

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở BỆNH NHÂN HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI TRUNG TÂM Y TẾ QUẬN BÌNH THẠNH, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2025

Nguyễn Thị Kim Anh¹, Nguyễn Trung Hòa², Đoàn Văn Hậu²
và Trương Thị Thùy Dung^{3,✉}

¹Trung tâm Y tế khu vực Bình Thạnh

²Trường Đại học Trà Vinh

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Trong bối cảnh điều trị kháng vi rút giúp kéo dài tuổi thọ người nhiễm HIV/AIDS và gánh nặng bệnh tật chuyển dần sang bệnh không lây nhiễm (BKNL), nghiên cứu này đánh giá thực trạng quản lý bệnh tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV. Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định tính trên 380 bệnh nhân đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú năm 2025. Tỷ lệ THA và ĐTĐ lần lượt là 10,8% và 40,3%; tình trạng mắc tập trung ở người ≥ 40 tuổi, BMI ≥ 25 kg/m², có tiền sử gia đình THA và ĐTĐ, hút thuốc, uống rượu bia, ít vận động, và ĐTĐ phổ biến hơn ở nam giới. Đa số bệnh nhân THA/ĐTĐ đã được điều trị nhưng sàng lọc chưa thường quy, hồ sơ quản lý mạn tính còn hạn chế. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự cần thiết của việc xây dựng mô hình phối hợp quản lý HIV – BKNL ở tuyến cơ sở, thông qua liên kết chuyển tuyến, chuẩn hóa năng lực nhân sự và ứng dụng công nghệ thông tin.

Từ khóa: Người nhiễm HIV, bệnh không lây nhiễm, quản lý.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hai thập kỷ qua, thuốc điều trị kháng vi rút HIV (ARV) đã cải thiện đáng kể tuổi thọ của người sống chung với HIV.^{1,2} Kéo theo đó, gánh nặng bệnh tật dịch chuyển từ bệnh nhiễm trùng cơ hội sang BKNL mạn tính THA, ĐTĐ. Dự báo cho thấy đến năm 2030, phần lớn người nhiễm HIV sẽ bệnh đồng mắc ít nhất một bệnh không lây nhiễm, vì vậy cần chuyển đổi mô hình chăm sóc HIV sang quản lý bệnh mạn tính tích hợp.² Bằng chứng trong nước ghi nhận tỷ lệ hiện mắc THA và ĐTĐ ở người nhiễm HIV ở mức khá cao, với xu hướng tăng theo tuổi, thời gian nhiễm/điều trị, cùng các yếu tố nguy

cơ như BMI cao, hút thuốc và sử dụng rượu/bia.^{3,4} Các mô hình lồng ghép quản lý HIV và BKNL đã cho thấy hiệu quả trong tăng độ bao phủ sàng lọc, tối ưu hóa theo dõi bệnh mạn tính và chuẩn hóa quy trình, đào tạo và ứng dụng hồ sơ y tế điện tử.^{1,2}

Tại Việt Nam, công tác quản lý BKNL trong những người sống chung với HIV vẫn còn phân mảnh do rào cản về chuyên môn, tài chính và kỹ thuật. Dữ liệu năm 2024 tại phòng khám ngoại trú, Trung tâm Y tế (TTYT) quận Bình Thạnh, TP. Hồ Chí Minh cho thấy 31,6% người bệnh HIV đồng mắc ít nhất một bệnh không lây nhiễm; chỉ 33,4% được sàng lọc trong năm; 96,2% trường hợp bất thường được xử trí/chuyển tuyến ban đầu nhưng chỉ 4,1% có hồ sơ quản lý đầy đủ.⁵ Vì vậy, nhằm cung cấp những bằng chứng khoa học cũng như nâng cao quản lý, điều trị BKNL

Tác giả liên hệ: Trương Thị Thùy Dung

Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Email: truongthuydung29@gmail.com

Ngày nhận: 23/12/2025

Ngày được chấp nhận: 05/02/2026

cho những người sống chung với HIV, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá thực trạng quản lý bệnh THA và ĐTĐ và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại TTYT quận Bình Thạnh năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2025 đến tháng 7/2025. Trong đó, thời gian thu thập người bệnh nhiễm HIV đang được theo dõi và điều trị ARV tại TTYT quận Bình Thạnh từ tháng 03/2025 đến tháng 04/2025.

Chúng tôi lựa chọn tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí sau:

- Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán nhiễm HIV theo hướng dẫn xét nghiệm HIV quốc gia (mẫu xét nghiệm được coi là dương tính với HIV khi có phản ứng với cả ba loại sinh phẩm có nguyên lý hoặc chuẩn bị kháng nguyên khác nhau theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế).

- Tại thời điểm bắt đầu vào nghiên cứu đã được điều trị ARV từ 6 tháng trở lên.

- Đồng ý tham gia và ký phiếu chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Đối với phòng vấn định tính chúng tôi lựa chọn nhân viên y tế phụ trách quản lý, điều trị HIV và BKLN tại TTYT quận Bình Thạnh gồm: phó giám đốc, lãnh đạo Khoa Kiểm soát bệnh tật, lãnh đạo khoa Tư vấn, điều trị nghiện chất và HIV/AIDS, bác sĩ và điều dưỡng điều trị trực tiếp HIV, nhân viên y tế phụ trách tổng hợp, báo cáo và quản lý chương trình bệnh không lây nhiễm tại khoa Tư vấn, điều trị nghiện chất và HIV/AIDS.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh không có đủ kết quả đo huyết áp và xét nghiệm đái tháo đường do thiếu mẫu bệnh phẩm, mẫu bệnh phẩm không đủ để xét nghiệm, mẫu đã xét nghiệm nhưng không ra kết quả.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp phỏng vấn định tính.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: bắt đầu từ tháng 03/2025 đến tháng 07/2025 (từ khi thu nhận người bệnh đầu tiên đến khi người bệnh cuối cùng hoàn thành xét nghiệm từ tháng 03/2025 đến tháng 04/2025).

