

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG

-----*-----

ĐÀO ĐỨC GIANG

**THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV, MỘT SỐ YẾU
TỐ LIÊN QUAN VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TẠI MỘT SỐ
PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI HÀ NỘI**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y TẾ CÔNG CỘNG

HÀ NỘI – 2019

Công trình được hoàn thành tại: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS. Nguyễn Anh Tuấn
2. PGS.TS. Bùi Đức Dương

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng đánh giá luận án cấp Viện họp tại Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, vào hồi ... giờ ..., ngày ... tháng ... năm 2019

Có thể tìm luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

1
ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Tính cấp thiết của đề tài

Vi-rút gây suy giảm miễn dịch ở người (HIV) và Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) là một trong những phát hiện quan trọng có ảnh hưởng to lớn về mặt y học, tâm lý và xã hội vào cuối những năm của thế kỷ 20. Từ một vài ca bệnh đầu tiên tại Los Angeles năm 1981 trên người có quan hệ tình dục đồng giới nam, HIV/AIDS đã nhanh chóng trở thành một bệnh dịch có tác động tiêu cực mạnh mẽ trên quy mô toàn cầu và Việt Nam không phải là một ngoại lệ. Theo số liệu thống kê của Cục phòng, chống HIV/AIDS tính đến cuối năm 2017, điều trị ARV được triển khai tất cả 63 tỉnh/thành phố, với 401 phòng khám điều trị ngoại trú ARV với khoảng 124.000 bệnh nhân được điều trị kháng retrovirus (ARV).

Thuốc ARV trong điều trị HIV/AIDS được xem là một bước tiến quan trọng giảm đáng kể tỷ lệ tử vong liên quan đến HIV và việc ra đời các thuốc ARV đã chuyển biến nhiễm HIV/AIDS từ một căn bệnh chết người sang một bệnh mạn tính có thể kiểm soát được. Mục tiêu chính của điều trị ARV là nhằm đạt được ức chế virus bền vững và duy trì chức năng miễn dịch, qua đó giảm tỷ lệ tử vong cũng như gánh nặng bệnh tật. Để đạt được điều này, tuân thủ điều trị đóng một vai trò quan trọng. Mặc dù vậy tuân thủ điều trị không phải dễ dàng và phần lớn bệnh nhân gặp phải nhiều khó khăn đối với tuân thủ điều trị.

Kháng thuốc là một trong những vấn đề đáng lo ngại khác do hậu quả của việc không tuân thủ điều trị. Mặc dù khó có thể lượng hóa chính xác tác động ảnh hưởng của không tuân thủ điều trị, không tuân thủ điều trị ARV được xác định là một trong những nguyên nhân quan trọng gây ra các mối đe dọa lớn đối với sức khỏe cộng đồng do nguy cơ hình thành kháng thuốc không chỉ với cá nhân người bệnh mà cho cả xã hội.

Các yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị cũng như các biện pháp can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV cũng rất đa dạng và phong phú. Can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị cần được thực hiện đảm bảo sự phù hợp về mặt văn hóa, xã hội và hoàn cảnh thực tế tại địa điểm can thiệp.

Đề tài "Thực trạng tuân thủ điều trị ARV, một số yếu tố liên quan và hiệu quả can thiệp tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội" được thực hiện với các mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng, một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại một số phòng khám ngoại trú tại thành phố Hà Nội năm 2016.
2. Đánh giá hiệu quả một số can thiệp nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tại Hà Nội năm 2017.

2. Những đóng góp mới của luận án

Đề tài là công trình nghiên cứu có hệ thống về thực trạng, một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV tại 03 phòng khám Ngoại trú (OPC) tại Hà Nội. Đây là nghiên cứu đầu tiên sử dụng một công cụ đánh giá tuân thủ điều trị kết hợp đa chiều đầu tiên ở Việt Nam. Việc thiết kế hoạt động can thiệp được tiến hành dựa trên mô hình đã được minh chứng về hiệu quả trên thế giới có xét tới đặc thù của các OPC tại Việt Nam, trong đó việc sàng lọc nhanh được tiến hành và can thiệp chỉ tập trung vào nhóm đối tượng có nguy cơ không tuân thủ điều trị ARV để đảm bảo tính khả thi. Các can thiệp qua tư vấn tại chỗ và hỗ trợ định kỳ qua điện thoại cho các đối tượng có nguy cơ cao đã mang lại hiệu quả bước đầu trong tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân.

1. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội năm 2016.

- Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao, mức độ trung bình và mức độ thấp tương ứng là 66,2%; 23,8% và 10%. Khoảng một nửa bệnh nhân báo cáo nhận được hỗ trợ của gia đình, bố mẹ, hoặc vợ/chồng trong điều trị. Có 9% bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong 3 tháng qua và 1,2% bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ của thuốc.

- Gặp tác dụng phụ của thuốc (AOR=0,58; KTC 95%: 0,41 - 0,82) là yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân. Các yếu tố hỗ trợ tích cực cho tuân thủ điều trị gồm sự hỗ trợ của bạn bè (AOR=2,56; 95% KTC: 1,49 - 4,35); tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân (AOR=3,7; 95% KTC: 1,32 - 10,00), không uống rượu trong 30 ngày qua (AOR=3,62; KTC 95%: 1,95 - 6,7); có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế (AOR=2,51; KTC 95%: 1,40 - 4,52) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh (AOR=1,92; KTC 95%: 1,78 - 3,56).

2. Hiệu quả một số can thiệp nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội năm 2017:

- Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao tăng đáng kể (từ 66,2% lên 84,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng hoặc bạn tình với điều trị ARV, tỷ lệ bệnh nhân có công việc ổn định đã tăng tương ứng từ 10,6%; 53,6% và 43,5% trước nghiên cứu lên 17,4%; 63,9% và 54,2% sau nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc giảm đáng kể (từ 9,0% xuống 3,5%). Tỷ lệ bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65%.

3. Ý nghĩa khoa học và thực tiễn của luận án

3.1. Ý nghĩa khoa học

Luận án sử dụng thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có so sánh trước và sau can thiệp. Công cụ, kỹ thuật thu thập dữ liệu, và phân tích số liệu chính xác, tin cậy. Với số liệu được thu thập, luận án đã xác định được tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV và một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV trên nhóm bệnh nhân HIV/AIDS tại địa bàn nghiên cứu.

3.2. Ý nghĩa thực tiễn

Nghiên cứu đã đánh giá thực trạng tuân thủ điều trị ARV, các yếu tố liên quan để có biện pháp can thiệp dự phòng phù hợp trên nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội. Các can thiệp của nghiên cứu có tính khả thi, có giá trị thực tiễn, và có thể áp dụng trên quy mô rộng hơn.

4. Bố cục của luận án

Phần chính của luận án được trình bày 129 trang (*không kể phần phụ lục, mục lục, các chữ viết tắt*) và được chia ra: Đặt vấn đề 2 trang; Chương 1 - Tổng quan: 44 trang; Chương 2 - Phương pháp nghiên cứu: 16 trang; Chương 3 - Kết quả nghiên cứu: 38 trang; Chương 4: Bàn luận 24 trang; Kết luận: 02 trang; Khuyến nghị: 01 trang và danh mục công trình nghiên cứu 01 trang. Luận án gồm 47 bảng, 06 biểu đồ và 05 hình. Tài liệu tham khảo gồm 122 tài liệu (15 tiếng Việt, 107 tiếng Anh). Phụ lục bao gồm sơ đồ tư vấn tuân thủ điều trị chung tại phòng khám ngoại trú, tài liệu tập huấn nhắc lại về quy trình tiết lộ tình trạng nhiễm cho bạn tình, bạn chích và phiếu thu thập thông tin nghiên cứu trước và sau can thiệp.

CHƯƠNG I : TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Điều trị kháng vi-rút và lợi ích của điều trị kháng vi-rút (ARV)

Ngày 19/3/1987 được coi là một cột mốc quan trọng khi lần đầu tiên Cơ quan quản lý Dược phẩm và Thực phẩm Hoa Kỳ (US FDA) chính thức chấp thuận, phê duyệt Zidovudine (Azidothymidine, AZT, ZDV), làm thuốc điều trị HIV/AIDS đầu tiên. Kể từ đó tới nay, các nỗ lực trong nghiên cứu, phát triển thuốc đã cho phép sự ra đời của nhiều loại thuốc ARV được ứng dụng vào điều trị. Các thống kê của US FDA cho thấy tính tới thời điểm hiện tại có hơn 40 loại thuốc ARV đã được cấp phép lưu hành và cũng đang có hàng chục các nghiên cứu phát triển các ARV mới khác đang được tiến hành trên thế giới. Sự đa dạng và phong phú xét trên cơ chế điều trị cũng như sự đa dạng về chủng loại thuốc trong từng phân nhóm là cơ hội tốt, cho phép bệnh nhân tiếp cận với nhiều điều trị khác nhau cũng cho thấy tính chất phức tạp của điều trị ARV cũng như các khó khăn đối với vấn đề tuân thủ điều trị.

Tại Việt Nam, việc điều trị kháng vi-rút (ARV) đối với bệnh nhân HIV/AIDS đã được chuẩn hóa trong Hướng dẫn Quản lý, Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS của Bộ trưởng Bộ Y tế, và sau đó được cập nhật trong Hướng dẫn Điều trị và Chăm sóc HIV/AIDS, được ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 1 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Việc điều trị ARV hiện nay đã được Bảo hiểm y tế chi trả từ đầu năm 2019 do các nguồn viện trợ nước ngoài đã bị cắt giảm, việc kiểm soát chặt chẽ điều trị để hạn chế tình trạng kháng thuốc dẫn tới phải sử dụng các phác đồ bậc cao với chi phí cao hơn đáng kể.

Lợi ích của điều trị ARV là việc không cần phải bàn cãi và điều này đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng cũng như trong thực hành theo thường quy. Việc điều trị ARV sẽ giúp bệnh nhân có cơ hội duy trì được tải lượng virus thấp trong máu và ở dưới ngưỡng không phát hiện được (dưới 200 bản sao/ml máu), điều này đã được xác nhận là vừa có tác dụng bảo vệ sức khỏe của bệnh nhân và vừa ngăn ngừa lây nhiễm HIV sang bạn tình. Các báo cáo chính thức của UNAID cho rằng “một mức tải lượng vi rút HIV không phát hiện được có nghĩa là HIV không còn khả năng lây truyền”.

1.2. Định nghĩa, ý nghĩa của tuân thủ điều trị, cách đánh giá và các yếu tố có ảnh hưởng tới tuân thủ điều trị

Theo định nghĩa của WHO, tuân thủ điều trị chỉ “*hành vi của bệnh nhân trong việc thực hiện hướng dẫn điều trị của thầy thuốc liên quan đến việc sử dụng thuốc cũng như chế độ ăn uống hay lối sống*”. Việc đo lường tuân thủ điều trị của bệnh nhân là một thách thức lớn vì tính chất chủ quan và riêng tư của hành vi uống thuốc của bệnh nhân. Những thách thức này càng được tăng thêm khi có thực tế là sự tuân thủ không chỉ bị ảnh hưởng bởi hành vi của bệnh nhân mà còn bởi hệ thống y tế, kinh tế xã hội, bệnh liên quan đến và các yếu tố liên quan đến ma túy.

