

Nghiên cứu

Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn chưa điều trị tại Bệnh viện đa khoa khu vực Quảng Nam

Lê Minh Niên^{1*}, Ngô Thị Hiền Trang¹, Phan Đức Thái Duy²

¹Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam

²Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

*Tác giả liên hệ (Corresponding author): Lê Minh Niên, lenien8991@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 17/04/2026; Ngày duyệt đăng (Accepted): 05/06/2026; Ngày xuất bản (Published): 18/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.S-1.15

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Nhiễm HBV mạn tính diễn tiến âm thầm và là nguyên nhân hàng đầu gây xơ gan, ung thư gan.

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm dịch tễ học, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính chưa điều trị và xác định tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định điều trị thuốc kháng virus.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 225 bệnh nhân viêm gan B mạn tính chưa điều trị kháng virus tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam từ tháng 04/2025 đến tháng 08/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình là $44,4 \pm 13,4$; nhóm 40-59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%). Tỷ lệ nam/nữ tương đương (50,2% và 49,8%). Có 46,2% bệnh nhân có tiền sử gia đình nhiễm HBV. Hoạt độ trung bình của ALT là $52,9 \pm 45,2$ U/L, AST là $46,2 \pm 34,6$ U/L, HBsAg là 3785 ± 2216 UI/ml, và trung vị HBV-DNA là 3,14 (IQR: 2,67) log₁₀ IU/mL. Tỷ lệ HBeAg dương tính là 22,2%. Ở nhóm HBeAg âm tính, ALT tương quan thuận yếu với HBV-DNA ($r = 0,295$, $p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chỉ định điều trị thuốc kháng virus là 42,7%.

Kết luận: Bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị phần lớn trong độ tuổi lao động. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định điều trị kháng virus chiếm 42,7%, cho thấy nhu cầu điều trị và quản lý bệnh khá cao.

Từ khóa: Viêm gan B mạn; HBV-DNA; HBsAg; chỉ định điều trị; Quảng Nam.

Epidemiological and biochemical and virological characteristics of treatment-naive patients with chronic hepatitis B virus infection at Quang Nam Regional General Hospital

Lê Minh Niên^{1*}, Ngô Thị Hiền Trang¹, Phan Đức Thái Duy²

¹Quang Nam Regional General Hospital

²University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Chronic HBV infection progresses silently and is a leading cause of cirrhosis and liver cancer.

Objectives: To investigate the epidemiological and subclinical features of treatment-naive chronic hepatitis B patients and determine the proportion of patients eligible for antiviral treatment.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 225 treatment-naive chronic hepatitis B patients at Quang Nam Regional General Hospital from April 2025 to August 2025.

Results: The mean age was 44.4 ± 13.4 years, with the 40-59 age group accounting for the highest proportion (46.7%). The gender distribution was nearly equal (males 50.2%, females 49.8%). A family history of HBV was reported in 46.2% of patients. Mean levels were: ALT 52.9 ± 45.2 U/L, AST 46.2 ± 34.6 U/L, HBsAg 3785 ± 2216 UI/ml, and the median HBV-DNA level was 3.14 (IQR: 2.67) log₁₀ IU/mL. The HBeAg positive rate was 22.2%. In the HBeAg-negative group, ALT had a weak positive correlation with HBV-DNA ($r = 0.295$, $p < 0.05$). The proportion of patients eligible for antiviral treatment was 42.7%.

Conclusion: Treatment-naive chronic hepatitis B patients are predominantly working-age adults. A significant proportion (42.7%) meets the criteria for antiviral therapy, indicating a high demand for disease management.

Keywords: Chronic hepatitis B; HBV-DNA; HBsAg; treatment indication; Quang Nam.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus viêm gan B (HBV) gây viêm gan mạn tính hiện vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng mang tính toàn cầu và là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xơ gan và ung thư gan [1]. Theo ước tính, trên thế giới có hơn 2 tỷ người đã từng hoặc đang nhiễm HBV, trong đó khoảng 400 triệu người mang virus mạn tính, với 75% tập trung tại khu vực châu Á [2]. Mỗi năm có khoảng 1,5 triệu ca nhiễm mới và gần 1 triệu ca tử vong do các biến chứng liên quan như xơ gan và ung thư gan [3].

