

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS ĐIỀU TRỊ THUỐC KHÁNG VI RÚT HIV (ARV)

Phan Trung Tiến¹, Hồ Thị Kim Ngân², Dương Bích Hoa¹,
Huỳnh Thị Lý¹, Trần Thị Hoàn¹, Nguyễn Thị Khánh Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu các yếu tố của chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV.

Đối tượng: 85 bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV ≥ 12 tháng tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Huế.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Kết quả: 100% bệnh nhân có lo lắng, lý do lo lắng nhất là không được điều trị miễn phí 84,7%, sợ người khác nhìn thấy việc uống thuốc hàng ngày 55,3%, lo lắng về tác dụng không mong muốn của thuốc ARV 31,4%. - Bệnh nhân có sử dụng công cụ hỗ trợ 90,6%, trong đó đặt chuông báo thức 60%, cài điện thoại nhắc nhở 58,8%, người nhà nhắc nhở 36,5%. - Tác dụng không mong muốn của ARV trong vòng 1-3 tháng đầu điều trị ARV: phát ban 10,6%, ngộ độc gan 5,9% do thuốc NVP; ác mộng chóng mặt 4,7% do thuốc EFV; thiếu máu do thuốc AZT 3,5%. Sau ≥ 12 tháng ARV: rối loạn phân bố mỡ 10,6%, viêm dây thần kinh ngoại biên 9,4% do d4T; thiếu máu do AZT 4,7%. - Kết quả điều trị ARV: trước điều trị ARV bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng IV: 32,8%. Sau điều trị ARV ≥ 12 tháng giai đoạn lâm sàng I là 75,3%. Giai đoạn IV giảm thấp chỉ còn 4,7%. Tế bào CD4 trước điều trị ARV là 134 ± 11 . Sau ≥ 12 tháng điều trị ARV là 420 ± 24 .

Kết luận: Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm chăm sóc các rối loạn lo lắng, khuyến khích sử dụng các công cụ hỗ trợ giúp tuân thủ điều trị tốt, hạn chế các tác dụng không mong muốn của thuốc ARV. Chăm sóc giảm nhẹ tốt giúp tăng tỷ lệ thành công của điều trị ARV, góp phần quan trọng trong nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Chăm sóc giảm nhẹ, bệnh nhân HIV/AIDS, ARV.

ABSTRACT

PALLIATIVE CARE FOR HIV/AIDS PATIENTS WITH ANTIRETROVIRAL THERAPY

Phan Trung Tien¹, Ho Thi Kim Ngan², Duong Bich Hoa¹,
Huynh Thi Ly¹, Tran Thi Hoan¹, Nguyen Thi Khanh Trang²

Objectives: To determine factors relating to palliative care in HIV/AIDS patients with ARV.

Subjects: 85 patients with ≥ 12 months ARV treatment at the Department of Infectious Diseases, Hue Central Hospital.

Methods: Retrospective cross-sectional description study.

1. Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện
Trung ương Huế
2. Trường Cao đẳng Y tế Thừa Thiên
Huế

- Ngày nhận bài (received): 12/02/2014; Ngày phản biện (revised): 17/7/2014
- Ngày đăng bài (Accepted): 20/6/2014
- Người phản biện: TS Trần Thừa Nguyên, BSCK2 Hoàng Thị Lan Hương
- Người phản hồi (Corresponding author): Phan Trung Tiến
- Email: tien_phantrung@yahoo.com . ĐT: 0914 006640

Results: 100% HIV/AIDS patients with ARV treatment are worried. Their most worry is about money if there is no free treatment, which accounts for 84,7%, fear for being seen taking ARV 55,3%, and fear for side effects of the ARV 31,4%. Patients using supporting aids 90,6%, among which 60% set the alarm clock, 58,8% have their mobile phones ring and 36,5% have their relatives remind them. Unexpected side-effects of ARV treatment within the first three months of ARV treatment most commonly seen rash 10,6%, liver poisoning 5,9% by NVP; nightmare and dizziness 4,7% by EFV; anaemia by AZT: 3,5%. After ≥ 12 months of ARV treatment the most common side-effects are fat distribution disorder 10,6%, peripheral neuropathy 9,4% by d4T; anaemia by AZT: 4,7%. Before ARV treatment patients at IV clinical stage of HIV have the highest rate of 31,8%. After ≥ 12 months of ARV treatment the I clinical stage has a high rate of 73,3%, IV clinical stage falls down to 4,7%. Cell CD4 before ARV treatment is 134 ± 11 , After ≥ 12 months of ARV treatment is 420 ± 24 .