Tuân thủ điều trị ARV là một lưu ý đặc biệt do lo ngại tình trạng kháng thuốc điều trị HIV. Mặc dù chưa có nghiên cứu nào định lượng được chính xác việc không tuân thủ ở mức độ nào và trong thời gian bao lâu sẽ dẫn đến tình trạng kháng thuốc, tuy nhiên điểm thống nhất cao trong tất cả các nghiên cứu và nhận định đều nêu rõ không tuân thủ điều trị gây ra nguy cơ kháng thuốc và do vậy việc xác định được những bệnh nhân không tuân thủ điều trị để có biện pháp hỗ trợ kịp thời là cần thiết. Các nghiên cứu và báo cáo cho thấy kháng thuốc ARV tại Việt Nam chưa phải là vấn đề lớn tính tới thời điểm hiện tại. Mặc dù vậy thì điều này không đảm bảo trong tương lai kháng thuốc ARV không trở thành vấn đề của Việt Nam.

Tuân thủ điều trị ARV cũng được xác nhận trong các nghiên cứu là có liên quan tích cực đến tình trạng đạt được tình trạng ức chế vi-rút, làm tăng thời gian sống của bệnh nhân

cũng như với chỉ số miễn dịch CD4 của bệnh nhân. Đã có nhiều nghiên cứu về tuân thủ điều trị ARV với tình trạng ức chế vi-rút cho thấy tuân thủ điều trị ARV dưới 95% làm tăng nguy cơ không đạt được tình trạng ức chế vi-rút. Một nghiên cứu quy mô lớn trên 2.821 bệnh nhân trưởng thành nhiễm HIV tại Ấn Độ so sánh tỷ lệ đạt được ức chế vi-rút giữa các bệnh nhân tuân thủ điều trị 80% đến 89% với tuân thủ điều trị 100%, và giữa các bệnh nhân tuân thủ điều trị 90% đến 99% so với tuân thủ điều trị 100% cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt được ức chế vi-rút được định nghĩa là HIV-1 RNA dưới mức 400 bản sao/ml tăng lên đáng kể khi tỷ lệ tuân thủ điều trị tăng lên.

Tuân thủ điều trị làm tăng thời gian sống của bệnh nhân và ngược lại các bệnh nhân không tuân thủ điều trị tốt sẽ có thời gian sống ngắn hơn. Một nghiên cứu thực hiện tại Ấn Độ trên 239 bệnh nhân cho thấy có 57% bệnh nhân được xác định là tuân thủ ART. Nghiên cứu ghi nhận 104 bệnh nhân tử vong trong thời gian 358,5 bệnh nhân-năm và do vậy tác giả tính toán được tỷ lệ tử vong là 29 trên 100 bệnh nhân-năm (95% khoảng tin cậy (CI): 23,9–35,2) và trung vị thời gian sống của bệnh nhân là 6,5 tháng (95% KTC: 2,7–10,9). Tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê trong nhóm bệnh nhân không tuân thủ điều trị ART (64,5, 95% KTC: 50,5–82,4) so với các bệnh nhân có tuân thủ điều trị (15,4 95% KTC: 11,3–21,0). Nguy cơ tử vong trong các bệnh nhân không tuân thủ điều trị ARV cao hơn gấp 04 lần so với bệnh nhân không tuân thủ ARV (Tỷ số nguy hại hiệu chỉnh: 3,9; 95% KTC: 2,6–6,0).

Có nhiều cách khác nhau để đánh giá tuân thủ điều trị và về cơ bản thì có thể chia thành phương pháp trực tiếp và phương pháp gián tiếp. Các phương pháp gián tiếp như đếm số viên thuốc còn thừa, phỏng vấn bệnh nhân, phỏng vấn dược sỹ cấp phát thuốc, dùng các thiết bị công nghệ cao để theo dõi việc sử dụng thuốc như thiết bị MEMS (Medications Event Monitoring System), phương pháp trực tiếp như đo nồng độ thuốc trong máu hay nước tiểu, giám sát trực tiếp việc dùng thuốc của bệnh nhân... Mỗi phương pháp đều có các ưu nhược điểm riêng. Cơ quan phát triển quốc tế Hoa Kỳ (USAID) đã hỗ trợ phát triển công cụ đánh giá đa chiều này và đã thẩm định sự nhất quán và tin cậy của thang đo tại một số nước có nguồn lực hạn chế và đã cho thấy tính hữu ích của công cụ này. Công cụ đánh giá kết hợp đa chiều này được sử dụng trong nghiên cứu này để khảo sát thực trạng tuân thủ điều trị tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội.

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV được ước tính trong nhiều nghiên cứu trên Thế giới cũng như tại Việt Nam. Các nghiên cứu trên Thế giới cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị có sự khác biệt tương đối lớn giữa các nơi và tỷ lệ này trong khoảng từ khoảng 37% đến 90%. Tại Việt Nam, việc sử dụng các công cụ đánh giá khác nhau tại các địa điểm khác nhau cũng cho các kết quả rất khác biệt. Nghiên cứu của tác giả Trần Xuân Bách và cộng sự thực hiện năm 2013 sử dụng bộ công cụ trực quan VAS để đánh giá cho kết quả tỷ lệ tuân thủ điều trị là 94,5%. Nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự tại tỉnh Hải Dương và Điện Biên năm 2016 báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức thấp hơn (60,4% và 63,4%). Một số nghiên cứu khác trong nước cho kết quả tỷ lệ tuân thủ điều trị trong khoảng từ 60% đến 80%.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị cũng đã được nhiều tác giả xem xét, đánh giá. Theo các tác giả Reiter và Ickovics thì có thể chia các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV thành 5 nhóm chính đó là: nhóm các yếu tố thuộc về bệnh nhân, nhóm các yếu tố thuộc về phác đồ điều trị, nhóm các yếu tố thuộc về tình trạng bệnh, nhóm các yếu tố thuộc về quan hệ giữa bệnh nhân với cán bộ y tế và nhóm các yếu tố thuộc về cơ sở điều trị.

Các yếu tố thuộc về bệnh nhân có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV có thể kể đến như: tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, mức thu nhập, tình trạng biết đọc, tiết lộ tình trạng

nhằm cho người thân. Trong đó việc bệnh nhân tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác được báo cáo trong rất nhiều nghiên cứu là có yếu tố tích cực đối với việc tuân thủ điều trị. Việc tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác làm cho bệnh nhân không cần phải dẫu việc uống thuốc hoặc dẫu thuốc là ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị

Các yếu tố thuộc về phác đồ điều trị có thể có liên quan đến tuân thủ điều trị bao gồm: tác dụng phụ của thuốc, số lượng viên trong phác đồ, sự phức tạp của phác đồ (số lần dùng thuốc trong ngày, cách dùng thuốc kèm theo hoặc không kèm theo các loại thức ăn nhất định), loại thuốc kháng retrovirus cụ thể, phác đồ các viên rời rạc hay viên cố định liều. Các kết quả nghiên cứu phần lớn cho thấy các tác dụng phụ của thuốc có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Một số nghiên cứu quốc tế đã chứng minh rằng việc sử dụng phác đồ một viên duy nhất giúp cải thiện sự hài lòng của bệnh nhân, sự tuân thủ và duy trì ức chế vi-rút tốt hơn so với phác đồ ARV nhiều viên trên bệnh nhân chưa từng dùng ARV.

Các yếu tố thuộc về tình trạng bệnh có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV có thể kể đến là tình trạng mắc các bệnh đồng nhiễm như sốt rét, đái tháo đường, tăng huyết áp. Tuân thủ điều trị ARV sẽ giảm nếu bệnh nhân mắc thêm các bệnh đồng nhiễm này. Các bệnh nhân gặp phải hội chứng phục hồi miễn dịch (IRIS) được báo cáo là có tỷ lệ tuân thủ điều trị thấp hơn so với các bệnh nhân không gặp phải hội chứng này (RR 1.7; 95% KTC 1.2–2.2; P = 0,001). Nghiên cứu của Vũ Công Thảo năm 2010 đánh giá thực trạng và hiệu quả của hoạt động chăm sóc hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS đã cho thấy đồng nhiễm viêm gan B (HBV) và hoặc viêm gan C (HCV) được xác định là có mối liên quan chặt chẽ với việc bỏ điều trị của bệnh nhân với OR lần lượt là 10,8 và 8,99.

Các yếu tố thuộc về quan hệ giữa bệnh nhân và cán bộ y tế có thể ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị đó là sự hài lòng của bệnh nhân nói chung, sự tin tưởng của bệnh nhân vào phòng khám, sự tin tưởng của bệnh nhân vào cán bộ điều trị. Các yếu tố thuộc về cơ sở điều trị có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV gồm có sự thuận tiện về mặt giao thông, môi trường trong sạch, thân thiện, lịch làm việc hợp lý, phòng điều trị đảm bảo bảo mật, các dịch vụ được cung cấp toàn diện...

1.3. Các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị ARV

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị ARV thành các nhóm như: Can thiệp hành vi nhận thức (CBT), Can thiệp giáo dục, Can thiệp hỗ trợ điều trị, Can thiệp giám sát điều trị trực tiếp, Can thiệp sử dụng thiết bị nhắc dùng thuốc chủ động, Can thiệp xây dựng hệ thống, Can thiệp tư vấn, Can thiệp hỗ trợ dinh dưỡng, Can thiệp sử dụng thiết bị nhắc dùng thuốc bị động, Can thiệp hỗ trợ tài chính, Can thiệp điều trị lạm dụng chất gây nghiện, Can thiệp điều trị trầm cảm.

Các tác giả khác nhau cũng có nhiều cách phân loại các can thiệp làm tăng tuân thủ điều trị khác nhau. Trong tổng quan tài liệu này, để tiện cho việc phân tích, so sánh, chúng tôi sử dụng phân loại các loại hình can thiệp nhằm tăng cường tuân thủ điều trị theo tài liệu mới nhất của tác giả Steve Kanters 2016. Các can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị này gồm các nhóm sau:

- *Chăm sóc điều trị chuẩn (SOC)*: bao gồm các hoạt động tư vấn, chăm sóc và điều trị được thực hành tại cơ sở y tế bao gồm việc tư vấn tuân thủ điều trị, các hoạt động khám chữa bệnh theo thường quy.

- *Chăm sóc điều trị nâng cao (eSOC)*: bao gồm chăm sóc điều trị chuẩn kết hợp với các hỗ trợ thêm cho bệnh nhân, bao gồm các nội dung tư vấn thêm có liên quan đến tư vấn tuân thủ điều trị như lồng ghép thêm nội dung giáo dục và khích lệ bệnh nhân.

- *Các can thiệp qua điện thoại*: Bao gồm các can thiệp sử dụng điện thoại để hỗ trợ bệnh nhân. Tần suất các cuộc gọi có thể từ mỗi 2 tuần đến mỗi 2 tháng. Trong một số trường hợp bệnh nhân mới điều trị, tần suất cuộc gọi có thể dày hơn trong giai đoạn đầu

- *Nhắn tin (SMS)*: Bao gồm việc nhắn tin vào điện thoại di động của bệnh nhân hoặc điện thoại di động của nghiên cứu; bao gồm cả các tin nhắn một chiều và hai chiều, tin nhắn ngắn hoặc tin nhắn dài theo các tần suất khác nhau (hàng ngày, hàng tuần...)

- *Tập huấn các kỹ năng hành vi hoặc tập huấn tuân thủ điều trị (BST/MAT)*: Bao gồm các can thiệp tập huấn đào tạo cho bệnh nhân làm cách nào để tuân thủ điều trị ART, bao gồm các can thiệp tập huấn và đào tạo theo từng module cũng như các can thiệp, tập huấn, đào tạo nhằm tăng cường kỹ năng sống, hành vi, kiến thức và thái độ.

- *Can thiệp đa phương tiện*: sử dụng các tài liệu trực tuyến hoặc các tài liệu truyền tải thông tin cùng với thuốc.

- *Liệu pháp hành vi nhận thức (CBT)*: Bao gồm các can thiệp nhằm thay đổi hành vi và nhận thức, cũng như các can thiệp từ cán bộ tư vấn cho bệnh nhân sử dụng phòng vấn khích lệ bệnh nhân.

