

**BẠCH CẦU ÁI TOAN MÁU – DẤU ÁN SINH HỌC TIỀN LƯỢNG ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH**

*Dương Thị Thanh Vân<sup>1\*</sup>, Trương Thị Như Hảo<sup>1</sup>, Phạm Hoàng Khánh<sup>1</sup>,  
Trần Xuân Quỳnh<sup>1</sup>, Đỗ Thị Thanh Trà<sup>2</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*\*Email: dttvn@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính làm tăng tỷ lệ tử vong, suy giảm chức năng hô hấp, gia tăng chi phí điều trị và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Bạch cầu ái toan trong máu ngoại vi là yếu tố có vai trò quan trọng trong tiên lượng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

**Mục tiêu nghiên cứu:** Phân tích mối liên quan giữa số lượng bạch cầu ái toan trong máu và một số yếu tố khác trong tiên lượng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên 87 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $67,5 \pm 9,49$ , nam chiếm 98,9%.

Giá trị trung bình của số lượng bạch cầu ái toan trong máu là  $386,49 \pm 376,82$  tế bào/ $\mu\text{L}$ . Với các ngưỡng bạch cầu ái toan máu là 100 tế bào/ $\mu\text{L}$  và 300 tế bào/ $\mu\text{L}$ , không có sự khác biệt về số đợt cấp được ghi nhận. Với ngưỡng bạch cầu ái toan trong máu  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$  kèm với phân loại GOLD nhóm C/D có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện đợt cấp trong 3 tháng theo dõi.

**Kết luận:** Bạch cầu ái toan trong máu không phải là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính thuộc nhóm GOLD C/D kèm với ngưỡng bạch cầu ái toan trong máu  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$  liên quan có ý nghĩa đến sự xuất hiện đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong tương lai.

**Từ khóa:** Bạch cầu ái toan, COPD, đợt cấp.

**ABSTRACT**

**PERIPHERAL BLOOD EOSINOPHILS AS A BIOMARKER FOR PREDICTING COPD EXACERBATION**

*Dương Thị Thanh Vân<sup>1\*</sup>, Trương Thị Như Hảo<sup>1</sup>, Phạm Hoàng Khánh<sup>1</sup>,  
Trần Xuân Quỳnh<sup>1</sup>, Đỗ Thị Thanh Trà<sup>2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital*

**Background:** Chronic obstructive pulmonary disease exacerbations increase mortality and treatment cost, as well as decrease lung function, and impair quality of life. Peripheral blood eosinophils are an important prognostic factor of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. **Objectives:** To analyse the correlation between blood eosinophils and other factors in the prognosis of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. **Materials and methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 87 patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. **Results:** The mean age was  $67.5 \pm 9.49$ , and males accounted for 98.9%. The mean value of blood eosinophils was  $386.49 \pm 376.82$  cells/ $\mu\text{L}$ . There was no difference between groups of blood eosinophils  $< 100$ , 100-300, and  $\geq 300$ . Blood eosinophil counted  $\geq 300$  cells/ $\mu\text{L}$  with the GOLD C/D was significant in the prognosis of exacerbations in the next 3 months. **Conclusion:** The peripheral blood eosinophils are not an independent risk factor for the prognosis of chronic

*obstructive pulmonary disease exacerbation. The peripheral blood eosinophils  $\geq 300$  cells/ $\mu$ L with GOLD C/D is a significant risk factor for occurring chronic obstructive pulmonary disease exacerbation in the future.*

