

Terpinene-4-ol, L- $\alpha$ -Terpineol, p-Menthan-1,8-diol, Cineol), acid hữu cơ (Ethylhydrogen succinat, acid Teraphtalic, acid Secbacic), acid Palmitic và đường khử. Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) diệt khuẩn của RCC với: *S. enteritidis*, *S. flexneri*, *E. coli* là 12,5 % , với *S. aureus*, MRSA, *P. aeruginosa* là 6,3%. Kiểm tra chất lượng RCC đạt theo QCVN 6-3:2010/BYT- không phát hiện vi khuẩn gây bệnh.

Chúng tôi tiếp tục xây dựng chỉ tiêu chất lượng của sản phẩm để có thể đưa RCC ra thị trường.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thành và cs. 2013. Phân lập, tuyển chọn và định danh nấm men rượu vang khóm. Tạp chí Khoa học Đại học Cần Thơ.
2. Idise, Okiemute Emmanuel & Odum, Edward Ikenna. 2011, Studies of wine produced from banana (*Musa Sapientum*), International Journal for Biotechnology and Molecular Biology Research Vol. 2(12), 209-214.
3. Journal of Industrial Microbiology and Biotechnology, Tháng 11/2019, trang 1,583–1,601
4. Jun Dai, Ke Li, Na Song, et al. 2020, Zygosaccharomyces rouxii, an Aromatic Yeast Isolated From Chili Sauce, Is Able to Biosynthesize 2-Phenylethanol via the Shikimate or Ehrlich Pathways. PubMed.Gov.
5. Nitika Singh, Jyotsna Jaiswal, Priyanka Tiwari and Bechan Sharma. 2020, Phytochemicals from Citrus Limon Juice as Potential Antibacterial Agents, The Open Bioactive Compound Journal.
6. P.S. Panesar, H.K. Sharma, B.C. Sarkar. 2011, Bio Processing of Foods, chapter 1: Importance, Nutritive Value, Role, Present Status and Future Strategies in Fruit Wines in India, Asiatech Publishers Inc, New Delhi.
7. Ramachandran Chelliah, Sudha Rani Ramakrishnan, Hoàng tử R Prabhu, et al. 2016, Evaluation of antimicrobial activity and probiotic properties of wild-strain *Pichia kudriavzevii* isolated from frozen idli batter. PubMed.Gov.
8. Seveda S.B, Khartmol P & Rodrigues L 2011, Studies in preparation of banana wine fruit wine, Nature Preceding.

## ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG TẢI LƯỢNG VI RÚT HIV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ TẠI HAI TRẠI GIAM TỈNH BÌNH THUẬN

Trương Ngọc Phương Bình<sup>2</sup>, Phạm Thanh Thành<sup>2</sup>,  
Lữ Thị Bích Huyền<sup>3</sup>, Trương Quang Nguyên<sup>4</sup>, Lê Thị Trang<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học của người bệnh HIV/AIDS điều trị tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận và đánh giá đáp ứng tải lượng vi rút HIV ở người bệnh HIV/AIDS điều trị tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh là  $40,4 \pm 6,5$  tuổi. Tất cả người bệnh đều tuân thủ điều trị ARV. Người bệnh có tải lượng vi rút < 20cps/ml chiếm 68,8%, trong nhóm có TLVR < 20cps/ml có 2,7% người có CD4 < 100 tế bào/mm<sup>3</sup> và 28% có CD4 > 500 tế bào/mm<sup>3</sup>, có 82,7% người bệnh giai đoạn I, có 2,7% người bệnh HbsAG dương tính và 93,3% Anti HCV dương tính. Người bệnh TLVR  $\geq 1.000$  cps/ml có 33,3% người bệnh có CD4 > 500 tế bào/mm<sup>3</sup>; có 66,7% người bệnh giai đoạn I và 33,3% giai đoạn II. **Kết luận:** kết quả cho thấy cần bắt đầu

điều trị ARV cho tất cả người bệnh chưa điều trị ARV đạt tiêu chuẩn điều trị của Bộ Y Tế hiện hành, nhân viên y tế cần tích cực tư vấn và quan tâm hơn để giảm nguy cơ cho nhóm chưa điều trị và những người bệnh đang điều trị. **Từ khóa:** đáp ứng tải lượng vi rút, HIV/AIDS, tỉnh Bình Thuận.

