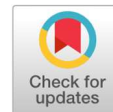




ISSN: 1859-1779



Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS tại các phòng khám ngoại trú, Thành phố Hồ Chí Minh

Phạm Thị Thu Phương¹, Phùng Thị Định^{1,2}, Nguyễn Thị Thu An¹, Thái Thanh Trúc^{1*}

¹Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Phòng chống HIV/AIDS và các bệnh truyền nhiễm mãn tính, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tuân thủ điều trị ARV là yếu tố then chốt kiểm soát tải lượng HIV, duy trì hiệu quả điều trị và ngăn ngừa kháng thuốc. Tuy nhiên, mức độ tuân thủ còn khác nhau giữa các nhóm bệnh nhân và chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố tâm lý, lâm sàng và xã hội.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 410 bệnh nhân HIV đang điều trị ARV tại ba phòng khám ngoại trú. Mức độ tuân thủ được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án theo hướng dẫn hiện hành. Hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan.

Kết quả: Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV là 88,5%. Các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV gồm: rối loạn trầm cảm (OR = 0,08; KTC 95%: 0,01–0,50; p = 0,007), tải lượng HIV ở ngưỡng không phát hiện (OR = 0,18; KTC 95%: 0,09–0,34; p < 0,001), tiền sử hoãn điều trị (OR = 0,09; KTC 95%: 0,04–0,19; p < 0,001), tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục khác ngoài HIV (OR = 0,44; KTC 95%: 0,22–0,92; p = 0,028), tiền sử mắc bệnh cơ hội (OR = 0,47; KTC 95%: 0,23–0,99; p = 0,049), và nơi cư trú ngoài tỉnh (OR = 6,12; KTC 95%: 1,33–28,24; p = 0,020).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV còn thấp. Cần tăng cường hỗ trợ nhóm bệnh nhân có yếu tố tâm thần, lâm sàng hoặc sinh sống xa trung tâm y tế nhằm giảm nguy cơ kháng thuốc và nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: tuân thủ điều trị; ARV; trầm cảm; tải lượng HIV

Ngày nhận bài: 05-08-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 10-10-2025 / Ngày đăng bài: 13-10-2025

*Tác giả liên hệ: Thái Thanh Trúc. Khoa Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

E-mail: thaithanhtruc@ump.edu.vn

© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

ADHERENCE TO ARV TREATMENT AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS AT OUTPATIENT CLINICS IN HO CHI MINH CITY

Pham Thi Thu Phuong, Phung Thi Dinh, Nguyen Thi Thu An, Thai Thanh Truc

Backgrounds: Adherence to antiretroviral therapy (ART) is a key factor in controlling HIV viral load, maintaining treatment effectiveness, and preventing drug resistance. However, adherence levels vary across patient groups and are influenced by various psychological, clinical, and social factors.

Objectives: To determine the rate of ART adherence and associated factors among outpatients living with HIV/AIDS in the former Ho Chi Minh City.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 410 HIV-positive patients receiving ART at three outpatient clinics. Adherence was assessed based on medical records following current guidelines. Logistic regression analysis was employed to identify factors associated with adherence.

Results: The ART adherence rate was 88.5%. Statistically significant factors associated with adherence included: depressive disorders (OR = 0.08; 95% CI: 0.01–0.50; $p = 0.007$), undetectable HIV viral load (OR = 0.18; 95% CI: 0.09–0.34; $p < 0.001$), history of delayed treatment initiation (OR = 0.09; 95% CI: 0.04–0.19; $p < 0.001$), history of sexually transmitted infections (OR = 0.44; 95% CI: 0.22–0.92; $p = 0.028$), history of opportunistic infections (OR = 0.47; 95% CI: 0.23–0.99; $p = 0.049$), and residence outside the province (OR = 6.12; 95% CI: 1.33–28.24; $p = 0.020$).

Conclusions: ART adherence among outpatients living with HIV remains relatively low. Targeted support is essential for patients with mental health conditions, clinical comorbidities, or those living far from healthcare facilities to reduce the risk of drug resistance and improve treatment outcomes.

Keywords: treatment adherence; ARV; depression; HIV viral load

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trải qua hơn một thế kỷ, HIV vẫn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu nghiêm trọng, với hơn 40 triệu ca tử vong [1] và gần 40 triệu người đang sống chung với HIV tính đến năm 2023 [2]. Điều trị ARV đã giúp người nhiễm HIV kéo dài tuổi thọ, cải thiện chất lượng sống và giảm lây truyền HIV thông qua ức chế tải lượng vi-rút [3,4]. Tuy nhiên, để đạt được hiệu quả điều trị tối ưu, người bệnh cần duy trì mức độ tuân thủ điều trị cao, thường được khuyến cáo ở mức $\geq 95\%$ liều thuốc được sử dụng đúng theo chỉ định [5]. Việc không tuân thủ điều trị có thể dẫn đến tăng tải lượng vi-rút, nguy cơ kháng thuốc, tái phát bệnh, gia tăng chi phí y tế và nguy cơ tử vong [6].

