

KẾT QUẢ ỨC CHẾ TẢI LƯỢNG HIV Ở BỆNH NHÂN MỚI BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ ARV TẠI 03 TỈNH NĂM 2016-2018

TRẦN TUẤN CƯỜNG¹, ĐOÀN THỊ THÙY LINH²,
ĐÀO THỊ MINH AN³, TRẦN THANH TÙNG²

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Cục Phòng, chống HIV/AIDS

³Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị HIV/AIDS thông qua chỉ số về ức chế tải lượng HIV tại 03 tỉnh An Giang, Cần Thơ, Sơn La năm 2016-2018.

Phương pháp: Theo dõi dọc 428 bệnh nhân HIV/AIDS (BN) mới bắt đầu điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú (PKNT) thuộc 03 tỉnh.

Kết quả: Thời gian từ khi BN bắt đầu điều trị ARV đến khi được chỉ định và có kết quả ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 và 200 bản sao/ml giảm từ 17 tháng (2016) còn 6 tháng (2018). Nhóm BN được điều trị đồng thời ARV và điều trị dự phòng lao bằng INH có khả năng ức chế tải lượng dưới 1.000 và 200 bản sao/ml cao hơn nhóm BN chỉ điều trị ARV và không điều trị dự phòng lao bằng INH (lần lượt 2,54 và 2,55 lần, $p < 0,05$).

Kết luận: Mở rộng xét nghiệm tải lượng HIV và điều trị dự phòng lao (điều trị lao tiềm ẩn) cho BN mới bắt đầu điều trị ARV. Nghiên cứu sâu hơn về hiệu quả của INH trong điều trị ARV và ức chế tải lượng HIV.

Từ khóa: Tải lượng HIV, HIV/AIDS, ARV.

SUMMARY

Results of HIV load suppression on newly patient on ARV in 03 provinces from 2016 - 2018

Objective: Describe of results HIV/AIDS treatment via indicators of HIV load suppression in 03 provinces including An Giang, Can Tho, Son La from 2016 - 2018.

Methods: Longitudinal study 428 newly patient on ARV in OPCs belong to 03 provinces

Results: Time from initiation to HIV load testing and getting results less than 1000 and 200 copies/ml was decreased from 17 months in 2016 to 6 months in 2018. The newly patients on ARV who received INH prophylaxis were able to suppress HIV load less than 1000 and 200 copies/ml that was higher than those who didn't receive INH prophylaxis, respectively 2.54 times and 2.55 times, $p < 0.05$.

Chịu trách nhiệm: Trần Tuấn Cường

Email: cuongvaac@gmail.com

Ngày nhận: 16/6/2021

Ngày phản biện: 08/7/2021

Ngày duyệt bài: 23/7/2021

Conclusion: Expansion of HIV load testing and treatment to prevent TB (treatment for TB latent) for newly patients on ARV. Continue of implementation of deeply research on evaluation effective of INH prophylaxis for ARV treatment and HIV load suppression.

Keywords: HIV load, HIV/AIDS, ARV.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, điều trị HIV/AIDS bằng thuốc kháng vi rút (ARV) tại các PKNT được triển khai tại 63 tỉnh, thành phố [6]. Xét nghiệm tải lượng HIV được triển khai phổ biến từ năm 2016 và là yếu tố dự báo tốt nhất về hiệu quả điều trị HIV/AIDS, xét nghiệm tải lượng HIV được khuyến cáo thực hiện thường quy để theo dõi kết quả điều trị ARV [6,5]. Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV trên 1.000 bản sao/ml là tiêu chuẩn xác định thất bại về vi rút học và căn cứ chuyển đổi phác đồ điều trị bậc 2 hoặc bậc 3 cho BN [6,5]. Ức chế tải lượng HIV và yếu tố liên quan thuộc nhóm chỉ số theo dõi, cung cấp dịch vụ để đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS nhằm cải tiến chất lượng liên tục [6].

