

# THỰC TRẠNG CHĂM SÓC, HỖ TRỢ CỦA GIA ĐÌNH ĐỐI VỚI NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI HUYỆN ĐỒNG HỖ, TỈNH THÁI NGUYÊN

Trần Thị Lý<sup>1</sup>, Vũ Chí Hiếu<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chăm sóc, hỗ trợ và điều trị là 3 cấu phần trong chăm sóc toàn diện cho người nhiễm HIV/AIDS. Chăm sóc, hỗ trợ về thể chất, tinh thần, tuân thủ điều trị, kinh tế-xã hội, giúp đảm bảo chất lượng cuộc sống cho người nhiễm HIV/AIDS, giảm nguy cơ lây nhiễm ra cộng đồng. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng chăm sóc, hỗ trợ của gia đình đối với người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại huyện đồng hồ, tỉnh Thái Nguyên, năm 2016-2017. **Phương pháp:** Điều tra cắt ngang. Nghiên cứu định lượng kết hợp định tính. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập thông tin định lượng từ 262 người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú (OPC) thông qua phiếu phỏng vấn và thông tin định tính từ 12 cuộc phỏng vấn sâu. Kết quả cho thấy, 31,7% người nhiễm HIV/AIDS được chăm sóc, hỗ trợ tốt. 67,2% người nhiễm có kiến thức về HIV. Người chăm sóc chính cho người nhiễm HIV trong gia đình là vợ/chồng (63%).

**Từ khóa:** Chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS, điều trị ARV, phòng khám ngoại trú (OPC).

## SUMMARY

### THE SITUATION OF FAMILY'S CARE AND SUPPORT FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS ARE TREATING ARV AT DONG HY DISTRICT, THAI NGUYEN PROVINCE

**Background:** Care, support and treatment are three components of comprehensive care for people living with HIV/AIDS. Care and support for physical, mental, treatment adherence, socio-economic, help ensure the quality of life for people living with HIV/AIDS, reduce the risk of infection to the community. **Objectives:** Describe the situation of family's care and support for people living with HIV/AIDS are treating ARV at Dong Hy district, Thai Nguyen province, in 2016-2017. **Methods:** Cross-sectional survey. Quantitative combined qualitative research. **Results:** The study collected quantitative information from 262 people living with HIV/AIDS are treating ARV at Dong Hy district, Thai Nguyen province through questionnaires and qualitative information from 12 in-depth interviews. The results showed that, there was 31.7% of people living with

HIV/AIDS had good care and support. 67,2% people living with HIV had good knowledge about HIV. Wife or husband is the primary caregiver for people living with HIV (63.0%). **Keywords:** Care and support for people living with HIV/AIDS, ARV treatment, outpatient clinic (OPC).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, dịch HIV tập trung chủ yếu ở ba nhóm quần thể có hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cao là người tiêm chích ma túy, nam quan hệ tình dục đồng giới và phụ nữ bán dâm [20]. Từ trường hợp nhiễm HIV được phát hiện đầu tiên tháng 12 năm 1990 ở thành phố Hồ Chí Minh, đến năm 1998 dịch đã lan khắp 64/64 tỉnh, thành phố trong cả nước. Tại Việt Nam, lây nhiễm HIV đã trở thành một vấn đề y tế được xã hội quan tâm hàng đầu, các chương trình can thiệp, chăm sóc và điều trị HIV và được triển khai từ năm 2006, đến nay có 318 điểm điều trị ARV đặt tại cơ sở y tế. Việc gia tăng số người được điều trị ARV trong thời gian qua đã giúp làm giảm đáng kể số ca tử vong do AIDS hằng năm.

Nhằm hướng đến mục tiêu kết thúc AIDS vào năm 2030, Việt Nam đang thực hiện mạnh mẽ các biện pháp can thiệp theo chiến lược 90-90-90 [3]. Theo đó vào năm 2020, 90% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm HIV của mình, trong đó 90% người nhiễm HIV được điều trị bằng ARV và 90% người được điều trị ARV có tải lượng vi rút dưới ngưỡng phát hiện [4]. Do đó việc mở rộng điều trị ARV, lồng ghép điều trị HIV/AIDS vào hệ thống y tế chung cần được quan tâm hơn nữa [3]. Việc chăm sóc, điều trị cho BN không chỉ dừng lại tại cơ sở điều trị mà còn phải kết hợp với việc chăm sóc, hỗ trợ tại gia đình đồng thời góp phần giảm gánh nặng về quá tải cho hệ thống y tế.

