

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hashmi, Pervaiz Mehmood, et al. (2021), "Lateral supramalleolar flap: Is it based on perforator of peroneal/anterior tibial artery; A cross-sectional study at tertiary care centre", *Annals of medicine and surgery*. 71, p. 102916.
2. Lee, Jae-Hoon and Chung, Duke-Whan (2010), "Reverse lateral supramalleolar adipofascial flap and skin grafting for one-stage soft tissue reconstruction of foot and ankle joint", *Microsurgery*. 30(6), pp. 423-429.
3. Lee, Young Ho, et al. (2004), "Distally based lateral supramalleolar adipofascial flap for reconstruction of the dorsum of the foot and ankle", *Plastic and reconstructive surgery*. 114(6), pp. 1478-1485.
4. Li, Peifeng, et al. (2022), "Foot and ankle reconstruction using the lateral supramalleolar flap versus the anterolateral thigh flap in the elderly: A comparative study", *International wound journal*. 19(6), pp. 1518-1527.
5. Masquelet, AC, et al. (1988), "The lateral supramalleolar flap", *Plastic and reconstructive surgery*. 81(1), pp. 74-84.
6. Nambi, GI and Varanambigai, TK Arudra (2020), "Clinical study of the lateral supramalleolar flap in the soft tissue reconstruction around the ankle region", *Indian Journal of Plastic Surgery*. 53(01), pp. 083-089.
7. Oberlin, C, et al. (1986), "Treatment of cutaneous loss of substance in type III open fractures of the leg", *Chirurgie; Memoires de L'academie de Chirurgie*. 112(9), pp. 668-673.
8. Voche, Philippe, Merle, Michel, and Stussi, Jean-David (2005), "The lateral supramalleolar flap: experience with 41 flaps", *Annals of plastic surgery*. 54(1), pp. 49-54.

NHIỄM TRÙNG VẾT MỖ SAU PHẪU THUẬT SẠCH CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Huỳnh Thống Em¹, Nguyễn Hoàng Duy Tiến¹,
Huỳnh Văn Thế¹, Huỳnh Kim Hiệu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tình trạng nhiễm trùng trong các phẫu thuật sạch chấn thương chỉnh hình. **Phương pháp:** Hồi cứu các ca phẫu thuật kết hợp xương, thay khớp, nội soi khớp và phẫu thuật cột sống chương trình sạch tại Trung tâm Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ trong 3 năm (2020-2022). **Kết quả:** Ghi nhận 67 trường hợp nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình sạch. **Kết luận:** Nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình vẫn là một thách thức lớn trong điều trị và để lại hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh.

Từ khóa: Nhiễm trùng sau phẫu thuật kết hợp xương, nhiễm trùng sau phẫu thuật thay khớp, nhiễm trùng sau phẫu thuật nội soi khớp, nhiễm trùng sau phẫu thuật cột sống.

SUMMARY

SURGICAL WOUND INFECTION AFTER CLEAN TRAUMA ORTHOPAEDIC SURGERY IN CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To study the infection status in clean orthopedic trauma surgeries. **Methods:** Retrospective review of clean bone fusion, joint replacement, arthroscopy and spine surgery cases at the Orthopedic Trauma Center in 3 years (2020-2022). **Results:** 67 cases of infection after clean orthopedic surgery were

recorded. **Conclusion:** Infection after orthopedic surgery remains a major challenge in treatment and leaves serious consequences for patients.

Keywords: Infection after osteosynthesis surgery, infection after joint replacement surgery, infection after arthroscopic surgery, infection after spine surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, phẫu thuật chấn thương chỉnh hình đã có những đóng góp quan trọng, tác động đáng kể đến cuộc sống người bệnh. Phẫu thuật giúp cải thiện khả năng vận động, giảm đau và nâng cao chất lượng cuộc sống, đồng thời đẩy nhanh quá trình phục hồi sức khỏe. Tuy nhiên, phẫu thuật chỉnh hình cũng tiềm ẩn nhiều nguy cơ và biến chứng, trong đó nhiễm trùng vết mổ là mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ. Vì vậy, mỗi phẫu thuật viên cần nắm rõ các rủi ro liên quan, từ đó lập kế hoạch và đưa ra các quyết định để giảm thiểu nguy cơ và biến chứng, giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm chi phí cho người bệnh.

