

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT B MẠN SAU 10 NĂM THEO DÕI NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Nguyễn Huyền¹, Phạm Minh Tuấn¹, Trần Văn Long¹,
Phạm Ngọc Thạch¹, Nguyễn Văn Kính², Nguyễn Quốc Phương^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị kháng vi rút sau 10 năm ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. **Đối tượng & Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 1914 bệnh nhân điều trị ngoại trú từ 12/2009 đến 12/2020. **Kết quả:** Nam giới chiếm 59,8%, tuổi trung bình 43,18±13,7. HBeAg âm tính chiếm 78,1% và 69% đã có xơ gan khi bắt đầu điều trị. Sau 10 năm, tỷ lệ sạch HBsAg đạt 9,5% ở nhóm không xơ gan và 2,9% ở nhóm xơ gan ($p<0,001$). Không có tử vong ở nhóm không xơ gan nhưng 15,8% tử vong ở nhóm xơ gan. Chỉ 18,5% ung thư gan được phát hiện ở giai đoạn sớm dù được tầm soát định kỳ. **Kết luận:** Thuốc kháng vi rút NA có hiệu quả cao trong kiểm soát virus và ngăn ngừa biến chứng. Tỷ lệ mất HBsAg đạt 9,5% ở nhóm không xơ gan, cao hơn đáng kể so với nhóm xơ gan (2,9%). Không ghi nhận tử vong ở nhóm không xơ gan, minh chứng cho lợi ích của phát hiện và điều trị sớm. **Từ khóa:** Viêm gan vi rút B mạn, kháng vi rút viêm gan B, kết quả điều trị.

SUMMARY

REVIEW OF HEPATITIS B CHRONIC TREATMENT'S RESULTS AFTER 10 YEARS OF OUTPATIENT FOLLOW-UP AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Objective: To evaluate the effectiveness of antiviral treatment after 10 years in chronic hepatitis B patients at the National Hospital for Tropical Diseases in Vietnam. **Methods:** A retrospective descriptive study on 1,914 outpatients treated from December 2009 to December 2020. **Results:** Males comprised 59.8% of patients, with a mean age of 43.18±13.7 years. HBeAg-negative patients represented 78.1%, and 69% already had cirrhosis at treatment initiation. After 10 years of treatment, HBsAg clearance rates were 9.5% in non-cirrhotic patients versus 2.9% in cirrhotic patients ($p<0.001$). No mortality occurred in the non-cirrhotic group, while the cirrhotic group had a 15.8% mortality rate. Despite regular surveillance, only 18.5% of hepatocellular carcinoma cases were detected at an early stage. **Conclusion:** NA antiviral drugs are highly effective in controlling the virus and preventing complications. The HBsAg loss rate was 9.5% in the non-cirrhotic group, significantly higher

than that in the cirrhotic group (2.9%). No mortality was recorded in the non-cirrhotic group, demonstrating the benefits of early detection and treatment. **Keywords:** Chronic hepatitis B, HBV antiviral treatment, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B (HBV) là vấn đề y tế công cộng toàn cầu với khoảng 296 triệu người nhiễm mạn tính và gần 820.000 ca tử vong mỗi năm, chủ yếu do xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC). Khu vực Đông Nam Á, bao gồm Việt Nam, được xếp vào vùng dịch tễ lưu hành cao với tỷ lệ mang HBsAg từ 8- 10% ở người trưởng thành.