#### SUMMARY

#### EVALUATION ON HIV VIRAL LOAD RESPONSE AND SOME FACTORS RELATED TO HIV/AIDS PATIENTS ARE BEING TREATED AT TWO PRISONS IN BINH THUAN PROVINCE

**Objective:** Describe the epidemiological characteristics of HIV/AIDS patients are being treated at two prisons in Binh Thuan province and evaluate the HIV viral load response in HIV/AIDS patients treating at two prisons in Binh Thuan province in 2023. **Subjects and methods:** cross-sectional study. **Results:** The average age of patients was  $40.4 \pm 6.5$  years old. All patients complied with ARV treatment. Patients with viral load < 20cps/ml accounted for 68.8%, in the group of patients with TLVR < 20cps/ml, there were 2.7% of patients with CD4 < 100 cells/mm<sup>3</sup> and 28% of patients with CD4 > 500 cells/mm<sup>3</sup>, 82.7% of patients were in stage I, 2.7% of patients were HbsAG positive and 93.3% of patients were Anti HCV positive. Patients with TLVR  $\geq 1,000$  cps/ml had 33.3% of patients with CD4 > 500

<sup>1</sup>Trường Đại học Văn Lang

<sup>2</sup>Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Bình Thuận

<sup>3</sup>Công ty TNHH Dược Phẩm và Trang TBYT Hoàng Đức

<sup>4</sup>Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Trang

Email: trang.lt@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

cells/mm<sup>3</sup>; 66.7% of patients were in stage I and 33.3% of patients were in stage II. **Conclusions:** The results show that it is necessary to start ARV treatment for all patients who have not been treated with ARV and meet the current treatment standards of the Ministry of Health, medical staff need to actively advise and pay more attention to reduce the risk for the untreated group and patients who are being treated. **Keywords:** Evaluation of viral load response, HIV/AIDS, Binh Thuan Province.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là một vấn đề toàn cầu, tính đến năm 2021 có khoảng 38,4 triệu người sống chung với HIV. Tỷ lệ tiếp cận điều trị tăng, trong số người nhiễm HIV đến năm 2021 có khoảng 28,7 triệu người tiếp cận điều trị ARV [5]. Mục tiêu 90-90-90 của UNAIDS: 90% người nhiễm HIV biết tình trạng của mình, 90% người chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị ARV và 90% người điều trị ARV đạt ức chế tải lượng vi rút (TLVR) [6]. Việc theo dõi TLVR thường xuyên rất quan trọng. Đây là một trong những tiêu chí để đánh giá hiệu quả điều trị ARV, giúp phát hiện sớm thất bại điều trị, ngăn ngừa sự lây truyền và hạn chế chuyển bậc điều trị không cần thiết.

Tại Việt Nam, HIV/AIDS cũng là một thách thức đáng kể, đặc biệt trong các môi trường có nguy cơ cao như trại giam. Để hiểu rõ hơn về biên độ TLVR HIV và mối liên quan với các đặc điểm về lâm sàng, sinh học, hành vi và nhân khẩu học trong người nhiễm HIV đang điều trị trong môi trường này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu người nhiễm HIV/AIDS tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận. Nghiên cứu được tiến hành hai mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ học của người bệnh HIV/AIDS điều trị tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận năm 2023*

2. *Đánh giá đáp ứng TLVR HIV ở người bệnh HIV/AIDS điều trị tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận năm 2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** người bệnh nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV tại trại giam: Huy Khiêm và Thủ Đức tỉnh Bình Thuận; thời gian điều trị từ 6 tháng trở lên; đủ 18 tuổi và đồng ý tham gia.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn cỡ mẫu**

**Cỡ mẫu:** dự kiến những biến động về số lượng người bệnh tại hai trại giam, cỡ mẫu là 109 người được tính toán để đảm bảo dữ liệu đủ phân tích và có kết quả.

