

KẾT QUẢ ĐÁP ỨNG VI RÚT BỀN VỮNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C MẠN TÍNH 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 kết quả đáp ứng vi rút 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:** Trong tổng số 250 người bệnh tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm 73,2%, nữ giới chỉ chiếm 27,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu xấp xỉ 48 tuổi. Thời gian nhiễm viêm gan C ở nhóm 1 (điều trị theo đáp ứng) là 4,2 năm và nhóm 2 (điều trị phác đồ chuẩn) là 3,7 năm. Sau 7 ngày điều trị, 22,6% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đạt được tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện (LLOQ), cho phép điều trị trong 4 tuần. Khoảng 60,5% bệnh nhân có tải lượng virus nằm trong khoảng LLOQ đến 250 UI/ml và cần điều trị 8 tuần, trong khi 16,9% còn lại có tải lượng trên 250 UI/ml và phải điều trị kéo dài 12 tuần. So sánh 2 phác đồ ở nhóm điều trị theo đáp ứng (Nhóm 1) và nhóm điều trị chuẩn (Nhóm 2) ở thời điểm 12 tuần điều trị đều có tỷ lệ bệnh nhân đạt vi rút DNPH là 100%. Tỷ lệ đáp ứng vi rút bền vững (SVR12) của cả nhóm điều trị theo đáp ứng 93,1%. Tuy nhiên, tỷ lệ SVR12 của nhóm điều trị 8 tuần đạt đến 97,1% không thua kém so với nhóm điều trị chuẩn là 98,4%. **Kết luận:** Kết quả này cho thấy rằng phần lớn bệnh nhân đã có sự giảm tải lượng virus đáng kể sau 7 ngày điều trị. Tỷ lệ đạt SVR12 trong nhóm điều trị 8 tuần không thua kém nhóm điều trị chuẩn. **Từ khóa:** SVR, viêm gan C, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

SUMMARY

SUSTAINED VIROLOGIC RESPONSE OF

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: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

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

Objective: To describe the sustained virologic response (SVR) results of patients with chronic hepatitis C treated with direct-acting antivirals (DAAs) at the National Hospital for Tropical Diseases (NHTD) and the Hospital for Tropical Diseases in Ho Chi Minh City (HTD). **Methods:** This is a randomized controlled clinical trial. Patients will be randomly assigned to two groups with a ratio of 1:1. **Results:** Of the 250 patients participating in the study, 73.2% were male and 27.8% were female. The mean age of the study subjects was approximately 48 years. The duration of hepatitis C infection in group 1 (response-directed treatment) was 4.2 years and in group 2 (standard treatment regimen) was 3.7 years. After 7 days of treatment, 22.6% of the patients in the study group achieved a viral load below the limit of detection (LLOQ), allowing treatment for 4 weeks. Approximately 60.5% of patients had a viral load between the LLOQ and 250 IU/ml and required 8 weeks of treatment, while the remaining 16.9% had a viral load above 250 IU/ml and required 12 weeks of treatment. Comparing the 2 regimens in the response-based treatment group (Group 1) and the standard treatment group (Group 2) at 12 weeks of treatment, the rate of patients achieving DNPH virus was 100%. The sustained virological response rate (SVR12) of the entire response-based treatment group was 93.1%. However, the SVR12 rate of the 8-week treatment group reached 97.1%, not inferior to the standard treatment group at 98.4%. **Conclusion:** These results showed that the majority of patients had a significant reduction in viral load after 7 days of treatment. The SVR12 rate in the 8-week treatment group was non-inferior to the standard treatment group.

Keywords: SVR, 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. 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 (Sustained virologic response - SVR).^{3,4} 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.⁵ 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.⁶

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.⁷ 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,⁸ 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 kết quả đáp ứng vi rút bền vững 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:

- 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
- Có bệnh tim mạch không ổn định
- Phụ nữ đang có thai hoặc cho con bú.

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.

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 nghiên cứu.

• Chọn mẫu

- Nhóm nghiên cứu (Nhóm 1):

+ 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 (Nhóm 2):

+ 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. 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 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 nhân khẩu học bệnh nhân nghiên cứu (n=250)

Đặc điểm	Nhóm 1	Nhóm 2
----------	--------	--------

Bảng 3.3. Sự thay đổi tải lượng vi rút HCV theo thời gian của nhóm điều trị theo đáp ứng (Nhóm 1)