Trong hai thập kỷ qua, việc phát triển các thuốc kháng vi rút nhóm nucleos(t)ide analogues (NA) đã mang lại bước tiến vượt bậc trong điều trị viêm gan B mạn. Các thuốc NA thế hệ mới như entecavir (ETV) và tenofovir disoproxil fumarate (TDF) có hiệu lực kháng vi rút mạnh và dung nạp tốt trong điều trị dài hạn. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh liệu pháp NA giúp ức chế sự nhân lên của vi rút, cải thiện mô bệnh học gan, đảo ngược xơ hóa gan và đặc biệt làm giảm đáng kể nguy cơ tiến triển thành xơ gan, suy gan và ung thư gan. Tuy nhiên, các dữ liệu về hiệu quả điều trị dài hạn bằng thuốc NA trên quần thể người Việt Nam còn hạn chế, đặc biệt là theo dõi trên 5 năm. Các câu hỏi quan trọng về tỷ lệ mất HBsAg, tỷ lệ xuất hiện HCC mặc dù đã điều trị và hiệu quả của các phương pháp tầm soát HCC hiện tại vẫn cần được làm rõ trong bối cảnh Việt Nam.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tại Việt Nam
2. Đánh giá kết quả lâu dài sau 10 năm điều trị bằng thuốc kháng vi rút NA, với trọng tâm vào tỷ lệ mất HBsAg, tỷ lệ xuất hiện biến chứng xơ gan và ung thư gan

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 1914 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B mạn tính từ tháng 1/12/2009 đến hết ngày 31/12/2020 tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

➢ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan virus B mạn tính và có chỉ định điều trị dựa theo tiêu

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Tổng hội Y học Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nguyễn Huyền

Email: huyennguyen.dr.nhtd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

chuẩn hiện hành năm 2009-2010 là tiêu chuẩn của Hiệp hội Gan Mật Châu Á Thái Bình Dương 2008 bao gồm [1]:

- HBsAg (+) kéo dài ≥ 6 tháng.
- Tải lượng HBV-DNA trong huyết tương > 20000 UI/ml đối với HBeAg (+) và > 2000 UI/ml đối với HBeAg âm tính.
- Tăng ALT liên tục và dai dẳng gấp ≥ 2 lần so với bình thường.

➢ Đã được tư vấn, đồng ý và khởi đầu điều trị từ năm 2009 hoặc từ năm 2010.

➢ Có hồ sơ ngoại trú theo dõi được liên tục từ năm 2009 đến năm 2020 (bao gồm cả trường hợp tử vong trong thời gian này thống kê được).

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có đồng nhiễm HIV, HCV.
- Có tiền sử dùng các thuốc gây độc cho gan trước khi khởi trị.
- Người bệnh bỏ trị, mất dấu không theo dõi được trong vòng 10 năm.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán xơ gan: dựa theo tiêu chuẩn hiện hành năm 2009-2010: tiêu chuẩn của hiệp hội Gan Mật Châu Á Thái Bình Dương [1].

Tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan: dựa theo tiêu chuẩn hiện hành năm 2012: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tế bào gan nguyên phát ngày 28/12/2012 của Bộ Trưởng Bộ Y tế - Quyết định 5250/QĐ-BYT [2].

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ 1/12/2009 đến hết ngày 31/12/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian từ tháng từ 1/12/2009 đến hết ngày 31/12/2020 sẽ được thu thập.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

Cách thức thu thập thông tin:

- Thông tin bệnh nhân được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Các thông tin được thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử gia đình), các thông số xét nghiệm virus (HBsAg, HBeAg, nồng độ HBV DNA), các thông số sinh hóa (ALT, AST, albumin, bilirubin), tình trạng xơ gan, và các kết quả điều trị (đáp ứng virus học, sạch HBsAg, biến chứng, tử vong).

- Tất cả bệnh nhân được theo dõi định kỳ mỗi 3-6 tháng với xét nghiệm sinh hóa, xét nghiệm virus và siêu âm ổ bụng.

