

Glei trong tháng 6 năm 2016". Trung tâm Y tế Đắc Glei, 30 - 49.

7. Bệnh viện Da Liễu (2021). "Báo cáo kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú quý I năm 2021". <http://dalieudanang.com/news/Tin-tuc/bao-cao-ket-qua-khao-sat-su-hai-long-nguoi-benh-noi-tru-va-ngoai-tru-quy-i-nam-2021-321.html>, truy cập 08/5/2021.

8. Bệnh viện quận Thủ Đức (2018). "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh nội trú và thân nhân tại Bệnh viện quận Thủ Đức Thành phố Hồ Chí Minh tháng 04 năm 2018". [http://bvthuduc.com.vn/quan-ly-chat-luong/khao-](http://bvthuduc.com.vn/quan-ly-chat-luong/khao-sat-hai-long-nguoi-benh-noi-tru-nam-2018-c15649-9992.aspx)

[sat-hai-long-nguoi-benh-noi-tru-nam-2018-c15649-9992.aspx](http://bvthuduc.com.vn/quan-ly-chat-luong/khao-sat-hai-long-nguoi-benh-noi-tru-nam-2018-c15649-9992.aspx), truy cập 10/5/2021.

9. Nguyễn Tiên Thao (2020). "Kết quả khảo sát sự hài lòng người bệnh nội trú tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình năm 2020". <https://bvsnnb.vn/2020/11/25/ket-qua-khao-sat-su-hai-long-nguoi-benh-noi-tru-nam-2020/>, truy cập 15/4/2021.

10. Hu L, Ding H, Liu S, Wang Z, Hu G, Liu Y (2020). Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. Health Expect, 23(1): 115 - 124.

ĐÁNH GIÁ TỈ LỆ NHIỄM HIV Ở PHỤ NỮ MANG THAI VÀ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV BẰNG PHÁC ĐỒ KẾT HỢP 3 LOẠI THUỐC ARV TẠI VĨNH LONG

HỒ THỊ THU HẰNG¹, VĂN CÔNG MINH¹, NGUYỄN HÒA THUẬN²,
NGUYỄN THỊ MỸ HẠNH², NGUYỄN THỊ THỰC OANH²,
LÊ THỊ NGỌC BÍCH², NGUYỄN VĂN KÍCH³, TRẦN THỊ ÁI CHÍ³
¹Sở Y tế Vĩnh Long, ²Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long
³Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật tỉnh Vĩnh Long

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: HIV lây truyền từ mẹ sang con đã được nhiều nghiên cứu chứng minh là có thể phòng ngừa bằng thuốc kháng retrovirus (ARV). Vấn đề mấu chốt là tư vấn xét nghiệm HIV khi mang thai để phát hiện sớm, điều trị sớm sẽ mang lại hiệu quả cao nhất. Tuy nhiên, vẫn còn tỉ lệ xét nghiệm HIV trễ ở phụ nữ mang thai (PNMT), làm cho hiệu quả điều trị DPLTMC bằng 3 thuốc ARV bị ảnh hưởng. Tìm hiểu các yếu tố cản trở xét nghiệm HIV ở PNMT nhằm kịp thời có kế hoạch hành động là việc làm cần thiết để giảm tỉ lệ trẻ nhiễm HIV từ mẹ, kéo giảm gánh nặng của xã hội và gia đình.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ PNMT nhiễm HIV; đánh giá tỉ lệ xét nghiệm HIV trễ trong thai kỳ và các yếu tố liên quan; đánh giá hiệu quả phác đồ kết hợp 3 thuốc ARV để DPLTMC.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả, thực hiện trên 18.037 PNMT đến khám thai và sinh con tại Vĩnh Long từ tháng 1/2018 - tháng 3/2020.

Kết quả: Tỉ lệ bà mẹ nhiễm HIV là 0,3% tính chung cho 3 năm nghiên cứu (năm 2018 và 2019 có cùng tỉ lệ là 0,3%, riêng đến tháng 3/2020 tỉ lệ là 0,2%); tỉ lệ xét nghiệm HIV trễ trong nghiên cứu là 2,6%. Các yếu tố liên quan đến bao gồm độ tuổi, trình độ, nghề nghiệp, số lần mang thai, nơi khám thai đầu tiên và kiến thức về HIV và DPLTMC. Kết quả sau 6 tuần tuổi, bằng kỹ thuật PCR thì 49 bé không phát hiện nhiễm HIV, trong đó có 2 bé mất dấu không thu thập được thông tin.