- *Người hỗ trợ*: bao gồm việc sử dụng một cá nhân (được phòng khám lựa chọn hoặc bệnh nhân tự lựa chọn) để hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân, bao gồm các hỗ trợ đồng đẳng, khám tại nhà, người quản lý thuốc, người hỗ trợ điều trị, liệu pháp giám sát điều trị trực tiếp và liệu pháp giám sát điều trị trực tiếp có điều chỉnh.

- *Hỗ trợ tài chính*: bao gồm các khoản hỗ trợ tài chính có điều kiện và không có điều kiện, bằng tiền mặt hoặc bằng các phiếu mua hàng.

- *Thiết bị nhắc dùng thuốc*: Các thiết bị nhắc dùng thuốc bao gồm lịch, chuông báo giờ, máy nhắn tin, hộp chia liều, các thiết bị giúp quản lý điều trị bệnh khác.

Trên thực tế thì việc áp dụng các biện pháp làm tăng tuân thủ điều trị ARV có thể là biện pháp đơn lẻ hoặc sự kết hợp của hai hay nhiều hơn hai biện pháp cùng lúc. Tổng quan tài liệu so sánh hiệu quả của các can thiệp nhằm tăng tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve Kanters tập hợp và so sánh kết quả của 85 nghiên cứu với 16.271 bệnh nhân trên thư viện Cochrane, Embase, và MEDLINE. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhắn tin ngắn (SMS) vượt trội hơn so với chăm sóc và điều trị theo thường quy khi phân tích các nghiên cứu trên toàn cầu (odds ratio [OR] 1,48; 95% KTC [CrI] 1,00–2,16) và nghiên cứu tại các nước đang phát triển (1,49; 1,04–2,09). Các can thiệp kết hợp nhiều biện pháp cho thấy có hiệu quả cao hơn so với các can thiệp sử dụng các biện pháp đơn lẻ. Nếu xét trên tình trạng ức chế vi-rút, chỉ có liệu pháp hành vi nhận thức (CBT) (1,46; 95% KTC: 1,05–2,12) và can thiệp sử dụng người hỗ trợ (1,28; 95% KTC: 1,01–1,71) là cao hơn so với chăm sóc và điều trị chuẩn.

Can thiệp hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân sử dụng điện thoại di động gọi với tần suất phù hợp, kết hợp với người hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân đã được chứng minh là có hiệu quả cao nhất trong các can thiệp với tỷ số chênh là 6,74 (95% KTC: 2,87–16,55) trong phân tích các nghiên cứu toàn cầu. Kết quả của biện pháp can thiệp này tại các nước đang phát triển (phân tích mạng lưới LMIC) cũng cho kết quả tương tự với tỷ số chênh là 6,59 (95% KTC: 2,95–16,06). Tác dụng rõ rệt nhất của biện pháp kết hợp giữa sử dụng người hỗ trợ tuân thủ điều trị và điện thoại định kỳ cho bệnh nhân gợi ý cho việc ứng dụng biện pháp này do tính khả thi cao, dễ thực hiện tại các nước có nguồn lực hạn chế như Việt Nam.

1.4. Thông tin chung về phòng khám ngoại trú (OPC)

Các thống kê cập nhật của Cục Phòng Chống HIV/AIDS cho thấy tại thời điểm đầu năm 2018, cả nước đã có 271 phòng khám điều trị ngoại trú tiến hành thanh toán các phí dịch vụ, thuốc liên quan đến điều trị ARV cho bệnh nhân. Trong bối cảnh các nguồn viện trợ quốc tế đang cắt giảm và để đạt được mục tiêu 90-90-90 do Liên Hợp Quốc đưa ra (90% số người biết được tình trạng nhiễm HIV của mình, 90% số người đã chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị thuốc ARV liên tục và 90% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi-rút ở mức thấp và ổn định), các chiến lược của Bộ Y Tế đã xác định rõ việc tiếp tục duy trì các phòng khám OPC thông qua cơ chế thanh toán chi trả qua bảo hiểm y tế kể từ năm 2018.

CHƯƠNG 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nam hoặc nữ tuổi từ 18 trở lên, đã được chẩn đoán nhiễm HIV và đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú trong chương trình khảo sát.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm, thời gian và thiết kế nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại 03 phòng khám ngoại trú (OPC) đang cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị HIV cho bệnh nhân tại Hà Nội gồm: OPC Quận Hoàng Mai, OPC Huyện Ứng Hòa và OPC huyện Ba Vì.

Thời gian nghiên cứu:

Các hoạt động nghiên cứu trước can thiệp được thực hiện vào tháng 10/2016 đến tháng 12/2016. Các hoạt động nghiên cứu sau can thiệp được thực hiện từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2017.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu can thiệp tự đối chứng, có so sánh trước sau. Tại các cơ sở nghiên cứu được lựa chọn, nhóm nghiên cứu cùng với các cán bộ làm việc tại các Phòng khám ngoại trú điều trị HIV/AIDS lựa chọn các bệnh nhân một cách ngẫu nhiên dựa trên khung mẫu là danh sách các bệnh nhân đăng ký điều trị ARV tại thời điểm thực hiện việc khảo sát trước và sau can thiệp.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu trong nghiên cứu trước can thiệp được tính toán sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ, điều tra cắt ngang.

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 p(1-p)}{\varepsilon^2}$$

Cỡ mẫu nghiên cứu sau can thiệp được tính toán sử dụng công thức so sánh hai tỷ lệ, với kiểm định Chi-Square, kiểm định 2 bên.

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = Cỡ mẫu; p_1 = Tỷ lệ tuân thủ điều trị trước can thiệp (ước tính 70%).

p_2 = Tỷ lệ tuân thủ điều trị sau can thiệp (ước tính 85%); $\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$

α = Sai số loại I (0,05); β = Sai số loại II (0,1)

Tính toán cho thấy cần 322 bệnh nhân cho nghiên cứu này. Ước tính thêm một tỷ lệ khoảng 10% bệnh nhân bỏ cuộc, do vậy nghiên cứu dự kiến tuyển chọn khoảng 350 bệnh nhân để khảo sát trước và sau can thiệp. Trên thực tế, nghiên cứu đã tiến hành điều tra 352 bệnh nhân trước can thiệp và 350 bệnh nhân sau can thiệp.

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Khung mẫu được xây dựng dựa trên danh sách các bệnh nhân đang đăng ký điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tham gia nghiên cứu. Việc chọn mẫu ngẫu nhiên được thực hiện theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn, không lặp lại. Việc chọn mẫu ngẫu nhiên được thực hiện cho cả nghiên cứu trước can thiệp và sau can thiệp.

2.4. Nội dung các hoạt động can thiệp

2.4.1. Mục tiêu của can thiệp

- Tăng cường tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV cho bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại các Phòng khám ngoại trú trong phạm vi của chương trình.
- Trên cơ sở kết quả xây dựng, thí điểm các can thiệp, rút kinh nghiệm để hoàn chỉnh mô hình và triển khai nhân rộng mô hình ra các Phòng khám ngoại trú khác.

2.4.2. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu can thiệp

- Đối tượng can thiệp: Các cán bộ y tế và bệnh nhân HIV/AIDS đang tham gia điều trị ARV tại Phòng khám ngoại trú Quận Hoàng Mai, Phòng khám ngoại trú Huyện Ứng Hòa và Phòng khám ngoại trú Huyện Ba Vì.
- Thời gian can thiệp: từ tháng 07/2017 đến tháng 11/2017 (4 tháng)

2.4.3. Nội dung và các hoạt động can thiệp của mô hình

Các hoạt động can thiệp được xây dựng dựa trên việc tham khảo kinh nghiệm quốc tế cho thấy mô hình can thiệp sử dụng người hỗ trợ cho bệnh nhân kết hợp với nhắc nhở qua điện thoại mang hiệu quả cao ở các nước đang phát triển. Người hỗ trợ cho bệnh nhân tuân thủ điều trị được xác định trong can thiệp là cán bộ phòng khám OPC. Các cán bộ này là người tư vấn trực tiếp cũng như hỗ trợ việc nhắc nhở bệnh nhân vấn đề tuân thủ điều trị qua điện thoại. Để đảm bảo việc tư vấn và hỗ trợ qua điện thoại một cách có hiệu quả, việc tập huấn nhắc lại cho cán bộ y tế đã được thực hiện. Mặt khác, do khối lượng công việc tại OPC cao, việc can thiệp được xác định là chỉ hướng tới các đối tượng có nguy cơ không tuân thủ điều trị cao. Các hoạt động can thiệp bao gồm:

- *Tập huấn nhắc lại cho tư vấn viên và cán bộ y tế các nội dung liên quan đến tuân thủ điều trị dựa trên khảo sát đầu vào*
- *Duy trì thường xuyên hoạt động đánh giá nhanh tuân thủ điều trị điều trị ARV trên các bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị trong mỗi lần đến khám*
- *Tư vấn định kỳ 2 tuần một lần qua điện thoại, tập trung vào các đối tượng có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị ARV.*

2.4.4. Bộ chỉ số đánh giá hiệu quả của can thiệp

Dựa theo mục tiêu nghiên cứu

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp và bệnh án điều trị tại OPC của bệnh nhân

2.6. Quản lý và phân tích số liệu

Các phiếu thu thập thông tin được nhập liệu trên phần mềm EXCEL và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 13.

2.7. Các biện pháp khống chế sai số trong nghiên cứu

Tập huấn thống nhất về phương pháp phương pháp điều tra, thực hành kỹ năng điều

tra cho các điều tra viên, giám sát thực địa và kiểm tra chất lượng phiếu điều tra, chọn các điều tra viên có kinh nghiệm trong nghiên cứu xã hội học.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương thẩm định và phê duyệt (Quyết định phê duyệt số IRB-VN01057-21/2016).

CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp

Nghiên cứu đã tiến hành thu thập dữ liệu từ 352 bệnh nhân trước can thiệp và 350 bệnh nhân sau can thiệp, số lượng này phù hợp với số lượng dự kiến ban đầu là 350 bệnh nhân. Trong số các đối tượng được tuyển chọn vào nghiên cứu này, một số đối tượng không trả lời một số câu hỏi hoặc thiếu một vài dữ liệu cần thu thập, do vậy các con số thống kê trình bày trong phần kết quả nghiên cứu này sẽ ít hơn 350 hoặc 352 và sẽ phản ánh số bệnh nhân có câu trả lời cho mỗi câu hỏi.

Các khảo sát trước và sau can thiệp đều cho thấy nam giới chiếm một tỷ lệ đáng kể (khoảng 2/3) số đối tượng nghiên cứu. Trình độ học vấn của các đối tượng nghiên cứu không có sự khác biệt đáng kể trong lần khảo sát trước can thiệp so sánh với sau can thiệp với khoảng xấp xỉ 10% các đối tượng nghiên cứu có trình độ tiểu học, khoảng 1/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học phổ thông và hơn 1/3 số đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học cơ sở. Nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ rất nhỏ các đối tượng nghiên cứu không biết chữ và xấp xỉ khoảng 10% đối tượng nghiên cứu có trình độ đại học và sau đại học trong lần khảo sát trước và sau nghiên cứu.

Các đối tượng nghiên cứu nghiên cứu có tuổi trung bình (độ lệch chuẩn) là 37,0 ($\pm 7,4$), thời gian nhiễm HIV trung bình là 5,1 ($\pm 2,8$) năm, thời gian điều trị ARV trung bình là 4,5 ($\pm 2,5$) năm và thời gian tính từ thời điểm được chẩn đoán nhiễm HIV cho đến khi được điều trị ARV trung bình là 265,8 ngày với độ lệch chuẩn lớn (456,4 ngày). Các số liệu cũng được khảo sát lặp lại trong năm 2017 cho thấy thời gian nhiễm HIV và thời gian điều trị ARV kéo dài hơn so với thời điểm trước khảo sát khoảng 1 năm.