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Thông tin của bệnh nhân được mã hóa và bảo mật trong quá trình thu thập và phân tích dữ liệu. Kết quả nghiên cứu chỉ được sử dụng cho mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 1914 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, trong đó nam chiếm 59,8%, tuổi trung bình là $43,18 \pm 13,7$ tuổi, thấp nhất là 2 tuổi, cao nhất là 79 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu ở thời điểm ban đầu

Đặc điểm (n=1914)			n	%
Tuổi	Trẻ em		52	2,7%
	Người lớn		1862	97,3%
Giới	Nam		1144	59,8%
	Nữ		770	40,2%
Tiền sử gia đình	Có người bị viêm gan B		778	40,6%
	Có người bị xơ gan, ung thư gan		419	21,9%
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên		130	6,8%
	Làm ruộng		352	18,4%
	Công nhân		260	13,6%
	Trí thức		194	10,1%
	Hưu trí		632	33%
	Lao động tự do		346	18,1%

Nhận xét: Người lớn (trên 16 tuổi) chiếm phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 97,3%. Người bệnh trong gia đình có người bị xơ gan, ung thư gan chiếm tỷ lệ 21,9%.

Bảng 2. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu ở thời điểm ban đầu

Đặc điểm lâm sàng lúc ban đầu (n=1914)			n	%
HBeAg	HBeAg âm		1495	78,1%
	HBeAg dương		419	21,9%
HBV DNA (IU/ml)	≥ 200.000 IU/mL		1489	77,8%
	< 200.000 IU/mL		425	22,2%
Thuốc điều trị	TDF 300mg (tenofovir disoproxil fumarate)		802	41,9%
	ETV 0,5 mg (entecavir)		1010	52,8
	Khác		102	5,3%
Tình trạng gan lúc khởi trị	Không xơ gan		594	31%
	Xơ gan còn bù		1060	55,4%
	Xơ gan mất bù		260	13,6%

Nhận xét: Nhóm người bệnh có HBeAg âm tính chiếm tỷ lệ cao là 78,1%. Người bệnh viêm gan B mạn chưa xơ gan, có chỉ định phải điều trị chiếm tỷ lệ 31%. Phần lớn người bệnh viêm gan B mạn có số lượng HBV DNA ≥ 200.000 IU/ml ở thời điểm khởi trị.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau 10 năm

dùng thuốc kháng vi rút viêm gan B dạng uống của nhóm đối tượng nghiên cứu

Khởi trị	Kết quả điều trị	n	%	p
Không xơ gan (n=594)	Mất HBsAg	56	9,5%	P* < 0,001
	Đạt HBV DNA dưới ngưỡng bền vững	530	89,2%	
	Xơ gan	0	0	
	Ung thư biểu mô tế bào gan	8	1,3%	
	Tử vong	0	0	
Xơ gan (n=1320)	Mất HBsAg kèm không xơ gan	38	2,9%	P** < 0,001
	Đạt HBV DNA dưới ngưỡng bền vững kèm không xơ gan	535	40,5%	
	Xơ gan còn bù	424	32,1%	
	Xơ gan mất bù	42	3,2%	
	Ung thư biểu mô tế bào gan	73	5,5%	
	Tử vong	208	15,8%	

*So sánh tỷ lệ mất HBsAg giữa nhóm không xơ gan và xơ gan sau 10 năm điều trị

**So sánh tỷ lệ xuất hiện HCC giữa nhóm không xơ gan và xơ gan sau 10 năm

Nhận xét: Sau 10 năm điều trị, tỷ lệ người bệnh viêm gan vi rút B mạn sạch HBsAg là 9,5% ở nhóm không xơ gan và 2,9% ở nhóm có xơ gan. Không có bệnh nhân nào tử vong ở nhóm không xơ gan nhưng có 15,8% bệnh nhân tử vong ở nhóm có xơ gan.

