

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHÂN ÁI

&!

LÊ VĂN HẠNG

BÁO CÁO TÓM TẮT ĐỀ TÀI
THEO DÕI ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ CỦA CÁC PHÁC ĐỒ ARV
CÓ DOLUTEGRAVIR TRÊN BỆNH NHÂN HIV/AIDS
TẠI BỆNH VIỆN NHÂN ÁI NĂM 2025

ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ
MÃ SỐ: CS/BVNA/2025/05

Đồng Nai 10/2025

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, tiền sử điều trị và theo dõi đáp ứng điều trị (lâm sàng, dinh dưỡng, vi rút học) của các phác đồ ARV có Dolutegravir (DTG) trên bệnh nhân HIV/AIDS.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được thực hiện trên 1136 bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị bằng DTG tại Bệnh viện Nhân Ái. Số liệu được thu thập qua phiếu khảo sát, bao gồm các thông tin về nhân khẩu học, bệnh đồng mắc, tiền sử điều trị và các chỉ số lâm sàng trước và sau khi sử dụng phác đồ DTG (thời gian theo dõi trung bình 37,6 tháng). Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS.

Kết quả: DTNC chủ yếu là nam giới (91,5%), dân tộc Kinh (96,1%), với yếu tố nguy cơ tiêm chích ma túy chiếm 99,6%. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển sang phác đồ DTG do tối ưu hóa là 82,6%. Tỷ lệ bệnh đồng mắc là 69,5%, với HCV chiếm cao nhất (59,4%). Sau điều trị, Giai đoạn Lâm sàng 1 tăng từ 88,2% lên 95%. Tỷ lệ thiếu cân giảm từ 27,1% xuống 20,4%; tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân/béo phì có xu hướng tăng từ 13,4% lên 20,7%. Tỷ lệ duy trì phác đồ DTG là 90,6%, với tỷ lệ tử vong thấp (0,6%).

Kết luận: Phác đồ ARV có DTG cho thấy hiệu quả vượt trội trong cải thiện tình trạng lâm sàng và duy trì tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ. Cần có chiến lược can thiệp dinh dưỡng để quản lý vấn đề tăng cân liên quan đến điều trị DTG.

Từ khóa: HIV/AIDS, Dolutegravir (DTG), TLD, Bệnh đồng mắc, Đáp ứng điều trị, Tăng cân.

1. Đặt vấn đề (Introduction)

Kể từ khi được phát triển, thuốc kháng retrovirus (ARV) đã thay đổi cơ bản tiến trình của dịch HIV/AIDS, biến nhiễm HIV từ một tình trạng tử vong chắc chắn thành một căn bệnh mạn tính. Trong những năm gần đây, Dolutegravir (DTG), một chất ức chế chuyển đổi chuỗi integrase (INSTI) thế hệ thứ hai, đã được ưu tiên sử dụng rộng rãi trên toàn cầu nhờ hiệu quả ức chế vi rút mạnh mẽ, rào cản kháng thuốc cao và khả năng dung nạp tốt.

Việt Nam, thông qua Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030, đã nhanh chóng chuyển đổi sang các phác đồ ARV có DTG, đặc biệt là phác đồ Tenofovir/Lamivudine/Dolutegravir (TLD), trong chương trình tối ưu hóa phác đồ điều trị. Việc triển khai này diễn ra trong bối cảnh đặc thù của Việt Nam, nơi nhóm bệnh nhân HIV có yếu tố nguy cơ tiêm chích ma túy (IDU) và có tỷ lệ bệnh đồng mắc cao (đặc biệt là viêm gan C và Lao) chiếm một phần đáng kể.

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá toàn diện đáp ứng điều trị của các phác đồ có DTG trên một quần thể lớn, phức tạp tại Bệnh viện Nhân Ái, từ đó cung

cấp bằng chứng thực tế quan trọng cho việc xây dựng các chính sách điều trị và quản lý lâu dài bệnh nhân HIV/AIDS trong nước.

2. Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu (Materials and Methods)

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Loại hình nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.
- **Cỡ mẫu:** 1136 phiếu khảo sát hợp lệ sau khi loại bỏ 289 phiếu trùng lặp, thiếu hoặc không hợp lệ.
- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị ARV bằng phác đồ có chứa DTG tại Bệnh viện Nhân Ái, có hồ sơ điều trị đầy đủ.
- **Thời gian nghiên cứu:** Năm 2025.

2.2. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- **Thu thập số liệu:** Sử dụng bộ câu hỏi và hồ sơ bệnh án để thu thập các thông tin sau:
 - Đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố nguy cơ.
 - Tình trạng lâm sàng ban đầu (GDLS, cân nặng/BMI, Tải lượng vi rút - TLVR).
 - Tiền sử điều trị (tỷ lệ bỏ trị, lý do chuyển sang DTG).
 - Kết quả sau điều trị (tình trạng lâm sàng hiện tại, thay đổi BMI, tỷ lệ duy trì phác đồ).
- **Định nghĩa:** Tăng cân được định nghĩa là sự gia tăng chỉ số BMI hoặc cân nặng có ý nghĩa thống kê.
- **Xử lý số liệu:** Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS. Sử dụng kiểm định Chi-squared, T-test mẫu ghép cặp để so sánh sự khác biệt trước và sau điều trị, và Hồi quy Logistic để tìm các yếu tố liên quan đến tăng cân. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được đặt tại $p < 0.05$.

3. Kết quả (Results)

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (**91,5%**), dân tộc Kinh (**96,1%**). Tuổi trung bình là $41,2 \pm 7,7$ tuổi, trong đó nhóm trên 40 tuổi chiếm ưu thế (**58,9%**). Đáng chú ý, yếu tố nguy cơ nghiện ma túy chiếm tỷ lệ cực kỳ cao (**99,6%**), phản ánh đặc thù của quần thể nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử bỏ trị là **31,1%**.

Về chiến lược điều trị, lý do chuyển sang phác đồ có DTG phần lớn là do **tối ưu hóa phác đồ (82,6%)**. Phác đồ điều trị phổ biến nhất là **TLD (Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir)** chiếm **99,4%**.

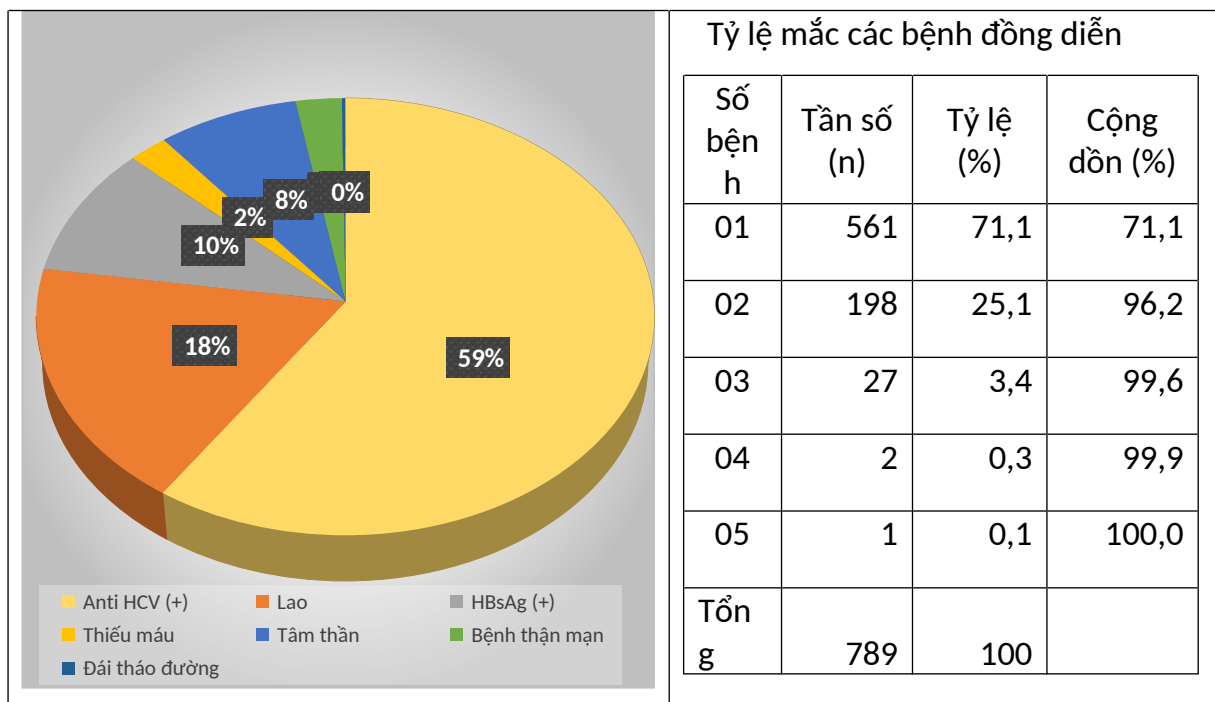
Xem Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học và tiền sử điều trị ban đầu)