Các thống kê cho thấy cân nặng trong lần khám gần nhất trước nghiên cứu là 53,7 ($\pm 7,7$) kg và cân nặng trong lần khám gần nhất sau nghiên cứu là 54,4 (± 8) kg. Sự khác biệt về trọng lượng cơ thể các đối tượng nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đồng nhiễm Viêm gan C là 26,4%, Viêm gan B là 9,1% trong khi đó các nhiễm trùng khác là ít gặp. Khoảng 2/3 số bệnh nhân không có bất kỳ một nhiễm trùng cơ hội nào trong khảo sát năm 2016.

Phần lớn các bệnh nhân tham gia nghiên cứu trước và sau can thiệp là các bệnh nhân sống tại Hà Nội (xấp xỉ 80%), có mức thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng (xấp xỉ 80%), sống với gia đình hoặc người thân (xấp xỉ 95%). Khoảng 2/3 số bệnh nhân đã kết hôn, khoảng 15% bệnh nhân độc thân và 17% bệnh nhân đã ly hôn hoặc góa vợ, góa chồng. Kết quả này là tương đồng nhau ở cả khảo sát trước can thiệp và sau can thiệp.

3.2. Thực trạng điều trị ARV tại thời điểm trước và sau can thiệp

3.2.1. Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu

Các phác đồ được sử dụng tại các phòng khám OPC gồm: Phác đồ 1c (NVP+3TC+AZT), 1d (EFV+3TC+ AZT), 1e (NVP+3TC+TDF), 1f (EFV+3TC+TDF) và Phác đồ khác là phác đồ không thuộc một trong 4 phác đồ trên. Điểm cần lưu ý trong tính

toán các tỷ lệ % trong bảng này là mặc dù có 352 bệnh nhân được khảo sát trước can thiệp và 350 bệnh nhân được khảo sát sau can thiệp, một số lượng nhỏ bệnh nhân không xác định được chính xác phác đồ bệnh nhân đang sử dụng do thiếu các thông tin trong bệnh án hoặc chưa tìm được bệnh án gốc, các bệnh nhân này được loại khỏi mẫu số tính toán.

Bảng 3.1 Phác đồ điều trị ARV được sử dụng tại các phòng khám OPC nghiên cứu

Phác đồ ARV được sử dụng để điều trị	Trước can thiệp 2016 (n=342)		Sau can thiệp 2017 (n=343)		Giá trị p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1c (NVP+3TC+AZT)	42	12,28	49	14,29	0,56
1d (EFV+3TC+AZT)	20	5,85	20	5,83	0,99
1e (NVP+3TC+TDF)	21	6,14	5	1,46	0,001
1f (EFV+3TC+TDF)	230	67,25	268	78,13	<0,001
Phác đồ khác	29	8,48	1	0,29	<0,001

Phác đồ điều trị 1f (EFV+3TC+TDF) được sử dụng phổ biến tại các phòng khám ngoại trú với tỷ lệ xấp xỉ 67% trong nghiên cứu trước can thiệp, tại thời điểm sau can thiệp, nghiên cứu ghi nhận một số lượng đáng kể bệnh nhân chuyển phác đồ điều trị 1e sang các phác đồ khác, trong đó chủ yếu là chuyển sang phác đồ 1f. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ 1f tại thời điểm khảo sát sau can thiệp là khoảng 78%, tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước nghiên cứu ($p=0,001$).

Số lần uống thuốc ARV trong ngày cũng như số viên thuốc bệnh nhân sử dụng trong một ngày, so sánh giữa khảo sát trước can thiệp năm 2016 và sau can thiệp năm 2017. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc ARV một lần/ngày trong năm 2016 là 72,1% tăng lên đáng kể 82,1% trong năm 2017 ($p=0,002$). Việc sử dụng các viên kết hợp cố định liều cũng được cải thiện trước và sau can thiệp từ 69,3% trong năm 2016 tăng lên 82,4% trong năm 2017 ($p<0,001$).

Nghiên cứu cho thấy khoảng 3,7% bệnh nhân trong khảo sát năm 2016 có thay đổi phác đồ điều trị trong vòng 1 năm gần đây và tỷ lệ này tăng nhẹ lên 8,3% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Việc thay đổi phác đồ này được trình bày cụ thể hơn trong phần kết quả nghiên cứu, trong đó cho thấy xu hướng dịch chuyển sang phác sử dụng phác đồ bậc 1 cao hơn trong năm 2017 so với 2016. Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 là 9,0% trong đó có một tỷ lệ nhỏ 1,2% bệnh nhân dùng thuốc do tác dụng phụ của ARV.

Nghiên cứu trước can thiệp năm 2016 ghi nhận một tỷ lệ đáng kể (xấp xỉ 95%) bệnh nhân không được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong thời gian 12 tháng vừa qua và chỉ có 5% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng qua. Lý do được kể đến là do một số khó khăn về kỹ thuật nên xét nghiệm tải lượng vi-rút chưa được triển khai tại các phòng khám ngoại trú này trong thời gian 2015 – 2016 do vậy xét nghiệm này chưa được xem là một xét nghiệm thường quy trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân. Chỉ định này chỉ được thực hiện trong trường hợp đặc biệt hoặc bệnh nhân từ nơi khác chuyển tới đã có kết quả xét nghiệm từ nơi khác. Về vấn đề hỗ trợ nhận được đối với điều trị ARV, khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy khoảng 50% bệnh nhân có nhận được hỗ trợ từ vợ hoặc chồng và cũng khoảng

50% bệnh nhân nhận được hỗ trợ từ bạn bè. Khoảng ít hơn ½ số bệnh nhân (43,5%) có công ăn việc làm ổn định và chỉ khoảng 10% trong số này có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng.

3.3. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV tại thời điểm trước can thiệp 2016

3.3.1. Đánh giá tuân thủ điều trị qua phỏng vấn bệnh nhân

Phần 1 của bộ công cụ đánh giá đa chiều gồm bốn câu hỏi định tính được sử dụng để hỏi bệnh nhân về vấn đề tuân thủ điều trị. Bệnh nhân trả lời cả 4 câu hỏi này là “không” sẽ được xếp loại là “tuân thủ điều trị mức độ cao”, bệnh nhân có 01 câu trả lời là “có” sẽ được xếp loại là “tuân thủ điều trị mức trung bình” và 02 câu trả lời là “có” trở lên sẽ được xếp ở mức “tuân thủ điều trị mức độ thấp”.

Kết quả khảo sát trước nghiên cứu cho thấy 88,5% không có khó khăn gì trong việc nhớ dùng thuốc, tương ứng với 11,5% bệnh nhân vẫn thấy khó nhớ việc cần phải dùng thuốc, mặc dù vậy thì bệnh nhân vẫn tiếp tục dùng thuốc khi đã thấy khỏe lại (99,4%) và bệnh nhân không bỏ thuốc khi thấy mệt hơn (98,8%). Khi hỏi về việc có quên liều thuốc nào trong 4 ngày qua không, có 7,7% bệnh nhân báo cáo có quên dùng thuốc ít nhất một liều.

3.3.2. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng thang điểm trực quan (VAS) tại thời điểm trước can thiệp

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), các bệnh nhân được phỏng vấn trước can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,3 với độ lệch chuẩn là 0,73. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm VAS từ 9,5 trở lên (các bệnh nhân xếp loại tuân thủ điều trị mức độ cao) trong khảo sát trước can thiệp đạt mức 78,8%.

3.3.3. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV tại thời điểm trước can thiệp

Hợp phần 3 trong thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc đánh giá qua kiểm tra kiến thức. Các bệnh nhân được hỏi các thông tin về thuốc họ đang sử dụng để kiểm tra kiến thức về cách dùng, liều dùng, thời điểm dùng và các lưu ý khi dùng thuốc khác. Nghiên cứu cho thấy một tỷ lệ xấp xỉ 14% bệnh nhân trả lời sai hoặc liên quan đến tên thuốc, cách dùng, hoặc liều dùng, thời điểm dùng thuốc cũng như các lưu ý khi sử dụng.

3.3.4. Đánh giá tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên trong kỳ tại thời điểm trước can thiệp

Hợp phần 4 trong thang đánh giá tuân thủ điều trị đa chiều là việc kiểm đếm số thuốc bệnh nhân sử dụng còn thừa. Nếu bệnh nhân không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực để hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu liều, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị. Khảo sát trước can thiệp ghi nhận tỷ lệ gần tuyệt đối (98,8%) bệnh nhân mang lọ thuốc (túi thuốc) đã hết thuốc đến thể hiện mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới.

3.3.5. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp

Việc đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Kết quả được trình bày trong bảng 3.2 dựa trên số lượng bệnh nhân có trả lời đầy đủ (349 bệnh nhân) các câu hỏi liên quan đến tuân thủ điều trị trong tổng số các bệnh nhân khảo sát (352 bệnh nhân).

Bảng 3.2 Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp trước can thiệp.

Mức độ tuân thủ	Trước can thiệp	Khoảng tin cậy 95%
-----------------	-----------------	--------------------

điều trị theo đánh giá kết hợp	(N=349)		(95% KTC)
	n	Tỷ lệ %	
Mức độ cao	231	66,2	61,2-71,2
Mức độ trung bình	83	23,8	19,4-28,6
Mức độ thấp	35	10,0	7,1-13,7

Nghiên cứu trước can thiệp cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức độ cao là 66,2% (95% KTC: 61,2% - 71,2%), tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức độ trung bình là 23,8% (95% KTC: 19,4% - 28,6%) và tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV ở mức độ thấp là 10,0% (95% KTC: 7,1% - 13,7%).

3.4. Một số yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị

Bảng 3.3 trình bày kết quả phân tích một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến.

Bảng 3.3 Một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến

Các đặc trưng		B	OR = exp (B)	95% KTC của OR	Giá trị p
Tuổi	Từ 35 trở lên	0,05	1,05	0,95-1,19	0,25
	Dưới 35 ^(*)				
Trình độ học vấn	Đại học trở lên	0,20	1,22	0,85-1,55	0,15
	Dưới đại học ^(*)				
Giới tính	Nữ giới	0,52	1,69	1,05-2,75	0,04*
	Nam giới ^(*)				
Mức thu nhập	5 triệu trở lên	1,08	2,95	0,57-16,7	0,12
	Dưới 5 triệu ^(*)				
Khoảng cách đến OPC	<10 km	0,08	1,08	0,98-1,22	0,24
	≥ 10 km ^(*)				
Giai đoạn HIV	1 hoặc 2	0,59	1,80	0,95-2,89	0,09
	3 hoặc 4				
Phác đồ ARV	Bậc 1	0,46	1,58	0,82-2,53	0,10
	Bậc 2 hoặc 3 ^(*)				
Nhiễm trùng cơ hội	Có	-0,29	0,75	0,55-1,45	0,18
	Không ^(*)				
Mức CD4 hiện tại	>500 copies/ml	0,02	1,02	0,95-1,20	0,16
	≤ 500 copies/ml ^(*)				
Giờ làm việc, sinh hoạt	Thất thường	-0,54	0,58	0,46-0,75	0,02*
	Ổn định ^(*)				
Sự hỗ trợ của bạn bè	Có		4,17	1,56 - 11,11	<0,01*
	Không ^(*)	1,43			
Tiết lộ tình trạng nhiễm	Đã tiết lộ	1,17	3,23	1,28-8,33	0,03*
	Chưa tiết lộ ^(*)				