Bảng 4. Đặc điểm của khối ung thư biểu mô gan khi phát hiện trên 81 bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn

Đặc điểm	n	%
1 khối u < 2cm	15	18,5
1 khối u: 2-5 cm	38	46,9
1 khối u > 5cm	6	7,4
2 khối trở lên, hoặc có huyết khối	22	27,2
Tổng	81	100

Nhận xét: Mặc dù được khám định kỳ sàng lọc ung thư gan bằng siêu âm nhưng số người bệnh được phát hiện ung thư biểu mô tế bào gan ở giai đoạn sớm (1 khối u dưới 2 cm) chỉ có 18,5%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp dữ liệu quý giá về hiệu quả dài hạn của điều trị NA trên quần thể lớn bệnh nhân Việt Nam (n=1914) trong thời gian theo dõi 10 năm. Đây là một trong những nghiên cứu có cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài nhất về điều trị viêm gan B mạn tại Việt Nam tính đến nay.

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Phân bố tuổi và giới tính: Người lớn (>16

tuổi) chiếm đa số trong nghiên cứu (97,3%) với tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1 (59,8% so với 40,2%). Tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ em thấp (2,7%) phản ánh hiệu quả của chương trình tiêm chủng mở rộng tại Việt Nam từ năm 2002, giúp giảm tỷ lệ nhiễm HBV ở trẻ em xuống dưới 5% [3]. Ưu thế về giới nam tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam như của Vương Trường Cửu tại Phú Thọ và nhiều nghiên cứu quốc tế [4]. Điều này có thể do nam giới có nguy cơ cao hơn chuyển sang nhiễm mạn tính sau nhiễm cấp so với nữ giới, được giải thích bởi vai trò bảo vệ của estrogen và sự khác biệt về đáp ứng miễn dịch.

Tiền sử gia đình và đường lây truyền:

Có 40,6% bệnh nhân có người thân trong gia đình nhiễm HBV và 21,9% có người thân bị xơ gan/ung thư gan liên quan đến HBV, phản ánh tỷ lệ lây truyền đường máu trong gia đình cao tại Việt Nam. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc HBV trong gia đình và tiêm phòng cho người chưa nhiễm.

Nghề nghiệp và tiếp cận điều trị: Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm đã nghỉ hưu (33%), làm ruộng (18,4%) và lao động tự do (18,1%) - là những nhóm có thu nhập trung bình thấp. Điều này đặt ra thách thức về khả năng chi trả cho điều trị dài hạn và tuân thủ điều trị. Vai trò của bảo hiểm y tế trong việc hỗ trợ tiếp cận thuốc kháng vi rút cần được nhấn mạnh và tăng cường.

4.2. Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm khởi trị

Tình trạng HBeAg: Tỷ lệ HBeAg âm tính cao (78,1%) trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu của Vương Trường Cửu [4] và Trần Văn Huy [5]. Điều này phù hợp với đặc trưng dịch tễ học của viêm gan B tại Châu Á, nơi phổ biến kiểu đột biến tiền nhân (precore/core promoter) dẫn đến viêm gan HBeAg âm tính. Tuy nhiên, tỷ lệ cao này cũng nêu bật một vấn đề quan trọng trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam - nhiều nhân viên y tế và người dân vẫn hiểu sai rằng HBeAg âm tính đồng nghĩa với virus không hoạt động, dẫn đến việc bỏ qua điều trị ở những bệnh nhân thực sự cần can thiệp.

Tải lượng virus: 77,8% bệnh nhân có HBV DNA ≥ 200.000 IU/ml tại thời điểm khởi trị, phản ánh mức độ nhân lên virus cao. Theo các nghiên cứu quốc tế, mức HBV DNA >20.000 IU/ml ở bệnh nhân HBeAg dương tính và >2.000 IU/ml ở bệnh nhân HBeAg âm tính có liên quan đến tăng nguy cơ xơ gan và HCC. Điều này giải thích tỷ lệ cao bệnh nhân đã có xơ gan khi bắt đầu điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tình trạng gan: Đáng chú ý, 69% bệnh nhân đã có xơ gan khi bắt đầu điều trị (bao gồm 13,6% xơ gan mất bù), cao hơn so với các nghiên cứu tại châu Âu và Bắc Mỹ. Tỷ lệ này phản ánh thực trạng chẩn đoán muộn, tiếp cận điều trị chậm tại các nước đang phát triển. Nhiều bệnh nhân chỉ được chẩn đoán và điều trị khi đã xuất hiện biến chứng xơ gan, do thiếu các chương trình sàng lọc HBV hiệu quả ở cộng đồng và nhận thức hạn chế về bệnh.

