

IV. KẾT LUẬN

U mỡ nội tuỷ đoạn tuỷ cổ là bệnh tương đối hiếm gặp, biểu hiện điển hình với tình trạng yếu liệt tứ chi tăng dần, có thể kèm theo các rối loạn về cảm giác. Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chủ yếu để chẩn đoán bệnh. Về phương pháp điều trị, việc cắt bán phần u được ưu tiên hơn là cắt toàn bộ mô u nhằm tránh tổn thương chức năng thần kinh. Tạo hình màng cứng giúp tăng hiệu quả giải ép lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ammerman BJ, Henry JM, De Girolami U, Earle KM. Intradural lipomas of the spinal cord. A clinicopathological correlation. J Neurosurg 1976; 44: 331-336.

2. Bhatoe HS, Singh P, Chaturvedi A, Sahai K, Dutta V, Sahoo PK. Nondysraphic intramedullary spinal cord lipomas: A review. Neurosurg Focus. 2005;18:EC P1.
3. Lee M, Rezai AR, Abbott R, Coelho DH, Epstein FJ. Intramedullary spinal cord lipomas. J Neurosurg. 1995;82:394-400.
4. Naim Ur R, Salih MA, Jamjoom AH, Jamjoom ZA. Congenital intramedullary lipoma of the dorsocervical spinal cord with intracranial extension: Case report. Neurosurgery. 1994; 34:1081-3.discussion 1084.
5. Pathi R, Kiley M, Sage M. Isolated spinal cord lipoma . J Clin Neurosci 2003; 10:692-694.
6. Sanli AM, Türkog'lu E, Kahveci R, Sekerci Z. Intradural lipoma of the cervicothoracic spinal cord with intracranial extension. Childs Nerv Syst 2010; 26:847-852.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN 10-15 TUỔI ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Văn Lâm², Mattias Larsson³, Linus Olson³, Nguyễn Thị Kim Chúc⁴, Trần Khánh Toàn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) và một số yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên 10-15 tuổi nhiễm HIV đang điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 190 trẻ từ 10-15 tuổi nhiễm HIV đang được quản lý điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung ương từ 6-12/2020. CLCS được đánh giá bằng công cụ PedsQL 4.0 với 23 câu hỏi liên quan đến 4 lĩnh vực về thể chất, tình cảm, xã hội và học tập. Điểm số càng cao tương ứng với CLCS càng tốt. **Kết quả:** Điểm trung bình CLCS chung 72,2; về sức khỏe thể chất 80,3; sức khỏe tâm lý xã hội 75,6; xã hội 82,2; cảm xúc 76,3; và học tập 68,3. Tỷ lệ CLCS tốt tính chung là 56,8%; về sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4%; về xã hội 73,2%, cảm xúc 57,9% và học tập 45,3%. Trẻ thuộc các hộ gia đình nghèo, trẻ có NCS có học vấn thấp (từ THCS trở xuống) và trẻ có thời gian từ nhà đến phòng khám từ 60 phút trở lên có CLCS thấp hơn ($p < 0,05$). **Kết luận:** Trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV có CLCS cao ở hầu hết các lĩnh vực, trừ lĩnh vực học tập. Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và

thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, vị thành niên, HIV, ARV, PedsQL.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN HIV-INFECTED ADOLESCENTS AGED 10-15 YEARS ON ANTIRETROVIRAL TREATMENT AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2020

Objectives: To describe the quality of life (QoL) and its related factors in HIV-positive adolescents aged 10-15 years on antiretroviral treatment (ART) at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study of 190 HIV-infected children aged 10-15 years taking ART at the National Children's Hospital from June to December 2020. The 23-item PedsQL™ Generic Core Scales were used to measure 4 core dimensions of health: physical, emotional, social and school functions. **Results:** The average scores were 72.2 for total QoL; 80.3 for physical health; 75.6 for psychosocial health; 76.3 for emotional function; 82.2 for social function; and 68.3 for school function. The rates of good QoL were 56.8% in total; 67.9% for physical function; 57.4% for psychosocial health; 57.9% for emotional function; 73.2% for social function; and 45.3% for school function. Children living in poor families, who having caregivers with low education (from lower secondary school) and those who need at least 60 minutes to reach the clinic had lower QoL ($p < 0.05$). **Conclusion:** HIV-infected

¹Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Viện Karolinska, Thụy Điển, ⁴Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: Hiennguyentn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

adolescents on ART have a relatively good QoL in almost all domains, except for school function. Low household economic condition, low educational level of caregiver and longer time to access the clinic are associated with low QoL in adolescents on ART.

