

Khảo sát tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân HIV/AIDS điều trị tại Trung tâm Y tế Quận 3 năm 2024

Phạm Hồng Thái¹, Ngô Hoàng Nhật Mẫn², Nguyễn Thái², Nguyễn Thị Thu Thủy^{1*}

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Trung tâm Y tế Quận 3

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tuân thủ sử dụng thuốc kháng virus (ARV) đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát HIV/AIDS, giúp giảm tỷ lệ tử vong và ngăn ngừa kháng thuốc. Tuy nhiên, nghiên cứu về tuân thủ sử dụng thuốc vẫn còn hạn chế ở tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là tại Trung tâm Y tế Quận 3 (TTYT Quận 3) do đó nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS điều trị tại TTYT Quận 3 năm 2024. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ sử dụng các phác đồ điều trị và đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Y tế Quận 3 năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu tiến cứu thông qua khảo sát bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại TTYT Quận 3 năm 2024. **Kết quả:** Khảo sát 468 bệnh nhân, nam giới (94.0%), tuổi trung bình: 33.96 ± 8.64 ; 98.1% điều trị phác đồ bậc 1 với 96.4% sử dụng 2NRTI+DTG (INSTI) và 95.3% bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt. **Kết luận:** Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV tại TTYT Quận 3 đạt mức cao, song vẫn có khác biệt giữa các nhóm. Cần ưu tiên can thiệp cho nam giới trẻ có quan hệ đồng giới để cải thiện hiệu quả điều trị.

Từ khóa: HIV/AIDS, thuốc ARV, tuân thủ điều trị, Trung tâm Y tế Quận 3

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV (Human Immunodeficiency Virus) là vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan tâm trên toàn cầu, với khoảng 39 triệu người sống chung với HIV [1]. 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 [1], giúp chuyển biến bệnh 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, nhiều nghiên cứu đã cho thấy tuân thủ điều trị đóng một vai trò quan trọng [2]. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về tuân thủ điều trị sử dụng thuốc của bệnh nhân HIV tại

một số cơ sở y tế, nhưng hiện vẫn chưa có công trình nghiên cứu tương tự ở TTYT Quận 3. Vì vậy, nghiên cứu “Khảo sát tuân thủ sử dụng thuốc ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Trung tâm y tế Quận 3 năm 2024” được thực hiện với các mục tiêu sau: (1) Xác định tỷ lệ sử dụng các phác đồ điều trị ở bệnh nhân HIV/AIDS; (2) Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân HIV/AIDS và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS tại Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng HIV/AIDS của Trung tâm Y tế Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ

Bảng 1. Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ

Tiêu chuẩn lựa chọn	Tiêu chuẩn loại trừ
<ul style="list-style-type: none">Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV/AIDS.Bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng HIV/AIDS Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh.Bệnh nhân đồng ý tham nghiên cứu.	<ul style="list-style-type: none">Bệnh nhân có các vấn đề về thần kinh nghiêm trọng, hoặc không đủ minh mẫn để trả lời các câu hỏi nghiên cứu.Phiếu khảo sát không đầy đủ thông tin.

Ghi chú: HIV: Human immunodeficiency vi-rút; AIDS: Acquired immunodeficiency syndrome

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuynt1@hiu.vn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu tiến cứu thông qua phiếu khảo sát bệnh nhân HIV/AIDS.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N = z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

z: Trị số phân phối chuẩn.

p: Tỷ lệ tuân thủ điều trị ARV, p = 0.5 [3].

d: Sai số trung bình = 0.05.

Với Z = 1.96 theo khoảng tin cậy 95%, α = 0.05.

n = 384 thêm 20% mất mẫu, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 384*120% = 480.

