

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN VI RÚT C MẠN BẰNG THUỐC KHÁNG VI RÚT TRỰC TIẾP (DAAS) Ở BỆNH NHÂN HIV TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỚI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ

Đinh Ngọc Hưng¹, Nguyễn Thị Thanh Lý¹, Trần Văn Giang²

TÓM TẮT

Bối cảnh: Đồng nhiễm HIV/HCV là phổ biến và đặt ra nhiều vấn đề thách thức cho bệnh nhân và nhân viên y tế. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị viêm gan vi rút C mạn bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) ở bệnh nhân HIV tại khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ. **Đối tượng và phương pháp:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả kết quả điều trị 46 bệnh nhân được chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn ở bệnh nhân HIV, có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs). **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong nhóm tuổi 40 - < 50, chiếm 63,0%. Độ tuổi trung bình là 44,9 ± 5,8 tuổi. Nam giới chiếm 89%. 52,1% bệnh nhân có thói quen sử dụng nhiều rượu. Đường lây truyền HCV qua tiêm chích ma túy, chiếm 86,9%. Chủ yếu có nồng độ AST huyết thanh tăng > 40 U/l chiếm 68,1%. Nồng độ ALT của bệnh nhân tăng chiếm tỷ lệ 66%. Giá trị chỉ số GGT huyết thanh cao với mức >200 U/l là 31,9%. Có 39,1% số bệnh nhân có mức độ xơ hoá gan F4. Số bệnh nhân có mức định lượng vi rút 4 - 6 (log₁₀ copies/ml) là cao nhất chiếm 53,2%. 97,8% (45/46) bệnh nhân đáp ứng vi rút kéo dài sau 12 tuần điều trị. Giá trị hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu, creatinin, billirubin, albumin không có sự khác biệt sau 12 tuần điều trị, p>0,05. Giá trị trung bình AST, ALT, GGT, giá trị chỉ số APRI và Fib-4 thay đổi xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Giá trị định lượng vi rút sau 12 tuần điều trị có sự thay đổi rõ rệt có ý nghĩa thống kê, p< 0,001. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng. **Kết luận:** Bước đầu đánh giá tính hiệu quả tốt của nhóm thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) trong điều trị nhiễm HCV ở bệnh nhân HIV. Đáp ứng vi rút tốt sau 12 tuần điều trị, cải thiện về chỉ số enzym gan và chỉ số xơ hoá gan. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

Từ khoá: thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs), đồng nhiễm HIV/HCV.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C WITH DIRECT ANTIRETROVIRAL DRUGS (DAAS) IN HIV PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF TROPICAL DISEASES, PHU THO PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

Background: HIV/HCV co-infection is common and poses many challenges for patients and healthcare workers. We did this research to:

Objective: To evaluate the results of treatment of chronic hepatitis C with direct antiretroviral drugs (DAAs) in HIV patients at the Department of Tropical Diseases, Phu Tho Provincial General Hospital.

Subjects and methods: a descriptive study of 46 patients diagnosed with HIV/HCV co-infection, who were indicated for direct antiretroviral therapy (DAAs).

Results: The study subjects were mainly in the age group 40 - <50, accounting for 63.0%. The mean age was 44.9 ± 5.8 years old. Men with 89%. 52.1% of patients have a habit of using a lot of alcohol. The route of HCV transmission were through injecting drugs, accounting for 86.9%. The serum AST level increased by >40, accounting for 68.1%. The patient's ALT level increased, accounting for 66%. The high serum GGT index with a level > 200 is 31.9%. There were 39.1% of patients with liver fibrosis level F4. The number of patients with the virus level 4-6 (log₁₀ copies/ml) was the highest, accounting for 53.2%. 97.8% (45/46) of the patients had a sustained virological response after 12 weeks of treatment. The values of hemoglobin, white blood cells, platelets, creatinine, billirubin, and albumin did not have any difference after 12 weeks of treatment p> 0.05. The average value of AST, ALT, GGT, APRI, and Fib-4 index changed to the downtrend statistically significant with p < 0.05. Viral quantification value after 12 weeks of treatment has a significant change with statistical significance (p < 0.001). No serious adverse effects have been recorded. **Conclusion:** Initial evaluation of the good efficacy of direct antiretroviral drugs (DAAs) in the treatment of HCV infection in HIV patients. The sustained virological response was good after 12 weeks of treatment, and the liver enzyme index and liver fibrosis index were improved. No serious adverse effects have been recorded.