Uống rượu trong 30 ngày qua	Không	1,73	5,64	1,75-18,12	<0,01*
	Có ^(*)				
Hỗ trợ xã hội của cán bộ y tế	Có	1,00	2,73	1,45-5,11	0,03*
	Không ^(*)				
Tin tưởng thuốc uống có hiệu quả	Có	0,49	1,64	1,18-2,27	0,04*
	Không ^(*)				
Gặp phải tác dụng phụ của thuốc	Có	-0,76	0,47	0,32-0,70	0,02*
	Không ^(*)				

Ghi chú: (*) Nhóm nền so sánh

Các phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố nhân khẩu, xã hội học như tuổi trên 35, trình độ học vấn từ đại học trở lên và mức thu nhập từ 5 triệu trở lên không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê đến tuân thủ điều trị ARV mức độ cao của bệnh nhân. Các phân tích đơn biến cũng cho thấy những bệnh nhân có sự hỗ trợ của bạn bè tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân không có sự hỗ trợ của bạn bè (OR = 4,17; 95% KTC: 1,56 - 11,11), các bệnh nhân nữ tuân thủ điều trị tốt hơn so với các bệnh nhân nam (OR = 1,69; 95% KTC: 1,05-2,75). Tương tự như vậy, các bệnh nhân đã tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân tuân thủ điều trị tốt hơn những bệnh nhân chưa tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân (OR = 3,23; 95% KTC: 1,28-8,33). Các yếu tố không uống rượu trong 30 ngày qua (OR = 5,64; 95% KTC: 1,75-18,12), có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế (OR = 2,73; 95% KTC: 1,45-5,11), là nữ giới (OR = 1,69; 95% KTC: 1,05-2,75) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh (OR = 1,64; 95% KTC: 1,18-2,27) là các yếu tố tích cực giúp tuân thủ điều trị tốt hơn. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan đến tình trạng bệnh và điều trị của bệnh nhân cũng cho thấy yếu tố giờ làm việc, sinh hoạt thất thường có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị trong phân tích đơn biến (OR = 0,58; 95% KTC: 0,46-0,75), ngoài ra gặp phải tác dụng phụ của thuốc là một trong những yếu tố tiêu cực ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị với tỷ suất chênh (OR) là 0,47 (95% KTC: 0,32-0,70). Trong khi đó các yếu tố khác như: Giai đoạn lâm sàng HIV, Phác đồ điều trị ARV, có hay không có nhiễm trùng cơ hội, mức CD4 hiện tại >500 copies/ml không có liên quan một cách có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với tỷ suất chênh (OR) tương ứng là 1,80 (95% KTC: 0,95-2,89); 1,58 (95% KTC: 0,82-2,53); 0,75 (95% KTC: 0,55-1,45) và 1,02 (95% KTC: 0,95-1,20).

Các phân tích hồi quy logistic đa biến để tìm hiểu một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV được trình bày trong bảng 3.4.

Bảng 3.4 Một số yếu tố nhân khẩu học, xã hội học và bệnh học và mối tương quan với tuân thủ điều trị ARV trong mô hình phân tích hồi quy logistic đa biến

Các đặc trưng		AOR	95% KTC	Giá trị p
Giờ làm việc, sinh hoạt	Thất thường	0,67	0,42-1,35	0,41
	Ổn định (*)			
Giới tính	Nữ giới	0,74	0,38-1,43	0,38
	Nam giới(*)			
Sự hỗ trợ của bạn bè	Có	2,56	1,49-4,35	0,04

	Không ^(*)			
Tiết lộ tình trạng nhiễm	Đã tiết lộ	3,7	1,32 - 10,00	0,03
	Chưa tiết lộ ^(*)			
Uống rượu trong 30 ngày qua	Không	3,62	1,95-6,7	0,03
	Có ^(*)			
Hỗ trợ xã hội của cán bộ y tế	Có	2,51	1,40-4,52	0,02
	Không ^(*)			
Tin tưởng thuốc uống có hiệu quả	Có	1,92	1,78-3,56	0,01
	Không ^(*)			
Gặp phải tác dụng phụ của thuốc	Có	0,58	0,41-0,82	0,01
	Không ^(*)			

Ghi chú: (*) Nhóm nền so sánh

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy gặp phải tác dụng phụ của thuốc trong 3 tháng qua là các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị với AOR=0,58 (95% KTC: 0,41-0,82). Trong khi đó, các yếu tố hỗ trợ tích cực cho việc tuân thủ điều trị gồm có: Có sự hỗ trợ của bạn bè AOR=2,56 (95% KTC: 1,49 - 4,35); tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân AOR=3,7 (95% KTC: 1,32 - 10,00), không uống rượu trong 30 ngày qua AOR=3,62 (95% KTC: 1,95-6,7), có sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế AOR= 2,51 (95% KTC: 1,40-4,52) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh với AOR=1,92 (95% KTC: 1,78-3,56). Giới tính nữ và giờ làm việc thất thường được xem là không có tương quan một cách có ý nghĩa thống kê với tình trạng tuân thủ điều trị trong phân tích đa biến.

3.5. Đánh giá hiệu quả can thiệp theo các chỉ số đánh giá hiệu quả

3.5.1. Tuân thủ điều trị theo phương pháp đánh giá kết hợp sử dụng thang đánh giá đa chiều so sánh trước và sau can thiệp

Việc đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Hiệu quả của can thiệp xét trên tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị các mức độ cao, trung bình và thấp được trình bày trong bảng 3.5. Điểm cần lưu ý là việc tính toán tỷ lệ tuân thủ điều trị các mức độ khác nhau được dựa trên tổng số các bệnh nhân có câu trả lời đầy đủ về tuân thủ điều trị, do vậy số lượng bệnh nhân đưa vào tính toán thực tế nhỏ hơn tổng số bệnh nhân khảo sát (352 bệnh nhân trước can thiệp và 350 bệnh nhân sau can thiệp).

Bảng 3.5: Mức độ tuân thủ điều trị ARV so sánh trước và sau can thiệp theo đánh giá kết hợp

Mức độ tuân thủ điều trị	Tỷ lệ % (95% KTC)	
	Trước can thiệp (N=349)	Sau can thiệp (N=334)
Mức độ cao	66,2 (61,2-71,2)	84,4 (80,1-88,1)
Mức độ trung bình	23,8 (19,4-28,6)	14,7 (11,1-18,9)
Mức độ thấp	10,0 (7,1-13,7)	0,90 (0,2-2,6)

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao trước can thiệp là 66,2% (95% KTC: 61,2%-71,2%) đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa lâm sàng sau

can thiệp là 84,4% (95% KTC: 80,1%-88,1%) ($p < 0,001$). Tương tự như vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ trung bình và thấp trước can thiệp là 23,8% (95% KTC: 19,4%-28,6%) và 10,0% (95% KTC: 7,1%-13,7%) đã giảm một cách có ý nghĩa thống kê và ý nghĩa lâm sàng xuống 14,7% (95% KTC: 11,1%-18,9%) và 0,9% (95% KTC: 0,2%-2,6%) sau can thiệp ($p < 0,001$).

3.5.2. Tuân thủ điều trị dựa trên phỏng vấn bệnh nhân so sánh trước và sau can thiệp

Kết quả khảo sát trước và sau nghiên cứu cho thấy mặc dù tỷ lệ bệnh nhân thấy khó nhớ việc cần phải dùng thuốc đã giảm nhẹ từ mức 11,5% trước nghiên cứu xuống 9% sau nghiên cứu, tỷ lệ thấy khó nhớ việc dùng thuốc này vẫn ở mức cao. So sánh tỷ lệ bệnh nhân không thấy khó nhớ việc sử dụng thuốc trước và sau can thiệp cho thấy sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước nghiên cứu. Tương tự như vậy, xét trên tỷ lệ trả lời các câu hỏi khác được sử dụng để phỏng vấn bệnh nhân trong hợp phần 1 của thang đánh giá, nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ tương tự như trước can thiệp xét trên tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục dùng thuốc khi đã thấy khỏe lại (97,7%) và bệnh nhân không bỏ thuốc khi thấy mệt hơn (97,7%). Khi hỏi về việc có quên liều thuốc nào trong 4 ngày qua không, vẫn còn 6,6% bệnh nhân báo cáo có quên dùng thuốc ít nhất một liều trong khảo sát sau can thiệp so với 7,7% trước can thiệp.

3.5.3. Tuân thủ điều trị đánh giá bằng công cụ trực quan (VAS) so sánh trước và sau can thiệp

Theo thang điểm trực quan (VAS 0-10 cm), các bệnh nhân được phỏng vấn sau can thiệp báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình là 9,6 với độ lệch chuẩn là 0,82. Đánh giá theo thang điểm trực quan VAS là hợp phần thứ hai trong thang đánh giá đa chiều. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm VAS từ 9,5 trở lên (các bệnh nhân xếp loại tuân thủ điều trị mức độ cao) trong khảo sát sau can thiệp đạt mức 92,2%, cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước can thiệp.

3.5.4. Tuân thủ điều trị qua kiểm tra kiến thức sử dụng ARV so sánh trước và sau can thiệp

Nghiên cứu cho thấy 86,1% bệnh nhân trả lời đúng tất cả các câu hỏi kiểm tra kiến thức về thuốc trước can thiệp và tỷ lệ này tăng lên đáng kể (97,7%) sau can thiệp. Các câu hỏi này là các câu hỏi về tên thuốc, cách dùng, hoặc liều dùng, thời điểm dùng thuốc cũng như các lưu ý khi sử dụng.

3.5.5. Tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên dùng trong kỳ so sánh trước và sau can thiệp

Trong khảo sát sau can thiệp, nghiên cứu tiếp tục ghi nhận một tỷ lệ gần tuyệt đối (99,7%) bệnh nhân mang lọ thuốc (túi thuốc) đã hết thuốc đến thể hiện mình đã dùng hết, hoặc trả lời đã dùng hết thuốc nhưng không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới. Điểm cần lưu ý là nếu bệnh nhân không mang lọ thuốc hoặc túi thuốc tới để kiểm đếm số viên còn thừa thì cần cố gắng, nỗ lực để hỏi xem số thuốc còn lại đến ngày hôm nay là bao nhiêu liều, từ đó tính ra tỷ lệ tuân thủ điều trị. So với tỷ lệ tuân thủ điều trị qua kiểm đếm số viên còn thừa trong khảo sát trước can thiệp (98,8%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê xét trên chỉ số này trước và sau can thiệp ($p > 0,05$).

3.5.6. Sử dụng phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại thời điểm sau can thiệp so sánh trước và sau can thiệp

So với thời điểm khảo sát trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ bậc 1 trong nghiên cứu đã tăng lên từ 91,5% lên 99,7%. Trong số các phác đồ bậc 1 thì sự thay đổi chủ yếu là việc sử dụng phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF).

3.5.7. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất, so sánh trước và sau can thiệp

Tăng nhẹ chỉ số xét nghiệm CD4 trong lần xét nghiệm gần nhất được ghi nhận sau can thiệp (năm 2017) là $474,9 \pm 216,1$ tế bào/ml máu so với thời điểm trước can thiệp (năm 2016) $452,2 \pm 203,2$ tế bào/ml máu ($p > 0,05$)

3.5.8. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây, so sánh trước và sau can thiệp

Các kết quả cho thấy có 5,1% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây trong khảo sát năm 2016 và tỷ lệ này đã tăng lên con số gần tuyệt đối (96,8%) trong lần khảo sát sau can thiệp năm 2017. So với năm 2016, đã có thêm 91,7% bệnh nhân điều trị ARV được xét nghiệm tải lượng vi-rút để theo dõi sức khỏe.