HBV có khả năng lây nhiễm cao gấp khoảng 100 lần so với HIV và được xếp là một trong những tác nhân gây ung thư phổ biến, chỉ đứng sau thuốc lá. Virus này là nguyên nhân của 60-80% trường hợp ung thư gan nguyên phát và khoảng 50% trường hợp xơ gan. Mặc dù chương trình tiêm chủng đã giúp giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm mới, nhưng HBV vẫn là gánh nặng bệnh tật lớn tại nhiều quốc gia, trong đó có Việt Nam. Năm 2019 ghi nhận 820.000 ca tử vong do biến chứng viêm gan B trên toàn cầu [4].

Hiện nay, mục tiêu điều trị viêm gan B mạn tính chủ yếu là ức chế lâu dài sự nhân lên của virus, qua đó làm chậm tiến triển bệnh và giảm nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng như xơ gan và ung thư gan. Tuy nhiên, bệnh thường diễn tiến âm thầm, không có triệu chứng rõ ràng trong thời gian dài, khiến nhiều bệnh nhân chỉ được phát hiện khi đã ở giai đoạn muộn, gây khó khăn cho công tác điều trị và quản lý.

Việc quyết định điều trị phụ thuộc chặt chẽ vào tải lượng HBV-DNA và các chỉ số cận lâm sàng. Tuy nhiên, thực tế tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị tại tuyến y tế cơ sở vẫn chưa được khảo sát đầy đủ. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: 1) Khảo sát đặc điểm dịch tễ, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính chưa điều trị kháng virus; 2) Xác định tỷ lệ có chỉ định điều trị kháng virus ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên các bệnh nhân viêm gan B mạn tính chưa điều trị thuốc kháng virus, đến khám tại phòng khám Truyền nhiễm - Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam từ tháng 04/2025 đến tháng 08/2025.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + HBsAg và/ hoặc HBV-DNA dương tính ≥ 6 tháng, hoặc HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.
- + Chưa từng được điều trị kháng virus trước đây.
- + Có đầy đủ dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng.
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Đồng nhiễm (HCV, HDV, HIV...) hoặc bệnh gan khác.
- + Đã điều trị kháng virus trước đây.
- + Thiếu dữ liệu hoặc không hợp tác tham gia nghiên cứu.
- + Tình trạng bệnh nặng, cấp cứu.
- + Lâm sàng đã có xơ gan hoặc ung thư gan.
- Thời gian: Tháng 01/2025 đến tháng 08/2025.
- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: Mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với tỷ lệ p tham khảo theo nghiên cứu của tác giả Lao Đức Thuận, nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đồng Tháp [5], n tối thiểu là 224. Cỡ mẫu thực tế là 225 bệnh nhân.
- Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đến khám tại phòng khám Truyền nhiễm Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam trong các ngày thứ 2, 4, 6 hàng tuần trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn mẫu được mời tham gia nghiên cứu.
- Thu thập số liệu:
 - + Hồ sơ bệnh án và hệ thống HIS.
 - + Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.
 - + Xét nghiệm sinh hóa và miễn dịch.

2.3. Nội dung và các biến số nghiên cứu

- Biến phụ thuộc: Chỉ định điều trị thuốc kháng virus (Có/Không). Tiêu chuẩn điều trị thuốc kháng virus theo Quyết định 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan B mạn của Bộ Y tế [6].

- Biến độc lập:

- + Các biến về nhân khẩu học: tuổi, giới, nghề nghiệp
- + Các biến về dịch tễ: tiền sử gia đình về nhiễm HBV, Tiền sử gia đình về ung thư gan và xơ gan, thời gian mắc bệnh
- + Các biến về cận lâm sàng: ALT, AST, HBsAg, HBeAg, HBV-DNA.