Keywords: Direct antiretroviral drugs (DAAs), HIV/HCV co-infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự đồng nhiễm HIV và viêm gan vi rút C (HIV/HCV) là tình trạng bệnh có ý nghĩa lâm sàng, đặt ra nhiều vấn đề thách thức cho bệnh nhân và nhân viên y tế. Đồng nhiễm HIV/HCV là phổ biến vì cả hai bệnh đều có chung các đường lây truyền. Ở những bệnh nhân nhiễm HCV mạn tính, nhiễm HIV đồng thời có liên quan đến tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến bệnh gan cao hơn.¹ Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV ít có khả năng tự đào thải tự nhiên vi rút hơn, có tốc độ xơ hóa nhanh hơn và có nguy cơ mất bù ở gan cao hơn so với bệnh nhân đơn nhiễm HCV.

Vì vậy, tất cả những người nhiễm HIV nên được sàng lọc để tìm nhiễm HCV bằng xét nghiệm miễn dịch enzym.

Mục tiêu của điều trị kháng vi rút là chữa khỏi nhiễm HCV, được phản ánh bằng một đáp ứng vi rút bền vững, có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong liên quan đến bệnh gan.² Lựa chọn phác đồ kháng vi rút HCV cho bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV nói chung cũng giống như đối với bệnh nhân đơn nhiễm HCV, và hầu hết các bằng chứng hỗ trợ cho các phác đồ thuốc kháng vi rút trực tiếp này là từ các nghiên cứu trên bệnh nhân đơn nhiễm HCV.³

Tại khoa Bệnh Nhiệt Đới, Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, trong nhiều năm nay đã được tiếp cận và sử dụng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) cho bệnh nhân, bước đầu ghi nhận kết quả tích cực. Do đó, chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu đánh hiệu quả của nhóm thuốc này lên nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV là dữ liệu cho điều trị lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả có 46 bệnh nhân được chẩn đoán đồng nhiễm viêm gan vi rút C mạn tính và HIV, có chỉ định điều trị nhiễm HCV bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs).

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV có chỉ định điều trị thuốc kháng vi rút HCV. Tuổi > 18. Đồng ý điều trị tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có kèm bệnh gan đang tiến triển do các nguyên nhân khác: do nhiễm độc, do thuốc, bệnh gan tự miễn, viêm gan vi rút khác. Bệnh nhân là phụ nữ mang thai, phụ nữ đang cho con bú.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, nghiên cứu hồi cứu. Cỡ mẫu toàn bộ.

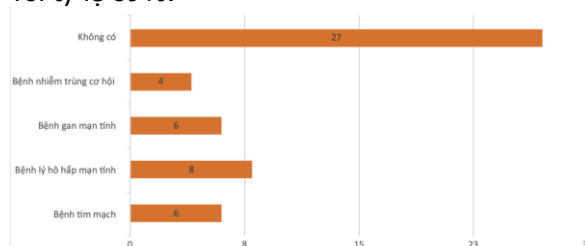
2.4. Quy trình nghiên cứu: Đánh giá so sánh các chỉ tiêu nghiên cứu của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm bắt đầu và sau 12 tuần điều trị thuốc kháng vi rút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2022 chúng tôi đã lựa chọn được 46 bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV đủ tiêu chuẩn nghiên cứu tại Khoa Bệnh Nhiệt Đới - Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Phú Thọ.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu trong nhóm tuổi 40- <50, chiếm 63,0%. Độ tuổi trung bình là 44,9±5,8tuổi. Chủ yếu là nam giới