Địa điểm nghiên cứu: khoa Tư vấn, điều trị nghiện chất và HIV/AIDS tại TTYT quận Bình Thạnh.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được ước tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p là tỉ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mắc ĐTĐ, chọn $p = 7,8\%$; d là sai số tuyệt đối mong muốn của ước lượng. Do p dự kiến thấp (7,8%), chúng tôi chọn $d = 0,029$ để đạt độ chính xác $\pm 2,9\%$ ở mức tin cậy 95%, giúp khoảng ước lượng đủ hẹp và có ý nghĩa thực hành. Đồng thời, phù hợp với nguồn lực và thời gian triển khai tại cơ sở. Từ đó, nghiên cứu tính được $n = 329$ bệnh nhân. Do đặc thù thu thập số liệu trên nhóm bệnh nhân HIV/AIDS và biến kết cục dựa trên hồ sơ đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng, nhóm nghiên cứu dự trù tỷ lệ mất mẫu ở mức 16% và dự trù các trường hợp từ chối tham gia, bệnh nhân tái khám trễ, mất dấu, bỏ trị và tử vong. Cỡ mẫu cần thu thập là 381. Thực tế nghiên cứu thu thập được 380 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu

Tổng hợp danh sách bệnh nhân đang điều trị duy trì ARV tại phòng khám phù hợp tới tiêu chí

chọn mẫu, có 2,066 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn. Nghiên cứu tính khoảng cách mẫu $k=N/n$ trong đó $N = 2,066$ là tổng số bệnh nhân đang điều trị duy trì tại phòng khám theo danh sách; $n = 380$ là cỡ mẫu cần thu thập. Từ đó, tính được $k \approx 5$. Nghiên cứu tiến hành bốc thăm số bắt đầu, kết quả số đầu tiên là 2. Sau đó, chọn các số kế tiếp trong danh sách lần lượt: $r, r+k, r+2k, r+3k...$ tiếp tục chọn cho tới khi đủ 380 bệnh nhân bằng phần mềm Excel.

Để thực hiện phỏng vấn định tính, nghiên cứu lấy mẫu có chủ đích theo vai trò chủ chốt trong chuỗi quản lý và điều trị nhằm bảo đảm đa dạng quan điểm, phỏng vấn cho đến khi bão hòa thông tin. Nghiên cứu thực hiện 09 phỏng vấn sâu (PVS), gồm: 02 Phó Giám đốc TTYT (phụ trách y tế dự phòng và HIV), 01 lãnh đạo Khoa Tư vấn, điều trị nghiện chất và HIV/AIDS, 01 lãnh đạo Khoa Kiểm soát bệnh tật, 02 bác sĩ điều trị trực tiếp, 02 điều dưỡng điều trị HIV và 01 NVYT phụ trách BKLN.

Công cụ và thu thập số liệu

Số liệu được thu thập thông qua: (1) bảng kiểm trích xuất thông tin thứ cấp về hoạt động quản lý BKLN bao gồm: tổng số BN đang quản lý, số BN được sàng lọc, số BN được theo dõi điều trị, số BN đang mắc THA và ĐTĐ, rối loạn lipid; nhân lực gồm biến số trình độ chuyên môn, biên chế, số lượng, được tập huấn về THA và ĐTĐ; trang thiết bị gồm thước đo chiều cao, ống nghe, máy đo HA, điện tâm đồ, máy đo đường huyết, khí dung, que thử đường huyết, que thử albumin nước tiểu và thuốc thiết yếu; (2) bộ câu hỏi cấu trúc cho phần định lượng gồm 5 phần: nhân khẩu học gồm năm sinh, giới, dân tộc, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp, sử dụng BHYT, chiều cao, cân nặng. Về tiền sử HIV (thời gian mắc và thời gian điều trị); thông tin BKLN bao gồm hiện mắc THA/ĐTĐ, hiện điều trị THA/ĐTĐ, thường xuyên đo huyết áp/thử đường huyết, thời điểm thử đường huyết, tần suất tái khám định kỳ,

quên uống thuốc, tự ngưng thuốc, chế độ ăn mỡ động vật, rau củ, nội tạng, đồ rán, quay, đồ ngọt; Yếu tố nguy cơ mắc bệnh (thói quen hút thuốc, rượu, bia, ăn muối, vận động thể lực) và chỉ số xét nghiệm đường máu lúc đói và chỉ số huyết áp; Thói quen ăn muối được đo lường thông qua các câu hỏi gợi ý hành vi dựa trên hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về các thói quen: Tần suất thêm muối/gia vị mặn, tần suất sử dụng thực phẩm chế biến sẵn có hàm lượng muối cao (dưa muối, cà muối, mì tôm, đồ hộp...), và ước lượng dựa trên dụng cụ đo thông dụng 1 thìa cà phê tiêu chuẩn tương đương khoảng 5 gam muối; (3) hướng dẫn phỏng vấn sâu cho cán bộ y tế gồm thông tin về tình hình quản lý, điều trị BKLN, yếu tố ảnh hưởng đến quản lý, điều trị, khó khăn, thuận lợi và đề xuất giải pháp tăng cường hiệu quả, chất lượng quản lý và điều trị. Trong đó, quản lý bệnh không lây nhiễm bao gồm sàng lọc, phát hiện, điều trị và theo dõi liên tục; trong khi theo dõi bệnh không lây nhiễm chỉ dừng ở sàng lọc và phát hiện, không có thông tin đầy đủ về điều trị và quá trình theo dõi. Quy trình thu thập số liệu được thực hiện bằng phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt bởi nhân viên y tế tại phòng khám. Quy trình đo THA và ĐTĐ tuân thủ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế.^{6,7} Nguồn số liệu thứ cấp được trích xuất từ các kế hoạch, báo cáo và phần mềm eClinica liên quan đến công tác quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm ở bệnh nhân HIV/AIDS tại Trung tâm Y tế quận Bình Thạnh.

Biến số và tiêu chí đánh giá

Các biến phụ thuộc gồm: mắc THA; mắc ĐTĐ; được sàng lọc THA/ĐTĐ; được quản lý và theo dõi THA/ĐTĐ. Quản lý bệnh không lây nhiễm bao gồm sàng lọc, phát hiện, điều trị và theo dõi liên tục; trong khi theo dõi bệnh không lây nhiễm chỉ dừng ở sàng lọc và phát hiện, không có thông tin đầy đủ về điều trị và quá trình theo dõi. Các biến độc lập gồm: đặc điểm

nhân khẩu học, kinh tế xã hội, chỉ số khối cơ thể (BMI); tiền sử và thời gian nhiễm/điều trị HIV; hành vi (thuốc lá, rượu bia, dinh dưỡng, vận động); tiền sử gia đình. Nghiên cứu thực hiện thu thập đo chỉ số huyết áp vào thời điểm bệnh nhân đợi tái khám. Bệnh nhân được đo huyết áp bằng máy đo điện tử Omron HEM-7120 đã hiệu chuẩn, theo quy trình của Bộ Y tế: nghỉ ngơi ít nhất 5 phút, đo huyết áp ở tư thế ngồi 3 lần liên tiếp cách nhau 1 phút, lấy trung bình 2 lần đo cuối để giảm sai số. Bệnh nhân được xác định THA khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Bệnh nhân được xác định ĐTĐ khi glucose huyết tương lúc đói ≥ 7 mmol/L.^{6,7}

