



NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ARV BẬC 1 Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐỒNG NHIỄM HIV/HBV TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Quách Kim Ưng¹, Trần Xuân Chương²

Đặt vấn đề: Đồng nhiễm HBV với HIV là tình trạng đồng nhiễm khá phổ biến. Đồng nhiễm HBV/HIV có thể có tổn thương gan nhiều hơn, diễn tiến bệnh nặng hơn. Nghiên cứu về những hiệu quả điều trị đồng nhiễm HIV/HBV là rất cần thiết.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ARV bậc 1 của nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số quận ở TP. Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp: 69 bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận.

Kết quả: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV: Tuổi mắc bệnh $31,2 \pm 8,9$ tuổi. Bệnh nhân nam chiếm 95,7%, nữ là 4,3%. 5,8% bệnh nhân có triệu chứng nám sạm, 4,3% có sút cân. CD4 trung bình vào viện là $347,58 \pm 225,47$ tế bào/mm³. Tải lượng HBV DNA trung bình là $4,46 \pm 1,84$ log₁₀ (copies/ml). AST trung bình là $37,36 \pm 21,11$ U/L; ALT trung bình ($39,19 \pm 20,82$ U/L). Kết quả điều trị: Sau 12 tháng điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có CD4 < 200 (tế bào/mm³) từ 23,2% trước điều trị giảm xuống 10,1% sau 6 tháng và 7,9% sau 12 tháng. Sau 12 tháng, 89,5% bệnh nhân có tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng ức chế. 84,2% và 76,3% có enzym AST và ALT trở về giá trị bình thường, tỷ lệ HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện là 86,8%.

Kết luận: Bệnh nhân nam chiếm 95,7%, nữ 4,3%. Tải lượng HBV DNA trung bình là $4,46 \pm 1,84$ log₁₀ (copies/ml). Sau 12 tháng, 89,5% bệnh nhân có tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng. 84,2% và 76,3% có AST và ALT trở về giá trị bình thường, tỷ lệ HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện là 86,8%.

Từ khóa: HIV, HBV, đồng nhiễm HIV/HBV, điều trị ARV.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch HIV/AIDS vẫn là một vấn đề y tế công cộng lớn của toàn cầu. Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tính đến cuối năm 2020, có khoảng 37,7 triệu người đang phải sống chung với HIV. Trong năm 2020, trên thế giới đã có thêm 1,5 triệu ca nhiễm mới và 680.000 người tử vong do các nguyên nhân liên quan đến HIV.

Các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh đồng nhiễm với HIV/AIDS cũng gây tác động nghiêm trọng làm suy yếu cơ thể và có khi là nguyên nhân

chính dẫn đến tử vong. Đồng nhiễm HBV với HIV là tình trạng đồng nhiễm khá phổ biến. Ước tính số người đồng nhiễm HIV/HBV hiện nay trên toàn cầu khoảng 4 triệu người, chiếm 7,4% số người nhiễm HIV, riêng ở châu Phi lên đến 15%^{1,5}. Những người có tình trạng đồng nhiễm HBV/HIV có thể có tổn thương gan nhiều hơn, diễn tiến bệnh nặng hơn, nguy cơ ung thư gan và tử vong cao hơn.

Điều trị đồng nhiễm HIV/HBV bằng phác đồ bậc 1 có tenofovir và lamivudin có hiệu quả cao đối với cả HIV và HBV. Nghiên cứu về hiệu quả điều trị của những người đồng nhiễm HIV/HBV là rất cần thiết.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV ở TP. Hồ Chí Minh.

2. Đánh giá kết quả điều trị nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV.

⁽¹⁾ Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật TP. Hồ Chí Minh

⁽²⁾ Trường Đại học Y Dược Huế

Ngày nhận bài: 03/01/2024

Ngày phản biện xong: 15/01/2024

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Trần Xuân Chương, Trường Đại học Y Dược Huế

Điện thoại: 0914050703. Email: xuanchuonghue@gmail.com; txchuong@huemed-univ.edu.vn

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: 69 bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận thuộc TP. Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Lấy mẫu toàn bộ bệnh nhân HIV có đồng nhiễm HBV đăng ký điều trị ARV tại một số phòng khám ngoại trú ở 4 quận tại TP. Hồ Chí Minh từ tháng 4/2019 đến tháng 6/2020.