với tỷ lệ 89%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh lý kèm theo

Nhận xét: Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu, 26 bệnh nhân không có bệnh kèm theo, 8 bệnh nhân có bệnh hô hấp mạn tính, và có 4 bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Bảng 1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Số lượng	%
Sử dụng nhiều rượu (>80g/ngày)	24	52,1
Hút thuốc lá	20	43,5
Tiêm chích ma túy	23	50,0
Săm hình	8	17,4
Không có	14	30,4

Nhận xét: 51,1% bệnh nhân có thói quen sử dụng nhiều rượu (> 80g/ngày), hút thuốc lá và tiêm chích ma túy là yếu tố nguy cơ lần lượt chiếm 43,5% và 50,0%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị sau 12 tuần. Tất cả 46 bệnh nhân đều được điều trị HCV bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp loại Sofosbuvir/ Daclactavir 400mg/60mg.

Bảng 2. Đánh giá đặc điểm huyết học, sinh hoá sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm (Mean)	T0	T12	p
Hemoglobin (g/l)	148±16,9	151,5±13,4	0,236
Bạch cầu (g/l)	7,3±2,4	7,5±1,9	0,721
Tiểu cầu (g/l)	197,1±75,8	194,0±51,8	0,814
Creatinin (mmol/l)	86,4±15,9	81,6± 22,6	0,207
Albumin (g/l)	42,3 ± 6,4	42,3±4,4	0,974
BillirubinTP (µmol/l)	14,2 ± 6,2	12,9±2,6	0,688

(Mean: giá trị trung bình;

SD: độ lệch chuẩn; Paired Sample T-test)

Nhận xét: Sau 12 tuần điều trị, giá trị trung bình hemoglobin là 151,5 ± 13,4 g/l. Giá trị hemoglobin không thay đổi sau 12 tuần điều trị (p > 0,05). Giá trị trung bình bạch cầu sau 12 tuần điều trị là 7,5 ± 1,9 G/L, không có khác biệt so với thời điểm bắt đầu điều trị (p > 0,05). Giá trị trung bình tiểu cầu sau 12 tuần điều trị là 194,0 ± 51,8G/L, không khác biệt so với thời điểm bắt đầu điều trị. Không thấy có sự khác biệt về chỉ số creatinin huyết thanh (p > 0,05), giá trị trung bình có xu hướng giảm từ 86,4 ± 15,9µmol/l xuống 81,6 ± 22,6 µmol/l.

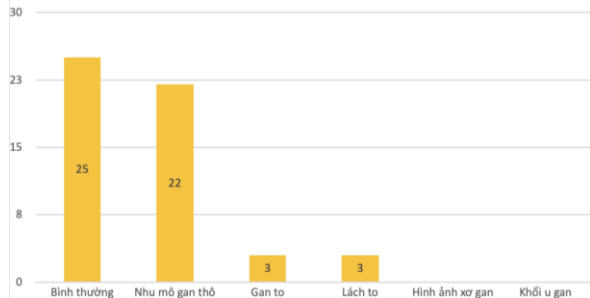
Bảng 3. Đánh giá đặc điểm xét nghiệm

enzym transaminase huyết thanh sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm	T0		T12		p ⁽¹⁾	
	n	%	n	%		
AST (U/l)	≤ 40	15	32,6	30	65,2	0,002
	> 40 – 80	13	28,3	11	23,9	
	> 80 – 200	14	30,4	4	8,7	
	> 200	4	8,7	1	2,2	
	Mean ± SD	88,9 ± 77,8	52,4 ± 64,8			
ALT (U/l)	≤ 40	16	16	29	63,0	0,008
	> 40 – 80	11	11	13	28,3	
	> 80 – 200	14	14	3	6,5	
	> 200	5	5	1	2,2	
	Mean ± SD	93,8 ± 83,6	47,7 ± 50,4			
GGT (U/l)	≤ 40	12	26,1	18	39,1	0,003
	> 40 – 80	8	17,4	9	19,6	
	> 80 – 200	12	26,1	14	30,4	
	> 200	14	30,4	5	10,9	
	Mean ± SD	205,6 ± 231,0	119,1 ± 172,5			

