

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + LOPINAVIR/RITONAVIR Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS THẤT BẠI VI RÚT HỌC VỚI PHÁC ĐỒ BẬC 1 TẠI HẢI PHÒNG

Trần Thị Thoa¹, Nguyễn Vũ Trung², Hoàng Tiến Tuyên².

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của phác đồ AZT + 3TC + LPV/r ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại vi rút với phác đồ TDF + 3TC + NVP hoặc EFV. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu kết hợp tiền cứu ở 65 bệnh nhân HIV/AIDS thất bại vi rút với phác đồ TDF + 3TC + NVP hoặc EFV được điều trị bằng phác đồ AZT + 3TC + LPV/r tại Bệnh viện Hữu nghị Việt - Tiệp trong thời gian từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2019. **Kết quả:** thất bại vi rút (HIV - RNA > 1000copies/mL) không gặp ở bệnh nhân nào tại các thời điểm sau kết thúc 6; 12; 24 tháng điều trị. Số lượng tế bào CD4 trung bình của các bệnh nhân tăng rõ rệt trong vòng 24 tháng đầu sau điều trị: 316 ± 184 TB/mm³, so với thời điểm T0 là 131 ± 118 TB/mm³. Tác dụng không mong muốn của phác đồ AZT + 3TC + LPV/r hay gặp trên lâm sàng chủ yếu là thiếu máu từ nhẹ đến vừa (55,3%), tiêu chảy chiếm 23,1%. Rối loạn mỡ máu gặp ở mọi thời điểm. Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn mỡ máu cao hơn so với khi bắt đầu điều trị. **Kết luận:** phác đồ AZT + 3TC + LPV/r có hiệu quả đáp ứng vi rút, miễn dịch, lâm sàng ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại điều trị với phác đồ bậc 1a. Cần chú ý các biến cố bất lợi như thiếu máu, tiêu chảy.

Từ khóa: ARV, bậc 2, HIV/AIDS, thất bại điều trị.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị HIV hoạt tính cao (HAART - Highly Active Anti Retroviral Therapy) đã được WHO khuyến cáo sử dụng từ năm 1997. Ở nước ta, từ năm 2011, Bộ Y tế yêu cầu sử dụng phác đồ bậc 1a: TDF + 3TC + NVP/EFV cho tất cả bệnh nhân HIV/AIDS lần đầu điều trị, phác đồ thay thế 1b: AZT + 3TC + NVP/EFV nếu bệnh nhân có chống chỉ định với TDF; chuyển phác đồ bậc 2: TDF + 3TC + LPV/r hoặc ATV nếu trước đó sử dụng phác đồ 1a; phác đồ AZT + TDF + LPV/r hoặc ATV nếu trước đó sử dụng phác đồ 1b cho các bệnh nhân thất bại vi rút học^[1]. Sau thời gian điều trị, để đánh giá hiệu quả, cũng như các tác dụng không mong muốn của phác đồ bậc AZT + 3TC + LPV/r, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ Zidovudine + Lamivudine +

Lopinavir/ritonavir ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại vi rút với phác đồ bậc 1a tại Hải Phòng", với hai *mục tiêu*: 1/ Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ ZDV + 3TC + LPV/r ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại vi rút học với phác đồ bậc 1a. 2/ Xác định tác dụng không mong muốn của phác đồ ZDV + 3TC + LPV/r.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: gồm 65 bệnh nhân HIV/AIDS thất bại điều trị vi rút với phác đồ bậc 1a (TDF + 3TC + NVP hoặc TDF + 3TC + EFV), chuyển phác đồ bậc 2 (ZDV + 3TC + LPV/r) được thu dung, điều trị tại Phòng Khám ngoại trú, Bệnh viện Hữu nghị Việt - Tiệp, Hải Phòng trong thời gian từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Lựa chọn bệnh nhân HIV/AIDS thất bại điều trị vi rút theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2015^[2]. Tải lượng vi rút huyết tương trên 5000copies/mL (bệnh nhân điều trị trước 2016); trên 1000 copies/mL huyết tương (bệnh nhân điều trị từ 2016) ở hai lần xét nghiệm vi rút

¹⁾Bộ môn Truyền nhiễm, Đại học Y - Dược Hải Phòng.