Xử lý số liệu

Dữ liệu định lượng được thu thập và quản lý bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính tần số và tỷ lệ %, trung vị và khoảng tứ phân vị, trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác Fisher để xác định mối liên quan giữa các biến số. Các yếu tố liên quan gồm đặc điểm nhân khẩu học, kinh tế xã hội, chỉ số khối cơ thể (BMI); tiền sử và thời gian nhiễm/điều trị HIV; hành vi (thuốc lá, rượu bia, dinh dưỡng, vận động); tiền sử gia đình với BKN (tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường) được xác định bằng hồi quy logistic đa biến. Các phân tích có $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Dữ liệu định tính phỏng vấn

sâu được giải bằng và quản lý bằng Word, phân tích ma trận bằng Excel và sử dụng mềm Nvivo viết mã, sắp xếp, tìm kiếm và trích xuất văn bản để khám phá các chủ đề.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được hội đồng xét duyệt tại trường Đại học Trà Vinh theo quyết định số 447/GCT-HĐĐĐ ngày 20/12/2024 và được TTYT quận Bình Thạnh cho phép thực hiện. Trước khi thu thập số liệu, tất cả người tham gia được giải thích đầy đủ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu, những người đồng ý đã ký văn bản đồng thuận tham gia. Mọi thông tin của đối tượng đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dân số nghiên cứu và hiện trạng mắc bệnh không lây nhiễm ở bệnh nhân HIV/AIDS

Bảng 1 mô tả đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân HIV/AIDS. Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi chiếm đa số là trên 40 tuổi (68,9%) với phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam (74,5%). Hầu hết bệnh nhân đều có sử dụng bảo hiểm y tế (89,7%). Có 71% người thân của đối tượng nghiên cứu không mắc các bệnh không lây, có 15,8% có người thân có mắc ĐTĐ và 13,2% mắc THA. Hơn một nửa bệnh nhân HIV/AIDS có thời gian mắc và điều trị THA/ĐTĐ trên 10 năm (59,5% và 54,2%).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân HIV/AIDS (n = 380)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
> 40 tuổi	262	68,9
≤ 40 tuổi	118	31,1

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	283	74,5
Nữ	97	25,5
Tình trạng hôn nhân		
Ly thân, ly dị, góa	61	16,1
Kết hôn	211	55,5
Độc thân	108	28,4
Sử dụng bảo hiểm y tế		
Không	39	10,3
Có	341	89,7
BMI (kg/m²)		
≥ 25	38	10,0
< 18,5	03	0,8
18,5 đến 24,9	339	89,2
Tiền sử gia đình BKLN		
Có người thân THA	50	13,2
Có người thân ĐTĐ	60	15,8
Không/không rõ người thân mắc BKLN	270	71,0
Tiền sử mắc HIV/AIDS		
Dưới 1 năm	25	6,6
1 - <5 năm	64	16,9
5 - <10 năm	65	17,0
≥ 10 năm	226	59,5
Thời gian điều trị HIV/AIDS		
Dưới 5 năm	86	22,6
Từ 5 đến dưới 10 năm	88	23,2
Trên 10 năm	206	54,2

Tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường và các yếu tố liên quan của bệnh nhân HIV/AIDS được thể hiện ở bảng 2. Trong nghiên cứu này, có 10,8% bệnh nhân HIV/AIDS mắc bệnh

THA, trong khi tỷ lệ mắc ĐTĐ là 40,3%. Hơn 1/3 người bệnh HIV trong nghiên cứu này có hút thuốc (35,5%) và có 5,3% đã từng hút nhưng đã ngưng. Về sử dụng rượu bia, có 26,3% đối tượng

sử dụng rượu, bia, đồ uống có cồn với tần suất và lượng cồn khác nhau. Về thói quen ăn uống và vận động, đa số bệnh nhân ăn ít hơn 5 gam muối/người/ngày (chiếm 73,4%). Có đến 40,8%

đối tượng vận động ít (< 30 phút/ngày và ít hơn 5 ngày/tuần) và có 27,9% hoàn toàn không có thói quen vận động.

Bảng 2. Tỷ lệ mắc tăng huyết áp, đái tháo đường và các yếu tố liên quan của bệnh nhân HIV/AIDS (n = 380)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mắc bệnh tăng huyết áp		
Có	41	10,8
Không	339	89,2
Mắc đái tháo đường		
Có	153	40,3
Không	227	59,7
Hút thuốc lá		
Đang hút thuốc	135	35,5
Đã ngừng hút thuốc	20	5,3
Không hút thuốc	225	59,2
Tần suất hút (nếu đang hút) (n = 135)		
Hàng ngày	120	88,9
Hàng tuần	13	9,7
Hàng tháng	01	0,7
Vài tháng/lần	01	0,7
Sử dụng rượu, bia		
Có	100	26,3
Không	280	73,7
Trung bình mỗi lần uống (n = 100)		
1 - 2 đơn vị cồn	25	25,0
3 - 4 đơn vị cồn	37	37,0
5 - 6 đơn vị cồn	27	27,0
7 - 9 đơn vị cồn	11	11,0
Thói quen ăn muối		
Ăn < 5 gam muối/người/ngày	279	73,4
Ăn ≥ 5 gam muối/người/ngày	101	26,6

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thói quen vận động thể lực		
Không vận động	106	27,9
Có vận động ≥ 30 phút/ngày, ≥ 05 ngày/tuần	119	31,3
Có vận động < 30 phút/ngày, < 05 ngày/tuần	155	40,8

2. Mối liên quan giữa đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS với tăng huyết áp và đái tháo đường

Bảng 3 trình bày kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến giữa các đặc điểm của bệnh nhân với THA và ĐTĐ. Nhìn chung, tuổi ≥ 40 , thừa cân/béo phì ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), hút thuốc lá và tiền sử gia đình THA và ĐTĐ có liên quan đến khả năng mắc THA và/hoặc ĐTĐ cao hơn. Cụ thể, so với nhóm ≤ 40 tuổi, nhóm ≥ 40 tuổi có khả năng mắc THA ($OR_{hc} = 7,49$; KTC 95%: 1,74 - 32,26) và ĐTĐ ($OR_{hc} = 1,96$; KTC 95%: 1,02 - 3,75) cao hơn. Bệnh nhân có $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ cũng ghi nhận khả năng mắc THA ($OR_{hc} = 2,33$; KTC 95%: 1,02 - 5,45) và ĐTĐ ($OR_{hc} = 2,23$; KTC 95%: 1,02 - 4,99) cao hơn so với

nhóm BMI bình thường. Tương tự, nhóm đang hút thuốc lá (THA: $OR_{hc} = 1,96$; KTC 95%: 1,06 - 4,00; ĐTĐ: $OR_{hc} = 3,02$; KTC 95%: 1,56 - 6,85) và có tiền sử gia đình BKLN (THA: $OR_{hc} = 2,22$; KTC 95%: 1,03 - 5,28; ĐTĐ: $OR_{hc} = 3,14$; KTC 95%: 1,56 - 6,31) đều có khả năng mắc bệnh cao hơn. Riêng với ĐTĐ, nam giới ($OR_{hc} = 3,29$; KTC 95%: 1,70 - 6,36), thời gian mắc HIV và thời gian điều trị ARV từ 5 năm trở lên (OR_{hc} dao động 2,64 - 3,07), đã ngừng hút thuốc ($OR_{hc} = 1,94$; KTC 95%: 1,04 - 5,95), sử dụng rượu/bia ($OR_{hc} = 1,88$; KTC 95%: 1,04 - 3,41) và tiền sử gia đình ĐTĐ ($OR_{hc} = 11,64$; KTC 95%: 5,50 - 24,63) cũng có liên quan đến khả năng mắc bệnh cao hơn.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan giữa THA, ĐTD và đặc điểm của bệnh nhân HIV/AIDS (n = 380)

