Orthopaedics and Trauma 45:1-6.
7. **Wong PC.** (1967). Galeazzi fracture-dislocations in Singapore 1960-64; Incidence and results of treatment. Singapore Med J 1967;8:186-93.
8. **Moore TM, Klein JP, Patzakis MJ, Harvey P.** (1985). Results of compression plating in closed Galeazzi fractures. J Bone Joint Surg Am.; 67:1015-1021.
9. **Malleswara R. P., Jagadeesh B.S** (2017). Surgical management and funtional outcome of Galeazzi fracture dislocation. National Journal of clinical Orthopaedics 1(3): 31-36.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C TRÊN NHÓM NGƯỜI BỆNH ĐỒNG NHIỄM HIV/HCV TẠI THÀNH PHỐ HẢI PHÒNG GIAI ĐOẠN 2021-2022

Nguyễn Thị Lộc[1], Phạm Quang Lộc[2], Phan Thị Thu Hương[3]

TÓM TẮT

Đồng nhiễm HIV/HCV làm tăng nguy cơ phát triển xơ gan và tử vong của người bệnh. Điều trị viêm gan vi rút C (VGC) bằng thuốc tác động trực tiếp vào vi rút viêm gan C an toàn, hiệu quả, hầu như không có tương tác với ARV trên nhóm người bệnh này. Thành phố Hải Phòng hiện đứng thứ 7 trên toàn quốc về số người nhiễm HIV còn sống, trong đó có 24,9% người nhiễm vi rút viêm gan C. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị viêm gan vi rút C trên nhóm người bệnh đồng nhiễm HIV tại thành phố Hải Phòng giai đoạn 2021-2022. **Phương pháp**: nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 550 người bệnh điều trị viêm gan C đang điều trị HIV tại 8 Phòng khám ngoại trú ở thành phố Hải Phòng thông qua dữ liệu của phần mềm HMED VGC. **Kết quả:** Tỷ lệ SVR12 (đáp ứng vi rút bền vững sau kết thúc điều trị 12 tuần) đạt là 86,2 %, tỷ lệ không đạt SVR là 3,6 % và 10,2 % người không có kết quả SVR12. Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi 18-29, nữ giới, giai đoạn xơ gan F4, đang điều trị phác đồ HIV bậc 2 đạt 100%. Tỷ lệ điều trị thành công tương đương nhau ở nhóm không tiêm chích ma túy, xơ gan còn bù hay không xơ gan, giữa các giai đoạn xơ gan F0-F1-F2-F3. Kết quả không đạt SVR12 chủ yếu ở nhóm tuổi 40-49, là nam giới, có tiền sử tiêm chích ma túy và lao động tự do. **Khuyến nghị**: Cần chú trọng theo dõi kết quả điều trị cho nhóm người bệnh nam giới đồng nhiễm HIV/HCV ở nhóm 40-49 tuổi, có tiền sử tiêm chích ma túy và là lao động tự do. Cần tìm hiểu rõ hơn về các rào cản, nguyên nhân khiến cho các người bệnh không đến xét nghiệm kết quả SVR12 cuối kỳ hoặc bỏ điều trị.

