

chúng hẹp thực quản¹. Với bệnh nhân được báo cáo đã được sử dụng phác đồ R-CHOP với 3 chu kỳ, không kèm theo xạ trị đã cho kết quả tốt, cải thiện các triệu chứng lâm sàng và tổn thương thực quản khi theo dõi bằng cắt lớp vi tính.

IV. KẾT LUẬN

MALT nguyên phát ở thực quản là bệnh lý hiếm gặp, cùng với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu gây nên nhiều thách thức trong việc chẩn đoán xác định. Ngày nay, sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và hóa mô miễn dịch đang đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao độ nhạy và độ đặc hiệu của quá trình chẩn đoán, đồng thời hỗ trợ trong việc đánh giá mức độ xâm lấn của tổn thương. Hóa trị được coi là phương pháp điều trị cho hiệu quả tốt với tổn thương lan tỏa. Trong khi đó, xạ trị có thể được phối hợp sử dụng với hóa trị và kết hợp với các phương pháp điều trị khác, đặc biệt là đối với những trường hợp có độ ác tính cao và có các biến chứng do khối u gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Qu J, Zhuang Y, Zheng D, Huang F, Zhang S. Primary Esophageal Lymphoma: Clinical Experience in Diagnosis and Treatment. *Cureus*. 13(9):e17628. doi:10.7759/cureus.17628
2. Xia Y, Wang Y, Han J, Liu M. En Bloc Resection of Primary Large Esophageal Mucosa-Associated Lymphoid Tissue Lymphoma by Endoscopic Submucosal Dissection: A Case Report. *Frontiers in Medicine*. 2021;8. Accessed January 28, 2024.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.757485>

3. Inayat F, Munir A, Wahab A, Younus F, Zafar F, Ullah W. Primary Esophageal Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Comparative Review of 15 Cases. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2018;6:2324709618820887. doi:10.1177/2324709618820887
4. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011;17(6):697-707. doi:10.3748/wjg.v17.i6.697
5. Moriya K, Tamura H, Nakamura K, Hosone M, Inokuchi K. A primary esophageal MALT lymphoma patient with Helicobacter pylori infection achieved complete remission after H. pylori eradication without anti-lymphoma treatment. *Leuk Res Rep*. 2016;7:2-5. doi:10.1016/j.lrr.2016.12.001
6. Primary Esophageal Lymphoma: A Diagnostic Challenge in Acquired Immunodeficiency Syndrome—Two Case Reports and Review. Accessed January 22, 2024. <https://sma.org/article/>
7. Ruiz-Carazo E, Lacasa Pérez N, Salmerón Ruiz A, Molina Nuevo JD. Linfoma MALT primario del esófago: hallazgos en imagen. *Radiología*. 2008;50(4):327-330. doi:10.1016/S0033-8338(08)71993-3
8. Kishi K, Maeda H, Nakamura Y, Shirai S, Sato M. Radiotherapy for mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lymphoma of the esophagus: a case report with a diagnostic and therapeutic discussion. *Int J Clin Oncol*. 2012;17(2):174-180. doi:10.1007/s10147-011-0265-8
9. Paes FM, Kalkanis DG, Sideras PA, Serafini AN. FDG PET/CT of Extranodal Involvement in Non-Hodgkin Lymphoma and Hodgkin Disease. *RadioGraphics*. 2010;30(1):269-291. doi:10.1148/rg.301095088

