

trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ. Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 2021;93:158-164.

8. D'Amaro D, Rodolico D, Delvinioti A, et al.

Eligibility for the 4 Pharmacological Pillars in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction at Discharge. J Am Heart Assoc. 2023;12(13): e029071. doi:10.1161/JAHA.122.029071

ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C MẠN TÍNH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ DAAS TẠI 02 BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Vũ Thị Thu Hương¹, Nguyễn Trọng Hiếu², Phạm Ngọc Thạch¹,
Flower Barnaby^{3,4,5}, Đặng Trọng Thuận⁵, Lê Ngọc Châu⁵,
Van Doorn Rogier⁶, Cooke Graham S.^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng và các đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính điều trị bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (NHTD) và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh (HTD). **Phương pháp:** Đây là một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bệnh nhân sẽ được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm với tỷ lệ 1:1. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 250 người bệnh, trong đó nhóm nghiên cứu tại HTD và NHTD lần lượt chiếm 23,2% và 26,4% tổng số đối tượng nghiên cứu. Nhóm chứng tại HTD và NHTD lần lượt chiếm 23,6% và 26,8% tổng số đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu mắc rất nhiều bệnh lý nền kèm theo như trầm cảm, ung thư, bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh đau thắt ngực, bệnh COPD. Đáng chú ý bệnh nhân trong nghiên cứu này còn bị mắc kèm bệnh lao chiếm tới 4%, kèm bệnh tăng Lipid máu chiếm 4%, kèm bệnh tiểu đường chiếm 7,5% và kèm bệnh tăng huyết áp chiếm đến 11,1%. Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức Hemoglobin $\geq 12\text{g/dl}$, vẫn còn 4,8% người bệnh có mức tiểu cầu trong khoảng 100-150G/l và 4,4% người bệnh có bạch cầu dưới 4,5G/l. Nhóm người bệnh tại HTD có tải lượng virus $\geq 4 \times 10^5$ UI/ml chiếm 60,7%, trong khi chỉ số này ở người bệnh điều trị tại NHTD là 80,5%. **Kết luận:** người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính tham gia nghiên cứu phân bố đều ở 2 bệnh viện vẫn còn mắc nhiều bệnh lý nền kèm theo, tải lượng virus trước điều trị cao. Các chỉ số Hemoglobin, tiểu cầu, bạch cầu vẫn trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: cận lâm sàng, viêm gan C, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BEFORE TREATED WITH DAAs AT 2 TROPICAL HOSPITALS

Objective: To describe the clinical and demographic characteristics of patients with chronic hepatitis C treated with DAAs at the National Hospital for Tropical Diseases (NHTD) and the Ho Chi Minh City Hospital for Tropical Diseases (HTD). **Methods:** This is a randomized controlled clinical trial. Patients will be randomly assigned to two groups at a ratio of 1:1. **Results:** The study included 250 patients, of which the study group at the HTD and NHTD accounted for 23.2% and 26.4% of the total study subjects, respectively. The control group at the HTD and NHTD accounted for 23.6% and 26.8% of the total study subjects, respectively. The study subjects had many underlying diseases such as depression, cancer, peripheral neuropathy, angina, and COPD. Notably, patients in this study also had tuberculosis accounting for 4%, hyperlipidemia accounting for 4%, diabetes accounting for 7.5% and hypertension accounting for 11.1%. All patients participating in the study had a hemoglobin level $\geq 12 \text{ g/dl}$, 4.8% of patients still had platelet levels between 100-150G/l and 4.4% of patients had white blood cells below 4.5G/l. The group of patients at the HTD had a viral load $\geq 4 \times 10^5$ UI/ml accounting for 60.7%, while this index in patients treated at the NHTD was 80.5%. **Conclusion:** Patients with chronic hepatitis C participating in the study were evenly distributed in the 2 hospitals and still had many underlying diseases, high viral load before treatment. Hemoglobin, platelet and white blood cell indices were still normal. **Keywords:** subclinical, hepatitis C, Tropical Hospitals

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút viêm gan C (HCV), gây ra bệnh viêm gan vi rút C (VGVR C), đang được coi là sát thủ thầm lặng do tính phổ biến và những biến chứng nguy hiểm của nó.¹ Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2024 số ca tử vong do nhiễm vi rút viêm gan ngày càng tăng. Số ca tử vong ước tính do viêm gan vi rút đã tăng từ 1,1 triệu ca vào năm 2019 lên 1,3 triệu ca vào năm 2022.

