

TÌNH HÌNH VÀ ĐẶC ĐIỂM TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS Ở TRẺ EM TẠI TỈNH SÓC TRĂNG NĂM 2020-2021

Huỳnh Chí Bình^{1*}, Trần Đỗ Hùng², Trần Văn Khải³

1. Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi tỉnh Sóc Trăng

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Sở Y tế tỉnh Sóc Trăng

*Email: huynhchibinh1976@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trẻ em nhiễm HIV/AIDS là nạn nhân chịu hậu quả nặng nề nhất của đại dịch và nó làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng và suy dinh dưỡng ở trẻ. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ nhiễm HIV/AIDS; (2) Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 127 trẻ em ≤ 15 tuổi nhiễm HIV/AIDS, đến khám và điều trị từ 05/2020 đến tháng 03/2021 tại phòng Khám, Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng và người chăm sóc chính của trẻ. **Kết quả:** Trẻ em điều trị HIV/AIDS chủ yếu 10- < 15 tuổi (57,5%). Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV/AIDS ở trẻ nữ và nam lần lượt là 55,9% và 44,1%. Về dân tộc, 70,9% trẻ dân tộc Kinh, 28,3% trẻ dân tộc Khmer. Về nơi cư trú và kinh tế gia đình, 82,7% trẻ sống ở nông thôn; 80,3% trẻ có gia đình kinh tế nghèo. Người hỗ trợ chăm sóc trẻ chủ yếu cha và mẹ (73,2%). Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng là 83,5%. Trẻ nhiễm HIV/AIDS ở giai đoạn lâm sàng I, II, III và IV lần lượt là 18,1%; 26%; 39,4% và 16,5%. Tỷ lệ tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em là 76,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ điều trị HIV/AIDS tại tỉnh Sóc Trăng là người dân tộc khá cao, kinh tế khó khăn và tỷ lệ suy dinh dưỡng cao. Tỷ lệ tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em chưa cao, cần tăng cường hỗ trợ đối với gia đình trẻ em điều trị HIV/AIDS, trong đó, hướng dẫn tuân thủ điều trị đóng vai trò quan trọng.

Từ khóa: Trẻ em nhiễm HIV/AIDS, quản lý điều trị.

ABSTRACT

THE EVALUATION OF CHARACTERISTICS AND ADHERENCE OF TREATMENT AMONG CHILDREN WITH HIV/AIDS IN SOC TRANG PROVINCE IN 2020-2021

Huynh Chi Binh¹, Tran Do Hung², Tran Van Khai³

1. Soc trang Obstetrics and Pediatrics Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Soc Trang Health Department

Background: HIV/AIDS infected children are the hardest-hit victims of the pandemic and it makes higher the incidence of infections and malnutrition in children. **Objectives:** (1) To describe some characterization of epidemiology, clinical and subclinical children with HIV/AIDS. (2) To determine adherence to HIV/AIDS treatment among HIV/AIDS infected children. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 127 children aged 15 years and under with HIV/AIDS who came for examination and treatment from May 2020 to March 2021 at the Clinic, Soc trang Obstetrics and Pediatrics Hospital and their caregivers. **Results:** There are 57.5% of children treated for HIV/AIDS mainly from 10 to under 15 years old. The rate of infected HIV/AIDS children in males and females were 55.9% and 44.1% respectively. For ethnicity, there was 70.9% of Kinh children, 28.3% of Khmer children. For residence and family economy, there was 82.7% of children live in rural areas; 80.3% of children have poor economic families. Child care support is mainly father and mother (73.2%). The rate of malnourished children is 83.5%. Children infected with HIV/AIDS in the clinical stages of I, II, III and IV, respectively, 18.1%; 26%;

39.4% and 16.5%. The rate of adherence to HIV/AIDS treatment in children is 76.4%. **Conclusion:** The rate of children being treated for HIV/AIDS in Soc Trang province is quite high from ethnic minorities, with economic difficulties and a high rate of malnutrition. The rate of adherence for HIV/AIDS treatment in children is not high, it is necessary to strengthen support for children's families undergoing HIV/AIDS treatment, in which, adherence guidelines play an important role.