Các dữ liệu điều trị của bệnh nhân đã được lưu trữ ở phần mềm eClinica và bệnh án giấy lưu ở Khoa Tham vấn hỗ trợ cộng đồng.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Chọn ngẫu nhiên tại một số quận huyện ở nội thành, vùng ven và ngoại thành của TP. Hồ Chí Minh. Chúng tôi chọn 4 phòng khám ngoại trú ở Quận 3, Quận 4, Quận 8 và Quận Thủ Đức (nay là TP. Thủ Đức).

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2019 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm HIV, chẩn đoán giai đoạn lâm sàng, chẩn đoán giai đoạn miễn dịch

Dựa theo tiêu chuẩn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS”, ban hành kèm theo Quyết định

số 5418/QĐ-BYT, ngày 01 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế.

Tiêu chuẩn chẩn đoán đồng nhiễm HBV trên HIV

Khi bệnh nhân có đủ 2 tiêu chuẩn sau:

- Được chẩn đoán xác định nhiễm HIV.
- Có kết quả xét nghiệm HBsAg(+).

PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ bệnh nhân HIV đồng nhiễm với HBV bắt đầu được điều trị ARV tại 4 phòng khám ngoại trú tại Quận 3, Quận 4, Quận 8 và Quận Thủ Đức.

Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ bậc 1 (gồm 3 thuốc TDF + 3TC (hoặc FTC) + EFV) theo Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2017.

Xử lý số liệu: Thu thập số liệu trước điều trị, sau 6 tháng và sau 12 tháng. Xử lý bằng phương pháp thống kê y học. Số liệu thu thập được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS. Các số trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn và tỷ lệ được dùng để mô tả các biến số định lượng và định tính. Độ tin cậy là 95% và ngưỡng $\alpha = 0,05$.

KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV trước điều trị

Trong số 69 bệnh nhân có 95,7% nam giới, nữ giới chiếm 4,3%.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ (%)
18 - 25	18	26,1
25 - 40	39	56,5
> 40	12	17,4
Tổng cộng	69	100,0
Tuổi TB ($\bar{X} \pm SD$)	31,25 \pm 8,94 tuổi; T _{MIN} = 19, T _{MAX} = 57	

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 25 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,5%). Tuổi trung bình là 31,2 \pm 8,9 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi, lớn nhất là 57 tuổi.

Phân giai đoạn miễn dịch (trước điều trị ARV)

Bảng 2. Số lượng tế bào CD4 của bệnh nhân trước điều trị

Số lượng CD4 (tế bào/ mm ³)	n	Tỷ lệ (%)
< 200 (suy giảm nặng)	16	23,2
200 - 349 (suy giảm tiến triển)	20	29,0
350 - 499 (suy giảm nhẹ)	20	29,0
> 500 (BT hoặc suy giảm không đáng kể)	13	18,8



Số lượng CD4 (tế bào/mm ³)	n	Tỷ lệ (%)
CD4 TB ($\bar{X} \pm SD$) tế bào/mm ³	347,58 ± 225,47	
Trung vị	346	
Min - Max	4 - 1.306	

Nhận xét: Nhóm CD4 (200 - 349 tế bào/mm³) và (350 - 499 tế bào/mm³) tương đương nhau (29,0%), tiếp đến nhóm CD4 < 200 (tế bào/mm³) là 23,2% và nhóm CD4 > 500 (tế bào/mm³) chiếm 18,8%, CD4 trung bình ban đầu vào viện là 347,58 ± 225,47 tế bào/mm³.