Keywords: Quality of life, adolescents, HIV, ARVs, PedsQL™.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS vẫn đang là một vấn đề sức khỏe quan trọng, để lại gánh nặng bệnh tật lâu dài cho trẻ em, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Năm 2019, ước tính có khoảng 2,8 triệu trẻ em và trẻ vị thành niên nhiễm HIV trên toàn cầu với 320.000 trẻ mắc mới [1]. Tại Việt Nam, tính đến quý 3 năm 2017, nhóm tuổi từ 14 – 19 tuổi chiếm 3% trong những người mới phát hiện nhiễm HIV [2]. Ước tính hiện nay cả nước có khoảng 5000 trẻ em và trẻ vị thành niên đang được điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) [3]. Trẻ mang HIV gặp nhiều thách thức ở các lĩnh vực khác nhau, nhất là trong giai đoạn chuyển tiếp của tuổi vị thành niên [4].

Vị thành niên là một giai đoạn đặc biệt trong cuộc đời với những đặc trưng riêng về tâm sinh lý. Các vấn đề thường xảy ra ở trẻ em nhiễm HIV là bị xã hội kỳ thị, tự ti, ức chế sự phát triển tâm sinh lý bình thường, phải điều trị ARV kéo dài, tái khám thường xuyên, và nghỉ học nhiều lần [5]. Trẻ em và trẻ vị thành niên có HIV đang điều trị ARV cũng thường có tỷ lệ thất bại điều trị virut gấp 2 lần so với người lớn.

Với những tiến bộ gần đây trong điều trị ARV, thời gian sống của người nhiễm HIV đã được tăng lên rõ rệt; CLCS của người bệnh ngày càng được quan tâm. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về CLCS của trẻ nhiễm HIV ở độ tuổi vị thành niên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá CLCS và một số yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Nhi trung ương năm 2020. Những thông tin này sẽ là cơ sở cho các can thiệp nhằm cải thiện CLCS và hiệu quả điều trị của trẻ nhiễm HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng trẻ nhiễm HIV đang được quản lý điều trị ARV thường xuyên tại phòng khám ngoại trú (OPC) của Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020. Đây là một phần kết quả điều tra ban đầu của một Dự án can thiệp về hỗ trợ tuân thủ điều trị (HIVCHI-2) nên nghiên cứu loại trừ những trường hợp trẻ do các cơ sở điều trị ARV khác giới thiệu đến điều trị tạm thời tại Bệnh viện Nhi

trung ương; trẻ sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung, trẻ đang tham gia các nghiên cứu can thiệp khác về - tuân thủ điều trị ARV. Tổng cộng có 190/196 trẻ thoả mãn tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua phỏng vấn trẻ và người chăm sóc (NCS) về CLCS của trẻ bằng công cụ PedsQL 4.0. Công cụ PedsQL 4.0 với 23 câu hỏi về 4 lĩnh vực về thể chất, tình cảm, xã hội và học tập, phù hợp để đo lường CLCS liên quan đến sức khỏe ở trẻ em và trẻ vị thành niên từ 2-18 tuổi với giá trị và độ tin cậy cao. Điểm CLCS ở từng lĩnh vực được tính bằng cách lấy tổng số điểm các câu trả lời ở từng lĩnh vực chia cho số câu đã trả lời trong lĩnh vực đó. Từ đó, tính được điểm trung bình CLCS chung và điểm trung bình riêng cho sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tâm lý xã hội. Điểm trung bình càng cao có nghĩa là CLCS của trẻ càng tốt và ngược lại. Trên cơ sở phổ điểm, trong nghiên cứu này, trẻ được coi là CLCS tốt khi điểm trung bình CLCS ≥ 75 . Thông tin về tiền sử, bệnh sử, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị được thu thập từ hồ sơ bệnh án ngoại trú và phỏng vấn bổ sung NCS bằng một bộ câu hỏi cấu trúc. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Nghiên cứu nằm trong khuôn khổ Dự án HIVCHI-2 đã được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt, bảo đảm các yêu cầu về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin nhân chung của trẻ nhiễm HIV