(Mean: giá trị trung bình; SD: độ lệch chuẩn; ⁽¹⁾Paired Sample T-test)

Nhận xét: Thay đổi các chỉ số enzym gan giảm có ý nghĩa thống kê từ thời điểm bắt đầu đến 12 tuần điều trị thuốc kháng vi rút.



Biểu đồ 2. Đặc điểm hình ảnh siêu âm gan sau 12 tuần điều trị

Nhận xét: 25/46 bệnh nhân có siêu âm nhu mô gan bình thường, 22/46 bệnh nhân có siêu âm nhu mô gan thô.

Bảng 4. Đặc điểm biến đổi thang điểm APRI, Fib-4, Fibroscan sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm	T0		T12		p ⁽¹⁾	
	n	%	n	%		
APRI	< 0,5	14	30,4	26	56,5	0,000
	0,5 - <1	9	19,6	14	30,4	
	1-<2	11	23,9	3	6,5	
	≥ 2	12	26,1	3	6,5	
	Mean ± SD	1,5 ± 1,5	0,8 ± 1,3			
Fib-4	<1,45	16	34,8	25	54,3	0,002
	1,45-<3,75	18	39,1	17	37,0	
	>3,75	12	26,1	4	8,7	

	Mean ± SD	2,6 ± 2,2	1,9 ± 1,7			
Fibroscan	F0-F1	20	43,5	15	31,9	0,696
	³ F2	26	46,5	31	58,1	
	Mean ± SD	12,0 ± 12,6	11,1 ± 8,9			

(Mean: giá trị trung bình; SD: độ lệch chuẩn; ⁽¹⁾Paired Sample T-test)

Nhận xét: Sau 12 tuần điều trị, giá trị chỉ số APRI và Fib-4 giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. Đặc điểm biến đổi chỉ số định lượng HCV-ARN sau 12 tuần điều trị

Đặc điểm	T0		T12		p ⁽¹⁾	
	n	%	n	%		
HCV-ARN (log10 copies/ml)	Dưới ngưỡng phát hiện	0	0	45	97,8	0,000
	< 4	7	14,9	1	3,2	
	4 – 6	24	53,2	0	0	
	> 6	15	31,9	0	0	
	Mean ± SD	5,2 ± 1,4	0,06 ± 0,44			

(Mean: giá trị trung bình; SD: độ lệch chuẩn; ⁽¹⁾Paired Sample T-test)

Nhận xét: Khi sử dụng trong 12 tuần, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài là 97,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,001.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trong nhóm tuổi 40- <50, chiếm 63,0%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả Juan Berenguer với tỷ lệ nam/nữ là 4/1, độ tuổi trung bình là 40 tuổi.⁴ Trong 46 bệnh nhân trong nghiên cứu này, 26 bệnh nhân không có bệnh kèm theo, 8 bệnh nhân có bệnh hô hấp mạn tính, và có 4 bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng cơ hội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 51,1% bệnh nhân có thói quen sử dụng nhiều rượu (> 80g/ngày). Trong nghiên cứu của Prakash O, gần 1/2 số bệnh nhân HIV/HCV sử dụng nhiều rượu, dẫn đến nhiều đợt viêm gan mạn tính và tăng nguy cơ tiến triển ung thư gan.⁵

