

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA HAI PHÁC ĐỒ TDF/3TC/LPV/R VÀ TDF/3TC/DTG TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NINH 2020-2022

Lương Xuân Kiên¹, Trần Văn Giang², Nguyễn Quốc Phương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị của 2 phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG trên 238 bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện đa khoa Quảng Ninh. **Đối tượng & phương pháp:** nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 238 bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện đa khoa Quảng Ninh. **Kết quả:** Trước điều trị: số lượng trung bình tế bào CD4 của nhóm dùng phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG lần lượt là 139,33 ± 48,33; 144,37 ± 39,72. Nhóm bệnh nhân được sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có số lượng tế bào CD4 < 250 chiếm tỷ lệ lần lượt là 64,7%; 69,7%. Tải lượng trung bình vi rút HIV trước điều trị của nhóm dùng phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG lần lượt là 54133,18 ± 21713,19; 54296,29 ± 22315,28 bản sao/ml. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (18 tháng): hai nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có tải lượng vi rút < 1000 copies/ml lần lượt là 98,3%; 97,3%. Giá trị trung bình tải lượng vi rút của hai nhóm lần lượt là 711,38 ± 418,61; 841,41 ± 313,28. Bệnh nhân có số tế bào CD4 ≥ 250 tế bào ở cả 2 nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG chiếm tỷ lệ lần lượt là 83,8%; 77,0%. Số lượng tế bào CD4 trung bình của hai nhóm lần lượt là 260,41±61,13; 202,41±95,26 tế bào. 98,3% và 95,0% bệnh nhân còn sống tương ứng với 2 nhóm nghiên cứu sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG. Tỷ lệ tử vong của hai phác đồ lần lượt là 0,8%; 1,7%.

Từ khóa: HIV/AIDS, hiệu quả điều trị, TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE TREATMENT EFFECTS OF TWO REGIMENS TDF/3TC/LPV/r AND TDF/3TC/DTG IN HIV/AIDS PATIENTS AT QUANG NINH PROVINCIAL HOSPITAL 2020-2022

Objective: Assessment effects of treatment of two regimens TDF/3TC/LPV/r and TDF/3TC/DTG in 238 HIV/AIDS patients treated at Quang Ninh provincial Hospital. **Materials and methodes:** A cross-sectional study was carried 238 HIV/AIDS patients treated at Quang Ninh provincial Hospital. **Results:** Before treatment: the average number of

CD4 cells of the group using TDF/3TC/LPV/r and TDF/3TC/DTG was 139.33 ± 48,33; 144.37 ± 39,72 copies/ml; group of patients used TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG with CD4 cell count < 250 accounted for 64.7%; 69.7%; the mean HIV viral load before treatment of the TDF/3TC/LPV/r and TDF/3TC/DTG was 54133.18 ± 21713.19; 54296.29 ± 22315.28 copies/ml. At the end of the study (18 months): two study groups used TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG with viral load < 1000 copies/ml is 98,3%; 97,3%; the mean value of viral load of the two groups was 711.38 ± 418.61; 841.41 ± 313.28 copies/ml; patients with CD4 cell count ≥ 250 cells in both groups using TDF/3TC/LPV/r regimen; TDF/3TC/DTG was 83,7%; 77,0%, the average CD4 cell count of the two groups was 260.41±61.13; 202.41±95.26 cells. 98.3% and 95.0% of patients were alive respectively with 2 study groups using TDF/3TC/LPV/r and TDF/3TC/DTG, the mortality rate of the two study groups was 0.8%; 1.7%.