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	1039	91,5
	Nữ	97	8,5
Tuổi ĐTNC	18-30	106	9,3
	31 đến 40	361	31,8
	> 40	669	58,9
Dân tộc	Dân tộc kinh	1092	96,1
	Dân tộc khác	44	3,9
Yếu tố nguy cơ nhiễm HIV	Nghiện ma túy	1132	99,6
	Quan hệ tình dục khác giới.	701	61,8
	MSM (nam QH đồng giới)	124	10,9
Đối tượng bệnh nhân	Nội trú	516	45,4
	Ngoại trú	620	54,6
BMI (lúc bắt đầu đt)	≤ 18,5 (Gầy, thiếu cân)	308	27,1
	18,5 – 22,9 (Trung bình)	666	58,6
	23 – 24,9 (Thừa cân)	108	9,5
	≥ 25 (Béo Phì)	54	4,8
Số lần bỏ trị ARV	Chưa lần nào	737	64,9
	01 lần	253	22,3
	02 lần	103	9,1
	03 lần trở lên	42	3,7
Giai đoạn lâm sàng HIV Lúc bắt đầu phác đồ có DTG	Giai đoạn 1	1001	88,2
	Giai đoạn 2	59	5,2
	Giai đoạn 3	58	5,1
	Giai đoạn 4	17	1,5
Lý do điều trị ARV phác đồ có DTG	Điều trị mới	144	12,6
	Tối ưu hóa phác đồ.	938	82,6
	Thất bại.	54	4,8

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tải lượng vi rút trước điều trị	Không có	310	27,3
	Có	826	72,7
Phân nhóm Tải lượng vi rút trước điều trị (n=826)	Không phát hiện hoặc <20	634	77
	20 - < 50	70	8
	50 - < 200	48	6
	200 - <1000	20	2
	>= 1000	54	7
Phác đồ điều trị HIV	TLD (kết hợp)	1105	97,3
	TLD (rời)	24	2,1
	AZT/3TC/DTG	4	0,4
	ABC/3TC/DTG	2	0,2

3.2. Bệnh đồng mắc

69,5% ĐTNC có ít nhất 01 bệnh đồng diễn. Viêm gan C (HCV) chiếm tỷ lệ cao nhất (**59,4%**), kế đến là Lao (**18%**), Viêm gan B (HBV) (**9,7%**) và Rối loạn Tâm thần (**7,9%**). Tỷ lệ đa bệnh đồng mắc (mắc 2 bệnh trở lên) là **28,9%**. Xem Biểu 1