**Keywords:** Blood eosinophils, chronic obstructive pulmonary disease, exacerbation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ tử vong toàn cầu do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) đứng hàng thứ 3 năm 2019 [13]. Đợt cấp COPD là một biến cố cấp tính đặc trưng bởi sự xấu đi của các triệu chứng hô hấp đòi hỏi phải thay đổi điều trị [5]. Đợt cấp làm tăng tỷ lệ tử vong, suy giảm chức năng hô hấp, gia tăng chi phí điều trị và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống [4]. Việc tiên lượng đợt cấp COPD đóng vai trò hết sức quan trọng trong thực hành lâm sàng, giúp các bác sĩ có thể chủ động tối ưu hóa điều trị và dự phòng nhằm hạn chế đến mức thấp nhất sự xuất hiện các đợt cấp. Các yếu tố nguy cơ có liên quan đến đợt cấp COPD đã được chứng minh gồm có: nữ giới, tiền sử đợt cấp, FEV1 thấp, không được điều trị bằng ICS,, [6], [8]. Bạch cầu ái toan (BCAT) máu cũng là một trong những yếu tố có ý nghĩa trong việc tiên lượng đợt cấp COPD và đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Nghiên cứu trên dân số Copenhagen, với ngưỡng cắt là 340 tế bào/ $\mu$ L cho thấy nguy cơ đợt kịch phát tăng gấp 1,76 lần so với nhóm có bạch cầu ái toan  $< 340$  tế bào/ $\mu$ L [11]. Nhằm nghiên cứu vai trò của bạch cầu ái toan cũng như một số yếu tố nguy cơ khác trong tiên lượng sự xuất hiện đợt cấp COPD trên các bệnh nhân COPD được quản lý tại đơn vị Hô hấp- Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi thực hiện đề tài: “Bạch cầu ái toan máu – Dấu ấn sinh học tiên lượng đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính” với mục tiêu:

+ Phân tích mối liên quan giữa số lượng bạch cầu ái toan máu với sự xuất hiện đợt cấp COPD.

+ Phân tích các yếu tố nguy cơ tiên lượng sự xuất hiện đợt cấp COPD.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định đang quản lý tại đơn vị Hô hấp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, theo dõi BCAT tại 2 thời điểm:

+ T<sub>0</sub>: Thời điểm bệnh nhân bắt đầu tham gia nghiên cứu.

+ T<sub>1</sub>=T<sub>0</sub> + 3 tháng.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định từ đủ 18 tuổi trở lên có hồ sơ chẩn đoán COPD hoặc đã được chẩn đoán xác định bằng đo chức năng hô hấp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Bệnh nhân không đồng ý xét nghiệm máu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** 87 bệnh nhân COPD.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu có chủ đích, tất cả trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

**- Nội dung nghiên cứu:**

+ Nhóm biến số thông tin chung của bệnh nhân COPD: Tuổi, giới, BMI, tiền sử hút thuốc lá và tiền sử bệnh nền, giá trị trung bình của bạch cầu ái toan trong máu.

+ Đánh giá mối liên hệ giữa số lượng bạch cầu ái toan và nguy cơ xuất hiện đợt cấp COPD: Dựa vào số lượng BCAT trong máu thành 3 nhóm: Nhóm 1 (BCAT <100 tế bào/ $\mu$ L); nhóm 2 (BCAT 100-<300 tế bào/ $\mu$ L); nhóm 3 (BCAT  $\geq$ 300 tế bào/ $\mu$ L).

+ Phân tích một số yếu tố nguy cơ liên quan đến sự xuất hiện đợt cấp: Chúng tôi kết hợp số lượng BCAT trong máu  $\geq$ 300 tế bào/ $\mu$ L với 2 yếu tố: Đợt cấp trong 12 tháng trước và phân nhóm GOLD.

**- Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm RStudio Version 1.4.1103.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

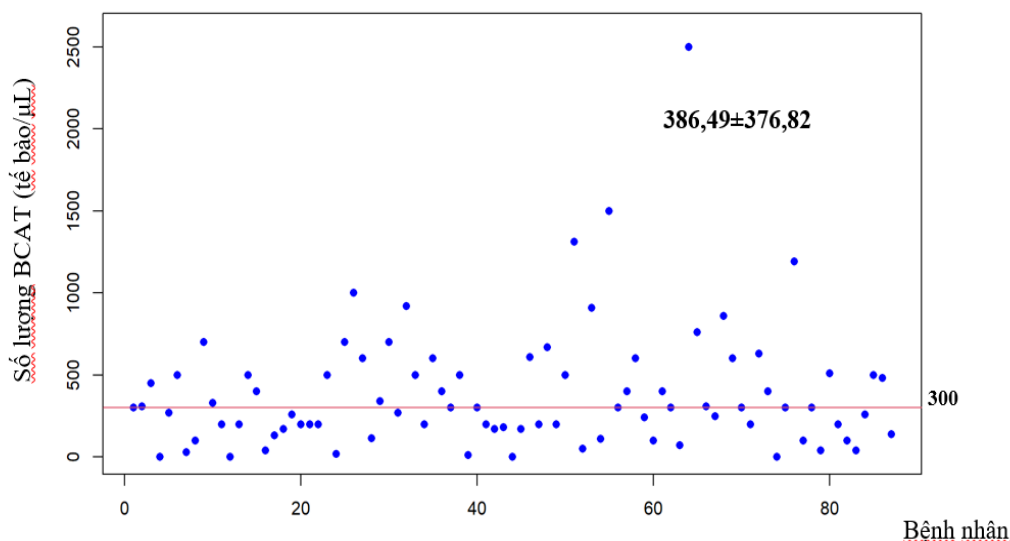
#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 87 bệnh nhân COPD được quản lý tại đơn vị Hô hấp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $67,5 \pm 9,49$ , nam chiếm 98,9% và nữ chiếm 1,1%; BMI trung bình là:  $21,7 \pm 2,82$ ; tỷ lệ hút thuốc lá là 93,1% với số gói – năm là  $31,2 \pm 21,4$ .

Bảng 1. Bệnh nền ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bệnh nền	Tần số (n=70)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	56	80
Đái tháo đường típ 2	7	10
Hen phế quản	7	10

Nhận xét: Tăng huyết áp là bệnh nền thường gặp nhất trong nghiên cứu.



Hình 1. Giá trị trung bình bạch cầu ái toan ở bệnh nhân COPD

Nhận xét: Giá trị trung bình bạch cầu ái toan máu ở bệnh nhân COPD là  $386,49 \pm 376,82$  tế bào/ $\mu\text{L}$ , và nếu chọn ngưỡng tăng BCAT trong máu là  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$ , có 52,87% bệnh nhân COPD trong nghiên cứu có tăng BCAT trong máu.

### 3.2. Phân tích mối liên quan giữa số lượng bạch cầu ái toan trong máu và nguy cơ xuất hiện đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 2. Phân tích mối liên quan giữa số lượng bạch cầu ái toan trong máu tại thời điểm  $T_0$  và đợt cấp trong 12 tháng trước đó

BCAT thời điểm $T_0$ (tế bào/ $\mu\text{L}$ )	Đợt cấp trong 12 tháng trước đó (n=87)		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Nhóm 1: BCAT <100	9 (10,34)	3 (3,45)	1
Nhóm 2: BCAT: 100-<300	21 (24,14)	8 (9,2)	
Nhóm 3: BCAT $\geq 300$	33 (37,93)	13 (14,94)	

Nhận xét: Ở nhóm có BCAT  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$  có số đợt cấp trong 12 tháng trước cao hơn các nhóm BCAT còn lại, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 3. Phân tích mối liên quan giữa số lượng bạch cầu ái toan tại thời điểm  $T_0$  và đợt cấp trong 3 tháng theo dõi

BCAT thời điểm $T_0$ (tế bào/ $\mu\text{L}$ )	Đợt cấp trong 3 tháng theo dõi (n=54)		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Nhóm 1: BCAT <100	5 (9,26)	3 (5,55)	0,699
Nhóm 2: BCAT: 100-<300	8 (14,81)	9 (16,67)	
Nhóm 3: BCAT $\geq 300$	13 (24,07)	16 (29,63)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về sự xuất hiện đợt cấp trong 3 tháng theo dõi giữa các nhóm BCAT ( $p > 0,05$ ).