Keywords: Children with HIV/AIDS, treatment management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS là vấn đề được quan tâm trên toàn cầu. Theo thống kê của WHO năm 2020, ước tính có 37,7 triệu người nhiễm HIV/AIDS trên toàn thế giới, trong đó có 1,7 triệu trẻ em nhiễm HIV [13]. Tại Việt Nam, trong vòng 6 tháng đầu năm 2017, cả nước phát hiện 4541 trường hợp nhiễm mới, 2321 bệnh nhân chuyển sang giai đoạn AIDS, 799 trường hợp tử vong do AIDS [2]. HIV/AIDS không chỉ gây ra những hệ lụy cho quá trình phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội của mỗi quốc gia mà còn ảnh hưởng không nhỏ đến cuộc sống của những người sống chung với nó.

Đặc biệt là trẻ em nhiễm HIV/AIDS. Đây là nạn nhân chịu hậu quả nặng nề nhất của đại dịch và nó làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng và suy dinh dưỡng ở trẻ. Trẻ em bị nhiễm HIV chủ yếu theo con đường lây truyền từ mẹ sang con (hơn 90%) [4]. Số hiện mắc đang quản lý năm 2018 là 1,7 triệu trẻ. Tỷ lệ trẻ em nhiễm HIV so với tổng số ca nhiễm HIV trên toàn thế giới là 4,5%. Số chết do AIDS ước tính năm 2018 là 100.000 trẻ [13]. Đặc điểm lâm sàng, biến chứng của HIV/AIDS ở trẻ em có những đặc điểm khác biệt so với người lớn. Tuy nhiên, từ trước tới nay, chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng HIV/AIDS ở trẻ em. Một số tác giả cho thấy, nếu những trẻ HIV dương tính, không được điều trị bằng thuốc kháng virus (ARV) thì khoảng 40% số trẻ sẽ chết trong năm đầu tiên của cuộc đời và 50% sẽ chết trong vòng 2 năm [4].

Tại tỉnh Sóc Trăng, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào ghi nhận về đặc điểm lâm sàng, các biến chứng cũng như phân tích các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị ở trẻ nhiễm HIV/AIDS. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu với các mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng trẻ em HIV/AIDS tại tỉnh Sóc Trăng năm 2020-2021.
2. Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em tại tỉnh Sóc Trăng năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em nhiễm HIV/AIDS đến khám và điều trị tại phòng Khám, Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng, từ 05/2020 đến tháng 03/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