Phương pháp lấy mẫu: Quần thể nghiên cứu gồm 2,700 bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng HIV/AIDS với 125 ca thăm khám mỗi ngày. Nghiên cứu có thời gian chọn mẫu từ tháng 9 đến tháng 12/2024 tương đương với 4 tháng, mỗi tháng cần cỡ mẫu 116 ca, mỗi ngày cần chọn 6 ca theo tiêu chí chọn mẫu. Lấy mẫu ngẫu nhiên hệ thống, mỗi 5 ca đến khám chọn 1 ca bất kỳ để đưa vào nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Xác định tỷ lệ các phác đồ trong đơn thuốc điều trị bao gồm các nội dung sau: Mô tả đặc điểm mẫu nghiên cứu, mô tả thực trạng sử dụng thuốc thông qua xác định tỷ lệ các phác đồ, tỷ lệ các thuốc sử dụng.

- Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS, dùng phiếu khảo sát bệnh nhân để đánh giá mức độ tuân thủ điều trị theo tiêu chuẩn Morisky 8.

2.4. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu

Dữ liệu của đề tài được xử lý và thống kê bằng phần mềm Microsoft Excel 2021, IBM SPSS Statistics 26.0. Dữ liệu được thống kê với độ tin cậy 95%. Phương pháp phân tích các yếu tố liên quan là phép kiểm Mann-Whitney hoặc Kruskal Wallis.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng số 168/PCT-HĐĐĐ-SĐH và số 1209/TTYT Quận 3.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Khảo sát mẫu nghiên cứu bao gồm 468 bệnh nhân HIV/AIDS, đề tài ghi nhận đặc điểm mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 468)

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	28	6.0
	Nam	440	94.0
Tuổi	Giá trị trung bình - Độ lệch chuẩn	33.96 ± 8.64	
	Giá trị lớn nhất - Giá trị nhỏ nhất	18 - 70	
Nhóm tuổi	16 - 29	150	32.1
	30 - 49	289	61.8
	≥ 50	29	6.2
Nghề nghiệp	Học sinh/sinh viên	11	2.4
	Nhân viên văn phòng/viên chức	212	45.3
	Phục vụ	17	3.6
	Lao động tự do	212	45.3
	Hưu trí	6	1.3
	Khác	10	2.1
Học vấn	Không học	6	1.3
	Tiểu học	9	1.9
	Trung học cơ sở	42	9.0
	Trung học phổ thông	141	30.1
	Trung cấp/cao đẳng/đại học	253	54.1
	Sau đại học	17	3.6

Đặc điểm mẫu nghiên cứu		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Dân tộc	Kinh	444	94.9
	Hoà	11	2.4
	Khác	13	2.8
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	399	85.3
	Đã có gia đình	69	14.7
Tình trạng cư trú	Sống cùng gia đình	281	60.0
	Sống một mình	187	40.0
Hỗ trợ từ gia đình	Có	260	55.6
	Không	208	44.4
Quan hệ đồng giới	Có	318	67.9
	Không	150	32.1
Thời gian điều trị	1 - 4 năm	137	29.3
	5 - 10 năm	269	57.5
	≥ 10 năm	62	13.2

Theo Bảng 2, kết quả ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (94.0%; nam:nữ = 15.7:1), chủ yếu trong độ tuổi 30 - 49 (61.8%), với tuổi trung bình 33.96 ± 8.64. Phần lớn bệnh nhân là dân tộc Kinh (94.9%), đa số

bệnh nhân độc thân (85.3%), sống cùng gia đình (60.0%) và nhận hỗ trợ từ người thân (55.6%). Tỷ lệ có quan hệ đồng giới chiếm 67.9%, với 57.5% có thời gian điều trị từ 5 - 10 năm.

3.2. Đặc điểm sử dụng các phác đồ điều trị

Bảng 3. Bậc phác đồ và tỷ lệ phối hợp thuốc (n = 418)

Đặc điểm sử dụng thuốc		Tần số	Tỷ lệ (%)
Bậc phác đồ	Bậc 1	459	98.1
	Bậc 2	9	1.9
Tỷ lệ phối hợp	2NRTI + DTG(INSTI)	451	96.4
	2NRTI + EFV(NNRTI)	8	1.7
	2NRTI + LPV/r(PI)	9	1.9

Ghi chú: NRTI (Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors - Ức chế men sao chép ngược nhóm nucleoside), DTG (Dolutegravir - INSTI, thuốc ức chế integrase), EFV (Efavirenz - NNRTI, thuốc ức chế men sao chép ngược không nucleoside), LPV/r (Lopinavir/ritonavir - PI, thuốc ức chế protease)