### 3.3. Phân tích các yếu tố nguy cơ tiên lượng sự xuất hiện đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Bảng 4. Phân tích mối liên quan giữa nhóm bạch cầu ái toan trong máu  $\geq 300$  tb/ $\mu\text{L}$  tại thời điểm  $T_0$  và đợt cấp trong 12 tháng trước với số đợt cấp trong 3 tháng theo dõi

Đợt cấp trong 12 tháng trước	Đợt cấp trong 3 tháng theo dõi (n=29)		p
	Có n (%)	Không n (%)	
Có	10 (34,48)	3 (10,34)	0,249
Không	8 (27,59)	8 (27,59)	

Nhận xét: Khi sử dụng giá trị BCAT tại thời điểm  $T_0$ , ở nhóm có đợt cấp trong 12 tháng trước+ BCAT  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$ , số đợt cấp trung bình trong vòng 3 tháng theo dõi cao hơn so với các nhóm còn lại, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Bảng 5. Phân tích mối liên quan giữa nhóm bạch cầu ái toan trong máu  $\geq 300$  tb/ $\mu$ L tại thời điểm T<sub>0</sub> và phân nhóm GOLD với số đợt cấp trong 3 tháng theo dõi

Phân nhóm GOLD	Đợt cấp trong 3 tháng theo dõi (n=29)		p
	Có n (%)	Không n (%)	
A	1 (3,45)	8 (27,59)	0,01102
B	3 (10,34)	6 (20,69)	
C	3 (10,34)	1 (3,45)	
D	6 (20,69)	1 (3,45)	

Nhận xét: Số đợt cấp trung bình trong vòng 3 tháng theo dõi cao hơn ở nhóm GOLD C/D so với các nhóm GOLD A/B. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 87 bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $67,5 \pm 9,49$ ; nam chiếm 98,9%, và trên 90% bệnh nhân COPD trong nghiên cứu có hút thuốc lá. Nhìn chung, dân số nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các dân số bệnh nhân COPD trong các nghiên cứu khác [1], [3], [10], [11], [12]. Phần lớn COPD thường khởi phát ở bệnh nhân trên 40 tuổi, nhưng được chẩn đoán xác định và quản lý thường muộn; bệnh gặp nhiều ở nam hơn nữ và thường có kèm hút thuốc lá.

