

# TỔNG KẾT 2 NĂM ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN AIDS VỚI THUỐC KHÁNG RETROVIRUS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

*Phan Thanh Viên, Phan Thanh Dũng, Châu Quốc Hòa và Trần Quốc Kiệt*

*Khoa lao Bệnh viện Đa Khoa Trung tâm An Giang*

## SUMMARY

*An Giang, the South western province of Viet nam, borders on Cambodia and often affected by AIDS epidemic. From the year of 1994 to 2005, there were 6.834 HIV infected people notified with 3.044 cases in stage III and IV. Without antiretrovirus treatment, the mortality rate during that time was rocked to 83.9%. From 2006 to 2008, antiretrovirus treatment was implemented at outpatient of An giang general hospital, the mortality rate related to AIDS was gradually decreased to 19.4% (52 deaths over 268 patients).*

*The risk factors related to mortality including the low number of CD4, high value of transaminase (AST, ALT), history of heroin taking, having oppotunistic infection and not adherence to ARV treatment.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

An Giang là một tỉnh biên giới Tây nam–Việt Nam chịu ảnh hưởng nặng nề của dịch HIV/AIDS. Từ năm 1993 đến cuối năm 2005 có 6.834 người nhiễm HIV, trong đó có 3044 người ở giai đoạn AIDS (giai đoạn III, IV) và số người đã tử vong có liên quan đến HIV/AIDS là 2.555 người. Đó là giai đoạn chưa có sử dụng thuốc kháng retrovirus (ARV) tại An Giang.

Từ đầu năm 2006 chương trình sử dụng ARV được triển khai tại phòng khám ngoại trú-Bệnh Viện Đa Khoa An Giang (PKNT ) cho tất cả bệnh nhân AIDS (giai đoạn III, IV). Các dữ liệu về hiệu quả của ARV lên tỉ lệ tử vong và tỉ lệ kháng thuốc sau 1 năm điều trị của các PKNT tại Việt Nam còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện tổng kết để đánh giá hiệu quả 2 năm điều trị ARV tại PKNT bệnh viện An Giang.

Mục tiêu của đề tài nhằm đánh giá hiệu quả của việc điều trị AIDS bằng thuốc ARV và xác định các yếu tố liên quan đến tử vong trong điều trị.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang phân tích

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân HIV(+) điều trị ARV từ ngày 01/01/2006 đến ngày 01/12/2007

Xử lý số liệu: Dùng phép kiểm T Student để so sánh 2 trung bình, chuyển qua log nếu các biến không có phân phối chuẩn, dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher exact để so sánh các tỉ lệ. Dùng phép phân tích phương sai tái đo lường (repeated ANOVA) cho các biến được đo nhiều lần (số lượng tế bào CD4, cân nặng bệnh nhân). Phân tích số liệu dùng phần mềm thống kê SPSS 13.0

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=268):**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Trị trung bình (SD) hoặc tỉ lệ %</b>
Tuổi	34,2± 6,6 (19-60)
Giới	
Nam	188 (67,8%)
Nữ	89 (33,2%)
Trình độ học vấn:	
Đại học	4 (1,4%)
Trung học	46 (16,6%)
Tiểu học	214 (77,2%)
Mù chữ	13 (4,6%)
Địa chỉ	
Nông thôn	158 (57,0%)
Thành thị	119 (43,0%)
Tình trạng gia đình	
Độc thân	53 (19,0%)
Có gia đình	189 (68,0%)
Chồng (hoặc vợ chết)	27 (9,7%)
Đường lây	
Tình dục	238 (86%)
Ma túy	38 (13%)
Tiền sử đã điều trị ARV	47 (17%)
Nhiễm trùng cơ hội	
Nấm	218 (78,7%)
Tiêu chảy	176 (63,5%)
Herpes	70 (25,3%)
Zona	15 (5,4%)
Lao	126 (46,2%)

Các yếu tố nguy cơ tử vong trong điều trị ARV ghi nhận trong bảng 2.

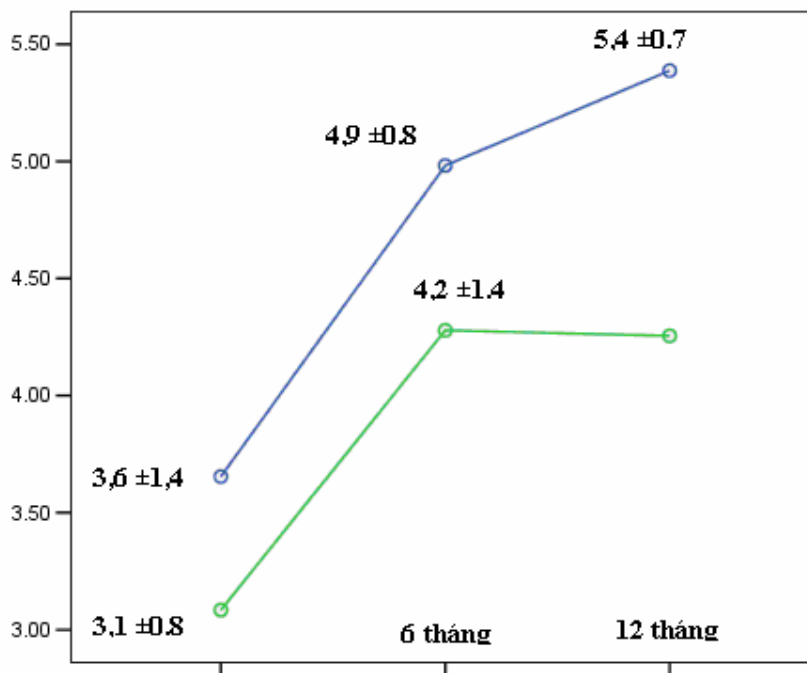
**Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ tử vong trong điều trị (n=268):**

	Sống (n=216)	Tử vong (n=52)	P
Tuổi	34,9 ± 11,5	33,6 ± 6,2	0,419
Giới nam	181/216 (83,8%)	38/52 (73,1%)	0,267
Cân nặng	47,8 ± 6,6	46,3 ± 7,8	0,251
Log (CD4)*	3,6 ± 1,4	2,8 ± 1,2	<b>0,002</b>
Log (AST)*	3,6 ± 0,6	3,9 ± 0,6	<b>0,010</b>
Log (ALT)*	3,5 ± 0,6	3,8 ± 0,6	<b>0,005</b>
Ma túy (+)	20/216 (9,2%)	10/52 (19,2%)	<b>0,019</b>
Mắc lao (+)	97/216 (45,0%)	29/52 (54,7%)	0,438
Tiền sử ART (+)	32 (14,7%)	11 (21,2%)	0,252
Tuân thủ (+)	211 (97,7%)	45 (86,5%)	<b>0,002</b>
Kháng thuốc (+)	5 (6%)	13 (9,4%)	0,265
Nhiễm trùng cơ hội (+)	187 (87%)	52 (100%)	<b>0,002</b>

\* Các trị số CD4 và AST, ALT được chuyển qua log neper

Các yếu tố nguy cơ gây tử vong gồm: tiền sử dùng ma túy, có nhiễm trùng cơ hội, có tế bào CD4 thấp, men gan cao và không tuân thủ điều trị.

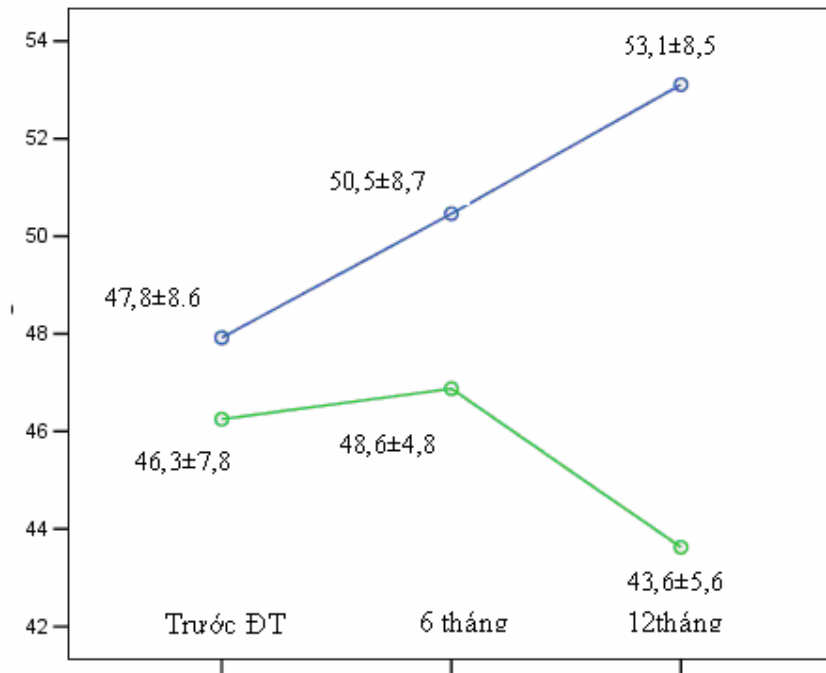
Sự gia tăng tế bào CD4 giữa 2 nhóm sống và tử vong được mô tả trong biểu đồ 1.



**Biểu đồ: Lượng tế bào log(CD4) của 2 nhóm sống và tử vong**

Không có sự khác biệt về mức tăng CD4 giữa 2 nhóm ( $p=0,062$ ), tuy nhiên sau 6 tháng điều trị lượng tế bào CD4 tiếp tục tăng ở nhóm sống nhưng không tăng ở nhóm tử vong.

Sự tăng cân của bệnh nhân giữa 2 nhóm được mô tả trong biểu đồ 2.



**Biểu đồ 2. Cân nặng theo tháng điều trị**

Không có sự khác biệt cân nặng trước khi điều trị ( $p=0,251$ ), sau 6 tháng điều trị ( $p=0,423$ ). Có sự khác biệt rõ rệt ở 2 nhóm (sống, tử vong) ở thời điểm 12 tháng ( $p=0,002$ )

## BÀN LUẬN

Phòng khám ngoại trú Bệnh viện An giang triển khai từ tháng 9/2004 đến nay có 1300 bệnh nhân đăng ký với 838 bệnh nhân dự phòng Cotrimoxazole và 569 bệnh nhân được điều trị thuốc kháng retrovirus (ART). Trong nghiên cứu chỉ có 277 bệnh nhân ART đạt được tiêu chuẩn thời gian theo dõi điều trị và cho chúng tôi một nhận định sau:

Trong 2 năm có tất cả 52 ca tử vong, chiếm tỉ lệ 19,4% tương đương với các nghiên cứu khác ở Haiti (15%) và ở Sub – Saharan Africa (16%). Như vậy tử vong do AIDS đã giảm được phân nửa so với trước đây chưa có điều trị ARV, tỉ lệ tử vong tích lũy từ năm 1993 đến cuối năm 2005: tử vong chung của bệnh nhân nhiễm HIV là 37.3% (2555/6834 trường hợp).

Tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân AIDS có lao 29/52 (54,7%) so với nhóm sống là 97/216(45%) và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p=0,438$ ). Điều này phù hợp với các công trình nghiên cứu đã được công bố và phù hợp với nghiên cứu tại Haiti có điều kiện về kinh tế rất giống chúng ta.

Tỉ lệ nam cao gấp đôi nữ, biểu hiện yếu tố nguy cơ cao và tình hình dịch HIV đang trầm trọng. Đa số các báo cáo là 6 nam 1 nữ. Đường lây truyền chủ yếu ở An Giang là qua đường tình dục 86% sự lan truyền âm thầm tiềm ẩn nhưng dữ dội, dễ lan rộng, dễ bùng phát. Là một loại nguồn lây khó kiểm soát hành vi nguy cơ, khó thực hiện dự phòng lây truyền. Trong khi ở hầu hết các địa phương khác lây truyền chủ yếu qua đường tiêm chích ma túy (70%) là một nhóm dân số tương đối rõ ràng, tách biệt hơn.

Nhiễm trùng cơ hội thường gặp là nấm miệng, tiêu chảy, lao phổi và herpes. Những bệnh nhân có nhiễm trùng cơ hội có nguy cơ tử vong cao hơn ( $p=0,002$ ).

