

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ARV VÀ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS CỦA TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ LONG KHÁNH, ĐỒNG NAI

Đỗ Thiên Tâm¹, Trần Mạnh Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: HIV/AIDS vẫn đang là một thách thức toàn cầu trên khía cạnh kiểm soát và điều trị.

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng retrovirus (anti-retrovirus: ARV) và đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh giai đoạn 2017-2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là hồ sơ bệnh án và bệnh nhân đang điều trị ngoại trú HIV/AIDS bằng ARV. Thiết kế nghiên cứu hồi cứu bệnh án và phỏng vấn trực tiếp người bệnh bằng bảng câu hỏi "CASE" thuộc "QOL/Adherence Forms". Nghiên cứu dùng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, tất cả các trường hợp đạt tiêu chí chọn sẽ được đưa vào phân tích.

Kết quả: Trong tổng số 180 đối tượng nghiên cứu, 66,5% là nam, độ tuổi trung bình $37,4 \pm 7,4$. Phần lớn bệnh nhân bắt đầu điều trị ở giai đoạn lâm sàng 3-4 (46,9%). Hơn 50% bệnh nhân được điều trị khởi đầu với phác đồ TDF/3TC/EFV và chỉ có 1,5% bệnh nhân được điều trị phác đồ bậc 2 và 3. Có 78,3% bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt. Hai yếu tố "kiến thức về tuân thủ" (OR = 11; 95% CI: 4,1-31, $p = 0,001$) và "sử dụng các biện pháp nhắc nhở" (OR = 3,4; 95% CI: 1,1-10, $p = 0,03$) có liên quan đến mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh.

Kết luận: Việc điều trị HIV/AIDS bằng ARV ở Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh vẫn chủ yếu là phác đồ bậc 1. Kiến thức và biện pháp nhắc nhở có liên quan đến tuân thủ điều trị.

Từ khóa: HIV/AIDS, thuốc ARV, tuân thủ điều trị

ABSTRACT

ANTIRETROVIRAL TREATMENT AND MEDICATION ADHERENCE OF HIV/AIDS PATIENTS AT MEDICAL CENTER OF LONG KHANH, DONG NAI

Do Thien Tam, Tran Manh Hung

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No. 6 - 2021: 69 - 79

Background: Up to now, HIV/AIDS has been a global challenge in terms of control and treatment.

Objectives: This study aimed to investigate the ARV treatment and to evaluate medication adherence in HIV/AIDS patients at Medical Center of Long Khanh city, Dong Nai during 2017-2019.

Methods: Medical records and patients treated at HIV/AIDS Medical Center were subjects of the study. Retrospective method and direct interview of patients were performed using descriptive statistics and QOL/Adherence Forms CASE questionnaire. All medical records satisfied with inclusion criteria were included in the study.

Results: Of the 180 participants, 66.5% were male with average age of 37. Most of patients began the treatment at clinical stages 3 or 4 (46.9%). More than half of patients were initially treated with TDF/3TC/EFV regimen and only 1.5% of patients were treated with second or third-line regimens. Overall, 78.3% of patients showed good compliance. Patient's knowledge of compliance and usage of reminders for medication were factors associated with compliance.

¹Trung Tâm Y Tế Thành phố Long Khánh, Đồng Nai

²Khoa Dược, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: PGS.TS.DS. Trần Mạnh Hùng

ĐT: 0937746596

Email: manhhung@ump.edu.vn

Conclusion: *The treatment of HIV/AIDS with ARV drugs was mainly based on the first-line regimens. Patient's knowledge in compliance and usage of reminder for medication were associated with compliance.*

Key words: *HIV/AIDS, ARV regimen, medication compliance*

ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS (Human immunodeficiency virus/Acquired immunodeficiency syndrome) vẫn đang là hiểm họa toàn cầu, đặt ra những thách thức cho sự kiểm soát và điều trị. Mặc dù các quốc gia đã có nhiều nỗ lực trong phòng chống tích cực nhưng HIV/AIDS vẫn gia tăng với tính chất ngày càng phức tạp. Theo Tổ chức Liên hiệp quốc về Phòng chống AIDS (UNAIDS), đến cuối năm 2019 toàn thế giới có khoảng 38 triệu người bị nhiễm HIV còn sống, 690.000 người tử vong liên quan đến HIV và 1,7 triệu người mới mắc⁽¹⁾. Tại Việt Nam có 211.981 ca hiện mắc, 103.426 ca tử vong và 8.479 ca nhiễm mới. Số ca nhiễm mới HIV tập trung chủ yếu độ tuổi 16-29 tuổi (chiếm khoảng 40,1%) và 30-39 tuổi (chiếm khoảng 33,8%). Đường lây nhiễm chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn (khoảng 67,2%), đường máu (16,6%) và mẹ sang con (1,8%), còn lại là không có thông tin lây nhiễm. Trong số người nhiễm HIV được báo cáo chỉ có khoảng 80% số trường hợp theo dõi và quản lý được⁽²⁾.

Hiện nay, thuốc kháng retrovirus (ARV) là thuốc duy nhất ức chế sự nhân lên của HIV và kéo dài cuộc sống cho bệnh nhân. Điều trị bằng thuốc ARV có hiệu quả trong việc bảo tồn chức năng hệ thống miễn dịch, làm giảm nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội và tử vong do HIV và các nguyên nhân khác⁽³⁾. Những nghiên cứu gần đây cho thấy điều trị bằng ARV cho người nhiễm HIV là liệu pháp dự phòng lây nhiễm tốt nhất⁽⁴⁾. Điều trị HIV/AIDS là quá trình liên tục, kéo dài suốt cuộc đời và đòi hỏi sự tuân thủ điều trị tuyệt đối nhằm cải thiện chất lượng sống cho người bệnh và tăng tỷ lệ sống sót⁽⁵⁾.