Kết luận: Tỉ lệ nhiễm HIV ở PNMT còn cao; tỉ lệ xét nghiệm HIV trễ thấp và có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến xét nghiệm HIV trễ trong thai kỳ, đặc biệt là kiến thức đúng về HIV và DPLTMC. Hiệu quả điều trị DPLTMC đạt kết quả tốt, tỉ lệ mất dấu là 3,9% (2/51 trẻ).

Từ khóa: Nhiễm HIV, bà mẹ mang thai, thuốc ARV.

Chịu trách nhiệm: Hồ Thị Thu Hằng
Email: bshangvi2000@yahoo.com
Ngày nhận: 22/3/2021
Ngày phản biện: 24/5/2021
Ngày duyệt bài: 12/6/2021

SUMMARY

ASSESSMENT OF HIV PREVENTION IN PREGNANCY AND EFFECTIVENESS PREVENTION OF HIV TRANSMISSION BY COMBINATION PROGRAMS 3 ARV DRUGS IN VINH LONG

Background: HIV transmission from mother to child has been proven by many studies to be preventable with antiretroviral (ARV) drugs. The key issue is counseling and testing for HIV during pregnancy for early detection, early treatment will bring the most effective. However, there is still a low rate of HIV testing in pregnant women, which affects the effectiveness of ARV treatment with 3 ARVs. Understanding the factors that hinder HIV testing in pregnant women in order to have timely action plans is necessary to reduce the rate of children infected with HIV from their mothers, reducing the burden on society and families.

Objective: To determine the percentage of pregnant women infected with HIV; evaluation of late HIV testing rates in pregnancy and related factors; evaluating the effectiveness of a combination regimen of 3 ARV drugs to prevention of mother to child transmission.

Methods: Cross-sectional descriptive study, performed on 18,037 pregnant women who came for antenatal care and gave birth in Vinh Long from January 2018 to March 2020.

Results: The rate of mothers infected with HIV was 0.3% for the 3 years of the study (in 2018 and 2019 the same rate was 0.3%, until March 2020 the rate was 0.2%). The rate of late HIV testing in the study was 2.6%. Related factors include: age, education level, occupation, number of pregnancies, place of first antenatal care and knowledge about HIV and ACP. Results after 6 weeks of age, by PCR technique, 49 children could not detect HIV infection, of which 2 children lost track and could not collect information.

Conclusion: HIV infection rate among pregnant women is still high; late HIV testing rates are low and there are many factors that influence late HIV testing in pregnancy, especially correct knowledge about HIV and ACP. Effective treatment of prevention of mother to child transmission achieved good results, the rate of loss of traces was 3.9% (2/51 children).

Keywords: HIV, pregnant women.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hằng năm, ước tính cả nước có trên 2 triệu PNMT và với tỉ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm

này vào khoảng 0,37%. Theo nhiều nghiên cứu, tỉ lệ lây nhiễm HIV tự nhiên từ mẹ sang con (không có can thiệp) vào khoảng 30-40%, như vậy nếu không có can thiệp thích hợp mỗi năm ở nước ta sẽ có khoảng trên dưới 2.000 trẻ em sinh ra bị nhiễm HIV từ mẹ [2].

Nhiều thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh rằng sử dụng thuốc kháng retrovirus (ARV) có thể làm giảm lây truyền HIV từ mẹ sang con. Một số nước đang phát triển ở châu Phi, Mỹ La tinh, Trung và Đông Âu và Đông Nam Á đã triển khai các can thiệp phòng chống lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng các phác đồ điều trị thuốc kháng retrovirus rút gọn [2], [9], [10]. Tư vấn xét nghiệm HIV trong thời gian mang thai và xét nghiệm HIV sớm là điểm mấu chốt để dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Tại Vĩnh Long, mặc dù cũng đã có một số nghiên cứu về tình trạng nhiễm HIV. Tuy nhiên để góp phần tìm hiểu thêm về thực trạng nhiễm HIV ở PNMT và hiệu quả dự phòng lây truyền từ mẹ sang con bằng 3 thuốc ARV chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: 1) Xác định tỉ lệ nhiễm HIV ở PNMT; 2) Xác định tỉ lệ xét nghiệm HIV trễ ở PNMT và tìm hiểu các yếu tố liên quan; 3) Đánh giá hiệu quả 3 loại thuốc ARV nhằm DPLTMC.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu

Tất cả khoa sản bệnh viện, các trạm y tế tại tỉnh Vĩnh Long.