Mặc dù tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ đã giảm đáng kể trong thập kỷ qua, nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật vẫn tồn tại và ảnh hưởng đến sự an toàn của người bệnh. Do đó, việc phòng ngừa để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng là vô cùng quan trọng, nhằm hạn chế những tác động tiêu cực đến sức khỏe của bệnh nhân. Nhiễm trùng sau phẫu thuật chấn thương chỉnh hình, đặc biệt khi có đặt dụng cụ và xử lý chậm trễ, có thể để lại di chứng nghiêm trọng. Vì vậy, phòng ngừa

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Hiệu

Email: hkhiieu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

niễm trùng trong các ca phẫu thuật sạch là điều rất cần thiết. Đồng thời, phát hiện sớm và xử trí kịp thời các trường hợp nhiễm trùng nông có thể mang lại hy vọng phục hồi sớm cho người bệnh.

Chính vì lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: "Nghiên cứu hồi cứu nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật sạch chấn thương chỉnh hình", nhằm đánh giá kết quả điều trị các ca nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật sạch trong lĩnh vực này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồi cứu các ca nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật sạch theo chương trình.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật sạch chấn thương chỉnh hình theo chương trình, bao gồm các loại phẫu thuật: thay khớp, nội soi khớp, phẫu thuật cột sống, và kết hợp xương tứ chi. Các bệnh nhân cần có đầy đủ hồ sơ bệnh án và hình ảnh X-quang được lưu trữ rõ ràng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ nhưng lần đầu phẫu thuật tại cơ sở y tế khác, hoặc nhiễm trùng sau gãy xương hở.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2022 tại Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu các trường hợp nhiễm trùng sau phẫu thuật sạch chấn thương chỉnh hình theo chương trình.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Thống kê tất cả bệnh nhân nhập viện từ tháng 01/2020 đến hết tháng 12/2022 và đã trải qua phẫu thuật sạch theo chương trình. Các trường hợp được chẩn đoán nhiễm trùng sau mổ và không vi phạm tiêu chí loại trừ sẽ được chọn. Hồ sơ bệnh án và hình ảnh học của bệnh nhân sẽ được trích lục để thu thập số liệu.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu:

a) Đặc điểm các loại phẫu thuật
b) Thời gian xuất hiện nhiễm trùng sau phẫu thuật

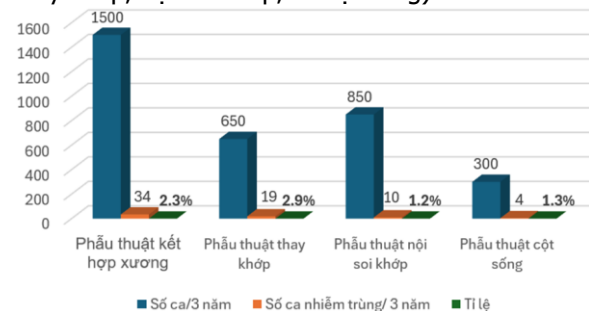
- c) Loại nhiễm trùng
d) Số lần phẫu thuật lại khi có nhiễm trùng
e) Kết quả kháng sinh đồ
f) Tình trạng hiện tại của bệnh nhân

Dữ liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Word 2016.

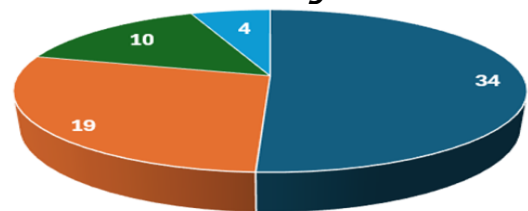
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm loại phẫu thuật sạch

chương trình trước nhiễm trùng. Trong 3 năm nghiên cứu, có 67 ca nhiễm trùng sau phẫu thuật sạch chấn thương chỉnh hình theo chương trình, chiếm 5,6% trên tổng số 3.300 ca phẫu thuật sạch chương trình (bao gồm phẫu thuật kết hợp xương, thay khớp, nội soi khớp, và cột sống).



Biểu đồ 1. Đặc điểm các loại phẫu thuật chấn thương chỉnh hình sạch trước khi nhiễm trùng



Biểu đồ 2. Phân bố các ca nhiễm trùng theo phương pháp phẫu thuật

Nhận xét: Phẫu thuật kết hợp xương chiếm 50,7% (34 trường hợp), thay khớp chiếm 28,4% (19 trường hợp), nội soi tái tạo dây chằng chiếm 14,9% (10 trường hợp), và phẫu thuật cột sống chiếm 6,0% (4 trường hợp).