Vì vậy, việc xác định mức độ tuân thủ điều trị cũng như nhóm đối tượng có nguy cơ, thông qua tìm hiểu các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ là rất cần thiết. Nhiều nghiên cứu đã

chỉ ra rằng tuân thủ điều trị chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố bao gồm đặc điểm cá nhân (tuổi, giới, trình độ học vấn), yếu tố tâm lý (trầm cảm, lo âu), hỗ trợ xã hội, sự kỳ thị liên quan đến HIV, sử dụng chất gây nghiện, chất lượng dịch vụ y tế và bệnh lý đồng mắc [7-9]. Đặc biệt, các rối loạn tâm thần như trầm cảm hoặc lo âu được ghi nhận là làm giảm đáng kể khả năng tuân thủ thuốc ở người nhiễm HIV [10]. Tuy nhiên, mức độ tuân thủ và các yếu tố liên quan thường có sự khác biệt theo bối cảnh, do vậy cần có thêm các nghiên cứu tại Việt Nam.

Tại Việt Nam, theo Bộ Y tế, tính đến cuối năm 2023, có hơn 230.000 người nhiễm HIV còn sống, trong đó trên 170.000 người đang được điều trị ARV [11]. Mặc dù chương trình điều trị ARV đã được mở rộng tại tất cả các tỉnh thành, nhưng vấn đề duy trì tuân thủ điều trị lâu dài vẫn là thách thức lớn, đặc biệt tại các tỉnh công nghiệp, nơi có dân di cư đông và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế không đồng đều. Thành phố Hồ Chí

Mình là khu vực công nghiệp với dân di cư đông, nhiều người thuộc nhóm nguy cơ cao, khiến việc duy trì tuân thủ ARV trở thành thách thức. Do vậy, nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh là cần thiết, góp phần làm cơ sở xây dựng các can thiệp phù hợp nhằm tăng cường hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ kháng thuốc, và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu về tuân thủ điều trị là một phần trong đề tài: “Sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS điều trị ARV ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh”. Nghiên cứu gốc được thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, nhằm đánh giá tình trạng sa sút trí tuệ và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú. Trong khuôn khổ nghiên cứu này, phân tích về tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan được thực hiện trên cùng một bộ dữ liệu, với mục tiêu xác định tỷ lệ tuân thủ và các yếu tố liên quan ở nhóm người bệnh đang điều trị ARV ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân có chẩn đoán nhiễm HIV và đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú tại Trung tâm Y tế khu vực Thủ Dầu Một, Trung tâm Y tế khu vực Bến Cát và Trung tâm Y tế khu vực Phú Giáo, Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2024 - 6/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Có chẩn đoán nhiễm HIV và đang điều trị ARV tại các cơ sở được chọn.

Tuổi ≥ 18 tại thời điểm tham gia nghiên cứu.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bắt đầu điều trị ARV trong 30 ngày qua.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Trong nghiên cứu gốc, cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ với kết cục chính là sa sút trí tuệ, dự trừ 10% từ chối tham gia nên cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 410 người bệnh. Trong bài báo này, chúng tôi sử dụng lại bộ mẫu chung đó và lựa chọn toàn bộ người bệnh có đủ thông tin liên quan đến tuân thủ điều trị ARV để đưa vào phân tích. Việc kế thừa cỡ mẫu từ nghiên cứu gốc giúp bảo đảm tính đại diện của quần thể nghiên cứu, đồng thời số lượng mẫu 410 người bệnh đáp ứng đủ yêu cầu tối thiểu để phân tích kết cục là tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV.

Phương pháp chọn mẫu

Mẫu được chọn bằng phương pháp chọn mẫu hệ thống, với khoảng cách mẫu $k = N/n = 2118/410 \approx 5$. Cứ 5 bệnh nhân đến khám thì chọn 1 người để sàng lọc theo tiêu chí chọn vào và loại trừ. Việc chọn mẫu hệ thống nhằm tăng tính đại diện và giảm sai lệch do thời điểm bệnh nhân đến khám. Số mẫu phân bổ theo tỷ lệ bệnh nhân đang điều trị tại từng phòng khám so với tổng thể.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Công cụ

Bảng câu hỏi được xây dựng dựa trên hướng dẫn của WHO và các nghiên cứu trước đây, được thiết kế phục vụ nghiên cứu chính và bao gồm các nội dung liên quan đến tuân thủ điều trị. Bộ câu hỏi được kiểm thử trước trên 5 bệnh nhân trước khi triển khai chính thức để đánh giá tính khả thi, dễ hiểu, phù hợp ngữ cảnh.

