EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS AND ANTIRETROVIRAL TREATMENT OUTCOMES AMONG ADOLESCENTS LIVING WITH HIV IN HO CHI MINH CITY

Vuong Minh Nhut[1*], Nguyen Hoang Nhi[1], Duong Minh Hai[2], Thai Duc Luan[3], Vo Trieu Ly[4]

[1]*School of Medicine, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, 217 Hong Bang Street, Cho Lon Ward, HCM City, Viet Nam*
[2]*Ho Chi Minh City Center for Disease Control, 366A Au Duong Lan Street, Chanh Hung Ward, HCM City, Vietnam*
[3]*University of Health Sciences – Vietnam National University Ho Chi Minh City, Administrative Building YA1, Hai Thuong Lan Ong Street, VNU-HCM Urban Area, Dong Hoa Ward, HCM City*
[4]*Hospital for Tropical Diseases, 764 Vo Van Kiet Street, Cho Quan Ward, HCM City, Vietnam*

Received: 18/05/2026
Reviced: 21/07/2026; Accepted: 19/11/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological and clinical characteristics, and to evaluate antiretroviral therapy (ART) outcomes among adolescents living with HIV.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among 116 adolescents living with HIV receiving ART at outpatient HIV clinics. Sociodemographic characteristics, transmission routes, clinical features, and treatment outcomes were collected through direct interviews and medical record review.

Results: Adolescents aged 16–19 years accounted for the majority of participants (86.2%), and males predominated (75.9%). Vertical and horizontal transmission were observed at nearly comparable proportions (51.7% vs. 48.3%). Overall, 93.1% of participants demonstrated good treatment adherence, 88.3% achieved viral suppression, and 61.2% had CD4 counts ≥500 cells/mm^3. Compared with the horizontally infected group, vertically infected adolescents initiated ART at a younger age (4 vs. 17 years; p<0.001), had a longer treatment duration (14 vs. 1.75 years; p<0.001). The distribution of CD4 count categories differed significantly between the vertical and horizontal transmission groups. The proportions with CD4 counts <200, 200–499, and ≥500 cells/mm^3 were 1.7%, 21.7%, and 76.7%, respectively, in the vertical transmission group, compared with 3.6%, 51.8%, and 44.6% in the horizontal transmission group (p < 0.01). In contrast, sexually transmitted infections were more common in the horizontally infected group (10.7% vs. 0%; p=0.01).

Conclusions: Adolescents living with HIV demonstrated a dual epidemiological pattern with relatively favorable treatment outcomes. Stratification by transmission route may play an important role in developing tailored models of care and targeted interventions.

Keywords: adolescent; mode of HIV acquisition; antiretroviral therapy; viral suppression; CD4.

*Corresponding author
Email: vuongminhnhut@ump.edu.vn **Phone**: (+84) 387829613 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7103

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ARV Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN NHIỄM HIV TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Vương Minh Nhựt[1], Nguyễn Hoàng Nhi[1], Dương Minh Hải[2], Thái Đức Luân[3], Võ Triều Lý[4]

[1]Trường Y, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, 217 Hồng Bàng, Phường Chợ Lớn, TP.HCM, Việt Nam
[2]Trung tâm kiểm soát bệnh tật TP. Hồ Chí Minh, 366A Âu Dương Lân, phường Chánh Hưng, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Trường Đại học Khoa học sức khỏe – Đại học quốc gia TP.HCM, Tòa nhà hành chính YA1, Đường Hải Thượng Lãn Ông, Khu Đô thị ĐHQG-HCM, Phường Đông Hòa, TP.HCM, Việt Nam
[4]Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, 764 Võ Văn Kiệt, Phường Chợ Quán, TP. HCM, Việt Nam

Ngày nhận bài: 18/05/2026
Ngày chỉnh sửa: 21/07/2026; Ngày duyệt đăng: 19/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và đánh giá đáp ứng điều trị ARV ở trẻ vị thành niên nhiễm HIV.