Enzym AST, ALT, HBV/DNA trung bình của bệnh nhân HIV/ HBV

Bảng 3. Enzym AST, ALT, HBV/DNA trung bình của bệnh nhân HIV /HBV

Nội dung	n	TB ($\bar{X} \pm SD$)	Trung vị	Min - Max
AST (U/L)	69	37,36 ± 21,11	33,0	15 - 130
ALT (U/L)	69	39,19 ± 20,82	33,0	14 - 122
HBV DNA log10 (copies/ml)	69	4,46 ± 1,84	4,55	1,18 - 8,89

Nhận xét: Enzym AST trung bình là 37,36 ± 21,11 U/L; ALT trung bình (39,19 ± 20,82 U/L) và HBV DNA trung bình là 4,46 ± 1,84 log10 (copies/ml).

Kết quả điều trị bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV

Đáp ứng điều trị về HIV

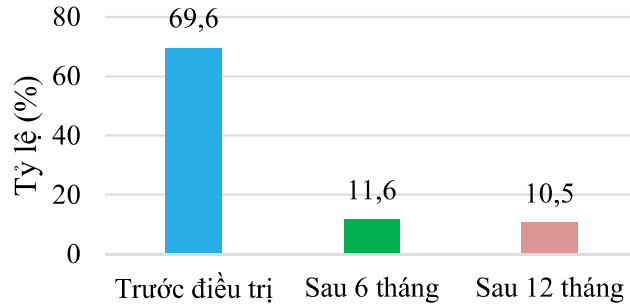
Bảng 4. Đáp ứng phục hồi miễn dịch (CD4) sau 6, 12 tháng điều trị

CD4 (Tế bào/mm ³)	Trước điều trị (n = 69)		Sau 6 tháng (n = 69)		Sau 12 tháng (n = 38)	
	n	%	n	%	n	%
< 200	16	23,2	7	10,1	3	7,9
200 - 349	20	29,0	8	11,6	3	7,9
350 - 499	20	29,0	26	37,7	7	18,4
> 500	13	18,8	28	40,6	25	65,8
Tổng cộng	69	100,0	69	100	38	100
CD4 TB ($\bar{X} \pm SD$)	347,58 ± 225,47		481,94 ± 218,48		549,53 ± 214,97	
Trung vị	338		477		532	
Min - Max	4 - 1.306		51 - 1.093		108 - 1.057	

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị ARV, nhóm CD4 > 500 tế bào/mm³ chiếm 40,6%, tiếp đến nhóm CD4 từ 350 - 499 tế bào/mm³ là 37,7%; nhóm CD4 từ 200 - 349 tế bào/mm³ chiếm 11,6%; và nhóm CD4 < 200 tế bào/mm³ là 10,1%. CD4 trung bình là 481,94 ± 218,48 tế bào/mm³.

Sau 12 tháng điều trị ARV, nhóm CD4 (< 200 tế bào/mm³) là 7,9% và nhóm CD4 (200 - 349 tế bào/mm³) là 7,9%; nhóm CD4 (350 - 499 tế bào/mm³) là 18,4% và nhóm CD4 > 500 tế bào/mm³ chiếm 65,8%. CD4 trung bình là 549,53 ± 214,97.

Tỷ lệ bệnh nhân CD4 < 200 tế bào/mm³ giảm dần từ 23,2% trước điều trị giảm xuống 10,1% sau 6 tháng điều trị và 7,9% sau 12 tháng điều trị.

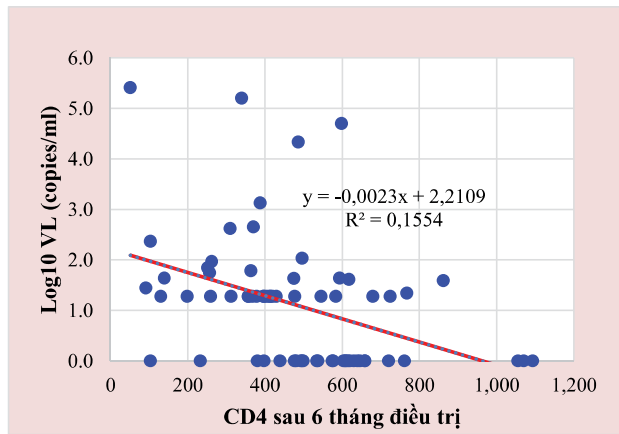


Biểu đồ 1. Tỷ lệ HIV RNA(+) sau 6 tháng và 12 tháng điều trị

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị ARV, 88,4% bệnh nhân có tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng ức chế (HIV RNA < 200 copies/ml).