¹Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

³Đại học Imperial College London, Vương Quốc Anh

⁴Trung tâm Nghiên cứu Sinh học Y tế Quốc gia (NIHR BRC) Imperial College NHS Trust, London, Vương Quốc Anh

⁵Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU), Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁶Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU), Hà Nội, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hiếu

Email: nguyentronghieu@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

Trong đó viêm gan C là 17%. Trong số 2,2 triệu ca viêm gan vi rút mới, gần 1,0 triệu ca là viêm gan C.² Ước tính có 50 triệu người đang sống chung với viêm gan C. Ở các nước phát triển VGVR C mạn tính là một trong các nguyên nhân chủ yếu dẫn đến ung thư gan nguyên phát. Ở Việt Nam, với dân số khoảng 100 triệu người, ước tính có khoảng 1,07 triệu người nhiễm HCV và người bệnh đến khám thường ở giai đoạn nặng của bệnh.²

Cho đến nay, chưa có vắc xin ngăn ngừa bệnh VGVR C nên điều trị vẫn đang là công cụ quan trọng để kiểm soát bệnh, ngăn chặn biến chứng xơ gan, ung thư gan khi đạt được mục tiêu của điều trị viêm gan C mạn tính là loại vi rút viêm gan C khỏi cơ thể thông qua đáp ứng vi rút bền vững (SVR). Trước đây, với phác đồ có Interferon đơn thuần hay kết hợp với ribavirin đòi hỏi thời gian điều trị từ 24 đến 48 tuần, chi phí điều trị cao, nhiều tác dụng không mong muốn nhưng tỷ lệ thành công chỉ dao động từ 40% đến 70%. Việc đáp ứng với phác đồ này phụ thuộc vào kiểu gen của HCV, trong đó kiểu gen 1 là khó điều trị nhất. Sự ra đời của các thuốc kháng vi rút tác động trực tiếp (Direct-Acting Antivirals –DAAs) như một cuộc cách mạng trong điều trị viêm gan vi rút C. Các DAA không những giúp rút ngắn thời gian điều trị xuống còn 12-24 tuần, giảm chi phí, ít tác dụng không mong muốn mà còn mang lại hiệu quả cao. Hai phác đồ Sofosbuvir + Velpatasvir và Sofosbuvir + Daclatasvir đã được WHO, Hội gan mật Mỹ, Bộ Y tế Việt Nam khuyến cáo điều trị cho tất cả các kiểu gen của HCV.³

Mặc dù vậy, ở Việt Nam cũng như một số nước có thu nhập thấp và trung bình vẫn khó tiếp cận với thuốc điều trị do chi phí còn cao và thời gian 12 tuần vẫn tương đối dài. Ngoài ra, ở một số trường hợp đặc biệt như trong các nhà tù hoặc ở các đối tượng có nhu cầu mang thai rất cần một liệu trình điều trị ngắn hơn nữa. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ,⁴ còn ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về khía cạnh này nên nhóm tác giả tiến hành nghiên cứu hiệu quả điều trị bằng phác đồ DAAs (Sofosbuvir + Velpatasvir, Sofosbuvir + Daclatasvir) ngắn hạn ở bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn tính. Trong phạm vi bài báo này sẽ báo cáo về một số đặc điểm nhân khẩu học, cận lâm sàng của người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính điều trị bằng phác đồ DAAs tại 2 Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân

viêm gan vi rút C mạn tính đến khám tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành Phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2020-2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh ≥ 18 tuổi
- Được chẩn đoán viêm gan C mạn tính (theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2021)
- Độ thanh thải Creatinine (dùng công thức ước đoán Cockcroft-Gault) ≥ 30 ml/ phút
- Xơ hóa gan nhẹ: Fibroscan: giai đoạn F0-F2.
- Chưa điều trị viêm gan C trước đó
- Có văn bản đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân sẽ bị loại khỏi nghiên cứu khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