2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Kiểm định Kolmogorov-Smirnov được dùng để đánh giá phân phối chuẩn. Đối với biến định lượng, sử dụng Independent Samples t-test (phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney U (phân phối không chuẩn) để so sánh hai nhóm; mối tương quan được đánh giá qua hệ số Pearson hoặc Spearman tương ứng. Đối với biến định tính, sử dụng kiểm định χ^2 hoặc Fisher's Exact khi có tần suất kỳ vọng < 5 . Các khác biệt được

coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Khoa học Bệnh viện Đa khoa khu vực Quảng Nam số 149, ngày 24/03/2025. Các đối tượng tham gia trên tinh thần tự nguyện sau khi được giải thích đầy đủ về mục đích và quyền lợi; việc từ chối tham gia không ảnh

hưởng đến quy trình điều trị tiêu chuẩn. Nghiên cứu chỉ khai thác dữ liệu từ quy trình khám lâm sàng sẵn có, không thực hiện can thiệp ngoài phác đồ, đảm bảo không gây thêm rủi ro cho người bệnh. Mọi thông tin cá nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ mục tiêu phân tích khoa học nhằm cải thiện công tác quản lý và điều trị viêm gan B tại địa phương.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và tiền sử gia đình của các bệnh nhân trong nghiên cứu được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 225)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
< 20	6	2,7
20 - 39	81	36,0
40 - 59	105	46,7
≥ 60	33	14,7
<i>Tuổi trung bình</i>	$44,4 \pm 13,4$	
Giới tính		
Nam	113	50,2
Nữ	112	49,8
Nghề nghiệp		
Cán bộ công chức	32	14,2
Nông dân	75	33,3
Công nhân	54	24,0
Kinh doanh buôn bán	37	16,4
Học sinh, sinh viên	10	4,4
Khác	17	7,6
Thời gian mắc bệnh		
Dưới 2 năm	48	21,3
Từ 2 - 5 năm	62	27,6
Từ 5 - 10 năm	64	28,4
Trên 10 năm	51	22,7
Tiền sử gia đình nhiễm HBV		
Có	104	46,2
Không	121	53,8
Tiền sử gia đình Xơ gan/ung thư gan		
Có	30	13,3
Không	195	86,7

Kết quả cho thấy nhóm 40 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%), tuổi trung bình là $44,4 \pm 13,4$. Tỷ lệ phân bố giới tính gần như tương đương nhau (nam 50,2% và nữ 49,8%). Nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (33,3%). Thời gian nhiễm HBV phân bố tương đối đều, trong đó nhóm từ 5 - 10 năm cao nhất (28,4%). Có 46,2% bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc viêm gan virus B và 13,3% có người thân bị xơ gan hoặc ung thư gan.

3.2. Đặc điểm các chỉ số cận lâm sàng

Các đặc điểm sinh hóa và kháng nguyên được trình bày ở Bảng 2, 3 và 4.

Bảng 2. Hoạt độ ALT, AST ở bệnh nhân nhiễm HBV mạn (n = 225)

Chỉ số sinh hóa	X ± SD	Giá trị tham chiếu
ALT	52,9 ± 45,2	25 - 35
AST	46,2 ± 34,6	25 - 35

Giá trị trung bình của chỉ số ALT ở bệnh nhân viêm gan B mạn là 52,9 ± 45,2 U/L, và AST là 46,2 ± 34,6 U/L, đều cao hơn giới hạn tham chiếu bình thường (25 - 35 U/L).

Bảng 3. Đặc điểm kháng nguyên HBeAg (n = 225)

HBeAg	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dương tính	50	22,2
Âm tính	175	77,8

Trong tổng số 225 bệnh nhân, có 50 trường hợp (22,2%) dương tính với HBeAg, 175 trường hợp (77,8%) âm tính.

Bảng 4. Đặc điểm kháng nguyên HBsAg và HBV-DNA (n = 225)

Kháng nguyên	X ± SD
HBsAg (UI/ml)	3785 ± 2216
HBV-DNA (log ₁₀ UI/ml)	3,14 (IQR: 2,67)

HBV-DNA có giá trị trung vị là 3,14 (IQR: 2,67) log₁₀ IU/mL, HBsAg có giá trị trung bình là 3785 ± 2216 UI/ml.

3.3. Mối liên quan giữa HBeAg và tải lượng HBV-DNA

Liên quan giữa HBeAg và HBV-DNA được trình bày ở Bảng 5.