Sau 12 tháng điều trị ARV, 89,5% bệnh nhân có tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng ức chế (HIV RNA < 200 copies/ml), đa số bệnh nhân có tải lượng HIV là không phát hiện.

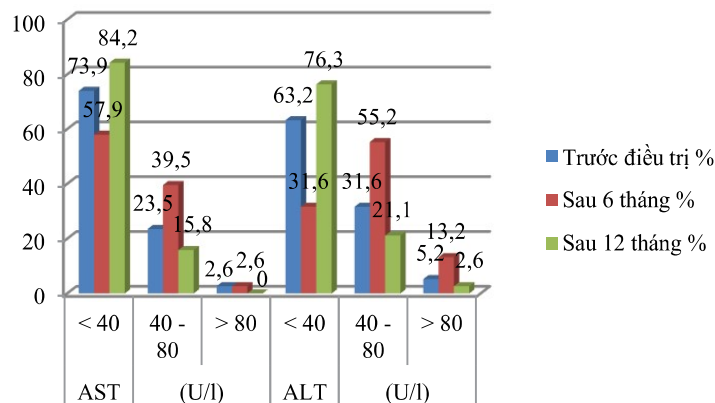
Tải lượng HIV RNA và CD4 sau 6 tháng điều trị



Biểu đồ 2. Tương quan giữa HIV RNA và CD4

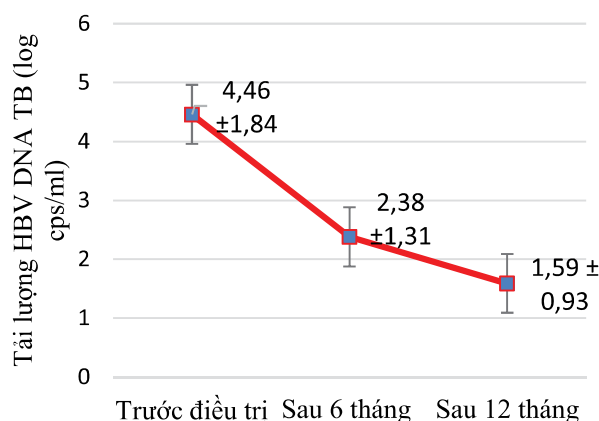
Nhận xét: Tải lượng HIV (HIV RNA) tương quan nghịch với CD4, với phương trình hồi quy tuyến tính $y = -0,0023x + 2,2109$ và hệ số tương quan là $r = -0,394$, $p < 0,05$.

Đáp ứng điều trị về HBV



Biểu đồ 3. Đáp ứng về sinh hóa (AST, ALT) sau 12 tháng điều trị

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân điều trị đủ 12 tháng 84,2% và 76,3% có AST và ALT trở về giá trị bình thường, 15,8% và 21,1% có AST và ALT ở mức 1 - 2 giá trị bình thường.



Biểu đồ 4. Tải lượng HBV DNA trung bình sau 12 tháng điều trị

Nhận xét: Sau 6 tháng HBV DNA trung bình giảm từ 4,46 log cps/ml (trước điều trị) xuống 2,38 log cps/ml và tiếp tục giảm 1,59 log cps/ml (sau 12 tháng). Sau 12 tháng điều trị ARV, tỷ lệ HBV DNA dưới ngưỡng phát hiện là 86,8%.

Bảng 5. Đáp ứng về HBeAg sau 12 tháng điều trị

Đặc điểm		Trước điều trị (n = 38)		Sau 6 tháng (n = 38)		Sau 12 tháng (n = 38)	
		n	%	n	%	n	%
HBeAg	Dương	24	63,2	24	63,2	21	55,3
	Âm	14	36,8	14	36,8	17	44,7
Anti-HBe	Dương	NA		NA		7	22,6
	Âm	NA		NA		31	77,4

Nhận xét: 38 bệnh nhân có thời gian điều trị 12 tháng được làm HBeAg, trong đó 03 bệnh nhân có HBeAg ban đầu (+) chuyển thành HBeAg(-). Có 7 bệnh nhân có sự xuất hiện anti-HBe (22,6%).

