

ISSN 0868 - 2836

Tạp chí

Y HỌC DỰ PHÒNG

Vietnam Journal of Preventive Medicine

SỐ ĐẶC BIỆT

**CƠ SỞ KHOA HỌC CHO ĐÁP ỨNG Y TẾ CÔNG CỘNG
VÀ CẢI THIẾN CHẤT LƯỢNG CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG,
CHỐNG HIV/AIDS – HƯỚNG TỚI CHẤM DỨT DỊCH BỆNH AIDS
VÀO NĂM 2030**

HỘI Y HỌC DỰ PHÒNG VIỆT NAM XUẤT BẢN

TẠP CHÍ Y HỌC DỰ PHÒNG

VIETNAM JOURNAL
OF PREVENTIVE MEDICINE

Tập 32, Số 8 Phụ bản - 2022

TỔNG BIÊN TẬP

Đặng Đức Anh

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Trần Hiền

BAN BIÊN TẬP

Phùng Đắc Cam

Nguyễn Anh Dũng

Nguyễn Thị Thùy Dương

Trần Như Dương

Nguyễn Khắc Hải

Hoàng Thị Thu Hà

Nguyễn Lê Khánh Hằng

Phan Thị Thu Hương

Nguyễn Thị Liên Hương

Trương Thị Tuyết Mai

Phạm Quang Thái

Lê Anh Tuấn

Vũ Sinh Nam

BAN THƯ KÝ

Thư ký khoa học:

Vũ Hải Hà

Thư ký tòa soạn:

Đỗ Thị Thắm

*In 200 cuốn khổ 19 x 26,5cm
tại Công ty TNHH In Thanh Bình.
GPXB số 150/GP-BVHTT
cấp ngày 08.05.2014.
In xong và nộp lưu chiểu tháng 12/2022*

HỘI ĐỒNG TƯ VẤN

Chủ tịch: Nguyễn Trần Hiền

Thư ký : Tổng Thị Hà

Các Ủy viên:

Viên Chinh Chiến

Đỗ Văn Dũng

Trương Việt Dũng

Phan Hướng Dương

Trần Thanh Dương

Đặng Tuấn Đạt

Đỗ Tuấn Đạt

Lê Minh Giang

Doãn Ngọc Hải

Hoàng Đức Hạnh

Đoàn Huy Hậu

Đỗ Thái Hùng

Nguyễn Đăng Hiền

Trần Quang Huy

Lê Thị Hương

Phạm Minh Khuê

Phan Trọng Lân

Lê Thị Quỳnh Mai

Nguyễn Huy Nga

Ngô Văn Toàn

Lê Danh Tuyên

Nguyễn Vũ Trung

Nguyễn Thu Vân

TRỤ SỞ TÒA SOẠN

Số 1 Yersin, Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội

Điện thoại: 0243.972.3938

(Ms. Thắm/ Ms. Vinh)

Email: tapchihdp@vjpm.vn

Website: tapchihocduphong.vn

BAN BIÊN TẬP TẠP CHÍ SỐ ĐẶC BIỆT
CƠ SỞ KHOA HỌC CHO ĐÁP ỨNG Y TẾ CÔNG CỘNG
VÀ CẢI THIỆN CHẤT LƯỢNG CHƯƠNG TRÌNH PHÒNG,
CHỐNG HIV/AIDS – HƯỚNG TỚI CHẤM DỨT DỊCH BỆNH AIDS
VÀO NĂM 2030

GS.TS. Đặng Đức Anh – Trưởng Ban

GS.TS. Nguyễn Trần Hiền – Phó Trưởng Ban

PGS.TS. Phan Thị Thu Hương – Phó Trưởng Ban

PGS.TS. Phạm Đức Mạnh – Phó Trưởng Ban

GS.TS Lê Thị Hương – Ủy viên

PGS.TS. Nguyễn Anh Tuấn - Ủy viên

PGS.TS Lê Minh Giang - Ủy viên

PGS.TS Trần Quang Huy - Ủy viên

PGS.TS Phạm Quang Thái - Ủy viên

PGS.TS Lê Anh Tuấn – Ủy viên

THƯ KÝ

ThS. Đỗ Thị Thắm – Trưởng Ban

ThS. Bùi Hoàng Đức - Ủy viên

TS. Vũ Hải Hà - Ủy viên

TS. Phạm Hồng Thắng - Ủy viên

ThS. Nguyễn Thị Thanh Hà - Ủy viên

TS Hoàng Thị Thanh Hà - Ủy viên

TS. Hoàng Thị Hải Vân – Ủy viên

ThS. Khưu Văn Nghĩa – Ủy viên

ThS. Nguyễn Duy Phúc – Ủy viên

CN. Hoàng Thị Vinh - Ủy viên

HỘI Y HỌC DỰ PHÒNG VIỆT NAM

Tạp chí Y học dự phòng

Tập 32, số 8 Phụ bản - 2022

Diễn đàn khoa học của Hội Y học dự phòng Việt Nam

*Tất cả các Công trình nghiên cứu và Tổng quan in trong Tạp chí Y học dự phòng
đã được phản biện độc lập bởi 2 nhà khoa học*

Mục lục - Contents

Trang - Page

► LỜI BAN BIÊN TẬP - EDITORIAL

Lời Ban biên tập chuyên môn số đặc biệt 11

► TỔNG QUAN - REVIEWS

1. **Thực trạng trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam, giai đoạn 2012 - 2022** 12
Depression situation and related factors in people living with HIV/AIDS in Vietnam, 2012 - 2022
Phan Thị Thu Hương, Lê Thị Hương, Lê Minh Giang, Hoàng Thị Hải Vân, Đường Thị Ngoan, Nguyễn Thị Huyền Trang

► CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU – ORIGINAL PAPERS

2. **Thực trạng sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su ở nhóm tiêm chích ma túy tại Thái Nguyên năm 2019** 20
Condom use and some factors related to non - condom use among injecting drug users in Thai Nguyen in 2019
Hoàng Thị Hải Vân, Trần Ngọc Ánh, Phạm Phương Mai, Đinh Linh Trang, Đặng Thị Lơ, Bùi Hoàng Đức, Phan Thị Thu Hương, Lê Minh Giang
3. **Đặc điểm nhóm tiêm chích ma túy và một số yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm tại Thái Nguyên năm 2019** 29
Characteristics of injected drug users and some factors related to the behavior of sharing needles and syringes in Thai Nguyen in 2019
Hoàng Thị Hải Vân, Trần Ngọc Ánh, Phạm Phương Mai, Đinh Linh Trang, Đặng Thị Lơ, Phan Thị Thu Hương, Lê Minh Giang, Bùi Hoàng Đức
4. **Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú, Trung tâm Bệnh nhiệt đới bệnh viện Bạch Mai năm 2019 - 2020** 38
Nutrition situation of HIV/AIDS diseases at out - patients clinic of the center for tropical diseases at Bach Mai hospital in 2019 - 2020
Đặng Đức Ngọc, Chu Thị Tuyết, Phan Thị Thu Hương, Lê Minh Giang, Lê Thị Hương, Hoàng Thị Hải Vân

5. **Tỷ lệ hiện nhiễm HIV, giang mai và một số yếu tố liên quan trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Khánh Hòa, năm 2020** 46
 Prevalence of HIV, syphilis and related factors among men who have sex with men in Khanh Hoa province, 2020
Lâm Chi Cường, Tôn Thất Toàn, Đoàn Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Ngọc Loan, Đỗ Thái Hùng, Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức, Dương Thị Thanh Tịnh, Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Đình Lượng

6. **Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại Cần Thơ năm 2021** 55
 Prevalence of HIV infection and its associated factors among male people who inject drugs in Can Tho in 2021
Thị Chiến, Trần Trường Chinh, Nguyễn Nhân Nghĩa, Lê Minh Thái, Đoàn Thị Kim Phượng, Phạm Thị Cẩm Tiên, Nguyễn Thị Thanh Hà, Phạm Đức Mạnh, Nguyễn Thanh Huyền, Nguyễn Hoàng Minh

7. **Xu hướng nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Đồng Nai, giai đoạn 2017 - 2021** 64
 Temporal trend of HIV prevalence and its associated factors among male peoples who inject drugs in Dong Nai province in the 2017 - 2021 period
Vũ Thành Công, Trần Minh Hòa, Trần Ngọc Quang, Nguyễn Xuân Quang, Phạm Văn Thanh, Nguyễn Thị Ban, Bùi Hoàng Đức, Phan Đăng Thân, Phạm Hồng Thắng

8. **Xu hướng nhiễm HIV và giang mai ở quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, giai đoạn 2015 - 2020** 73
 Trends of HIV and Syphilis infection among MSM in Vietnam through HIV sentinel surveillance plus behaviors, during 2015 - 2020
Nguyễn Vũ Thượng, Lê Quang Thủ, Nguyễn Duy Phúc, Nguyễn Vũ Nhật Thành, Lê Ngọc Tú, Phạm Thị Minh Hằng, Bùi Hoàng Đức, Phạm Đức Mạnh, Trần Phúc Hậu, Khuru Văn Nghĩa

9. **Xu hướng nhiễm HIV và giang mai ở phụ nữ bán dâm tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, giai đoạn 2015 - 2020** 87
 Trends of HIV and syphilis infection among female sex workers in Vietnam through HIV sentinel surveillance plus behaviors during the 2015 - 2020 period
Nguyễn Đình Lượng, Nguyễn Thành Đông, Trương Gia Linh, Nguyễn Hoàng Minh, Lâm Chi Cường, Đặng Thị Lơ, Lê Văn Đài, Hoàng Tiến Thanh, Nguyễn Việt Nga, Võ Hải Sơn, Đỗ Thái Hùng

10. **Xu hướng nhiễm HIV và giang mai ở nhóm nam nghiện chích ma túy tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi, giai đoạn 2017 - 2021** 100
 Trends of HIV and syphilis infection among male who inject drug in Vietnam through HIV sentinel surveillance plus behaviors component, during 2017 - 2021
Phan Thị Thu Hương, Phạm Hồng Thắng, Nguyễn Thị Thanh Hà, Hoàng Thị Thanh Hà, Ngô Thị Hồng Hạnh, Hoàng Lê Linh Ngọc, Nguyễn Thị Thu Phương, Đỗ Minh Hiệp, Phan Đăng Thân, Bùi Hoàng Đức, Đặng Đức Anh

11. **Thực trạng sử dụng bao cao su và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020** 116
 Prevalence of condom use and associated factors among men who have sex with men in Thua Thien Hue in 2020
Nguyễn Văn Mỹ, Trần Nguyễn Phương Trà, Nguyễn Lê Tâm, Lý Văn Sơn, Lê Hữu Sơn, Khuru Văn Nghĩa, Phạm Đức Mạnh, Nguyễn Đình Lượng, Phạm Phương Mai

12. **Kết quả sau 6 tháng triển khai thí điểm cấp thuốc methadone nhiều ngày cho người bệnh điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại ba tỉnh Việt Nam năm 2021** 125
 Results after 6-month pilot implementation of the methadone take - home program in three provinces in Vietnam, 2021
Nguyễn Bích Diệp, Đinh Thị Thanh Thủy, Vũ Minh Anh, Đào Thị Diệu Thủy, Nguyễn Hữu Anh, Đỗ Hữu Thủy, Nguyễn Thị Minh Tâm, Hoàng Đình Cảnh, Lê Minh Giang

13. **Tỷ lệ nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng giới và các yếu tố liên quan tại Thành phố Cần Thơ, 2021** 134
 HIV prevalence and related factors among men who have sex with men in Can Tho City in 2021
Phạm Lê Huyền Trang, Lâm Hoàng Dũng, Dáp Thanh Giang, Bùi Ngọc Phương Oanh, Ngô Minh Khôi, Khuru Văn Nghĩa, Lê Quang Thủ

14. **Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng chống HIV/AIDS của người dân từ 15 đến 49 tuổi tại tỉnh Long An năm 2022** 142
 Knowledge, attitude, practice and some factors related to knowledge about HIV/AIDS prevention and control of people aged 15 to 49 years old in Long An province in 2022
Nguyễn Thanh Sơn, Lê Thị Mỹ Hạnh, Hồ Thị Ngọc Trang, Nguyễn Ngọc Linh, Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Việt Nga, Nguyễn Thị Thu Phương, Phạm Hồng Thắng

15. **Xu hướng tỷ lệ nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng giới và một số yếu tố liên quan tại Hải Phòng giai đoạn 2016 - 2022** 153
 Trend the prevalence of HIV among men who have sex with men in Hai Phong and some related factors over the 2016 – 2022 period
Hoàng Gia Hòa, Nguyễn Thị Lộc, Đặng Vũ Phiên, Nguyễn Hồng Mai, Nguyễn Việt Nga, Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Hoàng Minh

16. **Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan với hành vi không sử dụng bao cao su thường xuyên khi quan hệ với khách quen ở nhóm phụ nữ bán dâm, Nghệ An năm 2022** 161
 Condom use and some related factors associated to the behavior of not using condoms regularly when having sex with regular customers in the group of female sex workers, Nghe An in 2022
Lê Thị Quỳnh Trang, Dương Thị Hiền, Nguyễn Song Hà, Phạm Đình Du, Phan Khánh Ly, Đỗ Minh Hiệp, Hoàng Thị Thanh Hà, Phạm Hồng Thắng, Khuru Văn Nghĩa, Trần Văn Hiệp

17. **Kết quả điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir trên người bệnh đồng nhiễm HIV đang điều trị ARV tại tỉnh Thái Nguyên, năm 2022** 172
Results of hepatitis C treatment with Sofosbuvir and Daclatasvir among people living with HIV on antiretroviral therapy in Thai Nguyen province in 2022
Hồ Thị Quỳnh Trang, Phan Thanh Ngân, Lê Quảng Viễn, Trần Quốc Hoàn, Lê Ái Kim Anh, Phan Thị Thu Hương, Phạm Hồng Thắng, Phan Đăng Thân
18. **Sự ức chế tải lượng vi rút và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2020 - 2021** 182
HIV viral load suppression and some associated factors among people living with HIV on antiretroviral therapy in Ho Chi Minh City during, 2020 - 2021
Nguyễn Ngọc Trinh, Nguyễn Lê Hạnh Nguyễn, Văn Hùng, Đinh Quốc Thông, Khuru Văn Nghia, Nguyễn Hoàng Minh
19. **Ước tính tổng chi phí điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV dựa trên phân tích chi phí ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam giai đoạn 2021 - 2025** 190
Estimate the cost of delivery oral PrEP among men who have sex with men in Vietnam for period 2021 - 2025
Trương Thị Ngọc, Dương Thúy Anh, Vũ Thị Hoàng Lan, Nguyễn Thế Duy, Đoàn Thị Thùy Linh, Trần Thanh Tùng, Phạm Thị Đào
20. **Chiều hướng nhiễm HIV và nhu cầu cải thiện chương trình can thiệp dự phòng trên nhóm nam nghiện chích ma túy tại Thành phố Đà Nẵng, giai đoạn 2017 - 2021** 203
Trends of HIV prevalence and the demand to improve HIV prevention intervention programs among male injecting drug users in Danang, period 2017 - 2021
Bùi Ngọc Chương, Lê Quang Minh, Cao Mai Phương, Khuru Văn Nghia, Bùi Hoàng Đức, Trần Thanh Tùng, Đặng Thị Lơ
21. **Hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV trên nhóm MSM tại Thanh Hóa, năm 2022** 211
Risk behavior and access to HIV preventive transmission in the MSM group in Thanh Hoa, 2022
Trần Văn Hiệp, Lê Trường Sơn, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Đăng Tùng, Phạm Hoàng Anh, Bùi Xuân Khánh, Hoàng Thị Thanh Hà, Ngô Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Thanh Hà, Phạm Hồng Thắng
22. **Đánh giá tình trạng xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam nghiện chích ma túy tại tỉnh Quảng Ninh năm 2021** 223
HIV testing frequency and associated factors among male people who inject drugs of Quang Ninh provinces in 2021
Bùi Ngọc Hiếu, Vũ Quyết Thắng, Lưu Thanh Hải, Hoàng Thị Hương, Nguyễn Hoài Thu, Phạm Tiến Hưng, Phạm Hồng Thắng, Hoàng Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Thanh Hà
23. **Tỷ lệ hiện nhiễm HIV, giang mai và ảnh hưởng của dịch COVID-19 đến tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV ở nhóm tiêm chích ma túy tại tỉnh Khánh Hòa năm 2021** 232
Prevalence of HIV, syphilis, and impact of the COVID-19 epidemic on access to HIV prevention services among injecting drug users in Khanh Hoa province, 2021
Lâm Chi Cường, Đỗ Thái Hùng, Nguyễn Đình Lượng, Nguyễn Thanh Huyền, Võ Hải Sơn, Phạm Đức Mạnh, Đặng Thị Lơ

24. **Hành vi sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex) và một số yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh An Giang năm 2022** 243
Chemsex behaviors and some associated factors among men who have sex with men in An Giang province in 2022
Huỳnh Minh Trí, Dương Anh Linh, Lê Quang Như, Đỗ Xuân Nguyên, Phan Thị Thu Hương, Nguyễn Việt Nga, Lê Thu Hà, Nguyễn Hoàng Minh
25. **Bắt đầu điều trị ARV muộn và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV điều trị ARV tại tỉnh Kiên Giang từ năm 2018 - 2019** 252
Late antiretroviral therapy initiation and some associated factors in people living with HIV in Kien Giang province from 2018 - 2019
Giang Văn Kiên, Nguyễn Đức Thuận, Võ Thị Lợi, Phạm Đức Mạnh, Võ Hải Sơn, Bùi Hoàng Đức, Phan Thị Khánh Ly, Nguyễn Hoàng Minh
26. **Tỷ lệ nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV tại CDC tỉnh Cà Mau năm 2022** 262
HIV prevention and some related factors in men who have sex with men participating in pre-exposure protection treatment at CDC Ca Mau province in 2022
Lê Thùy Diệu, Trương Kim Út, Nguyễn Hồng Cầu, Đỗ Minh Hiệp, Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Duy Phúc, Bùi Hoàng Đức
27. **Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và một số hành vi nguy cơ ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2022** 274
Prevalence and some risk behaviors of men have sex with men in Ba Ria - Vung Tau province in 2022
Nguyễn Duy Minh, Trần Minh Hải, Phạm Hồng Thắng, Nguyễn Thị Thanh Hà, Hoàng Lê Linh Ngọc, Phạm Đức Mạnh, Nguyễn Huy Hiếu, Nguyễn Duy Phúc
28. **Ức chế tải lượng vi rút trên người nhiễm HIV điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone ở Hà Nội** 283
Viral suppression among people living with HIV receiving ARV and Suboxone treatment in Hanoi
Đinh Thị Thanh Thủy, Vũ Minh Anh, Todd Korthuis, Phạm Quang Lộc, Trần Hữu Bình, Lê Minh Giang
29. **Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex) trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới và một số yếu tố liên quan tại thành phố Cần Thơ năm 2021** 291
Stimulant use during sex (chemsex) among men who have sex with men and associated factors in Can Tho City in 2021
Lý Anh Huy, Huỳnh Minh Trúc, Dáp Thanh Giang, Lưu Huỳnh Bảo Châu, Đinh Công Thức, Phạm Đức Mạnh, Võ Hải Sơn, Lê Mạnh Hùng, Khru Văn Nghĩa, Lê Quang Thủ
30. **Kết quả mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương, 2021 - 2022** 299
Result of model of test kits delivery for HIV self - testing using the website in Binh Duong, 2021 - 2022
Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Nhã Uyên, Vương Thế Linh, Nguyễn Kiều Uyên, Nguyễn Thị Thanh Hà, Hoàng Thị Thanh Hà, Khru Văn Nghĩa, Võ Hải Sơn, Đặng Thị Lơ

LỜI BAN BIÊN TẬP CHUYÊN MÔN SỐ ĐẶC BIỆT

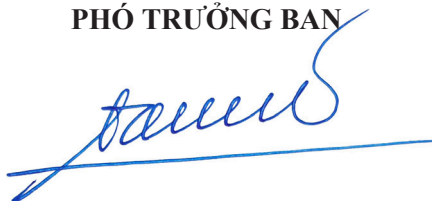
Ngày 14 tháng 8 năm 2020, Thủ tướng Chính phủ đã ký ban hành Quyết định số 1246/QĐ-TTg về Chiến lược Quốc gia Chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030 với mục tiêu “Đẩy mạnh các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS để giảm số người mới nhiễm HIV và tử vong liên quan AIDS, chấm dứt dịch AIDS tại Việt Nam vào năm 2030, giảm tối đa tác động của dịch HIV/AIDS đến sự phát triển kinh tế - xã hội”. Số đặc biệt chuyên đề HIV/AIDS được xuất bản với mong muốn cung cấp cơ sở khoa học góp phần định hướng đáp ứng y tế công cộng và cải thiện, nâng cao hiệu quả các chương trình phòng chống HIV/AIDS.

Để xuất bản Số đặc biệt chuyên đề HIV/AIDS, các nhà khoa học từ Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, Viện Pasteur Nha Trang, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng (Trường Đại học Y Hà Nội), Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ (US-CDC) tại Việt Nam và đặc biệt là các cán bộ của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh/thành phố đã rất nỗ lực trong việc tổng hợp số liệu, phân tích, viết và chỉnh sửa các bài báo.

Thay mặt cho Ban Biên tập chuyên môn Số đặc biệt xin trân trọng cảm ơn các nhà khoa học, chuyên gia, tác giả, các đơn vị; xin trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ về chuyên môn, kinh phí từ Kế hoạch cứu trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng chống HIV/AIDS (PEPFAR) thông qua US-CDC tại Việt Nam; cảm ơn sự phối hợp, hỗ trợ rất chặt chẽ từ Ban Biên tập, Thư ký tòa soạn và các chuyên gia phản biện của Tạp chí Y học dự phòng.

Trong quá trình biên tập, chúng tôi đã cố gắng hỗ trợ về chuyên môn cho các tác giả hoàn thiện bài báo để phù hợp với các tiêu chuẩn của Tạp chí, tuy nhiên không thể tránh khỏi những thiếu sót. Do vậy, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của các nhà khoa học và toàn thể bạn đọc.

**T/M BAN BIÊN TẬP CHUYÊN MÔN SỐ ĐẶC BIỆT
PHÓ TRƯỞNG BAN**



PGS.TS. Phan Thị Thu Hương
Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS

DOI: <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/882>

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI VIỆT NAM, GIAI ĐOẠN 2012 – 2022

Phan Thị Thu Hương¹, Lê Thị Hương², Lê Minh Giang², Hoàng Thị Hải Vân²,
Đường Thị Ngoan², Nguyễn Thị Huyền Trang^{2*}

¹Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Bên cạnh việc tăng cường sức khỏe thể chất bằng điều trị thuốc ARV liên tục, suốt đời thì việc được chăm sóc, hỗ trợ sức khỏe tâm thần của người nhiễm HIV cũng là một trong những vấn đề cần được quan tâm và can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh. Bài tổng quan hệ thống này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng trầm cảm và phân tích một số yếu tố liên quan của người bệnh nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam, giai đoạn 2012 - 2022. Qua tìm kiếm và phân tích 11 công trình nghiên cứu về thực trạng trầm cảm và các yếu tố liên quan tại Việt Nam từ 2012 - 2022 cho thấy, tỷ lệ trầm cảm trên bệnh nhân nhiễm HIV rất cao (trung bình trên 30%). Các yếu tố làm gia tăng tỉ lệ trầm cảm được báo cáo là sự kì thị, thu nhập thấp, công việc không ổn định, trạng thái lo âu và các yếu tố liên quan đến điều trị HIV/AIDS như đang điều trị bệnh khác, tác dụng phụ của thuốc ARV, các triệu chứng của bệnh HIV/AIDS. Nhận được sự hỗ trợ từ người thân, gia đình, cộng đồng và tuân thủ điều trị tốt là các yếu tố bảo vệ người bệnh nhiễm HIV/AIDS trước nguy cơ trầm cảm.

Từ khóa: Trầm cảm; người nhiễm HIV/AIDS; Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, số người nhiễm HIV hiện đang còn sống được báo cáo đến thời điểm 30/9/2021 là 212.769 trường hợp [1]. Trong những thập kỷ gần đây, việc điều trị bằng thuốc ARV đã góp phần giảm thiểu gánh nặng bệnh tật và tử vong do HIV/AIDS, kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Bên cạnh việc tăng cường sức khỏe thể chất bằng điều trị thuốc ARV liên tục, suốt đời thì việc được chăm sóc, hỗ trợ sức khỏe tâm thần của người nhiễm HIV cũng là một trong những vấn đề cần được quan tâm và can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho họ. Các

vấn đề phổ biến thường gặp phải là trầm cảm, lo âu và lạm dụng các chất gây nghiện. Trong đó, trầm cảm là biến chứng thần kinh phổ biến nhất ở bệnh nhân nhiễm HIV và hạn chế đáng kể chất lượng cuộc sống của người bệnh HIV/AIDS [2]. Trên thế giới, có rất nhiều các nghiên cứu về sức khỏe tâm thần, đặc biệt là trầm cảm trên người bệnh HIV/AIDS, các nghiên cứu tổng quan cũng được tiến hành. Tỷ lệ trầm cảm trong đời của người nhiễm HIV được ước tính là 22 - 45% [3]. Nghiên cứu tổng quan về trầm cảm trên người bệnh HIV/AIDS toàn cầu cho thấy tỷ lệ trầm cảm là 31%. Trong đó, tỷ lệ trầm cảm cao nhất theo lục địa là ở Nam Mỹ với 44% và tỷ lệ thấp nhất là ở Châu Âu với 22%

*Tác giả: Nguyễn Thị Huyền Trang

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0911 798 843

Email: nthttrang0701@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2022

Ngày phản biện: 14/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

[4], tỉ lệ người bệnh trầm cảm nặng tại Châu Phi là 15,2% [5]. Một nghiên cứu tổng quan tại Trung Quốc cũng cho thấy tỉ lệ trầm cảm rất cao 50,8% [6]. Tỷ lệ kỳ thị HIV cao, hỗ trợ xã hội kém, tuân thủ điều trị bằng thuốc kém và sự hiện diện của các bệnh nhiễm trùng cơ hội và giai đoạn tiến triển của AIDS làm tăng khả năng phát triển các triệu chứng trầm cảm ở những người nhiễm HIV [7].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá về tình trạng trầm cảm ở người bệnh nhiễm HIV đã được triển khai tại nhiều nơi như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Bình Dương, Bình Phước, Thái Bình. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu có sự chênh lệch: Tỉ lệ trầm cảm ở người bệnh HIV/AIDS ở Thành phố Hà Nội là 10,9% [8], tỉnh Thái Bình 36,3% [9], TP. Hồ Chí Minh 29,2% [10]... Việc xem xét, hệ thống lại thực trạng mắc các vấn đề tâm lý nói chung và trầm cảm nói riêng tại Việt Nam sẽ cung cấp bức tranh tổng thể giúp hỗ trợ công tác điều trị, nâng cao chất lượng điều trị và giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người nhiễm HIV. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu tổng quan tài liệu nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan đến thực trạng này ở người nhiễm HIV/AIDS từ năm 2012 đến 2022.

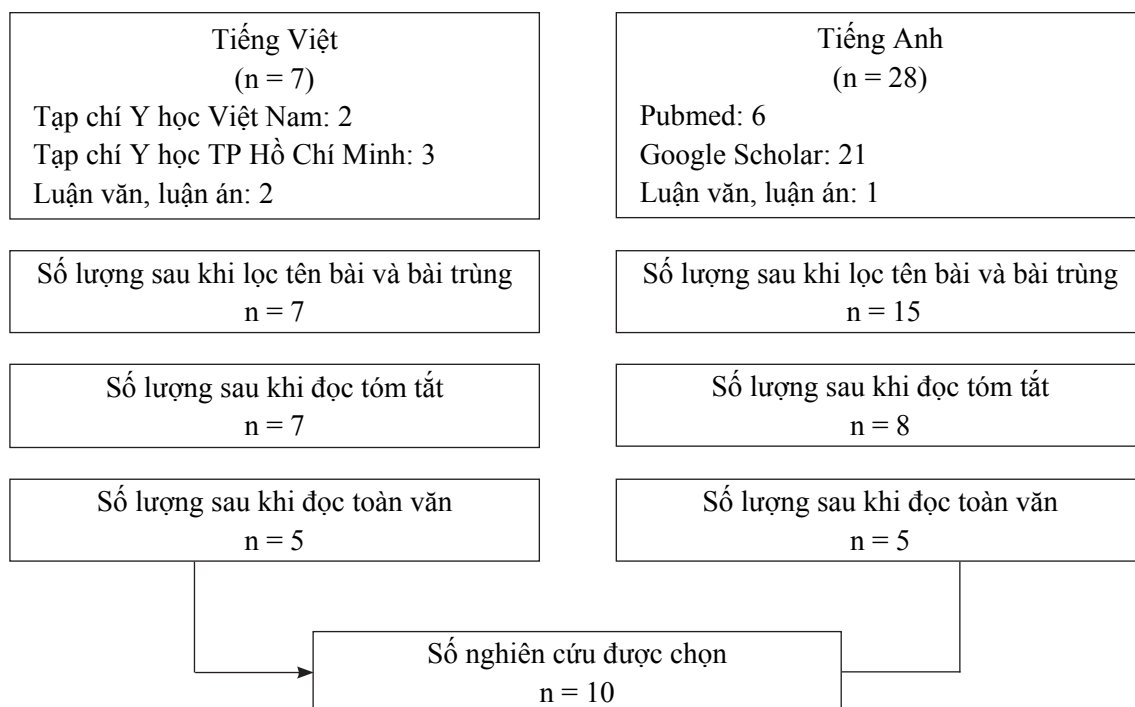
II. NỘI DUNG

2.1 Phương pháp tổng quan

Tổng quan được thực hiện dựa trên các nghiên cứu mô tả thực trạng trầm cảm và trên bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam trong giai đoạn 2012 – 2022 đã được xuất bản bằng tiếng Việt hoặc tiếng Anh. Tìm kiếm tất cả các bài báo cáo, luận văn, luận án, bài báo khoa học được công bố từ năm 2012 đến nay. Nguồn thông tin điện tử chủ yếu được tìm kiếm thông qua công cụ tìm kiếm của Pubmed, google học thuật (<https://www.google.com/>; <https://scholar.google.com/>) và các tạp chí nghiên cứu uy tín trong nước (Tạp chí Nghiên cứu y học, Tạp chí Y học dự phòng, Tạp chí Y học Việt Nam...) với các từ khóa: Trầm cảm; HIV/AIDS; depression; mental health.

Phân tích tổng quan: Xây dựng biểu mẫu sàng lọc để rà soát và lựa chọn các nghiên cứu. Hai người đánh giá đọc các nghiên cứu một cách độc lập và quyết định đưa vào các đánh giá chung dựa trên các tiêu chí lựa chọn được thiết lập trong đề cương. Chúng tôi sẽ trích xuất các dữ liệu sau đây từ mỗi nghiên cứu đủ điều kiện: Đặc điểm thiết kế nghiên cứu: Địa điểm, đối tượng, cỡ mẫu, thiết kế nghiên cứu, năm tiến hành nghiên cứu, tác giả chính; kết quả nghiên cứu: Tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, các yếu tố liên quan.

Sơ đồ PRISMA đã được sử dụng để thể hiện quá trình sàng lọc và lựa chọn các nghiên cứu (Hình 1).



Hình 1. Tổng hợp việc chọn lọc và rà soát các nghiên cứu

2.2 Kết quả tổng quan

Tổng số 32 nghiên cứu cho thấy có liên quan tới các từ khóa được tìm kiếm, sau quá trình

chọn lọc và rà soát các nghiên cứu, 10 công trình nghiên cứu thỏa mãn các điều kiện đưa ra và được sử dụng cho tổng quan này (Hình 1).

Bảng 1. Thông tin chung của các nghiên cứu

Tác giả chính, năm	Địa điểm NC	Thiết kế nghiên cứu	Tuổi Mean (SD)	Giới tính	
				Nam n (%)	Nữ n (%)
Sara Levintow, 2013 [11]	Thái Nguyên	NC cắt ngang	35,0 (6)	455 (100)	—
Thái Thanh Trúc, 2014 [12]	TP Hồ Chí Minh	NC cắt ngang	34,8 (6,8)	254 (63,5)	146 (37,2)
Huỳnh Ngọc Vân Anh, 2015 [13]	Bình Phước	NC cắt ngang	34,8 (7,8)	97 (49,7)	98 (50,3)
Shoko Matsumo, 2016 [14]	Hà Nội	NC thuần tập	38 (3,5)	903 (60,8)	600 (39,9)
Oleksandr Zeziulin, 2016 [15]	Thái Nguyên	NC cắt ngang	35 (3,5)	427 (85)	75 (15)
Phạm Đình Quyết, 2017 [10]	TP Hồ Chí Minh	NC cắt ngang	—	274 (71,9)	107 (28,1)
Trần Xuân Bách, 2017 [16]	Thanh Hóa, Lào Cai, Hà Nội	NC cắt ngang	38,4 (8,3)	29,1 (61,5)	182 (38,5)
Đặng Thị Minh Trang, 2017 [17]	Bình Dương	NC cắt ngang	34,6 (6,2)	189 (62,2)	115 (37,8)
Nguyễn Thị Trang, 2020 [8]	Hà Nội	NC cắt ngang	39,7 (9,8)	166 (58)	120 (42)
Ngô Văn Mạnh, 2020 [10, 18]	Thái Bình	NC cắt ngang	—	228 (59,1)	158 (40,9)

Độ tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là từ 30 - 45 tuổi, thành phần tham gia chủ yếu là nam giới với tỉ lệ cao hơn so với nữ giới, phù hợp với báo cáo của Cục Phòng, chống HIV/AIDS về tỷ lệ nhiễm tại Việt Nam chủ yếu trong lứa tuổi từ 20 - 49 và cao hơn ở nam giới do có các hành vi nguy cơ

cao hơn [19]. Các nghiên cứu đã được thực hiện tại nhiều địa phương trên cả nước, tại các thành phố lớn cũng như các tỉnh, đặc biệt là tại các điểm nóng về tỉ lệ nhiễm HIV/AIDS cao như: Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Thái Nguyên, Thanh Hóa [20]... Hầu hết các nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

Bảng 2. Tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS tại Việt Nam theo các nghiên cứu giai đoạn 2012 - 2022

Tác giả chính, năm	Thang đo trầm cảm	Tỉ lệ trầm cảm
Sara Levintow, 2013 [11]	CES-D	Tỷ lệ mắc các triệu chứng trầm cảm nặng là 44%, với 201 người tham gia đạt 23 điểm trở lên trong CES-D. 115 người tham gia (25%) báo cáo các triệu chứng trầm cảm nhẹ đến trung bình ($16 \leq \text{CES-D} < 23$) và 139 người tham gia (31%) không có triệu chứng trầm cảm ($\text{CES-D} < 16$);
Thái Thanh Trúc, 2014 [12]	CES-D	Tỉ lệ trầm cảm chung là 36,5%;
Huỳnh Ngọc Vân Anh, 2015 [13]	CES-D	Có 63 người bị trầm cảm, chiếm 32,3%;
Shoko Matsumo, 2016 [14]	CES-D	Tỷ lệ trầm cảm chung của quần thể này là 26,2% (23,0% ở nam, 30,8% ở nữ);
Oleksandr Zeziulin, 2016 [15]	PHQ-9	Tỷ lệ ước tính của các triệu chứng trầm cảm vừa, nặng là 14%;
Phạm Đình Quyết, 2017 [10]	CES-D	29,4% người tham gia nghiên cứu có trầm cảm;
Trần Xuân Bách, 2017 [16]	PHQ-9	Bệnh nhân có các triệu chứng trầm cảm nhẹ chiếm 30,8%. Trong số những người được hỏi mắc hội chứng trầm cảm nặng (20,2%), 12,8% có các triệu chứng trầm cảm trung bình, 4,6% có các triệu chứng trầm cảm nặng vừa và 2,7% có các triệu chứng trầm cảm nặng.
Đặng Thị Minh Trang, 2017 [17]	CES-D	Tỉ lệ trầm cảm chung là 24,7% (19,9% – 29,9%). Trong đó tỉ lệ rối loạn trầm cảm nhẹ là 12,5%, nặng 6,3%, vừa 5,9%.
Nguyễn Thị Trang, 2020 [8]	PHQ-9	Tỉ lệ trầm cảm chung cho các đối tượng nghiên cứu là 10,9%, trong đó, tỉ lệ trầm cảm nhẹ là 7,3%, tỉ lệ trầm cảm trung bình là 2,5%, tỉ lệ trầm cảm nặng là 1,1% và không có trường hợp phản ánh tỉ lệ trầm cảm rất nặng;
Ngô Văn Mạnh, 2020 [9,18]	CES-D	Tỉ lệ trầm cảm ghi nhận ở bệnh nhân nhiễm HIV/ AIDS đang điều trị ARV là 36,3%.

Về thực trạng trầm cảm trên bệnh nhân nhiễm HIV/ AIDS tại Việt Nam:

Tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân HIV/AIDS được ghi nhận qua các nghiên cứu là rất cao (trung bình trên 30%), cao nhất là 69% bệnh nhân HIV/AIDS có triệu chứng trầm cảm năm 2013 [11], thấp nhất là 10,9% bệnh nhân HIV/ AIDS năm 2020 [8]. Nhìn chung, tỉ lệ này

tương đương với ước tính của Penzak S.R và cộng sự năm 2000 về tỉ lệ trầm cảm của người bệnh HIV/AIDS là 22 - 45% [3]. Tỉ lệ trầm cảm ở người bệnh HIV/AIDS thấp hơn so với nghiên cứu tổng quan được tiến hành tại Trung Quốc, Châu Phi, Nam Mỹ và cao hơn so với tỉ lệ này tại Châu Âu [4 - 6] do sự khác biệt về tỉ lệ hiện mắc, khả năng phát hiện điều

trị bệnh và điều kiện kinh tế xã hội. Trầm cảm trên người bệnh nhiễm HIV/AIDS vẫn luôn là một vấn đề đáng quan tâm và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [21]. Tỷ lệ trầm cảm biến động qua các năm, tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS có trầm cảm nhẹ chiếm tỉ trọng cao, tỉ lệ bệnh nhân HIV/AIDS có các triệu chứng trầm cảm vừa và nặng có xu hướng giảm dần (từ 44% năm 2013 [11] xuống 1,1% trầm cảm nặng, không có trường hợp phản ánh trầm cảm rất nặng năm 2020 [8]). Sự khác biệt về tỉ lệ trầm cảm của các nghiên cứu có thể do sự khác biệt khi sử dụng các thang đo khác nhau, địa điểm nghiên cứu, cỡ mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ người bệnh có tỉ lệ trầm cảm nặng tại Việt Nam thấp hơn so với 15,2% người bệnh HIV/AIDS trầm cảm được báo cáo trong tổng quan của Lofgren SM tại các nước châu

Phi cận Sahara [5]. Sự khác biệt về tỉ lệ trầm cảm giữa các nghiên cứu được tìm thấy, điều này có thể do sự khác biệt về thang đo trầm cảm được sử dụng, cỡ mẫu trong các nghiên cứu khác nhau và có thể là sự khác biệt về địa lý. Các nghiên cứu chủ yếu sử dụng thang đo CES-D, một số sử dụng thang PHQ-9 [8, 15, 16]. Tỷ lệ trầm cảm trên người bệnh HIV/AIDS được báo cáo bằng thang đo CES-D cao hơn thang đo PHQ-9. Một số nghiên cứu báo cáo bất kì người tham gia nào có triệu chứng đến điểm giới hạn của các thang đo (các triệu chứng từ nhẹ đến nặng) [8, 11, 16, 17], trong khi đó có nghiên cứu chỉ báo cáo tỉ lệ người tham gia có triệu chứng vừa đến nặng [15], có những nghiên cứu chỉ báo cáo tỉ lệ trầm cảm chung mà không phân chia thành các mức độ khác nhau [9, 10, 12 - 14].

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng trầm cảm trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2012 - 2022

Tác giả chính	Yếu tố liên quan	OR	95% CI	p
Sara Levintow, 2013 [11]	Thu nhập thấp	2,94	1,82 - 4,76	< 0,05
	Độc thân	2,25	1,18 - 4,27	
Huỳnh Ngọc Vân Anh, 2015 [13]	Giới tính nữ	2,11	1,17 - 3,81	0,01
	Rối loạn lo âu	3,04	2,18 - 4,24	< 0,001
	Thu nhập thấp	3,68	1,69 - 8,04	0,001
Shoko Matsumo, 2016 [14]	Hỗ trợ cảm xúc tốt	0,92	0,91 - 0,94	< 0,001
	Hỗ trợ hữu hình tốt	0,91	0,88 - 0,93	
	Hỗ trợ tinh cảm tốt	0,88	0,85 - 0,91	
	Tương tác xã hội tốt	0,85	0,82 - 0,88	
Phạm Đình Quyết, 2017 [10]	Sống chung với gia đình	1,76	1,22 - 2,28	0,001
	Hỗ trợ xã hội thấp	1,93	1,26 - 2,96	0,002
	Sử dụng thuốc trầm cảm	2,18	1,57 - 3,04	< 0,001
	Có triệu chứng bệnh HIV	1,70	1,15 - 2,49	0,005
	Rối loạn lo âu	2,97	2,2 - 23,96	< 0,001
Trần Xuân Bách, 2017 [12]	Sống với vợ, chồng	4,66	1,3 - 17,4	< 0,05
	Số lượng TCD4 < 500	4,18	1,2 - 15,2	< 0,05
	Đau/ Khó chịu	7,23	1,79 - 29,15	< 0,001
	Bị kỳ thị	19,69	2,6 - 152,1	< 0,001
Đặng Thị Minh Trang, 2017 [17]	Hỗ trợ từ người thân	2,97	2,2 - 23,96	0,015
	Tuân thủ điều trị tốt	0,52	0,32 - 0,85	0,010
	Công việc không ổn định	2,30	1,16 - 4,55	0,016

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng trầm cảm trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam giai đoạn 2012 - 2022 (tiếp)

Tác giả chính	Yếu tố liên quan	OR	95% CI	p
Nguyễn Thị Trang, 2020 [8]	Nhóm tuổi < 30	6,4	1,2 - 34,1	0,03
	Kì thị xã hội cao	6,7	1,3 - 36,2	0,03
	Hỗ trợ xã hội thấp	29,3	2,5 - 343,7	0,007
Ngô Văn Mạnh, 2020 [18]	Hỗ trợ của gia đình	3,2	2,1 - 5,0	< 0,05
	Sự kỳ thị	4,0	2,6 - 6,2	
	Thu nhập thấp	9,6	5,9 - 15,6	
	Sử dụng ma túy	2,9	1,5 - 5,6	
	Điều trị bệnh khác	5,9	2,7 - 12,5	
	Tác dụng phụ của ARV	2,5	1,4 - 4,3	

Về một số yếu tố liên quan đến thực trạng trầm cảm trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Việt Nam:

Trong các nghiên cứu được chọn, có 8 nghiên cứu tìm ra các yếu tố liên quan và 2 nghiên cứu [12, 16] đã tìm thấy sự khác biệt giữa các nhóm bệnh nhân nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Các nghiên cứu chỉ ra rằng thu nhập thấp, công việc không ổn định, ít nhận được sự hỗ trợ từ gia đình, xã hội, người thân cũng như chịu kì thị của cộng đồng là một trong những yếu tố vô cùng quan trọng làm gia tăng tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS. Theo nghiên cứu của Trần Xuân Bách và các cộng sự năm 2017 [16], những bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS bị xã hội kỳ thị có nguy cơ mắc trầm cảm cao hơn 19,6 lần (95% CI: 2,6 - 152,1; $p < 0,001$) so với những người bệnh không bị kì thị, tương đương với kết luận của Khunsa Junaid và cộng sự tại Pakistan [22], Oscar Onyebuchi-Iwudibia và cộng sự tại Đông Nigeria [23]. Năm 2020, nguy cơ mắc các triệu chứng trầm cảm ở những bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS nhận được hỗ trợ xã hội thấp cao hơn 29,3 lần (95% CI: 2,5 - 343,7; $p: 0,007$) [8]; thu nhập thấp cao hơn 9,59 lần (95% CI: 5,9 - 15,6; $p < 0,05$) [18]. Những con số trên là đáng quan ngại, đặt ra yêu cầu cần có thêm những chính sách, chiến lược hỗ trợ bệnh nhân HIV/AIDS về công việc, hòa nhập cộng đồng để nâng cao sức khỏe tâm thần cũng như chất lượng cuộc sống của họ. Theo Joshua D. Hartzell, trầm cảm đặc biệt thường xuyên

xuất hiện ở những người nhiễm HIV/AIDS và có thể dẫn đến kết quả điều trị tồi tệ hơn [24]. Các yếu tố liên quan đến điều trị HIV/AIDS như đang điều trị bệnh khác, tác dụng phụ của thuốc ARV, khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh, các triệu chứng của bệnh HIV/AIDS cũng được tìm thấy là những yếu tố làm gia tăng tỉ lệ trầm cảm ở các bệnh nhân chung sống với HIV/AIDS [10, 12, 18]. Vậy nên, vấn đề nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS cũng là một vấn đề quan trọng cần phải giải quyết. Là một bệnh mãn tính, HIV/AIDS đòi hỏi phải tuân thủ và duy trì điều trị suốt đời, việc tuân thủ điều trị tốt sẽ giúp người bệnh có trạng thái sức khỏe tốt và có một trạng thái tinh thần tích cực. Điều này đã được chứng minh trong nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Minh Trang năm 2017, những người bệnh tuân thủ điều trị tốt có nguy cơ trầm cảm 0,5 lần (95%CI: 0,32 – 0,85; $p = 0,01$) so với những người không tuân thủ tốt điều trị HIV/AIDS [8]. Bên cạnh những yếu tố làm tăng nguy cơ trầm cảm, nhận được sự hỗ trợ của xã hội về các mặt như hỗ trợ cảm xúc, hỗ trợ tình cảm, tương tác xã hội, các hỗ trợ hữu hình là những yếu tố bảo vệ người bệnh HIV/AIDS trước nguy cơ trầm cảm.

Hạn chế trong việc tiếp cận các phiên bản toàn văn của các công trình nghiên cứu, các luận văn, luận án, do vậy chưa tổng quan được đầy đủ các nghiên cứu đã được tiến hành. Bên cạnh đó, tổng quan này cũng chưa tổng quan

được tỉ lệ trầm cảm trên bệnh nhân HIV tại Việt Nam theo từng nhóm đối tượng như tuổi, giới, nghề nghiệp,... do các công trình nghiên cứu chưa cung cấp số liệu đầy đủ về tỉ lệ trầm cảm theo từng nhóm đối tượng.

III. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm trên bệnh nhân nhiễm HIV tại Việt Nam rất cao (trung bình trên 30%). Các yếu tố làm gia tăng tỉ lệ trầm cảm được báo cáo là sự kì thị, thu nhập thấp, công việc không ổn định, trạng thái lo âu, và các yếu tố liên quan đến điều trị HIV/AIDS như đang điều trị bệnh khác, tác dụng phụ của thuốc ARV, các triệu chứng của bệnh HIV/AIDS. Nhận được sự hỗ trợ từ người thân, gia đình, cộng đồng và tuân thủ điều trị tốt là các yếu tố bảo vệ người bệnh nhiễm HIV/AIDS trước nguy cơ trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục phòng, chống HIV/AIDS. Dịch HIV/AIDS có gì thay đổi trong năm 2021. Truy cập ngày 10/10/2022. <https://vaac.gov.vn/dich-hiv-aids-co-gi-thay-doi-trong-nam-2021.html>.
2. Thai TT, Mairwen KJ, Lynne MH, et al. The effect of mental health screening and referral on symptoms of depression among HIV positive outpatients in Vietnam: Findings from a three-month follow-up study. *AIDS Care*. 2019; 31 (11): 1447 - 1453.
3. Penzak SR, Pharm D, Sunila Reddy Y, et al. Depression in patients with HIV infection. *American Journal of Health - System Pharmacy*. 2000; 57 (4): 376 - 386.
4. Sepide R, Saba A, Jeiran R, et al. Global prevalence of depression in HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2019; 9 (4): 404 - 412.
5. Lofgren SM, Bond DJ, Nakasujja N, et al. Burden of Depression in Outpatient HIV-Infected adults in Sub-Saharan Africa; Systematic Review and Meta-analysis. 2020; 24 (6): 1752 - 1764.
6. Wang T, Fu H, Kaminga AC, et al. Prevalence of depression or depressive symptoms among people living with HIV/AIDS in China: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2018; 18.
7. Mogesie N, Asmare B, Mekonnen T. Depressive symptoms and their determinants in patients who are on antiretroviral therapy in the case of a low-income country, Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Systems*. 2021; 15 (3).
8. Nguyễn Thu Trang. Thực trạng trầm cảm và một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai 2019. Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
9. Phạm Đình Quyết, Võ Thị Duyên, Huỳnh Ngọc Vân Anh. Trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2018; 22 (1): 285 - 292.
10. Ngô Văn Mạnh, Bùi Thị Huyền Diệu. Thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 506 (2): 289 - 294.
11. Sara NL, Brian WP, Tran VH, et al. Prevalence and predictors of depressive symptoms among HIV-positive men who inject drugs in Vietnam. *Plos One*. 2018; 13 (1): e0191548.
12. Truc TTh, Mairwen KJ, Lynne MH, et al. The association between symptoms of mental disorders and health risk behaviours in Vietnamese HIV positive outpatients: a cross - sectional study. *BMC Public Health*. 2017; 17 (1): 250.
13. Huỳnh Ngọc Vân Anh, Tô Gia Kiên, Nguyễn Thị Kim Tuyền, và cộng sự. Rối loạn lo âu, trầm cảm và chất lượng cuộc sống của những người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại trung tâm phòng chống AIDS tỉnh Bình Phước. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2019; 23 (2): 259 - 266.
14. Shoko M, Kazue Y, Kenzo T, et al. Social Support as a Key Protective Factor against Depression in HIV-Infected Patients: Report from large HIV clinics in Hanoi, Vietnam. *Scientific Reports*. 2017; 7 (1): 15489.
15. Zeziulin O, Mollan KR, Shook-Sa BE, et al. Depressive symptoms and use of HIV care and medication-assisted treatment among people with HIV who inject drugs. *AIDS (London, England)*. 2021; 35(3): 495 - 501.
16. Bach XT, Anh KD, Nu TT, et al. Depression and Quality of Life among Patients Living with HIV/AIDS in the Era of Universal Treatment Access in Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018; 15 (12): 2888.
17. Đặng Thị Minh Trang, Thái Thanh Trúc. Rối loạn trầm cảm ở người sống chung với HIV/AIDS đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Thuận An, Bình Dương. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018; 22 (1): 322 - 330.

18. Ngô Văn Mạnh, Bùi Thị Huyền Diệu. Một số yếu tố liên quan đến thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 507 (2): 45 - 50.
19. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Hội nghị tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2021 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2022.
20. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Báo cáo tổng kết công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020.
21. Lambert CC, Westfall A, Modi R, et al. HIV-related stigma, depression, and social support are associated with health-related quality of life among patients newly entering HIV care. *AIDS Care*. 2020; 32 (6): 681 - 688.
22. Khunsa J, Hassan A, Ali AK, et al. Prevalence and Associated Factors of Depression among Patients with HIV/AIDS in Lahore, Pakistan: Cross-Sectional Study. *Psychol Res Behav Manag*. 2021; 14: 77 – 84.
23. Oscar OI, Army B. HIV and depression in Eastern Nigeria: The role of HIV-related stigma. *AIDS Care*. 2014; 26 (5): 653 - 657.
24. Hartzell JD, Janke IE, Weintrob AC. Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2008; 62 (2): 246 - 255.

DEPRESSION SITUATION AND RELATED FACTORS IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS IN VIETNAM, 2012 - 2022

**Phan Thi Thu Huong¹, Le Thi Huong², Le Minh Giang², Hoang Thi Hai Van²,
Duong Thi Ngoan², Nguyen Thi Huyen Trang²**

¹*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

²*Hanoi Medical University*

In addition to improving physical health with continuous, lifelong ARV drug treatment, the mental health care and support of HIV-infected people is also one of the issues that need attention and intervention to improve the effectiveness of their treatment. This systematic review was to determine the prevalence of depression and related factors in people living with HIV in Viet Nam, 2012 - 2022. The prevalence of depression was high (over 30%). Factors that increase reported rates of depression

are stigma, low income, job instability, anxiety, and factors related to HIV/AIDS treatment such as being treated for other illnesses, side effects of ARV drugs, and symptoms of HIV/AIDS. Receiving support from relatives, family, and the community and good adherence to treatment are factors that protect people with HIV/AIDS from depression.

Keywords: Depression; people living with HIV/AIDS; related factors

DOI: <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/883>

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG BAO CAO SU TRONG QUAN HỆ TÌNH DỤC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI KHÔNG SỬ DỤNG BAO CAO SU Ở NHÓM TIÊM CHÍCH MA TUÝ TẠI THÁI NGUYÊN NĂM 2019

Hoàng Thị Hải Vân^{1*}, Trần Ngọc Ánh¹, Phạm Phương Mai¹, Đinh Linh Trang¹,
Đặng Thị Lor², Bùi Hoàng Đức², Phan Thị Thu Hương², Lê Minh Giang¹

¹*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

²*Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Hành vi quan hệ tình dục không an toàn là một trong những hành vi nguy cơ cao có thể dẫn tới lây truyền HIV/AIDS đặc biệt ở các quần thể có nguy cơ cao. Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 318 đối tượng tiêm chích ma túy tại thành phố Thái Nguyên nhằm mô tả thực trạng sử dụng bao cao su trong hoạt động quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su ở nhóm đối tượng này. Trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất tỷ lệ không sử dụng bao cao su chiếm tỷ lệ cao (59,7%). Chỉ có 14,6% tỷ lệ người sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với vợ/người yêu ở tất cả các lần. Những người chưa lập gia đình có nguy cơ không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục thấp hơn 60% so với những người có gia đình (KTC 95% 0,22 - 0,76). Những người tiêm chích ma túy được điều trị ARV và khám STI trong vòng 3 tháng qua có nguy cơ không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục thấp hơn. Có thể giảm nguy cơ quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su thông qua tư vấn tại các phòng khám cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các đối tượng tiêm chích ma túy.

Từ khóa: Sử dụng bao cao su; tình dục không an toàn; người tiêm chích ma túy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện nay ước tính có khoảng 15,6 triệu người tiêm chích ma túy (TCMT). Tỷ lệ sử dụng ma túy cao nhất là ở Đông Âu, nơi ước tính 1,3% dân số tiêm chích ma túy, so với 0,33% trên toàn cầu. Tỷ lệ người TCMT trong dân số thấp nhất ở Nam Á (3,1%), Trung Đông và Bắc Phi (3,5%) [1]. Năm 2018, Việt Nam ước tính có khoảng 189.400 người tiêm chích ma túy trên toàn quốc [2] trong đó 54% quần thể TCMT sống ở 11 trên 63 tỉnh/thành phố.

Trong số những người TCMT trên toàn thế giới ước tính có khoảng hơn 3 triệu người dương tính với HIV [3] chiếm khoảng 10% số ca nhiễm HIV trên toàn cầu; bên cạnh đó có khoảng 23 - 39% trường hợp nhiễm HCV mới xảy ra ở những người tiêm chích ma túy. Trên toàn cầu, cứ 3 ca tử vong do HCV thì có 1 ca là do tiêm chích ma túy. Ở một số khu vực, chẳng hạn như Đông Âu và Trung Á, tỷ lệ nhiễm cả HIV và HCV đặc biệt cao. Nguyên nhân là do những người tiêm chích ma túy có nguy cơ có các hành vi quan hệ tình dục nguy cơ cao hơn các đối tượng khác, khiến họ có nguy cơ mắc

*Tác giả: Hoàng Thị Hải Vân

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0942 248 959

Email: hoangthihaivan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/10/2022

Ngày phản biện: 09/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong đó có HIV/AIDS [4]. STIs đã đạt mức cao trong lịch sử, với gần 2,3 triệu trường hợp nhiễm chlamydia, lậu và giang mai được chẩn đoán ở Hoa Kỳ vào năm 2017, đánh dấu năm thứ tư liên tiếp số trường hợp người nhiễm STI mạnh [5]. Đặc biệt, hành vi quan hệ tình dục không sử dụng bao cao su (BCS) với bạn tình thường xuyên, bạn tình không thường xuyên và phụ nữ bán dâm khá phổ biến ở những người tiêm chích ma túy. Trong đó tỷ lệ sử dụng BCS với bạn tình thường xuyên ở những người TCMT có xu hướng thấp hơn so với các đối tượng bạn tình khác. Nghiên cứu cắt ngang trên 7595 thanh niên ở Mỹ năm 2012 cho thấy 55% thanh niên trong độ tuổi từ 21 đến 30 có quan hệ tình dục trong năm qua đã báo cáo rằng họ hiếm khi sử dụng BCS. Theo số liệu của UNAIDS năm 2018, tỷ lệ sử dụng BCS khi quan hệ tình dục thấp nhất ở Ai Cập (2,3%), Uganda (4%), Campuchia (8,7%) và Philipin (14,5%) và cao nhất ở Nigeria (83,2%) và Ấn Độ (77,4%) [2].

Tại Việt Nam, Thái Nguyên là một tỉnh ở khu vực phía Bắc của nước ta, gần với đường biên giới Việt Nam – Trung Quốc, nơi sự đô thị hóa, thuốc phiện và heroin dễ dàng tiếp cận mang lại hệ quả gia tăng sử dụng ma túy kể từ những năm 1990. Ước tính trong số 6000 người TCMT tại đây có 34 % người đang sống chung với HIV [4]. Theo báo cáo các tiến bộ đạt được trong ứng phó với đại dịch HIV/AIDS của Việt Nam, Thái Nguyên có tỷ lệ người nhiễm HIV trong số người TCMT cao nhất cả nước, là tỉnh đứng thứ 4 trên cả nước về tỷ lệ hiện nhiễm HIV [6]. Câu hỏi đặt ra là bên cạnh yếu tố nguy cơ sử dụng bơm kim tiêm chung, những người tiêm chích ma túy còn có những hành vi nguy cơ cao nào, việc sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục có phổ biến ở nhóm này không và có những yếu tố nào có thể liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su ở nhóm TCMT? Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng sử dụng bao cao su trong hoạt động quan hệ tình dục và một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su ở nhóm đối tượng này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên những người tiêm chích ma túy từ 18 tuổi trở lên, có báo cáo tiêm chích ma túy trong vòng 90 ngày qua không cho mục đích điều trị, đã và đang sống tại Thành phố Thái Nguyên trong 6 tháng qua và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Những người không có khả năng hiểu và trả lời câu hỏi hoặc sau khi tham gia nghiên cứu nảy sinh bất kỳ tình huống nào mà theo điều tra viên và giám sát viên là có thể vi phạm thỏa thuận nghiên cứu sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên từ tháng 04/2019 đến tháng 06/2020.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng một phần số liệu từ nghiên cứu ước lượng quần thể và các hành vi nguy cơ cao của đối tượng TCMT tại tỉnh Thái Nguyên.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính cho Thành phố Thái Nguyên dựa trên cỡ mẫu tổng thể ước lượng quần thể.

Nghiên cứu sử dụng công thức Slovin, để ước tính tỷ lệ không xác định trong dân số hữu hạn:

$$n \geq \frac{N}{1 + Nd^2 \times (1 - NR)}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu mục tiêu tối thiểu. N = số người tiêm chích ma túy (PWID); $Z_{(1 - \alpha/2)}$ = z - score tương ứng với mức ý nghĩa mong muốn. d = 1/2 độ rộng của khoảng tin cậy mong muốn. DEFF = hệ số thiết kế. NR: Không phản hồi hoặc thiếu dữ liệu.

Bảng 1. Các thông số sử dụng tính toán cỡ mẫu cho nghiên cứu

Thông số	Thái Nguyên (PWID)
Số người tiêm chích ma túy (PWID)	5200
1/2 độ rộng của khoảng tin cậy mong muốn (%)	5,00%
Hệ số thiết kế	2
Mức ý nghĩa mong muốn	95%
Không phản hồi hoặc thiếu dữ liệu (%)	5%
Cỡ mẫu	782

Dựa trên tổng kích thước mẫu là 782 và lấy mẫu theo tỷ lệ dân số của thành phố và các huyện, cỡ mẫu cho mỗi địa điểm nghiên cứu dao động từ 61 đến 332 cho mỗi địa điểm nghiên cứu (Phụ lục II). Cỡ mẫu cho địa điểm thành phố Thái Nguyên là 332 đối tượng nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát. Các “hạt giống” đầu tiên được tuyển chọn có đặc điểm khác biệt nhau và ở nhiều địa điểm khác nhau, biết rõ các mạng lưới của người TCMT do cơ quan công an giới thiệu. Sau khi được sàng lọc đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu và ký thỏa thuận tham gia nghiên cứu, các đối tượng này được phỏng vấn. Sau khi kết thúc phỏng vấn, các hạt giống được nhận 3 phiếu mời để mời 3 đối tượng khác vào nghiên cứu. Với mỗi đối tượng mời được vào tham gia nghiên cứu các hạt giống sẽ được bồi dưỡng theo quy định của nghiên cứu. Cứ tiếp tục như vậy đến khi đủ cỡ mẫu được tính cho nghiên cứu ước lượng quần thể. Để đảm bảo mỗi cá nhân đến tham gia nghiên cứu chỉ 1 lần duy nhất chúng tôi dùng máy quét vân tay. Mã số phiếu mời phát ra được thu lại và chính là mã số nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, điều trị methadone, đã từng điều trị ARV, lần gần nhất nhận BCS miễn phí, biết kết quả xét nghiệm HIV của bạn tình, khám STI.

Hành vi sử dụng bao cao su: Tần suất sử

dụng bao cao su trong lần QHTD gần nhất (trong vòng 1 tháng qua/ từ trên 1 - 6 tháng/từ trên 6 - 12 tháng/trên 12 tháng), QHTD với phụ nữ bán dâm.

Một số yếu tố liên quan đến hành vi không dùng bao cao su: Nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Tất cả các đối tượng nghiên cứu sau khi được chọn vào nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế và thử nghiệm với các biến số nghiên cứu như đã mô tả ở trên.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epi data 3.1 và xử lý, phân tích bằng phần mềm R (v4.1.2; R Core Team 2021).

Các thuật toán thống kê mô tả cho các biến ở phần đặc điểm chung của đối tượng, các hành vi tiêm chích ma túy: Tính tần suất, tỷ lệ cho các biến định tính; và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

Mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến được áp dụng nhằm tìm kiếm các yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng BCS trong quan hệ tình dục của các đối tượng TCMT.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt, đáp ứng các yêu cầu đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo chứng nhận số 13/HMUIRB ngày 19/4/2019.

III KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 318)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
Dưới 25 tuổi	4	1,3
25 - 35 tuổi	35	11
36 - 49 tuổi	204	64,2
Trên 49 tuổi	75	23,5
Trình độ học vấn		
Mù chữ, tiểu học	1	0,3
Trung học cơ sở	45	14,2
Trung học phổ thông	157	49,4
Trung cấp, cao đẳng, đại học	115	36,1
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình	70	22,0
Đang có vợ/chồng	192	60,4
Đã ly dị	43	13,5
Đã ly thân	10	3,1
Góa vợ/chồng	3	0,9
Đang sống chung, không kết hôn	0	0
Lần gần nhất nhận được BCS miễn phí		
Trong vòng 3 tháng qua	4	1,3
Trong vòng 3 - 6 tháng qua	2	0,6
Từ trên 6 đến 12 tháng qua	4	1,3
Trên 12 tháng qua	41	12,9
Chưa bao giờ	267	84,0
Điều trị methadone		
Có, đang điều trị	220	69,2
Không	96	30,2
Chưa bao giờ nghe nói đến Methadone	2	0,6
Đã từng điều trị ARV		
Có	58	18,0
Không	259	80,4
Không biết/Không trả lời	5	1,6
Không	39	12,3
Không rõ/không trả lời	32	10,1
Đã từng biết kết quả xét nghiệm HIV của mình		
Có	247	77,7
Không	39	12,3
Không rõ/không trả lời	32	10,1

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 318) (tiếp)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Biết kết quả HIV của bạn tình		
Có	123	38,8
Không	147	46,4
Không rõ/không trả lời	47	14,8
Khám STI trong 3 tháng qua		
Có	87	27,4
Không	231	72,6

Kết quả cho thấy 64,2% đối tượng nghiên cứu trong độ tuổi từ 35 - 49 tuổi, chủ yếu là trung học phổ thông (49,4%) và 60,4% đối tượng đang có vợ/chồng; 84% người TCMT chưa bao giờ nhận được BCS miễn phí, 69,2% đối tượng đang điều trị methadone và 18% từng

điều trị ARV; 77,7% người TCMT từng biết kết quả xét nghiệm HIV của mình và 46,4% không biết kết quả HIV của bạn tình. Tỷ lệ người TCMT được khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục (hoa liễu, xã hội) trong vòng 3 tháng qua là 27,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất của nhóm tiêm chích ma túy (n = 310)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng BCS trong lần quan hệ gần đây nhất		
Có	125	40,3
Không	185	59,7
Tổng	310	100
Sử dụng BCS lần QHTD trong vòng 1 tháng qua	0	0
Có	55	17,7
Không	111	35,8
Sử dụng BCS lần QHTD từ trên 1 - 6 tháng qua		
Có	25	8,1
Không	30	9,7
Sử dụng BCS lần QHTD từ trên 6 tháng đến 12 tháng qua		
Có	15	4,8
Không	9	2,9
Sử dụng BCS lần QHTD trên 12 tháng qua		
Có	30	9,7
Không	35	11,3

BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục

Trong lần QHTD gần đây nhất, tỷ lệ người sử dụng BCS chiếm 40,3%, người không sử dụng BCS có tỷ lệ cao hơn (59,7%). Đặc biệt

là lần QHTD gần đây nhất trong vòng 1 tháng qua, tỷ lệ không sử dụng BCS (35,8%) gấp 2 lần tỷ lệ không sử dụng BCS (17,7%).

Bảng 4. Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với người yêu/bạn tình của nhóm tiêm chích ma túy (n = 162)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với vợ/người yêu		
Tất cả các lần	23	14,6
Đa số	16	10,1
Thỉnh thoảng	27	17,1
Không bao giờ	92	58,2
Vợ/người yêu có tiêm chích ma túy	4	2,5

Tỷ lệ người không sử dụng BCS khi quan hệ tình dục với vợ/người yêu khá cao (58,2%), tỷ lệ người thỉnh thoảng sử dụng BCS khi QHTD với vợ/người yêu là 17,1%. Chỉ có 14,6% tỷ lệ

người sử dụng BCS khi QHTD với vợ/người yêu ở tất cả các lần và 10,1% tỷ lệ người sử dụng BCS khi QHTD với vợ/người yêu ở đa số các lần.

Bảng 5. Quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm của nhóm tiêm chích ma túy (n = 157)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm		
Có QHTD với phụ nữ bán dâm	116	36,4
Có QHTD với phụ nữ bán dâm trong vòng 12 tháng qua	41	12,9
Số lần QHTD với phụ nữ bán dâm trong vòng 30 ngày qua		
1 lần	7	2,2
2 lần	24	7,5
Tổng	31	9,7

QHTD: Quan hệ tình dục

Có 37,4% đối tượng TCMT có quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm, và tỷ lệ người TCMT có QHTD với phụ nữ bán dâm trong vòng 12 tháng qua và 30 ngày qua lần lượt là 12,9% và

9,7%. Tỷ lệ người TCMT có QHTD với phụ nữ bán dâm 1 lần trong vòng 30 ngày qua là 2,2% và QHTD với phụ nữ bán dâm 2 lần trong vòng 30 ngày qua là 7,5%.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su quan hệ tình dục lần gần đây nhất (n = 307)

Đặc điểm	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến (n = 307) (Pseudo R ² = 23,6, p < 0,0001)	
	OR	KTC95%	AOR	KTC95%
Tình trạng hôn nhân				
Đang có vợ/chồng	1		1	
Chưa lập gia đình	0,51	0,28 - 0,90	0,40**	0,22 - 0,76
Đã ly dị	1,46	0,72 - 2,98	1,21	0,56 - 2,61
Đã ly thân	5,69	0,71 - 45,86	7,18	0,77 - 67,00
Goá vợ/chồng	0,32	0,03 - 3,55	0,16	0,01 - 1,77
Điều trị ARV				
Không	1		1	
Có	0,26	0,14 - 0,48	0,29**	0,15 - 0,57
Nhận được bao cao su miễn phí				
Không	1			
Có	1,12	0,60 - 2,09		
Khám STI trong 3 tháng				
Không	1		1	
Có	0,23	0,14 - 0,39	0,26***	0,15 - 0,46

***p < 0,0001; **p < 0,01; *p < 0,05

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến có sự kiểm soát các biến tuổi, trình độ học vấn, xét nghiệm HIV, biết kết quả xét nghiệm HIV, điều trị methadone

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các biến có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi không sử dụng BCS trong lần QHTD lần gần đây nhất bao gồm: Tình trạng hôn nhân, điều trị ARV và khám bệnh lây truyền qua đường tình dục trong vòng 3 tháng. Những người chưa lập gia đình có nguy cơ không sử dụng BCS khi QHTD thấp hơn 60% so với những người có gia đình (KTC 95% 0,22 - 0,76). Những người TCMT được điều trị ARV và khám STI trong vòng 3 tháng qua có nguy cơ không sử dụng BCS thấp hơn so với những người TCMT không được điều trị ARV và không được khám STI trong vòng 3 tháng qua.

IV. BÀN LUẬN

Trong lần QHTD gần đây nhất có 59,7% tỷ lệ người TCMT không sử dụng BCS, cao hơn tỷ lệ chung của 20 tỉnh, thành trên cả nước năm

2017 (56,5%) [7]. Một nghiên cứu định tính ở miền Bắc Việt Nam về hành vi tiêm và thực hành tình dục của người TCMT và bạn tình của họ cho thấy phần lớn bạn tình của nhóm TCMT là người không TCMT và là một cặp vợ chồng. Ngược lại hầu hết người TCMT đã báo cáo những hành vi TCMT nguy cơ như chia sẻ BKT và một số báo cáo có nhiều bạn tình cùng một lúc. Sự khác biệt trong hành vi nguy cơ giữa người TCMT và bạn tình của họ cho thấy khả năng lây truyền các bệnh lây qua máu và STIs sang bạn tình chính của họ [8]. Các hành vi không sử dụng BCS khi quan hệ với vợ/bạn tình trong nghiên cứu này là 58,2% đã làm tăng nguy cơ lây nhiễm bệnh cho những đối tượng không TCMT này. Hầu hết người TCMT đều tin rằng bạn tình chính là vợ/người yêu của họ không có nguy cơ nhiễm HIV/AIDS, nhưng nhiều người lo lắng về nguy cơ nhiễm HIV của bản thân vì hành vi TCMT và QHTD của chính họ. Mặc dù thế, không ai trong số người TCMT

tiết lộ hành vi TCMT hay QHTD của bản thân họ với bạn tình của mình và kết quả là nhiều bạn tình không biết về nguy cơ nhiễm HIV của họ là do sự lo sợ phản ứng của bạn tình [8].

Nhóm TCMT có độ tuổi từ 35 - 49 tuổi chiếm 64,2%, tỷ lệ này cao hơn nhiều so với một nghiên cứu của Gavin George và cộng sự (26,6%) [9]. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy tỷ lệ người TCMT có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, kết quả này tương tự với nghiên cứu ở Nam Phi năm 2014 - 2015 (5,3%). Tình trạng hôn nhân của đối tượng TCMT chủ yếu là đang có vợ (60,4%) cao hơn tỷ lệ đang có vợ trong một nghiên cứu ở Ấn Độ (33,3%) [10].

Tỷ lệ người TCMT QHTD với phụ nữ bán dâm (PNBD) trong vòng 12 tháng qua ở nghiên cứu này (12,9%) thấp hơn so với báo cáo giám sát trọng điểm 20 tỉnh, thành trên cả nước năm 2017 (20%) [7]. PNBD cũng là một trong những quần thể có nguy cơ cao lây nhiễm HIV/AIDS của nước ta hiện nay, cao nhất là ở Cần Thơ (29%). Tỷ lệ hiện nhiễm các bệnh STI ở nhóm này khá cao, tỷ lệ nhiễm chlamydia năm 2006 cao nhất trong nhóm PNBD tại Hà Nội là 17%. Hành vi không sử dụng BCS khi QHTD với PNBD làm tăng nguy cơ đối với cả người TCMT, PNBD và cả khách hàng của họ. Theo số liệu IBBS vòng 2 năm 2019, chưa đến 50% PNBD đường phố và PNBD nhà hàng báo cáo sử dụng BCS thường xuyên với bạn tình của họ, không phân biệt khách lạ, khách quen hay bạn tình thường xuyên. Ngoài ra, hành vi TCMT cũng diễn ra phổ biến ở mức 15,1% trong nhóm PNBD đường phố và 4,7% trong nhóm PNBD nhà hàng [11].

Điều tra giám sát tình trạng xét nghiệm HIV trên 20,048 người ở các hộ gia đình ở Nam Phi năm 2014 - 2016 cho thấy có mối liên quan tiêu cực giữa việc sử dụng ART và sử dụng BCS không thường xuyên trong 12 tháng trước cuộc khảo sát 2014/2015 (AOR: 0,45). Kết quả trên trái ngược với nghiên cứu của chúng tôi nhóm TCMT có điều trị ARV giảm 79% nguy cơ không dùng BCS khi QHTD lần gần đây nhất.

Nghiên cứu đã chỉ ra một số phát hiện có ý nghĩa như tỷ lệ không sử dụng BCS thường xuyên ở nhóm TCMT, một số yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng BCS như tình trạng hôn nhân, việc tham gia điều trị ARV, việc đi khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Tuy nhiên hạn chế của nghiên cứu là thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu cắt ngang nên chỉ có thể đưa ra giả thuyết rằng những người chưa có gia đình, những người đang điều trị ARV, những người đi khám STI trong vòng 3 tháng qua ít có nguy cơ không sử dụng BCS hơn mà chưa thể khẳng định được mối quan hệ nhân quả một cách chắc chắn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người tiêm chích ma túy không sử dụng bao cao su trong lần quan hệ gần đây nhất là 57,9%, tỷ lệ cao người tiêm chích ma túy không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với vợ/người yêu là 58,2%. Các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi không sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục lần gần đây nhất bao gồm: Tình trạng hôn nhân, điều trị ARV và khám bệnh lây truyền qua đường tình dục trong vòng 3 tháng.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Đào tạo YTCC và YHDP; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A global picture of injecting drug use, HIV and anti-HCV prevalence among people who inject drugs, and coverage of harm reduction interventions. NDARC - National Drug and Alcohol Research Centre. Accessed 10/20/2022. <https://ndarc.med.unsw.edu.au/blog/global-picture-injecting-drug-use-hiv-and-anti-hcv-prevalence-among-people-who-inject-drugs-and>.

2. AIDSinfo. UNAIDS. Accessed 10/20/2022. <https://aidsinfo.unaids.org/>.
3. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Lond Engl*. 2008; 372 (9651): 1733 – 1745.
4. Chitwood DD, McBride DC, French MT, et al. Health care need and utilization: a preliminary comparison of injection drug users, other illicit drug users, and nonusers. *Subst Use Misuse*. 1999; 34 (4 – 5): 727 – 746.
5. Center for disease control and prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. 2017; 168.
6. Ministry of Health. Vietnam AIDS response progress report 2014. Accessed 06/22/2020. https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Vietnam_narrative_report_2014.pdf.
7. Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control. Results from HIV Sentinal Surveillance plus Behavioural Component (HSS+). 2017.
8. Go VF, Quan VM, Voytek C, et al. Intra-couple communication dynamics of HIV risk behavior among injecting drug users and their sexual partners in Northern Vietnam. *Drug Alcohol Depend*. 2006; 84 (1): 69 – 76.
9. George G, Beckett S, Cawood C, et al. Impact of HIV testing and treatment services on risky sexual behaviour in the uMgungundlovu District, KwaZulu-Natal, South Africa: a cross-sectional study. *AIDS Res Ther*. 2019; 16 (1): 20.
10. Kermode M, Armstrong G, Medhi GK, et al. Sexual behaviours of men who inject drugs in Northeast India. *Harm Reduct J*. 2015; 12: 4.
11. United States Agency for International Development. Vietnam IBBS Round II - 2009 report. 2010. Accessed 06/03/2020. https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/Vietnam_IBBS_Round_II_2009.pdf.

CONDOM USE AND SOME FACTORS RELATED TO NON-CONDOM USE AMONG INJECTING DRUG USERS IN THAI NGUYEN IN 2019

Hoang Thi Hai Van¹, Tran Ngoc Anh¹, Pham Phuong Mai¹, Dinh Linh Trang¹, Dang Thi Lo², Bui Hoang Duc², Phan Thi Thu Huong², Le Minh Giang¹

¹*Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

Unprotected sex behavior is one of the high-risk behaviors that can lead to HIV/AIDS transmission, especially in high-risk populations. A cross - sectional descriptive study was conducted on 318 subjects who inject drugs in Thai Nguyen city to describe the status of using condoms during sexual intercourse and some factors related to non-use behavior. condom use in this target group. In the most recent sexual intercourse, the rate of not using condoms accounted for a high rate (59.7%). Only 14.6% of people use condoms when having sex

with their wives/lovers at all times. Unmarried people had a 60% lower risk of not using a condom during sex than married people (95% CI 0.22 - 0.76). Injecting drug users who received ART and had an STI screening within the past 3 months had a lower risk of not using a condom during sex. The risk of having sex without a condom can be reduced through counselling at clinics that provide health care to people who inject drugs.

Keywords: Condom use; unsafe sex; injecting drugs users

ĐẶC ĐIỂM NHÓM TIÊM CHÍCH MA TÚY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HÀNH VI SỬ DỤNG CHUNG BƠM KIM TIÊM TẠI THÁI NGUYÊN NĂM 2019

Hoàng Thị Hải Vân¹, Trần Ngọc Ánh¹, Phạm Phương Mai¹, Đinh Linh Trang¹,
Đặng Thị Lo², Phan Thị Thu Hương², Lê Minh Giang¹, Bùi Hoàng Đức^{2*}

¹*Viện đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

²*Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Những người tiêm chích ma túy là quần thể có nguy cơ cao nhiễm HIV, đặc biệt những người có hành vi dùng chung bơm kim tiêm. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm nhóm đối tượng tiêm chích ma túy và một số yếu tố liên quan đến tình trạng sử dụng chung bơm kim tiêm tại Thái Nguyên năm 2019. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 318 đối tượng tiêm chích ma túy (TCMT) tại thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên từ tháng 04/2019 đến tháng 06/2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đối tượng tham gia chủ yếu là nam giới (99,7%), tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 35 - 49 tuổi; đa số đối tượng có trình độ văn hóa từ trung học cơ sở trở lên. Loại ma túy được sử dụng nhiều nhất là heroin (96,2%), 310 người tiêm chích ma túy có thời gian sử dụng ma túy trên 3 năm. Tỷ lệ người tiêm chích ma túy đã từng dùng chung bơm kim tiêm tại Thái Nguyên khá cao (43,4%). Các yếu tố tình trạng hôn nhân, xét nghiệm HIV, điều trị ARV, nhận được bơm kim tiêm sạch có liên quan tới hành vi dùng chung bơm kim tiêm của những người tiêm chích ma túy. Do đó cần tăng cường cung cấp và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các nhóm tiêm chích ma túy nói riêng và các đối tượng nguy cơ cao nói chung.

Từ khóa: Sử dụng chung bơm kim tiêm; người tiêm chích ma túy; Thái Nguyên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo kết quả nghiên cứu tổng quan hệ thống của Louisa Degenhardt và cộng sự năm 2015, ước tính trên thế giới có 15,6 triệu người tiêm chích ma túy (TCMT), chiếm khoảng 0,33% những người trong độ tuổi 15 - 64. Tỷ lệ người TCMT cao nhất ở khu vực phía Đông Á và Đông Nam Á [1], trong đó Việt Nam có 189.400 người TCMT năm 2018 [2]. Mặc dù số ước tính người TCMT nhỏ hơn 1% dân số, nhưng những người TCMT là một trong những nhóm dễ bị nhiễm HIV nhất. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm TCMT ở Việt Nam năm 2021 là 12,10% [3], mặc dù tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm đối tượng này đã có xu hướng giảm đáng kể (từ 29,3% năm 2002) [4]. HIV/AIDS và các

bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STIs) ảnh hưởng đến kinh tế, tâm lý xã hội và ảnh hưởng nặng nề đến hệ thống y tế, vì vậy tìm hiểu và quan tâm nhiều hơn đối với đối tượng TCMT là một việc làm cần thiết.

Theo tài liệu của UNODC và WHO về các nguyên tắc điều trị nghiện [5], những người TCMT rất dễ bị nhiễm các vi rút lây truyền qua đường máu và các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục do dùng chung/tái sử dụng dụng cụ tiêm chích, dung dịch pha thuốc, quan hệ tình dục với những người tiêm chích khác và có quan hệ tình dục có nguy cơ cao. Số liệu về quy mô số người TCMT của 130 nước cho thấy có tới 10% những ca bị nhiễm HIV toàn cầu là do hành vi TCMT không an toàn, và nếu tính

*Tác giả: Bùi Hoàng Đức

Địa chỉ: Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội

Điện thoại: 0913 041 116

Email: duccan76@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/10/2022

Ngày phản biện: 14/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

cả khu vực Châu phi thuộc cận sa mạc Sahara, có tới 30% các ca nhiễm HIV toàn cầu là do TCMT không an toàn. Dùng chung dụng cụ tiêm chích bị nhiễm bẩn là con đường lây lan HIV chủ yếu ở nhiều khu vực, bao gồm Đông Âu, Trung Á, Nam Á và Đông Nam Á và một số nước ở Châu Mỹ La Tinh [6].

Thái Nguyên là tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy cao thứ 3 cả nước sau Điện Biên và Thành phố Hồ Chí Minh [7]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm nhóm TCMT và một số yếu tố liên quan đến tình trạng sử dụng chung bơm kim tiêm ở nhóm này tại Thái Nguyên năm 2019 nhằm cung cấp thêm thông tin cho việc xây dựng các biện pháp can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV phù hợp và hiệu quả.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người TCMT từ 18 tuổi trở lên; hiện tại (trong vòng 90 ngày) báo cáo có TCMT (không cho mục đích điều trị); đã và đang sống tại thành phố Thái Nguyên trong sáu tháng qua; và tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người tiêm chích ma túy có 1 trong những tiêu chí sau sẽ bị loại khỏi điều tra: Không có khả năng hiểu và trả lời câu hỏi; sau khi tham gia, đã nảy sinh bất kỳ tình

huống nào, mà theo ý kiến của điều tra viên là có thể vi phạm thỏa thuận tham gia điều tra.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Thái Nguyên, tỉnh Thái Nguyên từ tháng 04/2019 đến tháng 06/2020.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng một phần số liệu từ nghiên cứu ước lượng quần thể và các hành vi nguy cơ cao của đối tượng TCMT tại tỉnh Thái Nguyên (bao gồm thành phố Thái Nguyên và các huyện). Bài báo này chỉ sử dụng dữ liệu tại thành phố Thái Nguyên.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu tính cho thành phố Thái Nguyên dựa trên cỡ mẫu tổng thể ước lượng quần thể.

Nghiên cứu sử dụng công thức Slovin, để ước tính tỷ lệ không xác định trong dân số hữu hạn:

$$n \geq \frac{N}{DEFF * \frac{1}{1 + Nd^2 * (1 - NR)}}$$

Trong đó: n = cỡ mẫu mục tiêu tối thiểu. N = số người tiêm chích ma túy (PWID); $Z_{(1 - \alpha/2)}$ = z - score tương ứng với mức ý nghĩa mong muốn. d = 1/2 độ rộng của khoảng tin cậy mong muốn. DEFF = hệ số thiết kế. NR: Không phản hồi hoặc thiếu dữ liệu.

Bảng 1. Các thông số sử dụng tính toán cỡ mẫu cho nghiên cứu

Thông số	Thái Nguyên (PWID)
Số người tiêm chích ma túy (PWID)	5200
1/2 độ rộng của khoảng tin cậy mong muốn (%)	5,00%
Hệ số thiết kế	2
Mức ý nghĩa mong muốn	95%
Không phản hồi hoặc thiếu dữ liệu (%)	5%
Cỡ mẫu	782

Dựa trên tổng kích thước mẫu là 782 và lấy mẫu theo tỷ lệ dân số của thành phố và các huyện, cỡ mẫu cho mỗi địa điểm nghiên cứu dao động từ 61 đến 332 cho mỗi địa điểm nghiên cứu (Phụ lục II). Cỡ mẫu cho địa điểm thành phố Thái Nguyên là 332 đối tượng nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu áp dụng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát. Quá trình chọn mẫu bắt đầu bằng các “hạt giống” đáp ứng tiêu chí là những người có đặc điểm khác biệt nhau, ở nhiều địa điểm khác nhau và biết rõ mạng lưới quần thể nghiên cứu. Các “hạt giống” này được tuyển chọn thông qua sự giới thiệu của cơ quan công an. Sau khi qua bước sàng lọc đủ tiêu chuẩn nghiên cứu các đối tượng này được mời tham gia nghiên cứu, ký bản thoả thuận tham gia nghiên cứu, tham gia phỏng vấn theo bộ câu hỏi nghiên cứu, nhận tiền bồi dưỡng phỏng vấn và nhận 3 phiếu (coupon) để mời 3 người tiếp theo đáp ứng với các tiêu chí của nghiên cứu. Với mỗi đối tượng được mời tham gia nghiên cứu “hạt giống” sẽ được nhận tiền bồi dưỡng mời đối tượng tham gia nghiên cứu theo quy định. Tổng cộng có 318 đối tượng tại thành phố Thái Nguyên tham gia nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, điều trị methadone, đã từng điều trị ARV.

Hành vi tiêm chích ma túy: Loại ma túy, các loại ma túy sử dụng (từ trước đến nay/trong 1 tháng qua), thời gian sử dụng ma túy, số lần TCMT trong 30 ngày gần nhất, tần suất sử dụng bơm kim tiêm chung (từ trước đến nay/trong vòng 6 tháng qua/trong vòng 30 ngày qua), sử dụng bơm kim tiêm chung với đối tượng, sử dụng bơm kim tiêm sạch trong lần tiêm chích gần đây nhất.

Yếu tố liên quan đến hành vi dùng chung bơm kim tiêm: Nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân,

trình độ học vấn, đặc điểm dịch vụ can thiệp giảm hại.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các đối tượng được thu nhận vào nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bởi các cán bộ CDC Thái Nguyên đã được tập huấn dựa trên bộ câu hỏi thiết kế sẵn với các biến số đã được xác định.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu bằng phần mềm Epi data 3.1 và sử dụng phần mềm STATA 14.0 để phân tích số liệu.

Các thuật toán thống kê mô tả cho các biến ở phần đặc điểm chung của đối tượng, các hành vi tiêm chích ma túy: Tính tần suất, tỷ lệ cho các biến định tính; và tính trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng.

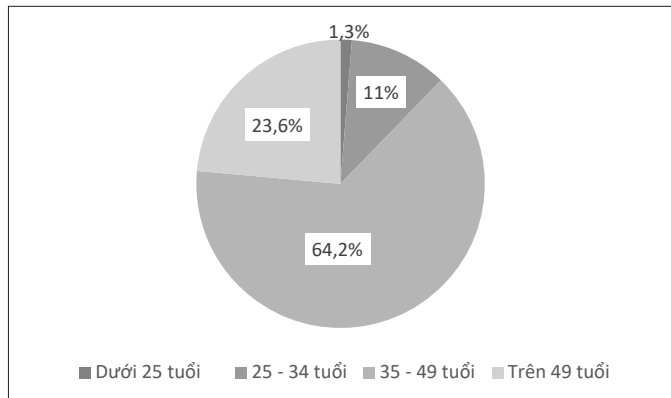
Mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến được áp dụng nhằm kiểm định mối liên quan giữa hành vi sử dụng chung bơm kim tiêm và các yếu tố liên quan như đặc điểm chung của đối tượng, đặc điểm sử dụng chương trình giảm hại, đặc điểm tình trạng xét nghiệm HIV.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt, đáp ứng các yêu cầu đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo chứng nhận số 13/HMUIRB ngày 19/04/2019.

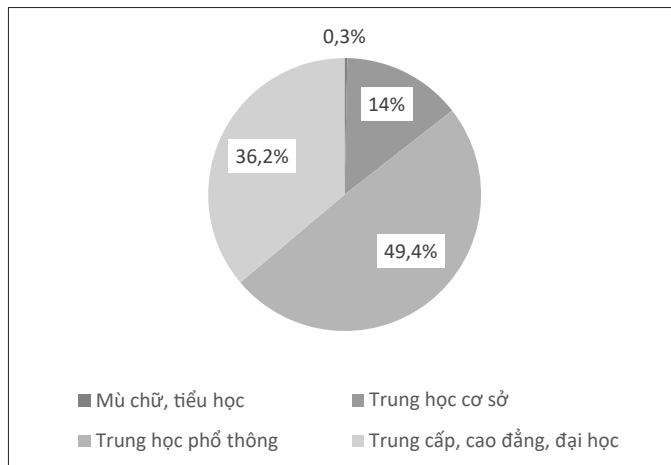
III KẾT QUẢ

Trong tổng số 318 đối tượng tiêm chích tham gia nghiên cứu có 317 đối tượng là nam giới (chiếm 99,7%) và chỉ có 1 đối tượng là nữ giới (chiếm 0,3%). Hầu hết đối tượng đang có vợ/chồng (60,4%), đối tượng chưa lập gia đình cũng chiếm tỷ lệ đáng kể (22%), đối tượng đã ly dị, ly thân và góa vợ/chồng có tỷ lệ lần lượt là 13,5%, 3,1% và 0,9%. Không có đối tượng nào đang sống chung mà không kết hôn.



Hình 1. Phân bố độ tuổi của nhóm tiêm chích ma túy (n = 318)

Nhóm tuổi 35 - 49 chiếm tỷ lệ lớn nhất và 25 - 34 (11%), nhóm tuổi dưới 25 tuổi chỉ (64,2%), tiếp theo là nhóm tuổi trên 49 (23,6%) chiếm 1,3%.



Hình 2. Đặc điểm trình độ học vấn của nhóm tiêm chích ma túy (n = 318)

Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông đại học (36,2%), trung học cơ sở (14,0%), và thông (49,4%), tiếp đến là trung cấp, cao đẳng, chiếm tỷ lệ thấp nhất là mù chữ, tiểu học (0,3%).

Bảng 2. Tình trạng sử dụng ma túy của nhóm tiêm chích ma túy tại Thái Nguyên (n = 318)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Các loại ma túy sử dụng từ trước đến nay		
Thuốc phiện	145	45,6
Heroin	306	96,2
Cần sa, tài mà, bồ đề, cỏ	3	0,9
Hàng đá, cục, hồng phiến	60	18,9
Kê tamin	29	9,1
Các loại ma túy sử dụng trong 1 tháng qua		
Thuốc phiện	17	5,4
Heroin	299	94,3
Hàng đá, cục, hồng phiến	16	5,0
Kê tamin	5	1,6
Thời gian sử dụng ma túy		
< 1 năm	1	0,3
1 - < 3 năm	2	0,6
3 - < 5 năm	5	1,6
5 năm trở lên	310	97,5
Số lần tiêm chích ma túy trong 30 ngày gần đây		
Trung vị (q1 - q3)	4 (2 - 12,8)	
Min - max	0 - 80	

Loại ma túy được người TCMT sử dụng nhiều nhất là heroin (96,2%). Trong vòng một tháng qua loại ma túy được sử dụng nhiều nhất là heroin (94,3%), các loại ma túy khác ít được sử dụng thuốc phiện (5,4%); hàng đá, cục, hồng phiến (5,0%); và kê-tamin (1,6%).

310 đối tượng TCMT (97,5%) có thời gian sử dụng ma túy của các đối tượng chủ yếu là trên 5 năm. Số lần TCMT trong 30 ngày gần đây của nhóm TCMT có trung vị (khoảng tứ phân vị) là 4 (2 – 12,8), thấp nhất là 0 lần và nhiều nhất là 80 lần.

Bảng 3. Tần suất sử dụng bơm kim tiêm chung của nhóm tiêm chích ma túy tại Thái Nguyên (n = 318)

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng bơm kim tiêm chung từ trước đến nay		
Đã từng sử dụng chung bơm kim tiêm	138	43,4
Không bao giờ	180	56,6
Sử dụng bơm kim tiêm chung trong vòng 6 tháng qua		
Tất cả các lần	0	0
Đa số các lần	3	0,9
Thỉnh thoảng	46	14,5
Không bao giờ	89	28,0
Sử dụng bơm kim tiêm chung trong vòng 30 ngày qua		
Tất cả các lần	0	0
Đa số các lần	3	0,9
Thỉnh thoảng	11	3,5
Không bao giờ	34	10,7

Từ trước đến nay, nhóm TCMT có tỷ lệ người sử dụng BKT chung chiếm 43,4%. Trong đó chủ yếu là thỉnh thoảng sử dụng BKT chung (40,9%), chỉ có 2,2% người sử dụng BKT chung ở đa số các lần và 0,3% đối tượng sử dụng BKT chung ở tất cả các lần. Trong vòng 6 tháng qua, nhóm TCMT có tỷ lệ người sử dụng BKT chung chiếm 15,4%, sử dụng BKT chung ở tất cả các lần và đa số các lần chiếm tỷ lệ lần lượt là 14,5% và 0,9%. Trong vòng 6 tháng qua, không có người TCMT sử dụng BKT chung ở

tất cả các lần. Trong vòng 30 ngày qua, sử dụng BKT chung ở nhóm TCMT chiếm 4,4%, trong đó có 3,5% tỷ lệ người TCMT thỉnh thoảng sử dụng, và 0,9% tỷ lệ người TCMT sử dụng BKT chung ở đa số các lần.

Đối tượng TCMT chủ yếu sử dụng chung BKT với bạn chích (97,8%), chỉ có 1,5% đối tượng sử dụng chung BKT với bạn tình. Không có đối tượng nào sử dụng BKT với phụ nữ/nam bán dâm.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến hành vi dùng chung bơm kim tiêm từ trước (n = 307)

Đặc điểm	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến (n = 307) (PseudoR ² = 26,8, p < 0,0001)	
	OR	KTC95%	AOR	KTC95%
Đặc điểm nhân khẩu học				
Tình trạng hôn nhân				
Đang có vợ/chồng	1		1	
Đã ly dị	1,44	0,74 - 2,79	1,53**	0,74 - 3,17
Đã ly thân	12,33	1,53 - 99,29	16,06**	1,83 - 140,8
Đặc điểm sử dụng dịch vụ can thiệp giảm tác hại				
Có xét nghiệm HIV				
Trong vòng 6 tháng	1		1	
Từ trên 6 đến 12 tháng qua	1,925	0,94 - 3,94	1,71	0,76 - 3,84
Trên 12 tháng qua	2,193	1,30 - 3,72	1,87*	1,03 - 3,39
Chưa bao giờ	2,045	0,96 - 4,37	3,27**	1,46 - 7,33
Điều trị ARV				
Không	1		1	
Có	6,96	3,51 - 13,80	8,35***	4,03 - 17,29
Nhận được bơm kim tiêm sạch				
Chưa bao giờ	1		1	
Đã từng nhận	2,168	1,20 - 3,94	2,55**	1,32 - 4,93

***p < 0,0001, **p < 0,01, *p < 0,05

Mô hình hồi quy đa biến có kiểm soát các biến tuổi, trình độ học vấn, biết kết quả xét nghiệm HIV hay không, có đang tham gia điều trị Methadone hay không

Kết quả phân tích đa biến cho thấy các biến số có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi dùng chung BKT từ trước đến nay bao gồm: Tình trạng hôn nhân, xét nghiệm HIV, điều trị ARV, nhận được BKT sạch. Những người TCMT đã ly thân có nguy cơ dùng chung BKT cao hơn 16,06 lần so với người

TCMT đang có vợ/chồng (OR = 16,06; KTC 95%: 1,83 - 140,8). Người TCMT có xét nghiệm HIV trên 12 tháng qua và chưa bao giờ xét nghiệm HIV có nguy cơ dùng chung BKT cao hơn người TCMT xét nghiệm HIV trong vòng 6 tháng qua (OR lần lượt là 1,87 và 3,27, KTC95% lần lượt là 1,03 - 3,39 và 1,46

- 7,33). Nhóm TCMT có điều trị ARV có nguy cơ dùng chung BKT cao gấp 8,35 lần nhóm không điều trị ARV (KTC 95%: 4,03 - 17,29), Nhóm TCMT đã từng nhận BKT sạch có nguy cơ dùng chung BKT cao hơn 2,55 lần so với nhóm TCMT chưa bao giờ nhận được BKT sạch (KTC 95%: 1,32 - 3,94).

IV. BÀN LUẬN

Giảm tần suất tiêm có liên quan đến việc giảm 36% nhiễm khuẩn sau 3 tháng và giảm 26% sau 6 tháng, mà nhiễm khuẩn là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong cho những người TCMT [6]. Tần suất TCMT trong vòng 30 ngày qua trên nhóm TCMT ở thành phố Thái Nguyên có trung vị (khoảng tứ phân vị) là 4 (2 – 12,8), là khá thấp so với các tỉnh thành khác trên cả nước năm 2017 (trung bình là 34,2 lần) [7]. Điều này cho thấy mặc dù Thái Nguyên là tỉnh tỷ lệ số người TCMT cao trên cả nước, tuy nhiên tần suất TCMT thấp có thể giảm tình trạng nhiễm khuẩn và tử vong cho người TCMT so với các tỉnh thành khác.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ dùng chung BKT trên nhóm TCMT ở thành phố Thái Nguyên giảm xuống đáng kể, tỷ lệ dùng chung BKT từ trước đến nay là 43,4%, tỷ lệ này trong vòng 6 tháng gần đây và 30 ngày gần đây giảm xuống còn lần lượt là 15,4% và 4,4%. Tỷ lệ dùng chung BKT trong vòng 30 ngày qua thấp hơn so với năm 2017 ở 20 tỉnh thành (5,6%) [7] và chủ yếu là thỉnh thoảng dùng chung chứ không phải đa số hay tất cả các lần.

Nhóm TCMT ở TP Thái Nguyên năm 2019 chủ yếu ở độ tuổi 35 - 49 tuổi (64,2%), tỷ lệ cao hơn nhiều so với tỷ lệ người ở độ tuổi 35 - 49 của nhóm TCMT ở 20 tỉnh thành năm 2017 (41,6%) [7]. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu của nhóm TCMT ở TP Thái Nguyên hơn ba phần tư số người tham gia có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên, kết quả này không tương đồng với kết quả giám sát trọng điểm 20 tỉnh thành (< 50%) cũng như các nghiên cứu ở Hải Phòng, Hà Nội và các tỉnh miền núi phía Bắc (43,8%) [7].

Các chương trình can thiệp cho các bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS không chỉ cần tập trung vào việc nâng cao tỷ lệ người bệnh tham gia điều trị ARV, nâng cao tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị mà cần phối hợp các chương trình giáo dục và tư vấn [8], phát hiện và điều trị trầm cảm. Đây đang là một trong các chiến lược thành công để giảm thiểu nguy cơ mắc và lây nhiễm HIV/AIDS một cách hiệu quả [9]. Trong số những người TCMT ở thành phố Thái Nguyên, tỷ lệ đối tượng chưa bao giờ được làm xét nghiệm HIV là 10,4%, tỷ lệ này là thấp hơn so với tỷ lệ chung của 20 tỉnh thành trên cả nước năm 2017 [7]. Mặc dù vậy, để đạt tỷ lệ xét nghiệm HIV cao hơn và từ đó thực hiện các chương trình can thiệp tốt hơn, cần đề xuất tăng cường chương trình tư vấn xét nghiệm HIV.

Người TCMT đã ly thân có nguy cơ dùng chung BKT cao hơn 16,06 lần so với người TCMT đang có vợ/chồng. Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh sự hỗ trợ của gia đình là một yếu tố tác động tích cực đến các hành vi và điều trị HIV trong nhóm TCMT và thiếu sự hỗ trợ của gia đình khiến việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các đối tượng này gặp khó khăn.

Nhóm TCMT đã từng nhận BKT sạch có nguy cơ dùng chung BKT cao hơn 2,55 lần so với nhóm TCMT chưa bao giờ nhận được BKT sạch. Các tài liệu về các can thiệp giáo dục sức khỏe cho người TCMT đã mang lại kết quả hỗn hợp, với một số nghiên cứu cho thấy giảm hành vi nguy cơ [10], nhưng những nghiên cứu khác cho thấy ít hiệu quả [11]. Tương tự như các nghiên cứu khác tại Thành phố Hồ Chí Minh [12] và Estonia [13], những người tham gia nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh mức độ hiểu biết cao về nguy cơ lây truyền HIV cụ thể của việc dùng chung kim tiêm (98,7%) và quan hệ tình dục không được bảo vệ (96%) trong khi báo cáo tỷ lệ dùng chung kim tiêm và quan hệ tình dục không được bảo vệ tương đối cao.

Nghiên cứu còn một số hạn chế, đó là đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang nên mối liên quan giữa một số yếu tố với hành vi sử dụng chung

BKT chỉ là giả thuyết; nghiên cứu được thực hiện tại 1 thành phố không mang tính đại diện cho cả vùng hoặc toàn quốc. Do đó cần các nghiên cứu sâu hơn và triển khai tại nhiều tỉnh thành khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm trong vòng 30 ngày qua ở nhóm tiêm chích ma túy ở Thành phố Thái Nguyên là 4,4%, trong vòng 6 tháng qua là 15,4% và từ trước đến nay là 43,4%. Kết quả phân tích đa biến cho thấy các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với hành vi dùng chung bơm kim tiêm từ trước đến nay: Tình trạng hôn nhân (những người đã ly dị hoặc ly thân có nguy cơ dùng chung bơm kim tiêm cao hơn những người đang có vợ/chồng), xét nghiệm HIV (những người xét nghiệm HIV trên 12 tháng và những người chưa từng xét nghiệm có nguy cơ dùng chung bơm kim tiêm cao hơn), điều trị ARV (những người đang điều trị ARV có nguy cơ dùng chung bơm kim tiêm cao hơn), nhận được bơm kim tiêm sạch (những người đã từng nhận bơm kim tiêm sạch có nguy cơ dùng chung bơm kim tiêm cao hơn). Do đó cần tăng cường cung cấp và tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho các nhóm tiêm chích ma túy nói riêng và các đối tượng nguy cơ cao nói chung.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên, Cục Phòng chống HIV/AIDS, Viện Đào tạo YTCC và YHDP, Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 – Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, et al. Global prevalence of injecting drug use and

- sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017; 5 (12): e1192 – e1207.
2. AIDSinfo. UNAIDS. Accessed 10/25/2022. <https://aidsinfo.unaids.org/>.
3. Bộ Y tế. Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020. Số 124/BC-BYT ngày 4/2/2021.
4. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Báo cáo kết quả triển khai giám sát trọng điểm HIV và giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2021. Số 1444/VSDTTU-HIV, ngày 22/6/2022.
5. UNODC-WHO. Principles of Drug Dependence Treatment.pdf. Accessed 10/25/2022. <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>.
6. Islam S, Piggott DA, Moriggia A, et al. Reducing injection intensity is associated with decreased risk for invasive bacterial infection among high-frequency injection drug users. *Harm Reduct J*. 2019; 16 (1): 38.
7. Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control. Results from HIV Sentinal Surveillance plus Behavioural Component (HSS+). 2017.
8. George G, Beckett S, Cawood C, et al. Impact of HIV testing and treatment services on risky sexual behaviour in the uMgungundlovu District, KwaZulu-Natal, South Africa: a cross - sectional study. *AIDS Res Ther*. 2019; 16: 20.
9. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000; 133 (1): 21 – 30.
10. Martin GS, Serpelloni G, Galvan U, et al. Behavioural change in injecting drug users: evaluation of an HIV/AIDS education programme. *AIDS Care*. 1990; 2 (3): 275 – 279.
11. Calsyn DA, Saxon AJ, Freeman G, et al. Ineffectiveness of AIDS education and HIV antibody testing in reducing high-risk behaviors among injection drug users. *Am J Public Health*. 1992; 82 (4): 573 – 575.
12. Hien NT, Giang LT, Binh PN, et al. Risk factors of HIV infection and needle sharing among injecting drug users in Ho Chi Minh City, Vietnam. *J Subst Abuse*. 2001; 13 (1 – 2): 45 – 58.
13. Wilson TE, Sharma A, Zilmer K, et al. The HIV prevention needs of injection drug users in Estonia. *Int J STD AIDS*. 2007; 18 (6): 389 – 391.

CHARACTERISTICS OF INJECTED DRUG USERS AND SOME FACTORS RELATED TO THE BEHAVIOR OF SHARING NEEDLES AND SYRINGES IN THAI NGUYEN IN 2019

Hoang Thi Hai Van¹, Tran Ngoc Anh¹, Pham Phuong Mai¹, Dinh Linh Trang¹,
Dang Thi Lo², Phan Thi Thu Huong², Le Minh Giang¹, Bui Hoang Duc²

¹*Institute for preventive medicine and public health, Hanoi Medical University*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

People who inject drugs are a population at high risk of HIV infection, especially those who share needles. This study was conducted to describe the characteristics of injecting drug users and some factors related to needle sharing in Thai Nguyen in 2019. A cross-sectional, retrospective descriptive study using available data on 318 TCMT in Thai Nguyen city, Thai Nguyen province from April 2019 to June 2020. Research results show that the percentage of participants is mainly male (99.7%), mainly in the age group of 35 - 49 years old, most of the subjects had a cultural level from junior high school or higher. The

most commonly used drug is heroin (96.2%), 310 TCMT have used drugs for more than 3 years. The percentage of injecting drug users who have ever shared needles in Thai Nguyen is quite high (43.4%). Factors such as marital status, HIV testing, antiretroviral therapy, and receipt of clean condoms are related to the behavior of sharing condoms. Therefore, it is necessary to strengthen the provision and access to health care services for TCMT in particular and high-risk groups in general.

Keywords: Sharing needles and syringes; people who inject drugs; Thai Nguyen

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ, TRUNG TÂM BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2019 - 2020

Đặng Đức Ngọc¹, Chu Thị Tuyết¹, Phan Thị Thu Hương³, Lê Minh Giang²,
Lê Thị Hương², Hoàng Thị Hải Vân^{2*}

¹*Trung tâm Dinh dưỡng lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội*

²*Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú thuộc Trung tâm bệnh nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai năm 2019 - 2020 bằng phương pháp điều tra mô tả cắt ngang. Đối tượng bao gồm 395 nam giới và phụ nữ không mang thai/ không cho con bú, nhiễm HIV, từ 18 tuổi trở lên đang quản lý tại phòng khám ngoại trú. Kết quả cho thấy, theo phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI) có 20,3% người bệnh bị suy dinh dưỡng, trong đó suy dinh dưỡng nặng (BMI < 16) chiếm 0,5%; phân loại theo SGA (phương pháp đánh giá phân loại dinh dưỡng chủ quan): Có 38% người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng, trong đó nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng (SGA C) là 5,3%; phân loại theo albumin và prealbumin huyết thanh cho tỷ lệ suy dinh dưỡng lần lượt là 1,3% và 8,1%. Kết quả nghiên cứu cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh HIV/AIDS chiếm tỷ lệ khá cao. Do đó, cần lồng ghép đánh giá, tư vấn và hỗ trợ dinh dưỡng vào các hoạt động chăm sóc và điều trị thường xuyên tại các phòng khám ngoại trú để hỗ trợ bệnh nhân HIV có chế độ dinh dưỡng hợp lý, góp phần tăng cường hiệu quả điều trị HIV/AIDS.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng; ngoại trú; HIV/AIDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đại dịch HIV/AIDS không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của từng cá nhân mà còn ảnh hưởng đến kinh tế, văn hóa, xã hội, nòi giống của mỗi quốc gia. Bất chấp những nỗ lực của toàn thế giới, dịch HIV/AIDS vẫn không ngừng gia tăng. Theo ước tính tổng số người sống với HIV trên toàn cầu năm 2021 khoảng 38,4 triệu người [1], trong đó khoảng 800 ngàn người thiếu dinh dưỡng trường diễn [2].

Theo báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018 của Bộ Y tế, Việt Nam có khoảng 208.371 người nhiễm HIV và tổng số người từ

vong do HIV từ đầu dịch đến nay được báo cáo là 91.840 trường hợp [3].

Nhiễm HIV là nguyên nhân làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng vì nó làm tăng nhu cầu năng lượng của cơ thể, trong khi đó thì các triệu chứng có liên quan đến HIV và điều trị thuốc kháng vi rút (ART) cũng góp phần làm giảm sự thèm ăn cũng như làm giảm khả năng hấp thu và sử dụng các chất dinh dưỡng của cơ thể. Suy dinh dưỡng kết hợp với hệ thống miễn dịch suy yếu làm cho người nhiễm HIV dễ mắc các nhiễm trùng cơ hội, đáp ứng kém với điều trị. Do đó một chế độ dinh dưỡng cân bằng, đầy đủ hoặc điều trị suy dinh dưỡng với các liệu pháp dinh dưỡng phù hợp là yếu

*Tác giả: Hoàng Thị Hải Vân

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0942 248 959

Email: hoangthihaivan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/10/2022

Ngày phản biện: 11/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

tổ quan trọng góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và cuối cùng kéo dài thời gian chuyển từ giai đoạn nhiễm HIV sang AIDS [4]. Kết quả một nghiên cứu tại các phòng khám vào năm 2011 cho thấy 26,8% bệnh nhân HIV/AIDS suy dinh dưỡng, 3,8% thừa cân béo phì và tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nghiên cứu này là cao hơn so với tỷ lệ ở người trưởng thành Việt Nam không nhiễm HIV [5].

Tại Việt Nam, các chương trình hỗ trợ dinh dưỡng cho người nhiễm HIV vẫn còn hạn chế và thường không được cung cấp cho bệnh nhân tại phòng khám ngoại trú (PKNT) [4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả tình trạng dinh dưỡng của người bệnh HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú thuộc Trung tâm bệnh nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai năm 2019 - 2020.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nhiễm HIV từ 18 tuổi trở lên (nếu là phụ nữ: Không có thai, không cho con bú).

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng khám ngoại trú thuộc Trung tâm bệnh nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 7/2019 đến 30/5/2020.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được chọn theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu; α : Sai lầm loại I = 1,96 với mức tin cậy 95%; p: tỷ lệ CED (Chronic energy deficiency): Thiếu năng lượng trường diễn từ nghiên cứu trước, p = 0,223 [6]. Sau khi tính, cỡ mẫu: n = 266, thực tế đã điều tra được 395 người bệnh.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.6 Biến số nghiên cứu

Thông tin chung bao gồm: Tuổi (tính theo năm dương lịch); giới; trình độ học vấn; nghề nghiệp.

Tình trạng dinh dưỡng: Theo BMI, theo SGA, theo chỉ số cận lâm sàng (albumin và prealbumin).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đối tượng nghiên cứu được cân (sử dụng cân TANITA có độ chính xác 100g), cân vào buổi sáng, đo chiều cao đứng bằng thước gỗ ba mảnh có độ chính xác 0,1cm. Đánh giá SGA dựa vào bảng hỏi SGA; Prealbumin và albumin được xác định thông qua xét nghiệm máu; các thông tin nhân khẩu học thu thập qua phỏng vấn trực tiếp người bệnh.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:

Hiện nay, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến dùng BMI để đánh giá phân loại TTDD. BMI được nhận định theo phân loại WHO khu vực Tây Thái Bình Dương (2000) khuyến nghị cho người trưởng thành Châu Á như sau [7].

BMI ≥ 25 : Thừa cân/béo phì;

18,5 - 24,99: Bình thường;

Để đánh giá tình trạng SDD hay thiếu năng lượng trường diễn (Chronic Energy Deficiency – CED), dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI như sau:

CED độ 1: 17 – 18,49 (gầy nhẹ);

CED độ 2: 16 – 16,99 (gầy vừa);

CED độ 3: < 16,0 (quá gầy).

Phân loại nguy cơ suy dinh dưỡng theo chỉ số đánh giá tổng thể chủ quan (SGA):

SGA A: Không có nguy cơ SDD;
 SGA B: Nguy cơ SDD mức độ vừa;
 SGA C: Nguy cơ SDD mức độ nặng.

Ngưỡng đánh giá một số chỉ số cận lâm sàng:

Albumin huyết thanh: Bình thường khi albumin huyết thanh của người lớn từ 35 - 48g/l. Lượng albumin < 35g/l được coi là SDD [8], trong đó:

SDD nhẹ: 28 - < 35g/l;

SDD vừa: 21 - 27g/dl;

SDD nặng: < 21g/dl.

Prealbumin huyết thanh: Bình thường khi prealbumin huyết thanh của người lớn từ 0,2 - 0,4g/l. Prealbumin < 0,2g/l được coi là SDD.

Các số liệu phỏng vấn và cân đo nhân trắc sẽ làm sạch sau đó sẽ được xử lý thô và mã hóa nhập liệu 2 lần bằng Epidata 3.1 để kiểm tra

xác suất lỗi do nhập liệu. Sử dụng phần mềm STATA 14.0 để phân tích số liệu.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Viện Đào tạo YHDP&YTCC.

Dữ liệu được thu thập và sử dụng với sự đồng ý của Trung tâm nhiệt đới Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu và ký thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

Tên thật và các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn không được sử dụng trong các công bố của nghiên cứu. Các thông tin thu thập được hoàn toàn phục vụ cho mục đích của đề tài.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n = 395)

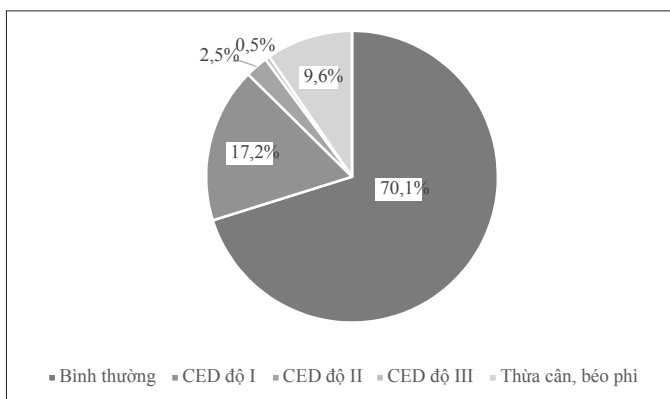
	Thông tin chung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18 - 30 tuổi	27	6,8
	31 - 40 tuổi	168	42,5
	41 - 50 tuổi	168	42,5
	51 - 60 tuổi	32	8,1
Giới	Nam	241	61,0
	Nữ	154	39,0
Trình độ học vấn	Dưới trung học phổ thông	136	34,4
	Trên trung học phổ thông	259	65,6
Nghề nghiệp	Làm ruộng	45	11,4
	Cán bộ viên chức	67	17,0
	Công nhân	105	26,6
	Buôn bán	82	20,8
	Tự do	54	13,7
	Khác	42	10,6

Người bệnh tham gia nghiên cứu tập trung chủ yếu ở hai nhóm tuổi là 31 - 40 tuổi và nhóm 41 - 50 tuổi đều chiếm 42,5%, theo sau là hai

nhóm 51 - 60 tuổi và 18 - 30 tuổi lần lượt chiếm tỷ lệ 8,1% và 6,8%. Theo giới, nam chiếm 61%, còn lại là nữ chiếm 39%. Người bệnh có trình

độ học vấn trên trung học phổ thông chiếm chủ yếu với tỷ lệ 65,6%, trình độ dưới trung học phổ thông chiếm 34,4%. Nghề nghiệp chiếm tỷ lệ

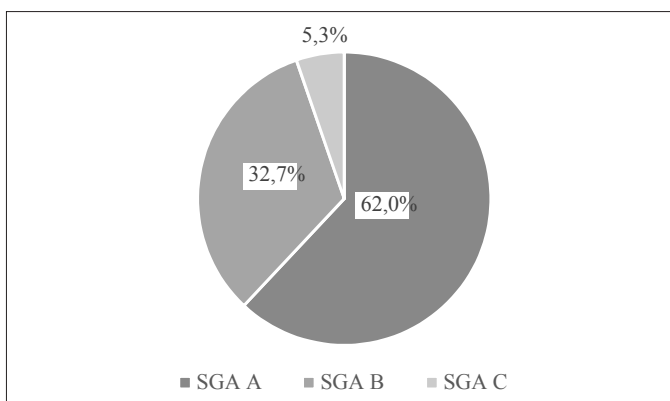
cao nhất là công nhân 26,6%, trí thức cán bộ viên chức chiếm 17,0%, nghề chiếm tỷ lệ thấp như làm ruộng 11,4% và nghề khác chiếm 10,6%.



Hình 1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI (n = 395)

Theo phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI: Người bệnh bị suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ 20,3%, trong đó CED độ 1 chiếm 17,2%,

độ 2 là 2,5% và độ 3 chiếm 0,5%. Tỷ lệ người bệnh không suy dinh dưỡng là 70,1%. Tỷ lệ người bệnh thừa cân béo phì là 9,6%.



Hình 2. Tình trạng dinh dưỡng theo phân loại SGA (n = 395)

Theo phân loại nguy cơ suy dinh dưỡng SGA, 62,0% người bệnh có tình trạng dinh dưỡng tốt (SGA A) và 32,7% người bệnh có

nguy cơ suy dinh dưỡng vừa (SGA B), nguy cơ suy dinh dưỡng nặng (SGA C) chiếm tỷ lệ 5,3%.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng theo phân loại BMI và SGA của các nhóm tuổi, giới tính (n = 395)

Đặc điểm		Phân loại SDD theo BMI				Phân loại SDD theo SGA			
		SDD		Không SDD		Có nguy cơ SDD		Không nguy cơ SDD	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm tuổi	18 - 30 tuổi	5	6,25	22	6,98	10	6,67	17	6,94
	31 - 40 tuổi	35	43,75	133	42,22	64	42,67	104	42,45
	41 - 50 tuổi	34	42,5	134	42,54	67	44,67	101	41,22
	51 - 60 tuổi	6	7,5	26	8,25	9	6,0	23	9,39
		p > 0,05*				p > 0,05*			
Giới	Nam	49	20,3	192	79,7	78	32,4	163	67,6
	Nữ	31	20,1	123	79,9	72	46,7	82	53,3
		p > 0,05*				p < 0,05*			
Tổng (n = 395)		80	20,3	315	79,7	150	38,0	245	62

*Test χ^2 ; SDD: Suy dinh dưỡng

Theo phân loại BMI, suy dinh dưỡng ở nhóm bệnh nhân 31 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,75%), đứng thứ 2 là nhóm 41 - 50 tuổi (42,5%), tỷ lệ SDD thấp nhất nhóm 18 - 30 tuổi (6,25%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo giới tính tỷ lệ suy dinh dưỡng của nam giới cao hơn nữ giới lần lượt là 20,3% và 20,1%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Theo SGA, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng ở nhóm 41 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 44,67%, đứng thứ 2 là nhóm 31 - 40 tuổi chiếm 42,67%, thấp nhất là nhóm 51 - 60 tuổi chiếm 6,0%. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng ở nữ giới là 46,7% cao hơn nam giới là 32,4%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh theo albumin và prealbumin theo nhóm tuổi và giới (n = 395)

Tình trạng dinh dưỡng		SDD (Albumin < 35)		Không SDD (Albumin $\geq$ 35)		SDD (Prealbumin < 0,2)		Không SDD (Prealbumin $\geq$ 0,2)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm tuổi	18 - 30 tuổi	0	0,0	27	6,92	3	9,38	24	6,61
	31 - 40 tuổi	1	20,0	167	42,82	11	34,38	157	43,25
	41 - 50 tuổi	4	80,0	164	42,05	18	56,24	150	41,32
	51 - 60 tuổi	0	0,0	32	8,2	0	0,0	32	8,82
		p > 0,05*				p > 0,05*			
Giới	Nam	2	0,8	239	99,2	10	4,2	231	95,8
	Nữ	3	1,9	151	98,1	22	14,3	132	85,7
		p > 0,05*				p < 0,05**			
Tổng (n = 395)		5	1,3	390	98,7	32	8,1	363	91,9

*Test Fisher's exact; **Test χ^2 ; SDD: Suy dinh dưỡng; TTDD: Tình trạng dinh dưỡng

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo albumin huyết thanh: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nhóm người bệnh 41 - 50 tuổi (80,0%) chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất là hai nhóm 18 - 30 tuổi và 51 - 60 tuổi (0,0%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ là 1,9% cao hơn ở nam (0,8%), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo prealbumin huyết thanh: Theo nhóm tuổi: Tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất ở nhóm người bệnh 41 - 50 tuổi (56,24%), nhóm tuổi 31 - 40 đứng thứ hai với tỷ lệ 34,38%, thấp nhất nhóm 51 - 60 tuổi (0,0%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo giới tính: Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở nữ giới (14,3%), cao hơn nam giới (4,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI chiếm 20,3%, trong đó suy dinh dưỡng nặng là 0,5%, kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Huỳnh Nam Phương năm 2011 (26,8%) [5]. Điều này có thể do đa số các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở Hà Nội và khu vực xung quanh nên được được quản lý và theo dõi chặt tình trạng sức khỏe, người bệnh tuân thủ điều trị tốt. So với tác giả khác cũng cho kết quả tương tự: Trần Xuân Bách năm 2013 trên người bệnh nhiễm HIV tại Hà Nội và Nam Định, tỷ lệ SDD chiếm 22,3% [6].

So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu của Nnyepi và cộng sự tại Botswana được tiến hành năm 2008 với $n = 145$ cho thấy: Tỷ lệ SDD là 28,5%, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (20,3%). Nguyên nhân có thể do đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân nội trú trong bệnh viện, có tình trạng nhiễm khuẩn hoặc bệnh kèm theo làm gia tăng tỷ lệ SDD [9]. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Elizabeth Nafula Kuria và cộng sự tiến hành tại Kenya năm 2008 cho kết quả tỷ lệ BMI $< 18,5$ chiếm 23,6% [10], hay nghiên

cứu của tác giả Wen Hu và cộng sự tại Trung Quốc (2011), trên 94 người bệnh HIV cho kết quả, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI là 37,2% [11], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi là 20,3%.