Đồng Nai là một trong 10 tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV cao nhất cả nước. Tính đến cuối năm 2019, số lũy tích toàn tỉnh là 8.254 bệnh nhân, trong đó số bệnh nhân tử vong là 2.474 ca. Số đang được

quản lý là 4.674 bệnh nhân, trong đó có 3.274 bệnh nhân đang điều trị HIV trên địa bàn toàn tỉnh, số còn lại đi khỏi địa phương hoặc điều trị ở tỉnh khác. Điều này gây không ít trở ngại cho người bệnh trong việc tiếp cận điều trị và tuân thủ điều trị⁽⁶⁾. Đa số bệnh nhân được điều trị ở giai đoạn lâm sàng 3-4⁽⁷⁻⁹⁾, cho thấy công tác tư vấn xét nghiệm sớm HIV chưa phát huy hiệu quả. Tỷ lệ đáp ứng về lâm sàng, miễn dịch của bệnh nhân sau 12 tháng điều trị sẽ có cải thiện nếu được điều trị sớm và bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc⁽¹⁰⁾. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ của bệnh nhân chỉ đạt khoảng 70-80%, trong đó chủ yếu là do uống sai giờ và uống không đúng chỉ dẫn^(7,9,11). Một số yếu tố như tuổi, trình độ học vấn⁽¹²⁾, sử dụng bia, rượu, chất gây nghiện^(7,13,14) và kiến thức về tuân thủ điều trị ARV có liên quan đến tuân thủ dùng thuốc^(8,9,15). Xuất phát từ thực tiễn trên, nghiên cứu: "Tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS của Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai" được tiến hành với các mục tiêu sau:

Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV trên bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai.

Đánh giá tình hình tuân thủ của bệnh nhân được điều trị HIV/AIDS bằng ARV tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV trên bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai.

Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị bằng phác đồ

ARV tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS của Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh tỉnh Đồng Nai.

Tiêu chuẩn chọn lựa

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đang được điều trị bằng phác đồ ARV tới khám trong thời gian nghiên cứu có mã bệnh án trùng với mã bệnh nhân đang theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh án không đầy đủ, bỏ trị hoặc chuyển viện; bệnh nhân không đủ năng lực trả lời phiếu khảo sát (tâm thần, không đủ minh mẫn ...) hoặc tham gia một nghiên cứu lâm sàng khác có liên quan đến thử nghiệm thuốc. Các bệnh nhân tới khám trong thời gian nghiên cứu có mã bệnh án trùng với mã bệnh nhân đang theo dõi sẽ được mời phỏng vấn về tình trạng tuân thủ điều trị. Người phỏng vấn sẽ cung cấp thông tin về mục đích nghiên cứu, nội dung phỏng vấn cho bệnh nhân. Nếu bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu thì bệnh nhân sẽ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã xây dựng.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, không can thiệp thông qua hồ sơ bệnh án.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS của Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai trong giai đoạn từ 12/2019 đến 01/2020.

Cơ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu dùng phương pháp chọn mẫu toàn bộ, tất cả các trường hợp đạt tiêu chí chọn sẽ được đưa vào phân tích.

Đánh giá tình hình tuân thủ của bệnh nhân được điều trị HIV/AIDS bằng ARV tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đang được điều trị bằng phác đồ ARV tại phòng khám

ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh tỉnh Đồng Nai.

Tiêu chuẩn chọn lựa

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có các vấn đề về thần kinh hoặc không đủ minh mẫn để trả lời các câu hỏi khảo sát; bệnh nhân không đến khám hoặc không đi nhận thuốc.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, không can thiệp, khảo sát bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS của Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2020.

Cơ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, các bệnh nhân tới khám trong thời gian nghiên cứu có mã bệnh án trùng với mã bệnh nhân đang theo dõi sẽ được mời khảo sát tình trạng tuân thủ điều trị. Nghiên cứu viên sẽ cung cấp thông tin về mục đích nghiên cứu, nội dung khảo sát cho bệnh nhân.

Thông số nghiên cứu

Tuân thủ điều trị: đánh giá tuân thủ điều trị dựa trên bộ câu hỏi CASE thuộc QOL/Adherence Forms⁽¹⁴⁾ và đã được áp dụng nghiên cứu ở Việt Nam⁽⁹⁾. Tuân thủ được xác định khi đảm bảo cả 3 tiêu chí: không bỏ liều lần nào trong một tuần, không uống thuốc muộn quá 1 giờ lần nào trong tuần qua và không uống sai cách chỉ dẫn lần nào trong thời gian nghiên cứu^(2,9).

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân: đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm về điều trị ARV, đặc điểm về lối sống (sử dụng rượu bia, ma túy), kiến thức về tuân thủ điều trị ARV, dịch vụ y tế và sự hỗ trợ.

Kiến thức của bệnh nhân về điều trị ARV: được đánh giá là đạt về kiến thức khi trả lời các câu hỏi phần kiến thức đạt từ 8/11 điểm trở lên (mỗi ý trả lời đúng trong các câu hỏi phần kiến thức đạt 1 điểm). Bộ câu hỏi này được xây

dựng từ nghiên cứu của Mannheimer và cộng sự (2006)⁽¹⁶⁾, việt hóa và áp dụng bởi Trần Thị Thành Mai và cộng sự (2018)⁽⁹⁾.

Mô tả biến số sử dụng cho nghiên cứu

Biến phụ thuộc

Tuân thủ/không tuân thủ.

Biến số độc lập

Biến số mô tả đặc điểm bệnh nhân

Tuổi, nhóm tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, tình trạng việc làm, thu nhập bình quân.

Biến số mô tả quá trình về điều trị HIV/AIDS

Phác đồ, giai đoạn lâm sàng, thời gian điều trị.

Biến số mô tả lối sống

Sử dụng rượu, bia (dựa trên số lần uống/tuần: 0-1 và 2-4 lần uống/tuần và lượng hóa thành giá trị 0-1-2 tương ứng), biện pháp cai nghiện.

Biến số mô tả kiến thức của bệnh nhân về điều trị ARV.

Biến số mô tả kiến thức của bệnh nhân về tuân thủ điều trị ARV

Biến số mô tả dịch vụ y tế và hỗ trợ tại điều trị ARV

Khoảng cách tới phòng khám, thời gian chờ lấy thuốc, thông tin tư vấn từ cán bộ y tế, sự hài

lòng với thái độ và thông tin tư vấn của cán bộ y tế, người điều trị hỗ trợ tại nhà, nội dung hỗ trợ và biện pháp nhắc uống thuốc.