Thời gian nghiên cứu

Thu thập số liệu trong 3 năm từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2020.

3. Đối tượng nghiên cứu

PNMT không phân biệt độ tuổi đến khám thai tại các địa điểm trong nghiên cứu.

4. Cỡ mẫu

Dựa vào công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ như sau:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot (1-p)}{p \cdot \varepsilon^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

α : Mức ý nghĩa thống kê 0,05 ứng với KTC 95%.

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

ε : Sai số tương đối 20% ($\varepsilon = 0,2$).

p: Tỷ lệ nhiễm HIV ở PNMT trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Thắng (2010)^[7] cho kết quả 0,53%, lấy p= 0,0053 thay công thức tính được cỡ mẫu n = 18.025 PNMT.

5. Tiêu chuẩn chọn mẫu

5.1. Tiêu chuẩn chọn vào

PNMT đến khám thai tại các địa điểm nghiên cứu, thai phụ nhiễm HIV và bé sinh ra sống đồng ý tham gia điều trị DPLTMC bằng phác đồ 3 thuốc ARV gồm TDF/3TC/EFC viên kết hợp ngày 1 lần.

5.2. Tiêu chuẩn loại ra

Thai phụ chuyển sang AIDS và/hoặc đang có bệnh lý mạn tính như suy thận, viêm gan, thiếu máu và/hoặc không đồng ý điều trị bằng phác đồ ARV của nghiên cứu.

6. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian thu thập số liệu, chúng tôi thu nhận vào nghiên cứu được tổng cộng 18.037 PNMT và 51 bé được sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV.

7. Phương pháp thực hiện

7.1. Số liệu thu thập

Số liệu thu thập dựa vào bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Nội dung bao gồm thông tin chung; tình trạng xét nghiệm và kết quả HIV; Các chỉ số đánh giá kết quả can thiệp.

7.2. Cách thu thập số liệu

Người tham gia đã ký vào bản đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được mời phỏng vấn ngay tại địa điểm khám thai, đảm bảo không gian riêng tư. Kỹ thuật viên được tập huấn lấy máu xét nghiệm HIV cho PNMT. Máu được xét nghiệm test nhanh tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đa Khoa Vĩnh Long và xét nghiệm khẳng định tại Trung tâm HIV/AIDS tỉnh Vĩnh Long.

Trẻ được sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được lấy máu làm xét nghiệm PCR 2 lần khi được 6 tuần tuổi tại Trung tâm HIV/AIDS tỉnh Vĩnh Long.

8. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 18.0 để phân tích số liệu. Mô tả số liệu bằng tần số (n) và tỷ lệ (%). So sánh tỷ lệ và ước tính mối liên quan được thể hiện dưới dạng tỷ lệ phần trăm, tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy 95% của OR và hồi quy logistic đơn biến, kiểm định Chi bình phương mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được lấy để xem xét sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Hồi quy logistic đa biến để loại bỏ các biến nhiễu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm		n = 18037	Tỷ lệ (%)
Tuổi TB \pm SD: 28,63 \pm 5,76	\leq 24 tuổi	4537	25,2
	25 - 35 tuổi	11173	62,0
	36 - 45 tuổi	2322	12,9
Nghề	Nội trợ	3220	17,9
	Nông dân	2517	14,0
	Công nhân	4990	27,7
	CBVC	1332	7,4
Khác		5968	33,1
Tôn giáo	Có	96	0,5
	Không	17941	99,5
Dân tộc	Kinh	17546	97,3
	Khác	491	2,7
Trình độ	< Tiểu học	2585	14,3
	THCS - THPT	14099	78,2
	CD - ĐH	1353	7,5
Hôn nhân	Sống với chồng, bạn tình	18025	99,9
	Ly thân, ly hôn, đơn thân	12	0,1

Ghi nhận độ tuổi trung bình là 28,63 \pm 5,76. Công nhân chiếm 27,7%. Hơn 99% là không có tôn giáo. Hầu hết hơn 97% là dân tộc Kinh. Trình độ THCS và THPT chiếm hơn 78%. Tình trạng hôn nhân hầu hết sống với chồng hoặc bạn tình.