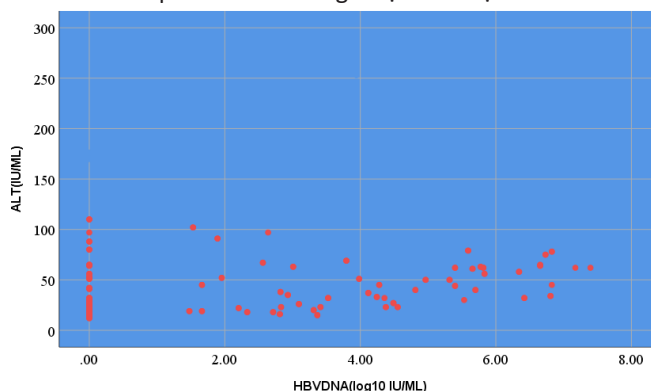
Bảng 5. Liên quan giữa HBeAg và HBV-DNA (n = 225)

HBeAg	Âm tính (n = 175; 77,8%)	Dương tính (n = 50; 22,2%)	P
HBV-DNA [Median (IQR)]	2,33 (4,48)	6,41 (1,73)	< 0,05

Tải lượng HBV-DNA ở nhóm HBeAg dương tính có giá trị trung vị là 6,41 log₁₀ UI/ml (IQR: 1,73) cao hơn so với nhóm HBeAg âm tính là 2,33 log₁₀ UI/ml (IQR: 4,48). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (U = 1528,0; Z = -7,153; p < 0,05).

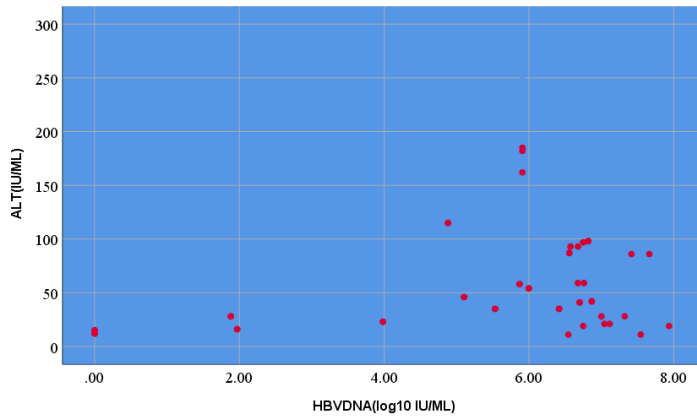
3.4. Mối liên quan giữa ALT và tải lượng HBV-DNA

Tương quan giữa ALT và HBV-DNA phân theo HBeAg được thể hiện ở Biểu đồ 2 và 3.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa ALT và HBV-DNA trường hợp HBeAg(-) (n = 175)

Ở nhóm bệnh nhân HBeAg âm tính (n = 175), phân tích tương quan Spearman cho thấy chỉ số ALT có mối tương quan thuận mức độ yếu với HBV-DNA (r = 0,295, p < 0,05).



Biểu đồ 2. Tương quan giữa ALT và HBV-DNA trong trường hợp HBeAg dương tính (n = 50)

Ở nhóm bệnh nhân HBeAg dương tính (n = 50), phân tích tương quan Spearman cho thấy ALT không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với HBV-DNA ($r = 0,179$; $p > 0,05$). Biểu đồ phân tán cho thấy các điểm dữ liệu phân bố rời rạc, không hình thành xu hướng rõ rệt.

3.5. Tỷ lệ điều trị

Bảng 6. Tỷ lệ điều trị thuốc kháng virus (n = 225)

Chỉ định điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	96	42,7
Không	129	57,3

Trong 225 bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính trong mẫu nghiên cứu có 42,7% bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn cần được điều trị thuốc kháng virus.

Bảng 7. Tỷ lệ điều trị thuốc kháng virus theo HbeAg (n=225)

Chỉ định điều trị	HbeAg Âm tính (n = 175)	HbeAg Âm tính (%)	HbeAg Dương tính (n = 50)	HbeAg Dương tính (%)	Tổng (n = 225)
Có	64	36,6	32	64,0	96
Không	111	63,4	18	36,0	129

Ở nhóm HBeAg âm tính, tỷ lệ điều trị là 36,6% thấp hơn nhóm HBeAg dương tính (64,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 8. Tỷ lệ điều trị theo giới tính (n = 225)

Chỉ định điều trị	Nam (n = 113)	Nam (%)	Nữ (n = 112)	Nữ (%)
Có	54	47,8	42	37,5
Không	59	52,2	70	62,5

Có 47,8% nam giới cần điều trị thuốc kháng virus, cao hơn tỷ lệ nữ giới (37,5%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nhóm 225 bệnh nhân viêm gan B mạn tính, có 96 người (42,7%) đáp ứng tiêu chí chỉ định điều trị kháng virus, còn 129 người (57,3%) chưa đủ điều kiện theo hướng dẫn hiện hành. Kết quả này phản ánh thực tế đa phần bệnh nhân viêm gan B mạn cần được đánh giá cá thể hóa dựa vào tải lượng virus, ALT, và mức độ tổn thương gan - không phải nhóm nào cũng cần điều trị kháng virus ngay khi chẩn đoán.

Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu trong nước, nghiên cứu của Hoàng Minh Công và

cộng sự tại Việt Nam cũng cho thấy chỉ khoảng 50% bệnh nhân mạn tính đạt ngưỡng HBV-DNA và ALT để điều trị, trong khi phần còn lại cần tiếp tục theo dõi định kỳ [7].

Thanapirom và cộng sự nghiên cứu tại Thái Lan trên 825 bệnh nhân viêm gan B mạn, tỷ lệ 26,2% đủ điều kiện điều trị theo các tiêu chí AASLD theo tiêu chuẩn AASLD và EASL, tỷ lệ bệnh nhân đủ điều trị chỉ khoảng 26-30% và theo APASL là 20 - 23% [8].

Jachs và cộng sự nghiên cứu trên 751 bệnh nhân viêm gan B mạn tính chưa điều trị trong khoảng thời

gian từ 2010 đến 2019 tại Viena - Áo cho kết quả 23,4 % - 29 % bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị theo hướng dẫn EASL [6].

Từ đó, có thể thấy rằng gánh nặng điều trị viêm gan B tại Việt Nam có xu hướng cao hơn so với các quốc gia phát triển, đòi hỏi hệ thống y tế phải có chiến lược phân loại, theo dõi và can thiệp sớm hiệu quả hơn. Đồng thời, điều này cũng nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc tầm soát chủ động và quản lý cá thể hóa để tối ưu hóa hiệu quả điều trị, hạn chế biến chứng và giảm chi phí y tế về lâu dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ định điều trị ở nhóm HBeAg dương tính là 64,0%, cao hơn đáng kể so với nhóm HBeAg âm tính (36,6%). Kết quả này cho thấy tình trạng HBeAg dương tính có liên quan mật thiết đến nhu cầu điều trị kháng virus. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh: bệnh nhân HBeAg dương tính thường có mức nhân lên virus cao, nguy cơ tiến triển tổn thương gan nhanh hơn, do đó thường đạt tiêu chuẩn điều trị sớm hơn so với nhóm HBeAg âm tính.

Ngược lại, đa số bệnh nhân không có chỉ định điều trị thuộc nhóm HBeAg âm tính (63,4%). Đây thường là nhóm bệnh nhân trong giai đoạn nhiễm HBV mạn tính không hoạt động hoặc giai đoạn kiểm soát miễn dịch, với tải lượng HBV-DNA thấp và men gan trong giới hạn bình thường, do đó chưa cần điều trị theo khuyến cáo hiện hành. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân này vẫn cần được theo dõi định kỳ chặt chẽ vì vẫn có nguy cơ chuyển sang giai đoạn hoạt động của bệnh trong quá trình diễn tiến lâu dài.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng ghi nhận tỷ lệ có chỉ định điều trị ở bệnh nhân HBeAg dương tính cao hơn rõ rệt so với HBeAg âm tính, phản ánh tính chất bệnh sinh của virus viêm gan B và phù hợp với các khuyến cáo của Bộ Y tế cũng như WHO về việc ưu tiên điều trị ở nhóm HBeAg dương tính khi có kèm tăng ALT hoặc tải lượng HBV-DNA cao [10].