Conclusions: Early detection of patients' mental disorders to have timely care. Encourage patients to use supporting aids appropriate to ensure good adherence. Control strictly and detect early unexpected side - effects of the ARV to change treatment therapies for patients. The palliative care improves the rate of successful of treatment of ARV and the quality of life.

Key words: Palliative care, HIV/AIDS patients, ARV (Antiretroviral).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân HIV/AIDS phải điều trị thuốc kháng vi rút HIV (ARV: Antiretroviral) suốt đời. Quá trình điều trị này làm cho bệnh nhân lo lắng, có thể xảy ra nhiều tác dụng phụ làm bệnh nhân chán nản, bi quan và dễ dẫn đến không tuân thủ, đó là nguyên nhân của thất bại điều trị. Nhân viên y tế là người cần phải hiểu rõ những tâm tư tình cảm, tìm hiểu những khó khăn trong việc sử dụng thuốc để hỗ trợ về tinh thần, tư vấn các biện pháp hỗ trợ cũng như quản lý theo dõi phát hiện sớm tác dụng phụ của thuốc, sự tuân thủ việc uống thuốc của người bệnh. Đây là nội dung chính trong công tác chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân HIV/AIDS.

Mục tiêu của đề tài này nhằm tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị thuốc kháng HIV (ARV) và sơ bộ đánh giá kết quả điều trị thuốc ARV tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 85 bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV ≥ 12 tháng tại phòng chăm sóc điều trị HIV khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2012 đến tháng 6/2013

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu và mô tả cắt ngang

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu

Xây dựng bộ câu hỏi thu thập số liệu: dựa trên các tiêu chí về chăm sóc điều trị bệnh nhân HIV/AIDS, về chăm sóc giảm nhẹ đối với bệnh nhân dùng thuốc ARV của Bộ Y tế. Bộ câu hỏi thu thập bao gồm 2 phần: phần phỏng vấn người bệnh và phần thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án [1], [3].

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi		
Từ 18- 30	22	25,9
31- 40	45	52,9
41- 50	16	18,8
>50	2	2,4
Giới		
Nam	47	55,3
Nữ	38	44,9

Trình độ học vấn		
Không biết chữ	5	5,9
Cấp 1	13	15,3
Cấp 2	46	54,1
Cấp 3, trung học	14	16,5
Đại học, cao đẳng	7	8,2
Nghề nghiệp		
Thất nghiệp	14	16,5
Không ổn định	30	35,3
Ổn định	41	48,2
Đường lây truyền		
Tình dục	76	89,4
Tiêm chích	9	10,6
Phác đồ ARV		
d4T + 3TC + NVP	21	24,7
d4T + 3TC + EFV	4	4,7
AZT + 3TC + NVP	46	54,1
AZT + 3TC + EFV	5	5,9
TDF + 3TC + NVP	4	4,7
TDF + 3TC + EFV	5	5,9
Giai đoạn lâm sàng trước điều trị		
I	16	18,8
II	20	23,5
III	22	25,9
IV	27	31,8
CD4/ mm ³ trước điều trị		
X ± SE	134 ± 11	
< 50	26	30,6
50 - 150	28	32,9
151 - 250	23	27,1
251 - 350	8	9,4

ARV : Antiretroviral ; d4T : Stavudine, 3TC : Zidovudine, NVP : Nevirapine, EFV : Efavirenz, TDF : Tenofovir

Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi 31- 40 tuổi đang điều trị ARV chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%. Tỷ lệ nam cao hơn nữ. Phần lớn bệnh nhân có trình độ văn hóa thấp, tỷ lệ thất nghiệp và không có nghề nghiệp ổn định chiếm tỷ lệ cao. Số liệu này cũng tương tự với các tác giả Đỗ Mai Hoa, Nguyễn Văn Kính [4], [5]. Đường lây truyền chủ

yếu qua đường tình dục 89,4%. Phác đồ ARV gặp ở tất cả phác đồ bậc 1 hiện nay, [3]. Trong đó chủ yếu là phác đồ AZT + 3TC + NVP 54,1% và d4T + 3TC + NVP 24,7%.