Từ khóa: đồng nhiễm HIV/VGC, viêm gan vi rút C, DAA, Sofosbuvir và Daclatasvir

SUMMARY

RESULTS OF HEPATITIS C VIRUS TREATMENT IN CO-INFECTED HIV PATIENTS IN HAI PHONG CITY PERIOD 2021-2022

HCV coinfection in HIV patients might increase the risk of advanced cirrhosis and mortality. Hepatitis C treatment by the direct-acting antiviral agent is safe and effective and reduces interaction with ARV in these patients. Hai Phong city currently ranks seventh nationwide in terms of the HIV epidemic, including 24.9% of people infected with the Hepatitis C virus. **Objective:** To describe the results of Hepatitis C virus treatment in co-infected HIV patients in Hai Phong City period 2021-2022. **Methodology:** A Retrospective cross-sectional study implemented 550 Hepatitis C patients being treated for HIV in 8 OPCs in Hai Phong City through an available database of the HMED VGC online platform. **Results:** The proportion of achieving SVR 12 was 86.2%, not achieving SVR 12 was 3.6%, and 10.2% did not have SVR12 results at the end of the regimen. The proportion of achieving SVR 12 for the 18-29 age group, females, the group of F4 stage cirrhosis, and those using second-line HIV regimens was 100%. The proportion of achieving SVR12 was similar between people with a history of injecting drugs and not injecting drugs, compensated cirrhosis and non-cirrhosis, F0-F1-F2-F3 stage cirrhosis. Patients who did not meet SVR 12 were primarily males aged 40-49, with a history of injecting drug use and self-employed. **Recommendation:** It is necessary to focus on monitoring treatment outcomes for males co-infected with HIV/HCV patients who are 40-49 years old, self-employed, and have a history of injection drug use. Further study should focus on the barriers and reasons why patients did not come for final SVR12 testing or drop out of treatment.

Keywords: HIV/HepC coinfection, Hepatitis C, DAA, Sofosbuvir and Daclatasvir

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu gần đây cho thấy tại Việt Nam, tỷ lệ mắc vi rút viêm gan C (HCV) trên người nhiễm HIV khoảng 34,4% (26- 44%) [1]. Khi đồng nhiễm HIV/HCV, nguy cơ phát triển xơ gan liên quan đến HCV tăng gấp ba lần và nguy cơ tử vong có thể tăng gấp hai đến bốn lần so với người nhiễm HIV không đồng nhiễm Viêm gan C (VGC) [2]. Theo hướng dẫn chẩn đoán điều trị viêm gan vi rút C của Bộ Y tế, phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir là phác đồ có tác dụng với tất cả các kiểu gen, đối với người bệnh VGC chưa có xơ gan, xơ gan còn bù và điều trị lần đầu thời gian điều trị là 12 tuần, với người bệnh

[1]*Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật Thành phố Hải Phòng*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[3]*Bộ Y Tế*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lộc
Email: nguyenthiloc@live.com
Ngày nhận bài: 2.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 11.9.2024
Ngày duyệt bài: 10.10.2024

có xơ gan mất bù thì thời gian điều trị là 24 tuần. Tình trạng đồng nhiễm VGC/HIV dẫn đến việc điều trị bằng thuốc kháng vi rút cho người nhiễm HIV càng trở nên phức tạp, tuy nhiên hiện phác đồ ARV bậc 1 ưu tiên Tenofovir/ Lamivudine/Dolutegravir đã đảm bảo việc không tương tác với thuốc điều trị VGC- Sofosbuvir và Daclatasvir [1]. Trên nhóm người bệnh không có xơ hóa gan hoặc xơ hóa gan ở mức độ nhẹ, đáp ứng vi rút bền vững đồng nghĩa với khỏi bệnh; ở người bệnh có xơ hóa tiến triển hoặc xơ gan, SVR giúp hạn chế biến chứng hoặc cải thiện tiên lượng bệnh [3]. Thành phố Hải Phòng hiện đứng thứ 7 trên toàn quốc về dịch HIV với số người nhiễm HIV còn sống là 6313 người; quản lý và điều trị thuốc kháng vi-rút HIV (ARV) cho 5400 người bệnh HIV [4]. Năm 2022, tỷ lệ người nhiễm HIV có kết quả anti HCV dương tính là 24,9%. Như vậy có một tỷ lệ người nhiễm HIV không nhỏ cần được điều trị viêm gan C tại đây. Để mô tả kết quả điều trị cho người bệnh đồng nhiễm HIV/HCV chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả điều trị viêm gan vi rút C trên nhóm người bệnh đồng nhiễm HIV tại thành phố Hải Phòng giai đoạn 2021-2022". Mục tiêu: *Mô tả kết quả điều trị viêm gan vi rút C trên nhóm người bệnh đồng nhiễm HIV tại thành phố Hải Phòng giai đoạn 2021-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh HIV điều trị VGC tại các phòng khám ngoại trú ở Hải Phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh từ 18 tuổi trở lên, đăng ký điều trị VGC tại các cơ sở chăm sóc điều trị HIV tại Hải Phòng có đầy đủ các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và tiền sử trong phần mềm HMED VGC. Đang được điều trị HIV theo phác đồ quy định của Bộ Y Tế. Được điều trị VGC theo phác đồ Sofosbuvir và Daclatasvir từ 01/8/2021 đến 31/12/2022