Keywords: HIV/AIDS, treatment effects, TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong những quốc gia có dịch HIV/AIDS phát triển mạnh trong khu vực châu Á - Thái Bình Dương. Theo báo cáo của Cục phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam (VAAC) tính đến cuối năm 2020, toàn quốc hiện có 227.154 trường hợp báo cáo hiện nhiễm HIV trong đó số bệnh nhân chuyển sang giai đoạn AIDS là 85.194 và có 86.716 trường hợp người nhiễm HIV/AIDS tử vong. Số người nhiễm HIV phát hiện mới khoảng 12.000 -14.000 ca mỗi năm [1]. Việc được tiếp cận rộng rãi với thuốc ARV cho bệnh nhân có chỉ định điều trị đã góp phần hình thành một hướng đi mới trong chiến lược phòng ngừa và điều trị HIV/AIDS, đồng thời làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân AIDS. Điều này đã làm thay đổi quan niệm về HIV/AIDS thành một bệnh mạn tính có thể quản lý được [2]. Tuy nhiên chẩn đoán muộn thất bại điều trị ARV phác đồ bậc 1 dẫn đến việc trì hoãn chuyển sang điều trị phác đồ ARV bậc 2 sẽ gây nên tích lũy những đột biến kháng thuốc ảnh hưởng đến điều trị, tăng tỉ lệ lan truyền các chủng HIV kháng thuốc trong cộng đồng.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh là cơ sở điều trị ARV cho người nhiễm HIV/AIDS lớn nhất trên địa bàn tỉnh Quảng Ninh với số lượng điều trị lũy tích khoảng gần 2.000 bệnh nhân. Tuy

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 23.11.2022

hiện, tại thời điểm hiện tại, các nghiên cứu về chăm sóc điều trị HIV trên địa bàn tỉnh chỉ chủ yếu tập trung mô tả về đặc điểm lâm sàng, chăm sóc và quản lý bệnh nhân HIV/AIDS. Các kết quả này chưa đề cập đến việc đánh giá hiệu quả của phác đồ ARV bậc 2 và theo dõi tìm hiểu tính kháng thuốc của vi rút. Do đó, các khuyến cáo cho các bác sỹ lâm sàng phát hiện và chẩn đoán sớm các trường hợp thất bại điều trị giúp cho việc lựa chọn phác đồ ARV mới chưa được tối ưu. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả điều trị của hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ninh 2020-2022"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 238 bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS bắt đầu điều trị ARV theo phác đồ (TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân trên 16 tuổi, không phân biệt giới tính.

- Được tập huấn về tuân thủ điều trị.

- Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán thất bại điều trị ARV theo QĐ 5418/QĐ-BYT ngày 01/12/2017 như sau:

(1) Thất bại lâm sàng: Xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng

(2) Thất bại miễn dịch: CD4 giảm ≤ 250 tế

bào/mm³ và thất bại lâm sàng hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4

(3) Thất bại vi rút: Có tải lượng HIV từ 1000 bản sao/ml trở lên ở hai lần xét nghiệm liên tiếp cách nhau 3 tháng sau khi đã được tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị.

- Sau khi được khẳng định thất bại điều trị với phác đồ ARV bậc 1, bệnh nhân được cung cấp phác đồ ARV bậc 2 (TDF/3TC/LPV/r hoặc TDF/3TC/DTG) và được theo dõi ít nhất 6 tháng về hiệu quả điều trị bằng tải lượng vi rút HIV tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử hoặc vừa phát hiện bị nhiễm HIV và/hoặc bệnh nhân đang mắc lao tiến triển hoặc đang điều trị thuốc chống lao.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

Tại OPC - Khoa Bệnh Nhiệt đới, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh từ 01/2020 đến tháng 06/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2022 sẽ được thu thập.

Cách thức thu thập thông tin: thông tin bệnh nhân được thu thập theo một mẫu bệnh án.