Trẻ từ ≤ 15 tuổi được chẩn đoán xác định nhiễm HIV và đang được điều trị bằng thuốc ARV theo một trong các công thức của phác đồ của Bộ Y tế [4]; đến khám và điều trị HIV tại phòng Khám Ngoại trú, Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng và người chăm sóc chính của trẻ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Cha mẹ hoặc người giám hộ không đồng ý trẻ tham gia nghiên cứu hoặc những trẻ được chẩn đoán bị nhiễm HIV nhưng chưa đủ điều kiện để được điều trị thuốc ARV.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.
- **Cỡ mẫu:** 127 trẻ em nhiễm HIV/AIDS đến khám và điều trị tại phòng Khám, Bệnh viện Chuyên khoa Sản Nhi Sóc Trăng và người chăm sóc chính của trẻ.
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ.
- **Nội dung nghiên cứu:**
 - + Một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng:
 - + Đặc điểm dân số học của trẻ: tuổi, giới, dân tộc.
 - + Đặc điểm gia đình của trẻ: địa dư, kinh tế, người hỗ trợ chăm sóc trẻ.
 - + Đặc điểm về dinh dưỡng của trẻ: dựa trên cân nặng và chiều cao của trẻ, có suy dinh dưỡng khi cân nặng/chiều cao < -2 SD (theo WHO Anthro Plus, 2007).
 - + Giai đoạn lâm sàng của trẻ nhiễm HIV/AIDS (tiêu chuẩn của Bộ Y tế) [4]: (1) Giai đoạn 1 khi trẻ không triệu chứng, bệnh lý hạch lympho toàn thân dai dẳng; (2) Giai đoạn 2 khi trẻ có triệu chứng lâm sàng gan to lách to; có biểu hiện của triệu chứng nhiễm trùng; (3) Giai đoạn 3 khi trẻ bị suy dinh dưỡng ở mức độ trung bình, không đáp ứng điều trị, có triệu chứng tiêu chảy/sốt kéo dài... triệu chứng nhiễm trùng, suy hô hấp; (4) Giai đoạn 4 khi trẻ gầy mòn, còi cọc nặng hoặc suy dinh dưỡng nặng, viêm phổi, nhiễm khuẩn nặng, nhiễm trùng cơ hội, bệnh lý não, thận, suy hô hấp...
 - + Tình trạng miễn dịch: xét nghiệm tế bào CD4, phân loại 4 nhóm là không suy giảm (tế bào CD4 > 25%); suy giảm nhẹ (tế bào CD4 từ 20-25%); suy giảm tiến triển (tế bào CD4 từ 15-19%); suy giảm nặng (tế bào CD4 < 15%).
 - + Tuân thủ điều trị HIV/AIDS trẻ em: Tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em được đánh giá dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế [3], [4]. Đánh giá tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em khi đạt 10/10 nội dung sau: (1) Làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong 15 ngày sau đăng ký điều trị; (2) Bệnh nhân chưa điều trị ARV đến tái khám định kỳ ít nhất 1 lần/3 tháng kể từ khi đăng ký điều trị đến khi được điều trị ARV; (3) Kế đơn dự phòng INH khi đủ tiêu chuẩn (dự phòng lao cho người bệnh HIV/AIDS) trong vòng 6 tháng kể từ ngày đăng ký điều trị; (4) Tái khám đúng hẹn trong lần khám gần đây nhất; (5) Tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần đây nhất; (6) Bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày kể từ ngày được xác nhận đủ tiêu chuẩn điều trị ARV; (7) CD4 của người bệnh lúc bắt đầu điều trị ARV; (8) Kế đơn dự phòng CTX hoặc DAPSONE trong lần khám gần nhất; (9) Bệnh nhân được sàng lọc lao trong lần khám gần nhất; (10) Xét nghiệm CD4 ít nhất 6 tháng/lần kể từ ngày đầu tiên XN CD4.
- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, xem hồ sơ quản lý điều trị.
- **Phương pháp phân tích và xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng ở trẻ HIV/AIDS

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, dân tộc

Đặc điểm trẻ		Tần số (n=127)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	1 tháng đến < 2 tuổi	1	0,8
	2 tuổi đến 10 tuổi	53	41,7
	Trên 10 tuổi đến < 15 tuổi	73	57,5
Giới	Nam	56	44,1

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 41/2021

Đặc điểm trẻ		Tần số (n=127)	Tỷ lệ (%)
	Nữ	71	55,9
Dân tộc	Kinh	90	70,9
	Khmer	36	28,3
	Hoa	1	0,8

Nhận xét: Tuổi chủ yếu trên 10-<15 tuổi chiếm 57,5%; nữ cao hơn nam (55,9% và 44,1%); 70,9% dân tộc Kinh.

Bảng 2. Đặc điểm kinh tế, địa dư của người hỗ trợ chăm sóc trẻ điều trị

Đặc điểm gia đình, người hỗ trợ chăm sóc trẻ		Tần số (n=127)	Tỷ lệ (%)
Kinh tế	Nghèo	102	80,3
	Trung bình	21	16,5
	Khá giàu	4	3,2
Địa dư	Thành thị	22	17,3
	Nông thôn	105	82,7
Người hỗ trợ chăm sóc	Cha/mẹ	93	73,2
	Anh/Chị	1	0,8
	Ông/bà	23	18,1
	Khác	10	8

Nhận xét: Kinh tế nghèo chiếm 80,3%; 82,7% sống ở nông thôn, người hỗ trợ chăm sóc trẻ điều trị HIV/AIDS chủ yếu là cha/mẹ (73,2%).

Bảng 3. Đặc điểm suy dinh dưỡng của trẻ nhiễm HIV/AIDS

Suy dinh dưỡng	Tần số (n=127)	Tỷ lệ (%)
Có	106	83,5
Không	21	16,5

Nhận xét: Cân nặng trung bình là 17,21 ± 9,3kg; 83,5% trẻ có suy dinh dưỡng.