Trong nghiên cứu này, mức độ tuân thủ ARV được xác định từ hồ sơ bệnh án theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Phương pháp này khả thi, chi phí thấp và phản ánh dữ liệu chính thống, nhưng có thể chưa phản ánh đầy đủ hành vi thực tế, đồng thời tiềm ẩn sai sót ghi chép. Các công cụ khác thường được sử dụng gồm: tự báo cáo (dễ triển khai nhưng dễ thiên lệch xã hội), đếm số viên thuốc còn lại (khách quan hơn nhưng phụ thuộc việc mang thuốc khi tái khám), dữ liệu cấp phát thuốc (phản ánh dài hạn nhưng cần bệnh nhân lĩnh thuốc đúng hẹn), và thiết bị điện tử MEMS (chính xác cao nhưng tốn kém). Trong bối cảnh Bình Dương, hồ sơ bệnh án là lựa chọn khả thi, song cần kết hợp nhiều công cụ ở các nghiên cứu sau.

Người thu thập dữ liệu: nghiên cứu viên và cộng tác viên được tập huấn, phỏng vấn trực tiếp người bệnh tại phòng khám.

Quy trình nghiên cứu

Khi bệnh nhân ký đồng ý tham gia, họ được phỏng vấn tại phòng riêng với bộ câu hỏi gồm các thông tin nền, gia đình, hỗ trợ xã hội, dịch vụ chăm sóc y tế, lo âu trầm cảm, dùng chất gây nghiện, thang đo sa sút trí tuệ. Bệnh nhân tham gia được cấp mã tham gia ghép với mã bệnh nhân, in sẵn trên bộ câu hỏi và các công cụ nghiên cứu mà không kèm thông tin cá nhân. Nếu bệnh nhân đồng ý cung cấp thông tin điều trị, dữ liệu lâm sàng được trích xuất từ bệnh án bằng mã số bệnh nhân vào cuối mỗi ngày nghiên cứu. Danh sách đối chiếu mã tham gia – mã bệnh nhân để trích xuất dữ liệu lâm sàng được lưu trữ riêng biệt, an toàn và bảo mật tuyệt đối.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến phụ thuộc

Tuân thủ điều trị là biến nhị giá gồm 2 giá trị tốt và không tốt. Tuân thủ tốt khi bệnh nhân uống đầy đủ các liều thuốc ARV theo kê đơn (thường 1–2 lần/ngày tùy phác đồ), đúng giờ, không bỏ liều, và đạt tỷ lệ dùng thuốc $\geq 95\%$ trong khoảng thời gian theo dõi. Tiêu chí này được bác sĩ phòng khám đánh giá và ghi nhận trong bệnh án, dựa trên số liều thuốc bệnh nhân được cấp phát, số liều thuốc thực tế đã sử dụng và số lần quên liều trong tháng gần nhất, theo hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS của Bộ Y tế [12]. Trường hợp bệnh nhân uống thuốc phác đồ 1 lần/ngày mà bỏ liều ≥ 2 lần trong 1 tháng hoặc bệnh nhân uống các phác đồ khác mà có tỷ lệ dùng thuốc $< 95\%$ so với số liều kê đơn được xếp vào nhóm tuân thủ không tốt.

Biến độc lập

Đặc điểm dân số xã hội: tuổi, giới tính, công việc hiện tại, trình độ học vấn cao nhất, tình trạng hôn nhân, tôn giáo, tình trạng kinh tế, nơi sống hiện tại.

Đặc điểm hành vi, tâm thần: xu hướng tình dục, đường lây truyền HIV, gia đình biết về tình trạng HIV, hỗ trợ từ gia đình, hỗ trợ từ xã hội, hỗ trợ từ dịch vụ y tế, dùng chất gây nghiện, tiền sử điều trị methadone, rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm, sa sút trí tuệ.

Đặc điểm lâm sàng: bệnh mãn tính, viêm gan B, viêm gan C, tiền sử mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tiền sử mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội, thời gian kể từ khi bắt đầu

điều trị ARV, tải lượng vi rút HIV, giai đoạn lâm sàng, phác đồ điều trị HIV, tiền sử hoãn điều trị ARV.

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0.

Thống kê mô tả các biến số định tính theo tần số và tỷ lệ %.

Thống kê phân tích: sử dụng hồi quy logistic đơn biến với tỉ số chênh OR để ước lượng độ lớn mối liên quan. Ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và KTC 95% không chứa 1.

3. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã tiếp cận 429 người tham gia, trong đó phỏng vấn 412 người đủ điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu. Có 2 người không hoàn thành bộ câu hỏi (một người có việc cá nhân phải rời đi sớm, một người không thoải mái với câu hỏi nhạy cảm), kết quả số bệnh nhân được đưa vào phân tích cuối cùng là 410 người.

3.1. Đặc điểm dân số xã hội và mối liên quan với tuân thủ điều trị

Trong số 410 người bệnh tham gia, tuổi trung bình là 34,4; nhóm 30–39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%) và nam giới chiếm đa số (81,9%). Phần lớn có việc làm toàn thời gian (67,3%) và trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (54,1%). Khoảng một nửa còn độc thân (50,3%) và đa số không theo tôn giáo (55,8%). Hầu hết có điều kiện kinh tế từ trung bình trở lên (85,8%) và cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh (98,3%).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị ARV tốt tại ba phòng khám ngoại trú của Thành phố Hồ Chí Minh là 88,5% ($n = 363$). Trong các yếu tố dân số - xã hội, chỉ nơi cư trú ngoài tỉnh có liên quan đến việc không tuân thủ điều trị ARV, trong khi các yếu tố khác không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ($p > 0,05$) (Bảng 1).

3.2. Đặc điểm hành vi, tâm thần và mối liên quan với tuân thủ điều trị

Gần một nửa người bệnh tham gia nghiên cứu này có xu hướng tình dục đồng giới (48,6%) và quan hệ đồng giới là đường lây nhiễm HIV chính (55,6%). Khoảng 42% cho biết

chỉ một số người thân biết tình trạng nhiễm HIV, trong khi 84,4% nhận được hỗ trợ từ gia đình; hỗ trợ từ xã hội và dịch vụ y tế lần lượt là 47,1% và 76,1%. Tỷ lệ sử dụng chất gây nghiện (2,9%), điều trị methadone (1,2%), rối loạn lo âu (3,2%) và trầm cảm (1,2%) đều thấp, tuy nhiên tỷ lệ sa sút

trí tuệ tương đối cao (57,6%). Trong các đặc điểm hành vi, tâm thần được phân tích, chỉ rối loạn trầm cảm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị ARV. Trong đó, người có rối loạn trầm cảm có khả năng tuân thủ điều trị ARV thấp hơn 92% so với người không trầm cảm (Bảng 2).

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội và mối liên quan với tuân thủ điều trị (n = 410)

Đặc điểm	n (%)	Tuân thủ điều trị		Giá trị p	OR (KTC 95%)
		Tốt (n= 363), n(%)	Không tốt (n = 47), n(%)		
Tuổi, năm					
TB ± DLC	34,4 ± 8,7	34,6 ± 8,7	32,5 ± 8,7	0,116	1,03 (0,99-1,07)
Nhóm tuổi					
< 30	129 (31,5)	109 (84,5)	20 (15,5)		1
30 – 39	168 (41,0)	153 (91,1)	15 (8,9)	0,085	1,87 (0,92–3,82)
40 – 49	87 (21,2)	77 (88,5)	10 (11,5)	0,405	1,41 (0,63-3,19)
≥ 50	26 (6,3)	24 (92,3)	2 (7,7)	0,309	2,20(0,48-10,06)
Giới tính					
Nam	336 (81,9)	300 (89,3)	36 (10,7)		1
Nữ	74 (18,1)	63 (85,1)	11 (14,9)	0,313	0,69 (0,33-1,42)
Công việc hiện tại					
Không có việc làm	16 (3,9)	14 (87,5)	2 (12,5)		1
Làm thời vụ/ bán thời gian	63 (15,4)	54 (85,7)	9 (14,3)	0,854	0,86 (0,17 – 4,42)
Làm toàn thời gian	276 (67,3)	245 (88,8)	31 (11,2)	0,876	1,13 (0,24 – 5,20)
Khác	55 (13,4)	50 (90,9)	5 (9,1)	0,688	1,43 (0,25 – 8,17)
Trình độ học vấn cao nhất					
≤ Cấp 1	85 (20,8)	74 (87,1)	11 (12,9)		1
Cấp 2	103 (25,1)	88 (85,4)	15 (14,6)	0,749	0,87 (0,38 – 2,01)
Cấp 3	128 (31,2)	114 (89,1)	14 (10,9)	0,657	1,21 (0,52 – 2,81)
Trung cấp/ Cao đẳng hoặc hơn	94 (22,9)	87 (92,5)	7 (7,5)	0,228	1,85 (0,68 – 5,01)
Tình trạng hôn nhân					
Độc thân	206 (50,3)	181 (87,9)	25 (12,1)		1
Đã lập gia đình/ Chưa cưới nhưng sống chung như vợ chồng	167 (40,7)	149 (89,2)	18 (10,8)	0,683	1,14 (0,60 – 2,18)
Ly dị/ Ly thân/ Góa	37 (9,0)	33 (89,2)	4 (10,8)	0,819	1,14 (0,37 – 3,49)
Tôn giáo					
Có đạo	181 (44,2)	154 (85,1)	27 (14,9)		1
Không có đạo	229 (55,8)	209 (91,3)	20 (8,7)	0,053	1,83 (0,99 – 3,39)
Tình trạng kinh tế					
Rất nghèo/Nghèo	58 (14,2)	51 (87,9)	7 (12,1)		1
Trung bình/ Giàu/ Rất giàu	352 (85,8)	312 (88,6)	40 (11,4)	0,876	1,07 (0,45 – 2,52)
Nơi sống hiện tại					
Bình Dương	403 (98,3)	359 (89,1)	44 (10,9)		1
Khác	7 (1,7)	4 (57,1)	3 (42,9)	0,020	6,12 (1,33 – 28,24)