Phân loại TTDD theo SGA, tỷ lệ người bệnh có nguy cơ SDD là 38%, trong đó nguy cơ SDD mức độ vừa (SGA B) là 32,7%, nguy cơ SDD mức độ nặng (SGA C) là 5,3%. So sánh với nghiên cứu của tác giả Wen Hu và cộng sự tại Trung Quốc, năm 2011, trên 94 người bệnh nhiễm HIV cho kết quả tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA là 55,3% [11], cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu khác của tác giả Theodore Niyongabo và cộng sự tiến hành trên 88 bệnh nhân HIV ngoại trú tại thành phố Paris nước Pháp năm 2011 cho kết quả tỷ lệ suy dinh dưỡng theo phương pháp SGA là 22,4% [12], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, đồng thời tác giả cũng đưa ra khuyến nghị SGA là phương pháp giúp nhanh chóng trong phát hiện tình trạng suy dinh dưỡng và chẩn đoán tình trạng dinh dưỡng bằng SGA có tương quan với các giai đoạn bệnh HIV theo phân loại CDC.

Phân loại TTDD theo một số chỉ số sinh hoá cho kết quả tỷ lệ SDD theo albumin là 1,3%, theo prealbumin là 8,1%, thấp hơn so với phân loại của BMI (20,3%) và thấp hơn so với đánh giá bằng công cụ SGA với tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD là 38%. Kết quả này cho thấy nếu chỉ dùng đơn thuần chỉ số albumin, prealbumin để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh HIV thì đã bỏ sót khá nhiều người bệnh có nguy cơ SDD. So sánh với một số nghiên cứu khác trên thế giới thì tỷ lệ suy dinh dưỡng theo albumin trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn như nghiên cứu của tác giả Wen Hu và cộng sự làm trên 94 người bệnh HIV tại Trung Quốc cho thấy tỷ lệ suy dinh dưỡng theo albumin là 52,1% [10], hay nghiên cứu của tác giả Habtamu Mulu và cộng sự (2016) trên 109 người bệnh HIV tại bệnh viện Jimma University Specialized cho kết quả tỷ lệ người bệnh có albumin huyết thanh $< 35\text{g/l}$ chiếm 77,1% [13]. Điều này có thể do các người bệnh HIV trong các nghiên cứu trên đều đang điều trị nội trú bệnh viện với tình trạng bệnh nặng

và có đợt cấp của bệnh lý nền kèm theo nên tình trạng dinh dưỡng kém hơn so với nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên đối tượng là người bệnh HIV ngoại trú, có tình trạng bệnh ổn định hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 395 người bệnh HIV cho thấy tình trạng suy dinh dưỡng hoặc có nguy cơ suy dinh dưỡng ở người bệnh HIV/AIDS chiếm tỷ lệ khá cao. Cụ thể những người bệnh thuộc nhóm tuổi 31 - 50 có nguy cơ thiếu năng lượng trường diễn hơn các nhóm tuổi khác. Tỷ lệ người bệnh nữ có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn nam giới. Do đó các hoạt động can thiệp và tư vấn cần chú trọng đến các đối tượng này.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn phòng khám ngoại trú, Trung tâm Bệnh nhiệt đới bệnh viện Bạch Mai và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Summary of the Global HIV epidemic, 2021. July 2022. Access 10 November 2022. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
2. FAO. The State of Food Insecurity in the World 2014. Rome. 2014.
3. Bộ Y tế. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018. 2017.
4. Daka DW, Ergiba MS. Prevalence of malnutrition and associated factors among adult patients on antiretroviral therapy follow-up care in Jimma

Medical Center, Southwest Ethiopia. Plos one. 2020; 15: e0229883.

5. Huỳnh Nam Phương, Phạm Thị Thúy Hòa, Nguyễn Thị Vân Anh, Hoàng Thị Hồng Nhung. Tình trạng dinh dưỡng của người trưởng thành nhiễm HIV/AIDS tại một số phòng khám ngoại trú ở Việt Nam năm 2011. Tạp chí Y học dự phòng. 2015; 25 (10 (170)): 353 - 365.
6. Trần Xuân Bách, Nguyễn Tất Cường, Đỗ Duy Cường, và cộng sự. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS điều trị ART tại Hà Nội và Nam Định năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26 (5 (178)): 35 - 42.
7. Choo V. WHO reassesses appropriate body-mass index for Asian populations. The Lancet. 2002; 360: 235.
8. Jensen GL. Malnutrition and Nutritional Assessment. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill Education, New York. 2018; 450 - 454.
9. Nnyepi MS. The risk of developing malnutrition in people living with HIV/AIDS: Observations from six support groups in Botswana. South African Journal of Clinical Nutrition. 2009; 22: 89 - 93.
10. Hu W, Jiang H, Chen W, et al. Malnutrition in hospitalized people living with HIV/AIDS: evidence from a cross-sectional study from Chengdu, China. Asia Pac J Clin Nutr. 2011; 20: 544 - 550.
11. Kuria EN. Food consumption and nutritional status of people living with HIV/AIDS (PLWHA): a case of Thika and Bungoma Districts, Kenya. Public Health Nutr. 2010; 13: 475 - 479.
12. Niyongabo T, Melchior JC, Henzel D, et al. Comparison of methods for assessing nutritional status in HIV-infected adults. Nutrition. 1999; 15: 740 - 743.
13. Mulu H, Hamza L, Alemseged F. Prevalence of Malnutrition and Associated Factors among Hospitalized Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome in Jimma University Specialized Hospital, Ethiopia. Ethiop J Health Sci. 2016; 26: 217 - 226.

NUTRITION SITUATION OF HIV/AIDS DISEASES AT OUT - PATIENTS CLINIC OF THE CENTER FOR TROPICAL DISEASES AT BACH MAI HOSPITAL IN 2019 - 2020

Dang Duc Ngoc¹, Chu Thi Tuyet¹, Phan Thi Thu Huong³, Le Minh Giang²,
Le Thi Huong², Hoang Thi Hai Van²

¹*Center for clinical nutrition, Bach Mai Hospital, Hanoi*

²*School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

The study was conducted to assess the nutritional status of HIV - infected patients at the outpatient clinic of the Tropical Diseases Center of Bach Mai hospital in 2019 - 2020 using a cross-sectional descriptive survey method. Subjects included 395 HIV-infected, non - pregnant/non - lactating, HIV-infected men and women aged 18 years and older who were managed in an outpatient clinic. The results showed that, according to body mass index (BMI) classification, 20.3% of patients were malnourished, of which severe malnutrition (BMI < 16) accounted for 0.5%; classified according to SGA (subjective nutritional classification method): 38% of patients are at

risk of malnutrition, of which the risk of severe malnutrition (SGA C) is 5.3%; classified by albumin and serum prealbumin for malnutrition rates of 1.3% and 8.1%, respectively. Research results show that malnutrition or risk of malnutrition in HIV/AIDS patients is quite high. Therefore, it is necessary to integrate nutritional assessment, counseling and support into regular care and treatment activities at outpatient clinics to support HIV patients with a reasonable diet, contributing to the growth of HIV/AIDS patients. enhance the effectiveness of HIV/AIDS treatment.

Keywords: Nutritional status; outpatient clinic; HIV/AIDS

TỶ LỆ HIỆN NHIỄM HIV, GIANG MAI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI TỈNH KHÁNH HÒA, NĂM 2020

Lâm Chi Cường^{1*}, Tôn Thất Toàn¹, Đoàn Thị Thanh Thủy², Nguyễn Thị Ngọc Loan¹, Đỗ Thái Hùng², Phan Thị Thu Hương³, Bùi Hoàng Đức³, Dương Thị Thanh Tịnh³, Khuru Văn Nghĩa⁴, Nguyễn Đình Lương²

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa*

²*Viện Pasteur Nha Trang, Khánh Hòa*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

⁴*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV, giang mai và mô tả một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lây nhiễm HIV nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại tỉnh Khánh Hòa năm 2020. Phương pháp nghiên cứu cắt ngang kết hợp mô tả ở 150 nam quan hệ tình dục đồng giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm là 12%, cao hơn so với một số tỉnh, thành có thực hiện giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2020. Tỷ lệ mắc giang mai ở nhóm MSM là 8% và đồng nhiễm là 2,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi 25 - 34 (OR = 6,4; 95% CI 1,0 – 41,9), học vấn từ Trung cấp trở lên (OR = 9,7; 95% CI 1,8 - 51,1) và giang mai (OR = 4,1; 95% CI 0,9 – 17,9) với nguy cơ lây nhiễm HIV. Cần tiếp tục có nghiên cứu sâu hơn ở nhóm MSM, tập trung ở độ tuổi trẻ, trung niên và nhóm MSM là sinh viên các trường Trung cấp, Cao đẳng, Đại học. Đồng thời tiếp tục duy trì và triển khai toàn diện các can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh.

Từ khóa: HIV; giang mai; nam quan hệ tình dục đồng giới; yếu tố liên quan; Khánh Hòa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2020, khoảng 300.000 người nhiễm HIV mới được phát hiện ở khu vực Đông Nam Á, trong đó chủ yếu là nam giới từ 25 – 49 tuổi (chiếm 44%). Đối tượng mới được phát hiện nhiễm HIV chủ yếu là nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) (chiếm 44%) và bạn tình của người nhiễm HIV (chiếm 21%). Ước tính, hơn 50% các ca nhiễm HIV mới trên toàn cầu thuộc nhóm người có nguy cơ cao như người sử dụng ma túy, quan hệ đồng giới, chuyển giới, người làm nghề mại dâm và tù nhân [1].

HIV/AIDS hiện là vấn đề sức khỏe công cộng quan trọng, là một trong những nguyên

nhân hàng đầu gây gánh nặng bệnh tật ở Việt Nam. Năm 2020 ước tính Việt Nam có khoảng 230.000 người nhiễm HIV, đứng thứ 4 so với các nước khu vực Đông Nam Á [2]. Dịch HIV/AIDS đang có xu hướng giảm nhưng hình thái lây nhiễm HIV có sự thay đổi, xuất hiện các nhóm quần thể có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV mới. Trong đó, nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) đang được cảnh báo là một trong những nhóm nguy cơ chính của dịch HIV tại nước ta hiện nay. Trong nhóm này, nguy cơ lây nhiễm HIV chủ yếu ở người trẻ tuổi có hành vi không an toàn như ít sử dụng bao cao su, sử dụng ma túy, quan hệ tình dục với nhiều người [2]. Ước tính số lượng MSM tại Việt Nam có khoảng 178.000 người, tỷ lệ

*Tác giả: Lâm Chi Cường

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa

Điện thoại: 0942 312 769

Email: cuonglam2769@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/10/2022

Ngày phản biện: 09/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

hiện nhiễm HIV tăng nhanh ở nhóm MSM từ 3,95% năm 2011 lên 5,1% năm 2015, 11,36% năm 2018 và 13,85% năm 2019. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM khác nhau ở các tỉnh, thành phố, nhưng thường tập trung ở các khu vực đô thị, các tỉnh, thành phố lớn hoặc các tỉnh du lịch như Cần Thơ (20,3%), Thành phố Hồ Chí Minh 13,8%, Bà Rịa - Vũng Tàu 16%, Khánh Hòa 14,7%, Hải Phòng 5,3% [3].

Tại Khánh Hòa, trường hợp nhiễm HIV đầu tiên được phát hiện vào tháng 4 năm 1993 tại Trung tâm phòng chống lạm dụng ma túy tỉnh, nay là cơ sở cai nghiện ma túy tỉnh Khánh Hòa [4]. Tính đến 31/12/2020, lũy tích số trường hợp nhiễm HIV được phát hiện là 2.489 trường hợp. Lũy tích số người nhiễm HIV/AIDS đã tử vong đến 31/12/2020 là 1.265; 1.224 trường hợp đang được quản lý tại các địa phương. Tỷ lệ người nhiễm HIV trong tỉnh chiếm 0,20% dân số. Giám sát trọng điểm (GSTĐ) HIV được triển khai tại Khánh Hòa từ năm 1994 đến nay. Kết quả GSTĐ HIV lồng ghép hành vi (HSS+) những năm gần đây cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM có xu hướng tăng mạnh từ 2,7% năm 2015 lên 14,7% năm 2018. Bên cạnh đó, các hành vi lây nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh có những thay đổi, đặc biệt là tình trạng sử dụng ma túy tổng hợp, lây truyền HIV qua đường tình dục và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM tăng nhanh. Tỷ lệ mắc giang mai ở nhóm MSM qua GSTĐ HIV/STIs năm 2018 trên địa bàn tỉnh cũng khá cao (7,3%) [5]. Trên địa bàn tỉnh thời gian gần đây chưa có nghiên cứu đề cập đến tình trạng nhiễm HIV, yếu tố liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV, các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở nhóm này.

Để có bức tranh tổng thể hơn về thực trạng nhiễm HIV, giang mai ở nhóm MSM từ đó định hướng những can thiệp giảm hại phù hợp trên địa bàn tỉnh, giảm thiểu sự lây nhiễm HIV trong cộng đồng, chúng tôi tiến hành đánh giá này với mục tiêu xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV, giang mai và mô tả một số yếu tố liên quan đến nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa năm 2020.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 16 tuổi trở lên, có quan hệ tình dục với bạn tình là nam giới, có ít nhất một lần quan hệ tình dục qua đường hậu môn với nam giới trong 12 tháng qua trước thời điểm thu thập mẫu, hiện đang sống tại tỉnh Khánh Hòa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nam giới dưới 16 tuổi và nam giới từ 16 tuổi trở lên không có quan hệ tình dục với bạn tình là nam giới, và không sinh sống tại tỉnh.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Nha Trang, thành phố Cam Ranh và thị xã Ninh Hòa, tỉnh Khánh Hòa từ tháng 2 – 10/2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang kết hợp phân tích phòng xét nghiệm.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Thực hiện theo Thông tư 09/2012/TT - BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế [6] và dựa vào tính khả thi và tình hình thực tế tại địa phương, tỉnh xây dựng kế hoạch thu thập mẫu năm 2020 là 150 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu trong giám sát trọng điểm (GSTĐ). Áp dụng “Quy trình chuẩn triển khai GSTĐ, GSTĐ HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành [7, 8]. Chọn thành phố Nha Trang, thành phố Cam Ranh, thị xã Ninh Hòa nơi có số nam có QHTD đồng giới nhiều nhất và tiến hành phân bổ cỡ mẫu quy định cho các huyện/thành phố theo tỷ lệ thuận số người QHTD đồng giới nam ước lượng tại mỗi huyện/thành phố. Tại mỗi huyện được lựa chọn, liệt kê các tụ điểm có MSM và ước lượng số MSM tại mỗi tụ điểm. Tính số tụ điểm cần thực hiện GSTĐ bằng cách chia số cỡ mẫu phân bổ cho trung bình số MSM tại mỗi tụ điểm. Chọn ngẫu nhiên số tụ điểm cần thực hiện giám sát trọng điểm. Tại tụ điểm

đầu tiên được lựa chọn, dựa vào nhóm cộng tác viên hoặc nhóm tuyên truyền đồng đẳng hoặc thông qua chủ các tụ điểm tiến hành mời tất cả MSM có mặt tại tụ điểm đủ điều kiện tham gia phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Tiếp tục thực hiện lần lượt tại các tụ điểm còn lại trong danh sách được lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho huyện đó.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số phụ thuộc:

Gồm có tình trạng nhiễm HIV (âm tính, dương tính). Tình trạng nhiễm HIV được tiến hành tại phòng xét nghiệm khẳng định được cấp phép của Bộ Y tế.

Các biến số độc lập sử dụng trong phân tích yếu tố liên quan đến nhiễm HIV:

Bao gồm: Tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, sử dụng bao cao su, sử dụng ma túy, mắc giang mai.

Nhóm biến số liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV:

Bao gồm: Quan hệ tình dục có nhận tiền, quan hệ tình dục tập thể, dùng bao cao su quan hệ tình dục lần gần nhất.

Nhóm biến số liên quan đến tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV:

Bao gồm: Biết nơi tư vấn và xét nghiệm HIV, đã từng xét nghiệm HIV, xét nghiệm STIs trong 3 tháng qua, nhận bao cao su trong 6 tháng qua, nhận chất bôi trơn trong 6 tháng qua, nhận tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn trong 6 tháng qua.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn bộ câu hỏi: Các đối tượng đủ tiêu chuẩn sẽ được mời tham gia nghiên cứu để phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trong GSTĐ HIV lồng ghép hành vi, mỗi bộ câu hỏi đều có số mã số nghiên cứu (ID) riêng biệt để mã hóa cho từng người tham gia

nghiên cứu. Mã số nghiên cứu này cũng được dán trên các ống nghiệm đựng mẫu bệnh phẩm. Nội dung chính của bộ câu hỏi cần thu thập bao gồm: (1) Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; (2) Hành vi nguy cơ và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV (thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu với công cụ là bộ câu hỏi do Cục Phòng, chống HIV/AIDS biên soạn).

Lấy mẫu bệnh phẩm và xét nghiệm: Nam quan hệ tình dục đồng giới sau khi được phỏng vấn sẽ lấy 3ml máu tĩnh mạch làm xét nghiệm HIV. Áp dụng Chiến lược III để chẩn đoán một trường hợp HIV dương tính bằng Determine HIV/2, SD HIV 1/2 3.0. Advance quality rapid anti-HIV1/2. Áp dụng phương pháp RPR định tính với sinh phẩm Treponema Palidum RPR để xét nghiệm giang mai (phối hợp với Bệnh viện Da liễu tỉnh Khánh Hòa thực hiện).

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Bộ câu hỏi sau khi phỏng vấn được chuyển về Khoa Phòng, chống HIV/AIDS - Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Quá trình này bao gồm kiểm tra tính logic và sự bất thường của số liệu, tạo ra các biến số mới, mã hoá những giá trị trống (missing). Sau đó sử dụng phần mềm SPSS để phân tích mô tả.

Phân tích hồi quy Logistics đa biến, kỹ thuật hiệu chuẩn Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit, phương pháp backwards được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm dân số - xã hội, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và giang mai với tình trạng nhiễm HIV ở nhóm MSM.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Y đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (IRB-VN01057/IORG 0008555) số HĐĐĐ-07/2020 ngày 15/6/2020. Các thông tin thu được đảm bảo hoàn toàn giữ bí mật. Cán bộ nghiên cứu tôn trọng sự lựa chọn của người cung cấp thông tin và quan điểm của họ.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm về dân số - xã hội, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và giang mai trong nhóm MSM tại tỉnh Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2020 (n = 150)

Đặc điểm	n	%
Nhóm tuổi		
Dưới 25 tuổi	32	21,3
Từ 25 – 34 tuổi	53	35,3
Từ 35 tuổi trở lên	65	43,4
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	33,8 (10)	
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình	107	71,3
Có vợ, sống chung với bạn tình nam	15	10,0
Đã ly dị/góa	28	18,7
Học vấn		
THCS trở xuống	79	52,7
THPT	51	34,0
TC/CĐ/ĐH trở lên	20	13,3
QHTD có nhận tiền		
Có	27	18,0
Không	123	82,0
QHTD tập thể		
Có	9	6,0
Không	141	94,0
Sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình nam trong 1 tháng qua		
Có	79	52,7
Không	71	47,3
Sử dụng ma túy		
Có	51	34,0
Không	99	66,0
Tiêm chích ma túy (n = 51)		
Có	37	72,5
Không	14	27,5
Giang mai		
Dương tính	12	8,0
Âm tính	138	92,0
Nhiễm HIV		
Dương tính	18	12,0
Âm tính	132	88,0
Đồng nhiễm HIV - giang mai		
Có	4	2,7%
Không	146	97,3%

n: Cỡ mẫu; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su; THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông; TC/CĐ/ĐH: Trung cấp/Cao đẳng/Đại học

Tổng số 150 MSM ở Khánh Hòa tham gia nghiên cứu. Tuổi đời trung bình của MSM là 33,8 tuổi; trẻ nhất là 16 tuổi, nhiều tuổi nhất là 68. Nhóm tuổi từ 35 trở lên chiếm 43%, tiếp theo là nhóm 25 - 34 tuổi chiếm 35%. Hơn 1/2 (53%) MSM có trình độ học vấn từ THCS trở xuống, 13% có trình độ học vấn từ Trung cấp trở lên. Phần lớn MSM chưa lập gia đình (71%). Có 6% từng QHTD tập thể. Hơn 1/2 (53%) sử dụng BCS trong lần QHTD qua

đường hậu môn gần đây nhất; tỷ lệ MSM có sử dụng ma túy là 34%, trong số này 73% đã từng tiêm chích ma túy. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 150 MSM có 8 người có HIV+, chiếm tỷ lệ 12%, có 12 người mắc giang mai, chiếm tỷ lệ 8%. Ngoài ra, nghiên cứu cũng phát hiện có 4/150 người đồng nhiễm giang mai và HIV, chiếm tỷ lệ 2,7% (Bảng 1).

3.2 Tình hình tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV

Bảng 2. Tỷ lệ tiếp cận dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV nhóm MSM Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2020 (n = 150)

Tiếp cận dịch vụ	n	%
Biết nơi tư vấn và xét nghiệm HIV		
Có	113	75,3
Không	37	24,7
Xét nghiệm HIV		
Có	96	64,0
Không	54	36,0
Xét nghiệm HIV và biết kết quả trong 12 tháng qua		
Có	46	30,7
Không	104	69,3
Khám STIs 3 tháng qua		
Có	22	14,7
Không	128	85,3
Nhận BCS trong 6 tháng qua		
Có	52	34,7
Không	98	65,3
Nhận chất bôi trơn trong 6 tháng qua		
Có	71	47,3
Không	79	52,7
Nhận tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn trong 6 tháng qua		
Có	99	66,0
Không	51	34,0

n: Cờ mẫu; BCS: Bao cao su; STIs: Các bệnh lây truyền qua đường tình dục

Tỷ lệ MSM từng xét nghiệm HIV là 64%; tỷ lệ có xét nghiệm HIV và biết kết quả 12 tháng qua đạt 30,7%; xét nghiệm STIs trong 3 tháng qua chỉ chiếm 14,7%. Tỷ lệ MSM nhận được

bao cao su và 47,3% chất bôi trơn miễn phí lần lượt là 34,7% và 47,3%. Tỷ lệ được tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn trong 6 tháng qua đạt 34,0% (Bảng 2).

3.3 Một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến nhiễm HIV ở nhóm MSM

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm HIV nhóm MSM Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2020 (n = 150)

Đặc điểm	Dương tính HIV n = 181 (%)	Âm tính HIV n = 1321 (%)	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
			OR	95%CI	p-value	OR	95%CI	p-value
Nhóm tuổi								
Dưới 25	2 (6,2)	30 (93,8)	1			1		
Từ 25 - 34	9 (17,0)	44 (83,0)	6,56	1,00 - 42,96	0,05	6,48	1,00 - 41,88	0,05
Trên 34	7 (10,8)	58 (89,2)	1,4	0,59 - 5,08	0,62	1,37	0,36 - 5,19	0,64
Hôn nhân								
Chưa lập gia đình	15 (14,0)	92 (86,0)	1			1		
Đang có vợ	1 (6,7)	14 (93,3)	0,41	0,06 - 2,78	0,36	0,47	0,07 - 3,03	0,42
Đã ly dị	2 (7,1)	26 (92,9)	1,08	0,07 - 15,26	0,95	1,14	0,08 - 15,72	0,92
Học vấn								
THCS trở xuống	3 (3,8)	76 (96,2)	1			1		
THPT	10 (19,6)	41 (80,4)	1,44	0,37 - 5,57	0,59	1,32	0,35 - 4,98	0,68
TC/CD/ĐH	5 (25,0)	15 (75,0)	10,46	1,93 - 56,74	0,01	9,69	1,84 - 51,09	0,01
Sử dụng BCS khi QHTD với bạn tình nam trong 1 tháng qua								
Có	6 (7,6)	73 (92,4)	1					
Không	12 (16,9)	59 (83,1)	1,23	0,39 - 3,78	0,72	-	-	-
Sử dụng ma túy								
Có	6 (11,8)	45 (88,2)	1					
Không	12 (12,1)	87 (87,9)	1,43	0,43 - 4,74	0,56	-	-	-
Xét nghiệm giang mai								
Âm tính	14 (10,1)	124 (89,9)	1			1		
Dương tính	4 (33,3)	8 (66,7)	4,22	0,98 - 18,16	0,05	4,12	0,95 - 17,89	0,05

¹OR = Odds Ratio; CI = Confidence Interval; hc: hiệu chỉnh; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su; THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông; TC/CD/ĐH: Trung cấp/Cao đẳng/Đại học

Có 06 biến số được đưa vào mô hình đa biến bao gồm: Nhóm tuổi, hôn nhân, học vấn, sử dụng bao cao su, dùng ma túy, giang mai. Có 04 biến số được giữ lại trong mô hình: Nhóm tuổi, học vấn, sử dụng BCS, giang mai.

Trong mô hình phân tích đơn biến, các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV bao gồm tuổi, học vấn, giang mai. Kết quả cho thấy có sự khác biệt về phát hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM. Nhóm 25 - 34 tuổi có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm dưới 25 tuổi (OR = 6,5; 95% CI 1,0 - 42,9); nhóm có học vấn từ TC/CD/ĐH có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm học vấn dưới THCS (OR = 10,4; 95% CI 1,9 -

56,7). Nhóm dương tính giang mai có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm âm tính (OR = 4,2; 95% CI 0,9 - 18,1).

Trong mô hình phân tích đa biến có 04 yếu tố được giữ lại nhưng chỉ tìm thấy có sự khác biệt về phát hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM có ảnh hưởng của tuổi, học vấn và giang mai. Nhóm tuổi từ 25 - 34 có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm dưới 25 tuổi (OR_{hc} = 6,4; 95%

CI 1,0 – 41,9), nhóm có học vấn từ Trung cấp trở lên có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm học vấn từ THCS trở xuống ($OR_{hc} = 9,7$; 95% CI 1,8 - 51,1). Nhóm dương tính giang mai có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm âm tính ($OR_{hc} = 4,1$; 95% CI 0,9 – 17,9) (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Dữ liệu cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM năm 2020 là 12% (Bảng 1), có giảm nhẹ so với kết quả giám sát trọng điểm năm 2018 tại tỉnh (14,7%) nhưng gấp 4 lần kết quả GSTĐ năm 2016 [9]. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn cao hơn so với một số tỉnh, thành có thực hiện HSS+ năm 2020 như Hà Nội 4%, Hải Phòng 8,67%, Huế 8,67% nhưng thấp hơn so với tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM năm 2020 của một số tỉnh, thành phía Nam như Cần Thơ 22,67%, Kiên Giang 14,67%, An Giang 13,5% và của toàn quốc 13,25% [10].

Kết quả nghiên cứu phát hiện tỷ lệ mắc giang mai có chiều hướng tăng so với năm 2018 (từ 7,3% lên 8%). Tỷ lệ đồng nhiễm HIV và giang mai là 2,7%, trong nghiên cứu tại các tỉnh phía Nam [11] cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm là 38,1% và một nghiên cứu khác tại Ý [12] cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm là 20%.

Kết quả nghiên cứu tìm thấy mối liên quan chặt chẽ giữa tuổi, trình độ học vấn với nguy cơ nhiễm HIV. Trong nghiên cứu này độ tuổi tập trung ở nhóm từ 35 tuổi trở lên cao hơn nghiên cứu tại Khánh Hòa [9] thực hiện năm 2014 là 28 tuổi. Độ tuổi trung bình MSM tại Khánh Hòa trong nghiên cứu xấp xỉ 34 tuổi cao hơn nghiên cứu tại Hà Nội 27 tuổi [13], Kiên Giang 26,4 tuổi [10], An Giang 26,4 tuổi [14]. Một số nghiên cứu trước đây tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm MSM chủ yếu từ 20 – 24 tuổi [10] và ít gặp ở nhóm 25 – 34 tuổi [13]. Do đó, các chương trình can thiệp sắp tới tại tỉnh cần quan tâm hơn đến nhóm MSM có độ tuổi 25 - 34 cũng như nhóm đối tượng có trình độ học vấn Trung cấp trở lên.

Ngoài ra, nghiên cứu cũng khảo sát tỷ lệ MSM đã từng khám STIs cao hơn kết quả điều

tra HSS+ năm 2018 tại Khánh Hòa (14,7% so với 10%) tuy nhiên, có thể thấy tỷ lệ tiếp cận dịch vụ khám STIs tại tỉnh năm 2020 ở nhóm này còn khá thấp, các nghiên cứu gần đây đã chứng minh có mối liên quan giữa đồng nhiễm HIV và giang mai trong nhóm MSM [11, 15]. Tỷ lệ MSM đã từng xét nghiệm HIV là 64%, có xét nghiệm HIV và biết kết quả 12 tháng qua chỉ đạt 30,7%.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phát hiện hơn ½ (53%) MSM từng QHTD để nhận tiền cao hơn các nghiên cứu khác [10] và 6% từng QHTD tập thể. Hơn 60% sử dụng BCS trong lần QHTD qua đường hậu môn gần đây nhất. Có 37% thừa nhận không sử dụng BCS qua đường hậu môn. Điều này cảnh báo nguy cơ lây nhiễm HIV và mắc các bệnh STI cao trong nhóm này nếu không sử dụng biện pháp an toàn khi QHTD.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có hạn chế nhất định do chỉ thực hiện với cỡ mẫu nhỏ nên chưa phản ánh đầy đủ hành vi nguy cơ cũng như một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến khả năng lây nhiễm HIV/STIs ở quần thể đối tượng đích nguy cơ. Sai số có thể gặp đến từ người tham gia nghiên cứu do tâm lý hoặc do những sai số trong nhớ lại trong quá trình điều tra.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phân tích nhóm MSM tại Khánh Hòa cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV là 12%, mắc giang mai là 8% và đồng nhiễm HIV và giang mai là 2,7%. Có 34,7% MSM nhận được bao cao su miễn phí, 47% nhận được chất bôi trơn miễn phí trong 6 tháng qua và chỉ 14,7% đi khám STIs trong 3 tháng qua. Có mối liên quan chặt chẽ giữa nhóm tuổi 25 – 34, trình độ học vấn từ Trung cấp trở lên và mắc giang mai với nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm MSM. Nghiên cứu cho thấy cần thiết triển khai toàn diện các can thiệp bao gồm các chương trình cấp phát bao cao su, chất bôi trơn, khám và tư vấn bệnh lây truyền qua đường tình dục, tư vấn xét nghiệm HIV để tăng độ bao phủ, tăng khả năng tiếp cận của nhóm MSM và tiếp tục theo

đổi chiều hướng thay đổi các hành vi nguy cơ trong nhóm này tại Khánh Hòa trong những năm tiếp theo.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. HIV/AIDS Fact sheets 2020. Accessed October 9, 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/>.
2. Bộ Y tế. Báo cáo của Bộ Y tế về việc Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020. Số 124/BC-BYT, ngày 04/02/2021.
3. Bộ Y tế. Báo cáo của Bộ Y tế về việc Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020. Số 45/BC-BYT, ngày 15/01/2020.
4. Trương Tấn Minh, Trần Văn Tin, Nguyễn Vũ Quốc Bình. Mô tả đặc điểm dịch tễ học nhiễm HIV/AIDS tỉnh Khánh Hòa từ năm 1993 - 2009. Tạp chí Y học thực hành. 2010; 742 + 743: 11 - 18.
5. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa. Báo cáo số 2501/BC-KSBT ngày 01/12/2020 về việc Kết quả giám sát trọng điểm HSS, HSS+, STI năm 2020.
6. Bộ Y tế. Thông tư của Bộ Y tế Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Thông tư số 09/2012/TT-BYT, ngày 24/5/2012.
7. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi. Số 808/VSDTTU-HIV, ngày 25/5/2021.
8. Cục phòng, chống HIV/AIDS. Cập nhật quy trình triển khai giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2021. Số 394/AIDS-GSXN, ngày 27/5/2021.
9. Trần Thị Kim Dung, Dương Công Thành, Trần Văn Tin và cộng sự. Hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV/AIDS trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Khánh Hòa năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26: 9 (182): 42 - 47.
10. Giang Văn Kiên, Dương Công Thành, Vũ Đình Tuyền, cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV và hành vi bán dâm trong nhóm nam quan hệ đồng giới tại Kiên Giang năm 2013. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26: 9 (182): 48 - 55.
11. Thuong VN, Hau PT, Nghia VK, et al. Increases in both HIV and syphilis among men who have sex with men in Vietnam: Urgent need for comprehensive responses. International journal of STD & AIDS. 2021; 32 (14): 1298 - 1307.
12. Dit F, Mandel VD, Cuomo G, et al. HIV and syphilis: incidence rate of coinfection and syphilis reinfection in a cohort of newly diagnosed HIV patients. Ital J Dermatol Venerol. 2022; 157 (2): 158 - 163.
13. Dương Công Thành, Nguyễn Thị Thanh Hà, Hoàng Thị Thanh Hà, cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tiếp cận các dịch vụ về HIV/AIDS trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26: 9 (182): 109 - 116.
14. Huỳnh Minh Trí, Dương Công Thành, Lê Quang Nhường, cộng sự. HIV/STI và hành vi nguy cơ trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại An Giang năm 2012. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26: 9 (182): 10 - 13.
15. Chow EP, Wilson DP, Zhang L. HIV and syphilis co-infection increasing among men who have sex with men in China: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2011; 6 (8): e22768.

PREVALENCE OF HIV, SYPHILIS AND RELATED FACTORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN KHANH HOA PROVINCE, 2020

Lam Chi Cuong¹, Ton That Toan¹, Doan Thị Thanh Thuy², Nguyen Thi Ngoc Loan¹, Do Thai Hung², Phan Thi Thu Huong³, Bui Hoang Duc³, Duong Thi Thanh Tinh³, Khuu Van Nghia⁴, Nguyen Dinh Luong²

¹*Khanh Hoa Center for Disease Control*

²*Pasteur Institute in Nha Trang, Khanh Hoa*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

⁴*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

The study aimed to determine the prevalence of HIV and syphilis and describe some factors related to the risk of HIV infection among men who have sex with men (MSM) in Khanh Hoa province in 2020. A cross - sectional descriptive study method was used among 150 MSM. The results showed that the HIV prevalence rate in the group was 12%, higher than that of some provinces and cities that implemented HIV sentinel surveillance in 2020. The prevalence of syphilis in the MSM group was 8% and co-infection was 2.7%. There was a statistically significant relationship between

the age group of 25 - 34 (OR = 6.4; 95% CI 1.0 - 41.9), education from Intermediate level or higher (OR = 9.7; 95% CI 1.8 - 51.1) and syphilis (OR = 4.1; 95% CI 0.9 - 17.9) with risk of HIV infection. Further research is needed in the MSM group, focusing on young and middle-aged people and the MSM group who are students of intermediate schools, colleges and universities. At the same time, it is necessary to maintain and comprehensively implement HIV prevention interventions in the province.

Keywords: HIV; syphilis; MSM; related factors; Khanh Hoa

TỶ LỆ HIỆN NHIỄM HIV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NAM NGHIỆN CHÍCH MA TUÝ TẠI CẦN THƠ NĂM 2021

Thị Chiến^{1*}, Trần Trường Chinh¹, Nguyễn Nhân Nghĩa¹, Lê Minh Thái¹,
Đoàn Thị Kim Phượng¹, Phạm Thị Cẩm Tiên¹, Nguyễn Thị Thanh Hà²,
Phạm Đức Mạnh³, Nguyễn Thanh Huyền³, Nguyễn Hoàng Minh⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ*

²*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

⁴*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Tiêm chích ma túy (TCMT) là hành vi nguy cơ cao trong việc lây truyền HIV. Do vậy, nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV và mô tả một số yếu tố liên quan ở nam TCMT. Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2021 trên 200 đối tượng nam TCMT tại Cần Thơ. Dữ liệu thu thập bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, các hành vi nguy cơ cao, tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV. Kết quả cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nam TCMT là 15,5%. Khả năng nhiễm HIV được phát hiện cao hơn ở người TCMT có số năm tiêm chích cao với aOR: 1,15 (1,01 - 1,31), hoặc đã từng dùng chung bơm kim tiêm (BKT) với aOR: 3,44 (1,37 - 8,64). Ngược lại, nam NCMT đang có vợ có khả năng nhiễm HIV thấp hơn nhóm độc thân với aOR: 0,38 (0,14 - 0,98). Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nam TCMT tại Cần Thơ tương đối cao. Việc duy trì và mở rộng độ bao phủ của chương trình can thiệp giảm hại, tăng cường truyền thông, tư vấn, giáo dục thay đổi hành vi là rất quan trọng để làm giảm tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam TCMT, đặc biệt là đối tượng tiêm chích lâu năm, dùng chung BKT và độc thân.

Từ khoá: HIV; tiêm chích ma túy; hôn nhân; dùng chung kim tiêm; Cần Thơ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch bệnh HIV/AIDS vẫn đang là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu [1]. Theo thống kê của UNAIDS năm 2021 [2], trên thế giới ước tính có hơn 38,4 triệu người đang sống chung với HIV, trong đó có khoảng 1,5 triệu người nhiễm mới, và hơn 650.000 người chết do các bệnh liên quan đến AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV tập trung chủ yếu ở các nhóm nguy cơ cao như: Tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ mại dâm (PNMD), nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và người chuyển giới (TG) [2]. Tại Việt Nam, theo Niên giám thống kê [3], ước tính số người nhiễm HIV/AIDS còn sống là

213.833 người, số phát hiện nhiễm mới HIV là 13.255 người và tử vong là 1.856 người trong năm 2021.

Thành phố Cần Thơ là một trung tâm kinh tế lớn của vùng Đồng bằng Sông Cửu Long, tập trung nhiều đối tượng nguy cơ cao từ các tỉnh khác đến sinh sống, học tập, làm việc. Tính đến hết năm 2021, số người nhiễm HIV/AIDS còn sống cần được chăm sóc, điều trị liên tục suốt đời tại Cần Thơ là 4.467 người và số người tử vong do HIV/AIDS là 2.671 người [3]. Do đó, dịch HIV/AIDS vẫn đang diễn biến phức tạp và gây ra các gánh nặng lớn về tài chính và y tế cho Cần Thơ.

*Tác giả: Thị Chiến

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ

Điện thoại: 0375 430 531

Email: chienthi234@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/10/2022

Ngày phản biện: 11/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

Nam tiêm chích ma túy cùng với PNMD và MSM là những đối tượng nguy cơ chính lây truyền HIV tại Cần Thơ. Theo kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi (HSS+), tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam NCMT có xu hướng giảm từ 20,0% năm 2011 xuống còn 18,0% năm 2019 [4], nhưng vẫn còn cao so với một số khu vực khác như An Giang (5,67%) [5], Đồng Nam Bộ (11,9%) [6], Gia Lai (9,3%) [1], Quảng Nam (6,4%) [7] và Hải Phòng (13,7%) [8]. Trong khi đó, các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV cao vẫn đang gia tăng như: Dùng chung bơm kim tiêm, không sử dụng bao cao su, quan hệ tình dục với PNMD, quan hệ tình dục đồng giới. Bên cạnh đó, sự khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm và dự phòng như điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP), tư vấn và điều trị Methadone, dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) đã và đang ảnh hưởng đến tỷ lệ hiện nhiễm cao ở nhóm nam TCMT.

Mặc dù các đối tượng TCMT đang có xu hướng giảm trong những năm gần đây, tuy nhiên họ vẫn là một trong những mắt xích quan trọng góp phần lây truyền HIV tại cộng đồng [2]. Cho đến nay, có rất ít nghiên cứu điều tra về các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV được thực hiện trên nhóm nam TCMT tại Cần Thơ. Vì vậy, nghiên cứu này được triển khai nhằm xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV và mô tả một số yếu tố liên quan ở nhóm nam TCMT thông qua hoạt động giám sát trọng điểm (GSTĐ) lồng ghép hành vi tại Cần Thơ năm 2021.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các đối tượng được chọn vào nghiên cứu là các đối tượng tiêm chích ma túy đáp ứng các tiêu chuẩn: (1) Nam giới; (2) Từ 16 tuổi trở lên; (3) Có tiêm chích ma túy trong vòng 1 tháng trước khi điều tra, và (4) Đang sinh sống tại địa phương triển khai nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện tại 04 quận/ huyện thuộc thành phố Cần Thơ: quận Ninh Kiều,

quận Cái Răng, quận Ô Môn và huyện Vĩnh Thạnh từ tháng 7 đến tháng 9 năm 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số 200 đối tượng đã được thu nhận vào nghiên cứu thông qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép giám sát hành vi (đảm bảo cỡ mẫu cần thiết tại mỗi tỉnh từ 150 - 300 đối tượng theo yêu cầu của chương trình giám sát) [9].

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn (Multi-stage cluster sampling) dựa trên “Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành. Chúng tôi tiến hành lập bản đồ điểm nóng, chọn 4 quận/huyện có số nam TCMT trong cộng đồng nhiều nhất là Ninh Kiều, Cái Răng, Ô Môn và Vĩnh Thạnh, từ đó tiến hành phân bổ cỡ mẫu quy định cho các quận/huyện theo tỷ lệ thuận số người nam TCMT ước lượng tại mỗi quận/huyện. Tại mỗi quận/huyện được lựa chọn, liệt kê các xã có người TCMT, sau đó tính số xã cần thực hiện GSTĐ bằng cách chia số cỡ mẫu phân bổ cho trung bình số người TCMT tại mỗi xã. Tiếp theo, chúng tôi thông qua các nhóm nhân viên tiếp cận cộng đồng hoặc người TCMT để vận động tất cả những người TCMT đang cư trú tại địa bàn các xã được lựa chọn ngẫu nhiên tham gia vào GSTĐ cho đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho quận/huyện đó.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số kết quả:

Tình trạng dương tính với HIV (“Có” hoặc “Không”) được xác định dựa trên mẫu máu được thu thập từ người tham gia. Mẫu máu được áp dụng Chiến lược III theo thông tư 1098/QĐ-BYT để chẩn đoán dương tính với HIV.

Biến số độc lập:

Chúng tôi thu thập các dữ liệu của người

tham gia bao gồm các thông tin về: (1) Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân; (2) Các hành vi nguy cơ: độ tuổi bắt đầu TCMT, số năm TCMT, số lần TCMT trong ngày, sử dụng chung BKT, vợ/người yêu có TCMT, biết tình trạng nhiễm HIV của vợ/người yêu, đã từng QHTD với PNMD; (3) Tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV: Sử dụng thuốc PrEP hàng ngày, từng được tư vấn sử dụng bao cao su (BCS) và QHTD an toàn, điều trị Methadone.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên (ĐTV) được tập huấn kỹ về kỹ năng phỏng vấn và thu thập số liệu. ĐTV sẽ tiếp cận, sàng lọc các đối tượng đủ tiêu chuẩn và mời đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập bằng cách:

(1) Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trong GSTĐ lồng ghép hành vi.

(2) Người tham gia sau khi được phỏng vấn sẽ lấy 3ml máu tĩnh mạch để làm xét nghiệm HIV.

Mỗi người tham gia sẽ được cấp một mã số nghiên cứu riêng biệt để điền vào bộ câu hỏi và dán vào các ống nghiệm đựng mẫu máu. Địa điểm phỏng vấn là nơi yên tĩnh, riêng tư, và thuận tiện cho người tham gia. Số liệu được thu thập sẽ được làm sạch, mã hóa, phân tích một cách bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Đầu tiên, các đặc điểm chung của đối tượng tham gia được phân tích và mô tả theo dạng tần số (n), tỷ lệ (%), giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Tiếp theo, phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV. Các biến nhân khẩu học và các biến số có mối tương quan với biến kết quả ở $p < 0,2$ trong mô hình hồi quy đơn biến sẽ được đưa vào mô hình hồi quy đa biến để phân tích. Các mối tương quan có giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Tất cả các phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Giám sát trọng điểm tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư số 09/TT-BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế và tuân thủ quy trình chuẩn HSS+ quốc gia của Cục phòng, chống HIV/AIDS. Nghiên cứu này đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (số HĐĐĐ-18/2021 ngày 31/5/2021). Các đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin về mục đích nghiên cứu, lợi ích và rủi ro khi tham gia nghiên cứu. Người tham được ký phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập số liệu. Sau khi hoàn thành thu thập dữ liệu, mỗi người tham gia sẽ nhận được một số tiền nhỏ để hỗ trợ một phần tiền đi lại và thời gian họ bỏ ra để tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được đảm bảo bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung ở nam nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi tại Cần Thơ năm 2021 (n = 200)

Đặc điểm	Tổng số
	n (%)
Nhân khẩu học	
Tuổi (năm)	
Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	37,8 $\pm$ 8,5
Giá trị trung vị	37,0
Giá trị mode	38,0
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	87 (43,5)
Đang có vợ	85 (42,5)
Ly hôn/góa vợ	28 (14,0)
Trình độ học vấn	
Tiểu học/mù chữ	50 (25,0)
Trung học cơ sở	93 (46,5)
Trung học phổ thông trở lên	57 (28,5)
Một số hành vi nguy cơ	
Số năm tiêm chích (năm)	
Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	15,7 $\pm$ 8,4
Tuổi bắt đầu tiêm chích	
< 18	64 (32,0)
$\geq$ 18	136 (68,0)
Số lần tiêm chích một ngày	
$\leq$ 1	163 (81,5)
> 1	37 (18,5)
Đã từng dùng chung BKT	
Không	158 (79,0)
Có	42 (21,0)
Vợ/người yêu có tiêm chích ma túy	
Không	182 (91,0)
Có	18 (9,0)
Biết tình trạng nhiễm HIV của vợ/người yêu	
Không	177 (88,5)
Có	23 (11,5)
Đã từng quan hệ tình dục với PNMD	
Không	151 (82,5)
Có	35 (17,5)

Bảng 1. Đặc điểm chung ở nam nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi tại Cần Thơ năm 2021 (n = 200) (tiếp)

Đặc điểm	Tổng số n (%)
Tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV/AIDS	
Có sử dụng thuốc PrEP uống hàng ngày	
Không	200 (100,0)
Có	0 (0,0)
Đã từng được tư vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn	
Không	138 (69,0)
Có	62 (31,0)
Đã từng điều trị Methadone	
Không	148 (74,0)
Có	52 (26,0)

BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; PNMD: Phụ nữ mại dâm; PrEP: Dự phòng điều trị trước phơi nhiễm

Bảng 1 cho thấy có 200 nam TCMT tham gia vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là 37,8, trung vị là 37,0 và giá trị mode là 38,0. Trong tổng cỡ mẫu, tỷ lệ độc thân lần lượt là 43,5% và 42,5%, hơn 2/3 số người tham gia có trình độ trung học cơ sở trở xuống (71,5%). Trong khi đó, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm nam TCMT tại thành phố Cần Thơ là 15,5%.

Thời gian TCMT trung bình của người tham

gia là 15,7 năm, trong đó đa số bắt đầu TCMT từ 18 tuổi trở lên (68,0%) và tiêm chích ≤ 1 lần/ngày (81,5%). Ngoài ra, 9,0% có vợ/người yêu cũng TCMT, 11,5% biết tình trạng nhiễm HIV của vợ/người yêu, và tỷ lệ sử dụng BKT chung là 21,0%. Đáng chú ý là không có người tham gia nào có sử dụng thuốc PrEP uống hàng ngày. Trong khi đó, chỉ có khoảng 1/3 người tham gia đã từng được tư vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn, và hơn 1/4 đã từng tham gia điều trị Methadone (26,0%) (Bảng 1).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở nam nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi tại Cần Thơ năm 2021 (n = 200)

Đặc điểm	Nhiễm HIV (+)		Mô hình đơn biến	Mô hình đa biến	
	Không (n = 169)	Có (n = 31)			
	n (%)	n (%)	OR (95% KTC)	aOR (95% KTC)	p
Tuổi (năm) ***	37,7 ± 8,9	38,2 ± 6,0	1,01 (0,96 - 1,05)	0,88 (0,77 - 1,01)	0,063
Tình trạng hôn nhân					
Độc thân	68 (78,2)	19 (21,8)	1,00	1,00	
Đang có vợ	77 (90,6)	8 (9,4)	0,37 (0,15 - 0,90)*	0,38 (0,14 - 0,98)	0,047
Ly hôn/góa vợ	24 (85,7)	4 (14,3)	0,59 (0,18 - 1,93)	0,47 (0,12 - 1,79)	0,268
Trình độ học vấn					
Tiểu học/mù chữ	43 (86,0)	7 (14,0)	1,00	1,00	
Trung học cơ sở	81 (87,1)	12 (12,9)	0,91 (0,33 - 2,48)	1,52 (0,48 - 4,79)	0,478
Trung học phổ thông trở lên	45 (78,9)	12 (21,1)	1,64 (0,59 - 4,55)	2,73 (0,85 - 8,75)	0,091
Tuổi bắt đầu tiêm chích					
< 18	50 (78,1)	14 (21,9)	1,00	1,00	
≥ 18	119 (87,5)	17 (12,5)	0,78 (0,36 - 1,70)	2,65 (0,66 - 10,54)	0,168
Số năm tiêm chích (năm)	-	-	1,04 (0,99 - 1,09)	1,15 (1,01 - 1,31)	0,035
Số lần tiêm chích một ngày					
≤ 1	139 (85,3)	24 (14,7)	1,00	-	-
> 1	30 (81,1)	7 (18,9)	1,35 (0,53 - 3,42)	-	-
Đã từng dùng chung BKT					
Không	141 (89,2)	17 (10,8)	1,00	1,00	
Có	28 (66,7)	14 (33,3)	4,15 (1,83 - 9,37)**	3,44 (1,37 - 8,64)	0,009
Vợ/người yêu có TCMT					
Không	153 (84,1)	29 (15,9)	1,00	-	-
Có	16 (88,9)	2 (11,1)	0,66 (0,14 - 3,02)	-	-
Biết tình trạng nhiễm HIV của vợ/người yêu					
Không	148 (83,6)	29 (16,4)	1,00	-	-
Có	21 (91,3)	2 (8,7)	0,48 (0,11 - 2,19)	-	-
Đã từng QHTD với PNMD					
Không	24 (14,5)	141 (85,5)	1,00	-	-
Có	7 (20,0)	28 (80,0)	1,47 (0,58 - 3,74)	-	-
Đã từng được tư vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn					
Không	116 (84,1)	22 (15,9)	1,00	-	-
Có	53 (85,5)	9 (14,5)	0,89 (0,39 - 2,08)	-	-
Đã từng điều trị Methadone					
Không	130 (87,8)	18 (12,2)	1,00	1,00	
Có	39 (75,0)	13 (25,0)	2,41 (1,08 - 5,35)*	2,14 (0,88 - 5,19)	0,092

aOR: Tỷ số chênh hiệu chỉnh; BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; PNMD: Phụ nữ mại dâm; *: $p < 0,05$;

: $p < 0,001$; *: Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm HIV âm tính và dương tính được kiểm định bằng one-way ANOVA test

Kết quả phân tích theo mô hình đơn biến cho thấy các yếu tố có mối tương quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam TCMT là sử dụng chung BKT, đã từng điều trị Methadone, và tình trạng hôn nhân (Bảng 2).

Trong mô hình đa biến, nghiên cứu đã phát hiện những người đang có vợ có khả năng nhiễm HIV thấp hơn 0,38 lần so với người độc thân với aOR: 0,38 (0,14 - 0,98), trong khi người nam TCMT đã từng dùng chung BKT có khả năng có HIV dương tính cao hơn so với không dùng chung BKT với aOR: 3,44 (1,37 - 8,64). Bên cạnh đó, những người tham gia có số năm tiêm chích càng cao thì khả năng nhiễm HIV càng tăng với aOR: 1,15 (1,01 - 1,31) (Bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 200 nam TCMT tại Thành phố Cần Thơ năm 2021 khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây tại Cần Thơ và khu vực phía Nam về độ tuổi, trình độ học vấn [4, 10]. Tuy nhiên, nam TCMT tại Thành phố Cần Thơ có số năm tiêm chích trung bình (15,7 năm) cao hơn so với số liệu của người TCMT tại TP. Hồ Chí Minh và Long An (9,1 năm) [10]. Tỷ lệ dùng chung BKT (21,0%) thấp hơn so với kết quả của một số nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh (58,2%), Long An (53,1%) [11], Quảng Nam (36,4%) [5] và ba tỉnh Hòa Bình, Bắc Kạn, Tuyên Quang (30,6%) [12]. Kết quả này có thể do tác động tích cực của hoạt động cung cấp BKT miễn phí trong các hoạt động can thiệp giảm hại trên địa bàn thành phố những năm gần đây. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu này cũng chỉ ra một số hạn chế trong việc tiếp cận một số dịch vụ dự phòng HIV/AIDS ở nhóm TCMT tại Cần Thơ như chưa có đối tượng nào đã từng sử dụng PrEP, tỷ lệ được tư vấn QHTD an toàn và điều trị Methadone còn thấp. Vì vậy, trong các năm tiếp theo, các hoạt động truyền thông sâu rộng về HIV/AIDS cần được đẩy mạnh để làm tăng số người TCMT được tiếp cận với các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV.

Tỷ lệ nhiễm HIV ở nam TCMT tại Thành phố Cần Thơ trong nghiên cứu này là 15,5%, có xu hướng giảm so với năm 2019 (18,0%). Kết quả này tương đồng với tỷ lệ tại Lai Châu của tác giả Vũ Thế Duẩn (14,5%). Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn cao hơn so với kết quả của các nghiên cứu tại các khu vực An Giang (5,67%) [5], Đồng Nam Bộ (11,9%) [6], Gia Lai (9,3%) [1], Quảng Nam (6,4%) [7] và Hải Phòng (13,7%) [8]. Điều này có thể do Thành phố Cần Thơ là trung tâm về kinh tế, chính trị, văn hóa xã hội của vùng, tập trung nhiều đối tượng nguy cơ cao từ các tỉnh đến sinh sống, học tập, làm việc, vui chơi. Thêm nữa, Cần Thơ cũng có vị trí địa lý tiếp giáp với một số tỉnh có đường biên giới (An Giang, Kiên Giang) tạo điều kiện thuận lợi cho việc giao thương, vận chuyển, buôn bán ma túy. Do đó, tỷ lệ nhiễm HIV trong nghiên cứu có phần cao hơn so với một số tỉnh thành thuộc các khu vực khác.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy rằng có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV và số năm TCMT, trình trạng hôn nhân và dùng chung BKT. Theo đó, người đang có vợ có nguy cơ nhiễm HIV thấp hơn so với người độc thân. Điều này có thể được giải thích rằng việc lập gia đình, có con đã ảnh hưởng đến tâm lý người TCMT, nên họ ý thức hơn đối với các hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV để bảo vệ người thân. Tuy nhiên, cũng không loại trừ việc sử dụng ma túy kéo dài có thể đã làm giảm khả năng tỉnh dục và những người NCMT biết tình trạng nhiễm HIV trước đó sẽ không kết hôn. Vì vậy, các nghiên cứu trong tương lai cần thực hiện thêm các xét nghiệm nhiễm mới HIV và tải lượng vi rút để có thể đánh giá khách quan hơn về mối tương quan này.

Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng số năm tiêm chích càng cao, khả năng nhiễm HIV càng tăng. Kết quả của nghiên cứu này tương tự một nghiên cứu được thực hiện tại Libya với tỷ lệ nhiễm HIV ở những người TCMT trên 15 năm cao hơn 7,9 lần so với những người TCMT dưới 10 năm [13]. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phát hiện những người tham gia đã từng dùng chung BKT có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn so với người không dùng chung BKT.

Kết quả tương đồng với các phát hiện ở các nghiên cứu tại vùng Đông Nam Bộ [6], tại ba tỉnh Hòa Bình, Bắc Kạn và Tuyên Quang [12], và tại Lybia [13]. Do vậy, việc đẩy mạnh các hoạt động truyền thông và cấp phát bơm kim tiêm sạch là vô cùng quan trọng giúp giảm tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam TCMT.

Nghiên cứu có một số hạn chế cần khắc phục. Đầu tiên, mối quan hệ nhân quả không thể được suy luận từ một nghiên cứu cắt ngang. Tiếp theo, một số yếu tố quan trọng chưa được điều tra trong nghiên cứu này như xét nghiệm nhiễm mới HIV, và tải lượng vi rút HIV để đánh giá khách quan hơn về đối tượng nhiễm, đồng thời các sai số tiềm tàng trong nghiên cứu có thể xảy ra như sai số chọn, sai số nhớ lại. Tuy nhiên, nghiên cứu này đã cung cấp số liệu về tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên nhóm đối tượng nguy cơ cao TCMT, từ đó tạo tiền đề cho những nghiên cứu tiếp theo trên cùng nhóm đối tượng hoặc mở rộng đối tượng nghiên cứu trên quần thể rộng hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở nam tiêm chích ma túy tại Cần Thơ còn tương đối cao. Bên cạnh đó, có mối liên quan chặt chẽ giữa tình trạng hôn nhân, số năm tiêm chích và dùng chung bơm kim tiêm đến tỷ lệ nhiễm HIV. Do vậy, việc tăng cường các hoạt động truyền thông về các biện pháp dự phòng lây truyền HIV, mở rộng độ bao phủ của chương trình can thiệp giảm hại là rất quan trọng cho các nhóm mới tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm, và chưa kết hôn, đồng thời truyền thông, tư vấn, giáo dục thay đổi hành vi đối với nhóm tiêm chích lâu năm từ đó có thể giúp làm giảm tỷ lệ nhiễm HIV cho nhóm này.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế

cộng đồng Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thang NH, Duoc TP, Ha NTT. Sentinel surveillance for HIV among people who inject drugs at Gia Lai Province, Vietnam. *Global Health Management Journal*. 2018; 2 (2): 25 - 31.
2. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet. Accessed 03/10/2022. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet2022>.
3. Tổng Cục Thống kê. Niên giám thống kê Việt Nam năm 2021. Nhà xuất bản Thống kê. 2021.
4. Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS Cần Thơ. Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép giám sát hành vi 2017 - 2019. Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS. 2019.
5. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang. Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép giám sát hành vi qua các năm. Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS. 2020.
6. Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Duy Phúc. Nhiễm HIV và các yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại vùng Đông Nam Bộ năm 2019. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2020; 30 (3): 120 - 127.
7. Trần Văn Kiệm, Trần Văn Vũ, Cao Minh Thông và cộng sự. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy tại Quảng Nam, năm 2013. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2013; 23 (7): 143 - 150.
8. Phạm Thu Xanh, Trần Thị Bích Hòai, Trần Thị Thúy Hà và cộng sự. Thực trạng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ trên nhóm nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm tại Hải Phòng năm 2016. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2018; 28 (9): 199 - 206.
9. Bộ Y tế. Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Thông tư số 09/2012/TT-BYT. 2012.
10. Nguyễn Duy Phúc, Khuru Văn Nghĩa, Phạm Đăng Đoàn Thùy và cộng sự. Theo dõi tình hình dịch HIV ở người nghiện chích ma túy tại khu vực phía Nam qua xét nghiệm tải lượng vi rút. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019; 29 (11): 298 - 305.
11. Nguyễn Vũ Thượng, Khuru Văn Nghĩa. Thực trạng dùng chung bơm kim tiêm và một số yếu tố

- liên quan ở người nghiện chích ma túy tại khu vực phía Nam năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30 (1): 42 - 53.
12. Nguyễn Huỳnh, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Văn Hưng và cộng sự. Nghiên cứu thực trạng nhiễm HIV, một số yếu tố nguy cơ trong nhóm nghiện chích ma túy tại ba tỉnh Hòa Bình, Bắc Kạn và Tuyên Quang (2009 - 2010). Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 26 (1): 43 - 51.
 13. Lusine M, Sima B, Caroline J, et al. New Evidence on the HIV Epidemic in Libya: Why Countries Must Implement Prevention Programs Among People Who Inject Drugs. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2013; 62 (5): 577 - 583.

PREVALENCE OF HIV INFECTION AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG MALE PEOPLE WHO INJECT DRUGS IN CAN THO IN 2021

**Thi Chien¹, Tran Truong Chinh¹, Nguyen Nhan Nghia¹, Le Minh Thai¹,
Doan Thi Kim Phuong¹, Pham Thi Cam Tien¹, Nguyen Thi Thanh Ha²,
Pham Duc Manh³, Nguyen Thanh Huyen³, Nguyen Hoang Minh⁴**

¹Can Tho Center for Disease Control and Prevention

²National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi

³Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi

⁴Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University

Injecting drugs is a major cause of HIV transmission. Therefore, this study aimed to examine the prevalence of HIV positivity and its associated factors in male people who inject drugs (PWIDs). A cross-sectional study was conducted from July to September 2021 on 200 male PWIDs in Can Tho. Collected data included demographic characteristics, high-risk behaviours, and access to HIV prevention services. The multivariable logistic regression model was used to explore factors associated with HIV positivity. The results showed that the prevalence of HIV positivity among male PWIDs was 15.5%. The likelihood of HIV positivity was higher in those who have injected drugs for a longer time (adjusted odds ratio (aOR): 1.15; 95% confidence interval

(CI): 1.01 - 1.31), or who have ever shared needles with aOR: 3.44 (1.37 - 8.64). In contrast, male PWIDs who were married were less likely to be positive for HIV than single ones with aOR: 0.38 (0.14 - 0.98). Our study indicated that the prevalence of HIV positivity among male PWIDs in Can Tho was relatively high. Maintaining and expanding the coverage of harm reduction intervention programs, increasing communication, counseling, and education on behavior changes is very important to reduce prevalence HIV among PWIDs, especially in those who had a higher duration of injection, have shared needles, and were single.

Keywords: HIV; injecting drugs; marriage; shared needles; Can Tho

XU HƯỚNG NHIỄM HIV Ở NHÓM NAM NGHIỆN CHÍCH MA TÚY VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TỈNH ĐỒNG NAI, GIAI ĐOẠN 2017 – 2021

Vũ Thành Công^{1*}, Trần Minh Hòa¹, Trần Ngọc Quang¹, Nguyễn Xuân Quang¹,
Phạm Văn Thanh¹, Nguyễn Thị Ban¹, Bùi Hoàng Đức², Phan Đăng Thân³,
Phạm Hồng Thắng³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Đồng Nai*

²*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

³*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu mô tả cắt ngang này nhằm mô tả xu hướng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy (NCMT) qua giám sát trọng điểm (GSTĐ) trong giai đoạn 2017 - 2021 tại tỉnh Đồng Nai. Đối tượng nghiên cứu là nam giới từ 16 tuổi trở lên đang sinh sống và làm việc tại tỉnh Đồng Nai, có tiêm chích ma túy (TCMT) trong 1 tháng trước điều tra. Kết quả cho thấy quần thể nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 31,8 tuổi, 46% chưa lập gia đình và trình độ học vấn nhiều nhất là THCS chiếm 47,4%. Tuổi trung bình TCMT là 23,9 tuổi và số năm tiêm chích trung bình là 7,6 năm trong đó nhóm TCMT trên 5 năm chiếm 59,7%. Tỷ lệ nhiễm HIV trong quần thể này từ 12,7% (2017) xuống 8% (2019) và 5,5% (2021) ($p < 0,001$). Phân tích hồi quy Logistic cho thấy yếu tố sử dụng chung bơm kim tiêm trong vòng 6 tháng qua có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn nhóm không dùng chung BKT là 2,42 lần (95%KTC: 1,21 - 4,82, $p = 0,012$) và nhóm có thời gian tiêm chích ma túy trên 5 năm có nguy cơ cao hơn nhóm còn lại là 3,84 lần (95%KTC 1,92 - 7,69, $p < 0,001$). Cần tiếp tục các biện pháp can thiệp giảm tác hại với nhóm nguy cơ cao để giảm lây nhiễm HIV trong nhóm NCMT và cộng đồng.

Từ khóa: Nam nghiện chích ma túy; giám sát trọng điểm; nhiễm HIV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người nghiện chích ma túy (NCMT) hiện nay vẫn đang là một trong những nhóm quần thể có nguy cơ cao lây nhiễm HIV trên thế giới. Ước tính toàn cầu có khoảng 11 triệu người từng tiêm chích ma túy (TCMT), trong đó có đến 1/8 số người của quần thể này nhiễm HIV và hơn 1/2 mắc viêm gan C. Người NCMT chiếm đến 10% số trường hợp nhiễm HIV hàng năm, tỷ lệ này tại châu Á thậm chí còn cao hơn nhiều so với trung bình trên toàn cầu với 18%. Dùng chung bơm kim tiêm dẫn đến việc lây truyền các bệnh lây qua đường máu như HIV, viêm gan C và viêm gan B, đây cũng là những

nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong ở người NCMT [1].

Tại Việt Nam, hiện tại dịch HIV vẫn tập trung trên các nhóm nguy cơ cao như nhóm người NCMT, nam quan hệ tình dục đồng giới và phụ nữ bán dâm (PNBD). Đến cuối năm 2020, cả nước có khoảng 247.000 người đang sống với HIV/AIDS. Số liệu ước tính người NCMT trên toàn quốc là khoảng 189.000 người [1]. Số liệu giám sát trọng điểm (GSTĐ) năm 2016 cho thấy tỷ lệ lưu hành HIV ở NCMT là 11%, đặc biệt tỷ lệ này còn rất cao ở một số tỉnh khu vực phía Nam như Cần Thơ (22,7%) và Long An (19,5%) [1]. Chương trình can

*Tác giả: Vũ Thành Công

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Đồng Nai

Điện thoại: 0375 092 339

Email: thanhconghivdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/11/2022

Ngày phản biện: 15/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

thiệt giảm tác hại dự phòng lây nhiễm HIV trên nhóm NCMT được triển khai thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng của tỉnh và của Dự án Quỹ toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS. Chương trình can thiệp đã cung cấp cho nhóm NCMT bơm kim tiêm sạch, nước cất để giảm tình trạng tiêm chích chung.

Hoạt động GSTĐ HIV được triển khai để theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm HIV bằng xét nghiệm huyết thanh học hàng năm trên các nhóm đối tượng nguy cơ cao, đến năm 2016, GSTĐ được thực hiện ở 40 tỉnh trong đó có tỉnh Đồng Nai [2]. Tại Đồng Nai, năm 2016 GSTĐ được triển khai trên nhóm PNBD với cỡ mẫu 300, đến năm 2017 thực hiện trên nhóm NCMT với cỡ mẫu 300. Các năm tiếp theo luân phiên thực hiện trên 02 nhóm này với cỡ mẫu 200.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả xu hướng lưu hành HIV và các yếu tố liên quan trên nhóm nam NCMT qua giám sát trọng điểm HIV trong giai đoạn 2017 - 2021 để có cái nhìn rõ nét hơn tình hình nhiễm HIV trên nhóm này ở Đồng Nai. Từ đó, cung cấp các bằng chứng khoa học cho việc tiếp tục duy trì các can thiệp giảm tác hại để hạn chế lây truyền HIV trong nhóm này ở Đồng Nai.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 16 tuổi trở lên có TCMT trong 1 tháng trước ngày điều tra.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Đồng Nai, số liệu được thu thập từ tháng 6 đến tháng 9 trong các năm 2017, 2019 và 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu của nghiên cứu là: Năm 2017 là 300, năm 2019 là 200 và năm 2021 là 200 [3]. Đây là cỡ mẫu căn cứ theo hướng dẫn của Thông tư

09/2012/TT-BYT về Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Căn cứ hướng dẫn “Quy trình chuẩn triển khai GSTĐ, GSTĐ HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành để xác định số lượng người NCMT trên địa bàn từng xã/phường. Tiến hành chọn 4 huyện/thành phố trên địa bàn tỉnh Đồng Nai có số lượng NCMT cao nhất bao gồm: Thành phố Biên Hòa, thành phố Long Khánh, huyện Long Thành và huyện Trảng Bom. Cỡ mẫu tỷ lệ thuận với kích cỡ NCMT tại huyện. Số lượng xã được chọn tham gia nghiên cứu bằng cỡ mẫu phân bổ cho huyện chia cho số NCMT trung bình/xã. Chọn xã tham gia nghiên cứu bằng phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên dựa vào danh sách xã được lập sẵn. Trong trường hợp không đủ cỡ mẫu khi đã điều tra các xã được chọn thì sẽ tiếp tục bốc thăm các xã chưa được lựa chọn đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho huyện [3].

2.6 Biến số nghiên cứu

Có ba nhóm biến số chính được phân tích trong nghiên cứu. Nhóm biến số về đặc tính dân số xã hội bao gồm tuổi, trình trạng hôn nhân, trình độ học vấn. Nhóm biến số về hành vi bao gồm tuổi TCMT lần đầu, thời gian TCMT, số lần TCMT trong tháng qua, đã từng sử dụng chung bơm kim tiêm (BKT), dùng chung BKT trong 06 tháng qua, đã từng quan hệ tình dục (QHTD), QHTD với PNBD trong 12 tháng qua. Nhóm biến số về tiếp cận chương trình bao gồm đã từng nhận BKT sạch miễn phí, đã từng xét nghiệm HIV.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nhân viên y tế (đã qua tập huấn) sàng lọc tiêu chuẩn người tham gia, thông qua bản thỏa thuận tham gia điều tra và phỏng vấn trực tiếp NCMT bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn (bao gồm các đặc tính dân số xã hội, hành vi QHTD, hành vi TCMT, tiếp cận chương trình can thiệp giảm hại, điều trị methadone, tiếp cận điều trị thuốc kháng HIV và tiếp cận bảo hiểm y tế). Sau khi

phòng vẫn xong thì đối tượng được cán bộ xét nghiệm lấy 3ml máu để làm xét nghiệm HIV. Các mẫu máu này được vận chuyển từ điểm điều tra về Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS tỉnh (CDC) để tách huyết thanh ngay trong ngày. Xét nghiệm HIV được thực hiện theo chiến lược III của BHYT [4].

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để quản lý và phân tích. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả bằng bảng tần số, tỷ lệ để mô tả theo các mục tiêu nghiên cứu.

Dùng kiểm định Khi bình phương và phân tích hồi quy Logistics để xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV và khảo sát biến thiên của tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong giai đoạn 2017 – 2021.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã tuân thủ đạo đức trong nghiên cứu đối với đối tượng NCMT theo Thông tư 09/2012/TT - BHYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế và tuân thủ qui trình chuẩn giám sát trọng điểm quốc gia của Cục phòng, chống HIV/AIDS [3].

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân nhóm nam nghiện chích ma túy trong giám sát trọng điểm tại tỉnh Đồng Nai, giai đoạn 2017 – 2021 (n = 700)

Đặc tính	Năm 2017 (n = 300)	Năm 2019 (n = 200)	Năm 2021 (n = 200)	Tổng cộng (n = 700)
	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)
Nhóm tuổi (năm)				
16 - 24	77 (25,7)	33 (16,5)	27 (13,5)	137 (19,6)
25 - 40	204 (68,0)	135 (67,5)	136 (68,0)	475 (67,9)
41+	19 (6,3)	32 (16,0)	37 (18,5)	88 (12,5)
Trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)	29,6 (16 - 52)	32,7 (18 - 59)	34,2 (17 - 66)	31,8 (16 - 66)
Tình trạng hôn nhân				
Chưa lập gia đình	139 (46,3)	94 (47,0)	89 (44,5)	322 (46,0)
Đang có vợ/ Sống chung không kết hôn	128 (42,7)	74 (37,0)	81 (40,5)	283 (40,4)
Đã ly dị/ Ly thân/ Góa vợ	33 (11,0)	32 (16,0)	30 (15,0)	95 (13,6)
Trình độ học vấn				
Mù chữ, tiểu học	41 (13,7)	31 (15,5)	24 (12,0)	96 (13,7)
Trung học cơ sở	109 (36,3)	124 (62,0)	99 (49,5)	332 (47,4)
Trung học phổ thông	129 (43,0)	42 (21,0)	75 (37,5)	246 (35,2)
Từ Trung học phổ thông trở lên	21 (7,0)	3 (1,5)	2 (1,0)	26 (3,7)

Kết quả bảng 1 chỉ ra rằng nhóm nam nghiện chích ma túy tham gia nghiên cứu có tuổi đời trẻ (dưới 25 tuổi) chiếm 19,6%, cao nhất vào năm 2017 (25,7%) và thấp nhất vào năm 2021 (13,5%). Độ tuổi trung bình ở nam NCMT trong nghiên cứu này là 31,8, nhỏ nhất

là 16 và cao nhất là 66 tuổi. Có tới 46,0% số NCMT còn đang độc thân và 13,6% góa, ly thân, ly dị. Tỷ lệ nghiện chích ma túy có trình độ Trung học cơ sở chiếm 47,4%, tiếp theo là từ Trung học phổ thông trở lên (35,2%) và mù chữ/tiểu học (13,7%).

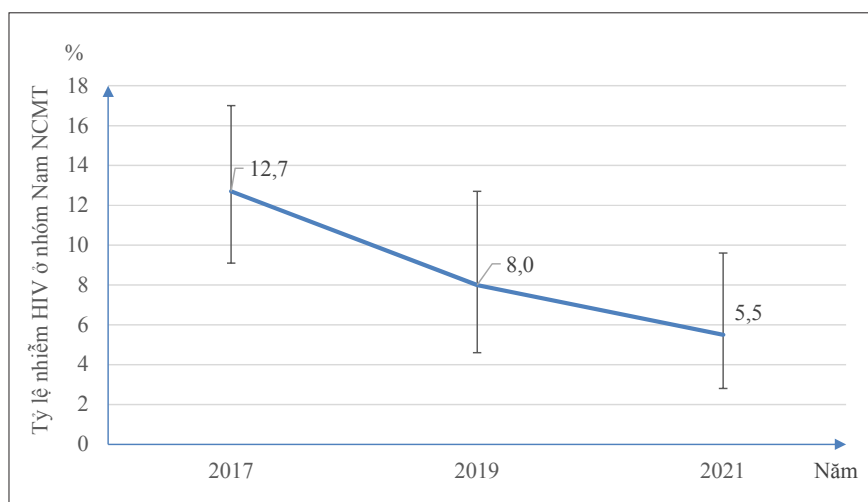
Bảng 2. Đặc điểm về hành vi nguy cơ ở nhóm nam nghiện chích ma túy trong giám sát trọng điểm tại Đồng Nai, giai đoạn 2017 - 2021 (n = 700)

Đặc tính	Năm 2017 (n = 300)	Năm 2019 (n = 200)	Năm 2021 (n = 200)	Tổng cộng (n = 700)
	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)
Tuổi TCMT lần đầu (năm)	n = 297	n = 194	n = 192	n = 683
< 16	14 (4,7)	10 (5,2)	4 (2,1)	28 (4,1)
16 - 24	187 (63,0)	103 (53,1)	82 (42,7)	372 (54,5)
25 - 40	94 (31,6)	78 (40,2)	100 (52,1)	272 (39,8)
41+	2 (0,7)	3 (1,5)	6 (3,1)	11 (1,6)
Trung bình	22,8	24,0	25,6	23,9
Trung vị	22,0	23,0	25,0	23,0
Nhỏ nhất – Lớn nhất	10 - 41	10 - 50	13 - 57	10 - 57
Thời gian tiêm chích ma túy (năm)	n = 297	n = 194	n = 192	n = 683
< 5	144 (48,5)	61 (31,4)	70 (36,5)	275 (40,3)
≥ 5	153 (51,5)	133 (68,6)	122 (63,5)	408 (59,7)
Trung bình	6,7	8,6	7,8	7,6
Trung vị	5,0	7,0	6,0	6,0
Nhỏ nhất – Lớn nhất	0 - 23	0 - 34	0 - 22	0 - 34
Số lần tiêm chích ma túy/tháng qua	n = 291	n = 181	n = 200	n = 672
Trung bình	36,9	25,7	26,5	30,8
Trung vị	30,0	15,0	9,5	20,0
Nhỏ nhất – Lớn nhất	1 - 120	1 - 150	1 - 150	1 - 150
Đã từng sử dụng chung BKT	92 (30,7)	46 (23,0)	42 (21,0)	180 (25,7)
Dùng chung BKT trong 6 tháng qua	n = 300	n = 200	n = 200	n = 700
Có	40 (13,3)	25 (12,5)	9 (4,5)	74 (10,6)
Không	260 (86,7)	175 (87,5)	191 (95,5)	626 (89,4)
Đã từng QHTD	n = 300	n = 200	n = 200	n = 700
Có	246 (82,0)	174 (87,0)	152 (76,0)	572 (81,7)
Không	54 (18,0)	26 (13,0)	48 (24,0)	128 (18,3)
Có QHTD với PNBD trong 12 tháng qua	n = 300	n = 200	n = 200	n = 700
Có	58 (19,3)	37 (18,5)	27 (13,5)	122 (17,4)
Không	242 (80,7)	163 (81,5)	173 (86,5)	578 (82,6)
Đã từng nhận BKT sạch miễn phí	n = 300	n = 200	n = 200	n = 700
Trong vòng 6 tháng qua	93 (31,0)	51 (25,5)	11 (5,5)	155 (22,1)
Từ trên 6 đến 12 tháng qua	21 (7,0)	4 (2,0)	45 (22,5)	70 (10,0)
Trên 12 tháng qua	52 (17,3)	16 (8,0)	19 (9,5)	87 (12,4)
Chưa bao giờ	134 (44,7)	129 (64,5)	125 (62,5)	388 (55,5)
Đã từng xét nghiệm HIV/6 tháng qua	n = 300	n = 200	n = 200	n = 700
Trong vòng 6 tháng qua	56 (18,7)	32 (16,0)	13 (6,5)	101 (14,4)
Từ trên 6 đến 12 tháng qua	51 (17,0)	34 (17,0)	58 (29,0)	143 (20,4)

TCMT: Tiêm chích ma túy; BKT: Bơm kim tiêm; QHTD: Quan hệ tình dục; PNBD: Phụ nữ bán dâm

Kết quả bảng 2 cho thấy tuổi trung bình tiêm chích ma túy (TCMT) lần đầu là 23,9 tuổi, sớm nhất là 10 tuổi và muộn nhất là 57 tuổi. Số năm TCMT trung bình là 7,6 năm, thấp nhất là dưới 1 năm và cao nhất là 34 năm. Có 59,7% các đối tượng đã TCMT trên 5 năm. Số lần tiêm chích trung bình/1 tháng là 30,8 lần, thấp nhất là 1 lần và nhiều nhất là 150 lần. Tỷ lệ

NCMT dùng chung BKT/6 tháng qua rất thấp (10,6%). Hầu hết người NCMT trong nghiên cứu đã từng QHTD (81,7%), trong đó chỉ có 17,4% có QHTD với PNBD trong 12 tháng qua. Số người NCMT chưa bao giờ được nhận BKT sạch miễn phí chiếm 55,5%. Đa số người NCMT trong nghiên cứu đã từng được xét nghiệm HIV (62,2%).



Hình 1. Chiều hướng hiện nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy trong giám sát trọng điểm tại Đồng Nai, giai đoạn 2017 - 2021

Kết quả hình 1 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nam nghiện chích ma túy giai đoạn 2017 đến 2019 tại Đồng Nai có xu hướng giảm

qua các năm từ 12,7% (2017) xuống 5,5% (2021), xu hướng này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy trong giám sát trọng điểm tại Đồng Nai, giai đoạn 2017 - 2021 (n = 700)

Đặc điểm	HIV +		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến		Giá trị p
	n	Tần số (%)	OR	KTC 95%	OR	KTC 95%	
Tuổi (năm)							
< 25	137	2 (1,5)	1,00				
25+	475	63 (11,2)	0,12	(0,03 – 0,49)			
Tình trạng hôn nhân							
Chưa lập gia đình	322	23 (7,1)	1,00				
Đang có vợ/ Sống chung không kết hôn	283	31 (11,0)	1,60	(0,91 - 2,81)			
Đã ly dị/ Ly thân/ Góa vợ	95	11 (11,6)	1,70	(0,80 - 3,63)			
Tình trạng học vấn							
Mù chữ, tiểu học	96	11 (11,5)	1,00				
Trung học cơ sở	332	29 (8,7)	0,74	(0,36 - 1,54)			
Trung học phổ thông	246	22 (8,9)	0,76	(0,36 - 1,63)			
Từ Trung học phổ thông trở lên	26	3 (11,5)	1,01	(0,26 - 3,92)			
Tuổi TCMT lần đầu							
Trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)	683	23,0 (10 – 35)		(21,70 - 24,36)			
Thời gian tiêm chích ma túy (năm) (n = 683)							
< 5	275	10 (3,6)	1,00				
≥ 5	408	53 (13,0)	3,96	(1,98 – 7,92)	3,84	(1,92 – 7,69)	< 0,001
Dùng chung BKT trong 6 tháng qua							
Không	626	52 (8,3)	1,00				
Có	74	13 (17,6)	2,35	(1,21 – 4,56)	2,42	(1,21 – 4,82)	0,012
Có QHTD với PNBD trong 12 tháng qua							
Không	578	57 (9,9)	1,00				
Có	122	8 (6,6)	0,64	(0,30 – 1,38)	0,58	(0,25 – 1,32)	0,192
Đã từng nhận BKT sạch miễn phí							
Chưa từng	388	39 (10,1)	1,00				
Đã từng	312	26 (8,3)	0,81	(0,48 – 1,37)	0,85	(0,49 – 1,46)	0,550
Đã từng xét nghiệm HIV/6 tháng qua							
Chưa từng	599	56 (9,3)	1,00				
Đã từng	101	9 (8,9)	0,95	(0,45 – 1,98)	1,05	(0,49 – 2,26)	0,898

TCMT: Tiêm chích ma túy; BKT: Bơm kim tiêm; QHTD: Quan hệ tình dục; PNBD: Phụ nữ bán dâm

Bảng 3 cho thấy phân tích đa biến cho thấy có 2 yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam NCMT trong nghiên cứu này là dùng chung BKT trong 6 tháng qua có xu hướng nhiễm HIV cao hơn nhóm không dùng chung BKT (OR = 2,42; KTC95%: 1,21 – 4,82; p = 0,012) và nhóm NCMT có thời gian tiêm chích ma túy lớn hơn 5 năm có xu hướng nhiễm HIV cao hơn nhóm có thời gian tiêm chích ma túy dưới 5 năm (OR = 3,84; KTC95%: 1,92 – 7,69; p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, sau 5 năm giai đoạn 2017 – 2021 thực hiện GSTĐ lồng ghép hành vi, tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm nam NCMT tại Đồng Nai đã có xu hướng giảm, tuy nhiên tỷ lệ nhiễm chung trong 5 năm tương đối cao (9,3%). Tỷ lệ này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu tại một số tỉnh khu vực phía Nam năm 2021 là 10,8% [1]. Kết quả này có được một phần do tại Đồng Nai đã làm tốt công tác truyền thông và can thiệp giảm hại trên các nhóm có hành vi nguy cơ cao đặc biệt là nhóm NCMT. Từ đó đã nâng cao được nhận thức cũng như thay đổi hành vi làm giảm lây nhiễm HIV cho bản thân cũng như cộng đồng được nâng cao.

Kết quả nghiên cứu cho thấy số lần tiêm chích ma túy trung bình trong tháng của các đối tượng không có sự thay đổi đáng kể, từ đó có thể tính trung bình số lần tiêm chích trong ngày là từ 1 - 2 lần. Cao nhất là 5 lần/ngày và thấp nhất là 1 lần/ngày. Trong khi đó theo số liệu nghiên cứu của Lê Quang Minh năm 2014 tại Đà Nẵng [5] thì số lần TCMT của đối tượng trung bình trong ngày là từ 2 - 3 lần, cao nhất là 10 lần/ngày.

Nghiên cứu cho thấy người NCMT có trình độ học vấn càng thấp thì có xu hướng nhiễm HIV càng lớn. Trình độ học vấn thấp có thể là hạn chế trong việc tiếp cận với các chương trình phòng chống HIV nói riêng và các chương trình sức khỏe khác nói chung. Kết quả cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thượng và Nguyễn Duy Phúc năm 2019 [4]. Một kết quả khác chỉ ra rằng người NCMT lớn tuổi thì nguy cơ mắc HIV cao hơn, có thể do họ có thời gian sử dụng ma túy lâu hơn, phơi nhiễm với các nguy cơ nhiễm HIV nhiều hơn nhóm NCMT có tuổi đời còn trẻ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu khác [4]. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng chỉ ra rằng người NCMT có thời gian TCMT ≥ 5 năm có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp gần 4 lần người NCMT có thời gian TCMT < 5 năm (OR = 3,96; KTC95%: 1,98 – 7,92; $p < 0,001$).

Việc dùng chung BKT là một trong những hành vi chủ yếu gây nhiễm HIV ở quần thể này, trong nghiên cứu này tỷ lệ dùng chung BKT trong 06 tháng qua khi TCMT giảm dần. Phân tích đa biến cho thấy người NCMT có dùng chung BKT/6 tháng qua có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn so với người không dùng chung. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Đồng Nam Bộ năm 2019 [4]. Tỷ lệ người NCMT từng nhận bơm kim tiêm sạch miễn phí và tỷ lệ từng xét nghiệm HIV trong 6 tháng qua có xu hướng giảm. Điều này có thể được giải thích là do ảnh hưởng của dịch COVID-19 và sự cắt giảm số lượng nhân viên tiếp cận cộng đồng khi Chương trình mục tiêu Y tế - Dân số kết thúc vào năm 2020. Kết quả này đã cho thấy tầm quan trọng của các chương trình can thiệp tại địa phương, do đó tại Đồng Nai cần tiếp tục duy trì và tăng cường hơn nữa độ bao phủ của chương trình can thiệp dự phòng và các dịch vụ chăm sóc điều trị để mang lại hiệu quả của chương trình phòng, chống HIV/AIDS trên địa bàn.

Trong nghiên cứu chưa làm nổi bật được thông tin về việc sử dụng BCS khi quan hệ tình dục với gái mại dâm của đối tượng nghiên cứu. Đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu tại tỉnh. Các năm tiếp theo thực hiện GSTĐ trên nhóm nam NCMT cần tập trung khai thác sâu hơn vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy tại Đồng Nai, giai đoạn 2017 - 2021 có xu hướng giảm từ 13,7% năm 2017 xuống 5% năm 2021. Nhóm nghiện chích ma túy có độ tuổi trung bình là 31,8, trình độ học vấn là trung học cơ sở chiếm 47,4% và nhóm có thời gian tiêm chích ma túy trên 5 năm là 59,7%. Tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm sạch trong 6 tháng qua là 10,6% và có quan hệ với phụ nữ bán dâm trong 12 tháng qua là 17,4%. Trong khi đó có 55,5% không được tiếp cận bơm kim tiêm sạch trong 12 tháng qua. Sử dụng chung bơm kim tiêm và thời gian tiêm chích ma túy là các yếu tố nguy cơ làm lây nhiễm HIV trong nam nghiện chích ma túy tại Đồng Nai, giai đoạn

2017 - 2021. Do đó các biện pháp can thiệp giảm tác hại như tăng cường tiếp cận bơm kim tiêm sạch, nâng cao nhận thức và hành vi cần tiếp tục củng cố và duy trì.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Đồng Nai; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vũ Thượng, Lê Ngọc Tú, Khuru Văn Nghĩa, và cộng sự. Thực trạng xét nghiệm HIV và một số yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại một số tỉnh khu vực phía Nam, Việt Nam, 2021. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (4PB): 149 – 156.
2. Bộ Y tế. Quyết định về việc phê duyệt kế hoạch giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi của các tỉnh, thành phố năm 2016. Số 1955/QĐ-BYT, ngày 20/05/2016.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Số 09/2012/TT-BYT, ngày 24/05/2012.
4. Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Duy Phúc. Nhiễm HIV và các yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại vùng Đông Nam Bộ, Việt Nam, 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30 (3): 120 – 127.
5. Lê Quang Minh, Trương Tấn Nam, Dương Công Thành, và cộng sự. Chiều hướng nhiễm HIV và sự thay đổi một số hành vi, thực hành phòng lây nhiễm HIV của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Thành phố Đà Nẵng, Việt Nam, 2010 - 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 9 (182): 101 – 108.

TEMPORAL TREND OF HIV PREVALENCE AND ITS ASSOCIATED FACTORS AMONG MALE PEOPLES WHO INJECT DRUGS IN DONG NAI PROVINCE IN THE 2017 - 2021 PERIOD

Vu Thanh Cong¹, Tran Minh Hoa¹, Tran Ngoc Quang¹, Nguyen Xuan Quang¹,
Pham Van Thanh¹, Nguyen Thi Ban¹, Bui Hoang Duc², Phan Dang Than³,
Pham Hong Thang³

¹*Center for Disease Control and Prevention of Dong Nai Province*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

A cross - sectional study was conducted to describe trends and several associated factors of HIV infection among male people who inject drugs (PWIDs) through HIV sentinel surveillance plus behaviors during 2017 - 2021 in Dong Nai province. Participants were men aged 16 years and older, who were living or working in Dong Nai province and had injected drugs within 1 month before the survey. The results showed that the average age was 31.8 years old, 46% were unmarried and 47.4% had a junior high school degree. The average age of beginning to inject drugs was 23.9 years old, and the average number of years of drug injection was 7.6 years, of which PWIDs over 5 years accounted for 59.7%. In addition. The

HIV prevalence tends to decrease over years from 12.7% (2017) to 8% (2019) and 5.5% (2021) ($p < 0.001$). Logistic regression models showed that male PWIDs who have shared needles within the past 6 months were more likely to have HIV infection than those who did not share needles (aOR: 2.42; 95%CI: 1.21 - 4.82; $p = 0.012$). Male people who inject drugs over 5 years had a higher likelihood of having HIV infection (aOR: 3.84; 95%CI: 1.92 - 7.69; $p < 0.001$). Harm reduction interventions should continue with high - risk groups to reduce HIV transmission among male PWIDs and the community.

Keywords: Male people who inject drugs; sentinel surveillance; HIV; temporal trend

XU HƯỚNG NHIỄM HIV VÀ GIANG MAI Ở QUẦN THỂ NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI VIỆT NAM QUA GIÁM SÁT TRỌNG ĐIỂM LÒNG GHÉP HÀNH VI, GIAI ĐOẠN 2015 - 2020

Nguyễn Vũ Thượng^{1*}, Lê Quang Thủ¹, Nguyễn Duy Phúc¹, Nguyễn Vũ Nhật Thành¹, Lê Ngọc Tú¹, Phạm Thị Minh Hằng¹, Bùi Hoàng Đức², Phạm Đức Mạnh², Trần Phúc Hậu¹, Khuru Văn Nghĩa¹

¹*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

²*Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu sử dụng số liệu giám sát trọng điểm nhằm xác định xu hướng nhiễm HIV và giang mai ở quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại Việt Nam trong giai đoạn 2015 - 2020. Số liệu được thu thập hàng năm theo phương pháp chọn mẫu cụm hai giai đoạn. Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV cũng như giang mai có xu hướng gia tăng, lần lượt 5,1% và 1,6% trong năm 2015 và tăng lên 13,4% và 14,2% năm 2020. Một số kết quả liên quan đến hành vi như tỷ lệ luôn sử dụng bao cao su (BCS) chỉ đạt 43,6% năm 2020; tỷ lệ bán dâm nam cao nhất là 22,6% trong năm 2016; tỷ lệ MSM quan hệ tình dục (QHTD) tập thể và có sử dụng ma túy trong năm 2020 lần lượt là 13,6% và 11,6%. Gần 40% chưa từng nhận BCS miễn phí và chỉ 55% có xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua. Có đến 96,9% đang điều trị ARV trong số những MSM biết bản thân mình nhiễm HIV và hơn 98,3% MSM tham gia điều trị có mức tải lượng vi rút dưới ngưỡng ức chế. Tỷ lệ nhiễm HIV và giang mai có xu hướng gia tăng trong giai đoạn 2015 - 2020, với tỷ lệ cao các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV như QHTD tập thể/không an toàn, sử dụng ma túy, mua bán dâm. Cần đẩy mạnh chương trình can thiệp dự phòng để khống chế sự lây lan HIV/STI ở nhóm MSM tại Việt Nam.

Từ khoá: HIV; giang mai; nam quan hệ tình dục đồng giới; giám sát trọng điểm; Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính đến năm 2021, cả thế giới ước tính có khoảng 38,4 triệu người đang sống với HIV/AIDS [1]. Trong đó, có đến 70% số người nhiễm nằm trong các quần thể nguy cơ cao như nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), phụ nữ bán dâm và người tiêm chích ma túy [1]. Số liệu của tổ chức UNAIDS cũng cho thấy nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 28 lần ở nhóm MSM so với nam giới chung [1]. Xu hướng về tỷ lệ nhiễm HIV trong thời gian gần đây ở quốc gia phát triển và khu vực Đông Nam Á như Mỹ, Indonesia đều cho thấy sự gia tăng trong nhóm MSM [2, 3].

Việt Nam là một trong các điểm nóng của dịch HIV với ước tính khoảng 240.000 người hiện nhiễm [4]. Các báo cáo cho thấy rằng MSM có tham gia vào nhiều hành vi nguy cơ dẫn đến gia tăng nguy cơ nhiễm HIV như sử dụng ma túy, chất kích thích và quan hệ tình dục không an toàn qua đường hậu môn [5]. Nghiên cứu thực hiện năm 2019 tại đồng bằng sông Cửu Long ghi nhận tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm MSM là 16,2% [6].

Hoạt động giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi (HSS+) đã được ban hành và thực hiện theo hướng dẫn thông tư 09 của Bộ Y tế từ năm 2012 [7]. Tuy nhiên, qua nhiều năm

*Tác giả: Nguyễn Vũ Thượng

Địa chỉ: Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0903 121 112

Email: nguyen.thuong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19/10/2022

Ngày phản biện: 10/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

thực hiện hoạt động, các số liệu hiện tại vẫn chỉ dừng lại ở mức báo cáo chia sẻ nội bộ mà chưa có một công bố chính thức. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá xu hướng nhiễm HIV và giang mai ở quần thể nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam. Kết quả của nghiên cứu sẽ là cơ sở cung cấp các bằng chứng khoa học giúp cải thiện chương trình can thiệp ở quần thể MSM trong tương lai.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 16 tuổi trở lên có quan hệ tình dục (QHTD) qua đường hậu môn bạn tình nam trong vòng 12 tháng trước điều tra.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Số liệu được thu thập tại tất cả các tỉnh tham gia HSS+ ở nhóm MSM trên toàn quốc theo quy định từ năm 2015 đến 2020 (Năm 2019 không triển khai HSS+ trên nhóm MSM), cụ thể có tổng cộng 15 tỉnh tham gia trong giai đoạn này (Bảng 1).

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6 đến tháng 9 của mỗi năm khảo sát.

Bảng 1. Cỡ mẫu giám sát trọng điểm HIV/STI ở MSM tại các tỉnh/thành phố, 2015 - 2020

Tỉnh/Thành Phố	2015	2016	2017	2018	2020
Hồ Chí Minh	280	300	300	246	300
Hà Nội	200	200	200	199	200
Khánh Hòa	150	150	150	150	150
Cần Thơ	150	150	150	299	300
An Giang	141	150	149	200	200
Hải Phòng	150	150	-	149	148
Kiên Giang	97	-	-	150	147
Đồng Nai	150	-	-	200	-
Đồng Tháp	200	-	-	-	-
Sóc Trăng	150	-	-	-	-
Cà Mau	116	-	-	-	-
Bà Rịa - Vũng Tàu	-	-	150	200	-
Thái Nguyên	-	-	150	-	-
Bình Dương	-	-	200	-	-
Thừa Thiên Huế	-	-	-	-	150
Tổng	1.784	1.100	1.449	1.793	1.595

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Căn cứ theo thông tư 09/2012/TT-BYT và tính khả thi, các tỉnh xây dựng kế hoạch thu thập mẫu dao động từ 150 đến 300 [7]. Cỡ mẫu cụ thể được mô tả ở bảng 1.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Các mẫu được chọn dựa trên quy trình

chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV (HSS), HSS+ do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành, các tỉnh tiến hành xác định số lượng MSM trên địa bàn từng xã/phường [8]. Tại mỗi tỉnh trọng điểm, nhân viên chuyên trách HIV/AIDS của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh sẽ chọn 2 - 5 huyện có số lượng MSM cao nhất để thực hiện GSTĐ.

2.6 Biến số nghiên cứu

Có bốn nhóm biến số chính được phân tích trong nghiên cứu. Nhóm biến số về đặc tính dân

số xã hội bao gồm tuổi, tình trạng hôn nhân. Nhóm biến số về hành vi bao gồm tuổi quan hệ tình dục lần đầu qua đường hậu môn với bạn tình nam, tần suất quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam trong 1 tháng qua, luôn dùng BCS khi QHTD với bạn tình nam/tháng qua, dùng BCS ở lần QHTD gần đây nhất, đã từng bán dâm, đã từng quan hệ tình dục tập thể, đã từng sử dụng ma túy. Nhóm biến số về tiếp cận chương trình bao gồm đã từng nhận BCS miễn phí, đã từng nhận được tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn, khám STI trong 3 tháng qua, đã từng điều trị methadone.

Nhóm biến số về chăm sóc và điều trị HIV gồm xét nghiệm HIV, đã từng điều trị ARV, xét nghiệm TLVR, tỷ lệ hiện nhiễm HIV, tỷ lệ hiện nhiễm giang mai.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đồng đẳng viên/nhân viên tiếp cận cộng đồng mời MSM đủ tiêu chuẩn (nam từ 16 tuổi trở lên, có QHTD qua đường hậu môn với bạn tình nam/12 tháng qua và sinh hoạt tại các tụ điểm được chọn ngẫu nhiên từ bản đồ điểm nóng) tham gia điều tra. Nhân viên y tế (đã qua tập huấn) phỏng vấn trực tiếp MSM bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn theo hướng dẫn của quy trình chuẩn triển khai GSTĐ HIV (HSS), HSS+ do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành (bao gồm các đặc tính dân số xã hội, hành vi QHTD, sử dụng ma túy, tiếp cận chương trình can thiệp giảm tác hại và tiếp cận điều trị thuốc kháng HIV) [8]. Ngoài ra, mẫu máu tĩnh mạch của người tham gia cũng được nhân viên y tế thu thập để xét nghiệm HIV và giang mai. Xét nghiệm huyết thanh học HIV được thực hiện theo chiến lược III của hướng dẫn quốc gia tại Trung Tâm Phòng Chống (TTPC) HIV/AIDS hoặc Trung tâm Kiểm soát bệnh tật (TTKSBT) của các tỉnh/thành phố, xét nghiệm tải lượng vi rút (TLVR) được thực hiện tại Viện Pasteur TP. HCM (đối với các tỉnh phía Nam) và Viện VSDT Trung ương (đối với các tỉnh phía Bắc), xét nghiệm giang mai được sàng lọc bằng RPR và khẳng định bằng TPHA tại TTPC HIV/AIDS/TTKSBT hoặc bệnh viện đa liệu tuyến tỉnh.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi Info, làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 16.0 (Stata Corp, Station, TX, Hoa Kỳ). Sử dụng thống kê mô tả để phân tích dữ liệu. Tỷ lệ phần trăm và khoảng tin cậy 95% dùng để mô tả biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn, trung vị và biến thiên dùng để mô tả biến định lượng.

Ngoài ra, chúng tôi có sử dụng kết quả xét nghiệm TLVR để đối chiếu với thông tin tự báo cáo về tình trạng nhiễm HIV và tình trạng điều trị ARV để hạn chế sai số. Người tham gia sẽ tự báo cáo về tình trạng HIV của mình, bao gồm: Âm tính, dương tính hoặc không biết, không trả lời. Những người tự báo cáo là HIV dương tính được coi là đã biết tình trạng nhiễm của họ. Để xác minh lại thông tin này, chúng tôi giả định rằng người tham gia có kết quả xét nghiệm HIV dương tính và có TLVR < 200 bản sao/ml phải biết tình trạng nhiễm của họ và khả năng họ đang điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) ngay cả khi họ tự báo cáo là âm tính hoặc không biết, không trả lời. Điều này cũng được thực hiện tương tự đối với việc xác minh thông tin về việc điều trị ARV ở những người HIV dương tính. Chúng tôi giả định rằng tất cả những người tham gia có kết quả xét nghiệm HIV dương tính và có TLVR < 200 bản sao/ml là đang được điều trị ARV (Kết quả được trình bày ở bảng 6).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

GSTĐ tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư 09/2012/TT - BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế và tuân thủ qui trình chuẩn HSS quốc gia của Cục phòng, chống HIV/AIDS [7, 8].

III. KẾT QUẢ

Bảng 2 cho thấy cơ cấu nhân khẩu học của MSM trong các mẫu từ năm 2015 đến năm 2020. Trong vòng điều tra năm 2020 gần đây nhất, phần lớn MSM được lấy mẫu dưới 25 tuổi (52,1%) và có tình trạng độc thân (83,6%). Độ tuổi trung bình của MSM trong điều tra năm 2020 là 26,7 và tuổi trung vị là 24,8 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2015 – 2020 (n = 7.721)

Đặc điểm	Năm; n (%; KTC 95%)				
	2015 (n ₁ = 1.784)	2016 (n ₂ = 1.100)	2017 (n ₃ = 1.449)	2018 (n ₄ = 1.793)	2020 (n ₅ = 1.595)
Tuổi (năm)					
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	27,8 (8,5)	27,8 (7,7)	26,8 (7,4)	27,2 (8,0)	26,7 (7,6)
Trung vị (biến thiên)	25,2 (16,1 - 63,1)	26,0 (16,1 - 72,2)	25,1 (16,1 - 63,0)	25,3 (16,0 - 61,3)	24,8 (16,2 - 68,0)
Khoảng tin cậy 95%	25,9 - 29,6	26,6 - 29,1	24,8 - 28,5	25,6 - 28,7	25,3 - 28,1
Nhóm tuổi					
16 - 17	48 (2,7; 1,3 - 5,4)	26 (2,4; 1,1 - 5,0)	37 (2,6; 1,2 - 7,2)	77 (4,3; 2,8 - 6,6)	49 (3,1; 1,7 - 5,7)
18 - 24	809 (45,3; 37,6 - 53,3)	436 (39,6; 32,3 - 47,4)	682 (47,1; 38,1 - 60,5)	782 (43,8; 36,1 - 51,9)	776 (49,0; 41,8 - 56,3)
25 - 29	463 (26,0; 22,1 - 30,3)	327 (29,7; 24,3 - 35,7)	389 (26,8; 20,1 - 31,3)	464 (26,0; 22,1 - 30,3)	410 (25,9; 21,1 - 31,4)
30 - 39	270 (15,1; 11,2 - 20,1)	210 (19,1; 13,6 - 26,2)	223 (15,4; 8,1 - 22,6)	313 (17,5; 13,4 - 22,6)	220 (13,9; 10,7 - 17,8)
40 - 49	154 (8,6; 5,3 - 13,8)	89 (8,1; 4,7 - 13,5)	109 (7,5; 3,9 - 15,5)	117 (6,6; 4,0 - 10,6)	97 (6,1; 3,6 - 10,2)
50+	40 (2,2; 0,8 - 6,4)	12 (1,1; 0,5 - 2,4)	9 (0,6; 0,3 - 1,7)	31 (1,7; 1,0 - 3,0)	32 (2,0; 1,1 - 3,6)
Tình Trạng hôn nhân					
Độc thân	1308 (73,3; 63,0 - 81,6)	833 (75,7; 60,4 - 86,5)	1086 (74,9; 66,2 - 82,3)	1461 (81,5; 74,7 - 86,8)	1333 (83,6; 74,6 - 89,8)
Đã kết hôn	81 (4,5; 2,9 - 7,1)	70 (6,4; 3,8 - 10,5)	83 (5,7; 2,7 - 9,2)	84 (4,7; 2,9 - 7,5)	48 (3,0; 1,7 - 5,2)
Ly dị	128 (7,2; 4,7 - 10,9)	55 (5,0; 2,5 - 9,9)	79 (5,5; 2,6 - 9,3)	66 (3,7; 2,4 - 5,7)	46 (2,9; 1,4 - 5,9)
Ly thân	19 (1,1; 0,6 - 1,8)	22 (2,0; 1,1 - 3,7)	14 (1,0; 0,5 - 1,8)	23 (1,3; 0,7 - 2,4)	7 (0,4; 0,2 - 1,1)
Góa	24 (1,3; 0,5 - 3,8)	7 (0,6; 0,2 - 2,5)	7 (0,5; 0,1 - 1,8)	5 (0,3; 0,1 - 1,0)	5 (0,3; 0,1 - 0,8)
Sống với bạn tình nữ	8 (0,4; 0,1 - 1,4)	11 (1,0; 0,3 - 3,2)	8 (0,6; 0,1 - 1,0)	3 (0,2; 0 - 0,8)	0 (0)
Sống với bạn tình nam	216 (12,1; 7,7 - 18,6)	102 (9,3; 4,4 - 18,5)	172 (11,9; 7,9 - 21,2)	151 (8,4; 5,8 - 12,2)	156 (9,8; 4,9 - 18,7)

n₁, n₂, n₃, n₄, n₅: Cỡ mẫu theo từng năm; n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%.

Bảng 3. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và giang mai theo nhóm tuổi ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2015 - 2020 (n = 7.721)

Đặc tính	Năm; n (%; KTC 95%)				
	2015 (n ₁ = 1.784)	2016 (n ₂ = 1.100)	2017 (n ₃ = 1.449)	2018 (n ₄ = 1.793)	2020 (n ₅ = 1.595)
Nhóm MSM chung					
Kết quả xét nghiệm HIV					
Dương tính*	91 (5,1; 3,4 - 7,5)	90 (8,2; 4,7 - 13,8)	181 (12,5; 10,4 - 18,7)	204 (11,4; 9,1 - 14,1)	213 (13,4; 10,1 - 17,5)
Âm tính	1693 (94,9; 92,5 - 96,6)	1010 (91,8; 86,2 - 95,3)	1268 (87,5; 81,3 - 89,6)	1589 (88,6; 85,9 - 90,9)	1382 (86,6; 82,5 - 89,9)
Kết quả xét nghiệm giang mai					
Dương tính*	23 (2,4; 1,2 - 4,8)	37 (4,9; 3,2 - 7,6)	56 (9,3; 5,9 - 14,5)	80 (6,7; 4,2 - 10,6)	157 (12,6; 8,6 - 18,2)
Âm tính	945 (97,6; 95,2 - 98,8)	713 (95,1; 92,4 - 96,8)	543 (90,7; 85,5 - 94,1)	1114 (93,3; 89,4 - 95,8)	1087 (87,4; 81,8 - 91,4)
Nhóm MSM < 25 tuổi					
Kết quả xét nghiệm HIV					
Dương tính	45 (5,3; 3,5 - 7,8)	46 (10,0; 5,6 - 17,1)	87 (12,1; 8,7 - 19,0)	96 (11,2; 8,1 - 15,2)	108 (13,1; 9,0 - 18,6)
Âm tính	812 (94,7; 92,2 - 96,5)	416 (90,0; 82,9 - 94,4)	632 (87,9; 81,0 - 91,3)	763 (88,8; 84,8 - 91,9)	717 (86,9; 81,4 - 91,0)
Kết quả xét nghiệm giang mai					
Dương tính	7 (1,6; 0,6 - 4,1)	23 (7,1; 4,6 - 10,6)	27 (9,8; 6,6 - 14,3)	38 (6,6; 3,7 - 11,6)	83 (14,2; 8,7 - 22,3)
Âm tính	437 (98,4; 95,9 - 99,4)	303 (92,9; 89,4 - 95,4)	249 (90,2; 85,7 - 93,4)	538 (93,4; 88,4 - 96,3)	501 (85,8; 77,7 - 91,3)
Nhóm MSM ≥ 25 tuổi					
Kết quả xét nghiệm HIV					
Dương tính	46 (5,0; 3,1 - 8,0)	44 (6,9; 4,0 - 11,8)	94 (12,9; 10,7 - 20,8)	105 (11,4; 8,6 - 14,9)	104 (13,7; 10,6 - 17,5)
Âm tính	881 (95,0; 92,0 - 96,9)	594 (93,1; 88,2 - 96,0)	636 (87,1; 79,2 - 89,3)	820 (88,6; 85,1 - 91,4)	655 (86,3; 82,5 - 89,4)
Kết quả xét nghiệm giang mai					
Dương tính	16 (3,1; 1,2 - 7,4)	14 (3,3; 1,9 - 5,7)	29 (9,0; 4,6 - 16,7)	41 (6,7; 4,0 - 11,0)	73 (11,2; 8,3 - 15,1)
Âm tính	508 (96,9; 92,6 - 98,8)	410 (96,7; 94,3 - 98,1)	294 (91,0; 83,3 - 95,4)	568 (93,3; 89,0 - 96,0)	576 (88,8; 84,9 - 91,7)

n₁, n₂, n₃, n₄, n₅: Cỡ mẫu theo từng năm; n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%. Những tính/thành phố có thực hiện xét nghiệm giang mai: Hồ Chí Minh, An Giang, Kiên Giang, Cà Mau, Khánh Hòa, Hải Phòng; * p trend < 0,001

Năm 2020, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 13,4% (KTC 95% 10,1 - 17,5), tăng từ 5,1% năm 2015 (KTC 95% 3,4 - 7,5) (Bảng 3). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM < 25 tuổi là 13,1% (KTC 95% 9,0 - 18,6) vào năm 2020, tăng từ 5,3% (KTC 95% 3,5 - 7,8) năm 2015. Trong nhóm MSM ≥ 25 tuổi, HIV tăng lên 13,7%. (KTC 95% 10,6 - 17,5) vào năm 2020 từ 5,0% (95% CI 3,1 - 8,0) năm 2015.

Năm 2020, tỷ lệ lưu hành giang mai là 12,6% (KTC 95% 8,6 - 18,2) tăng từ 2,4% (KTC 95% 1,2 - 4,8) năm 2015. Ở nhóm MSM < 25 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh giang mai tăng lên 14,2% (KTC 95% 8,7 - 22,3) vào năm 2020 từ 1,6% (KTC

95% 0,6 - 4,1) năm 2015. Ở nhóm MSM ≥ 25 tuổi, tỷ lệ lưu hành giang mai tăng lên 11,2% (KTC 95% 8,3 - 15,1) vào năm 2020 từ 3,1% (KTC 95% 1,2 - 7,4) vào năm 2015.

Ở đợt GSTĐ năm 2020: Phần lớn (55,9%) MSM bắt đầu QHTD qua đường hậu môn với nam giới trong độ tuổi từ 18 đến 24, với gần một phần ba (30,7%) QHTD qua đường hậu môn trước 18 tuổi; ít hơn một nửa (43,6%) MSM cho biết họ luôn sử dụng BCS khi QHTD qua đường hậu môn; 58,6% sử dụng BCS ở lần QHTD gần nhất. Các chỉ số về hành vi phòng ngừa này ít thay đổi kể từ năm 2015. Có 13,8% MSM trả lời đã từng bán dâm trong năm 2020, mức thấp nhất kể từ năm 2015 (Bảng 4).

Bảng 4. Đặc điểm hành vi nguy cơ ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2015 – 2020 (n = 7.721)

Đặc điểm	Năm; n (%; KTC 95%)				
	2015 (n ₁ = 1.784)	2016 (n ₂ = 1.100)	2017 (n ₃ = 1.449)	2018 (n ₄ = 1.793)	2020 (n ₅ = 1.595)
Tuổi quan hệ tình dục lần đầu qua đường hậu môn với bạn tình nam					
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	21,6 (5,8)	22,0 (5,9)	21,2 (5,0)	21,1 (5,9)	20,7 (5,5)
Trung vị (biến thiên)	20,3 (10,0 - 56,5)	20,9 (10,0 - 65,6)	20,0 (10,0 - 50,6)	19,6 (10,0 - 54,1)	19,3 (10,0 - 60,1)
KTC 95%	20,5 - 22,6	21,0 - 23,1	20,2 - 21,8	20,3 - 22,0	19,9 - 21,4
Tuổi quan hệ tình dục lần đầu qua đường hậu môn với bạn tình nam theo 6 nhóm tuổi (năm)					
< 18	405 (23,1; 17,2 - 30,2)	223 (20,7; 15,3 - 27,4)	351 (24,7; 19,7 - 34,8)	531 (30,3; 25,8 - 35,3)	471 (30,7; 24,5 - 37,6)
18 - 24	1064 (60,6; 52,9 - 67,8)	647 (60,1; 53,1 - 66,8)	838 (58,9; 50,0 - 66,5)	927 (53,0; 48,9 - 57,0)	859 (55,9; 48,9 - 62,7)
25 - 29	142 (8,1; 6,1 - 10,6)	124 (11,5; 8,0 - 16,4)	154 (10,8; 6,1 - 14,4)	158 (9,0; 6,6 - 12,3)	116 (7,6; 5,3 - 10,6)
30 - 39	107 (6,1; 4,1 - 9,0)	61 (5,7; 3,2 - 9,9)	63 (4,4; 2,5 - 6,7)	102 (5,8; 3,7 - 9,0)	64 (4,2; 2,5 - 6,9)
40 - 49	33 (1,9; 0,6 - 6,0)	18 (1,7; 0,8 - 3,7)	16 (1,1; 0,7 - 2,5)	30 (1,7; 1,0 - 2,8)	20 (1,3; 0,7 - 2,3)
50+	5 (0,3; 0,1 - 1,5)	3 (0,3; 0,1 - 0,9)	1 (0,1; 0 - 0,6)	2 (0,1; 0 - 0,5)	6 (0,4; 0,2 - 1,0)
Tuổi quan hệ tình dục lần đầu qua đường hậu môn với bạn tình nam theo 2 nhóm tuổi (năm)					
< 18	405 (23,1; 17,2 - 30,2)	223 (20,7; 15,3 - 27,4)	351 (24,7; 19,7 - 34,8)	531 (30,3; 25,8 - 35,3)	471 (30,7; 24,5 - 37,6)
18+	1351 (76,9; 69,8 - 82,8)	853 (79,3; 72,6 - 84,7)	1072 (75,3; 65,2 - 80,3)	1219 (69,7; 64,7 - 74,2)	1065 (69,3; 62,4 - 75,5)
Tuần suất quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam trong 1 tháng qua					
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	6,0 (7,3)	6,9 (8,6)	5,4 (5,9)	6,1 (10,1)	4,5 (5,0)
Trung vị (Biến thiên)	4,0 (1,0 - 152,0)	3,0 (1,0 - 65,0)	4,0 (1,0 - 80,0)	3,0 (1,0 - 200,0)	3,0 (1,0 - 81,0)
KTC 95%	4,1 - 7,9	3,7 - 10,1	4,3 - 6,9	3,9 - 8,2	3,4 - 5,5
Tuần suất quan hệ tình dục đường hậu môn với bạn tình nam trong 1 tháng qua					
< 10	967 (81,5; 54,1 - 94,3)	554 (76,0; 56,0 - 88,7)	838 (85,2; 75,0 - 89,7)	976 (83,3; 73,6 - 90,0)	933 (89,2; 78,2 - 95,0)
10 - 19	197 (16,6; 4,6 - 45,3)	101 (13,9; 6,9 - 25,8)	105 (10,7; 6,8 - 18,7)	136 (11,6; 7,3 - 18,1)	98 (9,4; 3,7 - 21,6)
20 - 29	15 (1,3; 0,7 - 2,2)	46 (6,3; 2,8 - 13,6)	25 (2,5; 1,8 - 5,1)	29 (2,5; 1,3 - 4,6)	12 (1,1; 0,5 - 2,7)
30 - 39	4 (0,3; 0,1 - 1,1)	19 (2,6; 1,2 - 5,8)	11 (1,1; 0,4 - 4,5)	10 (0,9; 0,3 - 2,7)	1 (0,1; 0 - 0,6)
≥40	4 (0,3; 0,1 - 0,9)	9 (1,2; 0,4 - 3,7)	4 (0,4; 0,2 - 1,4)	20 (1,7; 0,5 - 5,5)	2 (0,2; 0 - 0,8)

Bảng 4. Đặc điểm hành vi nguy cơ ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2015 – 2020 (n = 7.721) (tiếp)

Đặc điểm	Năm; n (%; KTC 95%)				
	2015 (n ₁ = 1.784)	2016 (n ₂ = 1.100)	2017 (n ₃ = 1.449)	2018 (n ₄ = 1.793)	2020 (n ₅ = 1.595)
Luôn dùng BCS khi QHTD với bạn tình nam/tháng qua					
Không	535 (44,6; 30,3 - 59,9)	394 (53,6; 39,1 - 67,5)	498 (50,1; 44,5 - 66,0)	679 (57,6; 49,5 - 65,3)	591 (56,4; 47,9 - 64,5)
Có	664 (55,4; 40,1 - 69,7)	341 (46,4; 32,5 - 60,9)	496 (49,9; 34,0 - 55,5)	500 (42,4; 34,7 - 50,5)	457 (43,6; 35,5 - 52,1)
Dùng BCS ở lần QHTD gần đây nhất					
Không	403 (43,2; 37,0 - 49,6)	244 (38,9; 30,7 - 47,7)	373 (45,9; 38,6 - 53,4)	446 (41,2; 36,9 - 45,7)	412 (41,4; 35,1 - 48,1)
Có	530 (56,8; 50,4 - 63,0)	384 (61,1; 52,3 - 69,3)	440 (54,1; 46,6 - 61,4)	636 (58,8; 54,3 - 63,1)	582 (58,6; 51,9 - 64,9)
Đã từng bán dâm					
Không	1511 (84,7; 79,4 - 88,8)	851 (77,4; 66,4 - 85,5)	1234 (85,2; 76,2 - 91,2)	1481 (82,7; 75,4 - 88,1)	1370 (86,2; 78,5 - 91,4)
Có	273 (15,3; 11,2 - 20,6)	249 (22,6; 14,5 - 33,6)	215 (14,8; 8,8 - 23,8)	310 (17,3; 11,9 - 24,6)	220 (13,8; 8,6 - 21,5)
Đã từng quan hệ tình dục tập thể					
Không	1642 (92,0; 87,0 - 95,2)	979 (89,0; 77,0 - 95,1)	1297 (89,6; 84,7 - 93,4)	1607 (89,7; 86,2 - 92,5)	1376 (86,4; 80,3 - 90,9)
Có	142 (8,0; 4,8 - 13,0)	121 (11,0; 4,9 - 23,0)	151 (10,4; 6,6 - 15,3)	184 (10,3; 7,5 - 13,8)	216 (13,6; 9,1 - 19,7)
Đã từng sử dụng ma túy					
Không	1520 (85,2; 77,3 - 90,7)	855 (77,7; 68,5 - 84,9)	1318 (91,0; 86,5 - 95,2)	1620 (90,4; 83,1 - 94,7)	1409 (88,4; 81,5 - 92,9)
Có	264 (14,8; 9,3 - 22,7)	245 (22,3; 15,1 - 31,5)	131 (9,0; 4,8 - 13,5)	172 (9,6; 5,3 - 16,9)	185 (11,6; 7,1 - 18,5)

n₁, n₂, n₃, n₄, n₅: Cỡ mẫu theo từng năm; n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; TLVL: Tài liệu vi rút. Xét nghiệm TLVR chỉ thực hiện từ năm 2018 (Riêng tại Khánh Hòa không thực nghiệm xét nghiệm TLVR)

Bảng 5. Đặc điểm tiếp cận dịch vụ can thiệp giảm tác hại ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2015 – 2020 (n = 7.721)

Đặc điểm	Năm; n (%; KTC 95%)			
	2015 (n ₁ = 1.784)	2016 (n ₂ = 1.100)	2017 (n ₃ = 1.449)	2020 (n ₅ = 1.595)
Đã từng nhận BCS miễn phí				
Không	800 (44,8; 33,9 - 56,3)	446 (40,5; 32,3 - 49,3)	544 (37,7; 28,9 - 47,6)	800 (44,7; 36,2 - 53,6)
Có	984 (55,2; 43,7 - 66,1)	654 (59,5; 50,7 - 67,7)	898 (62,3; 52,4 - 71,1)	985 (61,8; 52,8 - 70,1)
Đã từng nhận được tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn				
Không	-	-	321 (29,3; 22,4 - 37,2)	734 (41,0; 32,0 - 50,8)
Có	-	-	776 (70,7; 62,8 - 77,6)	1055 (59,0; 49,2 - 68,0)
Khám STI trong 3 tháng qua				
Không	1534 (86,0; 77,2 - 91,8)	919 (83,5; 76,9 - 88,6)	1099 (76,0; 69,5 - 85,7)	1569 (87,7; 84,5 - 90,2)
Có	249 (14,0; 8,2 - 22,8)	181 (16,5; 11,4 - 23,1)	348 (24,0; 14,3 - 30,5)	221 (12,3; 9,8 - 15,5)
Đã từng điều trị methadone				
Không	21 (84,0; 55,8 - 95,6)	21 (70,0; 34,7 - 91,1)	77 (82,8; 64,4 - 93,6)	138 (80,2; 59,8 - 91,7)
Có	4 (16,0; 4,4 - 44,2)	9 (30,0; 8,9 - 65,3)	16 (17,2; 6,4 - 35,6)	34 (19,8; 8,3 - 40,2)

n₁, n₂, n₃, n₄, n₅: Cỡ mẫu theo từng năm; n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; BCS: Bao cao su

Năm 2020, 2/3 (67,0%) số người tham gia đã từng được tư vấn về tình dục an toàn và bao cao su (Bảng 5). Tuy nhiên, chỉ một phần tư số người tham gia (24,5%) đã khám STI trong 3 tháng qua. Mặc dù các chỉ số về khả năng tiếp cận chương trình thay đổi theo thời gian, nhưng không có sự tăng hoặc giảm nhất quán nào được thể hiện rõ ràng.