Là một trong 5 huyện có số người nhiễm HIV cao nhất tỉnh Thái Nguyên, huyện Đồng Hồ với diện tích 457,75 km<sup>2</sup>, dân số 114.608 người, nhưng tính đến quý 1/2016 lũy tích các trường hợp nhiễm HIV/AIDS trên địa bàn huyện là 1.376 trường hợp, BN AIDS là 993, tử vong do AIDS là 559 người, số BN hiện đang điều trị ARV tại OPC của huyện Đồng Hồ là 314 BN [5]. Do HIV là tình trạng bệnh mãn tính không thể chữa khỏi, chưa có vaccin phòng bệnh đồng thời là một vấn đề xã hội, ngoài việc phải chịu đựng những đau đớn

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lý

Email: ly13021984@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024

về thể xác bản thân người nhiễm và gia đình của họ còn phải chịu sự kỳ thị phân biệt đối xử của cộng đồng. Để đảm bảo chất lượng cuộc sống, giảm nguy cơ lây nhiễm ra cộng đồng và có khả năng đóng góp, có ích cho xã hội họ cần được chăm sóc, hỗ trợ cả về thể chất, tinh thần, điều trị, kinh tế-xã hội. Từ những phân tích nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Thực trạng chăm sóc, hỗ trợ của gia đình đối với người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại huyện Đồng Hỷ tỉnh Thái Nguyên*" với mong muốn góp phần nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc và điều trị ARV cho người nhiễm HIV/AIDS.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Người nhiễm HIV/AIDS có hộ khẩu thường trú tại huyện Đồng Hỷ, đang điều trị ARV tại OPC huyện Đồng Hỷ (gọi chung là người bệnh)

**2.2. Địa điểm nghiên cứu:** Phòng khám ngoại trú (OPC) huyện Đồng Hỷ, tỉnh Thái Nguyên

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2016

**2.4. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, định lượng kết hợp định tính

### 2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Với nghiên cứu định lượng

+ Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu: 262 người nhiễm HIV

+ Cách chọn mẫu: Chọn toàn bộ người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại OPC đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Với nghiên cứu định tính:

+ Cỡ mẫu: Phỏng vấn sâu 12 người

+ Cách chọn mẫu: Chọn có chủ đích 12 người phỏng vấn sâu gồm bác sĩ phụ trách OPC, bác sĩ phụ trách chương trình phòng chống HIV/AIDS huyện Đồng Hỷ, người chăm sóc người nhiễm HIV.

### 2.6. Phương tiện nghiên cứu

- Với nghiên cứu định lượng: Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm

+ Phần 1. Thông tin chung về NB: Từ A1 đến A14

+ Phần 2. Thực trạng chăm sóc, hỗ trợ của gia đình: Từ B1 đến B34

+ Phần 3. Các yếu tố liên quan: Từ C1 đến B32

- Với nghiên cứu định tính: Bảng hướng dẫn phỏng vấn sâu

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

- Với số liệu định lượng

+ Làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, sau đó xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0

+ Phân tích mô tả (tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn) được sử dụng để mô tả thực trạng chăm sóc, hỗ trợ NB của gia đình.

- Với số liệu định tính: Phân tích, trích dẫn theo chủ đề

### 2.8. Tiêu chí đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Phân loại mức độ nghèo, cận nghèo: Được xác định theo quyết định số 09/2011/QĐ-TTg, trong nghiên cứu sử dụng mức cho khu vực nông thôn. Hộ nghèo: Thu nhập  $\leq 400.000$ đ/người/tháng ( $\leq 4,8$  triệu/năm)

+ Hộ cận nghèo: Thu nhập từ 401.000 đồng/người/tháng - 520.000đồng/người/tháng.