Một số yếu tố liên quan đáp ứng điều trị

Bảng 6. Tỷ lệ HBV DNA dưới ngưỡng sau 12 tháng theo mức CD4 trước điều trị

CD4	n	%	p
< 350	9	27,3	> 0,05
≥ 350	24	72,7	< 0,05

Nhận xét: Việc đáp ứng điều trị của ARV đối với HBV làm HBV DNA dưới ngưỡng có liên quan đến việc suy giảm miễn dịch của bệnh nhân, với bệnh nhân có CD4 ≥ 350 thì HBV DNA dễ đạt dưới ngưỡng ức chế hơn so với những bệnh nhân đã suy giảm miễn dịch nhiều (p < 0,05).

Bảng 7. Tỷ lệ HBV DNA dưới ngưỡng sau 12 tháng theo mức độ đáp ứng HIV RNA

HIV RNA sau 12 tháng	HBV DNA(-)		HBV DNA(+)		p
	n	%	n	%	
Dưới ngưỡng ức chế (< 200 copies/ml)	32	94,1	2	5,9	> 0,05
Trên ngưỡng ức chế (> 200 copies/ml)	1	25,0	3	75,0	> 0,05

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có HIV RNA dưới ngưỡng ức chế sau 12 tháng có tỷ lệ HBV DNA âm tính cao hơn nhóm HIV RNA trên ngưỡng ức chế (p > 0,05).

BÀN LUẬN

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam chiếm 95,7%, nữ là 4,3%. Nhóm > 25 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,5%). Tuổi trung bình là 31,25 ± 8,94 tuổi, nhỏ nhất là 19, lớn nhất là 57 tuổi.

Số lượng tế bào CD4 của bệnh nhân trước điều trị

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi CD4 trung bình ban đầu vào viện là 347,58 ± 225,47 tế bào/mm³ (trung vị 346). Nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2017) cho thấy, 40,6% bệnh nhân thuộc giai đoạn AIDS (T CD4 < 200 tế bào/mm³). Lượng CD4 có trung vị số lượng là 237 (IQR: 81 - 371) tế bào/mm³, 40,6% bệnh nhân thuộc giai đoạn AIDS (CD4 < 200 tế bào/mm³)⁴.

Theo nghiên cứu của Jing Xie (2016), kết quả ghi nhận đồng nhiễm HIV/HBV có CD4 < 350 tế bào/mm³ (84,9%)¹⁵. Nghiên cứu của Wandeler G. và cộng sự (2016) cho thấy, CD4 trung bình lần đầu là 229 tế bào/mm³ (116 - 385) ở những ca đồng nhiễm ở Zambia¹³. Theo Thio CL và cộng sự (2013) cho thấy, CD4 trung bình là thấp hơn ở bệnh nhân nhiễm HIV đơn độc trung bình CD4 là 137 tế bào/mm³ so với 159 tế bào/ μ L¹².

Biến đổi về sinh hóa (AST và ALT) và tải lượng HBV DNA trung bình

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì AST và ALT thay đổi nhẹ với AST trung bình là 37,36 ± 21,11 U/L và ALT trung bình (39,19 ± 20,82 U/L). Theo Trần Minh Hoàng (2017), đa số bệnh nhân có ALT bình thường (< 1 ULN), hoặc có ALT tăng nhẹ (1 - 2 ULN) và ALT > 2 ULN chiếm tỷ lệ rất thấp. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng AST 1 - 2 ULN chiếm 29,3%. Tương tự, AST > 2 ULN chiếm 10,7%⁴. Nghiên cứu của Thioa CL và cộng sự (2013) cho thấy, ALT và AST tăng cao so với đơn nhiễm HIV. Ở nhóm đồng nhiễm (trung bình ALT 25,5 U/L, trung bình AST 34 U/L và nhóm đơn nhiễm HIV thì trung bình ALT 23 U/L và trung bình AST 28.8 U/L (p < 0,001)¹².