Bảng 6. Chăm sóc và điều trị HIV liên tục ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2015 – 2020 (n = 7.721)

Đặc điểm	Năm; n (%; KTC 95%)				
	2015 (n ₁ = 1.784)	2016 (n ₂ = 1.100)	2017 (n ₃ = 1.449)	2018 (n ₄ = 1.793)	2020 (n ₅ = 1.595)
Xét nghiệm HIV					
Lần xét nghiệm HIV gần nhất					
Trong 6 tháng qua	242 (13,6; 8,7 - 20,5)	272 (24,7; 20,1 - 30,0)	396 (27,3; 22,5 - 38,8)	439 (24,5; 17,5 - 33,2)	578 (36,3; 27,2 - 46,4)
6 - 12 tháng qua	363 (20,4; 13,7 - 29,2)	204 (18,5; 12,8 - 26,1)	267 (18,4; 13,2 - 22,7)	325 (18,1; 13,9 - 23,3)	300 (18,8; 12,7 - 27,1)
> 12 tháng	467 (26,2; 15,1 - 41,4)	261 (23,7; 19,5 - 28,5)	325 (22,4; 14,8 - 32,3)	427 (23,8; 17,6 - 31,5)	355 (22,3; 17,7 - 27,6)
Chưa từng xét nghiệm	711 (39,9; 28,4 - 52,6)	363 (33,0; 26,7 - 39,9)	460 (31,8; 23,7 - 37,5)	600 (33,5; 27,4 - 40,2)	361 (22,6; 17,6 - 28,6)
Biết về tình trạng HIV					
Không	761 (42,7; 31,2 - 55,1)	405 (36,8; 30,4 - 43,8)	507 (35,0; 26,9 - 40,5)	653 (36,4; 30,4 - 43,0)	417 (26,2; 20,6 - 32,6)
Có	1022 (57,3; 44,9 - 68,8)	695 (63,2; 56,2 - 69,6)	940 (65,0; 59,5 - 73,1)	1139 (63,6; 57,0 - 69,6)	1177 (73,8; 67,4 - 79,4)
Mức tiêu 90-90-90 ở MSM biết tình trạng nhiễm HIV (đã hiệu chỉnh sai số dựa vào kết quả phỏng vấn và TLVR)					
Biết về tình trạng HIV (+)					
Không	76 (83,5; 67,0 - 92,7)	59 (65,6; 46,9 - 80,4)	144 (79,6; 65,1 - 88,2)	94 (46,1; 36,0 - 56,5)	117 (54,9; 44,5 - 65,0)
Có	15 (16,5; 7,3 - 33,0)	31 (34,4; 19,6 - 53,1)	37 (20,4; 11,8 - 34,9)	110 (53,9; 43,5 - 64,0)	96 (45,1; 35,0 - 55,5)
Đang điều trị ARV					
Không	6 (40,0; 9,0 - 81,7)	11 (35,5; 18,5 - 57,1)	9 (24,3; 13,3 - 40,2)	7 (6,4; 2,6 - 14,6)	3 (3,1; 0,9 - 10,8)
Có	9 (60,0; 18,3 - 91,0)	20 (64,5; 42,9 - 81,5)	28 (75,7; 59,8 - 86,7)	103 (93,6; 85,4 - 97,4)	93 (96,9; 89,2 - 99,1)
TLVR ức chế (< 1000 copies/ml)					
Không	-	-	-	4 (5,2; 1,6 - 15,9)	1 (1,7; 0,2 - 14,2)
Có	-	-	-	73 (94,8; 84,1 - 98,4)	59 (98,3; 85,8 - 99,8)

n₁, n₂, n₃, n₄, n₅: Cỡ mẫu theo từng năm; n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; TLVR: Tải lượng vi rút

Trong đợt HSS + năm 2020, 77,4% số MSM đã từng xét nghiệm HIV, với 36,3% thực hiện xét nghiệm trong 6 tháng trước cuộc khảo sát. Nhìn chung, 73,8% MSM biết tình trạng nhiễm HIV của mình. Sau khi sửa chữa sai lệch về tự báo cáo, 45,1% MSM sống chung với HIV nhận

thức được tình trạng của mình, trong đó 96,9% đang điều trị ARV, trong đó 98,3% đã giảm tải lượng vi rút vào năm 2020. Cả nhận thức về tình trạng HIV và tỷ lệ bao phủ điều trị ARV đều tăng đáng kể từ năm 2013. Đáng chú ý, TLVR chỉ được đo trong năm 2018 và 2020.

Bảng 7. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng giới theo nhóm tuổi tại các tỉnh/thành phố triển khai giám sát trọng điểm HIV/STI năm 2020

Tỉnh/thành	< 25 tuổi			≥ 25 tuổi			Toàn bộ		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Miền Bắc	235	9	3,8	113	12	10,6	348	21	6,0
Miền Trung	109	10	9,2	180	20	11,1	300	31	10,3
Miền Nam	481	89	18,5	466	72	15,5	947	161	17,0

Miền Bắc: Hà Nội, Hải Phòng; Miền Trung: Thừa Thiên Huế, Khánh Hòa; Miền Nam: Hồ Chí Minh, An Giang, Kiên Giang, Cần Thơ

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV rất khác nhau giữa các tỉnh thực hiện GSTĐ (Bảng 7), dao động từ 4,0% ở Hà Nội đến 22,7% ở Cần Thơ. Trong nhóm MSM < 25 tuổi, tỷ lệ hiện nhiễm HIV dao động từ 3,0% ở Hà Nội đến 23,1% ở Cần Thơ. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM ≥ 25 tuổi dao động từ 7,8% ở Thừa Thiên Huế đến 21,9% ở Cần Thơ.

IV. BÀN LUẬN

Nam quan hệ tình dục đồng giới được xem là quần thể nguy cơ cao lây nhiễm HIV ở nhiều nước thu nhập thấp và trung bình [9]. Đánh giá đặc điểm của quần thể này cũng như các hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ dự phòng là cần thiết nhằm định hướng cho các chương trình dự phòng can thiệp phù hợp với đặc thù riêng của quần thể. Nghiên cứu về xu hướng nhiễm HIV, giang mai ở MSM tại Việt Nam qua GSTĐ giai đoạn 2015 - 2020 cho thấy đa số MSM tập trung ở nhóm tuổi trẻ (18 - 29 tuổi, trung bình là 26,7 tuổi), hầu hết là độc thân, có tỷ lệ hiện nhiễm HIV và giang mai cao và có xu hướng gia tăng. Kết quả này tương đồng với các báo cáo đã được đề cập trong một số nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam [10, 11].

Trên thế giới, dịch HIV đang gia tăng ở nhóm MSM [12, 13], điều này cũng được chỉ ra trong GSTĐ tại Việt Nam. Nhìn chung, tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở mức cao và có chiều hướng gia tăng ở nhóm MSM trong giai đoạn 2015 - 2020. Trong năm 2020, tỷ lệ này ở các tỉnh khu vực phía Nam (Tp. Hồ Chí Minh, An Giang, Cần Thơ, Kiên Giang) cao hơn các tỉnh khu vực phía Bắc (Hà Nội, Hải Phòng, Thái Nguyên). Kết quả này có thể định hướng cho việc phân bổ nguồn lực cho các chương trình can thiệp giảm tác hại ở nhóm MSM. Nên chú trọng tập trung và đẩy mạnh hơn ở khu vực phía Nam nhằm kiểm soát tình hình dịch HIV. Theo kết quả ước tính năm 2016 của Cục phòng chống HIV/AIDS, số lượng MSM của toàn quốc là 178.000 người [14], đặt trong bối cảnh tỷ lệ nhiễm HIV gia tăng như đã đề cập, kết quả của nghiên cứu này cho thấy cần tăng cường các can thiệp hơn nữa nhằm kiểm soát tình hình dịch HIV tại Việt Nam.

Ngoài ra, việc nhiễm giang mai nói riêng và nhiễm các STI nói chung sẽ làm tăng nguy cơ đồng nhiễm HIV [15]. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ nhiễm giang mai ở MSM cao và có chiều hướng gia tăng trong giai đoạn 2015 - 2020. Do đó, các chương trình phòng chống HIV hiện tại cần lồng ghép với chương trình dự phòng giang mai/ STI ở nhóm MSM.

Một số hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV (mua bán dâm, QHTD tập thể, QHTD qua đường hậu môn ở độ tuổi trẻ) chiếm tỷ lệ khá cao ở MSM tại Việt Nam qua GSTĐ. QHTD không an toàn (không sử dụng bao cao su) với bạn tình nhiễm HIV được xem là hành vi nguy cơ rất cao dẫn đến lây nhiễm HIV ở MSM [16]. Nghiên cứu này chỉ ra tỷ lệ sử dụng BCS thấp ở MSM (Gần một nửa (43,6%) không sử dụng BCS thường xuyên khi quan hệ tình dục trong một tháng qua, chưa tới 2/3 có sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất trong khảo sát năm 2020). Trong khi đó, tỷ lệ tiếp cận chương trình can thiệp giảm tác hại chưa cao, chỉ 1/3 số MSM trong khảo sát năm 2020 đã từng nhận BCS miễn phí hoặc tư vấn QHTD an toàn. Do đó, những chương trình can thiệp như phân phát BCS và chất bôi trơn miễn phí cần hướng đến những MSM khó tiếp cận các chương trình này cũng như tăng cường truyền thông về QHTD an toàn cho cộng đồng MSM nói chung.

Chương trình chăm sóc điều trị ARV đã cho thấy những dấu hiệu tích cực, tuy nhiên vẫn tồn tại những khoảng trống nhất định đối với nhóm MSM nhiễm HIV. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ MSM biết tình trạng nhiễm của mình còn thấp (45,1%, năm 2020). Do đó, việc mở rộng và đa dạng hóa hình thức xét nghiệm HIV cũng nên được xem xét áp dụng nhằm đạt được mức độ bao phủ với tần suất thường xuyên hơn để góp phần đạt được mục tiêu 95% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm của mình. Kỳ thị và phân biệt đối xử có thể là rào cản MSM tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm ngay cả khi các dịch vụ này có sẵn. Mô hình xét nghiệm phù hợp cho quần thể MSM trong hoàn cảnh này là cần thiết. Ví dụ, xét nghiệm lưu động, tự xét nghiệm, xét nghiệm do nhân viên tiếp cận cộng đồng thực hiện.v.v.

Mặc dù tỷ lệ MSM biết tình trạng nhiễm còn thấp nhưng cũng có dấu hiệu tích cực là hầu hết MSM đã biết về tình trạng nhiễm đều được tham gia điều trị ARV (96,9%), trong đó 98,3% đã đạt ngưỡng ức chế tải lượng vi rút. Kết quả cho thấy cả tỷ lệ nhận thức tình trạng nhiễm HIV và tỷ lệ bao phủ điều trị ARV trong

nhóm MSM nhiễm HIV đã tăng lên đáng kể trong giai đoạn 2015 - 2020.

Tuy nhiên, vẫn còn những rào cản trong việc đưa các chương trình can thiệp, dự phòng đến với nhóm MSM. Cộng đồng MSM tại Việt Nam được xem là một quần thể ẩn, khó tiếp cận, những MSM có thu nhập thấp hoặc sống ở các vùng nông thôn có thể khó tiếp cận các nguồn dịch vụ chương trình này. Đáng chú ý, nhóm này cũng cho biết họ bị kỳ thị bởi chính những nhân viên y tế, gia đình và bạn bè trong nhóm MSM [17]. Việc mở rộng quy mô các dịch vụ chương trình thân thiện với MSM nên được đưa lên là chiến lược ưu tiên hàng đầu để ngăn chặn sự lây lan của HIV và cải thiện kết quả điều trị cho quần thể quan trọng này. Trong năm 2020, tỷ lệ MSM tiếp cận dịch vụ can thiệp dự phòng (nhận BCS, chất bôi trơn miễn phí và tư vấn tình dục an toàn) khá cao, tuy nhiên tỷ lệ MSM khám STI trong 3 tháng qua còn tương đối thấp (24,5%), hơn ¾ MSM đã từng xét nghiệm HIV, nhưng chưa tới 40% xét nghiệm HIV trong 6 tháng qua. Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai cao và có xu hướng gia tăng trong bối cảnh tỷ lệ sử dụng BCS thấp cho thấy việc tăng cường giáo dục, truyền thông về vai trò của sử dụng BCS và xét nghiệm tầm soát STI định kỳ là vô cùng quan trọng bên cạnh các chương trình can thiệp giảm tác hại khác, ví dụ như điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP).

Điểm hạn chế của nghiên cứu này là số liệu thiếu tính liên tục ở các tỉnh triển khai (một số tỉnh chỉ tham gia được một vài năm, riêng năm 2019 không có số liệu). Theo Quyết định 373/2016/QĐ-BYT, từ năm 2017, GSTĐ ở nhóm MSM bắt đầu thực hiện luân phiên từ năm 2018 và chỉ thực hiện tại một số tỉnh nhất định, do đó năm 2019 không có số liệu MSM. Ngoài ra, các xét nghiệm giang mai và tải lượng vi rút cũng không được triển khai đồng bộ tại tất cả các tỉnh vì giang mai chỉ thực hiện tại các tỉnh trọng điểm STI, còn tải lượng vi rút cũng chỉ được thực hiện ở các tỉnh được hỗ trợ kinh phí dự án. Điều này có thể ảnh hưởng phần nào đến tính đại diện của hai chỉ số này. Mặc dù vậy, số liệu tổng hợp trên cả nước vẫn có thể

phản ánh được xu hướng dịch HIV và giang mai ở nhóm MSM tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

MSM trong nghiên cứu này tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trẻ với tỷ lệ cao các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV như quan hệ tình dục tập thể, sử dụng ma túy, mua bán dâm, quan hệ tình dục không an toàn. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM cao và có xu hướng gia tăng từ 5,1% năm 2015 đến 13,4% năm 2020, các tỉnh khu vực phía nam có tỷ lệ nhiễm cao hơn các tỉnh khu vực phía Bắc. Xu hướng này cũng được ghi nhận tương tự ở tình trạng nhiễm giang mai (2,4% năm 2015 và 12,6% năm 2020). Cần đẩy mạnh hơn các chương trình can thiệp dự phòng ở nhóm MSM, đặc biệt phát triển đa dạng các loại hình xét nghiệm thân thiện với nhóm này và mở rộng chiến lược dự phòng mới như PrEP để khống chế sự gia tăng HIV và STI ở nhóm MSM, góp phần đạt mục tiêu chấm dứt AIDS vào năm 2030 của quốc gia.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố thực hiện giám sát trọng điểm HIV; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR), Trường Đại học Tổng hợp San Francisco hỗ trợ phân tích số liệu, và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). Global HIV & AIDS Statistics - Fact Sheet. 2021.
2. Stenger MR, Pathela P, Schumacher C, et al. Trends in HIV prevalence by self-report among MSM diagnosed and reported with gonorrhea in six United States jurisdictions from 2010 to 2019.

- AIDS. 2021; 35(15): 2523 - 2530.
3. United Nations International Children's Emergency Fund. HIV among Adolescent and Young Key Populations (Aged 15–19 and 20–24) in Indonesia. Jakarta. 2018.
4. UNAIDS. Country factsheets Vietnam 2021. Accessed 30/10/2022. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam>.
5. Pham QD, Nguyen TV, Hoang CQ, et al. Prevalence of HIV/STIs and associated factors among men who have sex with men in An Giang, Vietnam. Sex Transm Dis. 2012; 39: 799 – 806.
6. Nguyễn Vũ Thượng, Lê Ngọc Tú. Tỷ lệ hiện mắc HIV và các yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại trung tâm Đồng bằng sông Cửu Long năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30 (2): 111 – 120.
7. Bộ Y tế. Thông tư về việc Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Số 09/2012/TT-BYT, ngày 24/05/2012.
8. Cục Phòng, Chống HIV/AIDS. Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi 2015 - 2020.
9. Beyrer C, Baral SD, van Griensven F, et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. Lancet. 2012; 380 (9839): 367 - 377.
10. Bekker LG, Hosek S. HIV and adolescents: focus on young key populations. J Int AIDS Soc. 2015; 18 (2Suppl 1).
11. García MC, Duong QL, Mercer LE, et al. 'Never testing for HIV' among men who have sex with men in Viet Nam: results from an Internet-based cross-sectional survey. BMC Public Health. 2013; 13: 1236.
12. Coelho LE, Torres TS, Veloso VG, et al. The Prevalence of HIV Among Men Who Have Sex With Men (MSM) and Young MSM in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. AIDS Behav. 2021; 25: 3223 – 3237.
13. Chirsa B, Patrick S, Jorgec S, et al. The increase in global HIV epidemics in MSM. AIDS. 2013; 27 (17): 2665 - 2678.
14. Son VH, Safarnejad A, Nga NT, et al. Estimation of the Population Size of Men Who Have Sex With Men in Vietnam: Social App Multiplier Method. JMIR Public Health Surveill. 2019; 5 (2): e12451.
15. Refugio ON, Klausner JD. Syphilis incidence in men who have sex with men with human immunodeficiency virus comorbidity and the importance of integrating sexually transmitted infection prevention into HIV care. Expert Rev Anti Infect Ther. 2018; 16 (4): 321 - 331.
16. Jin F, Jansson J, Law M, et al. Per-contact

probability of HIV transmission in homosexual men in Sydney in the era of HAART. AIDS. 2010; 24 (6): 907 - 913.

17. Philbin MM, Hirsch JS, Wilson PA, et al.

Structural barriers to HIV prevention among men who have sex with men (MSM) in Vietnam: Diversity, stigma, and healthcare access. PLoS One. 2018;13 (4): e0195000.

TRENDS OF HIV AND SYPHILIS INFECTION AMONG MSM IN VIETNAM THROUGH HIV SENTINEL SURVEILLANCE PLUS BEHAVIORS, DURING 2015 - 2020

**Nguyen Vu Thuong¹, Le Quang Thu¹, Nguyen Duy Phuc¹, Nguyen Vu Nhat Thanh¹,
Le Ngoc Tu¹, Pham Thi Minh Hang¹, Bui Hoang Duc², Pham Duc Manh²,
Tran Phuc Hau¹, Khuu Van Nghia¹**

¹Pasteur Institute in Ho Chi Minh City

²Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi

We used sentinel surveillance data to determine trends in HIV and syphilis among men who have sex with men (MSM) in Vietnam between 2015 and 2020. Data were collected annually by a two - stage cluster sampling method. Results showed that the prevalence of HIV and syphilis was likely to increase, from 5.1% and 1.6% in 2015 to 13.4% and 14.2% in 2020, respectively. The percentage of regular use of a condom when having sex was as low as 43.6% in 2020. Many MSM sold sex, which peaked at 22.6% in 2016. The percentage of MSM who reported having group sex and using drugs in 2020 was 13.6% and 11.6%, respectively. Nearly 40% of them

had never received free condoms and only 55% got tested for HIV in the past 12 months. As high as 96.9% of MSM who knew their HIV positivity got access to antiretroviral therapy (ART). More than 98.3% of MSM being on ART had suppressed viral load levels. HIV and syphilis infection proportions tend to increase in the period 2015 - 2020, with high rates of HIV - risk behaviors such as group/unsafe sex, drug use, and commercial sex. Preventive intervention programs need to be strengthened to control the spread of HIV/STIs among MSM.

Keywords: HIV; Syphilis; men who have sex with men; HSS+; Vietnam

XU HƯỚNG NHIỄM HIV VÀ GIANG MAI Ở PHỤ NỮ BÁN DÂM TẠI VIỆT NAM QUA GIÁM SÁT TRỌNG ĐIỂM LÒNG GHÉP HÀNH VI, GIAI ĐOẠN 2015 - 2020

Nguyễn Đình Lượng^{1*}, Nguyễn Thành Đông¹, Trương Gia Linh¹,
Nguyễn Hoàng Minh², Lâm Chi Cường³, Đặng Thị Lợi⁴, Lê Văn Đài¹,
Hoàng Tiến Thanh¹, Nguyễn Việt Nga⁴, Võ Hải Sơn⁴, Đỗ Thái Hùng¹

¹*Viện Pasteur Nha Trang, Khánh Hòa*

²*Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

³*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa*

⁴*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Các nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện qua giám sát trọng điểm HIV lòng ghép hành vi nhằm xác định xu hướng nhiễm HIV, giang mai, các hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS ở phụ nữ bán dâm (PNBD) giai đoạn 2015 - 2020. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở PNBD tương đối thấp và dao động ổn định từ 2,6% - 2,7% - 3,3% - 3,6% - 3,1% lần lượt ở các năm 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2020. Tương tự, tỷ lệ nhiễm giang mai cũng ở mức thấp, dao động từ 0,7% - 2,6% trong giai đoạn này. Các tỷ lệ sử dụng bao cao su (trong lần quan hệ tình dục gần nhất, với khách quen, với khách lạ), tiếp cận các dịch vụ giảm hại (nhận BCS miễn phí, tư vấn QHTD an toàn) có sự gia tăng qua các năm nhưng chưa cao. Tuy nhiên, tỷ lệ được làm xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng và khám các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục trong vòng 3 tháng chưa cao, chỉ đạt lần lượt là 39,8% và 34,2% năm 2020. Vì vậy, các chương trình can thiệp cần xem xét mở rộng và đa dạng hóa mô hình xét nghiệm HIV tại cộng đồng, tăng cường độ bao phủ của chương trình giảm tác hại để giảm tỷ lệ nhiễm HIV ở PNBD và hướng tới kết thúc dịch HIV tại Việt Nam năm 2030.

Từ khóa: HIV/AIDS; giang mai; phụ nữ bán dâm; bao cao su

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo đánh giá của UNAIDS năm 2021, số người nhiễm HIV trên thế giới hiện nay vẫn đang là gánh nặng của thế giới với khoảng 1,5 triệu người nhiễm mới HIV và khoảng 680.000 người nhiễm HIV đã tử vong từ vong [1]. Tại Việt Nam, ước tính năm 2020 phát hiện mới khoảng 13.000 người nhiễm HIV. Đường lây chủ yếu là qua quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn 75,8%, và qua đường máu 12,1%, mẹ sang con 1,2% [2]. HIV/AIDS đã tác động đến nhiều lĩnh vực trong đời sống xã hội ở nhiều quốc gia, trong đó Việt Nam cũng chịu nhiều ảnh hưởng và điều này đòi hỏi Quốc gia cần có

những nỗ lực chính sách kịp thời để kiểm soát dịch bệnh. Phụ nữ bán dâm (PNBD) là nhóm đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV cao, là đối tượng có hành vi tình dục không an toàn với những bạn tình khác nhau đã dẫn đến sự lây truyền HIV “bắc cầu” trong xã hội. Tại Việt Nam chương trình giám sát trọng điểm (HSS) được sớm thiết lập năm 1994 và cho đến nay đã triển khai tại 40 tỉnh/thành. Theo báo cáo của hệ thống giám sát trọng điểm, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD trong giám sát trọng điểm của 20 tỉnh/thành phổ biến dao động từ 3,1% - 3,6% và có xu hướng tăng nhẹ trong giai đoạn 2016 - 2018 [3]. Để có cái nhìn tổng thể, đầy đủ về tỷ lệ mắc HIV và các hành vi nguy cơ,

*Tác giả: Nguyễn Đình Lượng

Địa chỉ: Viện Pasteur Nha Trang

Điện thoại: 0905 503 940

Email: dr.dinhluong86@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2022

Ngày phản biện: 16/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

cũng như khả năng tiếp cận các chương trình dự phòng, can thiệp của nhóm PNBD qua giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định xu hướng nhiễm HIV, giang mai, các hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS ở phụ nữ bán dâm (PNBD) giai đoạn 2015 – 2020. Qua đó, thông tin thu thập được là cơ sở khoa học giúp định hướng xây dựng kế hoạch can thiệp dự phòng góp phần giảm thiểu tỷ lệ lây nhiễm trong nhóm PNBD để hướng tới mục tiêu chấm dứt đại dịch HIV/AIDS tại Việt Nam.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nữ giới từ 16 tuổi trở lên đã từng bán dâm qua quan hệ tình dục bằng đường âm đạo hoặc hậu môn ít nhất một lần trong 1 tháng trước thời điểm thu thập mẫu và chưa từng tham gia vào các điều tra GSTĐ giữa các năm.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thu thập tại các tỉnh có thực hiện GSTĐ HIV, GSTĐ HIV lồng ghép hành vi (HSS/HSS+) từ năm 2015 đến 2020 trong khoảng từ tháng 6 đến tháng 9 hằng năm.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Dựa trên tỷ lệ hiện nhiễm HIV của các tỉnh và vấn đề về kinh phí thực hiện. Do đó, cỡ mẫu khoảng 200 người cho từng nhóm đối tượng nguy cơ tại mỗi tỉnh là đủ để đo lường tỷ lệ hiện nhiễm HIV và xu hướng dịch HIV tại từng tỉnh theo thời gian.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo cụm – hai giai đoạn:

Giai đoạn 1: Trên cơ sở danh sách các huyện được lựa chọn và số PNBD ước tính của từng huyện, đơn vị đầu mối phòng, chống HIV/AIDS phân bổ cỡ mẫu tỷ lệ thuận với số

lượng PNBD tại mỗi huyện. Lập danh sách các tụ điểm tại các huyện đã được lựa chọn. Nếu số lượng PNBD ≥ 30 người/tụ điểm, chia tụ điểm đó thành các đơn vị chọn mẫu nhỏ hơn, đảm bảo tại mỗi đơn vị chọn mẫu không quá 15 người. Chọn tụ điểm thực hiện chọn mẫu bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên số tụ điểm cho đến khi đủ số tụ điểm cần GSTĐ.

Giai đoạn 2: Tại các cụm được lựa chọn, mời tất cả những người đủ tiêu chuẩn tham gia vào GSTĐ. Áp dụng “Quy trình chuẩn triển khai GSTĐ, GSTĐ HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành [4, 5]. Đồng đẳng viên tiếp cận các tụ điểm được chọn ngẫu nhiên để mời toàn bộ PNBD đủ tiêu chuẩn đến tham gia phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

2.6 Biến số nghiên cứu

Bao gồm các biến số về đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn), các biến số về hành vi (thời gian bán dâm, số lần bán dâm, sử dụng bao cao su khi QHTD lần gần nhất, sử dụng bao cao su khi QHTD với khách lạ, sử dụng bao cao su khi QHTD với khách quen, sử dụng bao cao su khi QHTD với chồng/người yêu, từng tiêm chích ma túy), và biến số về tiếp cận các dịch vụ dự phòng liên quan đến HIV (nhận bao cao su miễn phí, nhận chất bôi trơn miễn phí, nhận tư vấn về tình dục an toàn, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục, xét nghiệm HIV).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn Bộ câu hỏi: Các đối tượng đủ tiêu chuẩn sẽ được cán bộ của tỉnh mời tham gia nghiên cứu để phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trong GSTĐ HIV lồng ghép hành vi, mỗi bộ câu hỏi đều có số mã số nghiên cứu (ID) riêng biệt để mã hóa cho từng người tham gia nghiên cứu. Mã số nghiên cứu này cũng được dán trên các ống nghiệm đựng mẫu bệnh phẩm. Nội dung chính của Bộ câu hỏi cần thu thập bao gồm: (1) Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; (2) Hành vi nguy cơ và tiếp cận các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV.

Lấy mẫu bệnh phẩm và xét nghiệm: PNBD sau khi được phỏng vấn sẽ lấy 3ml máu tĩnh mạch làm xét nghiệm HIV. Áp dụng Chiến lược III để chẩn đoán một trường hợp HIV dương tính (sinh phẩm tùy thuộc vào địa phương). Đối với lậu áp dụng phương pháp xét nghiệm nhuộm soi với sinh phẩm sử dụng là bộ thuốc nhuộm Gram; giang mai được sàng lọc bằng RPR (Rapid Plasma Reagin), các mẫu dương tính với RPR sẽ được xét nghiệm tiếp bằng TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination Assay) và xác định giang mai dương tính khi cả RPR và TPHA cùng dương tính.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập tại cộng đồng được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Thực hiện phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm R-Studio (phiên bản 4.9.2). Các giá trị tỷ lệ phần trăm, khoảng tin cậy 95%, trung bình, độ lệch chuẩn được sử dụng mô tả sự phân bố của các

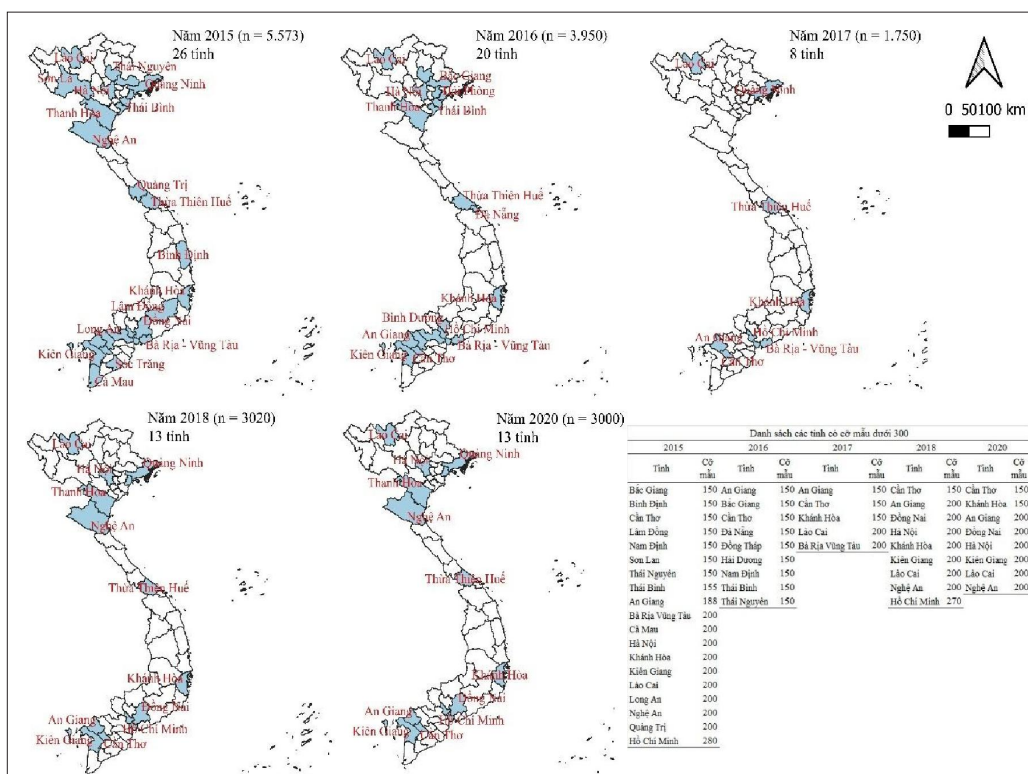
biến số nghiên cứu. Sử dụng phần mềm QGIS (phiên bản 3.22.9) để vẽ bản đồ Việt Nam.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Giám sát trọng điểm tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư số 09/TT-BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế [6, 7] và tuân thủ quy trình chuẩn quốc gia của Cục phòng, chống HIV/AIDS [4, 5]. Các đối tượng tham gia GSTĐ hoàn toàn tự nguyện và vô danh. Điều tra và lấy mẫu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu. Các thông tin thu được được đảm bảo hoàn toàn giữ bí mật. Cán bộ nghiên cứu tôn trọng sự lựa chọn của người cung cấp thông tin và quan điểm của họ.

III. KẾT QUẢ

3.1 Phân bố địa bàn giám sát trọng điểm phụ nữ bán dâm qua các năm, giai đoạn 2015 - 2020



Hình 1. Phân bố các tỉnh/thành phố tham gia giám sát trọng điểm và giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi trong nhóm phụ nữ bán dâm, giai đoạn 2015 – 2020 (n = 17293)

Năm 2019, không triển khai giám sát trọng điểm với nhóm PNBD.

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội ở phụ nữ bán dâm qua trong giám sát trọng điểm, giai đoạn 2015 – 2020 (n = 17293)

Đặc điểm	Năm (n, %, KTC 95%)				
	2015 (n = 5573)	2016 (n = 3950)	2017 (n = 1750)	2018 (n = 3020)	2020 (n = 3000)
Tuổi (n = 17293)					
Trung bình (SD)	29 (8)	30 (9)	31 (9)	31 (9)	32 (10)
Trung vị (Khoảng)	27 (16 - 71)	27 (16 - 63)	29 (17 - 63)	30 (16 - 62)	31 (16 - 64)
95%CI	28,7 - 29,1	29,4 - 30,0	30,9 - 31,8	31,1 - 31,8	31,8 - 32,5
Nhóm tuổi (n = 17293)					
Dưới 25 tuổi	1.846 (33,1; 31,9 - 34,4)	1.303 (33,0; 31,5 - 34,5)	455 (26,0; 24,0 - 28,1)	850 (28,1; 26,6 - 29,8)	827 (27,6; 26,0 - 29,2)
Trên 25 tuổi	3.727 (66,9; 65,6 - 68,1)	2.647 (67,0; 65,5 - 68,5)	1.295 (74,0; 71,9 - 76,0)	2.170 (71,9; 70,2 - 73,4)	2.173 (72,4; 70,8 - 74,0)
Học vấn (n = 7468)					
Mù chữ	-	-	56 (3,9; 2,96 - 5,02)	146 (4,8; 4,11 - 5,68)	128 (4,3; 3,58 - 5,07)
Tiểu học	-	-	431 (29,7; 27,4 - 32,2)	742 (24,6; 23,1 - 26,2)	635 (21,2; 19,7 - 22,7)
Trung học cơ sở	-	-	654 (45,1; 42,6 - 47,7)	1.285 (42,6; 40,8 - 44,4)	1.359 (45,3; 43,5 - 47,1)
Trung học phổ thông	-	-	284 (19,6; 17,6 - 21,8)	777 (25,7; 24,2 - 27,3)	791 (26,4; 24,8 - 28,0)
TC/CĐ/ĐH	-	-	24 (1,7; 1,09 - 2,49)	69 (2,3; 1,80 - 2,90)	87 (2,9; 2,34 - 3,58)
Số ngày bán dâm trong vòng 1 tháng trước khi điều tra (n = 16437)					
Trung bình (SD)	14 (8)	16 (8)	16 (8)	16 (8)	19 (18)
Trung vị (Khoảng)	14 (1 - 30)	15 (1 - 30)	20 (1 - 30)	18 (1 - 30)	16 (1 - 99)
95%CI	13,9 - 14,3	15,4 - 16,0	15,7 - 16,5	15,6 - 16,1	17,9 - 19,2

n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; TC/CD/ĐH: Trung cấp/Cao đẳng/Đại học

Tổng số 17.293 PNBD tham gia nghiên cứu giai đoạn 2015 - 2020. Độ tuổi trung bình của PNBD là 30, trẻ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 71 tuổi. Độ tuổi trung bình thấp nhất năm 2015 là 28 tuổi. Trung bình số ngày bán dâm trong vòng 1 tháng trước điều tra là 16 ± 10 ngày (Bảng 1).

Tỷ lệ PNBD dưới 25 cũng khá cao, lần lượt qua các năm: 33,1%; 33%; 26%; 28,1%; 27,6% (Bảng 1).

Về trình độ học vấn, phần lớn phụ nữ bán dâm được quan sát từ 2017 - 2020 có trình độ học vấn thấp, phổ biến là Trung học cơ sở (chiếm 44,4%), tiếp theo là Trung học phổ thông 24,4%, từ Trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,4% (Bảng 1).

3.3 Tỷ lệ nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục theo nhóm tuổi, giai đoạn 2015 – 2020

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục ở phụ nữ bán dâm qua giám sát trọng điểm, giai đoạn 2015 – 2020 (n = 17293)

Tắc nhân	Năm (n, %, KTC 95%)			
	2015 (n = 5573)	2016 (n = 3950)	2017 (n = 1750)	2020 (n = 3000)
Nhóm dưới 25 tuổi				
Kết quả xét nghiệm HIV (n = 5281)				
Dương tính	21 (1,1; 0,72 - 1,77)	13 (1,0; 0,56 - 1,75)	9 (2,0; 0,97 - 3,86)	8 (1,0; 0,45 - 1,98)
Kết quả xét nghiệm giang mai (n = 4469)				
Dương tính	3 (0,2; 0,06 - 0,73)	1 (0,1; <0,01 - 0,50)	3 (1,6; 0,41 - 4,94)	3 (0,4; 0,09 - 1,15)
Nhóm trên 25 tuổi				
Kết quả xét nghiệm HIV (n = 12012)				
Dương tính	125 (3,4; 2,81 - 4,00)	93 (3,5; 2,86 - 4,31)	49 (3,8; 2,84 - 5,01)	86 (4,0; 3,20 - 4,89)
Kết quả xét nghiệm giang mai (n = 10445)				
Dương tính	26 (1,0; 0,67 - 1,49)	22 (0,8; 0,53 - 1,28)	24 (2,8; 1,83 - 4,18)	35 (1,6; 1,14 - 2,26)
Tổng				
Kết quả xét nghiệm HIV (n = 17293)				
Dương tính	146 (2,6; 2,22 - 3,08)	106 (2,7; 2,21 - 3,25)	58 (3,3; 2,55 - 4,29)	94 (3,1; 2,55 - 3,84)
Kết quả xét nghiệm giang mai (n = 14914)				
Dương tính	29 (0,7; 0,51 - 1,08)	23 (0,6; 0,38 - 0,89)	27 (2,6; 1,73 - 3,77)	38 (1,3; 0,91 - 1,75)

n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm PNBD dưới 25 tuổi toàn quốc giai đoạn 2015 - 2020 tương đối thấp, trong đó thấp nhất là năm 2016 với 1%, cao nhất là năm 2017 với 2%. Có chiều hướng giảm từ 2017 (2%) xuống còn 1% năm 2020 (Bảng 2).

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm PNBD trên 25 tuổi toàn quốc giai đoạn 2015 - 2020 thấp nhất năm 2015 là 3,4%, cao nhất năm 2018 là 4,4%. Tỷ lệ mắc giang mai có chiều hướng tăng nhẹ từ 1% năm 2015 lên 1,6% năm 2020 ở nhóm đối tượng này (Bảng 2).

Nhìn chung, tỷ lệ hiện nhiễm HIV dao động từ 2,6% đến 3,6% trong gian đoạn 2015 - 2020. Tương tự, tỷ lệ nhiễm giang mai ở PNBD cũng thấp dao động từ 0,6% - 2,6% (Bảng 2).

3.4 Các hành vi nguy cơ và dự phòng nhiễm HIV của nhóm phụ nữ bán dâm trong giám sát trọng điểm, giai đoạn 2015 – 2020

Bảng 3. Sử dụng bao cao su và tiêm chích ma túy ở phụ nữ bán dâm qua giám sát trọng điểm, giai đoạn 2015 – 2020 (n = 17293)

Sử dụng BCS	Năm (n, %, KTC 95%)				
	2015 (n = 5573)	2016 (n = 3950)	2017 (n = 1750)	2018 (n = 3020)	2020 (n = 3000)
Sử dụng BCS trong lần bán dâm gần đây nhất (n = 17280)					
Có	4.739 (85,1; 84,1 - 86,0)	3.324 (84,2; 83,0 - 85,3)	1.448 (82,9; 81,1 - 84,7)	2.576 (85,4; 84,1 - 86,6)	2.676 (89,3; 88,1 - 90,4)
Không	832 (14,9; 14,0 - 15,9)	626 (15,8; 14,7 - 17,0)	298 (17,1; 15,3 - 18,9)	440 (14,6; 13,4 - 15,9)	321 (10,7; 9,64 - 11,9)
Sử dụng BCS khi QHTD với khách hàng quen (n = 17265)					
Tất cả các lần	3.520 (63,2; 61,9 - 64,4)	2.614 (66,2; 64,7 - 67,6)	1.213 (69,8; 67,5 - 71,9)	2.163 (71,9; 70,3 - 73,5)	1.974 (65,9; 64,2 - 67,6)
Đa số các lần	-	-	126 (7,2; 6,09 - 8,59)	349 (11,6; 10,5 - 12,8)	357 (11,9; 10,8 - 13,1)
Thỉnh thoảng	1.510 (27,1; 25,9 - 28,3)	988 (25,0; 23,7 - 26,4)	254 (14,6; 13,0 - 16,4)	290 (9,6; 8,62 - 10,8)	418 (14,0; 12,7 - 15,3)
Không bao giờ	303 (5,4; 4,86 - 6,07)	228 (5,8; 5,08 - 6,56)	116 (6,7; 5,56 - 7,97)	167 (5,6; 4,77 - 6,45)	102 (3,4; 2,80 - 4,13)
Không có khách hàng quen	240 (4,3; 3,80 - 4,88)	120 (3,0; 2,54 - 3,63)	30 (1,7; 1,19 - 2,49)	38 (1,3; 0,91 - 1,75)	145 (4,8; 4,11 - 5,69)
Sử dụng BCS khi QHTD với khách hàng lạ (n = 17283)					
Tất cả các lần	4.126 (74,0; 72,9 - 75,2)	2.902 (73,5; 72,1 - 74,9)	1.316 (75,3; 73,2 - 77,3)	2.388 (79,1; 77,6 - 80,6)	2.282 (76,1; 74,5 - 77,6)
Đa số các lần	-	-	74 (4,2; 3,36 - 5,32)	230 (7,6; 6,71 - 8,64)	233 (7,8; 6,85 - 8,80)
Thỉnh thoảng	1.018 (18,3; 17,3 - 19,3)	720 (18,2; 17,1 - 19,5)	196 (11,2; 9,80 - 12,8)	175 (5,8; 5,00 - 6,71)	143 (4,8; 4,05 - 5,61)
Không bao giờ	91 (1,6; 1,32 - 2,01)	58 (1,5; 1,13 - 1,91)	47 (2,7; 2,00 - 3,59)	63 (2,1; 1,62 - 2,68)	27 (0,9; 0,61 - 1,33)
Không có khách hàng lạ	338 (6,1; 5,46 - 6,73)	266 (6,7; 5,99 - 7,58)	114 (6,5; 5,43 - 7,81)	162 (5,4; 4,60 - 6,25)	314 (10,5; 9,41 - 11,6)
Sử dụng BCS khi QHTD với chồng/người yêu (n = 16697)					
Tất cả các lần	1.166 (21,1; 20,1 - 22,2)	949 (25,3; 24,0 - 26,8)	467 (27,2; 25,1 - 29,4)	688 (22,8; 21,3 - 24,4)	578 (19,3; 17,9 - 20,7)
Đa số các lần	-	-	88 (5,1; 4,15 - 6,30)	162 (5,4; 4,61 - 6,25)	147 (4,9; 4,17 - 5,75)
Thỉnh thoảng	1.326 (24,0; 22,9 - 25,2)	1.072 (28,6; 27,2 - 30,1)	377 (22,0; 20,0 - 24,0)	679 (22,5; 21,0 - 24,0)	480 (16,0; 14,7 - 17,4)
Không bao giờ	1.606 (29,1; 27,9 - 30,3)	944 (25,2; 23,8 - 26,6)	424 (24,7; 22,7 - 26,8)	834 (27,6; 26,1 - 29,3)	561 (18,7; 17,3 - 20,2)
Không QHTD với chồng/người yêu	-	-	84 (4,9; 3,94 - 6,05)	125 (4,1; 3,47 - 4,93)	163 (5,4; 4,66 - 6,32)
Không có chồng/người yêu	1.422 (25,8; 24,6 - 26,9)	779 (20,8; 19,5 - 22,2)	277 (16,1; 14,4 - 18,0)	529 (17,5; 16,2 - 18,9)	1.070 (35,7; 34,0 - 37,4)

Bảng 3. Sử dụng bao cao su và tiêm chích ma túy ở phụ nữ bán dâm qua giám sát trọng điểm, giai đoạn 2015 – 2020 (n = 17293) (tiếp)

Sử dụng BCS		Năm (n, %, KTC 95%)			
		2015 (n = 5573)	2016 (n = 3950)	2017 (n = 1750)	2020 (n = 3000)
Khách hàng có TCMT (n = 10059)					
Có	470 (13,6; 12,5 - 14,8)	262 (10,9; 9,67 - 12,2)	52 (5,7; 4,36 - 7,52)	130 (8,0; 6,76 - 9,46)	82 (4,9; 3,97 - 6,12)
Không	2.990 (86,4; 85,2 - 87,5)	2.147 (89,1; 87,8 - 90,3)	853 (94,3; 92,5 - 95,6)	1.493 (92,0; 90,5 - 93,2)	1.580 (95,1; 93,9 - 96,0)
Sử dụng BCS khi QHTD với khách hàng có TCMT (n = 958)					
Tất cả các lần	383 (81,5; 77,6 - 84,8)	155 (69,5; 62,9 - 75,4)	31 (59,6; 45,1 - 72,7)	104 (79,4; 71,3 - 85,8)	69 (84,1; 74,0 - 91,0)
Đa số các lần	-	-	3 (5,8; 1,50 - 16,9)	11 (8,4; 4,47 - 14,9)	2 (2,4; 0,42 - 9,35)
Thỉnh thoảng	76 (16,2; 13,0 - 19,9)	53 (23,8; 18,5 - 30,0)	16 (30,8; 19,1 - 45,3)	9 (6,9; 3,39 - 13,0)	6 (7,3; 3,01 - 15,8)
Không bao giờ	11 (2,3; 1,24 - 4,28)	15 (6,7; 3,95 - 11,1)	2 (3,8; 0,67 - 14,3)	7 (5,3; 2,36 - 11,1)	5 (6,1; 2,27 - 14,3)
Đã từng TCMT (n = 17278)					
Có	124 (2,2; 1,87 - 2,66)	86 (2,2; 1,76 - 2,70)	44 (2,5; 1,85 - 3,39)	75 (2,5; 1,97 - 3,12)	36 (1,2; 0,85 - 1,68)
Không	5.436 (97,8; 97,3 - 98,1)	3.863 (97,8; 97,3 - 98,2)	1.706 (97,5; 96,6 - 98,1)	2.945 (97,5; 96,9 - 98,0)	2.963 (98,8; 98,3 - 99,1)

n: Tần số; %: Tỷ lệ phần trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su; TCMT: Tiêm chích ma túy

Giai đoạn 2015 - 2020 ghi nhận tỷ lệ PNBĐ thường xuyên sử dụng BCS giảm dần tùy theo mối quan hệ: Với khách lạ 75,5%, với khách quen 66,7% và với chồng/người yêu 23% (Bảng 3).

Tỷ lệ thường xuyên sử dụng BCS khi quan hệ tình dục với khách có tiêm chích ma túy duy trì ở mức dưới 85%, cụ thể: 2015 (81,5%), 2016 (69,5%), 2017 (59,6%), 2018 (79,4%), 2020 (84,1%). Tỷ lệ PNBĐ từng tiêm chích ma túy là 2,2%, cao nhất vào năm 2019 là 3,8% (Bảng 3).

3.5 Tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV

Bảng 4. Tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV ở phụ nữ bán dâm qua giám sát trọng điểm nhóm, giai đoạn 2015 – 2020

Tiếp cận dịch vụ và điều trị	Năm (n, %, KTC 95%)				
	2015 (n = 5573)	2016 (n = 3950)	2017 (n = 1750)	2018 (n = 3020)	2020 (n = 3000)
Nhận được BCS miễn phí (n = 16894)					
Trong 3 tháng qua	-	-	652 (37,3; 35,0 - 39,6)	1.128 (37,4; 35,7 - 39,1)	1.382 (46,1; 44,3 - 47,9)
Từ 3 – 6 tháng qua	-	-	91 (5,2; 4,23 - 6,37)	412 (13,7; 12,5 - 14,9)	548 (18,3; 16,9 - 19,7)
Từ 6 – 12 tháng qua	955 (18,1; 17,1 - 19,2)	558 (14,1; 13,1 - 15,3)	91 (5,2; 4,23 - 6,37)	225 (7,5; 6,56 - 8,47)	182 (6,1; 5,26 - 7,00)
Trên 12 tháng qua	696 (13,2; 12,3 - 14,1)	442 (11,2; 10,2 - 12,2)	233 (13,3; 11,8 - 15,0)	586 (19,4; 18,0 - 20,9)	181 (6,0; 5,22 - 6,97)
Chưa bao giờ	1.734 (32,9; 31,6 - 34,2)	1.403 (35,6; 34,1 - 37,1)	411 (23,5; 21,5 - 25,6)	666 (22,1; 20,6 - 23,6)	705 (23,5; 22,0 - 25,1)
Nhận được chất bôi trơn miễn phí (n = 7464)					
Trong 3 tháng qua	-	-	177 (10,1; 8,76 - 11,6)	546 (18,1; 16,7 - 19,5)	712 (23,7; 22,2 - 25,3)
Từ 3 – 6 tháng	-	-	66 (3,8; 2,95 - 4,80)	328 (10,9; 9,78 - 12,0)	245 (8,2; 7,22 - 9,22)
Từ 6 – 12 tháng	-	-	44 (2,5; 1,85 - 3,39)	293 (9,7; 8,68 - 10,8)	130 (4,3; 3,65 - 5,14)
Trên 12 tháng	-	-	117 (6,7; 5,58 - 7,98)	870 (28,8; 27,2 - 30,5)	291 (9,7; 8,68 - 10,8)
Chưa bao giờ	-	-	1.046 (59,8; 57,4 - 62,1)	979 (32,4; 30,8 - 34,1)	1.620 (54,0; 52,2 - 55,8)
Được tư vấn dùng BCS và QHTD an toàn (n = 7385)					
Trong 3 tháng qua	-	-	666 (46,0; 43,4 - 48,6)	905 (30,7; 29,1 - 32,4)	1.121 (37,4; 35,7 - 39,2)
Từ 3 – 6 tháng	-	-	184 (12,7; 11,1 - 14,6)	343 (11,7; 10,5 - 12,9)	559 (18,7; 17,3 - 20,1)
Từ 6 – 12 tháng	-	-	126 (8,7; 7,33 - 10,3)	363 (12,3; 11,2 - 13,6)	290 (9,7; 8,66 - 10,8)
Trên 12 tháng	-	-	183 (12,6; 11,0 - 14,5)	713 (24,2; 22,7 - 25,8)	355 (11,9; 10,7 - 13,1)
Chưa bao giờ	-	-	288 (19,9; 17,9 - 22,1)	620 (21,1; 19,6 - 22,6)	669 (22,3; 20,9 - 23,9)
Khám STI trong 3 tháng qua (n = 17288)					
Có	2.114 (37,9; 36,7 - 39,2)	1.854 (46,9; 45,4 - 48,5)	785 (44,9; 42,5 - 47,2)	1.093 (36,2; 34,5 - 38,0)	1.024 (34,2; 32,5 - 35,9)
Không	3.458 (62,1; 60,8 - 63,3)	2.095 (53,1; 51,5 - 54,6)	965 (55,1; 52,8 - 57,5)	1.926 (63,8; 62,0 - 65,5)	1.974 (65,8; 64,1 - 67,5)

Bảng 4. Tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV ở phụ nữ bán dâm qua giám sát trọng điểm nhóm, giai đoạn 2015 – 2020 (tiếp)

Tiếp cận dịch vụ và điều trị	Năm (n, %, KTC 95%)			
	2015 (n = 5573)	2016 (n = 3950)	2017 (n = 1750)	2020 (n = 3000)
Biết nơi tư vấn và làm XN HIV (n = 17237)				
Có	4.403 (79,0; 77,9 - 80,1)	3.137 (79,6; 78,3 - 80,8)	1.480 (85,3; 83,5 - 86,9)	2.345 (78,5; 76,9 - 79,9)
Không	1.169 (21,0; 19,9 - 22,1)	804 (20,4; 19,2 - 21,7)	255 (14,7; 13,1 - 16,5)	644 (21,5; 20,1 - 23,1)
Lần gần nhất được làm XN HIV (n = 17285)				
Trong 6 tháng qua	1.333 (23,9; 22,8 - 25,1)	1.043 (26,4; 25,0 - 27,8)	470 (26,9; 24,8 - 29,0)	747 (24,9; 23,4 - 26,5)
Từ 6 – 12 tháng	1.176 (21,1; 20,0 - 22,2)	725 (18,4; 17,2 - 19,6)	76 (4,3; 3,46 - 5,43)	447 (14,9; 13,7 - 16,3)
Trên 12 tháng	1.118 (20,1; 19,0 - 21,1)	855 (21,7; 20,4 - 23,0)	828 (47,3; 45,0 - 49,7)	1.025 (34,2; 32,5 - 35,9)
Chưa bao giờ	1.945 (34,9; 33,7 - 36,2)	1.326 (33,6; 32,1 - 35,1)	376 (21,5; 19,6 - 23,5)	777 (25,9; 24,4 - 27,6)
Biết được tình trạng nhiễm HIV của bản thân (n = 512)				
Không	124 (84,9; 72,9 - 92,2)	76 (71,7; 54,9 - 84,0)	41 (70,7; 49,8 - 85,4)	19 (20,2; 8,5 - 40,8)
Có	22 (15,1; 7,8 - 27,1)	30 (28,3; 16,0 - 45,1)	17 (29,3; 14,6 - 50,2)	75 (79,8; 59,2 - 91,5)

n: Tần số; %: Tỷ lệ phân trăm; KTC 95%: Khoảng tin cậy 95%; XN: xét nghiệm; STI: Bệnh lây truyền qua đường tình dục; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su

Năm 2020, 46,1% PNBD cho biết nhận được BCS miễn phí trong 3 tháng qua, 54% chưa bao giờ nhận được chất bôi trơn. Có khám bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua, cao nhất là năm 2016 (gần 47%) và thấp nhất là năm 2018 (hơn 36%) (Bảng 4).

Gần 1/4 (24,2%) PNBD có xét nghiệm trong 6 tháng qua, 28% có xét nghiệm trên 1 năm. Tuy nhiên xấp xỉ 1/3 (31,3%) số PNBD chưa bao giờ làm xét nghiệm (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi của nhóm PNBD trung bình dao động từ 29 – 32, nhưng qua các năm có những đối tượng tham gia ngoài 60 tuổi. Trong giai đoạn 2015 – 2016, phần lớn PNBD là phụ nữ trẻ dưới 25 tuổi, sau năm 2016 trở đi thì đối tượng lại trên 25 tuổi, đặc biệt độ tuổi trung bình của những năm gần đây trên 30 tuổi. Điều này đã cho thấy có những khó khăn nhất định trong tiếp cận đối tượng trẻ tuổi, do có những thay đổi trong cách thức hoạt động nên những PNBD trẻ tuổi thường khó tiếp cận hơn. Những lý do trên một phần có thể là do sự phát triển và phổ biến của công nghệ thông tin, nhóm PNBD trẻ tuổi có xu hướng tiếp cận khách hàng chủ yếu qua mạng xã hội, không còn tập trung nhiều tại các tụ điểm. Bên cạnh đó, do tình trạng kì thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV vẫn còn khá phổ biến, do đó nhóm trẻ tuổi e ngại trong tiếp cận sớm với các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS. Sự thay đổi này là quan trọng để các chương trình can thiệp có những thay đổi phù hợp giúp tiếp cận đa dạng các nhóm PNBD, từ đó giúp đánh giá được thực trạng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ cao ở nhóm này một cách toàn diện hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV của PNBD tương đối thấp và dao động ổn định từ 2,6% - 3,6% trong giai đoạn 2015 - 2020, giảm so với các nhóm nguy cơ khác trong cùng giai đoạn. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm PNBD ở Việt Nam giai đoạn này thấp hơn so với kết quả điều tra Quốc gia năm 2012 [8] và thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại

Thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2011 – 2013 [9]. Kết quả này cũng thấp hơn nhiều so tỷ lệ nhiễm HIV ở một số nước Đông Nam Á [10], nhưng khá tương đồng so với Trung Quốc [11]. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng chỉ ra tỷ lệ nhiễm giang mai ở PNBD ở mức thấp, có xu hướng giảm so với năm 2017 (2,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể chưa sát với thực tế khi không phải tất cả PNBD tham gia nghiên cứu đều được xét nghiệm giang mai. Vì vậy, việc tăng cường độ bao phủ của xét nghiệm giang mai cho các nhóm đối tượng nguy cơ cần được chú trọng trong các năm tiếp theo.

Đối với PNBD, hành vi sử dụng BCS đóng vai trò quan trọng trong việc lây truyền HIV. Mặc dù việc sử dụng BCS với khách hàng quen vẫn ở mức thấp dao động từ 63,2% - 71,9%, trong khi tỷ lệ luôn sử dụng BCS với khách hàng lạ hay trong lần bán dâm gần nhất trong nhóm PNBD cũng chưa được cải thiện rõ rệt. Do vậy, các chương trình truyền thông, tiếp cận cộng đồng cần được duy trì và đẩy mạnh hơn nữa nhằm nâng cao nhận thức của PNBD về sử dụng BCS và QHTD an toàn trong phòng chống lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng cho thấy rằng có sự gia tăng tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ can thiệp giảm tác hại như nhận BCS miễn phí hoặc tư vấn QHTD an toàn trong vòng 12 tháng ở các năm gần đây. Đây là những dấu hiệu tích cực trong công tác phòng, chống HIV, từ đó có thể góp phần giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm PNBD. Tuy nhiên, hơn 1/2 PNBD trong nghiên cứu vẫn chưa được làm xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng và gần 2/3 PNBD không khám các bệnh truyền nhiễm qua đường tình dục trong 3 tháng qua. Đối với các đối tượng nguy cơ cao như PNBD, việc phát hiện HIV và kết nối điều trị ARV sớm là vô cùng quan trọng giúp làm giảm lây nhiễm cho cộng đồng. Vì vậy, việc mở rộng và đa dạng hóa các mô hình xét nghiệm HIV cần được xem xét nhằm giúp PNBD có thể dễ dàng tiếp cận được các dịch vụ này hơn. Bên cạnh đó, các chương trình can thiệp giảm tác hại vẫn cần tiếp tục duy trì như cấp phát BCS, chất bôi trơn miễn phí, cũng như

tăng cường tư vấn xét nghiệm HIV tại cộng đồng tới cấp xã/phường.

Nghiên cứu có một số hạn chế: Đầu tiên, một số đối tượng tham gia vào nghiên cứu có thể nhiều hơn một lần. Bộ câu hỏi có nhiều câu hỏi nhạy cảm nên đôi khi người tham gia có thể “nói giảm”, “nói tránh” do họ sợ bị xã hội kỳ thị, phân biệt đối xử hoặc “nói quá” về việc sử dụng hay tiếp cận các dịch vụ: Cấp phát BCS, nhận chất bôi trơn, tư vấn xét nghiệm HIV. Để giảm thiểu các sai số này xảy ra cần tập huấn điều tra viên, thực hiện tốt quá trình tư vấn, sàng lọc đối tượng trùng lặp và thiết kế bộ câu hỏi, thực hiện phỏng vấn đối tượng ở một không gian kín đáo, thoải mái cho đối tượng tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, các phụ nữ bán dâm tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trên 25 với các tỷ lệ sử dụng bao cao su (trong lần quan hệ tình dục gần nhất, với khách quen, với khách lạ), tiếp cận các dịch vụ giảm hại (nhận bao cao su miễn phí, tư vấn quan hệ tình dục an toàn) có sự gia tăng nhưng chưa cao trong giai đoạn 2015 - 2020. Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm HIV ở phụ nữ bán dâm tương đối thấp và dao động ổn định từ 2,6% - 2,7% - 3,3% - 3,6% - 3,1% lần lượt ở các năm 2015 – 2016 – 2017 – 2018 - 2020. Tương tự, tỷ lệ nhiễm giang mai cũng ở mức thấp, dao động từ 0,7% - 2,6%. Vì vậy, các chương trình can thiệp nên xem xét mở rộng và đa dạng hóa các mô hình xét nghiệm HIV phù hợp và thân thiện giúp phụ nữ bán dâm dễ dàng tiếp cận hơn. Bên cạnh đó, cần tăng cường hơn nữa độ bao phủ của các chương trình giảm tác hại như phân phát bao cao su, tư vấn quan hệ tình dục an toàn, đặc biệt cho những phụ nữ bán dâm khó tiếp cận, từ đó giúp giảm tỷ lệ nhiễm HIV và giang mai trong nhóm này trong những năm tiếp theo.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật các tỉnh, thành phố triển khai giám sát trọng điểm; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Đào tạo Y học

dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ tại Việt Nam; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa; đặc biệt là các anh chị phỏng vấn viên, nhóm nhân viên tiếp cận cộng đồng (CBOs) và những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện và hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS Statistics – 2020. Accessed 28/10/2022. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
2. Cục phòng, chống HIV/AIDS. Báo cáo 30 năm phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. 2020.
3. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi trong các nhóm nguy cơ cao ở Việt Nam, giai đoạn 2015 - 2019. 2022.
4. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi. Số 808/VSDTTƯ-HIV, ngày 25/5/2021.
5. Cục phòng, chống HIV/AIDS. Cập nhập quy trình triển khai giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2021. Số 394/AIDS-GSXN, ngày 27/5/2021.
6. Bộ Y tế. Kế hoạch giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép các hành vi nguy cơ của các tỉnh, thành phố. Quyết định số 373/QĐ-BYT, ngày 10/02/2017.
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. 2012. Thông tư 09/2012/TT-BYT ban hành ngày 24/05/2012.
8. Phan Thị Thu Hương, Bùi Hoàng Đức, Hoàng Đình Cảnh, cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm phụ nữ bán dâm qua kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2012. Tạp chí Y học Thực hành. 2013; 12 (899): 40 - 41.
9. Nguyễn Thị Huệ, Tiêu Thị Thu Vân, Trần Thị Bích Liên. Tỷ lệ nhiễm HIV và hành vi nguy cơ trong nhóm phụ nữ mại dâm từ năm 2011 - 2013 tại thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Tạp chí Y tế công cộng. 2015; 36: 42 - 47.

10. Baral S, Beyrer C, Muessig K, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Infectious diseases*. 2012; 12 (7): 538 - 549.
11. Zhang L, Chow EPF, Su S, et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence, trends, and geographical distribution of HIV among Chinese female sex workers (2000–2011): implications for preventing sexually transmitted HIV. *International Journal of Infectious Diseases*. 2015; 39: 76 - 86.

TRENDS OF HIV AND SYPHILIS INFECTION AMONG FEMALE SEX WORKERS IN VIETNAM THROUGH HIV SENTINEL SURVEILLANCE PLUS BEHAVIORS DURING THE 2015 – 2020 PERIOD

Nguyen Dinh Luong¹, Nguyen Thanh Dong¹, Truong Gia Linh¹,
Nguyen Hoang Minh², Lam Chi Cuong³, Dang Thi Lo⁴, Le Van Dai¹,
Hoang Tien Thanh¹, Nguyen Viet Nga⁴, Vo Hai Son⁴, Do Thai Hung¹

¹*Pasteur Institute in Nha Trang, Khanh Hoa*

²*Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

³*Khanh Hoa Center for Disease Control*

⁴*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

Cross - sectional studies were conducted through HIV sentinel surveillance plus behaviors to explore trends in HIV and syphilis infection, high - risk behaviors, and access to HIV/AIDS harm reduction services among female sex workers (FSWs) during the 2015 - 2020 period. Results showed that the HIV prevalence among FSWs was relatively low and fluctuated stably from 2.6% - 2.7% - 3.3% - 3.6% - 3.1% in 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2020, respectively. Similarly, the prevalence of syphilis infection was also low, ranging from 0.7% to 2.6% during this period. The proportions of using condoms (in the last sex, with regular customers, with strangers), and accessing harm reduction services (receiving

free condoms, and safe sex counseling) tend to increase over the years but were still not high. In addition, the proportions of being tested for HIV within 12 months and checking for sexually transmitted diseases within 3 months were low, only 39.8% and 34.2% in 2020, respectively. Therefore, intervention programs should consider expanding and diversifying HIV testing models in the community, and increasing the coverage of harm reduction programs to reduce the HIV prevalence among FSWs and towards ending the HIV epidemic in Vietnam by 2030.

Keywords: HIV/AIDS; syphilis; female sex workers; condom

XU HƯỚNG NHIỄM HIV VÀ GIANG MAI Ở NHÓM NAM NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI VIỆT NAM QUA GIÁM SÁT TRỌNG ĐIỂM HIV LỒNG GHÉP HÀNH VI, GIAI ĐOẠN 2017 - 2021

Phan Thị Thu Hương¹, Phạm Hồng Thắng^{2*}, Nguyễn Thị Thanh Hà²,
Hoàng Thị Thanh Hà², Ngô Thị Hồng Hạnh², Hoàng Lê Linh Ngọc²,
Nguyễn Thị Thu Phương², Đỗ Minh Hiệp², Phan Đăng Thân², Bùi Hoàng Đức¹,
Đặng Đức Anh²

¹Cục Phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội

²Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội

TÓM TẮT

Giám sát trọng điểm HIV (GSTĐ) hoặc giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi (GSTĐ+) vi được triển khai định kỳ hai năm một lần trên nhóm nam nghiện chích ma túy (NCMT) tại 20 tỉnh/thành phố nhằm mô tả chiều hướng nhiễm HIV, giang mai, các chỉ số hành vi nguy cơ và tiếp cận các dịch vụ về HIV/AIDS. Sử dụng nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu theo cụm - hai giai đoạn. Kết quả GSTĐ+ giai đoạn 2017 - 2021 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam NCMT vẫn duy trì ở mức độ cao 14,2% (2017), 13,0% (2019) và 12,3% (2021). Tỷ lệ hiện nhiễm giang mai thấp và thay đổi không đáng kể, 1,5% (2017), 1,5% (2019) và 1,3% (2021). Tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm (BKT) trong tháng qua giảm dần qua các năm, từ 5,4% năm 2017 xuống 1,7% năm 2021. Tỷ lệ đã từng tham gia điều trị Methadone đạt 40%. Tỷ lệ NCMT được xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua giai đoạn 2017 - 2021 còn thấp chỉ đạt 50,7% (2017), 38,6% (2019), 40,8% (2021). Kết luận: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV duy trì mức cao, tỷ lệ nhiễm giang mai thấp nhưng chiều hướng nhiễm không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê giai đoạn 2017 - 2021. Cần cải thiện và đa dạng các chương trình dự phòng giúp phát hiện sớm người nhiễm HIV giang mai và đưa vào điều trị.

Từ khóa: HIV; giang mai; NCMT; giám sát trọng điểm HIV; 2017 - 2021; Việt Nam

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ những năm 1988, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đề xuất về giám sát huyết thanh học HIV, việc sử dụng mô hình giám sát này để mô tả tình hình nhiễm HIV hiện tại và theo dõi xu hướng nhiễm HIV trong tương lai thông qua việc lấy mẫu trên các địa điểm và quần thể cố định được lựa chọn. Trong thập niên đầu hệ thống giám sát này đã cung cấp thông tin giúp cho việc đáp ứng lại tình hình dịch HIV/AIDS, ưu tiên nguồn lực, lập kế hoạch, theo dõi và đánh giá hiệu quả của các đáp ứng [1, 2]. Hạn chế của hệ thống giám sát này (gọi là giám sát

thế hệ I) là không thu thập các hành vi nguy cơ, thông tin từ các chương trình khác ít khi được thu thập và sử dụng. Để giải quyết hạn chế này năm 2000, cơ quan điều phối Liên Hiệp quốc về AIDS (UNAIDS) và WHO đã ban hành hướng dẫn “Giám sát HIV thế hệ II – kỷ nguyên tiếp theo” bao gồm việc thu thập các thông tin về sinh học, hành vi nguy cơ và các nguồn thông tin khác [3].

Hệ thống giám sát trọng điểm (GSTĐ) được thiết lập năm 1994 tại 10 tỉnh/thành, mở rộng ra 12 tỉnh/thành năm 1995, 20 tỉnh/thành năm 1996, 30 tỉnh/thành năm 2001 và 40 tỉnh/

*Tác giả: Phạm Hồng Thắng

Địa chỉ: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Điện thoại: 0977 961 629

Email: thanghongpham@yahoo.com

Ngày nhận bài: 02/11/2022

Ngày phản biện: 18/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

thành năm 2003. Với mục tiêu đo lường và theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm HIV qua các năm, GSTĐ được triển khai trên 06 nhóm quần thể bao gồm nghiện chích ma túy (NCMT), phụ nữ bán dâm (PNBD), nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), nam mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI), phụ nữ mang thai và nam thanh niên khám sơ tuyến nghĩa vụ quân sự. Tuy nhiên, hạn chế của GSTĐ giai đoạn đầu là chỉ đo lường và theo dõi tỷ lệ hiện nhiễm trong các nhóm quần thể mà không đánh giá được mức độ hành vi nguy cơ trong các nhóm quần thể này đặc biệt là trong các nhóm nguy cơ cao. Do đó, thiếu thông tin để xây dựng các chiến lược can thiệp hiệu quả và riêng biệt theo đặc điểm của từng nhóm đối tượng.

Nhằm khắc phục hạn chế của GSTĐ, đồng thời tận dụng hệ thống sẵn có, trong năm 2009, WHO đã đề xuất và hỗ trợ kinh phí triển khai thí điểm lồng ghép một số câu hỏi hành vi vào GSTĐ (GSTĐ+) tại Hà Nội và Thanh Hóa. Từ năm 2010, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương hợp tác với WHO, các Viện khu vực cùng với sự hỗ trợ kỹ thuật của nhóm kỹ thuật quốc gia tiến hành thử nghiệm tính khả thi, tính thực tiễn và theo dõi chiều hướng các chỉ số hành vi, độ bao phủ của các chương trình dự phòng, can thiệp ở các nhóm nguy cơ cao. Kết quả thử nghiệm cho thấy việc lồng ghép câu hỏi điều tra hành vi vào GSTĐ là khả thi, hiệu quả cao và được Cục phòng, chống HIV/AIDS đồng ý mở rộng cho các tỉnh/thành phố triển khai GSTĐ. Từ năm 2017, theo quyết định số 373/QĐ-BYT ngày 10/2/2017, GSTĐ và GSTĐ+ sẽ được thực hiện luân phiên theo nhóm đối tượng, hai năm một lần trên 20 tỉnh/thành phố trọng điểm. Từ năm 2017, triển khai giám sát trên nhóm nam NCMT, năm 2018 triển khai trên nhóm PNBD và MSM. Các hướng dẫn chuyên môn để theo dõi và đánh giá luôn được cập nhật trong “Quy trình chuẩn triển khai GSTĐ+ (SOPs)” theo từng năm để phù hợp với tình hình thực tế triển

khai và đảm bảo đúng quy định hiện hành. Mặc dù triển khai GSTĐ nhiều năm, các số liệu báo cáo chỉ được thực hiện qua các hội nghị tổng kết hoạt động chưa có những công bố chính thức. Do vậy, chúng tôi tiến hành tập hợp số liệu trong giai đoạn ba năm (2017 - 2021) triển khai nhằm mô tả tỷ lệ hiện nhiễm HIV, giang mai và một số hành vi nguy cơ của nhóm nam NCMT. Kết quả nghiên cứu sẽ là bằng chứng khoa học giúp cải thiện chương trình can thiệp và dự phòng cho nhóm nam NCMT được hiệu quả hơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

NCMT từ 16 tuổi trở lên, có ít nhất một lần tiêm chích ma túy (TCMT) trong vòng 1 tháng trước thời điểm thu thập mẫu và hiện đang sinh sống tại xã/phường được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Triển khai hai năm một lần tại 20 tỉnh/thành phố. Trong đó, 19 tỉnh triển khai GSTĐ+, 01 tỉnh chỉ triển khai GSTĐ là Đắk Lắk. Bắt đầu từ ngày 01 tháng 6 và kết thúc vào ngày 30 tháng 9 hàng năm.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được quy định trong thông tư 09/2012/TT-BYT [4] dao động từ 150 - 300 người cho từng nhóm nguy cơ. Do sự khác biệt về kích thước quần thể của nhóm nguy cơ tại các tỉnh, hàng năm, dựa vào tình hình thực tế, các tỉnh sẽ gửi kế hoạch đề xuất cỡ mẫu khả thi gửi Cục Phòng, chống HIV/AIDS.

Bảng 1. Cỡ mẫu giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi ở nhóm nam nghiện chích ma túy tại các tỉnh/thành phố, giai đoạn 2017 – 2021

Tỉnh/thành phố	2017	2019	2021
TP Hồ Chí Minh*	300	300	**
Hà Nội*	300	300	301
Sơn La	301	300	300
Hải Phòng*	300	300	300
Quảng Ninh*	300	300	300
Thanh Hóa	300	300	300
Nghệ An*	200	200	200
Đồng Nai	300	200	200
Thái Nguyên	200	200	200
An Giang*	150	300	200
Điện Biên	300	300	300
Cần Thơ*	150	200	200
Kiên Giang*	200	201	200
Bình Dương	200	200	200
Bà Rịa - Vũng Tàu	200	200	200
Khánh Hòa*	150	150	200
Lào Cai	300	300	300
Đà Nẵng*	150	150	150
Thừa Thiên Huế	150	150	150
Tổng cỡ mẫu	4451	4551	4201

*Các tỉnh/thành phố có cả giám sát trọng điểm bệnh lây truyền qua đường tình dục (STI) trong đó có giang mai;

**Năm 2021, do tình hình dịch COVID-19 nên TP Hồ Chí Minh không triển khai GSTĐ+ trên nhóm nam NCMT;

Tỉnh Đắk Lắk chỉ triển khai GSTĐ, không lồng ghép giám sát hành vi nên không có trong danh sách tại bảng này

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu theo cụm – hai giai đoạn để tuyển chọn người tham gia.

Giai đoạn 1: Chọn quận/huyện. Tại mỗi tỉnh/thành phố, tổng hợp số nam NCMT tại các quận/huyện và sắp xếp theo thứ tự giảm dần. Dựa trên danh sách đó, tỉnh/thành phố chọn tối thiểu 2 quận/huyện và tối đa không quá 5 quận/huyện có số lượng nam NCMT cao nhất đảm bảo bao phủ 80% số NCMT trên toàn tỉnh.

Giai đoạn hai: Chọn xã/phường và chọn đối tượng nam NCMT. Trên cơ sở số quận/huyện được lựa chọn và số nam NCMT của từng quận/huyện. Đơn vị đầu mối triển khai GSTĐ HIV của tỉnh sẽ phân bổ cỡ mẫu tỷ lệ thuận với

số nam NCMT tại mỗi quận/huyện. Lập danh sách NCMT của các xã/phường tại các huyện đã được lựa chọn. Nếu xã có số lượng nam NCMT ≥ 30 người, chia xã đó thành các đơn vị chọn mẫu nhỏ hơn, đảm bảo số nam NCMT tại mỗi đơn vị chọn mẫu không quá 15 người. Lựa chọn ngẫu nhiên số đơn vị chọn mẫu cho đến khi đủ số mẫu cần thực hiện GSTĐ tại huyện đó. Tại các cụm (đơn vị chọn mẫu) được lựa chọn, mời tất cả những người đủ tiêu chuẩn tham gia vào GSTĐ HIV.

2.6 Biến số nghiên cứu

Các biến số về đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn), các biến số về hành vi (thời gian TCMT, đã từng sử dụng

chung BKT, dùng bao cao su khi quan hệ tình dục (QHTD) lần gần nhất, từng QHTD với phụ nữ bán dâm), và biến số về tiếp cận các dịch vụ dự phòng liên quan đến HIV (xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua, nhận BKT và bao cao su miễn phí, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục và điều trị Methadone). Biến số về tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các cán bộ y tế tại các tỉnh tham gia GSTĐ+ được tập huấn sẽ thực hiện sàng lọc lựa chọn đối tượng đúng tiêu chuẩn và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (bao gồm các đặc tính dân số xã hội, hành vi TCMT, hành vi QHTD, tiếp cận các dịch vụ y tế). Sau khi hoàn thành phỏng vấn, người tham gia sẽ được cán bộ xét nghiệm tư vấn và lấy 3ml máu để làm xét nghiệm HIV, giang mai. Các mẫu máu sẽ được bảo quản theo quy định, chuyển về phòng xét nghiệm khẳng định HIV của tỉnh/thành phố đó và thực hiện làm xét nghiệm HIV và giang mai theo quy định của Bộ y tế. Để bảo mật thông tin cho đối tượng tham gia nghiên

cứu, tất cả dữ liệu liên quan như phiếu sàng lọc, bộ câu hỏi và mẫu máu sẽ được liên kết bởi mã số điều tra, mã số duy nhất cho mỗi đối tượng tham gia.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập và nhập liệu trực tiếp bằng máy tính bằng trên phần mềm ODK collect, làm sạch số liệu và xử lý số liệu trên phần mềm Stata 17.0. Các thông tin mô tả được thể hiện dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Hàng năm, nghiên cứu được phê duyệt đạo đức của Hội đồng đạo đức cấp cơ sở trong nghiên cứu Y sinh học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Đối tượng tự nguyện tham gia, được giải thích rõ ràng mục đích của việc nghiên cứu và có quyền dừng không tham gia bất kỳ lúc nào. Các số liệu thu thập được hoàn toàn phục vụ cho mục đích nghiên cứu và mọi thông tin cá nhân của đối tượng đều sẽ được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2017 - 2021 (n = 13.203)

Đặc điểm	2017 (n = 4451)	2019 (n = 4551)	2021 (n = 4201)
	n (%; 95% KTC)	n (%; 95% KTC)	n (%; 95% KTC)
Tuổi trung bình (độ lệch chuẩn)	35,3 (± 9,2)	36,6 (± 9,3)	37,8 (± 9,4)
Nhỏ nhất - Lớn nhất	16 - 70	16 - 69	16 - 71
Nhóm tuổi (năm)			
16 - 24 tuổi	477 (10,7; 9,8 - 11,7)	389 (8,6; 7,8 - 9,4)	276 (6,6; 5,8 - 7,4)
25 - 34 tuổi	1.815 (40,8; 39,3 - 42,2)	1.608 (35,4; 34,0 - 36,8)	1.395 (33,2; 31,8 - 34,7)
35 - 49 tuổi	1.822 (40,9; 39,5 - 42,4)	2.125 (46,7; 45,3 - 48,2)	2.037 (48,5; 47,0 - 50,0)
> 49 tuổi	337 (7,6; 6,8 - 8,4)	426 (9,4; 8,5 - 10,3)	493 (11,7; 10,8 - 12,7)
Tình trạng hôn nhân			
Chưa lập gia đình	1.510 (33,9; 32,5 - 35,3)	1.509 (33,2; 31,8 - 34,5)	1.292 (30,8; 29,4 - 32,2)
Đang có vợ	2.131 (47,9; 46,4 - 49,4)	2.029 (44,6; 43,1 - 46,0)	1.883 (44,8; 43,3 - 46,3)
Đã ly dị/ly thân/góa	726 (16,3; 15,2 - 17,4)	936 (20,6; 19,4 - 21,8)	966 (23,0; 21,7 - 24,3)
Sống chung không kết hôn	84 (1,9; 1,5 - 2,3)	77 (1,7; 1,3 - 2,1)	60 (1,4; 1,1 - 1,8)
Trình độ học vấn	4.151*		
Mù chữ/Tiểu học (lớp 1 - 5)	791 (19,1; 17,8 - 20,3)	1.004 (22,1; 20,9 - 23,2)	707 (16,8; 15,7 - 18,0)
Trung học cơ sở (lớp 6 - 9)	1.754 (42,3; 40,7 - 43,8)	2.021 (44,4; 42,9 - 45,9)	1.965 (46,8; 45,3 - 48,3)
Trung học phổ thông (lớp 10 - 12)	1.405 (33,9; 32,4 - 35,3)	1.372 (30,2; 28,8 - 31,5)	1.327 (31,6; 30,2 - 33,0)
Trung cấp, CĐ, ĐH (>lớp 12)	201 (4,8; 4,2 - 5,5)	152 (3,3; 2,8 - 3,9)	202 (4,8; 4,2 - 5,5)

95%KTC: 95% Khoảng tin cậy; CD: Cao đẳng; ĐH: Đại học

* Năm 2017, Quảng Ninh thực hiện trên bộ câu hỏi cũ nên không có biến về trình độ học vấn, thiếu 300 mẫu của Quảng Ninh

Thông tin chung của nhóm nam NCMT tham gia GSTĐ+ qua các năm: Năm 2017, năm 2019 và năm 2020. Kết quả cho thấy, độ tuổi trung bình của các đối tượng tăng dần qua các năm, năm 2017 là 35,3 ($\pm 9,2$) đến năm 2021 là 37,8 ($\pm 9,4$), dao động trong khoảng từ 16 tuổi đến 71 tuổi. Nhóm từ 35 – 49 tuổi có tỷ lệ cao nhất so với các nhóm còn lại và có xu hướng tăng dần qua các năm, cụ thể năm 2017 chỉ có 40,9% nhưng đến năm 2021 tỷ lệ này là 48,5%.

Đối với tình trạng hôn nhân, kết quả cho thấy có sự tương đồng qua các năm, phần lớn

đối tượng có tình trạng hôn nhân là đang có vợ, năm 2017 là 47,9% và năm 2021 giảm không đáng kể 44,8%. Tỷ lệ người sống chung không kết hôn qua các năm đều dưới 2% (Bảng 2).

Trình độ học vấn của đối tượng cao nhất ở nhóm trung học cơ sở, chiếm gần một nửa của năm 2017 (42,3%), năm 2019 (44,4%) và năm 2021 (46,8%). Chưa đến 5% người có trình độ trung cấp, đại học, cao đẳng, tỷ lệ nhóm này duy trì qua các năm và không có sự thay đổi đáng kể (Bảng 2).

Bảng 3. Mô tả hành vi tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục của nhóm nam nghiên cứu tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2017 - 2021 (n = 13.203)

Đặc điểm	2017 (n = 4451)	2019 (n = 4551)	2021 (n = 4201)
	n (%; 95% KTC)	n (%; 95% KTC)	n (%; 95% KTC)
Tuổi trung bình lần đầu TCMT (SD)	25,4 (± 7,9)	26,0 (± 8,0)	26,2 (± 8,2)
Nhóm tuổi lần đầu tiên TCMT			
< 18 tuổi	522 (11,7; 10,8 - 12,7)	501 (11,0; 10,1 - 11,9)	453 (10,8; 9,9 - 11,8)
≥ 18 tuổi	3.929 (88,3; 39,1 - 42,0)	4.050 (89,0; 88,0 - 89,9)	3.748 (89,1; 88,2 - 90,1)
Trung bình thời gian TCMT	9,8 (9,6 - 10)	10,5 (10,2 - 10,7)	11,5 (11,3 - 11,7)
Thời gian TCMT			
< 3 năm	702 (16,0; 15,0 - 17,1)	523 (11,8; 10,8 - 12,7)	414 (10,1; 9,2 - 11,1)
≥ 3 năm	3.678 (84,0; 82,9 - 85,0)	3.925 (88,2; 87,3 - 89,2)	3.689 (89,9; 89,0 - 90,8)
Đã từng dùng chung BKT	1.261 (28,3; 27,0 - 29,7)	1.374 (30,2; 28,9 - 31,6)	982 (23,4; 22,1 - 24,7)
Dùng chung BKT trong tháng qua			
Có	238 (5,4; 4,7 - 6,1)	218 (4,8; 4,2 - 5,5)	71 (1,7; 1,3 - 2,1)
Không	4.210 (94,7; 93,9 - 95,3)	4.327 (95,2; 94,5 - 95,8)	4.110 (98,3; 97,9 - 98,8)
Sử dụng BKT sạch trong lần tiêm chích gần nhất			
Có	4.375 (98,5; 98 - 99)	4.467 (98,8; 98 - 99)	3.936 (94,0; 93 - 995)
Không	68 (1,5; 1 - 2)	55 (1,2; 1 - 2)	250 (6,0; 5 - 7)
QHTD			
Đã từng	4.191 (94,2; 93,4 - 94,8)	4.308 (94,7; 93,9 - 95,3)	3.968 (94,5; 93,7 - 95,1)
Chưa bao giờ	260 (5,8; 5,2 - 6,6)	243 (5,3; 4,7 - 6,0)	233 (5,6; 4,9 - 6,3)
Sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất			
Có	1.824 (44,9; 43,4 - 46,5)	1.805 (44,0; 42,5 - 45,6)	1.974 (49,8; 51,8 - 55,0)
Không	2.234 (55,1; 53,5 - 56,6)	2.294 (56,0; 54,4 - 57,5)	1.722 (50,3; 44,9 - 48,2)
Đã từng QHTD với PNBD			
Đã từng	1.671 (40,9; 36,6 - 39,6)	1.606 (38,1; 33,9 - 36,9)	1.385 (35,4; 33,9 - 36,9)
Chưa bao giờ	2.417 (59,1; 60,4 - 63,4)	2.610 (61,9; 63,1 - 66,1)	2.527 (64,6; 63,1 - 66,1)

Bảng 3. Mô tả hành vi tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục của nhóm nam nghiên cứu tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2017 - 2021 (n = 13.203) (tiếp)

Đặc điểm	2017 (n = 4451)	2019 (n = 4551)	2021 (n = 4201)
	n (%; 95% KTC)	n (%; 95% KTC)	n (%; 95% KTC)
QHTD với PNBD trong 12 tháng qua	4.080	4.219	3.905
Sử dụng BCS khi QHTD với PNBD trong 1 tháng qua	476	391	282
Có	888 (21,8; 20,5 - 23,1)	889 (21,1; 19,8 - 22,3)	512 (13,1; 12,1 - 14,2)
Không	3.192 (78,2; 76,9 - 79,4)	3.330 (78,9; 77,7 - 80,2)	3.393 (86,9; 85,8 - 87,9)
Sử dụng BCS khi QHTD với PNBD trong 1 tháng qua	476	391	282
Tất cả các lần	362 (76,1; 71,9 - 79,8)	284 (72,6; 67,9 - 77,0)	235 (83,3; 78,5 - 84,5)
Đa số các lần	14 (2,9; 1,6 - 4,8)	12 (3,1; 1,6 - 5,3)	21 (7,5; 4,6 - 11,2)
Thỉnh thoảng	28 (5,9; 3,9 - 8,4)	35 (8,9; 6,3 - 12,2)	15 (5,3; 3,0 - 8,6)
Không bao giờ	72 (15,1; 12,0 - 28,7)	60 (15,4; 11,9 - 19,3)	11 (3,9; 1,9 - 6,8)

95%KTC: 95% khoảng tin cậy; TCMT: Tiêm chích ma túy; BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; PNBD: Phụ nữ bán dâm

Kết quả bảng 3 mô tả các hành vi TCMT và QHTD của nhóm nam NCMT trong chương trình GSTĐ+ tại Việt Nam trong 3 mốc thời gian 2017, 2019 và 2021. Trong đó, độ tuổi trung bình lần đầu TCMT của các đối tượng tăng dần qua các năm từ 2017 là 25,4 ($\pm 7,9$) tuổi đến năm 2021 là 26,2 ($\pm 8,2$) tuổi. Nhóm tuổi lần đầu TCMT dưới 18 tuổi tương đối đồng đều qua các năm, dao động từ 10,8% đến 11,7%.

Các đối tượng có thời gian TCMT hầu hết là từ ba năm trở lên ($> 84,0\%$). Tỷ lệ đã từng dùng chung BKT của nhóm nam NCMT trong nghiên cứu có xu hướng giảm dần qua các năm, cao nhất năm 2017 (5,4%), thấp nhất năm 2021 (1,7%). Do đó, yếu tố về tỷ lệ đối tượng có sử dụng BKT sạch trong lần tiêm chích gần nhất chiếm tới $> 98\%$ trong hai năm 2017 và 2019, tuy nhiên có giảm ở năm 2021 còn 94,5% (Bảng 3).

Hành vi sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất tỷ lệ chỉ chiếm chưa tới một nửa trong cả 3 năm, cao nhất đạt 49,8% trong năm 2021. Tỷ lệ người trả lời đã từng quan hệ với PNBD giảm dần qua các năm, cụ thể năm 2017 là 21,8%; 38,1% năm 2019 và 35,4% năm 2021. Tương ứng tỷ lệ đối tượng có QHTD với PNBD trong 12 tháng qua có giảm dần qua các năm từ năm 2017 là 21,8% còn 13,1% năm 2021.

Với những người có QHTD với PNBD trong vòng một tháng qua, tỷ lệ những người có sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD với PNBD tăng dần qua các năm, 76,1% năm 2017 đến 83,3% năm 2021. Vẫn còn tỷ lệ những người có QHTD với PNBD những không bao giờ sử dụng BCS, tỷ lệ này có giảm đáng kể ở năm 2021 (3,9%) (Bảng 3).

Bảng 4. Tình trạng tiếp cận tư vấn xét nghiệm và điều trị của nhóm nam nghiên cứu tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2017 - 2021 (n = 13.203)

Tên chỉ số	2017 (n = 4451)		2019 (n = 4551)		2021 (n = 4201)	
	n (%; 95% CI)		n (%; 95% CI)		n (%; 95% CI)	
Biết nơi tư vấn và làm XN HIV	4.449		4.545		4.201	
Có	3.788 (85,1; 84,1 - 86,2)		3.845 (84,6; 83,5 - 85,6)		3.726 (88,7; 87,7 - 89,6)	
Không	661 (14,9; 84,1 - 86,2)		700 (15,4; 14,4 - 16,5)		475 (11,3; 10,4 - 12,3)	
Đã làm XN HIV trong lần gần đây nhất	4.448		4.544		4.201	
Trong vòng 6 tháng qua	1.437 (32,3; 30,9 - 33,7)		1.087 (23,9; 22,7 - 25,2)		970 (23,1; 21,8 - 24,4)	
Từ trên 6 đến 12 tháng qua	819 (18,4; 17,3 - 19,6)		670 (14,7; 13,7 - 15,8)		1.072 (25,5; 24,2 - 26,9)	
Trên 12 tháng qua	1.384 (31,1; 29,8 - 32,5)		1.806 (39,7; 38,3 - 41,2)		1.561 (37,2; 35,7 - 38,6)	
Chưa bao giờ	808 (18,2; 17,0 - 19,3)		981 (21,6; 20,4 - 22,8)		598 (14,2; 13,2 - 15,3)	
Làm xét nghiệm HIV và biết KQXN trong lần xét nghiệm gần đây nhất	3.611		3.557		3.603	
Có	3.258 (90,2; 88,2 - 91,1)		3.331 (93,8; 92,9 - 94,5)		3.486 (96,8; 96,1 - 97,3)	
Không	353 (9,8; 8,8 - 10,8)		222 (6,3; 5,5 - 7,1)		117 (3,3; 2,7 - 3,9)	
Tự báo cáo về tình trạng nhiễm HIV của bản thân	3.276		3.321		3.476	
Dương tính	407 (12,2; 11,1 - 13,3)		431 (12,7; 11,6 - 13,9)		311 (8,9; 7,9 - 9,9)	
Âm tính	2.940 (87,8; 86,7 - 88,9)		2.958 (87,3; 86,1 - 88,4)		3.198 (91,1; 90,1 - 92,1)	
Hiện đang điều trị ARV	307		431		304	
Có	341 (83,8; 79,8 - 87,2)		388 (90,2; 86,8 - 92,7)		290 (95,4; 92,4 - 97,4)	
Không	66 (16,2; 12,8 - 20,0)		43 (10,0; 7,3 - 13,20)		14 (4,6; 2,5 - 7,6)	

XN HIV: Xét nghiệm HIV; KQXN: Kết quả xét nghiệm

Tỷ lệ đối tượng biết nơi tư vấn và làm XN HIV khá tương đồng trong 3 năm, năm 2017 là 85,1%, năm 2019 giảm không đáng kể 83,5% và năm 2021 tăng lên 88,7% (Bảng 4).

Kết quả cũng cho thấy tỷ lệ đối tượng đã từng làm XN HIV phân bố không đồng đều qua các năm. Năm 2017 là năm có tỷ lệ làm XN trong vòng 6 tháng qua cao nhất với 32,3%, năm 2019 tỷ lệ này giảm còn 23,9% và năm 2021 là 23,1%. Những đối tượng chưa bao giờ làm XN HIV trong các năm 2017, 2019 và 2021 lần lượt 18,2%, 21,6% và 14,2% (Bảng 4).

Trong những đối tượng đã từng làm xét nghiệm, tỷ lệ biết kết quả xét nghiệm trong lần xét nghiệm gần đây nhất chiếm tỷ lệ khá cao và tăng đều theo thời gian, năm 2017 tỷ lệ này chiếm 90,2% tới năm 2021 là 96,8% (Bảng 4).

Tỷ lệ các đối tượng có trả lời tình trạng nhiễm HIV là dương tính lần lượt theo các năm 2017 (12,2%), 2019 (12,7%) và năm 2021 (8,9%). Trong số đó, tỷ lệ các đối tượng hiện đang được điều trị khác cao, tăng dần qua các năm, cao nhất là năm 2021 đạt 95,4%.

Bảng 5. Thực trạng tiếp cận các dịch vụ dự phòng của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2017 - 2021 (n = 13.203)

Tên chỉ số	2017 (n = 4451)	2019 (n = 4551)	2021 (n = 4201)
	n (%; 95%KTC)	n (%; 95%KTC)	n (%; 95%KTC)
Tham gia điều trị Methadone	4.447	4.483	4.201
Có	1.767 (39,7; 38,3 - 41,2)	1.798 (40,1; 38,67 - 41,6)	1.544 (36,8; 35,3 - 38,2)
Không	2.460 (55,3; 53,8 - 56,8)	2.410 (53,8; 52,3 - 55,3)	2.553 (60,8; 59,28 - 62,3)
Chưa nghe nói đến Methadone	220 (5,0; 4,3 - 5,6)	275 (6,1; 5,45 - 6,9)	104 (2,5; 2,03 - 2,9)
Tham gia điều trị Methadone trong 1 tháng qua	1.766	1.766	1.544
Có	1.527 (86,5; 84,8 - 88,1)	1.319 (74,7; 72,6 - 76,7)	1.016 (65,8; 63,4 - 68,2)
Không	238 (13,5; 11,9 - 15,2)	446 (25,3; 23,3 - 27,4)	528 (34,2; 31,8 - 36,6)
Nhận BKT miễn phí trong 6 tháng qua			
Có	1.649 (37,1; 35,6 - 38,5)	1.988 (43,8; 42,3 - 45,2)	1.726 (41,1; 39,6 - 42,6)
Không	2.801 (62,9; 61,5 - 64,4)	2.552 (56,2; 54,8 - 57,7)	2.475 (58,9; 57,4 - 60,4)
Nhận BCS miễn phí trong 6 tháng qua	4.443	4.529	4.201
Có	1.050 (23,6; 22,4 - 24,9)	1.294 (28,6; 27,2 - 29,9)	1.186 (28,2; 26,8 - 29,6)
Không	3.393 (76,4; 75,1 - 77,6)	3.235 (71,4; 70,1 - 72,7)	3.015 (71,8; 70,4 - 73,1)
Khám các bệnh STI trong 3 tháng qua	4.443	4.518	4.201
Có	355 (8,0; 7,2 - 8,8)	404 (8,9; 8,1 - 9,8)	312 (7,4; 6,7 - 8,3)
Không	4.088 (92,0; 91,2 - 92,8)	4.114 (91,1; 90,2 - 91,9)	3.889 (92,6; 91,7 - 93,3)

BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su

Kết quả phân tích cho thấy, nhóm nam NCMT có tỷ lệ tham gia điều trị methadone dưới 50%, cao nhất năm 2019 (40,1%) và thấp nhất năm 2021 (36,8%). Tỷ lệ nhận BKT miễn phí trong 6 tháng qua của nhóm nam NCMT trong 3 năm chưa tới 50%, cao nhất năm 2019 (43,8%). Tương tự, tỷ lệ nhận BCS miễn phí trong 6 tháng qua cũng thấp, dưới 30%. Tỷ lệ nhóm nam NCMT được khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục chưa tới 10% qua các năm (Bảng 5).

Bảng 6. Tỷ lệ nhiễm giang mai chung và tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm nam nghiên cứu ma túy theo từng tỉnh tại Việt Nam qua giám sát trọng điểm HIV/STI, 2017 - 2021 (n = 13.203)

Tỉnh/thành phố	2017 (n = 4451) (%, 95%CI)	2019 (n = 4551) (%, 95%CI)	2021 (n = 4201) (%, 95%CI)
Tỷ lệ nhiễm giang mai chung*	1,5 (1,0 - 2,1)	1,5 (1,1 - 2,1)	1,3 (0,9 - 1,8)
Tỷ lệ nhiễm HIV chung	14,2 (13,2 - 15,3)	13,0 (12,0 - 14,0)	12,3 (11,4 - 13,4)
Miền Bắc			
Hà Nội	20,7 (16,2 - 25,7)	9,7 (6,6 - 13,6)	6,3 (3,8 - 9,7)
Sơn La	21,3 (16,8 - 26,3)	24,3 (19,6 - 29,6)	20,1 (16,2 - 25,7)
Hải Phòng	22,3 (17,7 - 27,5)	20,7 (16,2 - 25,7)	20,1 (16,2 - 25,7)
Quảng Ninh	16,0 (12,0 - 20,6)	19,3 (15,0 - 24,3)	17,7 (13,5 - 22,4)
Thanh Hóa	16,0 (12,0 - 20,6)	15,0 (11,2 - 19,6)	9,3 (6,3 - 13,2)
Nghệ An	12,0 (7,8 - 17,3)	11,5 (7,4 - 16,7)	13,0 (8,6 - 18,5)
Thái Nguyên	18,0 (12,9 - 24,0)	9,5 (5,8 - 14,4)	14,5 (9,9 - 20,2)
Điện Biên	25,7 (20,8 - 31,0)	26,0 (21,1 - 31,3)	16,3 (12,3 - 21,0)
Lào Cai	4,0 (2,1 - 6,9)	8,0 (5,2 - 11,7)	12,0 (8,5 - 16,0)
Miền Trung			
Khánh Hòa	7,3 (3,7 - 12,7)	9,3 (5,2 - 15,1)	9,5 (5,8 - 14,4)
Đà Nẵng	2,7 (0,73 - 6,7)	2,0 (0,4 - 5,7)	3,3 (1,1 - 7,6)
Thừa Thiên Huế	2,7 (0,73 - 6,7)	0,7 (0,0 - 3,6)	0,0
Miền Nam			
Hồ Chí Minh	11,7 (8,3 - 15,8)	11,0 (7,7 - 15,1)	**
Cần Thơ	14,7 (9,4 - 21,3)	18,0 (12,9 - 24,0)	15,5 (10,7 - 21,2)
Kiên Giang	6,5 (3,5 - 10,8)	3,0 (1,1 - 6,3)	4,0 (1,7 - 7,7)
Bình Dương	16,0 (11,2 - 21,8)	19,0 (13,8 - 25,1)	21,0 (15,6 - 27,3)
Đồng Nai	12,7 (9,1 - 16,9)	8,0 (4,6 - 12,7)	5,5 (2,8 - 9,6)
An Giang	7,3 (3,7 - 12,7)	5,7 (3,3 - 8,9)	10,0 (6,2 - 15,0)
Bà Rịa - Vũng Tàu	12,5 (8,3 - 17,9)	8,5 (5,0 - 13,2)	9,0 (5,4 - 13,8)

*Tỷ lệ giang mai chung được tính trên các tỉnh có giám sát trọng điểm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STD); **Năm 2021, do tình hình dịch COVID-19 nên TP Hồ Chí Minh không triển khai GSTD+ trên nhóm NCMT

Tỷ lệ hiện nhiễm giang mai của nhóm nam NCMT không có sự thay đổi qua các năm, 1,5% (2017), 1,5% (2019) và 1,3% (2021). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV của nhóm nam NCMT tham gia GSTĐ giai đoạn 2017 - 2021 lần lượt qua các năm là 14,2% (2017), 13,0% (2019) và 12,3% (2021) (Bảng 6).

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV của nhóm đối tượng nghiên cứu tại các tỉnh/thành phố miền Bắc cao hơn so với các tỉnh thuộc khu vực miền Trung. Trong đó, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam NCMT tại Điện Biên là cao nhất. Xu hướng nhiễm HIV ở nhóm nam NCMT ở Hà Nội có xu hướng giảm đáng kể qua các năm. Trong khu vực miền Nam, tỉnh có tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam NCMT cao nhất trong năm 2021 là Bình Dương (21,0%). Tỉnh có tỷ lệ hiện nhiễm HIV thấp nhất trong số các tỉnh triển khai GSTĐ là Thừa Thiên Huế, 0% ở năm 2021.

IV. BÀN LUẬN

Trên thế giới, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong các nhóm quần thể nguy cơ như nhóm nam NCMT, MSM, người bán dâm vẫn cao hơn nhiều so với quần thể dân số chung. Theo báo cáo của UNAIDS tính đến cuối năm 2021, toàn cầu có khoảng 38,4 triệu người nhiễm HIV, trong đó nhóm quần thể nguy cơ cao nêu trên và bạn tình của họ chiếm 70% số ca nhiễm HIV trên toàn cầu. Cũng theo UNAIDS, nguy cơ lây nhiễm HIV của nhóm nam NCMT cao hơn gấp 35 lần so với quần thể bình thường [5]. Kết quả GSTĐ+ ở Việt Nam chỉ cho thấy từ năm 2017 đến 2021, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam NCMT dao động từ 14,2% (2017), 13,0% (2019) và 12,3% (2021), tỷ lệ này cao hơn so với ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV nhóm nam NCMT trên toàn cầu là khoảng 10% [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ đã giảm đáng kể so với những năm trong giai đoạn 2000 – 2010, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này luôn dao động khoảng 30%, một số tỉnh có tỷ lệ hiện nhiễm HIV qua khảo sát IBBS năm 2009 khá cao như Quảng Ninh 56%, Hải Phòng 48% và Điện Biên 56% [7]. Đó chính là thành quả của sự nỗ lực trong suốt 30 năm qua nhằm kiểm soát dịch HIV/AIDS

cho quần thể nguy cơ nói chung và NCMT nói riêng. Các hoạt động can thiệp giảm hại như phân phát BKT, bao cao su và sử dụng điều trị thay thế bằng Methadone đã góp phần giảm tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm này.

Thời gian trung bình TCMT của nhóm nam NCMT tăng dần qua các năm, từ 2017 đến 2021, trên 80% có thời gian tiêm chích trên 3 năm. Độ tuổi trung bình của nhóm nam TCMT cũng tăng dần theo năm, do nhóm tuổi trẻ không có sử dụng ma túy dạng tiêm chích như heroin mà sử dụng loại ma túy tổng hợp khác. Kết quả đó phù hợp với các những nghiên cứu khác [8, 9].

Hành vi nguy cơ chính lây nhiễm HIV trong nhóm nam NCMT là việc sử dụng chung BKT. Hành vi này cũng nguy cơ cao lây truyền các bệnh qua đường máu như viêm gan B, C [10]. Để kiểm soát được dịch HIV trong nhóm nam NCMT phụ thuộc vào hành vi khi tiêm chích của họ, nếu họ sử dụng BKT sạch trong tất cả các lần tiêm chích thì sẽ giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường máu khác [8, 11]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng BKT sạch trong lần tiêm chích gần nhất luôn duy trì ở mức cao 98,8% (2017), có giảm không đáng kể ở năm 2021 (94,6%). Ngoài ra, một trong những biện pháp can thiệp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV và giảm tỷ lệ tử vong do sốc thuốc là sử dụng điều trị thay thế bằng Methadone. Tỷ lệ đã từng tham gia điều trị Methadone của nhóm nam NCMT trong nghiên cứu dao động khoảng từ 36,8% đến 40,1%. Tỷ lệ này đã gần đạt được mục tiêu trong chiến lược Quốc gia chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030 về dự phòng cho nhóm người nghiện chất tới năm 2025 là 40% [12]. Cần tiếp tục tăng cường và cải thiện chất lượng tư vấn về lợi ích của điều trị Methadone để tăng số người nghiện chất có tham gia sử dụng Methadone và đạt được mục tiêu đến năm 2030 là 50%. Bên cạnh hành vi về sử dụng chất và tiêm chích, một trong những hành vi góp phần tăng nguy cơ lây nhiễm HIV là tình dục không an toàn, đặc biệt là khi QHTD với PNBD. Tỷ lệ sử dụng BCS khi QHTD với PNBD của nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu dao động

khoảng 40%, tỷ lệ này tương ứng với nghiên cứu ở Iran.

Nhóm nam NCMT là nhóm nguy cơ cao lây nhiễm HIV chủ yếu do TCMT không an toàn, nhưng kết quả GSTĐ+ ở Việt Nam cũng chỉ ra rằng nhóm NCMT còn nhiễm giang mai là bệnh lây truyền qua QHTD không an toàn. Tỷ lệ hiện nhiễm giang mai của nhóm nam NCMT qua các năm là 1,5% (2017), 1,5% (2019) và 1,3% (2021) vẫn duy trì ở mức thấp so với kết quả nghiên cứu IBBS năm 2009 tỷ lệ nhiễm giang mai trong nhóm nam TCMT ở 12 tỉnh đều dưới 2% [6]. Một nghiên cứu cắt ngang 12 tỉnh thành phố ở Campuchia trong nhóm NCMT năm 2017 cho tỷ lệ nhiễm giang mai là 3,8% cao hơn so với Việt Nam [13]. Sự khác biệt này có thể do thực tế tỷ lệ nhiễm giang mai trong nhóm NCMT ở Campuchia là cao hơn Việt Nam, nhưng vấn đề quan trọng ở đây là nhóm NCMT có nhiều nguy cơ gây lây nhiễm HIV là hành vi TCMT và QHTD không an toàn. Số liệu hành vi chỉ rõ rằng nhiễm giang mai trong những nam NCMT trong GSTĐ+ nguyên nhân do nhóm này có hành vi nguy cơ QHTD không an toàn, tỷ lệ đã từng QHTD với phụ nữ bán dâm cao 40,9% (2017), 38,1% (2019) và 35,4% (2021), đáng chú ý chỉ có 76,1% (2021) đến 83,3% (2017) nhóm này sử dụng BCS tất cả các lần khi QHTD với PNBD trong 1 tháng qua. Trong đó nhóm nam NCMT có từ 3,9% đến 15,1% khi không bao giờ sử dụng BCS khi QHTD với PNBD trong 1 tháng qua. Điều này cũng cho thấy để phòng chống HIV trong nhóm nam NCMT ngoài việc can thiệp giảm tác hại như sử dụng BKT riêng cũng cần tuyên truyền về QHTD an toàn như sử dụng BSC trong nhóm.

Trong nghiên cứu có hỏi những câu hỏi về hành vi TCMT và QHTD với các loại bạn tình khiến cho người tham gia không cảm thấy thoải mái khi trả lời. Nhiều người trong số họ đã được tham gia các chương trình can thiệp, họ hiểu rõ về những hành vi nguy cơ cao. Do đó, họ có thể báo cáo theo như mong muốn của xã hội, khiến các chỉ số báo cáo hành vi nguy cơ thấp hơn so với thực tế. Mặc dù nghiên cứu đã sử dụng nhiều các kỹ thuật để hạn chế sai số báo

cáo như thiết lập các phòng phỏng vấn riêng tư, sử dụng mã số riêng biệt của người tham gia để người tham gia thấy thoải mái. Khắc phục sai số nhớ lại, trong thiết kế bộ câu hỏi có các câu dẫn dắt mốc thời gian từ xa đến gần để đối tượng có thể nhớ lại tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam nghiện chích ma túy vẫn duy trì ở mức cao, 14,2% (2017), 13,0% (2019) và 12,3% (2021), các tỉnh khu vực miền Bắc có tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn các tỉnh khu vực miền Trung và miền Nam. Tỷ lệ hiện nhiễm giang mai nhóm nam nghiện chích ma túy qua các năm là 1,5% (2017), 1,5% (2019) và 1,3% (2021). Tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm sạch trong lần gần nhất luôn duy trì ở mức độ cao trên 95%. Tỷ lệ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm trong tháng qua có xu hướng tăng dần qua các năm. Tỷ lệ nam nghiện chích ma túy trong nghiên cứu đã từng tham gia điều trị Methadone khá đồng đều qua các năm (khoảng 40%). Cần tăng cường và cải thiện hơn nữa các chương trình can thiệp dự phòng để tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy, hướng tới chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh, thành phố thực hiện GSTĐ và GSTĐ+; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Slutkin G, Chin J, Tarantola D, et al. Sentinel serosurveillance for HIV infection: a method

- to monitor HIV infection trends in population groups. WHO/Global programme on AIDS. 1988.
2. Slutkin G, Chin J, Tarantola D, et al. Use of HIV surveillance data in National AIDS control programmes. WHO/Global programme on AIDS. 1990.
 3. UNAIDS/WHO. Guideline for second generation HIV surveillance: an update: Know your epidemic. 2015.
 4. Bộ y tế. Thông tư Hướng dẫn Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Số 09/2012/TT-BYT, ngày 24/5/2012.
 5. UNAIDS. Fact sheets 2022. Accessed 1/11/2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
 6. UNODC. Global overview: Drug demand drug supply. 2021; 19 - 20.
 7. Ministry of Health. Results from the HIV/STI Intergrated biological and behavioral surveillance (IBBS) in Vietnam - Round II 2009. 2011; 8 - 9.
 8. Chen X, Zhu L, Zhou Y, et al. Factors associated with needle sharing among people who inject drugs in Yunnan, China: a combined network and regression analysis. *Infect Dis Poverty*. 2016; 5 (1): 73.
 9. Likindikoki SL, Mmbaga EJ, Leyna GH, et al. Prevalence and risk factors associated with HIV-1 infection among people who inject drugs in Dar es Salaam, Tanzania: a sign of successful intervention? *Harm Reduct J*. 2020; 17 (1): 18.
 10. Degenhardt L, Charlson F, Stanaway J, et al. Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet Infectious Diseases*. 2016; 16 (12): 1385 – 1398.
 11. Montain J, Ti L, Hayashi K, et al. Impact of length of injecting career on HIV incidence among people who inject drugs. *Addict Behav*. 2016; 58: 90 - 94.
 12. Thủ tướng chính phủ. Quyết định Phê duyệt chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Số 1246/2020/QĐ-TTg, ngày 14/8/2020.
 13. Siyan Yi, Kiesha P, Chhoun P, et al. Syphilis infection among people who use and inject drugs in Cambodia: a cross-sectional study using the respondent-driven sampling method. *Int J STD AIDS*. 2020; 31 (9): 832 - 840.

TRENDS OF HIV AND SYPHILIS INFECTION AMONG MALE WHO INJECT DRUG IN VIETNAM THROUGH HIV SENTINEL SURVEILLANCE PLUS BEHAVIORS COMPONENT, DURING 2017 - 2021

Phan Thi Thu Huong¹, Pham Hong Thang², Nguyen Thi Thanh Ha²,
Hoang Thi Thanh Ha², Ngo Thi Hong Hanh², Hoang Le Linh Ngoc²,
Nguyen Thi Thu Phuong², Do Minh Hiep², Phan Dang Than², Bui Hoang Duc¹,
Dang Duc Anh²

¹*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

²*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

HIV sentinel surveillance plus behavior component (HSS+) was collected every two years among males who inject drugs (PWID) to monitor the trend in HIV, syphilis prevalences and risk behaviors among male PWID. The results showed that HIV prevalence among PWID remained high at 14.2% in 2017, 13.0% in 2019, and 12.3% in 2021. The syphilis prevalence among PWID was quite low and did not change significantly by year with 1.5% (2017), 1.5% (2019) and 1.3% (2021). The proportion of sharing syringe and needle in the last month have decreased over the years, from 5.4% in 2017 to 1.7% in 2021. The proportions of using condoms in the last sex slightly

increased, 44.0% in 2017, 45.8% in 2019, and 49.8% in 2021. The percentage of methadone maintenance treatment is reached 40%. The percentage of HIV testing in the past 12 months over by year is quite low, 50.7% in 2017, 38.6% in 2019, and 40.8% in 2021. Conclusion: HIV prevalence remained high, syphilis prevalence was low, but the trend of infections did not change statistically significant in the period 2017 - 2021. It is necessary to develop appropriate prevention strategies to control HIV, syphilis transmission among PWID.

Keywords: HSS+, PWID; HIV; syphilis; Vietnam

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG BAO CAO SU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI TỈNH THỪA THIÊN HUẾ NĂM 2020

Nguyễn Văn Mỹ^{1*}, Trần Nguyễn Phương Trà¹, Nguyễn Lê Tâm¹, Lý Văn Sơn¹, Lê Hữu Sơn¹, Khuru Văn Nghĩa², Phạm Đức Mạnh³, Nguyễn Đình Lượng⁴, Phạm Phương Mai⁵

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thừa Thiên Huế*

²*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

⁴*Viện Pasteur Nha Trang, Khánh Hòa*

⁵*Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Sử dụng bao cao su là biện pháp dự phòng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS dễ tiếp cận và hiệu quả nhất trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới. Nghiên cứu mô tả cắt ngang này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng sử dụng bao cao su (BCS) trong tất cả các lần quan hệ tình dục (QHTD) trong 1 tháng qua ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) và một số yếu tố liên quan tại Thừa Thiên Huế năm 2020 với tổng số 200 MSM đã tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ MSM sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD trong 01 tháng qua tương đối thấp, chiếm 62,0%. Bốn yếu tố liên quan đến thực trạng này bao gồm: Tự kì thị bản thân (OR = 0,25, CI 95% 0,08 - 0,73), bị xã hội kì thị (OR = 4,9, CI 95% 1,93 - 13,7), cảm nhận không thoải mái khi sử dụng BCS (OR = 0,23, CI 95% 0,10 - 0,51) và không xem phim khiêu dâm (OR = 21,1, CI 95% 3,48 - 169). Các hoạt động truyền thông về việc sử dụng bao cao su trong QHTD an toàn ở nhóm MSM và triển khai giải pháp PrEP đối với các MSM không thoải mái khi sử dụng BCS trong QHTD là cần thiết trong dự phòng và kiểm soát HIV/AIDS ở nhóm MSM.

Từ khóa: Bao cao su; MSM; HIV/AIDS; Thừa Thiên Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là những người nam giới có quan hệ tình dục (QHTD) với những người nam khác, mô tả một hành vi có nguy cơ hơn là mô tả khuynh hướng tình dục của cá nhân [1]. Tình dục đồng giới nam thường là QHTD qua hậu môn. Hành vi này nếu không sử dụng các biện pháp bảo vệ, có nguy cơ lây nhiễm HIV cao. Theo WHO, nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM cao hơn 25 lần so với nhóm khác [2].

Tại Việt Nam, tình hình nhiễm HIV trong nhóm MSM ngày càng tăng, từ 2,3% năm 2012 lên 5,1% năm 2015 (5,1%) và 10,8% năm 2018 [3]. Tại Thừa Thiên Huế, tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm MSM cũng tăng dần từ năm 2013 (0,67%) đến năm 2019 (6,0%) [4].

Bao cao su (BCS) là biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV và STIs cơ bản trong chương trình phòng, chống HIV/AIDS. Luật Phòng, chống HIV/AIDS sửa đổi năm 2020 tại Điều a điều 21 quy định việc sử dụng BCS là giải pháp được ưu tiên can thiệp dự phòng lây nhiễm

*Tác giả: Nguyễn Văn Mỹ

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thừa Thiên Huế

Điện thoại: 0963 388 118

Email: mynv0607@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/10/2022

Ngày phản biện: 16/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

HIV/AIDS [5]. Tỷ lệ dùng BCS thường xuyên khi QHTD đồng giới giảm mạnh: Từ 42% năm 2012, 26,8% năm 2014 xuống còn 6,1% năm 2015 và 9,7% năm 2016 [6]. Cho tới nay, các nghiên cứu về việc sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD với bạn tình nam đã được tiến hành tại một số địa phương. Tuy nhiên, còn ít nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế, đặc biệt là các nghiên cứu phát hiện các yếu tố liên quan. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả hành vi sử dụng bao cao su tất cả các lần trong quan hệ tình dục với bạn tình nam trong 1 tháng qua của nhóm MSM tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 và một số yếu tố liên quan.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) có quan hệ tình dục qua hậu môn trong vòng một năm qua trước thời điểm nghiên cứu, từ 16 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tỉnh Thừa Thiên Huế từ tháng 02/2020 đến tháng 11/2020.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số 200 MSM được mời tham gia nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện và phương pháp hồn tuyết lẫn.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến kết quả là hành vi sử dụng bao cao su trong tất cả các lần QHTD với bạn tình nam ở nhóm MSM trong 1 tháng qua.

Biến độc lập gồm: (1) Các đặc điểm nhân khẩu học của người được phỏng vấn: Tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp; (2) Kiến thức PC HIV/AIDS (kiến thức đúng khi trả lời đúng cả 5/5 câu); (3) kì thị: Gồm tự kỳ thị bản thân, và cảm nhận bị xã hội kì thị, (4) cảm nhận không thoải mái khi sử dụng BCS, (5) Hành vi xem phim khiêu dâm, (6) Đối tượng chủ động QHTD trong lần đầu tiên.

Bảng 1. Kiến thức PC HIV/AIDS là đúng khi trả lời đúng 5 câu hỏi

Nội dung 5 câu hỏi	Đúng (có)	Sai (không)
Chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không nhiễm HIV có làm giảm lây nhiễm HIV hay không?	Có	
Dùng bao cao su có giảm lây nhiễm HIV hay không?	Có	
Một người nhìn khỏe mạnh có thể bị nhiễm HIV không?	Có	
Muối cắn có thể lây truyền HIV hay không?		Không
Ăn chung với người nhiễm HIV có bị lây HIV được không?		Không

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Tiếp cận người tham gia nghiên cứu qua nhóm nhân viên tiếp cận cộng đồng MSM (NVTCCĐ). Thông tin được thu thập sử dụng bộ câu hỏi thiết kế đã có sẵn do cán bộ tư vấn phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh. Các cán

bộ điều tra được tập huấn đầy đủ trước khi triển khai thu thập số liệu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được mã hóa và làm sạch trước khi phân tích. Số liệu được nhập bằng phần mềm

Epidata 3.1 và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến số được mô tả bằng tỷ lệ phần trăm. Mô hình hồi quy đơn biến và đa biến được thực hiện để tìm các mối tương quan.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Việc tham gia nghiên cứu của đối tượng là hoàn toàn tự nguyện. Các thông tin định danh được mã hóa và giữ bí mật. Số liệu chỉ được sử dụng phục vụ cho nghiên cứu và cung cấp bằng

chứng cho các can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV/AIDS và đã được Hội đồng Khoa học kỹ thuật Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế thông qua Quyết định số 1475/QĐ-SYT ngày 21/12/2020 của Phó Giám đốc Phụ trách Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế [7].

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

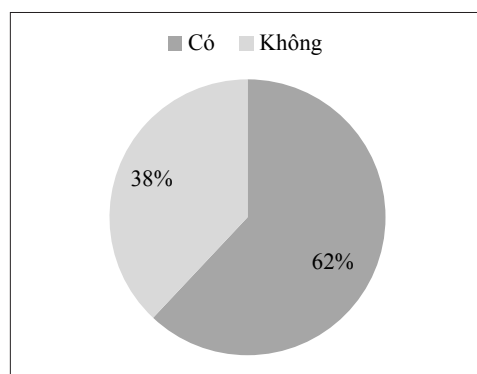
Bảng 2. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 (n = 200)

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
18 - 20	59	29,5
21- 24	101	50,5
> 24	40	20,0
Trung bình (năm)	22,3	
Nhỏ nhất - lớn nhất	18 - 47	
Trình độ học vấn		
Trung học phổ thông trở xuống	33	16,5
Đại học, Cao đẳng, Trung cấp trở lên	167	83,5
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình và chưa có bạn tình	123	61,5
Chưa lập gia đình và đã có bạn tình	77	38,5
Nghề nghiệp		
Học sinh, sinh viên	148	74,0
Lao động tự do	42	21,0
Cán bộ công nhân viên chức	10	5,0

Tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 200 người với độ tuổi trung bình là 22,3. Tỷ lệ người có độ tuổi từ 21 - 24 cao nhất (65,5%). Về trình độ học vấn, đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn là đại học, cao

đẳng, trung cấp trở lên, chiếm tỷ lệ 83,5%. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều chưa lập gia đình. Trong đó, 38,5% đối tượng có bạn tình và có 61,5% hiện đang chưa có bạn tình. (Bảng 2).

3.2 Thực trạng sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục, kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến việc sử dụng bao cao su ở nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới



Hình 1. Hành vi sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục trong 01 tháng qua ở nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 (n = 200)

Tỷ lệ không sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD ở nhóm MSM trong 01 tháng qua là 38,0%, và có sử dụng BCS là 62,0% (Hình 1).

Bảng 3. Kiến thức, thái độ và hành vi liên quan đến việc sử dụng bao cao su ở nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 (n = 200)

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kiến thức cơ bản phòng, chống HIV/AIDS		
Đúng	134	67,0
Sai	64	33,0
Tự kỳ thị bản thân		
Có	33	16,5
Không	167	83,5
Bị xã hội kỳ thị		
Có	84	42,0
Không	116	58,0
Cảm nhận không thoải mái khi sử dụng BCS trong QHTD* với bạn tình nam		
Có	90	45,0
Không	110	55,0
Xem phim khiêu dâm		
Thường xuyên	53	26,5
Ít khi	132	66,0
Không xem	15	7,5
Đối tượng chủ động QHTD trong lần đầu tiên		
Bạn chủ động	42	21,0
Bạn tình chủ động	105	52,5
Cả 2	53	26,5

*QHTD: Quan hệ tình dục

Bảng 3 cho thấy đa số đối tượng tham gia nghiên cứu có kiến thức phòng, chống HIV/AIDS đúng, chiếm 67,0%. Liên quan đến vấn đề kì thị tình dục, đa số đối tượng nghiên cứu không có cảm giác tự kì thị bản thân (83,5%). Tuy nhiên, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có cảm giác bị xã hội kỳ thị chiếm tỉ lệ cao với 42%.

55,0% cho rằng không có sự ảnh hưởng nào khi dùng BCS trong QHTD với bạn tình nam. Khi được hỏi về mức độ thường xuyên xem phim khiêu dâm, đối tượng nghiên cứu trả lời

thường xuyên xem phim khiêu dâm chiếm tỉ lệ khá cao với tỷ lệ 26,5%. Bên cạnh đó, kết quả nghiên cứu cho thấy bạn tình là đối tượng chủ động QHTD trong lần đầu tiên chiếm tỷ lệ cao nhất (52,5%), tự chủ động có tỷ lệ thấp nhất với 21,0% (Bảng 2).

3.3 Mối liên quan giữa một số yếu tố với sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục trong 1 tháng qua của nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục trong 1 tháng qua của nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 (n = 200)

Nội dung	Luôn luôn sử dụng BCS trong QHTD trong 1 tháng qua					
	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95% CI	p	OR [HC]	95% CI	p
Tuổi						
18 - 20	—	—		—	—	
21 - 24	1,85	0,92 - 3,83	0,091	2,73	0,96 - 8,59	0,071
> 24	3,59	1,54 - 8,61	0,003	5,66	0,83 - 43,4	0,083
Trình độ học vấn						
Từ THPT trở xuống	—	—		—	—	
Đại học, Cao đẳng, TC trở lên	0,93	0,44 - 2,04	0,9	1,09	0,30 - 4,04	0,9
Nghề nghiệp						
Học sinh, sinh viên	—	—		—	—	
Lao động tự do	1,52	0,74 - 3,09	0,3	1,43	0,30 - 6,83	0,7
Cán bộ công nhân viên chức	5,21	1,38 - 25,1	0,021	4,26	0,64 - 34,3	0,15
Kiến thức đúng						
Có	—	—		—	—	
Không	1,45	0,79 - 2,65	0,2	1,59	0,67 - 3,84	0,3
Tự kì thị bản thân						
Có	—	—		—	—	
Không	0,51	0,24 - 1,09	0,083	0,25	0,08 - 0,73	0,013
Bị xã hội kì thị						
Có	—	—		—	—	
Không	1,85	1,03 - 3,39	0,042	4,90	1,93 - 13,7	0,001
Cảm nhận ảnh hưởng của BCS						
Có	—	—		—	—	
Không	0,56	0,31 - 0,99	0,047	0,23	0,10 - 0,51	< 0,001

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố với sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục trong 1 tháng qua của nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2020 (n = 200) (tiếp)

Nội dung	Luôn luôn sử dụng BCS trong QHTD trong 1 tháng qua					
	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	95% CI	p	OR [HC]	95% CI	p
Xem phim khiêu dâm						
Thường xuyên	—	—		—	—	
Ít khi	1,5	0,76 - 3,06	0,3	1,7	0,63 - 4,89	0,3
Không xem	10,1	2,77 - 49,3	0,001	21,1	3,48 - 169	0,002
Đối tượng chủ động QHTD trong lần đầu tiên						
Bạn chủ động	—	—		—	—	
Bạn tình chủ động	1,48	0,72 - 3,11	0,3	1,54	0,55 - 4,41	0,4
Cả 2	0,38	0,15 - 0,94	0,04	0,44	0,12 - 1,50	0,2

*OR Tỷ số chênh; OR [HC]: Tỷ số chênh hiệu chỉnh; p mức độ ý nghĩa; * THPT: Trung học phổ thông; TC: Trung cấp; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy nhóm tuổi 18 - 20 có sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD cao hơn 3,5 lần so với nhóm tuổi > 24 (OR = 3,59, CI 95% 1,54 - 8,61). Nhóm học sinh, sinh viên ở nhóm MSM sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD gấp 5,2 lần so với nhóm cán bộ công nhân công chức, viên chức (OR = 5,21, CI 95% 1,38 - 25,1). Nhóm người MSM bị xã hội kì thị sẽ dùng BCS trong tất cả các lần QHTD hơn gấp 1,8 lần so với nhóm không bị kì thị (OR = 1,85, CI 95% 1,03 - 3,39). Nhóm người không ảnh hưởng sẽ dùng BCS trong tất cả các lần QHTD cao gấp ½ lần so với nhóm có bị ảnh hưởng (OR = 0,56, CI 95% 0,31 - 0,99). Việc cả 2 phía chủ động QHTD sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD cao gấp 0,4 lần so với đối tượng tham gia chủ động trong QHTD (OR = 0,38, CI 95% 0,15 - 0,94). Các mối liên quan này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa hành vi sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD ở nhóm MSM với tuổi, nghề nghiệp, bị xã hội kì thị, cảm nhận ảnh hưởng của việc sử dụng BCS.

