7 at 1<sup>st</sup> minute is 8.4% and after 5 minutes is 6.2%. The rate of neonatal jaundice requiring treatment was 13.2%, neonatal infection was 1.5%, ICU admission was 17%, and perinatal mortality was 4.1%. There is no difference in child outcomes between the two age groups 15-17 years old and 18-19 years old. **Conclusions:** Adolescent pregnancy face many risks to their newborns such as premature birth, low birth weight, newborn respiratory failure, jaundice and the rate of babies needing treatment in the ICU. **Keywords:** Adolescents, preterm birth, neonatal complications.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của WHO, độ tuổi vị thành niên là 10 - 19 tuổi [8]. Tại Việt Nam, theo Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế, tỷ lệ trẻ vị thành niên có thai trong tổng số người mang thai tăng liên tục qua các năm, năm 2010 là 2,9%; năm 2011 là 3,1%; năm 2012 là 3,2% và 2,7% năm 2015 [1]. Mang thai ở tuổi vị thành niên gây ra những kết cục bất lợi cho cả mẹ và thai. Những đứa trẻ sinh ra từ bà mẹ vị thành niên có tỉ lệ chết trước 1 tuổi, nhẹ cân, suy dinh dưỡng, bệnh tật cao hơn cơ với con của các mẹ ở tuổi

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà  
Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024

trường thành. Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là một trong những bệnh viện đầu ngành bệnh viện tiếp nhận người bệnh từ nhiều tỉnh thành trong cả nước, trong đó có đối tượng vị thành niên. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu "Nhận xét kết quả về phía con của sản phụ vị thành niên sinh tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội năm 2022".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên những sản phụ từ 10 đến 19 tuổi và con sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Tuổi của sản phụ: Từ 10 đến 19 tuổi tại thời điểm sinh.

Tuổi thai ≥ 22 tuần 0 ngày tính theo ngày đầu kỳ kinh cuối cùng, hoặc theo dự kiến sinh siêu âm thai 3 tháng đầu và hoặc Trọng lượng lúc sinh ≥ 500gr.

Đẻ hoặc mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Gồm tất cả trường hợp đơn thai hoặc đa thai, thai sống, thai lưu, thai dị tật.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2022 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến hành hồi cứu

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** 333 sản phụ với 342 trẻ sơ sinh được lựa chọn vào nghiên cứu theo cách chọn mẫu toàn bộ, phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

Sử dụng test  $\chi^2$  và Fisher để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của sản phụ vị thành niên.** Độ tuổi trung bình của các sản phụ là  $18,26 \pm 1,021$  tuổi. Nhóm tuổi từ 15 - 17 tuổi chiếm 19,5%, trong đó có 6 sản phụ 15 tuổi và 59 sản phụ từ 16 -17 tuổi. Nhóm tuổi từ 18 - 19 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn 80,5%.

Nhóm sản phụ sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ 63,97%, thành thị (36,03%). Sản phụ có nghề nghiệp là tự do chiếm cao nhất 218/333 trường hợp (65,5%). Nghề nghiệp học sinh (25,8%), nghề nghiệp là sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,7%.

Tiền sử sản khoa: Số sản phụ chưa từng sinh con trước đó chiếm tỷ lệ 92,2%. Số sản phụ đã từng phá thai/sẩy thai chiếm tỷ lệ 7,5%, trong đó 100% sản phụ thuộc nhóm tuổi từ 18 - 19 tuổi.

**3.2. Đặc điểm kết quả sản khoa về phía con**

**Bảng 3.1. Bảng phân bố cân nặng khi sinh của con với tuổi mẹ**

Cân nặng khi sinh (gram)	Tổng số, n(%) (n=342)	Tuổi mẹ		p
		15-17 tuổi (n=67)	18-19 tuổi (n=275)	
Cân nặng khi sinh cực thấp (<1000 g)	15 (4,4)	3 (4,5)	12 (4,4)	0,900 (Fisher)
Cân nặng khi sinh rất thấp (1000-<1500g)	9 (2,6)	1 (1,5)	8 (2,9)	
Cân nặng khi sinh thấp (1500 - <2500 g)	53 (15,5)	9 (13,4)	44 (16)	
Cân nặng khi sinh bình thường ≥ 2500g	265 (77,5)	54 (80,6)	211 (76,7)	
Cân nặng khi sinh trung bình (mean±SD)	2774 ± 699,40 g	2869 ± 730,39g	2751 ± 691,03g	0,176
Cân nặng khi sinh nhỏ nhất, lớn nhất	Min 450g, Max 4200g	Min 450g, Max 4200g	Min 500g, Max 4200g	