4.2. Kết quả điều trị sau 12 tuần. Trong số 46 bệnh nhân có 97,8% số bệnh nhân đáp ứng vi rút tốt sau 12 tuần điều trị. Trong thời kỳ trước DAAs, khi HCV được điều trị bằng liệu pháp PR kép, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài ở bệnh nhân HIV đồng nhiễm thấp, nhất là với HCV kiểu gen 1. Tuy nhiên, khi DAAs được sử dụng như một phần của liệu pháp điều trị HCV, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài dường như gần như giống với tỷ lệ đạt được ở bệnh nhân nhiễm HCV đơn độc

có cùng kiểu gen HCV nhận cùng chế độ DAA, cho dù chế độ đó có chứa interferon hay không. Cũng không có bằng chứng cho thấy tác dụng phụ của liệu pháp HCV xảy ra với tần suất khác nhau hoặc với mức độ nghiêm trọng khác nhau ở người đồng nhiễm HIV. Ngoài ra, mất kiểm soát vi rút HIV trong máu không phải là vấn đề ở những bệnh nhân được điều trị nhiễm HCV tiếp tục được điều trị bằng thuốc kháng HIV.⁶

Sau 12 tuần điều trị, giá trị trung bình hemoglobin là $151,5 \pm 13,4\text{g/l}$. Giá trị trung bình bạch cầu sau 12 tuần điều trị là $7,5 \pm 1,9\text{G/L}$. Giá trị trung bình tiểu cầu sau 12 tuần điều trị là $194,0 \pm 51,8\text{G/L}$. Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự thay đổi ý nghĩa về chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu trước và sau điều trị. Trong một nghiên cứu tính an toàn của thuốc, giảm huyết sắc tố dưới $8,5\text{g/dl}$ được báo cáo ở 2% trong nhóm 24 tuần và dưới 1% ở nhóm 12 tuần. Giảm tiểu cầu ($< 50.000/\text{mm}^3$) cũng được báo cáo ở 7% nhóm 24 tuần so với 0 trường hợp trong nhóm 12 tuần. Giảm bạch cầu trung tính (bạch cầu: 1000 đến $1500/\text{mm}^3$) là 4% chỉ ở nhóm 24 tuần.⁷ Các tác nhân kháng vi rút trực tiếp là một cột mốc quan trọng trong việc quản lý vi rút viêm gan C. Các tác nhân này cho thấy kết quả xuất sắc trong việc đáp ứng vi rút bền vững, chúng không có tác dụng phụ từ nhẹ đến nghiêm trọng. Các tác nhân này cũng có nhiều tương tác thuốc cần phải được xem xét nhiều hơn.⁷ Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về chỉ số creatinin huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi, cho thấy tính an toàn của thuốc với chức năng thận trong suốt quá trình điều trị. Chỉ số albumin huyết thanh không thay đổi sau 12 tuần điều trị ($p > 0,05$). Chỉ số bilirubin TP cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa so với thời điểm bắt đầu điều trị ($p > 0,05$). Giá trị trung bình có xu hướng giảm từ $14,2 \pm 6,2 \mu\text{mol/l}$ xuống $12,9 \pm 2,6 \mu\text{mol/l}$. Điều này cho thấy các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV của chúng tôi được sàng lọc và phát hiện sớm sự nhiễm HCV khi chưa có tổn thương gan, suy gan và xơ gan. Đó cũng là một yếu tố tiên lượng tốt cho quá trình điều trị đặc hiệu HCV và HIV đạt kết quả tốt.