Đặc tính	Tăng huyết áp			Đái tháo đường				
	Giá trị p _{tho} (KTC 95% _{tho})	OR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p _{hc} ^(II)	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})	Giá trị p _{tho}	OR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p _{hc} ^(II)	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})
Nhóm tuổi								
≤ 40 tuổi		1		1		1		1
> 40 tuổi	0,002	10,14 (2,41 - 42,75)	0,007	7,49 (1,74 - 32,26)	< 0,001	3,12 (1,91 - 5,11)	0,042	1,96 (1,02 - 3,75)
Giới tính								
Nữ		1	-	-		1		
Nam	0,579	1,25 (0,57 - 2,71)			< 0,001	2,94 (1,73 - 5,0)	< 0,001	3,29 (1,70 - 6,36)
Sử dụng bảo hiểm y tế								
Có		1	-	-		1		-
Không	0,667	1,25 (0,46 - 3,39)			0,353	0,72 (0,36 - 1,44)		
BMI (kg/m²)								
18,5 đến 24,9		1		1		1		
< 18,5	0,186 ^(I)	5,15 (0,45 - 58,47)	0,339	3,35 (0,28 - 39,93)	0,875	0,82 (0,07 - 9,18)	0,821	0,74 (0,05 - 10,30)
≥ 25	0,002^(I)	3,68 (1,63 - 8,3)	0,049	2,33 (1,02 - 5,45)	0,003	2,82 (1,41 - 5,66)	0,042	2,23 (1,02 - 4,99)

Đặc tính	Tăng huyết áp			Đái tháo đường				
	Giá trị p _{tho} (KTC 95% _{tho})	OR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p _{hc} ^(II)	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})	Giá trị p _{tho}	OR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p _{hc} ^(II)	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})
Tiền sử gia đình BKLN								
Không/không rõ người thân mắc BKLN	1	1	1	1	1	1	1	1
Có người thân ĐTĐ	0,506	1,35 (0,55 - 3,31)	0,903	0,94 (0,37 - 2,40)	< 0,001	10,40 (5,24 - 20,66)	< 0,001	11,64 (5,50 - 24,63)
Có người thân THA	0,023	2,56 (1,14 - 5,76)	0,041	2,22 (1,03 - 5,28)	< 0,001	3,90 (2,09 - 7,29)	0,001	3,14 (1,56 - 6,31)
Thời gian mắc HIV/AIDS								
Dưới 5 năm	1	1	- ^(III)	- ^(III)	1	1	1	1
Từ 5 đến dưới 10 năm	0,034	3,62 (1,1 - 11,93)	0,004	2,73 (1,38 - 5,43)	0,004	2,73 (1,38 - 5,43)	0,008	2,72 (1,82 - 5,79)
Trên 10 năm	0,088	2,57 (0,87 - 7,59)	0,002	2,50 (1,42 - 4,41)	0,002	2,50 (1,42 - 4,41)	0,005	2,64 (1,65 - 4,23)
Thời gian điều trị HIV/AIDS								
Dưới 5 năm	1	1	- ^(III)	- ^(III)	1	1	1	1
Từ 5 đến dưới 10 năm	0,050	3,24 (1,0 - 10,47)	0,003	2,70 (1,41 - 5,15)	0,003	2,70 (1,41 - 5,15)	0,005	3,07 (1,05 - 5,27)
Trên 10 năm	0,061	2,83 (0,95 - 8,4)	0,002	2,45 (1,39 - 4,30)	0,002	2,45 (1,39 - 4,30)	0,007	2,85 (1,03 - 4,67)

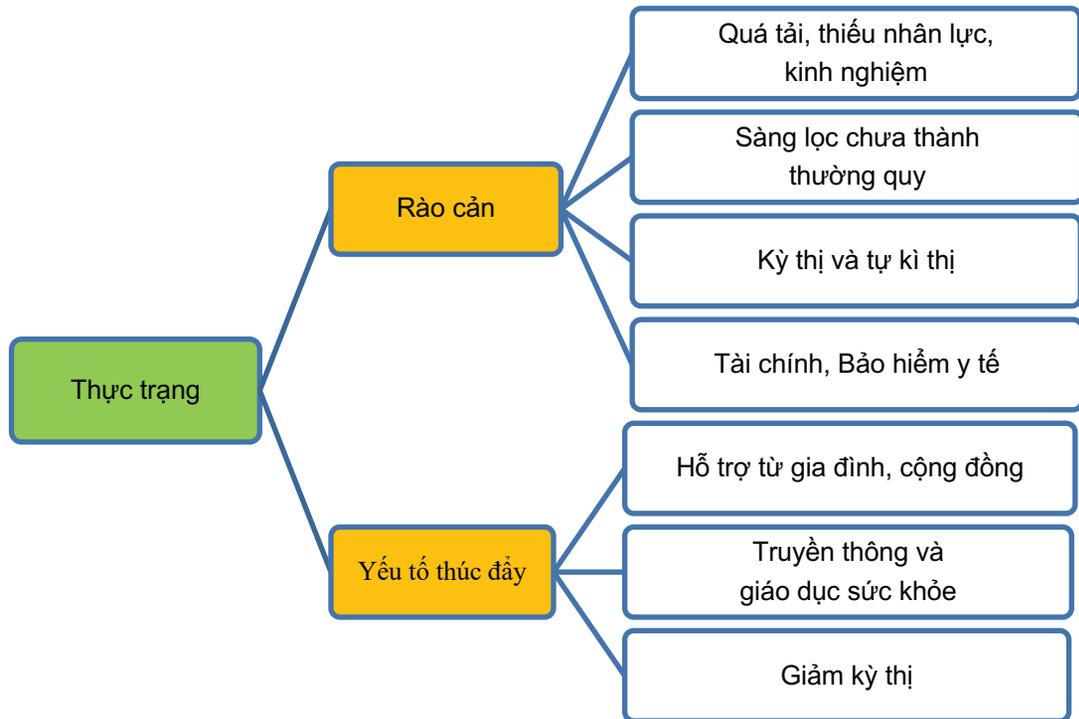
Đặc tính	Tăng huyết áp			Đái tháo đường		
	Giá trị p _{tho} (KTC 95% _{tho})	OR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p _{hc} ^(II)	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})	Giá trị p _{tho} (KTC 95% _{tho})	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})
Hút thuốc lá						
Không hút thuốc	1	1	1	1	1	1
Đã ngừng hút thuốc	0,696	1,36 (0,29 - 6,36)	0,967	1,03 (0,21 - 5,17)	0,039	1,94 (1,04 - 5,95)
Đang hút thuốc	0,011	2,38 (1,21 - 4,67)	0,044	1,96 (1,06 - 4,00)	< 0,001	3,02 (1,56 - 6,85)
Sử dụng rượu, bia						
Không	1	- ^(III)	- ^(III)	- ^(III)	1	1
Có	0,117	1,72 (0,87 - 3,41)		2,85 (1,78 - 4,55)	< 0,001	1,88 (1,04 - 3,41)
Thói quen ăn muối						
Ăn < 5 gam muối/ngày	1	-	-	-	1	- ^(III)
Ăn ≥ 5 gam muối/ngày	0,680	0,86 (0,42 - 1,76)		0,67 (0,42 - 1,05)	0,083	
Hoạt động thể lực						
Có vận động < 30 phút/ ngày, < 5 ngày/tuần	1	-	-	-	1	-
Vận động ≥ 30 phút/ ngày, ≥ 5 ngày/tuần	0,343	1,45 (0,67 - 3,14)		1,13 (0,70 - 1,84)	0,612	