- Đồng nhiễm HIV; đồng nhiễm HBV
- Đang có bệnh cấp tính đi kèm
- Đang sử dụng các thuốc có tương tác với các thuốc dùng trong thử nghiệm mà được khuyến cáo không dùng kết hợp hoặc phải chỉnh liều SOF, DCV, VEL (efavirenz và, atazanavir/ritonavir)
- Có bệnh tim mạch không ổn định, hoặc đang sử dụng thuốc amiodarone hoặc các thuốc digoxin (gồm bệnh nhân có đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn).
- Sử dụng các sản phẩm nghiên cứu khác trong các thử nghiệm khác trong vòng 60 ngày trước ngày sàng lọc
- Phụ nữ đang có thai hoặc cho con bú, nữ dự tính có thai trong vòng 1 tháng sau kết thúc nghiên cứu, và nam dự tính có con trong vòng 03 tháng sau kết thúc nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2024 tại hai địa điểm: Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Đây là một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bệnh nhân sẽ được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm với tỷ lệ 1:1.

2.2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Nghiên cứu này sử dụng cỡ mẫu của nghiên cứu "Thử nghiệm lâm sàng tại Việt Nam với thiết kế mới đa nhánh điều trị viêm gan vi-rút C bằng thuốc diệt vi-rút trực tiếp đã được cấp phép- 35CN" dự kiến mỗi nhóm khoảng 130 bệnh nhân. Trên thực tế, nghiên cứu chọn được 250 người bệnh, gồm 117 người bệnh ở Bệnh viện Bệnh nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh và 133 người bệnh ở Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương phù hợp với các tiêu chuẩn tham gia

ngiên cứu.

- Chọn mẫu

- Nhóm nghiên cứu:

- + Bệnh nhân có tải lượng vi-rút viêm gan C thấp hơn ngưỡng định lượng dưới (LLOQ), bằng kỹ thuật của Abbott hoặc tương đương vào ngày 7 sẽ được điều trị 4 tuần.

- + Bệnh nhân có tải lượng vi-rút HCV từ ngưỡng dưới LLOQ đến 250 IU/ml sẽ được điều trị 8 tuần.

- + Các bệnh nhân còn lại sẽ được điều trị 12 tuần.

- Nhóm chứng:

- + Là nhóm điều trị theo hướng dẫn của WHO năm 2022 và Bộ Y tế năm 2021 với thời gian điều trị là 12 tuần với SOF/VEL hoặc SOF/DAC

Trong mỗi nhóm (nhóm nghiên cứu và nhóm chứng) bệnh nhân cũng được phân chia ngẫu nhiên để nhận thuốc uống Sofosbuvir (SOF)/Daclatasvir (DAC) hoặc Sofosbuvir (SOF)/Velpatasvir (VEL).

2.2.4. Xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu, virus. Các xét nghiệm huyết học, chức năng gan, thận, tuyến giáp và virus học được thực hiện tại các phòng xét nghiệm, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh:

- Xét nghiệm công thức máu được tiến hành bằng máy Siemen 2120I

- Xét nghiệm sinh hóa máu được thực hiện trên hệ thống máy Olympus AU400

- Tải lượng virus được thực hiện bằng kỹ thuật HCV-RNA Real Time PCR, COBAS®TaqMan HCV Test trên hệ thống COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan48-Roche, ngưỡng phát hiện ≥ 15 UI/mL (37,5 copies/mL).

- Xét nghiệm kiểu gen HCV thực hiện bằng kỹ thuật giải trình tự gen trên hệ thống AB 3130XL.

Các xét nghiệm trên được thực hiện và quản lý theo tiêu chuẩn ISO 15189, do Đơn vị Nghiên cứu lâm sàng đại học Oxford Vương quốc Anh hỗ trợ xây dựng và giám sát.

2.3. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn, tiền sử viêm gan, sử dụng chất kích thích...