Ngày nhận bài: 09/01/2020.

Ngày phản biện xong: 17/02/2020.

Ngày duyệt đăng: 16/6/2020.

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Trần Thị Thoa, Bộ môn Truyền nhiễm, Trường Đại học Y - Dược Hải Phòng.

Điện thoại: 0353028352. E-mail: ttthoa.hpmu.edu.vn

liên tiếp cách nhau 3 tháng, sau khi đã được hỗ trợ tuân thủ ở người bệnh đã điều trị ARV ít nhất 6 tháng.

- Tuổi từ 18 tuổi đến 60 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không hợp tác, không tuân thủ điều trị; Phụ nữ có thai; Suy thận (mức lọc cầu thận < 10ml/phút); Tăng huyết áp không kiểm soát được; Bệnh nhân có Hb < 80g/L.

Thuốc nghiên cứu hiệu quả điều trị

- Zidovudin/Lamivudin. Tablets USP. Do công ty Mylan Laboratories Limited, Ấn Độ sản xuất: viên 300mg/150mg, uống 02 viên/ngày, sáng uống 01 viên, tối uống 01 viên cách nhau 12 giờ.

- Aluvia (Lopinavir /ritonavir) (LPV/r). Do công ty Abbott GmbH & Co.KG - Đức sản xuất: viên 200mg/50 mg, uống 4 viên/ngày, sáng uống 02 viên, tối uống 02 viên cách nhau 12 giờ.

Các thuốc được cung cấp bởi chương trình PEPFAR.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả ca bệnh, gồm 46 bệnh nhân hồi cứu từ 2012 và 19 bệnh nhân tiến cứu từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2019.

- Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được đăng ký theo mẫu biểu thống nhất.

- Chỉ số nghiên cứu:

+ Tuổi trung bình, nhóm tuổi; các triệu chứng lâm sàng trước và sau mỗi tháng điều trị.

+ Tải lượng vi rút được làm trên hệ thống COBAS® AmpliPre/COBAS® TaqMan® HIV của hãng Roche Diagnostic, thực hiện tại Khoa Vi sinh Bệnh viện Bạch Mai. Ngưỡng phát hiện ≥ 40 copies/mL.

+ Số lượng bạch cầu Lympho T - CD4 (CD4) được thực hiện trên máy Cyflow SL3 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt - Tiệp, theo nguyên lý đếm tế bào (TB) dòng chảy.

Các xét nghiệm được làm tại các thời điểm trước và sau 6, 12, 18, 24 tháng điều trị

- Tiêu chuẩn đánh giá thất bại điều trị:

+ Thất bại vi rút: tải lượng HIV - RNA > 1000copies/mL tại thời điểm sau mỗi 6 tháng điều trị.

+ Thất bại miễn dịch: số lượng T - CD4 tại các

thời điểm xét nghiệm bằng hoặc thấp hơn so với thời điểm trước khi điều trị ARV hoặc CD4 liên tục dưới 100 tế bào/mm³ ở hai lần xét nghiệm liên tiếp (cách nhau 6 tháng) và không có căn nguyên nhiễm trùng gần đây gây giảm CD4.

+ Thất bại lâm sàng: xuất hiện mới hoặc tái phát các bệnh lý giai đoạn lâm sàng 4 sau điều trị ARV ít nhất 6 tháng.