Bảng 4. Giai đoạn lâm sàng và tình trạng miễn dịch

Giai đoạn lâm sàng và tình trạng miễn dịch		Tần số (n=127)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn lâm sàng	Giai đoạn I	23	18,1
	Giai đoạn II	33	26,0
	Giai đoạn III	50	39,4
	Giai đoạn IV	21	16,5
Tình trạng miễn dịch (xét nghiệm tế bào CD4)	Không suy giảm	52	40,9
	Suy giảm nhẹ	41	32,3
	Suy giảm tiến triển	13	10,2
	Suy giảm nặng	21	16,5

Nhận xét: Giai đoạn lâm sàng III chiếm 39,4%; về tình trạng miễn dịch, không suy giảm tế bào CD4 chiếm 40,9%; 32,3% suy giảm nhẹ.

3.2. Tình hình tuân thủ điều trị trẻ em HIV/AIDS

Bảng 5. Tình hình tuân thủ điều trị

Tuân thủ điều trị	n	%
Làm xét nghiệm CD4 lần đầu trong 15 ngày sau đăng ký điều trị	126	99,2
Khám định kỳ ít nhất 1 lần/3 tháng từ khi đăng ký đến khi điều trị ARV	126	99,2
Dự phòng INH trong vòng 6 tháng từ ngày đăng ký điều trị	113	89,0

Tuân thủ điều trị	n	%
Tái khám đúng hẹn trong lần khám gần đây nhất	127	100,0
Tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần đây nhất	125	98,4
Điều trị ARV trong vòng 15 ngày từ ngày đủ tiêu chuẩn điều trị ARV	126	99,2
CD4 của người bệnh lúc bắt đầu điều trị ARV	123	96,9
Kê đơn dự phòng CTX hoặc DAPSONE trong lần khám gần nhất	112	88,2
Bệnh nhân được sàng lọc lao trong lần khám gần nhất	123	96,9
Xét nghiệm CD4 ít nhất 6 tháng/lần kể từ ngày đầu tiên XN CD4	123	96,9

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ quản lý điều trị HIV/AIDS ở trẻ em khá cao, thấp nhất là 88,2% ở nội dung kê đơn dự phòng CTX hoặc DAPSONE trong lần khám gần nhất; cao nhất là khám đúng hẹn trong lần khám gần đây nhất đạt 100%.

Bảng 6. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung

Tuân thủ điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	97	76,4
Không	30	23,6
Tổng	127	100

Nhận xét: Tỷ lệ tuân thủ điều trị chung ở trẻ nhiễm HIV/AIDS chiếm 76,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm trẻ em điều trị HIV/AIDS

Tuổi chủ yếu 10-<15 tuổi chiếm 57,5%; nữ cao hơn nam (55,9% và 44,1%); 70,9% dân tộc Kinh; 82,7% sống ở nông thôn. Do nghiên cứu thực hiện tại tỉnh Sóc Trăng, là địa phương có đặc điểm thành phần dân tộc Khmer và Hoa nhiều hơn các địa phương khác. Kinh tế nghèo chiếm 80,3%. Phần lớn các trẻ bị nhiễm HIV trong nghiên cứu đều có kinh tế gia đình thuộc hộ nghèo và cận nghèo. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Huỳnh Hùng Dũng, có 55,1% nghèo, 42,8% đủ ăn và 2,2% khá giàu [6]. Theo UNAIDS, là một trong các rào cản đối với việc tiếp cận điều trị cho trẻ em là việc đưa trẻ đến khám để xét nghiệm và điều trị HIV, bên cạnh đó là việc thiếu sự đào tạo và hỗ trợ từ gia đình, người chăm sóc và nhân viên chăm sóc để cung cấp các dịch vụ HIV cho trẻ trong quá trình điều trị [9]. Người hỗ trợ chăm sóc trẻ điều trị HIV/AIDS chủ yếu là cha/mẹ chiếm 73,2%; ông/bà chiếm 18,1%. Còn lại là Anh/Chị và khác (8,8%).