Kết quả mô hình phân tích đa biến cho thấy có 4 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực trạng hành vi sử dụng BCS trong QHTD ở nhóm MSM. Thứ nhất là yếu tố tự kì thị bản thân, nhóm tự kì thị bản thân có sử dụng BCS

trong tất cả các lần QHTD với bạn tình nam thấp hơn nhóm không tự kì thị (OR = 0,25, CI 95% 0,08 - 0,73). Yếu tố thứ hai là bị xã hội kì thị. Kết quả cho thấy nhóm bị xã hội kì thị có khả năng sử dụng BCS cao hơn nhóm không bị xã hội kì thị (OR = 4,9, CI 95% 1,93 - 13,7). Cảm nhận ảnh hưởng của việc sử dụng BCS là yếu tố liên quan thứ ba, trong đó nhóm có cảm nhận bị ảnh hưởng khi sử dụng BCS có khả năng sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD thấp hơn so với nhóm không bị ảnh hưởng (OR = 0,23, CI 95% 0,10 - 0,51). Cuối cùng, và nhóm có xem phim khiêu dâm có khả năng sử dụng BCS cao hơn so với nhóm không xem (OR = 21,1, CI 95% 3,48 - 169) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 200 MSM tại tỉnh Thừa Thiên Huế, cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu còn rất trẻ (22,3 tuổi), nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 21 - 24 tuổi; chủ yếu đối tượng nghiên cứu có học vấn đại học, cao đẳng, trung cấp trở lên và đang là học sinh, sinh viên. Đây là nhóm tuổi được đánh giá đang rất tự do trong tư tưởng, trong thời gian và trong tìm kiếm bạn tình, sẽ

là độ tuổi có thể rất dễ tiếp cận với thông tin, mạng xã hội tuy nhiên cũng là độ tuổi có mật độ hoạt động tình dục cao. Việc tìm kiếm bạn tình dễ dàng qua mạng xã hội sẽ là điều kiện thuận lợi cho các hoạt động tình dục của đối tượng nghiên cứu, tăng nguy cơ có hành vi tình dục không an toàn và trở thành đối tượng nguy cơ cao có thể bị nhiễm HIV cũng như các bệnh lây truyền qua QHTD.

Nghiên cứu chúng tôi có kết quả tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự [8] cho thấy đối tượng nghiên cứu là nhóm MSM thuộc nhóm dân số trẻ (IQR 22 - 29 tuổi), chủ yếu độc thân (93,3%), trình độ học vấn từ cao đẳng, đại học trở lên chiếm tỷ lệ cao (40,4%). Và cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Dương Phương Hiếu và cộng sự [9] nghiên cứu trên nhóm MSM tại Thành phố Thái Nguyên cho thấy tuổi trung bình 24,9 tuổi, chiếm đa số là học sinh sinh viên.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm đối tượng sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD ở nhóm MSM trong 01 tháng qua chiếm tỷ lệ tương đối thấp chiếm 62,0%. Kết quả này cao so với kết quả GSTĐ của toàn quốc [3] và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự [8] với tỷ lệ 26,2% nghiên cứu ở nhóm MSM từ 16 tuổi mới biết nhiễm HIV đến khám tại Viện Pasteur TPHCM và Bệnh viện Bệnh nhiệt đới TPHCM; và cũng tương đồng với nghiên cứu của Dương Phương Hiếu và cộng sự [9] với tỷ lệ luôn luôn sử dụng BCS trong QHTD với bạn tình nam là 62,5%. Song kết quả này đưa ra báo động và quan ngại trong nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm MSM.

Bên cạnh đó nghiên cứu đã tìm thấy việc sử dụng BCS tất cả các lần trong QHTD với bạn tình nam trong 01 tháng qua của đối tượng tham gia nghiên cứu có sự tương quan với các yếu tố tự kỳ thị bản thân, bị xã hội kỳ thị, cảm nhận ảnh hưởng của việc sử dụng BCS và không xem phim khiêu dâm. Nghiên cứu bước đầu chỉ ra rằng việc tự kỳ thị bản thân về mặt tình dục sẽ là một rào cản trong việc sử dụng BCS, việc bản thân đối tượng nghiên cứu tự kỳ thị dẫn đến sự tự ti và không chủ động trong

việc quyết định sử dụng BCS hay không; cảm nhận không bị xã hội kỳ thị có tỷ lệ sử dụng BCS thấp hơn nhóm có cảm nhận có bị kỳ thị. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với nghiên cứu của Riddhi A. Babel “Đánh giá cho thấy rằng sự kỳ thị vẫn là một rào cản đáng kể đối với việc tham gia vào dự phòng và điều trị HIV ở cả nhóm MSM nhiễm HIV và HIV dương tính” [10]. Bên cạnh đó, phát hiện của nghiên cứu này tương đồng với phát hiện trong nghiên cứu của Jayleen K. L. Gunn và cộng sự, theo đó lồng ghép giảm kỳ thị trong các can thiệp có thể cải thiện việc xét nghiệm HIV và giảm nguy cơ tình dục đối với MSM [11]. Vì vậy, việc phát triển các biện pháp can thiệp để giải quyết tình trạng kỳ thị có thể đóng vai trò quan trọng trong việc giảm lây nhiễm HIV trong nhóm MSM và chấm dứt đại dịch HIV.

Kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra rằng cảm nhận không thoải mái khi sử dụng BCS trong QHTD với bạn tình nam của đối tượng nghiên cứu là yếu tố làm giảm tỷ lệ sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD với bạn tình nam trong 1 tháng qua. Các bằng chứng khoa học cho thấy BCS có thể gây ra các dị ứng không đáng có đối với một số cơ địa người dùng và làm giảm sự khoái cảm trong quan hệ tình dục đặc biệt đối với nam giới, bên cạnh đó một số bạn tình nam cho rằng việc sử dụng BCS trong QHTD đồng giới thể hiện việc không tin tưởng lẫn nhau, đây là một quan điểm khá chủ quan và chưa phù hợp nên cần có những giải pháp can thiệp về mặt truyền thông [12].

Một phát hiện đáng chú ý của nghiên cứu là có xem phim khiêu dâm có hành vi sử dụng BCS trong tất cả các lần QHTD trong 1 tháng qua với bạn tình cao hơn so với nhóm không xem phim khiêu dâm. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Gert Martin Hald PhD và cộng sự, cho thấy tiêu thụ phim khiêu dâm được phát hiện làm tăng đáng kể sự quan tâm của người tiêu dùng đối với việc quan hệ qua đường hậu môn được bảo vệ trong khi không ảnh hưởng đáng kể đến sở thích của họ khi giao hợp qua đường hậu môn không được bảo vệ [13].

Nghiên cứu này sử dụng bộ câu hỏi hồi cứu thông tin của người tham gia nghiên cứu, do đó

có thể có sai số nhớ lại. Ngoài ra, các câu hỏi liên quan đến kỳ thị đều là câu hỏi tự báo cáo nên có thể ảnh hưởng đến chất lượng đánh giá sự kỳ thị. Nhận thấy những điều này, nghiên cứu đã khắc phục bằng việc sử dụng đội ngũ phỏng vấn viên là những người có kinh nghiệm và tập huấn kỹ trước khi thực hiện phỏng vấn nhằm hạn chế sai số đến mức tối thiểu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ không sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục với bạn tình nam trong 1 tháng qua của đối tượng nghiên cứu còn tương đối cao. Đáng chú ý, các yếu tố tự kỳ thị bản thân, bị xã hội kỳ thị, cảm nhận ảnh hưởng của việc sử dụng bao cao su và xem phim khiêu dâm có liên quan đến tỷ lệ sử dụng bao cao su. Do đó, việc tăng cường tiếp cận, truyền thông và can thiệp giảm tác hại đối với nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới; giáo dục giới tính và tình dục an toàn; tăng cường truyền thông về kỳ thị và phân biệt đối xử đối với nhóm nam có quan hệ tình dục đồng giới trong cộng đồng. Đề xuất giải pháp PrEP cho những MSM không hoặc không thoải mái sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục với bạn tình nam.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thừa Thiên Huế; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18 - 1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC.gov. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. Accessed 21/10/2022. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/msm>.

- htm#:~:text=MSM%20comprise%20a%20diverse%20group,still%20be%20classified%20as%20MSM).
2. UNAIDS. Fact sheet. 2021; 03.
3. Bộ Y tế. Báo cáo của Bộ Y tế về kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020. Số 124/BC-BYT, ngày 04/2/2021.
4. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thừa Thiên Huế. Báo cáo tổng kết chương trình phòng, chống HIV/AIDS năm 2020 và phương hướng nhiệm vụ năm 2021. 2021; 01.
5. Quốc hội. Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của luật phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS). 2020; 04.
6. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Quyết định của Cục Phòng, chống HIV/AIDS về việc Ban hành “Can thiệp phòng, chống HIV/AIDS cho nhóm nam có quan hệ tình dục với nam”. Số 146/QĐ-AIDS, ngày 13/8/2019.
7. Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế. Quyết định của Sở Y tế tỉnh Thừa Thiên Huế về việc Công nhận kết quả nghiệm thu và kinh phí các đề tài, sáng kiến khoa học năm 2020. Số 1475/QĐ-SYT, ngày 21/12/2020.
8. Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Minh Ngọc, Đinh Văn Thới và cộng sự. Đặc điểm dịch tễ, hành vi nguy cơ và tình trạng suy giảm miễn dịch ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới mới được phát hiện nhiễm HIV tại Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019 – 2020. Tạp chí Y học dự phòng. 2021; 31 (9): 73 – 82.
9. Dương Phương Hiếu, Nguyễn Mạnh Tuấn, Phạm Minh Anh và cộng sự. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở nam đồng tính tại thành phố Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2021; 62 (4): 112 – 118.
10. Babel RA, Wang P, Alessi EJ, et al. Stigma, HIV Risk, and Access to HIV Prevention and Treatment Services Among Men Who have Sex with Men (MSM) in the United States: A Scoping Review. AIDS Behav. 2021; 25 (11): 3574 - 3604.
11. Gunn JKL, Rooks-Peck C, Wichser ME, et al. Effectiveness of HIV Stigma Interventions for Men who have Sex with Men (MSM) With and Without HIV in the United States: A Systematic Review and Meta-Analyses. AIDS Behav. 2022; 26 (Suppl 1): 51 - 89.
12. Viện Y học ứng dụng Việt Nam. Những tác dụng không mong muốn khi dùng bao cao su. 2018.
13. Hald GM, Smolenski D, Rosser BR. Perceived effects of sexually explicit media among men who have sex with men and psychometric properties of the pornography consumption effects scale (PCES). J Sex Med. 2013; 10 (3): 757 - 767.

PREVALENCE OF CONDOM USE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN THUA THIEN HUE IN 2020

Nguyen Van My¹, Tran Nguyen Phuong Tra¹, Nguyen Le Tam¹, Ly Van Son¹,
Le Huu Son¹, Khuu Van Nghia², Pham Duc Manh³, Nguyen Dinh Luong⁴,
Pham Phuong Mai⁵

¹*Thua Thien Hue Center for Disease Control*

²*Ho Chi Minh City Pasteur Institute*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

⁴*Nha Trang Pasteur Institute, Khanh Hoa*

⁵*Institute for Preventive Medical and Public Health, Ha Noi Medical University*

Condom use is the most accessible and effective measures for men who have sex with men against HIV/AIDS infection. This cross-sectional study using a structured questionnaire was conducted to describe the prevalence of condom use everytime having sex in the past 1 month among men who have sex with men (MSM) and associated factors in Thua Thien Hue province in 2020 with 200 MSMs in total participated in the study. Findings showed that the prevalence of MSM who used condoms everytime having sex in the past month was relatively low, accounting for 62.0%. Four associated factors with that low prevalence

include self-stigmatization (OR = 0.25, 95% CI 0.08-0.73), experience of being stigmatized (OR = 4.9, 95% CI 1.93 - 13.7), uncomfortable feeling when using condoms (OR = 0.23, 95% CI 0.10 - 0.51) and no watching pornography (OR= 21.1, 95% CI 3.48 - 169). Communication activities on the consistent and correct condom use for safe sex and PrEP use for those with uncomfortable feeling of condom use among MSM population is essential in HIV/AIDS prevention and control.

Keywords: Condom; MSM; HIV/AIDS; Thua Thien Hue

KẾT QUẢ SAU 6 THÁNG TRIỂN KHAI THÍ ĐIỂM CẤP THUỐC METHADONE NHIỀU NGÀY CHO NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN TẠI BA TỈNH VIỆT NAM NĂM 2021

Nguyễn Bích Diệp^{1*}, Đinh Thị Thanh Thúy¹, Vũ Minh Anh¹, Đào Thị Diệu Thúy¹,
Nguyễn Hữu Anh¹, Đỗ Hữu Thủy², Nguyễn Thị Minh Tâm², Hoàng Đình Cảnh²,
Lê Minh Giang¹

¹*Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu về Lạm dụng chất – HIV, Trường Đại học Y
Hà Nội*

²*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả kết quả sau 6 tháng triển khai thí điểm chương trình cấp thuốc methadone nhiều ngày cho người bệnh điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện tại ba tỉnh Lai Châu, Điện Biên và Hải Phòng từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2021. Thiết kế nghiên cứu hỗn hợp, kết hợp nghiên cứu định lượng (trích lục thông tin từ 922 bệnh án điều trị methadone) và nghiên cứu định tính (6 thảo luận nhóm với 48 người bệnh) trên nhóm người bệnh tham gia chương trình cấp thuốc nhiều ngày. Trong số các bệnh nhân tham gia chương trình cấp thuốc nhiều ngày, tỷ lệ duy trì trong điều trị methadone là 96,7% và duy trì nhận thuốc nhiều ngày là 88,0% sau 6 tháng. Tỷ lệ không tuân thủ điều trị methadone hàng tháng sau khi được cấp thuốc nhiều ngày duy trì ở mức dưới 3%, thấp hơn so với thời gian nhận thuốc hàng ngày (dao động trong khoảng 7 - 10%). Người bệnh đánh giá cao lợi ích chương trình đem lại bao gồm (1) cải thiện tuân thủ điều trị, (2) hiệu quả về kinh tế và (3) cải thiện sức khỏe và quan hệ gia đình. Chương trình cấp thuốc methadone nhiều ngày phù hợp với mong đợi của người bệnh và bước đầu cho thấy kết quả điều trị tốt và lợi ích về kinh tế xã hội cho người bệnh.

Từ khóa: Chất dạng thuốc phiện; methadone; cấp thuốc nhiều ngày; hiệu quả điều trị

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone được triển khai tại Việt Nam từ năm 2008. Tính đến ngày 31/3/2021 cả nước có hơn 51.000 người bệnh đang được điều trị methadone ở 341 cơ sở điều trị và 232 điểm cấp phát thuốc tại 63 tỉnh/thành phố [1]. Chương trình điều trị methadone đã đem lại hiệu quả đáng kể không chỉ cải thiện sức khỏe của người bệnh bao gồm giảm tỷ lệ nhiễm HIV và các bệnh nhiễm trùng lây qua đường máu khác, cải thiện tình trạng sức khỏe thể chất mà còn ở khía cạnh xã hội và kinh tế

[2, 3]. Sau hơn 10 năm triển khai, bên cạnh các kết quả đạt được, chương trình đã bộc lộ một số hạn chế như tỷ lệ tiếp cận điều trị còn thấp, tỷ lệ tuân thủ và duy trì điều trị có xu hướng giảm dần và rất khác nhau giữa các khu vực [3]. Ở các tỉnh miền núi, tỷ lệ bỏ trị lên đến 50% sau 10 năm điều trị [3]. Yêu cầu bắt buộc đến phòng khám nhận thuốc methadone hàng ngày là rào cản lớn đối với việc tuân thủ điều trị cũng như duy trì trong điều trị, đặc biệt trong bối cảnh người bệnh được khuyến khích điều trị methadone lâu dài như điều trị các bệnh mạn tính [4]. Ngoài ra, các nguyên nhân phổ biến khác bao gồm khó khăn liên quan đến công

*Tác giả: Nguyễn Bích Diệp
Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội
Điện thoại: 0983 465 686
Email: nguyenbichdiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/10/2022
Ngày phản biện: 10/11/2022
Ngày đăng bài: 08/12/2022

việc trong giờ hành chính hoặc thường xuyên phải đi làm ăn xa, và thách thức trong việc đi lại hàng ngày đến cơ sở do khoảng cách xa, địa hình khó khăn và đặc điểm thời tiết khắc nghiệt, đặc biệt ở các tỉnh miền núi [3, 5 - 7].

Chính sách cho người bệnh được nhận thuốc methadone về nhà đã được nhiều quốc gia trên thế giới áp dụng, và được mở rộng đáng kể trong bối cảnh đáp ứng với đại dịch COVID-19 [8, 9]. Một trong những thách thức của việc cấp thuốc methadone nhiều ngày (CTNN) cho người bệnh mang về nhà là nguy cơ quá liều, có thể dẫn đến tử vong, nếu lạm dụng thuốc hoặc sử dụng sai mục đích. Mặc dù đã có báo cáo một số trường hợp sử dụng methadone được cấp về nhà sai mục đích, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy việc triển khai tương đối an toàn và đặc biệt hiệu quả trong việc tăng duy trì điều trị methadone [10, 11].

Tại Việt Nam, để ứng phó với các bất cập của chương trình điều trị methadone, Bộ Y tế đã quyết định triển khai thí điểm chương trình CTNN cho người bệnh điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại 3 tỉnh Lai Châu, Điện Biên và Hải Phòng từ tháng 4 năm 2021 [12]. Người bệnh đang điều trị methadone tại các cơ sở được chọn thí điểm, khi đáp ứng các tiêu chí xét chọn của chương trình như đã đạt liều methadone duy trì, tuân thủ điều trị và không sử dụng ma túy trong vòng 2 tháng gần đây, sẽ được tư vấn đề mời tham gia CTNN. Người bệnh sẽ bắt đầu từ việc được cấp 1 liều thuốc mang về, sau đó đánh giá định kỳ hàng tháng và có thể được tăng dần số liều được mang về lên tối đa 6 liều nếu tuân thủ tốt. Trong quá trình được mang thuốc về nhà, người bệnh có thể tự nguyện hoặc bị buộc tạm dừng CTNN nếu vi phạm các quy định của chương trình và quay trở lại uống thuốc methadone hàng ngày (đến uống thuốc tại cơ sở điều trị). Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các kết quả ban đầu từ phía bệnh nhân sau 6 tháng triển khai chương trình thí điểm cấp thuốc methadone nhiều ngày tại 3 tỉnh Điện Biên, Lai Châu và Hải Phòng năm 2021, từ đó cung cấp thông tin và bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách về sự cần thiết và lợi ích của chương trình.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh tham gia chương trình thí điểm CTNN trong thời gian từ tháng 4 đến hết tháng 9 năm 2021.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tất cả (21) cơ sở điều trị methadone tham gia chương trình thí điểm CTNN tại 3 tỉnh Lai Châu (7 cơ sở), Điện Biên (9 cơ sở) và Hải Phòng (5 cơ sở) trong thời gian từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hỗn hợp, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: 922 bệnh án điều trị của người bệnh đã từng tham gia chương trình CTNN tính đến hết tháng 9/2021 tại 3 tỉnh thành phố.

Nghiên cứu định tính: Mỗi tỉnh thực hiện 2 cuộc thảo luận nhóm (tổng số 6 cuộc tại 3 tỉnh) với sự tham gia của 48 người bệnh (8 người/nhóm). Trong đó, 6 người nhận từ 1 - 2 liều (1 Điện Biên, 2 Lai Châu, 3 Hải Phòng), 17 người nhận từ 3 - 4 liều (4 Điện Biên, 4 Lai Châu, 9 Hải Phòng), và 25 người nhận 5 - 6 liều (11 Điện Biên, 7 Lai Châu, 7 Hải Phòng).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu định lượng: Chọn tất cả bệnh án điều trị methadone của người bệnh đã từng tham gia CTNN trong thời gian từ tháng 4 đến hết tháng 9 năm 2021 được trích lục đầy đủ thông tin.

Nghiên cứu định tính: Tại mỗi tỉnh, chọn chủ đích người bệnh ở một cơ sở điều trị chính (cấp tỉnh/huyện) và một cơ sở cấp phát thuốc (cấp xã) là các cơ sở có số lượng người bệnh tham gia CTNN đông và cán bộ sẵn sàng hợp tác hỗ trợ. Người bệnh được chọn để đảm bảo tính đa dạng về số liều methadone được cấp

về nhà và ưu tiên chọn nhiều hơn nhóm được mang nhiều liều thuốc về nhà do có thời gian trải nghiệm lâu hơn trong chương trình.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu định lượng: Các chỉ số chính bao gồm đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp), bệnh lý đồng diễn (HIV, viêm gan B, C, rối loạn sức khỏe tâm thần), tiền sử sử dụng chất dạng thuốc phiện (tuổi lần đầu sử dụng, số năm sử dụng liên tục, đã từng tiêm chích, tiền sử quá liều), sử dụng chất trong quá trình điều trị (dương tính với morphine khi xét nghiệm nước tiểu định kỳ), tuân thủ điều trị (không bỏ bất kỳ liều thuốc nào trong 1 tháng) và duy trì điều trị (không bỏ trị).

Nghiên cứu định tính: Các chủ đề thảo luận nhóm bao gồm: tác động của chương trình CTNN đối với cuộc sống, công việc, quá trình tham gia điều trị của người bệnh và những thách thức, khó khăn trong quá trình tham gia chương trình CTNN.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu định lượng: Trích lục bệnh án điều trị methadone từ thời điểm 12 tháng trước khi nhận thuốc nhiều ngày đến hết tháng 9/2021. Cán bộ cơ sở điều trị methadone nhập các thông tin trong bệnh án lên bộ nhập liệu trực tuyến, dưới sự hướng dẫn và hỗ trợ kỹ thuật của nhóm nghiên cứu trường Đại học Y Hà Nội.

Nghiên cứu định tính: Do thời gian triển khai nghiên cứu trùng với đợt cao điểm của đại dịch COVID-19, các cuộc thảo luận nhóm được cán bộ nhóm nghiên cứu thực hiện theo hình thức trực tuyến tại cơ sở điều trị methadone cấp huyện/thành phố, nơi có đầy đủ trang thiết bị để thảo luận trực tuyến và đường truyền Internet tương đối ổn định. Cán bộ cơ sở giúp liên hệ và hẹn lịch người bệnh, và hỗ trợ chuẩn bị trang thiết bị trước khi bắt đầu buổi thảo luận.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nghiên cứu định lượng: Số liệu được làm sạch và phân tích trên phần mềm STATA 14.2/

MP. Các giá trị trung bình/trung vị và tỷ lệ phần trăm được sử dụng để mô tả các đặc điểm của đối tượng tham gia chương trình CTNN. Kiểm định t-test (hoặc Mann-Whitney test) và Khi bình phương (hoặc Fisher exact test) được sử dụng để so sánh các biến phân loại và biến định lượng với độ tin cậy 95%. Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để mô tả việc duy trì điều trị methadone và chương trình cấp thuốc nhiều ngày.

Nghiên cứu định tính: Các cuộc thảo luận nhóm được thực hiện bởi 2 - 3 cán bộ nghiên cứu (một người điều hành và 1 - 2 người ghi chép chi tiết nội dung thảo luận nhóm) và được ghi âm trong quá trình thực hiện. Do hạn chế về kinh phí và thời gian phân tích, nhóm nghiên cứu không thực hiện giải băng ghi âm. Tất cả tóm tắt chi tiết các buổi thảo luận được nhóm nghiên cứu đọc đi đọc lại nhiều lần để xác định các chủ đề nổi bật và sau đó, nghe lại các đoạn băng ghi âm để tìm các trích dẫn phù hợp.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 531/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 13 tháng 9 năm 2021.

III. KẾT QUẢ

Tính đến thời điểm tháng 9/2021, số người bệnh tham gia cấp thuốc nhiều ngày tại 3 tỉnh Lai Châu, Điện Biên và Hải Phòng lần lượt là 232, 355 và 361. 922 trên tổng số 948 bệnh án được đưa vào phân tích (26 bệnh án chưa hoàn thành trích lục).

3.1 Đặc điểm người bệnh tham gia chương trình cấp thuốc nhiều ngày

3.1.1 Đặc điểm nhân khẩu xã hội

Người bệnh tham gia CTNN trong nghiên cứu có tuổi trung bình là 44 tuổi (SD 9,1), 98,4% là nam giới và 68,3% đã kết hôn. Có sự khác biệt về đặc điểm dân tộc, trình độ học vấn và nghề nghiệp của người bệnh ở 3 tỉnh. Đối với Hải Phòng, tất cả người bệnh đều là dân tộc

Kinh, phần lớn có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở lên (65,6%) và có công việc thu nhập ổn định (40,7%). Tại 2 tỉnh miền núi là Điện Biên và Lai Châu, khoảng 50% là người dân tộc thiểu số, đa số (hơn 60%) người bệnh có trình độ học vấn từ trung học trở xuống. Phần lớn người bệnh ở Điện Biên (61,3%) công việc chính là làm nông trong khi ở Lai Châu là làm tự do, thu nhập không ổn định (66,0%).

3.1.2 Tiền sử sử dụng chất dạng thuốc phiện và bệnh đồng nhiễm

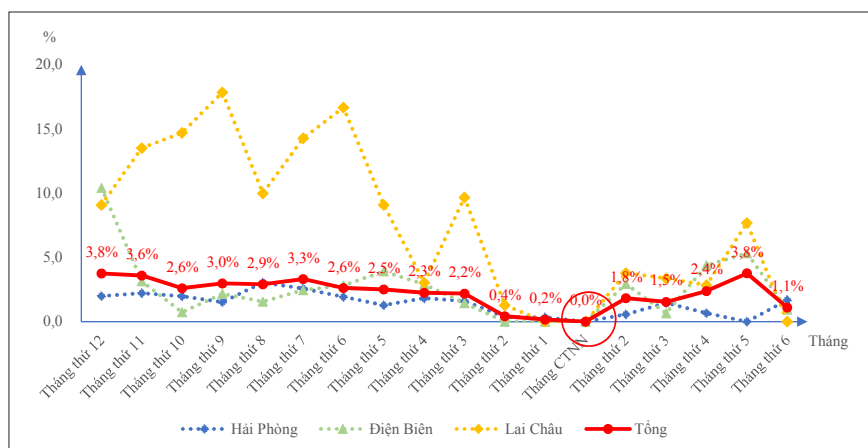
Tuổi lần đầu sử dụng chất dạng thuốc phiện (heroin hoặc thuốc phiện) trung bình của người bệnh là 26 tuổi (SD 7,9) với trung bình 9,2 năm (SD 6,6) sử dụng liên tục. 74,2% đã từng tiêm chích và 2,5% đã từng quá liều. Về bệnh

đồng nhiễm, 18,1% dương tính với HIV, trong đó 98,2% đang điều trị ARV. Tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV và rối loạn sức khỏe tâm thần (tự báo cáo) lần lượt là 10,2%, 46,1% và 0,2%.

3.2 Kết quả điều trị methadone

3.2.1 Sử dụng chất trước và sau khi tham gia cấp thuốc nhiều ngày

Tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu định kỳ dương tính với morphine trước và sau khi tham gia CTNN trong tổng số người bệnh dao động dưới 4% và chưa thấy sự khác biệt giữa thời gian trước và sau khi nhận thuốc nhiều ngày. Người bệnh ở Lai Châu có tỷ lệ xét nghiệm nước tiểu dương tính cao hơn so với 2 tỉnh còn lại, đặc biệt trong giai đoạn trước khi triển khai chương trình CTNN (Hình 1).

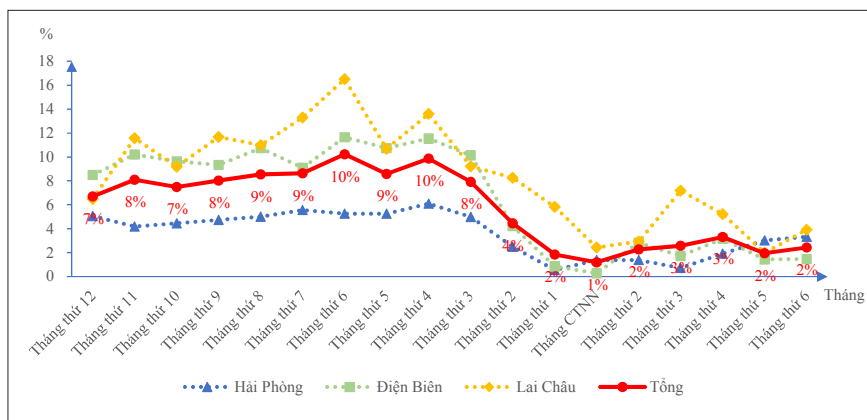


Hình 1. Tỷ lệ dương tính với morphine khi xét nghiệm nước tiểu định kỳ trước và sau khi tham gia chương trình cấp thuốc methadone nhiều ngày tại 3 tỉnh (n = 922)

3.2.2 Tuân thủ điều trị trước và sau khi tham gia cấp thuốc nhiều ngày

Tỷ lệ bỏ ít nhất một liều methadone trong tháng trong khoảng 12 tháng trước khi tham gia CTNN đến thời điểm sau tham gia chương trình 6 tháng được trình bày ở hình 2. Theo đó, tỷ lệ bỏ liều trước khi nhận thuốc nhiều ngày

(nhận thuốc hàng ngày theo quy trình thường quy) dao động từ 7 - 10% trong tháng 12 đến tháng thứ 3 trước khi bắt đầu tham gia CTNN. Tỷ lệ này giảm mạnh (xuống còn 4 - 1%) trong 3 tháng trước khi tham gia CTNN. Trong giai đoạn 6 tháng kể từ tham gia chương trình, tỷ lệ bỏ trị duy trì trong khoảng 2 - 3%.



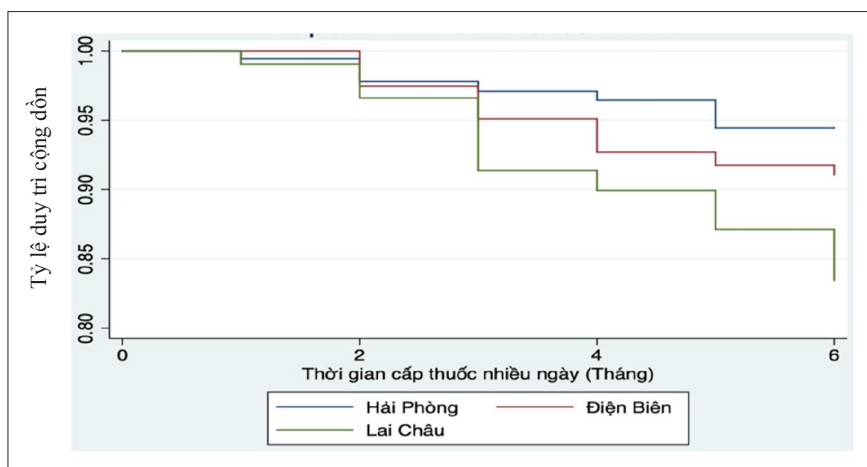
Hình 2. Tỷ lệ bỏ ít nhất một liều methadone trong tháng trước và sau khi tham gia chương trình cấp thuốc methadone nhiều ngày tại 3 tỉnh (n = 922)

Trong các cuộc thảo luận nhóm, người bệnh chia sẻ được CTNN giúp cải thiện tuân thủ điều trị là do có gia đình giám sát và nhắc nhở việc uống thuốc tại nhà. Ngoài ra, người bệnh có thể uống vào bất kỳ thời gian nào trong ngày (không phụ thuộc vào thời gian mở cửa của phòng khám) và mang theo người khi đi làm hoặc khi có công việc cần đi xa.

“Có mẹ và vợ nhắc nhở uống thuốc ở nhà nên uống đầy đủ. Trước đây (khi chưa tham gia chương trình cấp thuốc nhiều ngày) đôi khi nhớ liều phải nghỉ uống. Còn hiện tại có thuốc ở nhà nên không phải bỏ liều” (BN Lai Châu, được mang về 2 liều).

3.2.3 Duy trì điều trị methadone và chương trình cấp thuốc nhiều ngày

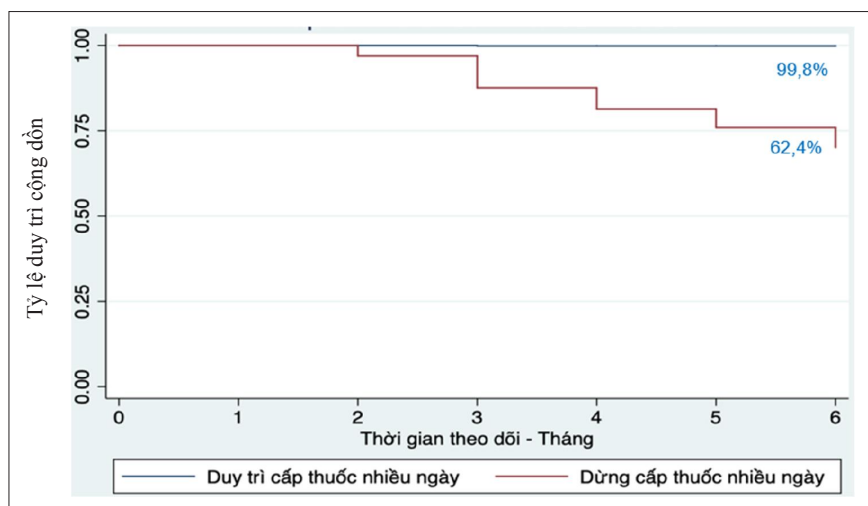
Tỷ lệ duy trì trong chương trình CTNN nói chung tại 3 tỉnh sau 6 tháng triển khai là 88,0%, và có sự khác biệt giữa 3 tỉnh (Hải Phòng, Điện Biên và Lai Châu lần lượt là 93%, 91% và 85%) (Hình 3). Trong số 922 người bệnh tham gia tính đến hết T9/2021, 65 bệnh nhân dừng tham gia chương trình CTNN. Trong đó 25 người bị dừng bắt buộc do xét nghiệm nước tiểu dương tính với morphine, 13 người tuân thủ không tốt (không đến nhận thuốc, bỏ liều hoặc uống sai liều), 15 người muốn xin ra khỏi chương trình điều trị methadone.



Hình 3. Tỷ lệ duy trì trong chương trình cấp thuốc nhiều ngày tại 3 tỉnh qua thời gian (n = 922)

Tỷ lệ duy trì trong điều trị methadone (nhận thuốc hàng ngày hoặc nhiều ngày) sau 6 tháng theo dõi là 96,7%. Trong đó, tỷ lệ trong nhóm

duy trì CTNN cao hơn nhóm không đang nhận thuốc nhiều ngày tại thời điểm đánh giá (99,8% so với 62,4%, $p < 0,001$) (Hình 4).



Hình 4. Tỷ lệ duy trì trong điều trị methadone qua thời gian, so sánh giữa nhóm duy trì và nhóm dừng cấp thuốc nhiều ngày (n = 922)

3.3 Kết quả kinh tế - xã hội

3.3.1 Lợi ích về kinh tế

Được cấp thuốc mang về nhà nhiều ngày có ý nghĩa đặc biệt về mặt thời gian, chi phí cơ hội và việc làm đối với người bệnh. Đa số người bệnh chia sẻ các lợi ích khi không phải đến cơ sở uống thuốc hàng ngày giúp tiết kiệm thời gian và chi phí đi lại, đồng thời tăng cơ hội có việc làm. Những lợi ích này đặc biệt có ý nghĩa đối với người bệnh sống xa phòng khám, đi lại khó khăn, hoặc có việc làm bị quản lý chặt chẽ về mặt thời gian.

“Từ ngày được mang thuốc về được nhận làm công việc phụ xây. Đi làm rất dễ, sáng ngủ dậy uống thuốc luôn rồi đi làm. Công việc thuận lợi, buổi sáng không phải lo lắng việc dắt xe đi uống thuốc mất 30 - 40 phút.” (BN Điện Biên, được mang về 4 liều).

“Được cấp thuốc nhiều ngày giúp tiết kiệm thời gian và gia tăng cơ hội kinh tế cho gia đình bệnh nhân. Đi uống thuốc hàng ngày không được thuê để làm việc.” (BN Lai Châu, được mang về 6 liều).

3.3.2 Lợi ích về sức khỏe và xã hội

Tham gia chương trình CTNN giúp người bệnh có nhiều thời gian và cơ hội để tham gia vào các công việc gia đình như chăm sóc gia đình, dành thời gian cho con cái và các công việc họ hàng ở quê. Ngoài ra, người bệnh cũng chia sẻ tác động tích cực đối với sức khỏe và tăng sự tin tưởng của gia đình đối với người bệnh.

“Tham gia chương trình có rất nhiều tiện lợi. Ví dụ như đợt vừa rồi, anh đưa con xuống Hà Nội nhập học, cả đi cả về mất 4 ngày, anh mang theo cả thuốc để đi uống. Trước khi đi anh đã báo cáo với bác sỹ tại cơ sở” (BN Điện Biên, được mang về 5 liều).

“Giảm nguy cơ gặp tai nạn giao thông khi đi lại trên đường lấy thuốc” (BN Lai Châu, được mang về 6 liều).

“Người nhà thể hiện sự yên tâm khi tôi mang thuốc về nhà, (gia đình) theo dõi được việc điều trị” (BN Lai Châu, được mang về 4 liều).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả các kết quả điều trị ban đầu ở những người bệnh đầu tiên được lựa chọn thí điểm cấp thuốc methadone nhiều ngày tại Việt Nam. Người bệnh được CTNN là những người tuân thủ điều trị tốt hơn và ít sử dụng ma túy hơn so với bệnh nhân nói chung [8]. Mặc dù vậy, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có đặc điểm tương đồng với quần thể bệnh nhân điều trị methadone nói chung tại Việt Nam về đặc điểm nhân khẩu xã hội cũng như tiền sử sử dụng chất [13, 14]. Tuy nhiên, sự khác biệt về một số đặc điểm người bệnh ở thành phố lớn và tỉnh miền núi có thể liên quan đến khác biệt về kết quả của chương trình.

Sau 6 tháng triển khai thí điểm, chương trình đã cho thấy các kết quả tích cực đối với những thách thức quan trọng của chương trình điều trị methadone, đó là tỷ lệ tuân thủ điều trị và duy trì điều trị của người bệnh duy trì ở mức tương đối cao [13, 14]. Tỷ lệ duy trì trong điều trị methadone 6 tháng theo dõi là 96,7%, cao hơn nhiều so với chương trình điều trị methadone quốc gia nói chung (trên 80% sau 1 năm điều trị) [3]. Nhóm dùng nhận thuốc nhiều ngày và quay lại uống thuốc hàng ngày tại cơ sở có tỷ lệ duy trì điều trị methadone thấp hơn nhóm duy trì nhận thuốc nhiều ngày cho thấy lợi ích của chương trình CTNN [15]. Tuy nhiên, cần lưu ý là người bệnh được chọn tham gia CTNN là những người tuân thủ tốt nên khả năng duy trì điều trị có thể cao hơn so với người bệnh điều trị methadone nói chung. Ngoài ra, trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy sự thay đổi trong hành vi sử dụng chất trước và sau khi tham gia CTNN, và qua thời gian theo dõi. Một trong các nguyên nhân là do tỷ lệ thực hiện xét nghiệm nước tiểu định kỳ ở không đồng nhất, khác biệt giữa các tỉnh và thay đổi trong các tháng theo dõi, tùy thuộc điều kiện của cơ sở và người bệnh. Ngoài ra ở một số cơ sở, người bệnh được yêu cầu tự mua que test mang đến để cán bộ thực hiện xét nghiệm, có thể có sự khác biệt giữa những người bệnh sẵn sàng và có đủ khả năng tự mua test với những người bệnh được chỉ định xét nghiệm nhưng không mua test. Tuy nhiên, tỷ

lệ bỏ liều duy trì khoảng 10% nhưng sau đó giảm mạnh trong khoảng 2 tháng trước thời điểm triển khai CTNN cho thấy chương trình CTNN góp phần là động lực cho người bệnh tuân thủ tốt hơn để đáp ứng các tiêu chí xét chọn và duy trì trong chương trình CTNN. Đây chính là một hình thức “quản lý hành vi tích cực”, là một trong các biện pháp can thiệp hành vi dựa trên bằng chứng có hiệu quả trong điều trị nghiện chất nói chung [16]. Như vậy, chương trình CTNN đã tạo điều kiện thuận lợi cho việc tuân thủ và duy trì điều trị, đáp ứng được mong đợi của đa số người bệnh.

Bên cạnh các lợi ích trực tiếp liên quan đến kết quả điều trị, chương trình CTNN đem lại các lợi ích khác về kinh tế - xã hội đối với người bệnh. Trong đó, lợi ích quan trọng nhất là giảm thời gian và chi phí đi lại, đồng thời tăng khả năng tìm được việc làm và duy trì công việc ổn định [8]. Chương trình có ý nghĩa đặc biệt với người bệnh ở các tỉnh miền núi nơi điều kiện đi lại khó khăn. Trong nhiều trường hợp, người bệnh dành cả buổi sáng đến đi đến cơ sở uống thuốc và về nhà, do vậy họ hầu như không có khả năng được thuê làm việc hoặc có công việc thu nhập ổn định. Ngoài ra, tham gia CTNN còn giúp cải thiện mối quan hệ gia đình, đây là yếu tố quan trọng để nâng cao chất lượng cuộc sống, giúp người bệnh dần “phục hồi” và quay trở lại cuộc sống bình thường. Với việc được CTNN, điều trị methadone sẽ không còn là “gánh nặng” đối với người bệnh, họ có thể dành nhiều thời gian và tâm trí cho các công việc khác trong cuộc sống.

Đây là nghiên cứu đầu tiên đánh giá kết quả chương trình CTNN tại Việt Nam. Tuy nhiên, các yếu tố liên quan đến tình trạng tuân thủ và duy trì điều trị của người bệnh cần được xác định trong các nghiên cứu tiếp theo để xây dựng các chiến lược hỗ trợ phù hợp. Nghiên cứu chưa tiếp cận được những người bệnh dùng CTNN hoặc bỏ trị methadone để tìm hiểu rõ hơn các khó khăn, thách thức khi tham gia chương trình. Ngoài ra, thu thập thông tin cụ thể về chi phí sẽ giúp đánh giá chính xác hơn lợi ích về kinh tế đối với người bệnh khi được nhận thuốc nhiều ngày, từ đó cung cấp thêm

bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách trong việc duy trì và mở rộng chương trình.

V. KẾT LUẬN

Chương trình cấp thuốc methadone nhiều ngày phù hợp với mong đợi của người bệnh điều trị methadone, bước đầu cho thấy kết quả điều trị tốt với tỷ lệ duy trì trong điều trị methadone sau 6 tháng theo dõi là 96,7%, tuân thủ điều trị trên 97%. Tiếp tục triển khai và mở rộng chương trình cấp thuốc nhiều ngày có thể giúp tăng hiệu quả của chương trình điều trị duy trì bằng thuốc methadone và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế. Báo cáo tình hình điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone năm 2021. 2021.
2. Hoang TV, Ha TT, Hoang TM, et al. Impact of a methadone maintenance therapy pilot in Vietnam and its role in a scaled-up response. *Harm Reduct J*. 2015; 12 (1): 39.
3. Bộ Y tế. Báo cáo đánh giá 10 năm triển khai chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Methadone. 2019.
4. Deering DEA, Sheridan J, Sellman JD, et al. Consumer and treatment provider perspectives on reducing barriers to opioid substitution treatment and improving treatment attractiveness. *Addict Behav*. 2011; 36 (6): 636 - 642.
5. Lin C, Wu Z, Detels R. Opiate Users' Perceived Barriers Against Attending Methadone Maintenance Therapy: A Qualitative Study in China. *Subst Use Misuse*. 2011; 46 (9): 1190 - 1198.
6. Tran BX, Boggiano VL, Nguyen HLT, et al. Concurrent drug use among methadone maintenance patients in mountainous areas in northern Vietnam. *BMJ Open*. 2018; 8 (3): e015875.
7. Hall NY, Le L, Majmudar I, Mihalopoulos C. Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and alcohol dependence*. 2021; 221: 108651.
8. Gutwinski S, Bald LK, Heinz A, et al. Take home maintenance medication in opiate dependence. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2013; 110 (23 - 24): 405.
9. Amram O, Amiri S, Panwala V, et al. The impact of relaxation of methadone take-home protocols on treatment outcomes in the COVID-19 era. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2021; 47 (6): 722 - 729.
10. Figgatt MC, Salazar Z, Day E, et al. Take-home dosing experiences among persons receiving methadone maintenance treatment during COVID-19. *J Subst Abuse Treat*. 2021; 123: 108276.
11. Jones CM, Compton WM, Han B, et al. Methadone-Involved Overdose Deaths in the US Before and After Federal Policy Changes Expanding Take-Home Methadone Doses From Opioid Treatment Programs. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79 (9): 932 - 934.
12. Bộ Y tế. Quyết định về việc phê duyệt Đề án thí điểm cấp phát thuốc Methadone nhiều ngày cho người bệnh điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện. Số 5074/QĐ-BYT, ngày 04/12/2020.
13. Đào Thị Minh An, Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Văn Thắng, Nguyễn Hoàng Long. Thực trạng bỏ điều trị, ra khỏi chương trình và quay lại điều trị cai nghiện bằng methadone tỉnh Thái Nguyên từ 09/2011 đến 08/2015. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2015; 25 (10 (170)): 288 - 294.
14. Khue PM, Tham NT, Thanh MDT, et al. A longitudinal and case-control study of dropout among drug users in methadone maintenance treatment in Haiphong, Vietnam. *Harm reduction journal*. 2017; 14 (1): 1 - 8.
15. Peles E, Schreiber S, Sason A, Adelson M. Earning "take-home" privileges and long-term outcome in a methadone maintenance treatment program. *J Addict Med*. 2011; 5 (2): 92 - 98.
16. Chutuaape MA, Silverman K, Stitzer ML. Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program. *Drug Alcohol Depend*. 2001; 62 (1): 69 - 76.

RESULTS AFTER 6-MONTH PILOT IMPLEMENTATION OF THE METHADONE TAKE - HOME PROGRAM IN THREE PROVINCES IN VIETNAM, 2021

Nguyen Bich Diep¹, Dinh Thi Thanh Thuy¹, Vu Minh Anh¹, Dao Thi Dieu Thuy¹,
Nguyen Huu Anh¹, Do Huu Thuy², Nguyen Thi Minh Tam², Hoang Dinh Canh²,
Le Minh Giang¹

¹*Center for Training and Research on Substance Abuse – HIV, Hanoi Medical University*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

The study aims to describe results after 6-month pilot implementation of the methadone take-home program in Lai Chau, Dien Bien and Hai Phong from September to December 2021. A mixed method including quantitative (data extraction from 922 methadone medical records) and qualitative components (6 focus group discussions with 48 patients) among patients receiving take-home doses. Among patients participating in the pilot take-home program, retention rate after 6 months in the methadone maintenance treatment program was 96.7% and in the take-home program was 88.0%. The rate of missing at least one dose

every month after being in the take-home program was less than 3%, lower to these rates before being in the program (7 - 10%). Patients acknowledged the benefits of the program including (1) improved treatment adherence, (2) economic benefits and (3) improved health status and family relationship. The methadone take-home program meets the expectations of patients and shows initially benefits in improving treatment outcomes and socioeconomic benefits.

Keywords: Opioids; methadone; take-home doses; treatment outcomes

TỶ LỆ NHIỄM HIV Ở NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ, 2021

Phạm Lê Huyền Trang^{1*}, Lâm Hoàng Dũng¹, Dáp Thanh Giang¹,
Bùi Ngọc Phương Oanh¹, Ngô Minh Khôi¹, Khuru Văn Nghĩa², Lê Quang Thứ²

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ*

²*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là nhóm có nguy cơ cao nhất lây nhiễm HIV trong những năm gần đây. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV ở MSM và mô tả một số yếu tố liên quan tại Thành phố Cần Thơ năm 2021. Thu thập dữ liệu của 300 MSM từ giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi. Kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm MSM là 15,3%, có 3 yếu tố làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm đối tượng này là tuổi từ 30 trở lên (ORHC 3,00, KTC 95%: 1,17 - 7,65), có chemsex (ORHC 2,16, KTC 95%: 1,01 - 4,62) và nhiễm giang mai (ORHC 5,34, KTC 95%: 2,49 - 11,45). Tỷ lệ nhiễm HIV ở MSM giảm so với năm 2020 nhưng vẫn cao hơn các nhóm nguy cơ khác và các tỉnh thành khác. Vì vậy, Thành phố Cần Thơ cần tiếp tục duy trì các hoạt động can thiệp, dự phòng đang triển khai, phát triển các chương trình mới phù hợp với nhóm MSM thông qua truyền thông trên ứng dụng/mạng xã hội, tăng cường xét nghiệm HIV và kết nối điều trị từ hoạt động đáp ứng y tế công cộng. Song song đó, kết nối điều trị PrEP được xem là một giải pháp hữu hiệu trong dự phòng lây nhiễm HIV, đặc biệt nhóm có hành vi chemsex.

Từ khóa: HIV; MSM; Cần Thơ; giám sát trọng điểm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong báo cáo của Chương trình Phối hợp của Liên hợp Quốc về HIV và AIDS ghi nhận: năm 2021 có 1,5 triệu ca nhiễm HIV mới và 650.000 ca tử vong do AIDS. Theo đó, các ca nhiễm mới hiện đang gia tăng tại Châu Á và Thái Bình Dương sau 10 năm giảm. Trong đó, MSM có nguy cơ lây nhiễm HIV cao gấp 28 lần so với nam giới trưởng thành (15 - 49 tuổi) [1]. Ngoài ra, trong nghiên cứu của Frits van Griensven công bố năm 2010 thì tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm MSM cao gấp 18,7 lần tại Châu Á [2]. Điều này cho thấy nguy cơ nhiễm HIV trên nhóm MSM đang gia tăng và trở nên báo động hơn.

Tại Việt Nam, trong dữ liệu phân tích của UNAIDS năm 2020, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên

nhóm MSM là 13,3% [3]. Ngoài ra qua giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép giám sát hành vi (HSS+), tỷ lệ hiện nay tiếp tục tăng, từ 10,8% năm 2018 tăng lên đến 13,2% năm 2020 và số ca mới phát hiện tập trung ở nhóm 16 - 29 tuổi (45,5%) so với năm 2019 (37,9%) [4]. Thành phố Cần Thơ qua giám sát trọng điểm hằng năm, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM năm 2018 là 18% (trong đó có 5,56% nhiễm mới) năm 2019 là 20,3% (tỷ lệ nhiễm mới là 18,3%). Nhằm đánh giá thực trạng nhiễm HIV và một số yếu tố nguy cơ dẫn đến sự lây nhiễm HIV trên nhóm MSM tại Thành phố Cần Thơ, từ đó đưa ra những khuyến nghị mang tính định hướng cho hoạt động phòng, chống HIV/AIDS tại địa phương. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu cụ thể: Xác định tỷ lệ nhiễm HIV và mô tả một số yếu tố liên quan ở nhóm MSM tại Thành phố Cần Thơ năm 2021.

*Tác giả: Phạm Lê Huyền Trang

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ

Điện thoại: 0772 186 336

Email: plhtrangtp@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/10/2022

Ngày phản biện: 10/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam quan hệ tình dục đồng giới có quan hệ tình dục qua hậu môn trong 12 tháng qua, từ 16 tuổi trở lên.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 04 quận, huyện: quận Ninh Kiều, quận Ô Môn, huyện Phong Điền và huyện Thới Lai. Trong thời gian từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Lấy toàn bộ 300 mẫu từ nghiên cứu điều tra giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi ở MSM tại Thành phố Cần Thơ năm 2021.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu cụm nhiều giai đoạn (Multi-stage cluster sampling) dựa trên “Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành. Đầu tiên, chúng tôi tiến hành lập bản đồ điểm nóng của 9 quận/huyện, sau đó chọn ra 4 quận/huyện có số lượng MSM cao nhất là: Ninh Kiều, Ô Môn, Phong Điền và Thới Lai rồi tiến hành phân bổ cỡ mẫu quy định cho các quận/huyện sao cho số lượng MSM được chọn tỷ lệ thuận số MSM ước lượng tại mỗi quận/huyện. Sau đó, tại mỗi quận/huyện, chọn ngẫu nhiên số tụ điểm cần thực hiện giám sát trọng điểm và thông qua các đồng đẳng viên tiếp cận các tụ điểm đã được chọn để mời toàn bộ những MSM đủ tiêu chuẩn đến tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho quận/huyện đó. Tiếp tục thực hiện lần

lượt tại các tụ điểm còn lại cho đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho quận/huyện đó.

2.6 Biến số nghiên cứu

Ba nhóm biến số được thu thập bao gồm: (1) Đặc điểm nhân khẩu học và hành vi nguy cơ: Tuổi, tuổi quan hệ tình dục lần đầu, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, số lượng bạn tình trong 12 tháng qua, quan hệ tình dục để nhận tiền, quan hệ tình dục tập thể, chemsex, luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong 1 tháng qua, tìm kiếm bạn tình trên ứng dụng/mạng xã hội; (2) Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai, đồng nhiễm HIV/giang mai (3) Đặc điểm về tiếp cận chương trình can thiệp HIV: Nhận bao cao su miễn phí, nhận chất bôi trơn miễn phí, nhận test tự xét nghiệm HIV, từng sử dụng PrEP, từng xét nghiệm HIV, khám các bệnh STI trong vòng 3 tháng qua, bảo hiểm y tế.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi của điều tra giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi ở MSM năm 2021. Mỗi đối tượng sẽ được phỏng vấn trong phòng riêng tư và sử dụng mã số nhận diện cá nhân. Điều tra viên là nhân viên y tế đã được tập huấn.

2.8 Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm ODK và xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0.

Phân tích số liệu: Các thông tin được thể hiện dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%), phân tích hồi quy đơn biến, đa biến xác định yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo chứng nhận số HĐĐĐ-18/2021 ngày 31/5/2021 về việc chấp thuận của Hội đồng đạo đức cấp cơ sở trong nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và hành vi nguy cơ ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Thành phố Cần Thơ qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2021 (n = 300)

Đặc tính	MSM tham gia nghiên cứu (n ₁ = 300)	MSM dương tính HIV (n ₂ = 46)
	Tần số (Tỷ lệ %)	Tần số (Tỷ lệ %)
Tuổi		
< 30	269 (89,7)	33 (71,7)
≥ 30	31 (10,3)	13 (28,3)
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	22,8 (5,5)	26,0 (8,6)
Biến thiên	16 - 61	18 - 61
Tuổi quan hệ tình dục lần đầu		
< 18	74 (24,7)	9 (19,6)
≥ 18	203 (67,7)	31 (67,4)
Không nhớ	23 (7,6)	6 (13,0)
Trình độ học vấn		
Mù chữ, tiểu học	4 (1,2)	1 (2,2)
Trung học cơ sở	18 (6,0)	5 (10,9)
Trung học phổ thông	40 (13,3)	13 (28,3)
Trên Trung học phổ thông	238 (79,3)	27 (58,6)
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	232 (77,3)	38 (82,6)
Đã ly dị/ ly thân/goá vợ	6 (2,0)	3 (6,5)
Sống chung với bạn tình nữ	5 (1,7)	1 (2,2)
Sống chung với bạn tình nam	57 (19,0)	4 (8,7)
Số lượng bạn tình		
Có ≥ 2 bạn tình nam	167 (55,7)	23 (50,0)
Chỉ có 1 bạn tình nam	118 (39,3)	20 (43,5)
Không nhớ	15 (5,0)	3 (6,5)
Quan hệ tình dục để nhận tiền		
Có	19 (6,3)	2 (4,3)
Không	270 (90,0)	41 (89,2)
Không nhớ/không trả lời	11 (3,7)	3 (6,5)
Từng quan hệ tình dục tập thể		
Có	36 (12,0)	7 (15,2)
Không	264 (88,0)	39 (84,8)
Chemsex		
Có	61 (20,3)	16 (34,8)
Không	239 (79,7)	30 (65,2)
Luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong 1 tháng qua		
Có	79 (26,3)	10 (21,7)
Không	145 (48,4)	22 (47,9)
Không quan hệ tình dục trong 1 tháng qua	76 (25,3)	14 (30,4)
Tìm kiếm bạn tình trên ứng dụng/mạng xã hội		
Có	195 (65,0)	32 (69,6)
Không	105 (35,0)	14 (30,4)

Trong số 300 MSM tham gia nghiên cứu, 89,7% dưới 30 tuổi, 26,7% quan hệ tình dục lần đầu khi < 18 tuổi, 79,3% có học vấn trung cấp/cao đẳng/đại học, 77,3% độc thân. Tỷ lệ sử dụng chemsex ở MSM tham gia nghiên cứu là 20,3%, tỷ lệ luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong 1 tháng qua chỉ có

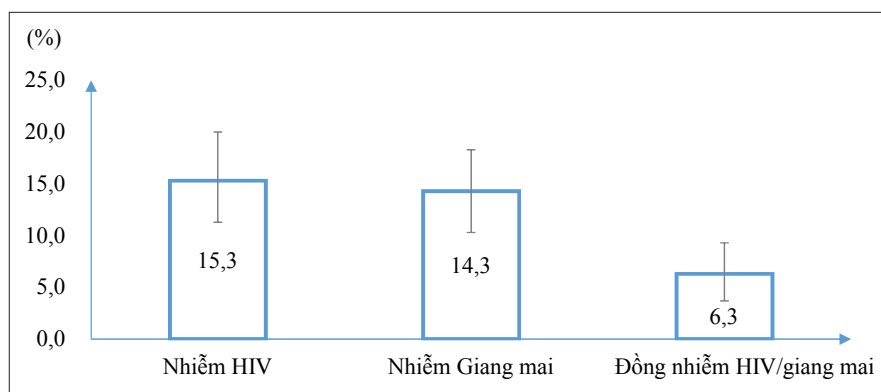
26,3%, tỷ lệ MSM tìm kiếm bạn tình trên ứng dụng/mạng xã hội lên đến 65,0%. Trong số 46 MSM dương tính HIV, nhóm dưới 30 tuổi cao gần gấp 2,5 lần so với nhóm ≥ 30 tuổi (71,7% so với 28,3%), nhóm chemsex thấp hơn gần gấp 2 lần so với các nhóm không chemsex (65,2% so với 34,8%) (Bảng 1).

Bảng 2. Đặc điểm tiếp cận chương trình dịch vụ can thiệp HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Thành phố Cần Thơ qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2021 (n = 300)

Đặc điểm	MSM tham gia nghiên cứu (n ₁ = 300)	MSM dương tính HIV (n ₂ = 46)
	Tần số (Tỷ lệ %)	Tần số (Tỷ lệ %)
Nhận bao cao su miễn phí		
Trong vòng 3 tháng	76 (25,3)	6 (13,0)
Từ trên 3 - 6 tháng	83 (27,7)	13 (28,3)
Từ trên 6 đến 12 tháng	55 (18,3)	12 (26,1)
Trên 12 tháng	41 (13,7)	4 (8,7)
Chưa bao giờ	45 (15,0)	11 (23,9)
Nhận chất bôi trơn miễn phí		
Trong vòng 3 tháng	77 (25,7)	7 (15,2)
Từ trên 3 - 6 tháng	80 (26,7)	12 (26,1)
Từ trên 6 đến 12 tháng	55 (18,3)	12 (26,1)
Trên 12 tháng	40 (13,3)	5 (10,9)
Chưa bao giờ	48 (16,0)	10 (21,7)
Từng xét nghiệm HIV		
Trong vòng 6 tháng	98 (32,7)	10 (21,7)
Từ trên 6 - 12 tháng	49 (16,3)	8 (17,4)
Trên 12 tháng	40 (13,3)	18 (39,2)
Chưa bao giờ	113 (37,7)	10 (21,7)
Có nhận test tự xét nghiệm HIV	96 (32,0)	15 (32,6)
Từng sử dụng PrEP	70 (23,3)	7 (15,2)
Khám các bệnh STI trong vòng 3 tháng qua	73 (24,3)	14 (30,4)
Bảo hiểm y tế	263 (87,7)	41 (89,1)

Bảng 2 mô tả đặc điểm tiếp cận dịch vụ, đa số MSM có nhận bao cao su miễn phí (85,0%), nhận chất bôi trơn miễn phí là 84,0%, tỷ lệ từng xét nghiệm HIV trước đây là 62,3%, tỷ lệ khám các bệnh STI trong vòng 3 tháng qua không nhiều 24,3%, từng sử dụng PrEP là 23,3%. Trong 46 MSM dương tính HIV có dưới 25% chưa tiếp cận

được các loại dịch vụ như: Nhận bao cao su miễn phí (23,9%), chất bôi trơn miễn phí (21,7%), xét nghiệm HIV (21,7%). Đồng thời, nhóm có tiếp cận các dịch vụ khác cũng dưới 35%: 30,4% số MSM nhiễm HIV đã từng khám STI 3 tháng qua, chỉ có 15,2% từng sử dụng PrEP nhưng tỷ lệ có BHYT đạt gần 90% (89,1%).



Hình 1. Tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Cần Thơ qua giám sát trọng điểm HIV+ lồng ghép hành vi năm 2021 (n = 300)

Kết quả hình 1 cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM tại Thành phố Cần Thơ là 15,3% (KTC 95%: 11,3 - 20), nhiễm giang mai là 14,3% (KTC 95%: 10,3 - 18,3) và đồng nhiễm HIV/giang mai là 6,3% (KTC 95%: 3,7 - 9,3).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm HIV ở nhóm MSM tại Thành phố Cần Thơ qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2021 (n = 300)

Đặc tính	Dương tính HIV	Đơn biến		Đa biến	
	Tần số (tỷ lệ %)	OR* KTC 95%***	Giá trị p	OR _{HC} ** KTC 95%	Giá trị p
Tuổi					
< 30	33 (12,3)	1	< 0,001	1	0,021
≥ 30	13 (41,9)	5,16 (2,31 - 11,51)		3,00 (1,17 - 7,65)	
Trình độ học vấn					
THPT trở xuống	19 (30,6)	3,45 (1,76 - 6,76)	< 0,001	-	-
Trên THPT	27 (11,3)	1			
Từng xét nghiệm HIV					
Có	36 (19,3)	1	0,018	-	-
Không	10 (8,8)	0,41 (0,19 - 0,86)			
Chemsex					
Có	16 (26,2)	2,48 (1,25 - 4,92)	0,010	2,16 (1,01 - 4,62)	0,048
Không	30 (12,5)	1		1	
Giang mai					
Dương tính	19 (44,2)	6,74 (3,28 - 13,88)	< 0,001	5,34 (2,49 - 11,45)	< 0,001
Âm tính	27 (10,5)	1		1	

THPT: Trung học phổ thông; Trong phân tích đa biến, có tổng cộng 5 biến được đưa vào phân tích gồm: Nhóm tuổi, trình độ học vấn, từng xét nghiệm HIV, chemsex và giang mai. Mô hình cuối cùng giữ lại 3 biến, bao gồm: Tuổi, chemsex, giang mai; *: tỷ số chênh; **: tỷ số chênh hiệu chỉnh; ***: khoảng tin cậy 95%

Khi phân tích mô hình hồi quy đơn biến có mối liên giữa dương tính HIV và các yếu tố: Tuổi, trình độ học vấn, từng xét nghiệm HIV, chemsex và nhiễm giang mai. Tiến hành phân tích mô hình hồi quy đa biến cho thấy dương tính HIV có mối liên quan với 3 yếu tố: MSM tuổi ≥ 30 dương tính HIV cao gấp 3 lần so với MSM < 30 tuổi (OR_{HC} 3,00, KTC 95%: 1,17 - 7,65), MSM có sử dụng chemsex thì dương tính HIV cao gấp 2,16 lần so với nhóm không sử dụng chemsex (OR_{HC} 2,16, KTC 95%: 1,01 - 4,62) và khi MSM dương tính giang mai thì tỷ lệ dương tính HIV cao gấp 5,34 lần so với nhóm giang mai âm tính (OR_{HC} 5,34, KTC 95%: 2,49 - 11,45) (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Gia tăng tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM đang là một trong những vấn đề cần quan tâm trong những năm gần đây. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhiễm HIV ở MSM năm 2021 mặc dù giảm so với các năm trước nhưng vẫn ở mức cao khi so sánh với các quần thể nguy cơ khác. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm này là 15,3%. So với giám sát trọng điểm hằng năm tại Thành phố Cần Thơ cũng như các nghiên cứu khác thì tỷ lệ nhiễm HIV thấp hơn, cụ thể HSS+ năm 2020 (22,7%) [4], nghiên cứu của Nguyễn Vũ Thượng, Lê Ngọc Tú tại Đồng bằng sông Cửu Long năm 2019 (16,2%) [5] và nghiên cứu của Huỳnh Thị Tổ Trinh năm 2020 tại Tiền Giang (20,6%) [6]. Tuy nhiên, vẫn cao hơn so với báo cáo UNAIDS năm 2020 (13,3%) [1]. So với kết quả giám sát trọng điểm HIV năm 2018 trên nhóm phụ nữ bán dâm (13 tỉnh), tỷ lệ nhiễm HIV là 3,58% [4] thì tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM cao hơn. Các bằng chứng sinh học và dịch tễ học cho thấy STI, trong đó có giang mai làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm HIV [7]. Tỷ lệ nhiễm giang mai và đồng nhiễm HIV/giang mai lần lượt là 14,3% và 6,3% thì tỷ lệ nhiễm giang mai gần như tương đồng trong kết quả giám sát trọng điểm năm 2020 là 12,5% [4]. Bởi lẽ, giang mai cũng tập trung trên nhóm nguy cơ lây nhiễm HIV cao như MSM vì các hành vi tình dục của nhóm đối

tượng này. Kết quả của nghiên cứu này và các nghiên cứu kể trên cho thấy dịch HIV ở nhóm MSM đang diễn biến phức tạp và tỷ lệ không đồng đều ở từng tỉnh/thành phố hay khu vực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, MSM dương tính HIV tập trung chủ yếu ở nhóm ≥ 30 tuổi (41,9%), trình độ học vấn từ THPT trở xuống (30,6%), có hành vi chemsex (26,2%) và chưa ghi nhận nhiều sự chênh lệch về việc có sử dụng ứng dụng/mạng xã hội để tìm kiếm bạn tình. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có sự trái ngược so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Tổ Trinh năm 2020 tại Tiền Giang khi mà tỷ lệ dương tính HIV trên MSM tập trung ở nhóm trẻ (61,7%), có trình độ học vấn trên THPT [6]. Về hành vi chemsex thì trong một nghiên cứu tại Bỉ cũng đưa ra nhận định có sự tăng nguy cơ nhiễm HIV ở nhóm có hành vi chemsex [8]. Chính vì thế, hành vi chemsex là hành vi đáng lưu tâm trên nhóm MSM. Do đó, ngoài các hoạt động truyền thông can thiệp giảm hại cơ bản đang triển khai nên đưa chemsex vào để can thiệp trong thời gian tới. Ngoài ra, cần thay đổi phương thức cung cấp dịch vụ tiếp cận hiệu quả hơn, đồng thời đẩy mạnh hoạt động đáp ứng y tế công cộng đối với các ca nhiễm mới, tăng cường kết nối chuyển gửi PrEP và chuyển gửi điều trị người nhiễm càng sớm càng tốt.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy MSM với các yếu tố như có hành vi Chemsex, nhiễm giang mai, tuổi từ 30 trở lên nhiễm HIV cao hơn nhóm MSM còn lại. Cụ thể, MSM tuổi ≥ 30 nhiễm HIV cao gấp 3 lần nhóm dưới 30 tuổi, đặc điểm này gần giống nghiên cứu tại Nhật Bản (2019) [9]; tương tự như nghiên cứu tại Hà Nội (2014), MSM có hành vi chemsex (chất được sử dụng ở đây là Methamphetamin) thì nhiễm HIV cao gấp 5 lần so với nhóm còn lại [10] và một nghiên cứu tại Cáp Nhĩ Tân, Trung Quốc (2018) cũng đưa ra nhận định có mối liên quan giữa dương tính HIV và nhiễm giang mai với tỷ lệ chênh là OR_{HC} 3,90, KTC 95%: 2,66 - 5,72 [11], trong khi nghiên cứu của chúng tôi, tỷ số chênh này là 2,49 - 11,45. Trên quan điểm dự phòng, nên can thiệp dự phòng cho nhóm MSM nên bắt đầu từ độ tuổi trẻ hơn. Mặt khác, nhiễm giang mai

là điều kiện thuận lợi cho lây truyền HIV [12], do đó sàng lọc và điều trị bệnh giang mai có thể là một chiến lược phòng chống HIV hiệu quả trong MSM đi kèm với phát triển các chương trình can thiệp, tư vấn về quan hệ tình dục an toàn cũng như tác hại của hành vi chemsex.

Bên cạnh đó, vấn đề MSM được tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV cần được quan tâm nhiều hơn khi mà tỷ lệ tiếp cận các dịch vụ này khá thấp ở nhóm tham gia nghiên cứu. Nhìn nhận trên góc độ bao phủ của chương trình, đây có thể là sự thiếu hụt và/hoặc những lý do rào cản dẫn đến việc MSM chưa thể tiếp cận và sử dụng dịch vụ phòng chống HIV một cách toàn diện. Chính vì vậy, sự tham gia của các đồng đẳng viên, các tổ chức cộng đồng (CBO) ngày càng cần thiết và đó sẽ là cầu nối, là cánh tay đắc lực để giúp cho các đối tượng đích tiếp cận dịch vụ.

Do là nghiên cứu cắt ngang nên chưa đi sâu tìm hiểu những yếu tố chuyên biệt của MSM và nhiều thông tin nhạy cảm đối tượng có khuynh hướng bị che giấu hành vi nguy cơ. Mặt khác nhóm sinh viên được các đồng đẳng viên giới thiệu nhiều nhất do đó có thể bỏ qua đối tượng MSM ở các nhóm khác như nhóm đi làm, bán dâm. Để hạn chế sai số, chúng tôi thực hiện một số biện pháp như khi tiến hành phỏng vấn và lấy kết quả xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu dưới dạng mã số, các điều tra viên đã được tập huấn kỹ có kỹ năng phỏng vấn và biết cách vận động khách hàng tham gia điều tra. Sau khi phỏng vấn nghiên cứu viên sẽ kiểm tra lại thông tin của đối tượng trả lời để tránh sai sót thông tin.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm HIV năm 2021 có giảm so với năm 2020, tuy nhiên so với mặt bằng chung cả nước vẫn cao hơn. Việc có mối liên quan giữa dương tính HIV và tuổi ≥ 30 (ORHC 3,00, KTC 95%: 1,17 - 7,65), có chemsex (ORHC 2,16, KTC 95%: 1,01 - 4,62) và giang mai dương tính (ORHC 5,34, KTC 95%: 2,49 - 11,45) cho thấy Thành phố Cần Thơ cần tiếp tục duy trì các hoạt

động truyền thông can thiệp đang triển khai; đồng thời triển khai thêm các hoạt động mới phù hợp với đặc thù của nhóm MSM - nhất là nhóm MSM trẻ, ẩn có nguy cơ cao như: Truyền thông trên ứng dụng/mạng xã hội, tăng cường xét nghiệm HIV và kết nối điều trị từ hoạt động đáp ứng y tế công cộng. Song song đó, kết nối điều trị PrEP được xem là một giải pháp hữu hiệu hiện nay trong dự phòng lây nhiễm HIV, đặc biệt nhóm có sử dụng chemsex.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. In Danger: UNAIDS Global AIDS update 2022. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2022.
2. Griensven F, Wijngaarden J. A review of the epidemiology of HIV infection and prevention responses among MSM in Asia. AIDS. 2010; 24: S30 - S40.
3. UNAIDS. Vietnam factsheets, 2021. 2021.
4. Bộ Y tế. Báo cáo kết quả Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020. 2021.
5. Nguyễn Vũ Thượng, Lê Ngọc Tú. Tỷ lệ mắc HIV và các yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại trung tâm đồng đẳng sông Cừ Long năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020; 30 (2): 111.
6. Huỳnh Thị Tố Trinh, Lê Ngọc Quang, Nguyễn Thành Chung. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 2021; 05 (01): 65 - 74.
7. Meng YW, Hui ZG, Kui RH, et al. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. BMJ Journals. 2021; 97: 525 - 533.

8. Chris K, Kristien W, Tom P, et al. Increases in condomless chemsex associated with HIV acquisition in MSM but not heterosexuals attending a HIV testing center in Antwerp, Belgium. *AIDS Research and Therapy*. 2018; 15 (14).
9. Adam OH, Benjamin RB. Prevalence and correlates of lifetime and recent HIV testing among men who have sex with men (MSM) who use mobile geo-social networking applications in Greater Tokyo. *PLoS one*. 2019; 14 (1).
10. Nga TTV, Martin H, Huong TTP, et al. The Prevalence and Correlates of HIV and Undiagnosed Infection among Men Who Have Sex with Men in Hanoi, Vietnam: Findings from a Cross-sectional, Biobehavioral Study. *Front Public Health*. 2016; 4 (275).
11. Shan H, Fangfang C, Yi L, et al. Factors Associated With Newly HIV Infection and Transmitted Drug Resistance Among Men Who Have Sex With Men in Harbin, P.R. China. *Front Public Health*. 2022; 10 (860171).
12. Helen MC, Robert JC, Grace EM, et al. The Role of Sexually Transmitted Infections in HIV-1 Progression: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*. 2013; 2013 (176459).

HIV PREVALENCE AND RELATED FACTORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN CAN THO CITY IN 2021

**Pham Le Huyen Trang¹, Lam Hoang Dung¹, Dap Thanh Giang¹,
Bui Ngoc Phuong Oanh¹, Ngo Minh Khoi¹, Khuu Van Nghia², Le Quang Thu²**

¹*Can Tho City Center for Disease Control*

²*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

Men who have sex with men (MSM) are at the highest risk of HIV infection in recent years. The objectives of the study were to determine the HIV prevalence and describe related factors among MSM in Can Tho city in 2021. The data was collected from 300 MSMs in the HIV/STI Sentinel Surveillance plus behavioral component. The results showed that the HIV prevalence among MSM group was 15.3%. Three factors were increasing the risk of HIV infection in this population, including being 30 years old and older (OR_{HC} 3.00, 95% CI: 1.17 - 7.65), having chemsex (OR_{HC} 2.16, 95% CI: 1.01 - 4.62) and being syphilis positive (OR_{HC} 5.34, 95% CI: 2.49 - 11.45). In

this study, the HIV prevalence among MSM was lower than this in 2020 while being higher than this in other key populations and other provinces. Therefore, Can Tho city continues to maintain the interventional communication activities accompanied by the development of new appropriate programs for MSM such as communicating on social networks/apps, increasing HIV testing and ARV treatment linkage via public health response activities. Besides, PrEP treatment connection is considered a solution in the prevention of HIV infection, especially for MSM having chemsex.

Keywords: HIV prevalence; MSM; Can Tho; sentinel surveillance

Kiến thức, Thái độ, Thực hành và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS của người dân từ 15 đến 49 tuổi tại tỉnh Long An năm 2022

Nguyễn Thanh Sơn¹, Lê Thị Mỹ Hạnh^{1*}, Hồ Thị Ngọc Trang¹, Nguyễn Ngọc Linh¹,
Khuru Văn Nghĩa², Nguyễn Việt Nga³, Nguyễn Thị Thu Phương⁴, Phạm Hồng Thắng⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An*

²*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

⁴*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 890 người dân từ 15 đến 49 tuổi tại Long An năm 2022. Mục tiêu nghiên cứu nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS của người dân. Kết quả cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức, thái độ đúng về phòng, chống HIV/AIDS chưa cao lần lượt là 44,4% và 4,9%. Tỷ lệ người dân có quan hệ tình dục (QHTD) với đối tượng khác trong 12 tháng qua là 6,2%. Phân tích mối liên quan, người có trình độ học vấn trên trung cấp có kiến thức đúng cao gấp 2,2 lần (KTC 95%: 1,4 - 1,74) so với nhóm có học vấn dưới trung cấp. Những người ở huyện vùng sâu vùng xa, biên giới và nông thôn có kiến thức đúng cao gấp 2,1 và 1,8 lần so với các huyện thành thị. Vì vậy, công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng, chống HIV/AIDS cần được thực hiện thường xuyên hơn, đa dạng hóa các hình thức, phù hợp với từng đối tượng, đặc biệt chú trọng người dân trình độ học vấn thấp, người sống tại các huyện thành thị.

Từ khóa: Kiến thức; thái độ; thực hành; HIV; 15 đến 49 tuổi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS trên thế giới cũng như tại Việt Nam ngày một gia tăng. Trong khi chưa có vắc xin phòng ngừa cũng như thuốc điều trị đặc hiệu. Tuy mới xuất hiện từ năm 1981 nhưng HIV/AIDS đã nhanh chóng lan rộng khắp toàn cầu và tấn công vào mọi đối tượng cũng như mọi dân tộc trên Thế giới. Dịch HIV/AIDS không chỉ ảnh hưởng đến các vấn đề về sức khỏe và tính mạng của con người, mà còn gây những tác hại đến sự phát triển kinh tế, văn hoá, xã hội và giống nòi. Theo báo cáo của UNAIDS, tính đến năm 2020, số người hiện nhiễm HIV trên thế giới khoảng 37,7 triệu người, trong đó có khoảng 1,8 triệu là trẻ em dưới 15 tuổi. Trong năm 2020, cả thế giới phát

hiện mới 1,5 triệu người nhiễm HIV, trong đó có khoảng 150.000 trẻ em nhiễm HIV. Sau 31 năm dịch bùng phát (1990 - 2021) đến ngày 30/09/2021, 63 tỉnh/thành có 212.769 người nhiễm HIV hiện còn sống, số tử vong 108.849 người [1]. Tại Long An, từ trường hợp phát hiện nhiễm HIV đầu tiên vào tháng 8 năm 1993 đến ngày 31 tháng 3 năm 2022 tổng số nhiễm HIV được phát hiện là 4.759 trường hợp, đứng thứ ba về số lũy tích HIV. Dịch xuất hiện tại 15/15 huyện, thành phố và 185/185 xã, phường, thị trấn [2, 3].

Việc thiếu kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống HIV đóng vai trò chính làm gia tăng nguy cơ lây truyền HIV trong cộng đồng [4]. Mặc dù những nghiên cứu về việc

*Tác giả: Lê Thị Mỹ Hạnh

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An

Điện thoại: 0975 924 099

Email: lethimyhanh1988@yahoo.com

Ngày nhận bài: 02/11/2022

Ngày phản biện: 17/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

điều trị HIV/AIDS đã đạt được nhiều thành tựu đáng kể nhưng đến nay vẫn chưa có một loại thuốc nào có thể chữa khỏi hoàn toàn căn bệnh này. Do đó hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe trong cộng đồng làm cho mọi người hiểu biết về HIV/AIDS để tự bảo vệ bản thân được xem là lựa chọn hàng đầu trong việc góp phần chặn đứng đại dịch HIV trong tương lai. Trong nhiều năm qua, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An đã tập trung vào công tác truyền thông nâng cao nhận thức của người dân về HIV/AIDS bằng nhiều hình thức khác nhau. Tuy nhiên số ca nhiễm HIV hàng năm vẫn tiếp tục gia tăng. Số ca nhiễm mới ở Long An hiện đang đứng thứ hai so với khu vực đồng bằng sông Cửu Long [3]. Ngày 14/8/2020, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 1246/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Trong đó hai chỉ tiêu quan trọng cần đạt được vào năm 2030 là tỷ lệ thanh niên từ 15 đến 49 tuổi có hiểu biết đầy đủ về HIV/AIDS đạt 80% và tỷ lệ người dân từ 15 đến 49 tuổi không kì thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV đạt 80% [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành và mối liên quan tới kiến thức về phòng, chống HIV tại Long An. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp tỉnh có kế hoạch chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe đúng đắn và phù hợp, tạo cơ sở đánh giá hiệu quả công tác truyền thông cho người dân trên địa bàn tỉnh Long An.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ 15 đến 49 tuổi có hộ khẩu thường trú tại tỉnh Long An và có mặt tại thời điểm nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại tỉnh Long An từ tháng 4 đến tháng 9 năm 2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu được lấy theo công thức:

$$n = Z^2_{(1 - \alpha/2)} \frac{p(1 - p)}{d^2} \times DE$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{(1 - \alpha/2)}$: Hệ số tin cậy (1,96); a: Mức ý nghĩa (0,05); p: Tỷ lệ người được hỏi có kiến thức đúng về HIV/AIDS, ước tính là 0,5; d: sai số chấp nhận (0,05). Nghiên cứu với độ tin cậy 95% và độ chính xác tuyệt đối được chọn là 0,05. Do lấy mẫu cụm nên chọn hệ số thiết kế DE = 2. Thay số vào công thức ta được n = 768. Dự trù 10% các trường hợp vắng mặt hoặc từ chối tham gia nghiên cứu. Vậy cỡ mẫu cần lấy là 845 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu cụm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Chọn ra 30 xã từ 188 xã bằng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống (mỗi xã là 1 cụm).

Khoảng cách mẫu $k = 188 : 30 = 6,3 \approx 6$;

Chọn ngẫu nhiên một số i (số đầu tiên): $1 \leq i \leq k$ ($k = 6$);

Chọn 30 cụm bao gồm: i, i + k, i + 2k, i + 3k, ..., i + 29k.

Giai đoạn 2: Tuyển chọn đối tượng tham gia tại các địa điểm đã được lựa chọn.

Trong 30 xã đã được chọn, mỗi xã đã chọn sẽ có số người được chọn là: $845 : 30 \approx 28$.

Tiến hành lập danh sách các hộ gia đình có người trong độ tuổi từ 15 đến 49 tuổi tại xã đã chọn (liên hệ với cán bộ dân số tại trạm y tế). Từ danh sách các hộ gia đình đã lập, tiến hành chọn 28 hộ/xã theo phương pháp ngẫu nhiên đơn. Mỗi hộ gia đình chỉ chọn 1 người bất kỳ từ 15 đến 49 tuổi để phỏng vấn.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến đầu ra: Kiến thức về phòng, chống HIV. Kiến thức đúng khi trả lời đúng 5 câu hỏi được xây dựng dựa theo hướng dẫn mới nhất của UNAIDS về giám sát AIDS toàn cầu 2022 [6].

Biến độc lập: Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, tôn giáo. Biến thái độ được sử dụng trong nghiên cứu dựa theo hướng dẫn của USAID gồm 4 câu hỏi về phần trăm dân số có thái độ chấp nhận những người sống chung với HIV. Trả lời đúng 4/4 câu hỏi về thái độ được cho là thái độ đúng [7]. Cuối cùng là biến số về thực hành bao gồm các biến số về quan hệ tình dục; mức độ sử dụng bao cao su với vợ/chồng, người yêu, người lạ và có dùng bao cao su khi quan hệ tình dục lần gần nhất.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Tại địa bàn nghiên cứu, được chia thành nhiều nhóm điều tra, mỗi nhóm bao gồm một người phỏng vấn trực tiếp và một cán bộ dẫn đường. Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp người dân tại nhà bằng bộ câu hỏi có cấu trúc soạn sẵn.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Kết quả trình bày theo dạng bảng

tần số, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn thích hợp. Dùng hồi quy logistic đơn biến và đa biến để phân tích các yếu tố liên quan tới kiến thức. Các biến số sau khi phân tích đơn biến có kết quả $p < 0,2$ được thêm vào mô hình hồi quy đa biến để phân tích. Sau khi chạy các mô hình đa biến sẽ lựa chọn mô hình phù hợp/đơn giản nhất. Các yếu tố đa biến có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Khoa học kỹ thuật của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An, tiến hành dựa trên nguyên tắc tự nguyện tham gia, người tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích nghiên cứu, những thông tin thu thập sẽ tuyệt đối được bảo mật và chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ khai thác thông tin theo đúng nội dung của bộ câu hỏi đã soạn sẵn, không khai thác sâu các vấn đề riêng tư của người được phỏng vấn.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người dân từ 15 - 49 tuổi về phòng, chống HIV tại Long An năm 2022 (n = 890)

Đặc tính	Nam	Nữ	Chung	P
	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	
Nhóm tuổi				
15 - 19	33 (51,6)	31 (48,4)	64 (7,2)	0,296
20 - 24	72 (49,0)	75 (51,0)	147 (16,5)	
25 - 29	70 (49,3)	72 (50,7)	142 (16,0)	
30 - 34	111 (54,2)	94 (45,8)	205 (23,0)	
35 - 39	98 (61,2)	62 (38,8)	160 (18,0)	
40 - 44	61 (58,1)	44 (41,9)	105 (11,8)	
45 - 49	34 (50,8)	33 (49,2)	67 (7,5)	
Trung bình (độ lệch chuẩn)	32,1 (± 8,15)	31,3 (± 8,4)	31,7 (± 8,28)	
Trình độ học vấn				
Mù chữ, tiểu học	24 (48,0)	26 (52,0)	50 (5,6)	0,001
Trung học cơ sở	143 (58,8)	100 (41,2)	243 (27,3)	
Trung học phổ thông	191 (59,1)	132 (40,9)	323 (36,3)	
Trung cấp/Cao đẳng/ Đại học/trên đại học	121 (44,2)	153 (55,8)	274 (39,8)	

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người dân từ 15 - 49 tuổi về phòng, chống HIV tại Long An năm 2022 (n = 890) (tiếp)

Đặc tính	Nam	Nữ	Chung	P
	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	
Nghề nghiệp				
Nông dân	126 (60,3)	83 (39,7)	209 (23,5)	0,008
Cán bộ viên chức	64 (41,6)	90 (58,4)	154 (17,3)	
Học sinh, sinh viên	43 (55,1)	35 (44,9)	78 (8,8)	
Công nhân	125 (56,8)	95 (43,2)	220 (24,7)	
Tự do	121 (52,8)	108 (47,2)	229 (25,7)	
Tình trạng hôn nhân				
Chưa lập gia đình	140 (56,2)	109 (43,8)	249 (28,0)	0,63
Hiện có vợ/chồng	306 (52,7)	275 (47,3)	581 (65,3)	
Ly dị, ly thân, góa	33 (55,0)	27 (45,0)	60 (6,7)	
Tôn giáo				
Theo đạo	172 (49,1)	178 (50,9)	350 (39,3)	0,024
Không theo đạo nào	307 (56,9)	233 (43,1)	540 (60,7)	

Bảng 1 cho thấy có 890 người dân từ 15 đến 49 tuổi đủ điều kiện thu tuyển tham gia nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm 53,8%. Độ tuổi trung bình là 31,7 tuổi; nhóm tuổi 30 - 34 chiếm nhiều nhất (23,0). Đa số có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên (39,8%); nghề nghiệp chủ yếu là nghề tự do (25,7%), công nhân (24,7%) và

nông dân (23,5%). Về tình trạng hôn nhân có 65,3% hiện đang có vợ/chồng; 28,0% chưa lập gia đình. Kết quả nghiên cứu cho thấy gần 2/3 người dân không theo tôn giáo nào (60,7%). So sánh 2 nhóm nam và nữ, nghiên cứu chỉ ra rằng có sự khác biệt về trình độ học vấn, nghề nghiệp và tôn giáo giữa nam và nữ.

Bảng 2. Kiến thức và thái độ của người dân từ 15 - 49 tuổi về phòng, chống HIV tại Long An năm 2022 (n = 890)

Đặc tính		Chung	Nam	Nữ	P
		Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	
Kiến thức	Biết chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không nhiễm HIV làm giảm lây nhiễm HIV	660 (74,1)	337 (70,4)	323 (78,6)	0,005
	Biết muối cần không làm lây nhiễm HIV	783 (88,0)	421 (87,9)	362 (88,1)	0,932
	Biết sử dụng bao cao su đúng cách phòng tránh được HIV	801 (90,0)	435 (90,8)	366 (89,1)	0,382
	Biết một người nhìn khỏe mạnh có thể bị nhiễm HIV	617 (69,3)	325 (67,9)	292 (71,1)	0,303
	Biết ăn chung với người nhiễm HIV không bị lây HIV	717 (80,6)	380 (79,3)	337 (82,0)	0,317
	Kiến thức đúng	395 (44,4)	189 (39,5)	206 (50,1)	0,001

Bảng 2. Kiến thức và thái độ của người dân từ 15 - 49 tuổi về phòng, chống HIV tại Long An năm 2022 (n = 890) (tiếp)

	Sẵn sàng mua rau từ người bán hàng dù biết họ bị nhiễm HIV	589 (66,2)	303 (63,3)	286 (69,6)	0,047
	Sẵn lòng chăm sóc người thân bị HIV/AIDS tại nhà	807 (90,7)	427 (89,1)	380 (92,5)	0,09
Thái độ	Một thầy/cô giáo nhiễm HIV nhưng chưa bị AIDS thì được tiếp tục giảng dạy	677 (76,1)	363 (75,8)	314 (76,4)	0,83
	Không đồng ý giữ bí mật về việc có người trong gia đình bị nhiễm HIV	96 (10,8)	46 (9,6)	50 (12,2)	0,219
	Thái độ đúng	44 (4,9)	16 (3,3)	28 (6,8)	0,017

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức đúng về phòng, chống HIV/AIDS còn thấp (44,4%), trong đó nữ giới có kiến thức cao hơn nam giới ($p < 0,05$). Một kết quả đáng khích lệ là có đến 74,1% đối tượng nghiên cứu biết chỉ quan hệ tình dục với một bạn tình chung thủy và không nhiễm HIV làm giảm lây nhiễm HIV; 88,0% biết muối cần không làm lây nhiễm

HIV; 90% biết sử dụng bao cao su đúng cách phòng tránh được HIV; 69,3% biết một người nhìn khỏe mạnh có thể bị nhiễm HIV; 80,6% biết ăn chung với người nhiễm HIV không bị lây HIV. Thái độ đúng về phòng, chống HIV/AIDS của người dân còn rất thấp (4,9%), trong đó nữ giới có thái độ đúng cao hơn nam giới ($p < 0,05$).

Bảng 3. Thực hành về phòng, chống HIV của người dân từ 15 - 49 tuổi tại Long An năm 2022 (n = 890)

Đặc tính	Chung	Nam	Nữ	p
	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	
Đã từng QHTD (n = 890)				
Có	681 (76,5)	373 (54,8)	308 (45,2)	0,304
Chưa	209 (23,5)	106 (50,7)	103 (49,3)	
QHTD với đối tượng khác (không phải vợ/chồng/người yêu) trong 12 tháng qua (n = 681)				
Có	42 (6,2)	27 (64,3)	15 (35,7)	0,201
Không	639 (93,8)	346 (54,2)	293 (45,8)	
Đối tượng khác là ai (n = 42)				
Người hành nghề mại dâm	8 (19,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	0,907
Bạn tình bất chợt	34 (81,0)	22 (64,7)	12 (35,3)	
Mức độ sử dụng BCS với đối tượng khác trong 12 tháng qua (n = 42)				
Tất cả các lần (100%)	22 (52,4)	15 (68,2)	7 (31,8)	0,164
Đa số các lần (70 - 80%)	4 (9,5)	4 (100)	0 (0)	
Khoảng nửa số lần (50%)	6 (14,3)	3 (50,0)	3 (50,0)	
Thỉnh thoảng (dưới 40%)	8 (19,0)	3 (37,5)	5 (62,5)	
Không bao giờ	2 (4,8)	2 (100)	0 (0)	
Sử dụng BCS với đối tượng khác trong lần QHTD gần nhất (n = 40)				
Có	26 (65,0)	16 (61,5)	10 (38,5)	0,349
Không	11 (27,5)	6 (54,6)	5 (45,4)	
Không nhớ	3 (7,5)	3 (100)	0 (0)	

Bảng 3. Thực hành về phòng, chống HIV của người dân từ 15 - 49 tuổi tại Long An năm 2022 (n = 890) (tiếp)

Đặc tính	Chung	Nam	Nữ	p
	Tần số (%)	Tần số (%)	Tần số (%)	
QHTD với vợ/chồng/người yêu trong 12 tháng qua (n = 681)				
Có	641 (94,1)	356 (55,5)	285 (44,5)	0,108
Không	40 (5,9)	17 (42,5)	23 (57,5)	
Mức độ sử dụng BCS với vợ, chồng/người yêu trong 12 tháng qua (n = 641)				
Tất cả các lần (100%)	137 (21,4)	89 (65,0)	48 (35,0)	0,006
Đa số các lần (70 - 80%)	41 (6,4)	29 (70,7)	12 (29,3)	
Khoảng nửa số lần (50%)	34 (5,3)	16 (47,1)	18 (52,9)	
Thỉnh thoảng (dưới 40%)	100 (15,6)	58 (58,0)	42 (42,0)	
Không bao giờ	329 (51,3)	164 (49,9)	165 (50,1)	
Sử dụng BCS với vợ, chồng/người yêu trong lần QHTD gần nhất (n = 312)				
Có	204 (65,4)	132 (64,7)	72 (35,3)	0,163
Không	90 (28,8)	52 (57,8)	38 (42,2)	
Không nhớ	18 (5,8)	8 (44,4)	10 (55,6)	

BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục

Bảng 3 cho thấy trong những người tham gia nghiên cứu có 681 (76,5%) đã từng QHTD. Ngoài QHTD với vợ, chồng, người yêu có 42 (6,2%) có QHTD với đối tượng khác. Trong đó, có 8 người hành nghề mại dâm và 34 người có QHTD với bạn tình bất chợt. Mức độ sử dụng bao cao su của nhóm này trong 12 tháng qua có 22 người (52,4%) sử dụng trong tất cả các lần quan hệ, có 2 người (4,8%)

không bao giờ sử dụng. Trong nhóm đã từng quan hệ tình dục (n = 681) có 91,1% QHTD với vợ, chồng, người yêu trong 12 tháng qua; mức độ sử dụng bao cao su trong nhóm này là 21,4% sử dụng trong tất cả các lần quan hệ, 6,4% sử dụng ở đa số các lần quan hệ; 5,3% sử dụng ở khoảng 50% số lần QHTD; 15,6% thỉnh thoảng mới sử dụng bao cao su và 51,3% không sử dụng.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng, chống HIV của người dân từ 15 - 49 tuổi tại Long An năm 2022 (n = 890)

	Đặc tính	Kiến thức đúng	Đơn biến		Đa biến	
			OR (KTC 95%)	Giá trị p	OR _{hc} (KTC 95%)	Giá trị p
Giới tính	Nam	189 (39,5)	1	0,001	1	0,03
	Nữ	206 (50,1)	1,54 (1,2 - 2,01)		1,5 (1,04 - 2,04)	
Nhóm tuổi	15 - 19	18 (28,1)	1	-		
	20 - 24	70 (47,6)	2,3 (1,23 - 4,38)	0,009		
	25 - 29	79 (55,6)	3,2 (1,69 - 6,06)	< 0,001		
	30 - 34	91 (44,4)	2,0 (1,1 - 3,76)	0,022		
	35 - 39	70 (43,8)	2,0 (1,06 - 3,72)	0,032		
	40 - 44	54 (41,9)	1,9 (0,98 - 3,74)	0,056		
	45 - 49	22 (32,8)	1,3 (0,59 - 2,94)	0,559		
Trình độ học vấn	Dưới trung cấp	226 (36,7)	1	-	1	-
	Trên trung cấp	169 (61,7)	2,8 (2,07 - 3,73)	< 0,001	2,2 (1,4 - 3,59)	0,001
Nghề nghiệp	Nông dân	88 (42,1)	1	-	1	-
	Cán bộ viên chức	87 (56,5)	1,8 (1,17 - 2,72)	< 0,007	0,9 (0,49 - 1,74)	0,804
	Học sinh, sinh viên	35 (44,9)	1,1 (0,66 - 1,89)	0,674	1,1 (0,25 - 5,13)	0,866
	Công nhân	105 (47,7)	1,26 (0,86 - 1,84)	0,242	1,9 (1,2 - 3,18)	0,008
	Tự do	80 (34)	0,7 (0,5 - 1,09)	0,124	0,7 (0,46 - 1,16)	0,178
Tình trạng hôn nhân	Chưa lập gia đình	118 (47,4)	2,1 (1,15 - 3,85)	0,028	3,6 (1,4 - 9,24)	0,008
	Hiện có vợ/chồng	259 (44,6)	1,9 (1,06 - 3,34)	0,051	1,4 (0,71 - 2,65)	0,350
	Ly dị, ly thân, góa	18 (30,0)	1	-	1	-
Tôn giáo	Theo đạo	111 (31,7)	1	-	1	-
	Không theo đạo	284 (52,6)	2,4 (1,8 - 2,17)	< 0,001	1,8 (1,28 - 2,61)	0,046
Địa bàn cư trú	Huyện thành thị ^(*)	246 (58,6)	1	-	1	-
	Huyện biên giới, vùng xa	105 (47,1)	2,9 (2,04 - 3,99)	< 0,001	2,1 (1,36 - 3,28)	0,001
	Huyện nông thôn	128 (51,8)	2,6 (1,88 - 3,6)	< 0,001	1,8 (1,18 - 2,75)	0,007
Thái độ	Đúng	20 (45,4)	1,0 (0,57 - 1,92)	0,882		
	Chưa đúng	375 (44,3)	1			
QHTD với đối tượng khác	Có	36 (31,3)	1	0,004	1	0,005
	Không	270 (47,7)	2 (1,31 - 3,07)		2,2 (1,27 - 3,85)	

(*) Huyện thành thị: Bến Lức, Cần Giuộc, Cần Đức, Đức Hòa, Tân An
Huyện biên giới, vùng xa: Kiến Tường, Mộc Hóa, Tân Hưng, Tân Thạnh, Vĩnh Hưng
Huyện nông thôn: Châu Thành, Đức Huệ, Tân Trụ, Thạnh Hóa, Thủ Thừa

Phân tích đa biến cho thấy, nữ có kiến thức đúng về phòng chống HIV cao hơn 1,5 lần so với nam. Những người có trình độ học vấn trên trung cấp có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS cao gấp 2,2 lần (KTC 95%: 1,4 - 3,59) so với nhóm có học vấn dưới trung cấp. Công nhân có kiến thức đúng cao gấp 1,9 lần

so với nhóm nông dân (KTC 95%: 1,20 - 3,18). Những người chưa lập gia đình có kiến thức cao gấp 3,6 lần so với nhóm ly dị/ly thân/góa. Đối tượng từ 15 - 49 tuổi không theo đạo có kiến thức cao gấp 1,8 lần (KTC 95%: 1,28 - 2,61) những người theo đạo và dân ở huyện vùng sâu vùng xa, biên giới và nông thôn có

kiến thức đúng lần lượt gấp 2,1 và 1,8 lần so với các huyện thành thị ($p < 0,05$) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy người dân trong nghiên cứu đa số là nam giới (53,8%), độ tuổi từ 30 - 34 chiếm nhiều nhất (23,0%). Nghiên cứu này cũng như nhiều nghiên cứu khác cho thấy trình độ học vấn là yếu tố quyết định then chốt, liên quan chặt chẽ đến hiểu biết, nhận thức, thái độ và thực hành về phòng tránh, chăm sóc và ủng hộ đối với HIV/AIDS của người dân. Long An thuộc vùng kinh tế trọng điểm phía Nam với khá nhiều các khu công nghiệp ngày càng mở rộng tại các huyện như Đức Hòa, Bến Lức, Cần Đước, Cần Giuộc... Điều này thể hiện qua nghề nghiệp của đối tượng tham gia nghiên cứu, nghề nghiệp chủ yếu là công nhân (24,7%), nông dân (23,5%).

Kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS:

Kiến thức đúng về HIV/AIDS không chỉ bó hẹp trong việc người được phỏng vấn nêu được các đường lây truyền HIV và cách phòng chống mà còn được mở rộng hơn ở việc hướng tới cá nhân đó phải có kiến thức đúng và không hiểu sai về các đường lây truyền HIV, phản đối các quan niệm sai lầm về HIV/AIDS. Tuy nhiên, kiến thức đúng khi đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời đúng 5/5 câu hỏi về kiến thức chỉ đạt 44,4%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Simukai Shamu có 44,7% trả lời đúng tất cả các câu hỏi về kiến thức HIV/AIDS [8]. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, dù có các dự án hỗ trợ phòng, chống HIV/AIDS đã được triển khai tại Long An nhiều năm qua các hoạt động như truyền thông, cấp phát các vật dụng can thiệp giảm tác hại, cung cấp các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS nhưng kiến thức về HIV/AIDS của người dân vẫn còn hạn chế. Vì vậy cần tăng cường công tác truyền thông hơn nữa trong công tác phòng, chống HIV/AIDS. Truyền thông không chỉ làm thay đổi hành vi, nâng cao nhận thức của người dân về nguy cơ lây truyền HIV, các biện pháp phòng tránh, làm

giảm sự kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS, truyền thông còn kết nối và thúc đẩy các dịch vụ về dự phòng, chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV/AIDS.

Thái độ về phòng, chống HIV/AIDS:

Sự kỳ thị là một gánh nặng mà nhiều người nhiễm HIV/AIDS đang phải chịu đựng thêm cùng với bệnh tật của mình. Qua nghiên cứu cho thấy chỉ có 4,9% người dân có thái độ tích cực đối với người nhiễm HIV/AIDS, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lucy Ngaihanglovi Pachau thực hiện trên người dân từ 15 - 49 tuổi ở Mizoram, Đông Bắc Ấn Độ với tỷ lệ 30,28% [9]. Kỳ thị và phân biệt đối xử hiện đang là rào cản và có tác động đến công tác phòng, chống HIV/AIDS. Vì vậy, thời gian tới các cấp chính quyền, các ngành, các tổ chức xã hội cần tăng cường chỉ đạo, tuyên truyền và vận động chống phân biệt kỳ thị, đối xử với HIV/AIDS. Hạn chế của nghiên cứu là sử dụng các câu hỏi về thái độ đã cũ, dựa theo hướng dẫn của USAID về phần trăm dân số có thái độ chấp nhận những người sống chung với HIV. Do đó, cần có những nghiên cứu mới trên đối tượng tương tự với những câu hỏi thái độ được cập nhật theo hướng dẫn mới nhất.

Thực hành về phòng, chống HIV/AIDS:

Vấn đề QHTD với bạn tình bất chột và người hành nghề mại dâm là vấn đề tế nhị, trong khi việc thu thập số liệu lại tiến hành phỏng vấn trực tiếp nên đối tượng ngại và cung cấp thông tin không chính xác. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu đã phát hiện thấy 6,2% ĐTNC có QHTD với đối tượng khác ngoài vợ, chồng, người yêu trong 12 tháng qua (trong đó có 81% là bạn tình bất chột và 19% người hành nghề mại dâm). BCS không chỉ là một dụng cụ chuyên dụng trong phòng tránh thai ngoài ý muốn mà BCS còn là một trong những dụng cụ quan trọng và hữu hiệu trong phòng chống lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Do đặc tính sinh học của vi rút HIV nên đòi hỏi việc sử dụng BCS trong phòng lây nhiễm HIV phải thường xuyên và đúng cách trong QHTD, nhất là QHTD với đối tượng có nguy

cơ cao. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất với đối tượng khác chỉ có 65,0% và 65,4% với vợ/chồng/người yêu. Trong khi nghiên cứu tại Thanh Hóa năm 2013 các chỉ số này thấp hơn: Chỉ có 7,9% có sử dụng BCS khi QHTD với vợ/chồng/người yêu lần gần nhất và 8,0% có sử dụng BCS khi QHTD với các loại bạn tình lần gần nhất [10]. Kết quả trên cho thấy hầu hết người dân khu vực này chưa nhận thức đầy đủ về HIV/AIDS và tầm quan trọng của việc sử dụng BCS trong dự phòng lây nhiễm HIV, mà chủ yếu sử dụng BCS là để phòng tránh thai ngoài ý muốn. Vì vậy chương trình phòng, chống HIV/AIDS cần tăng cường hoạt động truyền thông và tiếp thị về chương trình 100% BCS trong phòng lây truyền HIV/AIDS.

Các yếu tố liên quan đến kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS:

Nghiên cứu cho thấy kiến thức HIV/AIDS của đối tượng nghiên cứu có một phần ảnh hưởng tới giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, hôn nhân, tôn giáo, địa bàn cư trú và quan hệ tình dục với đối tượng khác (không phải vợ/chồng người yêu). Về địa bàn nghiên cứu, sở dĩ nhóm người dân vùng biên giới, vùng xa và nhóm nông thôn có kiến thức cao hơn vùng thành thị do các huyện vùng thành thị là nơi tập trung dịch HIV với tỷ lệ người nhiễm cao. Đa số các dự án hỗ trợ hoạt động phòng chống HIV/AIDS đều tập trung tại các huyện thành thị nhưng chủ yếu tập trung can thiệp, truyền thông vào nhóm đối tượng nguy cơ cao chưa tập trung nhiều vào truyền thông cho nhóm người dân 15 - 49 tuổi. Tại các huyện vùng biên giới, vùng xa và huyện nông thôn thì hoạt động phòng, chống HIV/AIDS chủ yếu là truyền thông cho toàn dân. Học vấn của người dân càng cao thì kiến thức đúng về HIV sẽ cao, điểm này tương đồng với nghiên cứu của Sanni Yaya tại Nigeria [11].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người dân có kiến thức và thái độ đúng về phòng, chống

HIV/AIDS lần lượt là 44,4% và 4,9%. Tỷ lệ người dân có quan hệ tình dục với đối tượng khác trong 12 tháng qua là 6,2%. Mức độ sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với đối tượng khác: 52,4% tất cả các lần; 9,5% đa số các lần; 14,3% khoảng nửa số lần; 19,0% thỉnh thoảng và 4,8% không bao giờ. Giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tôn giáo, địa bàn cư trú và quan hệ tình dục với đối tượng khác là các yếu tố ảnh hưởng đến kiến thức về phòng, chống HIV/AIDS của người dân. Trong đó, nữ có kiến thức đúng về phòng chống HIV/AIDS cao hơn 1,5 lần so với nam. Những người có trình độ học vấn trên trung cấp có kiến thức đúng cao cấp 2,2 lần so với nhóm có học vấn dưới trung cấp. Công nhân có kiến thức đúng cao gấp 1,9 lần so với nhóm nông dân. Những người chưa lập gia đình có kiến thức cao gấp 3,6 lần so với nhóm li dị/li thân/góa. Đối tượng từ 15 - 49 tuổi không theo đạo có kiến thức cao gấp 1,8 lần những người theo đạo và dân ở huyện vùng sâu vùng xa, biên giới và nông thôn có kiến thức đúng lần lượt gấp 2,1 và 1,8 lần so với các huyện thành thị. Những người không quan hệ tình dục với đối tượng khác (ngoài vợ/chồng/người yêu) có kiến thức cao gấp 2,2 lần so với những người có quan hệ tình dục với đối tượng khác. Do đó, cần tăng cường lồng ghép nội dung thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi phòng, chống HIV/AIDS vào các chương trình chăm sóc, bảo vệ sức khỏe và các chương trình phát triển kinh tế - xã hội, các phong trào, các cuộc vận động quần chúng khác. Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng, chống HIV/AIDS cần được thực hiện thường xuyên hơn và đa dạng hóa, phù hợp với từng đối tượng, chú trọng vào những người dân có độ tuổi từ 15 - 49, người dân có trình độ học vấn thấp và có thu nhập thấp. Thông tin không những đến với những đối tượng có nguy cơ nhiễm HIV cao như phụ nữ mại dâm, người nghiện chích ma túy mà cần thường xuyên được cập nhật qua sách báo, tivi, đài phát thanh địa phương nhằm mở rộng đến tất cả người dân trong cộng đồng, đặc biệt những người dân ở vùng sâu vùng xa. Nội dung truyền thông cần nhấn mạnh những thói quen tốt như sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục

với người hoạt động mại dâm, khách làng chơi và bạn tình bất chợt.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Long An; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Dịch HIV/AIDS có gì thay đổi trong năm 2021. Truy cập ngày 21/10/2022. <https://vaac.gov.vn/dich-hiv-aids-co-gi-thay-doi-trong-nam-2021.html>.
2. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Long An. Báo cáo sơ kết hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. 2022.
3. Dương Công Thành. Báo cáo tình hình dịch HIV tại Việt Nam trong Hội nghị cảnh báo dịch HIV cho 10 tỉnh đồng bằng sông Cửu Long tại thành phố Cần Thơ. 2022.
4. Alwafi HA, Meer AMT, Shabkah A, et al. Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS among the general population of Jeddah, Saudi Arabia. Accessed 19/11/2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034117301314>.
5. Thủ tướng chính phủ. Quyết định về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Số 1246/QĐ-TTg, ngày 14/08/2020.
6. UNAIDS. Global AIDS monitoring 2022. 2021; 26.
7. USAID. Percent of population with accepting attitudes towards those living with HIV. Accessed 21/10/2022. <https://www.data4impact-project.org/prh/mens-health/sexually-transmitted-infections-and-hiv-aids/percent-of-population-with-accepting-attitudes-towards-those-living-with-hiv/>.
8. Simukai S, Sikhulile K, Thato F, et al. Knowledge, attitudes and practices of young adults towards HIV prevention: an analysis of baseline data from a community-based HIV prevention intervention study in two high HIV burden districts, South Africa. Accessed 21/10/2022. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09356-3#Tab6>.
9. Lucy NP, Caterina T, Kingsley EA. Factors Associated with Knowledge, Attitudes, and Prevention towards HIV/AIDS among Adults 15 – 49 Years in Mizoram, North East India: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2022; 19 (1): 440.
10. Phan Thị Thu Hương. Thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi và hiệu quả mô hình can thiệp phòng lây nhiễm HIV trong nhóm dân tộc thái 15 – 49 tuổi tại 2 huyện thuộc tỉnh Thanh Hóa. Luận án Tiến sĩ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội. 2013.
11. Sanni Y, Bishwajit G, Ogochukwu U, et al. Knowledge and attitude of HIV/AIDS among women in Nigeria: a cross - sectional study. European Journal of Public Health. 2019; 29 (1): 111 – 117.

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE AND SOME FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE ABOUT HIV/AIDS PREVENTION AND CONTROL OF PEOPLE AGED 15 TO 49 YEARS OLD IN LONG AN PROVINCE IN 2022

Nguyen Thanh Son¹, Le Thi My Hanh¹, Ho Thi Ngoc Trang¹, Nguyen Ngoc Linh¹, Khuu Van Nghia², Nguyen Viet Nga³, Nguyen Thị Thu Phuong⁴, Pham Hong Thang⁴

¹*Long An Centers for disease control and prevention*

²*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

⁴*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

A cross - sectional descriptive study was carried on 890 people aged 15 to 49 years old in Long An in 2022. The objective of the study was to describe knowledge, attitude, practice and some factors related to knowledge on HIV/AIDS prevention. The results show that the percentage of people with the correct knowledge and attitudes about HIV/AIDS prevention and control is not high, accounted for 44.4% and 4.9%, respectively. The percentage of people who had sex with another person in the past 12 months was 6.2%. Regarding the relationship between HIV/AIDS prevention and control knowledge and factors, our study highlighted that people with above-intermediate education have advanced correct knowledge 1.5 times

compared to the group with below-intermediate education with 95% CI: 1.07 – 1.97. Workers have 1.9 times higher knowledge than unskilled laborer (95% CI: 1.20 – 3.04). People who living in remote, borderline and rural districts have 1,5 and 1,4 times higher correct knowledge than urban districts with 95% CI: 1.08 - 2.00 and 95% CI: 1.03 – 1.86. Therefore, health communication and education on HIV/AIDS prevention and control should be carried out more often, diversifying forms, suitable to each target group, especially put emphasis on to people's low educational level, people who living in urban districts.

Keywords: Knowledge; attitude; practice; HIV; 15 - 49 years

XU HƯỚNG TỶ LỆ NHIỄM HIV Ở NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2016 - 2022

Hoàng Gia Hòa^{1*}, Nguyễn Thị Lộc¹, Đặng Vũ Phiên¹, Nguyễn Hồng Mai¹,
Nguyễn Việt Nga², Nguyễn Thị Thanh Hà³, Nguyễn Thị Thu Phương³,
Nguyễn Hoàng Minh⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hải Phòng*

²*Cục Phòng, Chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

³*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

⁴*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) là một nhóm đối tượng có nguy cơ cao lây nhiễm HIV ở Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm mô tả xu hướng tỷ lệ nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng giới và các yếu tố liên quan tại Hải Phòng giai đoạn 2016 - 2022. Thông qua giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi, các nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện 2 năm 1 lần từ 2016 đến 2022 trên nhóm MSM tại Hải Phòng. Chúng tôi thực hiện Cochran-Armitage trend test và mô hình hồi quy logistic để đánh giá xu hướng và các yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV. Kết quả cho thấy MSM tham gia nghiên cứu có xu hướng trẻ hóa và có tuổi bắt đầu quan hệ tình dục (QHTD) đồng giới sớm hơn ($p\text{-trend} < 0,001$). Tỷ lệ nhiễm HIV ở MSM có xu hướng tăng rõ rệt từ 2% năm 2016 lên 10% năm 2022 ($p\text{-trend} < 0,001$). Khả năng nhiễm HIV được phát hiện cao hơn ở nhóm MSM có tuổi bắt đầu QHTD đồng giới dưới 18 tuổi (so với ≥ 18) (OR: 2,27; 95%KTC: 1,12 - 4,6), và đã từng QHTD tập thể (OR: 2,47; 95%KTC: 1,08 - 5,66). Vì vậy, các can thiệp về truyền thông giáo dục sức khỏe phù hợp cần được triển khai để nâng cao nhận thức về QHTD an toàn, đặc biệt cho nhóm dưới 18 tuổi, từ đó giúp giảm tỷ lệ nhiễm HIV cho MSM tại Hải Phòng.

Từ khóa: Xu hướng; HIV; nam quan hệ tình dục đồng giới; Hải Phòng; hành vi nguy cơ cao; quan hệ tình dục tập thể

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch HIV/AIDS là một vấn đề xã hội và y tế đáng lo ngại trên toàn cầu. Tại Việt Nam, số người nhiễm HIV ước tính còn sống là 213.833 người, trong đó số người mới phát hiện HIV là 13.255 người và tử vong là 1.856 người trong năm 2021 [1]. Do vậy, dịch HIV/AIDS đã và đang gây ra các gánh nặng không nhỏ lên hệ thống y tế và xã hội cho Việt Nam.

Trong năm 2021, ước tính có khoảng gần 256,000 nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại Việt Nam [2]. Tỷ lệ lây nhiễm HIV

trong nhóm MSM có dấu hiệu tăng lên ở Việt Nam trong những năm gần đây [3]. Nghiên cứu trước đây cũng cho thấy MSM có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 26 lần so với dân số nam trưởng thành [4]. Nhóm MSM cũng được báo cáo rằng có xu hướng cao hơn thực hiện những hành vi nguy cơ cao đối với việc lây nhiễm HIV như sử dụng chất kích thích, hoặc quan hệ tình dục (QHTD) không an toàn [5]. Do vậy, việc xác định xu hướng nhiễm HIV, và các hành vi nguy cơ liên quan là vô cùng quan trọng, từ đó có thể đề xuất các can thiệp hiệu quả để giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM.

*Tác giả: Hoàng Gia Hòa

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hải Phòng

Điện thoại: 0932 365 888

Email: Hoahg441990@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/11/2022

Ngày phản biện: 23/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

Hải Phòng là một trong những trung tâm kinh tế lớn của cả nước, do đó thu hút nhiều người đến sinh sống, học tập, làm việc, và giải trí. Tính đến 30/06/2022, số người nhiễm HIV còn sống tại Hải Phòng là 6.218 người, đứng thứ 4 toàn quốc [1]. Dịch HIV/AIDS tại Hải Phòng tập trung chủ yếu ở các nhóm đối tượng nguy cơ cao như nam tiêm chích ma túy (TCMT), phụ nữ bán dâm (PNBD), và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM).

Mặc dù đã có một vài nghiên cứu trước đây được thực hiện để điều tra về tỷ lệ hiện nhiễm ở nhóm MSM, tuy nhiên các bằng chứng về sự thay đổi tỷ lệ nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ theo các năm vẫn chưa được báo cáo đầy đủ ở Việt Nam, đặc biệt là Hải Phòng. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả xu hướng nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở nhóm MSM tại Hải Phòng.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn là (1) nam giới, (2) từ 16 tuổi trở lên, và (3) có quan hệ tình dục đồng giới qua đường hậu môn trong vòng 12 tháng trước cuộc điều tra.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Thông qua hoạt động giám sát trọng điểm HIV/STIs lồng ghép hành vi, chúng tôi thực hiện thu thập số liệu của nhóm MSM từ tháng 7 đến tháng 9 các năm 2016, 2018, 2020, và 2022 tại Thành phố Hải Phòng.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Mỗi năm 150 MSM đã được tuyển chọn tham gia vào nghiên cứu (đảm bảo cỡ mẫu cần thiết từ 150 - 300 đối tượng theo hướng dẫn TT09/2012 của BYT).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn (Multi-stage cluster sampling) dựa trên “Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số kết quả:

Tình trạng dương tính với HIV (“Có” hoặc “Không”) được chẩn đoán dựa trên mẫu máu được thu thập từ người tham gia. Sử dụng chiến lược II để xét nghiệm HIV theo Quyết định 1098/QĐ-BYT ngày 04 tháng 04 năm 2013 và Quyết định 2674/QĐ-BYT năm 2018 của Bộ Y tế.

Biến số độc lập:

Các dữ liệu khác của người tham gia cũng được thu thập bao gồm các thông tin về: (1) đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân; và (2) các hành vi nguy cơ: Độ tuổi bắt đầu QHTD đồng giới, số năm QHTD đồng giới, sử dụng bao cao su (BCS) khi QHTD trong lần gần nhất, đã từng QHTD để nhận tiền, QHTD tập thể, và sử dụng ma túy.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên (ĐTV) được tập huấn kỹ về kỹ năng phỏng vấn và thu thập số liệu. Sau đó, ĐTV sẽ tiếp cận, sàng lọc các MSM đủ tiêu chuẩn và mời họ tham gia vào nghiên cứu.

Chúng tôi thu thập các dữ liệu của người tham gia bằng cách:

(1) Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trong GSTĐ lồng ghép hành vi.

(2) Sau khi được phỏng vấn, người tham gia sẽ được lấy 3ml máu tĩnh mạch để làm xét nghiệm HIV.

