

sức khỏe cán bộ tỉnh Bắc Giang năm 2012-2016", số lượt xét nghiệm năm 2015 (tăng hơn năm 2014 là 8,76%) năm 2016 (tăng hơn 2015 là 19%) (3). Tất cả các cận lâm sàng đều tăng nhưng chỉ có dịch vụ Xquang và CT-Scan tại 02 phòng khám tăng trong năm 2018 và giảm trong năm 2019. Số lượng Xquang và CT-Scan giảm là do hệ thống Xquang của phòng khám gặp vấn đề tại đèn chụp, nguyên nhân nữa là cơ quan giám định BHXH không thanh toán một số các chỉ định Xquang và CT-Scan không có bệnh lý do đó phòng khám cũng hạn chế chụp đối với những chỉ định sàng lọc không cần thiết, phải có bệnh lý mới thực hiện chụp nên phòng khám hạn chế chụp Xquang và CT-Scan.

Khả năng cung cấp các dịch vụ kỹ thuật PKĐK Linh Xuân và Linh Tây. Số lượng DMKT của PKĐK Linh Xuân (1.194 kỹ thuật, tỷ lệ thực hiện được là 72%) và PKĐK Linh Tây (561 kỹ thuật, tỷ lệ thực hiện được là 63,2%). Tỷ lệ DMKT được duyệt của cả 02 phòng khám thấp hơn nhiều so với danh mục được duyệt tại Phòng khám đa khoa Khu vực Tân Bình, Huyện Thanh Bình, Tỉnh Đồng Tháp năm 2015" là 3.669 kỹ thuật (5). Số lượng danh mục được triển khai tại 2 phòng khám được đánh giá về mặt hiệu quả thông qua số lượng phẫu thuật, thủ thuật thực hiện. Số lượng phẫu thuật, thủ thuật tại phòng khám tăng theo từng năm, trong đó chủ yếu số lượng thủ thuật loại 2, loại 3 chiếm 96,5%, số lượng phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp dưới 1% (chỉ có PKĐK Linh Xuân thực hiện).

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng số lượng nhân viên y tế công tác tại cả 2 phòng khám đều tăng theo từng năm, tuy nhiên số lượng nhân sự

có trình độ sau đại học còn thấp, thiếu bác sĩ chuyên khoa. Tổng số lượt khám chữa bệnh của 02 phòng khám ngày càng tăng, trong đó số lượt khám BHYT là chủ yếu, chiếm tới hơn 90%. Số lượng khám chữa bệnh tại 02 phòng khám chủ yếu là chuyên khoa nội (chiếm trên 50%), số lượng khám chữa bệnh chuyên khoa lẻ như răng hàm mặt, tai mũi họng, da liễu, mắt còn thấp. Tất cả các cận lâm sàng đều tăng nhưng chỉ có dịch vụ Xquang tại 02 phòng khám tăng trong năm 2018 và giảm trong năm 2019. Danh mục kỹ thuật được duyệt còn thấp.

Kiến nghị: Tuyển thêm nhân sự chuyên khoa đặc biệt là các bác sĩ, tạo điều kiện cho các bác sĩ đi học các lớp sau đại học để nâng cao trình độ chuyên môn, đề xuất xin duyệt thêm danh mục kỹ thuật, sửa chữa hoặc đầu tư nâng cấp hệ thống chụp Xquang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sở Y tế (2019).** "Báo cáo thống kê y tế TP.Hồ Chí Minh năm 2018".
2. **Sở Y tế (2020).** "Báo cáo thống kê y tế TP.Hồ Chí Minh năm 2019".
3. **Vũ Thanh Gianna (2017).** "Thực trạng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại phòng khám thuộc Ban bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Bắc Giang giai đoạn năm 2012 đến 2016", Chuyên khoa 2 quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
4. **Đỗ Thu Hoàng (2019).** "Chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Khám bệnh đa khoa Viên Y dược học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh năm 2019", Trường đại học Y tế công cộng Hà Nội.
5. **Châu Văn Mỹ (2015).** "Thực trạng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại PKĐKKV Tân Bình, Huyện Thanh Bình, Tỉnh Đồng Tháp năm 2015", Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
6. **Quốc Hải (2014).** "Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế".

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TẢI LƯỢNG HBV DNA VÀ HOẠT ĐỘ ENZYM ALT Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN VI RÚT B MẠN TÍNH

Lê Văn Nam¹, Đỗ Như Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tải lượng HBV-DNA, hoạt độ ALT huyết thanh và bước đầu đánh giá mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA với hoạt độ enzym ALT

¹Bệnh viện Quân y 103

²Ban khoa học quân sự, Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Nam

Email: drlennam103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2021

Ngày duyệt bài: 12.3.2021

ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính (VGBMT).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 39 bệnh nhân viêm gan B mạn tính điều trị tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Quân y 103 từ 03/2018 đến 04/2019. **Kết quả:** Tải lượng HBV DNA trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $1,2 \times 10^8 \pm 0,7 \times 10^7$ copies/mL. Hoạt độ ALT huyết thanh trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $561,94 \pm 207,19$ U/L. Chưa có mối tương quan có ý nghĩa thống kê nào giữa giữa tải lượng HBV DNA huyết thanh với hoạt độ ALT huyết thanh ở các bệnh nhân VGBMT nói chung ($r = -0,12$; $p = 0,46$) cũng như từng nhóm bệnh nhân nói riêng.