Bảng 2. Đặc điểm hành vi, tâm thần và mối liên quan với tuân thủ điều trị (n = 410)

Đặc điểm	n (%)	Tuân thủ điều trị		Giá trị p	OR (KTC 95%)
		Tốt (n=363), n (%)	Không tốt (n=47), n (%)		
Xu hướng tình dục					
Khác giới	167 (40,7)	147 (88,0)	20 (12,0)		1
Đồng giới	199 (48,6)	175 (87,9)	24 (12,1)	0,980	0,99 (0,53 – 1,87)
Cả hai giới/ Không chắc	44 (10,7)	41 (93,2)	3 (6,8)	0,335	1,86 (0,53 – 6,57)
Đường lây truyền HIV					
Quan hệ tình dục đồng giới	228 (55,6)	202 (88,6)	26 (11,4)		1
Quan hệ tình dục khác giới	121 (29,5)	107 (88,4)	14 (11,6)	0,963	0,98 (0,49 – 1,96)
Khác (Tiêm chích ma túy,...)	61 (14,9)	54 (88,5)	7 (11,5)	0,987	0,99 (0,41 – 2,41)
Gia đình biết về tình trạng HIV					
Tất cả đều biết	95 (23,2)	85 (89,5)	10 (10,5)		1
Chỉ một số người biết	171 (41,7)	147 (86,0)	24 (14,0)	0,413	0,72 (0,33 – 1,58)
Không ai biết/ Không rõ	144 (35,1)	131 (91,0)	13 (9,0)	0,701	1,19 (0,50 – 2,83)
Hỗ trợ từ gia đình					
Không	64 (15,6)	56 (87,5)	8 (12,5)		1
Có	346 (84,4)	307 (88,7)	39 (11,3)	0,777	1,12 (0,50 – 2,53)
Hỗ trợ từ xã hội					
Có	193 (47,1)	169 (87,6)	24 (12,4)	0,561	0,83 (0,45 – 1,53)
Không	217 (52,9)	194 (89,4)	23 (10,6)		1
Hỗ trợ từ dịch vụ y tế					
Có	312 (76,1)	271 (86,9)	41 (13,1)	0,063	0,43 (0,18 – 1,05)
Không	98 (23,9)	92 (93,9)	6 (6,1)		1
Dùng chất gây nghiện					
Có	12 (2,9)	11 (91,7)	1 (8,3)	0,731	1,44 (0,18 – 11,4)
Không	398 (97,1)	352 (88,4)	46 (11,6)		1
Tiền sử điều trị methadone					
Có	5 (1,2)	5 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Không	405 (98,8)	358 (88,4)	47 (11,6)	-	-
Rối loạn lo âu					
Có	13 (3,2)	11 (84,6)	2 (15,4)	0,654	0,70 (0,15 – 3,27)
Không	397 (96,8)	352 (88,7)	45 (11,3)		1
Rối loạn trầm cảm					
Có	5 (1,2)	2 (40,0)	3 (60,0)	0,007	0,08 (0,01 – 0,50)
Không	405 (98,8)	361 (89,1)	44 (10,9)		1
Sa sút trí tuệ					
Có	236 (57,6)	211 (89,4)	25 (10,6)	0,520	1,22 (0,66 – 2,25)
Không	174 (42,4)	152 (87,4)	22 (12,6)		1

3.3. Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan với tuân thủ điều trị