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đồng nhiễm VGC/HIV được quản lý, điều trị ARV, VGC trong các trại giam tính đến 31/12/2022 do các quy định bảo mật thông tin

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: 8 cơ sở điều trị ngoại trú HIV đủ điều kiện điều trị VGC tại 7 quận/huyện của thành phố Hải Phòng.

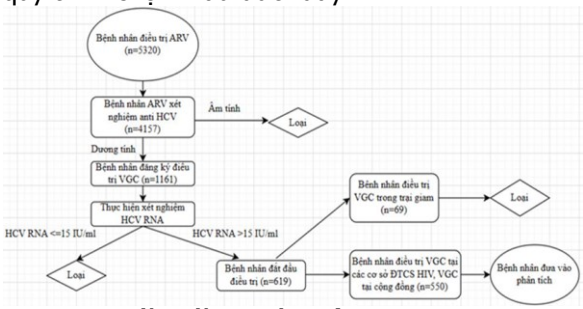
Thời gian: Thu thập số liệu hồi cứu từ tháng 02-3/2024.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Toàn bộ 550 người bệnh HIV đã đăng ký điều trị VGC tại cộng đồng

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Dựa vào số liệu sẵn có trong phần mềm HMED VGC đáp ứng được các tiêu chí theo Sơ đồ quy trình chọn mẫu dưới đây:



2.5. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, nhóm tuổi, nghề nghiệp, hành vi nguy cơ lây nhiễm VGC. ***Tiền sử viêm gan:*** tiền sử chẩn đoán VGC, tiền sử điều trị VGC. ***Đặc điểm lâm sàng:*** tình trạng xơ gan, giai đoạn xơ hóa gan (Bảng điểm Metavir theo mức độ từ không có xơ gan (F0) đến xơ gan (F4)), kết quả xét nghiệm HbsAg, kết quả tải lượng HIV gần nhất trong vòng 12 tháng trước điều trị, phác đồ điều trị ARV trước và sau khi điều trị VGC, có thực hiện xét nghiệm HCV RNA sau 12 tuần kể từ khi kết thúc điều trị, kết quả điều trị VGC (đạt SVR12 hay không đạt SVR12-thất bại điều trị). Đạt SVR12: Loại trừ HCV ra khỏi cơ thể người bệnh (đạt được đáp ứng vi rút bền vững: tải lượng HCV RNA dưới ngưỡng phát hiện (<15 IU/ml) ở tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu. Sử dụng bảng thu thập thông tin thiết kế sẵn để thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án điện tử của người bệnh trên phần mềm HMED VGC, OPCAssist, hồ sơ bệnh án.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu. Số liệu thu thập được nhập và làm sạch trên Microsoft Excel, sau đó mã hóa để chuyển sang phần mềm phân tích. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 14 với bảng số lượng, tỷ lệ cho các kết quả mô tả theo mục tiêu nghiên cứu.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng chấm đề cương Thạc sỹ của trường Đại học Y Hà Nội. Mọi số liệu thứ cấp không thể hiện tên, nơi sinh sống, số điện thoại và các số định danh cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu của người bệnh ARV điều trị vi rút viêm gan C tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS (n=550)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
18-29 tuổi	4	0,7
30 - 39 tuổi	89	16,2
40-49 tuổi	376	68,4
Trên 50 tuổi	72	13,1
Tuổi trung bình (X±SD)	44,5 ± 6,0	
Giới tính		
Nam	521	94,7
Nữ	29	5,3
Nghề nghiệp		
Công nhân viên chức	3	0,6
Lao động hợp đồng	50	9,1
Lao động tự do	415	75,5
Thất nghiệp	72	13,1
Khác	10	1,8
Hành vi nguy cơ		
Tiêm chích ma túy	384	69,8
Nam quan hệ tình dục đồng giới	2	0,4