**Phương pháp:** do hạn chế thời gian và kinh

phí: chọn mẫu dựa trên sự sẵn có và dễ tiếp cận, chọn những người bệnh khám theo lịch hẹn, đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu, trong thời gian thu thập số liệu, đưa vào nghiên cứu.

### 2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn của Morisky (MAQ-medication adherence questionnaire – Morisky 8) làm thang đo tuân thủ điều trị dùng thuốc.

- Nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích mô tả bao gồm tần suất cho tất cả các biến phân loại cũng như trung bình, trung vị, và khoảng biến thiên cho tất cả các biến liên tục.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Thông tin về người bệnh được đảm bảo bí mật và nghiên cứu được tiến hành khi được sự đồng ý của hội đồng khoa học công nghệ của Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Bình Thuận và sự cho phép của Ban lãnh đạo 2 trại giam: Huy Khiêm, Thủ Đức.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Thông tin chung

STT	Thông tin		Tần số (Tỷ lệ)
1	Nhóm tuổi	Từ 18-30 tuổi	5 (4,6%)
		Từ 31-44 tuổi	76 (69,7%)
		Từ 45 tuổi trở lên	28 (25,7%)
2	Giới tính	Nữ	22 (22,9%)
		Nam	84 (77,1%)
3	Trình độ văn hóa	THCS	49 (45,0%)
		THPT	58 (53,2%)
		Sau THPT	2 (1,8%)
4	Đường lây nhiễm và hành vi sức khỏe	Quan hệ tình dục	3 (2,8%)
		Tiêm chích ma túy	96 (88,1%)
		Mại dâm	10 (9,2%)
5	Nghiện rượu bia	Có	0 (0%)
		Không	109 (100,0%)
6	Nghiện thuốc lá	Có	0 (0%)
		Không	109 (100,0%)
7	Quá trình điều trị	Phát đồ bậc 1	103 (94,5%)
		Phát đồ bậc 2	6 (5,5%)
8	Thay đổi phát đồ trong quá trình điều trị	Có	5 (4,6%)
		Không	104 (95,4%)
9	Tuân thủ điều trị ARV	Tuân thủ	109 (100,0%)
		Không tuân thủ	0 (0,0%)

**Nhận xét:** người bệnh tham gia khảo sát chiếm tỷ lệ cao ở độ tuổi trung bình  $40,4 \pm 6,5$ , giới tính nam cao gấp đôi so với nữ. Đường lây nhiễm chủ yếu được ghi nhận là qua tiêm chích ma túy. Mặc dù người bệnh không có thói quen sử dụng rượu bia, nhưng tỷ lệ nghiện thuốc lá lại rất cao. Mức độ tuân thủ điều trị của người bệnh

đạt 100% nên việc thay đổi phát đồ điều trị ít xảy ra.

### 3.2. Đánh giá đáp ứng tải lượng vi rút HIV ở người bệnh HIV/AIDS đang điều trị

#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

STT	Đặc điểm		Tần số (Tỷ lệ)
Lâm sàng			
1	BMI	Thiếu cân	18 (16,5%)
		Bình thường	82 (75,2%)
		Thừa cân	9 (8,3%)
	BMI trung bình		21,2 ± 2,59
2	Giai đoạn lâm sàng	I	86 (78,9%)
		II	12 (11,0%)
		III	7 (6,4%)
		IV	4 (3,7%)
Cận lâm sàng			
1	CD4 (tế bào/mm <sup>3</sup> )	< 100	3 (2,8%)
		100 – 199	11 (10,1%)
		200 – 350	33 (30,3%)
		351 – 500	26 (23,9%)
		> 500	36 (33,0%)
	CD4 trung bình		427,3 ± 225,0
2	Xét nghiệm máu		