Tỷ lệ mắc bệnh mạn tính, viêm gan B/C của đối tượng tham gia nghiên cứu dao động 5–7%. Khoảng 60% điều trị

ARV dưới 5 năm, 85,9% đạt ức chế tải lượng HIV. Hầu hết bệnh nhân đang ở giai đoạn lâm sàng 1 (99,3%) và sử dụng phác đồ bậc 1 (98,1%). Các yếu tố lâm sàng – điều trị có liên quan đến tuân thủ điều trị ARV bao gồm: tải lượng HIV ở

ngưỡng không phát hiện, tiền sử hoãn điều trị ARV, tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục và tiền sử mắc bệnh cơ hội (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và mối liên quan với tuân thủ điều trị (n = 410)

Đặc điểm	n (%)	Tuân thủ điều trị		Giá trị p	OR (KTC 95%)
		Tốt (n=363), n(%)	Không tốt (n=47), n(%)		
Bệnh mãn tính					
Có	26 (6,3)	22 (84,6)	4 (15,4)	0,519	0,69 (0,23 – 2,11)
Không	384 (93,7)	341 (88,8)	43 (11,2)		
Viêm gan B					
Có	21 (5,1)	18 (85,7)	3 (14,3)	0,678	0,77 (0,22 – 2,70)
Không	389 (94,9)	345 (88,7)	44 (11,3)		
Viêm gan C					
Có	27 (6,6)	23 (85,2)	4 (14,8)	0,573	0,73 (0,24 – 2,20)
Không	383 (93,4)	340 (88,8)	43 (11,2)		
Tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục					
Có	60 (14,6)	48 (80,0)	12 (20,0)	0,028	0,44 (0,22 – 0,92)
Không	350 (85,4)	315 (90,0)	35 (10,0)		
Tiền sử mắc bệnh cơ hội					
Có	57 (13,9)	46 (80,7)	11 (19,3)	0,049	0,47 (0,23 – 0,99)
Không	353 (86,1)	317 (89,8)	36 (10,2)		
Thời gian kể từ khi bắt đầu điều trị ARV					
< 5 năm	245 (59,8)	213 (86,9)	32 (13,1)	0,218	1,50 (0,79 – 2,87)
≥ 5 năm	165 (40,2)	150 (90,9)	15 (9,1)		
Tải lượng vi rút HIV					
Không phát hiện	348 (85,9)	320 (91,9)	28 (8,1)	<0,001	0,18 (0,09 – 0,34)
Khác	57 (14,1)	38 (66,7)	19 (33,3)		
Giai đoạn lâm sàng					
1	407 (99,3)	360 (88,4)	47 (11,6)	-	-
3	3 (0,7)	3 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Phác đồ điều trị HIV					
Bậc 1	402 (98,1)	355 (88,3)	47 (11,7)	-	-
Bậc 2	8 (1,9)	8 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Tiền sử hoãn điều trị ARV					
Có	34 (8,3)	17 (50,0)	17 (50,0)	<0,001	0,09 (0,04 – 0,19)
Không	376 (91,7)	346 (92,0)	30 (8,0)		

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu này đạt 88,5%, chưa đạt ngưỡng tối ưu ($\geq 95\%$) được khuyến cáo

nhằm đảm bảo hiệu quả điều trị và hạn chế nguy cơ kháng thuốc. Tuy vậy, một số nghiên cứu gần đây ghi nhận rằng với các phác đồ ARV hiện đại, mức tuân thủ $\geq 90\%$ vẫn có thể đạt được hiệu quả tương đương trong việc ức chế tải lượng

vi rút [13]. Kết quả trong nghiên cứu này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước (80–90%) và cao hơn mức trung bình toàn cầu (khoảng 62%) theo tổng quan hệ thống của Ortego C [6,14-16]. Kết quả này phản ánh phần nào hiệu quả của hệ thống quản lý điều trị ARV tại các cơ sở y tế trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh. Tuy nhiên, để đạt được mục tiêu điều trị bền vững theo chiến lược 95 – 95 – 95 của UNAIDS, cần tiếp tục củng cố và duy trì các biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị cho bệnh nhân.