THỰC TRẠNG HỖ TRỢ XÃ HỘI Ở NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ ARV TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đoàn Thu Trà^{1,2}, Đỗ Duy Cường^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hỗ trợ xã hội là yếu tố vô cùng cần thiết đối với người nhiễm HIV nhưng vẫn chưa có nhiều các nghiên cứu về vấn đề này tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả thực trạng hỗ trợ xã hội đối với người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang. Công cụ thu thập số liệu là thang đo MSPSS

dùng để đánh giá mức độ hỗ trợ xã hội từ 3 phía: gia đình, bạn bè và những người quan trọng trong cuộc sống. Đối tượng khảo sát gồm 286 người nhiễm HIV điều trị ARV tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy nhóm tuổi 31-50 chiếm tỷ lệ cao nhất, đa số là nam giới, đã có gia đình và có trình độ học vấn phổ thông trở lên. Tổng điểm hỗ trợ xã hội theo MSPSS đạt 65,7 điểm với hỗ trợ cao nhất từ gia đình, thấp nhất từ bạn bè. Tổng tỉ lệ người có mức độ hỗ trợ xã hội ở mức cao là 52,8%, mức trung bình là 31,1%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy hỗ trợ xã hội đối với người nhiễm HIV ở Việt Nam còn ở mức hạn chế. Vì vậy cần đẩy mạnh các chiến lược và can thiệp nhằm nâng cao mức độ hỗ trợ xã hội cho đối tượng này, thông qua việc thúc đẩy hoạt động của các tổ chức xã hội dân sự cũng như kết nối cộng đồng người nhiễm để tự hỗ trợ, chia sẻ lẫn nhau.

Từ khóa: Hỗ trợ xã hội, HIV/AIDS.

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thu Trà

Email: thutraart@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 20.3.2024

SUMMARY**SOCIAL SUPPORT STATUS AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS ON ANTIRETROVIRAL THERAPY AT BACH MAI HOSPITAL**

Introduction: Social support is essential for people living with HIV (PLWH) but there have been limited studies on this issue in Vietnam. This study aimed to describe the status of social support among PLWH on antiretroviral therapy (ART) at Bach Mai Hospital. **Participants and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) was used to assess social support from three sources: family, friends and significant others. The study participants were 286 PLWH on ART at the Tropical Disease Center, Bach Mai Hospital. **Results:** The results showed that the 31-50 age group accounted for the highest proportion, the majority were men, married, and had high school education or above. The total MSPSS score was 65.7 points with the highest support from family and the lowest from friends. The proportion of participants with high, moderate and low levels of social support were 52.8%, 31.1% and 16.1% respectively. **Conclusion:** The study demonstrated inadequate social support for PLWH in Vietnam. Hence, strategies and interventions to improve social support for this population should be enhanced by promoting activities of socio-political organizations and establishing HIV community to empower self-help and mutual sharing.

Keywords: Social support, HIV/AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới, tính đến năm 2023, toàn cầu đã có khoảng 39 triệu người đang sống chung với HIV/AIDS [1]. Đây vẫn là một thách thức lớn về y tế cộng đồng ở nhiều quốc gia, đặc biệt là tại khu vực châu Phi cận Sahara - nơi chiếm tới khoảng 2/3 tổng số ca nhiễm HIV trên toàn thế giới. Tuy mức độ lây nhiễm HIV ở châu Á thấp hơn so với châu Phi, song tại các quốc gia đông dân như Ấn Độ, Trung Quốc, Việt Nam, số ca nhiễm mới và số người sống chung với HIV vẫn ở mức cao. Theo thống kê của Bộ Y tế Việt Nam, tính đến hết năm 2021, cả nước có khoảng 230.000 người đang sống chung với HIV/AIDS [2].

HIV/AIDS không chỉ gây tổn hại về thể chất mà còn tác động tiêu cực đến sức khỏe tinh thần của người bệnh do phải đối mặt với sự kỳ thị của xã hội. Những người sống chung với HIV/AIDS thường gặp khó khăn trong giao tiếp, tương tác và hòa nhập cộng đồng. Đặc biệt đối với bệnh nhân ở giai đoạn đầu khi chưa có triệu chứng rõ ràng, tác động về mặt tâm lý lại nặng nề hơn so với thiệt hại về thể chất. Sang chấn tâm lý cũng ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân, gây ra hậu quả xấu cho sức khỏe thể chất. Chính vì vậy, hỗ trợ xã hội đóng vai trò vô cùng