Mỗi MSM tham gia sẽ được cấp một mã số nghiên cứu để điền vào bộ câu hỏi và dán vào các ống nghiệm đựng mẫu máu. Địa điểm phỏng vấn được bố trí ở nơi yên tĩnh, riêng tư,

và thuận tiện cho người tham gia. Số liệu được thu thập sẽ được làm sạch, mã hóa, phân tích một cách bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu thu thập được nhập bằng phần mềm ODK và phân tích dữ liệu trên phần mềm Stata phiên bản 16 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA). Đầu tiên, các đặc điểm nhân khẩu học và các hành vi nguy cơ của người tham gia được phân tích và mô tả theo dạng tần số (n), phần trăm (%), giá trị trung bình, và độ lệch chuẩn theo các năm. Tiếp theo, xu hướng tỷ lệ hiện nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ từ năm 2016 - 2022 được phân tích bằng Cochran–Armitage trend test (lệnh “nptrend” trong Stata). Cuối cùng, chúng tôi sử dụng mô hình hồi quy logistic đơn biến để xác định các yếu tố liên quan đến tình trạng dương tính HIV ở

nhóm MSM. Các mối liên quan có giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Giám sát trọng điểm tại Việt Nam được thực hiện theo Thông tư số 09/TT-BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế và tuân thủ quy trình chuẩn HSS+ quốc gia của Cục phòng, chống HIV/AIDS. Các nghiên cứu trong các năm đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Người tham gia được thông tin đầy đủ về mục đích nghiên cứu, lợi ích và rủi ro, và hoàn toàn tự nguyện khi tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Xu hướng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ liên quan của người tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung ở nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia nghiên cứu tại Hải Phòng, từ năm 2016 - 2022 (n = 600)

Đặc điểm	Năm				p-trend
	2016 (n = 150)	2018 (n = 150)	2020 (n = 150)	2022 (n = 150)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tuổi (năm)	(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	
Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn	26,4 ± 3,8	24,6 ± 7,5	27,7 ± 8,2	24,6 ± 6,5	0,004
Nhóm tuổi	(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	
< 25	54 (36,0)	100 (66,7)	77 (51,3)	94 (62,7)	< 0,001
≥ 25	96 (64,0)	50 (33,3)	73 (48,7)	56 (37,3)	
Tình trạng hôn nhân	(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	
Chưa lập gia đình	129 (86,0)	126 (84,0)	124 (82,7)	132 (88,0)	0,719
Sống chung với bạn tình nam	5 (3,3)	7 (4,7)	1 (0,7)	6 (4,0)	0,755
Có vợ/sống chung bạn tình nữ	14 (9,3)	12 (8,0)	19 (12,7)	9 (6,0)	0,610
Ly dị/ly thân/góa	2 (1,3)	5 (3,3)	6 (4,0)	3 (2,0)	0,651
Trình độ học vấn		(n = 150)	(n = 150)	(n = 150)	
Trung học phổ thông trở xuống	-	63 (42,0)	76 (50,7)	64 (42,7)	0,908
Cao đẳng, đại học trở lên	-	87 (58,0)	74 (49,3)	86 (57,3)	
Tuổi bắt đầu QHTD đồng giới	(n = 150)	(n = 142)	(n = 145)	(n = 149)	
Giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn	22,5 ± 2,8	20,5 ± 5,9	22,7 ± 7,1	20,1 ± 4,9	< 0,001
Tuổi bắt đầu QHTD đồng giới	(n = 150)	(n = 142)	(n = 145)	(n = 149)	
< 18	5 (3,3)	36 (25,3)	27 (18,6)	47 (31,5)	< 0,001
≥ 18	145 (96,7)	106 (74,7)	118 (81,4)	102 (68,5)	

Bảng 1. Đặc điểm chung ở nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia nghiên cứu tại Hải Phòng, từ năm 2016 - 2022 (n = 600) (tiếp)

Đặc điểm	Năm				p-trend
	2016 (n = 150)	2018 (n = 150)	2020 (n = 150)	2022 (n = 150)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Số năm có QHTD đồng giới	(n = 150)	(n = 142)	(n = 145)	(n = 149)	
Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	3,9 $\pm$ 2,6	4,2 $\pm$ 5,4	4,9 $\pm$ 5,0	4,5 $\pm$ 4,3	0,546
Có dùng BCS khi QHTD đồng giới lần gần nhất	132 (88,0)	96 (65,3)	110 (73,3)	113 (75,8)	0,069
Đã từng QHTD đồng giới nhận tiền	14 (9,4)	16 (10,7)	12 (8,0)	11 (7,3)	0,391
Đã từng QHTD tập thể	12 (8,0)	19 (12,7)	20 (13,3)	10 (6,0)	0,763
Đã từng sử dụng ma túy	52 (34,7)	29 (19,3)	16 (10,7)	29 (19,3)	< 0,001

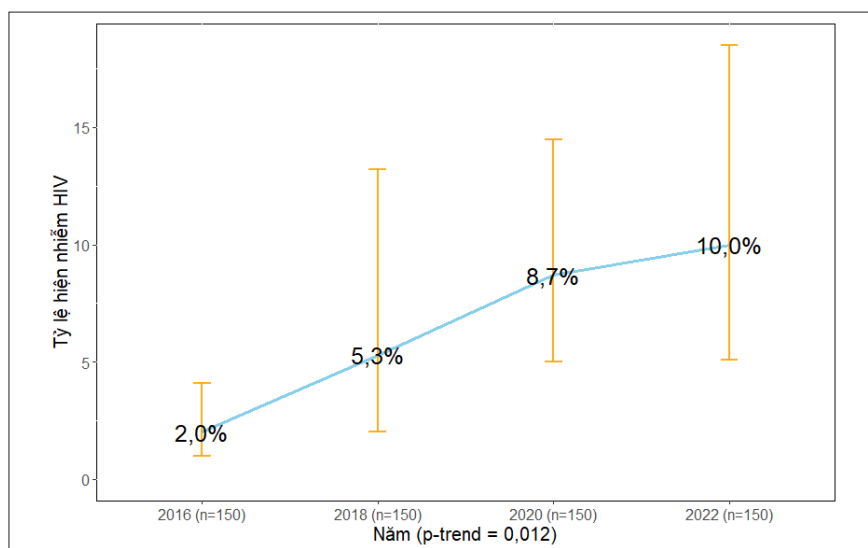
QHTD: Quan hệ tình dục

Bảng 1 trình bày xu hướng của các đặc điểm nhân khẩu học và một số hành vi nguy cơ liên quan đến HIV ở người tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình của MSM tại Hải Phòng qua các năm biến thiên trong khoảng từ 24,6 (năm 2022) đến 27,7 (năm 2020). MSM có xu hướng trẻ hóa khi nhóm tuổi dưới 25 tăng dần từ 36% năm 2016 lên 62,7% năm 2022 (p-trend < 0.001). Ngoài ra, người tham gia đa phần còn độc thân, và hơn một nửa có trình độ cao đẳng, đại học trở lên qua các năm nghiên cứu.

Về xu hướng các hành vi nguy cơ liên quan

đến HIV, kết quả cho thấy tuổi bắt đầu QHTD đồng giới của người tham gia có xu hướng giảm từ 22,5 tuổi (năm 2016) xuống 20,1 tuổi (năm 2022) (p-trend < 0,001). Bên cạnh đó, tỷ lệ đã từng sử dụng ma túy trong nhóm MSM tại Hải Phòng có xu hướng giảm từ 34,7% (năm 2016) xuống 19,3% (năm 2022) (p-trend < 0,001) (Bảng 1).

Trong khi đó, tỷ lệ hiện nhiễm HIV có xu hướng gia tăng đáng kể trong nhóm MSM tham gia nghiên cứu, từ chỉ có 2% năm 2016 đến 10% năm 2022 (Hình 1).



Hình 1. Xu hướng nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Hải Phòng từ năm 2016 đến 2022 (n = 600)

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV từ năm 2016 – 2022

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Hải Phòng từ năm 2016 - 2022 (n = 600)

Đặc điểm	Dương tính HIV		Mô hình đơn biến
	Có (n = 39)	Không (n = 561)	OR (95% KTC)
Nhóm tuổi			
< 25 tuổi	22 (6,8)	303 (93,2)	1
≥ 25 tuổi	17 (6,2)	258 (93,8)	0,91 (0,47 - 1,75)
Trình độ học vấn			
Trung học phổ thông trở xuống	19 (9,4)	184 (90,6)	1
Cao đẳng, đại học trở lên	17 (6,9)	230 (93,1)	0,72 (0,36 - 1,41)
Tình trạng hôn nhân			
Chưa lập gia đình	35 (6,9)	476 (93,2)	1
Sống chung với bạn tình nam	1 (5,3)	18 (94,7)	0,76 (0,10 - 5,83)
Có vợ/sống chung bạn tình nữ	2 (3,7)	52 (96,3)	0,52 (0,12 - 2,24)
Ly dị/ly thân/góa	1 (6,2)	15 (93,8)	0,91 (0,12 - 7,07)
Tuổi bắt đầu QHTD đồng giới			
< 18	13 (11,3)	102 (88,7)	2,27 (1,12 - 4,6) *
≥ 18	25 (5,3)	446 (94,7)	1
Số năm có QHTD đồng giới – tăng 1 năm			1,05 (0,99 - 1,11)
Dùng BCS khi QHTD đồng giới lần gần nhất			
Không	8 (5,5)	141 (94,5)	1
Có	31 (6,9)	420 (93,1)	1,3 (0,58 - 2,9)
Đã từng QHTD đồng giới nhận tiền			
Có	5 (9,4)	48 (90,6)	1
Không	34 (6,2)	511 (93,8)	0,64 (0,24 - 1,71)
Đã từng QHTD tập thể			
Có	8 (13,1)	53 (86,9)	2,47 (1,08 - 5,66) *
Không	31 (5,7)	508 (94,3)	1
Đã từng sử dụng ma túy			
Có	10 (7,9)	116 (92,1)	1
Không	29 (6,1)	445 (93,9)	0,75 (0,36 - 1,6)

QHTD: Quan hệ tình dục; * Giá trị $p < 0,05$; BCS: Bao cao su

Mô hình hồi quy logistic đơn biến cho thấy MSM có tuổi bắt đầu QHTD đồng giới dưới 18 tuổi có khả năng nhiễm HIV cao hơn 2,27 lần so với nhóm tham chiếu (≥ 18 tuổi) (tỷ suất chênh (OR): 2,27; 95% khoảng tin cậy (KTC):

1,12 - 4,6; $p = 0,022$). Ngoài ra, MSM đã từng có QHTD tập thể có khả năng nhiễm HIV cao hơn 2,47 lần so với nhóm chưa từng QHTD tập thể (OR: 2,47; 95% KTC: 1,08 - 5,66; $p = 0,032$) (Bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ nhiễm HIV có xu hướng gia tăng rõ rệt ở nhóm MSM tại Hải Phòng trong 6 năm gần đây. Phát hiện này tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trước đây ở nhóm MSM tại 3 tỉnh Thành phố Cần Thơ, An Giang, và Hồ Chí Minh tại Việt Nam [1], Nigeria [6], và Trung Quốc [7]. Xu hướng gia tăng này có thể gợi ý sự gia tăng các hành vi nguy cơ cao trong nhóm này. Vì vậy, các chương trình dự phòng HIV/AIDS cần chú trọng triển khai cho nhóm MSM hơn trong thời gian tới.

Đặc biệt, kết quả chỉ ra rằng nhóm MSM tại Hải Phòng có xu hướng trẻ hóa và có độ tuổi bắt đầu QHTD đồng giới sớm hơn so với các năm trước đó. Với sự phổ biến của điện thoại thông minh và mạng xã hội, giới trẻ dễ dàng tiếp cận với sự đa dạng về văn hóa trên thế giới, từ đó MSM có xu hướng cởi mở hơn về giới tính của họ. Ngoài ra, sự ra đời của nhiều ứng dụng dành riêng cho nhóm MSM cũng giúp cho MSM, đặc biệt là nhóm trẻ tuổi dễ dàng hơn trong việc tìm kiếm, làm quen, và hẹn hò với bạn tình nam. Những lý do kể trên có thể giải thích phần nào cho các xu hướng về đặc điểm ở nhóm MSM tại Hải Phòng.

Sử dụng chất kích thích là một trong những hành vi nguy cơ phổ biến làm tăng tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm quần thể đích, bao gồm phụ nữ bán dâm và MSM. Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ sử dụng ma túy ở nhóm MSM có xu hướng giảm theo thời gian tại Hải Phòng. Đó là một tín hiệu tích cực, tuy nhiên do đây là một yếu tố nhạy cảm nên người tham gia nghiên cứu đôi khi còn giấu diếm, e ngại cung cấp thông tin. Do đó, các nghiên cứu toàn diện hơn về hành vi này cần được thực hiện trong thời gian tới để xác nhận xu hướng và cung cấp bằng chứng cho các chương trình can thiệp phù hợp.

Bên cạnh đó, nghiên cứu này cho thấy khả năng nhiễm HIV cao hơn ở nhóm MSM có tuổi bắt đầu QHTD qua đường hậu môn với bạn tình nam dưới 18 tuổi. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng MSM bắt đầu QHTD sớm có

khả năng cao hơn trong thực hiện các hành vi nguy cơ cao (như có nhiều bạn tình, và không sử dụng bao cao su khi QHTD) [7, 8], từ đó gia tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Ngoài ra, chúng tôi cũng phát hiện thấy rằng MSM đã từng có QHTD tập thể có khả năng nhiễm HIV cao hơn so với nhóm chưa từng. Vì vậy, các chiến lược phòng, chống HIV/AIDS cần đẩy mạnh tập trung vào truyền thông giáo dục để nâng cao nhận thức về QHTD an toàn và tác hại của các hành vi nguy cơ cao, đặc biệt tại các trường trung học cơ sở, trung học phổ thông.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là số liệu được thu thập theo chu kỳ 2 năm 1 lần giúp theo dõi và đánh giá tỷ lệ nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ cao, từ đó đưa ra các chiến lược can thiệp phù hợp và kịp thời cho nhóm MSM tại Hải Phòng. Tuy nhiên, có một vài hạn chế cần khắc phục. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu từng năm nhỏ có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của mẫu cho quần thể MSM tại Hải Phòng. Tiếp theo, thiết kế nghiên cứu này là mô tả cắt ngang nhiều giai đoạn nên ảnh hưởng đến khả năng suy rộng ra quần thể chung MSM. Ngoài ra, một số sai sót có thể xảy ra trong quá trình thu thập dữ liệu như sai sót nhớ lại, sai sót bởi thành kiến mong đợi xã hội do người tham gia còn e ngại trả lời các vấn đề nhạy cảm. Tuy nhiên, chúng tôi đã cố gắng giảm thiểu các sai sót trên bằng cách bố trí phỏng vấn ở các nơi kín đáo, riêng tư và điều tra viên là người có nhiều kinh nghiệm, được tập huấn kỹ lưỡng, từ đó giúp người tham gia có thể thoải mái trả lời, tránh sai sót thông tin.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm MSM tại Hải Phòng có xu hướng gia tăng rõ rệt từ năm 2016 đến năm 2022. Thêm nữa, một số yếu tố liên quan đến khả năng nhiễm HIV cao hơn ở nhóm MSM là độ tuổi bắt đầu quan hệ tình dục đồng giới dưới 18 tuổi và đã từng quan hệ tình dục tập thể. Do đó, các cơ quan y tế có thẩm quyền cần thúc đẩy hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe để nâng cao nhận thức về việc sử dụng bao cao su và quan hệ tình dục an toàn,

tránh khỏi các hành vi nguy cơ cao, đặc biệt cho các đối tượng dưới 18 tuổi. Ngoài ra, việc đẩy mạnh tư vấn và tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV/AIDS cũng rất quan trọng cho các đối tượng có hành vi nguy cơ cao, từ đó có thể góp phần không nhỏ giúp giảm tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM tại Hải Phòng.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hải Phòng; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh Hoa Kỳ tại Việt Nam thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Cứu trợ khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống HIV/AIDS(PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tổng Cục Thống kê. Niên giám thống kê Việt Nam năm 2021. Nhà xuất bản Thống kê. 2021.
2. UNAIDS. Country Fact Sheet Vietnam 2018. Accessed 15/8/2022. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam>.
3. Nguyen TV, Tran HP, Khuu NV et al. Increases in both HIV and syphilis among men who have sex with men in Vietnam: Urgent need for comprehensive responses. *Int J STD AIDS*. 2021; 32 (14): 1298 - 1307.
4. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics - Fact sheet. Accessed 15/7/2022. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
5. Pham QD, Nguyen TV, Hoang CQ, et al. Prevalence of HIV/STIs and associated factors among men who have sex with men in An Giang, Vietnam. *Sex Transm Dis*. 2012; 39 (10): 799 - 806.
6. Eluwa GIE, Adebajo SB, Eluwa T, et al. Rising HIV prevalence among men who have sex with men in Nigeria: a trend analysis. *BMC Public Health*. 2019; 19 (1): 1201.
7. Chen Q, Sun Y, Sun W, et al. Trends of HIV incidence and prevalence among men who have sex with men in Beijing, China: Nine consecutive cross-sectional surveys, 2008 - 2016. *PLoS One*. 2018; 13 (8): e0201953.
8. Outlaw AY, Phillips G, Hightow-Weidman LB, et al. Age of MSM sexual debut and risk factors: results from a multisite study of racial/ethnic minority YMSM living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2011; 25 Suppl 1: S23 – S29.

TREND THE PREVALENCE OF HIV AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN HAI PHONG AND SOME RELATED FACTORS OVER THE 2016 - 2022 PERIOD

Hoang Gia Hoa¹, Nguyen Thi Loc¹, Dang Vu Phien¹, Nguyen Hong Mai¹,
Nguyễn Việt Nga², Nguyen Thi Thanh Ha³, Nguyen Thi Thu Phuong³,
Nguyen Hoang Minh⁴

¹*Hai Phong Center for disease control and prevention*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

⁴*Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

Men who have sex with men (MSM) are a high - risk group for HIV infection in Vietnam. This study aimed to determine the temporal trends and correlates of HIV infection among MSM. Through HIV sentinel surveillances plus behaviors (HSS+), cross - sectional studies were conducted every 2 years from 2016 to 2022 among MSM in Hai Phong. We performed the Cochran-Armitage trend test and logistic regression model to evaluate temporal trends and factors associated with HIV infection. The results showed that over the years, MSM in this study tended to be younger and have sex with other men at an earlier age (p-trend < 0.001). Noticeably, the prevalence of HIV among MSM tended to increase from 2% in 2016 to

10% in 2022 (p-trend < 0.001). The likelihood of HIV infection was found to be higher in the MSM who had an age anal sex debut less than 18 years old (vs. ≥ 18) (OR: 2.27; 95% CI: 1.124 – 4.6), and who had ever group sexual intercourse (OR: 2.47; 95% CI: 1.08 – 5.66). Therefore, appropriate interventions about sex education should be implemented to raise awareness about safe sex and avoid high-risk behaviors, especially for the under-18 group, thereby helping to reduce the HIV prevalence among MSM in Hai Phong.

Keywords: Temporal trend; HIV; men who have sex with men; Hai Phong; high - risk behaviors; group sex

SỬ DỤNG BAO CAO SU KHI QUAN HỆ TÌNH DỤC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI HÀNH VI KHÔNG SỬ DỤNG BAO CAO SU THƯỜNG XUYÊN KHI QUAN HỆ VỚI KHÁCH QUEN Ở NHÓM PHỤ NỮ BÁN DÂM, NGHỆ AN NĂM 2022

Lê Thị Quỳnh Trang^{1*}, Dương Thị Hiền¹, Nguyễn Song Hà¹, Phạm Đình Du¹, Phan Khánh Ly², Đỗ Minh Hiệp³, Hoàng Thị Thanh Hà³, Phạm Hồng Thắng³, Khuru Văn Nghĩa⁴, Trần Văn Hiệp⁵

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Nghệ An*

²*Cục phòng chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

³*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

⁴*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

⁵*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa*

TÓM TẮT

Theo số liệu báo cáo trên thế giới và Việt Nam, phụ nữ bán dâm (PNBD) là một trong những nhóm có nguy cơ cao lây nhiễm HIV. Chương trình giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi (HSS+) năm 2022 tại tỉnh Nghệ An điều tra cắt ngang 200 PNBD nhằm mô tả thực trạng sử dụng bao cao su và các yếu tố liên quan đến hành vi không sử dụng bao cao su thường xuyên khi quan hệ với khách quen ở nhóm này. Kết quả cho thấy tỷ lệ PNBD sử dụng bao cao su tất cả các lần quan hệ tình dục với khách lạ là 85,4%, với khách quen là 79,9%, với chồng/người yêu là 29,5%. Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố làm giảm tỷ lệ sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục của PNBD với khách quen là: Trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống (OR = 4,18; 95%KTC: 1,15 - 15,15), chưa từng được nhận bao cao su miễn phí (OR = 4,76; 95%KTC: 1,83 - 12,34), không khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua (OR = 2,51; 95%KTC: 1,04 - 6,02). Do đó, cần có những biện pháp tăng cường độ bao phủ của các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV và truyền thông cho nhóm phụ nữ bán dâm, từ đó làm tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su và giảm tỷ lệ nhiễm HIV cho nhóm này khi quan hệ tình dục với khách hàng đặc biệt là trong nhóm khách hàng được coi là khách quen.

Từ khóa: Phụ nữ bán dâm; HIV; bao cao su; giám sát trọng điểm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS năm 2021, các nhóm nguy cơ cao (phụ nữ bán dâm và khách hàng của họ, nam quan hệ tình dục đồng giới, người tiêm chích ma túy, người chuyển giới) và bạn tình của họ chiếm 70% số ca nhiễm trên toàn thế giới. Cũng theo báo cáo này, phụ nữ bán dâm (PNBD) có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 30 lần so với phụ nữ trưởng thành [1]. Tại Việt

Nam, dịch HIV vẫn đang tập trung ở các nhóm nguy cơ cao trong đó có nhóm PNBD. Theo số liệu giám sát trọng điểm HIV, tỷ lệ nhiễm HIV vào năm 2012 là 2,7% và năm 2018 là 3,6% [2]. PNBD cũng là một trong hai nhóm nguy cơ cao trong giám sát trọng điểm HIV hàng năm tại tỉnh Nghệ An. Theo kết quả giám sát trọng điểm từ năm 2010 đến năm 2020, tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này dao động từ 1% đến 3% [3].

Mặt khác, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng không sử dụng bao cao su có liên quan

*Tác giả: Lê Thị Quỳnh Trang

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Nghệ An

Điện thoại: 0973 463 044

Email: quynhtrang4291@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/10/2022

Ngày phản biện: 18/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

đáng kể đến việc lây nhiễm HIV [4, 5]. Bên cạnh đó, đối tượng khách quen là một trong những đối tượng được cho là thường xuyên có hành vi mua dâm, những đối tượng này thường có xu hướng chủ quan tiềm ẩn nhiều rủi ro lây truyền HIV và các bệnh qua đường tình dục cho nhóm đối tượng PNBD và ngược lại. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng bao cao su của PNBD khi quan hệ tình dục với khách quen đã được chỉ ra trong một số nghiên cứu trước đây như thời gian bán dâm, trình độ học vấn, số lần bán dâm, biết địa điểm xét nghiệm HIV, biết tình trạng HIV của bạn tình [6, 7].

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục tiêu mô tả thực trạng sử dụng bao cao su và các yếu tố liên quan đến hành vi không thường xuyên sử dụng bao cao su khi tiếp khách quen ở nhóm PNBD năm 2022 tại tỉnh Nghệ An. Các kết quả thu được của nghiên cứu có thể đưa ra những góc nhìn thống kê cụ thể hơn liên quan đến nhóm đối tượng PNBD và hành vi sử dụng bao cao su của nhóm này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là nữ giới, 16 tuổi trở lên (tính đến thời điểm bắt đầu nghiên cứu), đã từng bán dâm ít nhất một lần trong vòng 1 tháng trước thời điểm thu thập mẫu, và thuộc tụ điểm điều tra.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Thị xã Cửa Lò, huyện Diễn Châu, Quỳnh Lưu, thành phố Vinh - tỉnh Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2022 đến hết tháng 9/2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Theo hướng dẫn tại Thông tư 09/2012/TT-BYT ngày 24/5/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế

về việc hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, cỡ mẫu phụ nữ bán dâm được giám sát từ 150 - 300 mẫu. Tại Nghệ An, nhóm phụ nữ bán dâm được giám sát với cỡ mẫu là 200 định kỳ mỗi 2 năm.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu: Lập bản đồ điểm nóng, xây dựng khung mẫu dựa trên số liệu lập bản đồ. Lựa chọn ngẫu nhiên các tụ điểm tại các huyện được lựa chọn làm giám sát trọng điểm, sau đó mời tất cả các PNBD có mặt tại tụ điểm đó tham gia vào nghiên cứu. Trường hợp tổng số PNBD đã mời tại các tụ điểm được chọn nhỏ hơn số mẫu cần thiết, tiếp tục bốc thăm ngẫu nhiên trong số các tụ điểm còn lại để bổ sung cho đến khi đủ cỡ mẫu. Sau khi tiến hành lựa chọn ngẫu nhiên đối tượng nghiên cứu tại các tụ điểm được chọn, cỡ mẫu cụ thể tại từng huyện là: Quỳnh Lưu với 31 mẫu, Cửa Lò với 35 mẫu, Diễn Châu với 9 mẫu, thành phố Vinh với 125 mẫu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Gồm 3 nhóm biến số: (1) Một số đặc điểm dân số, xã hội: Tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, thời gian bán dâm, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV, tiếp cận các dịch vụ dự phòng, kết quả xét nghiệm HIV và STIs; (2) Hành vi: Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với khách quen, khách lạ, chồng/người yêu; (3) Nhận dịch vụ can thiệp: Nhận bao cao su miễn phí, nhận chất bôi trơn miễn phí, được tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Biến số đầu ra là tình trạng luôn sử dụng bao cao su khi tiếp khách quen - là khách hàng thường xuyên của đối tượng nghiên cứu. Những đối tượng cho biết chỉ sử dụng BCS khi tiếp khách quen ở mức thường xuyên, thỉnh thoảng và không sử dụng sẽ được coi là không luôn luôn sử dụng bao cao su khi tiếp khách quen.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên thực hiện phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu với bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Sau khi được sự đồng ý của đối tượng

nguyên cứu, tiến hành lấy mẫu máu (đối với xét nghiệm HIV, xét nghiệm giang mai) và mẫu xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (đối với xét nghiệm lậu, chlamydia, trùng roi).

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Điều tra viên nhập các thông tin thu thập được trên ứng dụng ODK Collect, sau đó làm sạch bằng Excel, xử lý phân tích bằng phần mềm Stata 14.0.

Thống kê mô tả: Kết quả được trình bày dưới dạng sử dụng tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

Phân tích hồi quy logistic: Giá trị OR, KTC 95% được dùng để đo lường mối liên quan.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Người tham gia nghiên cứu được giải thích cụ thể các quy trình, lợi ích khi tham gia

phỏng vấn. Nghiên cứu được thực hiện dựa trên tính bảo mật và tự nguyện của người tham gia. Điều tra viên không thu thập các thông tin định danh của người tham gia mà thay bằng mã số nghiên cứu.

Chương trình giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi đã được Bộ Y tế phê duyệt tại Quyết định 373/2016/QĐ-BYT ngày 10/02/2017 về việc phê duyệt kế hoạch giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi của các tỉnh, thành phố.

III. KẾT QUẢ

Giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2022 tại tỉnh Nghệ An được thực hiện trên 200 PNBD. Phân tích các thông tin đã thu thập chúng tôi thu được một số kết quả cụ thể như sau:

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học và hành vi ở nhóm phụ nữ bán dâm tại tỉnh Nghệ An năm 2022 (n = 200)

Đặc tính	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Nhóm tuổi		
16 - 24	59	29,5
25 - 49	137	68,5
> 49	4	2,0
Tuổi trung bình (Biến thiên) (năm)	30,5 (± 8,3)	
Nhỏ nhất – Lớn nhất	17 - 63	
Thời gian bán dâm trung bình (± ĐLC) (năm)	1,9 (± 3,3)	
Biến thiên	< 1 - 22	
Thời gian bán dâm		
< 1 năm	97	48,5
1 - 3 năm	65	32,5
> 3 năm	38	19,0
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình	79	39,5
Đang có chồng	36	18,0
Ly dị, ly thân, góa chồng	85	42,5
Trình độ học vấn		
Mù chữ, tiểu học	37	18,5
Trung học cơ sở	113	56,5
Trung học phổ thông trở lên	50	25,0

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học và hành vi ở nhóm phụ nữ bán dâm tại tỉnh Nghệ An năm 2022 (n = 200) (tiếp)

Đặc tính	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số ngày bán dâm trong 1 tháng qua (ngày)		
1 – 10	19	9,5
11 – 25	116	58,0
26 – 30	65	32,5
Số lần bán dâm trung bình 1 tháng qua		
< 30	28	14,0
30 - 100	150	75,0
> 100	22	11,0
Số khách hàng trung bình 1 tháng qua		
< 30	37	18,5
30 - 100	147	73,5
> 100	16	8,0
Đã từng tiêm chích ma túy		
Có	0	0,0
Chưa bao giờ	200	100
Có chồng/người yêu tiêm chích ma túy (n = 147)		
Có	2	1,4
Không	119	80,9
Không biết/Không trả lời	26	17,7

Độ tuổi trung bình của nhóm PNBD năm 2022 tại tỉnh Nghệ An là $30,5 \pm 8,3$, lớn nhất là 63 tuổi và nhỏ nhất là 17 tuổi. Nhóm tuổi 14 - 49 chiếm đa số với 68,5%. Thời gian bán dâm trung bình là 1,92 năm, trong đó nhóm có thời gian hành nghề dưới 1 năm chiếm 48,5%, từ 1 - 3 năm chiếm 32,5%, trên 3 năm chiếm 19%. Tỷ lệ PNBD đang có chồng chiếm tỷ lệ thấp nhất với 18,0%. Trình độ học vấn của nhóm

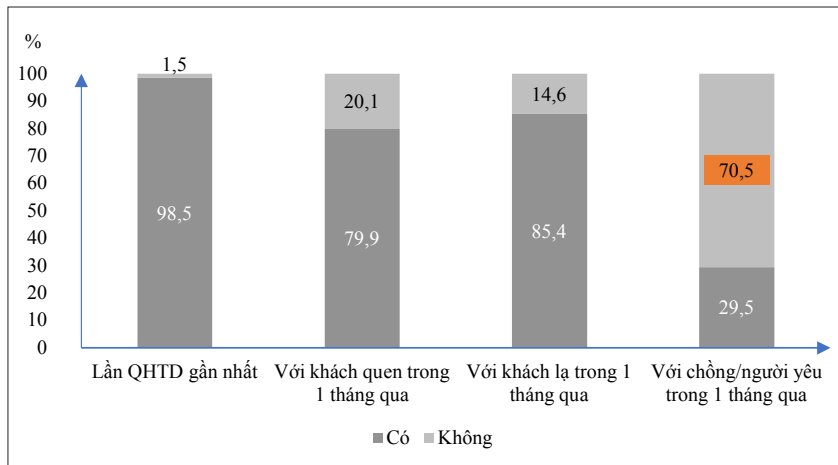
PNBD tham gia HSS+ chủ yếu là trung học cơ sở (56,5%). Trong 1 tháng qua, nhóm PNBD có số ngày bán dâm từ > 10 - 25 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (58,0%), số lần bán dâm trung bình trong 1 tháng qua từ 30 - 100 lần chiếm 75,5%, số PNBD có từ 30 - 100 khách hàng trong 1 tháng qua chiếm 73,5%. Không có PNBD nào tiêm chích ma túy, tỷ lệ chồng/người yêu có tiêm chích ma túy là 1,4% (Bảng 1).

Bảng 2. Tỷ lệ tiếp cận với các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ bán dâm tại tỉnh Nghệ An năm 2022 (n = 200)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhận bao cao su miễn phí		
Trong vòng 12 tháng qua	99	49,5
Trên 12 tháng qua	12	6,0
Chưa bao giờ	89	44,5
Nhận chất bôi trơn miễn phí		
Trong vòng 12 tháng qua	81	40,5
Trên 12 tháng qua	11	5,5
Chưa bao giờ	108	54
Được tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn		
Trong vòng 12 tháng qua	99	49,5
Trên 12 tháng qua	24	12,0
Chưa bao giờ	77	38,5
Khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua		
Có	123	61,5
Không	77	38,5
Lần xét nghiệm HIV gần đây nhất		
Trong vòng 12 tháng qua	132	66,0
Trên 12 tháng	38	19,0
Chưa bao giờ	30	15,0
Kết quả xét nghiệm HIV n (%; 95% KTC)		
Dương tính	0 (0,0; 0 - 0)	
Âm tính	200 (100; 98,17 - 100)	
Kết quả xét nghiệm giang mai n (%; 95% KTC)		
Dương tính	2 (1,0; 0,1 - 3,5)	
Âm tính	198 (99,0; 96,43 - 99,87)	
Kết quả xét nghiệm Chlamydia n (%; 95% KTC)		
Dương tính	1 (0,5; 0,01 - 2,75)	
Âm tính	199 (99,5; 97,24 - 99,98)	
Kết quả xét nghiệm lậu n (%; 95% KTC)		
Dương tính	0 (0,0; 0 - 0)	
Âm tính	200 (100; 98,17 - 100)	
Kết quả xét nghiệm trùng roi n (%; 95% KTC)		
Dương tính	0 (0,0; 0 - 0)	
Âm tính	200 (100; 98,17 - 100)	

Trong vòng 12 tháng qua, tỷ lệ PNBD từng nhận bao cao su miễn phí là 49,5%, chất bôi trơn là 40,5%, có 49,5% từng được tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn. Có 44,5% chưa bao giờ được nhận bao cao su miễn phí, 54% chưa bao giờ nhận chất bôi trơn và 38,5% chưa bao giờ được tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn. Tỷ lệ PNBD từng khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3

tháng qua là 61,5%. Tỷ lệ PNBD có xét nghiệm HIV trong vòng 12 tháng qua là 66%, trên 12 tháng là 19%. Trong số đó có 98,8% tự khai báo tình trạng HIV là âm tính. Có 15% PNBD chưa bao giờ xét nghiệm HIV (Bảng 2). Kết quả xét nghiệm cho nhóm PNBD tham gia phòng vấn cho thấy không có ai nhiễm HIV, tỷ lệ dương tính với giang mai là 1%, bị Chlamydia là 0,5% (Bảng 2).



Hình 1. Tỷ lệ luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với khách hàng ở nhóm phụ nữ bán dâm tại tỉnh Nghệ An năm 2022 (n = 200)

Có 98,5% phụ nữ bán dâm trả lời có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần đây nhất, tỷ lệ luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục với khách quen là 79,9%, với khách lạ là 85,4%. Trong số những phụ nữ

bán dâm có quan hệ tình dục với chồng/người yêu trong 1 tháng qua, có 29,5% sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ, còn lại đa số không bao giờ hoặc ít khi sử dụng bao cao su (Hình 1).

Bảng 3. Mô hình đa biến giữa tình trạng không luôn luôn sử dụng bao cao su khi tiếp khách quen trong 1 tháng qua và các nhóm yếu tố liên quan ở nhóm đối tượng phụ nữ bán dâm trong giám sát trọng điểm 2022 tại Nghệ An (n = 169)

Biến độc lập	Không sử dụng BCS 100% khi tiếp khách quen n (%)	OR (95%KTC)	OR hiệu chỉnh (95%KTC)
Nhóm tuổi			
16 - 24	9 (23,8)	1	-
25 - 29	11 (25,6)	1,14 (0,42 - 3,15)	-
≥ 30	14 (16,1)	0,64 (0,25 - 1,63)	-
Tình trạng hôn nhân			
Chưa lập gia đình/Ly hôn/Ly thân/góa	25 (17,9)	1	-
Đang có chồng	9 (31,0)	2,07 (0,84 - 5,08)	-
Trình độ học vấn			
Trung học phổ thông trở lên	8 (17,0)	1	1
Trung học cơ sở	17 (18,9)	1,13 (0,45 - 2,86)	1,47 (0,52 - 4,13)
Dưới tiểu học/Tiểu học	9 (28,1)	1,91 (0,65 - 5,63)	4,18 (1,15 - 15,15)
Thời gian bán dâm			
< 1 năm	13 (16,9)	1	-
1 - 3 năm	12 (22,4)	1,42 (0,60 - 3,35)	-
> 3 năm	8 (23,5)	1,51 (0,56 - 4,08)	-
Số ngày bán dâm trong 1 tháng qua			
1 – 10	3 (15,0)	1	-
> 10 – 25	15 (21,1)	1,52 (0,39 - 5,87)	-
> 25 – 30	16 (20,5)	1,46 (0,38 - 5,61)	-
Số lần bán dâm trong tháng			
< 30 lần	1 (14,3)	1	-
30 - 60 lần	2 (15,4)	1,09 (0,08 - 14,66)	-
> 60 lần	31 (20,8)	1,58 (0,18 - 13,58)	-
Nhận bao cao su miễn phí			
Đã từng	8 (8,6)	1	1
Chưa bao giờ	26 (34,2)	5,52 (2,32 - 13,14)	4,76 (1,83 - 12,34)
Nhận chất bôi trơn miễn phí			
Đã từng	4 (4,8)	1	-
Chưa bao giờ	30 (34,9)	10,58 (3,53 - 31,72)	-
Được tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn			
Đã từng	9 (9,1)	1	-
Chưa bao giờ	25 (35,7)	5,55 (2,39 - 12,89)	-
Khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua			
Có	13 (11,9)	1	1
Không	21 (35,0)	3,97 (1,81 - 8,72)	2,51 (1,04 - 6,02)
Xét nghiệm HIV			
Đã từng	7 (5,7)	1	1
Chưa bao giờ	23 (29,9)	3,83 (1,56 - 9,38)	2,29 (0,81 - 6,47)

Mô hình đa biến với biến đầu ra là tình trạng sử dụng bao cao su khi tiếp khách quen trong 1 tháng qua và các yếu tố liên quan bao gồm: Tình trạng học vấn, nhận bao cao su miễn phí, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua và tình trạng xét nghiệm HIV. Kết quả cho thấy, có 3 yếu tố thực sự có mối liên quan tới tình trạng sử dụng BCS khi tiếp khách quen trong 1 tháng qua của phụ nữ bán dâm. Cụ thể, những đối tượng có học vấn dưới tiểu học/tiểu học có khả năng không sử dụng BCS 100% khi tiếp khách quen cao gấp 4,18 lần so với những đối tượng có trình độ Trung học phổ thông trở lên (OR = 4,18; 95%KTC: 1,15 - 15,15). Bên cạnh đó, những PNBD chưa từng nhận BCS miễn phí có khả năng đã không sử dụng BCS 100% khi tiếp khách quen cao gấp 4,76 lần những PNBD đã từng (OR = 4,76; 95%KTC: 1,83 - 12,34). Tương tự, những PNBD không khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua có khả năng đã không sử dụng BCS 100% khi tiếp khách quen cao gấp 2,51 lần so với những đối tượng có khám trong 3 tháng vừa rồi (OR = 2,51; 95%KTC: 1,04 - 6,02).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 200 PNBD tham gia HSS+ tại tỉnh Nghệ An cho thấy tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm này là 0%, thấp hơn so với kết quả giám sát trọng điểm tại các tỉnh khác những năm trước đây: Tại Hải Phòng năm 2016 là 2% [8], tại khu vực phía Nam năm 2018 là 4,8% [9]. Tỷ lệ luôn sử dụng bao cao su khi QHTD với khách hàng cũng cao hơn khi so sánh với kết quả của những nghiên cứu khác tại Việt Nam [9 – 11] hoặc trên thế giới [12]. Những điểm khác trong các nghiên cứu này có thể do địa bàn nghiên cứu, thời điểm triển khai nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau.

So sánh tỷ lệ luôn sử dụng BCS giảm dần theo mức độ thân quen của các loại bạn tình giảm dần theo thứ tự với khách lạ (85,4%), khách quen (79,9%) và với chồng, người yêu (29,5%), kết quả này tương tự với nghiên cứu tại khu vực miền Nam vào năm 2018 với các

tỷ lệ lần lượt là 73,0%, 66,7% và 19,9% [6]. Thực tế cho thấy, việc tuyên truyền về tình dục an toàn và sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục chủ yếu hướng đến nhóm đối tượng PNBD. Tuy nhiên với kết quả thu được, có thể thấy tỷ lệ PNBD luôn sử dụng bao cao su khi QHTD với khách hàng vẫn còn thấp so với mong đợi.

Trong vòng 12 tháng qua, tỷ lệ PNBD từng nhận bao cao su miễn phí là 49,5%, chất bôi trơn là 40,5%, có 49,5% từng được tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn. Tỷ lệ PNBD chưa bao giờ nhận bao cao su, chất bôi trơn và được tư vấn tình dục an toàn lần lượt là 44,5%; 54% và 38,5%. Tại 4 huyện triển khai nghiên cứu, hiện tại các chương trình can thiệp giảm hại như phát bao cao su, chất bôi trơn, tư vấn xét nghiệm HIV vẫn đang được triển khai. Với kết quả thu được như trên, có thể thấy mức độ tiếp cận của nhóm phụ nữ bán dâm đối với các biện pháp can thiệp là chưa cao.

Kết quả xét nghiệm dương tính với HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục của nhóm phụ nữ bán dâm tham gia giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2022 tại tỉnh Nghệ An thấp hơn so với những năm trước đây (tỷ lệ bị nhiễm HIV, lậu, trùng roi là 0%, giang mai là 1%, chlamydia là 0,5%) [3]. Tỷ lệ dương tính với HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục thấp, tỷ lệ từng nhận bao cao su, chất bôi trơn thấp có thể giải thích do nhóm PNBD tham gia nghiên cứu năm nay chủ yếu là nhóm mới hành nghề, đồng thời các chiến dịch truy quét tệ nạn xã hội trên địa bàn tỉnh diễn ra mạnh mẽ, nhóm PNBD ít khi lộ diện và khó tiếp cận, mặt khác từ năm 2019 đến nay do ảnh hưởng của dịch COVID-19 nên các dịch vụ dự phòng như phát BCS, chất bôi trơn miễn phí gặp nhiều khó khăn khi tiếp cận với nhóm đối tượng đích này.

Khi so sánh các kết quả thu được, có 3 yếu tố thực sự có mối liên quan tới tình trạng sử dụng bao cao su khi tiếp khách quen trong 1 tháng qua của phụ nữ bán dâm. Cụ thể, nhóm có học vấn dưới tiểu học/tiểu học có khả năng không sử dụng BCS 100% khi tiếp khách quen cao gấp 4,18 lần so với nhóm có trình độ học vấn cao hơn. Những PNBD chưa từng nhận bao cao su miễn phí có khả năng đã không sử dụng

BCS 100% khi tiếp khách quen cao gấp 4,76 lần những PNBD đã từng được nhận, những PNBD không khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua có khả năng đã không sử dụng BCS 100% khi tiếp khách quen cao gấp 2,51 lần so với những đối tượng có khám trong 3 tháng vừa rồi. Kết quả này khác với nghiên cứu của Carin Andrews khi cho thấy yếu tố có liên quan đáng kể đến việc sử dụng BCS thường xuyên là thời gian bán dâm ngắn hơn, trình độ học vấn cao hơn và PNBD không có bạn tình thường xuyên [7]. Việc sử dụng BCS khi QHTD còn phụ thuộc vào tính sẵn có của BCS, có thể giải thích cho việc những PNBD từng được nhận BCS miễn phí sẽ có tỷ lệ sử dụng cao hơn. Đồng thời những PNBD có trình độ học vấn cao hơn, từng đi khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục sẽ được tư vấn về tác dụng của việc sử dụng BCS khi QHTD, do đó cũng sẽ ảnh hưởng đến nhận thức cũng như hành vi sử dụng BCS của những đối tượng này.

Năm 2022, giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi trên nhóm PNBD được triển khai trong hoàn cảnh dịch COVID-19 đã cơ bản được khống chế. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế như một số đối tượng được tiếp cận từ chối tham gia vào nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu được lựa chọn thuận tiện thay vì chọn ngẫu nhiên nên có thể ảnh hưởng đến tính đại diện của mẫu và kết quả nghiên cứu. Mặt khác, mô hình hoạt động của nhóm PNBD sau những năm dịch đã có những thay đổi, do đó kết quả có thể khác biệt so với những năm trước.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố về tiếp cận dịch vụ BCS, khám bệnh lây truyền qua đường tình dục đều là những yếu tố có thể can thiệp được, từ đó có cơ sở cho việc đưa ra các giải pháp hiệu quả hơn cho các chương trình can thiệp trên địa bàn tỉnh Nghệ An nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phụ nữ bán dâm sử dụng bao cao su tất cả các lần quan hệ tình dục với khách lạ là

85,4%, với khách quen là 79,9%, với chồng/người yêu là 29,5%. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ sử dụng bao cao su trong tất cả các lần quan hệ tình dục với khách quen của phụ nữ bán dâm là: Trình độ học vấn, được nhận bao cao su miễn phí, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ luôn sử dụng bao cao su với bạn tình ở phụ nữ bán dâm ở Nghệ An cần tiếp tục được cải thiện. Việc tăng cường thêm các biện pháp nhằm mở rộng độ bao phủ của các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV, trong đó có phát bao cao su miễn phí và khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục là cần thiết, từ đó tăng tỷ lệ tiếp cận dịch vụ ở nhóm phụ nữ bán dâm và giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm này.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Nghệ An; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet. Cited 2021 Jan 22. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
2. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Báo cáo kết quả triển khai giám sát trọng điểm HIV và giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2021. 2022.
3. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Nghệ An. Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV/STI, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi - nhóm phụ nữ bán dâm năm 2020, tỉnh Nghệ An. 2020.
4. Medhi GK, Mahanta J, Paranjape RS, et al. Factors associated with HIV among female sex workers in a high HIV prevalent state of India. *AIDS Care*. 2012; 24 (3): 369 – 376.

5. Szwarcwald CL, Damacena GN, de Souza-Júnior PRB, et al. Factors associated with HIV infection among female sex workers in Brazil. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97 (1 Suppl): S54 – S61.
6. Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Duy Phúc. Thực trạng sử dụng bao cao su và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mại dâm tại một số tỉnh khu vực miền Nam năm 2018. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2020; 30 (1): 54 - 63.
7. Andrews C, Fanelid E, Sychareun V, Phrasisombath K. Determinants of consistent condom use among female sex workers in Savannakhet, Lao PDR. *BMC Womens Health*. 2015; 15: 63.
8. Trần Thị Bích Hòai, Nguyễn Duy Hùng, Trần Thị Thúy Hà và cộng sự. Thực trạng nhiễm HIV và các hành vi nguy cơ ở nhóm phụ nữ bán dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới qua giám sát trọng điểm tại Hải Phòng năm 2016. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2018; 28 (9): 192 - 198.
9. Nguyễn Duy Phúc, Khuru Văn Nghĩa, Nguyễn Thị Bích Hồng và cộng sự. Xu hướng và một số yếu tố liên quan đến nhiễm HIV ở phụ nữ mại dâm qua giám sát trọng điểm tại khu vực phía Nam, 2012 - 2018. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019; 29 (11): 245 - 253.
10. Dương Văn Vĩnh, Dương Công Thành, Lương Thị Vy và cộng sự. Tỷ lệ hiện nhiễm HIV và hành vi lây nhiễm ở nhóm nghiện chích ma túy và phụ nữ bán dâm tại tỉnh Bắc Giang năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2016; 26 (9 (182)): 14 - 20.
11. Dương Công Thành, Nguyễn Thị Thanh Hà, Hoàng Thị Thanh Hà và cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tiếp cận các dịch vụ về HIV/ AIDS trong các nhóm nguy cơ cao tại Việt Nam năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2016; 26 (9 (182)): 109 - 116.
12. Lépine A, Treibich C, Ndour CT, et al. HIV infection risk and condom use among sex workers in Senegal: evidence from the list experiment method. *Health Policy Plan*. 2020 May 1; 35 (4): 408 – 415.

CONDOM USE AND SOME RELATED FACTORS ASSOCIATED TO THE BEHAVIOR OF NOT USING CONDOMS REGULARLY WHEN HAVING SEX WITH REGULAR CUSTOMERS IN THE GROUP OF FEMALE SEX WORKERS, NGHE AN IN 2022

Le Thi Quynh Trang¹, Duong Thi Hien¹, Nguyen Song Ha¹, Pham Dinh Du¹, Phan Khanh Ly², Do Minh Hiep³, Hoang Thi Thanh Ha³, Pham Hong Thang³, Khuu Van Nghia⁴, Tran Van Hiep⁵

¹*Center for Disease Control Nghe An province*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

⁴*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

⁵*Center for Disease Control Thanh Hoa province*

Female sex workers are the population at high risk for HIV infection. In Nghe An province, HIV sentinel surveillance (HSS) in 2022 aimed to determine the prevalence of condom use and associated factors with inconsistent condom use with regular clients among female sex worker (FSW). A cross-sectional study was conducted among 200 FSWs revealed that consistent condom use in the past month was higher with irregular clients (85.4%), lower with regular clients (79.9%), and lowest with “love mates” (29.5%). Multivariate analysis revealed 3 factors associated with decreased consistent condom use with regular

clients, respectively as followed: lower primary education education (OR = 4.18; 95%KTC: 1.15 - 15.15), neverget free condoms (OR = 4.76; 95%KTC: 1.83 - 12.34), did not check up sexually transmitted infections (STIs) last 3 months (OR = 2.51; 95%KTC: 1.04 - 6.02). There is a need to mobalize resource for HIV intervention prevention programs targeting these key populations to increase access to prevention, increase condom use, and to prevent further HIV transmission sustainably.

Keywords: Female sex worker; condom; sentinel surveillance

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C BẰNG PHÁC ĐỒ SOFOSBUVIR VÀ DACLATASVIR TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỒNG NHIỄM HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI TỈNH THÁI NGUYÊN, NĂM 2022

Hồ Thị Quỳnh Trang^{1*}, Phan Thanh Ngân¹, Lê Quảng Viễn¹, Trần Quốc Hoàn¹,
Lê Ái Kim Anh¹, Phan Thị Thu Hương², Phạm Hồng Thắng³, Phan Đăng Thân³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên*

²*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

³*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang ở người đồng nhiễm viêm gan vi rút C (VGC) trên bệnh nhân HIV đang điều trị ARV nhằm mô tả kết quả điều trị tại tỉnh Thái Nguyên năm 2022. Số liệu nghiên cứu được thu thập từ bệnh án điện tử của bệnh nhân trên phần mềm HMED của tất cả các bệnh nhân đã hoàn thành liệu trình điều trị VGC bằng phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir và có kết quả xét nghiệm tải lượng VGC sau 12 tuần hoàn thành điều trị. Kết quả cho thấy, quần thể nghiên cứu có tiền sử chẩn đoán viêm gan vi rút là 86,0%, trong đó 8,9% có xơ gan còn bù và 2,9% xét nghiệm HBsAg dương tính. Tình trạng điều trị HIV có kết quả xét nghiệm tải lượng HIV 12 tháng trước khi vào điều trị VGC dưới 200cp đạt 92,9%. Sau 12 tuần điều trị bằng phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir tỷ lệ điều trị thành công VGC trên người bệnh đang điều trị HIV đạt 96,6%.

Từ khóa: Đồng nhiễm VGC/HIV; viêm gan vi rút C; Sofosbuvir và Daclatasvir

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, số người nhiễm HIV hiện còn sống được báo cáo đến thời điểm 30/9/2021 là 212.769 trường hợp. Ước tính đến hết năm 2021, cả nước phát hiện khoảng 13.000 trường hợp HIV dương tính và 2000 trường hợp tử vong. Như vậy so với năm 2020 số người nhiễm HIV được phát hiện có xu hướng gia tăng mặc dù dịch COVID-19 đã ảnh hưởng đến việc tiếp cận xét nghiệm HIV của các quần thể có nguy cơ lây nhiễm HIV cao [1].

Nhiễm HIV không trực tiếp gây tử vong cho người nhiễm, nhưng các bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh liên quan với HIV/AIDS lại là những tác nhân chính gây ảnh hưởng đến sức khỏe của người nhiễm và là nguyên nhân

chính dẫn đến tử vong. Trong những năm gần đây, nhờ có thuốc kháng HIV cuộc sống của người nhiễm đã được cải thiện rõ rệt [2]. Theo kết quả điều tra các vi rút gây viêm gan đặc biệt là viêm gan vi rút C (VGC) đang được đánh giá là những nguyên nhân hàng đầu liên quan với tình trạng nhập viện và tử vong ở người nhiễm HIV [3, 4]. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới và Bộ Y tế, Việt Nam hiện có gần 1 triệu người nhiễm VGC mạn tính, tỷ lệ nhiễm VGC trên người nhiễm HIV khoảng 34,4% (26% - 44%) [5]. Các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy ở những người có tình trạng đồng nhiễm HCV với HIV thường có tình trạng phá hủy tế bào gan nhanh hơn, bao gồm cả ung thư gan và dẫn đến tử vong nhanh hơn so với người không có tình trạng đồng nhiễm các vi rút viêm gan [4, 6].

*Tác giả: Hồ Thị Quỳnh Trang

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên

Điện thoại: 0914 940 168

Email: hoquynhtrangcdctn@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/10/2022

Ngày phản biện: 16/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

Người nhiễm VGC trên bệnh nhân đồng nhiễm HIV (bệnh nhân VGC/HIV) được điều trị ARV ngay khi phát hiện nhiễm HIV và điều trị VGC khi CD4 từ 200 tế bào/mm³ trở lên hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế. Người bệnh có xơ hóa từ F2 trở lên, điều trị HCV ngay khi dung nạp điều trị ARV. Chỉ định điều trị VGC cho người nhiễm HIV giống như người bệnh VGC không nhiễm HIV. Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ điều trị VGC tối ưu để tránh tương tác thuốc, nếu cần thiết phải điều chỉnh liều DAA. Trường hợp người bệnh điều trị HIV bằng phác đồ Tenofovir/Lamivudin/Dolutegravir (TDF/3TC/DTG - TLD): Điều trị như người VGC không nhiễm HIV. Điều trị khỏi bệnh viêm gan vi rút C là khi người bệnh đạt đáp ứng vi rút bền vững sau 12 tuần kết thúc điều trị (đạt SVR12). Thất bại điều trị: Trường hợp thất bại điều trị là khi không đạt được đáp ứng vi rút bền vững ở tuần thứ 12 sau kết thúc điều trị. Tái phát: Cần theo dõi sau khi ngưng điều trị 24 tuần bằng xét nghiệm định lượng HCV RNA để bảo đảm người bệnh không bị tái phát [5].

Hoạt động điều trị VGC bằng phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir cho bệnh nhân VGC/HIV được triển khai tại tỉnh Thái Nguyên từ năm 2021 tại 9 cơ sở đang điều trị ARV cho bệnh nhân HIV [7]. Người bệnh VGC/HIV được theo dõi đồng thời đối với điều trị thuốc ARV và VGC ngay tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS từ tuyến quận/huyện trở lên. Đây là một hoạt động mới được triển khai và thực hiện trong bối cảnh dịch COVID -19, hầu hết cán bộ y tế tại cơ sở còn chưa có nhiều kinh nghiệm trong điều trị VGC/HIV, bệnh nhân điều trị qua nguồn bảo hiểm y tế, phải tự chi trả cho xét nghiệm tải lượng VGC... nên việc điều trị và duy trì điều trị cũng còn gặp nhiều khó khăn.

Để mô tả kết quả điều trị cho bệnh nhân VGC/HIV chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir trên người bệnh đồng nhiễm HIV đang điều trị ARV tại tỉnh Thái Nguyên, năm 2022”. Kết quả nghiên cứu giúp cho các nhà quản lý y tế, các cơ sở điều trị và bác sĩ có thông tin và biện pháp nhằm nâng cao chất lượng điều trị VGC cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV đang điều trị bằng ARV.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân VGC/HIV đang điều trị ARV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Toàn bộ bệnh nhân đã hoàn thành 12 tuần điều trị VGC, có kết quả xét nghiệm tải lượng HCV (SRV12) tính đến 30/9/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã hoàn thành hoặc chưa hoàn thành 12 tuần điều trị VGC và chưa có kết quả xét nghiệm tải lượng VGC hoặc có kết quả xét nghiệm SRV12 sau 30/9/2022.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: 9 cơ sở điều trị HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh là Bệnh viện A, Trung tâm Y tế Thành phố Thái Nguyên, Sông Công. Phổ Yên, Phú Lương, Đồng Hỷ, Bệnh viện Đa khoa huyện Phú Bình, huyện Đại Từ và huyện Định Hóa.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

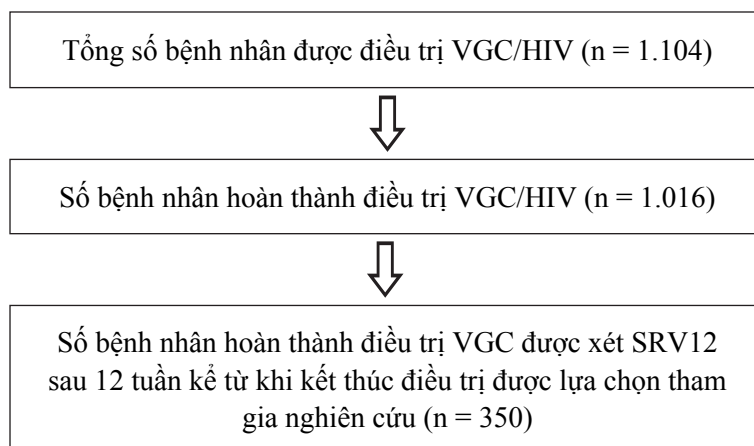
Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn toàn bộ 350 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu là hoàn thành điều trị VGC và được xét nghiệm SRV12 sau 12 tuần kể từ khi kết thúc điều trị.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu: Trong tổng số 1.104 bệnh nhân VGC/HIV đang điều trị lựa chọn toàn bộ bệnh nhân đã hoàn thành 12 tuần điều trị bằng phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir là 1.016 đối tượng. Tiếp theo chọn tất cả bệnh nhân VGC/HIV đã hoàn thành điều trị VGC và được xét nghiệm SRV12 sau khi kết thúc liệu trình điều trị 12 tuần theo sơ đồ 1:



Hình 1. Quy trình lựa chọn đối tượng nghiên cứu

2.6 Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, nhóm tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân.

Tiền sử chẩn đoán viêm gan/bệnh nhân điều trị HIV/AIDS: Chẩn đoán viêm gan vi rút, yếu tố nguy cơ lây truyền VGC, đánh giá giai đoạn bệnh, kết quả đánh giá xơ gan, tình trạng chẩn đoán VGC, xét nghiệm HBsAg, đo tải lượng HIV, phác đồ điều trị HIV, chẩn đoán xơ gan, đo tải lượng VGC, kết quả điều trị VGC.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Thu thập số liệu theo các thông tin được thiết kế sẵn về đặc điểm cá nhân, tiền sử viêm gan và các bệnh liên quan, các kết quả xét nghiệm và kết quả điều trị dựa hồ sơ bệnh án điện tử của bệnh nhân trên phần mềm HMED.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được tải về máy từ phần mềm HMED và quản lý và làm sạch bằng phần mềm Microsoft excel sau đó mã hóa theo định dạng cơ sở dữ liệu thống kê để chuyển sang phần mềm phân tích. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với bảng tần số, tỷ lệ cho các kết quả mô tả theo mục tiêu nghiên cứu.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu là tự nguyện, được giải thích rõ ràng về mục đích nghiên cứu, thông tin cá nhân hoàn toàn được bảo mật. Kết quả truy xuất hồ sơ bệnh án từ HMED được sự cho phép của Cục Phòng, chống HIV/AIDS theo Công văn số 63/AIDS-ĐTr ngày 11/2/2022. Nghiên cứu được thực hiện đúng theo đề cương sau khi được sự cho phép của hội đồng khoa học Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh và Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên tại Quyết định số 1062/QĐ-SYT ngày 10/5/2022 của Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm cá nhân của bệnh nhân điều trị viêm gan C đồng nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên, năm 2022 (n = 350)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
30 - 39	16	4,6
40 - 49	287	82,0
≥ 50	47	13,4
Tuổi trung bình (nhỏ nhất - lớn nhất)	46,2 (30 - 63)	
Giới tính		
Nam	321	91,7
Nữ	29	8,3
Nghề nghiệp		
Cán bộ, viên chức, lao động hợp đồng	39	11,5
Công nhân	69	20,4
Lao động tự do/thất nghiệp	216	63,9
Sinh viên	11	3,3
Khác	3	0,9
Trình độ học vấn		
≤ Tiểu học	23	7,6
Trung học cơ sở	81	23,1
Trung học phổ thông	228	67,5
Cao đẳng trở lên	6	1,8
Hành vi nguy cơ		
Tiêm chích ma túy	164	46,8
Tình dục đồng giới	2	0,6
Tình dục khác giới không an toàn	182	52,0
Gia đình có người viêm gan	2	0,6

Bảng 1 cho thấy đặc điểm cá nhân bệnh nhân VGC/HIV điều trị tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên chủ yếu ở nhóm tuổi từ 40 - 49 tuổi chiếm 82,0% (tuổi trung bình 46,2) và 91,7% là nam giới. Nghề nghiệp bệnh nhân chủ yếu là lao động tự do/thất nghiệp chiếm 63,9%, tiếp theo là công nhân 20,4%. Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông chiếm 67,46% và dưới trung học phổ thông là 30,8%;

Nguy cơ lây nhiễm chủ yếu từ quan hệ tình

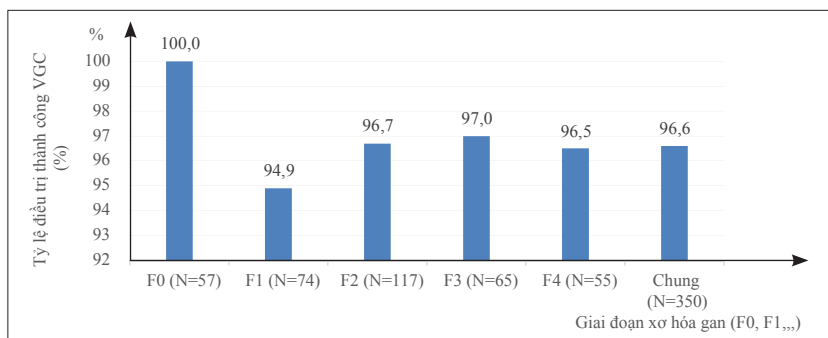
dục, trong đó tình dục khác giới không an toàn (vợ/chồng/bạn tình khác giới) chiếm 52,6% và tình dục đồng giới (MSM) là 0,6%, lây nhiễm qua tiêm chích ma túy là 46,8% (mặc dù trong những năm gần đây và tương lai, lây nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới MSM đang có xu hướng tăng, tuy nhiên tính đến hiện tại mô hình lây nhiễm vẫn đang cao hơn ở các nhóm tiêm chích ma túy, tiêm chích chung, tình dục khác giới không an toàn) và gia đình có người viêm gan 0,6%.

Bảng 2. Tiền sử viêm gan và điều trị HIV/AIDS của bệnh nhân điều trị viêm gan C đồng nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên, năm 2022 (n = 350)

Các yếu tố	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử chẩn đoán viêm gan vi rút		
Có	301	86,0
Không	23	6,6
Không biết	26	7,4
Tình trạng xơ gan		
Không có xơ gan	319	91,1
Xơ gan còn bù	31	8,9
Xét nghiệm HBsAg		
Dương tính	10	2,9
Âm tính	155	44,3
Không xét nghiệm	185	52,9
Tải lượng HIV 12 tháng trước khi vào điều trị viêm gan vi rút C		
Có xét nghiệm kết quả < 200cp	325	92,9
Có xét nghiệm kết quả ≥ 200cp	3	0,9
Không xét nghiệm	22	6,3
Phác đồ điều trị ARV trước khi điều trị viêm gan vi rút C		
Phác đồ bậc 1	322	94,9
Phác đồ bậc 2	18	5,1
Phác đồ điều trị ARV sau khi vào điều trị viêm gan vi rút C		
Phác đồ bậc 1	334	95,4
Phác đồ bậc 2	16	4,6
Chẩn đoán xơ gan sau điều trị viêm gan vi rút C		
Không có xơ gan	341	97,4
Có xơ gan còn bù	9	2,6
Kết quả tải lượng HCV RNA (SRV12)		
Đạt SRV12	338	96,6

Bảng 2 cho thấy bệnh nhân VGC/HIV hoàn thành điều trị VGC tỉnh Thái Nguyên có tiền sử chẩn đoán viêm gan vi rút 86,0%, đánh giá xơ gan trước điều trị có 91,1% không có xơ gan, 2,9% đã xét nghiệm HBsAg có kết quả dương tính. Xét nghiệm tải lượng HIV trong 12 tháng trước điều trị VGC có 0,9% có kết quả trên 200cp/mm máu. Bệnh nhân được điều trị VGC

với phác đồ SOF (400mg)/DAC (60mg) trong vòng 12 tuần với bệnh nhân không có xơ gan và 24 tuần với bệnh nhân có xơ gan. Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ ARV tối ưu (TLD) tăng lên sau khi vào điều trị VGC là 95,4 %, không xơ gan là 97,4% và kết quả xét nghiệm tải lượng HCV RNA (SRV12) cho thấy có 96,6 % đạt bền vững.



Hình 2. Kết quả điều trị viêm gan C thành công theo giai đoạn xơ hóa gan

Hình 2 cho thấy trong tổng số bệnh nhân điều trị viêm gan vi rút C đồng nhiễm HIV đoạn F0 là 100%, giai đoạn xơ hóa gan từ F1 đến F4 lần lượt là 94,9%, 96,7%, 97,0% và có 96,6% điều trị thành công. Trong đó giai đoạn F0 là 100%, giai đoạn xơ hóa gan từ F1 đến F4 lần lượt là 94,9%, 96,7%, 97,0% và có 96,6% điều trị thành công.

Bảng 3. Đặc điểm của nhóm thất bại điều trị viêm gan C đồng nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên, năm 2022 (n = 12)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
30 - 39	0	0
40 - 49	10	83,3
≥ 50	2	16,7
Giới tính		
Nam	12	100
Nữ	0	0
Tiêm chích ma túy		
Tiêm chích ma túy	4	16,7
Không tiêm chích ma túy	10	83,3
Tiền sử chẩn đoán viêm gan vi rút		
Có	11	91,7
Không	0	0
Không biết	1	8,3
Tình trạng xơ gan		
Không có xơ gan	10	83,3
Xơ gan còn bù	2	16,7
Giai đoạn xơ hóa gan		
F0	0	0
F1	4	33,3
F2	4	33,3
F3	2	16,7
F4	2	16,7

Bảng 3. Đặc điểm của nhóm thất bại điều trị viêm gan C đồng nhiễm HIV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên, năm 2022 (n = 12) (tiếp)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tải lượng HIV 12 tháng trước khi vào điều trị viêm gan vi rút C		
Có xét nghiệm kết quả < 200cp	10	83,3
Có xét nghiệm kết quả ≥ 200cp	0	0
Không xét nghiệm	2	16,7
Phác đồ điều trị ARV trước khi điều trị viêm gan vi rút C		
TDF300/3TC300/DTG50	12	100
Phác đồ điều trị ARV sau khi điều trị viêm gan vi rút C		
TDF300/3TC300/DTG50	12	100

Bảng 3 cho thấy nhóm tuổi thất bại điều trị trên 40 tuổi trong đó nhóm từ 40 – 49 tuổi có 10 trường hợp chiếm 83,3%, 100 % trường hợp là nam giới và nghiện chích ma túy là 16,7%. Nhóm điều trị thất bại có 91,7% có tiền sử viêm gan và 16,7% (2 trường hợp) được xác định có tình trạng xơ gan còn bù với các giai đoạn từ F1 cho đến F4. Trong nhóm thất bại không có sự thay đổi phác đồ ARV trước và sau điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng:

Có thể nhận thấy, bệnh nhân điều trị VGC đồng nhiễm HIV hầu hết là nam giới 91,7%, với tuổi đời từ 40 – 49, trung bình $46,2 \pm 4,1$. Các nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên thế giới đều nhận định độ tuổi trung bình mắc VGC là 49 tuổi, nguy cơ VGC tăng dần theo độ tuổi và tỷ lệ mắc VGC ở nam giới cao hơn nữ giới [8]. Đây là chủ yếu là những người lao động tự do, thất nghiệp 63,91%, kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với một số khảo sát của nhóm nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai - 2015 về tính di biến động của công việc, nghề nghiệp không ổn định có người vẫn đang sử dụng ma túy và cũng là lý do người bệnh tuân thủ điều trị chưa tốt dẫn đến có nguy cơ tăng khả năng lây nhiễm VGC [6]. Trình độ học vấn là đã tốt nghiệp trung học phổ thông. Hành vi nguy cơ lây nhiễm của các đối tượng này chủ yếu là do tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục.

Tiền sử viêm gan và điều trị HIV/AIDS của bệnh nhân VGC/HIV:

Chúng tôi cũng đã phân tích tiền sử bệnh tật của của bệnh nhân điều trị VGC đồng nhiễm HIV. Theo đó, đa số các bệnh nhân có tiền sử chẩn đoán viêm gan vi rút. Đánh giá giai đoạn xơ gan trên các bệnh nhân này phần lớn là chưa bị xơ gan, số còn lại là bị xơ gan nhưng còn bù mặc dù số lượng không nhiều, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân HIV tại bệnh viện Bạch Mai [6], và bệnh viện Đống Đa [4]. Khi xét nghiệm HBsAg, phần lớn là các bệnh nhân cho kết quả âm tính, chỉ có 10 bệnh nhân dương tính. Tải lượng HIV gần nhất trong 12 tháng, phần lớn là có xét nghiệm kết quả < 200cp. Chẩn đoán xơ gan sau điều trị VGC, VGC không có xơ gan chiếm tỉ lệ nhiều hơn cả. Số còn lại là VGC có xơ gan còn bù. Tình trạng nhiễm VGC ở người nhiễm HIV có thể làm tăng nhanh tỉ lệ xơ hóa tiến triển và xơ gan so với người chỉ nhiễm viêm gan C [9 - 11]. Về kết quả tải lượng HCV RNA sau khi người bệnh hoàn thành điều trị VGC 12 tuần (SRV12), đa số tải lượng vi rút VGC không phát hiện.

Nghiên cứu cũng đã tìm hiểu kết quả điều trị VGC trên bệnh nhân HIV theo giai đoạn xơ gan sử dụng Fibroscan. Đây là phương pháp lựa chọn phù hợp do có khả năng đo đồng thời mức độ xơ hoá và nhiễm mỡ của gan với các ưu điểm là không xâm lấn, không gây đau cho bệnh nhân, nhanh chóng, chính xác và

không có bất kỳ tác dụng phụ nào. Đây cũng là tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan phù hợp với địa phương và bệnh nhân với giá thành rẻ [12]. Tuy nhiên phương pháp này đánh giá các giai đoạn xơ gan có thể còn chưa chính xác do chỉ sử dụng Fibroscan do đó kết quả điều trị chưa phản ánh chính xác trên các giai đoạn xơ hóa gan được đánh giá bằng phương pháp khác.

Nghiên cứu thực hiện trên nhóm người VGC/HIV, người bệnh được điều trị ARV ngay khi phát hiện nhiễm HIV và điều trị VGC theo các hướng dẫn của Bộ Y tế khi CD4 từ 200 tế bào/mm³ trở lên hoặc tải lượng HIV dưới ngưỡng ức chế; đối với người bệnh có xơ hóa gan từ F2 trở lên: Điều trị VGC ngay khi dung nạp điều trị ARV; về chỉ định điều trị VGC cho người nhiễm HIV: Lựa chọn phác đồ điều trị ARV và phác đồ điều trị viêm gan vi rút C tối ưu để tránh tương tác thuốc: Trường hợp điều trị HIV bằng phác đồ Tenofovir/Lamivudin/Dolutegravir (TDF/3TC/DTG-TLD): Điều trị như người VGC không nhiễm HIV; trường hợp người bệnh điều trị HIV bằng phác đồ khác TLD: Chuyển sang phác đồ TLD nếu có thể trước khi điều trị HCV; đối với người bệnh đang điều trị HIV bằng phác đồ có Efavirenz (EFV), Nevirapine (NVP): Ưu tiên sử dụng phác đồ SOF/DAC: Điều chỉnh liều DAC; đối với người bệnh đang điều trị HIV bằng phác đồ có Loperavir/ritonavir (LPV/r): Ưu tiên sử dụng phác đồ SOF/DAC [5, 13, 14]. Nhóm thất bại điều trị không có nhiều sự khác biệt với nhóm bệnh nhân khác trong nghiên cứu này. Yếu tố khách quan do hạn chế của nghiên cứu khai thác đánh giá trên cỡ mẫu chưa đủ lớn và nguồn lực hạn chế, bệnh nhân chưa được làm đầy đủ các đánh giá sau điều trị nên chưa phản ánh được các yếu tố ảnh hưởng tới việc thất bại điều trị của bệnh nhân.

Hạn chế nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân VGC/HIV tuân thủ điều trị do đó chưa phản ánh đầy đủ kết quả của chương trình điều trị đặc biệt trên nhóm chưa tuân thủ điều trị. Mặt khác cỡ mẫu là 350 trên tổng số bệnh nhân VGC/HIV được điều trị là 1.016 nên chưa đánh giá được đầy đủ hiệu quả của chương trình

cũng như thất bại của các nhóm khác nhau. Do số liệu chỉ hồi cứu qua bệnh án nên nghiên cứu chưa phân tích được các yếu tố liên quan đến thất bại điều trị trong các nhóm khác nhau liên quan đến tuân thủ điều trị, các bệnh mãn tính, tương tác thuốc. Do đó cần thêm các nghiên cứu sâu hơn với cỡ mẫu lớn hơn và được thiết kế chặt chẽ hơn để tìm hiểu hiệu quả chương trình cũng như các yếu tố nguy cơ dẫn đến thất bại như điều kiện kinh tế, khoảng cách địa lý, kiến thức thái độ đối với bệnh VGC...

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân viêm gan vi rút C trên bệnh nhân đồng nhiễm HIV đang điều trị ARV có tỷ lệ nam giới chiếm 91,7%, độ tuổi trung bình $46,2 \pm 4,1$, người lao động tự do, thất nghiệp 63,91%. Tiền sử chẩn đoán viêm gan vi rút 86,0%, trước điều trị có 91,1% không có xơ gan và 2,9% có viêm gan B. Kết quả điều trị viêm gan vi rút C trên bệnh nhân đồng nhiễm HIV đang điều trị ARV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên năm 2022 có tỷ lệ điều trị thành công là 96,6%.

Kết quả nghiên cứu có thể sử dụng làm bằng chứng để vận động chính sách, nguồn lực nhằm tăng tỷ lệ người nhiễm viêm gan vi rút C được điều trị nói chung và bệnh nhân VGC/HIV được điều trị nói riêng. Mặc dù quy mô hạn chế, kết quả của khảo sát này là cơ sở để đưa ra những khuyến nghị nhằm giảm bớt các rào cản liên quan đến việc tiếp cận điều trị viêm gan vi rút C.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Sở Y tế, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR); dự án Tăng cường hỗ trợ kỹ thuật Phòng, chống HIV/AIDS (EPIC); dự án Quỹ toàn cầu Phòng, chống AIDS, Lao và Sốt rét; Tổ chức hợp tác

phát triển Y tế Việt Nam (HAIVN); các cơ sở điều trị HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. Báo cáo tình hình điều trị HIV/AIDS năm 2021. 2022.
2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. Gặp mặt phóng viên báo chí nhân Tháng Hành động Quốc gia phòng, chống HIV/AIDS năm 2021. Truy cập ngày 16/11/2021. <https://vaac.gov.vn/gap-mat-phong-vien-bao-chi-nhan-thang-hanh-dong-quoc-gia-phong-chong-hiv-aids-nam-2021.html>.
3. Cục Phòng, chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. Báo cáo tình hình điều trị viêm gan C năm 2021. 2022.
4. Nguyễn Kim Thư. Đánh giá tình hình điều trị viêm gan C trên bệnh nhân đồng nhiễm HIV/VGC tại bệnh viện đa khoa Đồng Đa. Bệnh viện Đa khoa Đồng Đa. 2019; 15 - 27.
5. Bộ Y tế. Quyết định số 1207/QĐ-BYT ngày 09/02/2021 về việc Phê duyệt Kế hoạch điều trị Viêm gan C trên người đồng nhiễm HIV, Quyết định số 2065/QĐ-BYT ngày 29/04/2021 về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút C. 2021.
6. Đỗ Duy Cường, Nông Minh Vương, Trần Xuân Bách. Tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV trên các bệnh nhân HIV và một số yếu tố liên quan tại Khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học dự phòng. 2015; 25 (6 (166)): 20 - 31.
7. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Nguyên. Báo cáo tổng kết chương trình phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Thái Nguyên năm 2021. 2022.
8. Ngô Anh Thế. Theo dõi đáp ứng điều trị của phác đồ Sof/Dad trên bệnh nhân nhiễm VGC với các kiểu gen khác nhau. Trường Đại học Y Hà Nội. 2017; 25 - 33.
9. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán điều trị viêm gan vi rút C, 2016. Số 5012/QĐ-BYT, ngày 20/09/2016.
10. Nguyễn Đức Hiền. Viêm gan vi rút, Bài giảng Truyền nhiễm, Viện Các Bệnh Truyền Nhiễm và Nhiệt đới Quốc gia Hà Nội. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007; 94 - 108.
11. Hà Văn Mạo, Vũ Bằng Đình. Viêm gan vi rút C, Bệnh học gan mật tụy. Nhà xuất bản Y học. 2009; 308 - 333.
12. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế. Đánh giá hiệu quả - chi phí của thuốc kháng vi rút tác động trực tiếp trong điều trị bệnh viêm gan C mạn tính tại Việt Nam. 2021.
13. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Số 5968/QĐ-BYT, ngày 31/12/2021.
14. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS. Số 5456/QĐ-BYT, ngày 20/11/2019.

RESULTS OF HEPATITIS C TREATMENT WITH SOFOSBUVIR AND DACLATASVIR AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV ON ANTIRETROVIRAL THERAPY IN THAI NGUYEN PROVINCE IN 2022

Ho Thi Quynh Trang¹, Phan Thanh Ngan¹, Le Quang Vien¹, Tran Quoc Hoan¹,
Le Ai Kim Anh¹, Phan Thi Thu Huong², Pham Hong Thang³, Phan Dang Than³

¹*Center for Disease Control of Thai Nguyen province*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

A cross - sectional study was conducted to describe the outcome of hepatitis C treatment and its associated factors among HIV and hepatitis C co-infected people on ART in Thai Nguyen in 2022. The data were collected from the electronic medical records of 350 patients who had completed hepatitis C treatment and had the results of hepatitis C viral load. The findings showed that 86.0% of participants had a history of diagnosis with viral hepatitis,

8.9% had compensated cirrhosis, and 2.9% tested positive for HBsAg. The HIV virus load in the last 12 months of < 200cp/ml accounted for 92.9%. After 12 weeks of treatment with Sofosbuvir and Daclatasvir regimens, the success rate of HCV treatment among participants reached 96.6%.

Keywords: Co-infection HCV/HIV; Hepatitis C; Sofosbuvir and Daclatasvir

SỰ ỨC CHẾ TẢI LƯỢNG VI RÚT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI NHIỄM HIV ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2020 – 2021

Nguyễn Ngọc Trinh^{1*}, Nguyễn Lê Hạnh Nguyên¹, Văn Hùng¹, Đinh Quốc Thông¹, Khuru Văn Nghĩa², Nguyễn Hoàng Minh³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh*

²*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

³*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại Học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định sự ức chế tải lượng vi rút (TLVR) và mô tả một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV, từ đó giúp đánh giá hiệu quả điều trị ARV tại Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ 7/2020 đến 7/2021 trên 16.278 người nhiễm HIV có kết quả TLVR trong thời gian nghiên cứu. Kết quả cho thấy tỷ lệ người nhiễm HIV đạt ngưỡng ức chế TLVR (< 1.000 bản sao/ml) là 98,6%. Người nhiễm HIV là nam quan hệ tình dục đồng giới, hoặc là vợ/bạn tình người nguy cơ cao có khả năng ức chế TLVR cao hơn nhóm tiêm chích ma túy (TCMT) (ORHC: 2,04, 95%KTC: 1,32 - 3,17); (ORHC: 1,84, 95%KTC: 1,29 - 2,62). Người đã điều trị ARV từ 2 - 5 năm, hoặc ≥ 5 năm có khả năng đạt ức chế TLVR cao hơn nhóm điều trị từ 1 - 2 năm (ORHC: 1,74, 95%KTC: 1,08 - 2,80); (ORHC: 1,61, 95%KTC: 1,01 - 2,57). Khả năng ức chế TLVR cao hơn được phát hiện ở nhóm bắt đầu điều trị ở giai đoạn I và II (so với III hoặc IV) (ORHC: 5,89, 95%KTC: 4,06 - 8,55), và nhóm tuân thủ điều trị tốt (ORHC: 3,40, 95%KTC: 2,29 - 5,03). Do vậy, các chương trình điều trị ARV cần đẩy mạnh hơn việc kết nối điều trị ARV sớm và tư vấn tuân thủ điều trị cho người nhiễm HIV, đặc biệt nhóm TCMT, từ đó giúp tăng tỷ lệ người nhiễm HIV đạt ức chế TLVR ở TP.HCM.

Từ khóa: Ức chế tải lượng vi rút; HIV; ARV; tuân thủ điều trị

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình dịch HIV/AIDS tại Việt Nam trong những năm gần đây có xu hướng giảm ở các nhóm đối tượng nguy cơ cao. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ bán dâm được khống chế ở mức thấp (trên dưới 3%). Trong khi đó, tỷ lệ này ở nhóm tiêm chích ma túy vẫn khá cao (trên 12%) [1]. Đặc biệt, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tăng đáng kể từ 6,7% năm 2014 lên 12,2% (2017) và 13,3% (2020) [1]. Tính đến cuối năm 2021, Việt Nam có 478 cơ sở điều trị ARV với 163.284 người nhiễm HIV đang điều trị, và là một trong số quốc gia đầu tiên đã và đang thực hiện cam kết

của tổ chức UNAIDS về thực hiện mục tiêu 90-90-90. Cụ thể là đến năm 2020, 90% số người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm của mình, 90% số người chẩn đoán HIV được điều trị ARV, 90% số người điều trị ARV đạt ngưỡng ức chế vi rút [2].

Việc đạt được ngưỡng ức chế tải lượng vi rút cho người nhiễm HIV đang điều trị ARV là vô cùng quan trọng. Điều đó giúp người nhiễm HIV phòng chống việc suy giảm hệ thống miễn dịch, giảm tỷ lệ mắc các bệnh đồng nhiễm và tử vong liên quan đến AIDS, và đặc biệt giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho gia đình và cộng đồng [3, 4]. Ngoài ra, việc đánh giá tỷ lệ ức chế

*Tác giả: Nguyễn Ngọc Trinh

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật TP. Hồ Chí Minh

Điện thoại: 0985 886 223

Email: nntrinh2103@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/10/2022

Ngày phản biện: 22/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

tải lượng vi rút (TLVR) của người nhiễm HIV góp phần phản ánh đúng kết quả của mục tiêu 90 thứ ba của TP.HCM, từ đó giúp cho các nhà hoạt động chính sách có cái nhìn tổng quát hơn để xây dựng kế hoạch chiến lược phù hợp chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030.

Thành phố Hồ Chí Minh là một trong những trung tâm kinh tế, văn hóa, xã hội lớn đứng đầu cả nước. Hiện nay, TP.HCM có 42.956 người nhiễm HIV đang điều trị ARV, chiếm 26% số người nhiễm HIV của toàn quốc, từ đó đặt ra nhiều gánh nặng và thách thức không nhỏ cho thành phố trong công tác Phòng, chống HIV/AIDS. Đặc biệt trong giai đoạn từ năm 2020 đến hết năm 2021, TP.HCM bị ảnh hưởng nặng nề bởi đại dịch COVID-19 nên việc điều trị ARV và xét nghiệm TLVR cũng gặp khó khăn, và có một thời gian phải tạm dừng thực hiện xét nghiệm TLVR thường quy theo hướng dẫn tạm thời của Cục phòng, chống HIV/AIDS [5]. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến kết quả điều trị ARV tại TP.HCM trong giai đoạn 2020 - 2021, nên nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ đạt ức chế TLVR và mô tả một số yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại TP.HCM trong giai đoạn này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, đang điều trị ARV từ 6 tháng trở lên, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và có kết quả xét nghiệm TLVR trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Trường hợp người nhiễm HIV có kết quả TLVR từ 2 lần trở lên thì sẽ lấy lần gần nhất so với thời điểm cuối của giai đoạn nghiên cứu (tháng 7/2021) để phân tích.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại các phòng khám ngoại trú HIV ở Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện dựa trên cơ sở dữ liệu được thiết lập cho hệ

thống giám sát người nhiễm HIV tại Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Có 16.278 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Thông tin của toàn bộ người nhiễm HIV đang điều trị ARV có đầy đủ hồ sơ bệnh án điện tử tại các phòng khám ngoại trú của TP.HCM, và có kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút HIV trong khoảng thời gian số liệu nghiên cứu được thu thập.

2.6 Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu được ghi nhận là một phần của các chỉ số thông tin cần được thu thập trong hệ thống giám sát ca bệnh quốc gia tại Thành phố Hồ Chí Minh. Hệ thống giám sát ca bệnh HIV được nhóm kỹ thuật trung ương xây dựng và triển khai đảm bảo các tiêu chuẩn về bảo mật thông tin và chất lượng số liệu.

Biến số kết quả:

TLVR HIV là số lượng bản sao HIV trong một đơn vị thể tích (ml) huyết tương của người nhiễm HIV. Ức chế TLVR được định nghĩa khi kết quả TLVR dưới 1.000 bản sao/ml huyết tương ở bệnh nhân đã điều trị ARV ít nhất 6 tháng. Do vậy, TLVR được chia thành hai nhóm bao gồm: “ức chế” và “không ức chế”.

Biến số độc lập:

Các dữ liệu của người tham gia nghiên cứu được thu thập bao gồm: Các thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, nơi cư trú, nhóm đối tượng), và các thông tin về điều trị (thời gian điều trị ARV, giai đoạn lâm sàng lúc bắt đầu điều trị).

Ngoài ra, tuân thủ điều trị được định nghĩa là việc người bệnh uống đúng thuốc, đúng liều, đúng giờ, đúng cách theo chỉ định của bác sĩ, đến khám và làm xét nghiệm theo lịch hẹn, và được thu thập thông qua đánh giá của bác sĩ điều trị tại lần tái khám gần nhất trong thời gian

nguyên cứu. Biến “tuân thủ điều trị” sẽ được chia làm 2 nhóm bao gồm: “tuân thủ tốt” (tuân thủ uống thuốc $\geq 95\%$ hoặc ≤ 2 liều thuốc đã quên trong 30 liều hoặc < 3 liều đã quên trong 60 liều) và “không tuân thủ” (tuân thủ uống thuốc $< 95\%$ hoặc có trên 3 liều thuốc đã quên trong vòng 30 liều).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các thông tin về quá trình tham gia điều trị của người nhiễm HIV được ghi nhận và quản lý vào hệ thống theo dõi người đang điều trị ARV- eClinica. Nhân viên y tế tham gia chăm sóc người đang điều trị ARV được tập huấn kỹ năng sử dụng hệ thống eClinica. Các thông tin đối tượng nghiên cứu được ghi nhận định kỳ vào hệ thống eClinica trong quá trình tham gia điều trị bao gồm nhân khẩu học, thông tin điều trị, tuân thủ điều trị như ở phần biến số trên đây. Dữ liệu nghiên cứu được chiết xuất từ hệ thống eClinica, sau đó được làm sạch, mã hóa, và phân tích một cách bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích phân tích số liệu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Toàn bộ dữ liệu của người tham gia được trích xuất sang Microsoft Excel 2016 để làm sạch và lọc sự trùng lặp. Sau đó, phân tích mô tả được thực hiện để trình bày một số đặc điểm của người tham gia theo tần số (n), phần trăm (%), giá trị trung bình, và độ lệch chuẩn. Tiếp

theo, mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến được dùng để khám phá một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ ức chế TLVR. Những biến độc lập có mối tương quan với biến kết quả ở $p < 0,05$ trong mô hình hồi quy đơn biến được chọn để đưa vào phân tích trong mô hình đa biến. Giá trị $p < 0,05$ được chọn là mức thống kê có ý nghĩa. Tất cả các phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này được thực hiện dựa trên hệ thống giám sát người nhiễm HIV quốc gia được thiết lập để theo dõi tình hình dịch và cải thiện chương trình điều trị. Đề cương của hệ thống giám sát người nhiễm HIV được hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (NIHE IRB-11/2020 ngày 03/08/2022) và CDC – Atlanta Hoa Kỳ phê duyệt. Quy trình triển khai hệ thống giám sát người nhiễm HIV được nhóm kỹ thuật trung ương xây dựng đảm bảo các tiêu chuẩn về bảo mật thông tin và an ninh số liệu. Các dữ liệu thu thập được mã hóa và phân tích một cách bảo mật, và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và giai đoạn lâm sàng ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2020 - 2021 (n = 16.278)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	12.145	74,6
Nữ	4.133	25,4
Tuổi		
16 - 24	1.244	7,6
25 - 34	4.392	27,0
35 - 44	7.294	44,8
45 - 54	2.691	16,5
≥ 55	657	4,0
Trung bình (biến thiên)	37,7 (15 - 90)	

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và giai đoạn lâm sàng ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2020 - 2021 (n = 16.278) (tiếp)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nơi cư trú		
Thành phố Hồ Chí Minh	10.792	66,3
Tỉnh khác	5.486	33,7
Nhóm đối tượng		
Tiêm chích ma túy	4.511	27,7
Nam quan hệ tình dục đồng giới	4.716	29,0
Quan hệ tình dục khác giới	1.333	8,2
Vợ/bạn tình của người nguy cơ cao	4.912	30,2
Khác	806	5,0
Thời gian điều trị ARV		
< 1 năm	69	0,4
1 đến dưới 2 năm	1.550	9,5
2 đến dưới 5 năm	4.388	27,0
≥ 5 năm	10.271	63,1
Trung bình (biến thiên)	6,94 (0 - 21)	
Trung vị (khoảng tứ phân vị)	6 (3 - 11)	
Giai đoạn lâm sàng lúc bắt đầu điều trị ARV		
Giai đoạn I	15.509	95,3
Giai đoạn II	247	1,5
Giai đoạn III	294	1,8
Giai đoạn IV	228	1,4
Tuân thủ điều trị ARV		
Tốt	15.569	95,6
Không	709	4,4
Tải lượng vi rút (bản sao/ml)		
< 200 bản sao	15.951	98,0
200 – 999 bản sao	102	0,6
≥ 1000 bản sao	225	1,4

ARV: Antiretroviral therapy

Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của người nhiễm HIV tham gia trong nghiên cứu này là 37,7 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 35 - 44 chiếm nhiều tỷ lệ nhất, tiếp đến là nhóm tuổi 25 - 34, và 45 - 54. Thêm nữa, đa số người tham gia là nam giới (74,6%), hai phần ba hiện đang sinh sống tại TP.HCM (66,3%). Đối tượng nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất là vợ hoặc bạn tình của người nguy cơ cao (30,1%), kế đến là MSM (29,0%) và người tiêm chích ma túy (27,7%).

Về đặc điểm giai đoạn lâm sàng của người nhiễm HIV, thời gian điều trị ARV trung bình là 6,94 năm. Giai đoạn lâm sàng lúc bắt đầu điều trị chủ yếu là giai đoạn I chiếm 95,3%, giai đoạn muộn III và IV chỉ chiếm lần lượt là 1,8% và 1,4%. Ngoài ra, số người tham gia tuân thủ điều trị tốt đạt tỷ lệ khá cao 95,6%.

Tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút của người nhiễm HIV trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ rất cao 98,6%. Trong đó, tỷ lệ TLVR dưới 200

bản sao/ml là 98%, từ 200 - 999 bản sao/ml là 0,6%. Chỉ có 1,4 % người nhiễm HIV không đạt ngưỡng ức chế TLVR (≥ 1.000 bản sao/ml).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến sự ức chế tải lượng vi rút

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến sự ức chế tải lượng vi rút ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Thành phố Hồ Chí Minh, 2020 - 2021 (n = 16.278)

Đặc điểm	Ức chế tải lượng vi rút (< 1000 bản sao/ml)			
	OR (95% KTC)	Giá trị p	ORHC (95% KTC)	Giá trị p
Giới tính				
Nam	1,0			
Nữ	1,02 (0,75 - 1,39)	0,862		
Nhóm tuổi				
16 - 24	1,0			
25 - 34	1,40 (0,84 - 2,33)	0,190		
35 - 44	1,16 (0,72 - 1,86)	0,527		
45 - 54	1,30 (0,75 - 2,24)	0,341		
≥ 55	1,11 (0,52 - 2,37)	0,786		
Nơi cư trú				
Thành phố Hồ Chí Minh	1,0		1,0	
Tỉnh khác	1,54 (1,13 - 2,09)	0,005	1,31 (0,94 - 1,83)	0,106
Nhóm đối tượng				
Tiêm chích ma túy	1,0		1,0	
Nam QHTD đồng giới	2,21 (1,54 - 3,17)	< 0,001	2,04 (1,32 - 3,17)	0,001
QHTD khác giới	1,61 (0,95 - 2,71)	0,330	1,50 (0,90 - 2,63)	0,114
Vợ/bạn tình người có nguy cơ	1,98 (1,40 - 2,80)	0,023	1,84 (1,29 - 2,62)	0,001
Khác	0,77 (0,48 - 1,25)	< 0,001	0,79 (0,47 - 1,30)	0,362
Thời gian điều trị ARV				
Dưới 1 năm	0,43 (0,12 - 1,45)	0,445	0,43 (0,11 - 1,55)	0,198
1 đến dưới 2 năm	1,0		1,0	
2 đến dưới 5 năm	1,82 (1,14 - 2,89)	0,003	1,74 (1,08 - 2,80)	0,022
≥ 5 năm	1,38 (0,92 - 2,05)	0,074	1,61 (1,01 - 2,57)	0,044
GBLS lúc bắt đầu điều trị ARV				
Giai đoạn I và II	6,98 (4,90 - 9,94)	< 0,001	5,89 (4,06 - 8,55)	< 0,001
Giai đoạn III và IV	1,0		1,0	
Tuân thủ điều trị ARV				
Không	1,0		1,0	
Có	3,76 (2,57 - 5,51)	< 0,001	3,40 (2,29 - 5,03)	< 0,001

ARV: Antiretroviral; QHTD: Quan hệ tình dục; GBLS: Giai đoạn lâm sàng; OR: Tỷ suất chênh; KTC: Khoảng tin cậy; ORHC: Tỷ suất chênh hiệu chỉnh

Phân tích hồi quy logistic đa biến kết quả nghiên cứu cho thấy người nhiễm HIV là MSM hoặc là vợ/bạn tình của người nguy cơ cao có khả năng có ức chế TLVR cao hơn so với nhóm tiêm chích ma túy (ORHC: 2,04, 95% KTC: 1,32 - 3,17, $p = 0,001$) và (ORHC: 1,842, 95% KTC: 1,29 - 2,62, $p = 0,001$). Người nhiễm HIV có thời gian điều trị ARV từ 2 đến dưới 5 năm hoặc ≥ 5 năm có khả năng ức chế TLVR cao hơn so với nhóm điều trị từ 1 đến dưới 2 năm (ORHC: 1,74, 95% KTC: 1,08 - 2,80, $p = 0,022$) và (ORHC: 1,61, 95% KTC: 1,01 - 2,57, $p = 0,044$). Thêm nữa, người nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV ở giai đoạn lâm sàng I và II có khả năng ức chế TLVR cao hơn nhóm bắt đầu điều trị ở giai đoạn muộn III hoặc IV (ORHC: 5,89, 95% KTC: 4,06 - 8,55, $p < 0,001$). Nhóm tuân thủ điều trị ARV tốt có khả năng đạt ức chế TLVR cao hơn 3,4 lần so với nhóm tuân thủ chưa tốt (ORHC: 3,40, 95% KTC: 2,29 - 5,03, $p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ ức chế TLVR trong nghiên cứu này rất cao chiếm 98,6%. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu khác trước đây [6, 7]. Ngoài ra, giai đoạn 2020 - 2021 là thời gian TP.HCM bị ảnh hưởng bởi dịch COVID-19 nên việc thực hiện xét nghiệm TLVR cũng gặp khó khăn và có thời gian phải tạm dừng thực hiện xét nghiệm TLVR thường quy theo hướng dẫn tạm thời của Cục phòng, chống HIV/AIDS [5]. Vì vậy, cỡ mẫu của nghiên cứu này chỉ dựa trên số người nhiễm HIV được làm xét nghiệm và có kết quả TLVR tính đến cuối năm 2021 (16.278/42.956 tổng số đang điều trị ARV), từ đó kết quả này có thể chưa phản ánh được tỷ lệ đạt ức chế TLVR thực tế đạt được. Tuy nhiên, khi so sánh với báo cáo kết quả cải tiến chất lượng HIV/QUAL tại TP.HCM trong năm 2020 và 2021 thì tỷ lệ này cũng khá tương đồng, đều trên 98% [8, 9]. Đây là một tín hiệu rất khả quan của TP.HCM trong việc hoàn thành mục tiêu 90% thứ ba trong mục tiêu 90-90-90.

Tuy nhiên, kết quả cũng cho thấy TP.HCM còn 1,4% người nhiễm HIV không đạt được

ngưỡng ức chế TLVR tức là họ thất bại điều trị về mặt vi rút học và phải chuyển phác đồ điều trị bậc cao hơn (Bảng 1). Đây là nhóm đối tượng mà TP.HCM cần đặc biệt quan tâm nhiều hơn nữa vì nguy cơ tiếp tục thất bại điều trị và kháng thuốc rất cao. Ước tính giá thành trung bình của phác đồ bậc 2 hiện nay khoảng gần 3 triệu/1 tháng và chủ yếu do Bảo hiểm Y tế chi trả. Nếu số bệnh nhân này không cải thiện được TLVR sau 1 - 3 tháng tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị hoặc bệnh nhân không mua được thẻ Bảo hiểm Y tế thì sẽ làm tăng gánh nặng kinh tế cho họ và gia đình, cũng như nguồn ngân sách địa phương, từ đó ảnh hưởng đến các chương trình điều trị ARV của TP.HCM.

Nghiên cứu chỉ ra rằng người nhiễm HIV là MSM có khả năng đạt ức chế TLVR cao hơn so với nhóm TCMT. Điều này có thể một phần là do MSM hiện nay đa số có trình độ học vấn cao, và có nhiều cơ hội tiếp cận các nguồn thông tin khác nhau nên hiểu biết về lợi ích của việc điều trị ARV tốt hơn, tuân thủ điều trị tốt hơn so với nhóm TCMT. Ngoài ra, chiến dịch truyền thông K = K (không phát hiện bằng không lây truyền) phát động tại TP.HCM cũng là động lực để các người nhiễm HIV có nguy cơ lây truyền qua đường tình dục (như MSM, vợ/bạn tình người nguy cơ cao) duy trì TLVR dưới ngưỡng phát hiện để không làm lây truyền HIV sang bạn tình. Từ đó góp phần làm tăng tỷ lệ ức chế TLVR trên nhóm người nhiễm HIV này.

Kết quả cũng cho thấy người nhiễm HIV điều trị ARV trên 2 năm có khả năng đạt ức chế TLVR cao hơn so với nhóm điều trị từ 1 đến dưới 2 năm. Phát hiện này có thể là do trong năm đầu tiên điều trị, bệnh nhân chưa quen với việc dùng thuốc hoặc gặp các tác dụng phụ của thuốc. Thêm nữa, họ cũng chưa có kinh nghiệm để vượt qua rào cản xã hội, sợ bị kỳ thị nên ngại đến nhận thuốc hoặc lĩnh thuốc trễ, và tuân thủ điều trị kém, từ đó dẫn đến tỷ lệ ức chế TLVR thấp hơn. Ngoài ra, chúng tôi cũng phát hiện thấy người nhiễm HIV bắt đầu điều trị ở GĐLS sớm I và II có khả năng đạt ngưỡng ức chế TLVR cao hơn so với nhóm có GĐLS III hoặc IV (Bảng 2). Nghiên cứu của tác giả

Trương Thái Phương cũng chỉ ra kết quả tương tự khi người nhiễm HIV bắt đầu điều trị ở giai đoạn HIV tiến triển có đáp ứng điều trị thấp hơn đáng kể [7].

Tuân thủ điều trị tốt có thể làm tăng hiệu quả của thuốc, và là yếu tố quyết định việc bệnh nhân có đạt được TLVR dưới ngưỡng phát hiện hay không. Nghiên cứu này cho thấy nhóm tuân thủ điều trị tốt có khả năng đạt ức chế TLVR cao hơn so với nhóm không tuân thủ. Theo Hướng dẫn chăm sóc và điều trị HIV/AIDS của Bộ Y tế năm 2017, ngưỡng tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị cho bệnh nhân là ≥ 1.000 bản sao/ml sau 3 tháng [10], đến năm 2019 ngưỡng này giảm xuống là ≥ 200 bản sao/ml và sau 3 tháng [11], và hiện nay đang áp dụng ngưỡng > 50 bản sao/ml và sau 1 tháng [12]. Qua đó, cho thấy Bộ Y tế cũng đã kịp thời điều chỉnh hướng dẫn nhằm đưa ra các can thiệp sớm hơn và phát hiện sớm thất bại điều trị ở người nhiễm HIV.

Nghiên cứu này có một số hạn chế: Do số liệu được hồi cứu từ hồ sơ bệnh án điện tử, nên một số biến quan trọng liên quan đến việc ức chế TLVR không được thu thập như: Số lượng CD4 ban đầu, các bệnh đồng nhiễm, phác đồ điều trị ARV ban đầu. Ngoài ra, chỉ những bệnh nhân có kết quả xét nghiệm TLVR trong thời gian nghiên cứu mới được đưa vào phân tích, từ đó kết quả của nghiên cứu có thể chưa phản ánh được tỷ lệ ức chế TLVR một cách toàn diện cho toàn bộ quần thể ở TP.HCM. Tuy nhiên, với cỡ mẫu tương đối lớn, chiếm hơn 1/3 số bệnh nhân điều trị ARV của TP.HCM, nghiên cứu này cũng phần nào gợi ý các bằng chứng kịp thời cho thành phố xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp cho các chương trình điều trị ARV, từ đó giúp làm tăng tỷ lệ đạt ức chế TLVR cho người nhiễm HIV.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 7/2020 đến tháng 7/2021 trên 16.278 người nhiễm HIV có kết quả tải lượng vi rút trong thời gian nghiên cứu, kết quả cho thấy:

Tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút của người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại TP.HCM trong giai đoạn 2020 - 2021 khá cao, đạt 98,6%. Bốn yếu tố liên quan đến khả năng đạt ức chế tải lượng vi rút cao hơn bao gồm: (1) Đối tượng là MSM hoặc vợ/bạn tình người nguy cơ cao, (2) Tuân thủ điều trị tốt, (3) Thời gian điều trị ARV từ 2 năm trở lên, (4) Bắt đầu điều trị ARV sớm ở giai đoạn lâm sàng I hoặc II. Do vậy, các chương trình điều trị ARV cần đẩy mạnh và chú trọng hơn việc kết nối để đưa vào điều trị ARV sớm, tư vấn tuân thủ điều trị, và nâng cao nhận thức về hiệu quả của điều trị ARV cho người nhiễm HIV, đặc biệt là cho các đối tượng tiêm chích ma túy, từ đó giúp tăng tỷ lệ đạt ngưỡng ức chế tải lượng vi rút ở người nhiễm HIV tại Thành phố Hồ Chí Minh

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo và cán bộ khoa Phòng, chống HIV/AIDS của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Hội nghị tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2021 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2022. Accessed 18/10/2022. <https://vaac.gov.vn/ho-i-nghi-to-ng-ke-t-cong-ta-c-pho-ng-cho-ng-hiv-aids-nam-2021-va-nhie-m-vu-tro-ng-tam-nam-2022.html>.
2. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Accessed 18/10/2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en.pdf.
3. Engsig FN, Zangerle R, Katsarou O, et al. Long-term mortality in HIV-positive individuals virally suppressed for > 3 years with incomplete CD4 recovery. Clin Infect Dis. 2014; 58 (9): 1312 - 1321.
4. Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaud HJ et al. Effects of early versus delayed initiation of

- antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect. Dis.* 2014; 14 (4): 281 - 290.
5. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Công văn về việc Hướng dẫn tạm thời điều trị thuốc ARV cho người nhiễm HIV trong tình hình dịch COVID-19. Số 178/AIDS-ĐT, ngày 27 tháng 3 năm 2020.
 6. Khuru Văn Nghĩa, Trần Phúc Hậu, Vũ Xuân Thịnh, cộng sự. Kết quả lượng giá chỉ tiêu thứ ba thuộc mục tiêu 90-90-90, chương trình phòng chống HIV/AIDS của khu vực phía Nam, 2016 - 2018. *Tạp chí Y học dự phòng.* 2019; 29 (11): 329 - 336.
 7. Trương Thái Phương. Theo dõi tải lượng HIV thường quy ở bệnh nhân điều trị thuốc kháng vi rút bậc một tại khu vực miền Bắc Việt Nam. Luận án Tiến sỹ Y học ngành Vi sinh Y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. 2021.
 8. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh. Báo cáo cải tiến chất lượng HIV/QUAL năm 2020. 2020.
 9. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hồ Chí Minh, Báo cáo cải tiến chất lượng HIV/QUAL năm 2021. 2021.
 10. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”. Số 5418/QĐ-BYT, ngày 01 tháng 12 năm 2017.
 11. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”. Số 5456/QĐ-BYT, ngày 20 tháng 11 năm 2019.
 12. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành “Hướng dẫn Điều trị và chăm sóc HIV/AIDS”. Số 5968/QĐ-BYT, ngày 31 tháng 12 năm 2021.

HIV VIRAL LOAD SUPPRESSION AND SOME ASSOCIATED FACTORS AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV ON ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HO CHI MINH CITY DURING, 2020 - 2021

Nguyen Ngoc Trinh¹, Nguyen Le Hanh Nguyen¹, Van Hung¹, Dinh Quoc Thong¹, Khuu Van Nghia², Nguyen Hoang Minh³

¹*Ho Chi Minh City Center for Disease Control and Prevention*

²*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

³*School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

This study aimed to determine the viral load (VL) suppression and describe some associated factors among HIV-infected people, thereby helping to evaluate the effectiveness of ART treatment in Ho Chi Minh City (HCMC). A cross - sectional study was conducted from July 2020 to July 2021 on 16,278 patients who had the VL results in this period. The results showed that the proportion of achieving VL suppression (< 1.000 copies/ml) was 98.6%. HIV-infected people who were men having sex with men, or who were partners of high-risk people had a higher likelihood of having VL suppression than those who inject drugs (PWIDs) (AOR: 2.04, 95% CI: 1.32 - 3.17); (AOR: 1.84, 95% CI: 1.29 - 2.62). People with a duration of ART from 2 - < 5 years, or ≥ 5 years

were more likely to achieve VL suppression than those on 1 - < 2 years of ART (AOR: 1.74, 95% CI: 1.08 - 2.80); (AOR: 1.61, 95% CI: 1.01 - 2.57). In addition, a higher likelihood of achieving VL suppression was found in those initiated ART at early clinical stages I and II (compared to III and IV) (AOR: 5.89, 95% CI: 4.06 - 8.55), and those with good adherence to ART (AOR: 3.40, 95% CI: 2.29 - 5.03). Therefore, antiretroviral treatment programs need to promote the connection of early ART, and counseling on treatment adherence for HIV-infected people, especially for PWIDs, thereby helping to increase the proportion of HIV viral load suppression in HCMC.

Keywords: Viral load suppression; HIV; ART; treatment adherence

ƯỚC TÍNH TỔNG CHI PHÍ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM HIV BẰNG THUỐC KHÁNG HIV DỰA TRÊN PHÂN TÍCH CHI PHÍ Ở NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2021 – 2025

Trương Thị Ngọc^{1*}, Dương Thúy Anh¹, Vũ Thị Hoàng Lan², Nguyễn Thế Duy¹,
Đoàn Thị Thùy Linh¹, Trần Thanh Tùng¹, Phạm Thị Đào²

¹Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội

²Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội

TÓM TẮT

Để phân tích chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM), nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên 1563 hồ sơ bệnh án của khách hàng Nam quan hệ tình dục đồng giới điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) năm 2021 của 2 phòng khám Glink và Trung tâm y tế Nam Từ Liêm, kết hợp phân tích các cấu phần chi phí dựa trên quan điểm người cung cấp dịch vụ và ước tính chi phí điều trị PrEP giai đoạn 2021 - 2025. Kết quả cho thấy chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM/tháng là 355 nghìn đồng (15,27 USD), chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM/năm là 1 triệu 970 nghìn đồng (84,76 USD) với số tháng điều trị trung bình khoảng 5,5 tháng. Trong đó, chi phí thuốc PrEP chiếm 33,57%, xét nghiệm chiếm 34,15%, vận hành 12,35%. Cấu phần chi phí thuốc PrEP và xét nghiệm chiếm tỷ trọng cao nhất trong chi phí điều trị PrEP. Ước tính tổng ngân sách cho điều trị PrEP tại Việt Nam giai đoạn 2021 – 2025 là 389,66 tỷ đồng.

Từ khóa: PrEP; chi phí điều trị trung bình PrEP; ước tính chi phí; thuốc PrEP; MSM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tăng rất nhanh trong những năm gần đây [1]. Qua kết quả giám sát HIV (bao gồm cả giám sát hành vi kết hợp các chỉ số sinh học qua các vòng) từ năm 2015 trở về trước ghi nhận tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong cộng đồng MSM là: 2013 (3,7%), 2014 (6,7%), 2015 (5,1%). Tuy nhiên, tỷ lệ này tăng nhanh lên mức 8,2% năm 2016 và tăng đột biến 13,3% năm 2020 [2]. Bối cảnh hình thái dịch HIV của Việt Nam đã chuyển từ lây truyền qua tiêm chích ma túy sang lây truyền qua đường tình dục không an toàn và nhóm MSM được coi là một trong các nhóm nguy cơ chính [3].

Trước tình hình lây nhiễm HIV ngày càng diễn biến phức tạp tại nhóm MSM, ngày 14/8/2020, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 1246/QĐ-TTg về việc phê duyệt Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, trong đó đã đặt ra chỉ tiêu “Tỷ lệ người nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) được điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV (PrEP) đạt 30% vào năm 2025 và 40% vào năm 2030” [4]. Để mở rộng can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm MSM, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 5154/QĐ-BYT ngày 11/12/2020 về việc triển khai kế hoạch điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV (PrEP) giai đoạn 2021 - 2025. PrEP là một biện pháp dự phòng lây nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV cho người

*Tác giả: Trương Thị Ngọc

Địa chỉ: Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Điện thoại: 0975 613 126

Email: truongtngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2022

Ngày phản biện: 16/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

có hành vi nguy cơ cao chưa nhiễm HIV. PrEP giúp phòng ngừa lây nhiễm HIV trong cơ thể bằng cách ngăn cản sự phát triển chất xúc tác sinh học (enzim) là chất mà HIV dùng để tạo ra các bản sao vi rút mới. Từ năm 2017, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo PrEP là biện pháp dự phòng trước phơi nhiễm HIV cho những người có hành vi nguy cơ cao chưa nhiễm HIV [3]. Việc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV (PrEP) nhằm giảm thiểu nguy cơ nhiễm HIV ở nhóm có hành vi nguy cơ cao, qua đó giảm tỷ lệ nhiễm HIV mới và về lâu dài sẽ giúp giảm gánh nặng tài chính cho quỹ Bảo hiểm y tế (BHYT) khi chi trả cho các dịch vụ điều trị HIV [5].

Theo ước tính, Hà Nội có số lượng nam quan hệ tình dục đồng giới trong độ tuổi 15 - 49 cao thứ 2 cả nước. Theo Báo cáo khách hàng của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Hà Nội đến ngày 31/12/2021, Hà Nội đang điều trị cho 6.604 khách hàng sử dụng PrEP, trong đó, 5.584 khách hàng là MSM. Hiện tại, nguồn kinh phí cho chương trình điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV tại thành phố chủ yếu do kế hoạch khẩn cấp của Tổng thống Hoa Kỳ về phòng, chống AIDS (PEPFAR) viện trợ thông qua dự án EPIC và PATH/Heathy Market. Tuy nhiên, chương trình PEPFAR chưa có cam kết tài trợ cho chương trình PrEP tại các tỉnh/thành phố trọng điểm sau năm 2023 [3].

Trong Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, giải pháp thứ 8 nêu rõ các hoạt động can thiệp giảm hại cũng như dự phòng lây nhiễm HIV cần được huy động từ các nguồn lực trong nước để bù đắp thiếu hụt kinh phí khi các nguồn viện trợ Quốc tế giảm dần và chấm dứt [4]. Để chuẩn bị các nguồn lực tài chính trong nước đảm bảo duy trì PrEP tại Hà Nội cũng như tại các tỉnh, thành phố khác thì việc ước tính chi phí điều trị PrEP là cần thiết trong bối cảnh hiện tại. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để phân tích chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Các kết quả nghiên cứu sẽ giúp các nhà hoạch định xây dựng chính sách và giải pháp thích hợp trong điều kiện các

nhà tài trợ cắt giảm viện trợ trong các năm tiếp theo và đảm bảo mục tiêu chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Chi phí trung bình điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV hàng ngày cho nhóm MSM tại 02 phòng khám tại Hà Nội trong khoảng thời gian từ 01/01/2021 - 31/12/2021.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 02 phòng khám PrEP tại Hà Nội từ tháng 8/2021 – tháng 8/2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên hồ sơ bệnh án, kết hợp phân tích chi phí khác liên quan tới dịch vụ dựa trên quan điểm người cung cấp dịch vụ.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu có chủ đích: Dựa trên danh sách 16 phòng khám tại Hà Nội đang triển khai chương trình điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV sắp xếp theo số lượng giảm dần số lượt khách hàng sử dụng dịch vụ, chia nhóm loại hình phòng khám công và phòng khám tư (Phụ lục 6).

Căn cứ nguồn lực của nghiên cứu, nhóm nghiên cứu lựa chọn 02 phòng khám gồm:

Chọn 01 phòng khám tư: Phòng khám Glink Hà Nội;

Chọn 01 phòng khám công: Trung tâm y tế quận Nam Từ Liêm.

Lý do lựa chọn: Đây là 2 phòng khám điển hình cho các mô hình triển khai PrEP tại Hà Nội:

02 phòng khám được lựa chọn đại diện cho 02 mô hình triển khai PrEP tại Hà Nội hiện nay (Phòng khám công & Phòng khám tư nhân).

Được hỗ trợ từ các chương trình, dự án để thiết lập từ giai đoạn thí điểm, đã vận hành ổn định được một thời gian tương đối dài, 2 phòng khám trên có thời gian triển khai PrEP trên 3 năm (là 2 phòng khám đầu tiên triển khai thí điểm chương trình), 2 phòng khám trên có số lượng khách hàng lớn, ổn định. Glink Hà Nội là phòng khám tư nhân do cộng đồng và các nhân viên trong phòng khám thuộc cộng đồng MSM triển khai nên thu hút lượng lớn khách hàng là đối tượng MSM (hơn 1200 khách hàng/năm). TTYT quận Nam Từ Liêm là cơ sở y tế công lập, cung cấp đa dạng các dịch vụ HIV/AIDS (xét nghiệm HIV, điều trị ARV, dự phòng HIV, điều trị Methadone), có số lượng khách hàng ổn định (300 khách hàng/năm).

Là hình mẫu để áp dụng cho các phòng khám khác giai đoạn mở rộng.

Tổng số KH nhận dịch vụ PrEP ít nhất 1 lần trong năm 2021 của 02 Phòng khám chiếm 28% số KH nhận dịch vụ ít nhất 01 lần trong năm 2021 trên địa bàn TP. Hà Nội (1.563/5.584).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Rà soát tất cả hồ sơ bệnh án tại 02 phòng khám trên với tiêu chí: Hồ sơ bệnh án của khách hàng là nam quan hệ tình dục đồng giới được điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV hàng ngày trong khoảng thời gian từ 01/01/2021 - 31/12/2021. Sau khi rà soát hồ sơ bệnh án, năm 2021, Phòng khám Glink Hà Nội có 1235 khách hàng MSM điều trị PrEP; Trung tâm y tế Nam Từ Liêm có 328 khách hàng MSM điều trị PrEP.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nhóm biến về số lượng: Thuốc, vật tư tiêu hao, xét nghiệm, số tháng thuốc điều trị;

Nhóm biến về chi phí trung bình điều trị PrEP từ quan điểm người cung cấp dịch vụ: Chi phí cố định (3 biến: nhân sự gián tiếp, tài sản cố định, vận hành) và chi phí biến đổi (4 biến: nhân sự, thuốc PrEP, chi phí xét nghiệm, vật tư tiêu hao, chi phí khác).

Tỷ giá: 1 USD = 23261 VNĐ - Ngân hàng Nhà nước Việt Nam công bố tỷ giá trung tâm của Đồng Việt Nam với Đô la Mỹ, áp dụng cho ngày 07/09/2022.

Công thức tính chi phí trung bình điều trị PrEP cho 1 khách hàng/tháng:

$$\frac{\text{Chi phí điều trị PrEP 1 năm}}{\text{Tổng số tháng thuốc phát ra trong năm}}$$

$$= \frac{\text{Chi phí cố định (FC) + chi phí biến đổi (VC)}}{\text{Tổng số tháng thuốc phát ra trong năm}}$$

Chi phí trung bình điều trị PrEP cho 1 khách hàng/năm = Chi phí trung bình điều trị PrEP cho 1 khách hàng/tháng x số tháng điều trị PrEP trung bình.

$$\text{Chi phí biến đổi (VC)} = VC1 + VC2 + VC3 + VC4 + VC5$$

VC1 = Chi phí nhân sự trực tiếp điều trị PrEP trong 1 năm: Là chi phí nhân sự trực tiếp tham gia điều trị PrEP (bao gồm lương, thưởng, phụ cấp) của tất cả CBYT (bao gồm tất cả các cán bộ hợp đồng) tại phòng khám;

VC1 = Chi phí nhân sự của CBYT trực tiếp điều trị (1) x số lượt khách hàng trong 1 năm + Chi phí nhân sự cận lâm sàng (2) x số lượt khách hàng trong 1 năm.

(1) Chi phí nhân sự của CBYT trực tiếp điều trị cho 01 lượt khách hàng (khám sàng lọc/khởi liệu/tái khám) = trung bình số giờ quan sát được cho 01 lượt KH * {(lương + phụ cấp + thưởng trong 1 năm) / (số ngày làm việc trong năm * số giờ làm việc trung bình trong ngày)}.

(2) Chi phí nhân sự cận lâm sàng (xét nghiệm) trung bình số giờ quan sát được cho 01 lượt KH * {(lương + phụ cấp + thưởng trong 1 năm) / (số ngày làm việc trong năm * số giờ làm việc trung bình trong ngày)}.

VC2 = Chi phí thuốc ARV cho điều trị PrEP trong 1 năm là chi phí thuốc ARV cho khách hàng trong 1 năm.

VC2 = Số thuốc PrEP được phát ra trong 1 năm x đơn giá thuốc viện trợ.

VC3 = Chi phí vật tư y tế cho điều trị PrEP trong 1 năm là chi phí các vật tư cần dùng trong phòng khám (găng tay, bông băng...) phục vụ cho việc khám điều trị PrEP.

VC3 = Tổng số tiền mua vật tư tiêu hao trong 12 tháng.

VC4 = Chi phí xét nghiệm cho điều trị PrEP trong 1 năm là chi phí để thực hiện các xét nghiệm HIV, creatinine, viêm gan B, C, giang mai.

VC4 = Số tiền để thực hiện xét nghiệm HIV x số lượt xét nghiệm HIV trong 1 năm + Số tiền để thực hiện xét nghiệm creatinin x số lượt xét nghiệm creatinin trong 1 năm + Số tiền để thực hiện xét nghiệm viêm gan B x số lượt xét nghiệm viêm gan B trong 1 năm + Số tiền để thực hiện xét nghiệm viêm gan C x số lượt xét nghiệm viêm gan C trong 1 năm + Số tiền để thực hiện xét nghiệm giang mai x số lượt xét nghiệm giang mai trong 1 năm.

VC5 là các chi phí khác nằm ngoài danh mục trên được chi trong 1 năm gồm: Chi phí tìm kiếm khách hàng mới và chi phí hỗ trợ chuyển gửi.

Chi phí tìm kiếm khách hàng PrEP mới = tổng chi phí tư vấn, chuyển gửi KH MSM thành công do người tư vấn + tổng chi phí giới thiệu thành công cho KH MSM đang điều trị PrEP tại phòng khám trong 1 năm.

Chi phí hỗ trợ duy trì chuyển gửi = tổng chi phí cho người giới thiệu/ chuyển gửi hỗ trợ KH MSM duy trì điều trị PrEP liên tục 3 tháng + Chi phí cho CSĐT hỗ trợ KH MSM điều trị PrEP liên tục 3 tháng trong 1 năm.

$$\text{Chi phí cố định (FC)} = FC1 + FC2 + FC3$$

FC1 là Chi phí vận hành trong 1 năm = Tổng chi phí vận hành trong 12 tháng.

Chi phí vận hành trong 1 năm bao gồm: Thanh toán dịch vụ công cộng; vật tư văn phòng; thông tin, tuyên truyền, liên lạc; công tác phí đi

giám sát; chi phí thuê mướn, sửa chữa thường xuyên TSCĐ; chi nghiệp vụ chuyên môn (không kể thuốc và vật tư dùng cho bệnh nhân);

Chi phí truyền thông, chi phí họp giao ban hàng quý; hội thảo, tập huấn;

FC2 là chi phí khấu hao tài sản cố định trong 1 năm = Tổng Chi phí khấu hao TSCĐ trực tiếp trong 1 năm.

Chi phí khấu hao tài sản cố định gồm: Chi phí khấu hao tòa nhà, tài sản cố định (máy móc, trang thiết bị y tế) của phòng khám và các khoa cận lân sàng theo quy định của Bộ Tài chính.

FC3 là chi phí nhân sự quản lý không tham gia vào quá trình điều trị PrEP nhưng tham gia vào việc quản lý phòng khám, báo cáo số liệu (gồm lương, thưởng, phụ cấp).

FC3 = {Chi phí nhân sự quản lý phòng khám (lương + thưởng) x % kiêm nhiệm + phụ cấp của chương trình PrEP} x 12 tháng.

Chi phí điều trị PrEP giai đoạn 2021-2025 = Chi phí điều trị PrEP năm 2021 + Chi phí điều trị PrEP trung bình 1 năm x Số lượng khách hàng MSM tại Hà Nội ước tính năm 2022 - 2025.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Phiếu tổng hợp thu thập số liệu thứ cấp được thiết kế dựa trên hướng dẫn ước tính chi phí PrEP do UNAIDS thiết kế năm 2018 [6].

Báo cáo khách hàng sử dụng PrEP qua phần mềm báo cáo trực tuyến HMed <https://dieutri.arv.vn/> theo các tháng trong năm 2021 (Thu thập các thông tin liên quan đến khách hàng (Thu thập thông tin về số lần khám trong năm 2021, tổng số thuốc PrEP được phát cho khách hàng MSM trong 1 năm).

Hồi cứu hồ sơ khách hàng tại các Phòng khám PrEP (Các thông tin về xét nghiệm của khách hàng được thực hiện năm 2021, người giới thiệu đến phòng khám);

Hồi cứu sổ sách, hóa đơn, sổ sách kế toán năm 2021 của 02 phòng khám để thu thập các thông tin về lương, thưởng, phụ cấp, tài sản cố định, điện, nước...;

Đối với chi phí nhân sự, mỗi cán bộ y tế tại phòng khám kiêm nhiệm nhiều công việc khác nhau nếu tính lương trong tháng sẽ cho kết quả không chính xác, do đó, việc quan sát bấm thời gian cho mỗi lần khám – khởi liều, theo dõi tái khám của cán bộ y tế để tính toán thời gian trung bình cho mỗi hoạt động điều trị PrEP. Việc lựa chọn phương pháp bấm thời gian sẽ cho kết quả chính xác hơn việc phỏng vấn để hạn chế sai số nhớ lại.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Ngay sau khi kết thúc thu thập hồ sơ khách hàng, các phiếu điều tra sẽ được rà soát và kiểm tra một lần nữa để chắc chắn tất cả các câu hỏi đã được điền một cách chính xác, hợp lệ và không bị sót thông tin.

Nghiên cứu viên chính kiểm tra lần cuối tất cả các số liệu thứ cấp và phiếu điều tra đã được thu thập.

Sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2016 để nhập các thông tin liên quan đến khách hàng và tính toán chi phí của phòng khám.

Lập các bảng tần số để mô tả và phân tích các đặc điểm của phòng khám.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua bằng Quyết định số 88/2022/YTCC-HDD3 ngày 07/4/2022. Nghiên cứu được sự chấp thuận và tạo điều kiện của lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Lãnh đạo các phòng khám và cán bộ các phòng khám. Trước khi thu thập số liệu, nhóm thu thập số liệu sẽ được tập huấn thêm về tầm quan trọng của việc giữ bảo mật thông tin khách hàng khi thu thập số liệu và sẽ phải ký vào bản cam kết bảo mật các thông tin thu thập được. Trước phỏng vấn, đối tượng nghiên cứu được điều tra viên giải thích rõ về mục tiêu và lợi ích của nghiên cứu, phiếu chấp

thuận tham gia nghiên cứu. Lãnh đạo phòng khám cần ký vào phiếu chấp thuận tham gia trước khi tiến hành phỏng vấn. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng tới việc điều trị PrEP của phòng khám. Thông tin thu được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Thông tin được đảm bảo giữ bí mật và mã hoá. Không thu thập các thông tin danh tính của khách hàng.