Đặc tính	Tăng huyết áp		Đái tháo đường	
	Giá trị p_{tho} (KTC 95% _{tho})	OR _{tho} (KTC 95% _{tho})	Giá trị p_{hc} ^(II) (KTC 95% _{hc})	OR _{hc} (KTC 95% _{hc})
Không vận động	0,545	1,28 (0,57 - 2,90)	0,435	0,816 (0,49 - 1,36)

p_{hc} : p hiệu chỉnh; OR_{hc} : tỉ số chênh hiệu chỉnh; KTC 95%_{hc}: khoảng tin cậy 95% hiệu chỉnh, ^(I) Fisher exact

Chú thích: ^(II) giá trị p được tính bằng hồi quy logistic. Các biến có giá trị $p_{tho} < 0,20$ trong phân tích đơn biến được đưa vào mô hình hồi quy đa biến ban đầu để kiểm tra mối liên quan. ^(III) Trong quá trình phân tích, các biến không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) lần lượt bị loại bỏ. Mô hình đa biến cuối cùng được trình bày dưới dạng OR hiệu chỉnh và giá trị p hiệu chỉnh.

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm ở bệnh nhân HIV/AIDS



Sơ đồ 1. Sơ đồ tóm tắt rào cản và các yếu tố thúc đẩy ảnh hưởng đến quản lý BKLN ở bệnh nhân HIV

Nhìn chung, sàng lọc BKLN trong đó THA và ĐTĐ chưa trở thành hoạt động thường quy và mô hình hiện tại mới dừng ở mức “phối hợp”, trong bối cảnh quá tải, thiếu nhân lực, thiếu đào tạo chuyên sâu và hồ sơ điện tử chưa tích hợp dữ liệu BKLN. Các rào cản khác bao gồm hạn chế về trang thiết bị, chi trả BHYT chưa đầy đủ, cùng với kỳ thị xã hội khiến một bộ phận người bệnh e ngại, chưa chủ động tham gia sàng lọc và điều trị. Tuy vậy, nhân viên y tế cũng nhấn mạnh vai trò hỗ trợ của gia đình và cộng đồng, nhu cầu tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe để mở rộng bao phủ quản lý BKLN

ở người nhiễm HIV (Bảng 4). Trong tổng số 2.224 bệnh nhân HIV/AIDS ≥ 18 tuổi đang điều trị ARV tại Trung tâm Y tế quận Bình Thạnh, chỉ có 743 bệnh nhân (33,4%) được sàng lọc BKLN. Trong số 480 bệnh nhân có kết quả bất thường, 462 trường hợp (96,2%) được xử trí hoặc chuyển gửi. Tuy nhiên, chỉ 92 bệnh nhân (4,1%) có hồ sơ quản lý điều trị BKLN đầy đủ. Kết quả cho thấy công tác quản lý BKLN mới đạt hiệu quả ở khâu xử trí ban đầu, nhưng còn hạn chế lớn ở sàng lọc thường quy và quản lý hồ sơ theo dõi lâu dài. Đây là điểm nghẽn chính cần can thiệp.

Bảng 4. Các ý kiến chính của nhân viên y tế về quản lý tích hợp BKLN và HIV tại TTYT quận Bình Thạnh

Nội dung chính	Trích dẫn PVS
Rào cản	
Sàng lọc BKLN chưa thành thường quy	<p>“...bước đầu đã triển khai, vẫn còn nhiều hạn chế trong sàng lọc và quản lý hồ sơ theo dõi lâu dài.”</p> <p>“...bắt đầu từ 2023, có kết quả tích cực nhưng khó khăn ở khâu sàng lọc thường quy và quản lý hồ sơ lâu dài.”</p> <p>“...bệnh nhân được tầm soát 6 tháng/lần một số xét nghiệm; đo sinh hiệu mỗi lần khám giúp phát hiện sớm, nhưng chưa đồng bộ.”</p>
Mức độ tích hợp: mới phối hợp, chưa tích hợp	<p>“...tiến bộ nhờ tích hợp chăm sóc, sàng lọc định kỳ và quản lý chặt cho THA/ĐTĐ, hướng tới chăm sóc toàn diện.”</p> <p>“...mới triển khai một số hoạt động phối hợp, chưa phải mô hình tích hợp đồng bộ, người bệnh vẫn phải đi lại nhiều nơi, khó theo dõi lâu dài.”</p>
Quá tải & thiếu nhân lực/kinh nghiệm	<p>“...lượt khám lớn, thứ 2-3 rất đông so với nhân lực.”</p> <p>“Nhân viên kiêm nhiều vai, dễ căng thẳng, ảnh hưởng tính liên tục và hiệu quả chăm sóc.”</p> <p>“Cần đào tạo chuyên sâu về quản lý đồng mắc, kỹ năng tư vấn nâng tuân thủ.”</p>
Rào cản tài chính & BHYT	<p>“...BHYT chưa bao phủ đủ các bệnh mạn kèm HIV; bệnh nhân phải tự chi trả nhiều khoản. Cần mở rộng chi trả và tìm nguồn tài trợ bổ sung.”</p>
Hồ sơ EMR chưa tích hợp dữ liệu BKLN	<p>“...chưa quản lý hồ sơ lâu dài; cần hệ thống dữ liệu tích hợp để theo dõi điều trị đồng mắc, tránh trùng lặp thuốc và gián đoạn.”</p>
Thiết bị & không gian	<p>“...cần nâng cấp trang thiết bị chẩn đoán/điều trị BKLN; có đủ thiết bị sẽ giúp xét nghiệm nhanh/chính xác hơn. Tạo không gian thoải mái cho bệnh nhân.”</p>
Yếu tố thúc đẩy	
Truyền thông, giảm kỳ thị và huy động cộng đồng	<p>“...truyền thông nhóm cho quần thể khả năng cao...”</p> <p>“...tăng sự tham gia cộng đồng, giảm kỳ thị để bệnh nhân dễ tiếp cận dịch vụ.”</p> <p>“...giáo dục cộng đồng qua hội thảo, tài liệu giáo dục đa dạng.”</p>
Nhóm bệnh nhân chưa được quản lý đầy đủ	<p>“...vẫn còn một bộ phận chưa được quản lý/điều trị BKLN; thiếu giáo dục sức khỏe; một số thờ ơ/không quan tâm tới lợi ích chương trình.”</p>