quan trọng đối với cả sức khỏe thể chất lẫn tinh thần ở người nhiễm HIV/AIDS. Hỗ trợ xã hội giúp phòng tránh các hành vi nguy cơ liên quan đến HIV, đồng thời thúc đẩy các hành vi lành mạnh và tuân thủ điều trị. Ngược lại, thiếu hụt hỗ trợ xã hội liên quan đến suy giảm thể chất, tinh thần và làm HIV tiến triển nhanh hơn thành AIDS [3].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về hỗ trợ xã hội cho người nhiễm HIV/AIDS còn khá hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm mô tả thực trạng hỗ trợ xã hội ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị kháng vi rút (ARV) tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những người nhiễm HIV/AIDS đang đăng ký và điều trị tại phòng khám ngoại trú, Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai. Các tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm: i) Tuổi ≥ 18 ; ii) Đối tượng có khả năng hiểu và trả lời các câu hỏi phỏng vấn của cán bộ nghiên cứu. Nghiên cứu loại trừ người nhiễm HIV/AIDS từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 4 năm 2020. Cụ thể, việc thu thập số liệu được thực hiện từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2019 tại Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ, cỡ mẫu cần thiết tính được là 245 người. Dự phòng 10% số người có thể không đồng ý hoặc rút lui, tổng cỡ mẫu dự kiến là 270 người. Trên thực tế, nghiên cứu thu thập số liệu trên N=286 người bệnh.

2.5. Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm nhân khẩu học bao gồm tuổi (biến liên tục, đo bằng năm dương lịch), giới (biến nhị phân, nam/nữ), trình độ học vấn (biến định danh, phân theo bậc học hiện hành), tình trạng hôn nhân (biến định danh), nghề nghiệp (biến định danh) và tình trạng kinh tế (biến liên tục, đo bằng thu nhập trung bình cá nhân hàng tháng). Các biến số này được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp.

Đặc điểm lâm sàng và điều trị gồm: giai đoạn lâm sàng theo WHO (biến thứ hạng 4 mức), số lượng tế bào CD4 (biến liên tục), tải lượng vi rút (biến liên tục), phác đồ ARV (biến định danh), tuân thủ điều trị (biến nhị phân dựa trên thang điểm VAS), BMI (biến thứ hạng 3 mức) và thời gian điều trị ARV (biến liên tục, tính từ năm bắt đầu điều trị). Các biến này được thu thập từ hồ

sơ bệnh án điều trị.

Đặc điểm hỗ trợ xã hội: Nghiên cứu sử dụng thang đo MSPSS (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support) nhằm đo lường mức độ hỗ trợ xã hội ở đối tượng nghiên cứu. Thang đo MSPSS là một công cụ ngắn gọn được thiết kế để đo lường sự tự nhận thức của đối tượng về hỗ trợ xã hội từ 3 nhóm: Gia đình, Bạn bè và những người khác. Mỗi nhóm bao gồm 4 tiêu chí (tổng cộng 12 tiêu chí) có thang điểm từ 1 đến 7 với 1 tương ứng với rất không đồng ý và 7 tương ứng với rất đồng ý. Tổng điểm của thang đo là tổng điểm của 12 tiêu chí với khoảng điểm từ 12 – 84 điểm. Sử dụng phân loại tổng điểm từ nghiên cứu của tác giả Okonkwo năm 2016, với từ 12 – 48 điểm: mức độ hỗ trợ thấp; 49 – 68: mức độ trung bình và 69 – 84: mức độ cao [72].