3.5.9. Sự hỗ trợ của gia đình và xã hội đối với việc điều trị ARV của bệnh nhân, so sánh trước và sau can thiệp

Tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng đã tăng từ 10,6% trước nghiên cứu lên 17,4% sau nghiên cứu, sự thay đổi sau can thiệp theo chiều hướng tích cực và có ý nghĩa thống kê ($p=0,009$). Trong khảo sát trước can thiệp, nghiên cứu ghi nhận 53,6% bệnh nhân báo cáo có nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng hoặc bạn tình với điều trị ARV. Tỷ lệ bệnh nhân nhận được hỗ trợ điều trị ARV từ vợ chồng, người thân sau can thiệp tăng lên 63,9% trong năm 2017 và sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$). Với sự hỗ trợ của gia đình và xã hội, tỷ lệ bệnh nhân có công việc ổn định cũng tăng nhẹ từ 43,5% (năm 2016) lên 54,2% (năm 2017), sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$).

Nghiên cứu ghi nhận khoảng 12,5% bệnh nhân báo cáo có sử dụng dịch vụ điều trị Methadone hoặc suboxone trong năm 2016 và tỷ lệ này tăng nhẹ lên 15,5% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Khoảng 7% bệnh nhân báo cáo không nhận được sự hỗ trợ nào của cán bộ y tế hoặc rất ít nhận được sự hỗ trợ trong khảo sát trước can thiệp. Trong khảo sát sau can thiệp, tất cả các bệnh nhân đều nhận định mình có nhận được hỗ trợ của cán bộ y tế đối với việc điều trị ARV. Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo nhận được sự hỗ trợ của cán bộ y tế ở mức “nhiều” và “rất nhiều” là khoảng 70% trước can thiệp, tỷ lệ này tăng lên trên 80% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017.

3.5.10. Các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV, so sánh trước và sau can thiệp

Nghiên cứu cho thấy chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có sử dụng các chất gây nghiện cả trước và sau can thiệp (xấp xỉ 10%). Điểm cần lưu ý là do không có xét nghiệm nào được thực hiện do vậy việc thông báo của bệnh nhân về tình trạng có sử dụng chất gây nghiện hay không cần phải được phiên giả một cách thận trọng. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu (uống từ ba đơn vị rượu trở lên trong 1 ngày bất kỳ) trong khảo sát trước can thiệp và sau can thiệp là tương đương nhau, ở mức xấp xỉ 50% và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Một hành vi không có lợi đối với việc điều trị ARV đó là che giấu tình trạng nhiễm HIV, không tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân. Kết quả của khảo sát trước và sau can thiệp được trình bày trong bảng 3.6.

Bảng 3.6 Tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân

Biên số nghiên cứu	Tần suất (%)		Giá trị p
	Trước can thiệp 2016	Sau can thiệp 2017	
Chưa tiết lộ cho người thân	54 (16,0)	20 (5,9)	$p < 0,0001$

Đã tiết lộ cho người thân	284 (84,0)	317 (94,1)	
---------------------------	---------------	---------------	--

Nghiên cứu khảo sát trước can thiệp cho thấy khoảng 84% bệnh nhân nhiễm HIV đã tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân. Khảo sát tương tự được lặp lại năm 2017 cho thấy đã có thêm khoảng 10% bệnh nhân tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân (94%), sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê.

3.5.11. Gặp phải tác dụng phụ của ARV và dùng thuốc do tác dụng phụ

Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 là 9,0% đã giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê xuống 3,5% sau can thiệp năm 2017 ($p=0,003$). Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phải dùng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm khoảng một nửa, từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65% sau can thiệp, mặc dù vậy mức giảm này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

3.5.12. Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV cũng như khả năng dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ

Mức độ tự tin của bệnh nhân về khả năng dùng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sĩ và về hiệu quả điều trị của thuốc ARV được khảo sát và đánh giá theo thang điểm likert từ 1 (hoàn toàn không tự tin) đến 7 (hoàn toàn tự tin) trong đó điểm số càng cao tương ứng với sự tự tin của bệnh nhân càng cao. Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 78% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo về sự tự tin trong việc sử dụng đúng thuốc theo chỉ định của bác sĩ ở mức rất tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp là khoảng 85%. Tương tự như vậy, có khoảng 10% bệnh nhân hoàn toàn không tự tin hoặc rất không tự tin vào khả năng tuân thủ hướng dẫn sử dụng thuốc của bác sĩ trong khảo sát trước can thiệp và tỷ lệ này đã giảm còn khoảng 5% trong khảo sát sau can thiệp.

Khoảng 88% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo về sự tự tin về hiệu quả của ARV ở mức tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp là khoảng 95%. Tương tự như vậy, có khoảng 3% bệnh nhân ít tin tưởng vào hiệu quả của ARV trong khảo sát trước can thiệp và tỷ lệ này đã giảm còn khoảng 2% trong khảo sát sau can thiệp. Tính theo điểm trung bình mức độ tự tin về hiệu quả của thuốc, các kết quả này cho thấy điểm trung bình (\pm SD) mức độ tự tin của bệnh nhân đã tăng từ 6,0 (\pm 0,6) điểm lên 6,2 (\pm 0,4) điểm, mặc dù vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

3.5.13. Mức độ hài lòng về sức khỏe thể chất và tinh thần của bệnh nhân với điều trị ARV

Đánh giá của bệnh nhân về việc tình trạng sức khỏe thể chất và tinh thần sau khi điều trị dùng thuốc ARV được khảo sát và đánh giá theo thang điểm likert từ 1 (hoàn toàn không hài lòng) đến 7 (hoàn toàn hài lòng) trong đó điểm số càng cao tương ứng với mức độ đồng ý của bệnh nhân càng cao đối với nhận định là ARV làm cải thiện tốt sức khỏe thể chất và tinh thần cho bệnh nhân khi điều trị ARV. Kết quả khảo sát cho thấy khoảng 70% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp năm 2016 báo cáo cho là ARV cải thiện tốt sức khỏe thể chất của họ ở hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp năm 2017 là khoảng 94%. Tương tự như vậy, có khoảng 90% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp năm 2016 báo cáo cho là ARV cải thiện tốt sức khỏe tinh thần của họ ở mức hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp năm 2017 là khoảng 95%.

3.5.14. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với các thông tin về cách uống thuốc do bác sĩ phòng khám cung cấp

Khoảng 90% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp năm 2016 báo cáo về sự hài lòng với các thông tin về cách dùng thuốc ở mức rất hài lòng (6 điểm) và hoàn toàn hài lòng (7 điểm). Tỷ lệ này trong khảo sát sau can thiệp năm 2017 là khoảng 95%.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng điều trị ARV

4.1.1. Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú nghiên cứu

Phác đồ điều trị ARV bậc 1, cụ thể là phác đồ 1f kết hợp 3 loại thuốc ARV (EFV+3TC+TDF) được sử dụng phổ biến tại các phòng khám ngoại trú. Bộ Y Tế đã ban hành hướng dẫn và đã thực hiện việc chuẩn hóa phác đồ ARV trên toàn quốc theo hướng tiếp cận y tế cộng đồng. Bộ Y tế cũng đã quy định các phác đồ chuẩn cho tất cả bệnh nhân khi bắt đầu điều trị ARV. Đồng thời thuốc ARV được một đơn vị điều phối và cung cấp miễn phí đến tất cả các cơ sở điều trị trên toàn quốc, do vậy việc sử dụng thuốc ARV có tính chất nhất quán cao, tuân thủ theo các hướng dẫn của Bộ Y Tế. Phác đồ điều trị bậc 1 là phác đồ rẻ tiền với chi phí chỉ bằng 1/4 tới 1/8 lần chi phí của phác đồ điều trị bậc 2, có hiệu quả với phần lớn bệnh nhân, dễ tiếp cận do nguồn cung thuốc trong nước tương đối phong phú, điều này giải thích cho việc một tỷ lệ lớn bệnh nhân được sử dụng phác đồ bậc 1.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân duy trì phác đồ điều trị ARV bậc 1 trong khảo sát trước và sau nghiên cứu đều ở mức cao. Đây là điều rất quan trọng đối với các nước có nguồn lực hạn chế, trong đó có Việt Nam. Tại Việt Nam, phân đa các cơ sở đều chỉ có sẵn thuốc ARV phác đồ bậc 1 và không có các phác đồ thay thế khác. Bên cạnh đó các thuốc ARV phác đồ bậc 2 đều không sẵn có tại thị trường trong nước mà phải mua sắm quốc tế hoặc thông qua các chương trình viện trợ của nước ngoài. Do đó việc tối đa sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân đối với phác đồ bậc 1 và giảm thiểu việc chuyển sang phác đồ bậc 2 trong vòng 12 tháng là rất quan trọng trong việc duy trì sự thành công của chương trình điều trị ARV.

4.1.2. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong thời gian điều trị ARV

Nghiên cứu trước can thiệp năm 2016 ghi nhận một tỷ lệ nhỏ 5% bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng qua. Lý do được kể đến là do một số khó khăn về kỹ thuật nên xét nghiệm tải lượng vi-rút chưa được triển khai tại các phòng khám ngoại trú này trong thời gian 2015 – 2016 do vậy xét nghiệm này chưa được xem là một xét nghiệm thường quy trong chăm sóc và điều trị bệnh nhân. Chỉ định này chỉ được thực hiện trong trường hợp đặc biệt hoặc bệnh nhân từ nơi khác chuyển tới đã có kết quả xét nghiệm từ nơi khác. Sang năm 2017, các kết quả nghiên cứu cho thấy đã có chuyển biến tích cực với phần lớn bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong vòng 12 tháng qua.

4.1.3. Một số hành vi nguy cơ của bệnh nhân đang điều trị ARV.

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy chỉ có một tỷ lệ xấp xỉ 10% bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV báo cáo mình có sử dụng heroin, các chất dạng thuốc phiện hoặc cần sa trong 30 ngày qua. Tỷ lệ chỉ có 10% các đối tượng nghiên cứu báo cáo có sử dụng ma túy trong vòng 1 tháng qua trong nghiên cứu này có thể là một sai số trong ước tính do tính chất của việc thu thập dữ liệu chỉ được thực hiện thông qua phỏng vấn. Người nhiễm HIV/AIDS có thể không muốn tiết lộ việc sử dụng ma túy của mình khi được hỏi. Trong nghiên cứu này, không có xét nghiệm nước tiểu hay xét nghiệm máu nào được thực hiện để đánh giá việc sử dụng các chất gây nghiện của bệnh nhân.

Khoảng một nửa số bệnh nhân báo cáo có sử dụng rượu trong 30 ngày qua trong khảo sát trước can thiệp. Đây là tình trạng đáng lưu ý do các hệ lụy về việc sử dụng rượu nói chung tới sức khỏe của bệnh nhân, vấn đề tương tác, chuyên hóa thuốc và sự tuân thủ điều trị đã được cảnh báo trong nhiều nghiên cứu. Dù sao thì một tỷ lệ cao hơn bệnh nhân báo cáo có sử dụng rượu so với sử dụng ma túy cũng cho thấy dường như việc sử dụng rượu được cho là dễ chấp nhận hơn đối với người nhiễm HIV/AIDS.

4.2. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV

4.2.1. Đánh giá tuân thủ điều trị bằng phương pháp kết hợp theo thang đánh giá đa chiều tại thời điểm trước can thiệp

Nghiên cứu này ghi nhận 66,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao theo đánh giá kết hợp giữa việc phỏng vấn bệnh nhân, đánh giá bằng VAS, kiểm tra kiến thức dùng thuốc, kiểm đếm số thuốc thừa. Tỷ lệ tuân thủ điều trị theo đánh giá kết hợp này thấp hơn đáng kể so với tuân thủ điều trị theo đánh giá đơn lẻ từng mặt cho thấy bệnh nhân có kiến thức tốt về sử dụng thuốc ARV không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt, bệnh nhân báo cáo đã sử dụng hết thuốc cũng không đồng nghĩa với việc tuân thủ điều trị tốt.