Giai đoạn lâm sàng trước điều trị gặp ở 4 giai đoạn, trong đó giai đoạn III (25,9%), IV (31,8%) chiếm tỷ lệ cao. Trong giai đoạn lâm sàng III, IV các bệnh lý thường gặp là tiêu chảy kéo dài, sốt kéo dài, hội chứng suy mòn, nấm Candida, nấm Penicillium marneffeii, lao phổi, viêm phổi nghi do Pneumocystis, Toxoplasmosis não [6]. Tế bào CD4 trước điều trị thấp $X \pm SE = 134 \pm 11$. Trong đó CD4 < 50 chiếm 30,6%, CD4 < 250 chiếm 90,6%.

Đây là thực tế của bệnh nhân HIV/AIDS Việt Nam được tiếp cận thuốc ARV muộn so với các nước, tạo nên sự khó khăn trong chăm sóc theo dõi và ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị [1], [5], [7].

3.2. Các yếu tố liên quan đến chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV

3.2.1. Sự lo lắng của bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV

Bảng 3.2. Bệnh nhân HIV/AIDS lo lắng trong giai đoạn điều trị ARV

	Có		Không	
	n	%	n	%
Tỷ lệ lo lắng	85	100	0	0
Lý do lo lắng				
Không hy vọng bệnh sẽ tốt hơn	33	38,8	52	61,2
Lo lắng về tác dụng không mong muốn của ARV	29	34,1	56	65,9
Lo lắng khi khám định kỳ và xét nghiệm CD4	39	45,9	46	54,1
Sợ người khác nhìn thấy việc uống thuốc hàng ngày	47	55,3	38	44,7
Lo lắng nếu không được điều trị miễn phí	72	84,7	13	15,3

Bệnh viện Trung ương Huế

100% người bệnh có lo lắng khi điều trị ARV, nguyên nhân của sự lo lắng gồm nhiều mặt, liên quan đến bệnh tật cũng như xã hội kinh tế, lý do lo lắng nhất là về kinh tế nếu không được điều trị miễn phí 84,7%; lo lắng về tác dụng không mong muốn của ARV 34,1%; sợ người khác nhìn thấy việc uống

thuốc hàng ngày 55,3%. Một số tác giả cũng đã ghi nhận bệnh cảnh trầm cảm ở bệnh nhân HIV/AIDS, theo Đỗ Mai Hoa 20 - 24% [4]. Lo lắng gây ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần đang là thách thức cần quan tâm ở bệnh nhân HIV/AIDS [1], [2], [7], [8], [9].

3.2.2. Sử dụng công cụ hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV

Bảng 3.3. Các công cụ hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV

	Có		Không	
	n	%	n	%
Tỷ lệ sử dụng công cụ tuân thủ	77	90,6	8	9,4
Các công cụ sử dụng để tuân thủ				
Có sổ nhật ký đánh dấu lần uống thuốc	9	10,6	76	89,4
Đặt chuông đồng hồ báo thức	51	60	34	40
Người nhà nhắc nhở	31	36,5	54	63,5
Cài điện thoại nhắc nhở	50	58,8	35	41,2
Tivi, đài	12	14,1	73	85,9
Hộp chia thuốc	16	18,8	69	81,2
Gắn với một công việc hàng ngày	12	14,1	73	85,9

Thành công điều trị ARV phụ thuộc rất nhiều vào sự tuân thủ điều trị, cần thiết phải sử dụng các công cụ để giúp tuân thủ điều trị được tốt [3], [7]. Trong nghiên cứu này ghi nhận: có sử dụng công cụ hỗ trợ để tuân thủ chiếm 90,6%, trong đó đặt chuông đồng hồ báo thức 60%, cài điện thoại 58,8%, là các công cụ được sử dụng phổ biến. Theo tác giả Nguyễn Văn Kính đặt chuông đồng hồ và cài điện thoại là 66% và 42,9% [5]. Các biện pháp khác cũng góp phần giúp nhắc nhở bệnh nhân uống thuốc đều đặn cần được phát huy.