Sự ra đời của các liệu pháp DAAs đã dẫn đến những cải thiện đáng kể về tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài ở những đối tượng đồng nhiễm HIV/HCV. Trên thực tế, các thử nghiệm lâm sàng cho thấy tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài hơn 90% ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV được điều trị bằng DAAs. Tuy nhiên, dữ liệu thực về hiệu quả của DAAs ở bệnh nhân đồng nhiễm và về các yếu tố liên quan đến đáp ứng vi rút kéo dài còn

rất ít. Trong 1 nghiên cứu thuần tập khác, 243 đối tượng đồng nhiễm HIV/HCV đã được điều trị tại 9 Trung tâm Bệnh Truyền nhiễm ở miền nam nước Ý với các thể hệ phác đồ DAA mới nhất; hầu hết các bệnh nhân đã kiểm soát được việc lây nhiễm HIV, có 37,4% có bệnh gan tiến triển (xơ gan hoặc HCC). Tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài rất cao (hơn 95%), không có yếu tố nhân khẩu học, sinh hóa, lâm sàng hoặc vi rút học liên quan độc lập với không đáp ứng vi rút kéo dài.⁸

APRI, FIB – 4 và Fibroscan là phương pháp đơn giản, gián tiếp xác định tình trạng xơ hoá gan được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi. Các xét nghiệm sinh hoá, tiểu cầu có sẵn trong phòng thí nghiệm thay vì sinh thiết gan. Các chỉ số này đề xuất các mức giới hạn khác nhau xác nhận mức độ xơ hoá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 12 tuần điều trị, giá trị chỉ số APRI và Fib-4 giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Khi sử dụng trong 12 tuần, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài là 97,8%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Shafran SD và cộng sự, sau điều trị 12 tuần, tỷ lệ đáp ứng vi rút kéo dài là 97% (417/430) ở bệnh nhân chưa điều trị và 94% (102/109) ở bệnh nhân thất bại trước đó. Trong một nghiên cứu ở giai đoạn 2, 50 bệnh nhân chưa nhiễm HCV không bị xơ gan có đồng nhiễm HIV/HCV kiểu gen 1 đã được điều trị bằng sofosbuvir cộng với ledipasvir trong 12 tuần và 49 bệnh nhân (98%) đã đạt được đáp ứng vi rút kéo dài.⁶ Trong 46 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp nào gặp phải phản ứng không mong muốn của thuốc phải dừng thuốc. Không ghi nhận trường hợp nào có phản ứng với thuốc ARV đang sử dụng phải thay đổi thuốc.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu đánh giá tính hiệu quả tốt của nhóm thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) trong điều trị nhiễm HCV ở bệnh nhân HIV. Đáp ứng vi rút tốt sau 12 tuần điều trị, cải thiện về chỉ số enzym gan và chỉ số xơ hoá gan. Không ghi nhận tác dụng không mong muốn nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bica I, McGovern B, Dhar R, et al.** Increasing Mortality Due to End-Stage Liver Disease in Patients with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clin Infect Dis.* 2001;32(3):492-497. doi:10.1086/318501
2. **Smith CJ, Ryom L, Weber R, et al.** Trends in underlying causes of death in people with HIV from 1999 to 2011 (D:A:D): a multicohort collaboration. *The Lancet.* 2014;384(9939):241-

248. doi:10.1016/S0140-6736(14)60604-8
3. **Pawlotsky JM, Negro F, Aghemo A, et al.** EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series☆. *J Hepatol.* 2020; 73(5): 1170-1218. doi:10.1016/j.jhep.2020. 08.018
 4. **Berenguer J, Rodriguez E, Miralles P, et al.** Sustained Virological Response to Interferon Plus Ribavirin Reduces Non-Liver-Related Mortality in Patients Coinfected With HIV and Hepatitis C Virus. *Clin Infect Dis.* 2012;55(5):728-736. doi:10.1093/cid/cis500
 5. **Prakash O, Mason A, Luftig RB, Bautista AP.** Hepatitis C Virus (Hcv) And Human Immunodeficiency Virus Type 1 (Hiv-1) Infections In Alcoholics.
 6. **Shafraan SD.** HIV Coinfected Have Similar SVR Rates as HCV Monoinfected With DAAs: It's Time to End Segregation and Integrate HIV Patients Into HCV Trials. *Clin Infect Dis.* 2015;61(7):1127-1134. doi:10.1093/cid/civ438
 7. **El Kassas M, Elbaz T, Hafez E, et al.** Safety of direct antiviral agents in the management of hepatitis C. *Expert Opin Drug Saf.* 2016;15(12): 1643-1652. doi:10.1080/14740338.2017.1240781.
 8. **Alessio L, Onorato L, Sangiovanni V, et al.** DAA-Based Treatment for HIV-HCV-Coinfected Patients: Analysis of Factors of Sustained Virological Response in a Real-Life Study. *Antivir Ther.* 2020;25(4):193-201. doi:10.3851/IMP3353