Trong nghiên cứu của chúng tôi, HBV DNA tăng cao với tải lượng là (15.964.020 ± 94.908.341) IU/ml. Trong nghiên cứu của Khamduang W. (2012), khi bắt đầu sử dụng ARV, HBV DNA trung vị là 7,35 log₁₀ IU/ml. Matthews PC. và cộng sự (2015)

ghi nhận trong số 30 cá nhân có HBsAg dương tính/HBeAg âm tính từ Nam Phi và Botswana, tải lượng HBV DNA là trung bình 1,8 log₁₀ IU/ml trong đó có (30%) có HBV DNA > 2.000 IU/ml⁸.

Hiệu quả điều trị bệnh nhân đồng nhiễm HIV/ HBV

Đáp ứng điều trị về HIV

Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân CD4 < 200 (tế bào/mm³) từ 23,2% trước điều trị giảm xuống 10,1% sau 6 tháng và 7,9% sau 12 tháng điều trị. Kết quả trên cho thấy ARV đã có cải thiện về giai đoạn miễn dịch của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2017) thì CD4 < 200 tế bào/mm³ là 34,3% so với trước khi điều trị là 40,6%; và CD4 > 200 tế bào/mm³ tăng lên 65,7%⁴. Theo Zhang F (2014) thì đáp ứng miễn dịch ghi nhận ở 74,1% HIV/HBV sau 15 tháng điều trị ARV.

Tương tự với đáp ứng tốt về miễn dịch thông qua chỉ số CD4 thì so sánh về tải lượng HIV RNA cũng có kết quả khả quan. Sau 12 tháng điều trị, 89,5% bệnh nhân có tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng ức chế (HIV RNA < 200 copies/ml). Có 4 bệnh nhân (10,5%) còn tải lượng HIV RNA > 200 copies/ml, trong đó có 3 bệnh nhân đã được xác định là kháng thuốc với phác đồ ARV bậc 1 và đã chuyển sang phác đồ ARV bậc 2.

Đáp ứng điều trị về HBV

Đáp ứng về sinh hóa (AST và ALT)

Trong nhóm bệnh nhân điều trị đủ 12 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có tăng ALT 1 - 2 ULN chiếm 31,6%, 55,2% và 21,1% tương ứng lần lượt thời điểm ban đầu trước điều trị, sau 6 tháng và 12 tháng điều trị. Tương tự, ALT tăng > 2 ULN chiếm 5,2%, 13,2% và 2,6% tương ứng lần lượt thời điểm ban đầu trước điều trị, sau 6 tháng và 12 tháng điều trị. Khác biệt không có ý nghĩa giữa ALT ban đầu và sau điều trị ARV 6 tháng, 12 tháng (p = 0,17).

Theo nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2017), tỷ lệ bệnh nhân có tăng enzym ALT 1 - 2 ULN chiếm 43,6%. Tương tự, ALT > 2ULN 19,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng AST 1 - 2 ULN chiếm 41,4%. Tương tự, AST > 2 ULN chiếm 9,3%. Có thể có nhiều nguyên nhân kết hợp gây tăng men gan như: Thuốc điều trị, uống rượu, bệnh lý nhiễm trùng cơ hội⁴.



Đáp ứng về HBV DNA

Đối với HBV DNA có sự thay đổi rõ rệt sau 6 tháng và 12 tháng điều trị. Sau 6 tháng điều trị ARV, tỷ lệ HBV DNA âm tính là 40,6%, tăng gấp 4,02 lần so với ban đầu ($p < 0,05$). Sau 12 tháng điều trị ARV, tỷ lệ HBV DNA âm tính là 86,8%, tăng gấp 8,3 lần so với ban đầu ($p < 0,05$).

Theo nghiên cứu của Đoàn Thu Trà, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 1 tăng dần và ổn định theo thời gian, ban đầu 55% sau đó 24 tháng tăng lên 91,76%⁷. Theo nghiên cứu của Woottichai Khamduang W (2012), sau 12 tháng được điều trị với ARV, 67% bệnh nhân đạt được ức chế DNA HBV. 73% bệnh nhân có HIV RNA dưới 50 bản sao/ml. Lúc 12 tháng, trung vị HBV DNA giảm là 4,40 log₁₀ (IQR, 2,89, 5,65) IU/ml và 67% bệnh nhân ức chế HBV DNA.