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu mô tả kết quả điều trị HIV/AIDS thông qua các chỉ số về ức chế tải lượng HIV tại 03 tỉnh năm 2016 - 2018.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các BN mới bắt đầu điều trị ARV (đơn vị mẫu: bệnh án ngoại trú) từ năm 2016 - 2018 và được xét nghiệm tải lượng HIV.

2. Phương pháp nghiên cứu

Theo dõi dọc 428 BN mới bắt đầu điều trị ARV từ 01/01/2016 - 31/12/2018 tại 06 PKNT thuộc 03 tỉnh An Giang, Cần Thơ, Sơn La. Dữ liệu được xuất từ cơ sở dữ liệu cải thiện chất lượng (HIVQUAL) tại các PKNT. Cỡ mẫu được tính toán theo công thức chọn mẫu của WHO cho HIVQUAL, cài đặt chọn mẫu ngẫu nhiên trên phần mềm HIVQUAL.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu đa số là người trẻ, trung bình là 34,6 tuổi, trẻ nhất 16 tuổi và lớn

nhất 72 tuổi. Nhóm 26 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,8%), thấp nhất là nhóm trên 60 tuổi (1,2%). Nhóm 14 - 25 tuổi và 41-60 tuổi chiếm 15,9% và 23,1%. Đa số BN có giai đoạn lâm sàng 1 (89,5%).

2. Thời gian để BN đạt được ức chế tải lượng HIV qua các năm

Trong tổng 428 BN mới bắt đầu điều trị được xét nghiệm tải lượng HIV, 94,4% có kết quả ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 bản sao/ml, trong đó 90,6% có kết quả ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml và 3,7% ở mức 201-1.000 bản sao/ml (xem bảng 1).

Bảng 1. Xét nghiệm tải lượng HIV trên nhóm BN mới bắt đầu điều trị ARV

Kết quả XN tải lượng HIV (bản sao/ml)	n	%
Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV \leq 1.000	404	94,4
\leq 200	388	90,6
Từ 201-1.000	16	3,7
Kết quả xét nghiệm tải lượng HIV > 1.000	24	5,6
Tổng cộng	428	100,0

Thời gian BN bắt đầu điều trị ARV đến khi được chỉ định và có kết quả ức chế tải lượng HIV giảm dần qua các năm ($p < 0,05$). Trung vị thời gian ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 và 200 bản sao/ml giảm từ 17 tháng xuống 6 tháng (xem Bảng 2).

Bảng 2. Thời gian BN bắt đầu điều trị ARV đến khi ức chế tải lượng HIV

Chỉ số, biến số	Năm 2016	Năm 2017	Năm 2018	Log rank test
1. Ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 bản sao/ml				
Trung vị	17	10	6	$p < 0,0001$
Tứ phân vị	24-11	15-6	7-5	
25-75%	14,7-	7,7-	5,7-6,3	
KTC 95%	19,4	12,3		
2. Ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml				
Trung vị	17	10	6	$p < 0,0001$
Tứ phân vị	25-11	15-6	7-5	
25-75%	14,4-	7,8-	5,7-6,3	
KTC 95%	19,7	12,2		

3. Khả năng ức chế tải lượng HIV theo các yếu tố liên quan

Bảng 3 trình bày kết quả phân tích mô hình hồi quy Cox đơn biến và đa biến với biến đầu ra là kết quả ức chế tải lượng HIV. Những BN được điều trị ARV và INH có khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 bản sao/ml cao gấp 2,54 lần những BN không được điều trị INH; BN mới bắt đầu điều trị ARV năm 2016, 2017 chỉ bằng 17,8% và 47,8% so với BN năm 2018 ($p < 0,05$). Khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml: BN điều trị INH cao gấp 2,55 lần; BN năm 2016, 2017 chỉ bằng 18,4% và 46,2% năm 2018 ($p < 0,05$).