4.3. Kết quả điều trị sau 10 năm

Đáp ứng vi rút học: Tỷ lệ sạch HBsAg sau 10 năm là 9,5% ở nhóm không xơ gan và 2,9% ở nhóm xơ gan ($p < 0,001$). Nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận tỷ lệ sạch HBsAg cao hơn ở nhóm trẻ em và thanh thiếu niên. Điều này phản ánh vai trò của hệ miễn dịch còn nguyên vẹn ở lứa tuổi trẻ trong quá trình thanh thải virus và gợi ý cần nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố tiên lượng mất HBsAg theo nhóm tuổi.

Đáp ứng lâm sàng và tỷ lệ tử vong: Sau 10 năm, không có bệnh nhân nào tử vong ở nhóm không xơ gan, nhưng 15,8% bệnh nhân tử vong ở nhóm xơ gan, chủ yếu ở nhóm xơ gan mất bù. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị sớm, trước khi tiến triển thành xơ gan.

Ung thư biểu mô tế bào gan: Nghiên cứu ghi nhận 1,3% bệnh nhân không xơ gan và 5,5% bệnh nhân xơ gan phát triển HCC sau 10 năm, thấp hơn nghiên cứu của Papatheodoridis và cộng sự tại Ý [6]. Mặc dù vậy, điều đáng lo ngại là chỉ có 18,5% HCC được phát hiện ở giai đoạn sớm (khối u < 2cm) dù bệnh nhân được tầm soát định kỳ bằng AFP và siêu âm. Điều này đặt ra câu hỏi về hiệu quả của phương pháp tầm soát HCC hiện tại, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam.

Nhiều nghiên cứu khuyến nghị bổ sung CT scan hay MRI định kỳ, hoặc áp dụng các dấu ấn sinh học mới (AFP-L3, PIVKA-II) để cải thiện hiệu quả sàng lọc HCC ở bệnh nhân nguy cơ cao. Tuy nhiên, ở Việt Nam, chi phí cao và khả năng tiếp cận hạn chế đối với các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tiên tiến là rào cản đáng kể.

Tác động của liệu pháp NA đến tiến triển của bệnh: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị NA dài hạn có hiệu quả cao trong việc ngăn ngừa tiến triển thành xơ gan ở nhóm bệnh nhân viêm gan chưa xơ gan. Không có bệnh nhân nào trong nhóm này tiến triển thành xơ gan sau 10 năm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Marcellin và cộng sự cho thấy 74% bệnh nhân có cải thiện mô bệnh học và đảo ngược xơ hóa gan sau 5 năm điều trị TDF. Điều này khẳng định vai trò then chốt của liệu pháp

kháng vi rút trong việc ngăn chặn tiến triển tự nhiên của bệnh viêm gan B mạn.

4.4. Ý nghĩa lâm sàng và hướng nghiên cứu trong tương lai. Kết quả từ nghiên cứu này đóng góp quan trọng vào hiểu biết về điều trị dài hạn viêm gan B mạn tại Việt Nam và đặt ra nhiều vấn đề cần giải quyết:

Cần tăng cường sàng lọc và chẩn đoán sớm: Tỷ lệ cao bệnh nhân đã có xơ gan khi bắt đầu điều trị (69%) nhấn mạnh tầm quan trọng của các chương trình sàng lọc cộng đồng để phát hiện và điều trị HBV sớm hơn.

Cần nâng cao nhận thức về HBeAg âm tính: Tỷ lệ cao bệnh nhân HBeAg âm tính (78,1%) đòi hỏi cần đào tạo tốt hơn cho nhân viên y tế và giáo dục cộng đồng về ý nghĩa thực sự của kết quả HBeAg âm tính.