Kết luận: Tải lượng HBV DNA trung bình là $1,2 \times 10^8 \pm 0,7 \times 10^7$ copies/mL. Hoạt độ ALT huyết thanh trung bình là $561,94 \pm 207,19$ U/L. Không có mối tương quan có ý nghĩa thống kê nào giữa tải lượng HBV DNA huyết thanh với hoạt độ ALT huyết thanh ở các bệnh nhân VGBMT.

Từ khoá: Viêm gan vi rút B, HBV-DNA, alanine aminotransferase.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SERUM HBV DNA LEVEL AND ALT ACTIVITY IN CHRONIC HEPATITIS B PATIENTS

Objectives: To investigate HBV-DNA load, serum alanine aminotransferase activity and assess the correlation between HBV-DNA load and serum alanine aminotransferase activity in patients with chronic hepatitis B. **Methods:** It was a cross-sectional, retrospective study which included 39 patients with chronic hepatitis B patients at Department of Infectious Diseases, Military Hospital 103 from March 2018 to April 2019. **Results:** The average serum load of HBV-DNA was $1.2 \times 10^8 \pm 0.7 \times 10^7$ copies/mL. The average activity of serum ALT was 561.94 ± 207.19 U/L. There were no significant correlations between serum HBV-DNA load and serum ALT in patients with chronic hepatitis B ($r = -0.12$; $p = 0.46$) and in subgroups of patients. **Conclusion:** The average serum load of HBV-DNA was $1.2 \times 10^8 \pm 0.7 \times 10^7$ copies/mL. The average activity of serum ALT was 561.94 ± 207.19 U/L. There were no significant correlations between serum HBV-DNA load and serum ALT in patients with chronic hepatitis B.

Keywords: chronic hepatitis B, HBV-DNA, alanine aminotransferase.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, có khoảng 2 tỷ người nhiễm vi rút viêm gan B (Hepatitis B virus – HBV), trong đó 350 triệu người mang vi rút mạn tính [8]. Hàng năm, ước tính có khoảng 2 triệu người mang vi rút viêm gan B mạn tính chết vì xơ gan và ung thư gan trên thế giới. Việt Nam nằm trong khu vực có nguy cơ cao về nhiễm HBV và là một trong những nước có tỷ lệ bệnh lưu hành cao nhất thế giới, tỷ lệ người mang HBV trung bình là 15 – 25% [2].

Hiện nay, với việc sử dụng các thuốc kháng vi rút đồng đẳng nucleot(s)ise (NA - nucleot(s)ise analog) và interferon (IFN) đã cho thấy hiệu quả giảm nhanh tải lượng HBV DNA huyết thanh, giảm nồng độ ALT (alanine transaminase) huyết thanh và cải thiện tổn thương gan trên mô bệnh học. Nhờ đó, theo dõi tải lượng HBV DNA huyết thanh đã được ứng dụng rộng rãi trong theo dõi điều trị ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính (VGBMT). Bởi vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ enzym ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính” với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát tải lượng HBV –DNA và hoạt độ ALT huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính.

2. Bước đầu đánh giá mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ enzym ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 39 bệnh nhân viêm gan B mạn tính điều trị tại khoa Truyền nhiễm Bệnh viện Quân y 103 từ 03/2018 đến 04/2019.

* Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- HBsAg (+) > 6 tháng hoặc HBsAg (+) và antiHBc IgG (+).

- ALT/AST tăng liên tục hay từng đợt.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Đồng nhiễm vi rút viêm gan khác hoặc HIV. Bệnh nhân có tổn thương gan do nguyên nhân khác (rượu, thuốc, hóa chất, bệnh gan tự miễn...).

- Bệnh nhân xơ gan do vi rút B.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Toàn bộ bệnh án nghiên cứu được đăng ký theo một mẫu biểu thống nhất. Dữ liệu thu thập bao gồm các thông tin lâm sàng và kết quả xét nghiệm của bệnh nhân.

Dữ liệu lâm sàng

- Tất cả bệnh nhân vào viện sẽ được khai thác tiền sử, bệnh sử và khám lâm sàng để thu thập các thông tin sau:

+ **Tuổi:** Chia 2 nhóm dựa theo hướng dẫn của AASLD 2009: <40 tuổi và ≥40 tuổi. Trong mỗi nhóm, chúng tôi lại chia thành các nhóm nhỏ hơn: <30 tuổi, 30-<40 tuổi, 40-<50 tuổi, 50-<60 tuổi và ≥60 tuổi.