Theo Bảng 3, nghiên cứu ghi nhận bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ bậc 1 chiếm phần lớn (98.1%), bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ bậc 2 chiếm tỷ lệ thấp (1.9%). Đa số bệnh nhân HIV/AIDS sử

dụng phối hợp phác đồ 2NRTI + DTG(INSTI) chiếm tỷ lệ 96.4%, các phác đồ như 2NRTI + EFV(NNRTI) và 2NRTI + LPV/r có tỷ lệ sử dụng thấp hơn đáng kể, lần lượt có giá trị 1.7% và 1.9%, tương ứng.

3.3. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân tại Trung tâm Y tế Quận 3 năm 2024

3.3.1. Thực trạng tuân thủ

Bảng 4. Đặc điểm tuân thủ (n = 468)

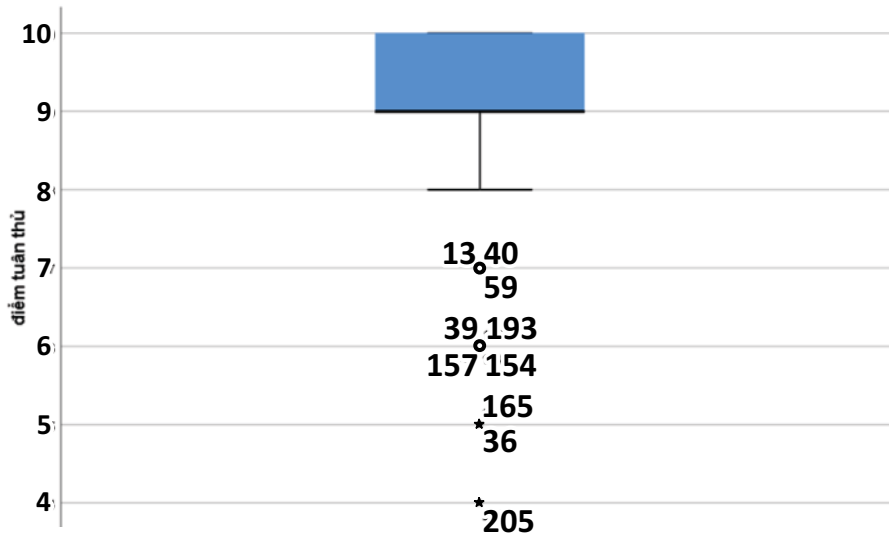
Tiêu chí	Tần số (Tỷ lệ %)	
	Không	Có
Thỉnh thoảng quên uống thuốc	393 (84.0%)	75 (16.0%)
Quên thuốc liên tục trong nhiều ngày (> 2 ngày)	441 (94.2%)	27 (5.8%)
Khi rời khỏi nhà, đi du lịch quên mang theo thuốc	435 (92.9%)	33 (7.1%)
Hôm qua có uống thuốc	14 (3.0%)	454 (97.0%)
Từng giảm, ngừng uống thuốc khi cảm thấy mất niềm tin vào cuộc sống	465 (99.4%)	3 (0.6%)

Tiêu chí	Tần số (Tỷ lệ %)	
	Không	Có
Thỉnh thoảng ngừng uống thuốc khi cảm thấy bệnh được kiểm soát	445 (95.1%)	23 (4.9%)
Thấy phiền phức với việc uống thuốc hằng ngày	427 (91.2%)	41 (8.8%)
Dùng thuốc trong một khung giờ nhất định	36 (7.7%)	432 (92.3%)

Theo Bảng 4 ghi nhận 97.0% bệnh nhân uống thuốc đầy đủ trong ngày trước khảo sát; 16.0% thỉnh thoảng quên uống thuốc; 7.1% quên mang thuốc khi ra ngoài và 5.8% quên thuốc trong nhiều ngày. Ngoài

ra, 4.9% thỉnh thoảng ngừng thuốc khi thấy bệnh được kiểm soát, 0.6% từng ngừng thuốc do mất niềm tin, 92.3% tuân thủ giờ uống thuốc cố định và 8.8% cảm thấy phiền với việc uống thuốc hằng ngày.