Bảng 2 ghi nhận có gần 51% mang thai lần thứ 2 trở lên. Tỷ lệ khám thai trên 2 lần chiếm hơn 97%. Hơn 57% khám thai lần đầu tiên trong thai kỳ tại bệnh viện tuyến huyện và tỉnh, 34,3% khám thai ở các phòng khám tư và nơi khác. Có 18 trường hợp (0,1%) người trong gia đình nhiễm HIV.

Bảng 2. Đặc điểm số lần mang thai, khám thai, nơi khám thai đầu tiên, tiền sử gia đình nhiễm HIV (bảng liên trang)

Đặc điểm		n=18037	Tỷ lệ (%)
Số lần mang thai	Lần đầu	8849	49,1
	Trên 2 lần	9188	50,9
Số lần khám thai	Lần đầu	541	3,0
	Trên 2 lần	17496	97,0
Nơi khám thai đầu tiên	Bệnh viện tuyến huyện, tỉnh	10419	57,7
	Trạm y tế	1428	7,9
	Phòng khám/Khác	6190	34,3
Tiền sử gia đình nhiễm HIV	Có	18	0,1
	Không	18019	99,9

2. Tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ mang thai

Bảng 3. Tỷ lệ nhiễm HIV phân chia theo độ tuổi, nghề nghiệp, trình độ và kiến thức về HIV và DPLTMC

Đặc điểm	Kết quả HIV				
	Dương tính (0,3%)		Âm tính (99,7%)		
	n = 51	%	n = 9827	%	
Tuổi	< 24	8	15,7	4527	25,2
	25 - 35	35	68,6	11137	61,9
	> 36	8	15,7	2314	12,9
Nghề nghiệp	Nội trợ	18	35,3	3212	17,9
	Nông dân	11	21,6	2505	13,9
	Công nhân	5	9,8	4985	27,7
	CBVC	1	2,0	1331	7,4
Trình độ	Khác	16	31,4	5950	33,1
	< Tiểu học	3	5,9	2582	14,4
	THCS - THPT	46	90,2	14050	78,1
Kiến thức	CĐ - ĐH	2	3,9	1351	7,5
	Đúng	40	78,4	5190	28,9
	Chưa đúng	11	21,6	12793	71,1

Tỷ lệ PNMT nhiễm HIV chung trong 3 năm là 0,3%, tính riêng từng năm thì 2018 và 2019 là bằng nhau bằng 0,3%, năm 2020 là 0,2%.

Công nhân và nghề khác (dịch vụ, học sinh, sinh viên...) có tỷ lệ HIV dương tính bằng nhau 39,2%. Trình độ THCS và THPT tỷ lệ HIV dương là 90,2%. Nhóm HIV dương tính thì kiến thức đúng gấp 2 lần kiến thức sai.

3. Tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ và yếu tố liên quan

Bảng 4. Tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ ở PNMT trong nghiên cứu

Xét nghiệm HIV trễ khi mang thai	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	472	2,6
Không	17562	97,4
Tổng cộng	18034	100,0

Trong nghiên cứu, tổng cộng có 2,6% xét nghiệm HIV trễ khi mang thai.

Phân tích hồi qui logistic đa biến loại bỏ yếu tố tôn giáo, dân tộc, số lần khám thai và tuổi thai. Cả 4 yếu tố này không có mối liên quan đến xét nghiệm HIV trễ khi mang thai. Các yếu tố còn lại có liên quan đến tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ khi mang thai ($p < 0,05$). Độ tuổi < 24 có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ cao nhất, so với nhóm tuổi 25-35 (OR = 0,47, KTC 95%: 0,37 - 0,59); trình độ dưới tiểu học có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ thấp nhất, so với nhóm trình độ THCS và THPT (OR = 7,58, KTC 95%: 3,61 - 15,91); nghề nghiệp nội trợ có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ thấp nhất, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm nghề còn lại; Phụ nữ khám thai lần thứ 2 có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ cao hơn 2,89 lần người khám thai lần đầu tiên (OR = 2,89, KTC 95%: 2,23 - 3,59); Khám thai lần đầu tại TYT có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ cao hơn gấp 11,46 lần khám thai tại bệnh viện tuyến huyện và tỉnh (OR = 11,46, KTC 95%: 7,48-17,56), khám thai lần đầu tại phòng khám tư/nơi khác có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ cao hơn gấp 2,81 lần so với khám tại bệnh viện (OR = 2,81, KTC 95%: 1,85 - 4,27). Kiến thức sai về HIV và DPLTMC có tỷ lệ xét nghiệm HIV trễ cao hơn gấp 3,44 (1/0,29) lần người có kiến thức đúng (OR = 0,29, KTC 95%: 0,16 - 0,49).