- Xét nghiệm enzyme gan: ALT, AST

- Xét nghiệm chức năng gan: bilirubin, đông máu cơ bản (tỷ lệ prothrombin, INR), protein và albumin huyết thanh của các bệnh nhân nghiên cứu

- Xét nghiệm tải lượng vi rút tại các thời điểm đánh giá

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu. Các

số liệu điều tra được nhập và xử lý trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS 25.0

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được phê duyệt của các Hội đồng đạo đức tại: Trường Đại học Oxford, Bộ Y tế Việt Nam, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP Hồ Chí Minh. Đề tài nghiên cứu vì mục đích phục vụ sức khỏe của cộng đồng, không ảnh hưởng đến cá nhân, tập thể và không ảnh hưởng phong tục truyền thống của dân tộc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm gan vi rút C mạn tính tham gia nghiên cứu

(Chú thích: NHTD: Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (Hà Nội); HTD: Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới, Thành phố Hồ Chí Minh)

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố của các nhóm đối tượng nghiên cứu (n=250)

	HTD	NHTD
	117 n(%)	133 n(%)
Nhóm nghiên cứu		
SOF/DCV+RGT	28(24,4%)	32 (24,0%)
SOF/VEL+RGT	30 (26,1%)	34 (25,6%)
Nhóm chứng		
SOF/DCV+ 12 tuần	26 (21,8%)	34 (25,6%)
SOF/VEL+ 12 tuần	33 (27,7%)	33 (24,8%)

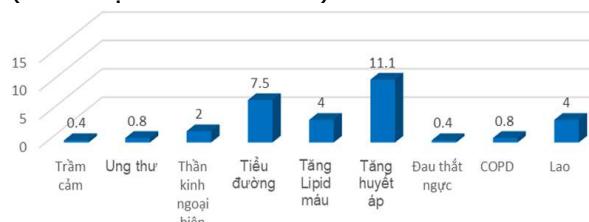
Nghiên cứu bao gồm 250 người bệnh, trong đó nhóm nghiên cứu tại HTD và NHTD lần lượt chiếm 23,2% và 26,4% và tỷ lệ của nhóm chứng lần lượt chiếm 23,6% và 26,8% tổng số đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.2. Đặc điểm nhân trắc của đối tượng nghiên cứu (n=250)

	HTD		NHTD	
	Cân nặng Mean (SD)	BMI Mean (SD)	Cân nặng Mean (SD)	BMI Mean (SD)
Nhóm nghiên cứu				
SOF/DCV+RGT	57,4 (10,6)	21,5 (2,4)	60,1 (8,4)	22,5 (4,0)
SOF/VEL+RGT	59,9 (9,9)	22,2 (2,5)	59,5 (6,9)	23,3 (3,0)
Nhóm chứng				
SOF/DCV (12 tuần)	58,4 (9,6)	22,4 (3,3)	60,6 (11,0)	22,4 (3,1)
SOF/VEL (12 tuần)	62,7 (12,7)	21,9 (2,3)	58,2 (7,3)	24,0 (4,4)

Chỉ số BMI của nhóm điều trị SOF/DCV+RGT và SOF/DCV (12 tuần) ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều dưới 23,0 (dưới mức thừa cân theo hướng dẫn điều trị thừa cân béo phì của Bộ

Y tế Việt Nam). Nhưng nhóm điều trị SOF/VEL+RGT và SOF/VEL (12 tuần) ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có BMI lớn hơn 23,0 (mức được coi là thừa cân).



Biểu đồ 3.1. Bệnh lý nền của đối tượng nghiên cứu (n=250)

Các đối tượng nghiên cứu mắc rất nhiều bệnh lý nền kèm theo như trầm cảm, ung thư, bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh đau thắt ngực, bệnh COPD. Đáng chú ý bệnh nhân trong nghiên cứu này còn bị mắc kèm bệnh lao chiếm tới 4%, kèm bệnh Tăng Lipid máu chiếm 4%, kèm bệnh tiểu đường chiếm 7,5% và kèm bệnh tăng huyết áp chiếm đến 11,1%.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm huyết học của đối tượng nghiên cứu (n=250)

Biến số	Giá trị	
	250	
Hemoglobin (g/dl)	<12	0 (0,0)
	≥12,0	250 (100)
	Mean (SD)	234,2(60,7)
Tiểu cầu (G/I)	<100	0
	100-150	12 (4,8%)
	≥150	238 (95,2%)
	<4,5	11 (4,4%)
Bạch cầu (G/I)	4,5-10,5	221 (88,4%)
	≥10,5	18 (7,2%)
	<43	28 (11,2%)
	43-76	219 (87,6%)
Bạch cầu đa nhân trung tính (G/I)	>76	3 (1,2%)
	<17	7 (2,8%)
	17-48	228 (91,2%)
	>48	15 (6,1%)
Bạch cầu lympho (G/I)	≤7	222 (88,5%)
	>7	28 (11,5%)
	Không	231 (92,8%)
	Có	18 (7,2%)
Bạch cầu ưa acid (G/I)	≤7	223 (88,5%)
	>7	29 (11,5%)
	Không	233 (92,8%)

Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức Hemoglobin ≥ 12, vẫn còn 4,8% người bệnh có mức tiểu cầu trong khoảng 100-150 và 4,4% người bệnh có bạch cầu dưới 4,5.