2.6. Phân tích số liệu. Số liệu được nhập, quản lý và chuyển đổi bằng phần mềm EpiInfo và Stat Transfer 9.0, sau đó được trích xuất để thực hiện các phân tích thống kê bằng phần mềm Stata 13.0. Phân tích mô tả được sử dụng để trình bày các đặc điểm nhân khẩu học đặc điểm lâm sàng/điều trị HIV và mức độ hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự thông qua và cho phép thực hiện bởi hội đồng khoa học trường Đại Học Y Hà Nội. Việc sử dụng các số liệu phục vụ cho nghiên cứu này đã được xem xét và đồng thuận cho phép bởi Ban Giám đốc Trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện Bạch Mai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học	Số lượng (N=286)	Tỉ lệ %
Tuổi (Trung bình/SD)	39,7 ± 9,8	
Giới tính		
Nam	166	58,0
Nữ	120	42,0
Hôn nhân		
Sống một mình	53	18,5
Đã có gia đình	176	61,5
Ly dị/ly thân	30	10,5
Góa	27	9,4
Việc làm		
Thất nghiệp/Sinh viên/Nội trợ	22	7,7
Lao động tự do	105	36,7
Nông dân	33	11,5
Công nhân	43	15,0
Nhân viên văn phòng	28	9,8
Buôn bán/Dịch vụ	34	11,9
Lái xe	13	4,6

Nghề khác	Số lượng	Tỉ lệ %
Thu nhập trung bình (VNĐ/tháng)		
<3 triệu	50	17,5
3 - <6 triệu	95	33,2
6 - <10 triệu	88	30,8
≥10 triệu	53	18,5

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 39,7 tuổi. Hai nhóm tuổi 31-40 và 41-50 chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt 35,7% và 34,3%. Nam giới chiếm 58,0%, phần lớn đã lập gia đình (61,5%), còn lại độc thân (18,5%), ly dị/ly thân (10,5%) hay góa vợ/chồng (9,4%). Trên 60% đối tượng có trình độ học vấn trung học phổ thông trở lên, trong đó 25,2% đạt trình độ cao đẳng trở lên. Tỷ lệ thất nghiệp là 7,7%, lao động tự do chiếm 36,7%. Thu nhập bình quân 6,5 triệu đồng/tháng, trong đó có 17,5% dưới 3 triệu đồng/tháng và 18,5% trên 10 triệu đồng/tháng.

Bảng 2. Một số đặc điểm điều trị HIV ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm điều trị HIV	Tần số	Tỉ lệ %
Số lượng TB CD4 (TB/SD)	559,7 ± 294,0	
Tải lượng vi rút HIV (TB/SD)	15,0 ± 31,0	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)		
Thiếu cân (<18,5)	34	11,9
Bình thường (18,5 – 24,9)	219	76,6
Thừa cân (≥25)	33	11,5
Số năm điều trị ARV (TB/SD)	5,3 ± 2,3	
Viêm gan B (Dương tính)	44	15,4
Viêm gan C (Dương tính)	65	22,7
Bệnh mãn tính (Có)	80	28,0

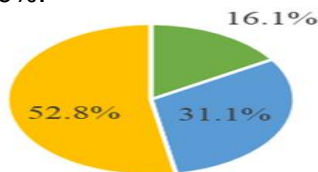
Trung bình số lượng tế bào CD4 của nhóm nghiên cứu là 559,7 ± 294,0 TB/mm³, trong đó có 9,4% dưới 200 TB/mm³. Trung bình tải lượng vi-rút là 15,0 ± 31,0 bản sao/mL, tỷ lệ dưới ngưỡng phát hiện chiếm 82,52%. Tỷ lệ thiếu cân và thừa cân/béo phì lần lượt là 11,9% và 11,5%. Thời gian điều trị ARV trung bình là 5,3 ± 2,3 năm, trong đó có 46,2% điều trị từ 5-10 năm và 10,8% trên 10 năm. Tỷ lệ đối tượng đồng nhiễm viêm gan B và C lần lượt là 15,4% và 22,7%. Có 28,0% đối tượng hiện mắc bệnh mãn tính.