Cần cải thiện phương pháp tầm soát HCC: Tỷ lệ thấp phát hiện HCC giai đoạn sớm (18,5%) đặt ra yêu cầu về các chiến lược sàng lọc HCC hiệu quả hơn, có thể thông qua phối hợp nhiều phương pháp hoặc áp dụng các kỹ thuật mới có chi phí-hiệu quả cao hơn.

Cần nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố tiên lượng mất HBsAg: Sự khác biệt về tỷ lệ mất HBsAg giữa các nhóm tuổi gợi ý cần nghiên cứu thêm về các yếu tố tiên lượng để xác định nhóm bệnh nhân có khả năng cao đạt được "chức năng chữa khỏi" (functional cure).

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm dịch tễ học: nam giới chiếm ưu thế (59,8%), HBeAg âm tính cao (78,1%), tỷ lệ đã xơ gan khi khởi trị lớn (69%), và đa số có tải lượng virus cao (HBV DNA ≥ 200.000 IU/ml ở 77,8% bệnh nhân).

- Hiệu quả điều trị: thuốc kháng vi rút NA có hiệu quả cao trong kiểm soát virus và ngăn ngừa biến chứng. Tỷ lệ mất HBsAg đạt 9,5% ở nhóm không xơ gan, cao hơn đáng kể so với nhóm xơ gan (2,9%). Không ghi nhận tử vong ở nhóm không xơ gan, minh chứng cho lợi ích của phát hiện và điều trị sớm.

- Tác động lâm sàng: tỷ lệ thấp phát hiện HCC giai đoạn sớm (18,5%) dù được tầm soát định kỳ phản ánh hạn chế của chiến lược sàng lọc HCC hiện tại và cần được cải thiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liaw Y.F., Leung N, Kao J.H, Piratvisuth T et al. (2008). Chronic Hepatitis B Guideline Working Party of the Asian-Pacific Association for the Study of the Liver. (2008). Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: a 2008 update. *Hepatology international*, 2, 263-283.
2. Bộ Y tế. (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều

- trị ung thư biểu mô tế bào gan nguyên phát. Quyết định 5250/QĐ-BYT, 2012.
3. **Nguyen T.H, Vu M.H, Nguyen V.C, et al.** (2014). A reduction in chronic hepatitis B virus infection prevalence among children in Vietnam demonstrates the importance of vaccination. *Vaccine*, 32(2), 217-222.
 4. **Vương Trường Cửu, Nguyễn Thị Thu Huyền, Lê Quốc Tuấn.** (2024). Kết quả điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn tính bằng tenofovir tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Phú Thọ. *Tạp chí Y học Việt nam*, vol. 538, no. 2, pp. 101-103, 2024.
 5. **Trần Văn Huy và Nguyễn Hoài Phong.** (2012). Nghiên cứu đáp ứng lâm sàng, sinh hóa và virus sau 12 tháng điều trị tenofovir trên bệnh nhân viêm gan B mạn tính. *Tạp chí Y Dược học Trường ĐHYD Huế* 11 (2012): 15-21. pp. 15-20, 2012.
 6. **Papatheodoridis G.V, Manolakopoulos S, Lok A et al.** (2010). Incidence of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis B patients receiving nucleoside (t) ide therapy: a systematic review. *Journal of hepatology*, 53(2), 348-356.