Bảng 5. Hồi đa biến phân tích các yếu tố liên quan đến xét nghiệm HIV trễ

Đặc điểm		Có (n = 472) (%)	Không (n=17562) (%)	OR*	KTC 95%	p**
Tuổi	<24	145 (3,2)	4390 (96,8)	1	1	
	25 - 35	256 (2,3)	10916 (97,7)	0,47	0,37 - 0,59	<0,001
	> 36	71 (3,1)	2251 (96,9)	0,49	0,36 - 0,68	<0,001
Trình độ	< Tiểu học	8 (0,3)	2577 (99,7)	1	1	
	<THPT	436 (3,1)	13660 (96,9)	7,73	3,67 - 16,28	<0,001
	>CĐ	28 (2,1)	1325 (97,9)	1,28	0,02 - 75,99	0,905
Nghề	Nội trợ	3 (0,1)	3277 (99,9)	1	1	
	Nông dân	91 (3,6)	2425 (96,4)	27,62	8,47 - 90,07	<0,001
	Công nhân	109 (2,2)	4881 (97,8)	15,69	4,79 - 51,35	<0,001
	CBVC	28 (2,1)	1304 (97,9)	120,90	1,87 - 7812	0,024
Lần mang thai	Nghề khác	241 (4,0)	5725 (96,0)	24,53	7,56 - 79,57	<0,001
	Đầu tiên	157 (1,8)	8692 (98,2)	1	1	
	Lần 2	315 (3,7)	8203 (96,3)	2,87	2,23 - 3,58	<0,001

	Trên 3 lần	0 (0,0)	667 (100,0)	0	0	0,992
Nơi khám thai đầu tiên	BV huyện, tỉnh	35 (0,4)	9181 (99,6)	1	1	
	TYT	173(11,6)	1317 (88,4)	10,80	6,91 - 16,87	<0,001
	Phòng khám/Khác	264 (3,6)	7074 (96,4)	2,63	1,70 - 4,08	<0,001
Kiến thức	Đúng	18 (0,3)	5212 (99,7)	0,29	0,17 - 0,51	<0,001
	Sai	454 (3,5)	12350 (96,5)			

*: OR hiệu chỉnh

** : Hồi qui logistic đa biến

4. Đánh giá kết quả can thiệp dùng 3 thuốc ARV để DPLTMC

Trong số 51 trẻ sinh ra được từ 51 bà mẹ nhiễm HIV thì 49% bé trai và 51% bé gái. Sinh mổ có tỉ lệ hơn 27%, cân nặng trẻ lúc mới sinh có 92,2% trên 2500 gram, và tất cả trẻ đều được cho bú sữa công thức hoàn toàn.

Tất cả bà mẹ và trẻ đều được uống 3 thuốc ARV để DPLTMC, thời điểm bà mẹ bắt đầu điều trị trước mang thai có tỉ lệ 72,5%, khi đang mang thai là 9,8% và lúc chuyển dạ là 17,6%. Có 49 trẻ được lấy máu xét nghiệm PCR sau 6 tuần tuổi thì 100% âm tính với HIV, còn 2 bé mất dấu.

Bảng 6. Thời điểm bắt đầu điều trị ARV để DPLTMC, phương pháp sinh, giới tính, cân nặng lúc sinh, kết quả PCR sau 6 tuần tuổi

Đặc điểm		n = 51	Tỉ lệ (%)
Thời điểm điều trị	Trước khi mang thai	37	72,5
	Đang mang thai	5	9,8
	Lúc chuyển dạ	9	17,6
Phương pháp sinh	Sinh thường	37	72,5
	Sinh mổ	14	27,5
Giới tính bé	Trai	25	49,0
	Gái	26	51,0
Cân nặng	< 2500 gram	4	7,8
	> 2500 gram	47	92,2
Bú sữa mẹ	Bú sữa mẹ hoàn toàn	0	0,0
	Sữa mẹ và sữa công thức	0	0,0
	Bú sữa công thức hoàn toàn	51	100
HIV của trẻ (n = 49)	Âm tính	49	100,0
	Dương tính	0	0,0

BÀN LUẬN

Tổng số 18.037 PNMT được thu nhận vào nghiên cứu đến khám thai các cơ sở khám chữa bệnh tại Vĩnh Long từ năm 2018 đến 2020. Tỉ lệ PNMT tham gia năm 2018 và 2019 lần lượt là 40,7% và 49,6%, riêng năm 2020 thì tỉ lệ này thấp hơn rất nhiều, chỉ chiếm có 9,8% là vì số liệu thu thập đến tháng 3 năm 2020.