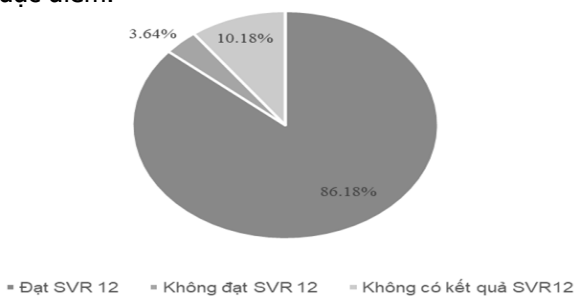
Bảng trên cho thấy, nhóm người nhiễm HIV vào điều trị VGC chủ yếu nằm trong độ tuổi 40-49 tuổi chiếm 68,4%, giới tính nam chiếm 94,7%, là lao động tự do 75,5% và hành vi nguy cơ chủ yếu là tiêm chích ma túy 69,8%.

Bảng 3.2. Đặc điểm tiền sử viêm gan và điều trị ARV của người bệnh điều trị VGC (n=550)

Đặc điểm	n (%)
Tiền sử chẩn đoán VGC	
Có	152 (27,6)
Không	374 (68,0)
Không biết	24 (4,4)
Tiền sử điều trị VGC	
Có	1 (0,18)
Không	549 (99,82)
Tiền sử gia đình có người VGC	
Có	168 (30,6)
Không	382 (69,5)
Tình trạng xơ gan	
Không có xơ gan	208 (37,8)
Xơ gan còn bù	342 (63,2)
Xơ gan mất bù	0
Các giai đoạn xơ gan	
F0	130 (23,6)
F1-F2	266 (48,4)
F3-F4	154 (28,0)
Xét nghiệm HbsAg	
Dương tính	26 (4,7)
Âm tính	419 (47,6)
Không xét nghiệm	112 (20,4)
Tải lượng HIV gần nhất trong vòng 12 tháng	
Kết quả <200 bản sao/ml	504 (91,8)
Kết quả >= 200 bản sao/ml	45 (7,2)
Phác đồ điều trị ARV trước khi điều trị VGC	
Phác đồ bậc 2	26 (4,7)
Phác đồ bậc 1	524 (95,3)

Bảng trên cho thấy nhóm người vào điều trị chủ yếu không có tiền sử nhiễm VGC, không có tiền sử điều trị viêm gan C và gia đình không có tiền sử viêm gan C. Tình trạng trước điều trị63,2% có xơ gan còn bù với giai đoạn xơ gan F1-F2 chiếm 48,4%. Có 47,6% người bệnh xét nghiệm HbsAg âm tính, 91,8% người bệnh có kết quả tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml và 95,3% sử dụng phác đồ ARV bậc 1.

Dưới đây là kết quả điều trị VGC theo một số đặc điểm.



Hình 3.1. Kết quả điều trị VGC thành công ở tuần thứ 12 sau khi điều trị kết thúc

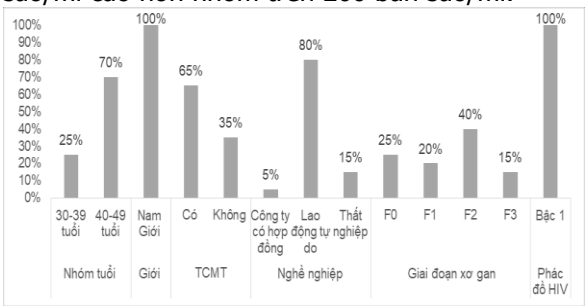
Hình 3.1 cho thấy trong số 550 người bệnh vào điều trị có 474 người có kết quả điều trị thành công (đạt SVR12) đạt 86,2 %, 20 người thất bại điều trị (không đạt SVR12) chiếm 3,6 % và 56 người không có kết quả đánh giá cuối kỳ chiếm 10,2% (chủ yếu là do không đến làm xét nghiệm HCV RNA ở tuần thứ 12 sau khi kết thúc điều trị.