Xử lý số liệu: số liệu được quản lý, phân tích bởi phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Thuật toán được sử dụng: tỉ lệ %, giá trị trung bình, so sánh 2 tỉ lệ bằng thuật toán T - student.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của bệnh nhân trước điều trị

Chỉ tiêu	n = 65	
Tuổi (X ± SD; min - max): năm	41,5 ± 8,3 (18 - 60)	
Nhóm tuổi từ 31 - 50 (n, %)	56 (86)	
Nam giới (n, %)	52 (80)	
BMI (X ± SD; min - max): kg/m ²	19,6 ± 2,6 (14,01 - 25,29)	
Giai đoạn lâm sàng	1 (n, %)	41 (63,1)
	2 (n, %)	3 (4,6)
	3 (n, %)	9 (13,8)
	4 (n, %)	12 (18,5)
80 < Hb < 120g/L (n. %)	17 (26,2)	
ALT > 1,25ULN (n. %)	11/41 (26,8)	
Creatinin > 120μmol/L (n. %)	0	
Cholesterol > 6,2mmol/L (n. %)	3 (4,6)	
TC4 ((X ± SD; min - max): TB/mm ³	131 ± 118 (10-369)	
HIV - RNA > 1000copies/mL: (n. %)	65 (100)	
(X ± SD; min - max): copies/mL)	147736 ± 231833 (1390 - 940000)	

Nhận xét: chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân nghiên cứu ở giới hạn thấp của giá trị bình thường: 19,6 ± 2,6, giai đoạn lâm sàng 4 chỉ có ở 18,5 bệnh nhân, 26,2% bệnh nhân có Hb < 120g/L, 100% bệnh nhân có tải lượng vi rút > 1000copies/mL trong đó thấp nhất là 1380copies/mL, số lượng TCD4 trung bình thấp: 130 ± 118. Trong đó, có bệnh nhân chỉ có 10 TB/mm³.

Bảng 2. Đáp ứng lâm sàng theo thời gian điều trị

Thời gian	T0(a) n = 65	T6(b) n = 65	T12(c) n = 65	T24(d) n = 65	p b,c,d-a
Chỉ tiêu					
BMI kg/m ² (X ± SD)	19,6 ± 2,6	21,4 ± 2,7	21,7 ± 1,7	21,8 ± 2,3	< 0,05
Giai đoạn lâm sàng	1 (n.%)	41 (63,1)	53 (81,5)	54 (83)	60 (92,3)
	2 (n.%)	3 (4,6)	3 (4,6)	2(3)	0,0
	3 (n.%)	9 (13,8)	1 (1,5)	1(1,5)	0,0
	4 (n.%)	12 (18,5)	8 (12,4)	7 (12,5)	5 (7,7)

Nhận xét: chỉ số BMI trung bình cải thiện về giới hạn cao của giá trị bình thường tại thời điểm tháng kết thúc 6 tháng sau điều trị và duy trì ổn định ở các thời điểm kết thúc 12,24 tháng. Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,5$. Tương tự giai đoạn lâm sàng của bệnh cũng có sự cải thiện rõ ở ngay thời điểm T6, đến thời điểm T24 có 92,3% bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 1. Điều đáng tiếc vẫn còn 7,7% bệnh nhân vẫn ở giai đoạn lâm sàng 4. Tìm hiểu, chúng tôi được biết trong số 5 bệnh nhân này có 3 bệnh nhân ung thư, 2 bệnh nhân lao kháng thuốc.

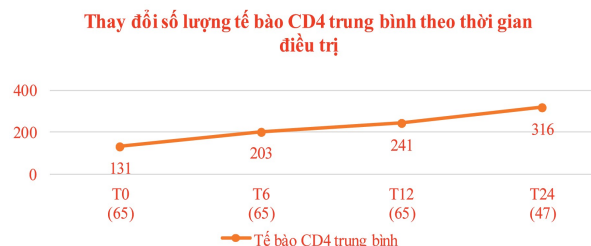
Bảng 3. Đáp ứng vi rút theo thời gian điều trị

Thời gian (VL): copies/L	T0(a) n = 65	T6(b) n = 65	T12(c) n = 65	T24(d) n = 65	p b,c,d-a
VL ≤ 40 (n, %)	0 (0,0)	47 (72,3)	56 (86,2)	43 (91,5)	< 0,05
40 < VL ≤ 1.000 (n, %)	0 (0,0)	18 (27,7)	9 (13,8)	4 (8,5)	
VL > 1000 (n, %)	65 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Nhận xét: đáp ứng vi rút (VL < 1000copies/mL huyết tương) xảy ra ở 100% bệnh nhân tại thời điểm kết thúc 6 tháng điều trị. Trong đó, 72,1% dưới ngưỡng phát hiện. Không có bệnh nhân nào thất bại vi rút tại các thời điểm T12, T24.