Thai phụ được tư vấn xét nghiệm HIV (ngoại trừ 37 trường hợp đã biết kết quả HIV dương tính) thì có 3 trường hợp không đồng ý là xét nghiệm HIV. Lý do không đồng ý xét nghiệm của 3 trường hợp được ghi nhận là 01 trường hợp chắc chắn bản thân không nhiễm và 2 trường hợp không nêu lý do. Kết quả xét nghiệm phát hiện được thêm 14 PNMT nhiễm HIV. Vậy tổng cộng 18.034 người, số PNMT nhiễm HIV trong nghiên cứu là 51 người, chiếm tỉ lệ 0,3%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,63 ± 5,76. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Mai Thị Anh năm 2012-2013 tại BVPSTW (tuổi trung bình: 28,3 ± 3,54)^[1], cao hơn trong nghiên cứu tác giả Đỗ Thị Thu Thủy tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng [6]. Qua đây chúng ta thấy có rất nhiều phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ bị nhiễm HIV nguyên nhân là do lây qua quan hệ tình dục ngày càng gia tăng. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng ghi nhận PNMT nhiễm HIV ở tất cả ngành nghề và học vấn khác nhau, nhưng phổ biến nhất là nội trợ (35,3%), nhóm nghề khác 31,4% (dịch vụ, học sinh, sinh viên...) và THCS - THPT (90,2%). Qua đây chúng ta thấy người bị nhiễm HIV đến từ tất cả các ngành nghề, học vấn. Khả tương đồng với Nguyễn Thị Yến trình độ trung học cơ sở 28,9% và trung học phổ thông 33%^[8]. Nhìn chung, HIV có thể tấn công vào bất cứ ai, bất cứ tầng lớp nào trong xã hội. Do vậy chúng ta cần tuyên truyền cho tất cả người dân ở tất cả các ngành nghề về sự lây truyền của virus HIV.

Chúng tôi định nghĩa xét nghiệm trẻ HIV ở PNMT là những trường hợp thỏa mãn cả 4 tiêu chuẩn như sau: (1) PNMT không có tiền sử xét nghiệm HIV khi mới tham gia vào nghiên cứu, và (2) không/không nhớ đã được tư vấn xét nghiệm HIV tại lần đầu tiên khám thai, và (3) khám thai lần thứ 2 trở lên và (4) có xét nghiệm HIV khi tham gia nghiên cứu. Kết quả, có 2,6% (472 thai phụ) xét nghiệm HIV trẻ, thấp hơn so sánh với nghiên cứu của Đoàn Trung Hiếu và cộng sự năm 2017, nhóm tác giả ghi nhận 6,7% thai phụ tầm soát HIV muộn, khác biệt này là do định nghĩa trẻ xét nghiệm HIV ở nghiên cứu của

nhóm tác giả Đoàn Trung Hiếu là chọn mốc tầm soát HIV muộn khi tuổi thai ≥ 14 tuần^[4]. Chúng tôi không đánh giá dựa trên tuổi thai mà dựa trên có tư vấn xét nghiệm HIV và đã xét nghiệm HIV tại lần khám thai đầu tiên, và tiền sử xét nghiệm HIV nếu đã xét nghiệm trước lúc mang thai.

Một số yếu tố liên quan đến việc xét nghiệm trẻ HIV ở PNMT qua phân tích hồi qui logictis đa biến bao gồm 6 yếu tố: độ tuổi của thai phụ, trình độ, nghề nghiệp, số lần mang thai, nơi khám thai đầu tiên, và cuối cùng là kiến thức về HIV và DPLTMC. Đối với yếu tố nghề nghiệp (nội trợ) và nơi khám thai đầu tiên (bệnh viện) thì nội trợ và khám thai lần đầu tại bệnh viện có tỉ lệ xét nghiệm HIV trẻ thấp nhất, phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Trung Hiếu^[4]. Làm nội trợ trong gia đình hiện nay thì có nhiều thời gian hơn trong công việc chăm sóc sức khỏe thai kỳ so với làm một công việc cụ thể nào khác được trả lương. Tại các bệnh viện tuyến trên đã có quy trình khám thai chuẩn cho thai phụ đến khám và có đủ cơ sở vật chất để thực hiện xét nghiệm tại chỗ.