Thông tin của đối tượng	Số lượng (%)
Tuổi (năm) 12,1±1,7	
Giới tính	Nam 107(56,3%)
	Nữ 83(43,7%)
Địa bàn sinh sống	Hà Nội 91(47,9%)
	Tỉnh khác 99(52,1%)
Thời gian từ nơi ở đến phòng khám	30-<60 phút 51(26,84%)
	60-<120 phút 56(29,5%)
	≥ 120 phút 83(43,7%)
Trẻ dân tộc thiểu số 6(3,2%)	
Gia đình trẻ thuộc hộ nghèo 62(32,6%)	
Trẻ có bảo hiểm y tế 187(98,4%)	
Trẻ có được đến trường học 185(99,5%)	

Trong bảng 1, trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (56,3% và 43,7%); độ tuổi trung bình là 12,1±1,7. Hầu hết trẻ là người dân tộc Kinh 96,8%, có bảo hiểm y tế (98,4%), sống chủ yếu ở các tỉnh ngoài Hà Nội (52,1%), gia đình chủ

yếu 3-4 người (56,3%) và được đến trường (99,5%). Khoảng 1/3 số trẻ thuộc các hộ gia đình nghèo.

Bảng 2. Thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị ARV

Thông tin	Số lượng (%)	
Tuổi trung bình khi được chẩn đoán nhiễm HIV (tháng)	37,2±28,3	
Thời gian trung bình được điều trị sau khi chẩn đoán (tháng)	13,2±19,1	
Thời gian điều trị ARV trung bình (năm)	8,2±2,8	
BMI hiện tại	Suy dinh dưỡng	29(15,3%)
	Bình thường	156(82,1%)
	Thừa cân, béo phì	5(2,6%)
Nhiễm trùng cơ hội lúc bắt đầu điều trị	Không	91(47,9%)
	Có	99 (52,1%)
GDLS lúc bắt đầu điều trị	Giai đoạn I	106(56,4%)
	Giai đoạn II	33(17,6%)
	Giai đoạn III	30(15,9%)
	Giai đoạn IV	19(10,1%)
Giai đoạn lâm sàng hiện tại	Giai đoạn I	182(97,9%)
	Giai đoạn II	4(2,1%)
Tải lượng vi rút gần nhất	Trên ngưỡng	37(19,9%)
	Dưới ngưỡng	149(80,1%)
Nồng độ CD4 gần nhất	CD4 < 500	33(17,6%)
	500≤CD4<1000	109(58,3%)
	CD4≥1000	45(24,1%)
Đã từng gặp thất bại điều trị	Có	44(23,2%)
	Không	146(76,8%)
Tuân thủ điều trị ARV hiện tại	Tốt	173(91,1%)
	Chưa	17(8,9%)

Trung bình trẻ được chẩn đoán vào khoảng 37 tháng tuổi, được điều trị arv sau đó khoảng 13 tháng và thời gian điều trị trung bình 8,2 năm. Thời gian nhiễm HIV dưới 10 năm 52,6%, có 95,2% trẻ được xác định lây nhiễm HIV theo đường mẹ con. NTCH khi bắt đầu điều trị 52,1% và 43,6% ở giai đoạn lâm sàng II trở lên. Sau thời gian điều trị bằng ARV, đại đa số trẻ ở GDLS I (97,9%), với 80,1% có tải lượng virus dưới ngưỡng, và 17,6% có CD4 dưới 500. Hiện tại 15,3% trẻ suy dinh dưỡng và 5,6% trẻ thừa cân, béo phì. Có 23,2% trẻ từng gặp thất bại điều trị ARV về lâm sàng, miễn dịch và hoặc vi rút học, phần lớn trẻ tuân thủ điều trị ARV (91,1%) (bảng 2).

Bảng 3. Thông tin chung NCS chính

Thông tin của đối tượng	Số lượng (%)	
NCS chính	Bố	37(19,5%)
	Mẹ	114(60,00%)
	Ông, bà	29,26(15,3%)

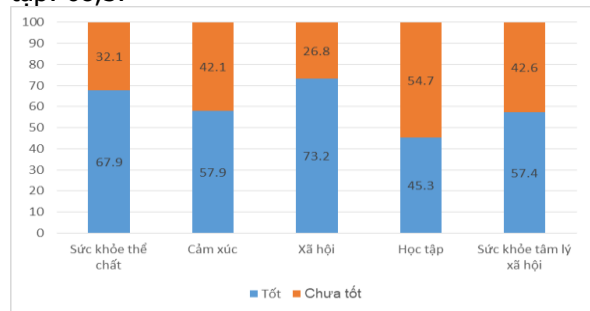
	Khác	10 (5,2%)
Tuổi trung bình NCS (năm) 43,7±11,2		
Học vấn NCS	Từ PTTH trở lên	88 (46,3%)
	Từ THCS trở xuống	102 (53,7%)
Nghề nghiệp NCS	Lao động phổ thông	111 (58,4%)
	Khác	79 (41,6%)
Tình trạng nhiễm HIV của người chăm sóc	Có	137 (72,1%)
	Không	37 (19,5%)
	Không rõ	16 (8,4%)