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM QUANH RĂNG GIAI ĐOẠN 3

Trần Đức Trinh¹, Nguyễn Thanh Bình¹,
Trần Thị Nga Liên², Nguyễn Thị Hồng Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3 trên nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 40 bệnh nhân bị viêm quanh răng giai đoạn 3 đến khám và điều trị tại khoa Nha chu bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội. **Kết quả:** Phần lớn đối tượng là nam giới; tuổi trên 35. Lý do đến khám chủ yếu là chảy máu lợi chiếm 40%, sau đó đến lung lay răng chiếm 25%. Tỷ lệ đối tượng viêm lợi mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 65,0%; có 12,5% viêm lợi mức độ nặng. Chỉ số lợi GI trung bình 1,9±0,6. Độ sâu túi quanh răng trung bình 7,1±1,2mm, mức mất bám dính 7,8±1,3mm, độ sâu khuyết hồng xương 5,7±1,3mm.

Từ khóa: lâm sàng/cận lâm sàng, viêm quanh răng.

SUMMARY

CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF PERIODONTITIS STAGE 3

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics of stage 3 periodontitis in a group of Hanoi Central Dental Hospital patients. **Methods:** The study was conducted on 40 patients with stage 3 periodontitis who came for examination and treatment at the Department of Periodontology, Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital. **Results:** The majority of subjects were male, aged over 35. The main reason for coming for examination is bleeding gums, which

account for 40%, followed by loose teeth, which account for 25%. The highest proportion of subjects with moderate gingivitis was 65.0%; 12.5% had severe gingivitis. Mean of GI index is 1.9±0.6. Average periodontal pocket depth 7.1±1.2mm, attachment loss 7.8±1.3mm, bone defect depth 5.7±1.3mm.

Keywords: clinical/paraclinical, periodontitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh răng là bệnh viêm nhiễm mô nâng đỡ răng do vi khuẩn đặc hiệu gây ra, dẫn đến phá hủy dây chằng quanh răng, xương ổ răng với sự thành lập túi lợi bệnh lý, tụt lợi hay cả hai. Bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3 là giai đoạn nặng của bệnh viêm quanh răng. Trong giai đoạn này, vi khuẩn đã xâm nhập sâu vào mô nha chu và gây ra viêm nhiễm nặng, có thể dẫn đến tổn thương nghiêm trọng cho răng và xương hàm. Bệnh được đặc trưng bởi nướu chảy máu hoặc sưng (viêm nướu), đau và đôi khi hơi thở có mùi hôi. Ở dạng nặng hơn, nướu có thể rời khỏi răng và xương hỗ trợ, gây ra tình trạng răng lung lay và mất. Viêm quanh răng nặng được ước tính ảnh hưởng khoảng 19% dân số người lớn trên toàn cầu, tương đương với hơn 1 tỷ trường hợp trên toàn thế giới. Các yếu tố nguy cơ chính cho bệnh nha chu là vệ sinh miệng kém và sử dụng thuốc lá [1]. Cho đến nay việc điều trị bệnh viêm quanh răng vẫn còn hạn chế vì đây là bệnh mạn tính và có tính chất âm thầm. Để có phương pháp điều trị phù hợp, việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng của bệnh là cần thiết, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm quanh răng giai đoạn 3

¹Trường Đại Học Kinh Doanh Và Công Nghệ Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Trinh

Email: bstrinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024