Ghi nhận 51 bà mẹ nhiễm HIV mang thai đơn và sinh được thành công tất cả 51 bé sống khỏe mạnh bằng biện pháp sinh thường có 37 bé (72,5%) và sinh mổ có 14 bé (27,5%), so với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hoan (2020), tỉ lệ sinh mổ khoảng 38% và có 8,5% con chết yểu hoặc chết ở thai phụ nhiễm HIV^[5], tỉ lệ này cao hơn so với chúng tôi. Mổ lấy thai là một trong những can thiệp PLTMC được sử dụng đầu tiên, có thể làm giảm 50% tỷ lệ LTMC, nhưng sự khác biệt chỉ thực sự có ý nghĩa thống kê trong một số điều kiện nhất định như mổ chủ động, chưa chuyển dạ, v.v... Đồng thời, can thiệp này cũng có những tai biến nhất định của phẫu thuật, với mức độ khác nhau. Bé được lấy máu xét nghiệm HIV bằng kỹ thuật PCR sau 6 tuần, kết quả xét nghiệm có ở 49 bé (2 bé mất dấu, tỉ lệ mất dấu 3,9%) cho kết quả âm tính với HIV 100%. Kết quả trong nghiên cứu này không phát hiện trẻ dương tính với HIV trong 2 tháng sau sinh, có thể giải thích do số lượng bà mẹ nhiễm HIV không đủ lớn để có thể ghi nhận được tỉ lệ mắc HIV ở trẻ. Trong báo cáo của BYT tháng 2/2021 cả nước ghi nhận hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con đạt kết quả điều trị dự phòng cho 890 PNMT nhiễm HIV. Trong số 630 trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV được làm xét nghiệm trong vòng 2 tháng sau sinh, có 11 trẻ được xét nghiệm HIV dương tính, chiếm 1,7%^[3].

KẾT LUẬN

Bà mẹ nhiễm HIV ý thức được việc điều trị DPLTMC giúp phòng ngừa HIV truyền sang con và đồng ý điều trị sớm ngay khi biết tình trạng nhiễm của bản thân. Tầm soát HIV thai kỳ sớm chiếm tỉ lệ cao, tuy nhiên còn một số trường hợp được xét nghiệm HIV trễ, có 9 trường hợp đến lúc chuyển dạ mới bắt đầu điều trị DPLTMC. Cần tăng cường tầm soát HIV cho thai phụ tại các tuyến y tế cơ sở và y tế tư nhân.

Quản lý điều trị cần được chú trọng, hạn chế tình trạng bỏ điều trị, mất dấu trong quá trình điều trị theo phác đồ. Theo dõi định kỳ để phát hiện sớm biến cố bất lợi để kịp thời xử lý, góp phần tăng tỉ lệ tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mai Thị Anh** (2014). Nghiên cứu thái độ xử trí sản khoa ở sản phụ nhiễm HIV/AIDS ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 2 năm 2012 - 2013 Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Bộ Y tế (2010). "Quyết định số 1053/QĐ-BYT ngày 02 tháng 4 năm 2010 về việc Ban hành hướng dẫn xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV cho trẻ dưới 18 tháng tuổi".

3. Bộ Y tế (2021). "Báo cáo số 124/BC-BYT - Kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020".

4. **Đoàn Trung Hiếu, Lê Hồng Cẩm, Huỳnh Vĩnh Phạm Uyên** (2017). "Tỉ lệ tầm soát HIV muộn ở sản phụ đến sinh tại Bệnh viện Từ Dũ và Bệnh viện Hùng Vương", Y học TP. Hồ Chí Minh, 21 (1), 159-164.

5. **Nguyễn Mạnh Hoan** (2020). Nghiên cứu dịch tễ và một số yếu tố liên quan đến phụ nữ nhiễm HIV có triệu chứng trầm cảm sau sinh, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.