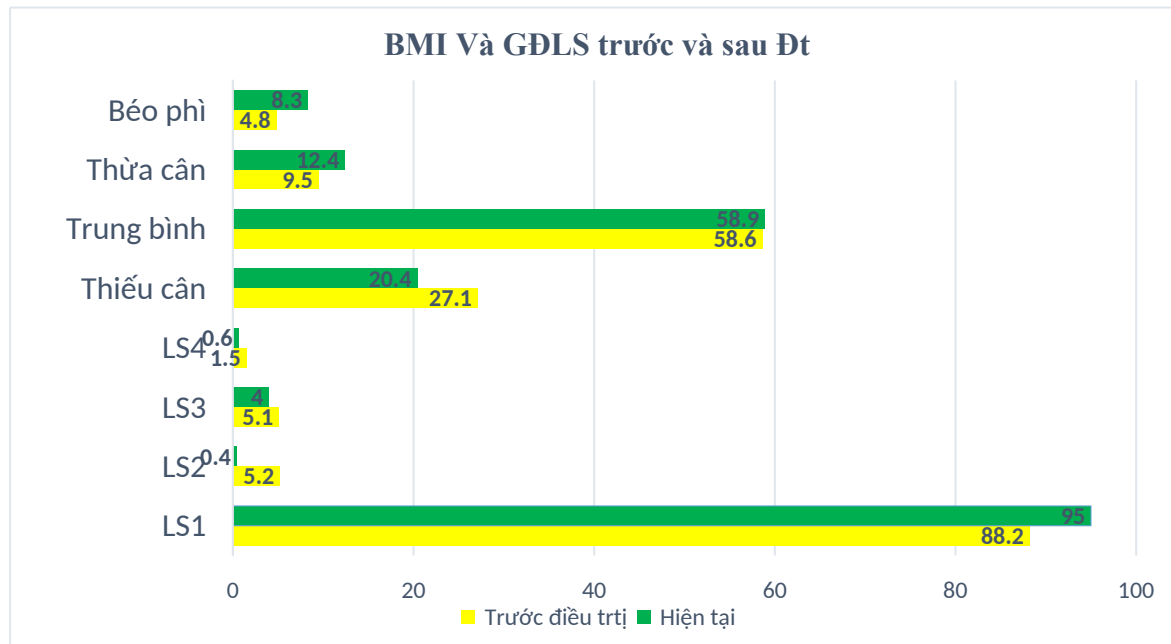


Biểu 1: Tỷ lệ các bệnh đồng mắc phổ biến

3.3. Thay đổi lâm sàng và dinh dưỡng

Tình trạng dinh dưỡng ban đầu ghi nhận tỷ lệ gầy, thiếu cân là **27,1%**, tỷ lệ thừa cân, béo phì là **13,4%**. Sau thời gian điều trị trung bình **37,6 tháng** bằng phác đồ DTG:

- **Cải thiện Giai đoạn Lâm sàng:** Tỷ lệ Giai đoạn Lâm sàng 1 tăng đáng kể từ 88,2% lên **95%**. Tỷ lệ GDLS 2, 3 và 4 đều giảm.
- **Cải thiện Thiếu cân:** Tỷ lệ thiếu cân giảm xuống còn **20,4%** ($p < 0.001$).
- **Xu hướng Tăng cân:** Tỷ lệ thừa cân/béo phì tăng từ 13,4% lên **20,7%** (Thừa cân 12,4% và Béo phì 8,3%). Kiểm định T-test mẫu ghép cặp cho thấy sự tăng BMI trung bình là **$1,05 \pm 2,73$** (CI 95% [0,50-1,60], $p < 0.001$). Xem Biểu 2



Biểu 2: So sánh Giai đoạn Lâm sàng và Tình trạng Dinh dưỡng trước và sau điều trị