Bảng 5. Về cận lâm sàng, tác dụng không mong muốn ở bệnh nhân điều trị bằng phác đồ ZDV + 3TC + LPV/r

Triệu chứng	Thời gian	T0(a)	T6(b)	T12(c)	T24(d)	p b,c,d-a
80 < Hb < 120g/L	(n, %)	17/65 (26,2)	29/65 (44,6)	31/65 (47,7)	26/47 (55,3)	< 0,05
Creatinin > 120μmol/L	(n, %)	0	0	0	0	
ALT > 40U/L	(n, %)	11/65 (16,9)	16/41 (39,0)	16/33 (48,5)	4/11 (36,4)	> 0,05
Triglycerid > 4,5mmol/L	(n, %)	3/65 (4,6)	9/65 (13,8)	10/65 (15,3)	7/47 (14,8)	> 0,05
Cholesterol > 6,2mmol/L	(n, %)	12/65 (10,8)	11/65 (16,9)	12/65 (18,4)	8/47 (17,0)	> 0,05



Biểu đồ 1. Đáp ứng miễn dịch theo thời gian điều trị

Nhận xét: số lượng tế bào CD4 trung bình của các bệnh nhân được cải thiện sau 6 tháng và tăng rõ rệt tại thời điểm sau 24 tháng sau điều trị: 316 ± 184 TB/mm³, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Tác dụng không mong muốn gặp trên lâm sàng ở bệnh nhân điều trị bằng phác đồ ZDV + 3TC + LPV/r

Triệu chứng	n	%	Thời gian xuất hiện (ngày)
Tiêu chảy	15	23,1	$30,9 \pm 27,3$
Mệt mỏi	9	13,8	$5,6 \pm 2,1$
Buồn nôn, nôn	6	9,2	$5,3 \pm 1,9$
Nhức đầu	9	13,8	$5,2 \pm 2,3$
Đau bụng	2	3,1	$4,1 \pm 3,2$
Ban da	4	6,2	$3,2 \pm 2,4$
Rối loạn phân bố mỡ	0	0	0

Nhận xét: triệu chứng không mong muốn xuất hiện với tỉ lệ cao nhất là tiêu chảy (30,9%), thời điểm xuất hiện là $30,9 \pm 27,3$ ngày, các triệu chứng mệt mỏi, buồn nôn, ban da, nhức đầu xuất hiện với tỉ lệ dưới 15% và xuất hiện trong tuần đầu sau điều trị. Không gặp bệnh nhân bị rối loạn phân bố mỡ.

Nhận xét: số lượng bệnh nhân thiếu máu tăng theo thời gian điều trị. Tuy nhiên, không có bệnh nhân nào thiếu máu nặng (< 80g/L). Số lượng bệnh nhân tăng Triglycerid > 4,5mmol/L, Cholesterol > 6,2mmol/L gia tăng theo thời gian điều trị, nhưng không có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm.