PHÂN TÍCH MÔ HÌNH BỆNH ĐỒNG MẮC VÀ CHI PHÍ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRÃI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Tuyết Như¹, Nguyễn Võ Thu Hiền², Trần Thị Hồng Nguyên¹, Dương Thị Hồng Đoàn¹, Nguyễn Thị Quỳnh Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐT2) là bệnh mạn tính phổ biến, thường đi kèm nhiều bệnh đồng mắc làm tăng chi phí điều trị và phức tạp hóa quản lý bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích mô hình bệnh đồng mắc và chi phí liên quan ở bệnh nhân ĐTĐT2 tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, TP. Hồ Chí Minh. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang hồ sơ bệnh án ngoại trú tại Bệnh viện Nguyễn Trãi TP.HCM trong năm 2023. Dữ liệu gồm 127.316 lượt điều trị ĐTĐT2 được ghép cặp với nhóm chứng không mắc ĐTĐT2 theo phương pháp PSM (1:1). Các đặc điểm đồng mắc và chi phí được phân tích bằng thống kê mô tả, kiểm định (Chi-square, Mann-Whitney U) và mô hình hồi quy tuyến tính tổng quát (GLM). **Kết quả:** Người bệnh ĐTĐT2 có tuổi trung bình 65,06 ± 10,18, trong đó 54,76% là nữ. Số bệnh đồng mắc trung bình cao hơn đáng kể ở nhóm mắc ĐTĐT2 so với nhóm không mắc (5,81 so với 4,61; $p < 0,001$). Tăng huyết áp (I10: 89,34%) và rối loạn lipid máu (E78: 85,96%) là các bệnh đồng mắc phổ biến nhất. Tổng chi phí điều trị trung bình ở nhóm ĐTĐT2 là 620.588VNĐ, cao hơn rõ rệt so với nhóm không mắc là 411.833VNĐ ($p < 0,001$). Phân tích hồi quy cho thấy số lượng bệnh đồng mắc là yếu tố ảnh hưởng nhiều nhất đến chi phí. Một số bệnh đồng mắc như suy tim, bệnh thận mạn và sỏi tiết niệu có chi phí điều trị cao. **Kết luận:** Người bệnh ĐTĐT2 có gánh nặng bệnh đồng mắc và chi phí điều trị cao hơn so với người không mắc. Quản lý hiệu quả các bệnh đồng mắc là giải pháp then chốt nhằm kiểm soát chi phí và nâng cao hiệu quả điều trị ĐTĐT2 trong bối cảnh dịch tễ bệnh ngày càng gia

tăng. **Từ khóa:** Đái tháo đường típ 2, bệnh đồng mắc, bệnh viện Nguyễn Trãi, chi phí điều trị.

SUMMARY

COMORBIDITY PATTERNS AND ASSOCIATED HEALTHCARE COSTS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: A CROSS – SECTIONAL STUDY AT NGUYEN TRAI HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a common chronic disease frequently accompanied by multiple comorbidities, which increase treatment costs and complicate disease management. This study aimed to analyze the comorbidity patterns and associated treatment costs in patients with T2DM at Nguyen Trai Hospital, Ho Chi Minh City. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted using outpatient medical records at Nguyen Trai Hospital in 2023. Data included 127,316 T2DM treatment visits, which were matched 1:1 with a non-T2DM control group using propensity score matching (PSM). Comorbidities and costs were analyzed using descriptive statistics, Chi-square and Mann-Whitney U tests, and generalized linear regression models (GLM). **Results:** The average age of T2DM patients was 65.06 ± 10.18 years, with 54.76% being female. The average number of comorbidities was significantly higher in the T2DM group than in the control group (5.81 vs. 4.61; $p < 0.001$). The most common comorbidities were hypertension (I10: 89.34%) and dyslipidemia (E78: 85.96%). The average total treatment cost in the T2DM group was 620,588 VND, significantly higher than that of the non-T2DM group (411,833 VND; $p < 0.001$). Regression analysis indicated that the number of comorbidities was the strongest predictor of treatment costs. Certain comorbidities such as heart failure, chronic kidney disease, and urolithiasis were associated with particularly high treatment costs. **Conclusion:** Patients with T2DM bear a higher comorbidity burden and incur higher treatment costs than those without

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Trãi Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Nga

Email: nguyenthiquynhnga@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025