Điểm tuân thủ



Hình 1. Điểm tuân thủ điều trị

Ghi chú: Tuân thủ tốt từ 8 điểm trở lên, tuân thủ trung bình từ 6 đến 7 điểm, tuân thủ kém bé hơn 6 điểm

Theo Hình 1, nghiên cứu ghi nhận điểm tuân thủ thấp nhất là 4 điểm, điểm cao nhất đạt mức 10 điểm. Giá trị trung vị nằm ở khoảng 8 điểm.

Mức độ tuân thủ

Bảng 5. Mức độ tuân thủ theo bảng Morisky (n = 468)

Mức độ tuân thủ	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuân thủ tốt	446	95.3
Tuân thủ trung bình	19	4.1
Tuân thủ kém	3	0.6

Theo Bảng 5, ghi nhận 95.3% bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, 4.1% bệnh nhân có mức độ tuân thủ trung bình và 0.6% bệnh nhân tuân thủ kém.

3.2.2. Các yếu tố liên quan đến điểm tuân thủ

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến điểm tuân thủ

Đặc điểm	Điểm tuân thủ (GTTB ± ĐLC)	Tần số (n)	Thứ hạng trung bình	Giá trị p
Giới tính				
Nữ	9.75 ± 0.52	28	310.45	< 0.001
Nam	9.18 ± 0.98	440	229.67	

Đặc điểm	Điểm tuân thủ (GTTB ± ĐLC)	Tần số (n)	Thứ hạng trung bình	Giá trị p
Nhóm tuổi				
16 - 29 tuổi	9.03 ± 1.09	150	211.43	0.013
30 - 49 tuổi	9.29 ± 0.90	289	243.10	
≥ 50 tuổi	9.48 ± 0.74	29	268.10	
Trình độ học vấn				
Trước - Đại học	9.24 ± 0.96	451	237.22	0.015
Sau Đại học	8.65 ± 1.12	17	162.24	
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	9.13 ± 0.99	381	221.56	< 0.01
Đã có vợ/chồng	9.59 ± 0.75	69	289.83	
Ly dị/ly thân/goá	9.67 ± 0.59	18	296.25	
Quan hệ đồng giới				
Không	9.45 ± 0.88	150	268.93	< 0.01
Có	9.11 ± 0.99	318	218.26	

Ghi chú: GTTB: Giá trị trung bình. ĐLC: Độ lệch chuẩn

Theo Bảng 6, kết quả nghiên cứu ghi nhận nữ giới có điểm tuân thủ trung bình cao hơn nam giới (9.75 ± 0.52 so với 9.18 ± 0.98; p < 0.001). Điểm tuân thủ tăng theo tuổi, cao nhất ở nhóm ≥ 50 tuổi (9.48 ± 0.74) và thấp nhất ở nhóm 16 - 29 tuổi (9.03 ± 1.09). Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn từ không học vấn đến đại học tuân thủ tốt hơn nhóm sau đại học (9.24 ± 0.96 so với 8.65 ± 1.12; p < 0.05). Về tình trạng hôn nhân, nhóm “Đã có vợ/chồng” và “Ly dị/ly thân/goá” có điểm tuân thủ cao hơn nhóm độc thân (p < 0.01). Ngoài ra, bệnh nhân không có quan hệ đồng giới tuân thủ tốt hơn nhóm có quan hệ đồng giới (9.45 ± 0.88 so với 9.11 ± 0.99; p < 0.01).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 468 bệnh nhân, trong đó nam giới chiếm ưu thế hơn so với nữ giới, (tỷ lệ nam:nữ là 15.7:1). Độ tuổi trung bình là 33.96 ± 8.64 tuổi, chủ yếu tập trung ở nhóm 30 - 49 tuổi (61.8%). Phần lớn bệnh nhân là nhân viên văn phòng hoặc lao động tự do (45.3%), có trình độ học vấn từ phổ thông đến đại học (98.4%), thuộc dân tộc Kinh (94.9%) và chưa lập gia đình (85.3%). Các đặc điểm này phản ánh đúng xu hướng dịch tễ học của người nhiễm HIV tại Việt Nam hiện nay - chủ yếu là nam giới trẻ tuổi, trong độ tuổi lao động, đang điều trị ổn định lâu dài [4].