Quy trình nghiên cứu

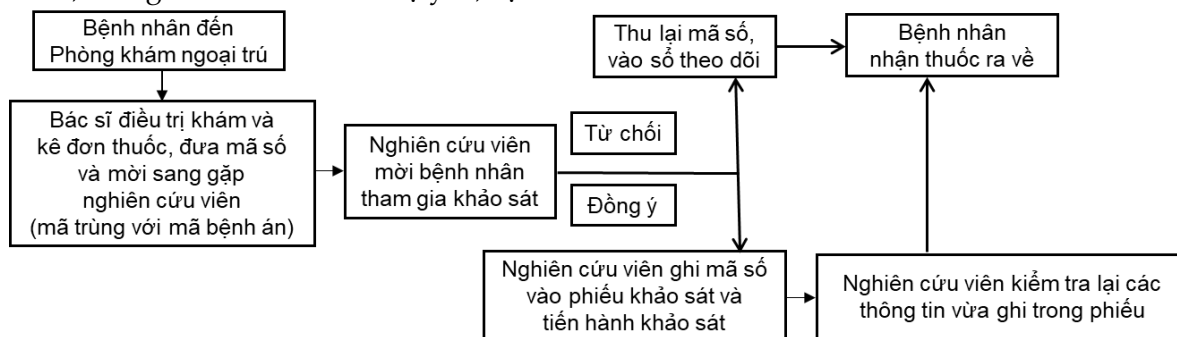
Quy trình tiếp cận và khảo sát bệnh nhân để thu thập số liệu về tình trạng tuân thủ điều trị được thể hiện trong Hình 1.

Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được mã hóa, phân tích bằng phần mềm SPSS 25. Kết quả được xử lý theo thống kê mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (SD) và tính toán tỷ lệ phần trăm. Xác định và phân tích các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân bằng phương pháp hồi quy logistic đa biến.

Y Đúc

Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề đạo đức và đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (761/HĐĐĐ 12/12/2019). Tất cả các thông tin cá nhân liên quan đến bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được mã hóa, bệnh nhân không phải chịu bất kỳ thử nghiệm điều trị nào liên quan đến vấn đề nghiên cứu.



Hình 1. Quy trình tiếp cận bệnh nhân và thu thập số liệu

KẾT QUẢ

Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV trên bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai.

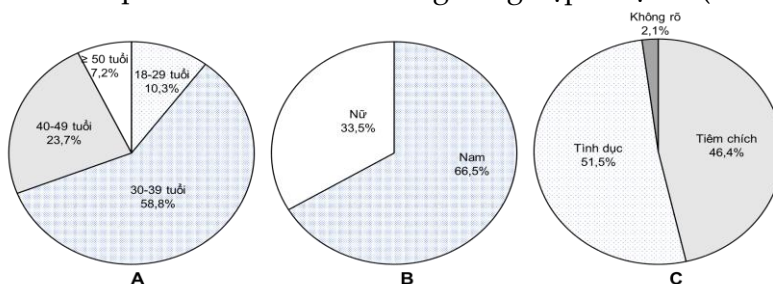
Nghiên cứu đã thu thập được 194 bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Đặc điểm của bệnh nhân điều trị ARV

Trong mẫu nghiên cứu, nam giới chiếm khoảng 2/3 so với nữ (33,5%). Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 37,4 ± 7,4, bệnh nhân nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 64 tuổi, trong đó tuổi trung bình của nam là 37 tuổi và nữ là 36 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có nghề nghiệp tự do. Có 4 bệnh nhân mang

thai trong đó 3 bệnh nhân mang thai tháng thứ 2, 6, 7 và 1 bệnh nhân đã sanh. Các bệnh nhân mang thai đều ở giai đoạn lâm sàng 1 và đang dùng phác đồ điều trị bậc 1 TDF + 3TC + EFV (tenofovir disoproxil fumarat +

lamivudin + efavirenz). Đường lây nhiễm HIV/AIDS chủ yếu là quan hệ tình dục và tiêm chích ma túy, có 4 bệnh nhân không rõ đường lây truyền trong đó có 2 nam và 2 nữ, nghề nghiệp là tự do (Hình 2).



Hình 2. Đặc điểm tuổi (A), giới tính (B) và đường lây truyền (C) của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

| Giai đoạn lâm sàng: n (%) | Giai đoạn 1: 86 (44,3%) | Giai đoạn 2: 17 (8,8%) | Giai đoạn 3: 39 (20,1%) | Giai đoạn 4: 52 (26,8%) |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Suy giảm miễn dịch: n (%) | Rất nhẹ: 20 (10,3%) | Nhẹ: 66(34,0%) | Vừa: 56 (28,9%) | Nặng: 52 (26,8%) |
| CD4 trước điều trị/mm ³ | ≤ 200: 33,5% | | ≥ 200: 66,5% | |
| Nhiễm trùng cơ hội: n (%) | Lao: 7 (3,6%) | HCV: 31 (16%) | HCV/HBV: 1 (0,5%) | |
| Thời gian đã theo dõi n (%) | < 1 năm: 12 (6,2%) | 1-5 năm: 44 (22,7%) | > 5 năm: 138 (71,1%) | |

Cần 50% bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng lâm sàng 3, 4 và có suy giảm miễn dịch ở mức độ vừa và nặng. Số lượng tế bào CD4 trung bình khi vào điều trị là 325 ± 11 TB/mm³, người có số lượng tế bào miễn dịch thấp nhất khi vào điều trị là 10 TB/mm³, người có tế bào CD4 khi vào điều trị cao nhất là 837 TB/mm³ (Bảng 1).

Các đối tượng nghiên cứu trong khảo sát có thời gian theo dõi điều trị trung bình là 86 tháng, ngắn nhất là 8 tháng, dài nhất là 172 tháng. Nghiên cứu ghi nhận 31 bệnh nhân nhiễm viêm gan C, 7 bệnh nhân mắc bệnh lao vẫn đang điều trị lao tại cơ sở và 1 bệnh nhân đồng nhiễm HBV/HCV. Hầu hết các bệnh nhân này đều ở giai đoạn lâm sàng 3, 4 và có suy giảm miễn dịch mức độ vừa cho đến nặng. 150 bệnh nhân không có bất kỳ nhiễm trùng cơ hội nào (Bảng 1).

Tình hình sử dụng thuốc của bệnh nhân điều trị ARV

Phác đồ bậc 1 TDF + 3TC + EFV được sử dụng phổ biến (53,1%). Phần lớn bệnh nhân

dùng đồng thời Cotrim và isoniazid trong vòng 6 tháng để dự phòng nhiễm trùng cơ hội, phù hợp theo khuyến cáo của Bộ Y tế⁽⁵⁾. Có 7 bệnh nhân điều trị lao theo phác đồ IA: 2RHZE/4RHE, các bệnh nhân này đều có giai đoạn lâm sàng 3, 4 và suy giảm miễn dịch ở mức độ vừa cho đến nặng. Phác đồ điều trị ARV dành cho phụ nữ đang mang thai và sau sinh là phác đồ bậc 1 phù hợp theo hướng dẫn Bộ Y tế⁽⁵⁾, tải lượng virus đều < 200 bản sao/ml (dưới ngưỡng phát hiện) (Bảng 2).