3.2. Thời gian phát hiện nhiễm trùng

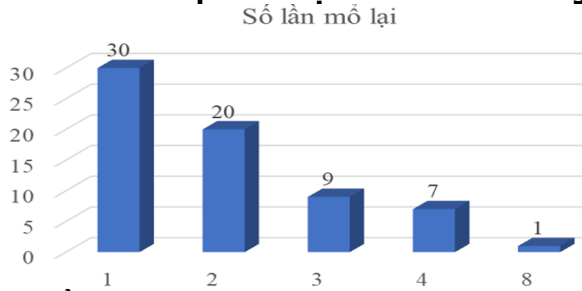
Bảng 1. Thời gian phát hiện nhiễm trùng sau phẫu thuật

Thời gian	Tần số	Tỷ lệ (%)
< 2 tuần	30	44,78
2-10 tuần	29	43,28
> 10 tuần	8	11,94
Tổng số	67	100

Nhận xét: Nhiễm trùng được phát hiện dưới 2 tuần chiếm 44,78%, từ 2-10 tuần chiếm 43,28%, và sau 10 tuần chiếm 11,94%.

3.3. Loại nhiễm trùng sau phẫu thuật sạch. Trong 67 trường hợp nhiễm trùng, có 53 trường hợp nhiễm trùng sâu (chiếm 79,1%) và 14 trường hợp nhiễm trùng nông (chiếm 21%). Tất cả các ca nhiễm trùng nông đều được xử trí bằng phẫu thuật kết hợp với kháng sinh, trong đó 12/14 trường hợp đã hồi phục hoàn toàn.

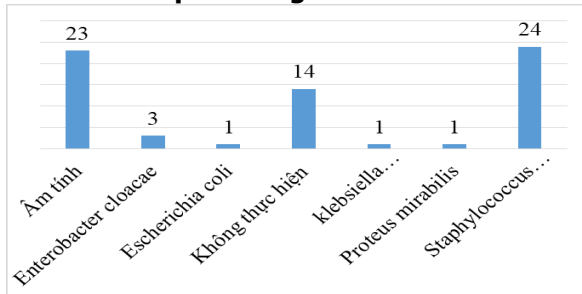
3.4. Số lần phẫu thuật khi có nhiễm trùng



Biểu đồ 3. Phân bố bệnh nhân theo số lần phẫu thuật

Nhận xét: Bệnh nhân phải mổ lại 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất, với 44,8%. Có một bệnh nhân phải mổ lại 8 lần.

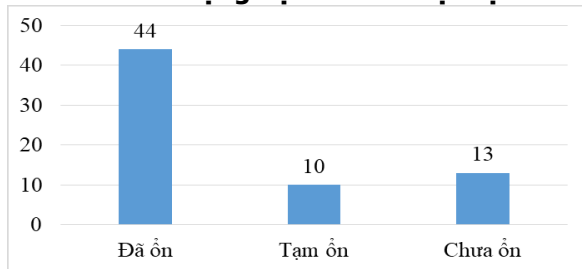
3.5. Kết quả kháng sinh đồ



Biểu đồ 4. Phân bố các ca nhiễm trùng theo loại vi khuẩn

Nhận xét: Có 24 trường hợp nhiễm tụ cầu khuẩn, 23 trường hợp cấy kháng sinh đồ âm tính, và 14 trường hợp không thực hiện kháng sinh đồ.

3.6. Tình trạng bệnh nhân hiện tại



Biểu đồ 5. Tình trạng bệnh nhân hiện tại

Nhận xét: 44 trường hợp có tình trạng ổn định, 10 trường hợp tạm ổn (lần khám gần nhất không có nhiễm trùng tại chỗ), và 13 trường hợp vẫn còn nhiễm trùng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm loại phẫu thuật sạch chương trình trước nhiễm trùng. Các phẫu thuật chỉnh hình sạch theo chương trình trong nghiên cứu bao gồm thay khớp, nội soi khớp, phẫu thuật cột sống và kết hợp xương trong các trường hợp gãy xương kín tứ chi. Tỷ lệ nhiễm