Giá trị trung bình của số lượng BCAT trong máu ngoại vi trong nghiên cứu chúng tôi là  $386,49 \pm 376,82$ , có 52,87% bệnh nhân có tăng BCAT máu ngoại vi với ngưỡng cut-off là 300 tế bào/ $\mu$ L. Tỷ lệ này cao hơn so với số liệu nghiên cứu tại đơn vị quản lý bệnh phổi mạn tính Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2020 với 26,3% bệnh nhân COPD có BCAT  $\geq 300$  tế bào/ $\mu$ L [1]. Nghiên cứu Copenhagen, có 64% dân số COPD chung và 66% dân số COPD có triệu chứng lâm sàng có lượng BCAT vượt 2% (150 tế bào/ $\mu$ L) [11]. Sự khác biệt trong các nghiên cứu là do các ngưỡng cut-off khác nhau và sự khác biệt về đặc điểm dân số của các vùng miền trong cùng 1 quốc gia có thể dẫn đến những tỷ lệ tăng BCAT máu ngoại vi khác nhau ở bệnh nhân COPD [2], [9]. Thêm vào đó, nồng độ BCAT trong máu cao thường gặp ở những bệnh nhân COPD nam, tuổi cao, đồng mắc hen phế quản, béo phì, còn hút thuốc lá, tắc nghẽn đường dẫn khí nặng và tiền sử nhiều đợt cấp [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi chia BCAT thành các nhóm gồm  $<100$ ,  $100- <300$ ,  $\geq 300$  và đánh giá mối liên hệ với sự xuất hiện của đợt cấp tại các thời điểm bao gồm: tiền sử trong vòng 12 tháng trước đó và sau 3 tháng theo dõi. Kết quả cho thấy ở các nhóm đều không có sự khác biệt có ý nghĩa. Kết quả này có tương đồng với nghiên cứu ECLIPSE với ngưỡng cut-off của BCAT là 2% không ghi nhận sự khác biệt về số đợt cấp (1,06 và 1,07) [10]. Nghiên cứu SIPROMICS, cũng không ghi nhận sự khác biệt về sự xuất hiện đợt cấp trong vòng 1 năm trước với ngưỡng BCAT được sử dụng là 340 tế bào/ $\mu$ L [7]. Tuy nhiên trong nghiên cứu thực hiện tại HongKong-Trung Quốc, bệnh nhân có BCAT  $\geq 2\%$  liên quan đến nhiều đợt cấp hơn (đợt cấp trung bình trong 12 tháng sau khi hiệu chỉnh theo tuổi, tiền sử đợt cấp, tiền sử dị ứng là 2,98 so với 0,34 ở nhóm bệnh nhân có BCAT  $<2\%$ ) [3]. Bạch cầu ái toan không phải là yếu tố độc lập để tiên lượng đợt cấp COPD, tuy nhiên, khi kết hợp với các yếu tố khác như tuổi, tiền sử đợt cấp và tiền sử dị ứng với nồng độ bạch cầu ái toan trong máu sẽ gia tăng giá trị tiên lượng đợt cấp COPD.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có số lượng BCAT  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$  tại thời điểm  $T_0$  thuộc phân nhóm COPD C/D có liên quan đến sự xuất hiện số đợt cấp trong 3 tháng theo dõi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu WISDOM, với ngưỡng BCAT  $\geq 300$  và tiền sử có nhiều đợt cấp (GOLD C/D) là yếu tố làm tăng đợt cấp trung bình, nặng sau khi ngừng ICS [12]. Nghiên cứu Copenhagen cũng khẳng định tiền sử xuất hiện đợt cấp thường xuyên kết hợp với BCAT  $\geq 340$  tế bào/ $\mu\text{L}$  làm gia tăng nguy cơ xuất hiện đợt cấp [11]. Bệnh nhân COPD nhóm C và nhóm D theo GOLD là nhóm bệnh nhân nhiều triệu chứng và nhiều đợt cấp, và việc phối hợp gia tăng bạch cầu ái toan cũng là một trong những nguyên nhân làm cho bệnh nhân COPD ở những nhóm này khó kiểm soát.

### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 87 bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định được quản lý tại đơn vị Hô hấp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Bệnh nhân COPD giai đoạn ổn định có tăng số lượng bạch cầu ái toan chiếm tỷ lệ cao. BCAT trong máu không phải là yếu tố độc lập liên quan đến số đợt cấp trong tiền sử và trong tương lai. Với ngưỡng BCAT trong máu  $\geq 300$  tế bào/ $\mu\text{L}$ , kèm với phân nhóm GOLD C hoặc D có liên quan đến sự xuất hiện đợt cấp trong tương lai.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Anh (2020), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị ở bệnh nhân có chồng lấp hen-COPD giai đoạn ổn định tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2019-2020”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Benson VS, Hartl S (2022), “Blood eosinophil counts in the general population and airways disease: a comprehensive review and meta-analysis”, *Eur Respir J*, 59(1), 2004590.
3. Chan MC, Yeung YC (2020), “Blood Eosinophil and Risk of Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Retrospective Cohort Analysis”, *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 15, pp.2869-2877.
4. D'Souza AO, Shah M, Dhamane AD, Dalal AA (2014) “Clinical and economic burden of COPD in a medicaid population”, *COPD*, 11(2), 212-220.
5. GOLD (2021), Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. <http://goldcopd.org>.
6. Hartley BF, Barnes NC, Lettis S (2020), “Risk factors for exacerbations and pneumonia in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pooled analysis”, *Respiratory Research*, 21, pp 5.
7. Hastie AT, Martinez FJ, Curtis JL, Doerschuk CM, *et al.* (2017), “Association of sputum and blood eosinophil concentrations with clinical measures of COPD severity: an analysis of the SPIROMICS cohort”, *Lancet Respir Med*, 5(12), pp.956-967.
8. Hurst JR, Vestbo J, Anzueto A, Locantore N, *et al.* (2010), “Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease”, *N Engl J Med*, 363(12), pp.1128-1138.
9. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Soriano BJ *et al.* (2022), “Determinants of blood eosinophil levels in the general population and patients with COPD: a population-based, epidemiological study”, *Respiratory Research*, 23(49), pp.1-10.
10. Singh D, Kolsum U, Brightling CE, Locantore N, *et al.* (2014), “Eosinophilic inflammation in COPD: prevalence and clinical characteristics”, *Eur Respir J*, 44(6), pp.1697-1700.