Trong thời gian theo dõi, phần lớn bệnh nhân duy trì phác đồ điều trị ban đầu. Có 50 bệnh nhân chuyển phác đồ điều trị D4T + 3TC + EFV, AZT + 3TC+ NVP sang TDF + 3TC + EFV theo khuyến cáo của Bộ Y tế⁽⁵⁾. 3 bệnh nhân thất bại với phác đồ bậc 1 sau thời gian theo dõi lần lượt 2, 4, 5 năm với tải lượng virus > 6.000 bản sao/ml sau 2 lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau 3 tháng nên đã chuyển sang phác đồ bậc 2 AZT + 3TC + LPV/r (Bảng 2).

Bảng 2. Phác đồ điều trị ARV, các thuốc dùng đồng thời và sự chuyển đổi phác đồ điều trị

| Phác đồ khởi đầu: n (%) | Phác đồ chuyển đổi: n (%) | Thuốc hỗ trợ: n (%) | Mang thai/sau sinh: n (%) |
|--|--|--|--|
| - TDF/3TC/EFV: 103 (53,1%) - D4T/3TC/EFV: 62 (32%) - AZT/3TC/NVP: 29 (14,9%) | - AZT/3TC/LPV/r: 3 (1,5%) - TDF/3TC/EFV: 34 (17,5%) - TDF/3TC/EFV: 16 (8,3%) | - Kháng nấm: 4 (2%) - Cotrim + INH: 153 (78,9%) - Kháng lao (RHZE): 7 (3,6%) | -TDF/3TC/EFV: 4 (2%) (không thay đổi) |

Thay đổi giai đoạn lâm sàng trong quá trình điều trị

Bảng 3. Thay đổi giai đoạn lâm sàng, miễn dịch sau 12 tháng điều trị

| Giai đoạn lâm sàng | | Suy giảm miễn dịch | |
|---|---|---|---|
| Bắt đầu: n (%) | Sau 12 tháng: n (%) | Bắt đầu: n (%) | Sau 12 tháng: n (%) |
| - Giai đoạn 1: 86 (44,3%) - Giai đoạn 2: 17 (8,8%) - Giai đoạn 3: 39 (20,1%) - Giai đoạn 4: 52 (26,8%) | - Giai đoạn 1: 177 (91,3%) - Giai đoạn 2: 3 (1,5%) - Giai đoạn 3: 7 (3,6%) - Giai đoạn 4: 7 (3,6%) | - Mức độ nhẹ: 86 (44,3%) - Mức độ vừa: 56 (28,9%) - Mức độ nặng: 52 (26,8%) | - Mức độ nhẹ: 177 (91,3%) - Mức độ vừa: 10 (5,1%) - Mức độ nặng: 7 (3,6%) |

Nhóm nghiên cứu không ghi nhận đáp ứng lâm sàng và miễn dịch ở các bệnh nhân điều trị dưới 12 tháng vì hầu hết các đánh giá này chỉ được thực hiện đầy đủ sau khi bệnh nhân đã được điều trị và theo dõi tối thiểu 12 tháng. Sau 12 tháng điều trị, kết quả cho thấy có sự cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng 1

ban đầu là 44,3%, đã tăng lên 91,3%; ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng 3 (20,1%), 4 (26,8%) đã giảm xuống còn 3,6%. Tương tự, suy giảm miễn dịch ở mức độ nhẹ tăng từ 44,3% lên đến 91,3% và tương ứng là sự giảm tỷ lệ các mức độ vừa (từ 28,9% xuống 5,1%) và nặng (từ 26,8% xuống 3,6%) (Bảng 3).

Tương tác thuốc ghi nhận trong quá trình điều trị

Bảng 4. Các tương tác thuốc ghi nhận theo hướng dẫn của Bộ Y tế

| Cặp tương tác: n (%) | Mức độ | Kết quả |
|-----------------------------|--------------|--|
| EFV – Itraconazol: 1 (0,5%) | Nghiêm trọng | Có thể làm tăng nguy cơ kéo dài khoảng QT, gây xoắn đỉnh |
| EFV – Methadon: 14 (7,2%) | Trung bình | Giảm nồng độ, giảm tác dụng của methadon |
| AZT – Methadon: 8 (4,1%) | Trung bình | Theo dõi độc tính của AZT (như thiếu máu) do methadon làm tăng nồng độ của AZT |
| NVP – Methadon: 8 (4,1%) | Trung bình | Giảm nồng độ, giảm tác dụng của methadon |
| NVP – Rifampicin: 3 (1,5%) | Nghiêm trọng | Giảm nồng độ NVP trong huyết thanh |

Thuốc gây tương tác chủ yếu là methadon dùng để điều trị thay thế cho bệnh nhân nghiện. Phần lớn bệnh nhân đang điều trị thay thế bằng methadon có thời gian sử dụng trung bình 5-6 năm, với liều trung bình 50 mg-370 mg/ngày. Có 3 bệnh nhân bị thiếu máu khi sử dụng đồng thời AZT - methadon, những bệnh nhân này có đặc điểm là sử dụng liều methadon tương đối cao > 250 mg/ngày. Vì vậy đã chuyển phác đồ cho bệnh nhân, thay AZT bằng TDF (Bảng 4).

Cặp tương tác nghiêm trọng cần lưu ý là cặp EFV – itraconazol. Bệnh nhân này bị nhiễm nấm *Penicillium marneffei*, đang ở giai đoạn lâm sàng 4, thời gian theo dõi điều trị 5 năm, sử dụng phác đồ bậc 1 TDF + 3TC + EFV và đã chuyển sang phác đồ TDF +3TC +NVP (Bảng 4).

Tương tác NVP – rifampicin có 7 bệnh nhân (đang điều lao phổi tại cơ sở). Các bệnh nhân bệnh lao đều có giai đoạn lâm sàng 3, 4 và suy giảm miễn dịch ở mức độ vừa cho đến nặng, do đó đã chuyển phác đồ NVP sang EFV.