Bảng 3 cho thấy NCS chính chủ yếu là bố, mẹ (79,5%) với tuổi trung bình 43,7±11,2 và phần lớn có học vấn NCS từ THCS trở xuống (53,7%). Hầu hết NCS là lao động phổ thông (58,4%). Tỷ lệ nhiễm HIV của NCS cao 72,1%.

Bảng 4: Điểm trung bình CLCS của trẻ theo từng lĩnh vực, khía cạnh

CLCS Lĩnh vực	Q1	Q2	Q3	Min	Max
Sức khỏe thể chất	65,3	87,5	100	25	100
Cảm xúc	60,0	80,0	100	15	100
Xã hội	70,0	90,0	100	0	100
Học tập	55,0	70,0	85	0	100
Sức khỏe tâm lý xã hội	65,0	77,6	90	8,3	100
CLCS chung	66,3	79,3	91,3	14,1	100

Trong bảng 4 ĐTB CLCS chung và các lĩnh vực tương đối cao: CLCS chung 72,2; lĩnh vực sức khỏe thể chất 80,3; sức khỏe tâm lý xã hội 75,6. Trong lĩnh vực sức khỏe tâm lý xã hội: ĐTB khía cạnh xã hội là cao nhất: 82,2 thấp nhất học tập: 68,3.



Biểu đồ 1: Phân loại CLCS của từng lĩnh vực, khía cạnh

Nhận xét: Phân loại CLCS của trẻ ở các lĩnh vực là tương đối tốt. Tỷ lệ CLCS chung tốt 56,8%; lĩnh vực sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4% trong đó khía cạnh xã hội phân loại tốt cao nhất 73,2% khía cạnh học tập phân loại CLCS tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất 45,3% tiếp đến khía cạnh cảm xúc 57,9% (biểu đồ 1).

Bảng 5: Mối liên quan giữa CLCS và đặc điểm của trẻ nhiễm

Thông tin của đối tượng		Tốt		Chưa tốt		OR 95%CI
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	63	58,9	44	41,1	1,0
	Nữ	45	54,2	38	45,8	1,2 (0,7-2,2)
Nhóm tuổi	13-15	62	56,4	38	43,6	1,0
	10-12	46	57,5	34	42,5	1,0 (0,5-1,7)
Hộ nghèo	Không	80	62,5	48	37,5	1,0
	Có	28	45,2	34	54,8	2,0(1,1-3,7)*
Thời gian đến phòng khám	Dưới 60 phút	36	70,6	15	29,4	1,0
	Từ 60 phút trở lên	72	51,8	67	48,2	2,2(1,1-4,4)*
Nhóm tuổi NCS	Trên 45 tuổi	29	63,0	17	37,0	1,0
	Từ 45 tuổi trở xuống	79	54,9	65	45,1	1,4(0,7-2,8)
NCS nhiễm HIV	Không	25	67,6	12	32,4	1,0
	Có	74	54,0	63	46,0	1,8 (0,8-3,8)
Trình độ NCS	Từ PTTH trở lên	58	65,9	30	34,1	1,0
	Từ THCS trở xuống	50	49,0	52	51,0	2,0(1,1-3,6)*
Thời gian nhiễm HIV	Dưới 10 năm	62	62,0	38	38,0	1,0
	10 năm trở lên	46	51,1	44	48,9	1,6(0,9-2,8)
Thời gian điều trị ARV sau chẩn đoán(tháng)	Trong vòng 6 tháng	64	59,3	44	40,7	1,0
	Trên 6 tháng	44	53,7	38	56,3	1,3(0,7-2,2)
Trẻ bị suy dinh dưỡng	Không	94	58,4	67	41,6	1,0
	Có	14	48,3	15	51,7	1,5(0,7-3,2)
Giai đoạn lâm sàng hiện tại	I	104	57,1	78	42,9	1,0
	II	2	50,0	2	50,0	1,3 (0,2-9,7)
Kết quả CD4 gần nhất	Dưới 500	23	67,6	11	32,4	1,0
	Từ 500 trở lên	85	54,5	71	45,5	1,7(0,8-3,8)
Tải lượng vi rút gần nhất	Dưới ngưỡng	89	58,2	64	41,8	1,0
	Trên ngưỡng	19	51,4	18	48,6	1,3 (0,6-2,7)
Tiền sử thất bại điều trị	Không	87	59,6	59	40,4	1,0
	Có	21	47,7	23	52,3	1,6 (0,8-3,2)