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh cực thấp(<1000g) chiếm 4,4%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh rất thấp (1000 ≤1500g) chiếm 2,6%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh thấp (1500 ≤2500g) chiếm 15,5%. Cân nặng khi sinh trung bình của trẻ sơ sinh là 2774 ± 699,40 g.

**Bảng 3.2. Phân bố tình trạng bất lợi sau sinh của trẻ sơ sinh với tuổi mẹ**

Tình trạng bất lợi	Tổng số, n(%) (n = 342)	Tuổi mẹ		p
		15-17 tuổi (n = 67)	18-19 tuổi (n = 275)	
Non tháng	67 (19,6)	14 (20,9)	53 (19,3)	0,764*
Apgar < 7	29 (8,5)	4 (6,6)	25 (9,1)	0,411 <sup>a</sup>
Bệnh màng trong	11 (3,2)	1 (1,5)	10 (3,6)	0,699*
Vàng da sơ sinh phải điều trị	45 (13,2)	7 (10,4)	38 (13,8)	0,464*
Nhiễm trùng sơ sinh	5 (1,5)	2 (3,0)	3 (1,1)	0,254*
Nhập ICU	58 (17)	13 (19,4)	45 (16,4)	0,552 <sup>a</sup>

Hỗ trợ hô hấp	56 (16,4)	10 (14,9)	46 (16,7)	0,721 <sup>a</sup>
Bất thường bẩm sinh (thoát vị rốn, khe hở thành bụng, tim bẩm sinh...)	24 (7,0)	3 (4,5)	21 (7,6)	0,593*
Tử vong chu sinh	14 (4,1)	3 (4,5)	11 (4,0)	0,742*

**Nhận xét:** Kết quả trên cho thấy tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng chiếm 19,6%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có ngạt (Apgar phút thứ nhất <7) chiếm 8,5%, mắc bệnh màng (3,2%), vàng da sơ sinh phải điều trị (13,2%), nhiễm trùng sơ sinh (1,5%), nhập ICU (17%), hỗ trợ hô hấp (16,4%), bất thường bẩm sinh (7%), tử vong chu sinh (4,1%).

#### IV. BÀN LUẬN

##### Đặc điểm kết quả sản khoa về phía con

**Đặc điểm cân nặng khi sinh của trẻ sơ sinh.** Số trẻ sơ sinh nhẹ cân (<2500g) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 22,5%, trong đó trẻ sơ sinh có cân nặng khi sinh cực thấp (<1000g) chiếm 4,4%. Cân nặng khi sinh trung bình là  $2774 \pm 699,4$  gam. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả nghiên cứu Nguyễn Thị Hồng (2021) tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên với tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 17,9% [3]. Kết quả trên cho thấy mang thai ở tuổi vị thành niên có rất nhiều nguy cơ cho thai nhi như đẻ non, nhẹ cân.

**Đặc điểm tình trạng bất lợi của trẻ sơ sinh sau sinh.** Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng, mắc nhiễm trùng sơ sinh, phải nhập ICU, tử vong chu sinh ở nhóm tuổi mẹ từ 15 – 17 cao hơn với nhóm tuổi từ 18 – 19, ngược lại tỷ lệ trẻ sơ sinh có ngạt (Apgar <7), vàng da sơ sinh phải điều trị, mắc bệnh màng trong, cần hỗ trợ hô hấp, bất thường bẩm sinh thấp hơn ( $p > 0,05$ ).