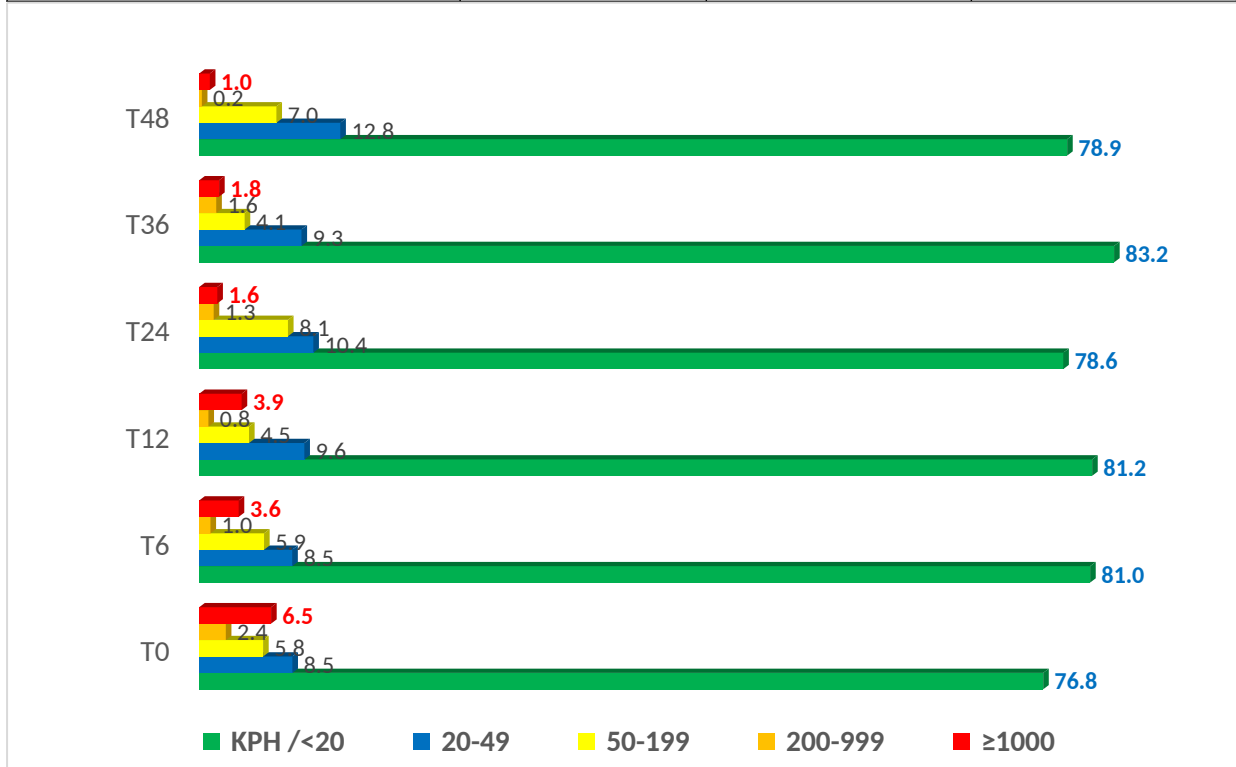
3.4 Kết quả đáp ứng về vi rút học:

ĐTNC được làm xét nghiệm TLVR trước khi điều trị bằng các phác đồ có DTG là 72,7% (826/1136) trong đó tỷ lệ dưới ngưỡng ức chế là 93,5%. Tỷ lệ được làm XN TLVR sau 6, 12, 24, 36 và 48 tháng lần lượt là 34,3; 54,4; 67,8; 52,7 và 95,8% tỷ lệ ức chế vi rút lần lượt đạt là 96,4; 96,1; 98,4; 98,2 và **99%**. Tỷ lệ ức chế tại thời điểm kết thúc nghiên cứu **đạt 98,2%**, trong đó ức chế tuyệt đối (KPH) giao động từ **79-83%**. Kết quả trên cho thấy tỷ lệ được làm xét nghiệm theo dõi định kỳ còn thấp, tỷ lệ ức chế vi rút có xu hướng tăng theo thời gian duy trì phác đồ có DTG (xem bảng, biểu phía dưới).

Bảng 2. Tải lượng vi rút HIV gần nhất

Chỉ số Cps/ml	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng %
Không phát hiện/dưới 20	878	77,3	77,3
20- < 50	147	12,9	90,2
50-<200	82	7,2	97,4

200-<1000	9	0,8	98,2
Từ 1000 trở lên	20	1,8	100,0
Tổng	1136	100,0	



Biểu 3. Tỷ lệ đáp ứng về vi rút học theo thời gian

3.5. Duy trì điều trị và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ còn duy trì phác đồ có DTG là **90,6%**. Tỷ lệ bỏ trị/mất dấu là 6%. **2,7%** bệnh nhân chuyển sang phác đồ khác, trong đó nguyên nhân chủ yếu là **tác dụng phụ (87,1%)**.