Đặc điểm chức năng gan	Hemoglobin (g/L)	Bình thường Thiếu máu	97 (89,0%) 12 (11,0%)
	HBsAg (+) Anti-HCV (+)	HBsAg (+)	3 (2,8%)
		Anti-HCV (+)	100 (91,7%)
	AST (UI/L)	AST (UI/L)	≤ 80 (107 (98,2%)) >80 (2 (1,8%))
		ALT (UI/L)	≤ 80 (107 (98,2%)) >80 (2 (1,8%))

Chỉ số BMI trung bình nằm trong mức bình thường 21,2 ± 2,59, một vài người bệnh thiếu cân và thừa cân chiếm tỷ lệ trên 20%, lâm sàng của bệnh trải dài trong 4 giao đoạn và chủ yếu tập trung ở giai đoạn I; các xét nghiệm: tỷ lệ có số lượng CD4 > 500 tế bào/mm<sup>3</sup> chiếm 33,0%; hemoglobin bình thường chiếm 89,0% và đặc điểm chức năng gan: 3/109 có HBsAg dương tính chiếm 2,8%; 100/109 có Anti – HCV dương tính chiếm 91,7%; 1,8% người chỉ số men gan AST cao trên 80 UI/L và 1,8% chỉ số viêm gan ALT cao trên 80 UI/L.

#### 3.2.2. Đánh giá tải lượng vi rút HIV

Theo CD4	TLVR (cps/ml)			Tổng	Theo giai đoạn lâm sàng	TLVR (cps/ml)			Tổng	Theo bệnh nhiễm trùng cơ hội	TLVR (cps/ml)			Tổng
	< 20	20-< 1.000	≥ 1.000			< 20	20-< 1.000	≥ 1.000			<20	20-< 1.000	≥1.000	
≤350	31 (41,3)	15 (48,4)	1 (33,3)	47 (43,1)	I	62 (82,7)	22 (71,0)	2 (66,7)	86 (78,9)	HBsAg				
					II	7 (9,3)	4 (12,9)	1 (33,3)	12 (11,0)	Dương tính	2 (2,7)	1 (3,2)	0 (0,0)	3 (2,8)
351 – 500	23 (30,7)	2 (6,5)	1 (33,3)	26 (23,9)	III	4 (5,3)	3 (9,7)	0 (0,0)	7 (6,4)	Âm tính	73 (97,3)	30 (96,8)	3 (100,0)	106 (97,2)
										Anti-HCV				
>500	21 (28,0)	14 (45,1)	1 (33,3)	36 (33,0)	IV	2 (2,7)	2 (6,5)	0 (0,0)	4 (3,7)	Dương tính	70 (93,3)	27 (87,1)	3 (100,0)	100 (91,7)
										Âm tính	5 (6,7)	4 (12,9)	0 (0,0)	9 (8,3)

Tải lượng vi rút: đa số người bệnh có TLVR < 20 cps/ml chiếm 68,8%; 28,4% người có TLVR từ 20 đến < 1.000 cps/ml; 1,8% TLVR từ 1.000 đến dưới 10.000 cps/ml và 0,9% TLVR ≥ 10.000 cps/ml.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm dịch tễ học của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị.** Người bệnh có độ tuổi từ 31-44 chiếm tỷ lệ cao. Trong thời gian gần đây, người nhiễm HIV điều trị ARV tại Việt Nam và trên toàn Thế giới đang có xu hướng tăng lên về tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do họ đáp ứng tốt với điều trị. Từ đó tỷ lệ tử vong giảm, thời gian sống và chất lượng sống được cải thiện một cách đáng kể.

Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu là nam cao hơn gấp 2 lần so với nữ, đa số lây qua đường tiêm chích ma túy. Theo số liệu ước tính và dự báo HIV/AIDS của Việt nam năm 2023, đường lây nhiễm chủ yếu là quan hệ tình dục không an toàn chiếm tỷ lệ rất cao (80,8%). Trong đó, nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) đang được cảnh báo là một trong những nhóm nguy cơ chính của dịch HIV tại Việt Nam hiện nay. Tại 2 trại giam tại tỉnh Bình Thuận dựa trên 109 đối tượng tham gia nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ lây nhiễm HIV khác so với thống kê và dự tính tại Việt Nam. Cần có các biện pháp để tránh lây truyền HIV.