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, trên 116 trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV tại các phòng khám ngoại trú HIV. Các đặc điểm dân số – xã hội, nguồn lây, lâm sàng và kết quả điều trị được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp và hồ sơ bệnh án.

Kết quả: Nhóm tuổi 16–19 chiếm đa số (86,2%) và nam giới chiếm tỷ lệ cao (75,9%). Tỷ lệ lây truyền dọc và lây truyền ngang gần tương đương nhau (51,7% so với 48,3%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị đạt 93,1%; 88,3% đạt ức chế virus và 61,2% có CD4 ≥500 tế bào/mm^3. So với nhóm lây truyền ngang, nhóm lây truyền dọc khởi trị sớm hơn (4 so với 17 tuổi; p<0,001), có thời gian điều trị dài hơn (14 so với 1,75 năm; p<0,001) và phân bố các mức CD4 khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm lây truyền dọc và lây truyền ngang (p < 0,0), với tỷ lệ CD4 <200, 200–499 và ≥500 tế bào/mm^3 lần lượt là 1,7%, 21,7% và 76,7% ở nhóm lây truyền dọc, so với 3,6%, 51,8% và 44,6% ở nhóm lây truyền ngang (p < 0,01). Ngược lại, bệnh lây truyền qua đường tình dục gặp nhiều hơn ở nhóm lây truyền ngang (10,7% so với 0%; p=0,01).

Kết luận: Trẻ vị thành niên nhiễm HIV có mô hình dịch tễ kép với đáp ứng điều trị tương đối tốt. Phân tầng theo nguồn lây có ý nghĩa trong xây dựng mô hình chăm sóc và can thiệp phù hợp.

Từ khóa: vị thành niên; nguồn lây HIV; điều trị ARV; ức chế virus; CD4.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS vẫn là một vấn đề sức khỏe toàn cầu, mặc dù tỷ lệ mắc mới và tử vong đã giảm đáng kể nhờ liệu pháp kháng retrovirus và các chương trình dự phòng [1, 2]. Tuy nhiên, mức độ cải thiện không đồng đều giữa các nhóm tuổi. Ở trẻ nhỏ, số ca nhiễm và tử vong giảm mạnh, trong khi ở nhóm vị thành niên (10–19 tuổi), tốc độ giảm chậm hơn đáng kể [2]. Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp với nhiều thay đổi về sinh học, tâm lý và xã hội, làm gia tăng nguy cơ tiếp xúc và lây nhiễm HIV. Bên cạnh đó, đáp ứng điều trị ARV ở thanh thiếu niên còn nhiều thách thức, chủ yếu liên quan đến tuân thủ điều trị và các yếu tố tâm lý – xã hội. Mặc dù nhiều nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ cao, tỷ lệ ức chế virus ở nhóm này vẫn chưa đạt mức tối ưu [3].

Ngoài ra, đặc điểm nguồn lây trong nhóm tuổi này thay đổi theo thời gian và bối cảnh dịch tễ [4-6]. Tại Việt Nam, mô hình dịch tễ HIV đang chuyển dịch, với sự gia tăng tỷ lệ nhiễm trong nhóm nam trẻ, đặc biệt ở nam quan hệ tình dục đồng giới, trong khi lây truyền từ mẹ sang con đã được kiểm soát tốt hơn [1, 4]. Trước những thay đổi về mô hình lây truyền và những thách thức trong điều trị, việc nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và đáp ứng điều trị ARV ở trẻ vị thành niên nhiễm HIV là cần thiết nhằm đề xuất các biện pháp quản lý và can thiệp phù hợp.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Tháng 09/2024 - 09/2025 tại phòng khám ngoại trú HIV quận 1, quận 4, Tân Phú và Bình Chánh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Bệnh nhân từ 10 – 19 tuổi, (2) Được chẩn đoán nhiễm HIV, (3) Điều trị ARV ≥ 6 tháng và (4) Đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Không thể hoàn thành phỏng vấn nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu:

Công thức ước lượng tỷ lệ được sử dụng. Với khoảng tin cậy 95% (= 1,96), sai số d = 0,09, và p = 0,63, dựa theo tỷ lệ lây truyền qua đường tình dục ở nhóm 15 – 24 tuổi của Bernadette N. Ng'eno (2018) [6]. Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 110 người tham gia.