Các biến cố có hại của thuốc ARV và thuốc hỗ trợ trong quá trình điều trị

Bảng 5. Biến cố có hại của thuốc (ADE, Adverse Drug Event) trong quá trình theo dõi điều trị

| Thuốc: n (%) | ADE: n (%) | Xử trí |
|------------------|-----------------|--|
| Cotrim: 4 (2,1%) | Phát ban da | Theo dõi chặt chẽ, điều trị triệu chứng và kháng histamin H ₁ |
| NVP: 5 (2,6%) | Phát ban da | Theo dõi chặt chẽ, điều trị triệu chứng và kháng histamin H ₁ |
| D4T: 1 (0,5%) | Teo cơ cánh tay | Đôi phác đồ |
| AZT: 1 (0,5%) | Thiếu máu | Đôi phác đồ |
| INH: 4 (2,1%) | Phát ban da | Theo dõi chặt chẽ, điều trị triệu chứng và kháng histamin H ₁ |

Có 4 bệnh nhân sử dụng Cotrim, INH để dự phòng nhiễm trùng cơ hội bị phát ban. Sau khi cho uống kháng histamin H₁ bệnh nhân hết phát ban nên tiếp tục dự phòng cho bệnh nhân và theo dõi chặt chẽ nhóm bệnh nhân này; 5 bệnh nhân sử dụng NVP bị dị ứng da, sau khi uống histamin H₁, có 4 bệnh nhân hết dị ứng da, 1 bệnh nhân không cải thiện triệu chứng, chuyển phác đồ NVP sang EFV; 1 bệnh nhân sử dụng phác đồ D4T + 3TC + EFV bị teo cơ cánh tay nên chuyển sang phác đồ TDF + 3TC + EFV; 1 bệnh nhân sử dụng phác đồ AZT + 3TC + EFV bị thiếu máu chuyển sang phác đồ TDF + 3TC + EFV (Bảng 5).

Đánh giá tình hình tuân thủ của bệnh nhân được điều trị HIV/AIDS bằng ARV tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh, tỉnh Đồng Nai.

Đánh giá tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Kết quả kiểm định bộ câu hỏi khảo sát cho thấy độ tin cậy cao với giá trị Cronbach Alpha chung là 0,86 (> 0,6), giá trị tương quan biến tổng các cột đều lớn hơn 0,3.

Tổng số bệnh nhân tham gia khảo sát là 180. Kết quả khảo sát được trình bày trong Bảng 6.

Bảng 6. Tuân thủ điều trị của đối tượng được khảo sát (đánh giá trong tuần gần nhất)

| Bỏ liều trong tuần qua: n (%) | Uống quá 1 giờ: n (%) | Uống sai liều/không đúng chỉ dẫn: n (%) |
|---|--|--|
| - Không lần nào: 160 (91,1%) - 1 lần: 10 (5,6%) - 2 lần: 6 (3,3%) | - Không lần nào: 141 (78,3%) - 1 lần: 2 (1,1%) - 2 lần: 37 (20,6%) - Từ 3 lần trở lên: 0 (0%) | - Không lần nào: 141 (78,3%) - 1 lần: 4 (2,2%) - 2 lần: 35 (19,4%) |

Bảng 7. Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về điều trị HIV/AIDS

| Kiến thức về điều trị: trả lời đúng (%) | Kiến thức về tuân thủ: trả lời đúng (%) | |
|---|--|--|
| - ARV là thuốc kháng HIV: 126 (70%) - ARV cần kết hợp ≥ 3 thuốc: 67 (37,2%) - ARV phải sử dụng suốt đời: 180 (100%) | - Khái niệm về tuân thủ: + Uống đúng thuốc: 169 (93,9%) + Uống đúng liều: 139 (77,2%) + Uống đúng giờ: 143 (79,4%) + Uống đúng cách: 137 (76,1%) | - Tác hại của không tuân thủ: + Không ức chế được HIV: 105 (58%) + Bệnh nặng hơn: 150 (83,3%) + Gây kháng thuốc: 131 (72,8%) + Giảm cơ hội điều trị: 101 (56,1%) |

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị

Liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học với tuân thủ điều trị bằng ARV.

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố về nhân khẩu học, xã hội

Kết quả cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị thuốc ARV trong tuần ngay trước thời điểm khảo sát là 78,3%. Trong các chỉ tiêu về tuân thủ điều trị, việc uống thuốc không đúng thời điểm chỉ định (quá 1 giờ) và uống không đúng liều/không đúng chỉ dẫn chiếm đa số (22,8%). Có 8,9% bệnh nhân bỏ liều ít nhất 1 lần trong tuần (Bảng 6).

Kiến thức của bệnh nhân về điều trị HIV/AIDS

Số lượng bệnh nhân đạt kiến thức về điều trị HIV/AIDS là 125 (69,4%) khi trả lời đúng 8/11 tiêu chí về kiến thức điều trị và tuân thủ điều trị, Có 37,2% bệnh nhân biết được ARV kết hợp ít nhất 3 loại thuốc, 62,7% bệnh nhân trả lời sai (ARV gồm 1 loại và 2 loại, hơn 50% trả lời không biết); 30% bệnh nhân trả lời sai ARV là kháng sinh, đa số trả lời không biết), 100% bệnh nhân đều biết được điều trị HIV/AIDS là suốt đời (Bảng 7).

Trên 70% bệnh nhân biết được điều trị ARV là phải uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng chỉ dẫn của nhân viên y tế. Hơn 70% bệnh nhân biết được nếu không tuân thủ điều trị bệnh sẽ phát triển nặng hơn và gây ra sự kháng thuốc, trên 50% bệnh nhân biết được nếu không tuân thủ điều trị thì sẽ làm hạn chế cơ hội điều trị sau này.

học như: giới tính, nhóm tuổi, trình độ học vấn, đi làm ngoài tỉnh, thu nhập bình quân, không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân (p > 0,05) (Bảng 8).