4.2. Đặc điểm sử dụng các phác đồ điều trị ở bệnh nhân HIV/AIDS

Về đặc điểm sử dụng thuốc, đa số người bệnh được điều trị bằng phác đồ bậc 1 (98.1%), trong đó phác đồ 2 NRTI + Dolutegravir (DTG, một thuốc ức chế integrase - INSTI) chiếm ưu thế tuyệt đối (96.4%). Kết quả nghiên cứu cao hơn tỷ lệ ở nhiều quốc gia thu nhập thấp và trung bình (LMICs), khảo sát tại 179 cơ sở điều trị HIV ở 35 quốc gia LMICs, khoảng 90% báo cáo đã triển khai phác đồ DTG cho bậc 1 và 59% cho bậc 2 [5]. Ngoài ra, phân tích gộp gần đây cho thấy các phác đồ chứa DTG đạt tỷ lệ ức chế virus 95% tại 6 tháng và 98% tại 24 tháng theo dõi, khẳng định hiệu quả vượt trội của DTG so với các thuốc NNRTI truyền thống [6]. Việc sử dụng phổ biến phác đồ DTG mang lại nhiều lợi ích lâm sàng: Khả năng ức chế virus mạnh, dung nạp tốt, ít tương tác thuốc và nguy cơ kháng thuốc thấp. Tuy nhiên, vẫn cần theo dõi chặt chẽ mức độ tuân thủ điều trị và tình trạng kháng thuốc dài hạn, bởi các nghiên cứu trong nước cho thấy tỷ lệ tuân thủ ≥ 90% chỉ đạt khoảng 60 - 65% [7]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ cập nhật cao của chương trình điều trị ARV tại Việt Nam và phản ánh sự chuyển đổi thành công sang phác đồ ưu tiên theo chuẩn quốc tế.

4.3. Mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân HIV/AIDS

Kết quả nghiên cứu tại Trung tâm Y tế Quận 3 ghi

nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị kháng retrovirus (ARV) cao, với 95.3% người bệnh đạt mức “tuân thủ tốt” theo thang đo Morisky (MMAS-8). Chỉ có 0.6% người bệnh thuộc nhóm “tuân thủ kém”. Tỷ lệ này phản ánh hiệu quả đáng ghi nhận của chương trình quản lý điều trị HIV tại địa phương, đồng thời cho thấy mức độ gắn kết của bệnh nhân đối với điều trị duy trì lâu dài. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự tuân thủ dùng thuốc như: Nữ giới trong nghiên cứu, thể hiện điểm tuân thủ cao hơn đáng kể so với nam giới (9.75 ± 0.52 so với 9.18 ± 0.98 ; $p < 0.001$), phù hợp với một số nghiên cứu về bệnh nhân ghép thận cho thấy phụ nữ trẻ có độ tuân thủ thời gian dùng thuốc tốt hơn nam giới cùng độ tuổi. Tuy nhiên, kết quả này trái ngược với các nghiên cứu khác về tăng huyết áp hoặc sử dụng opioid ở bệnh nhân HIV, nơi nam giới thường tuân thủ tốt hơn nữ giới do các yếu tố nhận thức bệnh khác nhau giữa hai giới [8]. Điểm tuân thủ tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm ≥ 50 tuổi (9.48 ± 0.74) và thấp nhất ở nhóm 16 - 29 tuổi (9.03 ± 1.09 ; $p = 0.013$), tương đồng với các nghiên cứu về bệnh nhân HIV cho thấy người lớn tuổi ≥ 50 tuổi có tỷ lệ tuân thủ ART cao gấp ba lần so với nhóm trẻ hơn nhờ chức năng nhận thức ổn định hơn [8]. Nhóm trình độ trước đại học có điểm tuân thủ cao hơn nhóm sau đại học (9.24 ± 0.96 so với 8.65 ± 1.12 ; $p = 0.015$), tương đồng với phát hiện ở bệnh nhân HIV tại Ethiopia nơi người có trình độ học vấn chính quy có nguy cơ tuân thủ kém cao gấp 4.12 lần so với không học vấn, có thể do kỳ thị xã hội và thu nhập cao hơn dẫn đến ít tuân thủ hơn. Tương tự, bệnh nhân HIV có kỹ năng đọc viết thấp thường tuân thủ kém hơn do rào cản nhận thức và kỳ thị [9]. Nhóm đã có vợ/chồng và ly dị/ly thân/góa có điểm tuân thủ cao hơn độc thân ($p < 0.01$), hỗ trợ bằng chứng từ bệnh nhân suy tim nơi tình trạng độc thân liên