2.5. Biến số nghiên cứu:

Các thông tin được thu thập bao gồm: (1) đặc điểm dịch tễ - xã hội học trẻ: tuổi, giới tính, nghề nghiệp, học vấn, nguồn lây; (2) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Giai đoạn lâm sàng theo WHO, CD4 gần nhất, HIV RNA; (3) Phác đồ ARV, tuân thủ điều trị và đáp ứng điều trị.

*Tác giả liên hệ
Email: vuongminhnhut@ump.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 387829613 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7103

Tuân thủ điều trị ARV được đánh giá bằng số lần quên thuốc do người bệnh tự báo cáo trong 30 ngày gần nhất. Tuân thủ tốt khi quên ≤1 lần/tháng với phác đồ 1 lần/ngày hoặc ≤3 lần/tháng với phác đồ 2 lần/ngày; các trường hợp còn lại được xếp là tuân thủ không tốt.

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam, HIV RNA được xét nghiệm sau 6 tháng, 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị ARV và định kỳ mỗi 12 tháng sau đó; CD4 được theo dõi định kỳ 6 tháng một lần cho đến khi người bệnh ổn định về miễn dịch và vi-rút. Trong nghiên cứu, HIV RNA được ghi nhận từ kết quả gần nhất trong vòng 12 tháng trước thời điểm thu nhận, còn CD4 được ghi nhận từ kết quả gần nhất trong hồ sơ bệnh án. Ức chế siêu vi được định nghĩa là HIV RNA < 50 copies/mL; CD4 được chia thành các mức: <200, 200–499 và ≥500 tế bào/mm^3.

2.6. Phương pháp thu thập:

Bệnh nhân đến khám tại địa điểm nghiên cứu đủ điều kiện vào nghiên cứu được tư vấn tham gia. Nghiên cứu viên trực tiếp phỏng vấn bệnh nhân, thu thập thông tin điền vào phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu:

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 27. Các biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm, trong khi các biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy theo phân phối dữ liệu. Các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị được so sánh giữa nhóm lây truyền dọc và lây truyền ngang. Phép kiểm Chi-bình phương hoặc Fisher's exact được sử dụng cho các biến định tính; phép kiểm t Student hoặc Mann–Whitney được sử dụng cho các biến định lượng. Giá trị p <0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8. Đạo đức nghiên cứu:

Là nghiên cứu quan sát, được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (Quyết định số 2153/QĐ–ĐHYD ngày 06 tháng 06 năm 2024).

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, có 132 trẻ vị thành niên đến khám tại các địa điểm nghiên cứu. Trong số này, 9 trẻ mới bắt đầu điều trị ARV trong vòng 6 tháng và 7 trẻ không đồng ý tham gia; do đó, 116 trẻ được thu nhận vào nghiên cứu. Số trẻ được thu nhận tại các phòng khám HIV Bình Chánh, Quận 1, Quận 4 và Tân Phú lần lượt là 50, 21, 15 và 30 trẻ.

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

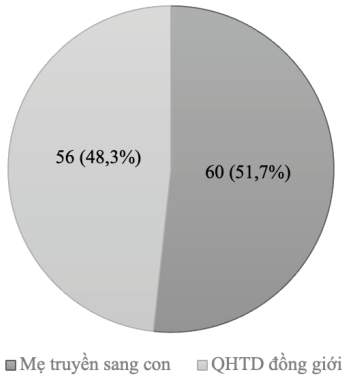
Nhóm tuổi 16–19 chiếm đa số (86,2%) và nam giới chiếm 75,9%. Hơn một nửa có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên (55,2%) và 61,2% có học vấn phù hợp tuổi. Phần lớn đối tượng còn đi học (46,6%) và sống với cha mẹ hoặc người thân (87%). Tỷ lệ rối loạn lo âu, sử dụng chất gây nghiện và bệnh lây truyền qua đường tình dục lần lượt là 1,7%; 2,6% và 5,2%.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu (n = 116)