Bảng 3. Đặc điểm hỗ trợ xã hội của đối tượng nghiên cứu theo thang đo MSPSS

Thang đo MSPSS	Đồng ý		TB ± SD (1-7 điểm)
	Số lượng	Tỉ lệ %	
Có người đặc biệt ở bên khi cần	258	90,2	6,4 ± 1,8
Có người đặc biệt để chia sẻ niềm vui và nỗi buồn	255	89,2	6,3 ± 1,9
Gia đình cố gắng để giúp và	251	87,8	6,1 ± 1,8

hỗ trợ			2,0
Nhận được sự giúp đỡ và hỗ trợ tâm lý từ gia đình	250	87,4	6,1 ± 2,0
Có người đặc biệt là điểm tựa thoải mái	242	84,6	6,2 ± 2,0
Bạn bè cố gắng để giúp và hỗ trợ	194	67,8	4,3 ± 2,3
Bạn bè có thể tin tưởng được khi có vấn đề xấu xảy ra	194	67,8	4,3 ± 2,3
Có thể nói chuyện với gia đình về các vấn đề của mình	244	85,3	6,0 ± 2,1
Có bạn bè để chia sẻ niềm vui và nỗi buồn	195	68,2	4,4 ± 2,4
Có một người đặc biệt quan tâm đến cảm xúc của mình	242	84,6	6,0 ± 2,1
Gia đình sẽ giúp trong việc ra quyết định	235	82,2	5,8 ± 2,3
Có thể nói chuyện với bạn bè về các vấn đề của mình	172	60,1	3,9 ± 2,4
Tổng điểm			65,7 ± 16,7

Tổng điểm hỗ trợ xã hội theo thang đo MSPSS là 65,7 ± 16,7. Trong đó, cao nhất ở các khía cạnh "Có người đặc biệt ở bên khi cần" với tỉ lệ đồng ý là 90,2%, thấp nhất ở khía cạnh "Bạn bè cố gắng để giúp và hỗ trợ" và "Bạn bè có thể tin tưởng được khi có vấn đề xấu xảy ra" với tỉ lệ 67,8%.



■ Thấp ■ Trung bình ■ Cao
Biểu đồ 1. Phân loại mức độ hỗ trợ xã hội theo MSPSS

Phân loại mức độ hỗ trợ xã hội theo thang đo MSPSS, tỉ lệ người nhiễm HIV/AIDS có mức độ xã hội ở mức thấp là 16,1%, mức độ trung bình là 31,1% và mức độ cao là 52,8%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về hỗ trợ xã hội có liên quan chặt chẽ tới các tác động tâm lý của người nhiễm HIV. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang đo MSPSS nhằm đánh giá 3 khía cạnh về hỗ trợ xã hội trên người nhiễm HIV/AIDS. Kết quả cho thấy, tỉ lệ có hỗ trợ xã hội cao là 52,8% và trung bình là 31,1%. Hỗ trợ thấp nhất ở khía cạnh "Bạn bè" và cao nhất ở khía cạnh "Gia đình". Đồng thời, tỉ lệ trầm cảm cũng cao hơn ở nhóm có mức độ hỗ trợ xã hội thấp so với nhóm trung bình và cao. Kết quả phù hợp với nghiên cứu trước đó Nigeria với tỉ lệ hỗ trợ mức độ vừa và

cao đạt 59,6% [4]. Tuy nhiên, tỉ lệ này cao hơn so với mức 38,6% người có hỗ trợ mạnh ở Ethiopia [5] và 48,6% có hỗ trợ vừa/cao ở Ấn Độ [6]. Kết quả thấp hơn so với tỉ lệ 82,4% từng được báo cáo trong một nghiên cứu tại Ethiopia [7]. Các công cụ định lượng hỗ trợ xã hội khác nhau giữa các nghiên cứu trên có thể là nguyên nhân dẫn tới sự chênh lệch trong kết quả. Nghiên cứu hiện tại sử dụng MSPSS trong khi một số nghiên cứu trước sử dụng thang đo Oslo về hỗ trợ xã hội. Ngoài ra, sự khác biệt này có thể do các yếu tố địa lý và văn hóa khác nhau giữa hai nghiên cứu, cũng như các tiêu chí phân loại mức độ hỗ trợ.