- Kiến thức chung về HIV của người bệnh

+ Kiến thức đạt: 5/5 điểm

+ Kiến thức chưa đạt: dưới 5/5 điểm

- Chăm sóc, hỗ trợ về tinh thần

+ Chăm sóc, hỗ trợ tốt:  $\geq 6/11$  điểm

+ Chăm sóc, hỗ trợ chưa tốt:  $< 6/11$  điểm

+ Chăm sóc, hỗ trợ về thể chất và tuân thủ điều trị

+ Chăm sóc, hỗ trợ tốt:  $\geq 16/39$  điểm

+ Chăm sóc, hỗ trợ chưa tốt:  $< 16/39$  điểm

- Chăm sóc, hỗ trợ về kinh tế, xã hội

+ Chăm sóc, hỗ trợ tốt:  $\geq$  trên 3/10 điểm

(hỗ trợ 3-6 hình thức, dịch vụ)

+ Chăm sóc, hỗ trợ chưa tốt:  $< 3/10$  điểm

(hỗ trợ 2-3 hình thức, dịch vụ)

- Mức độ hỗ trợ, chăm sóc chung theo 4 yếu tố về thể chất, tinh thần, trong điều trị và kinh tế-xã hội

+ Chăm sóc, hỗ trợ tốt: Khi cả 4 yếu tố đạt mức tốt

+ Chăm sóc, hỗ trợ chưa tốt: Khi một trong 4 yếu tố đạt mức chưa tốt

<b>Chăm sóc, hỗ trợ về thể chất:</b>	<b>Chăm sóc, hỗ trợ về tinh thần:</b>	<b>Hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV:</b>	<b>Gia đình hỗ trợ về mặt kinh tế - xã hội:</b>
- Khi có tác dụng phụ của thuốc ARV	- Động viên an ủi tâm lý chống khủng hoảng.	- Nhắc nhở uống thuốc	- Hỗ trợ vay vốn, vật chất.
- Khi có dấu hiệu bệnh nặng.	- Giảm kỳ thị phân biệt đối xử	- Hỗ trợ tái khám, lĩnh thuốc	- Đào tạo nghề hướng nghiệp
- Hỗ trợ về dinh dưỡng.	- Tư vấn tâm lý, tư vấn kiến thức, kỹ năng PC HIV/AIDS.	- Hỗ trợ khó khăn dẫn đến quyền thuốc.	- Tìm việc làm
	- Động viên tham gia các hoạt động xã hội, CLB.	- Hỗ trợ kết nối với OPC, CSYT.	- Bảo vệ pháp lý
			- Trợ cấp tiền vật chất hàng tháng.

**Khung lý thuyết:** Thực trạng chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV/AIDS

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Thông tin chung về người bệnh

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người nhiễm HIV (n=262)**

Đặc điểm chung		Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	70,6
	Nữ	29,4
Kiến thức chung về HIV	Đạt	67,2
	Chưa đạt	32,8
Lý do lây nhiễm HIV	QHTD Đồng giới	0,38
	QHTD với gái mại dâm	3,05
	QHTD với vợ chồng	25,2
	QH với bạn tình	7,25
	Tiêm chích ma túy	63,7
Tham gia CLB/nhóm	Không biết	0,38
	Đã từng tham gia	14,5
	Đang tham gia	0,4
	Chưa bao giờ	85,1

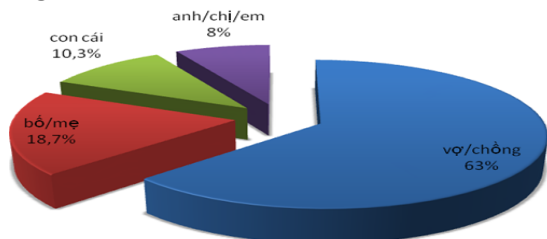
**Nhận xét:** Bảng 3.1 cho thấy, trong tổng số 262 NB tham gia nghiên cứu có đến 70,6% là nam giới. Nguyên nhân lây nhiễm HIV chính là tiêm chích ma túy với 63,7%. Tỷ lệ người nhiễm HIV có kiến thức về HIV là 67,2%, tham gia CLB/nhóm là 14,9%