Cân nặng trung bình là $17,21 \pm 9,3\text{kg}$; 83,4% trẻ có suy dinh dưỡng. Khi trẻ nhiễm HIV làm cho hệ miễn dịch suy giảm không có khả năng chống lại bệnh tật vì thế mà sự hấp thu các chất dinh dưỡng cũng kém đi, tạo nên vòng xoắn bệnh lý, chăm sóc và dinh dưỡng đóng vai trò hết sức quan trọng giúp trẻ đáp ứng tốt với điều trị, giảm nguy cơ nhiễm trùng cơ hội [5]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thomas Gsponer, nhẹ cân là 50%, còi cọc là 66% [12], tương tự với Walker Sarah CC/T và CN/T lần lượt là 79% và 67% [14], khác với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Hùng Dũng, tình trạng dinh dưỡng dựa theo CN/T: có 63,0% bình thường, 29,0% SSD nhẹ, 7,2% SDD trung bình, 0,7% SDD nặng, tình trạng dinh dưỡng theo CC/T: có 92,8% bình thường, 6,5% SDD nhẹ, 0,7% SDD trung bình, không có trường hợp SDD nặng [6].

Theo giai đoạn lâm sàng, chủ yếu giai đoạn lâm sàng III chiếm 39,4%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Huỳnh Hùng Dũng, giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất 72,5%, giai đoạn IV chiếm 26,1%, giai đoạn I là 0,7%, giai đoạn II chiếm 0,7% [6]. Tương đồng với nghiên cứu của Laurence Ahoua, lâm sàng giai đoạn III, IV lần lượt là 59,3%, 16,3% [11], cùng với kết quả nghiên cứu của Andrew Edmonds, lâm sàng giai đoạn III, IV là 51,3% [10]. Về miễn dịch, xét nghiệm tế bào CD4 cho thấy không suy giảm tế bào CD4

chiếm 40,9%; 32,3% suy giảm nhẹ; 10,2% suy giảm tiến triển; 16,5% CD4 giảm nặng.

4.2. Tình hình tuân thủ điều trị trẻ em HIV/AIDS

Theo từng nội dung theo quy định, tỷ lệ tuân thủ điều trị từng nội dung từ 88-100%; thấp nhất là kê đơn dự phòng CTX hoặc DAPSONE trong lần khám gần nhất chiếm 88,2%; dự phòng INH khi đủ tiêu chuẩn (dự phòng lao cho người bệnh HIV/AIDS) trong vòng 6 tháng kể từ ngày đăng ký điều trị chiếm 89%; cao nhất là tái khám đúng hẹn gần đây nhất (100%); các nội dung liên quan đến xét nghiệm CD4 lần đầu trong 15 ngày sau đăng ký điều trị, bệnh nhân chưa điều trị ARV đến tái khám định kỳ ít nhất 1 lần/3 tháng kể từ khi đăng ký điều trị đến khi được điều trị ARV, bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày kể từ ngày được xác nhận đủ tiêu chuẩn điều trị ARV chiếm 99,2%. Tuân thủ điều trị ARV trong lần khám gần đây nhất (98,4%). 96,9% đạt về việc CD4 của người bệnh lúc bắt đầu điều trị ARV, bệnh nhân được sàng lọc lao trong lần khám gần nhất và xét nghiệm CD4 ít nhất 6 tháng/lần kể từ ngày đầu tiên XN CD4.

Điều trị ARV ngay khi người bệnh chẩn đoán nhiễm HIV; phối hợp đúng cách ít nhất 3 loại thuốc ARV; đảm bảo tuân thủ điều trị hàng ngày, liên tục, suốt đời [1], [3], [4]. Do đó, tuân thủ đúng quản lý điều trị HIV/AIDS đóng vai trò quan trọng trong ức chế tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể, phục hồi chức năng miễn dịch trong điều trị HIV. Tiêu chuẩn xác định tuân thủ điều trị đạt khi thực hiện đúng 10/10 nội dung trong quản lý điều trị. Tỷ lệ tuân thủ điều trị chiếm 76,4%. Gần bằng nghiên cứu của Đoàn Thị Thùy Linh cho kết quả 78,9% đối tượng nghiên cứu tuân thủ điều trị [7]; nghiên cứu của Mai Đào Ái Như [8] tuân thủ điều trị thuốc ARV theo ghi nhận từ hồ sơ bệnh án là 74,6%. Như vậy, đa số các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ điều trị ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS chưa đạt hiệu quả cao.

V. KẾT LUẬN

Trẻ em điều trị HIV/AIDS chủ yếu từ 10-<15 tuổi chiếm 57,5%; trẻ nữ và nam chiếm tỷ lệ lần lượt là 55,9% và 44,1%. HIV/AIDS ở trẻ em chiếm tỷ lệ cao ở trẻ sống ở nông thôn (82,7%), kinh tế nghèo (80,3%). Người hỗ trợ chăm sóc cho trẻ nhiễm HIV/AIDS chủ yếu cha và mẹ (73,2%). Có 83,5% trẻ nhiễm HIV/AIDS bị suy dinh dưỡng. Các giai đoạn lâm sàng từ I-IV ở trẻ nhiễm HIV/AIDS tương ứng là 18,1%; 26%; 39,4% và 16,5%. Tình trạng miễn dịch theo xét nghiệm tế bào CD4 có 40,9% không suy giảm; 32,3% suy giảm nhẹ; 10,2% suy giảm tiến triển; 16,5% suy giảm nặng. Tỷ lệ tuân thủ điều trị HIV/AIDS ở trẻ em là 76,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh (2014), Tiêu chuẩn chẩn đoán một ca nhiễm HIV theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Nhà xuất bản Thế Giới, tr.441-447.
2. Bộ Y Tế (2017), Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2017, Bộ Y Tế.
3. Bộ Y Tế (2018), Quy định về quản lý điều trị người nhiễm HIV, người phơi nhiễm với HIV tại các cơ sở y tế, Quyết định số 28/2018/TT-BYT.
4. Bộ Y tế (2019), Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019.
5. Đào Thị Ngọc Diễm (2017), Bệnh suy dinh dưỡng trẻ em, Sách giáo khoa Nhi khoa (Textbook of Pediatrics), Nhà xuất bản y học, tr.136-40.
6. Huỳnh Hùng Dũng (2014), Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị ARV bậc I ở trẻ em nhiễm HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2013-2014, Luận

- án tốt nghiệp chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Đoàn Thị Thùy Linh và cộng sự (2014), Tuân thủ điều trị thuốc kháng virus và tái khám đúng hẹn ở bệnh nhân HIV/AIDS trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương, *Tạp chí Y tế Công cộng* (số 30), tr.16-21.
 8. Mai Đào Ái Như và cộng sự (2008), Đánh giá tình hình tuân thủ điều trị thuốc kháng retrovirus ở bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, *Tạp chí Y học Hồ Chí Minh*, Tập 13 (1), tr.212-218.
 9. UNAIDS tiếng việt (2007), Cập nhật tình hình dịch HIV/AIDS, joint United Nations programme on HIV/AIDS, *World Health organization 2007*, tr.3-13.
 10. Andrew Edmonds Mail (2011), The effect of Highly Active Antiretroviral Therapy on the Survival of HIV-Infected Children in a Resource Deprived Setting: A Cohort Study, *Published: June 14, 2011, DOI: 10/1371/journal.pmed.100144*
 11. Laurence Ahoua (2011), Immunovirological response to combined antiretroviral therapy and drug resistance patterns in children: 1- and 2- year outcomes in rural Uganda, *Clinical Research Department, Epicentre, Paris, France*.
 12. Thomas Gsponer (2012), Variability of Growth in Children Starting Antiretroviral Treatment in Southern Africa, *Institute of Social and Preventive Medicine, University of Bern, Bern, Switzerland*.
 13. WHO (2020), The Global health observatory: summary of the global HIV epidemic 2020, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
 14. Walker, A. Sarah, MSc (2006), Determinants of Survival Without Antiretroviral Therapy After Infancy in HIV-1-Infected Zambian Children in CHAP Trial, *Medical Research Council Clinical Trials Unit 222*.

(Ngày nhận bài: 29/6/2021 - Ngày duyệt đăng: 23/9/2021)