Đặc điểm	Tần số (tỉ lệ)
Đặc điểm dân số - xã hội học	
Tuổi	
10-15	16 (13,8)
16-19	100 (86,2)
Nam	88 (75,9)
Trình độ học vấn	
Dưới cấp 3	52 (44,8)
Từ cấp 3 trở lên	64 (55,2)
Trình độ học vấn phù hợp tuổi	71 (61,2)
Nghề nghiệp	
Còn đi học	54 (46,6)
Lao động tay chân	39 (33,6)
Khác	23 (19,8)
Người sống chung	
Với cha mẹ	65 (56)
Với người thân	36 (31)
Cô nhi viện/ sống một mình	15 (13)
Đặc điểm tâm lý và bệnh đồng mắc	
Rối loạn lo âu	2 (1,7)
Sử dụng chất gây nghiện	3 (2,6)
Mắc bệnh lây qua đường tình dục	6 (5,2)

3.2. Đặc điểm đường lây truyền HIV

Nguồn lây HIV chủ yếu gồm lây truyền dọc từ mẹ sang con (51,7%) và lây truyền qua quan hệ tình dục đồng giới (48,3%).



Biểu đồ 1. Phân bố đường lây truyền HIV trong mẫu nghiên cứu (n = 116)

3.3. Đáp ứng điều trị ARV

Tuổi phát hiện nhiễm HIV trung vị là 8,5 tuổi và thời gian điều trị ARV trung vị là 9 năm. Phần lớn bệnh ở giai đoạn lâm sàng sớm (97,4%) và sử dụng phác đồ TDF/3TC/DTG (97,4%). Tỷ lệ tuân thủ điều trị đạt 93,1%; 61,2% đạt CD4 ≥500 tế bào/mm^3. Có 103 bệnh nhân có kết quả HIVRNA trong vòng 1 năm trở lại, trong đó 91 (88,3%) bệnh nhân đạt ức chế siêu vi.

Bảng 2. Đáp ứng điều trị ARV

Đặc điểm	Tần số (tỉ lệ)
Tuổi phát hiện nhiễm HIV, trung vị (TPV)	8,5 (2 – 18)
Giai đoạn lâm sàng lúc phát hiện bệnh	
Giai đoạn 1,2	113 (97,4)
Giai đoạn 3,4	3 (2,6)
Thời gian điều trị ARV (năm)	9 (1,5 – 14,5)
Phác đồ điều trị ARV	
TDF/3TC/DTG	113 (97,4)
Khác	3 (2,6)
Tuân thủ điều trị	108 (93,1)

Đặc điểm	Tần số (tỉ lệ)
Ức chế siêu vi (n = 103)	91 (88,3)
CD4 gần nhất (tế bào/mm^3)	
< 200	3 (2,6)
200 – 499	42 (36,2)
≥ 500	71 (61,2)

3.4. So sánh đặc điểm trẻ vị thành niên nhiễm HIV theo nguồn lây

So sánh giữa nhóm lây truyền dọc (n=60) và lây truyền ngang (n=56) cho thấy nhiều khác biệt có ý nghĩa thống kê. So với nhóm lây truyền dọc, nhóm lây truyền ngang có tuổi lớn hơn, toàn bộ là nam giới, tỷ lệ sống một mình và mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục cao hơn (p<0,05). Nhóm lây truyền dọc bắt đầu điều trị ARV sớm hơn, có thời gian điều trị dài hơn, số lượng tế bào CD4 tốt hơn với tỷ lệ CD4 <200, 200–499 và ≥500 tế bào/mm^3 lần lượt là 1,7%, 21,7% và 76,7% ở nhóm lây truyền dọc, so với 3,6%, 51,8% và 44,6% (p<0,01).