(* có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$)

Nhận xét: Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên. Không có mối liên quan giữa CLCS và một số đặc điểm kinh tế xã hội khác (giới tính, nhóm tuổi), các đặc điểm NCS (nhóm tuổi, tình trạng nhiễm HIV của NCS) và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thông tin điều trị ARV của trẻ (bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Trong 190 trẻ đủ tiêu chuẩn được thu nhận vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $12,1 \pm 1,7$ (năm), tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Tuổi trung bình được chẩn đoán nhiễm HIV $37,2 \pm 28,3$ (tháng). Trong nghiên cứu của AC Ubesie và cộng sự; Brown và cộng sự ở Ibadan cũng cho thấy tuổi trung bình được chẩn đoán nhiễm HIV là 3 tuổi. Tuổi để chẩn đoán nhiễm HIV là khá muộn. Trong nghiên cứu này, thời gian trung bình được điều trị sau chẩn đoán là $13,2 \pm 19,1$ (tháng), sớm hơn so với kết quả trong nghiên cứu của

Desmonde và cộng sự (2018) trên 135.479 trẻ từ 1-19 tuổi điều trị ARV thấy 68% trong tổng số được điều trị ARV sau 24 tháng phát hiện nhiễm HIV. Với việc khả năng tiếp cận với điều trị ARV ngày một tốt hơn, hy vọng trẻ sẽ có nhiều cơ hội để được điều trị sớm hơn. Tăng cường tiếp cận với ARV đã cho phép trẻ em nhiễm HIV giai đoạn đầu có thể sống sót khi trở thành trẻ vị thành niên. Trong nghiên cứu này, CLCS tổng thể của trẻ nhiễm HIV ở giai đoạn này là tương đối tốt, tỷ lệ CLCS chung tốt 56,8%; lĩnh vực sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4% trong đó khía cạnh xã hội phân loại tốt cao nhất 73,2% khía cạnh học tập phân loại CLCS tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất 45,3%. CLCS trong nghiên cứu này tốt có thể do bệnh nhân đã điều trị từ lâu thời gian điều trị ARV trung bình $8,2 \pm 2,8$ nên trẻ ổn định về lâm sàng, cận lâm sàng hơn nữa trẻ đã nhận thức được về bệnh và xác định điều trị lâu dài. Ảnh hưởng tiêu cực của trình trạng HIV trong gia đình chủ yếu thể hiện ở sức khỏe tâm lý xã hội của trẻ nhất là ở khía cạnh học tập

với điểm trung bình 68,3 tỉ lệ CLCS tốt ở khía cạnh này thấp nhất trong 4 khía cạnh. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu về tác động của HIV đối với CLCS ở trẻ em của Sebi Das và cộng sự năm 2010 thì điểm học tập thấp nhất trong 4 khía cạnh với ĐTB là 69,23.

Trong nghiên cứu, sức khỏe thể chất tương đối cao có thể giải thích rằng trong nghiên cứu với hầu hết trẻ có BMI bình thường (82,1%) có tổng số lượng CD4 trên 500 tế bào/mm³(82,4%) cao và hầu hết trẻ ở giai đoạn lâm sàng I (97,9%), trẻ không có nhiễm trùng cơ hội cũng cho thấy việc duy trì chăm sóc sức khỏe hiện tại phù hợp. Ở lĩnh vực sức khỏe tâm lý xã hội khía cạnh học tập và cảm xúc có ĐTB, tỷ lệ CLCS tốt thấp hơn các khía cạnh còn lại có thể là do nhiễm HIV ảnh hưởng trực tiếp đến hệ thần kinh trung ương, gây tổn thương thần kinh và bệnh não [6]. Hơn nữa, trẻ nhiễm HIV giai đoạn đầu cũng có nguy cơ gặp các vấn đề về chức năng nhận thức, hành vi và cảm xúc. Những vấn đề về sự thiếu hụt trong chức năng điều hành hoặc tốc độ xử lý, rất có thể ảnh hưởng đến kết quả hoạt động của trường học [7]. Ngoài ra, có hai yếu tố quan trọng giúp phân biệt HIV với hầu hết các bệnh mãn tính khác liên quan đến hoạt động của học tập. Một là sự kỳ thị của xã hội liên quan đến HIV, hai là liên quan đến ảnh hưởng của NTCH.