11. Vedel-Krogh S, Nielsen SF, Lange P, Vestbo J, *et al.* (2016) “Blood Eosinophils and Exacerbations in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. The Copenhagen General Population Study”, *Am J Respir Crit Care Med*, 193(9), pp.965-974.
12. Watz H, Tetzlaff K, Wouters EF, Kirsten A, *et al.* (2016) “Blood eosinophil count and exacerbations in severe chronic obstructive pulmonary disease after withdrawal of inhaled corticosteroids: a post-hoc analysis of the WISDOM trial”, *Lancet Respir Med*, 4(5), pp.390-398.
13. WHO (2019), The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

(Ngày nhận bài: 05/4/2022 – Ngày duyệt đăng: 18/8/2022)

## HÀNH VI TÌNH DỤC KHÔNG AN TOÀN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

Lý Anh Huy<sup>1\*</sup>, Dương Minh Đức<sup>2</sup>, Trần Ngọc Quê<sup>3</sup>, Dấp Thanh Giang<sup>1</sup>,  
Bùi Ngọc Phương Oanh<sup>1</sup>, Phạm Lê Huyền Trang<sup>1</sup>, Lê Minh Thái<sup>1</sup>,  
Lưu Huỳnh Bảo Châu<sup>1</sup>

1. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Cần Thơ
  2. Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội
  3. Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương
- \*Email: lyhuy280592@gmail.com

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) hiện nay đang tăng rất nhanh do liên quan đến hành vi tình dục không an toàn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng hành vi tình dục không an toàn và một số yếu tố liên quan của MSM tại thành phố Cần Thơ năm 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang sử dụng số liệu thứ cấp từ nghiên cứu điều tra giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi (HSS+) của MSM năm 2021, phân tích 300 MSM từ 16 tuổi trở lên. **Kết quả:** Tỷ lệ hành vi tình dục không an toàn của MSM là 68,7%. Một số yếu tố liên quan: nhóm tuổi <25 có tỷ lệ hành vi tình dục không an toàn cao gấp 2,3 lần nhóm tuổi ≥25 (KTC 95%: 1,049-5,049); nhóm có quan hệ tình dục (QHTD) tập thể có tỷ lệ hành vi tình dục không an toàn cao gấp 7,2 lần so với nhóm còn lại (KTC 95%: 1,023-56,840) và nhóm có sử dụng chất kích thích/chất gây nghiện có tỷ lệ hành vi tình dục không an toàn cao gấp gần 2,4 lần so với nhóm không sử dụng (KTC 95%: 1,102-5,097). **Kết luận:** Tỷ lệ có hành vi tình dục không an toàn của MSM khá cao, địa phương cần tăng cường cung cấp kiến thức, dịch vụ dự phòng HIV/AIDS cho nhóm MSM nhằm góp phần giảm tỷ lệ nhiễm HIV.

**Từ khóa:** Hành vi tình dục không an toàn, MSM, HSS+.