Tỷ lệ trẻ bị ngạt sau sinh (Apgar <7) chiếm 8,5%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn là 30% [4]. Sự khác biệt trên có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kim Hoàn có tuổi từ 10 đến 18, thấp hơn của chúng tôi, vì vậy dẫn đến tỷ lệ trẻ ngạt sau sinh cao hơn. So sánh với tác giả Njim nghiên cứu tại Cameroon (2017) trên sản phụ từ 20 – 24 tuổi (5,5%) thì tỷ lệ trẻ ngạt sau sinh của chúng tôi cao hơn [7]. Qua đó cho thấy sinh con ở tuổi vị thành niên dễ làm tăng nguy cơ trẻ bị ngạt sau sinh.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc bệnh màng trong chiếm 3,2%, vàng da sơ sinh phải điều trị chiếm 13,2%, trẻ sơ sinh phải nhập ICU chiếm tỷ lệ 17%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc bệnh màng trong, vàng da sơ sinh phải điều trị ở nhóm tuổi mẹ từ 18 – 19 cao hơn nhóm tuổi từ 15 – 17, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều đó cho thấy những đứa trẻ sơ sinh được sinh ra từ bà mẹ vị thành niên sinh có nhiều khả năng gặp phải những kết quả bất lợi hơn.

Tỷ lệ nhiễm trùng sơ sinh trong nghiên cứu chiếm 1,5% thấp hơn nghiên cứu của Akalu tại Ethiopia (34%) [5]. Nguyên nhân của sự chênh lệch có thể do sự khác biệt trong mức độ phát triển kinh tế xã hội, hệ thống y tế phát triển và công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em được chú trọng.

Tỷ lệ trẻ phải hỗ trợ hô hấp chiếm tỷ lệ khá cao 16,4%. Kết quả nghiên cứu ghi nhận được tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân (22,5%), non tháng (19,5%), suy hô hấp (8,5%) còn khá cao. Điều đó cho thấy thai nghén của sản phụ vị thành niên có rất nhiều nguy cơ cho thai nhi như đẻ non, nhẹ cân và suy hô hấp. Theo nghiên cứu của Njim T. và cộng sự, mang thai ở tuổi vị thành niên có nguy cơ sinh non cao hơn (OR: 1,7; 95%CI: 1,3-2,2;  $p < 0,01$ ) và cân nặng khi sinh thấp (OR, 1,8; 95% CI: 1,4-2,3;  $p < 0,01$ ) [7].

Tỷ lệ thai bất thường bẩm sinh chiếm 7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Kim Hoàn (14,3%) [4]. Giải thích về điều này, có thể do khác biệt về đối tượng và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên sản phụ từ 10 đến 19 tuổi. Còn nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Kim Hoàn nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương 2020 thực hiện trên sản phụ nhỏ tuổi hơn từ 10 đến 18 tuổi.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,3%, thấp hơn của Phạm Thị Kim Hoàn (19,8%) [4]. Giải thích sự khác biệt này có thể do đối tượng mà tác giả Phạm Thị Kim Hoàn nghiên cứu là các sản phụ còn rất trẻ, chưa tròn 18 tuổi, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chọn đối tượng nghiên cứu là vị thành niên (10-19 tuổi). So sánh với tác giả Njim tại Cameroon 2017 trên đối tượng vị thành niên (4%) thì tỷ lệ tử vong sơ sinh của chúng tôi khá tương đồng, tuy nhiên khi so với đối tượng người lớn từ 20 – 24 tuổi (1,4%) của tác giả này thì tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn [7]. Như vậy, tỷ lệ chết thai và chết sơ sinh trong nhóm bà mẹ càng trẻ càng cao hơn so với nhóm bà mẹ trưởng thành.