3.2.3. Các tác dụng không mong muốn của thuốc ARV

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn do thuốc ARV

Tác dụng không mong muốn	1-3 tháng đầu điều trị ARV		≥ 12 tháng điều trị ARV	
	n	%	n	%
Phát ban	9	10,6		
Ngộ độc gan	5	5,9		
Thiếu máu	3	3,5	4	4,7
Viêm thần kinh ngoại biên			8	9,4
Rối loạn phân bố mỡ			9	10,6
Ác mộng chóng mặt	4	4,7		

Các tác dụng phụ không mong muốn của thuốc ARV là một rào cản, ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, làm giảm tỷ lệ thành công điều trị, đây là một yếu tố cần chú ý trong chăm sóc giảm nhẹ [1], [7]. Chúng tôi ghi nhận: trong vòng 1-3 tháng đầu điều trị ARV người bệnh thường bị phát ban 9/85 (10,6%), ngộ độc gan 5/85 (5,9%) ở bệnh nhân sử dụng NVP; ác mộng chóng mặt 4/85 (4,7%), thường gặp ở bệnh nhân sử dụng EFV; thiếu máu 3/85 (3,5%) ở bệnh nhân sử dụng AZT. Sau ≥ 12 tháng điều trị ARV thường gặp nhất là rối loạn phân bố mỡ biểu hiện teo cơ có 9/85 (10,6%), viêm dây thần kinh ngoại biên xuất hiện ở 8/85 (9,4%) ở bệnh nhân sử dụng d4T; thiếu máu do sử dụng AZT 4/85 (4,7%). Các tác dụng phụ này cũng đã được các tác giả khác ghi nhận tương tự [5]. Các thuốc có các tác dụng phụ gây hậu quả lâu dài như d4T cần được loại ra khỏi các phác đồ, thay thế các thuốc ít tác dụng phụ hơn là chủ trương của chúng ta hiện nay [3]. Chăm sóc giảm nhẹ bao gồm nhiều biện pháp. Cần tìm hiểu những lo lắng trong cuộc sống, khó khăn trong việc sử dụng thuốc để hỗ trợ về tinh thần, tư vấn các biện pháp cũng như quản lý theo dõi phát hiện sớm tác dụng phụ của thuốc, đảm bảo sự tuân thủ uống thuốc. [1], [2], [7], [8], [9].

3.3. Kết quả điều trị ARV

3.3.1. So sánh giai đoạn lâm sàng trước và sau điều trị ARV

Bảng 3.5. Giai đoạn lâm sàng (GDLS) trước và sau điều trị ARV ≥ 12 tháng

GDLS	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
I	16	18,8	64	75,3
II	20	23,5	12	14,1
III	22	25,9	5	5,9
IV	27	31,8	4	4,7
Tổng cộng	85	100	85	100
p	$> 0,05$			

Chỉ định điều trị ARV theo hướng dẫn của Bộ Y tế [3], trong nghiên cứu chúng tôi, người

bệnh bắt đầu điều trị ARV phần lớn ở giai đoạn muộn (GDLS III: 25,9%, IV: 31,8%); sau điều trị ARV ≥ 12 tháng người bệnh chuyển sang GDLS I chiếm ưu thế 75,3% so với trước điều trị là 18,8% ; Sau điều trị ARV ≥ 12 tháng GDLS IV giảm chỉ còn 4,7% so với trước điều trị 31,8%. Điều này cũng được tác giả Nguyễn Văn Kính. ghi nhận kết quả tương tự [5]. Các nhiễm trùng cơ hội giảm rõ rệt sau điều trị ARV. [3], [7].