Bảng 3.4. Tải lượng vi rút theo địa điểm nghiên cứu (n=250)

Tải lượng vi rút	HTD		NHTD	
	n	%	n	%
< 4 x10 ⁵ UI/ml	46	39,3	26	19,5
≥4 x10 ⁵ UI/ml	72	60,7	107	80,5
P	<0,001*			

*: χ^2 ; **: fisher's exact

Nhóm người bệnh tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP, Hồ Chí Minh có tải lượng virus ≥4 x10⁵ UI/ml chiếm 60,7%, trong khi chỉ số này ở người bệnh điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương là 80,5%.

IV. BÀN LUẬN

- **Phân bố và đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu này, tổng số 250 bệnh nhân viêm gan C mạn tính được phân bố đồng đều giữa hai nhóm nghiên cứu và chứng tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Điểm đáng chú ý là tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng virus thấp hơn (<4 x 10⁵ UI/ml) ở Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh cao hơn so với Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, chiếm lần lượt là 39,3% và 19,5%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ các yếu tố về dịch tễ học và các nguy cơ phơi nhiễm khác nhau giữa hai khu vực, hoặc cũng có thể do các khác biệt trong điều kiện chăm sóc y tế địa phương. Một nghiên cứu tại Đông Nam Á của Mohd Hanafiah và cộng sự (2013) cũng chỉ ra rằng các yếu tố địa lý và điều kiện chăm sóc y tế có thể ảnh hưởng đến tình trạng lâm sàng và tải lượng virus ở bệnh nhân HCV, từ đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc hiểu rõ tình hình dịch tễ và nguy cơ tại mỗi khu vực khi đánh giá hiệu quả điều trị.⁵

- **Đặc điểm nhân trắc và tình trạng sức khỏe của đối tượng nghiên cứu.** Các chỉ số nhân trắc như cân nặng và BMI của nhóm nghiên cứu cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu có sự khác biệt rõ rệt. Nhóm điều trị với phác đồ SOF/VEL có BMI lớn hơn 23, tức là nằm trong ngưỡng thừa cân, trong khi nhóm SOF/DCV có BMI trung bình dưới 23. Chỉ số BMI cao có liên quan đến một số ảnh hưởng bất lợi trong điều trị, đặc biệt là đối với bệnh nhân viêm gan C. Nghiên cứu của Thompson và cộng sự năm 2022 đã chỉ ra rằng bệnh nhân HCV có BMI cao không chỉ dễ phát triển xơ hóa gan mà còn làm giảm tỷ lệ đạt được SVR khi điều trị bằng DAAs.⁶ Việc BMI cao có thể tác động đến việc xử lý và phân phối thuốc trong cơ thể, do đó làm giảm hiệu quả của phác đồ điều trị. Điều này gợi ý rằng, khi điều trị cho bệnh nhân HCV với BMI cao, cần cân nhắc về liều lượng thuốc và thời

gian điều trị để đạt được hiệu quả tối ưu.

- Ảnh hưởng của các bệnh lý nền và lối sống đến hiệu quả điều trị. Đáng chú ý, có một tỷ lệ bệnh nhân không nhỏ đồng thời mắc các bệnh lý nền và lối sống không lành mạnh như tiểu đường (7,5%), tăng huyết áp (11,1%) và sử dụng chất cấm (28,2%). Các yếu tố này đều có khả năng ảnh hưởng lớn đến đáp ứng với phác đồ DAAs. Tiểu đường là một yếu tố làm gia tăng xơ hóa gan và có thể giảm tỷ lệ đạt SVR theo nghiên cứu của Rein và cộng sự (2015).⁷ Đối với bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, cần thận trọng vì một số DAAs có thể gây ảnh hưởng đến các chỉ số huyết áp trong quá trình điều trị. Hơn nữa, một tỷ lệ lớn bệnh nhân có tiền sử sử dụng chất cấm là một thách thức trong việc duy trì tính tuân thủ điều trị và ngăn ngừa tái nhiễm HCV. Các nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy việc sử dụng chất cấm làm tăng nguy cơ tái nhiễm HCV, điều này đặc biệt quan trọng ở nhóm bệnh nhân này, cần có kế hoạch hỗ trợ lối sống song song với phác đồ điều trị để đảm bảo kết quả điều trị lâu dài.