Kết quả phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm dân số xã hội và tuân thủ điều trị ARV cho thấy người bệnh sống ngoài Thành phố Hồ Chí Minh có khả năng tuân thủ điều trị kém hơn. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước cho thấy nơi cư trú xa trung tâm y tế là yếu tố cản trở tuân thủ điều trị. Một phân tích gộp tại Ethiopia ghi nhận người sống ở đô thị có khả năng tuân thủ tốt hơn đáng kể [17]. Việc di chuyển xa, thiếu dịch vụ hỗ trợ tại địa phương và chi phí liên quan có thể là các yếu tố trung gian làm giảm khả năng duy trì điều trị. Nghiên cứu tại Zambia cũng gợi ý rằng nơi ở có thể là đại diện cho mức độ an ninh kinh tế cộng đồng và hỗ trợ xã hội (các điều kiện không đồng đều giữa khu vực địa lý) [18]. Các đặc điểm dân số xã hội khác như tuổi, giới tính, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân không liên quan đến tuân thủ điều trị ARV. Kết quả này phù hợp với các tổng quan trước đây, cho thấy những yếu tố này thường không có mối liên hệ ổn định với tuân thủ điều trị [7,19].

Nghiên cứu về mối liên quan giữa đặc điểm hành vi, tâm thần và tuân thủ điều trị ARV cho thấy người có rối loạn trầm cảm có khả năng tuân thủ điều trị ARV thấp hơn. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, trong đó trầm cảm là yếu tố nguy cơ làm giảm tuân thủ điều trị ở người sống chung với HIV [20]. Một phân tích gộp năm 2013 trên 111 nghiên cứu ghi nhận khả năng đạt được sự tuân thủ ARV tốt thấp hơn 42% ở những người có triệu chứng trầm cảm so với những người không có [21]. Ngược lại, các yếu tố hành vi, tâm thần khác không có mối liên quan đến tuân thủ điều trị ARV trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên một số nghiên cứu trên thế giới lại cho thấy hỗ trợ xã hội có liên quan tới tuân thủ điều trị [22].

Nghiên cứu này cho thấy một số yếu tố lâm sàng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ ARV. Cụ thể, người có tải lượng HIV dưới ngưỡng phát hiện có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn, điều này phù hợp với các bằng

chứng cho thấy tuân thủ cao có liên quan mật thiết đến ức chế vi-rút bền vững [23]. Ngoài ra, tiền sử hoãn điều trị, tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục và bệnh cơ hội cũng liên quan đến tỷ lệ tuân thủ thấp hơn. Những yếu tố này có thể phản ánh sự gián đoạn trong quá trình điều trị, tình trạng sức khỏe kém và gánh nặng bệnh lý, từ đó ảnh hưởng đến khả năng duy trì điều trị liên tục [24,25].

Hạn chế của nghiên cứu

Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế cắt ngang nên không thể xác định quan hệ nhân – quả giữa các yếu tố liên quan và tuân thủ điều trị.

Thứ hai, mẫu nghiên cứu được chọn từ 3/9 phòng khám tại Thành phố Hồ Chí Minh, do đó có thể không đại diện hoàn toàn cho toàn bộ dân số người nhiễm HIV điều trị ARV trên địa bàn.

Thứ ba, việc đánh giá tuân thủ dựa vào ghi nhận trong hồ sơ bệnh án có thể bị ảnh hưởng bởi sự thiếu đồng nhất trong cách ghi chép của bác sĩ.

Thứ tư, những bệnh nhân bỏ hẹn hoặc chuyển tuyến – nhóm có nguy cơ không tuân thủ cao – có thể không được đưa vào nghiên cứu, gây sai lệch chọn mẫu.

Cuối cùng, có khả năng tồn tại nhiều do một số yếu tố chưa được đo lường hoặc kiểm soát đầy đủ như sự kỳ thị phân biệt đối xử, chất lượng tư vấn của nhân viên y tế.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV ở người nhiễm HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Thành phố Hồ Chí Minh vẫn còn ở mức tương đối thấp với khoảng 88,5%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tuân thủ gồm: nơi cư trú ngoài Thành phố Hồ Chí Minh, tải lượng HIV, tiền sử hoãn điều trị ARV, tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, tiền sử mắc bệnh cơ hội và rối loạn trầm cảm. Trong khi đó, các yếu tố nhân khẩu học, tình trạng sức khỏe chung và bệnh đồng nhiễm không cho thấy mối liên quan. Vì vậy, cần tăng cường sàng lọc, can thiệp sớm và hỗ trợ phù hợp cho người nhiễm HIV có rối loạn trầm cảm, tiền sử mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục, bệnh cơ hội, từng hoãn điều trị hoặc cư trú ngoài tỉnh nhằm giảm nguy cơ kháng thuốc và nâng cao hiệu quả điều trị.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Trung tâm Y tế khu vực Thủ Dầu Một, Trung tâm Y tế khu vực Bến Cát và Trung tâm Y tế khu vực Phú Giáo đã hỗ trợ thực hiện nghiên cứu này.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 179/2025/HĐ-ĐHYD.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Phạm Thị Thu Phương