2.4. Xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Chỉ số		TDF/3TC/LPV/r		TDF/3TC/DTG	
		n	%	n	%
Giới	Nữ	36	30,3	39	32,6
	Nam	83	69,7	80	67,4
	Tổng	119	100,0	119	100,0
Tuổi	≥ 16 - <25	9	7,6	10	8,4
	25 - < 35	4	3,4	5	4,2
	35 - < 45	69	57,9	67	56,3
	≥ 45	37	31,1	37	31,1
	≥ 16 - <25	9	7,6	10	8,4
	Tuổi trung bình	42,47 ± 8,45		41,53 ± 6,21	
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	36	30,3	32	26,9
	Đã có gia đình	68	57,1	69	58,0
	Sống chung nhưng không kết hôn với bạn tình	2	1,7	4	3,4
	Ly hôn	3	2,5	5	4,2
	Góa	10	8,4	9	7,5
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	5	4,2	4	3,4

	Lao động tự do	58	48,7	63	52,9
	Nông dân	7	5,9	4	3,4
	Nhân viên văn phòng	4	3,4	2	1,7
	Kinh doanh buôn bán	14	11,8	15	12,6
	Học sinh_sinh viên	8	6,7	5	4,2
	Nội trợ	6	5,0	7	5,9
	Lái xe	10	8,4	11	9,2

Nhận xét: Trong 2 nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG giới tính chủ yếu là nam giới với tỷ lệ của hai nhóm lần lượt là 69,7%;67,4%. Trong hai nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG nhóm 35 -< 45 tuổi có tỷ lệ lớn nhất với tỷ lệ lần lượt là 57,9%; 56,3%, tuổi trung bình lần lượt là 42,47 ± 8,45; 41,53±6,21. Trong hai nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG bệnh nhân có gia đình chiếm tỷ lệ lớn nhất với tỷ lệ lần lượt là 57,1%; 58,0%. Người lao động tự do chiếm tỷ lệ cao nhất ở 2 nhóm với tỷ lệ lần lượt là 48,7%; 52,9%.

Bảng 2. Tải lượng vi rút HIV và số lượng tế bào CD4 trước khi điều trị phác đồ ARV bậc 2

Chỉ số	TDF/3TC/LPV/r		TDF/3TC/DTG		
	n	%	n	%	
Tải lượng vi rút HIV	<1000 copies/ml	0	0	0	0,0
	≥1000 copies/ml	119	100,0	119	100,0
	Giá trị trung bình tải lượng vi rút HIV	54133,18± 21713,19		54296,29±22315,28	
CD4	<250 tế bào	77	64,7	83	69,7
	≥250 tế bào	42	35,3	36	30,3
	Giá trị trung bình CD4	139,33 ± 48,33		144,37 ± 39,72	

Nhận xét: 100% bệnh nhân trước khi sử dụng 2 phác đồ trên đều có tải lượng vi rút >1000 bản sao/ml. Nhóm bệnh nhân được sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có số lượng tế bào CD4 <250 tế bào chiếm tỷ lệ lần lượt là 64,7%; 69,7%

Bảng 3. Sự thay đổi tải lượng vi rút HIV của bệnh nhân điều trị hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng

Thời điểm	Tải lượng vi rút (copies/ml)	TDF/3TC/LPV/r		TDF/3TC/DTG		p
		n	%	n	%	
6 tháng	< 1000	106	89,1	97	81,5	<0,05
	≥ 1000	13	10,9	22	18,5	
	Mean±SD	2916,18 ± 1502,11		3821,09 ± 1615,29		
12 tháng	< 1000	107	89,9	104	87,4	<0,05
	≥ 1000	12	10,1	15	12,6	
	Mean±SD	1097,27 ± 961,13		1244,11 ± 1598,21		
18 tháng	< 1000	115	98,3	110	97,3	<0,05
	≥ 1000	2	1,7	3	2,7	
	Mean±SD	711,38 ± 478,61		841,41 ± 313,28		

Nhận xét: Sau 18 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG DTG có tải lượng vi rút <1000 bản sao/ml có tỷ lệ lần lượt là 98,3%;97,3%. Giá trị trung bình tải lượng vi rút của hai nhóm lần lượt là 711,38 ± 478,61; 841,41 ± 313,28 bản sao/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 4. Sự thay đổi số tế bào CD4 của bệnh nhân điều trị hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng

Thời điểm	CD4 (tế bào/ml)	TDF/3TC/LPV/r		TDF/3TC/DTG		p
		n	%	n	%	
6 tháng	< 250	52	43,7	49	41,2	<0,05
	≥250	67	56,3	70	58,8	
	Mean±SD	190,48±80,51		150,94±72,81		
12 tháng	< 250	36	30,3	40	33,6	<0,05
	≥ 250	83	69,7	79	66,4	
	Mean±SD	240,71±69,81		199,4±43,21		
18 tháng	< 250	19	16,2	26	23,0	<0,05

	≥ 250	98	83,8	87	77,0	
	Mean±SD	260,41±61,13		202,41±95,26		<0,05

Nhận xét: Sau 18 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG bệnh nhân có số tế bào CD4 ≥ 250 tế bào với tỷ lệ lần lượt là 83,8%; 77%. Số tế bào CD4 trung bình của hai nhóm lần lượt là 260,41±61,13; 202,41±95,26 tế bào. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Kết quả tại thời điểm kết thúc nghiên cứu 18 tháng

Kết quả	TDF/3TC/LPV/r		TDF/3TC/DTG	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tử vong	1	0,8	2	1,7
Còn sống đang điều trị	117	98,4	113	95,0
Chuyển điều trị	1	0,8	3	2,5
Bỏ điều trị	0	0	1	0,8

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ lớn nhất trong hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG với tỷ lệ lần lượt là 98,3%; 95,0%. Tỷ lệ tử vong của hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG với tỷ lệ lần lượt là 0,8%; 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

Sự thay đổi tải lượng virút HIV hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng

Sau 6 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có tải lượng vi rút <1000 copies/ml có tỷ lệ lần lượt là 89,1%; 81,5%. Giá trị trung bình tải lượng vi rút của hai nhóm lần lượt là 2916,18 ± 1502,11; 3821,09 ± 1615,29 copies/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 12 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có tải lượng vi rút <1000 copies/ml có tỷ lệ lần lượt là 93,1%; 90,4%. Giá trị trung bình tải lượng vi rút của hai nhóm lần lượt là 1097,27 ± 961,13; 1244,11 ± 598,21 copies/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 18 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có tải lượng vi rút <1000 copies/ml có tỷ lệ lần lượt là 98,3%; 97,3%. Giá trị trung bình tải lượng vi rút của hai nhóm lần lượt là 711,38 ± 418,61; 841,41 ± 313,28 copies/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3).

Nghiên cứu tại King County WA năm 2013 của tác giả Katelonne và cộng sự cho thấy, trung vị thời gian từ khi người bệnh được điều trị ARV đến khi người bệnh được ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 copies/ml là 142 ngày, tương đương với 4,73 tháng [3]. Trong khi tại San Francisco, thời gian từ khi người bệnh được chẩn đoán HIV dương tính cho đến khi ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 copies/ml là 135 ngày (4,5 tháng) vào năm 2013 và 62 ngày (2 tháng) vào năm 2017; thời gian từ khi người bệnh điều trị ARV đến khi ức chế tải lượng dưới 1.000 copies/ml là

76 ngày (2,5 tháng) vào năm 2013 và 46 ngày (1,5 tháng) vào năm 2017. Một nghiên cứu khác tại San Francisco trên 2349 người bệnh mới điều trị ARV giai đoạn 2008-2012 cũng có thời gian từ khi người bệnh bắt đầu được chẩn đoán đến khi ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml là 13 tháng vào năm 2008 giảm xuống còn 5 tháng vào năm 2012 [4]. Điều này cho thấy hiệu quả của can thiệp cải thiện chất lượng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS (HIVQUAL) trong việc hướng dẫn các cơ sở điều trị HIV/AIDS thực hành cung cấp xét nghiệm tải lượng HIV theo hướng dẫn quốc gia, người bệnh được xét nghiệm tải lượng HIV lần đầu tại thời điểm 6 tháng và ức chế tải lượng HIV dưới 1000 và 200 bản sao/ml cũng vào thời điểm 6 tháng.

Với kết quả ức chế tải lượng HIV cao cho thấy người bệnh mới điều trị ARV có đáp ứng tốt với điều trị và tuân thủ điều trị tốt. Đây là kết quả tương đối tốt so với nhiều nghiên cứu tương tự trên nhóm người bệnh mới bắt đầu điều trị ARV tại Việt Nam. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân thất bại điều trị ARV, phải chuyển phác đồ bậc 2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy để đạt được tải lượng vi rút HIV dưới ngưỡng 1000 copies/ml thì cần thời gian lâu hơn, không phải là dưới 6 tháng như nhiều nghiên cứu được thực hiện trên những bệnh nhân HIV lần đầu điều trị ARV. Có nhiều bằng chứng khoa học chỉ ra rằng, người nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc ARV và khi ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml ở ngưỡng không phát hiện được vi rút trong máu thì nguy cơ lây truyền HIV sang người khác qua đường tình dục là không đáng kể hoặc không có nguy cơ. Bằng chứng này là xuất phát điểm cho thông điệp "Không phát hiện = Không lây truyền" hay

còn gọi là K=K. Mặc dù các dữ liệu lâm sàng làm nền tảng cho khái niệm K=K đã được tích lũy trong hơn một thập kỷ nhưng chỉ gần đây, một số lượng lớn các bằng chứng cấp cơ sở khoa học chắc chắn về K=K. Thông điệp K=K đã được 782 tổ chức y tế tại hơn 95 quốc gia trên Thế giới công nhận và thông qua. Như vậy, khi người bệnh ức chế được tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml thì sẽ vừa bảo vệ được sức khỏe cho bản thân mình, vừa ngăn ngừa lây nhiễm HIV sang bạn tình. Điều này có ý nghĩa rất quan trọng, K=K là động cơ khuyến khích người nhiễm HIV tăng tìm kiếm dịch vụ điều trị ARV và tuân thủ điều trị ARV. Đồng thời K=K cũng góp phần bổ sung vào nỗ lực chấm dứt đại dịch AIDS bởi điều trị là dự phòng, là công cụ quan trọng để ngăn ngừa sự lây lan của HIV/AIDS [5].

Sự thay đổi số tế bào CD4 bệnh nhân của hai nhóm bệnh nhân sử dụng hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r, TDF/3TC/DTG tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng. Hướng dẫn mới nhất của Tổ chức Y tế thế giới đã khuyến cáo theo dõi tải lượng vi rút thường quy, cùng với xét nghiệm CD4 và các đánh giá lâm sàng. Sau 6 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG bệnh nhân có số tế bào CD4 \geq 250 tế bào có tỷ lệ lần lượt là 56,3%; 58,8%. Số tế bào CD4 trung bình của hai nhóm lần lượt là 190,48 \pm 80,51; 150,94 \pm 72,81 tế bào. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 12 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG bệnh nhân có số tế bào CD4 \geq 250 tế bào với tỷ lệ lần lượt là 69,7%; 66,4%. Số tế bào CD4 trung bình của hai nhóm lần lượt là 240,71 \pm 69,81; 199,4 \pm 43,21 tế bào, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 18 tháng điều trị hai nhóm bệnh nhân sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG bệnh nhân có số tế bào CD4 \geq 250 tế bào với tỷ lệ lần lượt là 83,8%; 77%. Số tế bào CD4 trung bình của hai nhóm lần lượt là 260,41 \pm 61,13; 202,41 \pm 95,26 tế bào, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 4). Trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Thư, số lượng tế bào CD4 trung bình trước điều trị là 297,9 \pm 173,71 tế bào/mm³, sau 6 tháng là 365,66 \pm 177,245 tế bào/mm³ với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Nghiên cứu của Johnston và cộng sự năm 2014 nghiên cứu trên 183 bệnh nhân số lượng CD4 tăng trung bình là 140 tế bào/mm³ ở tuần thứ 24 [6]. Việc hồi phục hệ thống miễn dịch càng nhanh sẽ giúp cho bệnh nhân giảm gánh nặng về các nhiễm trùng cơ hội. Bởi vậy việc phát hiện

sớm và bắt đầu điều trị khi hệ miễn dịch của bệnh nhân chưa suy giảm nhiều góp phần nhiều vào giảm bớt gánh nặng bệnh tật và nguy cơ tử vong cho bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân còn sống chiếm tỷ lệ lớn nhất trong hai phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG với tỷ lệ lần lượt là 98,3%; 95,0% (Bảng 5). Như vậy việc điều trị ARV cũng như tuân thủ điều trị ARV, tải lượng vi rút giảm dưới ngưỡng phát hiện, CD4 tăng lên, hệ miễn dịch được cải thiện, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh HIV, hạn chế lây truyền bệnh, hạn chế các nhiễm trùng cơ hội.

V. KẾT LUẬN

- Số lượng trung bình tế bào CD4 của nhóm dùng phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG lần lượt là 139,33 \pm 48,331; 144,37 \pm 39,724. Nhóm bệnh nhân được sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG có số lượng tế bào CD4 $<$ 250 chiếm tỷ lệ lần lượt là 64,7%; 69,7%.

- Tải lượng trung bình vi rút HIV trước điều trị của nhóm dùng phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG lần lượt là 54133,18 \pm 21713,19; 54296,29 \pm 22315,28 bản sao/ml.

- Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (18 tháng):

+ Hai nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG DTG có tải lượng vi rút $<$ 1000 bản sao/ml lần lượt là 98,3%; 97,3%. Giá trị trung bình tải lượng vi rút của hai nhóm lần lượt là 711,38 \pm 418,61; 841,41 \pm 313,28.

+ Bệnh nhân có số tế bào CD4 \geq 250 tế bào ở cả 2 nhóm sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r; TDF/3TC/DTG chiếm tỷ lệ lần lượt là 83,8%; 77,0%. Số lượng tế bào CD4 trung bình của hai nhóm lần lượt là 260,41 \pm 61,13; 202,41 \pm 95,26 tế bào.

+ 98,3% và 95,0% bệnh nhân còn sống tương ứng với 2 nhóm nghiên cứu sử dụng phác đồ TDF/3TC/LPV/r và TDF/3TC/DTG. Tỷ lệ tử vong của hai phác đồ lần lượt là 0,8%; 1,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục phòng chống HIV/AIDS – Bộ Y tế. (2019). Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2018 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020.
2. Deeks S.G, Lewin S.R and Havlir D.V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet*. 382(9903): p.1525-33.
3. Bardfield J, Agins B, Palumbo M et al. (2014). Improving rates of cotrimoxazole prophylaxis in resource-limited settings: implementation of a quality improvement approach. *International Journal for Quality in Health Care*, 10.
4. Sana Schwarcz, Ling Chin Hsu, Susan Scheer. (2015). Disparities and trends in viral

suppression during a transition to a "Test and treat" Approach to the HIV epidemic, San Francisco, 2008-2012. *Epidemiology and prevention*, 70, 529-537

5. **Lê Thị Quỳnh Trang.** (2021). Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan ở người bệnh HIV/AIDS điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Đa

khoa thành phố Vinh, Nghệ An năm 2021. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học y Hà Nội.

6. **Johnston V, Fielding KL, Charalambous S et al.** (2022). Outcomes following virological failure and predictors of switching to second-line antiretroviral therapy in South African treatment programme. *J Acquir Immune Defic Syndr*;61(3).