trùng có thể chấp nhận trong phẫu thuật chỉnh hình sạch dao động dưới 5%. Đối với phẫu thuật kết hợp xương gãy xương kín, tỷ lệ nhiễm trùng dao động từ 1-5%, so với khoảng 30% trong các trường hợp gãy xương hở [1]. Tỷ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật thay khớp dao động từ 1-2,4% tùy theo nghiên cứu [2]. Nghiên cứu của Anderson (2017) [3] về nhiễm trùng trong phẫu thuật cột sống ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng từ 1-9%, với vi khuẩn thường gặp là tụ cầu vàng. Ông khuyến nghị cần áp dụng hệ thống phòng ngừa nhiễm khuẩn chặt chẽ trong các giai đoạn trước, trong và sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 67 trường hợp nhiễm trùng được ghi nhận, trong đó: phẫu thuật kết hợp xương có 34 trường hợp, thay khớp có 19 trường hợp, nội soi khớp có 10 trường hợp và phẫu thuật cột sống có 4 trường hợp (chiếm 6,0%). Tỷ lệ nhiễm trùng sau kết hợp xương là phổ biến nhất, do đây là nhóm bệnh nhân lớn nhất tại trung tâm của chúng tôi. Mặc dù số ca phẫu thuật thay khớp ít hơn, nhưng tỷ lệ nhiễm trùng cao nhất trong nhóm này, chiếm 2,9%. Tuy nhiên, so với các nghiên cứu khác, tỷ lệ nhiễm trùng tại trung tâm chúng tôi vẫn nằm trong mức chấp nhận được.

4.2. Thời gian phát hiện nhiễm trùng.

Thời gian phát hiện nhiễm trùng sau mổ được chia làm 3 giai đoạn: sớm (<2 tuần), chậm (2-10 tuần), và muộn (>10 tuần) [4]. trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30 trường hợp nhiễm trùng sớm (<2 tuần), chiếm 44,78%, 29 trường hợp nhiễm trùng trong giai đoạn 2-10 tuần (43,28%), và 8 trường hợp nhiễm trùng muộn (>10 tuần), chiếm 11,94%. theo Choi (2022) [5], phát hiện và xử trí sớm các ca nhiễm trùng có thể giúp kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt trong trường hợp có dụng cụ cấy ghép như kết hợp xương hoặc thay khớp nhân tạo.

4.3. Loại nhiễm trùng sau phẫu thuật sạch. Dấu hiệu nhiễm trùng sớm thường bao gồm sưng, nóng, đỏ tại chỗ mổ và mức CRP tăng. Tuy nhiên, các trường hợp nhiễm trùng muộn có thể không rõ ràng, với triệu chứng chủ yếu là đau vùng mổ mà không kèm theo sưng, nóng, hoặc đỏ, gây khó khăn trong chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53/67 trường hợp nhiễm trùng sâu (chiếm 79,1%), trong khi 14 trường hợp nhiễm trùng nông (21%) đều được xử trí bằng phẫu thuật và kháng sinh. 12/14 ca nhiễm trùng nông đã ổn định. Seidelman (2023) [6] cho thấy nhiễm trùng sau phẫu thuật có thể không kèm triệu chứng rõ ràng, và tỷ lệ sốt chỉ xuất hiện ở 14% bệnh nhân

niễm trùng khớp mạn tính, nhưng lên đến 76% trong các trường hợp nhiễm trùng theo đường máu.

4.4. Số lần phẫu thuật khi có nhiễm trùng. Khi xảy ra nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình, việc phẫu thuật cắt lọc kết hợp với liệu pháp kháng sinh là cần thiết. Kháng sinh toàn thân kéo dài, kết hợp với kháng sinh uống duy trì, có hiệu quả tốt trong kiểm soát tình trạng nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp nhiễm trùng đều được phẫu thuật cắt lọc, không có trường hợp nào chỉ điều trị bằng kháng sinh. Một số trường hợp được kết hợp cắt lọc, bơm rửa liên tục, hoặc sử dụng xi măng kháng sinh. Các nghiên cứu cho thấy can thiệp sớm và sử dụng xi măng kháng sinh tại chỗ có thể làm giảm số lần cần phẫu thuật thêm [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân (44,8%) chỉ phải mổ lại một lần, trong khi có một trường hợp phải trải qua tới 8 lần mổ lại. Hiện nay, chưa có tài liệu nào quy định cụ thể về số lần phẫu thuật cần thiết khi xử trí nhiễm trùng sau mổ. Theo nghiên cứu của Aboltins (2010) [8], bệnh nhân nhiễm trùng sau phẫu thuật thay khớp thường phải mổ lại trung bình 3 lần (dao động từ 1-6 lần). Thời gian điều trị kháng sinh tĩnh mạch trung bình là 40 ngày (dao động từ 9-79 ngày) và kháng sinh uống trung bình là 12 tháng (1-55 tháng). Do đó, số lần phẫu thuật cần thiết không có quy ước cụ thể mà phụ thuộc vào tình trạng nhiễm trùng và phương pháp xử trí phù hợp. Chúng tôi đồng ý với quan điểm này.