Đáp ứng về HBeAg

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị và sau 12 tháng điều trị sự chuyển đổi huyết thanh HBeAg là không đáng kể so với ban đầu với tỷ lệ HBeAg dương tính ban đầu là 63,2%, tỷ lệ HBeAg dương tính sau 12 tháng điều trị là 55,3%. Có 12,5% (3/24 bệnh nhân) mất HBeAg. Theo nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2017) sau 12 tháng điều trị ARV có 32,2% mất HBeAg và 32,1% xuất hiện anti-HBe. Tỷ lệ này khá cao, ngay cả so với các nghiên cứu trên bệnh nhân chỉ nhiễm HBV đơn thuần⁴.

Tương quan giữa tế bào CD4 và các biến số

Đối với mối tương quan giữa tải lượng HIV (HIV RNA) và AST thì thấy có mối tương quan thuận có hệ số tương quan là $r = 0,372$ và phương trình hồi quy tuyến tính là $y = 4,9111x + 35,22$ (Biểu đồ 3).

Tải lượng HIV (HIV RNA) tương quan nghịch với CD4, với phương trình hồi quy tuyến tính $y = -0,002x + 2,8054$ và hệ số tương quan là $r = -0,345$ ($p < 0,05$) (Biểu đồ 4). Điều này phù hợp với sự đáp ứng của điều trị ARV. Nghiên cứu Govender, S. và cộng sự (2014), ghi nhận có tương quan nghịch giữa CD4 và tải lượng vi rút với hệ số tương quan là $r = -0,504$.

Hạn chế của đề tài: Đề tài được thực hiện trong thời gian gần 2 năm với cỡ mẫu khá nhỏ (69 bệnh nhân). Trong đề tài chỉ trình bày hiệu quả điều trị ở nhóm đồng nhiễm HIV/HBV chứ chưa so sánh với nhóm nhiễm HIV hoặc nhiễm HBV đơn thuần.

KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV: Tế bào CD4 trung bình vào viện là $347,58 \pm 225,47$ tế bào/mm³. Tỷ lệ HBeAg dương tính ban đầu 52,2%, âm tính 47,8%. Tải lượng HBV DNA trung bình là $4,46 \pm 1,84$ log₁₀ (copies/ml). AST trung bình là $37,36 \pm 21,11$ U/L; ALT trung bình ($39,19 \pm 20,82$ U/L).