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nam giới có chỉ định điều trị là 47,8%, cao hơn so với nữ giới (37,5%). Kết quả này cho thấy nam giới có xu hướng cần điều trị thuốc kháng virus nhiều hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Một số nghiên cứu trước đây ghi nhận nam giới có nguy cơ tiến triển viêm gan mạn tính và xơ gan cao hơn nữ giới, có thể liên quan đến yếu tố hormon (androgen), thói quen sinh hoạt và nguy cơ đồng nhiễm. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu cho thấy sự khác biệt về giới tính trong chỉ định điều trị không rõ ràng khi phân tích theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế và WHO.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp bức tranh dịch tễ học quan trọng tại tuyến y tế cơ sở, song vẫn còn một số hạn chế nhất định. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện có thể chưa đại diện hoàn toàn cho quần thể bệnh nhân viêm gan B tại địa phương. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa thu thập được các dữ liệu đánh giá mức độ xơ hóa gan không xâm lấn (như APRI, FIB-4 hay FibroScan), vốn là một trong những tiêu chí độc lập quan trọng trong việc ra quyết định điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế. Các nghiên cứu tiến cứu trong tương lai cần tích hợp thêm chỉ số này để đánh giá toàn diện hơn tỷ lệ bệnh nhân thực sự có chỉ định dùng thuốc.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính tại địa phương chủ yếu tập trung ở độ tuổi lao động (40 - 59 tuổi), với tỷ lệ tiền sử gia đình nhiễm HBV và các biến chứng gan mật ở mức cao. Đặc điểm cận lâm sàng đặc trưng bởi sự khác biệt rõ rệt về nồng độ HBV-DNA giữa hai nhóm HBeAg âm tính và dương tính. Đáng chú ý, có đến 42,7% bệnh nhân có chỉ định điều trị thuốc kháng virus ngay tại thời điểm thăm khám, với tỷ lệ chỉ định này phụ thuộc chặt chẽ vào tình trạng HBeAg nhưng không khác biệt theo giới tính.

Kết quả này khẳng định nhu cầu cấp thiết trong việc mở rộng khả năng tiếp cận thuốc kháng virus và tăng cường quản lý định kỳ cho nhóm bệnh nhân chưa điều trị, đặc biệt là thông qua việc theo dõi sát các chỉ số HBV-DNA và HBeAg để kịp thời đưa ra quyết định can thiệp lâm sàng.

Tuyên bố về xung đột lợi ích: Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Introduction to the Annual Epidemiological Report. Annual epidemiological report. Stockholm: ECDC; 2022.
2. Flower B, Du Hong D, Vu Thi Kim H, Pham Minh K, Geskus, Day J, Cooke GS. Seroprevalence of Hepatitis B, C and D in Vietnam: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Regional Health - Western Pacific 2022; 24:100468.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. Hepatitis B in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2022.
4. World Health Organization. Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections: Accountability for the global health sector strategies 2016-2021. [Online]. 2021; Available from URL: <https://www.who.int/hiv-hep-sti-report-2021>

who.int/publications/i/item/9789240027077

5. Lao Đức Thuận, Trương Kim Phượng, Mai Ngọc Lành và cs. Ứng dụng kỹ thuật realtime PCR để xác định kiểu gen, lượng virus trong máu và đặc điểm kháng thuốc điều trị của virus viêm gan B trên người bệnh của Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp. Tạp chí Khoa học Trường Đại học Mở TP. Hồ Chí Minh 2014; 9(01):40-45.

6. Bộ Y tế. Quyết định số 3310/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh viêm gan vi rút B. 2019.

7. Hoàng Minh Công, Lê Văn Thu, Ngô Văn Lăng, Phạm Hùng Tiến, Lê Văn Duyệt, Dương Hồng Quân. Đặc điểm dịch tễ học và cận lâm sàng ở người bệnh viêm gan virus B khám bệnh tại Trung tâm y tế Huyện Yên Phong năm 2023. Tạp chí Truyền Nhiễm Việt Nam 2023; 03(43):41-42.

8. Thanapirom K, Suksawatamnuay S, Thaimai P, Treeprasertsuk S, Komolmit P, Tangkijvanich P. Assessment and validation of the TREAT-B score to assess the treatment eligibility of patients with chronic hepatitis B virus infection. Frontiers in Medicine (Lausanne) 2022; Oct 18(9):57-58.

9. Mathias Jachs, Raphael Sauberer, Alexander Stiegler, Anton Dechêne, Raphael Tazreiter, Lukas Hartl, et al. Eligibility for antiviral therapy and treatment uptake in chronic hepatitis B patients referred to a European tertiary care center. United European Gastroenterology Journal 2023; 11:293-304..

10. Nguyễn Thị Cẩm Hồng, Đỗ Hoàng Long, Huỳnh Thị Kim Yến và cs. Nghiên cứu các dấu ấn huyết thanh nhiễm HBV, mối tương quan giữa nồng độ HBsAg và tải lượng virus ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Dược học Cần Thơ 2022; 51:208-209.