quan đến tuân thủ kém hơn và nguy cơ sự kiện tim mạch cao gấp đôi, với tuân thủ làm trung gian cho mối quan hệ này. Các nghiên cứu HIV cũng xác nhận bệnh nhân đã kết hôn có hỗ trợ xã hội tốt hơn, cải thiện tuân thủ ART [10]. Bệnh nhân không có quan hệ đồng giới tuân thủ tốt hơn nhóm có quan hệ (9.45 ± 0.88 so với 9.11 ± 0.99 ; $p < 0.01$), phù hợp với dữ liệu ở nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) sống với HIV tại Mỹ, nơi kỳ thị, trầm cảm, lạm dụng chất và bạo lực đồng thời (syndemics) làm giảm tuân thủ ART [11]. Để duy trì tỷ lệ tuân thủ cao, chương trình điều trị cần tiếp tục tăng cường các biện pháp hỗ trợ cá nhân hóa, bao gồm tư vấn định kỳ, kết nối đồng đẳng viên và tích hợp hệ thống theo dõi nhắc liều trong hồ sơ bệnh án điện tử. Nhìn chung, tỷ lệ tuân thủ cao trong nghiên cứu hiện tại là tín hiệu tích cực, góp phần củng cố hiệu quả điều trị HIV quốc gia và hướng tới mục tiêu 95-95-95 của UNAIDS. Tuy vậy, các chiến lược duy trì tuân thủ cần được tiếp tục củng cố nhằm bảo đảm tính bền vững trong kiểm soát HIV/AIDS tại cộng đồng. Nghiên cứu có một số hạn chế, bao gồm mẫu nghiên cứu chỉ thu thập tại một cơ sở y tế, đánh giá tuân thủ dựa trên phỏng vấn bệnh nhân và thời gian nghiên cứu chưa phản ánh được sự thay đổi theo thời gian.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng phác đồ bậc 1, đặc biệt là 2NRTI + DTG, cùng mức tuân thủ điều trị ARV tại TTYT Quận 3 đạt tốt. Tuy nhiên, vẫn tồn tại khác biệt giữa các nhóm, trong đó nam giới trẻ tuổi có quan hệ đồng giới có xu hướng tuân thủ thấp hơn. Do đó, cần triển khai các can thiệp nhắm mục tiêu vào nhóm này để nâng cao hiệu quả điều trị và đảm bảo sử dụng thuốc ARV đúng phác đồ, cải thiện kết quả lâm sàng toàn diện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] G. Hirschall, A. D. Harries, P. J. Easterbrook, M. C. Doherty, and A. Ball, "The next generation of the World Health Organization's global antiretroviral guidance," (in eng), *J Int AIDS Soc*, vol. 16, no. 1, p. 18757, Jun 30 2013, doi: 10.7448/jas.16.1.1875718757.

[2] T. Q. L. T. Cường, T. V. Dũng, "Tuân thủ điều trị

ARV và một số yếu tố ảnh hưởng của người bệnh HIV/AIDS đang điều trị tại phòng khám ngoại trú của trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ngãi năm 2023," (in viet), *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 531, no. 1B, 2023.

[3] Đ. L. Thuỳ, "Đánh giá sự tuân thủ điều trị ARV và

một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ngoại trú tại Bệnh viện A Thái Nguyên," *Tạp chí Khoa học Công nghệ Y Dược*, số 89-2012," (in viet), 2012.