Bảng 8. Liên quan giữa nhân khẩu học với tuân thủ điều trị ARV

| Đặc tính | | Tuân thủ điều trị ARV, n = 180 (%) | | OR (95% CI) | P |
|---------------------|--------------|------------------------------------|-----------------|----------------|-----|
| | | Không, n = 40 (%) | Có, n = 140 (%) | | |
| Giới | Nam | 33 (82,5) | 86 (61,4) | 1,2 (0,3-4,9) | 0,7 |
| | Nữ* | 7 (17,5) | 54 (33,6) | | |
| Tuổi | ≤ 35* | 8 (20) | 49 (35) | 0,5 (0,1-2) | 0,4 |
| | > 35 | 32 (80) | 91 (65) | | |
| Trình độ học vấn | < THPT* | 26 (65) | 95 (68) | 0,5 (0,1-1,7) | 0,2 |
| | ≥ THPT | 14 (35) | 45 (32) | | |
| Tình trạng hôn nhân | Độc thân* | 18 (45) | 49 (35) | 0,8 (0,2-2,5) | 0,7 |
| | Có gia đình | 22 (55) | 91 (65) | | |
| Đi làm ngoài tỉnh | Có | 8 (20) | 17 (12,1) | 0,5 (0,1-2,1) | 0,4 |
| | Không* | 32 (80) | 123 (87,9) | | |
| Thu nhập bình quân | < 5.000.000* | 19 (47,5) | 48 (34,3) | 2 (0,7-5,8) | 0,1 |
| | ≥ 5.000.000 | 21 (52,5) | 92 (65,7) | | |

(*) nhóm nền so sánh

Liên quan giữa sử dụng rượu, bia, biện pháp cai nghiện với tuân thủ điều trị bằng ARV

Bảng 9. Liên quan giữa sử dụng rượu, bia, chất thay thế cai nghiện với tuân thủ điều trị ARV

| Đặc tính | | Tuân thủ điều trị, n = 180 (%) | | OR (95% CI) | p |
|--|--------|--------------------------------|-----------------|----------------|-------|
| | | Không, n = 40 (%) | Có, n = 140 (%) | | |
| Uống rượu, bia | Có | 24 (60) | 27 (19,2) | 8,8 (3-25) | 0,001 |
| | Không* | 16 (40) | 113 (80,8) | | |
| Sử dụng chất thay thế (methadon) để cai nghiện | Có | 27 (67,5) | 56 (40) | 3,7 (1-11) | 0,026 |
| | Không* | 13 (32,5) | 84 (60) | | |

(*) nhóm nền so sánh

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy những bệnh nhân có uống rượu, bia trong tuần qua, có khả năng không tuân thủ điều trị cao hơn 8,8 lần so với người bệnh không uống rượu, bia (OR = 8,8; 95% CI: 3-25), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,001). Tương tự, những bệnh nhân có sử dụng methadon trong tuần qua có nguy cơ tuân thủ điều trị kém hơn 3,7 lần so với bệnh nhân không sử dụng methadone (OR = 3,7; 95% CI: 1,1-11), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,026) (Bảng 9).

Liên quan giữa kiến thức với tuân thủ điều trị bằng ARV

Bệnh nhân có kiến thức về điều trị bằng ARV tuân thủ tốt hơn 11 lần so với bệnh nhân không đạt kiến thức về tuân thủ điều trị (OR = 11; 95% CI: 4,1-31, p = 0,001) (Bảng 10).

Liên quan giữa dịch vụ, hỗ trợ y tế với tuân thủ điều trị bằng ARV.

Những bệnh nhân có dùng biện pháp nhắc nhở uống thuốc tuân thủ tốt hơn 3,4 lần so với bệnh nhân không dùng biện pháp nhắc (OR = 3,4; 95% CI: 1,1-10, p = 0,03) (Bảng 11).

Nghiên cứu chưa tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ điều trị với các yếu tố như: khoảng cách từ nhà đến phòng khám, thời gian chờ khám và lấy thuốc, người nhà hỗ trợ.

Bảng 10. Liên quan giữa kiến thức với tuân thủ điều trị ARV

| Đặc tính | | Tuân thủ điều trị, n = 180 (%) | | OR (95% CI) | P |
|--------------------------------|------------|--------------------------------|-----------------|----------------|-------|
| | | Không, n = 40 (%) | Có, n = 140 (%) | | |
| Kiến thức về điều trị bằng ARV | Không đạt* | 27 (67,5) | 28 (20) | 11 (4,1-31) | 0,001 |
| | Đạt | 13 (32,5) | 112 (80) | | |

(*) nhóm nền so sánh

Bảng 11. Liên quan giữa dịch vụ, hỗ trợ y tế với tuân thủ điều trị bằng ARV

| Đặc tính | | Tuân thủ điều trị, n = 180 (%) | | OR (95% CI) | P |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------|---------------|------|
| | | Không, n = 40 (%) | Có, n = 140 (%) | | |
| Khoảng cách từ nhà đến phòng khám | > 5 km | 17 (42,5) | 58 (41,4) | 1,1 (0,4-3) | 0,8 |
| | ≤ 5 km* | 23 (57,5) | 81 (58,6) | | |
| Thời gian chờ khám và lấy thuốc | Nhanh (< 30 phút)* | 15 (37,5) | 78 (55,7) | 0,4 (0,2-1) | 0,68 |
| | Bình thường (30-60 phút) | 25 (62,5) | 62 (44,3) | | |
| Có người hỗ trợ điều trị tại nhà | Không* | 14 (35) | 26 (18,5) | 1,8 (0,5-5,6) | 0,3 |
| | Có | 26 (65) | 114 (81,5) | | |
| Biện pháp nhắc uống thuốc | Không* | 33 (82,5) | 71 (50,7) | 3,4 (1,1-10) | 0,03 |
| | Có | 7 (17,5) | 69 (49,3) | | |

Ghi chú: (*) nhóm nền so sánh

BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi từ 30 đến 40 và 2/3 là nam giới. Đường lây nhiễm HIV/AIDS chủ yếu là quan hệ tình dục và tiêm ma túy. Các đặc điểm của bệnh nhân được ghi nhận trong nghiên cứu này cũng mang nhiều nét tương tự so với kết quả của các nghiên cứu trước đây đã được thực hiện tại Việt Nam^(7-9,11,13,15). Kết quả này cũng phù hợp với tình hình nhiễm HIV ở người tiêm ma túy trên thế giới. Trong nghiên cứu này, người bệnh có quan hệ đồng tính nam chiếm phần nhỏ (5,1%). Tại Hoa Kỳ, năm 2006 ước tính có khoảng 57% trường hợp nhiễm HIV mới xảy ra ở nhóm đồng tính nam, tại Bangkok tỷ lệ nhiễm HIV đồng tính nam tăng từ 17,3% năm 2003 lên đến 28,3% năm 2005⁽¹⁾.