Nghiên cứu được thực hiện trên các đối

tượng điều trị ARV từ 6 tháng trở lên. Kết quả cho thấy, phát đồ điều trị bậc 1 với chi phí điều trị thấp hơn 4-8 lần so với bậc 2, chiếm tỷ lệ rất cao (94,5%). Hiệu quả điều trị của phát đồ bậc 1 (TDF + 3TC (hoặc FTC) + DTG) và người bệnh dễ tiếp cận do nguồn cung cấp thuốc trong nước tương đối phong phú. Cụ thể, theo quyết định 5968/QĐ-BYT về hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, ban hành ngày 31/12/2021, người được phát hiện nhiễm HIV sẽ được tư vấn và bắt đầu điều trị thuốc ARV.

Việc tuân thủ điều trị bằng thuốc ARV ở mức độ cao để đạt được sự ức chế vi rút lâu dài. Không tuân thủ điều trị có thể dẫn đến việc đề kháng thuốc và có thể lây truyền sang những người không bị nhiễm bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tất cả người bệnh đều tuân thủ điều trị. Việc tuân thủ điều trị của cũng được thể hiện qua kết quả xác định TLVR và xét nghiệm CD4. Đây là một thuận lợi lớn thúc đẩy điều trị ARV có kết quả tốt và đảm bảo TLVR HIV được ức chế ở ngưỡng không phát hiện và CD4 cao.

#### **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.**

Người bệnh ở giai đoạn 1 không có triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất (78,9%), trong khi giai đoạn 4 có triệu chứng nặng nhất (3,7%). So sánh với nghiên cứu của Trương Thái Phương (2021) tỷ lệ này lần lượt là (46,3%) và (35,5%) [4]. Điều này cho thấy, đa số người bệnh điều trị sớm khi chưa xuất hiện triệu chứng bệnh, nhờ sự nỗ lực của ngành y tế tỉnh Bình Thuận trong việc vận động người nhiễm HIV tham gia điều trị sớm, đẩy mạnh hiệu quả điều trị, ức chế sự nhân lên của TLVR hạn chế lây nhiễm trong cộng đồng.

Điều trị sớm có vai trò quan trọng, phù hợp với khuyến cáo của WHO khởi điểm điều trị theo mức CD4 < 350 tế bào/mm<sup>3</sup>. Người bệnh có CD4 > 500 tế bào/mm<sup>3</sup> chiếm tỷ lệ cao với 33,0%. Kết quả nghiên cứu của Sa Thị Trang (2022) cho thấy đa số người bệnh ở mức CD4 ≥ 500 tế bào/mm<sup>3</sup> chiếm 85,1% [3]. Điều này phản ánh xu hướng tích cực trong việc phát hiện sớm và điều trị sớm cho người nhiễm HIV. Kết quả này cũng phù hợp với mục tiêu của các chương trình phòng chống HIV/AIDS hiện nay, nhấn mạnh việc điều trị sớm để cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh và giảm gánh nặng y tế và giảm nguy cơ lây nhiễm. Tuy nhiên, việc điều trị sớm đòi hỏi sự nỗ lực từ phía hệ thống y tế trong việc tăng cường phát hiện sớm, tư vấn và đảm bảo người bệnh tuân thủ điều trị lâu dài.