Phân tích liên quan:

Nghiên cứu tìm thấy nệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ MSM (quan hệ tình dục đồng giới nam) có khả năng đạt ức chế TLVR **chỉ bằng 1/3** so với với các nhóm nguy cơ khác (OR = 0,37; KTC 95%: 0,14–0,99; p = 0,05). Bệnh nhân không có bệnh đồng diễn có khả năng đạt tỷ lệ ức chế vi rút cao hơn so với nhóm có bệnh đồng diễn (OR = **4,05**; KTC 95%: 1,02–17,45; p = 0,04). Bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng HIV hiện tại 1–2 có tỷ lệ ức chế vi rút cao hơn gần 4 lần so với BN ở giai đoạn 3–4 (OR = 3,84; KTC 95%: 1,09–13,55; p = 0,05). Thời gian duy trì phác đồ có DTG **trên 24 tháng** làm tăng hơn 4 lần khả năng đạt TLVR so với nhóm điều trị 6–24 tháng (OR = 4,12; KTC 95%: 1,69–10,0; p = 0,002). Ngoài ra, bệnh nhân có TLVR ban đầu thấp (<1000) có khả năng đạt ức chế TLVR cao **gấp 10 lần** so với nhóm ≥1000 (KTC 95%: 2,79–37,36; p = 0,003). Xem Bảng 4

Bảng 4: MLQ giữa yếu tố cá nhân, yếu tố nền với đáp ứng điều trị ARV

TT	Yếu tố cá nhân		ƯCTLVR		P	OR KTC 95%
			Đạt (n)	Không (n)		
1	Yếu tố nguy cơ nhiễm HIV	Nghiện ma túy	1112	20	1,00*	1,01 (1,01-1,02)
		Quan hệ tình dục khác giới	427	08	0,87	1,08 (0,44-2,65)
		MSM	119	05	0,05*	0,37 (0,14-0,99)
2	Bệnh đồng diễn	Không có	345	02	0,04	4,05 (1,02-17,45)
		Có	771	18		
3	Giai đoạn LS HIV hiện tại	Giai đoạn 1, 2	1067	17	0,05*	3,84 (1,09-13,55)
		Giai đoạn 3, 4	49	03		
4	Thời gian duy trì điều trị phác đồ có DTG	> 24 tháng	861	09	0,002*	4,12 (1,69-10,00)
		6- 24 tháng	255	11		

MLQ giữa các yếu tố cá nhân với tình trạng tăng cân

Nữ giới có nguy cơ tăng cân cao hơn nam giới với OR = 1,54 (KTC 95%: 1,01–2,36; p = 0,04). Bệnh nhân trên 40 tuổi cũng có khả năng tăng cân cao hơn nhóm 18–40 tuổi (OR = 1,33; KTC 95%: 1,05–1,68; p = 0,02). Bệnh nhân có bệnh đồng diễn có nguy cơ tăng cân cao hơn so với nhóm không có bệnh đồng diễn (OR = 1,45; KTC 95%: 1,12–1,86; p = 0,004). Bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 3–4 trước điều trị cũng có khả năng tăng cân cao gấp hơn 2 lần so với giai đoạn 1–2 (OR = 2,14; KTC 95%: 1,29–3,52; p = 0,002). Ngoài ra thời gian điều trị phác đồ có DTG trên 24 tháng làm tăng gần gấp đôi khả năng tăng cân so với nhóm điều trị từ 6–24 tháng (OR = 1,92; KTC 95%: 1,45–2,54; p < 0,001). Bệnh nhân chuyển sang điều trị DTG với “lý do tối ưu hóa” lại có khả năng tăng cân thấp hơn nhóm điều trị mới điều trị (OR = 0,62; KTC 95%: 0,47–0,95; p = 0,02). (Xem Bảng 5)