Bảng 3. Phân tích hồi quy Cox các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng HIV

Biến số, chỉ số	Nhóm	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		HR (CI 95%)	p	HR (CI 95%)	p
1. Ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 bản sao/ml và các yếu tố liên quan					
Dự phòng CTX	Có	1,40 (1,15-1,72)	0,001	1,16 (0,8-1,67)	0,446
	Không	1		1	
Điều trị dự phòng Lao bằng INH	Có	1,57 (1,21-2,03)	0,001	2,54 (1,68-3,82)	0,001
	Không	1		1	
Thời gian chờ điều trị	≤ 15 ngày	1,29 (1,01-1,64)	0,046	0,87 (0,58-1,29)	0,476
	>15 ngày	1		1	
Kết quả CD4 lúc bắt đầu điều trị ARV (tế bào/mm ³)	≤ 100	1,87 (1,18-2,96)	0,007	1,41 (0,82-2,4)	0,215
	101-250	1,7 (1,08-2,69)	0,023	1,38 (0,81-2,33)	0,23
	251-350	1,63 (0,96-2,76)	0,072	1,12 (0,64-1,98)	0,688
	351-500	1,18 (0,76-1,84)	0,462	1,09 (0,69-1,71)	0,722
	>500	1		1	
Thời điểm bắt đầu điều trị	2016	0,11 (0,07-0,15)	0,001	0,178 (0,09-0,34)	0,001
	2017	0,34 (0,24-0,46)	0,001	0,478 (0,26-0,88)	0,019
	2018	1		1	
2. Ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml và các yếu tố liên quan					
Dự phòng NTCH bằng CTX	Có	1,4 (1,14-1,72)	0,001	1,19 (0,81-1,74)	0,377
	Không	1			
Điều trị dự phòng Lao bằng INH	Có	1,58 (1,22-2,05)	0,001	2,55 (1,68-3,88)	0,001
	Không	1			
Thời gian chờ điều trị ARV	≤ 15 ngày	1,28 (1,0-1,65)	0,052	0,86 (0,57-1,29)	0,461
	>15 ngày	1			

Kết quả CD4 lúc bắt đầu điều trị ARV (tế bào/mm ³)	≤100	1,83 (1,13-2,96)	0,014	1,36 (0,78-2,38)	0,284
	101-250	1,84 (1,16-2,93)	0,01	1,49 (0,87-2,54)	0,147
	251-350	1,58 (0,91-2,74)	0,108	1,09 (0,6-1,96)	0,79
	351-500	1,24 (0,79-1,95)	0,358	1,14 (0,71-1,82)	0,583
	>500	1		1	
Thời điểm bắt đầu điều trị	2016	0,1 (0,07-0,15)	0,001	0,184 (0,09-0,36)	0,001
	2017	0,34 (0,24-0,46)	0,001	0,478 (0,26-0,88)	0,019
	2018	1		1	

(HR: viết tắt của chữ "Hazard Ratio" là tỷ số nguy cơ Cox).

BÀN LUẬN

Trung vị thời gian từ khi BN bắt đầu điều trị đến khi ức chế tải lượng HIV ở mức dưới 1.000 và dưới 200 bản sao/ml có sự cải thiện rõ rệt (17 tháng - 2016 xuống 6 tháng - 2018). Nghiên cứu tại King County WA (2013) có thời gian ngắn hơn (4,73 tháng) [3], tại San Francisco từ 2,5 tháng - 2013 xuống 1,5 tháng - 2017 [2]. Nghiên cứu khác tại San Francisco (2008 - 2012) có thời gian từ khi BN bắt đầu được chẩn đoán đến khi ức chế tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml giảm từ 13 tháng - 2008 xuống 5 tháng - 2012 [4].