III. KẾT QUẢ

Thông tin về điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV ở nhóm MSM tại các phòng khám được trình bày tại bảng 1. Tổng số khách hàng MSM nhận dịch vụ PrEP ít nhất 1 lần trong năm 2021 tại Phòng khám Glink là 1235 lượt khách hàng, tại Trung tâm y tế Nam Từ Liêm là 328. Phòng khám Glink có số khách hàng sử dụng PrEP từ 3 tháng trở lên chiếm 86,5% và TTYT Nam Từ Liêm có khách hàng sử dụng PrEP từ 3 tháng trở lên chiếm 72%, trung bình của 2 phòng khám là 83,4%. Trong năm 2021, Glink đã điều trị khởi liều cho 614 lượt khách hàng và TTYT Nam Từ Liêm đã điều trị khởi liều cho 134 lượt khách hàng (bao gồm cả khách hàng cũ có nhu cầu quay lại điều trị). Tổng số lượt tái khám tại Glink là 3206 lượt và tại TTYT Nam Từ Liêm là 307 lượt.

Tính đến 31/12/2021, tổng số tháng thuốc được phát ra tại Phòng khám Glink là 9949 tháng thuốc, 3820 lượt xét nghiệm HIV, 1880 lượt xét nghiệm Creatinine, 614 lượt xét nghiệm viêm gan B, 544 lượt xét nghiệm viêm gan C, 3011 lượt xét nghiệm Giang mai và tại TTYT Nam Từ Liêm là 975 tháng thuốc, 441 lượt xét nghiệm HIV, 210 lượt xét nghiệm Creatinine, 134 lượt xét nghiệm viêm gan B, 10 lượt xét nghiệm viêm gan C, 353 lượt xét nghiệm Giang mai. Thời gian sử dụng PrEP trung bình tại Glink là 8,1 tháng, tại TTYT Nam Từ Liêm là 3 tháng, thời gian sử dụng PrEP trung bình của 2 phòng khám là 5,5 tháng.

Bảng 1. Thông tin về điều trị PrEP ở nhóm MSM tại 2 phòng khám

Đặc điểm	Thông tin	PK Glink	PK Nam Từ Liêm	Trung bình
Tổng số lượt khách hàng MSM nhận dịch vụ PrEP ít nhất 1 lần năm 2021		1235	328	
Khách hàng sử dụng PrEP	Dưới 3 tháng	167	92	129,5
	Từ 3 trở lên	1068	236	652
		86,50%	72%	83,4%
Số lần khám	Khám khởi liệu	614	134	374
	Tái khám	3206	307	1757
Số lần được xét nghiệm	HIV	3820	441	2131
	Creatinine	1880	210	1045
	Viêm gan B	614	134	374
	Viêm gan C	544	10	277
	Giang mai	3011	353	1682
Số tháng thuốc phát ra		9949	975	5462
Thời gian điều trị trung bình của 1 khách hàng MSM năm 2021 (tháng)		8,1	3,0	5,5

PK: Phòng khám

Nghiên cứu đã ước tính chi phí điều trị dự Hà Nội năm 2021 theo quan điểm người cung phòng trước phơi nhiễm HIV ở nhóm MSM tại cấp dịch vụ.

Bảng 2. Chi phí trung bình điều trị PrEP tại 2 phòng khám

Chi phí biến đổi	Glink			Nam Từ Liêm		
	VND	USD	%	VND	USD	%
Nhân sự (lương, phụ cấp)	317.150.863	13.635	9,35	41.502.233	1.784	8,50
Thuốc PrEP	1.186.458.000	51.009	34,98	116.268.750	4.999	23,80
Vật tư y tế	72.000.000	3.095	2,12	12.000.000	516	2,46
Xét nghiệm	1.261.762.160	54.246	37,19	63.635.800	2.736	13,03
Chi khác	39.491.000	1.698	1,16	20.349.480	875	4,17
Chi phí cố định						
Vận hành	345.960.000	14.874	10,20	133.385.400	5.735	27,31
Khấu hao tài sản cố định	54.278.000	2.334	1,60	10.327.000	444	2,11
Chi phí nhân sự quản lý	115.200.000	4.953	3,40	91.000.000	3.912	18,63
Tổng chi phí điều trị PrEP của phòng khám năm 2021	3.392.300.023	145.843	100	488.468.663	21.000	100
Chi phí trung bình điều trị PrEP	340.958	15		500.994	22	

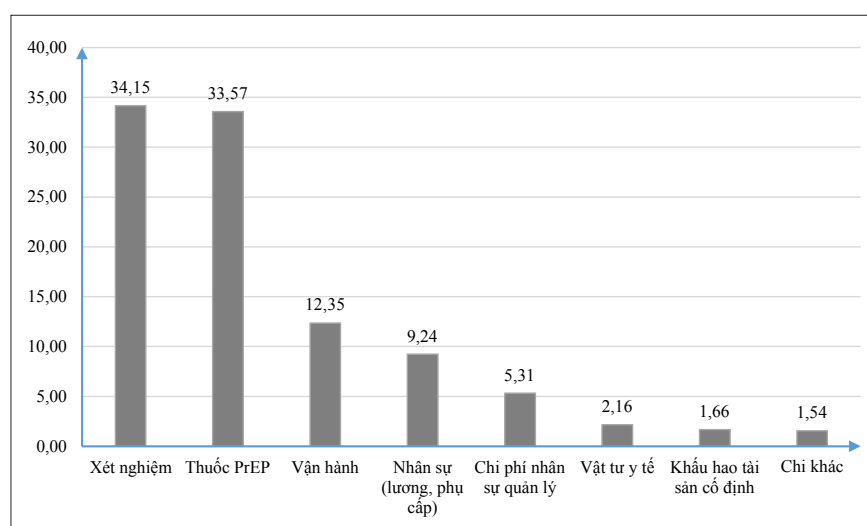
Tại bảng 2, phòng khám Glink, chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM/tháng là 341 nghìn đồng (15 đô la Mỹ) thấp hơn tại Nam Từ Liêm, chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM/tháng là 501 nghìn đồng (22 đô la Mỹ).

Bảng 3. Chi phí trung bình điều trị PrEP cho 1 khách hàng

Chi phí	Tháng			Năm	
Chi phí biến đổi	VND	USD	%	VND	USD
Nhân sự (lương, phụ cấp)	32.831	1,41	9,24	182.210	7,83
Thuốc PrEP	119.250	5,13	33,57	661.838	28,45
Vật tư y tế	7.689	0,33	2,16	42.675	1,83
Xét nghiệm	121.325	5,22	34,15	673.355	28,95
Chi khác	5.478	0,24	1,54	30.401	1,31
Chi phí cố định					
Vận hành	43.879	1,89	12,35	243.527	10,47
Khấu hao tài sản cố định	5.914	0,25	1,66	32.822	1,41
Chi phí nhân sự quản lý	18.875	0,81	5,31	104.758	4,50
Chi phí điều trị trung bình cho 1 khách hàng	355.241	15,27	100,00	1.971.586	84,76

Kết quả bảng 3 cho thấy chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM cho 1 khách hàng tháng là 355 nghìn đồng, tương đương 15,27 đô la Mỹ. Chi phí trung bình điều

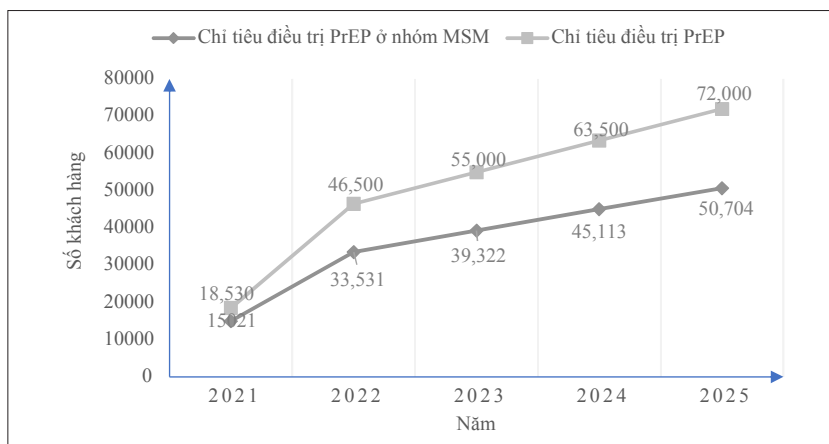
trị PrEP ở nhóm MSM cho 1 khách hàng/năm là 1 triệu 970 nghìn đồng, tương đương 84,76 đô la Mỹ với số tháng điều trị trung bình là 5,5 tháng.

**Hình 1. Cấu phần chi phí điều trị PrEP ở nhóm MSM tại Hà Nội**

Trong đó, chi phí cho thuốc PrEP chiếm 33,57%, xét nghiệm chiếm 34,15%, vận hành 12,35%, nhân sự trực tiếp 9,24%, nhân sự quản lý 5,31%. Trong quá trình điều trị, chi phí cho điều trị khởi liệu là 995 nghìn đồng (43 đô la Mỹ) với chi phí cho 1 tháng thuốc PrEP, các xét nghiệm cơ bản: HIV, Creatinin,

VGB, VGC, giang mai; chi phí cho điều trị tái khám trung bình là 1 triệu 241 nghìn đồng (53,3 đô la Mỹ) với chi phí cho thuốc PrEP, xét nghiệm HIV, giang mai ở tất cả các lần tái khám, những lần tái khám tháng lẻ sẽ xét nghiệm thêm Creatinin và đợt tái khám thứ 5 sẽ xét nghiệm thêm VGC.

Tại Quyết định 5154/QĐ-BYT ngày MSM được đặt ra đến năm 2025 cần điều trị cho 11/12/2020 [3], chỉ tiêu cho điều trị PrEP ở nhóm 50.704 khách hàng được trình bày tại hình 2.



Hình 2. Chỉ tiêu điều trị PrEP giai đoạn 2021 - 2025

Bảng 4. Ước tính chi phí điều trị PrEP giai đoạn 2021 - 2025 (đơn vị: nghìn đồng)

Chi phí biến đổi	Chi phí điều trị TB KH / năm	2021	2022	2023	2024	2025	Tổng
Nhân sự (lương, phụ cấp)	182	2.736.979	6.109.689	7.164.868	8.220.047	9.238.784	33.470.369
Thuốc PrEP	661	9.941.461	22.192.073	26.024.774	29.857.475	33.557.808	121.573.592
Vật tư y tế	42	641.026	1.430.947	1.678.081	1.925.214	2.163.812	7.839.081
Xét nghiệm	673	10.114.471	22.578.279	26.477.680	30.377.081	34.141.811	123.689.324
Chi khác	30	456.658	1.019.388	1.195.442	1.371.496	1.541.470	5.584.457
Chi phí cố định							
Vận hành	243	3.658.014	8.165.694	9.575.957	10.986.220	12.347.778	44.733.665
Khấu hao tài sản cố định	32	493.018	1.100.552	1.290.624	1.480.695	1.664.203	6.029.093
Chi phí nhân sự quản lý	104	1.573.568	3.512.636	4.119.289	4.725.942	5.311.643	19.243.079
Chi phí điều trị PrEP	1.971	29.615.198	66.109.261	77.526.717	88.944.173	99.967.313	362.162.663
Chi phí điều trị PrEP đã điều chỉnh lạm phát		29.615.198	68.092.538	82.248.094	97.191.700	112.514.091	389.661.623

Trong giai đoạn 2021 - 2025, dựa trên ước tính chỉ tiêu điều trị PrEP ở nhóm MSM, năm 2021, chi phí điều trị PrEP ở nhóm MSM là 29 tỷ, năm 2022 là 68 tỷ đến năm 2025 là 112

tỷ. Tổng ngân sách cho điều trị PrEP giai đoạn 2021 – 2025 là 389,66 tỷ đồng. Trong đó, thuốc PrEP và xét nghiệm là 2 cấu phần chi phí chiếm tỷ trọng cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành thu thập trên tất cả các hồ sơ bệnh án của 2 phòng khám PrEP tại Hà Nội là Phòng khám Glink và TTYT Nam Từ Liêm. Với số lượt khách hàng MSM trong năm 2021 tại Glink là 1235 và TTYT Nam Từ Liêm là 328. Phòng khám Glink có số lượt khách hàng lớn gấp 3,7 lần so với TTYT Nam Từ Liêm. Khách hàng tại Glink cũng có thời gian khách hàng sử dụng PrEP trung bình năm là 8,1 tháng, cao hơn TTYT Nam Từ Liêm (3 tháng). Phòng khám Glink là phòng khám tư nhân được thành lập, vận hành và phát triển bởi cộng đồng MSM từ năm 2019. Tại phòng khám, ngoài lực lượng nòng cốt là cán bộ tư vấn hỗ trợ cộng đồng là MSM, cán bộ phụ trách quản lý phòng khám, bác sỹ chuyên khoa, dược sỹ, cán bộ xét nghiệm đều là người trong cộng đồng MSM. Do đó, đây là lợi thế của phòng khám Glink, không chỉ hiểu rõ nhu cầu của khách hàng mà còn nhận thức được khoảng trống trong các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của cộng đồng đối tượng đích MSM để cung cấp các dịch vụ PrEP hiệu quả. Tại TTYT Nam Từ Liêm, tuy có 01 nhân viên hỗ trợ cộng đồng là MSM nhưng các hoạt động điều trị PrEP nằm trong khuôn khổ của TTYT Nam Từ Liêm, các bác sỹ, cán bộ phòng khám kiêm nhiệm, thực hiện nhiều nhiệm vụ nên việc chăm sóc khách hàng cũng như hiểu về đối tượng đích không phải là lợi thế của TTYT Nam Từ Liêm. Hơn nữa, chi phí vận hành của Phòng khám Glink có khoản chi 10 triệu đồng/tháng cho việc quảng cáo trên mạng xã hội, truyền thông nhóm nhỏ, truyền thông nhóm lớn tại các quán cà phê, buổi gặp mặt. Chi phí tạo cầu này không có tại TTYT Nam Từ Liêm. Tuy 2 phòng khám có số lượng nhân sự như nhau, tổng chi phí điều trị PrEP 1 năm của Glink lên đến 3 tỷ 392 triệu đồng, lớn hơn gấp 7 lần so với tổng chi phí điều trị PrEP tại TTYT Nam Từ Liêm (488 triệu đồng). Do số tháng điều trị trung bình/ năm của cao hơn, chi phí trung bình điều trị PrEP cho 1 khách hàng/ tháng tại Glink (340 nghìn đồng/ tháng) thấp hơn so với Nam Từ Liêm (500 nghìn đồng/ tháng).

Đứng trên quan điểm người cung cấp dịch vụ, chi phí điều trị PrEP cho nhóm MSM tại

Hà Nội cho 1 khách hàng/tháng được ước tính khoảng 355 nghìn đồng, tương đương 15,3 đô la Mỹ và chi phí điều trị PrEP cho 1 khách hàng/năm được ước tính là 1 triệu 971 nghìn đồng, tương đương 84,8 đô la Mỹ. Với các dịch vụ cung cấp bao gồm thuốc PrEP, tại kỳ khởi liều có xét nghiệm HIV, creatinin, VGB, VGC, giang mai, và tại kỳ tái khám thực hiện các xét nghiệm theo chỉ định của bác sỹ. So với nghiên cứu về chi phí PrEP tại Kenya năm 2017 [7] trên góc nhìn của người cung cấp dịch vụ và cùng phương thức tính toán, chi phí điều trị PrEP 1 khách hàng tháng là 26,52 đô la Mỹ thì chi phí điều trị PrEP tại Hà Nội thấp hơn 11 đô la Mỹ. Chi phí trung bình của mỗi khách hàng là 26,52 đô la Mỹ (chi phí nhân sự chiếm 43%, thuốc chiếm 25% và xét nghiệm chiếm 14%, chi phí cố định chiếm 40,7%). Trong khi đó, tại Việt Nam, chi phí cho nhân sự 1,4 đô la Mỹ (9,5%), thuốc PrEP 5,13 đô la Mỹ (34,9%), xét nghiệm 5,22 đô la Mỹ (35,5%) và 2,95 đô la Mỹ (20,1%) cho chi phí cố định. Chương trình điều trị PrEP tại Kenya khá tương đồng với chương trình điều trị PrEP tại Việt Nam do cùng có PEPFAR tài trợ về mặt kỹ thuật và tài chính. Tuy nhiên, do mô hình dịch tại Kenya có tỷ lệ nhiễm HIV ở người trưởng thành lên đến 16% và nhóm có nguy cơ cao nhất là nhóm phụ nữ mang thai nên PrEP tại Kenya được khuyến cáo sử dụng cho cả phụ nữ.

Gần đây, nghiên cứu ước tính chi phí PrEP tại Zimbabwe năm 2021 [8] với cùng quan điểm người cung cấp dịch vụ và cùng sử dụng bộ công cụ tính toán theo hướng dẫn ước tính chi phí PrEP của UNAIDS [6], chi phí trung bình điều trị PrEP trong 1 năm là 943 đô la Mỹ, chi phí này cao hơn so với điều trị PrEP tại Hà Nội là 84,8 đô la Mỹ. Thêm vào đó, PrEP tại Zimbabwe không chỉ cho nam mà còn khuyến cáo cho phụ nữ nên họ khuyến nghị một số xét nghiệm (xét nghiệm HIV (tuần 4, 12, 28, 36, 48, 60, 72, 84), creatinin, giang mai, VGB, tình trạng mang thai và xét nghiệm kháng thuốc đối với những người chuyển đổi huyết thanh khi đang dùng PrEP) mà Việt Nam không khuyến cáo, họ có thêm chi phí đi lại cho đại sứ PrEP đến thăm nhà khách hàng (khoảng 20.000 đô la Mỹ 1 năm) mà Việt Nam có khoản chi phí

chi trả cho nhóm cộng đồng thực hiện chuyển gửi khách hàng thành công và duy trì sử dụng PrEP từ 3 tháng trở lên (10 đô la Mỹ/ca). Tại đây, thời gian sử dụng PrEP trung bình khoảng 3 tháng, thấp hơn so với thời gian trung bình sử dụng PrEP tại Hà Nội là 5,5 tháng, so với Glink là 8,1 tháng, chi phí cho điều trị PrEP khởi liệu cho nhóm nam giới khoảng 215 đô la Mỹ, chi phí trung bình cho mỗi khách hàng tiếp tục sử dụng PrEP dao động từ 347 đô la Mỹ đến 2282 đô la Mỹ sau ba tháng và từ 644 đô la Mỹ đến 3424 đô la Mỹ trong sáu tháng ở các phòng khám tư. Đối với phòng khám công, chi phí trung bình cho mỗi khách hàng tiếp tục sử dụng PrEP sau ba tháng và sáu tháng lần lượt là 303 đô la Mỹ và 1029 đô la Mỹ với thuốc PrEP chiếm 10%, 19% cho nhân sự trực tiếp, 10% cho nhân sự hỗ trợ, xét nghiệm HIV chiếm 7%, 28% cho hoạt động tạo cầu. Nhìn chung, chi phí tại Zimbabwe khá cao so với chi phí khởi liệu tại Việt Nam, trung bình 1 khách hàng khởi liệu là 995 nghìn đồng (43 đô la Mỹ) với 16% chi phí cho thuốc PrEP, 51% chi phí cho các xét nghiệm ban đầu và trung bình chi phí tái khám cho 1 khách hàng là 1 triệu 241 nghìn đồng (53,4 đô la Mỹ) với 25% chi phí cho thuốc PrEP, 52% cho các xét nghiệm định kỳ.

Chi phí điều trị PrEP ở nhóm MSM tại Hà Nội còn thấp hơn rất nhiều so với chi phí điều trị PrEP tại các quốc gia phát triển như California, Mỹ, Hà Lan. Tại California (năm 2016) nghiên cứu theo quan điểm người cung cấp dịch vụ (gồm tiền khám, thuốc Truvada, các xét nghiệm do bác sỹ chỉ định), nếu không có bảo hiểm thanh toán, chi phí cho điều trị PrEP (bao gồm xét nghiệm HIV 3 tháng 1 lần, xét nghiệm các bệnh LTQĐTD và các xét nghiệm khác) chi phí điều trị PrEP lên đến 1.250 đô la Mỹ/tháng hoặc 15.000 đô la Mỹ/năm [9]. Sau khi nhà sản xuất thuốc PrEP Truvada là Gilead cung cấp chương trình hỗ trợ đồng chi trả, giảm chi phí thuốc xuống còn 2.400 đô la Mỹ /năm với những người có bảo hiểm Medical [10]. Tuy đã có hỗ trợ về giá thuốc PrEP nhưng chi phí vẫn ở mức rất cao. Nhìn chung, tại các nước phát triển, chi phí cho điều trị PrEP rất đắt đỏ (Hoa Kỳ: 9.000 – 12.000 đô la Mỹ [11, 12], Hà

Lan 8.300 đô la Mỹ [13] so với các nước đang phát triển (Peru: 525 – 830 đô la Mỹ [14].

Để đạt được mục tiêu đến năm 2025 điều trị cho 50.704 khách hàng MSM, Việt Nam cần 112,5 tỷ đồng và khoảng 389,6 tỷ đồng (khoảng 16,7 triệu đô la Mỹ) từ năm 2021-2025 với nguồn viện trợ và ngân sách nhà nước cùng chi trả. Trong đó, nguồn lực cho thuốc PrEP chiếm khoảng 33,57%. Với chi phí trung bình điều trị PrEP thấp so với nhiều quốc gia trên thế giới nên để điều trị cho 50.000 khách hàng trong 5 năm chi phí cho PrEP thấp hơn so với nhiều quốc gia như Đức (150 triệu Euro cần để dự phòng PrEP cho 21.000 trường hợp) [15], Ấn Độ (chi phí cho PrEP và xét nghiệm HIV cho 1,6 triệu MSM khoảng 859 triệu đô la Mỹ [16]. Bên cạnh các nguồn lực được huy động cho công tác phòng, chống HIV/AIDS là ngân sách trung ương, ngân sách địa phương thông qua kế hoạch bảo đảm tài chính của các tỉnh/ thành phố, mở rộng chi trả Quỹ Bảo hiểm y tế, tăng cường sự tham gia đầu tư - cung cấp dịch vụ của khu vực tư nhân và sự tham gia hỗ trợ của các tổ chức quốc tế. Giai đoạn 2016 - 2020, tỷ trọng ngân sách hỗ trợ cho can thiệp MSM nguồn viện trợ quốc tế chiếm 97%.

Giai đoạn 2021 - 2025, dự phòng lây nhiễm HIV nói chung cũng như điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV nói riêng là một trong những ưu tiên của chương trình Phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Từ năm 2022 - 2023, PEPFAR cũng như Quỹ Toàn cầu định hướng hỗ trợ Việt Nam triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS nhằm đạt được mục tiêu khống chế tỷ lệ nhiễm HIV trong cộng đồng dân cư nói chung dưới 0,3%; đạt được mục tiêu 95-95-95 và hướng tới cơ bản chấm dứt đại dịch AIDS ở Việt Nam vào năm 2030. Đứng trước thách thức các nguồn viện trợ quốc tế cắt giảm, từ năm 2019, Quỹ BHYT bắt đầu chi trả cho thuốc ARV điều trị cho người nhiễm HIV. Hiện tại, Bộ Y tế và Bảo hiểm xã hội Việt Nam đã ban hành các công văn hướng dẫn về việc cung cấp xét nghiệm tải lượng HIV từ nguồn BHYT. Để chuẩn bị các nguồn lực tài chính trong nước đảm bảo duy trì điều trị PrEP trong bối cảnh các nguồn viện trợ không còn,

việc đưa điều trị PrEP vào BHYT chi trả hoặc cung cấp PrEP dựa trên khu vực tư nhân là các phương án mà các nhà hoạch định chính sách đang cân nhắc.

Điểm mạnh của nghiên cứu: Đây là nghiên cứu đầu tiên của Việt Nam về tính toán chi phí đầy đủ của điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV PrEP ở nhóm MSM. Trước đây, các chi phí điều trị PrEP do USAID hỗ trợ Cục Phòng, chống HIV/AIDS ước tính dựa trên hướng dẫn điều trị quốc gia, nên chưa sát với thực tế. Kết quả của nghiên cứu có thể là được sử dụng để tham khảo ước tính nguồn lực cho điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV giai đoạn tới hoặc làm tiền đề cho các nghiên cứu về chi phí – hiệu quả về điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV sau này. Hạn chế của nghiên cứu: Địa điểm nghiên cứu chỉ mang tính đại diện cho các phòng khám thuộc đô thị loại 1, không mang tính đại diện các phòng khám tại các tỉnh, thành phố thuộc đô thị loại 2, 3; nghiên cứu được thực hiện trên 2 phòng khám nên không mang tính đại diện cho tất cả các phòng khám tại Hà Nội; đồng thời nghiên cứu chỉ xác định chi phí điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV năm 2021 theo quan điểm người cung cấp dịch vụ mà không xác định chi phí theo quan điểm người sử dụng dịch vụ do hạn chế về thời gian và nguồn lực. Việc giả định hiệu quả của chương trình PrEP không đổi khi các chương trình dự án không còn viện trợ là hạn chế của nghiên cứu do phần lớn các nhân lực, hoạt động truyền thông tạo cầu thực hiện chương trình đều do dự án viện trợ.

V. KẾT LUẬN

Chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM cho 1 khách hàng/tháng là 355 nghìn đồng, tương đương 15,27 đô la Mỹ. Chi phí trung bình điều trị PrEP ở nhóm MSM cho 1 khách hàng/ năm là 1 triệu 970 nghìn đồng, tương đương 84,76 đô la Mỹ với số tháng điều trị trung bình là 5,5 tháng. Trong đó, chi phí cho thuốc PrEP chiếm 33,57%, xét nghiệm chiếm 34,15%, vận hành 12,35%, nhân sự trực tiếp 9,24%, nhân sự quản lý 5,31%. Trong giai đoạn

2021 - 2025, dựa trên ước tính chỉ tiêu điều trị PrEP ở nhóm MSM, năm 2021, chi phí điều trị PrEP ở nhóm MSM là 29 tỷ, năm 2022 là 68 tỷ đến năm 2025 là 112 tỷ. Tổng ngân sách cho điều trị PrEP giai đoạn 2021 – 2025 là 389,66 tỷ đồng. Trong đó, thuốc PrEP và xét nghiệm là 2 cấu phần chi phí chiếm tỷ trọng cao nhất.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin gửi lòng biết ơn sâu sắc đến quý bạn đọc đã dành thời gian đọc/tham khảo; Ban lãnh đạo Cục Phòng, chống HIV/AIDS đã tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu, và đặc biệt nhóm tác giả xin gửi lời cảm ơn trân thành đến thầy cô trường Đại học Y tế Công cộng đóng vai trò giúp đỡ cố vấn chuyên môn cho nghiên cứu đạt chất lượng cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020. 2021.
2. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Quyết định về ban hành Can thiệp Phòng, chống HIV/AIDS cho nhóm nam quan hệ tình dục với nam. Số 146/QĐ-AIDS, ngày 13/8/2019.
3. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành kế hoạch điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV (PrEP) giai đoạn 2021 - 2025. Số 5154/QĐ-BYT, ngày 11/12/2020.
4. Chính Phủ. Quyết định phê duyệt Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Số 1246/QĐ -TTg, ngày 14/08/2020.
5. USAID. Phân tích về Tài chính và Trách nhiệm chi trả của Bảo hiểm y tế. 2020.
6. DeCormier PW, Kripke K, Bollinger L, et al. PrEP costing guidelines. Durham, NC: Avenir Health, for the Optimizing Prevention Technology Introduction on Schedule (OPTIONS) Consortium. 2018. Accessed 06/10/2021. https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2019/01/OPTIONS_PrEP_Cost_Guidelines_Dec2018.pdf.
7. Roberts DA, Barnabas RV, Abuna F, et al. The role of costing in the introduction and scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis: evidence from integrating PrEP into routine maternal and child health and family planning clinics in western Kenya. J Int AIDS Soc. 2019; 22 (4): 1 - 29.
8. Mangenah C, Nhamo D, Gudukeya S, et al. Efficiency in PrEP Delivery: Estimating the Annual Costs of Oral PrEP in Zimbabwe

- [published correction appears in *AIDS Behav.* 2022; 26 (1): 161 - 170.
9. California HIV/AIDS policy research centers. PrEP cost analysis for covered California health Plans. Accessed 06/10/2021. https://www.californiaaidsresearch.org/files/chrp-funded-reports-publications/Prepcost_UCLA-Report-FINAL-11.7.pdf.
 10. Koester, Kim, Fuller, et al. Financial Assistance for PrEP: Best Practices and Recommendations for the California State Office of AIDS' PrEP Assistance Program. 2017. Accessed 06/10/2021. https://www.researchgate.net/publication/321371931_Financial_Assistance_for_PrEP_Best_Practices_and_Recommendations_for_the_California_State_Office_of_AIDS'_PrEP_Assistance_Program.
 11. Ross EL, Cinti SK, Hutton DW. Implementation and Operational Research: A Cost-Effective, Clinically Actionable Strategy for Targeting HIV Preexposure Prophylaxis to High-Risk Men Who Have Sex With Men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016; 72 (3): 61 - 67.
 12. Adamson BJS, Carlson JJ, Kublin JG, Garrison LP. The Potential Cost-Effectiveness of Pre-Exposure Prophylaxis Combined with HIV Vaccines in the United States. *Vaccines (Basel).* 2017; 5 (2): 13.
 13. Nichols BE, Boucher CAB, Van DVM, et al. Cost-effectiveness analysis of pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention in the Netherlands: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2016; 16 (12): 1423 - 1429.
 14. Gomez GB, Borquez A, Caceres CF, et al. The potential impact of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among men who have sex with men and transwomen in Lima, Peru: a mathematical modelling study. *PLoS Med.* 2012; 9 (10): 1 - 50.
 15. Van DVDAMC, Richter AK, Boucher CAB, et al. Cost-effectiveness and budget effect of pre-exposure prophylaxis for HIV-1 prevention in Germany from 2018 to 2058. *Euro Surveill.* 2019; 24 (7): 1 - 28.
 16. Chakrapani V, Newman PA, Cameron M, et al. Willingness to Use Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) and Preferences Among Men Who have Sex with Men in Mumbai and Chennai, India: A Discrete Choice Experiment. *AIDS Behav.* 2021; 25 (10): 3074 - 3084.

ESTIMATE THE COST OF DELIVERY ORAL PREP AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN VIETNAM FOR PERIOD 2021 – 2025

Truong Thi Ngoc¹, Duong Thuy Anh¹, Vu Thi Hoang Lan², Nguyen The Duy¹,
Doan Thi Thuy Linh¹, Tran Thanh Tung¹, Pham Thi Dao²

¹*Vietnam Administration of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

²*Hanoi University of Public Health*

An analytical cross - sectional descriptive study on 1.563 medical records of Men who have sex with men (MSM) who enrolled in Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) in 2021 at 02 health clinics in Hanoi, combining analysis of cost components based on a service provider's point of view. To analyze the average cost of oral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) among Men who have sex with men (MSM), an analytical cross-sectional descriptive study was conducted, based on 1.563 medical records of MSM who enrolled in PrEP in 2021 at 02 health clinics in Hanoi, combining analysis of cost components based on a service provider's point of view. The results show that the average

cost of PrEP treatment per MSM person per month is 355 thousand VND (15.27 USD), the average cost of PrEP treatment per MSM person per year is 1 million 970 thousand VND (84,76 USD) with the average duration of continuation was 5.5 months. In which, the cost of PrEP drugs accounted for 33.57%, testing accounted for 34.15%, operating 12.35%. The cost components of PrEP drugs and tests are the two cost components that account for the highest proportion in the cost of PrEP treatment. The total budget for PrEP treatment for the period 2021 – 2025 in Vietnam is VND 389.66 billion.

Keywords: PrEP; PrEP cost; estimated cost; PrEP drug; MSM

CHIỀU HƯỚNG NHIỄM HIV VÀ NHU CẦU CẢI THIỆN CHƯƠNG TRÌNH CAN THIỆP DỰ PHÒNG TRÊN NHÓM NAM NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG, GIAI ĐOẠN 2017 - 2021

Bùi Ngọc Chương¹, Lê Quang Minh¹, Cao Mai Phương¹, Khuru Văn Nghĩa²,
Bùi Hoàng Đức³, Trần Thanh Tùng³, Đặng Thị Lo^{3*}

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Đà Nẵng*

²*Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV và mô tả hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và khả năng tiếp cận với các chương trình dự phòng lây nhiễm HIV bằng bộ câu hỏi, lấy mẫu xét nghiệm HIV. Nghiên cứu cắt ngang với 450 nam nghiện chích ma túy từ 16 tuổi đang sống tại Đà Nẵng năm 2017, 2019 và 2021. Tỷ lệ nhiễm HIV là 2,7% (2017), 2,0% (2019) và 3,3% (2021) có sự tăng giảm giữa các năm nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p\text{-trend} = 0,858 > 0,05$). Hành vi nguy cơ: Số lần tiêm chích trung bình cao từ 1,5 - 2,5 lần/ngày; tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm (BKT) trong 1 tháng tăng từ 0,7% (2017) lên 5,3% (2021); luôn sử dụng bao cao su (BCS) khi quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm thấp giảm từ 17,7% (2017), xuống 5,6% (2021). Trong 12 tháng qua, tỷ lệ được tiếp cận với các chương trình can thiệp giảm hại (nhận BKT miễn phí, nhận BCS miễn phí, được tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn) giảm rất mạnh do thành phố tập trung chương trình can thiệp cho nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới. Mặc dù tỷ lệ nhiễm HIV thấp nhưng vẫn tiềm ẩn nguy cơ lây truyền HIV cao, tiếp cận dịch vụ thấp và giảm rõ rệt. Vì vậy, cần đẩy mạnh các chương trình can thiệp giảm hại trong nhóm này.

Từ khóa: HIV; nam nghiện chích ma túy; hành vi nguy cơ; Đà Nẵng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người tiêm chích ma túy (TCMT) có nhiều nguy cơ bị nhiễm HIV, bệnh lao và viêm gan siêu vi B và C. Trên toàn cầu có khoảng 11 triệu người TCMT và khoảng 1/8 trong số đó nhiễm HIV [1]. Năm 2020, theo báo cáo của UNAIDS, TCMT chiếm khoảng 10% số ca nhiễm HIV mới trên toàn cầu và ước tính khoảng 23 - 39% trường hợp nhiễm viêm gan C mới xảy ra ở những người TCMT [1]. CDC Hoa Kỳ chỉ ra, tại một số khu vực của Hoa Kỳ việc sử dụng ma túy qua đường tiêm chích đã tạo ra những thách thức trong công tác phòng, ngừa và đặt những quần thể mới vào nguy cơ lây nhiễm HIV. Điều này nhấn mạnh sự cần

thiết phải tăng cường các nỗ lực phòng chống HIV/AIDS đối với nhóm NCMT, như mở rộng phạm vi bao phủ và hỗ trợ các chương trình bơm kim tiêm [2].

Bộ Y tế Việt Nam và Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính Việt Nam có khoảng 1 triệu người nhiễm viêm gan C và có tỷ lệ đồng nhiễm HIV và viêm gan C khá cao. Gần đây, các nghiên cứu cũng chỉ ra, tỷ lệ nhiễm viêm gan C ở người nhiễm HIV khoảng 34,4% (26 - 44%) [3]. Dùng chung bơm kim tiêm (BKT) được xác định là yếu tố nguy cơ chính đối với sự lây lan của HIV và viêm gan C trong nhóm NCMT, vì vi rút có thể ở trong đồ dùng chung [4]. Bên cạnh đó, việc xử lý hình sự người

*Tác giả: Đặng Thị Lo

Địa chỉ: Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Điện thoại: 0985 644 328

Email: danglo.ytcc@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/11/2022

Ngày phản biện: 17/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

sử dụng ma túy cũng như kỳ thị và phân biệt đối xử với những người TCMT góp phần làm gia tăng dịch HIV, viêm gan vi rút và lao. Do những người TCMT không được tiếp cận với các dịch vụ giảm thiểu tác hại và các dịch vụ y tế khác, hay trong các cơ sở y tế không có sẵn hoặc hạn chế về khả năng tiếp cận [1]. Mức độ bao phủ toàn cầu của các can thiệp giảm tác hại là rất thấp, dưới 1% số người TCMT tiếp cận với các cơ sở có đầy đủ các dịch vụ kết hợp và có mức độ bao phủ cao [1].

Theo Quyết định số 373/QĐ-BYT ngày 10/2/2017 của Bộ Y tế, Thành phố Đà Nẵng được xác định là một trong 20 tỉnh trọng điểm thực hiện giám sát trọng điểm HIV (HSS), giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi (HSS+) và giám sát trọng điểm các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Do đó, số liệu được thu thập trên nhóm nam NCMT tại Đà Nẵng được thực hiện luân phiên 2 năm/lần bắt đầu từ năm 2017 [5]. Nghiên cứu được tiến hành trong nhóm nam NCMT nhằm xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV và mô tả hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và việc tiếp cận với các chương trình can thiệp giảm hại. Kết quả của nghiên cứu để có dữ liệu cung cấp cho mô hình ước tính dự báo dịch HIV và bằng chứng để xây dựng các chiến lược can thiệp dự phòng hiệu quả hơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam nghiện chích ma túy (NCMT) từ 16 tuổi trở lên, có ít nhất một lần TCMT trong vòng 1 tháng trước thời điểm thu thập dữ liệu, thuộc địa bàn xã điều tra và chưa từng tham gia nghiên cứu này thời gian trước đó.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại 07 quận/huyện của Thành phố Đà Nẵng (Hải Châu, Thanh Khê, Sơn Trà, Ngũ Hành Sơn, Liên Chiểu, Cẩm Lệ, Hòa Vang) trong các đợt giám sát trọng điểm hàng năm (2017, 2019 và 2021) theo hướng dẫn của Cục phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại nhiều thời điểm.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi theo quy định tại Quyết định số 373/QĐ-BYT ngày 10/02/2017 [5], mỗi năm là 150 nam NCMT.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Lập khung mẫu số lượng nam NCMT hiện có mặt tại địa phương theo xã tại 7 quận/huyện được chọn theo thông tin từ nhóm đồng đẳng viên cung cấp. Cỡ mẫu điều tra cho từng huyện tỷ lệ thuận với số lượng nam NCMT của mỗi huyện. Chọn xã trong huyện bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên. Tất cả các đối tượng ở xã được chọn được mời tham gia và được sàng lọc theo tiêu chuẩn [6]. Những người đủ tiêu chuẩn được lấy chấp thuận tham gia nghiên cứu bằng miệng. Năm 2021, do ảnh hưởng của dịch COVID-19 nên các cán bộ tham gia đều được tập huấn và khi thu thập dữ liệu tại thực địa thì có đội vệ sinh phòng dịch của các quận/huyện hỗ trợ và được trang bị khẩu trang và nước sát khuẩn tại chỗ; cán bộ y tế mặc quần áo bảo hộ.

2.6 Biến số nghiên cứu

Gồm các biến số về đặc điểm chung (tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân), hành vi nguy cơ nhiễm HIV (tiêm chích ma túy, sử dụng bơm kim tiêm, quan hệ tình dục, ...), tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV (nhận bơm kim tiêm miễn phí, bao cao su miễn phí, tư vấn tình dục an toàn, chương trình methadone, xét nghiệm HIV, điều trị ARV, bảo hiểm y tế, ...) và kết quả xét nghiệm (HIV và giang mai).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đồng đẳng viên hoặc cán bộ y tế xã mời tất cả nam NCMT đủ tiêu chuẩn trên địa bàn tham gia điều tra. Các cán bộ tham gia đều đã được tập huấn các quy trình theo Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV của Cục Phòng, chống HIV/AIDS [6]. Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi (HSS+)

là người NCMT tham được sàng lọc, phỏng vấn theo bộ câu hỏi hành vi được thiết kế sẵn (bao gồm: Các đặc điểm về dân số xã hội, hành vi TCMT, hành vi quan hệ tình dục và tiếp cận với các chương trình can thiệp giảm hại, xét nghiệm và điều trị); đồng thời được lấy 3ml máu làm xét nghiệm HIV (chiến lược III) tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Đà Nẵng.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được thu thập trên máy tính bằng phần mềm Epi info 7 tại 3 năm 2017, 2019 và 2021. Làm sạch và phân tích bằng phần mềm Stata 17.0. Các thông tin tại bảng được thể hiện dưới dạng tần số, tỷ lệ và khoảng tin cậy 95%.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương phê duyệt theo hệ thống chung toàn quốc (Năm 2017: IRB-VN01057-08/2017 ngày 26/6/2017; năm 2019: HĐĐĐ - 15/2019 ngày 14/6/2019; năm 2021: HĐĐĐ - 18/2021 ngày 31/5/2021). Tất cả người tham gia đều có mã số vì sự tham gia là tự nguyện và dấu tên vì vậy thông tin của đối tượng tại các phần được liên kết với nhau bằng mã số nhằm bảo mật thông tin.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập dữ liệu từ 450 nam NCMT trong 3 năm từ 2017 đến 2021.

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội nhóm nam nghiện chích ma túy qua HSS+ tại Đà Nẵng năm 2017 - 2021

Đặc điểm	2017 (n = 150)	2019 (n = 150)	2021 (n = 150)	p trend
	n (%), 95%KTC)	n (%), 95%KTC)	n (%), 95%KTC)	
Tuổi				
Trung bình (biến thiên)	32,5 (6,3, 21 - 65)	33,2 (5,5, 21 - 48)	36,6 (6,1, 24 - 56)	
Nhóm tuổi				
< 25 tuổi	11 (7,3; 3,7 - 12,7)	8 (5,3; 2,3 - 10,2)	2 (1,3; 0,2 - 4,7)	0,009
25 - < 30 tuổi	45 (30,0; 22,8 - 38,0)	44 (29,3; 22,2 - 37,3)	19 (12,7; 7,8 - 19,1)	< 0,001
30 - < 35 tuổi	58 (38,7; 30,8 - 47,0)	44 (29,3; 22,2 - 37,3)	38 (25,3; 18,6 - 33,1)	0,011
35 - < 40 tuổi	22 (14,7; 9,4 - 21,4)	40 (26,7; 19,8 - 34,5)	53 (35,3; 27,7 - 43,5)	< 0,001
40+	14 (9,3; 5,2 - 15,2)	14 (9,3; 5,2 - 15,2)	38 (25,3; 18,6 - 33,1)	< 0,001
Tình trạng hôn nhân				
Chưa lập gia đình	53 (35,3; 27,7 - 43,5)	49 (32,7; 25,2 - 40,8)	43 (28,7; 21,6 - 36,6)	0,195
Đang có vợ	83 (55,3; 47,0 - 63,4)	75 (50,0; 41,7 - 58,3)	83 (55,3; 47,0 - 63,4)	0,954
Đã ly dị/ ly thân/ góa	13 (8,7; 4,7 - 14,4)	20 (13,3; 8,3 - 19,8)	24 (16,0; 10,5 - 22,9)	0,069
Sống chung không kết hôn	1 (0,7; 0,02 - 3,7)	6 (4,0; 1,5 - 8,5)	0 (0)	0,485
Trình độ học vấn				
Mù chữ + Tiểu học	7 (4,7; 1,9 - 9,3)	4 (2,7; 0,7 - 6,7)	5 (3,3; 1,1 - 7,6)	0,436
Trung học cơ sở	37 (24,7; 18,0 - 32,4)	42 (28,0; 21,0 - 35,9)	58 (38,7; 30,8 - 47,0)	0,010
Trung học phổ thông	81 (54,0; 45,7 - 62,2)	85 (56,7; 48,3 - 64,7)	77 (51,3; 43,0 - 59,6)	0,603
Trung cấp, cao đẳng, Đại học	25 (16,7; 11,1 - 23,6)	19 (12,7; 0,8 - 19,1)	10 (6,7; 3,2 - 11,9)	0,006

Tuổi trung bình của nam NCMT tham gia nghiên cứu tăng dần từ 32,5 tuổi (2017) lên 36,6 tuổi (2021). Nam NCMT tham gia có xu hướng già hóa khi nhóm tuổi < 25 giảm từ

7,3% (2017) xuống còn 1,3% (2022) (p-trend < 0,05). Bên cạnh đó, nhóm này chủ yếu là người đang có vợ trên và phần lớn là có trình độ học vấn ở bậc trung học phổ thông trở lên.

Bảng 2. Xu hướng hành vi tiêm chích ma túy và quan hệ tình dục nguy cơ ở nhóm nam nghiện chích ma túy qua HSS+ tại Đà Nẵng năm 2017 - 2021

Đặc điểm	2017 (n = 150)	2019 (n = 150)	2021 (n = 150)	p trend
	n (%; KTC95%)	n (%; KTC95%)	n (%; KTC95%)	
Hành vi tiêm chích ma túy				
Tuổi bắt đầu tiêm chích ma túy				
Trung bình (độ lệch chuẩn)	20,6 (4,2)	21,4 (4,6)	21,7 (6,2)	-
Trung vị (khoảng biến thiên)	20 (10 - 38)	20 (12 - 44)	21 (10 - 53)	-
Nhóm tuổi bắt đầu tiêm chích ma túy				
Dưới 18 tuổi	37 (25,0; 18,3 - 32,8)	26 (17,6; 11,8 - 24,7)	36 (26,7; 19,3 - 35,0)	0,834
Từ 18 tuổi trở lên	111 (75,0; 67,2 - 81,7)	122 (82,4; 75,3 - 88,2)	99 (73,3; 65,0 - 80,6)	0,726
Thời gian tiêm chích ma túy (năm)				
Trung bình (độ lệch chuẩn)	11,9 (4,2)	11,8 (4,6)	15,1 (6,2)	-
Trung vị (khoảng biến thiên)	10,1 (10,2 - 38,3)	11,2 (12,0 - 43,6)	15,4 (10,3 - 53,1)	-
Nhóm thời gian tiêm chích ma túy				
Dưới 5 năm	6 (4,1; 1,5 - 8,6)	4 (2,7; 0,7 - 6,8)	5 (3,7; 1,2 - 8,4)	0,734
Từ 5 đến dưới 10 năm	66 (44,6; 36,4 - 53,0)	50 (33,8; 26,2 - 42,0)	18 (13,3; 8,1 - 20,3)	< 0,001
Từ 10 năm trở lên	76 (51,4; 43,0 - 59,6)	94 (63,5; 55,2 - 71,2)	112 (83,0; 75,5 - 88,9)	< 0,001
Số lần tiêm chích ma túy trong 1 tháng				
Trung bình (độ lệch chuẩn, nhỏ nhất – lớn nhất)	75,5 (42,2, 5 - 200)	44,4 (31,0 2 -160)	68,0 (23,0, 10 - 120)	-
Sử dụng bơm kim tiêm (BKT)				
Đã từng chung BKT	61 (40,7; 32,7 - 49,0)	52 (34,7; 27,1 - 42,9)	16 (10,7; 6,2 - 16,7)	< 0,001
Dùng chung BKT bất kỳ lần nào trong 1 tháng qua	1 (0,7; 0,02 - 3,7)	5 (3,3; 1,1 - 7,6)	8 (5,3; 2,3 - 10,2)	0,031
Sử dụng BKT sạch lần gần nhất	150 (100; 97,6 - 100)	149 (99,3; 96,3 - 100)	141 (94,0; 88,9 - 97,2)	< 0,001
Hành vi quan hệ tình dục (QHTD) và sử dụng bao cao su (BCS)				
Với vợ/người yêu				
Có quan hệ trong 1 tháng	113 (75,3; 67,6 - 82,0)	112 (74,7; 66,9 - 81,4)	89 (59,3; 51,0 - 67,3)	0,002
Luôn sử dụng BCS khi QHTD trong 1 tháng (n ₁ = 113, n ₂ = 112, n ₃ = 89)	20 (17,7; 11,1 - 26,0)	7 (6,3; 2,5 - 12,4)	5 (5,6; 1,8 - 12,6)	0,002
Với Phụ nữ bán dâm				
Đã từng QHTD	61 (40,7; 32,7 - 49,0)	54 (36,0; 28,3 - 42,3)	63 (42,0; 34,0 - 50,3)	0,860
Có QHTD trong 12 tháng	20 (13,3; 8,3 - 19,8)	28 (18,7; 12,8 - 25,8)	13 (8,7; 4,7 - 14,4)	0,207
Có QHTD trong 1 tháng	8 (5,3; 2,3 - 10,2)	22 (14,7; 9,4 - 21,4)	13 (8,7; 4,7 -14,4)	0,377
Luôn sử dụng BCS khi QHTD trong 1 tháng (n ₁ = 8, n ₂ = 22, n ₃ = 13)	7 (87,5; 47,3 - 99,7)	20 (90,1; 70,8 - 98,9)	3 (23,1; 50,4 - 53,8)	< 0,002
Với bạn tình nam				
Đã từng QHTD	4 (2,7; 0,7 - 6,7)	1 (0,7; 0,02 - 3,7)	0 (0)	0,013
Luôn sử dụng BCS khi QHTD (n ₁ = 4, n ₂ = 1, n ₃ = 0)	1 (25, 0; 0,6 - 80,6)	1 (100; 2,5 - 100)	-	-

* n_1 : Cỡ mẫu năm 2017; n_2 : Cỡ mẫu năm 2019; n_3 : Cỡ mẫu năm 2021; BKT: Bơm kim tiêm, BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; KTC: Khoảng tin cậy

Về xu hướng hành vi TCMT, tuổi trung bình bắt đầu TCMT của đối tượng tăng dần từ 20,6 năm 2017 lên 21,7 năm 2021. Thời gian TCMT trung bình của đối tượng ngày càng tăng từ 12 năm (2017) lên 15 năm (2019), vì vậy thời gian TCMT chủ yếu từ 10 năm trở lên tăng từ 51,4% (2017) lên 83,0% (2021) và xu hướng này có ý nghĩa thống kê với $p\text{-trend} < 0,001$.

Số lần TCMT trung bình trong 1 tháng qua giảm từ 75,5 lần/tháng năm 2017 xuống còn 44,4 lần/tháng năm 2019 và sau đó tăng lên 68,0 lần/tháng năm 2019 tương đương với 1,5 – 2,5 lần/ngày.

Các chỉ số về hành vi sử dụng bơm kim tiêm (BKT) của nhóm nam NCMT có thay đổi rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với $p\text{-trend} < 0,05$, tỷ

lệ đã từng sử dụng BKT giảm mạnh từ 40,7% năm 2017 xuống còn 10,7% năm 2021; tỷ lệ dùng chung BKT trong 1 tháng qua lại tăng từ 0,7% năm 2017 lên 5,3% năm 2021; tỷ lệ sử dụng BKT sạch lần cũng giảm từ 100% năm 2017 còn 94% năm 2021.

Hành vi quan hệ tình dục (QHTD) của nhóm nam NCMT được hỏi trên 3 loại bạn tình bao gồm: Vợ/người yêu, với phụ nữ bán dâm (PNBD) và bạn tình nam.

Tỷ lệ nam NCMT luôn sử dụng BCS khi QHTD với vợ/bạn tình hay với PNBD giảm và có ý nghĩa thống kê với $p\text{-trend} < 0,05$. Khi QHTD với bạn tình nam, tỷ lệ nam NCMT đã từng QHTD là 2,7% năm 2017 giảm xuống còn 0,7% năm 2019 và không có trường hợp nào năm 2021.

Bảng 3. Tiếp cận dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy qua HSS+ tại Đà Nẵng năm 2017 - 2021

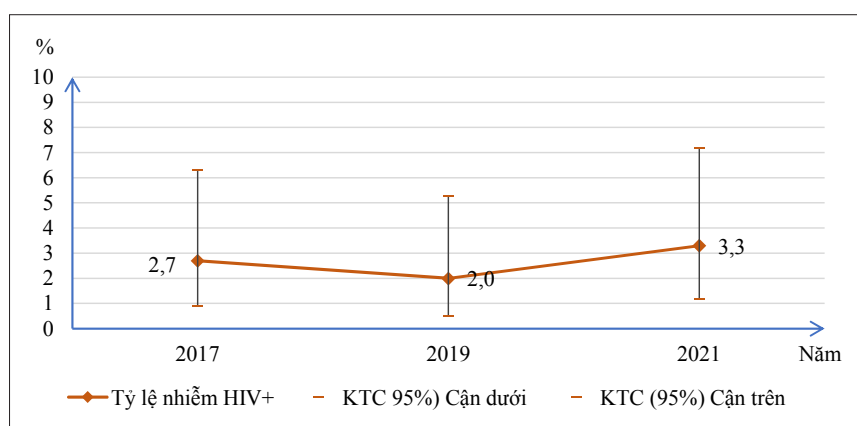
Đặc điểm	2017 (n = 150)	2019 (n = 150)	2021 (n = 150)	p trend
	n (%), KTC95%)	n (%), KTC95%)	n (%), KTC95%)	
Tiếp cận chương trình can thiệp dự phòng trong 12 tháng qua				
Nhận được BKT miễn phí	73 (48,7; 40,4 - 57,0)	13 (8,7; 4,7 - 14,3)	14 (9,3; 5,2 - 15,2)	< 0,001
Nhận được BCS miễn phí	74 (49,3; 41,1 - 57,6)	14 (9,3; 5,2 - 15,2)	15 (10,0; 5,7 - 16,0)	< 0,001
Được tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn	115 (76,7; 69,1 - 83,2)	22 (14,7; 9,4 - 21,4)	20 (13,3; 8,3 - 19,8)	< 0,001
Tiếp cận chương trình Methadone				
Đã từng điều trị Methadone	68 (45,3; 37,2 - 53,7)	27 (18,0; 12,2 - 25,1)	54 (36,0; 28,3 - 44,2)	0,076
Điều trị mathadone trong 1 tháng qua	66 (44,0; 35,9 - 52,3)	23 (15,3; 10,0 - 22,1)	39 (26,0; 19,2 - 33,8)	< 0,001
Tư vấn và xét nghiệm HIV và điều trị ARV				
Đã từng xét nghiệm HIV	150 (100; 97,6 - 100)	144 (96,0; 91,5 - 98,5)	134 (89,3; 83,3 - 93,8)	< 0,001
Xét nghiệm HIV và biết kết quả lần gần nhất (n ₁ = 150, n ₂ = 144, n ₃ = 134)	149 (99,3; 96,3 - 100)	143 (99,3; 97,2 - 100)	134 (100; 97,3 - 100)	0,711
Tự báo cáo nhiễm HIV (n ₁ = 149, n ₂ = 143, n ₃ = 134)	4 (2,7; 0,7 - 6,9)	3 (2,1, 0,4 - 6,0)	4 (3,0; 0,8 - 7,5)	0,966
Báo cáo nhiễm HIV và điều trị ARV (n ₁ = 4, n ₂ = 3, n ₃ = 4)	4 (100; 39,8 - 100)	3 (100; 29,2 - 100)	4 (100; 39,8 - 100)	-
Bảo hiểm y tế, sử dụng mạng điện thoại và mạng internet				
Có bảo hiểm y tế	103 (68,7; 60,6 - 76,0)	116 (77,3; 69,8 - 83,8)	136 (90,7; 84,8 - 94,8)	< 0,001
Dùng điện thoại liên hệ với bạn chích	149 (99,3; 96,3 - 100)	139 (92,7; 87,3 - 96,3)	116 (77,3; 69,8 - 83,8)	< 0,001
Sử dụng internet/ mạng xã hội để liên hệ với bạn chích	37 (24,7; 18,0 - 32,4)	101 (67,3; 59,2 - 74,8)	46 (30,7; 23,4 - 38,7)	0,319

* n_1 : Cỡ mẫu năm 2017; n_2 : Cỡ mẫu năm 2019; n_3 : Cỡ mẫu năm 2021; BCS: Bao cao su, BKT: Bơm kim tiêm; KTC: Khoảng tin cậy

Về tiếp cận các chương trình can thiệp dự phòng trong 12 tháng qua của nhóm nam NCMT đều giảm mạnh từ năm 2017 đến năm 2021 và có ý nghĩa thống kê với $p\text{-trend} < 0,001$, tỷ lệ nhận được BKT miễn phí giảm từ 44,7% năm 2017 xuống còn 9,3% năm 2021, tỷ lệ nhận BCS miễn phí giảm từ 49,3% năm 2017 xuống còn 10% năm 2021 và tỷ lệ được tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn giảm mạnh từ 76,7% năm 2017 xuống còn 13,3% năm 2021. Tỷ lệ nam NCMT điều trị methadone trong 1 tháng qua giảm từ 43,3% năm

2017 xuống còn 15,3% năm 2019 và tăng lên 26,0% vào năm 2021.

Tỷ lệ nam NCMT đã từng xét nghiệm HIV khá cao trong 3 năm nhưng có xu hướng giảm từ 100% (2017) xuống còn 90% (2021) có ý nghĩa thống kê với $p\text{-trend} < 0,001$; tỷ lệ xét nghiệm và biết kết quả xét nghiệm lần gần nhất cũng đạt 99 – 100%. Tỷ lệ nam NCMT tự báo cáo nhiễm HIV chỉ từ 2% - 3% và 100% được điều trị ARV. Tỷ lệ nam NCMT có thể bảo hiểm y tế tăng từ 68,7% (2017) lên 90,7% (2021) có ý nghĩa thống kê ($p\text{-trend} < 0,001$).



Hình 1. Xu hướng nhiễm HIV ở nhóm nam nghiện chích ma túy qua HSS+ tại Đà Nẵng giai đoạn 2017 - 2021

Tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm NCMT qua các năm thực hiện giám sát trọng điểm tại Thành phố Đà Nẵng tương đối ổn định (2,0% - 3,3%), tuy nhiên sự tăng giảm không có ý nghĩa thống kê với $p\text{-trend} = 0,858 > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 450 nam NCMT tại Đà Nẵng chỉ ra rằng tỷ lệ nhiễm HIV khá thấp 2% - 3,3% tương tự như kết quả của trong giai đoạn từ 2010 đến 2014 tại Đà Nẵng của Lê Quang Minh [7]. Tỷ lệ nam NCMT đã từng dùng chung BKT trong 1 tháng qua giảm 30% từ 2017 đến 2021 (10,7%) nhưng tỷ lệ dùng BKT sạch lần gần nhất năm 2021 khá thấp (94,5%) điều này một phần có thể là do dịch COVID-19

bùng phát năm 2021 nên việc tiếp cận với BKT sạch khó khăn hơn.

Bên cạnh đó, việc tiếp cận các chương trình can thiệp dự phòng trong 12 tháng qua (nhận BCS miễn phí, BKT miễn phí, tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn) của nhóm nam NCMT giảm mạnh từ 2017 đến 2021 từ 4 – 6 lần chỉ còn 10% nhận được, vì 5 năm gần đây thành phố tập trung các hoạt động can thiệp giảm hại cho nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới do tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm này tăng nhanh. Tỷ lệ nam NCMT điều trị Methadone trong 1 tháng qua giảm từ 43,3% xuống 26% mặc dù những người tham gia đều có thời gian TCMT khá lâu năm.

Về hành vi QHTD, điểm đáng chú ý là tỷ lệ nam NCMT luôn sử dụng BCS khi QHTD với

PNBD trong 1 tháng qua giảm mạnh từ 100% năm 2019 còn 23,1% năm 2021, điều này tăng nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nam NCMT, nhóm PNBD và cả bạn tình của họ.

Về xét nghiệm HIV và điều trị ARV, tỷ lệ nam NCMT đã từng xét nghiệm HIV giảm từ có ý nghĩa thống kê ($p\text{-trend} < 0,001$). Trong đó, có khoảng 2 - 3% nam NCMT tự báo cáo nhiễm HIV và 100% đang được điều trị ARV giúp giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho người khác. Đồng thời, tỷ lệ nam NCMT có thể bảo hiểm y tế tăng dần qua các năm cũng là tín hiệu đáng mừng để họ có thể tiếp cận với các dịch vụ y tế khác.

Tuy tỷ lệ hiện nhiễm HIV tại Đà Nẵng khá thấp và đạt mức ổn định từ năm 2012 – 2021, nhưng tỷ lệ đã từng xét nghiệm HIV giảm và tỷ lệ tiếp cận với các dịch vụ can thiệp giảm hại như BKT miễn phí, BCS miễn phí, điều trị Methadone, ... rất thấp và giảm mạnh từ 2017 – 2021 cho thấy nhóm này đang bị lãng quên. Bên cạnh đó, tần suất TCMT khá cao (1,5 – 2,5 lần/ ngày) và vẫn còn tỷ lệ nhỏ nam NCMT dùng chung BKT; có QHTD với PNBD hoặc bạn tình nam nhưng không dùng BCS thường xuyên là những nguy cơ hiện hữu làm bùng phát dịch trở lại trong nhóm này.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng có một số điểm hạn chế như sau: Lấy mẫu nghiên cứu theo cụm các xã và khung mẫu được cập nhật từ số của đồng đẳng viên tuy nhiên kinh phí bị cắt giảm nên nhóm cũng không có nhiều hoạt động vì vậy có một số đối tượng ẩn mà nhóm chưa tiếp cận để mời tham gia. Ngoài ra, có những trường hợp di chuyển giữa các địa điểm để tham gia nhiều lần và điểm này có thể khắc phục bằng cách sử dụng máy vận tay để kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Nhìn chung, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi trong nhóm nam nghiện chích ma túy tại Đà Nẵng từ 2017 đến 2021 thấp và có xu hướng ổn định qua các năm. Tuy nhiên, tỷ lệ bao phủ các dịch vụ can thiệp giảm hại khá thấp chỉ khoảng

10%, do đó cần tăng cường các dịch vụ giảm hại (cung cấp bơm kim tiêm miễn phí, bao cao su miễn phí) để nhóm nam nghiện chích ma túy có thể dễ dàng tiếp cận được với các dịch vụ.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Đà Nẵng; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. People who inject drugs. Accessed 02/11/2022. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>.
2. HIV Among People Who Inject Drugs | HIV by Group | HIV/AIDS | CDC. Accessed 02/11/2022. <https://www.cdc.gov/hiv/group/hiv-idu.html>.
3. Bộ Y tế. Các tỉnh thúc đẩy điều trị viêm gan C cho người bệnh đồng nhiễm HIV/VGC - Hoạt động của địa phương - Cổng thông tin Bộ Y tế. Truy cập ngày 02/11/2022. https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbIa8vOQDuS/content/cac-tinh-thuc-ay-ieu-tri-viem-gan-c-cho-nguoi-benh-ong-nhiem-hiv-vgc.
4. Damas J, Storm M, Pandey LR, et al. Prevalence of HIV, Hepatitis C and its related risk behaviours among women who inject drugs in the Kathmandu Valley, Nepal: a cross-sectional study. *Therapeutic Advances in Infection*. 2021; 8: 1 - 12.
5. Bộ Y tế. Quyết định về việc phê duyệt kế hoạch giám sát trọng điểm HIV, giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi của các tỉnh, thành phố. Số 373/QĐ-BYT, ngày 10 tháng 02 năm 2017.
6. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2017. Cục PC HIV/AIDS. 2017.

7. Lê Quang Minh, Trương Tấn Nam, Dương Công Thành, cộng sự. Chiều hướng nhiễm HIV và sự thay đổi một số chỉ số hành vi, thực hành phòng lây

nhiễm HIV của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Thành phố Đà Nẵng từ năm 2010 đến năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 9 (182): 101 - 108.

TRENDS OF HIV PREVALENCE AND THE DEMAND TO IMPROVE HIV PREVENTION INTERVENTION PROGRAMS AMONG MALE INJECTING DRUG USERS IN DANANG, PERIOD 2017 - 2021

Bui Ngoc Chuong¹, Le Quang Minh¹, Cao Mai Phuong¹, Khuu Van Nghia²,
Bui Hoang Duc³, Tran Thanh Tung³, Dang Thi Lo³

¹*Danang city Center for Disease Control*

²*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

To determine HIV prevalence, syphilis and describe related factor HIV risk behaviors and access to HIV prevention programs by questionnaires, HIV testing. A cross - sectional study with 450 male injecting drug users aged 16 years old living in Da Nang in 2017, 2019 and 2021. HIV prevalence was 2.7% (2017), 2.0% (2019) and 3.3 % (2021); the results increase or decrease between years but are not statistically significant ($p\text{-trend} = 0.858 > 0.05$). Risk behavior: the average number of injections is high, from 1.5 - 2.5 times/day; the rate of needle sharing in 1 month increased from 0.7% (2017) to 5.3% (2021); always using condoms

when having sex with female sex workers was low decreased from 17.7% (2017) to 5.6% (2021). In the past 12 months, the rate of access to harm reduction intervention programs (get free needles and syringes, get free condoms, get counseling on condoms and safe sex) has decreased dramatically. Although the infection rate is low, there is still a high risk of HIV transmission, low access to services and a marked reduction. Therefore, it is necessary to step up harm reduction intervention programs among male injecting drug users.

Keywords: HIV; male injecting drug users; risk behaviour; Da Nang

HÀNH VI NGUY CƠ VÀ TIẾP CẬN DỊCH VỤ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM HIV TRÊN NHÓM MSM TẠI THANH HÓA, NĂM 2022

Trần Văn Hiệp^{1*}, Lê Trường Sơn¹, Nguyễn Đức Thanh², Nguyễn Đăng Tùng¹, Phạm Hoàng Anh¹, Bùi Xuân Khánh¹, Hoàng Thị Thanh Hà³, Ngô Thị Hồng Hạnh³, Nguyễn Thị Thanh Hà³, Phạm Hồng Thắng³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa*

²*Trường Đại học Y dược Thái Bình*

³*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại Thanh Hóa từ tháng 3 - 6/2022 đã phỏng vấn 315 nam có quan hệ tình dục đồng giới (MSM) nhằm mô tả các hành vi nguy cơ trong nhóm MSM và tiếp cận dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV trong nhóm quần thể này. Kết quả cho thấy 93,0% MSM tham gia nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 16 - 34 tuổi; số lần quan hệ tình dục (QHTD) trung bình 1 tháng là 3,0 lần (SD = ± 2,4); 11,4% đã từng có quan hệ tình dục với nhiều người cùng một lúc; 97,8% MSM có sử dụng bao cao su (BCS) trong lần QHTD gần nhất. Tỷ lệ MSM tham gia nghiên cứu đã từng tiêm chích ma túy thấp (0,6%); tỷ lệ tham gia điều trị PrEP cao 75,9%. Phân tích mô hình đa biến cho thấy những người được tiếp cận với các thông tin truyền thông về phòng chống HIV/AIDS tham gia chương trình điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) nhiều hơn so với những người chưa từng được nhận các thông tin truyền thông về phòng chống HIV/AIDS (OR* = 4,78; 95%KTC = 1,73 - 13,21). Tuy nhiên, những người chưa từng QHTD tập thể tham gia điều trị PrEP nhiều hơn người đã từng QHTD tập thể (OR* = 3,90; 95%KTC = 1,72 - 8,85). Do đó, việc tăng cường truyền thông về PrEP và nguy cơ lây nhiễm HIV đối với nhóm MSM, mở rộng phạm vi chương trình hướng đến nhiều đối tượng, đặc biệt là các đối tượng có hành vi nguy cơ lây nhiễm cao là rất cần thiết.

Từ khóa: MSM; PrEP; HIV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gần 40 năm sau mô tả ban đầu về ca nhiễm HIV đầu tiên ở nam giới quan hệ tình dục đồng giới (MSM) ở Hoa Kỳ, cộng đồng toàn cầu phải đối mặt với dịch HIV tái xuất hiện và được ghi nhận ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Theo số liệu của WHO, ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình ở nhóm MSM dao động từ 5% ở Đông Nam Á đến 12,6% ở Đông và Nam Phi. Năm 2019, số liệu của UNAIDS cho thấy MSM chiếm 44% số ca nhiễm HIV mới ở Châu Á - Thái Bình Dương. Trên toàn

cầu, nguy cơ nhiễm HIV ở nhóm MSM cao hơn 26 lần so với dân số chung [1].

Tại Việt Nam, báo cáo giám sát trọng điểm cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM của 20 tỉnh/thành phố có xu hướng tăng từ 6,1% năm 2015 lên 12,4% năm 2017. Trong khi báo cáo kết quả công tác phòng chống dịch năm 2019 nhấn mạnh sự gia tăng tỷ lệ lây truyền HIV qua đường quan hệ tình dục không an toàn từ 63,2% lên đến 67,2%, đặc biệt là sự gia tăng tỷ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm MSM. Báo cáo dự báo nhóm MSM sẽ dần là nhóm chính nhiễm mới HIV ở Việt Nam [2].

*Tác giả: Trần Văn Hiệp

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa

Điện thoại: 0975 187 689

Email: hieptranhsp@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/11/2022

Ngày phản biện: 16/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

Theo ước tính tỉnh Thanh Hóa có khoảng 2.300 - 2.500 MSM, một phần nhỏ trong số này (khoảng trên 685 MSM) đang tham gia vào các hoạt động của các nhóm đồng đẳng MSM, được cung cấp thông tin, kiến thức cần thiết về HIV/AIDS và các bệnh lây truyền qua đường tình dục, được cung cấp bao cao su (BCS), chất bôi trơn và các vật dụng cần thiết khác. Tuy nhiên, hoạt động của các nhóm cộng đồng MSM tại Thanh Hóa còn hạn chế chỉ tập trung tại một số khu vực nhất định chưa bao phủ được trên địa bàn toàn tỉnh. Dữ liệu trong 3 năm gần đây cho thấy tỷ lệ HIV dương tính trong nhóm MSM tại Thanh Hóa đang có xu hướng gia tăng, cụ thể năm 2018: 10/265 ca (3,77%), 2019: 16/177 ca (9%) và 2020: 46/214 ca (21,49%) [3]. Để làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nguy cơ cao như nhóm MSM, chương trình điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP đang được mở rộng triển khai tại Thanh Hóa. Tính đến ngày 30/6/2020, đã có 125 khách điều trị PrEP tại Thanh Hóa và ước tính con số này sẽ tăng lên 1080 ca vào năm 2025 [3].

Vì vậy, chúng tôi đề xuất nghiên cứu về hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và tiếp cận dịch vụ dự phòng trước phơi nhiễm HIV trên nhóm MSM tại Thanh Hóa năm 2022 để mô tả các hành vi nguy cơ chính đang diễn ra tại nhóm MSM ở Thanh Hóa cũng như thực trạng sử dụng các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV bao gồm cả việc sử dụng dịch vụ điều trị dự phòng PrEP trong nhóm này. Từ đó có thể đưa ra các phương án, chính sách cho Thanh Hóa trong việc áp dụng các biện pháp đáp ứng y tế công cộng kịp thời giảm các hành vi nguy cơ và cải thiện các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam quan hệ tình dục đồng giới hiện đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa, có tuổi lớn hơn hoặc bằng 16 tuổi (sinh trước tháng 3/2006); có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với nam giới khác trong vòng 30 ngày qua và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Thành phố Thanh Hóa.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2022 - 10/2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Theo công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ với $p = 28,7\%$ (lấy theo kết quả giám sát lồng ghép các chỉ số hành vi và sinh học HIV/STI năm 2012 tại Việt Nam), cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu sau khi hiệu chỉnh tỷ lệ từ chối tham gia nghiên cứu được xác định là 315 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu hoàn toàn ngẫu nhiên được sử dụng để tuyển chọn người tham gia nghiên cứu. Đầu tiên, dựa trên danh sách MSM mà nhóm nghiên cứu đã biết hoặc được giới thiệu bởi các đồng đẳng viên, lựa chọn 3 người đầu tiên tham gia nghiên cứu. Sau khi phỏng vấn, mỗi người tham gia (bây giờ trở thành những người tuyển chọn) được nhận 3 phiếu mời, để mời những người MSM khác mà họ biết tham gia vào nghiên cứu. Nếu những người MSM trong cộng đồng nhận được phiếu mời quan tâm và muốn tham gia thì họ cầm theo phiếu mời và đến cơ sở nghiên cứu để thực hiện thủ tục nghiên cứu. Các dây chuyền tuyển chọn sử dụng 3 phiếu mời được tiếp tục như vậy cho đến khi đạt đủ cỡ mẫu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu được xây dựng dựa trên “Bộ chỉ số theo dõi và đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia” của Cục Phòng, chống HIV/AIDS – Bộ Y tế và tham khảo các nghiên cứu tương tự, bộ câu hỏi theo cấu trúc soạn sẵn thực hiện thu thập 03 nhóm thông tin chính gồm: Các thông tin chung của MSM (Tuổi, hôn nhân, học vấn, ...); các thông tin về hành vi lây nhiễm HIV (Tần suất QHTD; xu hướng QHTD; sử dụng BCS;...) của MSM; các thông tin liên quan đến tiếp cận dịch vụ can

thiệt giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV của MSM (Xét nghiệm HIV; tiếp cận các thông tin truyền thông về PrEP; ...).

Trong đó, biến đầu ra (biến phụ thuộc) của nghiên cứu là: Tình trạng điều trị PrEP hiện tại

Các nhóm biến số độc lập gồm: Nhóm biến số về thông tin chung của MSM; nhóm biến số về hành vi lây nhiễm HIV của MSM; nhóm biến số về tiếp cận dịch vụ can thiệp giảm tác hại phòng lây nhiễm HIV của MSM.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Để thu thập các thông tin định lượng, chúng tôi sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp MSM dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc được chuẩn bị trước. Bộ công cụ phỏng vấn đã được xây dựng dựa trên “Bộ chỉ số theo dõi và đánh giá chương trình phòng, chống HIV/AIDS quốc gia” của Cục Phòng, chống HIV/AIDS – Bộ Y tế năm 2007, có tham khảo bộ công cụ của một số nghiên cứu có trước [4]. Sau khi xây dựng, bộ công cụ đã được phỏng vấn thử nghiệm trên 5 đối tượng MSM, sau đó được chỉnh sửa và hoàn thiện để phục vụ công tác điều tra thực địa.

Thành phần tham gia nghiên cứu gồm 04 điều tra viên đều là cán bộ của Khoa phòng, chống HIV/AIDS, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa, có đầy đủ kiến thức, kỹ

năng cần thiết và có kinh nghiệm tham gia các nghiên cứu trên nhóm MSM.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu và quản lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1.

Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả sử dụng các phương pháp thống kê mô tả tần số và tỷ lệ để mô tả các biến độc lập và biến đầu ra. Kiểm định hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để kiểm định các mối liên quan riêng lẻ của từng yếu tố với biến đầu ra (tình trạng nhiễm HIV). Bên cạnh đó, các biến số có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sẽ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để kiểm định mối liên quan và loại bỏ các yếu tố nhiễu.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được xét duyệt và thông qua bởi Hội đồng xét duyệt luận văn cao học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình theo quyết định số 392/QĐ-YDTB ngày 29/03/2022.

III. KẾT QUẢ

Tổng số có 315 khách hàng MSM tham gia vào nghiên cứu và trả lời các câu hỏi điều tra. Thông tin chung về nhóm quần thể tham gia nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội ở nhóm MSM tại Thanh Hóa, 2022 (n = 315)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (độ lệch chuẩn - SD)	26,4 (5,3)	
Thấp nhất – Cao nhất	16 - 46	
Nhóm tuổi		
Nhóm tuổi từ 16 – 24	134	42,5
Nhóm tuổi từ 25 – 34	159	50,5
Nhóm tuổi từ 35 – 49	22	7,0
Trình độ học vấn		
Tiểu học/Trung học cơ sở	19	6,0
Trung học phổ thông	105	33,3
Trung cấp/ngành	85	27,0
Cao đẳng/ Đại học/ Sau đại học	106	33,7
Tình trạng hôn nhân		
Chưa vợ/chồng	250	79,4
Sống cùng vợ	38	12,1
Ly dị/ly thân	27	8,6
Đang sống cùng		
Vợ/chồng	36	11,4
Ở với Bố/mẹ	161	51,1
Một mình	103	32,7
Sống với bạn	15	4,8
Nghề nghiệp		
Nông dân	10	3,2
Công nhân/ Thủ công nghiệp	64	19,3
Lái xe	23	7,3
Học sinh/sinh viên	48	15,2
Tự do	149	47,3
Thất nghiệp/ Khác	21	6,7
Thu nhập trung bình(độ lệch chuẩn - SD)	5,62 (3,25)	
Thấp nhất – Cao nhất	1 - 30	
Thu nhập		
< 5 triệu	129	41
5 - 9 triệu	152	48,3
10 - 14 triệu	29	9,2
≥ 15 - 19 triệu	5	1,6

Kết quả cho thấy độ tuổi trung bình của 315 khách hàng MSM tham gia vào nghiên cứu là 26,4% (SD = 5,3), trong đó MSM ở nhóm tuổi 16-34 chiếm tỷ lệ cao nhất (93,0% - 293/315), nhóm MSM từ 35 đến 49 tuổi là 7,0% - 22/315). Nhìn chung các khách hàng MSM tham gia nghiên cứu có trình độ học vấn cao: 33,7% (106/315) có trình độ cao đẳng/đại

học/sau đại học; phần lớn khách hàng MSM đều chưa lập gia đình (79,4% - 250/315). Về nghề nghiệp, đa số là lao động tự do (47,3% - 149/315). Tiếp đến là công nhân chiếm 19,3% (64/315), học sinh/sinh viên chiếm 15,2%

(48/315). Thu nhập trung bình hàng tháng của họ là 5,62 triệu/ tháng ($SD = \pm 3,3$), thấp nhất là 1 triệu đồng/tháng và cao nhất là 30 triệu đồng/ tháng, trong đó 89,3% có thu nhập < 9 triệu đồng/ tháng.

Bảng 2. Hành vi quan hệ tình dục và tiêm chích ma túy ở nhóm MSM tại Thanh Hóa, 2022 (n = 315)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần QHTD trong 1 tháng qua với bạn tình nam		
1 lần	67	21,3
2 lần	108	34,3
3 lần	74	23,5
≥ 4 lần	56	20,9
Trung bình QHTD trong 1 tháng qua (độ lệch chuẩn - SD)	3,0 ($\pm 2,4$)	
Thấp nhất – Cao nhất	1 - 20	
Lần gần nhất QHTD với bạn tình nam và sử dụng BCS		
Có	308	97,8
Không	7	2,2
Người gợi ý sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất (n = 311)		
Tự bản thân	104	33,4
Bạn tình	11	3,5
Cả hai cùng đồng thuận	196	63,1
Quan hệ tình dục tập thể		
Đã từng	36	11,4
Chưa từng	279	88,6
Tiêm chích ma túy		
Đã từng	2	0,6
Chưa từng	313	99,4
Tự đánh giá hành vi nguy cơ nhiễm HIV của bản thân		
Rất thấp	7	2,2
Thấp	196	62,2
Bình thường	91	28,9
Cao	21	6,7

BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục

Các khách hàng được khảo sát các thông tin về hành vi tình dục và tiêm chích ma túy (Bảng 2). Kết quả chỉ ra, tần suất trung bình quan hệ tình dục trong 1 tháng qua của các khách hàng MSM này là 3,0 lần ($SD = 2,4$), trong đó thấp nhất là 1 lần/tháng và cao nhất lên đến 20 lần trong vòng 1 tháng. 97,8%

các đối tượng có sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất và 62,7% có sự đồng thuận từ cả 2 phía về việc sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. 11,4% khách hàng MSM tham gia nghiên cứu đã từng có quan hệ tình dục tập thể với nhiều người cùng một lúc. 99,4% báo cáo chưa từng sử dụng ma

túy và 62,2% tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV mức độ trung bình; 6,7% đánh giá nguy cơ của bản thân ở mức thấp, 28,9% đánh giá ở mức độ trung bình; 6,7% đánh giá nguy cơ nhiễm HIV ở mức cao.

Bảng 3. Đặc điểm về điều trị và tiếp cận dịch vụ can thiệp dự phòng trước phơi nhiễm PrEP ở nhóm MSM tại Thanh Hóa, 2022 (n = 315)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Hiện đang điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP		
Có	239	75,9
Không	76	24,1
Biết để tham gia PrEP từ		
Cán bộ phòng khám ngoại trú	64	20,3
Nhân viên y tế thôn/xóm	3	1,0
Trạm y tế	7	2,2
Người đang điều trị	24	7,6
Đồng đẳng viên	166	52,7
Người thân	3	1,0
Lý do chưa điều trị PrEP		
Sợ kỳ thị	19	25,0
Nghĩ không cần thiết	32	42,1
Cơ sở điều trị quá xa	7	9,2
Không đủ tiền điều trị	0	0
Không có bảo hiểm y tế	1	1,3
Thường xuyên đi làm ăn xa	15	19,7
Lý do khác	2	2,6
Nhận được thông tin truyền thông PC HIV/AIDS		
Có	284	90,2
Không	31	9,8
Các thông tin truyền thông		
Tuyên truyền về HIV	235	53,7
Tuyên truyền về viêm gan	17	3,9
Tuyên truyền tiêm chích an toàn	35	8,0
Tuyên truyền tình dục an toàn	99	22,6
Tuyên truyền giáo dục giới tính	51	11,6
Tuyên truyền khác	1	0,2
Biết nơi tư vấn xét nghiệm HIV		
Có	296	94,0
Không	19	6,0

Kết quả điều tra các thông tin về điều trị và tiếp cận dịch vụ can thiệp dự phòng trước phơi nhiễm PrEP ở nhóm MSM tại Thanh Hóa năm 2022 được thể hiện trong bảng 3 với

75,9% MSM xác nhận đang điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP và 24,1% là chưa từng điều trị PrEP. Trong 76 (24,1%) trường hợp báo cáo chưa điều trị PrEP có 42,1% cho rằng

việc điều trị là không cần thiết, 25% sợ bị kỳ thị và 19,1% chưa thể điều trị do bận đi làm ăn xa.

Các chương trình truyền thông Phòng chống HIV/AIDS được triển khai tại tỉnh Thanh Hóa

đã đến được với 90,2% khách hàng tham gia nghiên cứu này.

94% khách hàng MSM biết nơi để làm tư vấn xét nghiệm HIV với 39,21% đã từng sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV lưu động.

Bảng 4. Mô hình đơn biến và đa biến giữa tình trạng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP và các yếu tố liên quan (n = 315)

Yếu tố	Đang điều trị PrEP	OR	OR hiệu chỉnh	Giá trị p
	n (%)	(95% KTC)	(95% KTC)	
Nhóm tuổi				
16 - 24	108 (80,6)	1	-	-
25 - 34	119 (74,8)	0,71 (0, 41 - 1,25)	-	-
35 - 49	12 (54,6)	0,29 (0,11 - 0,74)	-	-
Trình độ học vấn				
Tiểu học/THCS	13 (68,4)	1	-	-
THPT	73 (69,5)	1,05 (0,37 - 3,02)	-	-
Trung cấp/nghề	63 (74,1)	1,32 (0,45 - 3,90)	-	-
CĐ/ĐH/Sau ĐH	90 (84,9)	2,59 (0,86 - 7,83)	-	-
Tình trạng hôn nhân				
Đã lập gia đình	36 (53,4)	1	1	0,005
Chưa có vợ/chồng	203 (81,2)	3,48 (1,94 - 6,23)	2,74 (1,35 - 5,57)	
Nghề nghiệp				
Nông dân	8 (80,0)	1	-	-
Công nhân/ Thủ công nghiệp	46 (71,9)	0,64 (0,12 - 3,30)	-	-
Lái xe	13 (56,5)	0,32 (0,06 - 1,88)	-	-
Học sinh/sinh viên	38 (79,2)	0,95 (0,17 - 5,19)	-	-
Tự do	121 (81,2)	1,08 (0,22 - 5,37)	-	-
Thất nghiệp/ Khác	13 (61,9)	0,41 (0,07 - 2,41)	-	-
Thu nhập				
< 5 triệu	108 (83,7)	1	1	-
5 - 9 triệu	108 (71,1)	0,47 (0,27 - 0,86)	0,76 (0,37 - 1,53)	0,447
10 - 14 triệu	21 (72,4)	0,51 (0,19 - 1,31)	1,26 (0,38 - 4,16)	0,706
≥ 15 triệu	2 (40,0)	0,13 (0,02 - 0,82)	0,41 (0,04 - 4,24)	0,457
Số lần QHTD trong 1 tháng qua với bạn tình nam				
1 lần	36 (53,7)	1	1	-
2 lần	88 (81,5)	3,79 (1,91 - 7,50)	3,64 (1,53 - 7,27)	0,002
3 lần	59 (79,7)	3,39 (1,61 - 7,12)	4,01 (1,67 - 9,68)	0,002
≥ 4 lần	56 (84,9)	4,82 (2,11 - 11,02)	5,16 (2,01 - 13,18)	0,001

Bảng 4. Mô hình đơn biến và đa biến giữa tình trạng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP và các yếu tố liên quan (n = 315) (tiếp)

Yếu tố	Đang điều trị PrEP	OR	OR hiệu chỉnh	Giá trị p
	n (%)	(95% KTC)	(95% KTC)	
Sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất với bạn tình nam				
Có	233 (75,7)	1	-	-
Không	6 (85,7)	1,93 (0,23 - 16,29)	-	-
Quan hệ tình dục tập thể				
Đã từng	18 (50,0)	1	1	-
Chưa từng	221 (79,2)	3,81 (1,86 - 7,78)	3,90 (1,72 - 8,85)	0,001
Tiêm chích ma túy				
Đã từng	1 (50,0)	1	-	-
Chưa từng	238 (76,0)	3,17 (0,19 - 51,35)	-	-
Tự đánh giá hành vi nguy cơ nhiễm HIV của bản thân				
Thấp	168 (82,8)	2,73 (1,55 - 4,79)	3,11 (1,55 - 6,24)	0,001
Trung bình	58 (63,7)	1	1	-
Cao	13 (61,9)	0,92 (0,35 - 2,46)	1,64 (0,49 - 5,42)	0,782
Đã từng nhận được thông tin truyền thông phòng, chống HIV/AIDS				
Đã từng	227 (79,9)	6,31 (2,89 - 13,74)	4,78 (1,73 - 13,21)	0,001
Chưa từng	12 (38,7)	1	1	-
Biết nơi tư vấn xét nghiệm HIV				
Có	231 (78,0)	4,88 (1,88 - 12,65)	1,40 (0,38 - 5,21)	0,612
Không	8 (42,1)	1	1	-

BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông; CĐ/DH: Cao đẳng/Đại học

Kết quả phân tích mô hình đa biến cho thấy có 5 yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với tình trạng điều trị PrEP của các đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, những đối tượng cho biết hiện đang có tình trạng chưa có vợ/chồng có khả năng đang tham gia điều trị PrEP cao gấp 2,74 lần so với những người có tình trạng ly dị/ly thân ($OR = 2,87$; $95\%KTC = 1,35 - 5,57$). Những người có số lần QHTD trong 1 tháng qua từ 2, 3, 4 lần trở lên có khả năng đang tham gia điều trị PrEP lần lượt cao gấp 3,64, 4,01 và 5,16 lần so với những người cho biết chỉ QHTD 1 lần trong 1 tháng qua. Bên cạnh đó, những người tự đánh giá hành vi nguy cơ nhiễm HIV của bản thân ở mức thấp cũng có khả năng tham gia điều trị PrEP cao gấp 3,11 lần so với những người tự đánh giá ở mức trung bình ($OR = 3,11$; $95\%KTC = 1,55 - 6,24$). Kết

quả mô hình cũng cho thấy rõ những người cho biết đã từng nhận được thông tin truyền thông liên quan đến PC HIV/AIDS tham gia PrEP cao gấp 4,78 lần ($OR = 4,78$; $95\%KTC = 1,73 - 13,21$) so với những người chưa từng nhận được những thông tin này.

IV. BÀN LUẬN

Tính đến tháng 6 năm 2022, tổng số 315 khách hàng nam có quan hệ tình dục đồng giới nam tại tỉnh Thanh Hóa đã tham gia vào nghiên cứu, trong đó độ tuổi trung bình là 26,4 ($\pm 5,3$), tương tự với nhóm tuổi của các khách hàng tham gia nghiên cứu của Lê Quang Sơn theo đó đối tượng nghiên cứu độ tuổi trung bình là 26,9 tuổi [5]. Báo cáo của Bộ Y tế về kết quả công

tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 nhấn mạnh tình hình dịch HIV tại Việt Nam đang diễn biến phức tạp với tỷ lệ nhiễm gia tăng ở nhóm MSM với độ tuổi ngày càng trẻ hóa [2].

Khách hàng MSM tham gia nghiên cứu này có trình độ học vấn khá cao, có một tỷ lệ 60,7% MSM có trình độ học vấn Trung cấp, Cao đẳng/Đại học/Sau đại học, 33,3 % có trình độ học vấn THPT. Ở nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Phương Hoa trên nhóm MSM bán dâm tại Hà Nội có 87,2% trình độ học vấn từ THPT trở lên [4].

Trong nghiên cứu này 51,1% MSM sống cùng bố mẹ. Đây có thể là căn cứ để có những hướng dẫn và áp dụng các biện pháp hỗ trợ tốt nhất cho nhóm đối tượng này trong việc giảm thiểu các hành vi nguy cơ, tuân thủ điều trị. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng những người nhiễm HIV/AIDS nhận được hỗ trợ, nhắc nhở của người thân, bạn bè có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn [6, 7].

Nghiên cứu các thông tin về hành vi quan hệ tình dục và tiêm chích ma túy ở những người tham gia nghiên cứu cho thấy số lần quan hệ tình dục trung bình trong nhóm MSM ở Thanh Hóa là 3,0 lần/tháng ($SD \pm 2,4$), có những trường hợp quan hệ tới 20 lần/tháng và hầu hết đều sử dụng bao cao su trong lần QHTD gần nhất. Việc sử dụng bao cao su là một trong những hành vi tình dục an toàn giúp làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác khi báo cáo số liệu từ 13,0% - 62,5% tại một số địa phương khác nhau như Tp. Hồ Chí Minh (13,0% - 2014), Thừa Thiên Huế (35,8% - 2014), Thái Nguyên (62,5% - 2020) [8, 9]. Sự khác biệt này có thể có vai trò rất lớn của truyền thông khi đến 90,2% khách hàng MSM trong nghiên cứu này trả lời rằng họ có nhận được các thông tin truyền thông về phòng chống HIV/AIDS.

Mặc dù vậy, trong khi tỷ lệ khách hàng đã từng tiêm chích ma túy rất thấp 0,6%, vẫn có 11,4 % khách hàng có báo cáo về việc đã từng quan hệ tình dục tập thể và có 6,7% khách hàng tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV của bản thân

ở mức cao. Do vậy việc đẩy mạnh hoạt động tuyên truyền về dự phòng lây truyền HIV, các biện pháp tình dục an toàn cũng như các chương trình cung cấp bao cao su, bơm kim tiêm miễn phí là rất cần thiết.

So sánh với nghiên cứu tại các địa phương khác tỷ lệ tiêm chích ma túy trong nhóm MSM dao động từ 6% tại An Giang năm 2012 đến 8,3% tại Tp. Hồ Chí Minh năm 2014 cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [9, 10]. Lý giải sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về hành vi sử dụng các chất kích thích đã thay đổi trong giai đoạn hiện tại. Nhiều nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ cao sử dụng các chất kích dục khi quan hệ tình dục ở những người nam quan hệ tình dục [11, 12].

Nghiên cứu cho thấy 75,9% khách hàng trả lời đã từng điều trị dự phòng phơi nhiễm PrEP cao hơn so với số liệu tại Thái Nguyên năm 2020 - 34,7% [8]. Đây là một thông tin khá quan trọng cho thấy chương trình điều trị dự phòng lây nhiễm HIV cho những người có nguy cơ cao đang được triển khai tích cực trên địa bàn tỉnh Thanh Hóa - một tỉnh được xem là có địa bàn rộng, địa hình phức tạp với 100% huyện, thị xã, thành phố; 93,8% xã/phường có ca nhiễm HIV [13]. Báo cáo của Cục phòng, chống HIV/AIDS trong kế hoạch điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV (PrEP) giai đoạn 2012 - 2025 đã nhấn mạnh nếu độ bao phủ điều trị PrEP đạt 60% thì sẽ giảm được 48% tỉ lệ lây nhiễm HIV trong nhóm quần thể có nguy cơ cao (dự phòng được 55.640 ca nhiễm mới/cỡ mẫu 107.000 ca) [14]. Báo cáo cũng chỉ ra tính đến ngày 30/6/2020, đã có 125 khách điều trị PrEP tại Thanh Hóa và ước tính con số này sẽ tăng lên 1080 ca vào năm 2025 [14].

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra vẫn có 24,1% (76/315) trường hợp chưa từng điều trị dự phòng phơi nhiễm PrEP, trong đó 42,1% cho rằng việc điều trị là không cần thiết, 25% sợ bị kỳ thị và 19,1% chưa thể điều trị do bận đi làm ăn xa. Những số liệu này là vô cùng quý giá khi chỉ ra các rào cản có thể có cho việc mở rộng chương trình điều trị dự phòng lây nhiễm HIV tại Thanh Hóa. Từ đó

nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tiếp tục duy trì và thúc đẩy hoạt động của mạng lưới đồng đẳng viên giúp truyền thông trực tiếp, phân phát BCS, CBT và giới thiệu các đối tượng đến dịch vụ xét nghiệm và điều trị trước phơi nhiễm PrEP.

Nghiên cứu cũng cho thấy vai trò của nhân viên y tế và các cơ sở y tế trong việc hỗ trợ khách hàng cung cấp các thông tin liên quan đến phòng chống HIV/AIDS, xét nghiệm HIV, điều trị PrEP. 94% khách hàng báo cáo về việc biết các cơ sở tư vấn xét nghiệm HIV, 36,8% khách hàng đã từng sử dụng dịch vụ xét nghiệm HIV từ chương trình xét nghiệm lưu động, 20,3% biết đến chương trình điều trị PrEP từ các cán bộ của phòng khám ngoại trú. Những người được tiếp cận với các thông tin truyền thông về phòng chống HIV/AIDS tham gia chương trình điều trị PrEP nhiều hơn so với những người chưa từng được nhận các thông tin truyền thông về phòng chống HIV/AIDS ($OR^* = 4,78$; 95% KTC = 1,73 - 13,21). Các dữ liệu này góp phần củng cố thông tin về một mạng lưới thông tin truyền thông về tư vấn xét nghiệm HIV và về các cơ sở y tế cung cấp các dịch vụ này đã tiếp cận được với nhóm quần thể MSM tại Thanh Hóa và chỉ ra hiệu quả từ các chương trình truyền thông mang lại đối với việc điều trị dự phòng PrEP.

Những người thuộc nhóm MSM thường phải đối mặt với rất nhiều rào cản để có thể tham gia vào chương trình điều trị PrEP và duy trì việc tuân thủ điều trị. Đó là các vấn đề về việc sợ bị kỳ thị, phải che giấu các nhu cầu liên quan như che giấu tình trạng điều trị của bản thân với gia đình, bạn bè [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra những người chưa có vợ/chồng có xu hướng tham gia điều trị nhiều hơn so với những người độc thân ($p < 0,05$).

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi báo cáo những người tự đánh giá hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV của bản thân ở mức độ thấp có khả năng tham gia điều trị cao hơn những người tự đánh giá ở mức độ trung bình ($OR = 3,11$; 95% KTC = 1,55 - 6,24). Như vậy việc tăng cường truyền thông về PrEP và nguy cơ lây nhiễm

HIV đối với nhóm MSM, mở rộng phạm vi chương trình hướng đến nhiều đối tượng, đặc biệt là các đối tượng có hành vi nguy cơ lây nhiễm cao là rất cần thiết.

Hạn chế của nghiên cứu: Đối tượng lựa chọn của nghiên cứu phụ thuộc rất nhiều vào nhóm đồng đẳng ban đầu tiếp cận được nên có thể làm giảm tính đa dạng của nhóm quần thể MSM tham gia nghiên cứu. Bên cạnh đó, các đồng đẳng viên có thể là những người hiểu rất rõ về các hành vi nguy cơ cao nên sẽ có xu hướng báo cáo hành vi theo mong muốn của chương trình.

V. KẾT LUẬN

Tổng số 315 khách hàng MSM đủ điều kiện tham gia vào nghiên cứu. Trong đó, tỷ lệ sử dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất với bạn tình nam của nhóm MSM ở Thanh Hóa cao hơn so với các nghiên cứu trên cùng nhóm đối tượng ở các địa phương khác. 11,4% đối tượng tham gia nghiên cứu đã từng quan hệ tình dục tập thể. Tần suất trung bình quan hệ tình dục trong 1 tháng qua là 3 lần/tháng. Tỷ lệ tiêm chích ma túy thấp (0,6%) trong khi tỷ lệ tự đánh giá nguy cơ nhiễm HIV ở mức độ thấp cao 62,2%. Tỷ lệ MSM hiện đang điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP là 75,9% mặc dù chương trình PrEP được triển khai tại Thanh Hóa trong khoảng 3 năm. Phần lớn MSM biết đến chương trình PrEP từ các đồng đẳng viên (52,7%) và cán bộ phòng khám ngoại trú (20,3%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với tình trạng điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV của các đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, những đối tượng cho biết hiện đang có tình trạng chưa có vợ/chồng có khả năng đang tham gia điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV cao gấp 3,85 lần so với những người có tình trạng ly dị/ly thân ($OR^* = 3,85$; 95%). Những người có số lần quan hệ tình dục trong 1 tháng qua từ 2, 3, 4 lần trở lên có khả năng đang tham gia điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV lần lượt cao gấp 3,67, 4,36 và 7,32 lần so với những người cho biết chỉ quan hệ tình dục 1 lần trong 1 tháng

qua. Những người cho biết chưa từng quan hệ tình dục tập thể cũng có khả năng hiện đang tham gia điều trị dự phòng phơi nhiễm HIV cao gấp 3,99 lần so với những người đã từng quan hệ tình dục tập thể.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế Công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Men who have sex with men, Global HIV, Hepatitis and STIs Programmes. 2019.
2. Bộ Y tế. Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020. 2020.
3. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Thanh Hóa. Báo cáo kết quả hoạt động năm 2020. 2020.
4. Nguyễn Thị Phương Hoa. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến lây nhiễm HIV và một số nhiễm trùng lây qua đường tình dục ở nhóm nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội. Luận văn Tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội. 2014.
5. Lê Quang Sơn, Nguyễn Thị Thanh Hằng, Phan Thị Thu Hương. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Vĩnh Phúc năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2015; 25 (10 (170)): 101 - 107.
6. Phan Thị Thu Hương. Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân AIDS đang được điều trị tại trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương, năm 2016. Tạp chí Y học dự phòng. 2017; 27 (3): 194 - 202.
7. Nguyễn Anh Tuấn, Đào Đức Giang, Bùi Đức Dương. Thực trạng tuân thủ điều trị thuốc kháng retrovirus tại một số phòng khám ngoại trú ở Hà Nội và một số yếu tố có liên quan. Tạp chí Y học dự Phòng. 2017; 27 (9): 11 - 17.
8. Dương Phương Hiếu, Nguyễn Mạnh Tuấn, Phạm Minh Anh và cộng sự. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở nam đồng tính tại thành phố Thái Nguyên năm 2020. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2021; 62 (4): 112 - 118.
9. Dương Công Thành, Phan Thị Thu Hương. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và việc xét nghiệm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở Thành phố Hồ Chí Minh năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2017; 27 (2): 34 - 39.
10. Trần Thị Ngọc, Lý Văn Sơn. Nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2015; 25 (10 (170)): 177 - 183.
11. Sousa Á FL, Artur AFLNQ, Shirley VMAL, et al. Chemsex practice among men who have sex with men (MSM) during social isolation from COVID-19", multicentric online survey. Cad Saude. 2020; 36 (12).
12. Blomquist PB, Hamish M, Amy M, et al. Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England. Sex Transm Infect. 2020; 96 (8): 590 - 595.
13. Cổng thông tin chính phủ. Thanh Hóa: Triển khai toàn diện các dịch vụ dự phòng phòng, chống HIV/AIDS, Thanh Hóa, chủ biên. Trang tin điện tử của Ủy ban Phòng, chống HIV/AIDS và phòng, chống tệ nạn ma túy, mại dâm. 2022.
14. Bộ Y tế. Quyết định giai đoạn 2021 - 2025 về việc ban hành kế hoạch điều trị dự phòng phơi trước phơi nhiễm HIV bằng thuốc kháng HIV (PeREP). Số 5154/-BYT, ngày 11 tháng 12 năm 2020

RISK BEHAVIOR AND ACCESS TO HIV PREVENTIVE TRANSMISSION IN THE MSM GROUP IN THANH HOA, 2022

Tran Van Hiep¹, Le Truong Son¹, Nguyen Duc Thanh², Nguyen Dang Tung¹,
Pham Hoang Anh¹, Bui Xuan Khanh¹, Hoang Thi Thanh Ha³, Ngo Thi Hong Hanh³,
Nguyen Thi Thanh Ha³, Pham Hong Thang³

¹*The Center for Disease Control of Thanh Hoa*

²*Thai Binh University of Medicine and Pharmacy*

³*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

A cross - sectional study conducted in Thanh Hoa from 3 - 6/2022 interviewed 315 MSMs to describe risk behaviors among MSM groups and their access to HIV services prevention of infection in this population. The results showed that 93.0% of MSM participating in the study belonged to the young age group of 16 – 34 years old; the average number of sex times in the past 1 month was 3.0 times (SD = 2.4); 11.4% have had sex with more than one person at the same time; and 97.8% of MSM used condoms in the last sexual intercourse. The rate of MSM participating in the study who used to inject drugs was low (0.6%); the proportion of those taking PrEP treatment was

high at 75.9%. Multivariate model analysis showed that people accessed to communication about HIV/AIDS prevention were more likely to participate in PrEP programs than those who had never received them (OR = 4.78; 95%CI = 1.73 - 13.21). However, those who had never had group sex were more likely to participate in PrEP than those who had ever had group sex (OR = 3.90; 95%CI = 1.72 - 8.85). Therefore, it is necessary to strengthen communication about PrEP and the risk of HIV infection among MSM groups, and to expand the scope of the program to a wide range of audiences, especially those with high risk behaviors.

Keywords: MSM; PrEP; HIV

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN NHIỄM HIV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM NAM NGHIỆN CHÍCH MA TÚY TẠI TỈNH QUẢNG NINH NĂM 2021

Bùi Ngọc Hiếu¹, Vũ Quyết Thắng¹, Lưu Thanh Hải¹, Hoàng Thị Hương¹,
Nguyễn Hoài Thu¹, Phạm Tiến Hưng¹, Phạm Hồng Thắng², Hoàng Thị Thanh Hà²,
Nguyễn Thị Thanh Hà^{2*}

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh*

²*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

TÓM TẮT

Xét nghiệm HIV là điểm khởi đầu của sự liên kết liên tục giữa chẩn đoán, chăm sóc và điều trị HIV góp phần giảm sự lây truyền HIV ra cộng đồng. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 300 người nam nghiện chích ma túy (NCMT) từ 16 tuổi trở lên, sống tại 5 quận/huyện của tỉnh Quảng Ninh năm 2021 nhằm xác định tỷ lệ thực hiện xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV trong 12 tháng qua và mô tả một số yếu tố liên quan trên nhóm nam NCMT. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đã từng đi làm xét nghiệm HIV ở nhóm NCMT tại Quảng Ninh là 98,3% và tỷ lệ xét nghiệm HIV lần gần đây nhất trong 12 tháng là 52,7%. Có hai yếu tố làm giảm xu hướng xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua của nhóm nam NCMT là đã từng quan hệ tình dục (QHTD) với phụ nữ bán dâm (PNBD) (OR = 0,33; 95%KTC: 0,18 - 0,61; p = 0,000) và những người có tình trạng hôn nhân là góa, ly dị hoặc ly thân so với những người độc thân (OR = 0,35; 95%KTC: 0,16 - 0,79; p = 0,012). Cần mở rộng và đa dạng hóa các mô hình xét nghiệm để tăng khả năng tiếp cận của nhóm NCMT, đồng thời chú trọng tư vấn xét nghiệm HIV hơn nữa cho nhóm có hành vi quan hệ tình dục với PNBD.

Từ khóa: Xét nghiệm HIV; HIV/AIDS; nghiện chích ma túy; Quảng Ninh; 2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Chương trình phối hợp của Liên hợp quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) tính đến cuối năm 2021, trên thế giới có khoảng 38,4 triệu người nhiễm HIV, trong đó nhóm quần thể chính gồm người bán dâm và khách hàng của họ, người đồng tính nam, người nam quan hệ tình dục đồng giới, người tiêm chích ma túy, người chuyển giới và bạn tình của họ chiếm 70% số ca nhiễm HIV trên toàn cầu. Nhằm đẩy nhanh tốc độ của đáp ứng y tế công cộng đối với dịch HIV, UNAIDS đã đưa ra mục tiêu hướng tới chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030, với 95% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm HIV của mình,

95% người chẩn đoán nhiễm HIV được điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV) và 95% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi rút ở mức thấp (dưới 1000 bản sao/ml) để sống khỏe mạnh và làm giảm nguy cơ lây truyền HIV cho người khác [1, 2]. Mục tiêu 95% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm HIV của bản thân là nhiệm vụ trọng tâm hàng đầu. Vì điều đó sẽ giúp cho người nhiễm HIV tiếp cận các dịch vụ dự phòng, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, góp phần hạn chế lây truyền HIV ra cộng đồng.

Dịch HIV ở Việt Nam vẫn là dịch tập trung với tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong dân số chung dưới 1%, nhưng tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm

*Tác giả: Nguyễn Thị Thanh Hà

Địa chỉ: Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

Điện thoại: 0981260879

Email: ha_nihe@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27/10/2022

Ngày phản biện: 14/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

nam quan hệ tình dục đồng giới, tiêm chích ma túy và phụ nữ bán dâm dao động trong khoảng 3 - 25% [3]. Quảng Ninh là một trong số mười tỉnh trên toàn quốc có số người nhiễm HIV cao nhất. Theo số liệu giám sát phát hiện, tính đến cuối năm 2021 số người nhiễm HIV còn sống được quản lý tại Quảng Ninh là 5.681 người, tập trung chủ yếu ở nhóm nghiện chích ma túy (NCMT) và nhóm nguy cơ cao khác như phụ nữ bán dâm, nam quan hệ tình dục đồng giới. Theo số liệu báo cáo giám sát trọng điểm HIV tỷ lệ hiện nhiễm HIV trên nhóm nam NCMT tại Quảng Ninh vẫn duy trì mức cao so với tỷ lệ chung của quốc gia (19,3% năm 2019, 17,7% năm 2021). Một trong những chiến lược quan trọng và hiệu quả nhất để giảm lây truyền HIV trong nhóm quần thể nguy cơ cao là họ được tiếp cận với xét nghiệm sớm để xác định tình trạng nhiễm HIV của bản thân. Xét nghiệm HIV là một trong những chiến lược y tế công cộng tốt nhất, hiệu quả nhất về chi phí để ngăn ngừa lây truyền HIV ở nhóm quần thể nguy cơ cao và là bước đầu tiên trong nâng cao nhận thức về lây nhiễm HIV của họ. Theo hướng dẫn xét nghiệm HIV của WHO khuyến nghị cần xét nghiệm hàng năm ít nhất một lần cho nhóm đối tượng nguy cơ cao [4]. Tần suất xét nghiệm thường xuyên hơn với nhóm quần thể nguy cơ có thể làm tăng tỷ lệ người được chẩn đoán và bắt đầu điều trị sớm. Ngày 14/08/2020, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 1246/QĐ -TTg về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030, trong đó có chỉ tiêu về xét nghiệm “Tỷ lệ người có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV được xét nghiệm HIV hằng năm đạt 70% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030” [5]. Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát về thực trạng xét nghiệm chẩn đoán nhiễm HIV định kỳ trong nhóm quần thể nguy cơ cao nói chung và nhóm NCMT nói riêng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ người NCMT được xét nghiệm chẩn đoán HIV trong 12 tháng qua và mô tả một số yếu tố liên quan đến việc xét nghiệm đó. Kết quả nghiên cứu sẽ là bằng chứng khoa học giúp cải thiện tỷ lệ xét nghiệm HIV trong nhóm NCMT.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam nghiện chích ma túy (NCMT) từ 16 tuổi trở lên, có ít nhất một lần tiêm chích ma túy trong vòng 1 tháng trước thời điểm thu thập mẫu và hiện đang sinh sống tại địa bàn nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Số liệu thu thập tại 05 huyện/thị xã/thành phố tham gia giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi, bao gồm: Thành phố Hạ Long, thành phố Cẩm Phả, thành phố Móng Cái, thị xã Đông Triều và huyện Vân Đồn từ tháng 8 đến tháng 10 năm 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Căn cứ theo thông tư 09/2012/TT-BYT ngày 24/5/2012 [6], tỉnh/thành phố xây dựng kế hoạch cỡ mẫu thu thập dao động từ 150 - 300, cụ thể trong năm 2021, cỡ mẫu tại tỉnh Quảng Ninh là 300 nam nghiện chích ma túy.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Nhóm nghiên cứu đã rà soát số nam NCMT tại các quận/huyện triển khai theo đúng hướng dẫn trong “Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành [7]. Nhân viên tiếp cận cộng đồng sẽ tiếp cận các đối tượng nghiên cứu đủ tiêu chuẩn tại các xã/phường được lựa chọn ngẫu nhiên của 5 quận/huyện triển khai để mời tham gia nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Bao gồm các biến số về đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn), các biến số về hành vi (thời gian tiêm chích ma túy, số lần tiêm chích ma túy, đã từng sử dụng chung bơm kim tiêm, dùng bao cao su khi quan hệ tình dục lần gần nhất, từng quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm), và biến số

về tiếp cận các dịch vụ dự phòng liên quan đến HIV (xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua, nhận bơm kim tiêm và bao cao su miễn phí, nhận tư vấn về tình dục an toàn, khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục, điều trị Methadone, và bảo hiểm y tế).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các cán bộ y tế đã được tập huấn sẽ thực hiện sàng lọc lựa chọn đối tượng đúng tiêu chuẩn và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn (bao gồm các đặc tính dân số xã hội, hành vi tiêm chích ma túy, hành vi quan hệ tình dục, tiếp cận các dịch vụ y tế).

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập và nhập liệu trực tiếp bằng máy tính bảng trên phần mềm ODK collect, làm sạch số liệu và xử lý số liệu trên phần mềm Stata 17.0. Các thông tin được thể hiện dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ (%), phân tích hồi quy đơn biến xác định yếu tố ảnh hưởng đến xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

Trong phân tích hồi quy đa biến, các biến số được chọn vào phân tích dựa vào 2 tiêu chí a) các biến số trong phân tích hồi quy đơn biến có $p < 0,05$ hoặc b) các biến số đã được các nghiên cứu khác chỉ ra có mối liên quan với xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua, phân tích đa biến với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo chứng nhận số HĐĐĐ-18/2021 ngày 31/5/2021 về việc chấp thuận của Hội đồng đạo đức cấp cơ sở trong nghiên cứu y sinh học của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Đối tượng tự nguyện tham gia, được giải thích rõ ràng mục đích của việc nghiên cứu và có quyền dừng không tham gia bất kỳ lúc nào. Các số liệu thu thập được hoàn toàn phục vụ cho mục đích nghiên cứu và mọi thông tin cá nhân của đối tượng đều sẽ được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và một số hành vi nguy cơ của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Quảng Ninh năm 2021 (n = 300)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (biến thiên)	38,6 (22 – 61)	
Nhóm tuổi		
< 40	50	16,7
≥ 40	250	83,3
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình	64	21,3
Đang có vợ	86	28,7
Đã ly dị/ly thân/góa vợ	125	41,7
Sống chung không kết hôn	25	8,3
Trình độ học vấn		
Mù chữ, tiểu học (lớp 1 - 5)	33	11,0
Trung học cơ sở (lớp 6 - 9)	115	38,3
Trung học phổ thông (lớp 10 - 12)	115	38,3
Trung cấp, CĐ, ĐH (> lớp 12)	37	12,4
Tuổi trung bình TCMT lần đầu (biến thiên)	28,3 (12 - 45)	

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và một số hành vi nguy cơ của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Quảng Ninh năm 2021 (n = 300) (tiếp)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi TCMT lần đầu		
< 25 tuổi	87	29,0
≥ 25 tuổi	187	71,0
Số năm tiêm chích ma túy		
< 5 năm	32	10,7
≥ 5 năm	268	89,3
Đã từng dùng chung BKT	86	28,7
Dùng BCS trong lần QHTD gần nhất	193	64,3
Đã từng QHTD với PNBD	107	35,7
Loại ma túy sử dụng		
Chỉ dùng heroin	83	27,7
Dùng heroin và cả loại ma túy khác	217	72,3
Trung bình số lần TCMT trong tháng qua (biến thiên)	57,6 (53,8 – 61,4)	
Số lần TCMT trong tháng qua		
≤ 30 lần	114	38,0
> 30 - 60	90	30,0
> 60 - 90	73	24,3
> 90	23	7,7

CD, ĐH: Cao đẳng, đại học; TCMT: Tiêm chích ma túy; BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; PNBD: Phụ nữ bán dâm

Người NCMT tham gia nghiên cứu giám sát trọng điểm năm 2021 có độ tuổi trung bình là 38,6 tuổi, trong đó người NCMT có tuổi nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 61 tuổi và tập trung ở nhóm trên 40 tuổi chiếm 83,3%. Về tình trạng hôn nhân hơn 1/5 chưa lập gia đình, hơn 1/4 đang có vợ và trên 2/5 là đã ly dị/ly thân/góa vợ. Người NCMT chỉ có 12,4% là trình độ học vấn trên lớp 12 (Bảng 1).

Tuổi trung bình TCMT lần đầu của người

NCMT là 28,3 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 12 tuổi và lớn nhất là 45 tuổi, nhóm ≥ 25 tuổi chiếm 71,0% và nhóm < 25 tuổi chiếm 29,0%. Về số năm TCMT thì gần 90% người NCMT từ 5 năm TCMT trở lên. Tỷ lệ đã từng dùng chung BKT là 28,7%, tỷ lệ dùng BCS trong lần QHTD gần nhất là 64,3%, tỷ lệ đã từng QHTD với PNBD là 35,7%, tỷ lệ dùng heroin và cả loại ma túy khác chiếm 72,3%, số lần TCMT trong tháng qua của người NCMT dưới 90 lần chiếm 92,3% (Bảng 1).

Bảng 2. Tiếp cận một số dịch vụ xét nghiệm và can thiệp dự phòng HIV của nhóm nam nghiện chích ma túy tại Quảng Ninh, 2021 (n = 300)

Biến số	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng tham gia điều trị Methadone	89	29,7
Điều trị Methadone trong tháng qua	37	12,3
Xét nghiệm HIV trong lần gần nhất		
Trong 12 tháng qua	158	52,7
Trên 12 tháng qua	137	42,7
Chưa bao giờ làm xét nghiệm	5	1,7
Xét nghiệm HIV và biết kết quả trong lần gần nhất		
XN HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả âm tính	158	52,8
XN HIV trên 12 tháng và biết kết quả âm tính	84	28,1
XN HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả dương tính	0	0
XN HIV trên 12 tháng và biết kết quả dương tính	52	17,4
Chưa bao giờ làm xét nghiệm	5	1,7
Nhận BKT miễn phí trong 6 tháng qua	200	66,7
Nhận BCS miễn phí trong 6 tháng qua	81	27,0
Khám các bệnh LTQĐTD trong 3 tháng qua	25	8,3

XN HIV: Xét nghiệm HIV; BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; LTQĐTD: Lây truyền qua đường tình dục

Người NCMT đã từng tham gia điều trị Methadone có tỷ lệ là 29,7%. Người NCMT xét nghiệm HIV lần gần đây nhất trong 12 tháng qua chiếm 52,7%, trên 12 tháng qua chiếm 42,7% trong đó vẫn còn 1,7% (5 người) chưa làm xét nghiệm HIV bao giờ. Người NCMT đã từng đi làm xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua và biết kết quả âm tính chiếm tỷ lệ 52,8% và không có trường hợp nào xét nghiệm HIV

trong 12 tháng qua có kết quả dương tính, số xét nghiệm trên 12 tháng qua có kết quả âm tính chiếm 28,1% và số xét nghiệm trên 12 tháng qua có kết quả dương tính là 17,4%.

Tỷ lệ người NCMT nhận BKT miễn phí trong 6 tháng qua chiếm 66,7%, nhận BCS miễn phí trong 6 tháng qua chiếm 27,0% và khám các bệnh lây truyền qua đường tình dục trong 3 tháng qua chiếm 8,3%.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua của nhóm nam nghiện chích ma túy qua giám sát trọng điểm tại Quảng Ninh, 2021 (n = 248)

Biến số	Xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	OR (KTC 95%)	Giá trị p	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Nhóm tuổi						
< 40	93	63,7	1			
≥ 40	65	63,7	1,0 (0,59 - 1,69)	0,997		
Tình trạng hôn nhân						
Chưa lập gia đình	36	70,6	1		1	
Đang có vợ	52	66,7	0,83 (0,39 - 1,79)	0,64	0,72 (0,32 - 1,63)	0,433
Góa/ly dị/ly thân	52	54,2	0,49 (0,24 - 1,01)	0,055	0,35 (0,16 - 0,79)	0,012*
Sống chung không kết hôn	18	78,3	1,49 (0,47 - 4,78)	0,493	1,12 (0,33 - 3,86)	0,851
Trình độ học vấn						
≤ THCS	68	61,8				
> THCS	90	65,2	1,16 (0,69 - 1,95)	0,58		
Nhóm tuổi TCMT lần đầu						
< 25 tuổi	49	68,1	1			
≥ 25 tuổi	109	61,9	0,76 (0,43 - 1,36)	0,363		
Dùng chung bơm kim tiêm						
Chưa từng	128	60,9	1		1	
Đã từng	30	78,9	2,4 (1,05 - 5,49)	0,038*	2,38 (0,95 - 5,97)	0,064
Dùng BCS trong lần QHTD gần nhất						
Có	97	63,4	1		1	
Không	40	56,3	0,74 (0,42 - 1,32)	0,314	0,72 (0,38 - 1,35)	0,307
Không nhớ	21	87,5	4,04 (1,15 - 14,2)	0,029*	3,5 (0,94 - 13,1)	0,061
Đã từng QHTD với PNBD						
Chưa bao giờ	119	73,0	1			
Đã từng	39	45,9	0,31 (0,18 - 0,54)	0,000*	0,33 (0,18 - 0,61)	0,000*
Tham gia điều trị methadone						
Đã từng	46	65,7				
Chưa bao giờ	112	62,9	0,88 (0,49 - 1,58)	0,681		
Sử dụng chất gây nghiện						
Heroin và các loại khác	106	59,2	1		1	
Chỉ sử dụng heroin	52	75,4	2,1 (1,13 - 3,93)	0,019*	1,42 (0,70 - 2,85)	0,330
Làm khám STI trong 03 tháng qua						
Đã từng	14	87,5	1			
Chưa bao giờ	144	62,1	0,23 (0,05 - 1,05)	0,058		

OR: Odds ratio; TCMT: Tiêm chích ma túy; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su; BKT: Bơm kim tiêm; THCS: Trung học cơ sở; PNBD: Phụ nữ bán dâm; STI: Bệnh lây truyền qua đường tình dục

Trong mô hình đơn biến đã chỉ ra một yếu tố liên quan đến việc xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua như đã từng dùng chung BKT, đã từng quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm, sử dụng chất gây nghiện, dùng BCS trong lần QHTD gần nhất. Các biến số có liên quan trong phân tích đơn biến ($p < 0,05$) sẽ được đưa vào trong mô hình đa biến.

Kết quả bảng 3 cho thấy, phân tích đa biến có hai yếu tố liên quan đến việc xét nghiệm HIV ở nhóm nam NCMT trong 12 tháng qua tại Quảng Ninh năm 2021 là (1) những người NCMT có tình trạng hôn nhân góa/li dị/ly thân có khả năng làm xét HIV trong năm thấp hơn so với nhóm chưa lập gia đình ($OR = 0,35$; 95%KTC: 0,16 – 0,79; $p = 0,012$) (2) nhóm NCMT đã từng QHTD với PNBD cũng có khả năng làm xét nghiệm HIV trong năm qua thấp ($OR = 0,33$; 95%KTC: 0,18 - 0,61; $p = 0,000$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua của nhóm NCMT tại Quảng Ninh năm 2021 là 52,7%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu trên nhóm quần thể nam NCMT ở khu vực phía Nam (46,4%) [8] và cao hơn so với một nghiên cứu thực hiện tại tỉnh Sơn Đông, Trung quốc năm 2016 (25,8%) [9]. Tuy nhiên, kết quả này chỉ mới đạt hai phần ba mục tiêu về xét nghiệm trong chiến lược quốc gia để chấm dứt đại dịch AIDS vào năm 2030 là tỷ lệ người có hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV được xét nghiệm HIV hàng năm đạt 70% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030 [5]. Nhằm hướng tới mục tiêu 95-95-95 để chấm dứt đại dịch HIV/AIDS vào năm 2030, xét nghiệm HIV được coi là nhiệm vụ trọng tâm hàng đầu, đó là điểm khởi đầu để người nhiễm HIV được tiếp cận dịch vụ chăm sóc và điều trị. Nếu không thể đạt được mục tiêu 95% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm của mình thì khó có thể đạt được hai mục tiêu 95% còn lại. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng cần tăng cường xét nghiệm HIV hàng năm cho nhóm NCMT để sớm xác định những trường hợp dương tính để tham gia vào

điều trị sớm, góp phần giảm lây truyền HIV ra cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những người đã từng QHTD với PNBD có xu hướng làm xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua thấp hơn với những người chưa từng có hành vi đó. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu trên nhóm nam NCMT của khu vực phía Nam [8]. Nhóm NCMT từng có hành vi nguy cơ là QHTD với PNBD nhưng lại không thực hiện xét nghiệm HIV định kỳ theo khuyến cáo. Điều này có thể do nhóm nam NCMT chưa nhận thức đúng về nguy cơ lây nhiễm HIV khi quan hệ tình dục với PNBD. Do đó, cần tăng cường truyền thông và nâng cao nhận thức đúng về nguy cơ nhiễm HIV của nhóm NCMT. Tích cực tư vấn về lợi ích của việc xét nghiệm HIV định kỳ cho nhóm NCMT nói riêng và nhóm quần thể nguy cơ khác nói chung.

Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ người được nhận BCS miễn phí trong 6 tháng qua 27,0%. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu thực hiện tại tỉnh Sơn Đông, Trung quốc năm 2016 [9]. Tỷ lệ nam NCMT ở Quảng Ninh nhận được BCS miễn phí còn thấp hơn nhiều so với mục tiêu trong chiến lược quốc gia tỷ lệ người có hành vi nguy cơ cao được tiếp cận dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV đạt 70% vào năm 2025 và 80% vào năm 2030 [5]. Tiếp các dịch vụ can thiệp giảm tác hại sẽ giúp cho đối tượng hiểu biết hơn về HIV/AIDS và tăng tần suất tham gia xét nghiệm HIV.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ xét nghiệm HIV trong 12 tháng qua của nhóm nam nghiên cứu ma túy ở Quảng Ninh năm 2021 là 52,7%, tỷ lệ này còn thấp so với chỉ tiêu xét nghiệm trong “Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030”. Yếu tố có thể làm giảm khả năng thực hiện xét nghiệm định kỳ của nhóm nam nghiên cứu ma túy là đã từng có hành vi nguy cơ như quan hệ tình dục với phụ nữ bán dâm. Do vậy, cần xây dựng

các chiến lược phù hợp nhằm tăng tỷ lệ làm xét nghiệm HIV định kỳ hàng năm cho nhóm nghiện chích ma túy như truyền thông thay đổi hành vi, tư vấn sử dụng bao cao su và tình dục an toàn, đa dạng hóa các hình thức xét nghiệm để nhóm nghiện chích ma túy có thể tiếp cận một cách dễ dàng.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Quảng Ninh, Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương, Viện Pasteur thành phố Hồ Chí Minh, Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội, Trung tâm kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. Fact sheets 2022. Accessed 1/11/2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
2. UNAIDS. Fast-track: ending the AIDS epidemic by 2030. Accessed 1/11/2022. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report.
3. UNAIDS. Country factsheets Vietnam 2021. Accessed 1/11/2022. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam>.
4. WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services. Chapter 1. 2019.
5. Thủ tướng chính phủ. Quyết định Phê duyệt chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030”. Số 1246/2020/QĐ-TTg, ngày 14/8/2020.
6. Bộ Y tế. Thông tư Hướng dẫn Giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Số 09/2012/TT-BYT, ngày 24/5/2012.
7. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Quy trình chuẩn triển khai Giám sát trọng điểm HIV, Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi năm 2021. Số 394/AIDS-GSXN, ngày 27/05/2021.
8. Nguyễn Vũ Thượng, Lê Ngọc Tú, Khưu Văn Nghĩa, cộng sự. Thực trạng xét nghiệm HIV và một số yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại một số tỉnh khu vực phía Nam năm 2021. Tạp chí Y học dự phòng. 2022; 32 (4 Phụ bản): 149 – 156.
9. Zhenxia J, Cuizhen X, Jun Y, et al. HIV test uptake and related factors amongst heterosexual drug users in Shandong province, China. PloS one. 2018; 13 (10): e0204489.

HIV TESTING FREQUENCY AND ASSOCIATED FACTORS AMONG MALE PEOPLE WHO INJECT DRUGS OF QUANG NINH PROVINCES IN 2021

Bui Ngoc Hieu¹, Vu Quyet Thang¹, Luu Thanh Hai¹, Hoang Thi Huong¹,
Nguyen Hoai Thu¹, Pham Tien Hung¹, Pham Hong Thang², Hoang Thi Thanh Ha²,
Nguyen Thi Thanh Ha²

¹*Quang Ninh Centers for Disease Control and Prevention*

²*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

HIV testing is the first step of an ongoing link between HIV diagnosis, care, and treatment that contributes to reducing HIV transmission in the community. A cross - sectional study among 300 male people who inject drugs (PWID) aged 16 years and older, living in 5 districts of Quang Ninh province was conducted in 2021 to describe the status of HIV testing in the past 12 months and some related factors among PWID. Research results showed that the percentage of PWID who had ever tested for HIV or tested for HIV in the past year was 98.3% and 52.7%, respectively. Two factors were found that

reduced HIV testing in the last year among PWID as had ever sex with female sex worker (OR = 0.33; 95%KTC: 0.18 - 0.61; p = 0.000) and those who had married status as a widow, divorced, and separate compared with single (OR = 0.35; 95%KTC: 0.16 – 0.79; p = 0.012). It is necessary to extend and diversify of HIV testing approaches to improve the utilization of HIV testing among PWID and promote more HIV testing counseling for PWID who have sex with female sex workers.

Keywords: HIV testing; HIV/AIDS; people who inject drugs (PWID); Quang Ninh; 2021

TỶ LỆ HIỆN NHIỄM HIV, GIANG MAI VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA DỊCH COVID-19 ĐẾN TIẾP CẬN DỊCH VỤ DỰ PHÒNG HIV Ở NHÓM TIÊM CHÍCH MA TÚY TẠI TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2021

Lâm Chi Cường^{1*}, Đỗ Thái Hùng², Nguyễn Đình Lượng², Nguyễn Thanh Huyền³,
Võ Hải Sơn³, Phạm Đức Mạnh³, Đặng Thị Lo³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa*

²*Viện Pasteur Nha Trang, Khánh Hòa*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang thực hiện ở 200 người tiêm chích ma túy (TCMT) tại Khánh Hòa nhằm xác định tỷ lệ hiện nhiễm HIV, giang mai và mô tả ảnh hưởng của dịch COVID-19 đến tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV năm 2021. Kết quả cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV và giang mai ở nhóm TCMT lần lượt là 9,5% và 4%. Có mối liên quan chặt chẽ giữa tuổi lần đầu TCMT ($p < 0,05$), dùng chung bơm kim tiêm ($p < 0,05$), dùng bơm kim tiêm sạch lần TCMT gần nhất ($p < 0,05$) và giang mai ($p < 0,05$) với nguy cơ nhiễm HIV. Tiếp cận dịch vụ phòng lây nhiễm HIV khá hạn chế trong bối cảnh dịch COVID-19 bùng phát tại tỉnh. Tỷ lệ người TCMT không làm lại xét nghiệm 12 tháng qua do dịch COVID-19 chiếm 54,6%; 31,9% gặp khó khăn khi nhận bơm kim tiêm sạch, 20,3% gặp khó khăn khi nhận bao cao su (BCS) và tư vấn xét nghiệm HIV; 13,7% gặp khó khăn khi điều trị Methadone; 10,8% gặp trở ngại khi nhận tư vấn dùng BCS và tình dục an toàn. Kết quả của nghiên cứu đặt ra thách thức quan trọng trong mở rộng và triển khai toàn diện chương trình can thiệp dự phòng HIV ở nhóm TCMT nhằm hạn chế lây nhiễm HIV trong cộng đồng và dự báo các bệnh dịch mới nổi có thể ảnh hưởng tới chương trình phòng, chống HIV.

Từ khóa: HIV; tiêm chích ma túy; COVID-19; Khánh Hòa

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Chương trình Phối hợp của Liên Hợp Quốc về HIV/AIDS (UNAIDS) năm 2020, số người nhiễm HIV trên thế giới khoảng 37,7 triệu người. Tính riêng năm 2020, cả thế giới phát hiện mới 1,5 triệu người nhiễm HIV và có khoảng 680.000 người nhiễm HIV tử vong. Kể từ đầu vụ dịch HIV đến nay có khoảng 38 triệu người tử vong do HIV. Nhóm quần thể chính nhiễm HIV năm 2020 là người bán dâm và khách hàng của họ, những người nam quan hệ tình dục đồng giới, người tiêm chích ma túy (TCMT), người chuyển giới và bạn tình của họ chiếm 65% số ca nhiễm HIV trên toàn cầu. Nguy cơ nhiễm HIV ở những

người TCMT cao hơn 35 lần; đối với phụ nữ chuyển giới cao hơn 34 lần; cao gấp 26 lần đối với người bán dâm và cao hơn 25 lần ở nhóm đồng tính nam và nam quan hệ tình dục đồng giới khác khi so sánh với quần thể người dân nói chung [1]. Ngoài ra, nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm TCMT diễn biến phức tạp bởi các hành vi quan hệ tình dục với nhiều đối tượng khác nhau (bạn chích, bạn tình, người bán dâm...), hành vi TCMT không an toàn (sử dụng chung bơm kim tiêm ước tính khoảng 0,63 - 2,4%) [2] dẫn đến nguy cơ lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm gan B, C...

Tại khu vực Châu Á, Thái Bình Dương, tỷ lệ nhiễm HIV ở các quần thể trọng điểm, bao

*Tác giả: Lâm Chi Cường

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa

Điện thoại: 0942 312 769

Email: cuonglam2769@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/11/2022

Ngày phản biện: 15/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

gồm người TCMT, nam quan hệ tình dục đồng giới, người chuyển giới và phụ nữ mại dâm cao hơn nhiều so với quần thể chung. UNAIDS báo cáo trong năm 2018, các quần thể đích và bạn tình của họ chiếm 78% số trường hợp nhiễm HIV mới trong khu vực [3].

Tại Việt Nam, nhiễm HIV vẫn tập trung ở ba nhóm quần thể chính được xác định bởi mức độ các hành vi đặt họ vào tình trạng có nguy cơ cao lây truyền HIV, đó là nam quan hệ tình dục với nam, người TCMT, phụ nữ bán dâm và bạn tình của họ. TCMT vẫn là phương thức lây truyền HIV hàng đầu tại Việt Nam.

Hệ thống giám sát trọng điểm HIV (GSTĐ) được thiết lập năm 1994 tại 10 tỉnh/thành, mở rộng ra 12 tỉnh/thành năm 1995, 20 tỉnh/thành năm 1996, 30 tỉnh/thành năm 2001 và 40 tỉnh/thành năm 2003. Từ năm 2017, theo quyết định số 373/QĐ-BYT ngày 10/2/2017, giám sát trọng điểm HIV và giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi sẽ được thực hiện luân phiên theo nhóm đối tượng, hai năm một lần trên 20 tỉnh/thành phố trọng điểm. Kể từ năm 2017, GSTĐ sẽ được triển khai trên nhóm TCMT, năm 2018 triển khai trên nhóm phụ nữ bán dâm và nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới. Dữ liệu từ giám sát trọng điểm HIV năm 2017 ước tính tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT ở 20 tỉnh làm giám sát trọng điểm dao động từ 2,7% ở Đà Nẵng đến 25,7% ở Điện Biên [4]. Tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm TCMT là 14,7% tăng cao hơn so với kết quả giám sát trọng điểm HIV năm 2015 trên cùng nhóm đối tượng (9,3%), năm 2019 tỷ lệ này là 12,7% [5].

Khánh Hòa là một trong những tỉnh triển khai giám sát trọng điểm HIV từ năm 1994 đến nay. Kết quả giám sát trọng điểm HIV tại tỉnh Khánh Hòa cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm TCMT từ năm 2015 trở lại đây tăng cao (từ 5,3% năm 2015 lên 7,3% năm 2017 và 9,3% năm 2019) [6]. Tỷ lệ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng có xu hướng tăng những năm gần đây, sự gia tăng tỷ lệ nhiễm HIV do sử dụng chung bơm kim tiêm và tình dục không an toàn làm cho tình hình dịch trên địa bàn tỉnh trở nên khó kiểm soát.

Bên cạnh đó, khó khăn trong việc tiếp cận các nguồn thông tin tiêm chủng an toàn, bơm kim tiêm sạch, điều trị thay thế các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone, tư vấn xét nghiệm và điều trị ARV, điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) ở nhóm đối tượng này càng bị tác động nghiêm trọng bởi đại dịch COVID-19 khởi phát từ năm 2020 đến nay. Nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai, hành vi nguy cơ và mô tả ảnh hưởng của dịch COVID-19 đến khả năng tiếp cận các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV ở nhóm TCMT năm 2021 tại tỉnh Khánh Hòa, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để có căn cứ xây dựng chiến lược can thiệp dự phòng hiệu quả hơn trên địa bàn tỉnh trong thời gian tới.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 16 tuổi trở lên có tiêm chủng ma túy trong 1 tháng trước điều tra và đang cư trú ở địa bàn nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại thành phố Nha Trang, thành phố Cam Ranh và thị xã Ninh Hòa, tỉnh Khánh Hòa từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu 200 người theo Thông tư 09/2012/TT - BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế [7]. Thành phố Nha Trang 150 người, thành phố Cam Ranh 25 người và thị xã Ninh Hòa 25 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng “Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm (GSTĐ) GSTĐ HIV lồng ghép hành vi” do Cục Phòng, chống HIV/AIDS ban hành tại Công văn số 204/AIDS-GSXN ngày 23/03/2021. Chọn thành phố Nha Trang, thành phố Cam Ranh, thị xã Ninh Hòa nơi có số

người TCMT nhiều nhất và tiến hành phân bổ cỡ mẫu quy định cho các huyện/thành phố theo tỷ lệ thuận số người TCMT ước lượng tại mỗi huyện/thành phố. Lập danh sách người TCMT của các xã/phường tại các thị xã, thành phố đã được lựa chọn. Nếu xã có số lượng người TCMT ≥ 30 người, chia xã đó thành các đơn vị chọn mẫu nhỏ hơn, đảm bảo số người TCMT tại mỗi đơn vị chọn mẫu không quá 15 người. Lựa chọn ngẫu nhiên số xã (đơn vị chọn mẫu) cho đến khi đủ số mẫu cần thực hiện GSTĐ tại thị xã, thành phố đó. Tại tụ điểm đầu tiên được lựa chọn, dựa vào nhóm cộng tác viên hoặc nhóm nhân viên tiếp cận cộng đồng hoặc thông qua chủ các tụ điểm tiến hành mời tất cả người TCMT có mặt tại tụ điểm đủ điều kiện tham gia tham gia phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Tiếp tục thực hiện lần lượt tại các tụ điểm còn lại trong danh sách được lựa chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho thị xã, thành phố đó.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số phụ thuộc:

Tình trạng nhiễm HIV (âm tính, dương tính).

Các biến số độc lập sử dụng trong phân tích yếu tố liên quan đến nhiễm HIV:

Bao gồm: Tuổi, học vấn, hôn nhân, tuổi lần đầu tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm, dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất, thời gian tiêm chích ma túy, đã từng quan hệ tình dục với phụ nữ mại dâm, đã từng quan hệ tình dục với bạn tình nam, dùng bao cao su lần quan hệ tình dục gần nhất, điều trị Methadone và giang mai.

Nhóm biến số liên quan đến hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV:

Bao gồm: Dùng chung bơm kim tiêm, dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất, đã từng quan hệ tình dục với phụ nữ mại dâm, đã từng quan hệ tình dục với bạn tình nam, dùng bao cao su lần quan hệ tình dục gần nhất.

Nhóm biến số liên quan đến tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV:

Bao gồm: Biết nơi tư vấn và xét nghiệm HIV, đã từng xét nghiệm HIV, xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) trong 3 tháng qua, nhận bơm kim tiêm trong 6 tháng qua, nhận bộ sinh phẩm tự xét nghiệm HIV 12 tháng qua, điều trị Methadone, dùng thuốc PrEP hàng ngày.

Các biến số ảnh hưởng của dịch COVID-19 đến tiếp cận các dịch vụ y tế:

Bao gồm: Không làm xét nghiệm 12 tháng qua do dịch COVID-19 và gặp khó khăn/gián đoạn khi tiếp cận/sử dụng các dịch vụ y tế.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên: Là các cán bộ của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa (Khoa Phòng, chống HIV/AIDS, Khoa Xét nghiệm CDHA & TDCN, Phòng KH-NV).

Xét nghiệm viên: Là các cán bộ của khoa xét nghiệm Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa, phòng xét nghiệm được phép khẳng định các trường hợp HIV dương tính.

Phòng vấn bộ câu hỏi: Các đối tượng đủ tiêu chuẩn sẽ được mời tham gia nghiên cứu để phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trong GSTĐ HIV lồng ghép hành vi, mỗi bộ câu hỏi đều có số mã số nghiên cứu (ID) riêng biệt để mã hóa cho từng người tham gia nghiên cứu. Mã số nghiên cứu này cũng được dán trên các ống nghiệm đựng mẫu bệnh phẩm. Nội dung chính của bộ câu hỏi cần thu thập bao gồm: (1) Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu; (2) Hành vi nguy cơ và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV (thu thập thông tin qua phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu với công cụ là bộ câu hỏi do Cục Phòng, chống HIV/AIDS biên soạn).

Lấy mẫu bệnh phẩm và xét nghiệm: Người TCMT sau khi được phỏng vấn sẽ lấy 3ml máu tĩnh mạch làm xét nghiệm HIV. Áp dụng Chiến lược III để chẩn đoán một trường hợp HIV dương tính bằng Determine HIV/2, SD HIV 1/2 3.0. Advance quality rapid anti-HIV1/2. Áp dụng phương pháp RPR định tính với sinh phẩm Treponema Palidum RPR để xét nghiệm

Giang mai (phối hợp với Bệnh viện Da liễu tỉnh Khánh Hòa thực hiện).

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm ODK. Phân tích hồi quy Logistics đa biến, hiệu chuẩn Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit, phương pháp backwards được sử dụng để xác định một số yếu tố liên quan giữa đặc điểm dân số - xã hội, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV và giang mai với tình trạng nhiễm HIV ở nhóm TCMT. Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Y đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (IRB-VN01057/IORG 0008555) số HĐĐĐ-18/2021 ngày 31/05/2021. Các thông tin thu được được đảm bảo hoàn toàn giữ bí mật. Cán bộ nghiên cứu tôn trọng sự lựa chọn của người cung cấp thông tin và quan điểm của họ.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội, hành vi nguy cơ, tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV và tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai ở nhóm tiêm chích ma túy tại tỉnh Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2021 (n = 200)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (ĐLC)	34,5 ($\pm$ 7,32)	
Trung vị (Nhỏ nhất – Lớn nhất)	33,4 (21 – 65)	
Nhóm tuổi		
16 - 24	17	8,5
25 - 34	87	43,5
35 - 49	91	45,5
50+	5	2,5
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình	116	58,0
Đang có vợ	32	16,0
Đã ly dị	44	22,0
Đã ly thân	5	2,5
Goá vợ	3	1,5
Trình độ học vấn		
Mù chữ	12	6,0
Tiểu học (lớp 1 - 5)	33	16,5
Trung học cơ sở (lớp 6 - 9)	94	47,0
Trung học phổ thông (lớp 10 - 12)	52	26,0
Trung cấp, Cao đẳng, Đại học (> lớp 12)	9	4,5
Tuổi trung bình lần đầu tiêm chích (ĐLC)	22,3 ($\pm$ 7,47)	
Trung vị (Nhỏ nhất – Lớn nhất)	21 (10 – 51)	
Phân nhóm trung bình lần đầu tiêm chích ma túy		
< 25 tuổi	141	70,5
$\geq$ 25 tuổi	59	29,5
Số năm trung bình tiêm chích (ĐLC)	12,2 ($\pm$ 7,66)	

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội, hành vi nguy cơ, tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV và tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai ở nhóm tiêm chích ma túy tại tỉnh Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2021 (n = 200) (tiếp)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trung vị (Nhỏ nhất – Lớn nhất)	(1 - 34)	
Nhóm thời gian tiêm chích ma túy		
< 3 năm	21	10,5
≥ 3 năm	179	89,5
Trung bình số lần tiêm chích trong 01 tháng qua (ĐLC)	35,2 (± 31,39)	
Trung vị (Nhỏ nhất – Lớn nhất)	30 (1 - 120)	
Đã từng dùng chung BKT		
Có	26	13,0
Không	174	87,0
Dùng BKT sạch lần tiêm chích gần nhất		
Có	192	96,0
Không	8	4,0
Đã từng QHTD với PNMD		
Có	36	18,0
Không	164	82,0
QHTD với PNMD 12 tháng qua (n = 36)		
Có	14	38,9
Không	22	61,1
Dùng BCS trong lần QHTD gần nhất		
Có	94	47,0
Không	106	53,0
Đã từng QHTD với bạn tình nam		
Có	14	7,0
Không	186	93,0
Biết nơi xét nghiệm HIV		
Có	172	86,0
Không	28	14,0
Đã từng xét nghiệm HIV		
Có	162	81,0
Không	38	19,0
Đã từng khám STI trong 3 tháng qua		
Có	07	3,5
Không	193	96,5
Nhận BKT miễn phí 6 tháng qua		
Có	47	23,5
Không	153	76,5
Nhận bộ sinh phẩm tự xét nghiệm HIV 12 tháng qua		
Có	19	9,5
Không	181	90,5

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội, hành vi nguy cơ, tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV và tỷ lệ nhiễm HIV, giang mai ở nhóm tiêm chích ma túy tại tỉnh Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2021 (n = 200) (tiếp)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng điều trị Methadone		
Có	61	30,5
Không	139	69,5
Dùng thuốc PrEP uống hàng ngày		
Có	6	3,0
Không	194	97,0
Tình trạng HIV		
Dương tính	19	9,5
Âm tính	181	90,5
Giang mai		
Dương tính	8	4,0
Âm tính	192	96,0
Đồng nhiễm HIV - Giang mai		
Có	2	1,0
Không	198	99,0

* DLC: Độ lệch chuẩn; PrEP: Thuốc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm; n: Tần số; Tỷ lệ %; BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; PNMD: Phụ nữ mại dâm; STI (Sexually transmitted infection): Bệnh lây truyền qua đường tình dục

Gần ½ số người TCMT có độ tuổi từ 35 tuổi trở lên (48%), tuổi trung bình là 34,5, nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 65 tuổi. Gần 60% người TCMT đã từng kết hôn, tiếp theo là nhóm ly dị 22% và thấp nhất là nhóm góa vợ 1,5%. Gần 70% người có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống, người TCMT có trình độ từ trung cấp trở lên chiếm 4,5%.

Tuổi trung bình lần đầu tiêm chích là 22,3, người thấp tuổi nhất là 10 và cao tuổi nhất là 51. Thời gian TCMT trung bình là 12,2 năm, cá biệt có người đã TCMT 34 năm. Trung bình số lần TCMT trong 1 tháng qua là 35,2. Có 13% người dùng chung bơm kim tiêm, 4% không dùng BKT sạch lần tiêm chích gần nhất. Gần 39% người có QHTD với phụ nữ mại dâm trong 12 tháng qua, 47% người TCMT có sử

dụng bao cao su trong lần quan hệ tình dục gần nhất. Đáng chú ý có 7% đã từng quan hệ tình dục với bạn tình là nam giới.

Liên quan đến tiếp cận các dịch vụ dự phòng lây nhiễm HIV, hơn 4/5 số người TCMT đã từng xét nghiệm HIV (81%); chỉ 3,5% có xét nghiệm STI trong 3 tháng qua, 23,5% nhận bơm kim tiêm miễn phí trong 6 tháng qua, 9,5% và nhận bộ sinh phẩm tự xét nghiệm HIV 12 tháng qua. Có 30,5% người NCMT đã từng tham gia điều trị Methadone, chỉ 3% dùng thuốc PrEP hàng ngày.

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV nhóm TCMT tại Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi năm 2021 là 9,5%, mắc Giang mai là 4%, đồng nhiễm HIV/giang mai là 1% (Bảng 1).

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở nhóm tiêm chích ma túy

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm HIV ở nhóm tiêm chích ma túy tại tỉnh Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2021 (n = 200)

Yếu tố liên quan	Dương tính HIV	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	n (%)	OR ¹	95% CI ¹	p-value	OR _{hc} ¹	95% CI ¹	p-value
Nhóm tuổi							
< 35 tuổi	9 (8,7)	0,81	0,31 - 2,10	0,671	-	-	-
≥ 35 tuổi	10 (10,4)	1					
Hôn nhân							
Chưa kết hôn	9 (7,8)	0,62	0,24 - 1,61	0,327	-	-	-
Đã từng kết hôn	10 (11,9)	1					
Học vấn							
THCS trở xuống	10 (7,2)	0,45	0,17 - 1,17	0,100	0,47	0,16 - 1,36	0,164
THPT trở lên	9 (14,8)	1			1		
Tuổi lần đầu TCMT							
< 25 tuổi	9 (6,4)	0,33	0,13 - 0,87	0,025	0,24	0,08 - 0,72	0,011
≥ 25 tuổi	10 (16,9)	1			1		
Dùng chung BKT							
Có	5 (19,2)	2,72	0,89 - 8,32	0,079	4,85	1,32 - 17,88	0,018
Không	14 (8,0)	1			1		
Dùng BKT sạch lần TCMT gần nhất							
Có	16 (8,3)	0,15	0,03 - 0,69	0,015	0,06	0,01 - 0,34	0,001
Không	3 (37,5)	1			1		
Thời gian TCMT							
< 3 năm	1 (4,8)	0,45	0,06 - 3,53	0,445	-	-	-
≥ 3 năm	18 (10,1)	1					
Đã từng QHTD với PNMD							
Có	2 (10,4)	1,97	0,43 - 8,92	0,381	4,49	0,79 - 25,60	0,091
Không	17 (5,6)	1			1		
Đã từng QHTD với bạn tình nam							
Có	3 (21,4)	2,89	0,73 - 11,47	0,130	-	-	-
Không	16 (8,6)	1					
Dùng BSC lần QHTD gần nhất							
Có	12 (12,8)	2,07	0,78 - 5,49	0,145	2,22	0,77 - 6,43	0,143
Không	7 (6,6)	1			1		
Điều trị Methadone							
Có	6 (9,8)	1,06	0,17 - 2,07	0,914	-	-	-
Không	13 (9,4)	1					
Giang mai							
Dương tính	2 (25,0)	3,43	0,64 - 18,34	0,149	7,27	1,09 - 48,11	0,040
Âm tính	17 (8,9)	1			1		

¹OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval; hc: Hiệu chỉnh; THCS: Trung học cơ sở; THPT: Trung học phổ thông; TCMT: Tiêm chích ma túy; QHTD: Quan hệ tình dục; BKT: Bơm kim tiêm; BCS: Bao cao su; PNMD: Phụ nữ mại dâm

Có 12 biến số được đưa vào mô hình đa biến bao gồm: Nhóm tuổi, học vấn, hôn nhân, tuổi lần đầu tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm, dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất, thời gian tiêm chích ma túy, đã từng quan hệ tình dục với PNMD, đã từng quan hệ tình dục với bạn tình nam, dùng bao cao su lần quan hệ tình dục gần nhất, điều trị Methadone và giang mai. Chỉ 07 biến số được giữ lại trong mô hình đa biến: học vấn, tuổi lần đầu tiêm chích ma túy, dùng chung bơm kim tiêm, dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất, đã từng quan hệ tình dục với PNMD, dùng bao cao su lần quan hệ tình dục gần nhất và giang mai

Trong phân tích đơn biến, có 02 yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV là tuổi lần đầu TCMT và dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất. Kết quả cho thấy có sự khác biệt về phát hiện nhiễm HIV trong nhóm TCMT. Nhóm tiêm chích ma túy lần đầu dưới 25 tuổi ít có nguy cơ nhiễm HIV hơn nhóm tiêm chích ma túy lần đầu từ 25 tuổi trở lên (OR = 0,33; 95% CI 0,13 - 0,87); nhóm dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất ít có nguy cơ nhiễm HIV hơn nhóm không dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất (OR = 0,15; 95% CI 0,03 - 0,69).

Trong phân tích đa biến, có 07 yếu tố được giữ lại trong mô hình nhưng chỉ tìm thấy có sự khác biệt về nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm TCMT có ảnh hưởng của tuổi lần đầu TCMT, dùng chung bơm kim tiêm, dùng bơm kim tiêm

sạch lần tiêm chích gần nhất và mắc giang mai. Nhóm tiêm chích ma túy lần đầu dưới 25 tuổi ít có nguy cơ nhiễm HIV hơn nhóm tiêm chích ma túy lần đầu từ 25 tuổi trở lên (OR_{hc} = 0,24; 95% CI 0,08 - 0,72); nhóm dùng chung bơm kim tiêm có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm không dùng chung bơm kim tiêm (OR_{hc} = 4,85; 95% CI 1,31 - 17,88); nhóm dùng bơm kim tiêm sạch trong lần tiêm chích gần nhất ít có nguy cơ nhiễm HIV hơn nhóm không dùng bơm kim tiêm sạch lần tiêm chích gần nhất (OR_{hc} = 0,06; 95% CI 0,01 - 0,34) và nhóm dương tính với giang mai có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn nhóm âm tính (OR_{hc} = 7,27; 95% CI 1,09 - 48,11) (Bảng 2).

3.3 Tác động của dịch COVID - 19 đến tiếp cận các dịch vụ y tế

Bảng 3. Ảnh hưởng của COVID - 19 đến tiếp cận các dịch vụ y tế ở nhóm tiêm chích ma túy Khánh Hòa qua giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi, 2021 (n = 200)

Tiếp cận dịch vụ y tế	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không làm lại xét nghiệm trong 12 tháng qua do dịch COVID - 19 (n = 97)	53	54,6
Gặp khó khăn/gián đoạn khi tiếp cận/sử dụng các dịch vụ y tế		
BKT sạch miễn phí (n = 138)	44	31,9
BCS miễn phí (n = 123)	25	20,3
Tư vấn và xét nghiệm HIV (n = 128)	26	20,3
Tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn (n = 111)	12	10,8
Điều trị Methadone (n = 73)	10	13,7
Khám/điều trị các bệnh STIs (n = 45)	02	4,4
Nhận thuốc PrEP (n = 36)	02	5,6
Nhận thuốc ARV (n = 36)	01	2,8

* BCS: Bao cao su; BKT: Bơm kim tiêm; PrEP (Pre-exposure prophylaxis): Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm; ARV (Anti-retroviral drug): Thuốc kháng HIV

Từ khi có dịch COVID-19, gần 32% số người gặp khó khăn liên quan đến tiếp cận nhận BKT sạch miễn phí, 20,3% gặp khó khăn khi nhận BCS miễn phí và nhận tư vấn và xét nghiệm HIV. Ngoài ra, 13,7% số người gặp khó khăn khi điều trị Methadone; xấp xỉ 11% số người cho biết gặp khó khăn khi nhận tư vấn sử dụng BCS và tình dục an toàn. Tỷ lệ gặp khó khăn khi tiếp cận các dịch vụ khám/điều trị các bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhận thuốc

PrEP và nhận thuốc ARV và điều trị dự phòng lao lần lượt là 4,4%, 5,6% và 2,8% (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Dịch HIV trong các nhóm TCMT tiếp tục là vấn đề thách thức đối với chương trình phòng chống HIV/AIDS tại tỉnh Khánh Hòa. Dữ liệu nghiên cứu tìm thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở

nhóm TCMT có xu hướng tăng nhẹ so với kết quả giám sát trọng điểm HIV năm 2019 tại tỉnh (9,3%) [6]. Kết quả trong nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu trên nhóm TCMT tại Huế 2,7% [8], Gia Lai 9,3% [9], thấp hơn tỷ lệ nhiễm HIV của nghiên cứu ở nhóm TCMT các vùng Đông Nam Bộ (2019) 11,9% (95% CI 9,4% -14,7%) [10] và cả nước 12,7% [5, 11]. Tỷ lệ này cho thấy dịch HIV tại tỉnh vẫn tập trung ở nhóm nguy cơ cao là TCMT. Độ tuổi trung bình nhóm TCMT thấp hơn của toàn quốc là 37,8 [11], tương đồng với kết quả nghiên cứu ở nhóm NCMT tại khu vực phía Nam 34,3 tuổi [12]. Kết quả này cao hơn độ tuổi trung bình nhóm TCMT ở điều tra giám sát trọng điểm năm 2019 tại tỉnh là 33,5 tuổi [6]. Về trình độ học vấn, tập trung ở nhóm THCS là 47%, kể đến là THPT 26%. Kết quả này khác với kết quả GSTĐ năm 2019 tại tỉnh nhóm TCMT có trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ 61,3%, tiếp theo là nhóm THPT chiếm 21,3% [6]. Hơn ½ số TCMT tham gia nghiên cứu chưa lập gia đình (58%), nhóm đang có vợ chỉ chiếm 16%, không tương đồng với kết quả giám sát trọng điểm HIV ở nhóm TCMT thực hiện ở 20 tỉnh thành qua các năm (xấp xỉ 50%) [4].

Các hành vi nguy cơ ở nhóm TCMT như dùng chung BKT, không sử dụng BKT sạch, QHTD với PNMD, QHTD với bạn tình nam, không dùng BCS khi QHTD trong khi đó tỷ lệ tiếp cận với các dịch vụ dự phòng HIV hạn chế tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm HIV cao trong nhóm này. Nghiên cứu phát hiện có mối liên quan chặt chẽ giữa dùng chung bơm kim tiêm với nguy cơ lây nhiễm HIV ở nhóm TCMT (OR = 4,85; 95% CI 1,32 - 17,88), tương tự với nghiên cứu ở Gia Lai (OR = 6,7; 95% CI 1,6 - 27,7) [9]. Có mối liên quan giữa tuổi TCMT lần đầu với nguy cơ lây nhiễm HIV (OR = 0,24; 95% CI 0,08 - 0,72). Người TCMT có tuổi tiêm chích lần đầu trẻ ít có nguy cơ lây nhiễm HIV, khác với kết quả nghiên cứu nhóm NCMT tại các tỉnh vùng Đông Nam Bộ [10] người NCMT có tuổi tiêm chích ma túy lần đầu càng lớn thì có nguy cơ mắc HIV càng thấp. Kết quả cho thấy nguy cơ lây truyền HIV trong nhóm TCMT nói riêng và cộng đồng nói chung tại tỉnh xuất phát từ hành vi tiêm chích không an toàn ở người TCMT.

Từ cuối năm 2020 và đầu năm 2021 dịch bệnh COVID-19 diễn biến rất phức tạp trên địa bàn tỉnh Khánh Hòa đã ảnh hưởng không nhỏ đến việc tiếp cận cũng như sử dụng các dịch vụ y tế ở người TCMT. Nghiên cứu cho thấy trong số 200 người TCMT có hơn 1/2 không lại xét nghiệm HIV vì ảnh hưởng của dịch COVID-19 do các yêu cầu phong tỏa, cách ly và hạn chế đi lại ban hành trên địa bàn tỉnh, cao hơn kết quả giám sát trọng điểm HIV trên nhóm NCMT triển khai tại 18 tỉnh, thành phố toàn quốc năm 2021 của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương 17,7% [11]. Gần 32% số người gặp khó khăn liên quan đến tiếp cận nhận BKT sạch miễn phí, cao hơn tỷ lệ phát hiện tại 18 tỉnh, thành phố toàn quốc 29% [11]. Liên quan đến nhận BCS miễn phí, tỷ lệ người tham gia nghiên cứu gặp khó khăn khi tiếp cận thấp hơn toàn quốc 21,1% [11].

Bên cạnh đó, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ mắc giang mai ở nhóm TCMT cao hơn kết quả giám sát trọng điểm của toàn quốc 1,54% [4] và có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mắc giang mai và nhiễm HIV (OR = 7,3; 95% CI 1,09 - 48,11).

Nghiên cứu cũng có hạn chế nhất định do chỉ thực hiện với cỡ mẫu nhỏ nên chưa khai thác đầy đủ hành vi nguy cơ cũng như một số yếu tố liên quan khác ảnh hưởng đến khả năng lây nhiễm HIV và giang mai chưa được đề cập trong nghiên cứu này. Do đó các nghiên cứu tiếp theo cần quan tâm và cân nhắc đến cỡ mẫu tiếp cận ở nhóm này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV ở nhóm tiêm chích ma túy là 9,5%. Tỷ lệ phát hiện mắc giang mai là 4%. Tỷ lệ người tiêm chích ma túy không làm lại xét nghiệm trong 12 tháng qua chiếm 54,6%, tiếp nhận vật phẩm can thiệp giảm hại bao cao su 31,9%, bơm kim tiêm sạch 20,3% và các dịch vụ chăm sóc, điều trị dự phòng lây nhiễm HIV khác như khám/điều trị các bệnh STIs, nhận thuốc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm và nhận thuốc kháng HIV đều gặp

khó khăn, gián đoạn do dịch COVID-19. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ bao phủ của các chương trình can thiệp giảm hại cần được tăng cường và duy trì trong thời gian tới do tác động và ảnh hưởng của một số dịch bệnh mới nổi như COVID-19 đã làm gián đoạn tiếp cận sử dụng các dịch vụ y tế. Đồng thời hoạt động can thiệp giảm hại ở nhóm tiêm chích ma túy cần quan tâm hơn các yếu tố liên quan tìm thấy trong nghiên cứu này (tuổi tiêm chích ma túy lần đầu trẻ, dùng chung bơm kim tiêm, dùng bơm kim tiêm sạch) nhằm góp phần giảm tỷ lệ lây nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa; Trung tâm Y tế thành phố Nha Trang; Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa; Trung tâm Y tế thành phố Cam Ranh; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- UNAIDS. Global HIV & AIDS Statistics -2020 Fact Sheet 2021. Accessed October 26, 2022. https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
- Baggaley RF, Boily MC, White RG, Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. *Aids*. 2006; 20 (6): 805 - 812.
- UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics – 2019 fact sheet pp.3 2020. Accessed October 22, 2022. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- Viet Nam Administration of HIV/AIDS Control. Results from HIV Sentinel Surveillance plus Behavioral Component (HSS+). 2017.
- Bộ Y tế. Báo cáo của Bộ Y tế về việc Báo cáo kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2020. Số 124/BC-BYT, ngày 04/02/2021.
- Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Khánh Hòa. Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm lồng ghép giám sát hành vi 2019, Khánh Hòa. 2019.
- Bộ Y tế. Thông tư Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Số 09/2012/TT-BYT ban hành ngày 24/05/2012 của Bộ Y tế.
- Lý Văn Sơn, Dương Công Thành, Trần Thị Ngọc và cộng sự. Thực trạng lây nhiễm HIV ở người tiêm chích ma túy tại thành phố Huế năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2014; 26: 9 (182).
- Nguyễn Thị Thu Hà, Dương Công Thành, Phạm Thọ Dược và cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan trong nhóm nam tiêm chích ma túy tại Gia Lai năm 2014. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2016; 26 (9 (182)): 87 - 92.
- Nguyễn Vũ Thượng, Nguyễn Duy Phúc. Nhiễm HIV và các yếu tố liên quan ở nam nghiện chích ma túy tại vùng Đông Nam Bộ năm 2019. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019; 30 (3): 120 – 127.
- Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương. Báo cáo về việc kết quả triển khai GSTĐ HIV và GSTĐ HIV lồng ghép hành vi năm 2021. Số 1444/VSDTTU-HIV, ngày 22/6/2022.
- Nguyễn Duy Phúc, Khuru Văn Nghĩa, Phạm Đăng Đoàn Thùy và cộng sự. Theo dõi tình hình dịch ở người nghiện chích ma túy tại khu vực phía Nam qua xét nghiệm tải lượng vi rút. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2019; 29 (11): 298 - 304.

PREVALENCE OF HIV, SYPHILIS, AND IMPACT OF THE COVID-19 EPIDEMIC ON ACCESS TO HIV PREVENTION SERVICES AMONG INJECTING DRUG USERS IN KHANH HOA PROVINCE, 2021

Lam Chi Cuong¹, Do Thai Hung², Nguyen Dinh Luong², Nguyen Thanh Huyen³,
Vo Hai Son³, Pham Duc Manh³, Dang Thi Lo³

¹*Khanh Hoa Center for Diseases Control*

²*Nha Trang Pasteur Institute, Khanh Hoa*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

A cross - sectional study was conducted among 200 injecting drug users (IDUs) in Khanh Hoa province to determine the prevalence of HIV, and syphilis and investigate the impact of the COVID-19 epidemic on access to HIV prevention services in 2021. The results showed that HIV prevalence and syphilis prevalence among IDUs was 9.5% and 4%, respectively. There was a strong association between age at first injecting drugs ($p < 0.05$), sharing needles ($p < 0.05$), use of clean needle and syringe for the last injecting drugs ($p < 0.05$) and syphilis ($p < 0.05$) with risk of HIV infection. The study found that the rate of access to HIV prevention intervention programs was quite limited in the context of the COVID-19 outbreak in the province. The proportion of IDUs who did

not repeat the test in the past 12 months due to the COVID-19 epidemic accounted for 54.6%; 31.9 had difficulty accessing to receive clean condoms, 20.3% had difficulty accessing condoms and HIV testing counselling; 13.7% had difficulty in Methadone treatment; 10.8% had difficulty getting counselling on using condoms and safe sex. The results of study makes an important challenge in the expansion and comprehensive implementation of HIV prevention intervention programs among IDUs to limit HIV transmission in the community and to predict emerging diseases that may affect the HIV prevention and control program.

Keywords: HIV; injecting drug users (IDUs); COVID-19; Khanh Hoa

HÀNH VI SỬ DỤNG CHẤT KÍCH THÍCH KHI QUAN HỆ TÌNH DỤC (CHEMSEX) VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI TỈNH AN GIANG NĂM 2022

Huỳnh Minh Trí^{1*}, Dương Anh Linh¹, Lê Quang Nhường¹, Đỗ Xuân Nguyên¹, Phan Thị Thu Hương², Nguyễn Việt Nga², Lê Thu Hà², Nguyễn Hoàng Minh³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang*

²*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

³*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Hành vi sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex) ở nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tiềm ẩn những nguy cơ đến sức khỏe, làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Do vậy, nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ có hành vi chemsex và mô tả một số yếu tố liên quan ở nhóm MSM. Một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 7 - 9 năm 2022 trên 200 MSM tại An Giang. Mô hình hồi quy logistic đa biến được thực hiện để khám phá các yếu tố liên quan đến hành vi chemsex. Kết quả cho thấy tỷ lệ có hành vi chemsex ở MSM là 26,5%. Khả năng có hành vi chemsex được phát hiện cao hơn ở nhóm MSM có trình độ học vấn trung học phổ thông (THPT) (ORHC: 2,66; 95%KTC 1,05 – 6,75), đang sống chung với bạn tình nam (ORHC: 4,03; 95%KTC: 1,43 – 11,36), có 2 bạn tình trở lên (ORHC: 2,41; 95%KTC: 1,05 – 6,76), hoặc đã từng quan hệ tình dục tập thể (ORHC: 3,56; 95%KTC: 1,35 – 9,39), so với các nhóm tham chiếu. Nghiên cứu cho thấy MSM ở An Giang có tỷ lệ chemsex tương đối cao. Các can thiệp về truyền thông và tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV/STI ở MSM cần đặc biệt quan tâm, đặc biệt ở nhóm MSM có trình độ học vấn THPT, có nhiều bạn tình, có quan hệ tình dục tập thể.

Từ khoá: Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục; nam quan hệ tình dục đồng giới; An Giang; học vấn; quan hệ tình dục tập thể; hôn nhân

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch HIV/AIDS vẫn đang là một trong những vấn đề y tế đáng lo ngại tại Việt Nam, tập trung chủ yếu ở các nhóm đối tượng nguy cơ cao như nam tiêm chích ma túy, phụ nữ bán dâm, và nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM). Trong năm 2021, ước tính có khoảng gần 256,000 MSM tại Việt Nam [1]. Theo dữ liệu giám sát trọng điểm lồng ghép hành vi tại An Giang, chiều hướng nhiễm HIV và giang mai ở nhóm MSM có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây, trong đó tỷ lệ nhiễm HIV tăng từ 2% (2016) lên 12% (2021), và tỷ lệ nhiễm giang mai tăng từ 4% (2016) lên 11% (2021). Bên cạnh đó,

hành vi sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex) đang là một vấn đề mới nổi trong nhóm MSM ở Việt Nam.

Hành vi chemsex là việc sử dụng có chủ ý các chất hóa học thường là các chất kích thích (cần sa, methamphetamine, popper hay viagra) khi quan hệ tình dục (QHTD) nhằm tăng sự tự tin, tăng khoái cảm tình dục với thời gian dài hơn [2]. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra mối liên quan giữa chemsex đến việc làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) [3 - 5]. Do vậy, hành vi chemsex là một hành vi nguy cơ cao đáng lo ngại ở nhóm MSM.

*Tác giả: Huỳnh Minh Trí

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang

Điện thoại: 0978 334 479

Email: huynhminhtri79@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/10/2022

Ngày phản biện: 27/10/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

Trên thế giới, hành vi chemsex ngày càng gia tăng và phổ biến hơn, đặc biệt ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) [6]. Một nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ có hành vi chemsex trong nhóm MSM dao động từ 3,1% đến 30,8% ở Châu Á [7]. Tại Việt Nam, tỷ lệ MSM có sử dụng Methamphetamine trong QHTD là 14,3% [8]. Một số yếu tố liên quan đến hành vi chemsex đã được nghiên cứu trước đây ở nhóm MSM như các yếu tố nhân khẩu học (tuổi, dân tộc, trình độ văn hóa) [9], các hành vi tình dục nguy cơ cao (nhiều bạn tình, QHTD tập thể), hay các yếu tố tâm lý [10, 11].

Cho tới nay chưa có nhiều nghiên cứu về hành vi chemsex ở nhóm MSM tại Việt Nam, trong đó có An Giang. Vì vậy, các nghiên cứu mới là rất cần thiết để tìm hiểu yếu tố tác động đến hành vi chemsex, từ đó đưa ra khuyến nghị và can thiệp kịp thời giúp giảm nguy cơ nhiễm HIV và STIs ở nhóm MSM. Từ những thực trạng đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ có hành vi chemsex và mô tả một số yếu tố liên quan của hành vi này ở nhóm MSM tại An Giang năm 2022.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các đối tượng được chọn vào nghiên cứu là những nam giới 16 tuổi trở lên đang sống tại An Giang, có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với nam giới khác trong vòng 12 tháng trước thời điểm nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Triển khai hoạt động giám sát trọng điểm HIV/STIs lồng ghép hành vi trên nhóm MSM tại hai thành phố Long Xuyên và Châu Đốc thuộc tỉnh An Giang (7 - 9/2022).

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Thực hiện theo thông tư 09/2012/TT-BYT ngày 24/5/2012 của Bộ Y tế [12], và dựa vào

tính khả thi và tình hình thực tế tại An Giang, nghiên cứu đã triển khai thu thập số liệu trên 200 MSM trong năm 2022.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu chùm nhiều giai đoạn theo “Quy trình chuẩn triển khai giám sát trọng điểm, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi” của Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Chúng tôi tiến hành lập bản đồ điểm nóng, chọn 2 thành phố có số MSM trong cộng đồng nhiều nhất là Long Xuyên và Châu Đốc, từ đó tiến hành phân bổ cỡ mẫu quy định cho các thành phố theo tỷ lệ thuận số MSM ước lượng tại mỗi thành phố. Tại mỗi thành phố được lựa chọn, liệt kê các phường có MSM, sau đó tính số phường cần thực hiện GSTĐ bằng cách chia số cỡ mẫu phân bổ cho trung bình số MSM tại mỗi phường. Tiếp theo, chúng tôi thông qua các nhóm nhân viên tiếp cận cộng đồng để vận động tất cả MSM đang cư trú tại địa bàn các phường được lựa chọn ngẫu nhiên tham gia vào GSTĐ cho đến khi đủ cỡ mẫu được phân bổ cho thành phố đó.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến kết quả:

Người tham gia nghiên cứu được hỏi đã từng sử dụng loại chất nào sau đây ngay trước hoặc trong khi QHTD qua đường hậu môn bao gồm: Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, codeine), cần sa (tài mà, bồ đề, cỏ), chất kích thích (đá, thuốc lắc, cần, bay, amphetamine, Methamphetamine, muối tắm), chất gây ảo giác (nấm thần, ketamine, ke), thuốc an thần (sen, valium, seduxen, benzo, GHB-GBL-nước biển), thuốc cường dương (rocket, Viagra, Cialis), hay Popper. Nếu đã từng, người tham gia sẽ được phân loại là có hành vi chemsex.

Biến độc lập:

Các dữ liệu của người tham gia được thu thập bao gồm: (1) Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, trình độ học vấn, các tình trạng hôn nhân; (2) Các biến số về hành vi: Tuổi lần đầu QHTD đồng giới, đã từng QHTD tập thể, QHTD nhận tiền, số lượng bạn tình trong 12 tháng qua, tìm

kiểm bạn tình qua mạng xã hội; và (3) Tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV: Sử dụng PrEP hàng ngày, đã từng được tư vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên, sau khi được tập huấn kỹ năng phỏng vấn và thu thập số liệu, tiếp cận, sàng lọc các đối tượng đủ tiêu chuẩn và mời họ tham gia nghiên cứu. Điều tra viên phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn trong GSTĐ lồng ghép hành vi năm 2022. Địa điểm phỏng vấn là nơi yên tĩnh, riêng tư, và thuận tiện cho người tham gia.

Mỗi người tham gia được cung cấp một mã số nghiên cứu riêng biệt. Số liệu được bảo mật và làm sạch trước khi phân tích. Số liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Các đặc điểm chung của người tham gia được trình bày theo tần số (n), tỷ lệ (%), giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Sử dụng mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến để xem xét

các yếu tố liên quan đến các hành vi chemsex. Các biến số nhân khẩu học (tuổi, giới, trình độ học vấn) và các biến số có mối tương quan với hành vi chemsex ở giá trị $p < 0,2$ ở mô hình hồi quy đơn biến được chọn vào phân tích ở mô hình hồi quy đa biến [13]. Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) để phân tích thống kê.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này sử dụng số liệu trong giám sát trọng điểm tại Việt Nam (Thông tư số 09/TT-BYT, ngày 24/5/2012). Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương thông qua (Số HĐĐĐ-09/2022 ngày 2/6/2022). Những người tham gia đã được cung cấp thông tin về mục đích nghiên cứu, lợi ích và rủi ro, và hoàn toàn tự nguyện khi tham gia nghiên cứu. Các thông tin thu thập được đảm bảo bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung những MSM tham gia giám sát trọng điểm HIV/STIs lồng ghép hành vi tại An Giang năm 2022 (n = 200)

Đặc điểm	Tổng số (n = 200)
	n (%)
Tuổi	
Giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	24,1 $\pm$ 7,1
Nhóm tuổi	
18 – 24	134 (67,0)
25 – 29	31 (15,5)
30 – 34	19 (9,5)
≥ 35	16 (8,0)
Trình độ học vấn	
Trung học cơ sở trở xuống	50 (25,0)
Trung học phổ thông	78 (39,0)
Cao đẳng, đại học, trên đại học	72 (36,0)
Đang sống chung với vợ/bạn tình nữ	
Có	1 (0,5)
Không	199 (99,5)

Bảng 1. Đặc điểm chung những MSM tham gia giám sát trọng điểm HIV/STIs lồng ghép hành vi tại An Giang năm 2022 (n = 200) (tiếp)

Đặc điểm	Tổng số (n = 200)
	n (%)
Đang sống chung với bạn tình nam	
Không	172 (86,0)
Có	28 (14,0)
Tuổi lần đầu QHTD qua đường hậu môn	
< 18	70 (35,0)
≥ 18	130 (65,0)
QHTD tập thể (≥ 2 bạn tình cùng lúc)	
Không	168 (84,0)
Có	32 (16,0)
QHTD để nhận tiền	
Không	173 (86,5)
Có	27 (13,5)
Tìm kiếm bạn tình qua MXH	
Không	43 (21,5)
Có	157 (78,5)
Số lượng bạn tình trong 12 tháng qua	
1	69 (34,5)
≥ 2	131 (65,5)
Đã từng được tư vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn	
Không	104 (52,0)
Có	96 (48,0)
Sử dụng PrEP hàng ngày	
Không	180 (90,0)
Có	20 (10,0)
Hành vi chemsex	
Không	147 (73,5)
Có	53 (26,5)

QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su; MXH: Mạng xã hội; PrEP: Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV

Tổng cộng có 200 người tham gia nghiên cứu với tuổi trung bình là 24,1. Trong đó, nhóm tuổi 16 - 24 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (67,0%). Bên cạnh đó, khoảng 2/3 MSM có trình độ trung học phổ thông trở lên, 14,0% MSM đang sống chung với bạn tình nam, và có rất ít MSM (0,5%) hiện đang sống với vợ/bạn tình nữ.

Trong tổng số 200 người tham gia, 53 MSM đã từng có hành vi chemsex, chiếm 26,5%.

Về hành vi QHTD, hơn 1/3 người tham gia bắt đầu QHTD qua đường hậu môn từ khi chưa 18 tuổi. Tỷ lệ người tham gia đã từng QHTD tập thể và QHTD để nhận tiền lần lượt là 16,0% và 13,5%. Ngoài ra, tỷ lệ người tham gia tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội là 78,5%, và có 2 bạn tình trở lên là 65,5%.

Về việc sử dụng và tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV/AIDS, tỷ lệ MSM đã từng được tư

vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn là 48%. Tuy nhiên, chỉ có 10,0% MSM báo cáo có sử dụng PrEP hàng ngày (Bảng 1).

3.2 Phân bố các loại chất kích thích sử dụng khi quan hệ tình dục

Bảng 2. Các chất kích thích được dùng khi quan hệ tình dục trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới có hành vi chemsex, An Giang năm 2022 (n = 53)

Loại chất	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Popper	52	98,1
Thuốc cường dương (Rocket, Viagra, Cialis)	2	3,8
Chất kích thích (đá, thuốc lắc, Methamphetamine)	1	1,9

Trong số MSM có hành vi chemsex, Popper là chất được sử dụng nhiều nhất (98,1%), kế đến là thuốc cường dương (Rocket, Viagra, Cialis) (3,8%), và chất kích thích (đá, thuốc lắc, Methamphetamine) (1,9%) (Bảng 2).

3.3 Một số yếu tố liên quan đến việc sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục của MSM

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với hành vi chemsex trong nhóm MSM qua giám sát trọng điểm HIV/STIs lồng ghép hành vi tại An Giang năm 2022 (n = 200)

Đặc điểm	Chemsex		Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	Không (n = 147)	Có (n = 53)				
	n (%)	n (%)	OR (95% KTC)	p	OR (95% KTC)	p
Nhóm tuổi						
18 – 24	98 (73,1)	36 (26,9)	1,00		1,00	
25 – 29	22 (71,0)	9 (29,0)	1,11 (0,47 – 2,64)	0,807	0,59 (0,22 – 1,59)	0,299
30 – 34	14 (73,7)	5 (26,3)	0,63 (0,17 – 2,33)	0,487	0,24 (0,05 – 1,16)	0,077
≥ 35	13 (81,3)	3 (18,7)	0,97 (0,33 – 2,89)	0,960	0,77 (0,21 – 2,85)	0,701
Trình độ học vấn						
Trung học cơ sở trở xuống	40 (80,0)	10 (20,0)	1,00		1,00	
Trung học phổ thông	51 (65,4)	27 (34,6)	2,12 (0,92 – 4,88)	0,078	2,66 (1,05 – 6,75)	0,039
Cao đẳng, đại học, trên đại học	56 (77,8)	16 (22,2)	1,14 (0,47 – 2,78)	0,768	1,33 (0,48 – 3,65)	0,578
Đang sống chung với bạn tình nam						
Không	131 (76,2)	41 (23,8)	1,00		1,00	
Có	16 (57,1)	12 (42,9)	2,39 (1,05 – 5,48)	0,038	4,03 (1,43 – 11,36)	0,008

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với hành vi chemsex trong nhóm MSM qua giám sát trọng điểm HIV/STIs lồng ghép hành vi tại An Giang năm 2022 (n = 200) (tiếp)

Tuổi lần đầu QHTD qua đường hậu môn							
< 18	51 (72,9)	19 (27,1)	1,00		-	-	
≥ 18	96 (73,8)	34 (26,2)	0,95 (0,49 - 1,83)	0,880	-	-	
QHTD tập thể							
Không	130 77,4)	38 (22,6)	1,00		1,00		
Có	17 (53,1)	15 (46,9)	3,02 (1,38 - 6,60)	0,006	3,56 (1,35 - 9,39)	0,010	
QHTD để nhận tiền							
Không	128 74,0)	45 (26,0)	1,00		-	-	
Có	19 (70,4)	8 (29,6)	1,19 (0,49 - 2,93)	0,692	-	-	
Tìm kiếm bạn tình qua MXH							
Không	34 (79,1)	9 (20,9)	1,00		-	-	
Có	113 72,0)	44 (28,0)	1,47 (0,65 - 3,32)	0,352	-	-	
Số lượng bạn tình trong 12 tháng qua							
1	56 (81,2)	13 (18,8)	1,00		1,00		
≥ 2	91 (69,5)	40 (30,5)	1,89 (0,93 - 3,85)	0,077	2,41 (1,05 - 6,76)	0,038	
Đã từng được tư vấn sử dụng BCS và QHTD an toàn							
Không	80 (76,9)	24 (23,1)	1,00		-	-	
Có	67 (69,8)	29 (30,2)	1,44 (0,77 - 2,71)	0,255	-	-	
Sử dụng PrEP hàng ngày							
Không	136 75,6)	44 (24,4)	1,00		1,00		
Có	11 (55,0)	9 (45,0)	2,53 (0,98 - 6,50)	0,054	1,62 (0,57 - 4,55)	0,364	

OR: Tỷ suất chênh; KTC: Khoảng tin cậy; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su; MXH: Mạng xã hội; PrEP: Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV

Trong mô hình phân tích đa biến, các kết quả cho thấy MSM có trình độ học vấn THPT có khả năng có hành vi chemsex cao gấp 2,66 lần so với nhóm THCS trở xuống (tỷ suất chênh, OR_{HC} : 2,66; 95% KTC: 1,05 – 6,75; $p = 0,039$).

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng MSM đang sống chung với bạn tình nam có nhiều khả năng sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục cao hơn so với nhóm không sống chung với bạn tình nam (OR_{HC} : 4,03; 95% KTC: 1,43 – 11,36; $p = 0,008$). Thêm nữa, khả năng có hành vi

chemsex được phát hiện cao hơn ở nhóm MSM có các hành vi nguy cơ cao như số lượng bạn tình từ 2 người trở lên (OR_{HC} : 2,41; 95% KTC: 1,05 – 6,76; $p = 0,038$), và đã từng QHTD tập thể (OR_{HC} : 3,56; 95% KTC: 1,35 – 9,39; $p = 0,010$) (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy cứ khoảng 4 MSM thì 1 người có hành vi chemsex. Kết quả này

thấp hơn so với tỷ lệ có hành vi chemsex ở nhóm MSM tại Đức và Ireland là 27,0% [14, 15]. Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn kết quả của một nghiên cứu ở MSM tại Cần Thơ năm 2019 là 14,3% [8]. Có sự khác biệt này là do MSM ở Việt Nam có cơ hội tiếp cận và sử dụng với các chất kích thích nhiều hơn trong những năm gần đây. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng phần lớn MSM có hành vi chemsex sử dụng Popper (98,1%). Kết quả này khá tương đồng với tỷ lệ của các nghiên cứu trước đây ở Đức (87,9%), Singapore (97,1%) và Việt Nam (91,9%) [14, 16, 17].

Kết quả nghiên cứu cho thấy MSM có trình độ THPT có khả năng có hành vi chemsex cao hơn so với nhóm trình độ thấp hơn. Kết quả này một phần tương đồng với phát hiện của một nghiên cứu tại Anh khi nhóm MSM có trình độ học vấn càng cao thì có khả năng có hành vi chemsex cao hơn [18]. Mỗi tương quan này có thể do những người có trình độ học vấn cao hơn thường có nhiều cơ hội và điều kiện tốt hơn để tiếp cận các loại hình QHTD giúp họ thỏa mãn nhu cầu của bản thân. Vì vậy, các can thiệp truyền thông về hiểu biết và tác hại của hành vi chemsex nên được đẩy mạnh trong thời gian tới, đặc biệt ở các trường THPT, cao đẳng, và đại học.

Kết quả cũng phát hiện thấy rằng khả năng sử dụng chất kích thích khi QHTD cao hơn ở nhóm MSM đang sống chung với bạn tình nam. Kết quả này trái ngược với các nghiên cứu tại Brazil và Scotland khi nhóm MSM hiện đang độc thân hoặc không sống chung với bạn tình có khả năng có hành vi chemsex cao hơn [19, 20]. Bên cạnh đó, nhóm MSM tham gia nghiên cứu có các hành vi nguy cơ cao như có 2 bạn tình trở lên hoặc QHTD tập thể có khả năng sử dụng chất kích thích khi QHTD cao hơn so với các nhóm khác. Một nghiên cứu tại Ireland cũng chỉ ra rằng nhóm MSM có hành vi chemsex có khả năng có nhiều bạn tình hơn [15]. Ngoài ra, kết quả tương tự ở Trung Quốc cho thấy MSM có hành vi chemsex có nguy cơ đã từng QHTD tập thể cao gấp 7,9 lần so với nhóm không có hành vi chemsex [19]. Điều này có thể giải thích là do khi nhóm MSM thực

hiện các hành vi nguy cơ cao, họ có mong muốn được thỏa mãn các nhu cầu QHTD cao hơn. Do đó, sử dụng các chất kích thích sẽ giúp họ thỏa mãn được nhu cầu đó. Vì vậy, các dịch vụ dự phòng HIV/STIs cần tăng cường tiếp cận và tư vấn về QHTD an toàn (như luôn sử dụng bao cao su, không QHTD cùng lúc với nhiều người,...) để làm giảm các hành vi nguy cơ cao cho nhóm MSM.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần khắc phục. Đầu tiên, các mối quan hệ nhân quả không thể suy luận ra từ các mối tương quan của một nghiên cứu cắt ngang. Thêm nữa, người tham gia chỉ được tuyển chọn ở các quận/huyện có số lượng MSM lớn tại An Giang, nên các kết quả chỉ phản ánh cho một nhóm MSM nhất định tại địa phương. Do đó, các nghiên cứu với thiết kế nghiên cứu phù hợp hơn nên được thực hiện trong tương lai. Bên cạnh đó, một số sai số có thể xảy ra như: 1) Sai số nhớ lại các mốc thời gian và sự kiện đã xảy ra; 2) Sai số bởi thành kiến mong đợi xã hội do người tham gia còn e ngại trả lời các vấn đề nhạy cảm. Tuy nhiên, chúng tôi đã cố gắng hạn chế các sai số trên bằng cách bố trí địa điểm kín đáo, riêng tư, và điều tra viên là người có nhiều kinh nghiệm giúp đối tượng nghiên cứu có thể thoải mái trả lời, tránh sai sót thông tin.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục của MSM tại tỉnh An Giang năm 2022 là 26,5%. Hành vi chemsex có khả năng xảy ra cao hơn ở nhóm MSM có trình độ trung học phổ thông trở lên, đang sống chung với bạn tình nam, có nhiều bạn tình, hoặc đã từng quan hệ tình dục tập thể. Do đó, các chiến lược truyền thông và tư vấn về tác hại của hành vi chemsex cần được đẩy mạnh trong thời gian tới ở nhóm MSM, đặc biệt ở các trường trung học phổ thông, cao đẳng, và đại học.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh An Giang; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ

sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- UNAIDS. Country Fact Sheet Vietnam 2018. Accessed 15/8/2022. <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/vietnam>.
- Bourne A, Reid D, Hickson F, et al. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2015; 91 (8): 564 - 568.
- Queiroz A, Sousa AFL, Brignol S, et al. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2019; 23 (5): 298 - 306.
- Pakianathan M, Whittaker W, Lee MJ, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med.* 2018.
- Edmundson C, Heinsbroek E, Glass R, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy.* 2018; 55: 131 - 148.
- Drückler S, van Rooijen MS, de Vries HJC. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis.* 2018; 45 (5): 325 - 331.
- Bourne A, Weatherburn P. Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sexually transmitted infections.* 2017; 93 (5): 342 - 346.
- Vu NT, Holt M, Phan HT, et al. The Relationship Between Methamphetamine Use, Sexual Sensation Seeking and Condomless Anal Intercourse Among Men Who Have Sex With Men in Vietnam: Results of a Community-Based, Cross-Sectional Study. *AIDS Behav.* 2017; 21 (4): 1105 - 1116.
- Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M, et al. Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *Int J Drug Policy.* 2019; 63: 74 - 89.
- Rosinska M, Gios L, Nostlinger C, et al. Prevalence of drug use during sex amongst MSM in Europe: Results from a multi-site bio-behavioural survey. *Int J Drug Policy.* 2018; 55: 231 - 241.
- Hibbert MP, Brett CE, Porcellato LA, et al. Psychosocial and sexual characteristics associated with sexualised drug use and chemsex among men who have sex with men (MSM) in the UK. *Sex Transm Infect.* 2019; 95 (5): 342 - 350.
- Bộ Y tế. Thông tư của Bộ Y tế Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Thông tư số 09/2012/TT-BYT, ngày 24/5/2012.
- Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *American journal of epidemiology.* 1993; 138 (11): 923 - 936.
- Bohn A, Sander D, Köhler T, et al. Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 542301.
- Glynn RW, Byrne N, O'Dea S, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy.* 2018; 52: 9 - 15.
- Dương Phương Hiếu. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở nam đồng tính tại thành phố Thái Nguyên năm 2020. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2020; 62 (4): 112 - 118.
- Tan RKJ, Wong CM, Chen MI, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: A qualitative study. *Int J Drug Policy.* 2018; 61: 31 - 37.
- Blomquist PB, Mohammed H, Mikhail A, et al. Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England. *Sex Transm Infect.* 2020; 96 (8): 590 - 595.
- Frankis J, Flowers P, McDaid L, et al. Low levels of chemsex among men who have sex with men, but high levels of risk among men who engage in chemsex: analysis of a cross-sectional online survey across four countries. *Sex Health.* 2018; 15 (2): 144 - 150.
- Sousa Á FL, Queiroz A, Lima S, et al. Chemsex practice among men who have sex with men (MSM) during social isolation from COVID-19: multicentric online survey. *Cad Saude Publica.* 2020; 36 (12): e00202420.

CHEMSEX BEHAVIORS AND SOME ASSOCIATED FACTORS AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN IN AN GIANG PROVINCE IN 2022

Huynh Minh Tri¹, Duong Anh Linh¹, Le Quang Nhuong¹, Do Xuan Nguyen¹, Phan Thi Thu Huong², Nguyen Viet Nga², Le Thu Ha², Nguyen Hoang Minh³

¹*An Giang Center for disease Control and Prevention*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

³*Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

Chemsex behaviours in men who have sex with men (MSM) have potential health concerns, increasing the risk of HIV and other sexually transmitted infections. Therefore, this study aimed to describe chemsex behaviors and some associated factors among MSM. A cross-sectional study was conducted from July to September 2022 on 200 MSM in An Giang. The multivariable logistic regression model was performed to explore the factors associated with the chemsex behaviours. The results showed that the proportion of chemsex behaviors in MSM was 26.5%. The likelihood of having chemsex behaviors was higher in MSM who had a high school degree (aOR: 2.66; 95% CI: 1.05 – 6.75), or who were living with a male

partner (aOR: 4.03; 95% CI: 1.43 – 11.36), or had 2 or more sex partners (aOR: 2.41; 95% CI: 1.05 – 6.76), or had ever group sex (aOR: 3.56; 95% CI: 1.35 – 9.39), as compared with their counterparts. The proportion of having chemsex behaviors among MSM in An Giang province was relatively high. Appropriate interventions on communication and access to HIV/STI prophylactic services among MSM should be paid more attention, especially for MSM who had a high school degree, multiple sex partners, and group sex.

Keywords: Chemsex; men who have sex with men; An Giang; education; group sex; marital status.

BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ ARV MUỘN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ ARV TẠI TỈNH KIÊN GIANG TỪ NĂM 2018 - 2019

Giang Văn Kiên^{1*}, Nguyễn Đức Thuận¹, Võ Thị Lọt¹, Phạm Đức Mạnh², Võ Hải Sơn², Bùi Hoàng Đức², Phan Thị Khánh Ly², Nguyễn Hoàng Minh³

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kiên Giang*

²*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

³*Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Bắt đầu điều trị ARV muộn (BĐARVM) ở người nhiễm HIV làm giảm hiệu quả điều trị, gia tăng tỷ lệ tử vong và nguy cơ lây nhiễm bệnh cho cộng đồng. Do vậy, nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ BĐARVM và mô tả một số yếu tố liên quan đến BĐARVM ở người nhiễm HIV. Chúng tôi đã thực hiện một nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 279 người nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV từ 01/2018 đến 06/2019 tại 10 phòng khám ngoại trú HIV ở Kiên Giang. Biến BĐARVM được phân loại là những người nhiễm HIV có giai đoạn lâm sàng III hoặc IV theo WHO tại thời điểm lần đầu tiên đến cơ sở điều trị. Mô hình hồi quy logistic đa biến được sử dụng để khám phá các yếu tố liên quan đến BĐARVM. Kết quả cho thấy tỷ lệ BĐARVM là 29,4%. Việc BĐARVM có khả năng xảy ra cao hơn ở người nhiễm HIV bị thiếu cân (ORHC: 3,65; 95%KTC: 1,92 - 6,93), và có quan hệ tình dục (QHTD) khác giới (ORHC: 2,36; 95%KTC: 1,05 - 5,33). Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ BĐARVM ở Kiên Giang tương đối cao. Các chương trình can thiệp cần tăng cường truyền thông, tư vấn cho người nhiễm HIV có yếu tố nguy cơ cao như QHTD khác giới để họ tham gia điều trị ARV sớm, từ đó giúp làm giảm tỷ lệ BĐARVM tại Kiên Giang.

Từ khóa: Bắt đầu điều trị ARV muộn; HIV; Kiên Giang; thiếu cân; quan hệ tình dục khác giới

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dịch HIV/AIDS vẫn đang là một vấn đề sức khỏe đáng lo ngại ở Việt Nam [1], với số người sống chung với HIV được ước tính khoảng 230.000 người, hơn 7000 ca nhiễm mới, và 6000 ca tử vong do HIV năm 2019 [2]. Dịch HIV/AIDS ở Việt Nam tập trung chủ yếu ở các nhóm đối tượng đích bao gồm người tiêm chích ma túy, phụ nữ bán dâm, và nam quan hệ tình dục (QHTD) đồng giới. Việt Nam đã và đang phấn đấu đạt mục tiêu toàn cầu 90-90-90 của tổ chức UNAIDS để tiến tới kết thúc dịch bệnh HIV/AIDS vào năm 2030 [3]. Các mục tiêu này phản ánh sự thay đổi quan trọng trong cách tiếp cận điều trị HIV của thế

giới theo hướng tối đa hóa việc ức chế vi rút ở những người nhiễm HIV. Điều trị kháng vi rút ARV hiện được khuyến nghị cho tất cả những người nhiễm HIV để ngăn ngừa các bệnh liên quan đến AIDS và giảm nguy cơ lây nhiễm cho cộng đồng.

Điều trị ARV sớm ngay khi phát hiện nhiễm HIV mang lại những lợi ích to lớn cho người bệnh giúp người họ hồi phục được hệ thống miễn dịch, và đóng vai trò quan trọng trong sự thành công của điều trị HIV [4, 5]. Mặc dù các chương trình phòng chống HIV/AIDS luôn đẩy mạnh việc thúc đẩy việc kết nối điều trị sớm cho người nhiễm HIV ngay khi được chẩn đoán, nhiều người nhiễm HIV chỉ đến cơ

*Tác giả: Giang Văn Kiên

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kiên Giang

Điện thoại: 0913 638 867

Email: thanhnguyen06kg@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/10/2022

Ngày phản biện: 08/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

sở y tế để bắt đầu điều trị ARV khi bệnh đã ở giai đoạn lâm sàng muộn (giai đoạn III hoặc IV theo WHO) [6]. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng việc bắt đầu điều trị ARV muộn (BĐARVM) có thể làm giảm hiệu quả điều trị, tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng cơ hội và tử vong, từ đó làm tăng chi phí khám, chữa bệnh, và gánh nặng kinh tế cho gia đình [5, 7, 8]. Ngoài ra, BĐARVM muộn còn làm tăng nguy cơ lây lan HIV sang người thân (vợ, bạn tình, con cái) và cộng đồng [4, 9]. Vì vậy, việc xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến việc bắt đầu điều trị ARV ở giai đoạn muộn là vô cùng quan trọng cho việc xây dựng các chiến lược can thiệp, truyền thông và tư vấn kết nối điều trị phù hợp hơn cho người nhiễm HIV. Một số yếu tố liên quan đến việc bắt đầu điều trị ARV muộn đã được nghiên cứu trước đây ở người nhiễm HIV như các yếu tố nhân khẩu học (tuổi, giới, hôn nhân, trình độ văn hóa) [10 - 12], BMI, đường lây truyền, bệnh cơ hội đi kèm [13 - 15], lý do xét nghiệm và cơ sở xét nghiệm khẳng định HIV [10, 12].

Hiện nay, toàn tỉnh Kiên Giang có 10 phòng điều trị ngoại trú HIV, ở 8/15 huyện, thành phố. Tính đến hết năm 2021, 91,8% người nhiễm HIV biết được tình trạng nhiễm của bản thân. Tuy nhiên, tỷ lệ người nhiễm HIV biết tình trạng của mình được điều trị ARV còn chưa cao (75,3%), từ đó có thể làm gia tăng tỷ lệ điều trị ARV muộn. Bên cạnh đó, các nguyên nhân và các yếu tố liên quan đến việc điều trị ARV muộn chưa được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam, đặc biệt chưa có nghiên cứu nào được thực hiện ở tỉnh Kiên Giang.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV ở giai đoạn muộn và mô tả một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ này ở người nhiễm HIV tại các phòng khám ngoại trú (PKNT) HIV tỉnh Kiên Giang.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn là người nhiễm HIV (1) bắt đầu tham gia điều trị ARV từ ngày

01/01/2018 đến 30/06/2019, và (2) có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại các PKNT ở tỉnh Kiên Giang.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại tất cả các PKNT HIV tại tỉnh Kiên Giang từ 09/2019 đến 06/2020.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thu thập thông tin bằng hồi cứu hồ sơ bệnh án và phỏng vấn.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tổng số 279 người đủ tiêu chuẩn và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ những người bắt đầu tham gia điều trị ARV từ ngày 01/01/2018 đến 30/06/2019.

2.6 Biến số nghiên cứu

Biến số kết quả:

Bắt đầu điều trị ARV muộn (BĐĐTM) được định nghĩa là những người nhiễm HIV có giai đoạn lâm sàng III hoặc IV theo phân loại của WHO hoặc số lượng tế bào lympho CD4 dưới 200/uL tại thời điểm lần đầu tiên đến cơ sở điều trị ARV [10, 16]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, thông tin về số lượng tế bào CD4 bị hạn chế, do vậy chúng tôi phân loại việc BĐĐTM (“Có” hoặc “Không”) chủ yếu dựa trên chẩn đoán giai đoạn lâm sàng III hoặc IV của bệnh nhân.

Biến số độc lập:

Chúng tôi thu thập các dữ liệu của người tham gia nghiên cứu bao gồm: Các thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, tình trạng nghề nghiệp, hôn nhân, và trình độ học vấn), các thông tin về tình trạng sức khỏe (các bệnh đồng nhiễm, và giai đoạn lâm sàng HIV được ghi nhận trong bệnh án tại thời điểm khám và đăng ký bắt đầu điều trị ARV), và các thông tin liên quan đến nơi xác nhận và lý do phát hiện HIV. Chỉ số BMI (kg/m^2) được tính toán dựa trên chiều cao và cân nặng (được ghi nhận tại thời

điểm bắt đầu điều trị ARV), sau đó được phân loại thành 3 nhóm: Nhẹ cân ($BMI < 18,5$), bình thường ($18,5 \leq BMI < 23$), và thừa cân hoặc béo phì ($BMI \geq 23$).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên (ĐTV) được tập huấn kỹ về kỹ năng phỏng vấn và thu thập số liệu trước khi tiến hành nghiên cứu. ĐTV lập danh sách các đối tượng nghiên cứu, sau đó tiếp cận, cung cấp thông tin liên quan đến nghiên cứu, và mời họ tham gia vào nghiên cứu khi họ đến lấy thuốc ARV. Người tham gia được ký một bản đồng thuận tự nguyện tham gia nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn và thu thập số liệu liên quan.

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập từ hai nguồn:

(1) Hồi cứu hồ sơ bệnh án được tiến hành bằng cách sử dụng bảng kiểm tự thiết kế để thu thập các thông tin từ bệnh án bao gồm: Thông tin chung, tiền sử nhiễm HIV, các bệnh đồng nhiễm HIV.

(2) Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi để thu thập các thông tin về nhân khẩu học, lý do xét nghiệm và phát hiện HIV, và các hành vi nguy cơ cao.

Cuối cùng, số liệu của 279 người tham gia được thu thập, làm sạch, mã hóa, phân tích một

cách bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Đầu tiên, số liệu được nhập liệu và mã hóa bằng phần mềm Epidata 3.1. Tiếp theo, phân tích mô tả được thực hiện để trình bày các đặc điểm chung của đối tượng tham gia nghiên cứu theo tần số (n), tỷ lệ (%), giá trị trung bình, và độ lệch chuẩn. Sau đó, chúng tôi sử dụng mô hình phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến để khám phá các yếu tố liên quan tiềm năng của việc BDDTM. Các biến nhân khẩu học và các biến số có mối liên quan với biến kết quả ở $p < 0,2$ trong mô hình hồi quy đơn biến sẽ được chọn để phân tích ở trong mô hình hồi quy đa biến. Các mối tương quan có giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Tất cả các phân tích được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0 (IBM Corp, Armonk, NY, USA).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Các đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin về mục đích nghiên cứu, lợi ích và rủi ro khi tham gia nghiên cứu. Người tham gia hoàn toàn tự nguyện và được ký phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập số liệu và phỏng vấn. Các thông tin thu thập được đảm bảo bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích của nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của người tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung ở người nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV tại Kiên Giang năm 2018 - 2019 (n = 279)

Đặc điểm	Tổng số
	n (%)
Tuổi: Trung bình (độ lệch chuẩn)	31,3 ± 9,1
Giới tính	
Nữ	72 (25,8)
Nam	207 (74,2)
Trình độ học vấn	
Trung học cơ sở trở xuống	156 (58,0)
Trung học phổ thông	62 (23,0)
Cao đẳng, đại học, trên đại học	51 (19,0)
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	139 (49,8)
Sống chung với vợ/chồng/bạn tình nữ	107 (38,4)
Đã ly dị/ly thân/góa vợ	33 (11,8)
Tình trạng nghề nghiệp	
Thất nghiệp	54 (19,4)
Công nhân/buôn bán/tự do	196 (70,3)
Viên chức/nhân viên văn phòng	29 (10,4)
Nhóm BMI	
Thiếu cân (BMI < 18,5)	100 (35,8)
Bình thường (18,5 ≤ BMI < 23)	147 (52,7)
Thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23)	32 (11,5)
Nơi xác nhận kết quả HIV (+)	
Các bệnh viện, trung tâm y tế	42 (15,1)
Trung tâm KSBT tỉnh	237 (84,9)
Lý do làm xét nghiệm HIV	
Đi khám tại các CSYT	190 (68,1)
Thấy bản thân có nguy cơ (như người yêu/vợ/chồng nhiễm HIV, ...)	57 (20,4)
Lý do khác	32 (11,5)
Nhóm đối tượng điều trị ARV	
Quan hệ tình dục khác giới	131 (47,0)
Nam quan hệ tình dục đồng giới	108 (38,7)
Nghiện chích ma túy	7 (2,5)
Phụ nữ bán dâm	1 (0,4)
Các nhóm đối tượng khác	32 (11,5)
Bệnh đồng nhiễm viêm gan B hoặc C	
Không	268 (96,1)
Có	11 (3,9)

BMI: Body Mass Index; ARV: Antiretroviral; CSYT: Cơ sở y tế

Có tổng số 279 người tham gia vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 31,3. Trong đó, nam giới chiếm phần lớn (74,2%), 58,0% có trình độ trung học cơ sở trở xuống, 38,4% đang sống với vợ/chồng hoặc bạn tình, phần lớn hiện đang là công nhân, buôn bán hoặc làm nghề tự do (70,3%), 35,7% thuộc nhóm thiếu cân (BMI < 18,5). Người tham gia chủ yếu phát hiện nhiễm HIV khi đi khám bệnh tại các CSYT

(68,1%), tiếp theo là thấy bản thân có nguy cơ nên đi xét nghiệm (20,4%).

Các đối tượng chủ yếu là nhóm QHTD khác giới (47,0%) và nhóm nam QHTD đồng giới (38,7%). Nhóm nghiện chích ma túy và phụ nữ mại dâm chỉ chiếm lần lượt là 2,5% và 0,4%. Ngoài ra, người nhiễm HIV có bệnh đồng nhiễm viêm gan B hoặc C là 3,9% (Bảng 1).

Bảng 2. Phân bố giai đoạn lâm sàng ở người nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV tại Kiên Giang năm 2018 - 2019 (n = 279)

Đặc điểm	Tổng số n (%)
Giai đoạn lâm sàng HIV	
I	167 (59,9)
II	30 (10,8)
III	70 (25,1)
IV	12 (4,3)
Bắt đầu điều trị ARV muộn	
Không	197 (70,6)
Có	82 (29,4)

ARV: Antiretroviral

Tỷ lệ BĐARVM ở những người nhiễm HIV tham gia nghiên cứu là 29,4% (82/279) (Bảng 2).

3.2 Các yếu tố liên quan đến việc bắt đầu điều trị ARV muộn

Các mô hình đơn biến chỉ ra rằng các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với việc BĐARVM là nhóm BMI, lý do làm xét nghiệm HIV, bệnh đồng nhiễm lao, và nhóm đối tượng điều trị ARV. Sau đó, chúng tôi chọn các biến nhân khẩu học và các biến khác có mối liên quan với biến kết quả ở giá trị $p < 0,2$ trong mô

hình đơn biến để đưa vào mô hình hồi quy đa biến phân tích (Bảng 3).

Kết quả của mô hình đa biến cho thấy những người bị thiếu cân (BMI < 18,5) có khả năng bắt đầu việc điều trị ARV muộn cao hơn 3,65 lần nhóm người có chỉ số BMI bình thường (tỷ suất chênh, $OR_{HC} = 3,65$; 95% khoảng tin cậy, 95% KTC: 1,92 – 6,93; $p = 0,005$). Trong khi đó, nhóm nam QHTD khác giới có khả năng bắt đầu việc điều trị ARV muộn cao hơn nhóm đối tượng nam quan hệ đồng giới ($OR_{HC} = 2,36$; 95% KTC: 1,05 – 5,33; $p = 0,024$) (Bảng 3).

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV muộn ở người nhiễm HIV tại Kiên Giang từ năm 2018 - 2019 (n = 279)

Đặc điểm	Bắt đầu điều trị ARV muộn		Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	Không (N = 197)	Có (N = 82)				
	n (%)	n (%)	OR (95% KTC)	p	OR (95% KTC)	p
Tuổi	-	-	1,02 (0,99 – 1,05)	0,140	1,03 (0,99 – 1,07)	0,092
Giới tính						
Nữ	56 (77,8)	16 (22,2)	1		1	
Nam	141 (68,1)	66 (31,9)	1,64 (0,87 – 3,07)	0,123	2,06 (0,87 – 4,85)	0,099
Trình độ học vấn						
Trung học cơ sở trở xuống	109 (69,9)	47 (30,1)	1		1	
Trung học phổ thông	44 (71,0)	18 (29,0)	0,95 (0,49 – 1,81)	0,873	0,68 (0,24 – 1,96)	0,477
Cao đẳng, đại học, trên đại học	38 (74,5)	13 (25,5)	0,79 (0,39 – 1,62)	0,527	0,62 (0,22 – 1,75)	0,373
Tình trạng hôn nhân						
Độc thân	95 (68,3)	44 (31,7)	1		1	
Sống chung với vợ/chồng/bạn tình nữ	79 (73,8)	28 (26,2)	0,76 (0,44 – 1,34)	0,349	1,23 (0,38 – 3,95)	0,729
Đã ly dị/ly thân/góa vợ	23 (69,7)	10 (30,3)	0,94 (0,41 – 2,14)	0,880	0,89 (0,32 – 2,43)	0,812
Tình trạng nghề nghiệp						
Thất nghiệp	40 (74,1)	14 (25,9)	1		1	
Công nhân/buôn bán/tự do	134 (68,4)	62 (31,6)	1,32 (0,67 – 2,61)	0,420	1,19 (0,52 – 2,75)	0,676
Viên chức/nhân viên văn phòng	23 (79,3)	6 (20,7)	0,74 (0,25 – 2,21)	0,596	0,71 (0,17 – 2,92)	0,640
Nhóm BMI						
Thiếu cân (BMI < 18,5)	52 (52,0)	48 (48,0)	3,76 (2,14 – 6,61)	< 0,001	3,65 (1,92 – 6,93)	< 0,001
Bình thường (18,5 ≤ BMI < 23)	118 (80,3)	29 (19,7)	1		1	
Thừa cân/béo phì (≥ 23)	27 (84,4)	5 (15,6)	0,75 (0,27 – 2,12)	0,593	0,87 (0,28 – 2,71)	0,812
Nơi xác nhận kết quả HIV (+)						
Các bệnh viện, trung tâm y tế	28 (66,7)	14 (33,3)	1		-	-
Trung tâm KSBT tỉnh	169 (71,3)	68 (28,7)	0,81 (0,39 – 1,62)	0,543	-	-
Lý do làm xét nghiệm HIV						
Đi khám tại các CSYT	123 (64,7)	67 (35,3)	2,28 (1,11 – 4,68)	0,025	1,54 (0,68 – 3,52)	0,300

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV muộn ở người nhiễm HIV tại Kiên Giang từ năm 2018-2019 (n = 279) (tiếp)

Đặc điểm	Bắt đầu điều trị ARV muộn		Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	Không (N = 197)	Có (N = 82)				
	n (%)	n (%)	OR (95% KTC)	p	OR (95% KTC)	p
Thấy bản thân có nguy cơ (như người yêu/vợ/chồng nhiễm HIV, ...)	46 (80,7)	11 (19,3)	1		1	
Lý do khác	28 (87,5)	4 (12,5)	0,59 (0,17 – 2,06)	0,414	0,58 (0,15 – 2,22)	0,429
Đồng nhiễm viêm gan B hoặc C						
Không	190 (70,9)	78 (29,1)	1		-	-
Có	7 (63,6)	4 (36,4)	1,39 (0,39 – 4,89)	0,606	-	-
Nhóm đối tượng điều trị ARV						
Nam quan hệ tình dục đồng giới	82 (75,9)	26 (24,1)	1		1	
Quan hệ tình dục khác giới	83 (63,4)	48 (36,6)	1,82 (1,03 – 3,21)	0,038	2,36 (1,05 – 5,33)	0,038
Nghiện chích ma túy	4 (57,1)	3 (42,9)	2,4 (0,49 – 11,26)	0,280	2,40 (0,42 – 13,58)	0,321
Phụ nữ bán dâm	1 (100,0)	0 (0,0)	-	-	-	-
Các nhóm đối tượng khác	27 (84,4)	5 (15,6)	0,58 (0,20 – 1,67)	0,316	0,78 (0,21 – 2,81)	0,700

OR: Tỷ suất chênh; KTC: Khoảng tin cậy; ARV: Antiretroviral therapy; BMI: Body Mass Index; CSYT: Cơ sở y tế

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ BÐARVM ở người nhiễm HIV tại Kiên Giang là 29,4%. Tỷ lệ của nghiên cứu này thấp hơn một chút so với kết quả của nghiên cứu trước đây tại Ethiopia (31,2%) [12] và Mozambique (33,0%) [11], và cao hơn so với kết quả (24,0%) của một nghiên cứu tại Bì [14]. Sự khác biệt này có thể do các điều kiện y tế, các chiến lược can thiệp truyền thông và kết nối điều trị là khác nhau tại các quốc gia. Bên cạnh đó, tỷ lệ này ở Kiên Giang thấp hơn nhiều so với tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV muộn và rất muộn là 88,9% được thực hiện tại 13 PKNT HIV ở 6 tỉnh của Việt Nam năm 2013 [15]. Điều này cho thấy được sự cải thiện và nỗ lực trong các hoạt động phòng chống, giám sát HIV/AIDS qua từng năm tại Việt Nam, trong đó có Kiên Giang. Tuy nhiên, tỷ lệ này tại Kiên

Giang vẫn còn tương đối cao. Do vậy, việc đẩy mạnh hơn các hoạt động như tăng cường việc tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm và điều trị HIV, các can thiệp truyền thông giáo dục về lợi ích và tầm quan trọng của điều trị ARV là vô cùng quan trọng để làm gia tăng tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV sớm tại Kiên Giang.

Kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng trong số người tham gia nghiên cứu, nhóm QHTD khác giới có tỷ lệ BÐARVM cao hơn so với nhóm nam QHTD đồng giới. Phát hiện này tương đồng với kết quả của một nghiên cứu trước đây tại Bì cũng cho thấy tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV ở giai đoạn muộn ở những người nhiễm HIV qua QHTD khác giới cao hơn các nhóm lây nhiễm khác [14]. Bên cạnh đó, theo báo cáo giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi tại Kiên Giang, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam QHTD đồng giới đang tăng nhanh,

từ 3,3% năm 2017 lên 14,7% năm 2020. Do vậy, việc xét nghiệm phát hiện, kết nối điều trị HIV và can thiệp truyền thông cho nam QHTD đồng giới được chú trọng hơn trong những năm gần đây, từ đó có thể dẫn đến tỷ lệ BĐARVM ở nhóm nam QHTD đồng giới thấp hơn so với nhóm QHTD khác giới. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cũng khuyến nghị rằng ngoài các đối tượng có nguy cơ cao (nam QHTD đồng giới, nam tiêm chích ma túy, phụ nữ mại dâm), việc phát hiện và kết nối điều trị ARV sớm cho các nhóm đối tượng khác vẫn cần được tiếp tục chú trọng và đẩy mạnh, trong đó có QHTD khác giới.

Nghiên cứu này cũng cho thấy người nhiễm HIV thiếu cân ($BMI < 18,5$) có khả năng BĐARVM cao hơn so với những người nhiễm HIV có cân nặng bình thường. Nhẹ cân ở những người nhiễm HIV có thể là hệ quả của bệnh đã ở giai đoạn muộn. Khi người nhiễm HIV bị thiếu cân hoặc sụt cân nhanh chóng thì họ mới bắt đầu đi khám bệnh và phát hiện HIV ở giai đoạn muộn, sau đó mới bắt đầu điều trị ARV. Do đó, những người thuộc nhóm nguy cơ cao cần được xét nghiệm phát hiện và kết nối điều trị ARV sớm ngay sau khi được chuẩn đoán xác định HIV, từ đó giảm các tác hại không mong muốn của việc điều trị ARV muộn và giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho cộng đồng.

Điểm mạnh của nghiên cứu này là cỡ mẫu có tính đại diện khi toàn bộ người nhiễm HIV bắt đầu được điều trị ARV tại các PKNT tỉnh Kiên Giang từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 6 năm 2019 được thu thập số liệu. Do vậy, kết quả của nghiên cứu này có thể cung cấp những bằng chứng quan trọng về tỷ lệ BĐARVM và xây dựng các chiến lược can thiệp phù hợp giúp những người nhiễm HIV có thể kết nối điều trị ARV càng sớm càng tốt, từ đó giảm nguy cơ lây nhiễm trong cộng đồng và giảm tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS. Tuy nhiên, nghiên cứu này cũng có một vài hạn chế. Đầu tiên, do là nghiên cứu mô tả cắt ngang nên mối quan hệ nhân quả không thể luận ra từ các mối liên quan của nghiên cứu này. Thứ hai, do dữ liệu về số lượng CD4 của người tham gia nghiên cứu bị thiếu rất nhiều, vì vậy biến kết quả được phân

loại chủ yếu dựa trên giai đoạn lâm sàng của HIV. Tuy nhiên, việc xác định giai đoạn lâm sàng HIV một phần mang tính chủ quan của bác sĩ chẩn đoán. Do vậy, các nghiên cứu trong tương lai nên thu thập thông tin về số lượng CD4 đầy đủ để phân loại biến kết quả được chính xác hơn. Cuối cùng, do bộ câu hỏi phỏng vấn có bao gồm một số vấn đề nhạy cảm, vì vậy sai số bởi thành kiến mong đợi xã hội (social desirability bias) có thể xảy ra. Để hạn chế điều đó, các phỏng vấn viên là người có nhiều kinh nghiệm, được tập huấn kỹ, địa điểm kín đáo, yên tĩnh giúp người tham gia nghiên cứu cảm thấy thoải mái và tin tưởng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bắt đầu điều trị ARV muộn ở tỉnh Kiên Giang còn tương đối cao. Trong số người nhiễm HIV tham gia nghiên cứu, việc bắt đầu điều trị ARV muộn có khả năng xảy ra cao hơn ở nhóm người bị thiếu cân, và nhóm quan hệ tình dục khác giới. Do vậy, các chiến lược can thiệp thích hợp để giảm tỷ lệ bắt đầu điều trị muộn ở người nhiễm HIV nên được phát triển tại Kiên Giang bao gồm thúc đẩy xét nghiệm HIV cho các đối tượng có yếu tố nguy cơ trong đó chú trọng nhóm quan hệ tình dục khác giới, tăng cường lồng ghép các chương trình tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện với liên kết chăm sóc điều trị, và tăng cường truyền thông nâng cao hiểu biết về HIV/AIDS cho người được chẩn đoán HIV.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Kiên Giang; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Pasteur Nha Trang; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. GBD HIV Collaborators. Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980 - 2015: The Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet HIV*. 2016; 3 (8): e361 - e387.
2. UNAIDS. UNAIDS Data 2019. Accessed 15/09/2022. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-UNAIDS-data>.
3. UNAIDS. Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets. Accessed 15/09/2022. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017.
4. Sterling TR, Chaisson RE, Keruly J, et al. Improved outcomes with earlier initiation of highly active antiretroviral therapy among human immunodeficiency virus-infected patients who achieve durable virologic suppression: longer follow-up of an observational cohort study. *J Infect Dis*. 2003; 188 (11): 1659 - 1665.
5. Egger M, May M, Chêne G, et al. Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*. 2002; 360 (9327): 119 - 129.
6. WHO. Advanced HIV disease. Accessed 15/09/2022. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/advanced-hiv-disease>.
7. Castilla J, Sobrino P, De LFL, et al. Late diagnosis of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy: consequences for AIDS incidence. *AIDS*. 2002; 16 (14): 1945 - 1951.
8. Fleishman JA, Yehia BR, Moore RD, et al. The economic burden of late entry into medical care for patients with HIV infection. *Med Care*. 2010; 48 (12): 1071 - 1079.
9. Castilla J, Del RJ, Hernando V, et al. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 40 (1): 96 - 101.
10. Nyika H, Mugurungi O, Shambira G, et al. Factors associated with late presentation for HIV/AIDS care in Harare City, Zimbabwe, 2015. *BMC Public Health*. 2016; 16: 369.
11. Lahuerta M, Lima J, Nuwagaba-Biribonwoha H, et al. Factors associated with late antiretroviral therapy initiation among adults in Mozambique. *PLoS One*. 2012; 7 (5): e37125.
12. Nash D, Tymejczyk O, Gadisa T, et al. Factors associated with initiation of antiretroviral therapy in the advanced stages of HIV infection in six Ethiopian HIV clinics, 2012 to 2013. *J Int AIDS Soc*. 2016; 19 (1): 20637.
13. Bayisa L, Tadesse A, Reta MM, et al. Prevalence and factors associated with delayed initiation of antiretroviral therapy among people living with HIV in Nekemte Referral Hospital, Western Ethiopia. *HIV/AIDS (Auckland, NZ)*. 2020; 12: 457.
14. Darcis G, Lambert I, Sauvage AS, et al. Factors associated with late presentation for HIV care in a single Belgian reference center: 2006 - 2017. *Sci Rep*. 2018; 8 (1): 8594.
15. Tran DA, Shakeshaft A, Ngo AD, et al. Determinants of antiretroviral therapy initiation and treatment outcomes for people living with HIV in Vietnam. *HIV Clin Trials*. 2013; 14 (1): 21 - 33.
16. Abaynew Y, Deribew A, Deribe K. Factors associated with late presentation to HIV/AIDS care in South Wollo Zone Ethiopia: a case-control study. *AIDS Res Ther*. 2011; 8: 8.

LATE ANTIRETROVIRAL THERAPY INITIATION AND SOME ASSOCIATED FACTORS IN PEOPLE LIVING WITH HIV IN KIEN GIANG PROVINCE FROM 2018 - 2019

Giang Van Kien¹, Nguyen Duc Thuan¹, Vo Thi Lot¹, Pham Duc Manh², Vo Hai Son², Bui Hoang Duc², Phan Thi Khanh Ly², Nguyen Hoang Minh³

¹*Kien Giang Center for disease Control and Prevention*

²*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

³*School of Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University*

Late initiation of antiretroviral therapy (L-ART) in people living with HIV (PLWH) is a great public health concern, which may increase mortality and the risk of community transmission. Therefore, this study aimed to determine and describe some associated factors in PLWH. We conducted a cross-sectional study on 279 PLWH who initiated ART from January 2018 to June 2019 at 10 HIV outpatient clinics (HOPCs) in Kien Giang. PLWH with clinical stage III or IV (according to WHO) who initiated antiretroviral therapy was classified as having L-ART. The multivariable logistic regression model was used to explore factors related to L-ART. The results showed that the

proportion of L-ART among PLWH is 29.4%. The likelihood of L-ART was higher in PLWH who were underweight (aOR: 3.65; 95% CI: 1.92 – 6.93), and who were heterosexual (aOR: 2.36; 95% CI: 1.05 - 5.33). The proportion of L-ART among PLWH in Kien Giang was relatively high. Intervention programs need to strengthen communication and counseling for HIV-infected people with high-risk factors (such as heterosexual intercourse) to help them initiate ART early, thereby reducing the proportion of L-ART in Kien Giang.

Keywords: Late antiretroviral therapy initiation; HIV; Kien Giang; underweight; heterosexual intercourse

TỶ LỆ NHIỄM HIV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI THAM GIA ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TRƯỚC PHƠI NHIỄM HIV TẠI CDC TỈNH CÀ MAU NĂM 2022

Lê Thùy Diệu¹, Trương Kim Út^{1*}, Nguyễn Hồng Cầu¹, Đỗ Minh Hiệp²,
Nguyễn Thị Thanh Hà², Nguyễn Duy Phúc³, Bùi Hoàng Đức⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cà Mau*

²*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

³*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

⁴*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Một điều tra cắt ngang trên 210 nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại phòng khám điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) tỉnh Cà Mau năm 2022 đã được triển khai nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV và mô tả một số yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia nghiên cứu là 18,6%. Nhóm tuổi quan hệ tình dục lần đầu ở lứa tuổi < 15 là 30,6%. Không sử dụng chất bôi trơn khi quan hệ tình dục qua hậu môn với bạn tình nam là 22,2%. Tỷ lệ từng quan hệ tình dục tập thể là 30,5%. Chương trình can thiệp dự phòng HIV cho nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới cần được tăng cường, tập trung vào các yếu tố nguy cơ như nhóm là học sinh sinh viên, quan hệ tình dục tập thể, quan hệ với nhiều bạn tình, với gái bán dâm, không sử dụng bao cao su, chất bôi trơn khi quan hệ tình dục đồng giới. Đồng thời cũng cần có những nghiên cứu liên tục hàng năm để đánh giá toàn diện và có kế hoạch can thiệp hiệu quả.

Từ khóa: Cà Mau; MSM; tỷ lệ hiện nhiễm HIV; PrEP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình dịch HIV/AIDS của Việt Nam trong vài năm gần đây có diễn biến đáng quan ngại. Tỷ lệ nhiễm HIV có xu hướng gia tăng ở một số địa phương, đặc biệt là các tỉnh phía Nam. Trong khi tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm phụ nữ bán dâm được khống chế ở mức thấp (trên dưới 3%), trong nhiều năm, thì tỷ lệ này ở nhóm tiêm chích ma túy còn khá cao (trên 12%) [1]. Đặc biệt tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tăng lên một cách đáng lo ngại, từ 6,7% năm 2014 lên 12,2% (2017) và 13,3% (2020). Một số địa phương tỷ lệ MSM chiếm đến 50 - 70% tổng số các trường hợp nhiễm HIV được phát hiện [2].

Theo số liệu giám sát phát hiện HIV, số người mới nhiễm HIV ở nhóm MSM ở Cà Mau có chiều hướng tăng nhanh từ 2015 đến 2020. Cụ thể, năm 2015, tỷ lệ MSM phát hiện nhiễm HIV chiếm 1,27%; năm 2018 là 1,89%. Đặc biệt, đến năm 2020, có 313 trường hợp phát hiện mới nhiễm HIV trong đó có 47 trường hợp ở nhóm MSM chiếm tới 15,0%.

Ngay sau khi Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo về hiệu quả của điều trị dự phòng trước phơi nhiễm với HIV bằng thuốc kháng HIV (PrEP), từ năm 2017 Việt Nam triển khai thí điểm PrEP tại 2 Thành phố Hà Nội và Hồ Chí Minh, đến nay Việt Nam đã nhanh chóng mở rộng PrEP tại 29 tỉnh, thành phố với 210 cơ sở cung cấp dịch vụ PrEP. Cà Mau cũng là một trong những

*Tác giả: Trương Kim Út

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cà Mau

Điện thoại: 0941 179 379

Email: kimngoan090983@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/11/2022

Ngày phản biện: 22/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

tỉnh được triển khai chương trình PrEP từ năm 2020 với 02 cơ sở điều trị và hiện có trên 300 khách hàng thuộc nhóm đồng tính nam, đối tượng tiêm chích ma túy, vợ/chồng/bạn tình của người nhiễm HIV.

Một điều tra cắt ngang trên 210 nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại phòng khám điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) tỉnh Cà Mau năm 2022 đã được triển khai nhằm xác định tỷ lệ nhiễm HIV và mô tả một số yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp những bằng chứng quan trọng làm cơ sở cho các hoạt động can thiệp trên nhóm này tại tỉnh Cà Mau hiệu quả hơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là nam quan hệ tình dục đồng giới đến đăng ký tham gia chương trình PrEP tại CDC Cà Mau.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được triển khai tại phòng khám điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) tỉnh Cà Mau. Thời gian thu thập dữ liệu từ 01/01/2022 đến 30/9/2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ với $p = 15,4\%$; sai số $= 0,05$; $Z = 1,96$, theo đó cần tối thiểu 209 đối tượng đủ điều kiện/tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện chọn ra 210 đối tượng đủ điều kiện tham gia nghiên cứu trong thời gian thu thập số liệu hoàn thành quy trình phỏng vấn và lấy mẫu xét nghiệm thành công.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Chọn tất cả số khách hàng là nam quan hệ tình dục đồng giới hoặc có quan hệ tình dục cả nam và nữ đến đăng ký/tiếp cận với chương

trình PrEP-CDC Cà Mau trong khoảng thời gian nghiên cứu (từ 01/01/2022 đến 31/09/2022). Các khách hàng tham gia nghiên cứu được sàng lọc thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ của nghiên cứu, cụ thể:

Tiêu chí lựa chọn: Nam giới có độ tuổi từ 18 tuổi trở lên; có thực hiện hành vi quan hệ tình dục đồng giới; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ: Các đối tượng không có hành vi quan hệ tình dục đồng giới; có độ tuổi dưới 18 tuổi tính đến thời điểm tham gia nghiên cứu; không có đủ năng lực, hành vi nghe hiểu và các bệnh tâm thần ảnh hưởng đến việc trả lời các câu hỏi nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 03 nhóm biến số chính được thu thập thông qua bộ câu hỏi:

Thông tin chung/nhân khẩu học: Nhóm tuổi; tình trạng hôn nhân; trình độ học vấn; nghề nghiệp; nơi cư trú; tình trạng kinh tế.

Biến số độc lập: Vai trò trong QHTD; sử dụng bao cao su; tham gia điều trị dự phòng (PrEP); sử dụng chất kích thích (rượu bia/ma túy) khi QHTD.

Biến số đầu ra: Kết quả xét nghiệm HIV.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu được phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi được soạn sẵn để khảo sát về hành vi quan hệ tình dục các yếu tố liên quan. Sau khi hoàn thành phỏng vấn, khách hàng được thực hiện lấy mẫu máu để xét nghiệm HIV bằng phương pháp test nhanh. Điều tra viên là nhân viên tiếp cận cộng đồng riêng cho nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới đã được tập huấn trước về cách thức thu thập thông tin và bảo mật thông tin nghiên cứu.

Quy trình xét nghiệm: Khách hàng sau khi được tư vấn về chương trình PrEP và hướng dẫn điền phiếu điều tra nghiên cứu bởi nhân viên tiếp cận cộng đồng của chương trình sẽ được sàng lọc HIV tại khoa xét nghiệm thuộc

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cà Mau bằng sinh phẩm Determine hoặc các sinh phẩm khác có trong danh mục cấp phép sử dụng của bộ y tế.

Phương pháp xét nghiệm: Lấy máu đầu ngón tay hoặc lấy máu tĩnh mạch. Có kết quả sau 15 - 20 phút. Mẫu máu, huyết tương/huyết thanh được coi là dương tính khi có phản ứng dương tính với cả 2 kỹ thuật xét nghiệm bằng 2 loại sinh phẩm với nguyên lý hoặc các chuẩn bị kháng nguyên khác nhau. Cán bộ chuyên môn của phòng khám PrEP nhận kết quả từ khoa xét nghiệm và điền thông tin vào mẫu phiếu điều tra.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu sau khi được thu thập bằng bộ câu hỏi giấy soạn sẵn sẽ được nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 sau đó được trích xuất sang phần mềm Stata 14 để làm sạch và phân tích.

Kết quả sử dụng các phương pháp thống kê mô tả tần số và tỷ lệ để mô tả các biến độc lập và biến đầu ra. Đối với các biến số định lượng rời rạc sẽ được chia nhóm dựa trên kết quả thống kê phân bố trong các khoảng tứ phân vị đồng thời phù hợp với việc thực hiện chạy kiểm định mối liên quan đơn biến và mô hình

hồi quy đa biến. Kiểm định hồi quy logistic đơn biến được sử dụng để kiểm định các mối liên quan riêng lẻ của từng yếu tố với biến đầu ra (tình trạng nhiễm HIV). Bên cạnh đó, các biến số có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) sẽ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để kiểm định mối liên quan và loại bỏ các yếu tố nhiễu, kết quả của mô hình sẽ được thể hiện riêng so với kết quả logistic đơn biến.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này nằm trong dự án nghiên cứu “Tỷ lệ nhiễm HIV ở người nam trưởng thành có quan hệ tình dục đồng giới và một số yếu tố liên quan tại phòng khám điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) – CDC tỉnh Cà Mau, năm 2022” được thông qua hội đồng đạo đức số 57/HĐĐĐ ngày 20/9/2021 của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, trường Đại học Trà Vinh.

Nghiên cứu được tuân thủ trên nguyên tắc tự nguyện tham gia nghiên cứu của đối tượng. Đối tượng nghiên cứu được nghe giới thiệu mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu, đảm bảo tính bí mật thông tin cá nhân đối tượng nghiên cứu, tất các thông tin bằng câu hỏi phỏng vấn và mẫu máu xét nghiệm HIV đều được mã hóa thông tin.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin nhân khẩu - xã hội nhóm MSM đăng ký tham gia PrEP tại phòng khám PrEP-CDC Cà Mau năm 2022 (n = 210)

Đặc trưng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
16 - 24	156	74,3
25 - 30	43	20,5
31 - 49	10	4,7
> 49	1	0,5
Tình trạng hôn nhân		
Chưa lập gia đình	148	70,5
Sống cùng bạn tình nữ	17	8,1
Sống cùng bạn tình nam	33	15,7
Ly thân/ly dị	12	5,7
Trình độ học vấn		
Tiểu học	5	2,4
Trung học cơ sở	52	24,8
Trung học phổ thông	83	39,5
Cao đẳng/Đại học trở lên	70	33,3
Nghề nghiệp		
Học sinh/sinh viên	68	32,4
Lao động tự do	94	44,8
Nhân viên văn phòng	5	2,4
Công nhân viên tại doanh nghiệp/nhà máy	43	20,5
Nơi cư trú		
Thành thị	129	61,4
Nông thôn	81	38,6
Tình trạng kinh tế cá nhân		
Phụ thuộc vào gia đình	79	37,6
Độc lập	131	62,4

Kết quả cho thấy trong 210 khách hàng MSM tại phòng khám PrEP của CDC tham gia nghiên cứu thì độ tuổi 16 - 24 chiếm tỷ lệ cao nhất (71,3%), phần lớn chưa lập gia đình (70,5%), trình độ học vấn chủ yếu phân bố ở cấp THCS, THPT và Cao đẳng/Đại học (chiếm

lần lượt 24,8%, 39,5% và 33,3%). Nghề nghiệp lao động tự do và học sinh/sinh viên chiếm ưu thế lần lượt là 44,8% và 32,4%. Các khách hàng này phần đông cư trú ở thành thị (61,4%) và có kinh tế độc lập nhiều hơn là phụ thuộc gia đình (62,4%).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HIV, hành vi quan hệ tình dục, sử dụng bao cao su, tham gia các dịch vụ can thiệp của nhóm MSM đăng ký tham gia dự phòng PrEP - Cà Mau năm 2022 (n = 210)

Đặc trưng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng nhiễm HIV		
Dương tính	39	18,6
Âm tính	171	81,4
Xu hướng quan hệ tình dục		
Chỉ QHTD với nam	143	68,1
QHTD với cả nam và nữ	67	31,9
Tuổi thực hiện hành vi QHTD lần đầu tiên		
< 15 tuổi	49	23,3
15 - 24 tuổi	150	71,4
25 - 49 tuổi	11	5,2
> 49 tuổi	0	0,0
Đã từng QHTD với bao nhiêu người		
1 người	29	13,8
2 người	63	30,0
3 người	58	27,6
> 3 người	60	28,6
Vai trò trong khi QHTD với bạn tình		
Người cho	54	25,7
Người nhận	101	48,1
Cả 2 vai trò	55	26,2
Đã từng QHTD tập thể		
Đã từng	64	30,5
Chưa từng	146	69,5
Đã từng QHTD với người bán dâm		
Đã từng QHTD với phụ nữ bán dâm	27	12,9
Đã từng QHTD với nam bán dâm	17	8,1
Đã từng QHTD với cả nam và nữ bán dâm	4	1,9
Chưa từng QHTD với người bán dâm	162	77,1
Đã từng QHTD để nhận tiền		
Đã từng QHTD với nam để nhận tiền	18	8,6
Đã từng QHTD với nữ để nhận tiền	41	19,5
Đã từng QHTD với cả nam và nữ để nhận tiền	5	2,4
Chưa từng QHTD để nhận tiền	146	69,5
Sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất với bạn tình nam		
Có	28	25,5
Không	82	74,6
Sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD gần nhất với bạn tình nam		
Có	46	21,9
Không	81	38,6
Không trả lời	83	39,5

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HIV, hành vi quan hệ tình dục, sử dụng bao cao su, tham gia các dịch vụ can thiệp của nhóm MSM đăng ký tham gia dự phòng PrEP - Cà Mau năm 2022 (n = 210) (tiếp)

Đặc trưng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tham gia dự phòng PrEP trước đây		
Đã từng	33	15,7
Chưa từng	114	54,3
Không biết về PrEP	63	30,0
Sử rượu bia khi QHTD		
Tất cả các lần	12	5,7
Thỉnh thoảng	122	58,4
Không sử dụng	75	35,9
Sử dụng ma túy khi QHTD		
Tất cả các lần	8	3,8
Thỉnh thoảng	25	12,0
Không sử dụng	176	84,2

PrEP: Dự phòng trước phơi nhiễm HIV; QHTD: Quan hệ tình dục; BCS: Bao cao su

Xu hướng QHTD ở nhóm MSM tham gia nghiên cứu phân đông chỉ quan hệ với nam (chiếm 68,1%) và nhóm tuổi quan hệ tình dục lần đầu cao nhất ở lứa tuổi 15 - 24 tuổi (71,4%); 28% số người tham gia nghiên cứu cho biết đã từng QHTD với trên 3 người. Số người cho biết đóng vai trò là người nhận khi QHTD chiếm tới 48,1%. Có 30,5 % nhóm người nam quan hệ tình dục đồng giới đã từng QHTD tập thể. Tỷ lệ thực hiện QHTD với người bán dâm và QHTD để nhận tiền lần lượt là 22,9% và 30,5%. Tỷ lệ không sử dụng bao cao su trong lần QHTD gần nhất chiếm tới 74,6%.

Bên cạnh đó, số người cho biết đã từng tham gia điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) chỉ chiếm 15,7%, trong khi tỷ lệ chưa từng dùng PrEP chiếm tới 54,3% và chưa biết gì về là 30%.

Kết quả cũng cho thấy, có tới 64,1% số người có sử dụng rượu bia khi QHTD, trong đó thường xuyên sử dụng chiếm 5,7%, sử dụng ở mức độ thỉnh thoảng là 58,4%. 15,8% số người có sử dụng ma túy khi QHTD (3,8% thường xuyên dùng và 12% thỉnh thoảng dùng).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV với tình trạng nhiễm HIV của nhóm MSM đăng ký tham gia dự phòng PrEP tại CDC Cà Mau năm 2022 (n = 210)

Đặc điểm	HIV (+) n (%)	OR (95% KTC)
Xu hướng QHTD		
QHTD với cả nam và nữ	8 (11,9)	1
Chỉ QHTD với nam giới	31 (21,7)	2,0 (0,88 - 4,72)
Tuổi QHTD lần đầu		
< 15 tuổi	15 (30,6)	2,7 (1,26 - 5,81)
15 - 24 tuổi	21 (14,0)	1
≥ 25 tuổi	3 (27,3)	2,3 (0,57 - 9,39)

Bảng 3. Mối liên quan giữa các hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV với tình trạng nhiễm HIV của nhóm MSM đăng ký tham gia dự phòng PrEP tại CDC Cà Mau năm 2022 (n = 210) (tiếp)

Đặc điểm	HIV (+) n (%)	OR (95% KTC)
Đã từng QHTD với bao nhiêu người		
Chỉ 1 người	1 (3,5)	1
2 người trở lên	38 (21,0)	7,4 (0,98 - 56,45)
Vai trò trong khi QHTD với bạn tình		
Cho	7 (13,0)	1
Nhận	18 (17,8)	1,5 (0,57 - 3,74)
Cả 2	14 (25,5)	2,3 (0,84 - 6,23)
Đã từng QHTD tập thể		
Chưa từng	17 (11,6)	1
Đã từng	22 (34,4)	4,0 (1,93 - 8,19)
QHTD với người bán dâm		
Chưa từng QHTD với người bán dâm	25 (15,4)	1
QHTD với phụ nữ bán dâm	13 (48,2)	5,1 (2,14 - 12,11)
QHTD với nam bán dâm	1 (5,9)	0,3 (0,04 - 2,7)
QHTD để nhận tiền		
Chưa từng QHTD để nhận tiền	24 (16,4)	1
QHTD với nam để nhận tiền	6 (33,3)	2,5 (0,87 - 7,43)
QHTD với nữ để nhận tiền	9 (22,0)	1,4 (0,61 - 3,38)
Sử dụng BCS trong lần QHTD gần nhất khi QHTD đồng giới		
Có	1 (3,6)	1
Không	20 (24,4)	8,7 (1,11 - 68,24)
Sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD gần nhất khi QHTD đồng giới		
Có	1 (2,2)	1
Không	18 (22,2)	12,9 (1,66 - 99,84)
Tham gia dự phòng PrEP trước đây		
Đã từng	1 (3,0)	1
Chưa từng	17 (14,9)	5,6 (0,72 - 43,83)
Không biết về PrEP	21 (33,3)	16,0 (2,04 - 125,3)
Sử dụng bia khi QHTD		
Không sử dụng	15 (20,0)	1
Có sử dụng	24 (17,9)	0,8 (0,42 - 1,78)
Sử dụng ma túy khi QHTD		
Không sử dụng	34 (19,3)	1
Có sử dụng	5 (15,2)	0,7 (0,27 - 2,07)

Kết quả cho thấy những khách hàng thuộc nhóm < 15 tuổi tham gia nghiên cứu có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 2,7 lần so với những khách hàng từ 15 - 24 tuổi. (OR = 2,7; 95%KTC = 1,26 - 5,81). Tương tự những đối tượng tham gia nghiên cứu cho biết đã

từng QHTD với > 3 người có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 15,1 lần so với những người chỉ QHTD với chỉ 1 người duy nhất (OR = 15,1; 95%KTC = 1,91 - 118,77). Những người đã từng QHTD tập thể cũng tăng khả năng nhiễm HIV gấp 4 lần so với những người chưa từng tham gia (OR = 4,0; 95%KTC = 1,93 - 8,19). Đối với nhóm MSM có QHTD với phụ nữ bán dâm thì nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 5,1 lần so với nhóm chưa từng quan hệ với người bán dâm (OR = 5,1; 95%KTC = 2,14 - 12,11). Hành vi không sử dụng BCS trong lần QHTD

đồng giới gần nhất làm tăng nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 8,7 lần so với có sử dụng (OR = 8,7; 95%KTC = 1,11 - 68,24). Kết quả cũng tương tự ở nhóm hành vi không sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD đồng giới gần nhất có khả năng nhiễm HIV gấp 12,9 lần so với nhóm có sử dụng (OR = 12,9; 95%KTC = 1,66 - 99,84). Đối với nhóm MSM không biết về PrEP cũng có liên quan với nguy cơ nhiễm HIV (tỷ lệ nhiễm HIV cao gấp 16 lần so với nhóm đã từng tham gia PrEP, OR = 16,0; 95%KTC = 2,04 - 125,3).

Bảng 4. Mô hình đa biến các yếu tố liên quan với tình trạng nhiễm HIV trong nhóm MSM tham gia điều trị PrEP tại CDC Cà mau năm 2022 (n = 210)

Đặc điểm	HIV (+) (95% KTC)	OR hiệu chỉnh	Giá trị p
Trình độ học vấn			
Dưới cao đẳng/đại học	24 (17,1)	1	
Cao đẳng/Đại học trở lên	15 (21,4)	1,7 (0,64 - 4,24)	0,296
Nghề nghiệp			
Công nhân/Văn phòng	5 (11,6)	1	
Học sinh/sinh viên	21 (30,9)	7,8 (1,12 - 54,72)	0,04
Lao động tự do	13 (13,8)	1,5 (0,44 - 5,35)	0,507
Tình trạng kinh tế cá nhân			
Phụ thuộc vào gia đình	22 (27,9)	1	
Độc lập	17 (13,0)	0,9 (0,21 - 4,60)	0,99
Tuổi QHTD lần đầu			
< 15 tuổi	15 (30,6)	2,7 (1,04 - 7,05)	0,03
15 - 24 tuổi	21 (14,0)	1	
≥ 25 tuổi	3 (27,3)	2,7 (0,46 - 16,00)	0,268
Đã từng QHTD tập thể			
Chưa từng	17 (11,6)	1	
Đã từng	22 (34,4)	3,3 (1,35 - 8,29)	0,009
QHTD với người bán dâm			
Chưa từng	25 (15,4)	1	
Đã từng	13 (48,2)	1,6 (0,63-2,13)	0,643
Sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD đồng giới gần nhất			
Có	1 (2,2)	1	
Không	18 (22,2)	12,6 (1,37-116,33)	0,025
Tham gia dự phòng PrEP trước đây			
Đã từng	1 (3,0)	1	
Chưa từng	17 (14,9)	3,0 (0,32 - 28,17)	0,335
Không biết về PrEP	21 (33,3)	9,1 (0,98 - 84,12)	0,06

Mô hình hồi quy đa biến giữa các yếu tố liên quan và tình trạng nhiễm HIV ở nhóm đối tượng MSM. Kết quả cho thấy chỉ có các yếu tố về nghề nghiệp, tuổi QHTD lần đầu, QHTD tập thể và sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD gần nhất là có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm HIV. Cụ thể nhóm đang là học sinh/sinh viên có khả năng nhiễm HIV cao gấp 7,8 lần so với nhóm công nhân/nhân viên văn phòng ($OR = 7,8$; $95\%KTC = 1,12 - 54,72$); nhóm tuổi lần đầu QHTD < 15 có khả năng nhiễm HIV cao gấp 2,7 lần so với nhóm từ 15 - 24 ($OR = 2,7$; $95\%KTC = 1,04 - 7,05$); những người đã từng QHTD tập thể có khả năng nhiễm HIV cao gấp 3,3 lần so với nhóm chưa từng ($OR = 3,3$; $95\%KTC = 1,35 - 8,29$); không sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD đồng giới gần nhất có khả năng nhiễm HIV cao gấp 12,6 lần so với nhóm có sử dụng ($OR = 12,6$; $95\%KTC = 1,37 - 116,33$).

IV. BÀN LUẬN

Theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, HIV/AIDS vẫn đang là gánh nặng bệnh tật tại Việt Nam, đặc biệt, trong nhóm MSM, tỷ lệ lây nhiễm đang gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây [2]. Tại tỉnh Cà Mau, tình trạng lây nhiễm HIV/AIDS không còn khu trú tại các đối tượng nguy cơ cao như: Ma túy, mại dâm, dân di biến động... mà có xu hướng lây lan ra cộng đồng MSM. Kết quả phân tích của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm người nam quan hệ tình dục đồng giới ở Cà Mau là 18,6%, cao hơn so với 13,2% trên toàn quốc năm 2020, đồng thời cao hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu tại tỉnh Thừa Thiên Huế của Trần Thị Ngọc (1,5%) [3]. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu ở Thành phố Hồ Chí Minh (16,0%) của tác giả Dương Công Thành (2011) [4], ngoài ra cũng thấp hơn so với tỷ lệ tại Tiền Giang (2020) theo kết quả được công bố bởi Huỳnh Thị Tố Trinh là 20,6% [5]. Điều này có thể do tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong cộng đồng người MSM đang có chiều hướng gia tăng trong những năm gần đây tại Cà Mau nói riêng và Việt Nam nói

chung, mức độ lây nhiễm ở từng địa phương là khác nhau, các tỉnh phía Nam thường có tỷ lệ nhiễm HIV cao hơn. Riêng tại Cà Mau, hiện tại tình trạng lây nhiễm HIV ở nhóm MSM vẫn chưa được khống chế hoàn toàn và tiềm ẩn các nguy cơ lây nhiễm ở nhóm đối tượng này. Bên cạnh đó, chưa có nhiều các nghiên cứu trước đây tìm hiểu, thống kê tình trạng lây nhiễm HIV trong nhóm đối tượng là MSM tại tỉnh Cà Mau. Chính vì thế tỉnh cần có những biện pháp can thiệp mạnh mẽ và hiệu quả hơn, để tối đa hiệu quả điều trị và dự phòng lây nhiễm HIV, giảm tử vong do AIDS.