Thời gian điều trị	Tải lượng vi rút (UI/ml)	Kết thúc điều trị (EOT)		Kết thúc điều trị 4 tuần (EOTW4)		Kết thúc điều trị 8 tuần (EOTW8)		Kết thúc điều trị 12 tuần (EOTW12)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
4 tuần	≥LLOQ	0	0	4	16	1	5,3	0	0
	<LLOQ	27	100	21	84	18	94,7	23	100
8 tuần	≥LLOQ	0	0	2	2,9	0	0	0	0
	<LLOQ	73	100	67	97,1	66	100	68	100
12 tuần	≥LLOQ	0	0	1	5,3	0	0	0	0
	<LLOQ	18	100	18	94,7	17	100	18	100
Tổng	≥LLOQ	0	0	7	6,2	1	1,0	0	0
	<LLOQ	118	100	106	93,8	101	99,0	108	100

Tại thời điểm kết thúc điều trị 100% bệnh nhân dù điều trị 4 tuần, 8 tuần, hay 12 tuần đều đạt được vi rút dưới ngưỡng phát hiện. Nhóm điều trị 4 tuần có 5 bệnh nhân xuất hiện lại vi rút sau khi ngừng điều trị, trong đó chiếm đa số (4/5) xuất hiện ngay sau khi nghỉ thuốc 4 tuần.

Giới tính		n		n	
Nam	Nam	88	71,0	95	75,2
	Nữ	36	29,0	31	24,8
Tuổi (năm)	X±SD	47,9 (11,6)		47,7 (10,8)	
	Thấp nhất – cao nhất	20 - 73		22 - 72	
Thời gian nhiễm HCV (năm)	X±SD	4,2 (4,6)		3,7 (2,8)	
	Thấp nhất – cao nhất	1 - 31		1 - 16	

Trong tổng số 250 người bệnh tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm 73,2%, nữ giới chỉ chiếm 27,8%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu xấp xỉ 48 tuổi. Thời gian nhiễm viêm gan C ở nhóm 1 (điều trị theo đáp ứng) là 4,2 năm và nhóm 2 (điều trị phác đồ chuẩn) là 3,7 năm.

Bảng 3.2. Tải lượng vi rút trong nhóm nghiên cứu sau 7 ngày điều trị (D7)

Tải lượng vi rút HCVRNA (UI/ml)	n	%	Thời gian điều trị
<LLOQ	28	22,6	4 tuần
LLOQ-250	75	60,5	8 tuần
≥250	21	16,9	12 tuần
Tổng	124	100,0	

Chú thích: LLOQ ngưỡng định lượng dưới (ngưỡng phát hiện)

Sau 7 ngày điều trị, 22,6% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đạt được tải lượng virus dưới ngưỡng phát hiện (LLOQ), cho phép điều trị trong 4 tuần. Khoảng 60,5% bệnh nhân có tải lượng virus nằm trong khoảng LLOQ đến 250 UI/ml và cần điều trị 8 tuần, trong khi 16,9% còn lại có tải lượng trên 250 UI/ml và phải điều trị kéo dài 12 tuần. Kết quả này cho thấy rằng phần lớn bệnh nhân đã có sự giảm tải lượng virus đáng kể sau 7 ngày điều trị.

Nhóm điều trị 8 tuần, 12 tuần lần lượt có 02, 01 bệnh nhân xuất hiện lại vi rút sau khi ngừng điều trị và đều gặp ở thời điểm sau khi nghỉ thuốc 04 tuần. Như vậy, có thể thấy sự xuất hiện lại vi rút sau khi ngừng điều trị khá sớm, đa số tại thời điểm nghỉ thuốc 4 tuần.

Bảng 3.4. Sự thay đổi tải lượng vi rút HCV theo thời gian của nhóm điều trị chuẩn (Nhóm 2)

Tải lượng vi rút (UI/ml)	Điều trị 28 ngày		Điều trị 56 ngày		Điều trị 84 ngày (kết thúc điều trị)		Kết thúc điều trị 4 tuần (EOTW4)		Kết thúc điều trị 8 tuần (EOTW8)		Kết thúc điều trị 12 tuần (EOTW12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
≥LLOQ	12	9,7	1	0,9	0	0	0	0	2	1,9	0	0
<LLOQ	112	90,3	116	99,1	111	100	104	100	102	98,1	107	100
Tổng	124		117		111		104		104		107	

Nhóm điều trị chuẩn cũng có tỷ lệ 100% bệnh nhân đạt vi rút dưới ngưỡng phát hiện tại thời điểm kết thúc điều trị. Trong quá trình theo dõi sau khi ngừng thuốc, có 02 bệnh nhân xuất hiện lại vi rút và đều ở thời điểm sau khi nghỉ thuốc 8 tuần. Như vậy ở nhóm này, thời điểm xuất hiện lại vi rút muộn hơn nhóm điều trị rút ngắn.