[4] H. T. Mai *et al.*, "Adherence to antiretroviral therapy among HIV/ AIDS patients in the context of early treatment initiation in Vietnam," (in eng), *Patient Prefer Adherence*, vol. 12, pp. 2131-2137, 2018, doi: 10.2147/ppa.S175474.

[5] E. Zaniewski *et al.*, "Transition to dolutegravir-based ART in 35 low- and middle-income countries: a global survey of HIV care clinics," (in eng), *Aids*, vol. 38, no. 15, pp. 2073-2085, Dec 1 2024, doi: 10.1097/qad.0000000000004007.

[6] C. L. Townsend *et al.*, "Effectiveness and safety of dolutegravir and raltegravir for treating children and adolescents living with HIV: a systematic review," (in eng), *J Int AIDS Soc*, vol. 25, no. 11, p. e25970, Nov 2022, doi: 10.1002/jia2.25970.

[7] N. V. N. T. C. T. Ha, và T. Huong Nguyen, "Antiretroviral medication adherence among patients with HIV/AIDS at a community medical

center in Vietnam," (in eng), *Vietnam Medical Journal*, vol. 525, p. 1, 2023.

[8] C. H. Hinkin *et al.*, "Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse," (in eng), *Aids*, vol. 18 Suppl 1, no. Suppl 1, pp. S19-25, Jan 1 2004, doi: 10.1097/00002030-200418001-00004.

[9] K. R. Waite, M. Paasche-Orlow, L. S. Rintamaki, T. C. Davis, and M. S. Wolf, "Literacy, social stigma, and HIV medication adherence," (in eng), *J Gen Intern Med*, vol. 23, no. 9, pp. 1367-72, Sep 2008, doi: 10.1007/s11606-008-0662-5.

[10] J. R. Wu *et al.*, "Medication adherence mediates the relationship between marital status and cardiac event-free survival in patients with heart failure," (in eng), *Heart Lung*, vol. 41, no. 2, pp. 107-14, Mar-Apr 2012, doi: 10.1016/j.hrtlng.2011.09.009.

[11] K. G. Quinn and D. R. Voisin, "ART Adherence Among Men Who Have Sex with Men Living with HIV: Key Challenges and Opportunities," (in eng), *Curr HIV/AIDS Rep*, vol. 17, no. 4, pp. 290-300, Aug 2020, doi: 10.1007/s11904-020-00510-5.

A study on medication adherence among HIV/AIDS patients receiving treatment at District 3 Health Center in 2024

Pham Hong Thai, Ngo Hoang Nhat Man,
Nguyen Thai, Nguyen Thi Thu Thuy

ABSTRACT

Background: Adherence to antiretroviral therapy (ARV) plays a crucial role in controlling HIV/AIDS, reducing mortality rates, and preventing drug resistance. However, studies on medication adherence remain limited at the primary healthcare level, particularly at District 3 Health Center. Therefore, this study was conducted to evaluate treatment adherence among HIV/AIDS patients receiving ARV therapy at District 3 Health Center in 2024. Objective: To determine the distribution of ARV treatment regimens and assess the level of adherence among HIV/AIDS patients treated at District 3 Health Center in 2024. Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted using prospective data collected from HIV/AIDS patients undergoing ARV therapy at District 3 Health Center in 2024. Results: A total of 468 patients were surveyed, of whom 94.0% were male, with a mean age of 33.96 ± 8.64 years. Most patients (98.1%) were receiving first-line regimens, with 96.4% using 2NRTI+DTG (INSTI). Overall, 95.3% of patients demonstrated good treatment adherence. Conclusion: The adherence rate to ARV therapy at District 3 Health Center was high; however, disparities persisted across subgroups.

Targeted interventions are recommended for younger male patients with same-sex relationships to improve overall treatment outcomes.

Keywords: *HIV/AIDS, antiretroviral therapy, treatment adherence, District 3 Health Center*

Received: 13/11/2025

Revised: 30/12/2025

Accepted for publication: 28/01/2026