Bảng 3.3. Kết quả SVR 12 theo một số đặc điểm (n=494)

Đặc điểm	Đạt SVR12 n (%)	Thất bại điều trị n (%)
Nhóm tuổi		
18-29 (n=3)	3 (100))	0
30-39 (n=82)	77 (93,9)	5 (6,1)
40-49 (n=337)	323 (95,9)	14 (4,5)
Trên 50 tuổi (n=72)	71 (98,6)	1 (1,4)
Giới tính		
Nam (n=466)	446 (95,7)	20 (4,3)
Nữ (n=29)	28 (100)	0
Tiêm chích ma túy		
Có (n=43)	330 (96,2)	13 (3,8)
Không (n=51)	144 (95,3)	7 (4,6)
Tình trạng xơ gan trước điều trị		
Không có xơ gan (n=108)	171 (95,0)	9 (5,0)
Xơ gan còn bù (n=14)	303(896,5)	11 (3,5)
Các giai đoạn xơ gan		
F0 (n=112)	107 (95,5)	5 (4,5)

F1 (n=93)	89 (95,7)	4 (4,3)
F2 (n=146)	138 (94,5)	8 (5,1)
F3 (n=76)	73 (96,1)	3 (3,9)
F4 (n=67)	67 (100)	0
Xét nghiệm HbsAg		
Dương tính (n=0)	17 (85,0)	3 (15,0)
Âm tính (n=373)	358 (96,0)	15 (4,0)
Không xét nghiệm (n=101)	99 (98,0)	2 (2,0)
Tải lượng HIV gần nhất trong vòng 12 tháng		
Kết quả <200 bản sao/ml (n=456)	439(96,31)	17 (3,8)
Kết quả >= 200 bản sao/ml (n=38)	35(92,1)	3 (7,9)
Phác đồ điều trị ARV trước khi điều trị VGC		
Phác đồ bậc 2 (n=3)	23 (100)	0
Phác đồ bậc 1 (n=471)	451(95,8)	20 (4,3)

Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi 18-29, nữ giới, giai đoạn xơ gan F4, đang điều trị phác đồ HIV bậc 2 đạt 100% và cao hơn so với các nhóm còn lại trong cùng phân nhóm. Tỷ lệ điều trị thành công tương đương nhau ở có - không tiêm chích ma túy, xơ gan còn bù hay không xơ gan, giữa các giai đoạn xơ gan F0-F1-F2-F3. Tỷ lệ thành công ở nhóm không xét nghiệm HbsAg cao hơn so với nhóm âm tính và dương tính; nhóm có kết quả tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml cao hơn nhóm trên 200 bản sao/ml.



Hình 3.2. Một số đặc điểm của nhóm thất bại điều trị (n=20)

Nhóm thất bại điều trị chủ yếu trong độ tuổi 40-49 (70%), giới tính nam (100%), có tiêm chích ma túy (65%), là lao động tự do (80%), điều trị phác đồ HIV bậc 1 (100%)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nhóm người vào điều trị VGC chủ yếu trong độ tuổi 40-49, tuổi trung bình là 44,5 ± 6,02, là nam giới, lao động tự do. Kết quả này tương tự với nhiều kết quả nghiên cứu của Việt Nam, ví dụ như nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự với tỷ lệ nam giới tiêm chích ma túy chiếm 95,7% và độ tuổi trên 35 vào điều trị VGC tại ba bệnh viện ở Hải Phòng [5]; nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang năm 2022 tại Thái Nguyên với đối tượng là nam giới chiếm 91,7% và lao động tự do chiếm 63,9% [6]. Hành vi nguy cơ lây nhiễm VGC trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là do tiêm chích ma túy , trong khi đó tình dục đồng giới chỉ có 0,36%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang [6], chủ yếu là do tình dục khác giới không an toàn 52%, tiêm chích ma túy chiếm 46,8% và tình dục đồng giới là 0,6%. Sự khác biệt có thể do khác nhau về địa bàn nghiên cứu và số lượng cỡ mẫu. Trái ngược với kết quả của các nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang tại Thái Nguyên [6], đa phần các đối tượng của chúng tôi đều không có tiền sử viêm gan C, nhưng có tình trạng xơ gan còn bù và xét nghiệm HbsAg dương tính.