Bảng 3.5. Tỷ lệ SVR12 theo phác đồ SOF/DAC và SOF/VEL

Nhóm bệnh nhân	Thời gian điều trị	SOF/DAC		SOF/VEL		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Nhóm điều trị theo đáp ứng	Tổng (n=124)	54/57	94,7	54/59	91,5	108/116	93,1
	4 tuần (n=28)	8/9	88,9	14/18	77,8	22/27	81,4
	8 tuần (n=75)	40/42	95,2	28	100	68/70	97,1
	12 tuần (n=21)	6/6	100	12/13	93,3	18/19	94,3
Nhóm điều trị chuẩn	12 tuần (n=126)	60/60	100	64/66	96,9	124/126	98,4
Tổng		114/117	97,4	118/125	94,4	232/242	

p=0,336

Nếu xét tỷ lệ đạt SVR12 cho toàn bộ nhóm điều trị theo đáp ứng là 93,1%, thấp hơn so với nhóm điều trị chuẩn là 98,4%. Tuy nhiên, nếu xét kỹ hơn tại mỗi nhóm nhỏ, thì tỷ lệ thất bại điều trị chủ yếu ở nhóm điều trị 4 tuần (18,6%), còn tỷ lệ đạt SVR12 của nhóm điều trị 8 tuần là 97,1% không thua kém hơn nhóm điều trị chuẩn (98,4%). Tỷ lệ đạt SVR12 của hai phác đồ SOF/DAC và SOF/VEL là tương đương nhau (97,4% và 94,4%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy hiệu quả rất cao của phác đồ điều trị viêm gan vi rút C bằng thuốc kháng vi rút tác động trực tiếp (DAAs) tại hai bệnh viện tuyến trung ương. Tỷ lệ SVR12 của nhóm điều trị theo đáp ứng và điều trị chuẩn đều trên 90% (93,1%; 98,4), là một kết quả rất khả quan so với các nghiên cứu trước đây trong và ngoài nước. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu chiếm đa số (73,2%), tương tự một số nghiên cứu trên quần thể có yếu tố nguy cơ cao như người tiêm chích ma túy hoặc có hành vi nguy cơ.¹ Tuổi trung bình xấp xỉ 48, phản ánh nhóm bệnh nhân VGVR C thường đến bệnh viện khi đã có tiền sử nhiễm kéo dài. Đây là một thách thức trong sàng lọc sớm, đồng thời là lý do cần cân nhắc các phác đồ điều trị rút ngắn để cải thiện khả năng tuân thủ điều trị.

Điểm nổi bật của nghiên cứu là việc áp dụng mô hình điều trị rút ngắn theo tải lượng HCVRNA ngày thứ 7 – đây là hướng đi mới trong tối ưu

hóa chi phí và thời gian điều trị ở những quốc gia thu nhập thấp và trung bình như Việt Nam. Sau 7 ngày, có 22,6% bệnh nhân đạt tải lượng dưới LLOQ, đủ điều kiện điều trị trong 4 tuần; 60,5% điều trị trong 8 tuần và 16,9% cần đủ 12 tuần. Đặc biệt nhóm điều trị 8 tuần có tỷ lệ SVR12 tương đương với nhóm điều trị chuẩn (97,1% và 98,4%). Đây là cơ sở quan trọng để hướng tới các phác đồ cá thể hóa, giảm chi phí, đặc biệt cho các đối tượng như người có nguy cơ mất theo dõi, người sắp mang thai hoặc đang bị giam giữ.⁷ Mặc dù tỷ lệ SVR trong nhóm đáp ứng thấp hơn nhẹ so với nhóm chuẩn (93,1% so với 98,4), sự khác biệt này là không đáng kể về mặt lâm sàng và vẫn nằm trong ngưỡng hiệu quả điều trị cao, vượt ngưỡng 90% được WHO chấp nhận.^{2,6} Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới về hiệu quả của DAAs. Một nghiên cứu tại Canada trên nhóm nguy cơ cao cho thấy tỷ lệ SVR trên 90% khi dùng DAAs, bất kể hành vi nguy cơ ban đầu.¹ Nghiên cứu tại Việt Nam trên bệnh nhân kiểu gen 6 cũng cho thấy SVR đạt từ 95–98% khi dùng các phác đồ tương tự.³ Ngoài ra, một tổng quan hệ thống đã chứng minh rằng SVR12 có liên quan đến giảm nguy cơ tiến triển xơ gan, ung thư gan và tử vong, làm rõ thêm lợi ích lâu dài của DAAs.⁴