**Bảng 3.2. Một số đặc điểm của gia đình người nhiễm HIV (n=262)**

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Kinh tế gia đình	Hộ nghèo	76	29,0
	Hộ cận nghèo	35	13,4
	Khác	151	57,6
Người chăm sóc chính	Vợ/ chồng	165	63,0
	Bố/mẹ	49	18,7
	Anh/chị/em	21	8,0
	Con cái	27	10,3

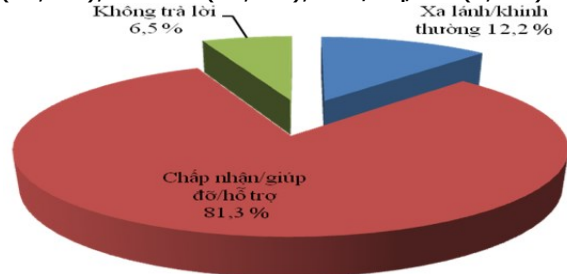
**Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy, 29% người nhiễm HIV thuộc hộ gia đình nghèo, 13,4% thuộc hộ gia đình cận nghèo. 63% người chăm sóc, hỗ trợ chính trong gia đình là vợ/chồng.

#### 3.2. Thực trạng chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV



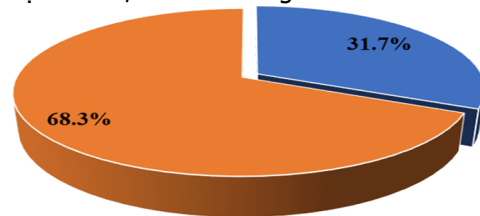
**Biểu đồ 3.1. Người chăm sóc, hỗ trợ trong gia đình (n=262)**

**Nhận xét:** Biểu đồ 3.1 cho thấy, 63% người nhiễm HIV được vợ/chồng chăm sóc, hỗ trợ, những người chăm sóc, hỗ trợ khác gồm: bố/mẹ (18,7%), con cái (10,3%), anh/chị/em (8,0%).



**Biểu đồ 3.2: Phản ứng của cộng đồng với người nhiễm HIV (n=262)**

**Nhận xét:** Biểu đồ 3.2 cho thấy, 81,3% người nhiễm HIV vẫn được cộng đồng chấp nhận/hỗ trợ/giúp đỡ, 12,2% người nhiễm HIV vẫn bị xa lánh/khinh thường.



**Biểu đồ 3.3. Chăm sóc, hỗ trợ người nhiễm HIV của gia đình (n=262)**

**Nhận xét:** Biểu đồ 3.3 cho thấy, 31,7% người nhiễm HIV nhận được sự chăm sóc, hỗ trợ tốt từ gia đình. 68,3% người nhiễm HIV chưa nhận được sự chăm sóc, hỗ trợ tốt từ gia đình của họ.

"Là người con trai mình cảm thông cho mẹ và có nhiều chia sẻ, chăm sóc với mẹ hơn, bố mất rồi e là nguồn động viên cho mẹ". (PVS\_con trai BN – 23 tuổi).

Hỗ trợ chăm sóc tại nhà thì chúng tôi có hướng dẫn cho BN uống thuốc đúng giờ, đúng liều, đúng thời gian, ngoài ra tại gia đình thì người vợ, bố mẹ là những người hỗ trợ nhắc nhở cho BN tốt nhất để việc uống thuốc tại nhà được đảm bảo. Kể cả 1 số BN đi làm ăn xa cũng phải mang thuốc đi theo để uống". (PVS\_BS. Trưởng OPC)

### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm người nhiễm HIV:** 70,6% người nhiễm HIV là nam giới, 63,7% lây nhiễm chủ yếu qua đường tiêm chích ma túy. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Bùi Nhung Hằng (61,8%) [6]. Thừa Thiên Huế (55%) [7] và thấp hơn so với các nghiên cứu của tác giả Vũ Công Thảo (72,8%) [1]. Nữ

giới chiếm 29,4% và hầu hết là vợ của người nhiễm HIV, lây nhiễm qua quan hệ tình dục không an toàn với chồng, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Hà (32,5%) [8]. Tỷ lệ này phù hợp với tỷ lệ nam giới nhiễm HIV trên toàn quốc hiện nay chiếm 67,5%, nữ giới chiếm 32,5% [22]. Thái Nguyên là một trong những tỉnh/thành phố trong cả nước có mô hình dịch tễ điển hình về thực trạng lây truyền HIV do tiêm chích ma túy. Chỉ có 14,9% người nhiễm HIV đã, đang tham gia vào nhóm, câu lạc bộ dành cho người nhiễm HIV, trong khi đó có đến 85,1% đối tượng chưa bao giờ tham gia, kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Vũ Công Thảo (38,7%) [1]. Do đó cần tăng cường thêm các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ bởi các nhóm/câu lạc bộ người nhiễm trên địa bàn tỉnh, đồng thời giúp người nhiễm HIV nâng cao kiến thức chung về HIV.

#### **Thực trạng chăm sóc hỗ trợ cho người**

**HIV:** Trước thực trạng gia tăng nhanh chóng số người nhiễm HIV và BN AIDS đã trở thành gánh nặng cho ngành y tế nước ta. Do đó việc truyền thông tư vấn, quản lý và chăm sóc người nhiễm tại gia đình và cộng đồng là rất quan trọng. Từ năm 2011, mô hình chăm sóc, hỗ trợ toàn diện cho người nhiễm HIV/AIDS tại gia đình và cộng đồng đã được triển khai ở các xã, thị trấn của huyện Đồng Hỷ. Công tác chăm sóc, hỗ trợ chủ yếu vẫn dựa vào đội ngũ cán bộ chuyên trách chương trình phòng chống HIV, cán bộ làm công tác xã hội là những người có kinh nghiệm và tâm huyết trong công cuộc phòng chống HIV. Hàng năm họ đã vận động tư vấn được nhiều đối tượng tiếp cận được chương trình tư vấn xét nghiệm tự nguyện, phát hiện đưa người nhiễm vào điều trị sớm kịp thời, ngoài ra còn vận động được cả người nhà của người nhiễm và nhất là những người có nguy cơ cao như NCMT, vợ/chồng, bạn tình... đi tư vấn xét nghiệm.

Phần lớn người nhiễm HIV/AIDS khi tham gia điều trị ARV đều có người nhà chăm sóc hỗ trợ. Trong nghiên cứu này tỷ lệ BN có vợ/chồng đang sống cùng là lớn nhất (64,1%), sống cùng bố/mẹ (36,3%) với những trường hợp chưa có gia đình hoặc ly dị/ly hôn, còn lại là sự hỗ trợ của con cái 75,2%, anh/chị/em ruột là 9,5%. Kết quả tương đối phù hợp với nghiên cứu của tác giả Vũ Công Thảo (bố mẹ 67,6%, vợ/chồng 33,5%, anh chị em là 19,8% [40], và nghiên cứu của tác giả Trần Thị Bích Hậu 75,7% bố mẹ; 12,8% vợ/chồng; 6,7% do anh/chị/em chăm sóc) [30]. Những người thân hỗ trợ BN bằng cách hỗ trợ xử trí khi gặp phải nhiễm trùng cơ hội, tác dụng phụ của

thuốc, chăm sóc dinh dưỡng để có thể chất tốt, cùng với đó là sự động viên, an ủi giúp BN chống khủng hoảng tâm lý, giảm các hành vi tiêu cực.