3.3.2. So sánh tế bào CD4 trước và sau điều trị

Bảng 3.6. Tế bào CD4 trước và sau điều trị ARV ≥ 12 tháng

CD4/mm ³	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
< 50	26	30,6	3	3,5
50 - 150	28	32,9	3	3,5
151 - 250	23	27,1	10	11,8
>250	8	9,4	69	81,2
Tổng cộng	85	100	85	100
X ± SE	134 ± 11		420 ± 24	
p	< 0,05			

Bệnh nhân được điều trị ARV trong nghiên cứu của chúng tôi có số tế bào CD4 trung bình là 134/mm³. Bệnh nhân Việt Nam tiếp cận ARV thường có số lượng CD4 thấp. Đây là một trở ngại cần được khắc phục để nâng cao hiệu quả của điều trị [5], [1]. Sau điều trị số lượng tế bào CD4 > 250 /mm³ chiếm 81,2% cao vượt trội so với trước điều trị chỉ 9,4%. Tế bào CD4 trước điều trị 134 $\pm$ 11, sau ≥ 12 tháng điều trị ARV là 420 $\pm$ 24 ($p < 0,05$).

Dựa vào kết quả của sự thay đổi về GDLS cũng như số lượng tế bào CD4 ở trên cho chúng ta thấy rằng sau điều trị ARV, GDLS của người bệnh giảm xuống, chỉ số tế bào CD4 tăng. Điều này đã phản ánh hiệu quả điều trị cao của ARV.

Có được điều này chính là nhờ vào sự tuân thủ điều trị tốt, các biện pháp giúp tuân thủ đã phát huy tác dụng, các tác dụng phụ của thuốc đã được kiểm soát tốt, các biện pháp chăm sóc giảm nhẹ được chú

trọng trong quá trình theo dõi chăm sóc điều trị cho người bệnh.

IV. KẾT LUẬN

Chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân HIV/AIDS điều trị ARV bao gồm chăm sóc các mối lo lắng ở bệnh nhân, khuyến khích sử dụng các công cụ hỗ trợ cho

sự tuân thủ điều trị tốt, phát hiện sớm các tác dụng không mong muốn của thuốc ARV để thay thế thuốc, điều trị thích hợp kịp thời.

Chăm sóc giảm nhẹ tốt giúp tăng tỷ lệ thành công của điều trị ARV góp phần quan trọng trong nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), “Chăm sóc tâm lý - xã hội cho người bệnh và người chăm sóc”, *Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS*.
2. Bộ Y tế (2006), *Quy định và hướng dẫn thực hiện chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS tại nhà và cộng đồng*, NXB Y học.
3. Bộ Y tế (2011), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS”, *Ban hành kèm theo Quyết định số 3003/QĐ - BYT ngày 19/8/2009 và Quyết định số 4139/QĐ - BYT ngày 2/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.
4. Đỗ Mai Hoa, Michael Dunne, Phạm Việt Cường, Masaya Kato, Nguyễn Văn Kính, Gerard Fitzgerald (2010), “Tuân thủ điều trị trong các bệnh nhân điều trị thuốc kháng virus tại Hà Nội và Hải Dương”, *Tạp chí Y học thực hành*, 742 + 743, tr. 462- 466.
5. Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Tiến Lâm (2010), “Đánh giá tuân thủ điều trị và liên quan của tuân thủ điều trị với hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV)”, *Tạp chí Y học thực hành*, 742 + 743, tr. 388-394.
6. Phan Trung Tiến (2010), “Nghiên cứu lâm sàng cận lâm sàng bệnh nhân HIV/AIDS được chỉ định điều trị ARV tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học thực hành*, 742+743, tr. 401- 404.
7. Megan E Kell and John D Walley (2009), “Palliative care for HIV in the era of antiretroviral therapy availability: perspectives of nurse in Lesotho”, *BMC Palliative Care*, 8, pp. 11.
8. UNAIDS Technical update October 2000, (2000), *AIDS: Palliative care*.
9. WHO/CDS/IMAI/2004, 4 Rev, 1, (2004), *Palliative care: Symptom management and end-of-life care*.