Theo kết quả nghiên cứu, độ tuổi tập trung ở nhóm tuổi từ 16 đến 30 tuổi, trong đó nhóm có tỷ lệ cao 16 – 24 chiếm 74,3%, kể đến nhóm 25 – 30 chiếm 20,5%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu tại Hà Nội của Lê Minh Giang, độ tuổi tập trung chủ yếu dưới 25 (72,75%) [6]. Có gần hai phần ba đối tượng nghiên cứu chưa lập gia đình. Kết quả đối tượng chưa lập gia đình của nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu tại huyện Tân Thành, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu [7]. Cho thấy xu hướng hiện nay lớp trẻ không muốn lập gia đình sớm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra những đối tượng có tuổi QHTD lần đầu dưới 15 tuổi có khả năng nhiễm HIV cao gấp gần 3 lần ($OR = 2,7$) so với những người cho biết QHTD lần đầu trong khoảng từ 15 - 24 tuổi. Điều này khá hợp lý khi những người dưới 15 tuổi thực hiện QHTD lần đầu hiện vẫn là học sinh THCS, ở độ tuổi này thường chưa có kiến thức đúng về quan hệ tình dục an toàn đặc biệt là QHTD với người đồng giới. Đồng thời ở độ tuổi này thì đa phần các hành vi QHTD thường là giấu diếm, do vậy tỷ lệ tiếp cận đến các chương trình tư vấn dự phòng và an toàn tình dục là thấp. Có khoảng gần một nửa đối tượng nghiên cứu có trình độ trên đại học, kể đến từ lớp 10 - 12 và thấp nhất từ lớp 6 – lớp 9, không có đối tượng nghiên cứu có trình độ dưới lớp 6, tương đương với kết quả nghiên cứu tại tỉnh Bình Dương” [6]. Nghề nghiệp lao động phần lớn là lao động tự do (44,8%) và học sinh, sinh viên (32,4,7%). Kết quả nghiên cứu tương đương với kết quả nghiên cứu tại huyện Tân Thành, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu học sinh sinh viên chiếm 25,6% [7]. Nhóm

người MSM thường xuyên sử dụng bao cao su khi QHTD còn thấp (25,5%), thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Lê Quang Sơn [3], có sử dụng bao cao su 91,9%. Nguyên nhân do trước khi được tiếp cận chương trình, các đối tượng nghiên cứu cho biết bản thân vẫn chủ quan và tự tin mình không có nguy cơ lây nhiễm từ người khác và ngược lại.

Việc tìm hiểu các yếu tố liên quan tới tình trạng nhiễm HIV trong nhóm MSM có thể giúp khu trú cụ thể đối tượng có nguy cơ giúp tăng hiệu quả các chương trình can thiệp. Kết quả phân tích hồi quy logistics đa biến của chúng tôi cho thấy các yếu tố về trình độ học vấn, nghề nghiệp, tuổi QHTD lần đầu, QHTD tập thể và sử dụng chất bôi trơn trong lần QHTD gần nhất là những yếu tố thực sự có liên quan đến nguy cơ nhiễm HIV trong nhóm MSM.

Theo phân tích của chúng tôi, những đối tượng là học sinh, sinh viên cũng có nguy cơ cao hơn gấp gần 8 lần so với công nhân/nhân viên văn phòng ($OR = 7,8$). Nghiên cứu của Huỳnh Thị Tố Trinh (2020) [5], cũng cho kết quả tương tự, với những đối tượng trình độ học vấn từ trung học phổ thông (THPT) trở lên có khả năng nhiễm cao hơn 3,6 lần so với các đối tượng có trình độ trung học cơ sở (THCS) trở xuống ($OR = 3,64$). Kết quả này cho thấy xu hướng lây nhiễm trong nhóm đối tượng này đi ngược lại so với dân số chung. Bên cạnh đó, một phần lý do dẫn tới kết quả cũng có thể được giải thích do các đối tượng có trình độ học vấn cao hơn thì thường có mạng lưới quan hệ rộng hơn. Đồng thời những khách hàng này cũng có khả năng (cả về trình độ và kinh tế) dễ dàng tiếp cận với những ứng dụng, sản phẩm công nghệ mới áp dụng để tìm kiếm bạn tình hoặc hẹn hò.

QHTD phức tạp và không an toàn dẫn đến tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Số lượng bạn tình của MSM thay đổi theo từng cá nhân và trung bình số lượng bạn tình của MSM thay đổi theo thời gian. Các báo cáo tại Hoa Kỳ cho thấy MSM có số bạn tình đồng thời cao hơn và tỉ lệ có quan hệ tình dục không bảo vệ cao hơn so với nhóm chỉ quan hệ tình dục khác giới [8].

Trong nhóm đối tượng MSM có hành vi QHTD tập thể ($OR = 3,3$) cao hơn so với nhóm không có những hành vi này. Một điều tra online tại Việt Nam năm 2016 cũng cho biết có tới 58% đối tượng tham gia điều tra này đã từng QHTD nhiều lần/tập thể trong 4 tuần qua và điều này là tiềm năng thúc đẩy sự lây lan của HIV [9].

Cùng với đó, hành vi QHTD không sử dụng chất bôi trơn sẽ gây trầy xước dẫn đến niêm mạc, cơ dễ tổn thương, lây lan bệnh qua đường máu khiến vi rút HIV dễ dàng xâm nhập vào cơ thể, hầu hết số ca HIV tăng trong nhóm đồng tính nam. Kết quả của chúng tôi chỉ ra, những đối tượng không sử dụng chất bôi trơn có khả năng nhiễm HIV tới hơn 12 lần so với những đối tượng không sử dụng ($OR = 12,6$).

Cà Mau đã triển khai các dịch vụ dự phòng nhiễm HIV nhiều năm qua. Trong đó chương trình điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV (PrEP) đã được triển khai từ năm 2020. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu có đến 54,3% người nam quan hệ tình dục đồng giới chưa từng tham gia và có 30% chưa biết gì về PrEP. Cho thấy hoạt động truyền thông về phòng chống HIV ở Cà Mau nói chung và về chương trình PrEP nói riêng mang lại hiệu quả chưa cao.

Bên cạnh những kết quả đã được trình bày trong nghiên cứu, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại những hạn chế nhất định. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu chỉ thu thập với những đối tượng là MSM đến đăng ký tham gia chương trình dự phòng PrEP tại phòng khám CDC-Cà Mau, do vậy chỉ tiếp cận được với những đối tượng có đến tham gia điều trị dự phòng, không mang tính đại diện cho quần thể MSM tại Cà Mau. Ngoài ra trong câu bộ câu hỏi soạn sẵn gồm những câu hỏi về các hành vi nguy cơ trong quá khứ, do vậy có thể xảy ra “sai số nhớ lại” trong quá trình thu thập thông tin từ đối tượng tham gia nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm HIV ở người nam quan hệ tình dục đồng giới tham gia nghiên cứu khá cao (18,6%). Các yếu tố liên quan tới tình trạng

mắc HIV gồm các yếu tố về nghề nghiệp là học sinh/sinh viên (30,9%), tuổi quan hệ tình dục lần đầu < 15 tuổi (30,6%), có quan hệ tình dục tập thể (34,3%) và không sử dụng chất bôi trơn (22,2%). Nghiên cứu này chỉ triển khai trên 1 nhóm đối tượng được tiếp cận thông qua nhân viên tiếp cận cộng đồng nhóm nam quan hệ tình dục đến đăng ký chương trình PrEP tại CDC Cà Mau nên chưa phản ánh đầy đủ tình hình nhiễm HIV của nhóm này trong toàn tỉnh. Vì vậy cần có những điều tra nghiên cứu trong cộng đồng một cách liên tục hàng năm để có những đánh giá toàn diện tỷ lệ nhiễm cũng như các yếu tố nguy cơ liên quan của nhóm MSM từ đó làm căn cứ xây dựng kế hoạch lâu dài nhằm làm giảm tỷ lệ lây lan nhiễm HIV trong cộng đồng.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Cà Mau; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục Phòng chống HIV/AIDS. Hội nghị tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2021 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2022 Hà Nội: Cục Phòng, chống HIV/AIDS; 2021. Truy cập ngày 31/10/2022. <https://vaac.gov.vn/ho-i-nghi-to-ng-ke-t-cong-ta-c-pho-ng-cho-ng-hiv-aids-nam-2021-va-nhie-m-vu-tro-ng-tam-nam-2022.html>.
2. Cục Phòng chống HIV/AIDS. Báo động lây nhiễm HIV ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tăng nhanh ở Việt Nam Hà Nội: Cục Phòng chống HIV/AIDS; 2022. Truy cập ngày 31/10/2022. <https://vaac.gov.vn/bao-dong-lay-nhiem-hiv-o-nhom-nam-quan-he-tinh-duc-dong-gioi-tang-nhanh-o-viet-nam.html>.
3. Trần Thị Ngọc, Lý Văn Sơn. Nhiễm HIV trên nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại tỉnh Thừa Thiên Huế Năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2015; 25 (10 (170)): 177 - 183.
4. Dương Công Thành, Nguyễn Anh Tuấn, Bùi Đức Thắng, và cộng sự. Giám sát trọng điểm HIV lồng ghép câu hỏi hành vi: Kết quả thử nghiệm bước tiếp cận mới của hệ thống giám sát HIV ở Việt Nam. 2012; 22 (8 (135)): 53 - 59.
5. Huỳnh Thị Tố Trinh, Lê Ngọc Quang, Nguyễn Thành Chung. Thực trạng nhiễm HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại cộng đồng tỉnh Tiền Giang năm 2020. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu sức khỏe và Phát triển. 2020.
6. Lê Minh Giang. Thực trạng xét nghiệm HIV và một số yếu tố liên quan trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Hà Nội năm 2017. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2019; 112 - 122.
7. Nguyễn Huyền Trang. Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng, chống HIV/AIDS ở người QHTD đồng giới nam tại huyện Tân Thành, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2014; 19 (Phụ bản 1): 160 - 166.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Men Who Have Sex with Men (MSM) USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2021. Accessed 31/10/2022. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/msm.htm>.
9. García MC, Duong QL, Meyer SB, Ward PR. Multiple and concurrent sexual partnerships among men who have sex with men in Viet Nam: results from a National Internet-based Cross-sectional Survey. Health Promotion International. 2016; 31 (1): 133 - 143.

HIV PREVENTION AND SOME RELATED FACTORS IN MEN WHO HAVE SEX WITH MEN PARTICIPATING IN PRE-EXPOSURE PROTECTION TREATMENT AT CDC CA MAU PROVINCE IN 2022

Le Thuy Dieu¹, Truong Kim Ut¹, Nguyen Hong Cau¹, Do Minh Hiep²,
Nguyen Thi Thanh Ha², Nguyen Duy Phuc³, Bui Hoang Duc⁴

¹*Ca Mau Center for Disease Control*

²*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

³*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

⁴*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

A cross - sectional survey was conducted among 210 men who have sex with men (MSM) at the HIV prevention treatment (PrEP) clinic of Ca Mau's Centers for Disease Control (CDC) in 2022 to determine the prevalence of HIV infection and several related factors. The results showed that the HIV prevalence among men who have sex with men participated in the study is at 18.6%. The age group having sex for the first time at the age of < 15 accounts for 30.6%. The behavior of not using lubricants during anal sex with male partners also

accounts for 22.2%. There is a high percentage of having group sex 30.5%. HIV prevention interventions for men who have sex with men should be strengthened, focusing on risk factors such as group sex, relationships with multiple partners, with prostitutes, not using condoms and lubricants when having sex with men. At the same time, there is also a need for ongoing studies every year for a comprehensive and planned assessment to be effective.

Keywords: Ca Mau; men who have sex with men; HIV prevention; PrEP

TỶ LỆ HIỆN NHIỄM HIV VÀ MỘT SỐ HÀNH VI NGUY CƠ Ở NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI TẠI BÀ RỊA - VŨNG TÀU NĂM 2022

Nguyễn Duy Minh¹, Trần Minh Hải^{1*}, Phạm Hồng Thắng², Nguyễn Thị Thanh Hà²,
Hoàng Lê Linh Ngọc², Phạm Đức Mạnh³, Nguyễn Huy Hiếu³, Nguyễn Duy Phúc⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu*

²*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

⁴*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang trên 450 nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tại Bà Rịa – Vũng Tàu (BR – VT) nhằm mô tả tỷ lệ hiện nhiễm HIV, hành vi nguy cơ và các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy, tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM là 16,2%. Hơn một nửa MSM có 2 bạn tình trở lên trong 3 tháng qua. Tỷ lệ dùng bao cao su (BCS) khi quan hệ tình dục (QHTD) trong lần gần nhất với bạn tình thường xuyên và không thường xuyên lần lượt là 15,3% và 27,3%. Tỷ lệ đã từng dùng chất hướng thần là 39,5%, dùng khi QHTD là 34,5%. Tỷ lệ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (PrEP) dưới 10% và xét nghiệm HIV trong vòng 6 tháng là 7,2%. Phân tích đa biến cho thấy yếu tố sống chung với bạn tình nam (OR = 2,1; 95%KTC: 1,1 - 5,0), đã từng sử dụng chất hướng thần (OR = 3,8; 95%KTC: 1,2 – 11,5) và được chẩn đoán các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STIs) (OR = 4; 95%KTC: 2,1 - 7,6) có liên quan với lây nhiễm HIV. Qua đó, cần tăng cường và đa dạng các hoạt động truyền thông, can thiệp bao gồm việc tiếp cận, hỗ trợ thay đổi hành vi, tình dục an toàn, điều trị PrEP, xét nghiệm HIV/STIs trong nhóm MSM.

Từ khóa: Bà Rịa – Vũng Tàu; nam quan hệ tình dục đồng giới; hành vi nguy cơ; tỷ lệ nhiễm HIV

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình dục đồng giới nam thường là quan hệ tình dục qua đường hậu môn. Một số nghiên cứu trong nước và ngoài nước cung cấp bằng chứng về hành vi không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục qua đường hậu môn là hành vi có nguy cơ lây nhiễm HIV cao trong nhóm MSM, bao gồm cả người “nhận” và người “cho” [1]. Bên cạnh đó, các yếu tố khác về số lượng bạn tình, sử dụng chất kích thích bao gồm amphetamine, cocaine...; và STIs có mối liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV ở quần thể này [2, 3].

Trong những năm gần đây, MSM đang được cảnh báo là một trong những nhóm nguy

cơ chính của dịch HIV tại Việt Nam và đang có xu hướng gia tăng. Số liệu giám sát trọng điểm HIV đối với nhóm MSM năm 2014 cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình tại 8 tỉnh/thành phố là 6,7%, năm 2017 tỷ lệ hiện nhiễm HIV trung bình tại 9 tỉnh/thành phố là 12,2% và tỷ lệ này năm 2020 là 13,3% [4].

Theo số liệu ước tính của Cục phòng, chống HIV/AIDS, có khoảng 3.061 MSM hiện đang sinh sống tại tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu (BR-VT). Tỷ lệ hiện nhiễm HIV trong nhóm MSM tại tỉnh có xu hướng tăng qua các năm và tương đối cao. Theo kết quả giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS) năm 2011, tỷ lệ nhiễm HIV ở nhóm MSM là 2,25%, năm 2018 theo kết quả điều tra của tỉnh tỷ lệ nhiễm HIV

*Tác giả: Trần Minh Hải

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật BR-VT

Điện thoại: 0349 823 552

Email: tranminhhai9591@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/11/2022

Ngày phản biện: 15/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

đã ở mức 16,5% [5, 6]. Điều này cho thấy tình hình lây nhiễm HIV trong nhóm MSM trên địa bàn tỉnh đã có sự thay đổi và diễn biến theo chiều hướng phức tạp. Vì vậy cần phải có các can thiệp kịp thời, hiệu quả nhằm kiểm soát tình trạng lây nhiễm HIV trong các nhóm nguy cơ cao, đặc biệt là nhóm MSM tại BR-VT.

Đẩy mạnh các hoạt động can thiệp giảm hại, giảm số trường hợp nhiễm HIV mới là một trong những nội dung quan trọng nhằm hướng tới mục tiêu thực hiện “Chiến lược Quốc gia chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030”. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả tỷ lệ hiện nhiễm HIV, hành vi nguy cơ và các yếu tố liên quan ở nam quan hệ tình dục đồng giới tại Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2022.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 16 tuổi trở lên có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với nam giới khác hiện đang sinh sống tại tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu từ tháng 3 đến tháng 10 năm 2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính ước lượng 1 tỷ lệ

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hằng số, với độ tin cậy 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: Tỷ lệ hiện nhiễm HIV qua điều tra của tỉnh năm 2018 là 16,5%; $p = 0,165$ [6]; d: Sai số trung bình, chọn là 3,5%.

Thay các số liệu, $n = 433$, vì đối tượng thường di biến động/thay đổi ý kiến nên dự phòng thêm 5% và làm tròn số, danh sách cỡ mẫu dự kiến thu thập là 450 người.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu dây chuyền có kiểm soát (RDS) và tuyển dụng 15 hạt giống MSM. Mỗi hạt giống được hướng dẫn phát 03 thẻ mời để tuyển dụng 03 MSM khác trong mạng lưới quen biết của họ, những người này sẽ được tuyển chọn (đủ điều kiện), phỏng vấn và được hướng dẫn giới thiệu ba người MSM khác. Quá trình tuyển dụng được tiến hành tiếp tục cho đến khi đạt được kích thước mẫu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Nhóm biến độc lập gồm: (1) Các đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi, trình độ học vấn, sống chung với bạn tình, nơi sinh sống, thu nhập; (2) Số lượng bạn tình và các hành vi nguy cơ; (3) Tiếp cận các dịch vụ dự phòng phơi nhiễm HIV, (4) Xét nghiệm HIV và điều trị ARV, (5) Được chuẩn đoán mắc STI; (6) Bảo hiểm y tế.

Biến phụ thuộc: Tình trạng nhiễm HIV.

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Điều tra viên sử dụng bộ dụng cụ câu hỏi được thiết kế trên phần mềm REDcap để thu thập dữ liệu. Điều tra viên là các cán bộ thuộc trung tâm y tế huyện, nhân viên tiếp cận cộng đồng. Những người tham gia nghiên cứu được tập huấn kỹ càng về các kỹ năng khi tiếp cận, sàng lọc và phỏng vấn người tham gia.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 14. Sử dụng thống kê mô tả để xác định tần số và tỷ lệ phần trăm các biến đặc điểm thông tin chung, hành vi nguy cơ, tiếp cận các dịch vụ can thiệp giảm tác hại và tỷ lệ nhiễm HIV. Sử dụng mô hình hồi quy logistic đơn biến và đa biến để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trình trạng nhiễm HIV của đối tượng nghiên cứu (Đưa các biến số có mối liên quan trong phân tích đơn biến vào mô hình đa biến, đồng thời sau khi xem xét các yếu tố gây nhiễu và mức độ tương tác giữa các biến số, một số biến số không phù hợp sẽ loại ra khỏi mô hình để tăng độ chính xác của mô hình đa biến cuối cùng).

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được thông qua Hội đồng khoa học công nghệ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh BR-VT (QĐ số 170/QĐ-KSBT, ngày 16/5/2022). Đây là một nghiên cứu hoàn toàn nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe cộng đồng và

vì lợi ích sức khỏe cho đối tượng không nhằm mục đích khác, đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và không thu thập các thông tin nhằm định dạng cá nhân.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2022 (n = 450)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (Biến thiên)	29,6 (17 – 67)	
Nhóm tuổi		
< 18 tuổi	42	9,3
18 - 25 tuổi	125	27,8
26 - 30 tuổi	96	21,3
> 30 tuổi	187	41,6
Trình độ học vấn		
Tiểu học	25	5,5
Trung học cơ sở	142	31,5
Trung học phổ thông	169	37,5
Đại học, cao đẳng, trung cấp	114	25,5
Sống chung với bạn tình		
Sống chung với bạn tình nam	119	26,4
Sống chung với bạn tình nữ	8	1,8
Chưa bao giờ	323	71,8
Nơi sinh sống		
Bà Rịa	61	13,6
Long Điền	6	1,3
Vũng Tàu	349	77,5
Xuân Mộc	4	0,9
Đất Đỏ	4	0,9
Tỉnh khác	26	5,8
Thu nhập		
< 3 triệu	86	19,1
3 - 6 triệu	125	27,8
6 - 9 triệu	141	31,3
> 9 triệu	98	21,8

Tổng số có 450 MSM (bao gồm các hạt giống) tham gia nghiên cứu. Tuổi của các MSM tham gia nghiên cứu dao động từ 17 – 67

với tuổi trung bình là 29,6 tuổi. Đa số MSM thuộc nhóm trên 30 tuổi (41,6%), chưa bao giờ sống chung với bạn tình nam hay nữ (71,8%)

và địa bàn sinh sống ở thành phố Vũng Tàu (77,5%). Hầu hết trong số họ có trình độ học vấn THPT (37,5%), THCS (31,5%) và chỉ có

5,5% có trình độ tiểu học. Khoảng 1/3 người MSM có mức thu nhập khoảng từ 6 – 9 triệu (31,3%) (Bảng 1).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm HIV, các hành vi nguy cơ và tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS của nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Bà Rịa – Vũng Tàu 2022 (n = 450)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng bạn tình trong 3 tháng qua		
< 2 bạn tình	197	43,8
2 - 5 bạn tình	163	36,2
> 5 bạn tình	90	20,0
Trung bình (biến thiên)	2,3 (0 - 12)	
Hành vi nguy cơ		
QHTD với bạn tình thường xuyên	69	15,3
QHTD với bạn tình không thường xuyên	123	27,3
Đã từng dùng chất hướng thần	178	39,5
Đã từng dùng chất hướng thần khi QHTD	155	34,5
Tiếp cận các dịch vụ dự phòng phơi nhiễm HIV		
Đã từng/đang điều trị dự phòng trước phơi nhiễm PrEP	41	9,2
Đã từng/đang dự phòng sau phơi nhiễm PEP	14	3,1
Xét nghiệm HIV & điều trị ARV		
Đã từng làm xét nghiệm HIV (n = 435)	277	63,7
Đã từng làm xét nghiệm HIV trong vòng 6 tháng (n = 277)	20	7,2
Đã làm xét nghiệm HIV và biết KQXN	269	61,8
Biết tình trạng nhiễm và đang điều trị ARV (n = 60)	55	91,7
Chuẩn đoán các bệnh STIs		
Đã từng được chuẩn đoán mắc STIs (n = 369)	115	31,2
Sùi mào gà	38	8,4
Chlamydia	1	0,2
Giang mai	78	17,3
Lậu	9	2,0
Herpes	9	2,0
Bảo hiểm y tế		
Có	423	94,0
HIV (+) (KTC 95%)	73	16,2 (12,9 -20,0)

QHTD: Quan hệ tình dục; KQXN: Kết quả xét nghiệm; STIs: Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục

Số lượng bạn tình trung bình trong 3 tháng qua khoảng 2 người, dao động trong khoảng từ 0 – 12 người, hơn 50% MSM từ 2 bạn tình trở lên. Chỉ có 27,3% MSM sử

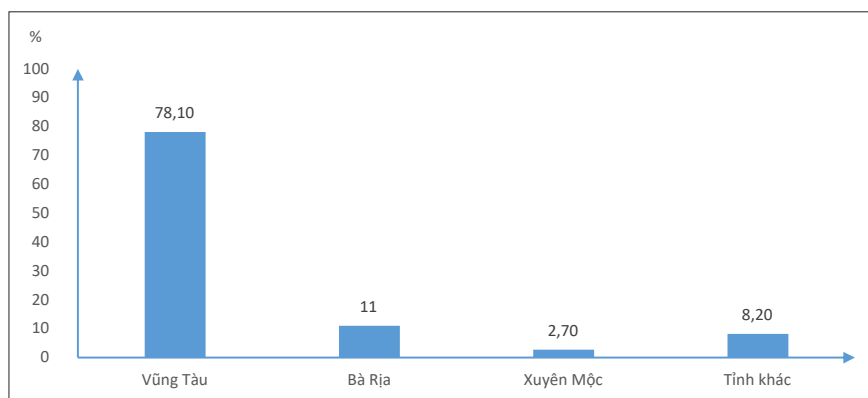
dụng BCS khi QHTD trong lần gần nhất với bạn tình không thường xuyên và 15,3% đối với bạn tình thường xuyên. Khoảng 1/3 MSM cho biết đã từng sử dụng chất hướng

thần (39,5%) và dùng khi quan hệ tình dục (34,5%) (Bảng 2).

Tiếp cận các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS, có 9,2% MSM đã từng/đang điều trị PrEP và 3,1% đã từng/đang điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV (PEP). Tỷ lệ MSM đã từng xét nghiệm HIV là 63,7% nhưng chỉ có 61,8% biết kết quả xét nghiệm của mình và 7,2% MSM làm xét nghiệm HIV trong 6 tháng.

Có 91,7% MSM cho biết nhiễm HIV và đang điều trị ARV (Bảng 2).

Chẩn đoán mắc STIs: Tỷ lệ MSM được chẩn đoán mắc giang mai chiếm tỷ lệ cao nhất (17,3%), sau đó là bệnh sùi mào gà với 8,4%, các bệnh còn lại có tỷ lệ dưới 3%. Đa số người tham gia có thẻ bảo hiểm y tế (94%). Có 73 MSM trong số 450 người tham gia có kết quả xét nghiệm HIV dương tính (16,2%, 95% KTC: 12,9 - 20,0) (Bảng 2).



Hình 1. Phân bố tỷ lệ nhiễm HIV của nhóm MSM theo nơi sinh sống tại Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2022 (n = 73)

Tỷ lệ nhiễm HIV ở thành phố Vũng Tàu chiếm tỷ lệ cao nhất (78,1%), đứng thứ hai là thành phố Bà Rịa (11%), có 2,7% cho biết nơi

sinh sống tại Xuân Mộc. Đáng lưu ý, có 8,2% MSM có kết quả dương tính với HIV tạm trú ở BRVT, có địa chỉ thường trú ở tỉnh khác.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2022 (n = 450)

Đặc điểm	HIV (+)		Đơn biến		Đa biến		p
	n	%	OR	KTC 95%	OR	KTC 95%	
Nhóm tuổi							
< 25 tuổi	14	9,8	1		1		
≥ 25 tuổi	59	19,2	2,2	1,2 - 4,1	1,1	0,6 - 2,3	0,73
Trình độ học vấn							
Từ THPT trở lên	43	15,2	1		-	-	-
Dưới THPT	30	18,0	1,2	0,7 - 2,0	-	-	-
Sống chung với bạn tình (BT)							
Chưa bao giờ với BT nam/nữ	40	12,4	1		1		
Sống chung với BT nam	32	26,9	2,6	1,5 - 4,4	2,1	1,1 - 5,0	0,03
Sống chung với BT nữ	1	12,5	1,0	0,1 - 8,4	1,3	0,1 - 13,2	0,81
Số lượng BT (n = 423)							
> 2 người	20	10,4	1		1		
≤ 2 người	53	20,5	2,22	1,3 - 3,9	3,6	1,8 - 7,3	< 0,01
Dùng BCS trong lần QHTD với BT thường xuyên trong lần gần nhất (n = 101)							
Không	9	28,1	1		-	-	-
Có	22	31,9	1,2	0,5 - 3,0	-	-	-
Dùng BCS trong QHTD BT không thường xuyên trong lần gần nhất (n = 230)							
Không	4	3,0	1		-	-	-
Có	23	18,7	7,7	2,6 – 23,0	-	-	-
Dùng các chất hướng thần							
Chưa từng	29	10,7	1		1		
Đã từng	44	24,7	2,8	1,6 - 4,6	3,8	1,2 – 11,5	0,02
Sử dụng chất hướng thần trước/trong khi QHTD							
Chưa từng	35	11,9	1		1		
Đã từng	38	24,5	2,4	1,5 - 4,0	1,2	0,4 - 3,5	0,79
Được chẩn đoán mắc STIs (n = 369)							
Không	25	9,8	1		1		
Có	34	29,6	3,84	2,2 - 6,8	4,0	2,1 - 7,6	< 0,01

BT: Bạn tình; BCS: Bao cao su; QHTD: Quan hệ tình dục; THPT: Trung học phổ thông; STIs: Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan giữa các yếu tố: Nhóm tuổi, sống chung với bạn tình, số lượng bạn tình, dùng BCS trong QHTD bạn tình không thường xuyên trong lần gần nhất, dùng các chất hướng thần, dùng các chất hướng thần trước/trong khi QHTD, được chẩn đoán mắc

bệnh STIs. Tuy nhiên, kết quả phân tích đa biến chỉ tìm thấy mối liên quan với các yếu tố là (1) Sống chung với bạn tình nam (OR = 2,1; 95%KTC: 1,1 - 5,0), (2) Số bạn tình dưới 2 người (OR = 3,6; 95%KTC: 1,8 - 7,3), (3) Đã từng sử dụng chất hướng thần (OR = 3,8; 95%KTC: 1,2 - 11,5) và (4) Được chẩn

đoán mắc STIs (OR = 4; 95%KTC: 2,1 - 7,6) với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hiện nhiễm HIV tại BR-VT là khá cao (16,2%) cao hơn so với tỷ lệ nhiễm HIV của toàn quốc năm 2020 (13,2%), đồng thời cao hơn so với các tỉnh khác trong khu vực như Tp. Hồ Chí Minh có tỷ lệ là 13%, Cần Thơ là 17,3 % và An Giang là 2% [7].

Nghiên cứu cho thấy nhóm MSM tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao (29 tuổi) và tương đương so với tuổi trung bình của các nghiên cứu khác tại Khánh Hòa (28 tuổi), Tp. Hồ Chí Minh (27 tuổi) [8, 9]. Đa số MSM có tình trạng độc thân, trình độ học vấn khá cao, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Kim Dung (2014) [9]. Nơi sinh sống tập trung ở địa bàn Tp. Vũng Tàu, đây là địa bàn tập trung đông dân số, di biến động, có hoạt động du lịch mạnh mẽ dẫn đến các yếu tố hành vi nguy cơ cao, dễ lây nhiễm HIV và hầu hết MSM đều có thể bảo hiểm y tế (94%).

Việc sử dụng BCS không thường xuyên với bạn tình là một trong những yếu tố nguy cơ lây truyền HIV và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác. Đáng lưu ý, tỷ lệ dùng BCS trong lần gần nhất khi QHTD với bạn tình thường xuyên (15,3%), và không thường xuyên (27,3%) trong nghiên cứu này tương đối thấp so với kết quả điều tra của năm 2018 (65%) [4].

Tỷ lệ MSM đã từng dùng chất hướng thần trong nghiên cứu chiếm đến (39,5%) và cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Kim Dung (2014) với tỷ lệ đã từng sử dụng thuốc lắc và ma túy tổng hợp là 16,7% [9, 10]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, những người đã từng sử dụng chất hướng thần có khả năng nhiễm HIV cao hơn với những người chưa từng sử dụng (OR = 3,8).

Trong những năm gần đây, các dịch vụ phòng, chống HIV/AIDS cho nhóm MSM được quan tâm nhiều hơn, các hoạt động tìm ca, chuyển gửi điều trị PrEP, ARV được các

CBO thực hiện tích cực ở các tỉnh, thành phố. Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu cho thấy chỉ có 9,2% MSM đã từng/đang điều trị PrEP, 63,7% MSM cho biết đã từng xét nghiệm HIV và chỉ có 7,2% đã từng làm xét nghiệm HIV trong vòng 6 tháng. Tỷ lệ xét nghiệm trong vòng 6 tháng thấp có thể lý giải do thời điểm trước khi triển khai nghiên cứu (Cuối năm 2021 và đầu năm 2022) là lúc dịch COVID – 19 vẫn còn diễn biến phức tạp, ảnh hưởng đến việc tiếp cận xét nghiệm HIV của các nhóm đối tượng, trong đó có MSM.

Giang mai là bệnh có tỷ lệ được chẩn đoán cao nhất so với các bệnh STI khác trong nghiên cứu (17,3%), tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hùng (2014 - 2015) là 21% [11]. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc ở cả hai nghiên cứu này đều cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ mắc giang mai trên toàn cầu ở nam giới có quan hệ tình dục đồng giới là 7,5% [12]. Bên cạnh đó, kết quả đa biến cung cấp thêm bằng chứng về những người được chẩn đoán mắc STIs có khả năng nhiễm HIV cao hơn cấp 4 lần so với những người không mắc.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lưu hành HIV ở MSM tại tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu ở mức 16,2%. MSM tại tỉnh có độ tuổi trung bình 29,6 tuổi, đa số còn ở tình trạng độc thân và có trình độ học vấn khá. Nghiên cứu cung cấp nhiều thông tin đáng lưu ý về hành vi nguy cơ của MSM đó là việc sử dụng bao cao su khi QHTD, đã từng sử dụng chất hướng thần và dùng khi QHTD. Mặc dù MSM tham gia BHYT khá cao (94%), tuy nhiên tỷ lệ điều trị PrEP, xét nghiệm HIV trong vòng 6 tháng qua tương đối thấp. Các yếu tố về sống chung với bạn tình nam, đã từng sử dụng chất hướng thần và được chẩn đoán mắc STIs được tìm thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng nhiễm HIV. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng tỉnh BR – VT cần chú trọng và mạnh mẽ nữa các hoạt động truyền thông, can thiệp nhằm thay đổi hành vi như QHTD an toàn, điều trị PrEP, xét nghiệm HIV, STIs sớm. Đồng thời, theo dõi chiều hướng nhiễm HIV,

giám sát chặt chẽ các chỉ số hành vi nguy cơ để kiểm soát và giảm thiểu lây nhiễm HIV/STIs.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. UNAIDS. HIV and Men who have Sex with Men in Asia and the Pacific. 2006.
2. Haitao Y, Chun H, Xiping H, et al. HIV Incidence and Associated Factors in a Cohort of Men Who Have Sex With Men in Nanjing, China. Sexually Transmitted Diseases. 2010; 4: 208 - 213.
3. Beryl AK, Marla JH, Grant C, et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. AIDS. 2006; 5: 731 - 739.
4. Bộ Y tế. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Báo cáo Giám sát trọng điểm HIV, giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi. 2020.
5. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu. Báo cáo kết quả giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học (IBBS) nhóm Nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2011. 2011.
6. Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu. Báo cáo kết quả điều tra về tỷ lệ nhiễm HIV nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu năm 2018. 2018.
7. Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh. Báo cáo tổng kết hoạt động phòng, chống HIV/AIDS khu vực phía Nam năm 2016. 2017.
8. Trần Đại Quang, Trần Thịnh, Nguyễn Anh Tuấn. Ước tính kích cỡ quần thể nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2011. Tạp chí Y học dự phòng. 2012; 8 (135): 78 - 82.
9. Trần Thị Kim Dung, Dương Công Thành, Trần Văn Tin và cộng sự. Hành vi nguy cơ và tiếp cận dịch vụ dự phòng HIV/AIDS trong nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới tại Khánh Hòa năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 9 (182): 42 - 47.
10. Adam B, David R, Ford H, et al. The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham. 2014.
11. Nguyễn Văn Hùng, Nguyễn Anh Tuấn, Phạm Đức Mạnh và cộng sự. Tỷ lệ nhiễm HIV/STI và một số yếu tố liên quan ở nhóm nam bán dâm đồng giới 16 - 29 tuổi tại Hà Nội, 2014 - 2015. Tạp chí Y học dự phòng. 2016; 13 (186): 52 - 56.
12. Motoyuki T, Jayne E, Ella PD, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000–20. The Lancet Global Health. 2021; 8: 1110 - 1118.

PREVALENCE AND SOME RISK BEHAVIORS OF MEN HAVE SEX WITH MEN IN BA RIA - VUNG TAU PROVINCE IN 2022

Nguyen Duy Minh¹, Tran Minh Hai¹, Pham Hong Thang², Nguyen Thi Thanh Ha², Hoang Le Linh Ngoc², Pham Duc Manh³, Nguyen Huy Hieu³, Nguyen Duy Phuc⁴

¹*Ba Ria – Vung Tau Center for Disease Control*

²*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

⁴*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

A cross - sectional study was conducted on 450 men who have sex with men (MSM) in Ba Ria - Vung Tau (BR - VT) to determine HIV prevalence, describe risk behaviors and related factors. The results showed that HIV prevalence in MSM group was 16.2%. Over a half of MSM had more than 2 sexual partners in the past 3 months. The rate of using condoms during sexual intercourse in the last time with regular and irregular partners was 15.3% and 27.3%, respectively. The rate of ever using psychotropic substances was 39.5% and using during sex was 34.5%. The rate of men using pre-exposure prophylaxis (PrEP) was less than 10% and the rate of subjects conducting HIV

tests within 6 months was 7.2%. Multivariate analysis showed that living with male partners (OR = 2.1; 95% CI: 1.1 - 5.0), have used psychotropic substances (OR = 3.8; 95%KTC: 1.2 – 11.5) and was diagnosed with sexually transmitted infections (STIs) (OR = 3.4; 95% CI: 2.1 - 7.6) related with HIV infection. Thereby, it is necessary to strengthen and diversify communication and intervention activities, including access to, support for behavior change, safe sex, PrEP treatment, HIV/STIs testing in MSM.

Keywords: Ba Ria – Vung Tau; men who have sex with men; risk behaviors; HIV prevention

ỨC CHẾ TẢI LƯỢNG VI RÚT TRÊN NGƯỜI NHIỄM HIV ĐIỀU TRỊ NGHIỆN CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN BẰNG SUBOXONE Ở HÀ NỘI

Đinh Thị Thanh Thúy^{1*}, Vũ Minh Anh¹, Todd Korthuis², Phạm Quang Lộc¹,
Trần Hữu Bình¹, Lê Minh Giang¹

¹*Trường Đại học Y Hà Nội*

²*Đại học Khoa học và Sức khỏe Oregon, Hoa Kỳ*

TÓM TẮT

Bài viết mô tả tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút HIV và một số yếu tố liên quan trên nhóm bệnh nhân điều trị ARV và điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện (CDTP) bằng Suboxone (buprenorphine/naloxone). Nghiên cứu sử dụng thiết kế theo dõi dọc trên 136 người tham gia tại 4 cơ sở điều trị HIV ngoại trú ở Hà Nội từ năm 2016 - 2019. Xét nghiệm tải lượng vi rút thực hiện tại Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. Phân tích hỗn hợp (mixed-effect model) để xác định các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng vi rút HIV. Kết quả 96,3% là nam giới, tuổi trung bình $38 \pm 5,8$ tuổi, 43% có việc làm, 53,7% sử dụng ma túy trên 10 năm và CD4 trung bình là 411 ± 216 TB/mm³. Tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng là 81,8%. Người bệnh có mức CD4 ≥ 500 TB/mm³ có khả năng đạt ức chế tải lượng vi rút HIV < 200 bản sao/mL cao hơn so với người bệnh có mức CD4 < 500 TB/mm³ (OR = 0,24; 95% KTC: 0,09 – 0,64). Kết luận có sự cải thiện tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút (< 200 bản sao/mL) tại thời điểm theo dõi 12 tháng. Cần tăng cường thêm các can thiệp tâm lý hành vi hỗ trợ tăng cường tuân thủ điều trị nhằm đạt hiệu quả điều trị tối ưu.

Từ khóa: Ưc chế tải lượng vi rút HIV; lồng ghép điều trị nghiện chất và điều trị HIV; điều trị buprenorphine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Duy trì tiêm chích ma túy có tác động tiêu cực hệ quả sức khỏe cũng như kết quả điều trị ARV [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ hiện nhiễm trong nhóm tiêm chích ma túy theo báo cáo của giám sát trọng điểm quốc gia là 12,5% [2]. Điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện (CDTP) bằng thuốc thay thế như methadone hay buprenorphine góp phần cải thiện tuân thủ điều trị, duy trì điều trị và kết quả điều trị ARV và giảm tỷ lệ tử vong trong nhóm [3].

Tại Việt Nam, chương trình điều trị nghiện CDTP bằng methadone đã được triển khai ở Việt Nam từ năm 2008. Chủ trương lồng ghép điều trị nghiện chất và điều trị ARV đã được triển khai với mô hình lồng ghép như cùng địa điểm cùng đội ngũ cán bộ y tế, cùng cán bộ

y tế nhưng khác địa điểm hoặc cùng địa điểm nhưng khác cán bộ y tế [4] hoặc là các mô hình kết hợp các dịch vụ HIV, lao và điều trị nghiện chất tại các khoa tham vấn hỗ trợ cộng đồng tại Thành phố Hồ Chí Minh. Trên thế giới, điều trị lồng ghép nghiện chất vào các cơ sở điều trị HIV là một trong những hình thức lồng ghép điều trị phổ biến nhất nhằm cung cấp dịch vụ điều trị toàn diện cho người bệnh [5]. Buprenorphine với các ưu điểm như ít tương tác thuốc với ARV, nguy cơ quá liều thấp và thời gian uống linh hoạt được sử dụng điều trị trong các cơ sở lồng ghép điều trị [6].

Điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine chưa được đưa vào điều trị rộng rãi tại Việt Nam. Với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị ARV trên nhóm người bệnh nghiện chất dạng thuốc phiện, chúng tôi thực hiện nghiên

*Tác giả: Đinh Thị Thanh Thúy

Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

Điện thoại: 0914 019 340

Email: dingthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/10/2022

Ngày phản biện: 15/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

cứu lồng ghép điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú trên nhóm người bệnh nhiễm HIV nghiện các chất ma túy dạng thuốc phiện tại Hà Nội từ 2016 - 2019. Nghiên cứu sử dụng biệt dược buprenorphine/naloxone với tỷ lệ 4:1 (tên thương mại là Suboxone) để điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện. Naloxone được thêm vào nhằm phòng tránh việc sử dụng trái phép buprenorphine theo đường tiêm chích. Bài viết này nhằm mô tả tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút HIV và một số yếu tố liên quan trên nhóm bệnh nhân này.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành trên nhóm người bệnh điều trị lồng ghép nghiện chất dạng thuốc phiện sử dụng biệt dược Suboxone® (Reckitt Benckiser) kết hợp với điều trị ARV tại cơ sở điều trị HIV ngoại trú. Đối tượng tham gia được tuyển chọn đáp ứng các tiêu chí sau: 1) Từ 18 tuổi trở lên; 2) Được chẩn đoán nghiện chất dạng thuốc phiện theo phân loại quốc tế bệnh học thần kinh (DSM V); 3) Xét nghiệm nước tiểu dương tính với CDTP tại thời điểm đăng kí

tham gia nghiên cứu; 4) Mong muốn được điều trị nghiện chất; 5) Đã được chẩn đoán khẳng định nhiễm HIV nhưng có thể chưa tham gia điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) tại thời điểm nghiên cứu; 6) Không mang thai hoặc không có kế hoạch sinh con trong thời gian tham gia nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu triển khai tại 4 phòng khám HIV ngoại trú thuộc Trung tâm y tế quận Đống Đa, quận Hoàng Mai, quận Nam Từ Liêm và quận Long Biên tại Hà Nội trong thời gian từ tháng 9 năm 2016 đến hết tháng 9 năm 2019.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế theo dõi dọc trong thời gian 12 tháng với các thời điểm đánh giá ban đầu, 6 tháng và 12 tháng tham gia nghiên cứu.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút HIV tại thời điểm 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu được sử dụng là chỉ số chính để tính toán cỡ mẫu.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ta có:

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Trong đó: $p_1 = 43,6\%$ là ước lượng tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút tại thời điểm ban đầu [7]; $p_2 = 61,3\%$ là ước lượng tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút sau khi tham gia điều trị ARV và điều trị nghiện chất [8]; $p = (p_1 + p_2)/2$; $\alpha = 0,05$; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; $\beta = 0,20$; $Z_{1-\beta} = 0,84$.

Cỡ mẫu tối thiểu là 120 cộng thêm 10% mất đối tượng trong quá trình nghiên cứu chúng tôi có cỡ mẫu là 134. Như vậy, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 134 mẫu, thực tế nghiên cứu đã thu nhận 136 đối tượng tham gia nghiên cứu.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được sử

dụng trong nghiên cứu này. Nghiên cứu tiến hành sàng lọc tất cả người hiện đang điều trị ARV và người bệnh đến đăng kí điều trị ARV tại 4 cơ sở triển khai nghiên cứu trong thời gian từ 2016 – 2018. Nghiên cứu tuyển chọn được 141 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, nhưng chỉ có 136 bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu và đến tham gia vào đánh giá ban đầu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Các chỉ số chính bao gồm đặc điểm nhân khẩu (tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, việc làm, CD4, số năm trung bình sử

dụng chất, đặc điểm điều trị ARV), đặc điểm điều trị nghiện chất (tuân thủ điều trị nghiện, sử dụng chất trong quá trình điều trị (dương tính với morphine trong xét nghiệm nước tiểu), kết quả điều trị ARV (tuân thủ điều trị ARV, ức chế tải lượng vi rút, với ngưỡng ức chế là < 200 bản sao/mL máu).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Đối tượng nghiên cứu được theo dõi trong thời gian 12 tháng và thông tin được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp tại 3 thời điểm: Ban đầu, 6 tháng, và 12 tháng tham gia nghiên cứu. Xét nghiệm tải lượng vi rút HIV được thực hiện với kỹ thuật RealTime HIV-1 PCR (Abbott m2000rt) bằng máy ABBOTT MOLECULAR® Abbott RealTime HIV - 1 Calibrator Kit/ Abbott RealTime HIV- 1 Amplification Reagent Kit tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương. Xét nghiệm nước tiểu đa chất xác định hành vi sử dụng chất ma túy với morphine, amphetamines và methamphetamines.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata/MP 14.0. Thống kê mô tả (giá trị trung bình/trung vị và tỷ lệ phần trăm) được sử dụng để mô tả đặc điểm nhân khẩu xã hội học của đối tượng tham gia nghiên cứu. Để xác định các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng vi rút, chúng tôi xây dựng mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) để mô hình hóa biến nhị phân là kết quả ức chế tải lượng vi rút HIV và đánh giá tương quan giữa các cá thể là do phép đo lặp lại theo thời gian. Các biến được xác định có mối liên quan đến hiệu quả điều trị từ tổng quan tài liệu được đưa vào mô hình phân tích.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt các nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua theo chứng nhận chấp thuận số 134 ngày 29/10/2013.

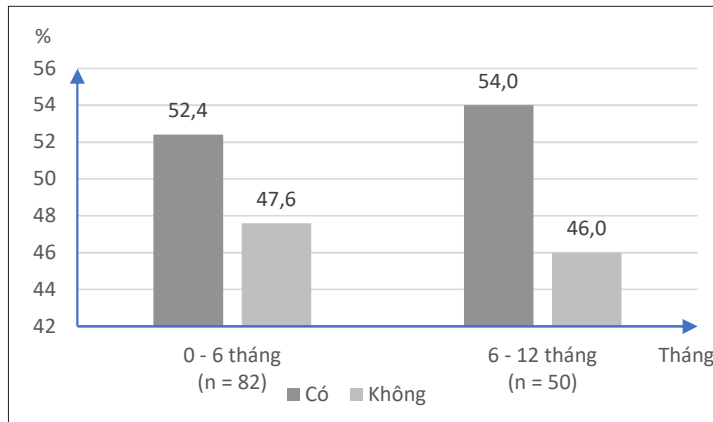
III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

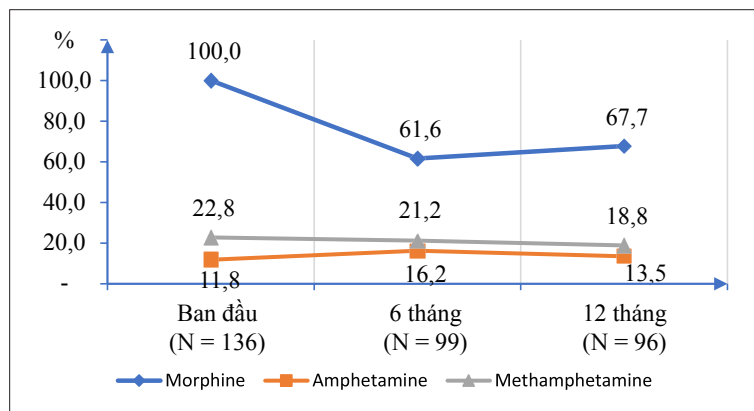
Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 38 tuổi ($\pm 5,8$), chủ yếu là nam giới (96,3%), và 52,9% chưa học hết Trung học phổ thông, 44,1% đối tượng nghiên cứu chưa từng kết hôn và 43,4% có việc làm. Thời gian sử dụng heroin phần lớn dao động từ 5 năm đến trên 10 năm, trong đó 53,7% có thời gian sử dụng trên 10 năm. Điểm về sự hỗ trợ của xã hội trung bình 3,9 điểm ($\pm 0,7$). Thời gian phát hiện tình trạng nhiễm HIV trung bình là 7,5 năm ($\pm 5,5$ năm) và mức CD4 thời điểm ban đầu trung bình là 411 ± 216 TB/mm³. Có 76% đối tượng có tiền sử đã từng điều trị ARV trước đây, tuy nhiên tại thời điểm tham gia nghiên cứu có 72% đối tượng đang tham gia điều trị ARV, với 90% điều trị theo phác đồ bậc 1 (TDF-3TC- EFV). Tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút dưới 200 bản sao/ml đối với nhóm đang điều trị ARV là 89,7% trong nhóm chưa điều trị ARV là 18% tại thời điểm tham gia nghiên cứu.

3.2 Đặc điểm điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc Suboxone

Tuân thủ điều trị đánh giá dựa trên định nghĩa số ngày bệnh nhân đến lấy thuốc từ $\geq 80\%$ tổng số ngày cần đến lấy thuốc trong kỳ theo dõi và không bỏ quá 5 ngày liên tục trong kỳ theo dõi. Tỷ lệ tuân thủ điều trị là 52,4% tại thời điểm 6 tháng và tại 12 tháng theo dõi là 54%.



Hình 1. Tuân thủ điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện bằng Suboxone



Hình 2. Kết quả xét nghiệm nước tiểu tại các thời điểm theo dõi

Kết quả xét nghiệm nước tiểu cho thấy sử dụng heroin giảm từ 100% tại thời điểm ban đầu xuống 61,6% tại thời điểm 6 tháng, và 67,7% tại thời điểm 12 tháng. Tỷ lệ kết quả dương tính với ma túy tổng hợp amphetamine là 11,8% tại thời điểm ban đầu, 16,2% tại thời

điểm 6 tháng, và 13,5% tại thời điểm 12 tháng. Có 22,8% đối tượng có kết quả dương tính với ma túy methamphetamine tại thời điểm ban đầu, 21,2% tại thời điểm 6 tháng, và 18,8% tại thời điểm 12 tháng.

3.3 Kết quả điều trị ARV

Bảng 1. Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút HIV của người tham gia tại các thời điểm theo dõi

Đặc điểm	Ban đầu (n = 136)	6 tháng (n = 91)	12 tháng (n = 89)	p-trend value
Ức chế tải lượng vi rút < 1000 bản sao/mL	99 (72,8%)	75 (82,4%)	75 (84,3%)	0,052
Ức chế tải lượng vi rút < 200 bản sao/mL	96 (70,5%)	74 (81,8%)	73 (81,8%)	0,217

Bảng 1 mô tả tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút < 1000 bản sao/mL và < 200 bản sao/mL tại các thời điểm theo dõi trong nghiên cứu. Tỷ lệ người bệnh đạt ức chế tải lượng vi rút < 1000 bản sao/mL lần lượt là 82,4% tại thời điểm 6 tháng và 84,3% tại thời điểm 12 tháng theo dõi trong nghiên cứu. Xu hướng tăng tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút < 1000 bản sao/mL không có ý nghĩa thống kê sau 12 tháng theo dõi. Tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút < 200 bản sao/mL tại thời điểm 6 tháng và 12 tháng là 81,8%. Sự thay đổi tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút < 200 bản sao/mL sau 12 tháng theo dõi không có ý nghĩa thống kê

Tuân thủ điều trị ARV được đánh giá qua thang đo VAS - tự đánh giá mức độ tuân thủ điều trị ARV 7 ngày qua với ngưỡng tuân thủ $\geq 90\%$ được xem như là ngưỡng tuân thủ điều trị. Ngưỡng tuân thủ này dựa trên kết quả của một nghiên cứu ở Mỹ cho thấy bệnh nhân cần tuân thủ điều trị từ 90% trở lên để có thể không chế tải lượng vi rút [9]. Tỷ lệ bệnh nhân tự báo cáo uống thuốc đúng thời gian theo thang đo VAS từ 90% trở lên trong vòng 7 ngày qua là 80,6% tại thời điểm ban đầu, 87% tại thời điểm 6 tháng và 79,4% tại thời điểm 12 tháng.

3.4 Một số yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng vi rút HIV

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến ức chế tải lượng vi rút HIV

Yếu tố liên quan	Mô hình đơn biến		Mô hình đa biến	
	OR (KTC 95%)	p-value	aOR (KTC 95%)	p-value
Tình trạng việc làm				
Không	1	0,017	1	0,070
Có	0,37 (0,17 - 0,84)		0,45 (0,19 - 1,06)	
Dương tính với morphine				
Không	1	0,132	1	0,336
Có	2,17 (0,79 - 5,58)		1,64 (0,59 - 4,53)	
Dương tính với methamphetamine				
Không	1	0,220	1	0,143
Có	1,73 (0,72 - 4,14)		1,96 (0,79 - 4,83)	
Mức CD4				
< 500 TB/mm ³	1	0,001	1	0,004
≥ 500 TB/mm ³	0,22 (0,09 - 0,56)		0,24 (0,09 - 0,64)	
Hỗ trợ xã hội	0,98 (0,96 - 1,01)	0,377	0,99 (0,97 - 1,02)	0,853
Tuân thủ điều trị nghiện				
Không	1	0,681	1	0,139
Có	0,86 (0,42 - 1,76)		0,56 (0,26 - 1,21)	

Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút < 200 bản sao/mL từ mô hình phân tích hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) cho thấy mức CD4 có mối liên quan đến kết quả xét nghiệm tải lượng vi rút HIV. Cụ thể, người bệnh có mức CD4 ≥ 500 TB/mm³ có khả năng đạt ức

chế tải lượng vi rút HIV < 200 bản sao/mL cao hơn 0,24 lần so với người bệnh có mức CD4 < 500 TB/mm³ (OR = 0,24; 95% KTC: 0,09 - 0,64). Mô hình đơn biến cho thấy người bệnh có việc làm thì có khả năng đạt ức chế tải lượng vi rút so với người bệnh không có việc làm (OR = 0,37; 95%KTC: 0,17 - 0,84).

IV. BÀN LUẬN

Tại 12 tháng theo dõi, có 81,8% đạt ức chế tải lượng vi rút mức dưới 200 bản sao/mL. Tỷ lệ này thấp hơn tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút trong quần thể bệnh nhân ARV nói chung ở Việt Nam. Cụ thể, nghiên cứu trong 1225 bệnh nhân điều trị ARV tại 4 tỉnh Việt Nam năm 2016 cho thấy tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút dưới 1000 bản sao/mL máu là 93,7% trong nhóm nữ giới và 92,9% trong nhóm nam giới [10]. Tuy nhiên, kết quả tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút trong nhóm này cao hơn tỷ lệ không chế tải lượng vi rút của nghiên cứu 100 bệnh nhân ARV có tiền sử tiêm chích ma túy tại Hà Nội năm 2006 với 73% đạt ức chế tải lượng vi rút dưới 100 bản sao/mL máu. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút sau 52 tuần theo dõi trong nhóm TCMT nhận can thiệp điều trị ART, điều trị nghiện chất và hỗ trợ tâm lý hành vi của nghiên cứu HPTN074 tại Ukraine, Indonesia và Việt Nam (41% đạt ức chế tải lượng vi rút) [11] và cao hơn kết quả của 279 người bệnh điều trị ARV và điều trị buprenorphine trong một nghiên cứu tại Mỹ từ 2002 đến 2017.

Kết quả phân tích mô hình hồi qui logistic hỗn hợp (mixed-effect model) cho thấy yếu tố tình trạng việc làm và mức CD4 có mối liên quan đến ức chế tải lượng vi rút HIV < 200 bản sao/mL ở mô hình đơn biến, và mức CD4 có mối liên quan đến khả năng ức chế tải lượng vi rút HIV < 200 bản sao/mL ở mô hình đa biến.

Kết quả này khá tương đồng với một số các nghiên cứu khác trên thế giới trên nhóm bệnh nhân điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện cũng như nhóm bệnh nhân điều trị ARV nói chung. Nghiên cứu của tác giả Shrestha và cộng sự (2018) tại Mỹ trên 133 người bệnh điều trị methadone cho thấy người bệnh có mức CD4 cao ($CD4 \geq 500 \text{ TB/mm}^3$) có khả năng ức chế tải lượng vi rút cao gấp 2,483 lần so với nhóm có mức CD4 thấp ($CD4 < 500 \text{ TB/mm}^3$) ($aOR = 2,483$; $p = 0,045$) [12]. Tại Việt Nam, nghiên cứu trên 1255 bệnh nhân điều trị điều trị ARV tại bốn tỉnh cho thấy, bệnh nhân có CD4 thấp (dưới 200 TB/mm^3) tại thời điểm ban đầu có khả năng không đạt được ức chế tải lượng vi rút [10].

Ngoài ra, những người bệnh có việc làm có khả năng ức chế tải lượng vi rút HIV cao hơn so với nhóm người bệnh bệnh ko có việc làm ở mô hình đơn biến ($OR = 0,37$; 95%KTC: 0,17 – 0,84). Tuy nhiên, không tìm thấy nhiều bằng chứng trên thế giới về mối tương quan giữa yếu tố việc làm đối với không chế tải lượng vi rút HIV, đặc biệt là trong nhóm tiêm chích ma túy hoặc nhóm điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện. Nghiên cứu trên nhóm người bệnh điều trị methadone thì yếu tố việc làm không có mối tương quan với khả năng ức chế tải lượng vi rút [13].

Nhiều bằng chứng trên thế giới cho thấy điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện giúp tăng khả năng ức chế tải lượng vi rút [13, 8]. Nghiên cứu tổng quan tài liệu được thực hiện năm 2016 của Low và cộng sự cho thấy, tham gia điều trị thay thế nghiện CDTP làm tăng 45% tỷ lệ ức chế tải lượng vi rút [1]. Nghiên cứu của Kim và cộng sự năm 2021 tại Mỹ so sánh 247 người nhận điều trị buprenorphine với nhóm chứng cho thấy điều trị nghiện CDTP bằng buprenorphine làm tăng khả năng ức chế vi rút HIV đối với cả những người đang điều trị ARV và những người chưa điều trị ARV tại thời điểm tham gia nghiên cứu [8]. Nghiên cứu của Roux và cộng sự cho thấy, nhóm điều trị với methadone có khả năng đạt được ức chế tải lượng vi rút so với nhóm điều trị nghiện CDTP với buprenorphine [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa tìm thấy mối liên quan giữa điều trị nghiện CDTP bằng Suboxone có mối tương quan với khả năng ức chế tải lượng vi rút HIV. Kết quả này có thể do hạn chế về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, tại thời điểm ban đầu đã có 72% đối tượng đã tham gia điều trị ARV và đã đạt ức chế tải lượng vi rút.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn có một số hạn chế nhất định như các thông tin được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp, nhiều thông tin được hỏi hồi cứu lại trong khoảng thời gian 6 tháng, điều này có thể dẫn đến sai số báo cáo và sai số nhớ lại. Tuy nhiên, cán bộ nghiên cứu được tập huấn kỹ về kỹ năng phỏng vấn, khai thác thông tin có thể làm giảm tác động của các sai số trên. Ngoài ra, nghiên cứu được tiến hành

trên nhóm đối tượng đặc thù là người nghiện các chất dạng thuốc phiện và nhiễm HIV có tiền sử sử dụng ma túy lâu, có tiền sử vi phạm pháp luật, tỷ lệ không có việc làm cao nên các điều kiện sống bấp bênh và nhiều rủi ro dẫn đến thách thức tỷ lệ bỏ điều trị cao (25%) và điều này dẫn đến những hạn chế ý nghĩa thống kê của các chỉ số đầu ra nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng có sự cải thiện tỷ lệ đạt ức chế tải lượng vi rút < 200 bản sao/mL sau 12 tháng theo dõi và mức CD4 có mối liên quan đến khả năng ức chế tải lượng vi rút HIV. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt ức chế sau 12 tháng theo dõi (81,8%) chưa đạt mục tiêu 90 thứ 3 của chương trình phòng chống HIV/AIDS quốc gia (90-90-90). Kết quả này dẫn đến các khuyến cáo kết hợp hỗ trợ các liệu pháp tâm lý hành vi trong quá trình điều trị nhằm tăng cường tuân thủ điều trị ARV giúp phục hồi miễn dịch và tuân thủ điều trị nghiện chất dạng thuốc phiện để giúp người bệnh đạt được hiệu quả điều trị tối đa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arnsten JH, Demas PA, Grant RW, et al. Impact of Active Drug Use on Antiretroviral Therapy Adherence and Viral Suppression in HIV-infected Drug Users. *J Gen Intern Med.* 2002; 17 (5): 377 - 381.
2. Cục phòng, chống HIV/AIDS. Báo cáo kết quả phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020. 2020.
3. Low AJ, Mburu G, Welton NJ, et al. Impact of Opioid Substitution Therapy on Antiretroviral Therapy Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2016; 63 (8): 1094 - 1104.

4. Diep NB, Korthuis PT, Trang NT, et al. HIV patients' preference for integrated models of addiction and hiv treatment in Vietnam. *J Subst Abuse Treat.* 2016; 69: 57 - 63.
5. Haldane V, Cervero-Liceras F, Chuah FL, et al. Integrating HIV and substance use services: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2017; 20 (1).
6. Basu S, Smith-Rohrberg D, Bruce RD, et al. Models for integrating buprenorphine therapy into the primary HIV care setting. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2006; 42 (5): 716 - 721.
7. Altice FL, Bruce RD, Lucas GM, et al. HIV Treatment Outcomes Among HIV-Infected, Opioid-Dependent Patients Receiving Buprenorphine/Naloxone Treatment within HIV Clinical Care Settings: Results From a Multisite Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011; 56 (1): 22 - 32.
8. Kim J, Lesko CR, Fojo AT, et al. The Effect of Buprenorphine on Human Immunodeficiency Virus Viral Suppression. *Clin Infect Dis.* 2021; 73 (11): 1951 - 1956.
9. Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, et al. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2003; 37 (8): 1112 - 1118.
10. Rangarajan S, Colby DJ, Giang LT, et al. Factors associated with HIV viral load suppression on antiretroviral therapy in Vietnam. *J Virus Erad.* 2016; 2 (2): 94 - 101.
11. Miller WC, Hoffman IF, Hanscom BS, et al. A Scalable, Integrated Intervention to Engage People Who Inject Drugs in HIV Care and Medication-Assisted Treatment: A Randomized, Controlled Vanguard Trial (HPTN 074). *Lancet Lond Engl.* 2018; 392 (10149): 747 - 759.
12. Shrestha R, Copenhaver MM. Viral suppression among HIV-infected methadone-maintained patients: The role of ongoing injection drug use and adherence to antiretroviral therapy (ART). *Addict Behav.* 2018; 85: 88 - 93.
13. Roux P, Carrieri MP, Cohen J, et al. Retention in Opioid Substitution Treatment: A Major Predictor of Long-Term Virological Success for HIV-Infected Injection Drug Users Receiving Antiretroviral Treatment. *Clin Infect Dis.* 2009; 49 (9): 1433 - 1440.

VIRAL SUPPRESSION AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV RECEIVING ARV AND SUBOXONE TREATMENT IN HANOI

Dinh Thi Thanh Thuy¹, Vu Minh Anh¹, Todd Korthuis², Pham Quang Loc¹,
Tran Huu Binh¹, Le Minh Giang¹

¹*Hanoi Medical University*

²*Oregon Health and Sciences University, USA*

This article aimed to describe the HIV suppression rate and associated factors among patients receiving ARV and Suboxone (buprenorphine/naloxone) treatment in Ha Noi. A longitudinal study design was applied on 136 participants at 4 HIV outpatient clinics in Hanoi between 2016 and 2019. HIV viral load testing was performed at the Laboratory of National Hospital of Tropical Diseases. Mixed-effect model was used to identify factors related to HIV viral load suppression. The results shown that 96.3% of participants were male with mean age 38.8 ± 5.8 years, 43% were employed, 53.7% used heroin over 10 years and mean CD4 count was 411 ± 216 TB/mm³. The viral load

suppression rates at 6 and 12 months of follow-up were 81.8%. Findings from the mixed-effect model analysis shown that patients with CD4 levels ≥ 500 cells/mm³ were more likely to achieve HIV viral load suppression < 200 copies/mL than patients with CD4 levels < 500 cells /mm³ (OR = 0.24; 95% CI: 0.09 – 0.64). There was an improvement in viral load suppression (< 200 copies/mL) at 12-month follow-up. It is necessary to strengthen psycho-behavioral interventions to enhance adherence to achieve optimal treatment effectiveness.

Keywords: HIV suppression; integration addiction treatment and HIV treatment; buprenorphine/naloxone treatment

SỬ DỤNG CHẤT KÍCH THÍCH KHI QUAN HỆ TÌNH DỤC (CHEMSEX) TRONG NHÓM NAM QUAN HỆ TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021

Lý Anh Huy^{1*}, Huỳnh Minh Trú¹, Dáp Thanh Giang¹, Lưu Huỳnh Bảo Châu¹, Đinh Công Thúc², Phạm Đức Mạnh³, Võ Hải Sơn³, Lê Mạnh Hùng³, Khuru Văn Nghĩa⁴, Lê Quang Thủ⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ*

²*Sở Y tế thành phố Cần Thơ*

³*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

⁴*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

TÓM TẮT

Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex) trên nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) tiềm ẩn những nguy cơ đến sức khỏe, làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI). Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hành vi chemsex ở MSM. Một điều tra cắt ngang trên 300 MSM tuổi từ 16 trở lên trong giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi đã được triển khai năm 2021 tại Cần Thơ. Kết quả cho thấy tỷ lệ MSM đã từng sử dụng chemsex là 20,3%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ sử dụng chemsex là có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (ORHC = 3,04; KTC95%: 1,13 - 8,19) và có sử dụng mạng xã hội để tìm kiếm bạn tình (ORHC = 3,90; KTC95%: 1,72 - 8,82). Các can thiệp dự phòng HIV/STI trên nhóm MSM cần đặc biệt quan tâm nhóm có hành vi chemsex, có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông và sử dụng mạng xã hội để tìm kiếm bạn tình.

Từ khóa: Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục; nam quan hệ tình dục đồng giới; Cần Thơ; HIV; giám sát trọng điểm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex) là việc sử dụng các loại chất kích thích như đá (methamphetamine), cần, popper, hay đơn giản chỉ là bia rượu... khi quan hệ tình dục để tạo điều kiện bắt đầu, kéo dài, duy trì và tăng hưng phấn trong lúc quan hệ tình dục [1]. Do chemsex làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) nên đây là một hành vi đáng lo ngại làm ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, đặc biệt ở nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) [2]. Qua số liệu giám sát trọng điểm HIV lồng ghép hành vi được triển khai trên nhóm MSM tại Cần Thơ cho thấy tỷ lệ hiện nhiễm HIV tăng

nhANH (2015: 8,0%; 2017: 22,7%; 2020: 23,0%). Tỷ lệ nhiễm giang mai tăng từ 6,3% (2018), đến 19,3% (2019) và lên đến 22,0% (2020) [3].

Chemsex hiện đang rất phổ biến ở MSM và ngày càng gia tăng theo thời gian trong những năm trở lại đây [4]. Ở Châu Á (2017), tỷ lệ MSM có hành vi chemsex dao động từ 3,1% đến 30,8% [5]. Nghiên cứu tại Đức (2020) và Ireland (2018) cho thấy 27% MSM báo cáo đã sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục [6, 7]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa hành vi chemsex và nguy cơ nhiễm HIV, nghiên cứu tại Brazil (2019) cho thấy MSM có hành vi chemsex có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 3,97 lần so với MSM không có hành vi này

*Tác giả: Lý Anh Huy

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ

Điện thoại: 0782 862 529

Email: lyhuy280592@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/10/2022

Ngày phản biện: 04/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

[8] và cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu tại Anh (2018) những MSM có tham gia vào chemsex có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 2,55 lần MSM không tham gia chemsex [9].

Tại Việt Nam có một vài nghiên cứu về hành vi sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục trên nhóm MSM như Hà Nội (2017) và tại Thành phố Hồ Chí Minh (2022) [10, 11]. Tỷ lệ MSM có hành vi chemsex tương ứng là 14,3% và 67,9%.

Thành phố Cần Thơ là nơi tập trung nhiều MSM học tập, sinh sống và trong những năm trở lại đây tỷ lệ nhiễm HIV trên nhóm MSM đang tăng rất nhanh. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến hành vi chemsex ở MSM. Nghiên cứu sẽ góp phần cung cấp những bằng chứng khoa học về thực trạng sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục của nhóm MSM giúp đưa ra biện pháp can thiệp kịp thời nhằm giảm thiểu tỷ lệ MSM có hành vi nguy cơ cao nhiễm HIV/STI.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Nam giới từ 16 tuổi trở lên có quan hệ tình dục qua đường hậu môn với nam giới khác trong vòng 12 tháng trước điều tra và thuộc các tụ điểm được lựa chọn tại Cần Thơ.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Huyện tham gia giám sát trọng điểm HIV/STI lồng ghép hành vi (quận Ninh Kiều, quận Ô Môn, huyện Phong Điền và huyện Thới Lai), số liệu thu thập từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2021 tại 04 quận.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu triển khai trên 300 MSM sống tại Thành phố Cần Thơ trong năm 2021 (thông tư 09/2012/TT-BYT ngày 24/5/2012 [12]).

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Dựa trên thông tin lập bản đồ điểm nóng của những năm trước, nhóm nghiên cứu đã rà soát và cập nhật các tụ điểm hiện tại. Đồng đẳng viên tiếp cận các tụ điểm đã được chọn ngẫu nhiên để mời toàn bộ những MSM đủ tiêu chuẩn đến tham gia nghiên cứu.

2.6 Biến số nghiên cứu

Bao gồm các biến số về đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân), các biến số về hành vi (quan hệ tình dục tập thể, quan hệ tình dục nhận tiền, số lượng bạn tình, sử dụng chất gây nghiện, tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội), biến số kết quả xét nghiệm (nhiễm HIV, giang mai) và biến số về tiếp cận các dịch vụ dự phòng liên quan đến HIV (nhận bao cao su miễn phí, nhận chất bôi trơn miễn phí, sử dụng thuốc dự phòng trước phơi nhiễm HIV-PrEP); biến phụ thuộc là hành vi có sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (chemsex).

2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Tập huấn các cán bộ y tế để sàng lọc lựa chọn người tham gia đúng tiêu chuẩn và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Sau khi hoàn thành phỏng vấn, người tham gia được cán bộ xét nghiệm tư vấn và lấy 3ml máu để làm xét nghiệm HIV và giang mai. Các mẫu máu được bảo quản theo quy định và chuyển về Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Thành phố Cần Thơ. Các mẫu máu được làm xét nghiệm HIV (chiến lược III của Bộ y tế) và giang mai. Để bảo mật thông tin cho người tham gia nghiên cứu, tất cả dữ liệu liên quan như phiếu sàng lọc, bộ câu hỏi và mẫu máu sẽ được liên kết bởi mã số điều tra, mã số duy nhất cho mỗi đối tượng tham gia.

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm ODK collect và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.0 (Stata Corp, Station, TX, Hoa Kỳ). Thống kê mô tả được áp dụng cho các phân tích cơ bản, các thông tin được thể hiện dưới dạng tần số (n), tỷ lệ (%), trung bình (độ lệch chuẩn), biến thiên. Trong phân tích đơn biến, mô hình hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng

đến hành vi chemsex, cũng như mối liên quan giữa chemsex với các biến số khác, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%. Sử dụng mô hình hồi quy logistic trong phân tích đơn biến và đa biến, các biến số được chọn vào phân tích đa biến nếu trong phân tích hồi quy logistic đơn biến các biến này có $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Viện Vệ

sinh dịch tễ Trung ương thông qua (HĐĐĐ-18/2021, ngày 31/5/2021). Đối tượng tự nguyện tham gia, được giải thích rõ ràng mục đích của việc nghiên cứu và có quyền dừng không tham gia bất kỳ lúc nào. Các số liệu thu thập được hoàn toàn phục vụ cho mục đích nghiên cứu và mọi thông tin cá nhân của đối tượng đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dân số - xã hội, hành vi tình dục và tiếp cận các dịch vụ chương trình HIV trên nhóm MSM tại Thành phố Cần Thơ qua giám sát trọng điểm năm 2021 (n = 300)

Đặc trưng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)		
16 - 24	236	78,7
25 - 35	53	17,7
> 35	11	3,6
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	22,8 (5,5)	
Biến thiên	17 - 61	
Trình độ học vấn		
Mù chữ/tiểu học	4	1,4
Trung học cơ sở	18	6,0
Trung học phổ thông	40	13,3
Cao đẳng, đại học, trên đại học	238	79,3
Tình trạng hôn nhân		
Chưa kết hôn	232	77,3
Đang sống chung với bạn tình nam	57	19,0
Đã ly dị/ly thân/góa vợ	6	2,0
Đang có vợ/sống chung với bạn tình nữ	3	1,7
Số lượng bạn tình		
Có 1 bạn tình	118	39,3
2 bạn tình trở lên	182	60,7
Luôn luôn sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong 1 tháng qua		
Có	79	26,4
Không	145	48,3
Không quan hệ tình dục trong 1 tháng qua	76	25,3
Đã từng quan hệ tình dục tập thể	36	12,0
Có quan hệ tình dục nhận tiền	19	6,3
Đã từng sử dụng chất gây nghiện	89	29,7
Có tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội	195	65,0
Đã từng nhận bao cao su miễn phí	255	85,0
Đã từng nhận chất bôi trơn miễn phí	252	84,0
Đã từng sử dụng PrEP	59	19,7

n: Cờ mẫu; PrEP: Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV

Trong 300 đối tượng tham gia nghiên cứu, MSM có độ tuổi trung bình là 22,8 tuổi, tập trung ở nhóm tuổi 16 - 24 (78,7%) (Bảng 1). Nhóm cao đẳng, đại học, trên đại học chiếm tỷ lệ cao nhất là 79,3%. Hơn 3/4 (77,3%) MSM tham gia nghiên cứu chưa kết hôn; 60,7% MSM có từ 2 bạn tình trở lên.

Gần 1/2 (48,3%) MSM không sử dụng bao cao su tất cả các lần quan hệ tình dục trong

một tháng qua. Có 12,0% MSM trả lời đã từng quan hệ tình dục tập thể và 6,3% có quan hệ tình dục nhận tiền. MSM đã từng sử dụng chất gây nghiện là 29,7%. Tỷ lệ tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội là 65,0%. Về việc sử dụng và tiếp cận các dịch vụ dự phòng HIV ở MSM, có 85,8% MSM đã từng nhận bao cao su miễn phí và 84,0% nhận chất bôi trơn miễn phí, 19,7% MSM báo cáo đã từng sử dụng PrEP.

Bảng 2. Đặc điểm hành vi chemsex ở MSM tại Thành phố Cần Thơ trong giám sát trọng điểm năm 2021 (n = 300)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục (n = 300)		
Có	61	20,3
Không	239	79,7
Số lượng chất kích thích đã sử dụng khi quan hệ tình dục (n = 61)		
1 chất	48	78,7
2 chất trở lên	13	21,3
Loại chất kích thích đã từng sử dụng khi quan hệ tình dục (n = 61)		
Popper	58	95,1
Thuốc cường dương (rocket, Viagra, Cialis)	9	14,8
Chất kích thích (đá, thuốc lắc, Methamphetamine...)	6	9,8
Chất gây ảo giác (nấm thần, ketamine, ke)/Keo hit, keo dán/ Thuốc an thần (seduxen, sen, valium, benzo...)	3	4,9
Chất dạng thuốc phiện (heroin, morphine, codeine...)/ Cần sa (tài mà, bồ đề, cỏ)/Cocaine	0	0
Tần suất hành vi chemsex trong vòng 6 tháng qua (n = 50)		
1 - 3 lần	34	68,0
4 - 6 lần	6	12,0
> 6 lần	10	20,0
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	6,4 (10,9)	
Biến thiên	1-50	

n: Cỡ mẫu; Chemsex: Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục

Tỷ lệ MSM đã từng sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục là 20,3%. Có 21,3% MSM trả lời có sử dụng từ 2 chất trở lên khi quan hệ tình dục (Bảng 2). Popper là loại chất MSM sử dụng nhiều nhất khi quan hệ tình dục, chiếm

tỷ lệ 95,1%. Số lần sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục ở MSM trong 6 tháng qua trung bình là 6,4 lần và cao nhất là 50 lần, hơn 2/3 (68%) MSM có hành vi chemsex từ 1 đến 3 lần trong 6 tháng qua.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan với hành vi chemsex ở MSM tại Thành phố Cần Thơ trong giám sát trọng điểm năm 2021 (n = 300)

Đặc tính	Chemsex (n = 61)		Đơn biến		Đa biến	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	OR (KTC 95%)	p	OR _{HC} (KTC 95%)	p
Tuổi						
< 25	45	19,1	1		-	-
25+	16	25,0	1,41 (0,74 - 2,72)	0,297		
Tuổi QHTD lần đầu						
< 18	12	16,2	1		-	-
18+	47	23,2	1,56 (0,77 - 3,13)	0,215		
Không có thông tin	2	8,7	0,49 (0,10 - 2,38)	0,378		
Trình độ học vấn						
≤ THPT	9	40,9	3,0 (1,22 - 7,41)	0,024*	3,04 (1,13 - 8,19)	0,028
> THPT	52	18,7	1		1	
Sống chung với bạn tình nam						
Không	50	20,6	1		-	-
Có	11	19,3	0,92 (0,45 - 1,91)	0,829		
Quan hệ tình dục tập thể						
Có	13	36,1	2,54 (1,2 - 5,38)	0,012	1,75 (0,79 - 3,91)	0,171
Không	48	18,2	1		1	
Quan hệ tình dục nhận tiền						
Có	8	42,1	3,13 (1,2 - 8,16)	0,015*	1,92 (0,69 - 5,37)	0,212
Không	53	18,9	1		1	
Số lượng bạn tình						
2 trở lên	46	25,3	2,32 (1,23 - 4,39)	0,008	1,71 (0,97 - 3,36)	0,120
1 bạn tình	15	12,7	1		1	
Sử dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình						
Có	53	27,2	4,53 (2,1 - 9,94)	< 0,001	3,90 (1,72 - 8,82)	0,001
Không	8	7,6	1		1	
Sử dụng PrEP						
Có	10	16,9	0,76 (0,36 - 1,61)	0,471	-	-
Không	51	21,2	1			

*Fisher's Exact Test; chemsex: Sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục; PrEP: Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm HIV; OR: Tỷ số chênh; ORHC: Tỷ số chênh hiệu chỉnh; p: Mức độ ý nghĩa; n: Cỡ mẫu; THPT: Trung học phổ thông; QHTD: Quan hệ tình dục

Trong phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến hành vi chemsex bao gồm trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống, có sử dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình. MSM có trình độ học vấn từ trung học phổ thông trở xuống có hành vi chemsex cao gấp 3,04 lần so với MSM có trình độ học vấn trên trung học phổ

thông (OR_{HC} = 3,04; KTC95%: 1,13 - 8,19) và MSM có sử dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình có hành vi chemsex cao gấp 3,90 lần so với MSM không tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội (ORHC = 3,90; KTC95%: 1,72 - 8,82) (Bảng 3). Trong phân tích đơn biến ghi nhận thấy hành vi chemsex có thể làm tăng nguy cơ

dẫn đến các hành vi nguy cơ khác như hành vi không sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục trong 1 tháng qua (OR = 2,20; KTC 95%: 1,08 - 4,49); quan hệ tình dục tập thể (OR = 2,44; KTC 95%: 1,20 - 5,38); và nhiễm HIV (OR = 2,48; KTC 95%: 1,25 - 4,92).

IV. BÀN LUẬN

Chemsex là một hành vi làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV và STI, chemsex đã được đề cập từ lâu trên thế giới nhưng hiện tại ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu về hành vi này. Kết quả nghiên cứu cho thấy hành vi này ở MSM khá phổ biến, trung bình cứ năm người MSM, có một người có hành vi chemsex. Tỷ lệ chemsex ở nhóm MSM qua các nghiên cứu ở Đức và Ireland là 27,0% [6, 7], tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu tại Cần Thơ. Tuy nhiên, khi so sánh với các nghiên cứu tại Việt Nam, tỷ lệ chemsex ở nhóm MSM tại Cần Thơ cao hơn nghiên cứu năm 2017 (14,3%) và thấp hơn nghiên cứu năm 2022 (67,9%) [10, 11]. Phần lớn các MSM sử dụng một chất kích thích khi quan hệ tình dục (78,7%), hơn một phần năm MSM sử dụng từ hai chất kích thích trở lên khi quan hệ tình dục và chất sử dụng phổ biến nhất là Popper (95,1%). Trong nghiên cứu về chemsex ở Anh với 74% người có hành vi chemsex sử dụng từ 2 chất kích thích trở lên [13] cao hơn nghiên cứu tại Cần Thơ, loại chất sử dụng phổ biến là GHB (gamma hydroxybutyrate) với tỷ lệ 68,9% [13], nghiên cứu tại Đức và Việt Nam loại chất sử dụng phổ biến là Popper lần lượt là 87,9% và 91,9% [6, 14], gần tương đồng với nghiên cứu tại Cần Thơ.

Kết quả phân tích đa biến cho thấy có mối liên quan giữa chemsex ở MSM với các yếu tố như trình độ học vấn, sử dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình. MSM có trình độ học vấn thấp (từ trung học phổ thông trở xuống) có hành vi chemsex cao hơn MSM có trình độ học vấn cao (từ trung học phổ thông trở lên), khác với nghiên cứu tại Anh cho thấy MSM có trình độ học vấn cao từ Đại học trở lên có hành vi chemsex cao gấp 1,4 lần so với nhóm còn lại [13]. Bản thân MSM không được cung cấp

nhiều kiến thức về HIV/AIDS lúc học ở trường THCS và THPT, họ ngại tìm hiểu, tiếp xúc nên kiến thức về HIV còn hạn chế nên chưa chuẩn bị tốt các kỹ năng bảo vệ, dễ bị lôi kéo vào hành vi chemsex.

MSM sử dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình có hành vi chemsex cao hơn MSM không tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu tại Trung Quốc MSM có sử dụng mạng xã hội tìm kiếm bạn tình có hành vi chemsex cao gấp 1,46 lần MSM không sử dụng và MSM có sử dụng các ứng dụng hẹn hò dành riêng cho MSM có hành vi chemsex cao hơn 4,2 lần so với MSM không sử dụng [15]. Qua đó, cho thấy vai trò của mạng xã hội trong việc ảnh hưởng đến hành vi chemsex ở MSM với gần 1/3 số người tham gia vào chemsex liên lạc với bạn tình của họ thông qua mạng xã hội. Việc sử dụng mạng xã hội đã làm tăng khả năng tiếp cận và có các hành vi tình dục không an toàn làm lây nhiễm HIV/STI, do đó làm cho việc kiểm soát lây nhiễm ngày càng trở nên thách thức. Mặt khác, mạng xã hội cũng giúp ích cho việc truyền thông về kiến thức, kỹ năng và tiếp cận nhóm MSM nhằm nâng cao sức khỏe và tự bảo vệ bản thân họ.

Ngoài ra, nhằm tìm hiểu thêm mối liên quan giữa hành vi chemsex với nguy cơ lây nhiễm HIV ở MSM, chúng tôi đã tiến hành phân tích thêm mô hình đơn biến và cho ra kết quả MSM có hành vi chemsex có thể là yếu tố góp phần tăng nguy cơ nhiễm HIV (OR = 2,48; KTC95%: 1,25 - 4,92). Nghiên cứu tại Hồng Kông (Trung Quốc) cho thấy kết quả tương tự, MSM tham gia chemsex có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 7,2 lần so với nhóm không tham gia chemsex [15] và nghiên cứu tại Anh MSM có hành vi chemsex có nguy cơ nhiễm HIV cao gấp 3,7 lần với MSM không có hành vi chemsex [13]. Việc sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục có thể kèm theo không sử dụng bao cao su và hành vi quan hệ tình dục tập thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV, nên trong thời gian tới cần phải có nhiều nghiên cứu sâu hơn về hành vi này nhằm có những can thiệp thích hợp, giúp giảm tỷ lệ nhiễm HIV/STI trên nhóm MSM.

Nghiên cứu này cũng phần nào đã mô tả được hành vi chemsex ở MSM tại Cần Thơ. Tuy nhiên, kết quả này cũng có những hạn chế nhất định, thiết kế nghiên cứu chỉ thu dụng các MSM ở các quận, huyện có số lượng MSM lớn, dẫn đến các kết quả chỉ phản ánh cho một nhóm MSM nhất định tại địa phương, nên thời gian tới cần có các nghiên cứu với thiết kế nghiên cứu phù hợp hơn. Bên cạnh đó, sai số trong quá trình phỏng vấn như người tham gia trả lời còn e ngại do liên quan đến các vấn đề nhạy cảm và nhớ lại các mốc thời gian, sự kiện đã xảy ra. Tuy nhiên, chúng tôi đã cố gắng hạn chế các sai số trên bằng cách bố trí địa điểm kín đáo, riêng tư, tư vấn viên là người có nhiều kinh nghiệm giúp người tham gia nghiên cứu có thể thoải mái trả lời, tránh sai sót thông tin.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sử dụng chất khi quan hệ tình dục của nam quan hệ tình dục đồng giới tại Thành phố Cần Thơ năm 2021 ở mức cao. Một số yếu tố liên quan đến sử dụng chất kích thích khi quan hệ tình dục ở MSM là trình độ học vấn dưới trung học phổ thông ($OR_{HC} = 3,04$; KTC95%: 1,13 - 8,19), tìm kiếm bạn tình qua mạng xã hội ($OR_{HC} = 3,9$; KTC95%: 1,72 - 8,82). Do đó, trong thời gian tới cần tập trung truyền thông cung cấp kiến thức, kỹ năng về HIV/AIDS cho nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới ở các trường trung học cơ sở, trung học phổ thông; tăng cường truyền thông trực tiếp trên các ứng dụng các mạng xã hội mà cộng đồng MSM hay sử dụng (Zalo, facebook, Blued...), tập trung vào các chủ đề như chemsex, quan hệ tình dục an toàn.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng

thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bourne AR, Hickson D, Torres-Rueda F, et al. Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in South London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* 2015; 91 (8): 564 - 568.
2. Claire E, Ellen H, Rachel G, et al. Sexualised drug use in the United Kingdom (UK): A review of the literature. *Int J Drug Policy.* 2018; 55: 131 - 148.
3. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Thành phố Cần Thơ. Báo cáo kết quả giám sát trọng điểm HIV lồng ghép giám sát hành vi giai đoạn 2015 - 2020. 2020.
4. Drückler, Susanne M, van Rooijen, et al. Chemsex Among Men Who Have Sex With Men: a Sexualized Drug Use Survey Among Clients of the Sexually Transmitted Infection Outpatient Clinic and Users of a Gay Dating App in Amsterdam, the Netherlands. *Sex Transm Dis.* 2018; 45 (5): 325 - 331.
5. Adam B, Peter W. Substance use among men who have sex with men: patterns, motivations, impacts and intervention development need. *Sexually transmitted infections.* 2017; 93 (5): 342 - 346.
6. Annette B, Dirk S, Thorsten K, et al. Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. *Front Psychiatry.* 2020; 11: 1 - 10.
7. Ronan WG, Niamh B, Siobhan O, et al. Chemsex, risk behaviours and sexually transmitted infections among men who have sex with men in Dublin, Ireland. *Int J Drug Policy.* 2018; 52: 9 - 15.
8. Queiroz, Sousa, Sandra B, et al. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2019; 23 (5): 298 - 306.
9. Pakianathan M, Whittaker W, Lee WJ, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med.* 2018; 19 (7): 485 - 490.
10. Nga TTV, Martin H, Huong TTP, et al. The Relationship Between Methamphetamine Use, Sexual Sensation Seeking and Condomless Anal Intercourse Among Men Who Have Sex With Men in Vietnam: Results of a Community-Based, Cross-Sectional Study. *AIDS Behav.* 2017; 21 (4): 1105 - 1116.
11. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Can thiệp giảm nguy cơ của hành vi Chemsex trên

- nhóm đối tượng MSM và TGW tại Thành phố Hồ Chí Minh. 2022.
12. Bộ Y tế. Thông tư Hướng dẫn giám sát dịch tễ học HIV/AIDS và giám sát các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục. Số 09/2012/TT-BYT, ngày 24 tháng 5 năm 2012.
 13. Paula B, Hamish M, Amy M, et al. Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England. *Sex Transm Infect.* 2020; 96 (8): 590 - 595.
 14. Dương Phương Hiếu. Hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS ở nam đồng tính tại thành phố Thái Nguyên năm 2020. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2020; 62 (4): 112 - 118.
 15. Ngai SW, Tsz HK, Krystal CKL, et al. Delineation of chemsex patterns of men who have sex with men in association with their sexual networks and linkage to HIV prevention. *Int J Drug Policy.* 2020; 75: 102591.

STIMULANT USE DURING SEX (CHEMSEX) AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN AND ASSOCIATED FACTORS IN CAN THO CITY IN 2021

Ly Anh Huy¹, Huynh Minh Truc¹, Dap Thanh Giang¹, Luu Huynh Bao Chau¹,
Dinh Cong Thuc², Pham Duc Manh³, Vo Hai Son³, Le Manh Hung³,
Khuu Van Nghia⁴, Le Quang Thu⁴

¹*Can Tho Centers for disease control and prevention*

²*Can Tho Department of Health*

³*Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Ministry of Health, Hanoi*

⁴*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

Stimulant use during sex (chemsex) among men who have sex with men (MSM) carries potential health risks, increasing the risk of HIV transmission and sexually transmitted infections (STIs). This study aims to describe Stimulant use during sex (chemsex) among men who have sex with men and associated factors in Can Tho city in 2021. A cross - sectional study was conducted among 300 MSM aged from 16 years old and older through the HIV/STI integrated behavioral sentinel surveillance in 2021 in Can Tho. The results showed that

the percentage of MSM who had ever used chemsex was 20.3%. Factors increased the risk of chemsex were having less than a high school education ($OR_{HC} = 3.04$; 95%CI: 1.13 - 8.19) and using social networks to seek sexual partner ($OR_{HC} = 3.90$; 95%CI: 1.72 - 8.82). The HIV/STI prevention interventions for MSM should pay more attention to those who having chemsex, with lower high school education and using social media to seeking sex partners.

Keywords: Chemsex; MSM; Can Tho; HIV; sentinel surveillance

KẾT QUẢ MÔ HÌNH CẤP PHÁT SINH PHẨM TỰ XÉT NGHIỆM HIV QUA WEBSITE TẠI BÌNH DƯƠNG, 2021 – 2022

Nguyễn Thị Lan Hương^{1*}, Nguyễn Nhã Uyên¹, Vương Thế Linh¹, Nguyễn Kiều Uyên¹,
Nguyễn Thị Thanh Hà², Hoàng Thị Thanh Hà², Khuru Văn Nghĩa³, Võ Hải Sơn⁴,
Đặng Thị Lơ⁴

¹*Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương*

²*Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương, Hà Nội*

³*Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh*

⁴*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế, Hà Nội*

TÓM TẮT

Mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website được triển khai giúp đa dạng hóa dịch vụ xét nghiệm HIV và tăng khả năng tiếp cận tới những khách hàng chưa bao giờ xét nghiệm. Bình Dương đã triển khai website tuxetnghiem.vn cho phép nhóm khách hàng lớn hơn hoặc bằng 15 tuổi trên địa bàn tỉnh được đăng ký nhận sinh phẩm qua website (11/2021 đến 9/2022). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả kết quả mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương, 2021 – 2022. Kết quả có 238 khách hàng đăng ký tài khoản tại website tuy nhiên chỉ có 129 khách hàng đủ tiêu chuẩn được nhận sinh phẩm; trong đó tuổi trung bình của nhóm khách hàng được nhận sinh phẩm là 27,6 tuổi, tỷ lệ khách hàng chưa bao giờ xét nghiệm HIV là 67,4%, đa số khách hàng biết được thông tin cấp phát sinh phẩm qua mạng xã hội chiếm 65,9% và tỷ lệ khá cao khách hàng nhận sinh phẩm bằng chuyển phát nhanh chiếm 65,9%. Tỷ lệ khách hàng được chẩn đoán nhiễm HIV là 4,7% (6/129) và 100% khách hàng có kết quả dương tính HIV được kết nối điều trị ARV. Bình Dương cần đẩy mạnh quảng bá cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm qua website trên các phương tiện truyền thông, đặc biệt: facebook, zalo, blued,... Kết hợp hình thức livestream, viết bài giới thiệu trên các hội nhóm, diễn đàn để tiếp cận nhiều khách hàng có nguy cơ cao nhưng e ngại đến cơ sở y tế.

Từ khóa: HIV; tự xét nghiệm HIV; Việt Nam; Bình Dương

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự xét nghiệm HIV là quá trình người được xét nghiệm tự thực hiện tất cả các bước của việc xét nghiệm HIV bao gồm tự lấy mẫu, tự làm xét nghiệm và tự đọc kết quả [1]. Năm 2016, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã chỉ ra rằng xét nghiệm HIV là một cách tiếp cận chính xác, an toàn và hiệu quả để tiếp cận các dịch vụ xét nghiệm HIV [2].

Năm 2020, dịch COVID-19 đã khiến khách hàng tiếp cận các địa điểm cung cấp dịch vụ xét nghiệm trở nên khó khăn hơn, ví dụ như cơ

sở y tế, các tổ chức dựa vào cộng đồng và cơ sở chăm sóc sức khỏe [3]. Trong giai đoạn này, tự xét nghiệm HIV giữ vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ lây nhiễm COVID-19 cho cả người sử dụng dịch vụ và người cung cấp dịch vụ đồng thời đảm bảo tính liên tục của dịch vụ tư vấn xét nghiệm HIV [4]. Vì vậy, việc tăng cường tính sẵn có của dịch vụ và đa dạng hóa các hình thức cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV giúp tối đa số lượng khách hàng được tiếp cận, tư vấn và xét nghiệm HIV. Trong đó việc phân phối sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua internet và qua đường bưu điện, có thể là một chiến lược mới để tiếp cận nhiều người có nguy cơ

*Tác giả: Nguyễn Thị Lan Hương

Địa chỉ: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương

Điện thoại: 0945 032 524

Email: huongnguyen255207@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/10/2022

Ngày phản biện: 11/11/2022

Ngày đăng bài: 08/12/2022

nhiễm HIV hơn với chi phí tương đối thấp [5]. Theo Cục Phòng, chống HIV/AIDS, hết tháng 10 năm 2021 có 89% số người nhiễm HIV biết tình trạng nhiễm HIV của mình và chỉ có 76% số người chẩn đoán nhiễm HIV đã được điều trị bằng thuốc ARV [6]. Những người biết tình trạng nhiễm HIV ít có các hành vi nguy cơ cao đồng thời tuân thủ điều trị giảm nguy cơ lây nhiễm HIV cho người khác [7].

Theo báo cáo 09 tháng đầu năm 2021 của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương số ca dương tính mới phát hiện là 507, trong đó 267 trường hợp dương tính phát hiện từ xét nghiệm cộng đồng do CBO thực hiện [8]. Năm 2020 - 2021 dịch COVID-19 bùng phát tại Việt Nam, việc di chuyển gặp khó khăn vì khu vực cách ly và phong tỏa, khách hàng tiếp cận các địa điểm cung cấp dịch vụ xét nghiệm HIV trở nên khó khăn. Website tuxetnghiem.vn do Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Cục Phòng, chống HIV/AIDS phát triển nhằm tăng khả năng tiếp cận dịch vụ xét nghiệm HIV một cách thuận tiện, bảo mật và thân thiện hơn [9]. Năm 2021, được sự hỗ trợ của Dự án Tăng cường hỗ trợ kỹ thuật phòng chống HIV/AIDS (Dự án EPIC) về quy trình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm, quy trình vận hành và thiết lập trang web, cung cấp sinh phẩm tự xét nghiệm, hỗ trợ kinh phí tập huấn, quảng bá trang web tuxetnghiem.vn, Bình Dương triển khai mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm qua Website từ tháng 11/2021 trên địa bàn tỉnh. Để có thêm bằng chứng cho các nhà hoạch định chính sách duy trì và mở rộng mô hình, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả thực hiện và các khoảng trống của mô hình, từ đó đưa ra các biện pháp để Bình Dương cải thiện hoạt động cấp phát sinh phẩm, tăng số lượng người có hành vi nguy cơ cao được tiếp cận với xét nghiệm HIV thông qua trang thông tin điện tử, phát hiện người nhiễm HIV để chuyển gửi điều trị ARV, đồng thời chuyển gửi người có kết quả xét nghiệm HIV âm tính đi điều trị PrEP. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả kết quả mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương, 2021 - 2022

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Khách hàng đủ 15 tuổi trở lên đang sinh sống tại Bình Dương đăng ký nhận sinh phẩm tự xét nghiệm HIV trên website tuxetnghiem.vn tại thời điểm nghiên cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Mô hình cấp phát sinh phẩm triển khai trên toàn tỉnh Bình Dương với 9 đơn vị hành chính cấp huyện (Thành phố: Thủ Dầu Một, Dĩ An, Thuận An; Thị xã: Bến Cát, Tân Uyên; Huyện: Bàu Bàng, Bắc Tân Uyên, Dầu Tiếng, Phú Giáo) từ tháng 11/2021 đến 09/2022.

2.3 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên cơ sở dữ liệu tại website tuxetnghiem.vn của Bình Dương.

2.4 Cỡ mẫu nghiên cứu

Có 238 người đăng ký nhận sinh phẩm tự xét nghiệm HIV trên website.

2.5 Phương pháp chọn mẫu

Lấy toàn bộ thông tin của khách hàng từ đủ 15 tuổi trở lên có đăng ký nhận sinh phẩm tự xét nghiệm HIV trên website và tham gia đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV của Bình Dương.

2.6 Biến số nghiên cứu

Các biến số gồm các đặc điểm dân số xã hội của khách hàng (tuổi, giới tính, nhóm đối tượng nguy cơ, địa bàn cư trú), các đặc tính liên quan đến xét nghiệm (nguồn thông tin biết về website, hình thức đăng ký nhận sinh phẩm tự xét nghiệm, lần xét nghiệm gần nhất, hành vi nguy cơ), và biến số về kết quả về khách hàng (tiếp cận với website, nhận được sinh phẩm và làm xét nghiệm, thực hiện xét nghiệm có phản ứng, khẳng định HIV dương tính, và được chuyển gửi điều trị ARV).

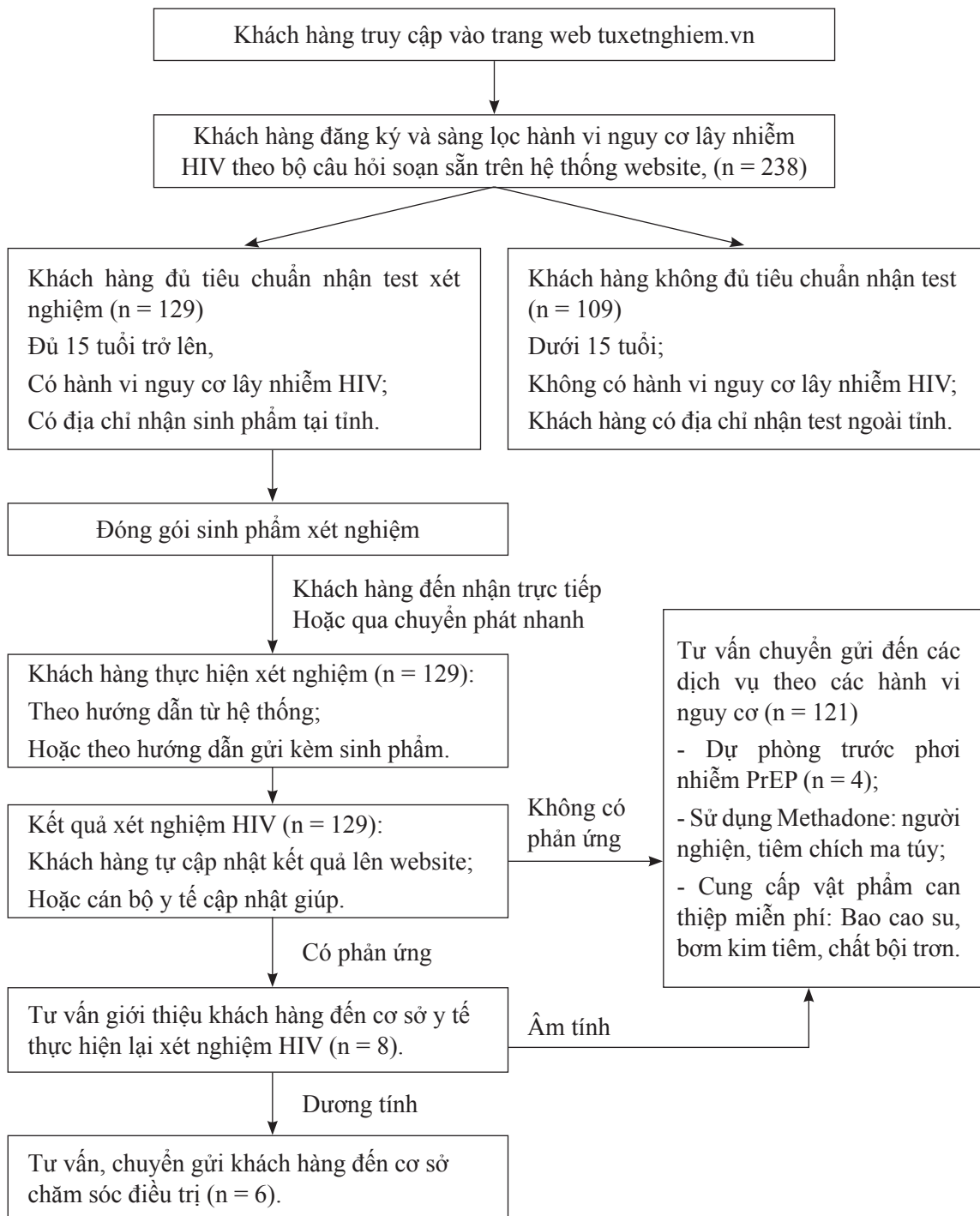
2.7 Phương pháp thu thập thông tin

Các thông tin của khách hàng được ghi nhận

và lưu trữ trên hệ thống website tuxetnghiem.vn. Khách hàng đăng ký tài khoản truy cập vào website tuxetnghiem.vn và đánh giá nguy cơ lây nhiễm HIV theo bộ câu hỏi soạn sẵn. Với khách hàng có nguy cơ lây nhiễm HIV sẽ được hệ thống đánh giá các tiêu chí để được nhận sinh phẩm như: Đủ 15 tuổi trở lên và có địa chỉ nhận sinh phẩm trên địa bàn tỉnh. Để nhận sinh phẩm khách hàng có thể đến nhận trực tiếp hoặc qua dịch vụ vận chuyển phát nhanh. Khi nhận được sinh phẩm, khách hàng tự thực hiện xét nghiệm HIV theo hướng dẫn từ hệ thống hoặc theo hướng dẫn gửi kèm theo sinh phẩm và cập nhật kết quả tự xét nghiệm lên website. Các trường hợp khách hàng nhận được sinh phẩm mà trong ngày đó chưa thấy cập nhật kết

quả xét nghiệm lên thì cán bộ y tế sẽ gọi điện trao đổi xem có gặp khó khăn gì trong quá trình xét nghiệm hoặc cập nhật kết quả và có thể cập nhật giúp kết quả lên website. Với khách hàng có kết quả xét nghiệm có phản ứng sẽ được nhân viên y tế liên hệ qua điện thoại để tư vấn và giới thiệu đến cơ sở y tế xét nghiệm HIV khẳng định. Sau khi có kết quả xét nghiệm khẳng định HIV dương tính, tư vấn viên sẽ tiếp tục tư vấn giới thiệu khách hàng đến cơ sở chăm sóc điều trị ARV. Với các khách hàng có nguy cơ xét nghiệm không có phản ứng hoặc âm tính sẽ được tư vấn đến các dịch vụ can thiệp giảm hại.

Mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương được thực hiện như sau:



Hình 1. Quy trình thu thập thông tin khách hàng đăng ký nhận sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương, 2021 - 2022 (n = 238)

2.8 Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được trích xuất từ website tuxetngkiem.vn, sau đó sử dụng excel để phân tích mô tả tần số (n) và tỷ lệ (%). Sử dụng mô hình đa bậc để biết được hiệu quả triển khai của mô hình.

2.9 Đạo đức nghiên cứu

Khách hàng có nguy cơ nhiễm HIV tham gia đăng ký tài khoản trên website là hoàn toàn tự nguyện, các thông tin được thu thập từ khách hàng đều được mã hóa và đảm bảo bí

mật. Quy trình triển khai mô hình được Cục Phòng, chống HIV/AIDS và WHO xây dựng đảm bảo bí mật cho người tham gia. Số liệu chỉ được sử dụng để đánh giá và cung cấp các bằng

chứng cho chương trình can thiệp dự phòng lây nhiễm HIV.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của các khách hàng tiếp cận dịch vụ tự xét nghiệm qua website tại Bình Dương, 2021 – 2022 (n = 238)

Đặc trưng	Số khách hàng tiếp cận (n = 238)	Số khách hàng nhận sinh phẩm và làm xét nghiệm (n = 129)	Số khách hàng xét nghiệm có phản ứng (n = 8)
	n (%)	n (%)	n (%)
Tuổi			
Trung bình (biến thiên)	27,0 (15 – 54; 6,2)	27,6 (15 – 54; 6,8)	28,9 (23 - 37; 4,7)
Nhóm tuổi			
15 - 17 tuổi	7 (2,9)	6 (4,7)	0 (0)
18 - 24 tuổi	79 (33,2)	36 (27,9)	2 (25,0)
25 - 34 tuổi	131 (55,0)	72 (55,8)	5 (62,5)
35 - 44 tuổi	18 (7,6)	12 (9,3)	1 (12,5)
Từ 45 tuổi trở lên	3 (1,3)	3 (2,3)	0 (0)
Giới tính			
Nam	214 (89,9)	121 (91,0)	8 (100)
Nữ	24 (10,1)	12 (9,0)	0 (0)
Nhóm đối tượng nguy cơ*			
Nam quan hệ tình dục đồng giới	-	71 (55,0)	5 (62,5)
Quan hệ tình dục khác giới	-	44 (34,1)	3 (37,5)
Khác	-	14 (10,9)	0 (0)
Địa bàn cư trú*			
Thủ Dầu Một	-	40 (31,0)	4 (50,0)
Thuận An	-	24 (18,6)	0 (0)
Bến Cát	-	19 (14,7)	2 (25,0)
Dĩ An	-	16 (12,4)	0 (0)
Tân Uyên	-	12 (9,3)	2 (25,0)
Phú Giáo	-	10 (7,8)	0 (0)
Dầu Tiếng	-	3 (2,3)	0 (0)
Bắc Tân Uyên	-	3 (2,3)	0 (0)
Bàu Bàng	-	2 (1,6)	0 (0)

* Những khách hàng đăng ký tài khoản đánh giá không có nguy cơ thì không hỏi địa chỉ và không phân loại được nhóm nguy cơ

Trong 238 khách hàng đăng ký tài khoản trên website có tuổi trung bình là 27 tuổi, chủ yếu là nam giới chiếm 89,9%, tập trung nhiều

nhất ở nhóm tuổi từ 25 - 34 tuổi (55,0%) và nhóm 18 - 24 tuổi (33,2%).

Trong số 129/238 khách hàng nhận được

sinh phẩm tự xét nghiệm có tuổi trung bình là 27,6 tuổi, chủ yếu thuộc nhóm đối tượng nam quan hệ tình dục đồng giới (55,0%), đa số đang sinh sống tại thành phố Thủ Dầu Một (31,0%).

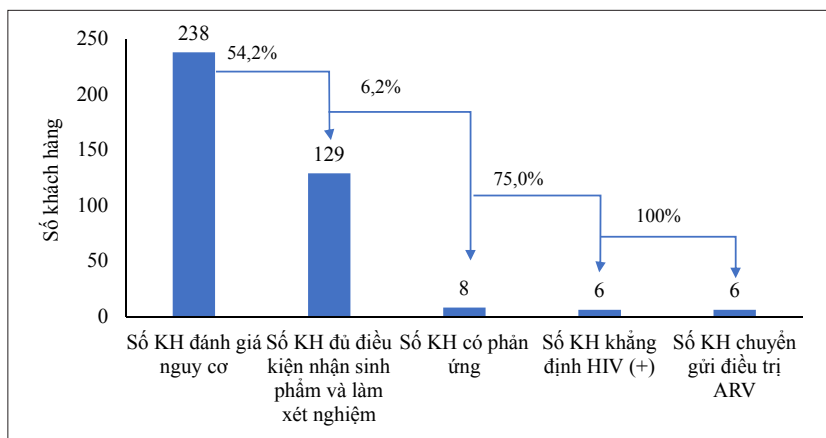
Kết quả cho thấy phát hiện 08 trường hợp xét nghiệm có phản ứng, chủ yếu thuộc nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (62,5%) và nhóm quan hệ tình dục khác giới (37,5%).

Bảng 2. Đặc tính khách hàng tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương, 2021 – 2022 (n = 129)

Đặc trưng	Số khách hàng nhận sinh phẩm và làm xét nghiệm (n = 129)	Số khách hàng xét nghiệm có phản ứng (n = 8)
	n (%)	n (%)
Biết thông tin về website tự xét nghiệm qua		
Mạng xã hội (facebook, zalo, ...)	85 (65,9)	7 (87,5)
Đồng đẳng viên (CBO)	16 (12,4)	1 (12,5)
Báo đài, Tivi	15 (11,6)	0 (0)
Bạn bè, người quen, gia đình	11 (8,5)	1 (12,5)
Khác	27 (20,9)	1 (12,5)
Hình thức khách hàng đăng ký nhận sinh phẩm tự xét nghiệm		
Tự đến nhận	44 (34,1)	3 (37,5)
Chuyển phát nhanh	85 (65,9)	5 (62,5)
Lần xét nghiệm HIV gần nhất		
< 6 tháng	11 (8,5)	0 (0)
6 đến 12 tháng	14 (10,9)	0 (0)
Trên 12 tháng	17 (13,2)	3 (37,5)
Chưa bao giờ xét nghiệm	87 (67,4)	5 (62,5)
Hành vi nguy cơ		
Quan hệ tình dục qua đường hậu môn	69 (53,5)	5 (55,6)
Quan hệ tình dục ≥ 2 bạn tình	57 (44,2)	3 (33,3)
Quan hệ tình dục với gái mại dâm	17 (13,2)	1 (11,1)
Quan hệ tình dục với người nhiễm HIV	7 (5,4)	0 (0)
Dùng chung bơm kim tiêm	5 (3,9)	0 (0)
Quan hệ tình dục lấy tiền hay hiện vật	1 (0,8)	0 (0)
Khác	4 (3,1)	0 (0)

Có 65,9% khách hàng biết thông tin về website qua mạng xã hội (facebook, zalo,...). Đa số khách hàng lựa chọn hình thức vận chuyển là chuyển phát nhanh chiếm 65,9%. Bên cạnh đó khi được hỏi về lần xét nghiệm HIV gần đây

nhất, chỉ có 8,5% khách hàng có xét nghiệm trong 6 tháng qua, có đến 67,4% khách hàng chưa từng xét nghiệm HIV bao giờ. Hành vi nguy cơ chủ yếu là quan hệ tình dục qua đường hậu môn 53,5%.



Hình 2. Kết quả cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website tại Bình Dương, 2021 - 2022 (n = 238)

Trong số 238 khách hàng đăng ký tài khoản trên website và đánh giá nguy cơ, có 129 khách hàng đủ điều kiện để nhận sinh phẩm và thực hiện xét nghiệm HIV đạt 54,2%. Trong đó, 6,2% khách hàng thực hiện xét nghiệm HIV có phản ứng, có 75,0% số khách hàng xét nghiệm có phản ứng được khẳng định nhiễm HIV và 100% số khách hàng chẩn đoán nhiễm HIV được chuyển gửi điều trị ARV thành công.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phân tích của chúng tôi cung cấp bằng chứng rõ ràng về việc mô hình cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website là khả thi khi tiếp cận được nhóm khách hàng mới (khách hàng có nguy cơ lây nhiễm HIV nhưng chưa bao giờ thực hiện xét nghiệm HIV), đặc biệt là khách hàng tại các thành phố trên địa bàn tỉnh như Thủ Dầu Một, Thuận An, Dĩ An. Sau gần một năm triển khai mô hình trên địa bàn tỉnh, có 238 khách hàng tiếp cận với website tuxetnghiem.vn có tuổi trung bình là 27 tuổi. Tuổi trung bình của nhóm khách hàng đủ điều kiện nhận sinh phẩm làm xét nghiệm là 27,6 tuổi và hơn một nửa khách hàng ở nhóm 25 - 34 tuổi già hơn so với khách hàng nhận sinh phẩm trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vân (2019) với 3.978 người tham gia có 44,4% tập trung ở nhóm tuổi 16 – 25 tuổi; về nhóm đối tượng nhận sinh phẩm tự xét nghiệm chủ yếu

là MSM tương đồng với kết quả của chúng tôi [10]. MSM là một quần thể di biến động và kết nối với nhau qua ứng dụng mạng xã hội, đặc biệt là ở khu vực thành thị [11]. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, mô hình qua website tiếp cận hơn một nửa là nhóm MSM và có tới 2/3 đối tượng biết đến trang web <http://tuxetnghiem.vn> qua mạng xã hội (zalo, facebook, ...) khá phù hợp với đặc tính của nhóm MSM.

Bên cạnh đó, kết quả cũng cho thấy tỷ lệ khách hàng được nhận sinh phẩm tự xét nghiệm HIV và có phản ứng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vân năm 2019 (6,2%) [10], nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của PATH năm 2016 – 2018 tại Việt Nam (6,8%) với cỡ mẫu là 8.699 người [12]. Tỷ lệ khách hàng có kết quả xét nghiệm khẳng định HIV dương tính (4,7%) khá tương đồng với nghiên cứu ở Uganda trên 150 MSM được phân phối bộ dụng cụ tự xét nghiệm HIV qua mạng lưới đồng đẳng [13].

Kết quả của chúng tôi cho thấy tất cả các trường hợp thực hiện xét nghiệm HIV có phản ứng đều được tư vấn qua điện thoại và giới thiệu tới dịch vụ xét nghiệm khẳng định. Đồng thời, mô hình này cho thấy hiệu quả trong việc kết nối điều trị ARV cho các trường hợp được chẩn đoán nhiễm HIV tốt hơn so với dịch vụ tự xét nghiệm HIV do cộng đồng hỗ trợ của nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Vân năm 2019 [10]

và của PATH năm 2016 – 2018 [12]. Đó cũng là mục đích của chương trình trong việc phát hiện sớm và điều trị sớm cho người nhiễm HIV nhằm ngăn chặn việc lây nhiễm HIV cho bạn tình, bạn chích để hướng tới mục tiêu chiến lược quốc gia là kết thúc dịch bệnh HIV/AIDS vào năm 2030.

Tuy nhiên, mô hình này cũng có một số hạn chế. Đầu tiên là khách hàng nhận sinh phẩm và tự thực hiện xét nghiệm theo hướng dẫn của nhân viên y tế hoặc theo hướng dẫn gửi kèm sinh phẩm nên kết quả có thể bị sai lệch do một vài người thực hiện không đúng theo hướng dẫn. Với khách hàng không có phản ứng mà có nguy cơ lây nhiễm HIV chỉ được nhận sinh phẩm tự xét nghiệm HIV sau 3 tháng nếu có nhu cầu. Thứ hai là kết quả xét nghiệm của các khách hàng trên website do khách hàng tự báo cáo, vì vậy có thể có một số khách hàng thực hiện xét nghiệm có phản ứng nhưng không chia sẻ kết quả lên trang web. Điều này, dẫn tới các trường hợp có phản ứng không được tư vấn chuyển gửi xét nghiệm khẳng định HIV kịp thời. Nhưng cũng có thể các khách hàng này đã trực tiếp đến các cơ sở y tế hoặc các nhóm CBO để được hỗ trợ thực hiện lại xét nghiệm. Cuối cùng là các trường hợp tham gia đánh giá nguy cơ tại website chưa ghi nhận thông tin về địa bàn cư trú và nguồn thông tin biết về website từ đâu nên nhóm nghiên cứu thiếu thông tin việc lập kế hoạch tiếp cận, truyền thông và quảng bá.

Từ những kết quả và nhận định ở trên chỉ ra rằng mô hình phân phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website khả thi và hiệu quả khi triển khai tại Bình Dương và có thể nhân rộng cho các địa phương khác.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại mô hình phân phát sinh phẩm tự xét nghiệm HIV qua website là một cách tiếp cận khả thi và hiệu quả. Trong số 238 khách hàng đăng ký tài khoản trên website và đánh giá nguy cơ, có 129 khách hàng đủ điều kiện để nhận sinh phẩm và thực hiện xét nghiệm

HIV đạt 54,2%, Tỷ lệ khách hàng có kết quả xét nghiệm HIV dương tính chiếm 4,7% và 100% số khách hàng chẩn đoán nhiễm HIV được chuyển gửi điều trị ARV thành công. Đa số khách hàng biết đến website thông qua mạng xã hội và chủ yếu lựa chọn hình thức nhận sinh phẩm thông qua chuyển phát nhanh để thuận tiện hơn cho công việc, đi lại.

Khuyến nghị cho thấy cần đẩy mạnh hoạt động quảng bá việc nhận sinh phẩm tự xét nghiệm qua website trên các phương tiện truyền thông, đặc biệt mạng xã hội: Chạy quảng cáo trên facebook, zalo, blues, ... Kết hợp truyền thông trực tuyến bằng hình thức livestream, viết bài giới thiệu cấp phát sinh phẩm tự xét nghiệm trên các hội nhóm, diễn đàn mạng xã hội để tiếp cận nhiều khách hàng có nguy cơ lây nhiễm HIV nhưng e ngại đến cơ sở y tế.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương; Cục Phòng, chống HIV/AIDS; Tổ chức Y tế Thế giới (WHO); Dự án Tăng cường hỗ trợ kỹ thuật Phòng, chống HIV/AIDS (EPIC); Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương; Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh; Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng - Trường Đại học Y Hà Nội; Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Hoa Kỳ thông qua Dự án hợp tác CDC-RFA-GH 18-1852 - Chương trình Khẩn cấp của Tổng thống về Cứu trợ AIDS (PEPFAR) và đặc biệt là những người tham gia nghiên cứu đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quyết định về việc ban hành “Hướng dẫn tư vấn, xét nghiệm HIV tại cộng đồng”. Số 2673/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 4 năm 2018.
2. WHO. Guidelines on HIV Self-Testing and Partner Notification: Supplement to Consolidated Guidelines on HIV Testing Services, World Health Organization, Geneva. 2016.
3. CDC. HIV Self Testing Guidance. Accessed 23/10/2022. https://www.cdc.gov/nchhstp/dear_colleague/2020/dcl-042820-HIV-self-testing-guidance.html.
4. Population Services International (PSI). HIV Self-Testing During COVID-19. Accessed

- 02/11/2022. <https://www.psi.org/project/star/hiv-self-testing-during-covid-19/>.
5. Shrestha RK, Chavez PR, Noble M, et al. Estimating the costs and cost-effectiveness of HIV self-testing among men who have sex with men, United States. *J Int AIDS Soc.* 2020; 23 (1): 1 - 32.
 6. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Mục tiêu 90-90-90 trong phòng, chống HIV/AIDS - Việt Nam cuối năm 2021 đang ở đâu? Truy cập ngày 18/10/2022. <https://vaac.gov.vn/muc-tieu-90-90-90-trong-phong-chong-hiv-aids-viet-nam-cuoi-nam-2021-dang-o-dau.html>.
 7. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, et al. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. *BMC Public Health.* 2013; 13: 735 - 765.
 8. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Dương. Báo cáo sơ kết 9 tháng đầu năm 2021 hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. 2021.
 9. WHO. Web-based access to HIV self-test and services: an innovative approach to reach the key populations in Nghe An, Viet Nam. Accessed 29/10/2022. <https://www.who.int/vietnam/news/feature-stories/detail/web-based-access-to-hiv-self-test-and-hiv-services-an-innovative-approach-to-reach-the-key-populations-in-nghe-an-viet-nam>.
 10. Nguyen VTT, Phan HT, Kato M, et al. Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting. *J Int AIDS Soc.* 2019; 22 (3): 40 - 48.
 11. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. Một báo cáo đánh giá về chương trình dự phòng HIV tại Việt Nam. Cục Phòng, chống HIV/AIDS. 2019.
 12. PATH. HIV Self-Testing in Vietnam. PATH. 2018; 1 - 4.
 13. Okoboi S, Castelnuovo B, Van Geertruyden JP, et al. Cost-Effectiveness of Peer-Delivered HIV Self-Tests for MSM in Uganda. *Front Public Health.* 2021; 9: 1 - 8.

RESULT OF MODEL OF TEST KITS DELIVERY FOR HIV SELF - TESTING USING THE WEBSITE IN BINH DUONG, 2021 - 2022

Nguyen Thi Lan Huong¹, Nguyen Nha Uyen¹, Vuong The Linh¹, Nguyen Kieu Uyen¹,
Nguyen Thi Thanh Ha², Hoang Thi Thanh Ha², Khuu Van Nghia³, Vo Hai Son⁴,
Dang Thi Lo⁴

¹*Binh Duong Center for Disease Control and Prevention*

²*National Institute of Hygiene and Epidemiology, Hanoi*

³*Pasteur Institute in Ho Chi Minh City*

⁴*Vietnam Authority of HIV/AIDS control, Ministry of Health, Hanoi*

A model of delivery HIV self-testing kits using the website has been implemented to help expand and diversify HIV testing services and increase access to HIV testing for customers who have never been tested for HIV. From November 2021 to September 2022, Binh Duong deployed the website tuxetnghiem.vn, customers aged 15 years in Binh Duong province registered to receive HIV self-testing test kits using the website. This study aims to describe Result of model of test kits delivery for HIV self - testing using the website in Binh Duong, 2021 - 2022. As a result, 238 customers registered for an account, of which 129 customers were eligible to receive HIV self-testing test kits, the average age was 27.6 years old, 67.4% of customers had never been tested,

65.9% received information about the website via social networks and 65.9% of customers received test kits through express delivery. The rate of HIV-positive customers was 4.7% (6/129); 100% (6/6) of customers were diagnosed with HIV then were connected to ARV treatment. Binh Duong needs to promote the distribution of self - testing products via the website on the media, especially: facebook, zalo, blues, ... At the same time, live stream and write introductory articles on groups or forums to reach many customers who are at high risk of HIV infection but are afraid to go to medical facilities.

Keywords: HIV; HIV self-testing; Vietnam; Binh Duong