Nội dung chính	Trích dẫn PVS
Kỳ thị & rào cản tiếp cận	“...một số bệnh nhân e ngại, chịu áp lực tâm lý và kỳ thị, ảnh hưởng tiếp cận.” “...kỳ thị cộng đồng vẫn ảnh hưởng đến cuộc sống và điều trị.”
Vai trò hỗ trợ của gia đình và xã hội	“...gia đình và xã hội hỗ trợ giúp người bệnh phòng, chống BKLN tốt hơn.” “...sự quan tâm, cảm thông của gia đình-xã hội khích lệ tuân thủ điều trị.”

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu cắt ngang trên 380 người nhiễm HIV đang điều trị ARV tại TTYT quận Bình Thạnh, chúng tôi ghi nhận độ bệnh nhân bị ĐTĐ chiếm đa số, với độ tuổi ≥ 40 , phần lớn là nam giới, thời gian nhiễm HIV và điều trị ARV kéo dài. Phân tích hồi quy cho thấy tuổi cao, thừa cân béo phì, hút thuốc lá và tiền sử gia đình BKLN có liên quan đến khả năng mắc THA và/hoặc ĐTĐ cao hơn; riêng thời gian nhiễm HIV hoặc điều trị ARV từ 5 năm trở lên, sử dụng rượu bia và giới tính nam liên quan chủ yếu với ĐTĐ. Về quản lý, dù phần lớn người bệnh THA và ĐTĐ đã được điều trị, tỷ lệ được sàng lọc BKLN trong năm và có hồ sơ quản lý mạn tính còn thấp; các phỏng vấn sâu chỉ ra nhiều rào cản về nhân lực, tài chính, tổ chức dịch vụ và kỳ thị trong triển khai mô hình tích hợp HIV và BKLN.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ THA ở bệnh nhân HIV là 10,8%, kết quả này cao hơn một số nghiên cứu tại tuyến huyện/thị xã, như nghiên cứu tại Bến Cát, Bình Dương, nơi tỷ lệ THA ở bệnh nhân HIV điều trị ARV khoảng 7,8%, nhưng thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối như Trung tâm Bệnh Nhiệt đới, bệnh viện Bạch Mai và thấp hơn khoảng ước tính 20% trong tổng quan trên người nhiễm HIV tại nhiều quốc gia.^{3,4,8} Sự khác biệt này có thể phản ánh bối cảnh đa dạng về tuổi, thời gian nhiễm HIV, cấu trúc phác đồ ARV và khả năng tiếp cận dịch

vụ giữa tuyến cơ sở và tuyến cuối.^{3,4,8} Dù tỷ lệ THA chưa ở mức rất cao và quần thể nghiên cứu còn tương đối trẻ, phần lớn vẫn ở trong độ tuổi lao động, kết quả này cho thấy THA đã trở thành một vấn đề sức khỏe mạn tính cần được quan tâm và kiểm soát sớm ở người sống chung với HIV.^{9,10}

Ngược lại, tỷ lệ ĐTĐ chiếm 40,3% là con số đáng lo ngại. Một số nghiên cứu trong nước ở người nhiễm HIV cho thấy tỷ lệ ĐTĐ dao động khá rộng, từ khoảng 1,7 đến trên 40% tùy bối cảnh nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán, song vẫn cao hơn rõ rệt so với ước tính 5,4% trong tổng quan hệ thống ở vùng Hạ Sahara Châu Phi.^{3,4,9} Sự khác biệt này có thể là do quần thể nghiên cứu tập trung tại một quận nội thành, nơi người bệnh có cơ hội được xét nghiệm đường huyết thường xuyên hơn, cùng với tỷ lệ thừa cân, béo phì và thời gian điều trị ARV kéo dài.^{11,12} Dù vậy, ngay cả khi tính đến khác biệt về tiêu chuẩn chẩn đoán và sàng lọc, tỷ lệ ĐTĐ cao vẫn cho thấy nhu cầu cấp thiết phải lồng ghép tầm soát và điều trị ĐTĐ như một phần thường quy trong chăm sóc người bệnh HIV.^{10,12}

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhiều yếu tố kinh điển của BKLN trong quần thể chung cũng xuất hiện ở người sống chung với HIV. Cụ thể là bệnh nhân lớn tuổi với độ tuổi ≥ 40 có khả năng mắc THA và ĐTĐ cao hơn rõ so với nhóm trẻ hơn, điều này phù hợp với bằng chứng rằng lão

hóa là yếu tố quan trọng nhất của THA, ĐTĐ và bệnh tim mạch ở cả người có và không có HIV.^{8,13} Bên cạnh đó, BMI ≥ 25 kg/m² có liên quan đến khả năng mắc THA và ĐTĐ cao hơn, kết quả tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy bệnh nhân thừa cân béo phì sau khởi trị ARV làm tăng kháng insulin, rối loạn chuyển hóa lipid và gánh nặng tim mạch.¹² Thời gian nhiễm HIV và điều trị ARV từ 5 năm trở lên cho thấy có mối liên quan đến khả năng mắc THA và ĐTĐ cao hơn, kết quả phù hợp với giả thuyết về tác động lâu dài của viêm mạn tính do HIV, suy giảm miễn dịch, cùng độc tính chuyển hóa của một số phác đồ ARV lên hệ tim mạch, chuyển hóa đường và lipid. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận mối liên quan giữa thời gian điều trị ARV và hội chứng chuyển hóa, cũng cố nhận định cần theo dõi đường huyết và lipid không chỉ trong giai đoạn đầu mà suốt quá trình điều trị.^{11,12}