#### V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình của sản phụ là  $18,26 \pm 1,021$ , trong đó nhóm tuổi là 18 – 19 chiếm 80,5%. Mang thai tuổi vị thành niên làm tăng nguy cơ cho trẻ sơ sinh như sơ sinh non tháng, nhẹ cân, tăng tỷ lệ sơ sinh suy hô hấp vàng da và tỷ lệ trẻ cần điều trị tại ICU.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ.** Vụ bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hóa gia đình, Chương trình sức khỏe sinh sản. 2015:51
2. **Nguyễn Thanh Hải, Ánh VTN, Hạnh TTM, Trung NH, Nhân ĐT, Linh TM.** Mang thai ở tuổi vị thành niên: đặc điểm và kết quả thai kỳ. Tạp chí Phụ sản
3. **Nguyễn Thị Hồng B, Thị Hoa, Dương Tiến Minh, Bùi Ngọc Diệp, Huy HQ.** Kết quả mang thai ở tuổi vị thành niên tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam. 06/20 2022;514(1)doi:10.51298/vmj.v514i1.2535
4. **Phạm Thị Kim Hoàn NTP.** Nghiên cứu kết quả xử trí sản khoa ở sản phụ dưới 18 tuổi tại bệnh viện phụ sản trung ương từ năm 2017 đến năm 2019. Bệnh viện phụ sản Trung Ương. 2019;
5. **Akalu TY, Aynalem YA, Shiferaw WS, et al.** Prevalence and determinants of early onset neonatal sepsis at two selected public referral hospitals in the Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Pediatrics. 2023/01/05 2023;23(1):10. doi:10.1186/s12887-022-03824-y
6. **Asavapiryanont S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarach E.** Prevalence of Sexually Transmitted Infection in Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. Feb 2016;99 Suppl 2:S153-60.
7. **Njim T, Agbor VN.** Adolescent deliveries in semi-urban Cameroon: prevalence and adverse neonatal outcomes. BMC Research Notes. 2017/ 06/26 2017;10(1):227. doi:10.1186/s13104-017-2555-3
8. **WHO.** Issues in Adolescent Health and Development. 2004.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN NĂM 2022

Nguyễn Thị Tô Uyên<sup>1</sup>, Trương Nữ Linh Chi<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Điều trị HIV/AIDS là điều trị liên tục, suốt đời và cần tuân thủ điều trị, tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị, có một chế độ. điều trị tốt còn thấp, còn gặp khó khăn trong việc duy trì chế độ điều trị chính xác do các từ phía người bệnh cũng như yếu tố bên ngoài

**Mục tiêu:** Xác định thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế thành phố Thái Nguyên năm 2022. **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023 trên 370 người bệnh. Sử dụng phương pháp hồi cứu bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bảng câu hỏi để thu thập số liệu. **Kết quả:** trong tổng số 370 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 48,6% đối tượng tuân thủ tốt điều trị ARV và 51,4% đối tượng tuân thủ không tốt điều trị ARV. **Kết luận:** cần nâng cao hiệu quả điều trị ARV thông qua các hoạt động nâng cao nhận thức cho người bệnh, đồng thời hỗ trợ và chăm sóc cho người bệnh. **Từ khóa:** tuân thủ điều trị, người bệnh HIV/AIDS.

## SUMMARY

### STATUS ADHERENCE TO ARV TREATMENT OF OUTPATIENT HIV/AIDS PATIENTS AT THAI NGUYEN CITY MEDICAL CENTER IN 2022

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tô Uyên

Email: nguyenthituyen@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2024

Ngày duyệt bài: 7.2.2024

**Background:** HIV/AIDS treatment is continuous, lifelong treatment and requires adherence to treatment, however some studies show that the rate of patients complying with treatment, has a regimen. Despite good treatment, there are still difficulties in maintaining the correct treatment regimen due to patient factors as well as external factors. **Objectives:** Determine the current status of adherence to ARV treatment of HIV/AIDS patients Outpatient treatment at Thai Nguyen City Medical Center in 2022. **Method:** cross-sectional descriptive study design conducted from July 2022 to May 2023 on 370 patients. Use the method of retrospective medical records and direct interviews with patients using questionnaires to collect data. **Results:** out of a total of 370 subjects participating in the study, 48.6% of subjects had good adherence to ARV treatment and 51.4% of subjects had poor adherence to ARV treatment. Conclusion: it is necessary to improve the effectiveness of ARV treatment through activities to raise awareness for patients, and at the same time support and care for patients. **Keywords:** adherence to treatment, HIV/AIDS patients.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch HIV vẫn luôn được coi là một trong những đại dịch nguy hiểm toàn cầu kể từ năm 1981. Hiện nay, toàn thế giới có khoảng 37,7 triệu người hiện đang nhiễm bệnh, với khoảng 36 triệu người trưởng thành và 1,7 triệu trẻ nhỏ trong độ tuổi từ 0 đến 14 tuổi. Kể từ khi bệnh được phát hiện cho đến nay, đã có khoảng 79,3 triệu trường hợp nhiễm, tử vong hơn 36,3 triệu người [2]. Tại Việt Nam, số trường hợp nhiễm HIV hiện đang còn sống là 212.769 trường hợp. Trong 10 tháng đầu năm 2021, ghi nhận sự gia