Gần 50% bệnh nhân được điều trị ở giai đoạn lâm sàng 3-4; tỷ lệ này tương đương với nhiều nghiên cứu trước đây^(7,9). Điều này cho thấy công tác tư vấn xét nghiệm sớm HIV chưa phát huy hiệu quả. Về tình trạng miễn dịch, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn vừa và nặng chiếm đa số (55,7%). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Hoàng Huy Phương tại phòng khám ngoại trú tỉnh Ninh Bình (2012) (46,7%)⁽⁷⁾. Tỷ lệ đáp ứng về lâm sàng, miễn dịch của bệnh nhân sau 12 tháng điều trị cho thấy hiệu quả cải thiện. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu đoàn hệ tại Trung Quốc (2014)⁽¹⁰⁾. Số lượng tế bào CD4 trung bình khi vào điều trị là 325 TB/mm³, trong đó 33% bệnh nhân có số lượng CD4 khi vào điều trị ≤ 200 TB/mm³. Nhiều nghiên cứu cho thấy số lượng CD4 khi bắt đầu điều trị HIV/AIDS là một

chỉ số giúp tiên lượng hiệu quả điều trị, số lượng CD4 ≤ 200 TB/mm³ làm tăng nguy cơ thất bại điều trị^(7,13). Những bệnh nhân có mức CD4 ≤ 200 TB/mm³ phần lớn là phát hiện muộn và điều trị chậm trễ. Sau 3 năm điều trị tại phòng khám, hơn 90% bệnh nhân có sự thay đổi số lượng tế bào CD4 từ dưới 200 TB/mm³ tăng lên 350 TB/mm³. Một nghiên cứu khảo sát người bệnh HIV/AIDS được điều trị ARV tại 13 nước Châu Á cho thấy sau 3 năm điều trị sự thay đổi số lượng tế bào CD4 từ dưới 200 TB/mm³ tăng lên ≥ 200 TB/mm³ là 90,8%⁽¹⁰⁾.

Đồng nhiễm HCV và lao chiếm tỷ lệ lần lượt là 16% và 3,6%; các nhiễm trùng khác là ít gặp. Kết quả này tương tự với một số báo cáo trước đây trên bệnh nhân nhiễm HIV tại Việt nam^(8,9,11). Ở Trung Quốc, Thái Lan và Việt Nam đồng nhiễm HIV/HCV ở đối tượng tiêm ma túy lên đến 90%⁽¹⁾. Nghiên cứu tại Rio de Janeiro, Brazil cho thấy bệnh lao là bệnh nhiễm trùng cơ hội xảy ra nhiều nhất, với tỷ lệ 15,3%⁽¹⁷⁾. Trong nghiên cứu này, có 7 bệnh nhân đang điều lao phổi tại cơ sở. Các bệnh lao đều có giai đoạn lâm sàng 3-4 và suy giảm miễn dịch ở mức độ vừa cho đến nặng.

Phác đồ điều trị ARV bậc 1 (TDF/3TC/EFV) được sử dụng phổ biến tại phòng khám ngoại trú theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế. Đây là phác đồ có chi phí thấp, hiệu quả với phần lớn bệnh nhân, dễ tiếp cận do nguồn cung cấp thuốc trong nước có sẵn⁽⁵⁾. Phác đồ bậc 2 hoặc bậc 3 chiếm tỷ lệ thấp (1,5%). Tại Việt Nam và các nước có thu nhập thấp-trung bình, xét nghiệm gen HIV kháng thuốc chưa được áp

dụng do chi phí cao. Bên cạnh đó các thuốc ARV phức đồ bậc 2, 3 đều không sẵn có tại thị trường trong nước. Đây có thể là một trong các lý do làm cho việc sử dụng các phức đồ ARV bậc cao bị hạn chế⁽¹⁸⁾. Do đó, tối đa hóa sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân và giảm thiểu chuyển sang phức đồ bậc 2 trong vòng 12 tháng là rất quan trọng trong việc duy trì sự thành công của chương trình điều trị ARV.

Kết quả khảo sát tuân thủ điều trị cho thấy tỷ lệ tuân thủ dùng thuốc ARV của bệnh nhân trong tuần ngay trước thời điểm phỏng vấn là 77,8%. So với các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ này là tương đương mặc dù phương pháp phỏng vấn hoặc thời gian đo lường tuân thủ có khác nhau^(11,15). Những nghiên cứu đo lường sự tuân thủ trong vòng 1 tháng thường đưa ra tiêu chí cho phép bệnh nhân có thể quên uống thuốc ≤ 3 lần/tháng (tuân thủ 95% trong tháng), do vậy tỷ lệ tuân thủ có thể cao hơn. Tuy nhiên hạn chế của thời gian đo lường này là có thể có sai số do nhớ lại. Do vậy nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp phỏng vấn trong thời gian gần hơn là 1 tuần để khắc phục những hạn chế do sai số nhớ lại và để đảm bảo tiêu chí tuân thủ ít nhất 95% trong 1 tuần. Những trường hợp không tuân thủ điều trị chủ yếu là do uống sai giờ và uống không đúng chỉ dẫn (22,8%). Tỷ lệ không tuân thủ đúng giờ trong nghiên cứu này tương đương với kết quả của nhiều nghiên cứu khác^(9,11) nhưng thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Hoàng Huy Phương năm 2012 (40,5%)⁽⁷⁾. Nguyên nhân của sự khác nhau này có thể là do việc sử dụng phương pháp đo lường, đánh giá tuân thủ điều trị và thời gian để đánh giá tuân thủ điều trị khác nhau.

Các yếu tố nhân khẩu học, xã hội học như: giới, tuổi, trình độ học vấn, đi làm ngoài tỉnh và mức thu nhập không có liên quan đến tuân thủ điều trị. Ngược lại, một nghiên cứu cho thấy bệnh nhân từ 35 tuổi trở lên có kết quả tuân thủ điều trị tốt hơn so với các bệnh nhân dưới 35 tuổi và học vấn thấp được báo cáo là

yếu tố tiên lượng xấu đối với tuân thủ điều trị⁽¹²⁾. Tuy nhiên, kết quả khảo sát tuân thủ điều trị tại 8 quận, huyện tại Hà Nội năm 2007 cho thấy không có mối tương quan giữa trình độ học vấn với việc tuân thủ điều trị ARV⁽¹¹⁾. Điều này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Đỗ Lê Thùy (2011) tại bệnh viện A, tỉnh Thái Nguyên⁽⁸⁾. Việc phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân để ghi nhận tuân thủ điều trị có thể có những sai lệch nhất định do yếu tố địa lý và quần thể nghiên cứu.