Điều trị INH rất có hiệu quả trong dự phòng nguy cơ mắc lao. Nghiên cứu hiệu quả của sàng lọc lao liên tục và điều trị INH tại Việt Nam (2010 - 2011), xác suất mắc lao ở BN có điều INH chỉ 0,9%, trong khi không điều trị là 6,5% và nguy cơ mắc lao cao gấp 7,7 lần BN có điều trị INH (CI 95% 2,0 - 33,3) [1]. Nghiên cứu tại Kwazulu Zulu, Nam Phi cho thấy trong bối cảnh HIV, lao tiềm ẩn làm tăng nguy cơ tiến triển HIV thành AIDS và tăng nguy cơ tử vong. Điều trị lao tiềm ẩn bằng INH cho BN ở những quốc gia có tình hình dịch cao không chỉ tác động tới giảm tỷ lệ mắc lao mà còn làm chậm quá trình tiến triển của HIV [7]. Tuy nhiên, có rất ít các thông tin về điều trị INH giúp cho ức chế tải lượng HIV của BN đang điều trị ARV sớm hơn. Việt Nam chưa có nghiên cứu nào được thực hiện. Trong nghiên cứu này, BN điều trị ARV và điều trị INH có khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 bản sao/ml cao gấp 2,54 lần những BN điều trị ARV và không được điều trị INH; trường hợp dưới 200 bản sao/ml cao gấp 2,55 lần BN không dự phòng INH (p<0,05). Nghiên cứu một lần nữa minh chứng vai trò của INH trong dự phòng mắc lao ở người nhiễm HIV. Điều trị INH ở nhóm BN mới điều trị ARV là yếu tố góp phần giúp BN sớm đạt được ức chế tải lượng HIV.

KẾT LUẬN

1. Kết luận

Thời gian từ khi BN bắt đầu điều trị ARV đến khi được chỉ định và có kết quả ức chế dưới 1.000 và 200 bản sao/ml giảm từ 17 tháng (2016) còn 6 tháng (2018).

Nhóm BN điều trị ARV và INH có khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 và 200 bản sao/ml cao hơn nhóm BN không điều trị INH (lần lượt 2,54 và 2,55 lần, p < 0,05). Nhóm BN mới bắt đầu điều trị năm 2016, 2017 có khả năng ức chế tải lượng HIV dưới 1.000 bản sao/ml bằng 17,8% và 47,8% so với nhóm BN 2018, tương tự dưới 200 bản sao/ml là 18,4% và 46,2%.

2. Khuyến nghị

Mở rộng xét nghiệm tải lượng HIV và điều trị dự phòng lao (điều trị lao tiềm ẩn) cho BN mới bắt đầu điều trị ARV. Nghiên cứu sâu hơn về hiệu quả của INH trong điều trị ARV cho BN HIV/AIDS và ức chế tải lượng HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Đức Dương, Lê Hùng Thái và cộng sự (2016). Hiệu quả của sàng lọc lao liên tục và điều trị dự phòng lao bằng Isoniazid cho người nhiễm HIV tại Việt Nam, Hội nghị Khoa học Quốc gia về Phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam lần thứ VI.
2. San Francisco Department of Public Health Population Health Division (2018). HIV Epidemiology.
3. Katelynne Gardner Toren, Susan E. Buskin, et al (2016). Time From HIV Diagnosis to Viral Load Suppression: 2007 - 2013, PMC.
4. Sana Schwarcz, Ling Chin Hsu, Susan Scheer (2015). "Disparities and trends in viral suppression during a transition to a "Test and treat" Approach to the HIV epidemic, San Francisco, 2008-2012", Epidemiology and prevention. 70, page. 529 - 537.
5. Bộ Y tế (2017). Quyết định 5418/QĐ-BYT ngày 27/12/2017 về việc ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2019). Quyết định 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019 về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Hà Nội.
7. Zuri A. Sullivan, Emily B. Wong, et al (2015). "Latent and Active Tuberculosis Infection Increase Immune Activation in Individuals Co-Infected with HIV", EBioMedicine. 2 page. 334 - 340.