Kết quả điều trị: Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân CD4 < 200 (tế bào/mm³) từ 23,2% trước điều trị giảm xuống 10,1% sau 6 tháng và 7,9% sau 12 tháng. 89,5% bệnh nhân có tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng ức chế (HIV RNA < 200 copies/ml). Sau 12 tháng điều trị ARV, tỷ lệ HBV DNA âm tính là 86,8%, tăng gấp 8,3 lần so với ban đầu ($p < 0,05$). Tải lượng HIV (HIV RNA) tương quan nghịch với CD4, với phương trình hồi quy tuyến tính $y = -0,002x + 2,8054$ và hệ số tương quan là $r = -0,345$ ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Ngọc Bích, Hoàng Anh Tuấn (2015). Thực trạng nhiễm HBV, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện A Thái Nguyên, Tạp chí Y học dự phòng, 14, 10 (170), tr.171-176.
2. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn điều trị và chăm sóc viêm gan B (Ban hành kèm theo Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 của Bộ Y tế).
3. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019 của Bộ Y tế).
4. Trần Minh Hoàng, Phạm Thị Tám (2017). Đặc điểm các dấu ấn viêm gan siêu vi B trên bệnh nhân nhiễm HIV điều trị ARV phác đồ tenofovir - lamivudin - efaviren, Y học TP. Hồ Chí Minh, 21,1, tr.30-36.
5. Kanxay Vernavong (2011). Nghiên cứu tình trạng đồng nhiễm HBV, HCV ở người nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Khổng Minh Quang (2010). Đánh giá kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Phòng Khám ngoại trú Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Đoàn Thu Trà (2016). Xác định tính kháng thuốc của HIV ở bệnh nhân thất bại với phác đồ bậc 1 và đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ thuốc kháng vi rút bậc 2 trên bệnh nhân HIV/AIDS, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Matthews, P. C., Beloukas, A., Malik, A., Carlson, J. M., et al. (2015). Prevalence and Characteristics of Hepatitis B Virus (HBV) Coinfection among HIV-Positive Women in South Africa and Botswana. PLoS ONE, 10(7), e0134037.
9. Nguyen, C. H., Ishizaki, A., Chung, P. T. T., Hoang, H. T., (2011). Prevalence of HBV infection among different HIV-risk groups in Hai Phong, Vietnam. Journal of Medical Virology, 83(3), 399-404.
10. Quan, V. M., Go, V. F., Nam, L. V., Bergenstrom, A., Thuoc, N. P. (2008). Risks for HIV, HBV, and HCV infections among male injection drug users in northern Vietnam: a case-control study. AIDS Care.
11. Rusine, J., Ondo, P., Asiimwe-Kateera, B., Boer, K. R., et al (2013). High Seroprevalence of HBV and HCV Infection in HIV-Infected Adults in Kigali, Rwanda. PLoS ONE, 8(5), e63303.
12. Thio C. L., Smeaton L., Saulynas M., Hwang H., Saravan S., et al (2013). Characterization of HIV-HBV coinfection in a multinational HIV-infected cohort. AIDS, 27(2), 191-201.
13. Wandeler G., Musukuma K., Zürcher S., Vinikoor M. J., Llenas-García, et al (2016). Hepatitis B Infection, Viral Load and Resistance in HIV-Infected Patients in Mozambique and Zambia. PLoS ONE, 11(3), e0152043.
14. Weldemhret L., Epidemiology and Challenges of HBV/HIV Co-Infection Amongst HIV-Infected Patients in Endemic Areas: Review, HIV/AIDS - Research and Palliative Care, 221, 13, 485-90.
15. Wu, S., Yan, P., Yang, T., Wang, Z., & Yan, Y. (2016). Epidemiological profile and risk factors of HIV and HBV/HCV co-infection in Fujian Province, southeastern China. Journal of Medical Virology, 89(3), 443-449.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CO-INFECTION HIV/HBV IN SOME DISTRICTS IN HO CHI MINH CITY

Background: HBV co-infection with HIV is quite common. People with HBV/HIV co-infection may have more liver damage, more severe disease progression. Research into the therapeutic effects of HIV/HBV coinfection is urgently needed.

Research objectives: To evaluate the results of first-line ART treatment of HIV/HBV co-infected patients in some districts in Ho Chi Minh City.

Subjects and methods: 69 HIV/AIDS patients aged 18 years or older with HBV co-infection, were being treated at some outpatient clinics (OPCs) in 4 districts of Ho Chi Minh City.

Results: Clinical and subclinical characteristics of HIV/HBV coinfecting patients: Age of disease 31.2 ± 8.9 years old. Male patients 95.7%, female patients 4.3%. 81.2% of HIV/HBV coinfecting patients had no clinical symptoms. 5.8% of patients had symptoms of pharynx's fungus, weight loss 4.3%, the average CD4 count at hospital was 347.58 ± 225.47 cells/mm³. The mean HBV DNA load was 4.46 ± 1.84 log₁₀ (copies/ml). The mean AST was 37.36 ± 21.11 U/L; Mean ALT (39.19 ± 20.82 U/L). After 12 months of treatment, CD4 < 200 (cells/mm³) from 23.2% before treatment decreased to 10.1% after 6 months and 7.9% after 12 months. After 12 months, 89.5% of patients had HIV RNA loads below the inhibitory threshold. 84.2% and 76.3% had AST and ALT returned to normal values, the proportion of HBV DNA undetectable was 86.8%.

Conclusions: After 12 months, 89.5% of patients had HIV RNA loads below the inhibitory threshold. 84.2% and 76.3% had enzyme AST and ALT returned to normal values, the proportion of HBV DNA undetectable was 86.8%.

Key words: HIV, HBV, HIV/HBV co-infection, ARV treatment.