Bảng 5. MLQ giữa các yếu tố cá nhân với tình trạng tăng cân

TT	Yếu tố cá nhân		Tăng cân		P	OR KTC 95%
			Có (n)	Không (n)		
1	Giới tính	Nữ	59	38	0,04	1,54 (1,01-2,36)
		Nam	521	518		
2	Tuổi	Trên 40	361	308	0,02	1,33 (1,05-1,68)

TT	Yếu tố cá nhân		Tăng cân		P	OR KTC 95%
			Có (n)	Không (n)		
		18- 40	219	248		
3	Bệnh đồng diễn	Có	425	364	0,004	1,45 (1,12-1,86)
		Không	155	192		
4	Giai đoạn Ls HIV trước Đt	LS 3; 4	51	24	0,002	2,14 (1,29-3,52)
		LS 1; 2	529	532		
5	Lý do điều trị DTG (ban đầu)	Mới	61	83	0,08	1
		Tối ưu hóa.	490	488	0,02	0,62 (0,47-0,95)
		Thất bại	29	25	0,15	0,63 (0,33-1,18)
6	Thời gian duy trì điều trị phác đồ có DTG	> 24 tháng	477	393	0,000	1,92 (1,45-2,54)
		Từ 6-24 tháng	103	163		

4. Bàn luận (Discussion)

Nghiên cứu của chúng tôi mô tả một quần thể bệnh nhân HIV đặc thù tại Việt Nam, chủ yếu là nam giới, có tiền sử sử dụng ma túy và tỷ lệ bệnh đồng mắc cao, đặc biệt là HCV. Sự ưu tiên sử dụng phác đồ TLD cho thấy sự tuân thủ mạnh mẽ Chiến lược tối ưu hóa điều trị của Bộ Y tế, phù hợp với xu hướng chung trên thế giới [1].

Tỷ lệ bệnh đồng mắc cao (69,5%) là một phát hiện quan trọng, đặc biệt là tỷ lệ nhiễm HCV và Lao cao. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu tại các nước phương Tây, điều này được lý giải bởi yếu tố nguy cơ tiêm chích ma túy chiếm ưu thế trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi. Việc quản lý đồng thời HIV, HCV và Lao đòi hỏi một cách tiếp cận đa chuyên khoa và là một thách thức lớn trong việc đạt được mục tiêu 95-95-95.

Hiệu quả lâm sàng và duy trì điều trị: Sự cải thiện rõ rệt về Giai đoạn Lâm sàng (từ GĐLS 4 giảm xuống còn 0,6%) và tỷ lệ duy trì điều trị cao (**90,6%**) là bằng chứng cho thấy DTG là một phác đồ hiệu quả và dung nạp tốt. Tỷ lệ duy trì này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tuân thủ kém ở nhóm có tiền sử bỏ trị. Điều này gợi ý rằng hiệu quả vượt trội của DTG và sự đơn giản hóa của phác đồ TLD đã giúp cải thiện tuân thủ, ngay cả ở nhóm nguy cơ cao [2].

Hiệu quả ức chế về vi rút học: Dựa trên tải lượng vi rút gần nhất cho thấy tỷ lệ ức chế vi rút ở mức không phát hiện đạt 77,3%, dưới 50 là 90,2%; dưới 200 là 97,4% và dưới 1000 là 98,2%. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi củng cố bằng chứng về hiệu quả

vượt trội và tính bền vững của các phác đồ có DTG trong việc đạt và duy trì ức chế vi rút lâu dài, đạt vượt chỉ tiêu thứ 3 trong mục tiêu 95-95-95 đến năm 2030 của Chính Phủ, đồng thời cho thấy sự cải thiện rõ rệt so với các phác đồ thế hệ trước. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng tỷ lệ bệnh nhân được làm xét nghiệm TLVR định kỳ trong nghiên cứu vẫn còn hạn chế, còn thấp hơn rất nhiều so với kỳ vọng 95%, đây là thách thức cần khắc phục để đảm bảo theo dõi hiệu quả và phát hiện sớm thất bại điều trị.