BÀN LUẬN

Tại Hải Phòng, phác đồ TDF + 3TC + NVP/EFV được điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS lần đầu điều trị ngay từ năm 2011 theo hướng dẫn của Bộ Y tế^[1]. Cho đến nay, tại Bệnh viện Việt - Tiệp có rất nhiều bệnh nhân HIV/AIDS được quản lý, theo dõi, điều trị bằng phác đồ TDF + 3TC + NVP/EFV, trong số này có nhiều bệnh nhân đã thất bại vi rút và đã được chuyển phác đồ AZT + 3TC + LPV/r. Để đánh giá đúng hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ AZT + 3TC + LPV/r, chúng tôi lựa chọn được 65 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trên cơ sở dữ liệu thống kê, chúng tôi nhận thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 41,5 ± 8,3 (18 - 60). Trong đó, nhóm tuổi từ 31 - 50 chiếm 86%; có 63,1% bệnh nhân thuộc giai đoạn lâm sàng 1, chỉ có 26,2 % bệnh nhân thiếu máu mức độ vừa, tải lượng vi rút trung bình là 147736 ± 231833 (1390 - 940000), số lượng TCD4 trung bình là 131 ± 118 (10 - 369). Kết quả nghiên cứu của của Phạm Bá Hiền, năm 2018, trên 393 bệnh nhân thất bại với các phác đồ bậc 1 chuyển điều trị phác đồ bậc 2 tại Hà nội cho thấy: tuổi trung bình là 32,74 ± 7,49, trong đó nhóm tuổi 31 – 50 chiếm tỷ lệ đa số 60,3%. Trong số 43 bệnh nhân điều trị phác đồ bậc 2 chỉ có 6,9 % bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 1, số lượng TCD4 trung bình là 100 ± 6,3 (12 - 317)^[4]. Tìm hiểu sự khác biệt về số liệu, chúng tôi nhận thấy đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân tuân thủ tư vấn, trị liệu tốt. Đây là nhóm người đã có kết hôn, có con và có trách nhiệm với gia đình và xã hội. Trong các hồ sơ điều trị thất bại vi rút với phác đồ bậc 1 không đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, các số liệu cũng tương tự của tác giả Phạm Bá Hiền.

Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ AZT + 3TC + LVP/r tại thời điểm sau 6, 12, 24 tháng điều trị, kết quả cho thấy: đáp ứng vi rút có ở 100% bệnh nhân ở tất cả các thời điểm. Trong đó, dưới ngưỡng phát hiện tương ứng lần lượt là 72,3%, 86,2% và 91,5%; Tương tự, 100% có đáp ứng miễn dịch và gia tăng theo thời gian điều trị, cụ thể số lượng TCD4 trung bình là 203, 241, 316TB/mm³; Đáp ứng lâm sàng gia tăng, thể hiện ngay sau 6 tháng có tới 81,5% bệnh nhân thuộc giai đoạn lâm sàng 1, sau 24 tháng là 92,3%. Có tới 7,7% bệnh nhân không có cải thiện

đáp ứng lâm sàng cho dù có đáp ứng vi rút, nguyên do các bệnh nhân này mắc ung thư và lao đa kháng. Nghiên cứu của Phạm Bá Hiền năm 2018 cho thấy, đáp ứng vi rút tại các thời điểm tương ứng lần lượt là 100%, 100%, 97,6%; Kết quả nghiên cứu của Laurent F, năm 2010, tại Campuchia, thấy số lượng tế bào TCD4 trung bình tương ứng là 197, 258 và 372 TB/mm³^[5]. Kết quả này cho phép khẳng định tính hiệu quả của phác đồ nêu bệnh nhân tuân thủ trị liệu tốt.

Đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ AZT + 3TC + LPV/r, chúng tôi nhận thấy: tiêu chảy chiếm tỷ lệ cao nhất: 23,1%, tiếp đến mệt mỏi: 13,8%, nhức đầu: 13,8%, buồn nôn, nôn: 9,2%, đau bụng: 3,1%, ban da: 6,2%, không gặp bệnh nhân bị rối loạn phân bố mỡ. Nguyễn Thế Tiến (2015): tiêu chảy (29,3%), buồn nôn (13,8%), mệt mỏi (13,8%), nhức đầu (10,3%), đau bụng và nôn (8,6%, 5,2%)^[3,6]. Tăng cholesterol máu dao động từ 4,6% - 15,3%, tăng triglyceride máu dao động từ 10,8% - 18,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Tiến, tỉ lệ tăng triglyceride máu trong quá trình điều trị dao động từ 17,2% - 28,2%, tăng cholesterol máu trong quá trình điều trị dao động từ 5,7% đến 17,7%^[6]. Thiếu máu là tác dụng hay gặp nhất ở bệnh nhân này và gia tăng theo thời gian do AZT gây ra. Cụ thể, ở các thời điểm tương ứng là 17/65 (26,2%); 29/65 (44,6%); 31/65 (47,7%); 26/47 (55,3%). Tuy nhiên, sau 24 tháng điều trị, không có bệnh nhân nào thiếu máu nặng phải ngưng điều trị. Tác dụng bất lợi của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với cảnh báo của Bộ Y tế^[3].