Nghiên cứu của tác giả Phan Thị Thu Hương và cộng sự thực hiện trên 250 bệnh nhân AIDS được quản lý và điều trị tại Trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương năm 2016 báo cáo tỷ lệ tuân thủ điều trị ở mức thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (60,4% so với 66,2%). Kết quả của nghiên cứu này xấp xỉ với kết quả của khảo sát khác cũng do tác giả Phan Thị Thu Hương và các cộng sự thực hiện tại 3 phòng khám ngoại trú tại Điện Biên là 63,4% trong năm 2016. So sánh với một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 252 bệnh nhân HIV/AIDS khám và điều trị ngoại trú bằng thuốc ARV tại phòng khám ngoại trú bệnh viện A Thái Nguyên của tác giả Đỗ Lê Thùy thực hiện năm 2012, tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức thấp hơn (66,2% so với 81,3%). Các nghiên cứu khác nhau được thực hiện trên các quần thể nghiên cứu khác nhau với các định nghĩa về tuân thủ điều trị khác nhau, do vậy việc diễn giải tuân thủ điều trị trong từng nghiên cứu cần phải thận trọng.

4.3. Một số yếu tố có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị ARV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị trong phân tích đa biến gồm sự hỗ trợ của bạn bè, tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân, không uống rượu trong 30 ngày qua, sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế, tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả trong việc giúp kiểm soát bệnh và vấn đề gặp tác dụng phụ của thuốc.

Có sự hỗ trợ của bạn bè, tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân là các yếu tố ảnh hưởng tích cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với AOR tương ứng là 2,56 (95% KTC: 1,49 - 4,35) và 3,7 (95% KTC: 1,32 - 10,00). Trong khi đó, ở chiều ngược lại, gặp phải tác dụng phụ của thuốc là các yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân với AOR là 0,58 (KTC 95%: 0,41 - 0,82).

Kết quả nghiên cứu này là phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu đã công bố trước đây cho thấy cách hỗ trợ của bạn bè cũng đã được khẳng định là có ảnh hưởng tích cực đến tuân thủ điều trị. Bệnh nhân không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác dẫn đến tình trạng bệnh nhân phải giấu việc uống thuốc hoặc giấu thuốc và điều này làm ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị. Việc không tiết lộ tình trạng nhiễm cho người thân cũng có thể dẫn đến việc bệnh nhân không nhận được các hỗ trợ cần thiết từ họ và do đó làm ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị tốt hơn. Kết quả của nghiên cứu này cũng phù hợp với kết luận trong một

phân tích gộp cho thấy không tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác làm tăng nguy cơ không tuân thủ (OR=3,46; 95% KTC 2,04 đến 5,89; I²=66%).

Phát hiện của nghiên cứu này về việc bệnh nhân đã gặp phải tác dụng phụ của ARV và sử dụng rượu sẽ tuân thủ điều trị kém hơn phù hợp với kết quả của phần lớn các nghiên cứu cho thấy các tác dụng phụ của thuốc có ảnh hưởng tiêu cực đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân.

4.4. Hiệu quả của can thiệp tăng tuân thủ điều trị tại các phòng khám ngoại trú

4.4.1. Tuân thủ điều trị theo thang đánh giá kết hợp

Kết quả đánh giá theo thang đa chiều là kết quả tổng hợp giữa phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân; theo thang điểm trực quan (Visual Analog Scale- VAS), kiến thức dùng thuốc, và kiểm đếm số thuốc còn thừa. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ cao trước can thiệp là 66,2% (95% KTC: 61,2%-71,2%) đã tăng lên một cách có ý nghĩa thống kê sau can thiệp là 84,4% (95% KTC: 80,1%-88,1%) ($p < 0,001$). Tương tự như vậy tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV mức độ trung bình và thấp trước can thiệp là 23,8% (95% KTC: 19,4%-28,6%) và 10,0% (95% KTC: 7,1%-13,7%) đã giảm một cách có ý nghĩa thống kê xuống 14,7% (95% KTC: 11,1%-18,9%) và 0,9% (95% KTC: 0,2%-2,6%) sau can thiệp ($p < 0,001$). Các can thiệp nghiên cứu này làm tăng thêm 18,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV mức độ cao (KTC 95%: 11,9% - 24,5%).

So sánh với kết quả nghiên cứu các biện pháp tăng cường tuân thủ điều trị ARV của tác giả Steve Kanters, nghiên cứu này một lần nữa khẳng định về tính hiệu quả của hoạt động can thiệp kết hợp giữa người hỗ trợ cho bệnh nhân và nhắc nhở bệnh nhân qua điện thoại. Mô hình can thiệp này được Steve Kanters cho là có hiệu quả cao (OR=6,59 95% KTC: 2,96-16,06) so với chăm sóc và điều trị chuẩn và phát hiện của nghiên cứu này là phù hợp với nhận định của tác giả.

Việc cải thiện làm tăng 18,2% bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao là một kết quả bước đầu rất đáng khích lệ trong khi việc can thiệp không tạo ra gánh nặng công việc quá lớn cho các cán bộ tư vấn của phòng khám ngoại trú. Mặc dù vậy, điểm rất quan trọng cần phải lưu ý khi phân giải kết quả này là việc tăng tuân thủ điều trị có thể không hoàn toàn là do kết quả của can thiệp. Việc phỏng vấn lặp lại bệnh nhân sau can thiệp sử dụng cùng một bộ câu hỏi có thể là một trong những yếu tố gây sai lệch trong việc đo lường kết quả do bệnh nhân có thể nhớ lại các câu hỏi của vòng phỏng vấn trước và câu trả lời do vậy sẽ chính xác hơn.

Điểm thứ hai cần lưu ý khi phân giải về việc làm tăng tuân thủ điều trị của can thiệp đó là việc đánh giá tuân thủ điều trị sau can thiệp được thực hiện ngay sau khi can thiệp kết thúc, do vậy hiệu quả của can thiệp trong nghiên cứu này là hiệu quả ngắn hạn. Hiệu quả dài hạn của can thiệp chưa được xác định, tức là không rõ tác dụng của can thiệp này sẽ kéo dài được bao lâu.

4.4.2. Sử dụng phác đồ điều trị ARV bậc 1 tại thời điểm sau can thiệp so sánh trước và sau can thiệp

Nghiên cứu cho thấy so với thời điểm khảo sát trước can thiệp, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ ARV bậc 1 trong nghiên cứu đã tăng lên từ 91,5% lên 99,7%. Trong đó tăng chủ yếu là phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF) tăng từ 67,3% trước can thiệp lên 78,1% sau can thiệp. Đối với các nước có nguồn lực hạn chế như Việt Nam thì việc duy trì phác đồ điều trị ARV bậc 1 là rất quan trọng vì phần lớn các phòng khám ngoại trú cũng như các bệnh viện

đều chỉ có sẵn thuốc ARV phức đồ bậc 1 và không có các phức đồ thay thế khác. Bên cạnh đó, các thuốc ARV phức đồ bậc 2 đều không sẵn có tại thị trường trong nước mà phải mua sắm Quốc tế hoặc dựa vào viện trợ nước ngoài. Do đó tuân thủ điều trị tốt của bệnh nhân đối với phức đồ bậc 1 là rất quan trọng để hạn chế vấn đề kháng thuốc và giảm thiểu việc chuyển sang phức đồ bậc 2 hoặc 3 có chi phí cao hơn đáng kể.

Nghiên cứu trước và sau can thiệp này được thực hiện năm 2016 và năm 2017, đây là thời điểm mà nguồn cung ứng thuốc ARV rất đầy đủ theo chương trình Quốc Gia. Duy trì nguồn thuốc ARV điều trị cho bệnh nhân là rất quan trọng và trong thời gian hơn 10 năm qua, phần lớn các chi phí điều trị HIV/AIDS trong đó có thuốc ARV đều được miễn phí từ nguồn tài trợ quốc tế và nguồn kinh phí chương trình mục tiêu. Bắt đầu từ năm 2019, các chi phí này được chuyển đổi sang nguồn bảo hiểm y tế chi trả. Theo định hướng của ngành, muốn duy trì và tăng số người nhiễm HIV tiếp tục được điều trị ARV thì người nhiễm HIV phải tham gia bảo hiểm y tế. Những khó khăn để thực hiện bảo hiểm y tế cho người nhiễm HIV đã được đề cập tới nhiều báo cáo và do vậy, hơn lúc nào hết, các bệnh nhân đang được điều trị ARV cũng như các cán bộ y tế đang tham gia chăm sóc điều trị bệnh nhân cần được nâng cao ý thức về những khó khăn có thể gặp phải trong việc tiếp tục điều trị ARV cho bệnh nhân trong thời gian tới.

4.4.3. Giá trị CD4 trong lần xét nghiệm gần đây nhất, so sánh trước và sau can thiệp

Mặc dù chỉ số xét nghiệm CD4 không còn được dùng để làm quyết định điều trị ARV cho bệnh nhân nhiễm HIV. Việc xét nghiệm định kỳ CD4 là rất quan trọng để đánh giá tình trạng miễn dịch của bệnh nhân và việc duy trì được CD4 trong thời gian điều trị là rất quan trọng để bệnh nhân tránh được các nhiễm trùng cơ hội khác.

Các nghiên cứu trước can thiệp và sau can thiệp cho thấy bệnh nhân duy trì được CD4 ở mức hợp lý (trung bình là $452,2 \pm 203,2$ tế bào/ml máu trước can thiệp và $474,9 \pm 216,1$ tế bào/ml sau can thiệp, trung vị là 444 tế bào/ml trước can thiệp và 445 tế bào/ml sau can thiệp). Nếu so với số lượng CD4 ở người khỏe mạnh thường dao động trong khoảng từ 500 – 1500 tế bào/mm³. Các bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn ở trong mức từ 350 – 500 tế bào/mm³ có nghĩa là hệ miễn dịch suy giảm nhẹ. Điều này cho thấy hiệu quả lâm sàng của chương trình điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tham gia nghiên cứu là rất rõ ràng. Việc tăng nhẹ không có ý nghĩa thống kê CD4 trong khảo sát sau can thiệp so với trước can thiệp có thể phần là do tác động không lớn của tuân thủ điều trị đến CD4 hoặc do cỡ mẫu nghiên cứu chưa được tính toán đủ lớn để kiểm định sự thay đổi của CD4. Vấn đề này cần được tiếp tục tìm hiểu trong các nghiên cứu tiếp theo.

4.4.4. Xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây, so sánh trước và sau can thiệp

Tăng đáng kể tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây từ mức 5,1% trước nghiên cứu năm 2016 lên 96,8% trong lần khảo sát sau can thiệp năm 2017 được ghi nhận trong nghiên cứu. Mặc dù vậy đây không nên được xem là hiệu quả do can thiệp mang lại. Các cơ sở tham gia nghiên cứu đã cho biết các khó khăn về mặt hậu cần tại thời điểm trước năm 2016 đối với việc xét nghiệm tải lượng vi-rút dẫn đến việc phần lớn các bệnh nhân không được xét nghiệm và vấn đề này đã được quan tâm, giải quyết triệt để trong năm 2017.