6. **Đỗ Thị Thu Thủy, Nguyễn Thị Mai Anh** (2008). "Tình hình lây truyền HIV từ mẹ sang con tại Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng giai đoạn 2004 - 2008", Kỷ yếu Hội nghị Sản phụ khoa Việt - Pháp 3/2009.

7. **Nguyễn Trọng Thắng** (2010). Nghiên cứu thực trạng lây truyền HIV từ mẹ sang con và triển khai thí điểm mô hình can thiệp dự phòng tại Hải Phòng (2005 - 2006), Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.

8. **Nguyễn Thị Yến** (2015). Đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên phụ nữ nhiễm HIV đang theo dõi tại Phòng khám ngoại trú HIV-Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Bạch Mai. Đề tài

tốt nghiệp hệ cử nhân Vừa học Vừa làm, Trường Đại học Thăng Long.

9. **Bositis, C. M., Gashongore, I. & et al** (2010). "Updates to the World Health Organization's Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant

Women and Preventing HIV Infection in Infants", *Medicine Journal Zambia*, Vol 37 (No 2), pp. 111 - 117.

10. WHO (2010). *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011 - 2015*.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP HÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG

ĐÀO THÙY DƯƠNG¹, NGUYỄN XUÂN THÙY²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang, ²Bệnh viện Việt Đức

TÓM TẮT

Mở đầu: Thoái hóa khớp háng là hậu quả của các bệnh viêm, hoại tử hay chấn thương có liên quan đến vùng khớp háng. Phương pháp điều trị phụ thuộc vào giai đoạn tiến triển của bệnh. Trong đó, ở giai đoạn sau khi khớp háng thoái hóa nặng, bệnh nhân đau nhiều, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần là một lựa chọn ưu tiên thay thế khớp háng bị thoái hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu trên 40 bệnh nhân (23 bệnh nhân hồi cứu và 17 bệnh nhân tiến cứu) thoái hóa khớp háng độ III hoặc độ IV (theo phân loại của Kellgren Lawrence) được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang trong khoảng thời gian từ tháng 1/2016 đến hết tháng 12/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình là $49,00 \pm 10,03$ tuổi, thấp nhất 25 tuổi, cao nhất 72 tuổi; nam giới chiếm 90%; 60% chủ yếu thoái hóa ở bên trái; 100% thoái hóa khớp háng giai đoạn IV. Điểm HHS khớp háng trước phẫu thuật từ 33,78 tăng lên 94,01 sau phẫu thuật với 62,5% bệnh nhân đạt mức rất tốt; tốt 20% và trung bình (TB) 17,5%, không còn mức kém. 95% khớp háng ổn định với độ áp khít chuỗi $\geq 80\%$. Tại thời điểm đánh giá cuối cùng, nhóm hồi cứu, điểm OSK

đạt 52,2% rất tốt; 43,4% tốt và 4,4% trung bình, không có mức kém; nhóm tiến cứu, 100% biên độ khớp về bình thường, không có trường hợp nào lỏng khớp, lún chuỗi, di lệch chuỗi khớp, có 2,5% trường hợp còn đau đùi sau phẫu thuật.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần không xi măng, thoái hóa khớp háng.

SUMMARY

RESULTS OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS AT HA GIANG PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Introduction: Hip osteoarthritis is the result of inflammatory, necrotic or traumatic diseases related to the hip joint. Treatment depends on the stage of the disease. In which, in the period after severe hip degeneration, patients have a lot of pain, total hip arthroplasty is a preferred option to replace the degenerative hip joint.

Subjects and methods: A retrospective and prospective cross-sectional descriptive study on 40 patients (23 retrospective and 17 prospective) with grade III or IV hip osteoarthritis (according to Kellgren Lawrence's classification) were treated with cementless total hip arthroplasty at Ha Giang Provincial General Hospital between January 2016 and December 2020.

Results: Mean age was 49.00 ± 10.03 years old, the lowest age was 25 years old, the highest age was 72 years old; men account for 90%; 60% mainly degenerative on the left side; 100% hip osteoarthritis stage IV. Harris Hip Score (HHS) before surgery increased from 33.78 to 94.01 after surgery with 62.5% of patients

Chịu trách nhiệm: Đào Thùy Dương

Email: daoduong.tq@gmail.com

Ngày nhận: 14/5/2021

Ngày phân biên: 10/6/2021

Ngày duyệt bài: 12/6/2021