Các hành vi nguy cơ cũng đóng vai trò đáng kể. Cụ thể, hút thuốc lá liên quan đến khả năng mắc THA và ĐTĐ cao hơn, phù hợp với các nghiên cứu về tác động của nicotine lên hệ thần kinh giao cảm và tổn thương nội mô mạch máu.^{8,9,14} Sử dụng rượu bia liên quan đến ĐTĐ, tương ứng với các bằng chứng cho thấy uống nhiều rượu bia làm tăng kháng insulin, rối loạn chuyển hóa lipid và tăng cân.¹⁵ Trong bối cảnh tỷ lệ sử dụng rượu bia và hút thuốc ở nam giới Việt Nam vẫn ở mức cao, việc lồng ghép tư vấn giảm sử dụng rượu bia và thuốc lá vào chăm sóc tích hợp HIV và BKLN là hết sức cần thiết.^{3,16} Ngoài ra, kết quả nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan giữa mức độ hoạt động thể lực và ĐTĐ, điều này khác với các nghiên cứu cho thấy hoạt động thể lực thường xuyên giúp cải thiện nhạy cảm insulin và kiểm soát cân nặng.¹⁷ Tiền sử gia đình THA và/hoặc ĐTĐ có liên quan đến tình trạng mắc BKLN trong nghiên cứu, nhấn mạnh sự tương tác giữa yếu tố di truyền và

môi trường sống chung (như chế độ ăn, thói quen vận động và mô hình sinh hoạt).^{18,19}

Về mặt chính sách, Việt Nam đã ban hành hướng dẫn quản lý BKLN tại trạm y tế xã và hướng dẫn điều trị, chăm sóc HIV/AIDS theo tiếp cận chăm sóc toàn diện.⁶ Tuy nhiên, dữ liệu phân tích hoạt động cho thấy chỉ khoảng một phần ba người bệnh HIV được sàng lọc BKLN trong năm và tỷ lệ có hồ sơ quản lý mạn tính đầy đủ rất thấp, cho thấy mô hình hiện tại chủ yếu ở mức “phối hợp” giữa các chương trình, chưa đạt “tích hợp đồng bộ” như khuyến cáo.⁶ Các kết quả định lượng cho thấy chuỗi quản lý BKLN trong chăm sóc HIV tương đối hiệu quả ở khâu xử trí/chuyển gửi ban đầu, nhưng còn khoảng trống đáng kể ở sàng lọc thường quy và theo dõi dài hạn thông qua hồ sơ. Phát hiện định tính làm rõ các nguyên nhân mang tính hệ thống của những khoảng trống này. Thể hiện qua quá tải và hạn chế năng lực nhân sự, rào cản tài chính đối với xét nghiệm/điều trị, thiếu tích hợp hệ thống thông tin y tế cho BKLN. Từ đó gợi ý ưu tiên can thiệp ở mức hệ thống bao gồm chuẩn hóa quy trình, tăng cường năng lực và tích hợp dữ liệu HIV-BKLN. Những rào cản này tương đồng với các mô hình tích hợp chăm sóc HIV và BKLN tại Châu Phi, nơi thiếu nhân lực và tài chính, dữ liệu phân mảnh và thiếu hướng dẫn thực hành chi tiết là các trở ngại phổ biến.¹²

Mặt khác, nghiên cứu cũng chỉ ra một số yếu tố thuận lợi có thể tận dụng. Nhân viên y tế nhấn mạnh vai trò hỗ trợ của gia đình và cộng đồng đối với tuân thủ điều trị ARV và BKLN, phù hợp với nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh cho thấy gia đình hạt nhân là nguồn hỗ trợ quan trọng cho người điều trị HIV mạn.²⁰ Các nghiên cứu khác cũng cho thấy can thiệp giảm kỳ thị, tăng cường kỹ năng đối phó và hỗ trợ xã hội giúp cải thiện kết quả điều trị HIV và sức khỏe tâm thần.¹⁶ Do đó, khi thiết kế mô hình tích hợp HIV-BKLN tại tuyến cơ sở, cần xem gia đình

và mạng lưới cộng đồng là một cấu phần can thiệp, song song với chuẩn hóa gói dịch vụ tích hợp (sàng lọc THA, ĐTĐ, rối loạn lipid, đánh giá yếu tố nguy cơ), phát triển hồ sơ bệnh án điện tử dùng chung cho chương trình HIV và BKLN, và điều chỉnh chính sách BHYT nhằm giảm chi trả trực tiếp cho người bệnh.¹⁶

Nghiên cứu có một số điểm mạnh. Thứ nhất, đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại tuyến cơ sở đô thị ở Việt Nam mô tả đồng thời tỷ lệ THA và ĐTĐ, các yếu tố liên quan và thực trạng tổ chức quản lý tích hợp mô hình chăm sóc HIV và BKLN, cung cấp bằng chứng hữu ích cho hoạch định chính sách ở tuyến cơ sở. Thứ hai, nghiên cứu chọn ngẫu nhiên hệ thống từ khung người bệnh đang điều trị ARV, giúp hạn chế thiên lệch chọn mẫu. Thứ ba, việc kết hợp dữ liệu định lượng với thông tin định tính từ nhân viên y tế cho phép hiểu rõ hơn bối cảnh triển khai thực tế, các rào cản và yếu tố thuận lợi của mô hình tích hợp.

Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng có những hạn chế cần lưu ý. Cụ thể, thiết kế của nghiên cứu là cắt ngang, nên không cho phép suy luận mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và BKLN; các kết quả về sự khác biệt mang tính gợi ý giả thuyết và cần được kiểm chứng thêm bằng các nghiên cứu phân tích hoặc nghiên cứu theo dõi trong tương lai. Thêm vào đó, kết quả nghiên cứu này có thể ước lượng tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường cao hơn so với dân số HIV chung do dân số nghiên cứu của chúng tôi đa số là người trên 40 tuổi - đây là nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc tăng huyết áp và đái tháo đường. Kết quả tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ này cần được xem xét thận trọng trong bối cảnh hạn chế về công cụ chẩn đoán và đặc điểm dân số đặc thù trên bệnh nhân HIV/AIDS. Một số biến hành vi như hút thuốc, uống rượu bia, ăn muối, vận động được thu thập qua tự báo cáo nên có thể chịu ảnh hưởng của sai số nhớ