Ngoài ra, cần lưu ý rằng hiệu quả của DAAs có thể chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố như độ tuân thủ điều trị, tải lượng virus ban đầu, kiểu gen virus, bệnh kèm theo, hoặc tình trạng đề

kháng thuốc. Do đó, việc mở rộng nghiên cứu trên các đối tượng đa dạng hơn, đặc biệt nhóm có xơ gan, đồng nhiễm HBV/HIV hay từng thất bại điều trị trước sẽ là hướng đi cần thiết để hoàn thiện bằng chứng. Tuy nhiên, với kết quả khả quan này, việc áp dụng điều trị rút ngắn theo đáp ứng tải lượng HCVRNA sớm là khả thi tại Việt Nam, giúp tiết kiệm chi phí, giảm gánh nặng hệ thống y tế và tăng tính khả thi triển khai ở cộng đồng. Kết quả nghiên cứu đóng vai trò gợi mở chính sách cho các chiến lược điều trị viêm gan C cá thể hóa – phù hợp với mục tiêu loại trừ viêm gan C của WHO đến năm 2030.²

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điều trị viêm gan vi rút C bằng phác đồ DAAs, cả theo chuẩn và theo đáp ứng tải lượng virus ngày thứ 7, đều đạt hiệu quả cao với tỷ lệ SVR12 trên 93%. Đặc biệt, tỷ lệ SVR12 của nhóm điều trị 8 tuần không thua kém nhóm điều trị chuẩn (97,1% và 98,4%). Như vậy, mô hình điều trị rút ngắn là hướng đi triển vọng, có tính khả thi trong bối cảnh nguồn lực hạn chế tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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
2. **Organization WH.** Global Hepatitis Report 2024.
3. **Nguyen E, Trinh S, Trinh H, et al.** Sustained virologic response rates in patients with chronic hepatitis C genotype 6 treated with ledipasvir+sofosbuvir or sofosbuvir+velpatasvir. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics.* 2018/11/22 2018;49(1):99-106. doi:10.1111/apt.15043
4. **Ioannou GN, Feld JJ.** What Are the Benefits of a Sustained Virologic Response to Direct-Acting Antiviral Therapy for Hepatitis C Virus Infection? *Gastroenterology.* Jan 2019;156(2):446-460.e2. doi:10.1053/j.gastro.2018.10.033
5. **d'Arminio Monforte A, Cozzi-Lepri A, Ceccherini-Silberstein F, et al.** Access and response to direct antiviral agents (DAA) in HIV-HCV co-infected patients in Italy: Data from the Icona cohort. *PloS one.* 2017;12(5):e0177402-e0177402. doi:10.1371/journal.pone.0177402
6. **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.
7. **Heo M, Norton BL, Pericot-Valverde I, et al.** Optimal hepatitis C treatment adherence patterns and sustained virologic response among people who inject drugs: The HERO study. *J Hepatol.* May 2024;80(5):702-713. doi:10.1016/j.jhep.2023.12.020
8. **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

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐÚT KÍN GÂN GÓT

Hồ Trường Giang¹, Ngô Thái Hưng², Trần Văn Dương³, Phan Thế Nhựt⁴, Trương Nhật Tôn⁵, Huỳnh Kim Hiệu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đút kín gân gót. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị đút kín gân gót. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không đối chứng, được thực hiện trên 30 bệnh nhân từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** Đút kín gân gót gặp ở cả hai

giới, nhưng chủ yếu xảy ra ở nam giới trong độ tuổi từ 30 đến 49. Nguyên nhân phổ biến nhất là chấn thương, chiếm 73,3%. Tỷ lệ tổn thương giữa hai chân tương đương nhau. Các dấu hiệu lâm sàng bao gồm mất liên tục gân gót (86,7%), nghiệm pháp Thompson dương tính (96,7%) và hình ảnh đứt hoàn toàn gân gót trên siêu âm (93,3%). Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) với bệnh lý gân ($p = 0,007$, kiểm định Fisher) và khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận ($p < 0,001$, kiểm định Wilcoxon). Biến chứng sau phẫu thuật có liên quan đến khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận, đặc biệt ở nhóm đứt đầu gần ($p = 0,048$). Điểm phục hồi chức năng (PHCN) ATRS không liên quan đến khoảng cách vị trí đứt từ điểm bám tận ($p = 0,287$). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị đút kín gân gót giúp phục hồi chức năng sớm và mang lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Đút kín gân gót, đứt gân gót, phẫu thuật điều trị, gân cơ gấp dài ngón chân cái, ATRS

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Chợ Rẫy

⁴Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

⁵Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Hiệu

Email: hkhiu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 27.5.2025