- Tải lượng virus và phân bố kiểu gen - yếu tố then chốt trong đáp ứng điều trị. Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng virus cao ($>4 \times 10^5$ UI/ml) chiếm 71,6% tổng số người bệnh khi bắt đầu điều trị, là yếu tố ảnh hưởng lớn đến khả năng đáp ứng điều trị. Tải lượng virus cao có thể làm giảm tỷ lệ đạt được SVR.⁸

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 250 người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính cho thấy, người bệnh vẫn còn mắc nhiều bệnh lý nền kèm theo; các

chỉ số Hemoglobin, tiểu cầu, bạch cầu vẫn trong giới hạn bình thường, tải lượng virus trước điều trị cao. Nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có BMI lớn hơn 23,0. Cần có kế hoạch điều trị phù hợp với từng nhóm người bệnh dựa trên các kết quả lâm sàng và cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen VTT, McLaws M-L, Dore GJ.** Prevalence and risk factors for hepatitis C infection in rural north Vietnam. *Hepatology international*. 2007;1(3): 387-393. doi:10.1007/s12072-007-9008-3
2. **Organization WH.** Global Hepatitis Report 2024.
3. **Bộ Y tế.** Quyết định 2065/QĐ-BYT 2021 hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút C. In: *tế BY, editor*. 2021.
4. **Vranjkovic A, Deonaraine F, Kaka S, Angel JB, Cooper CL, Crawley AM.** Direct-Acting Antiviral Treatment of HCV Infection Does Not Resolve the Dysfunction of Circulating CD8(+) T-Cells in Advanced Liver Disease. *Front Immunol*. 2019;10: 1926-1926. doi:10.3389/fimmu. 2019.01926
5. **Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST.** Global epidemiology of hepatitis C virus infection: new estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. *Hepatology*. Apr 2013;57(4):1333-42. doi:10.1002/hep.26141
6. **Thompson KA, Blank G, Toy J, et al.** Prevalence and incidence of hepatitis C infection amongst men who have sex with men in a population-based pre-exposure prophylaxis program in British Columbia, Canada. *Liver Int*. Jul 2022;42(7):1528-1535. doi:10.1111/liv.15237
7. **Rein DB, Wittenborn JS, Smith BD, Liffmann DK, Ward JW.** The cost-effectiveness, health benefits, and financial costs of new antiviral treatments for hepatitis C virus. *Clin Infect Dis*. Jul 15 2015;61(2):157-68. doi:10.1093/cid/civ220
8. **Morozov VA, Lagaye S.** Hepatitis C virus: Morphogenesis, infection and therapy. *World J Hepatol*. 2018;10(2): 186-212. doi:10.4254/wjv.10.i2.186

MỐI LIÊN QUAN GIỮA THỜI GIAN KHỞI PHÁT VÀ ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH VỚI KẾT QUẢ THẦN KINH TỐT Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU DƯỚI NHỆN DO VỠ PHÌNH MẠCH NÃO

Trần Hữu Thông¹, Lương Quốc Chính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa thời gian khởi phát và điều trị túi phình với kết quả thần kinh tốt ở bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình

động mạch não. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 200 bệnh án của bệnh nhân chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não điều trị tại trung tâm Đột quỵ và khoa Phẫu thuật thần kinh từ tháng 8 năm 2023 đến hết tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59, nữ giới chiếm đa số 54,5%. Triệu chứng khởi phát thường gặp là đau đầu, chiếm 88,5%, vị trí túi phình thường gặp nhất nằm ở tuần hoàn não trước, chiếm 81,5%. Đa phần bệnh nhân bị tổn thương não ở mức độ I chiếm 59% tính theo phân độ WFNS. Có 79% bệnh nhân đạt chức năng thần

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025