**Tải lượng vi rút.** Theo hướng dẫn của Bộ Y tế, TLVR được đánh giá 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị ARV (riêng trong trường hợp phòng lây truyền mẹ sang con thì có thể ưu tiên đánh giá

TLVR có giá trị để đánh giá nguy cơ lây truyền từ mẹ sang con) [1]. Kết cho thấy, người bệnh có TLVR : < 20 cps/ml chiếm 68,8%; 28,4% từ 20 - < 1.000 cps/ml; 1,8% từ 1.000 đến dưới 10.000 cps/ml và 0,9% người bệnh ≥ 10.000 cps/ml. Như vậy, 97,3% người bệnh HIV đang điều trị có TLVR đạt ngưỡng ức chế (<1.000 bản sao/ml). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Trinh và cộng sự (2022) thực hiện từ 7/2020 đến 7/2021 trên 16.278 người nhiễm HIV có kết quả TLVR trong thời gian nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV đạt ngưỡng ức chế TLVR (< 1.000 bản sao/ml) là 98,6% [2]. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cho thấy người bệnh HIV/AIDS tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận có tỷ lệ TLVR dưới ngưỡng phát hiện (< 20 bản sao/ml) cao hơn so với nghiên cứu của tổ chức USAID và WHO (2014) nghiên cứu trên 1.231 người bệnh, 12% có TLVR dưới 1.000 bản sao / ml, trong khi 61% có TLVR > 10.000 bản sao/ ml nằm trong mức độ có nguy cơ tiếp tục lây nhiễm HIV cao; 15,6% có TLVR rất cao trên 100.000 bản sao / ml có ý nghĩa [5].

**Phân bố tải lượng vi rút theo CD4.** Phân bố TLVR theo CD4 cho thấy: 41,3% người bệnh trong nhóm TLVR < 20 cps/ml có CD4 ≤ 350 tế bào/mm<sup>3</sup>. Trong đó, trong nhóm TLVR < 20 cps/ml có CD4 < 100 tế bào/mm<sup>3</sup> chiếm 2,7%. Có thể giải thích do tế bào CD4 (hay còn gọi là tế bào T-CD4; tế bào T trợ giúp; tế bào TH) là tế bào đóng vai trò trong đáp ứng miễn dịch nên nếu người bệnh bị suy yếu hệ miễn dịch hay bị nhiễm trùng thì tế bào CD4 sẽ thấp. Những lí do khiến tải lượng HIV không phát hiện nhưng tế bào CD4 vẫn thấp trong nghiên cứu này là do người bệnh bị nhiễm HIV qua đường lây nhiễm tiêm chích ma túy là chủ yếu, việc tiêm chích ma túy đã làm suy yếu hệ miễn dịch khiến tế bào CD4 khó phục hồi, kể cả sau khi có kết quả điều trị tốt. Ở nghiên cứu này, cỡ mẫu nhỏ nên không tiến hành phân tích mối liên quan giữa CD4 và TLVR. Tuy nhiên, có nhiều nghiên cứu khác trên thế giới đã chứng minh rằng, định lượng TLVR không phản ánh tình trạng suy giảm miễn dịch của người bệnh. Đánh giá tình trạng suy giảm miễn dịch của người bệnh đóng vai trò quan trọng trong việc khởi động các can thiệp điều trị bao gồm dự phòng và điều trị nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt ở những người bệnh điều trị muộn [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: người bệnh ở giai đoạn 1: CD4 cao, TLVR cao trước khi điều trị, nhưng khi sử dụng ARV và tuân thủ điều trị, TLVR giảm, CD4 tăng trong ngưỡng chấp nhận. Người bệnh ở giai đoạn 3: CD4 thấp, TLVR cao

và khả năng đáp ứng miễn dịch giảm, nên cần thời gian phục hồi miễn dịch lâu hơn để TLVR giảm và CD4 tăng vào ngưỡng mong muốn.

Như vậy, những dữ liệu này khẳng định tầm quan trọng của điều trị sớm bằng ARV để đạt được hiệu quả kiểm soát TLVR và phục hồi miễn dịch cho người bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình người bệnh là  $40,4 \pm 6,5$ , đường lây nhiễm chủ yếu là tiêm chích ma túy chiếm 88,1%, hầu hết đang điều trị theo phát đồ bậc 1, tất cả đều tuân thủ điều trị ARV.