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLCS của trẻ bị ảnh hưởng nhiều bởi các yếu tố kinh tế xã hội như điều kiện kinh tế gia đình, học vấn của NCS, thời gian từ nhà đến phòng khám hơn là các đặc điểm tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị. Trẻ sống trong hộ gia đình nghèo có CLCS chưa tốt cao hơn trẻ sống trong gia đình là hộ giàu. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Chalermkwan Kuntawee trẻ sống trong gia đình có thu nhập ≤5000 Baht thì có CLCS cao hơn [8]. Việc sống trong gia đình có điều kiện kinh tế tốt sẽ tạo điều kiện cho trẻ tham gia điều trị theo dõi tình trạng bệnh sẽ tốt hơn nhóm trẻ còn lại, thêm vào đó trẻ có thể được hưởng những gì tốt nhất góp phần vào phát triển sức khỏe thể chất và tinh thần. Trình độ học vấn của NCS càng thấp thì CLCS càng thấp. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Chalermkwan Kuntawee và cộng sự năm 2010 thì trình độ NCS không ảnh hưởng đến CLCS của trẻ [8]. NCS ảnh hưởng rất lớn đến trẻ nhiễm HIV, việc trẻ có được tiếp cận với chẩn đoán và điều trị sớm phụ thuộc nhiều vào hiểu biết của NCS. NCS càng có kiến thức sẽ càng có những hiểu biết thêm về bệnh và từ đó có thể chăm sóc trẻ tốt hơn. Thời gian từ nhà

đến nơi khám bệnh càng lâu thì CLCS của trẻ càng thấp. Điều này có thể lý giải rằng việc đến phòng khám định kỳ và tốn thời gian quá lâu ảnh hưởng đến công việc của NCS, NCS sẽ không sắp xếp được thời gian đưa trẻ đi khám ảnh hưởng đến điều trị của trẻ dẫn đến giảm CLCS.

Trong nghiên cứu này, các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng không có mối liên quan với CLCS như các nghiên cứu trước đây của các tác giả khác. Chẳng hạn, các nghiên cứu trước đây các tác giả có chỉ ra rằng số lượng tế bào CD4 thấp là các yếu tố dự báo chất lượng cuộc sống thấp hay tỉ lệ thất bại điều trị cao dẫn đến CLCS thấp. Trong nghiên cứu của Behailu Tariku Derseh năm 2020 những trẻ có CLCS kém có nguy cơ thất bại về vi rút học cao hơn 2,6 lần so với những trẻ có CLCS tốt.

V. KẾT LUẬN

Trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV có CLCS tương đối tốt, nhưng cần quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe tâm lý xã hội, nhất là vấn đề học tập. Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên. -

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF (2019)**. The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, but progress is possible, accessed 7/2019-2019, from [https:// data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/](https://data.unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/).
2. **Bộ Y tế (2017)**. Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018.
3. **Cục phòng chống HIV/AIDS-Bộ Y tế (2013)**. HIV/AIDS tại Việt Nam ước tính và dự báo giai đoạn 2011-2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **AL Agwu, L Fairlie (2013)**. Antiretroviral treatment, management challenges and outcomes in perinatally HIV-infected adolescents. *J Int AIDS Soc* 2013, **16(18579)**.
5. **S Cohen, JA Ter Stege, AM Weijnsfeld, et al. (2015)**. Health-related quality of life in perinatally HIV-infected children in the Netherlands. *AIDS Care*, **27(10)**, 1279-1288.
6. **Scharko AM (2006)**. DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. *AIDS Care*, **18(5)**, 441-445.
7. **Nicole Phillips, MSocSci, Amos Taryn (2016)**. HIV-Associated Cognitive Impairment in Perinatally Infected Children: A Meta-analysis. *Pediatrics*, **138(5)**, e20160893.
8. **Kuntawee Chalermkwan, Fungladda Wijitr, Kaewkungwal Jaranit, et al. (2010)**. Social factors related to quality of life among HIV infected children in ubon Ratchathani Province, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, **41(5)**, 1136-1144.