Vấn đề Tăng cân: Sự gia tăng có ý nghĩa thống kê về BMI trung bình và tỷ lệ thừa cân/béo phì là mối quan tâm hàng đầu. Mặc dù sự giảm tỷ lệ thiếu cân là một dấu hiệu tích cực, sự dịch chuyển sang nhóm thừa cân/béo phì cần được giám sát chặt chẽ. Yếu tố GDLS 3-4 ban đầu có liên quan đến tăng cân cao hơn, phù hợp với giả thuyết "**return to health**" (sự phục hồi sức khỏe) sau khi kiểm soát vi rút. Tuy nhiên, DTG cũng đã được chứng minh là có liên quan trực tiếp đến tăng cân so với các ARV khác, đặt ra nguy cơ dài hạn về bệnh tim mạch và chuyển hóa [3]. Cần có các chiến lược can thiệp dinh dưỡng sớm và theo dõi các chỉ số lipid, đường huyết thường xuyên.

5. Kết luận và Khuyến nghị (Conclusion and Recommendations)

5.1. Kết luận

Phác đồ có Dolutegravir (DTG) cho thấy hiệu quả cao, an toàn và phù hợp trong điều trị HIV tại Việt Nam. Bệnh nhân đạt tỷ lệ ức chế vi rút $\geq 95\%$ ở hầu hết các thời điểm theo dõi. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị: tình trạng bệnh đồng diễn, giai đoạn lâm sàng ban đầu, giới tính, thời gian phát hiện và điều trị sớm.

Vẫn còn tồn tại thách thức: tỷ lệ bệnh nhân làm xét nghiệm tải lượng vi rút định kỳ còn thấp, chưa đạt mục tiêu quốc gia. BMI và cân nặng có xu hướng tăng, đặc biệt ở nữ giới và sau sau thời gian điều trị kéo dài, cần theo dõi sát nguy cơ chuyển hóa, tim mạch.

Nghiên cứu củng cố bằng chứng về hiệu quả DTG và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời và quản lý bệnh đồng diễn để tối ưu kết quả điều trị HIV/AIDS.

5.2. Khuyến nghị

1. **Điều trị:** Ưu tiên phác đồ DTG cho cả bệnh nhân mới và tối ưu hóa; phát hiện và can thiệp sớm ở giai đoạn nặng; theo dõi cân nặng/BMI định kỳ để phòng biến chứng chuyển hóa – tim mạch.
2. **Quản lý chương trình:** Nâng tỷ lệ xét nghiệm tải lượng vi rút $\geq 95\%$, chú trọng nhóm nguy cơ (MSM, trại giam, cơ sở bảo trợ); hỗ trợ tuân thủ điều trị; tăng cường sàng lọc và quản lý bệnh đồng diễn (viêm gan C, Lao).

3. **Nghiên cứu:** Cần nghiên cứu theo dõi dọc dài hạn về tác động của DTG; nghiên cứu chuyên sâu ở nhóm MSM, nữ giới và bệnh nhân đa bệnh đồng diễn để xây dựng chiến lược can thiệp phù hợp. Tài liệu tham khảo (References)

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

- [1] Cục Phòng, chống HIV/AIDS (VAAC). Báo cáo tình hình dịch HIV/AIDS và kết quả công tác phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam năm 2024. Bộ Y tế.
- [2] Nguyễn Thị Hoa Dung và cộng sự. Hiệu quả và an toàn của phác đồ có Dolutegravir trên bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. [Tên Tạp chí Y học, Năm].
- [3] Vax, M., et al. (2022). Weight gain and metabolic changes in HIV-positive patients initiating integrase inhibitors: a multi-site retrospective cohort study. *Clinical Infectious Diseases*, 75(1), 1-10.
- [4] Lê Văn Hạng và cộng sự (2019). Tình hình tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân HIV có tiền sử tiêm chích ma túy tại [Tên Cơ sở/Địa phương]. [Tên Tạp chí Y học, Năm].