4.4.5. Các hành vi nguy cơ không có lợi đối với việc điều trị ARV, so sánh trước và sau can thiệp

Khảo sát trước can thiệp năm 2016 cho thấy có khoảng 10% bệnh nhân báo cáo có sử dụng heroin, cần sa hoặc các chất dạng thuốc phiện trong 30 ngày và tỷ lệ này tăng lên

khoảng 15% trong khảo sát sau can thiệp năm 2017. Trước hết cần lưu ý là việc xác định tình trạng sử dụng không được thực hiện bằng xét nghiệm mà qua việc hỏi bệnh nhân do vậy việc tỷ lệ 10% hay 15% bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất dạng thuốc phiện có thể là ước tính thấp tình trạng sử dụng các chất gây nghiện trong quần thể bệnh nhân nhiễm HIV. Điều này có thể hiểu được vì hành động sử dụng ma túy là hành động phạm pháp và bệnh nhân sẽ có thể không muốn thừa nhận điều này với người phỏng vấn. Tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất dạng thuốc phiện tăng lên sau khi can thiệp không nhất thiết phản ánh tình trạng sử dụng các chất dạng thuốc phiện tăng lên mà có thể điều này phản ánh sự tin tưởng hơn của bệnh nhân đối với người phỏng vấn và bệnh nhân đã chia sẻ sự thật về hành vi nguy cơ của mình một cách cởi mở hơn.

Tương tự như vậy, không sử dụng rượu trong 30 ngày qua được báo cáo ở 53,2% số bệnh nhân trong khảo sát trước can thiệp và tỷ lệ này giảm nhẹ không có ý nghĩa thống kê xuống 46,5% sau can thiệp. Hành vi sử dụng rượu trong quá trình điều trị là hành vi không có lợi cho sức khỏe cũng như vấn đề tuân thủ điều trị và điều này được khuyến cáo rất rõ cho bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu trong 30 ngày qua tăng nhẹ sau can thiệp không đồng nghĩa với việc trên thực tế tỷ lệ bệnh nhân có sử dụng rượu tăng lên. Ngược lại, có thể điều này phản ánh sự tin tưởng hơn của bệnh nhân đối với người phỏng vấn và bệnh nhân đã chia sẻ sự thật về hành vi nguy cơ của mình một cách cởi mở hơn.

Chưa tiết lộ tình trạng HIV của mình cho vợ chồng, người thân được xem là một trong những nguy cơ đối với không tuân thủ điều trị và việc nội dung tư vấn này là một phần của can thiệp đã triển khai dành cho các đối tượng có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị. Việc chưa tiết lộ tình trạng bệnh cũng như việc uống thuốc của mình. Nghiên cứu khảo sát trước can thiệp cho thấy khoảng 84% bệnh nhân nhiễm HIV đã tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân. Khảo sát tương tự được lặp lại năm 2017 cho thấy đã có thêm khoảng 10% bệnh nhân tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân (94%). Cũng tương tự như ở trên, việc tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người khác là kết quả do bệnh nhân tự báo cáo, do vậy sẽ có thể có những sai lệch nhất định và việc phiên giải kết quả cần phải thận trọng.

4.4.6. Gặp phải tác dụng phụ của ARV và dùng thuốc do tác dụng phụ

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV trong khảo sát trước can thiệp năm 2016 là 9,0% đã giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê xuống 3,5% sau can thiệp năm 2017 ($p=0,003$). Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm khoảng một nửa, từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65% sau can thiệp, mặc dù vậy mức giảm này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Cũng như bất kỳ các loại thuốc nào khác, ARV có thể gây nên các tác dụng phụ cho bệnh nhân khi sử dụng như buồn nôn (zidovudine (ZDV), stavudine (d4T), didanosine (ddI); abacavir (ABC), tenofovir (TDF), indinavir, saquinavir (SQV), lopinavir (LPV), ritonavir (RTV). Để hạn chế tác dụng phụ này, các tư vấn viên đã hướng dẫn cho bệnh nhân uống thuốc trong bữa ăn ngoại trừ indinavir và didanosine không được khuyến cáo dùng trong bữa ăn vì ảnh hưởng tới hấp thu và chuyển hoá thuốc. Bệnh nhân cũng đã được tư vấn nhắc lại để có thể tự xử lý các tác dụng phụ có thể gặp phải như sử dụng paracetamol khi gặp triệu chứng đau đầu (có thể gặp khi trong phác đồ điều trị có các loại thuốc như: ZDV, lamivudine (3TC)... và tới khám, tư vấn bác sỹ khi gặp phải tác dụng phụ nặng hơn. Kết quả của việc

giảm được tỷ lệ gặp phải tác dụng phụ cũng như phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ trong nghiên cứu này là kết quả rất đáng khích lệ. Dù sao thì việc phiên giải kết quả này cũng cần phải thận trọng do tính chất điều trị ngoại trú của bệnh nhân, do vậy các tác dụng phụ của thuốc nếu có là do bệnh nhân tự phát hiện và báo cáo.

4.4.7. Mức độ tự tin của bệnh nhân về hiệu quả của ARV cũng như khả năng dùng thuốc theo đúng chỉ định của bác sĩ

Tin tưởng và hiệu quả điều trị của ARV là một yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và điều này đã được xác định trong nghiên cứu của Tác giả Trần Xuân Bách trên bệnh nhân HIV/AIDS. Nghiên cứu này ghi nhận các can thiệp làm tăng tỷ lệ bệnh nhân tin tưởng và hiệu quả điều trị của ARV ở mức rất tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm) thêm 7% (từ 88% trước can thiệp lên 95% sau can thiệp). Tương tự như vậy, kết quả khảo sát cho thấy khoảng 78% bệnh nhân trong cuộc khảo sát trước can thiệp báo cáo về sự tự tin của mình trong việc sử dụng đúng thuốc theo chỉ định của bác sĩ ở mức rất tự tin (6 điểm) và hoàn toàn tự tin (7 điểm) và tỷ lệ này tăng lên ở mức xấp xỉ 85% sau can thiệp.

Mặc dù các cán bộ khảo sát nghiên cứu đã được tập huấn đầy đủ để thực hiện việc đánh giá, đảm bảo tính nhất quán và tin cậy của các dữ liệu thu thập. Việc phiên giải kết quả dựa theo chỉ số đánh giá này vẫn cần phải thận trọng do các kết quả này là dạng kết quả do bệnh nhân tự báo cáo, do vậy sẽ có thể có những sai lệch nhất định không kiểm soát được.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng, một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại một số phòng khám ngoại trú tại thành phố Hà Nội năm 2016

- Phác đồ điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú chủ yếu là phác đồ bậc I (91,5% bệnh nhân sử dụng phác đồ bậc I). Phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF) chiếm đa số.
- Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV dưới mức tối ưu:
 - Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao, mức độ trung bình và mức độ thấp tương ứng là 66,2% ; 23,8% và 10%.
 - Các hỗ trợ người nhiễm nhận được đối với việc điều trị ARV còn ở mức hạn chế và cần được cải thiện
 - Tỷ lệ bệnh nhân nhận được các hỗ trợ của vợ chồng, bạn tình là 53,6% ; của gia đình, bố mẹ là 50,8% và tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng là 10,6%.
 - Có khoảng 9% bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của ARV và 1,2% bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ của thuốc.
 - Phần lớn bệnh nhân (90%) được xét nghiệm CD4 và một tỷ lệ nhỏ (5%) được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng qua. Chỉ số xét nghiệm CD4 của bệnh nhân có giá trị trung bình là $452,2 \pm 203,2$ tế bào/ml máu, trung vị là 444 tế bào/ml máu.

Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị được xác định trong nghiên cứu.

- Gặp phải tác dụng phụ của thuốc (AOR=0,58; KTC 95%: 0,41-0,82) là yếu tố ảnh hưởng tiêu cực tới tuân thủ điều trị ARV. Các yếu tố hỗ trợ tích cực cho tuân thủ điều trị gồm có: Sự hỗ trợ của bạn bè (AOR=2,56; 95% KTC: 1,49 - 4,35); tiết lộ tình trạng nhiễm cho gia đình, người thân (AOR=3,7; 95% KTC: 1,32 - 10,00), không uống rượu trong 30 ngày qua (AOR= 3,62 ; KTC 95%: 1,95-6,7); sự hỗ trợ về mặt xã hội của cán bộ y tế (AOR=2,51; KTC

95%: 1,40-4,52) và tin tưởng các thuốc uống có hiệu quả giúp kiểm soát bệnh (AOR=1,92; KTC 95%: 1,78- 3,56).

2. Hiệu quả của can thiệp nhằm tăng tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tại một số phòng khám ngoại trú tại Hà Nội năm 2017

Hiệu quả của các can thiệp nghiên cứu trong việc tăng cường tuân thủ điều trị ARV như sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị mức độ cao tăng đáng kể (từ 66,2% lên 84,4%).
- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng ARV bậc 1 duy trì ở mức cao và tăng nhẹ (từ 91,5% lên 99,7%). Trong đó tăng chủ yếu là phác đồ 1f (EFV+3TC+TDF).
- Phần lớn các bệnh nhân được xét nghiệm CD4 (90% trước nghiên cứu và 95% sau nghiên cứu). Tăng đáng kể tỷ lệ bệnh nhân được xét nghiệm tải lượng vi-rút trong 12 tháng gần đây từ mức 5,1% trước nghiên cứu năm 2016 lên 96,8%
- Tỷ lệ bệnh nhân có tham gia các nhóm hỗ trợ đồng đẳng, nhận được sự hỗ trợ của vợ chồng hoặc bạn tình với điều trị ARV, có công việc ổn định tăng từ 10,6%; 53,6% và 43,5% trước nghiên cứu lên 17,4%; 63,9% và 54,2% sau nghiên cứu.
- Tăng tỷ lệ bệnh nhân báo cáo có sử dụng các chất dạng thuốc phiện từ xấp xỉ 10% trước nghiên cứu lên khoảng 15%. Xấp xỉ 84% bệnh nhân nhiễm HIV đã tiết lộ tình trạng nhiễm của mình cho người thân và tỷ lệ này tăng thêm xấp xỉ 10% sau can thiệp.
- Tỷ lệ bệnh nhân gặp phải tác dụng phụ của thuốc giảm đáng kể (từ 9,0% xuống 3,5%). Tỷ lệ bệnh nhân phải tạm dừng điều trị ARV do tác dụng phụ sau can thiệp cũng đã giảm từ 1,2% trước can thiệp xuống 0,65%.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên các kết quả nghiên cứu trong hai vòng điều tra năm 2016 và 2017 và kết quả đạt được trong quá trình can thiệp, nhóm nghiên cứu đưa ra một số khuyến nghị về nội dung chương trình can thiệp tăng cường tuân thủ điều trị kháng retrovirus cho bệnh nhân HIV/AIDS như sau:

1. Tiến hành sàng lọc, phỏng vấn nhanh các bệnh nhân đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú để xác định các bệnh nhân có nguy cơ không tuân thủ điều trị ARV cao dựa theo các yếu tố có liên quan đến tuân thủ điều trị, từ đó có biện pháp tư vấn hỗ trợ phụ thêm cho nhóm bệnh nhân này.

2. Mở rộng việc triển khai thí điểm, đánh giá hiệu quả của can thiệp tư vấn tăng cường và định kỳ nhắc bệnh nhân việc sử dụng thuốc qua điện thoại đối với các bệnh nhân thuộc nhóm có nguy cơ cao không tuân thủ điều trị tại các phòng khám trên các địa bàn khác để việc đánh giá hiệu quả được toàn diện hơn.

3. Tăng cường tập huấn cho tư vấn viên tuân thủ điều trị tập trung vào vấn đề các lưu ý khi sử dụng thuốc, các tương tác thuốc-thuốc đối với thuốc ARV cần lưu ý trong quá trình điều trị, vấn đề tiết lộ tình trạng nhiễm HIV cho người thân.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Đào Đức Giang (2017), "Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng retrovirus tại một số phòng khám ngoại trú ở Hà Nội và một số yếu tố có liên quan", *Tạp chí Y học dự phòng* XXVII (9), tr. 11.
2. Đào Đức Giang (2018), "Hiệu quả can thiệp tăng tuân thủ điều trị kháng retrovirus tại các phòng khám ngoại trú ở Hà Nội", *Tạp chí Y học dự phòng* XXVIII (4), tr. 27.