Tại Việt Nam, một nghiên cứu được thực hiện tại Hà Nội vào năm 2017 cho thấy, tại các quốc gia có nguồn lực xã hội hạn chế như Việt Nam, nơi mà cấu trúc xã hội vẫn còn hướng về gia đình, việc mở rộng mạng lưới xã hội và tương tác giữa người nhiễm HIV với cộng đồng xung quanh là một định hướng quan trọng để giảm nguy cơ trầm cảm và rối loạn lo âu ở nhóm đối tượng này [8]. Trong bối cảnh chiến lược dự phòng và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam đã có những thay đổi đáng kể so với giai đoạn trước đây, các can thiệp nhằm nâng cao hỗ trợ xã hội cho người nhiễm cần được đẩy mạnh. Cụ thể, tăng cường vai trò của các tổ chức xã hội dân sự, kết nối người nhiễm HIV thành những cộng đồng, nhóm hỗ trợ lẫn nhau có thể là một giải pháp hiệu quả trong giai đoạn hiện nay. Điều này sẽ giúp chia sẻ kinh nghiệm và cung cấp sự trợ giúp cần thiết cho bệnh nhân, qua đó nâng cao chất lượng cuộc sống.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong số người nhiễm HIV/AIDS tham gia khảo sát, tỉ lệ có mức độ hỗ trợ xã hội ở mức cao là 52,8%, mức độ trung bình là 31,1% và mức độ thấp là 16,1%. Trong các nguồn hỗ trợ, hỗ trợ từ gia đình ở mức cao nhất, tiếp đến là từ những người quan trọng khác trong cuộc sống, thấp nhất là từ bạn bè. Tại Việt Nam hiện nay, việc xây dựng chiến lược và triển khai các can thiệp nhằm nâng cao mức độ hỗ trợ xã hội cho người nhiễm HIV/AIDS là hết sức cần thiết, ví dụ thông qua hoạt động của các tổ chức xã hội dân sự, kết nối cộng đồng người nhiễm để tự hỗ trợ, chia sẻ lẫn nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS (2022). Global AIDS Update.
2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS (2021). Báo cáo tổng kết công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020.
3. Qiao, S., Li, X., & Stanton, B. (2014). Social

- support and HIV-related risk behaviors: a systematic review of the global literature. *AIDS and behavior*, 18(2), 419–441.
4. **Babalola, O. E., Badru, O. A., Bain, L. E., & Adeagbo, O.** (2023). Determinants of social support among people living with HIV in Nigeria—a multicenter cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 11, 1120192.
 5. **Tesfaw, G., Ayano, G., Awoke, T., et al** (2016). Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC psychiatry*, 16(1), 368.
 6. **Subramanian, A., Mohan, A., Nandi, P. K., et al** (2021). Perceived social support, depression and their impact on quality of life of people living with HIV in India. *AIDS care*, 33(10), 1329–1334.
 7. **Abadiga M.** (2019). Depression and its associated factors among HIV/AIDS patients attending ART clinics at Gimbi General hospital, West Ethiopia, 2018. *BMC research notes*, 12(1), 527.
 8. **Matsumoto, S., Yamaoka, K., Takahashi, K., et al** (2017). Social Support as a Key Protective Factor against Depression in HIV-Infected Patients: Report from large HIV clinics in Hanoi, Vietnam. *Scientific reports*, 7(1), 15489.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: RÁCH VAN ĐỘNG MẠCH CHỦ ĐI KÈM RÁCH VÀ DÒ ĐỘNG MẠCH CHỦ LÊN SAU TAI NẠN GIAO THÔNG