4.5. Kết quả kháng sinh đồ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 24 mẫu nhiễm tụ cầu được ghi nhận. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm tụ cầu trong nhiễm khuẩn vết mổ chỉnh hình chiếm khoảng 30% [1]. Kháng sinh đồ âm tính có thể do nhiều nguyên nhân như cách lấy mẫu, sử dụng kháng sinh trước khi cấy, hoặc nhiễm vi khuẩn không thông thường như nấm hoặc lao. Khi có kết quả kháng sinh đồ, việc lựa chọn kháng sinh phù hợp và đánh giá độ nhạy của vi khuẩn sẽ giúp điều trị hiệu quả hơn.

4.6. Tình trạng bệnh nhân hiện tại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 44 trường hợp đã ổn định sau nhiều lần phẫu thuật cắt lọc. 13 trường hợp vẫn còn tình trạng nhiễm trùng (9 ca thay khớp và 4 ca kết hợp xương), và 10 ca tạm ổn (lần khám gần nhất không còn nhiễm trùng tại chỗ). Nghiên cứu cho thấy phát hiện và can thiệp sớm có thể cải thiện tình trạng bệnh nhân và giảm nguy cơ phải tháo bỏ dụng cụ [8], [4] [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường

hợp phát hiện sớm (<2 tuần và 2-10 tuần) cho kết quả điều trị tốt, chiếm 86,4%, mặc dù giá trị này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4.7. Hạn chế của nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi cứu, do đó dữ liệu về các xét nghiệm nhiễm trùng như CRP và tốc độ máu lắng (VS) không được đồng nhất. Chúng tôi cũng không thể kiểm soát các trường hợp nhiễm trùng không đến bệnh viện điều trị, và dữ liệu về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong các ca mổ không được ghi nhận đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình, dù là phẫu thuật sạch, vẫn có thể xảy ra với tỉ lệ chấp nhận được dưới 5%. Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến nhiễm trùng, và việc phòng ngừa là rất quan trọng để giảm thiểu nguy cơ này. Quy trình chuẩn bị cần được thực hiện nghiêm ngặt từ trước phẫu thuật, trong phẫu thuật và sau phẫu thuật. Nhiễm trùng có thể xuất hiện sớm sau khi nằm viện hoặc muộn sau nhiều tháng, thậm chí nhiều năm. Phần lớn các trường hợp là nhiễm trùng sâu. Kết quả kháng sinh đồ thường phát hiện vi khuẩn tụ cầu vàng. Việc phẫu thuật để xử lý nhiễm trùng là một phần quan trọng trong điều trị. Cho đến nay, chưa có phương pháp nào được xem là tối ưu nhất để điều trị nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉnh hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Motiffard, M., et al.,** Prevalence of Bacterial surgical site infection in traumatic patients undergoing orthopedic surgeries: a cross-sectional study. *Int J Burns Trauma*, 2021. 11(3): p. 191-196.
2. **Li, T., et al.,** Risk factors associated with surgical site infections following joint replacement surgery: a narrative review. *Arthroplasty*, 2022. 4(1): p. 11.
3. **Anderson, P.A., et al.,** Prevention of Surgical Site Infection in Spine Surgery. *Neurosurgery*, 2017. 80(3s): p. S114-S123.
4. **Steinmetz, S., et al.,** Infection after fracture fixation. *EFORT Open Rev*, 2019. 4(7): p. 468-475.
5. **Choi, S.-W., et al.,** Clinical differences between delayed and acute onset postoperative spinal infection. *Medicine*, 2022. 101(24).
6. **Seidelman, J.L., C.R. Mantyh, and D.J. Anderson,** Surgical Site Infection Prevention: A Review. *JAMA*, 2023. 329(3): p. 244-252.
7. **Agarwal, A., et al.,** Implant Retention or Removal for Management of Surgical Site Infection After Spinal Surgery. *Global Spine J*, 2020. 10(5): p. 640-646.
8. **Aboltins, C.A., et al.,** Gram-negative prosthetic joint infection treated with debridement, prosthesis retention and antibiotic regimens including a fluoroquinolone. *Clin Microbiol Infect*, 2011. 17(6): p. 862-7.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA THUỐC TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARAT TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VIRUS B MẠN SAU MỘT NĂM ĐẦU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỬU LONG