KẾT LUẬN

- Phác đồ AZT + 3TC + LVP/r là phác đồ kháng HIV có hiệu quả cao. 100% bệnh nhân có đáp ứng vi rút, cải thiện đáp ứng miễn dịch tại các thời điểm đánh giá, 92,7% đáp ứng lâm sàng tại thời điểm kết thúc 24 tháng điều trị.

- Phác đồ AZT + 3TC + LVP/r gây ra một số biến cố bất lợi như thiếu máu, tiêu chảy, nhức đầu, mệt mỏi, buồn nôn, đau bụng. Rối loạn chuyển hóa tăng cholesterol, triglycerid xảy ra ở một số bệnh nhân và gia tăng theo thời gian điều trị nhưng chưa thấy có rối loạn phân bố mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2011), Sửa đổi, bổ sung một số nội dung trong "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS" của Quyết định số 3003/QĐ-BYT, Quyết định 4139 ban hành ngày 02/11/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bộ Y Tế (2015), Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS", Quyết định số 3047/QĐ-BYT ban hành ngày 22/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
3. Bộ Y Tế (2017), Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS, Ban hành kèm theo Quyết định số 5418/QĐ-BYT ngày 01/02/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. Phạm Bá Hiền (2018). "Nghiên cứu kháng thuốc ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại với phác đồ Zidovudine + Lamivudine + Nevirapine, Stavudine + Lamivudine + Nevirapine và hiệu quả điều trị của phác đồ ARV bậc 2". Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
5. Laurent F, Vara O., et al. (2011). "High efficacy of lopinavir/r - based second - line antiretroviral treatment after 24 months of follow up at ESTHER/Calmette Hospital in Phnom Penh, Cambodia". Journal of the International AIDS Society. 14: pp. 14.
6. Nguyễn Thế Tiến (2015). "Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ TDF + 3TC + LPV/r ở bệnh nhân HIV/AIDS thất bại với phác đồ kháng vi rút bậc 1 tại Hà Nội". Luận văn chuyên khoa cấp 2, Học viện Quân y.

EVALUATING THE EFFICIENCY OF ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + LOPINAVIR/RITONAVIR REGIMEN IN HIV/AIDS PATIENTS WITH FIRST LINE TREATMENT FAILURE AT HAI PHONG

Summary

Objectives: To evaluating the efficiency and safety of Zidovudine + Lamivudine + Lopinavir/ritonavir regimen in HIV/AIDS patients with first - line treatment failure. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective cohort studies on 65 patients with virological failure with first-line regimens (TDF + 3TC + NVP or TDF + 3TC + EFV), switched to ZDV + 3TC + LPV/r at Viet - Tiep Hospital from June 2012 to June 2019. **Results:** Virologic failure (HIV - RNA > 1000 copies/mL): has not been well established at 6,12,24 months (M) after the end therapy. Mean

CD4 cell count increased significantly in M24: 316 ± 184 cell/mm³, compared with T0 of 131 ± 118 cell/mm³. The most common side effect of AZT + 3TC + LPV/rismild to moderate anemia (55.3%), diarrhea (29.1%). The type of dyslipidemia occurs at all times and the proportion of patients with dyslipidemia after treatment were higher than starting phase. **Conclusions:** AZT + 3TC + LPV/r on treatment had been shown to be clinically, virologically and immunologically effective in patients with first-line treatment failure.

Key words: hospital - acquired pneumonia (HAP), *Acinetobacter baumannii*.