Các yếu tố nguy cơ gây tử vong trong điều trị gồm CD4 thấp ( $p=0,002$ ), phù hợp với tất cả các công trình nghiên cứu khác. Tăng men gan trước điều trị cũng là yếu tố nguy cơ gây tử vong (AST:  $p=0,010$  và ALT: $p=0,005$ ) có thể đã có tổn thương gan do AIDS hoặc do viêm gan B, C mãn tính phối hợp, hơn nữa những bệnh nhân có men gan tăng dễ dẫn đến nguy cơ viêm gan nặng hơn do tác dụng phụ của thuốc ARV. Ngoài ra những bệnh nhân có tiền sử dùng ma túy ( $p=0,019$ ) và không tuân thủ điều trị ( $p=0,002$ ) làm gia tăng nguy cơ tử vong.

Tỉ lệ kháng thuốc ARV tại An giang ở mức độ tương đối thấp. theo các chuyên gia dự đoán tỉ lệ kháng thuốc của bệnh nhân mới điều trị lần đầu có thể đạt 10% sau 1 năm điều trị. Chúng tôi chỉ có 16/277 (5.8%) kháng thuốc ARV, điều này chứng tỏ ARV còn hiệu quả tốt với bệnh nhân AIDS tại An Giang. Cũng chưa thấy sự khác biệt tử vong ở bệnh nhân bị kháng thuốc ( $p=0,265$ ) có thể do số lượng bệnh nhân còn ít trong nghiên cứu này.

## **KẾT LUẬN:**

Điều trị kháng virus là giải pháp tối ưu cho bệnh nhân giai đoạn III, IV làm thay đổi tỉ lệ tử vong rất đáng kể, hiệu quả ART tương đương với các nước có điều kiện gần giống với Việt Nam. Tỉ lệ kháng thuốc sau 1 năm điều trị thấp. Các yếu tố có tiên lượng thất bại điều trị gồm: lượng tế bào CD4 thấp, men gan tăng, tiền sử dùng ma túy, có nhiễm trùng cơ hội và không tuân thủ điều trị.

An Giang là tỉnh chứa đựng nguy cơ tiềm ẩn cao có thể bùng phát đại dịch AIDS. Cần tiếp tục đầu tư mọi nguồn lực, cần có nhiều công trình nghiên cứu sâu rộng để công cuộc phòng chống AIDS tại An Giang ngày càng tốt hơn và hiệu quả.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Hoàng Anh.( 2006) “ *Hội nghị tổng kết hoạt động phòng chống HIV/ AIDS tỉnh An Giang*”
2. Richards, DC, Mikiashvili, T, Parris, JJ, et al (2006) ” *High prevalence of hepatitis C virus but not HIV co-infection among patients with tuberculosis in Georgia*”. Int J Tuberc Lung Dis ;10,396-401
3. Chaisson RE, Schechter GF, Theurer CP, et al(1987). ”*Tuberculosis in patients with the acquired immunodeficiency syndrome: clinical features, response to therapy, and survival*”. Am Rev Respir Dis ;136:570–4.
4. Dean GL, Edwards SG, Ives NJ, et al(2002). ” *Treatment of tuberculosis in HIV-infected persons in the era of highly antiretroviral therapy*”. AIDS ;16:75–83.
5. Antiretroviral Therapy in a Thousand Patients with AIDS in Haiti(2005). N Engl J Med, Volume 353 (22). December 1 . 2325 – 2334
6. Scaling – up antiretroviral Therapy in resource – limited setting Geneva(2004) : World Health Organization.
7. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV – Infected adults and adolescents(2005). April 7. Washington, D.C : Government Printing Office.
8. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, et al.(1998) “*Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection*”. N Engl J Med ; 338:853 -6.
9. Farmer P, Leandre F, Mukherjee Js, et al(2001).”*Community-base approaches to HIV treatment in resource – poor settings*”. 358 :404 -9
10. Coetzee D, Hildebrand K, Boule A, et al(2004). “*Outcome after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa.*” AIDS ; 18:887 -95.
11. Institute of Medicine. Scaling up treatment for the global AIDS pandemic(2005). Washington, D.C. National Academ Press: 75-9.
12. Pape JW, Liautaud B, Thomas F, et al(1983). “*Characteristics of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Haiti*”. N Engl J Med; 309: 945 -50
13. Treatment of tuberculosis. MMWR Recomm Rep( 2003); 52 (RR -11) 1 -77.
14. Koenig SP, Landre F, Farmer PE. Scaling –up HIV treatment Programmes in resource – limited settings: the rural Haiti experience(2004). AIDS, 18 Sunel 3: S11 –S25