Bên cạnh đó, để giúp người nhiễm HIV/AIDS sống hòa nhập với cộng đồng thì hỗ trợ về kinh tế-xã hội là nhu cầu cấp bách, đặc biệt là việc làm cho người nhiễm, tuy nhiên trong nghiên cứu này tỷ lệ được gia đình hỗ trợ về các vấn đề kinh tế-xã hội còn hạn chế, gia đình không hỗ trợ được gì về kinh tế chiếm 82,1%, trực tiếp tìm việc cho chỉ có 4,2%, ngoài ra không có người nhiễm nào được gia đình cho vay vốn làm ăn kinh tế. Tỷ lệ này thấp hơn với nghiên cứu của Quỹ hỗ trợ người nhiễm HIV (22,01% được hỗ trợ vay vốn và gợi ý giới thiệu việc làm) [37]. Trên thực tế, việc này càng khó khăn hơn khi mà chính bản thân những thành viên trong gia đình đều chưa có việc làm và thu nhập ổn định hoặc đang rơi vào tình trạng khó khăn về kinh tế, thậm chí không có việc làm, kinh tế gia đình chủ yếu dựa vào làm nông nghiệp như làm ruộng, làm chè...và phải trang trải cuộc sống hàng ngày cho cả gia đình. Hỗ trợ đào tạo nghề và tư vấn hướng nghiệp giới thiệu việc làm phù hợp cho người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV thực sự vẫn chưa được đáp ứng, trong nghiên cứu của tác giả Tạ Thị Hồng Hạnh tỷ lệ người nhiễm được hỗ trợ đào tạo nghề cũng rất thấp 0,8% đến 2,5% [29]. Hiện tại chưa có một tổ chức nào được thành lập để hướng dẫn dạy nghề và giới thiệu việc làm phù hợp dành riêng cho người nhiễm HIV/AIDS, khuyến khích thu hút người nhiễm, chủ yếu vẫn do người nhiễm tự kiếm việc làm cho mình là chính. Khi điều kiện kinh tế người nhiễm khó khăn cũng là một trong những cản trở đối với các hoạt động chăm sóc, hỗ trợ cho họ vì khi điều kiện kinh tế khó khăn dẫn đến tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, hỗ trợ bị hạn chế.

#### **V. KẾT LUẬN**

70,6% người nhiễm HIV/AIDS là nam giới, 63,7% lây nhiễm qua đường tiêm chích ma túy, 14,9% người nhiễm/gia đình tham gia Câu lạc bộ/nhóm hỗ trợ.

67,2% người nhiễm có kiến thức về HIV, người chăm sóc chính cho người nhiễm trong gia đình là vợ/chồng (63%).

81,3% người nhiễm HIV/AIDS được cộng đồng chấp nhận. 31,7% người nhiễm HIV/AIDS được chăm sóc, hỗ trợ tốt từ gia đình.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Vũ Công Thảo** (2010), Thực trạng và đánh giá hiệu quả hoạt động chăm sóc, hỗ trợ, điều trị bệnh nhân AIDS tại các phòng khám ngoại trú

- người lớn ở 3 tỉnh Việt Nam năm 2009-2010, Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội.
2. **UNAIDS** (2015), Report on the global AIDS epidemic 2015.
  3. **Bộ Y tế** (2015), Quyết định số 3047/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 22/07/2015 về việc ban hành "Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS", NXB Hồng Đức, Hà Nội.
  4. **Bộ Y tế** (2015), "HƯỚNG DẪN MỤC TIÊU 90-90-90 ĐỂ KẾT THÚC DỊCH AIDS TẠI VIỆT NAM", Tạp chí AIDS và cộng đồng, 206(11), tr. 2.
  5. **Trung tâm Y tế huyện Đồng Hỷ** (2015), Báo cáo chương trình phòng chống HIV/AIDS quý 1 năm 2016, Đồng Hỷ.
  6. **Bùi Nhung Hằng** (2012), Đánh giá kết quả hoạt động chăm sóc, hỗ trợ điều trị thuốc kháng Retrovirus (ARV) tại phòng khám ngoại trú huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La, giai đoạn 2010-2011, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
  7. **Trung tâm phòng chống HIV/AIDS Thừa Thiên Huế** (2013), Thực trạng nhu cầu chăm sóc về thể chất, tinh thần và xã hội của người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Thừa Thiên Huế và các yếu tố liên quan.
  8. **Ngô Thị Hà** (2014), Thực trạng và nhu cầu chăm sóc người nhiễm HIV tại nhà và cộng đồng huyện Tiên Du, Bắc Ninh năm 2014, Luận văn Thạc sĩ, Đại học y tế công cộng, Hà Nội.

## GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG TỬ VONG CỦA D-DIMER Ở NGƯỜI BỆNH COVID-19 NẶNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2021- 2023

Hồ Thị Giang<sup>1</sup>, Trần Thị Kiều My<sup>1</sup>,  
Phạm Ngọc Thạch<sup>3</sup>, Tạ Thị Diệu Ngân<sup>1,2,3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu 144 người bệnh mắc COVID-19 nặng trên 18 tuổi, điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2021-2023 nhằm đánh giá giá trị tiên lượng tử vong của D-dimer. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 27,1%. Trung vị nồng độ D-dimer tăng dần trong quá trình điều trị lần lượt là 1170,5 ng/mL (IQR 605-2573) và 1247 ng/mL (IQR 754-2437), 1549 ng/mL (IQR 983,5-2609,5), 1637 ng/mL (IQR 849-3968,7) tương ứng với thời điểm nhập viện và ngày 3, 7, 14 sau nhập viện. Tại thời điểm ngày thứ 7 và 14, trung vị nồng độ D-dimer ở nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống sót, với D-dimer lần lượt là 1848,5 ng/mL (IQR 1209-3882,8), 2672 ng/mL (IQR 1513,8-14743,8) so với 1417 ng/mL (IQR 707-2449), 1372 ng/mL (IQR 768,3-1997,5). Người bệnh có D-dimer cao hơn 6042,5 ng/mL lúc nhập viện hoặc cao hơn 3300,5 ng/mL sau 3 ngày nhập viện, có tỷ lệ sống sót thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với người bệnh có D-dimer thấp hơn ngưỡng cut-off tương ứng. D-dimer ngày thứ 14 có khả năng tiên lượng tử vong tốt nhất, với diện tích dưới đường cong là 0,724 KTC 95% 0,63 – 0,82), điểm cut-off là 1587,5 ng/mL có độ nhạy là 58,7% và 76,3%. **Kết luận:** Ở bệnh nhân COVID-19 nặng, việc xét nghiệm D-dimer nhiều lần, đặc biệt là tại ngày thứ 7 và 14 sau nhập viện, có thể giúp các bác sĩ lâm sàng tiên lượng bệnh nhân tốt hơn và có

thái độ xử trí thích hợp hơn. **Từ khóa:** COVID-19 nặng, D-dimer, tiên lượng, tử vong.

### SUMMARY

#### THE PREDICTIVE VALUE FOR MORTALITY OF D-DIMER IN SEVERE COVID-19 PATIENTS TREATED AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES, PERIOD 2021-2023

A retrospective study on 144 severe COVID-19 patients over 18 years old admitted to the National Hospital for Tropical Diseases from 2021 to 2023 to investigate the predictive value for mortality of D-dimer in severe COVID-19. **Results:** The mortality rate was 27.1% among the study participants. The median D-dimer concentration exhibited a gradual increase during the treatment period, reaching 1170.5 ng/mL (IQR 605-2573) at admission, 1247 ng/mL (IQR 754-2437) on day 3, 1549 ng/mL (IQR 983.5-2609.5) on day 7, and 1637 ng/mL (IQR 849-3968.7) on day 14. Notably, the median D-dimer concentration in the non-survivor group was significantly higher than that in the survivor group on days 7 and 14, with D-dimer levels reaching 1848.5 ng/mL (IQR 1209-3882.8) and 2672 ng/mL (IQR 1513.8-14743.8), respectively, compared to 1417 ng/mL (IQR 707-2449) and 1372 ng/mL (IQR 768.3-1997.5). Additionally, patients with D-dimer levels exceeding 6042.5 ng/mL at admission and 3300.5 ng/mL on day 3 exhibited a significantly lower survival rate than those with lower D-dimer levels ( $p < 0.05$ , log-rank test). Among the different time points evaluated, D-dimer levels measured on day 14 demonstrated the best predictive value for mortality, with an area under the curve (AUC) of 0.724 (CI 95% 0.63-0.82). The optimal cutoff value for D-dimer on day 14 was determined to be 1587.5 ng/mL, with a sensitivity of 58.7% and a specificity of 76.3%. **Conclusion:** In severe COVID-19 patients, repeated measuring of D-dimer levels, particularly on days 7

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 13.3.2024