Bảng 3. So sánh đặc điểm dân số - xã hội học và tình trạng nhiễm HIV theo đường lây truyền

Biến số	Lây truyền dọc (n=60)	Lây truyền ngang (n=56)	p
Nam	32 (53,3)	56 (100)	<0,001
Tuổi, trung vị (IQR)	16 (16–19)	18 (17–19)	0,03
Trình độ học vấn phù hợp tuổi	31 (51,7)	40 (71,4)	0,03
Sống một mình	1 (1,7)	14 (25)	<0,001
Rối loạn lo âu	1 (1,7)	1 (1,8)	1,00
Mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục	0 (0)	6 (10,7)	0,01
Tuổi bắt đầu ARV, trung vị (IQR)	4 (1–12)	17 (16–18)	<0,001
Giai đoạn lâm sàng 3,4 lúc phát hiện	1 (1,7)	2 (3,6)	0,61*
Thời gian điều trị ARV	14 (14-17)	1,75 (1-2)	<0,001
Tuân thủ điều trị	54 (90,0)	54 (96,4)	0,27*
Ức chế siêu vi (n=103)	52/60 (86,7)	39/43 (90,7)	0,53
CD4 gần nhất (tế bào/mm^3)			
< 200	1 (1,7%)	2 (3,6%)	< 0,01
200 – 499	13 (21,7%)	29 (51,8%)	
≥ 500	46 (76,7%)	25 (44,6%)	

*: *Phép kiểm Fisher's Exact*

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mẫu nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm thanh thiếu niên lớn (16–19 tuổi) và nam giới chiếm ưu thế (Bảng 1). Cấu trúc này phù hợp với xu hướng dịch tễ HIV ở nhóm thanh thiếu niên trong nghiên cứu với tỷ lệ lây truyền qua quan hệ đồng giới chiếm gần phân nửa (Biểu đồ 1). Tổng quan dịch tễ toàn cầu cũng cho thấy thanh thiếu niên là nhóm dễ tổn thương, chịu ảnh hưởng đồng thời của yếu tố sinh học, hành vi và xã hội, đặc biệt trong giai đoạn bắt đầu hoạt động tình dục và hình thành hành vi nguy cơ [5].

Trình độ học vấn của đối tượng nhìn chung tương đối phù hợp với tuổi, với hơn một nửa đạt từ cấp 3 trở lên và khoảng 61% có học vấn tương đương tuổi. Kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu tại cơ sở nhi khoa, nơi tỷ lệ học vấn phù hợp tuổi có thể đạt trên 80% [4], phản ánh khả năng gián đoạn học tập ở nhóm sống chung với HIV, đặc biệt khi phải điều trị kéo dài và đối mặt với các yếu tố tâm lý – xã hội.

Về hoàn cảnh sống, đa số đối tượng sống với cha mẹ hoặc người thân, tương tự các nghiên cứu khu vực Đông Nam Á cho thấy người chăm sóc chính thường là gia đình sinh học hoặc họ hàng. Đây là yếu tố bảo vệ quan trọng đối với tuân thủ điều trị và duy trì chăm sóc lâu dài ở thanh thiếu niên sống chung với HIV [3]. Tuy nhiên, vẫn tồn tại một tỷ lệ sống tại cơ sở nuôi dưỡng hoặc sống độc lập, phản ánh tính dễ tổn thương xã hội của nhóm này.

Các đặc điểm tâm lý và hành vi nguy cơ trong nghiên cứu tương đối ít gặp, song vẫn ghi nhận sử dụng chất và bệnh lây truyền qua đường tình dục. Nghiên cứu chỉ sử dụng những phương pháp sàng lọc thông thường để đánh giá các biến số này nên tỉ lệ có thể thấp hơn thực tế; vì cậy cần tăng cường tầm soát để đánh giá chính xác hơn cũng như có kế hoạch can thiệp phù hợp.