lại. Nghiên cứu được thực hiện tại một TTYT ở TP. Hồ Chí Minh nên khả năng khái quát cho các địa phương khác còn hạn chế. Ngoài ra, chẩn đoán ĐTĐ dựa trên glucose huyết tương lúc đói, chưa sử dụng các thăm dò khác như nghiệm pháp dung nạp glucose hoặc HbA1c nên có thể bỏ sót một số trường hợp. Mặc dù nghiên cứu đã sử dụng hồi quy logistic đa biến để kiểm soát một số yếu tố nhiễu quan trọng như tuổi, BMI và thời gian điều trị ARV, vẫn có khả năng tồn tại nhiễu như sự khác biệt các phác đồ ARV và tác động chuyển hóa của từng loại thuốc. Trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu thuần tập đa trung tâm theo dõi dài hạn quần thể người nhiễm HIV để đánh giá xuất hiện mới và tiến triển của THA, ĐTĐ, các biến cố tim mạch, thận và hiệu quả của các mô hình can thiệp tích hợp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc THA và ĐTĐ ở người nhiễm HIV đang điều trị là 10,8% và 40,3%, tập trung ở nhóm lớn tuổi hơn, thừa cân béo phì, tiền sử gia đình có BKLN kèm các hành vi nguy cơ như hút thuốc lá. Riêng đối với ĐTĐ, thời gian nhiễm HIV và điều trị ARV từ 5 năm trở lên và sử dụng rượu bia liên quan đến khả năng mắc bệnh cao hơn. Công tác quản lý BKLN hiện mới ở mức phối hợp, trong khi sàng lọc và quản lý mạn tính chưa nhất quán, còn hạn chế rõ ở sàng lọc và quản lý hồ sơ. Vì vậy, trung tâm y tế cần thiết lập cơ chế chuyển gửi hiệu quả và phát triển mô hình phối hợp quản lý HIV - bệnh không lây nhiễm một cách hệ thống, nhằm nâng cao khả năng phát hiện, điều trị và theo dõi liên tục cho người bệnh.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi chân thành cảm ơn bệnh nhân và lãnh đạo trung tâm đã cho phép chúng tôi thu thập dữ liệu và thực hiện các xét nghiệm trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, et al. Integrating HIV services and other health services: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2021; 18(11): e1003836.
2. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2015; 15(7): 810-818.
3. Đỗ Duy Cường, Đoàn Thu Trà. Thực trạng tăng huyết áp trên bệnh nhân HIV điều trị ARV tại trung tâm Bệnh Nhiệt Đới, bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 525(1b): 81-86.
4. Nguyễn Hồng Chương, Huỳnh Minh Chín, Nguyễn Hữu Hoà. Tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm ở bệnh nhân HIV đang điều trị ARV tại Phòng Khám Ngoại trú thuộc Trung tâm Y tế Thị xã Bến Cát Bình Dương năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024; 539(1): 93-97.
5. Ủy ban nhân dân quận Bình Thạnh Kế hoạch triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS và can thiệp giảm tác hại năm 2024. Thành phố Hồ Chí Minh; 2024.
6. Bộ Y tế. Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ Y tế về việc Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại Trạm Y tế xã. Hà Nội; 2019b.
7. Bộ Y tế. Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2”. Hà Nội; 2020.
8. Davis K, Perez-Guzman P, Hoyer A, et al. Association between HIV infection and hypertension: a global systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *BMC Med.* 2021; 19(1): 105.
9. Moyo-Chilufya M, Maluleke K, Kgarosi K, Muyoyeta M, Hongor C, Musekiwa A. The burden of non-communicable diseases among people living with HIV in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2023; 65: 102255.
10. World Health Organization. Integrating the prevention and control of noncommunicable diseases in HIV/AIDS, tuberculosis, and sexual and reproductive health programmes: implementation guidance. Switzerland. 2023; Accessed November 19, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061682>.
11. Duncan AD, Goff LM, Peters BS. Type 2 diabetes prevalence and its risk factors in HIV: A cross-sectional study. *PloS one.* 2018; 13(3): e0194199.
12. Hadavandsiri F, Shafaati M, Mohammad Nejad S, et al. Non-communicable disease comorbidities in HIV patients: diabetes, hypertension, heart disease, and obstructive sleep apnea as a neglected issue. *Sci Rep.* 2023; 13(1): 12730.
13. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Switzerland. 2021; Accessed November 19, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>.
14. Nagao T, Nogawa K, Sakata K, et al. Effects of Alcohol Consumption and Smoking on the Onset of Hypertension in a Long-Term Longitudinal Study in a Male Workers' Cohort. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(22): 11781.
15. Song J, Lin WQ. Association between alcohol consumption and incidence of type 2 diabetes mellitus in Japanese men: a secondary analysis of a Retrospective Cohort Study. *BMC Endocr Disord.* 2023; 23(1): 91.

16. Tran BX, Dang AK, Vu GT, et al. Patient satisfaction with HIV services in Vietnam: Status, service models and association with treatment outcome. *PloS one*. 2019; 14(11): e0223723.
17. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Fact sheet. 2024; Accessed November 19, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
18. Son M, Heo YJ, Hyun HJ, Kwak HJ. Effects of Marital Status and Income on Hypertension: The Korean Genome and Epidemiology Study (KoGES). *J Prev Med Public Health*. 2022; 55(6): 506-519.
19. Appiah D, Schreiner PJ, Selvin E, Demerath EW, Pankow JS. Spousal diabetes status as a risk factor for incident type 2 diabetes: a prospective cohort study and meta-analysis. *Acta Diabetol*. 2019; 56(6): 619-629.
20. Lê Minh Giang, Đào Thị Diệu Thúy, Nguyễn Thu Trang. Mức độ hỗ trợ của gia đình cho bệnh nhân điều trị HIV muộn tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2017. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2021; 144(8).

Summary

MANAGEMENT OF NONCOMMUNICABLE DISEASES AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS RECEIVING ANTIRETROVIRAL THERAPY AT HO CHI MINH CITY

With antiretroviral therapy (ART) prolonging survival among people living with HIV/AIDS and the disease burden shifting towards noncommunicable diseases (NCDs), this study assessed the prevalence of hypertension and diabetes, associated factors and NCD management among people with HIV. A cross-sectional mixed-methods study was conducted among 380 adults on ART at Binh Thanh District Health Center, Ho Chi Minh City, in 2025. The prevalences of hypertension and diabetes were 10.8% and 40.3%, respectively. Higher odds of hypertension and/or diabetes were observed in patients ≥ 40 years old, with BMI ≥ 25 kg/m², positive family history of NCDs, smokers and alcohol use; diabetes was additionally associated with male gender. Although most patients with hypertension/diabetes did receive treatment, NCD screening was not yet routine and chronic disease records were incomplete. Strengthening an integrated HIV and NCD treatment through improved referral linkages, standardized workforce capacity, and enhanced health information systems is essential to ensure continuity and quality of care for PLHIV.

Keywords: People living with HIV, noncommunicable diseases, management.