Phân tích gộp của Hendershot và cộng sự (2009) cho biết trong số bệnh nhân nhiễm HIV, người uống rượu, bia ít có khả năng tuân thủ so với người uống ít hoặc không uống⁽¹⁴⁾. Có 29,5% đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi uống rượu, bia, tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quý (2018) (26,8%)⁽¹³⁾. Phân tích hồi quy logistic cho thấy, bệnh nhân sử dụng rượu, bia tuân thủ kém hơn 8,8 lần so với bệnh nhân không sử dụng rượu, bia (95% CI: 3-25, $p = 0,001$). Gần 50% đối tượng được phỏng vấn đã từng nghiện chích ma túy. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Hoàng Huy Phương (50,4%)⁽⁷⁾. Những bệnh nhân sử dụng chất thay thế để cai nghiện tuân thủ điều trị kém hơn 3,7 lần so với bệnh nhân không sử dụng (95% CI: 1,1-11, $p = 0,02$). Do vậy đối với bệnh nhân uống bia rượu hoặc đang theo chương trình cai nghiện cần có biện pháp giáo dục hạn chế bia, rượu và giám sát tuân thủ chặt chẽ hơn.

Hơn 2/3 bệnh nhân đạt kiến thức về tuân thủ điều trị ARV (trả lời đúng 8/11 tiêu chí về kiến thức điều trị và kiến thức về tuân thủ điều trị), tỷ lệ này tương đương với nhiều kết quả nghiên cứu khác trong nước^(8,9,15). Bệnh nhân đạt kiến thức về ARV tuân thủ tốt hơn 11 lần so với những bệnh nhân không đạt (95% CI: 4-31, $p = 0,001$).

Gần 50% bệnh nhân có sử dụng các biện pháp nhắc nhở uống thuốc đúng giờ, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quý (2018) (75,3%)⁽¹³⁾, Trần Thị Thanh Mai (2018) (>

70%)⁽⁹⁾. Lý do chính phát hiện qua phỏng vấn là sự chủ quan của bệnh nhân (cho rằng mình có thể tự nhớ mà không cần dùng tới biện pháp nhắc nào). Nghiên cứu này cho thấy những bệnh nhân có dùng biện pháp nhắc uống thuốc tuân thủ điều trị tốt hơn 3,4 lần so với bệnh nhân không dùng biện pháp nhắc uống thuốc (95% CI: 1,1-10, p = 0,03). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quý (2018): những bệnh nhân dùng biện pháp nhắc uống thuốc tuân thủ tốt hơn 4,1 lần (p = 0,04)⁽¹³⁾. Việc dùng biện pháp nhắc uống thuốc có vai trò tích cực trong công tác điều trị HIV/AIDS do đó cần khuyến khích bệnh nhân áp dụng (đặt chuông điện thoại, đồng hồ báo thức...).

KẾT LUẬN

Điều trị HIV/AIDS bằng ARV ở Trung tâm Y tế thành phố Long Khánh chủ yếu là phác đồ bậc 1. Kiến thức và biện pháp nhắc nhở có liên quan đến tuân thủ điều trị, do đó cần duy trì cung cấp kiến thức và đẩy mạnh việc khuyến khích bệnh nhân áp dụng biện pháp nhắc nhở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS (2019). Global HIV and AIDS statistics 2019. URL: www.unaids.org > resources > fact-sheet. (access on 12/2019).
2. Bộ Y tế (2019). Báo cáo tình hình nhiễm HIV/AIDS và hoạt động phòng chống HIV/AIDS năm 2019.
3. Parczewski M, Siwak E, Leszczyszyn-Pynka M, Cielniak I. (2017). Meeting the WHO 90% target: antiretroviral treatment efficacy in Poland is associated with baseline clinical patient characteristics. *J Int AIDS Soc*, 20(1):21847.
4. Safren SA, Mayer KH, Ou SS, McCauley M (2015). Adherence to early antiretroviral therapy: Results from HPTN 052, a phase III, multinational randomized trial of art to prevent hiv-1 sexual transmission in serodiscordant couples. *J Acquir Immune Defic Sundry*, 69(2):234-240.
5. Bộ Y tế (2019). Quyết định 5456/QT/BYT về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.
6. Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Đồng Nai (2019). Báo cáo kết quả thực hiện công tác phòng chống HIV/AIDS.

7. Hoàng Huy Phương (2012). Đánh giá sự tuân thủ điều trị và một số kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú tỉnh Ninh Bình năm 2012. Báo cáo của Trung Tâm Phòng Chống HIV/AIDS Tỉnh Ninh Bình.
8. Đỗ Lê Thùy (2010). Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại bệnh viện A Thái Nguyên. *Khoa Học Công Nghệ Y Dược*, 89:131-136.
9. Trần Thị Thanh Mai, Phan Thị Thu Hương, Trần Văn Long, Đặng Thị Hân, Nguyễn Thị Thu Hoàng (2018). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. *Khoa Học Điều Dưỡng*, 1(1):47-52.
10. Tang H, Mao Y, Tang W, Han J (2018). Late for testing, early for antiretroviral therapy, less likely to die: results from a large HIV cohort study in China, 2006-2014. *BMC Infectious Diseases*, 18(1):272.
11. Nguyễn Minh Hạnh, Phan Văn Tường (2007). Sự tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan tại các phòng khám và điều trị ngoại trú 8 quận/huyện Hà Nội. *Y Học Dự Phòng*, 691(1):48-52.
12. Chesney MA, Ickovics DB, Chambers AL (2000). Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG Adherence Instruments. *AIDS Care*, 12(3):255-266.
13. Nguyễn Ngọc Quý, Vũ Đình Hòa (2018). Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ARV và tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS, Trung tâm Y tế huyện Trấn Yên tỉnh Yên Bái. *Y Học Thực Hành*, 25(1):183-188.
14. Hendershot CS, Stoner SA, Pantalone DW, Simoni JM (2009). Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 52(2):180-202.
15. Võ Thị Năm, Phùng Đức Nhật (2010). Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Thành phố Cần Thơ năm 2009. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 14(1):151-156.
16. Mannheimer SB, Mukherjee R, Hirschhorn LR, Dougherty J (2006). The CASE adherence index: A novel method for measuring adherence to antiretroviral therapy. *AIDS Care*, 18(7):853-861.
17. Coelho LE, Cardoso SW, Moreira RI (2016). Predictors of opportunistic illnesses incidence in post combination antiretroviral therapy era in an urban cohort from Rio de Janeiro Brazil. *BMC Infect Dis*, 16:134.
18. WHO (2013). The next generation of the World Health Organization's global antiretroviral guidance. *J Int AIDS Soc*, 16(1):18757.

| | |
|----------------------------------|------------|
| Ngày nhận bài báo: | 24/02/2021 |
| Ngày phản biện nhận xét bài báo: | 19/09/2021 |
| Ngày bài báo được đăng: | 20/12/2021 |