Dương Quốc Trung¹, Dương Xuân Chữ², Trần Công Luận¹
Nguyễn Văn Hoàng³, Đào Thị Cẩm Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân viêm gan B mạn và đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc Tenofovir disoproxil fumarat trong điều trị viêm gan B mạn sau một năm đầu điều trị tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chỉ định điều trị viêm gan B mạn bằng thuốc Tenofovir disoproxil fumarat và tuân thủ điều trị liên tục ít nhất trong một năm đầu. Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $48,7 \pm 12,6$ tuổi, nam giới chiếm đa số 62,7%. Tỷ lệ chuyển đổi huyết thanh sau 12 tháng là 54,3%. Tỷ lệ hồ sơ bệnh án đáp ứng 4 tiêu chuẩn sau 12 tháng là 53,4%. **Kết luận:** TDF là thuốc điều trị đầu tay, mang lại hiệu quả điều trị cao cho bệnh viêm gan B mạn. **Từ khoá:** Tenofovir disoproxil fumarat, viêm gan B mạn tính.

SUMMARY

EVALUATION OF THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARAT IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS B AFTER THE FIRST YEAR OF TREATMENT AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL

Objectives: Describe the characteristics of patients with chronic hepatitis B and evaluate the effective treatment effect of Tenofovir disoproxil fumarat in the treatment of chronic hepatitis B after one year of treatment at Hoan My Cuu Long Hospital. **Methods:** All patients were prescribed Tenofovir disoproxil fumarat for chronic hepatitis B and adhered to continuous treatment for at least the first year. Data collection began from the time the protocol was approved by the retrospective method until the calculated sample size was reached. **Results:** The average age of patients was 48.7 ± 12.6 years old, with a maximum use limit of 62.7% for males. The seroconversion rate after 12 months was 54.3%. The rate of medical records meeting the 4 criteria after 12 months was 53.4%. **Conclusion:** TDF is a first-line treatment drug, bringing high efficiency for chronic hepatitis B. **Keywords:** Tenofovir disoproxil fumarat, chronic hepatitis B.

¹Trường Đại học Tây Đô

²Trường Đại học Y dược Cần Thơ

³Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quốc Trung

Email: mr.duongquoc trung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024

Ngày duyệt bài: 13.11.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B là bệnh truyền nhiễm quan trọng, do virus viêm gan B gây ra, là một gánh nặng cho y tế toàn thế giới. Theo báo cáo của WHO vào năm 2021, chỉ 10% số người sống chung với viêm gan B mạn được chẩn đoán, và 6,6 triệu người được điều trị [1]. Tenofovir disoproxil fumarat (TDF) được đưa vào điều trị viêm gan virus B mạn từ tháng 11/2008 đã giúp kiểm soát được bệnh, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh và làm giảm tỉ lệ tử vong do virus viêm gan B. Trên thế giới và tại Việt Nam đã có vài nghiên cứu về hiệu quả điều trị của thuốc TDF. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long Cần Thơ chưa có nghiên cứu cụ thể nào về vấn đề trên. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc Tenofovir disoproxil fumarat trong điều trị viêm gan virus B mạn sau một năm đầu điều trị tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gan virus B mạn tính từ 18 tuổi trở lên và có chỉ định điều trị bằng thuốc Tenofovir disoproxil fumarat.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan B mạn tính theo phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y Tế Việt Nam ban hành theo quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/07/2019 [2].

- Được chỉ định điều trị đặc hiệu chỉ bằng thuốc Tenofovir disoproxil fumarat và tuân thủ điều trị ít nhất trong 1 năm đầu theo phác đồ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đồng nhiễm các loại viêm gan khác hoặc HIV.

- Bệnh nhân có dùng thuốc đông y, bệnh nhân dùng thuốc khác để điều trị viêm gan virus B.

- Bệnh nhân là phụ nữ có thai và đang cho con bú.

- Bệnh nhân dưới 18 tuổi.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị: Không dùng thuốc theo toa, không tái khám theo lịch hẹn, tự ý nghỉ điều trị.

- Bệnh nhân suy thận có Creatinin $\geq 130 \mu\text{mol/L}$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu