

NGHIÊN CỨU SỰ THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HIV/AIDS BẰNG PHÁC ĐỒ BẬC 1 ARV TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂN CHÂU - AN GIANG

HÀ VĂN TÂM, TRẦN ĐỖ HÙNG

TÓM TẮT

Qua khảo sát 603 bệnh nhân điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS Bệnh viện Đa khoa thị xã Tân Châu tháng 8/2006 đến 01/2012.

Tỷ lệ thất bại điều trị bằng phác đồ bậc 1 ARV và tử vong

Tỷ lệ 3,5% thất bại điều trị bằng phác đồ bậc 1 ARV.

Tỷ lệ tử vong trong thời gian 60 tháng điều trị là 19,2%. Trong đó, tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm < 6 tháng là 62,1%, tiếp theo là nhóm 6 - < 24 tháng 13,8%, nhóm 24 đến dưới 48 tháng là 4,3% và thấp nhất ở nhóm từ 48 – 60 tháng 1,7%. Tử vong ở giai đoạn lâm sàng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,4%.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thất bại điều trị bậc 1 ARV.

Không tăng cân 68,8%.

Nhiễm trùng cơ hội tái phát là 17,2%.

CD4 giảm thấp hơn hoặc bằng mức trước điều trị 85,7%, CD4 giảm >50% so với thời điểm CD4 cao nhất là 14,3%.

Tỷ lệ tải lượng virus >5.000 bản sao/ml là 3,5%.

Từ khóa: HIV/AIDS, ARV, CD4, nhiễm trùng.

SUMMARY

The survey indicated that 603 patients treated at outpatient clinics ARV HIV/AIDS Hospital Tan Chau town 8/2006 to 01/2012.

The rate of treatment failure with 1 ARV regimens and mortality

- Failure rate of 3.5% treated with 1 ARV regimens.

- The mortality rate during 60 months of treatment was 19.2%. In particular, the highest mortality rate in the group <6 months was 62.1%, followed by the group of 6 - <24 months, 13.8%, group 24 to under 48 months was 4.3% and the lowest in group from 48-60 months 1.7%. Deaths in phase 3 clinical highest percentage of 41.4%.

Clinical Characteristics and clinical treatment failure of 1st line ARV.

- No weight gain of 68.8%.

- Opportunistic infections recurrence was 17.2%.

- CD4 count lower than or equal to 85.7% before treatment, CD4 reduced > 50% compared with the highest CD4 was 14.3%,

- The rate of viral load > 5,000 copies/ml was 3.5%.

Keywords: HIV/AIDS, ARV, CD4, infection.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Bộ Y tế tính đến ngày 30/12/2011, số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 197.335 người, số bệnh nhân AIDS hiện tại là 48.720 người, số người nhiễm HIV đã tử vong là 52.325 trường hợp [2].

Nghiên cứu hiệu quả điều trị ARV tại Phòng khám ngoại trú Tân Châu từ tháng 6/2006 đến tháng 5/2008 có 224 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia với 63,6% là nữ. Sự thay đổi về phác đồ điều trị sau 6 tháng và 12 tháng là không nhiều, chỉ có 2,2% chuyển qua phác đồ bậc 2. Tỷ lệ tử vong thô là 17,4%. Tỷ lệ sống sót của bệnh nhân lâm sàng giai đoạn IV là 83,2% (113 Giai đoạn lâm sàng IV, 19 chết, 94 sống sót). Tỷ lệ tử vong bệnh nhân có giai đoạn lâm sàng I-III là 8,9% (20/224 bệnh nhân) [10].

Xuất phát từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với những mục tiêu sau:

- Xác định tỷ lệ bệnh nhân HIV thất bại điều trị bằng phác đồ bậc 1 ARV và tỷ lệ tử vong.

- Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị phác đồ bậc 1 ARV thất bại.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS đến khám và điều trị tại Phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS - Bệnh viện Đa khoa thị xã Tân Châu – An Giang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tuổi ≥ 18

Nhiễm HIV được xác định khi mẫu huyết thanh dương tính cả 3 xét nghiệm kháng thể HIV bằng 3 loại sinh phẩm khác nhau:

XN lần 1 (sàng lọc): Architect HIV Ag/Ab Combo (hãng Abbott Laboratories Hoa kỳ), xét nghiệm này định tính kháng nguyên p24 của HIV và các kháng thể đối với HIV tuýp 1 và tuýp 2

XN lần 2 (bổ sung): AxSym HIV 1/2 gO (hãng Abbott), xác định kháng thể HIV.

XN lần 3 (bổ sung): COBAS HIV Combi (Công ty Roche), xét nghiệm định tính kháng nguyên HIV-1 p24 và kháng thể HIV-1 nhóm O và kháng thể HIV-2.

Có chỉ định điều trị ARV theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS” của Bộ Y tế tháng 08/2009.

Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ có thai sử dụng ARV phòng ngừa lây truyền mẹ-con

Người có tiền sử dùng ARV điều trị phơi nhiễm HIV hoặc điều trị bằng thuốc ARV cho các bệnh khác như viêm gan virus...

Bệnh nhân được bắt đầu điều trị ARV từ nơi khác chuyển về và không khai thác được các yếu tố liên quan trước khi bắt đầu điều trị ARV

Bệnh nhân không tuân thủ điều trị

Bệnh nhân tâm thần không tiếp xúc được

Địa điểm nghiên cứu

Phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS – Bệnh viện Đa khoa thị xã Tân Châu – An Giang

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 08/2006 – tháng 01/2012

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với cắt ngang

Cỡ mẫu

Chọn tất cả bệnh nhân đến khám từ tháng 8/2006 đến tháng 01/2012 thỏa điều kiện tiêu chuẩn chọn mẫu, gồm có 603 bệnh nhân

Dựa vào công thức ước tính 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2(1-\frac{\alpha}{2})p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó

Z: là giá trị lấy từ phân phối chuẩn

α : mức ý nghĩa = 0,05 $\Rightarrow Z(1-\alpha/2) = 1,96$

Tỷ lệ p ước tính 0,38 (38%) [10]

Sai số cho phép: d = 0,04 (4%)

Vậy n = 566

Trừ hao hụt, số mẫu thực tế là 603

Nội dung nghiên cứu

Yếu tố dân số xã hội

Tuổi: gồm các nhóm: 18 – 30 tuổi, 31 – 50 tuổi, Trên 50 tuổi

Giới gồm 2 biến: Nam, nữ

Dân tộc: Kinh, Hoa, Chăm, Khơme.

Trình độ học vấn: Không biết chữ, tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông, cao đẳng, đại học.

Tình trạng hôn nhân: Độc thân, kết hôn, góa, li dị, khác.

Đặc điểm bệnh nhiễm HIV

Nguồn lây: Tình dục, ma túy, khác

. Tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội

. Hiện tại đang mắc nhiễm trùng cơ hội tại thời điểm đưa vào nghiên cứu.

Giai đoạn lâm sàng:

Được xác định theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới từ 1 đến 4

Đặc điểm cận lâm sàng

Số lượng tế bào CD4 tế bào CD4 đếm được trong 1 ml máu: biến số định lượng, thu thập bằng cách phỏng vấn.

Tải lượng virus đo lường bằng nồng độ phiên bản HIV-RNA đo được trong một ml máu của bệnh nhân

Đồng nhiễm HBV, HCV

Men gan (SGOT, SGPT)

Hemoglobin.

Các phác đồ điều trị ARV bậc một:

Phác đồ chính:

AZT + 3TC + NVP hoặc d4T + 3TC + NVP

Chỉ định: Sử dụng một trong hai phác đồ này cho tất cả các người bệnh bắt đầu điều trị ARV

***Phác đồ thay thế (3):**

TDF + 3TC + NVP/EFV hoặc AZT + 3TC + TDF

Kết quả điều trị: đánh giá đáp ứng và thất bại điều trị về: Lâm sàng, miễn dịch, virus.

Tiêu chuẩn thất bại điều trị

Theo quy định của Bộ Y tế trong Hướng dẫn điều trị ARV ban hành vào tháng 8/2009. *Đánh giá thất bại điều trị:* [1]

Tiêu chuẩn đánh giá thất bại điều trị:

Dựa vào tiêu chuẩn thất bại lâm sàng, thất bại miễn dịch sau 6 tháng điều trị có dấu hiệu trên đưa bệnh nhân xét nghiệm tải lượng virus.

Nếu tải lượng virus > 5.000 phiên bản /ml chúng tôi làm bản tóm tắt bệnh án, hội chẩn với Trung tâm phòng chống HIV/AIDS và Phòng khám điều trị HIV/AIDS tỉnh An Giang, khẳng định đưa vào điều trị phác đồ bậc 2.

Tử vong

Được tính từ khi đưa vào nghiên cứu và sau khi được bắt đầu điều trị ARV

Thu thập số liệu

Hồ sơ bệnh án

Phiếu thu thập thông tin nghiên cứu

Phiếu theo dõi diễn tiến điều trị ARV

Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 18.0.

3. Vấn đề y đức.

Đây là một nghiên cứu được sự đồng thuận của bệnh nhân, hoàn toàn không tiết lộ danh tính hay bí mật của những bệnh nhân nhiễm HIV, chỉ người bệnh đồng ý mới thực hiện.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ bệnh nhân HIV thất bại điều trị bằng phác đồ bậc 1 ARV và tử vong.

1.1. Tỷ lệ thất bại

Bảng 1. Tỷ lệ thất bại về lâm sàng, miễn dịch và tải lượng virus

Tỷ lệ thất bại	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thất bại lâm sàng	64	10,6
Thất bại miễn dịch (CD4)	35	5,8
Thất bại virus	21	3,5
Tổng	120	19,9
Không thất bại	483	80,1
Tổng số	603	100

Nhận xét: Tỷ lệ thất bại phác đồ bậc 1 ARV (thất bại virus) chiếm 3,5% , trong 120 ca có 10,6% là thất bại lâm sàng, 5,8% là thất bại miễn dịch trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 603 ca.

Bảng 2. Phân bố thất bại về phác đồ bậc 1 ARV

Thất bại phác đồ bậc 1 ARV	Tần số	Tỷ lệ (%)
d4T+3TC+NVP	17	81,0
d4T+3TC+EFV	2	9,5
AZT+3TC+NVP	2	9,5
Tổng số	21	100

Nhận xét: Tỷ lệ thất bại phác đồ d4T+3TC+NVP chiếm 81,0%, phác đồ d4T+3TC+EFV và AZT+3TC+NVP chiếm 9,5%.

1.2. Tỷ lệ tử vong

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ tử vong của bệnh nhân HIV/AIDS theo giai đoạn lâm sàng

Tử vong	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn lâm sàng I	8	6,9
Giai đoạn lâm sàng II	13	11,2
Giai đoạn lâm sàng III	48	41,4
Giai đoạn lâm sàng IV	47	40,5

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở giai đoạn lâm sàng III chiếm cao nhất 41,4%, giai đoạn lâm sàng IV là 40,5%, giai đoạn lâm sàng II là 11,2% và tử vong thấp nhất ở giai đoạn lâm sàng I là 6,9%.

Bảng 4. Phân bố tỷ lệ tử vong bệnh nhân HIV/AIDS theo thời gian:

Tử vong	Tần số	Tỷ lệ (%)
Dưới 6 tháng	72	62,1
Từ 6 tháng đến dưới 12 tháng	16	13,8
Từ 12 tháng đến dưới 24 tháng	16	13,8
Từ 24 tháng đến dưới 36 tháng	5	4,3
Từ 36 tháng đến dưới 48 tháng	5	4,3
Từ 48 tháng đến 60 tháng	2	1,7

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm dưới 6 tháng là 62,1%, tiếp theo là nhóm từ 6 tháng đến dưới 24 tháng chiếm 13,8%, ở nhóm từ 24 tháng đến dưới 48 tháng là 4,3% và tử vong thấp nhất ở nhóm từ 48 – 60 tháng 1,7%.

1.3. Phân tích xác suất tử vong và thời gian sống sót trung bình của bệnh nhân HIV/AIDS

Bảng 5. Thời gian sống sót trung bình (n=603)

N	Số BN tử vong	Thời gian sống sót TB	Sai số chuẩn	95% KTC
603	116	8,5	1,05	6,4 – 10,5

Nhận xét: Có 116 trường hợp tử vong, thời gian sống sót trung bình là 8,5 tháng, với sai số chuẩn là 1,05 và khoảng tin cậy 95% (6,4 – 10,5).

Bảng 6. Mô tả xác suất tử vong (n=116)

Thời gian	Số BN tử vong	Xác suất tử vong	Xác suất sống sót
6 tháng	76	0,126	0,874
12 tháng	16	0,030	0,970
24 tháng	12	0,023	0,977
36 tháng	7	0,014	0,986
48 tháng	3	0,006	0,994
60 tháng	2	0,004	0,996

Nhận xét: Tổng số 116 trường hợp tử vong, xác suất tử vong cao nhất sau 6 tháng điều trị là 0,126, sau 12 tháng điều trị xác suất là 0,03.

Bảng 7. Thời gian sống sót trung bình theo giai đoạn lâm sàng sau 6 tháng điều trị (n=484)

GDLS	Số BN tử vong	Thời gian sống sót TB	Sai số chuẩn	95% KTC
GDLS 1-2 (n=365)	16	25,3	3,90	17,7-33,0
GDLS 3-4 (n=119)	20	15,2	2,18	10,9-19,4
Log-Rank test: $\chi^2 = 4,79$, $df=1$, $p=0,02$				

Nhận xét: Thời gian sống sót trung bình là 15,2 tháng với sai số chuẩn là 2,18, khoảng tin cậy 95% (10,9 – 19,4). Sự khác biệt ở hai giai đoạn lâm sàng có ý nghĩa thống kê, với kiểm định Log Rank: $\chi^2 = 4,79$, $df=1$, $p<0,05$.

Thời gian sống sót trung bình theo NTCH sau 6 tháng điều trị (n=603): Thời gian sống sót trung bình là 12,9 tháng với sai số chuẩn là 3,73, khoảng tin cậy 95% (5,6 – 20,2). Sự khác biệt ở hai nhóm có nhiễm trùng và không nhiễm trùng cơ hội, không có ý nghĩa thống kê, với kiểm định Log Rank: $\chi^2 = 2,38$, $df=1$, $p>0,05$.

Thời gian sống sót trung bình theo CD4 sau 6 tháng điều trị: Thời gian sống sót trung bình là 15,6 tháng với sai số chuẩn là 2,9 khoảng tin cậy 95% (9,9 – 21,4) Sự khác biệt ở ba nhóm bệnh nhân có CD4 < 50, từ 50 – 100 và CD4 > 100 không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

2. Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị phác đồ bậc 1 ARV thất bại

2.1. Đặc điểm thất bại về lâm sàng

Bảng 8. Phân bố tỷ lệ thất bại về lâm sàng

Thất bại về lâm sàng	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không tăng cân	44	68,8
Nhiễm trùng cơ hội tái phát	11	17,2
Các bệnh lý GDLS III xuất hiện hoặc tái phát	9	14,1
Tổng	64	100

Nhận xét: Tỷ lệ thất bại về lâm sàng có 64 ca, trong đó không tăng cân chiếm 68,8%, NTCH tái phát là 17,2% và thấp nhất là các bệnh lý GDLS III xuất hiện hoặc tái phát 14,1%.

2.2. Đặc điểm thất bại về cận lâm sàng

Bảng 9. Phân bố tỷ lệ thất bại về miễn dịch (CD4)

Thất bại về miễn dịch	Tần số	Tỷ lệ (%)
CD4 giảm thấp hơn hoặc bằng mức trước điều trị	30	85,7
CD4 giảm > 50% so với thời điểm CD4 cao nhất	5	14,3
Tổng	35	100

Nhận xét: Tỷ lệ thất bại về miễn dịch, CD4 giảm thấp hơn bằng mức trước điều trị chiếm 85,7%, và CD4 giảm > 50% so với thời điểm CD4 cao nhất là 14,3%.

Bảng 10. Thất bại tải lượng virus sau điều trị

Tải lượng virus	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 5.000 bản sao/ml	582	96,5
> 5.000 bản sao/ml	21	3,5
Tổng số	603	100

Nhận xét: Tải lượng virus < 5.000 bản sao/ml chiếm tỷ lệ là 96,5%, còn lại là tải lượng virus > 5.000 bản sao/ml tỷ lệ 3,5%.

Bảng 11. Phân bố tỷ lệ thất bại theo dõi tế bào CD4 theo thời gian điều trị

CD4	Trước điều trị n (%)	Sau 6 tháng n (%)	Sau 12 tháng n (%)	Sau 24 tháng n (%)	Sau 36 tháng n (%)	Sau 48 tháng n (%)	Sau 60 tháng n (%)
<50	180 (39,0)	73 (17,0)	19 (4,2)	5 (1,5)	2 (1,0)	2 (1,4)	1 (1,1)
50-99	66 (13,8)	43 (10,0)	25 (5,5)	4 (1,2)	2 (1,0)	0	1 (1,1)

100-199	117 (24,4)	104 (24,2)	103 (22,7)	46 (13,5)	10 (4,9)	5 (3,5)	2 (2,1)
200-250	53 (11,0)	65 (15,1)	46 (10,2)	28 (8,2)	14 (6,8)	6 (4,3)	4 (4,3)
>250	57 (11,8)	145 (33,7)	260 (57,4)	257 (75,6)	177 (86,3)	128 (90,8)	86 (91,5)
Tổng	473	430	453	340	205	141	94

Nhận xét: Sau 6 tháng khi điều trị CD4 nhóm >250 chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,7%, tiếp theo là nhóm CD4 từ 100 – 199 tỷ lệ 24,2%, nhóm CD4 < 50 tỷ lệ 17,0%, nhóm CD4 từ 200 – 250 tỷ lệ 15,1% và thấp nhất là nhóm CD4 từ 50 – 99 tỷ lệ là 10,0%.

BÀN LUẬN

1. Xác định tỷ lệ thất bại phác đồ bậc 1 ARV và tử vong.

1.1. Xác định tỷ lệ thất bại phác đồ bậc 1 ARV

Tổng số 21 bệnh nhân được xác định tỷ lệ thất bại điều trị phác đồ ARV chiếm 3,5%. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Nhung (2009), Kiểu gen và các đột biến kháng thuốc ở bệnh nhân HIV chưa điều trị tại Hà Nội, với tỷ lệ thất bại điều trị là 19,6% [8]. Theo nghiên cứu của Trương Thị Xuân Liên tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ bệnh nhân thất bại điều trị là 38,2% cho thấy sự cần thiết của đo tải lượng virus để quyết định chuyển đổi phác đồ. Tổ chức Y tế Thế giới cũng khuyến cáo tại những nơi có điều kiện cần xét nghiệm tải lượng virus để khẳng định thất bại điều trị và nếu có thể nên xét nghiệm tải lượng virus mỗi 6 tháng.

1.2. Phân bố thất bại về phác đồ bậc 1 ARV

Tỷ lệ thất bại phác đồ d4T+3TC+NVP chiếm 81,0%, phác đồ d4T+3TC+EFV và AZT+3TC+NVP chiếm 9,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng cao hơn Phạm Bá Hiền, Thẩm Chí Dũng và cộng sự (2009), Đánh giá thất bại điều trị bệnh nhân AIDS của hai phác đồ bậc 1: Stavudin + Lamivudin + Nevirapin và Zidovudin + Lamivudin + Nevirapin với tỷ lệ thất bại điều trị (d4T/3TC/NVP) là 11,1%, (AZT/3TC/NVP) là 8,9% [5].

1.3. Xác định tỷ lệ tử vong

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Nhân và cộng sự năm 2010, được thực hiện tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới năm 2009, có tỷ lệ tử vong (4,2%) [7], và của VAAC tại 30 phòng khám ngoại trú ở Việt Nam (6,7%). Tỷ lệ tử vong cao hơn có thể lý giải do bệnh nhân đang trong tình trạng bệnh tiến triển nặng khi đến phòng khám. Điều này thể hiện qua việc đánh giá tình trạng lâm sàng với thời điểm trước điều trị: tỷ lệ bệnh nhân trong giai đoạn lâm sàng 3 hoặc 4 cao hơn so với hai nghiên cứu trên. Tỷ lệ giai đoạn lâm sàng III chiếm tỷ lệ cao nhất 37,2%, tiếp theo là giai đoạn lâm sàng II chiếm 22,9%, giai đoạn lâm sàng I chiếm 20,7% và thấp nhất là giai đoạn lâm sàng IV 19,2%.

1.4. Phân tích xác suất tử vong và thời gian sống sót trung bình của bệnh nhân HIV/AIDS

Tổng số 116 trường hợp tử vong, xác suất tử vong cao nhất sau 6 tháng điều trị là 0,126, tiếp theo là sau

12 tháng điều trị xác suất là 0,03. Từ 24 tháng đến 60 tháng điều trị, xác suất tử vong lần lượt là (0,023), (0,014), (0,006), (0,004). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân HIV/AIDS được điều trị bằng phác đồ ARV thời gian điều trị càng dài thì xác suất xảy ra tử vong của bệnh nhân càng thấp, điều này hoàn toàn trái ngược với nghiên cứu của tác giả Võ Xuân Huy.

2. Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị phác đồ bậc 1 ARV thất bại

2.1. Thất bại về lâm sàng

Có 64 trường hợp đã định thất bại lâm sàng: Trong đó, không tăng cân chiếm 68,8%, nhiễm trùng cơ hội tái phát là 17,2% và các bệnh lý GĐLS 3 xuất hiện hoặc tái phát 14,1%. Tỷ lệ thất bại do nhiễm trùng cơ hội tái phát là 17,2%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Chí và cộng sự về đặc điểm kháng ARV của bệnh nhân AIDS thất bại điều trị với HAART tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh có tỷ lệ lao là 38,1% và nấm miệng là 48,8% [3].

2.2. Thất bại về miễn dịch

Tỷ lệ thất bại về miễn dịch, CD4 giảm thấp hơn bằng mức trước điều trị chiếm 85,7%, và CD4 giảm >50% so với thời điểm CD4 cao nhất là 14,3%. Điều này phù hợp với định nghĩa thất bại về mặt miễn dịch theo Hướng dẫn Bộ Y tế 2009 [1].

Thất bại về miễn dịch không luôn luôn đồng nghĩa với thất bại điều trị của phác đồ ARV đang dùng. Xét nghiệm phát hiện thất bại điều trị sớm hơn đó là đo tải lượng virus HIV trong máu.

2.3. Thất bại về tải lượng virus

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ tải lượng virus trên ngưỡng phát hiện là 3,5% bệnh nhân có virus > 5.000 bản sao/ml. Trong đó khoảng 96,5 % bệnh nhân có tải lượng virus < 5.000 bản sao/ml.

2.4. Phân bố tỷ lệ thất bại theo dõi tế bào CD4 theo thời gian điều trị

Tỷ lệ thất bại phân loại miễn dịch dựa vào tế bào CD4 theo thời gian điều trị. Trước khi điều trị CD4 nhóm dưới 50 chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,0%, tiếp theo là nhóm CD4 từ 100 – 199 tỷ lệ 24,4%, nhóm CD4 từ 50 – 99 tỷ lệ 13,8%, nhóm CD4 > 250 tỷ lệ 11,8% và thấp nhất là nhóm CD4 từ 200 – 250 tỷ lệ là 11,0%. Tương tự, sau 6 tháng khi điều trị CD4 nhóm > 250 chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,7%, tiếp theo là nhóm CD4 từ 100 – 199 tỷ lệ 24,2%, nhóm CD4 < 50 tỷ lệ 17,0%, nhóm CD4 từ 200 – 250 tỷ lệ 15,1% và thấp nhất là nhóm CD4 từ 50 – 99 tỷ lệ là 10,0%.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ thất bại điều trị bằng phác đồ bậc 1 ARV và tử vong.

Tỷ lệ 3,5% thất bại điều trị bằng phác đồ bậc 1 ARV.

Tỷ lệ tử vong trong thời gian 60 tháng điều trị là 19,2%. Trong đó, tỷ lệ tử vong cao nhất ở nhóm < 6 tháng là 62,1%, tiếp theo là nhóm 6 - <24 tháng 13,8%, nhóm 24 đến dưới 48 tháng là 4,3% và thấp nhất ở nhóm từ 48 – 60 tháng 1,7%. Tử vong ở giai đoạn lâm sàng 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,4%.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của thất bại điều trị bậc 1 ARV.

Không tăng cân 68,8%,

Nhiễm trùng cơ hội tái phát là 17,2%.

CD4 giảm thấp hơn hoặc bằng mức trước điều trị 85,7%, CD4 giảm >50% so với thời điểm CD4 cao nhất là 14,3%,

Tỷ lệ tải lượng virus >5.000 bản sao/ml là 3,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS" *Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009.*

2. Bộ Y tế (2012), *Báo cáo Tình hình nhiễm HIV/AIDS và hoạt động phòng, chống HIV/AIDS năm 2011. Phương hướng, nhiệm vụ chủ yếu năm 2012, Số 73/BC.BYT.*

3. Nguyễn Trần Chính, Nguyễn Hữu Chí, Võ Minh Quang (2007), "Đặc điểm kháng ARV của bệnh nhân AIDS thất bại điều trị với HAART tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới", *Hội thảo khoa học tháng 10 năm 2007.*

4. Đỗ Mai Hoa, Michael Dunnee, Phạm Việt Cường và cộng sự (2009), "Tuần thủ điều trị trong các bệnh nhân điều trị thuốc kháng virus tại Hà Nội và Hải Dương: Thực trạng và các yếu tố liên quan", *Tạp chí Y Học thực hành – Bộ Y tế* (số 742 + 743), tr. 462 - 466.

5. Phạm Bá Hiền, Thẩm Chí Dũng và cộng sự (2009), "Đánh giá thất bại điều trị bệnh nhân AIDS của hai phác đồ bậc 1: stavudin+lamivudin+nevirapin và zidovudin+lamivudin+nevirapin", *Tạp chí thông tin Y Dược – Bộ Y tế* (số tháng 3/2009).

6. Nguyễn Thị Cẩm Hương, Nguyễn Hữu Chí, Đông Thị Hoài Tâm (2009), "Hội chứng viêm do phục hồi miễn dịch ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị kháng retrovirus hoạt tính cao tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ 1/2006 đến 12/2009", *Tạp chí Y Học thực hành – Bộ Y tế* (số 742 + 743.), tr. 499 - 502.

7. Đỗ Thị Nhân và cộng sự (2010), "Kết quả ban đầu đánh giá lâm sàng và miễn dịch ở bệnh nhân người lớn điều trị ARV tại Việt Nam". *Tạp chí Y Học thực hành – Bộ Y tế* (số 742 + 743.), tr. 538 - 542.

8. Phạm Hồng Nhung (2009), "Kiểu gen và các đột biến kháng thuốc ở bệnh nhân HIV chưa điều trị tại Hà Nội năm 2009". *Tạp chí Y Học thực hành – Bộ Y tế* (số 742 + 743.), tr. 471 - 474.

9. Phạm Duy Quang, Đỗ Thị Nhân, Nguyễn Bùi Đức và cộng sự (2010), "Các yếu tố tương quan mắc bệnh lao ở bệnh nhân HIV thu dung điều trị ARV phác đồ bậc một", *Tạp chí Y Học thực hành – Bộ Y tế* (số 742 + 743.), tr. 481 - 484.

10. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS An Giang (2012), *Hội nghị tổng kết năm 2011.*