Văn Hùng Dũng^{1,2}, Hoàng Niên Nhâm¹

TÓM TẮT

Tổn thương thành động mạch chủ dưới dạng rách, bóc tách, tu máu... do chấn thương ngực kín sau tai nạn giao thông không hiếm. Tuy nhiên, số nạn nhân còn sống trong bệnh cảnh chấn thương ngực có tổn thương động mạch chủ và đa chấn thương thì không nhiều. Tổn thương rách van động mạch chủ đơn thuần sau chấn thương rất hiếm gặp và dễ bị bỏ sót. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp rách van động mạch chủ đi kèm rách ngang động mạch chủ lên (một trường hợp có dò vào nhĩ phải) sau tai nạn giao thông gây đa chấn thương đầu-ngực-bụng.

Từ khóa: rách van động mạch chủ, chấn thương ngực kín, tai nạn giao thông

SUMMARY

CASES REPORT: AORTIC VALVE TEAR ASSOCIATED WITH ASCENDING AORTIC LACERATION AND FISTULIZATION TO RIGHT ATRIUM AFTER TRAFFIC ACCIDENT

Injury to the wall of the aorta in the form of laceration, dissection, hematoma... due to blunt chest trauma after traffic accidents is not uncommon. However, the number of survivors with aortic damage and multiple traumas is not much. An isolated aortic valve tear after trauma is very rare and easily missed. We report two cases of aortic valve tear associated with laceration of the ascending aorta (one case with right atrial fistula from aorta) after traffic accident causing by multiple thoracic-abdominal trauma.

Keywords: aortic valve tear, blunt chest trauma, traffic accident

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương động mạch chủ (ĐMC) và van ĐMC do chấn thương ngực sau tai nạn giao thông hoặc té ngã không phải là hiếm. Plenderleath có lẽ là người mô tả thương tổn này đầu tiên vào năm 1830¹ khi autopsy. Trong bệnh cảnh đa chấn thương, số nạn nhân còn sống và có tổn thương trên van và thành ĐMC không còn nhiều. Các bệnh nhân (BN) còn sống sau khi cấp cứu thường chỉ bị rách một phần thành ĐMC gây phình giả, tụ máu trong thành hoặc rách lá van ĐMC (thường bị lá vành phải và không vành ²) gây hở van ĐMC cấp, dẫn đến suy tim cấp. Các biến chứng này làm tăng tỷ lệ tử vong trong giai đoạn sau cấp cứu. Chẩn đoán tổn thương thành và van ĐMC cũng dễ bị bỏ sót trong bệnh cảnh đa chấn thương nếu không làm những xét nghiệm chuyên biệt như siêu âm tim, hay MSCT, MRI. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp (TH) rách ĐMC lên dò vào nhĩ phải (trường hợp thứ nhất) đi kèm hở van ĐMC nặng do rách lá vành phải sau tai nạn giao thông 2 tháng và 13 năm.

II. BỆNH ÁN

2.1. Trường hợp thứ nhất: BN Trần thị Hồng N. nữ, 26 tuổi, giáo viên, trú quán xã Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp, số hồ sơ 210566; nhập viện 10h ngày 11/5/2021. Cân nặng 46kg, chiều cao 1,54cm.

Lý do nhập viện: mệt, khó thở ngày càng tăng sau tai nạn giao thông tháng 3/2021.

Bệnh sử: tháng 3/2021 BN bị tai nạn giao thông gây đa chấn thương ngực-bụng. Đã mổ vá lỗ thủng ruột non tại BV Đồng Tháp và mổ nội soi lấy máu đông màng phổi phải tại BV Chợ Rẫy. Khoảng 2 tuần gần đây mệt, khó thở ngày càng tăng do đó đến Viện Tim để tìm nguyên

¹Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Văn Hùng Dũng

Email: vanhungdung2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024