Nghiên cứu của chúng tôi có 86,18% người bệnh điều trị thành công, 3,64% người thất bại điều trị và 10,18% người không có kết quả SVR12 cuối kỳ (không làm xét nghiệm đánh giá sau khi kết thúc điều trị). Tỷ lệ điều trị thành công của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang tại Thái Nguyên [6] và Phạm Bá Hiền tại bệnh viện Đống Đa Hà Nội [7] và tỷ lệ người thất bại điều trị tương đương với nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang [6]. Do nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu bao gồm cả nhóm bỏ điều trị còn nghiên cứu kia chỉ tuyển chọn nhóm có kết quả xét nghiệm cuối kỳ.

Về kết quả điều trị thành công theo nghiên cứu của chúng tôi có 100% người bệnh giai đoạn xơ gan F4 điều trị thành công, 95,5% người F0 điều trị VGC thành công khác so với nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang [6] với 100% người giai đoạn F0 điều trị thành công, nhóm giai đoạn F4 là 96,6%. Lý giải cho sự khác biệt này đó là nhóm F0 của chúng tôi có một tỷ lệ không nhỏ người thất bại điều trị và không có kết quả cuối kỳ còn nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang chỉ bao gồm người có kết quả đánh giá cuối cùng và không có ai điều trị thất bại trong nhóm này. Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi 18-29, nữ giới, đang điều trị phác đồ HIV bậc 2 đạt 100% và cao hơn so với các nhóm còn lại trong cùng phân nhóm. Tỷ lệ điều trị thành công tương đương nhau ở có- không tiêm chích ma túy, xơ gan còn bù hay không xơ gan, giữa các giai đoạn xơ gan F0-F1-F2-F3. Tỷ lệ thành công ở nhóm không xét nghiệm HbsAg cao hơn so với nhóm âm tính và dương tính; nhóm có kết quả tải lượng HIV dưới 200 bản sao/ml cao hơn nhóm trên 200 bản sao/ml

Về nhóm có kết quả điều trị thất , đặc điểm của nhóm này trong nghiên cứu của chúng tôi , tương đồng với kết quả của tác giả Hồ Thị Quỳnh Trang [6], trong đó tập trung vào độ tuổi

40-49 tuổi (70%), 100% là nam giới. Tỷ lệ điều trị không thành công ở nhóm tiêm chích ma túy của chúng tôi cao hơn Hồ Thị Quỳnh Trang (65% so với 16,7%). Sự khác biệt này đến từ đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cũng có những khác biệt so với nghiên cứu của Hồ Thị Quỳnh Trang.

Do nghiên cứu của chúng tôi dựa vào dữ liệu có sẵn trên các phần mềm quản lý nên còn nhiều hạn chế về kết quả lâm sàng để phản ánh được nguyên nhân của nhóm thất bại điều trị. Ngoài ra cỡ mẫu của chúng tôi cũng chưa đủ lớn, các nhóm đặc điểm phân bố không đồng đều nên kết quả so sánh giữa các đặc điểm chưa có giá trị thống kê.