4.2. Đáp ứng điều trị

Kết quả nghiên cứu cho thấy đáp ứng điều trị ARV ở thanh thiếu niên nhìn chung khả quan, với tỷ lệ tuân thủ điều trị cao (93,1%) và phần lớn bệnh nhân đạt ức chế virus (88,3%). Đồng thời, đa số người tham gia có phục hồi miễn dịch tốt, với hơn 60% đạt CD4 ≥500 tế bào/mm^3 và tỷ lệ suy giảm miễn dịch nặng thấp. Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu tại cơ sở điều trị thanh thiếu niên trong khu vực, cho thấy điều trị ARV giúp cải thiện rõ rệt tình trạng lâm sàng, giảm tải lượng virus và duy trì chức năng miễn dịch ở nhóm tuổi này [4].

Các nghiên cứu khu vực Đông Nam Á cũng ghi nhận tỷ lệ tuân thủ ARV ở thanh thiếu niên có thể đạt trên 90% khi duy trì mô hình chăm sóc liên tục và hỗ trợ gia đình, đồng thời phần lớn bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ bậc một với kết quả miễn dịch và virus học thuận lợi ([3]. Điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, nơi phác đồ TDF/3TC/DTG chiếm ưu thế và góp phần đạt tỷ lệ ức chế virus cao.

Bên cạnh đó, bằng chứng từ các đoàn hệ châu Á-Thái Bình Dương cho thấy nhóm nhiễm từ mẹ, thường có thời gian điều trị kéo dài và có thể đạt phục hồi miễn dịch tốt nếu duy trì tuân thủ điều trị ổn định. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ ức chế virus ở thanh thiếu niên vẫn chưa đạt mục tiêu 95% của UNAIDS, phản ánh những thách thức đặc thù như mệt mỏi điều trị, chuyển tiếp chăm sóc và các yếu tố tâm lý – xã hội [7].

4.3. Nguồn lây HIV

Gần một nửa trẻ vị thành niên trong nghiên cứu nhiễm HIV qua quan hệ tình dục đồng giới (Biểu đồ 1), cho thấy xu hướng lây truyền chuyển dần sang đường tình dục ở nhóm tuổi lớn, tương tự nhiều báo cáo quốc tế [6]. Tại Việt Nam, mô hình dịch tễ cũng đã thay đổi: trong giai đoạn đầu của dịch, lây truyền chủ yếu qua đường máu và từ mẹ sang con, nhưng hiện nay quan hệ tình dục không an toàn đã trở thành đường lây chính, chiếm phần lớn ca nhiễm mới [1].

Bên cạnh đó, lây truyền từ mẹ vẫn chiếm hơn một nửa trong quần thể nghiên cứu, phản ánh nhóm bệnh nhân nhiễm dọc tiếp tục sống đến tuổi thanh thiếu niên nhờ

hiệu quả điều trị ARV [3]. Do đó, trẻ vị thành niên nhiễm HIV tại Việt Nam thể hiện mô hình dịch tễ kép, gồm lây truyền qua quan hệ tình dục đồng giới và nhóm nhiễm dọc cần chăm sóc lâu dài, đặt ra thách thức trong quản lý và can thiệp phù hợp.

Nhóm lây truyền dọc trong nghiên cứu bắt đầu điều trị sớm hơn và có thời gian điều trị dài hơn, phù hợp với các nghiên cứu khu vực châu Á-Thái Bình Dương cho thấy người nhiễm HIV từ mẹ thường có thời gian điều trị ARV kéo dài và quá trình chăm sóc liên tục từ nhi khoa sang người lớn [7]. Điều này góp phần giải thích sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và miễn dịch giữa hai nhóm; cụ thể tuy tỉ lệ đạt ức chế siêu vi của hai nhóm là như nhau nhưng phân bố CD4 ở nhóm lây truyền dọc tốt hơn.