Tải lượng vi rút HIV ở người bệnh HIV/AIDS điều trị tại hai trại giam tỉnh Bình Thuận tại thời điểm nghiên cứu có 2,8% người bệnh có CD4 < 100 tế bào/mm<sup>3</sup> và 10,1% có CD4 từ 100 – 199 tế bào/mm<sup>3</sup>. Đa số có TLVR < 20cps/ml chiếm 68,8%, trong nhóm có TLVR < 20cps/ml có 2,7% có CD4 < 100 tế bào/mm<sup>3</sup> và 28% người bệnh có CD4 > 500 tế bào/mm<sup>3</sup>, có 82,7% người bệnh giai đoạn I, có 2,7% người bệnh HbsAG dương tính và 93,3% người bệnh Anti HCV dương tính. Trong nhóm người bệnh TLVR ≥ 1.000 cps/ml, có 33,3% người đạt mức CD4 > 500 tế bào/mm<sup>3</sup>; 66,7% người bệnh giai đoạn I và 33,3% giai đoạn II.

## VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường phát hiện và điều trị sớm người nhiễm HIV đặc biệt là nhóm tiêm chích ma túy, mở rộng các chương trình xét nghiệm sàng lọc trong cộng đồng. Cần cải thiện hơn về tuân thủ

điều trị trong việc tư vấn và hỗ trợ tâm lý cho người bệnh. Nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh nhiễm HIV tại các trại giam.

Đẩy mạnh nghiêm cứu mối liên quan giữa CD4 và TLVR để làm rõ các yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị. Đồng thời tăng cường hợp tác liên ngành như: kết hợp giữa y tế, công an, xã hội để xây dựng các chương trình phòng chống HIV/AIDS toàn diện tại các trại giam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021) Quyết định 5968/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.
2. **Nguyễn Ngọc Trinh, Nguyễn Lê Hạnh Nguyên, Văn Hùng, Đinh Quốc Thông, Khưu Văn Nghĩa, Nguyễn Hoàng Minh** (2022) "Sự ức chế tải lượng vi rút và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2020 – 2021". Tạp chí Y học dự phòng, 8, (32).
3. **Sa Thị Trang** (2022). "Đánh giá độc tính trên thận liên quan tới tenofovir (tdf) trên bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Phú Thọ", Luận văn CKI Dược học.
4. **Trương Thái Phương** (2021). "Theo dõi tải lượng HIV thường quy ở bệnh nhân điều trị thuốc kháng vi rút bậc một tại khu vực miền Bắc Việt Nam", Luận án Tiến sĩ Y học.
5. **UNAIDS** (2021), Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet
6. **World Health Organization - Geneva** (2013). "Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection". Recommendations for a Public Health Approach.

# TỶ LỆ NHIỄM, THÀNH PHẦN LOẠI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM VI NẤM NGOÀI DA Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Phan Hoàng Đạt<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Pha<sup>2</sup>, Trịnh Thị Hồng Cửa<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thảo Linh<sup>1</sup>, Lê Nguyễn Uyên Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Bùi Thái Huy<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việt Nam là một quốc gia nhiệt đới, nơi xuất hiện nhiều bệnh da liễu, trong đó có bệnh do vi nấm ngoài da. Việc chẩn đoán vi nấm ngoài da chủ yếu dựa vào phương pháp soi tươi nên có thể tồn tại

một số bất lợi. Ngoài ra, một số thói quen trong sinh hoạt cũng có thể liên quan đến nhiễm vi nấm ngoài da. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỷ lệ nhiễm và thành phần loài vi nấm ngoài da ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; (2) Khảo sát một số yếu tố liên quan đến nhiễm vi nấm ngoài da ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 92 bệnh nhân có tổn thương nghi ngờ do vi nấm ngoài da đến khám tại phòng khám Da liễu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ và được chỉ định xét nghiệm vi nấm soi tươi. Các mẫu bệnh phẩm được soi dưới kính hiển vi, cấy trên môi trường Sabouraud agar và Dermatophyte

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại học Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thảo Linh

Email: nttlinh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024