<https://orcid.org/0000-0002-2401-8833>

Phùng Thị Định

<https://orcid.org/0009-0001-6055-0974>

Nguyễn Thị Thu An

<https://orcid.org/0009-0001-2510-5971>

Thái Thanh Trúc

<https://orcid.org/0000-0003-2512-8281>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Phùng Thị Định, Thái Thanh Trúc

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Phùng Thị Định, Phạm Thị Thu Phương, Nguyễn Thị Thu An, Thái Thanh Trúc

Thu thập dữ liệu: Phùng Thị Định, Phạm Thị Thu Phương, Nguyễn Thị Thu An

Giám sát nghiên cứu: Thái Thanh Trúc

Nhập dữ liệu: Phùng Thị Định

Quản lý dữ liệu: Phùng Thị Định

Phân tích dữ liệu: Phùng Thị Định, Phạm Thị Thu Phương, Nguyễn Thị Thu An, Thái Thanh Trúc

Viết bản thảo đầu tiên: Phùng Thị Định

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Thái Thanh Trúc, Phạm Thị Thu Phương, Nguyễn Thị Thu An

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 2267/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 27/5/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. HIV statistics, globally and by WHO region, 2023. 2023.
2. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet Geneva: UNAIDS 2024. 2025;<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011;365(6):493-505.
4. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. Lancet. 2019;393(10189):2428-2438.
5. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med. 2000;133(1):21-30.
6. Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): a meta-analysis. AIDS Behav. 2011;15(7):1381-96.
7. Peltzer K, Pengpid S. Socioeconomic factors in adherence to HIV therapy in low- and middle-income countries. J Health Popul Nutr. 2013;31(2):150-70.
8. Ware NC, Idoko J, Kaaya S, et al. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. PLoS Med. 2009;6(1):e11.
9. Nachega JB, Uthman OA, Peltzer K, et al. Association between antiretroviral therapy adherence and employment status: systematic review and meta-

- analysis. Bull World Health Organ. 2015;93(1):29-41.
10. Nanni MG, Caruso R, Mitchell AJ, et al. Depression in HIV infected patients: a review. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(1):530.
11. Bộ Y tế. Quyết định số 612/QĐ-BYT ngày 14 tháng 3 năm 2024 về việc Ban hành Kế hoạch phòng chống HIV/AIDS năm 2024. Hà Nội. 2024.
12. Quyết định số 5968/QĐ-BYT ngày 31 tháng 12 năm 2021 về việc ban hành Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, (2021).
13. Manalel JA, Kaufman JE, Wu Y, et al. Association of ART regimen and adherence to viral suppression: an observational study of a clinical population of people with HIV. AIDS Research and Therapy. 2024;21(1):68.
14. Nguyễn Thị Trúc Giang, Phạm Thị Nhã Trúc. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị tại Trung tâm Y tế Thị xã Hòa Thành, tỉnh Tây Ninh, năm 2025. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;551(2):146.
15. Đào Thị Thủy, Vũ Hồng Nhung. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa huyện Vũ Thư năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(3):142.
16. Nguyễn Hoàng Thanh Tâm, Đỗ Nhật Phương, Phạm Đình Nguyên. Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan tại Trung tâm Y tế Quận 6 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;544(3):188.
17. Fite RO. Association between adherence to Antiretroviral Therapy and place of residence among adult HIV infected patients in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021;16(9):e0256948.
18. Masa R, Chowa G, Nyirenda V. Barriers and facilitators of antiretroviral therapy adherence in rural Eastern province, Zambia: the role of household economic status. Afr J AIDS Res. 2017;16(2):91-99.
19. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Pliatsika PA, et al. Socioeconomic status (SES) as a determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: a systematic review of the literature. Retrovirology. 2008;5:13.
20. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, et al. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011;58(2):181-7.
21. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, et al. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Curr HIV/AIDS Rep. 2014;11(3):291-307.
22. Oliveira RdS, Primeira MR, Santos WMd, et al. Association between social support and adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2020;41:e20190290.
23. Wagner Z, Wang Z, Stecher C, et al. The association between adherence to antiretroviral therapy and viral suppression under dolutegravir-based regimens: an observational cohort study from Uganda. J Int AIDS Soc. 2024;27(8):e26350.
24. Haberer JE, Musinguzi N, Boum Y, 2nd, et al. Duration of Antiretroviral Therapy Adherence Interruption Is Associated With Risk of Virologic Rebound as Determined by Real-Time Adherence Monitoring in Rural Uganda. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;70(4):386-92.
25. Fonsah JY, Njamshi AK, Kouanfack C, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Yaoundé-Cameroon: Association with Opportunistic Infections, Depression, ART Regimen and Side Effects. PLOS ONE. 2017;12(1):e0170893.