V. KẾT LUẬN

Nhóm người bệnh nhiễm HIV vào điều trị VGC tại Hải Phòng trong giai đoạn 2021-2022 chủ yếu trong độ tuổi 40-49, tuổi trung bình là 44,5 ± 6,0, là nam giới, lao động tự do. Tỷ lệ SVR đạt là 86,2%, Tỷ lệ không đạt SVR là 3,6% người thất bại điều trị và 10,2 % người không có kết quả SVR12 cuối kỳ. Tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm tuổi 18-29, nữ giới, giai đoạn xơ gan F4, đang điều trị phác đồ HIV bậc 2 đạt 100%. Tỷ lệ điều trị thành công tương đương nhau ở có - không tiêm chích ma túy, xơ gan còn bù hay không xơ gan, giữa các giai đoạn xơ gan F0-F1-F2-F3. Kết quả điều trị VGC thất bại chủ yếu ở nhóm tuổi 40-49, là nam giới, có tiền sử tiêm chích ma túy và lao động tự do.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Cần chú trọng theo dõi kết quả điều trị cho nhóm người bệnh nam giới đồng nhiễm HIV/HCV ở nhóm 40-49 tuổi, có tiền sử tiêm chích ma túy và là lao động tự do

- Cần tìm hiểu rõ hơn về các rào cản, nguyên nhân khiến cho các người bệnh không đến xét nghiệm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế,** Quyết định 1207/QĐ -BYT Phê duyệt kế hoạch triển khai điều trị viêm gan vi rút C trên người bệnh đồng nhiễm HIV/viêm gan vi rút C do Dự án Quỹ toàn cầu phòng, chống AIDS, Lao và Sốt rét tài trợ, giai đoạn 2021-2023, B.Y. tế, Editor. 2021: Hà Nội.
2. **Durier, N., et al.,** Chronic hepatitis C infection and liver disease in HIV-coinfected patients in Asia. J Viral Hepat, 2017. 24(3): p. 187-196.
3. **Backus, L.I., et al.,** A sustained virologic response reduces risk of all-cause mortality in patients with hepatitis C. Clin Gastroenterol Hepatol, 2011. 9(6): p. 509-516 e1.
4. **Rapoud, D., et al.,** Towards HCV elimination among people who inject drugs in Hai Phong, Vietnam: study protocol for an effectiveness-implementation trial evaluating an integrated model of HCV care (DRIVE-C: DRug use & Infections in ViEtnam-hepatitis C). BMJ Open, 2020. 10(11): p. e039234.
5. **Nguyễn Thanh Bình, et al.,** Tuân thủ điều trị viêm gan c và một số yếu tố liên quan trong chăm sóc lồng ghép dựa vào cộng đồng cho người tiêm chích ma tuý tại hải phòng, 10/2018 – 06/2020. Tạp chí y học dự phòng, 2023. 33(1): p. 206-213.
6. **Hồ Thị Quỳnh Trang, et al.,** 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. Tạo chí Y học dự phòng, 2022. 32(8): p. 172-181.
7. **Phạm Bá Hiên, et al.,** Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm gan c mạn tính phác đồ sofosbuvir/daclatasvir ở người bệnh đồng nhiễm HCV/HIV. Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam, 2021. 33(1): p. 23-29.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN FIGO IB1-IIA1 TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU THÁI NGUYÊN

Nguyễn Trần Vương[1,3], Trần Bảo Ngọc[2], Trịnh Lê Huy[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1-IIA1 tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 79 bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn FIGO IB1-IIA1 được phẫu thuật tại Trung tâm Ung bướu từ 01/11/2015 đến 30/12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 50 ± 10,4 tuổi. Tỷ lệ di căn hạch chậu sau phẫu thuật là 12,7%. Di căn hạch chậu liên quan có ý nghĩa thống kê với: kích thước u, mức độ DSI, tình trạng LVSI (p<0,0001). Biến chứng cấp tính sau phẫu thuật hay gặp nhất là bí tiểu (11,4%). Biến chứng muộn sau phẫu thuật hay gặp nhất là hẹp niệu quản (3,8%). Biến chứng muộn hay gặp nhất của nhóm người bệnh được xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật là viêm trực tràng chảy máu (35,7%). Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) trung bình 64,0 ± 3,7 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

[1]*Trt Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*
[2]*Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Vương
Email: trabbmaster1@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024
Ngày duyệt bài: 10.10.2024