Ngược lại, nhóm lây truyền ngang có tuổi lớn hơn, là nam giới và tỷ lệ bệnh lây truyền qua đường tình dục cao hơn, phù hợp với đặc điểm dịch tễ HIV ở thanh thiếu niên thuộc các nhóm nguy cơ như MSM và hành vi tình dục không an toàn [5]. Ngoài ra, nhóm nhiễm qua hành vi thường đối mặt với các yếu tố xã hội bất lợi như thiếu hỗ trợ gia đình, kỳ thị và khó khăn trong tiếp cận dịch vụ, có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị lâu dài [3].

Sự khác biệt về nguồn lây có ý nghĩa thực tiễn quan trọng. Nhóm nhiễm từ mẹ cần chú trọng điều trị lâu dài và chuyển tiếp chăm sóc, trong khi nhóm nhiễm qua hành vi cần tăng cường can thiệp sức khỏe sinh sản, dự phòng lây truyền và hỗ trợ tâm lý – xã hội. Vì vậy, phân tầng theo nguồn lây là cần thiết để xây dựng mô hình chăm sóc phù hợp cho thanh thiếu niên sống chung với HIV [7].

Thiết kế cắt ngang mô tả chưa cho phép đánh giá mối liên quan nhân quả. Nghiên cứu thực hiện tại một số phòng khám ngoại trú HIV ở TP.HCM nên khả năng khái quát còn hạn chế. Ngoài ra, một số thông tin về hành vi nguy cơ, tuân thủ được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp nên có thể bị sai lệch do tự khai báo. Ngoài ra, do xét nghiệm CD4 không còn được thực hiện thường quy ở bệnh nhân nhiễm HIV điều trị ổn định nên xét nghiệm CD4 trong nghiên cứu có thể chưa phản ánh chính xác tình trạng miễn dịch hiện tại

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trẻ vị thành niên nhiễm HIV có đặc điểm dịch tễ đa dạng, gồm nhóm lây truyền từ mẹ và nhóm lây qua quan hệ tình dục, đặc biệt ở MSM. Điều trị ARV đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ tuân thủ và ức chế virus cao, nhưng vẫn cần tăng cường dự phòng lây truyền qua đường tình dục và duy trì chăm sóc lâu dài cho nhóm nhiễm dọc.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Cục Phòng chống HIV/AIDS - Bộ Y tế. Định hướng năm 2023 và những năm tiếp theo: Hướng tới chấm dứt dịch bệnh AIDS vào năm 2030. Hà Nội, Việt Nam: Bộ Y tế; 2023.

[2] UNAIDS. Global and regional trends. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023.

[3] Yi S, Tuot S, Pal K, Khol V, Sok S, Chhoun P, et al. Characteristics of adolescents living with HIV receiving care and treatment services in antiretroviral therapy clinics in Cambodia: descriptive findings from a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):781. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3580-1

[4] Đỗ Thiện Hải, Đỗ Thị Thúy Hậu, Trịnh Thị Dung. Kết quả điều trị trẻ vị thành niên nhiễm HIV tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Nhi Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;549(2). https://doi.org/10.51298/vmj.v549i2.13811

[5] Idele P, Gillespie A, Porth T, Suzuki C, Mahy M, Kasedde S, et al. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;66 Suppl 2:S144-53. https://doi.org/10.1097/qai.0000000000000176

[6] Ng'eno BN, Kellogg TA, Kim AA, Mwangi A, Mwangi M, Wamicwe J, et al. Modes of HIV transmission among adolescents and young adults aged 10-24 years in Kenya. Int J STD AIDS. 2018;29(8):800-5. https://doi.org/10.1177/0956462418758115

[7] Phatharodom P, Maleesatharn A, Sudjaritruk T, Khusuwan S, Petoumenos K, Aurpibul L, et al. Differences in clinical characteristics between adolescents and young adults with perinatally and sexually acquired HIV in the Asia-Pacific region. J Int AIDS Soc. 2025;28(4):e26400. https://doi.org/10.1002/jia2.26400