THỰC TRẠNG DỊCH VỤ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH VINH PHÚC VÀ MỘT SỐ GIẢI PHÁP NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG, HIỆU QUẢ

Đoàn Thanh Bình¹, Nguyễn Văn Lý¹, Nguyễn Thị Hải Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng công tác phục hồi chức năng và sự hài lòng của người khuyết tật khi tiếp cận các dịch vụ và dụng cụ hỗ trợ phục hồi chức năng tại địa bàn tỉnh Vinh Phúc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 1029 người khuyết tật (NKT) bao gồm 420 NKT và thân nhân khám chữa bệnh tại TTYT và 609 NKT và thân nhân tại cơ sở y tế tuyến tỉnh, Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** NKT chủ yếu thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên (54,4%); Mức độ khuyết tật chủ yếu mức độ nhẹ và chưa xác định. NKT sử dụng xe lăn tiêu chuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 15,93%, sử dụng tay giả thấp nhất 0,38%. NKT hài lòng với dịch vụ trợ giúp 86,7%; hài lòng chung với tất cả dịch vụ trợ giúp 74,1%. **Kết luận:** NKT đã nhận được một số dịch vụ trợ giúp tuy nhiên chưa đồng bộ và bao phủ. Cần xây dựng chính sách và hợp tác liên ngành để đảm bảo lợi ích cho NKT.

Từ khóa: Người khuyết tật, trợ giúp, hài lòng, dịch vụ.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF REHABILITATION SERVICES AT MEDICAL FACILITIES IN VINH PHUC PROVINCE AND SOME SOLUTIONS TO IMPROVE QUALITY AND EFFICIENCY

Purpose: Assessing the status of rehabilitation work and the satisfaction of people with disabilities when accessing rehabilitation services and aids in Vinh Phuc province. **Subjects and methods:** 1029 persons with disabilities (PWDs) including 420 persons with disabilities and relatives at health centers and 609 persons with disabilities and relatives at provincial health facilities, Cross-sectional description study. **Results:** People with disabilities mainly aged 60 and over (54.4%); The degree of disability is mostly mild and unspecified. people with disabilities using standard

wheelchairs accounted for the highest proportion of 15.93%, using prosthetics the lowest 0.38%. people with disabilities were satisfied with concierge services 86.7%; overall satisfaction with all concierge services 74.1%. **Conclusion:** People with disabilities have received some concierge services but are not synchronous and covered. It is necessary to develop policies and interagency cooperation to ensure the benefits for people with disabilities.

Keywords: People with disabilities, help, satisfaction, service.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây Đảng, Nhà nước, Bộ Y tế đã ban hành nhiều chính sách phát triển phục hồi chức năng (PHCN). Hệ thống PHCN tại các cơ sở y tế, các cơ sở điều dưỡng người có công với cách mạng, cơ sở trợ giúp xã hội ngày càng phát triển rộng khắp từ tuyến trung ương đến xã, phường và cộng đồng. Chất lượng chăm sóc, khám, chữa bệnh, PHCN và năng lực cung cấp dịch vụ ngày càng được cải thiện. Tuy nhiên, hệ thống PHCN ở nước ta vẫn còn nhiều hạn chế, bất cập; mới chỉ đáp ứng được một phần nhỏ so với nhu cầu trong thực tế [1]. Vinh Phúc là một tỉnh nằm trong vùng trọng điểm kinh tế đồng bằng Sông Hồng, trong những năm qua, ngành Y tế Vinh Phúc đã chỉ đạo thực hiện có hiệu quả các chỉ thị, nghị quyết của Trung ương và địa phương về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, trong đó có củng cố và hoàn thiện mạng lưới phục hồi chức năng, bảo đảm cho mọi người dân được hưởng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe với chi phí thấp, góp phần thực hiện công bằng xã hội, xóa đói, giảm nghèo [1]. Nâng cao chất lượng, hiệu quả các dịch vụ kỹ thuật phục hồi chức năng cần đánh giá đúng thực trạng công tác phục hồi chức năng tại các cơ sở y tế, đề xuất giải pháp củng cố và phát triển mạng lưới phục hồi chức năng, đảm bảo cho mọi người được tiếp cận bình đẳng với các dịch vụ PHCN có

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng tỉnh Vinh Phúc

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: nguyenhaiyen171184@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 21.11.2022