+ **Giới:** nam và nữ.

+ **Tiền sử:** có bằng chứng nhiễm HBV trên 6 tháng hoặc bị viêm gan do vi rút B trên 6 tháng.

+ **Yếu tố dịch tễ:** bản thân (truyền máu, phẫu thuật, thủ thuật, xăm hình, quan hệ tình dục không an toàn) và gia đình.

+ **Các triệu chứng lâm sàng:** mệt mỏi, chán ăn, đau hạ sườn phải, vàng mắt, vàng da, tiểu vàng đậm, gan to, sao mạch, cổ trướng...

Dữ liệu cận lâm sàng

- Các xét nghiệm vi sinh: HBsAg, HBeAg, antiHBe, định lượng HBV DNA.

- Xét nghiệm ALT huyết thanh và các xét nghiệm liên quan khác.

Số liệu nghiên cứu được phân tích thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 25.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm về giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Giới	n	%
Nam (%)	36	92,31
Nữ (%)	3	7,69
Tổng	39	100

Về đặc điểm giới tính, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam cao hơn nữ với tỷ lệ nam là 92,31% ở bệnh nhân VGBMT. Điều này phù hợp với nhận xét chung của nhiều tác giả về viêm gan B tại Việt Nam đều cho rằng nam thường mắc cao hơn nữ giới ở các bệnh nhân nhiễm HBV. Nghiên cứu của Ngô Việt Lộc (2012) ghi nhận tỷ lệ nam giới nhiễm HBV cao hơn có ý nghĩa so với nữ giới (21,4% so với 12,05%; $p < 0,05$) [5], của Nguyễn Đức Cường và Đỗ Quốc Tiệp (2017) thấy tỷ lệ HBsAg (+) ở nam giới là 15,99%, cao hơn có ý nghĩa so với nữ giới là 9,65% [2].

Bảng 2: Đặc điểm về tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Độ tuổi		n(%)	
< 40	<30	26 (66,67%)	7 (17,94%)
	30 – 39		19 (48,74%)
≥ 40	40 – 49	13 (33,33%)	5 (12,82%)
	50 – 59		4 (10,25%)
	≥ 60		4 (10,25%)
Mean ± SD		39,43 ± 12,58	
Min-Max		(21- 73)	

Về phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân VGBMT là 39,43 ± 12,58 tuổi, gặp nhiều ở nhóm tuổi 30-39 tuổi (48,74% số bệnh nhân). Đặc điểm này cũng tương tự kết quả của các nghiên cứu trong nước. Ở bệnh nhân VGBMT, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2015) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân VGBMT là 39,6 ± 13,9 tuổi, trong đó bệnh nhân <40 tuổi chiếm tỷ lệ 52,5% [3]. Nghiên cứu của Đinh Văn Huy (2012) nhận thấy bệnh nhân VGBMT có độ tuổi trung bình là 38,2 ± 10,9 tuổi, gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 31 - 40 (35,8%) [4], của Nguyễn Hữu Quyền (2015) thấy bệnh nhân VGBMT gặp chủ yếu ở hai nhóm tuổi 21-30 và 31-40 tuổi (33,3% và 30,4%) [7].

2. Tải lượng HBV-DNA và hoạt độ ALT huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính

Bảng 3: Hoạt độ enzym ALT và tải lượng HBV DNA ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

	n	Min	Max	Mean	SD
ALT (U/L)	39	55,4	2547	561,94	207,19
HBV DNA (copies/mL)	39	140	1,5.10 ⁹	1,2.10 ⁸	0,7.10 ⁸

Bảng 4: Ngưỡng phát hiện HBV DNA ở các bệnh nhân VGBMT

	Tải lượng HBV DNA		
	<300	≥ 300	Tổng
HBeAg(+)/anti HBe (+)	0	5	5
HBeAg(+)/anti HBe (-)	0	13	13
HBeAg(-)/anti HBe (+)	1	18	19
HBeAg(-)/anti HBe (-)	0	2	2

Trong nghiên cứu này, hoạt độ ALT huyết thanh trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 561,94 ± 207,19 U/L. Kết quả này cho thấy tình trạng enzym gan tăng rất cao và đang có tình trạng phá hủy tế bào gan mạnh. Bên cạnh đó, tải lượng HBV DNA trung bình là 1,2 x 10⁸ ± 0,7 x 10⁸ copies/mL (cao nhất là 1,5 x 10⁹ và thấp nhất là 140). Trong số 39 bệnh nhân được nghiên cứu thì chỉ có 1 bệnh nhân có tải lượng HBV DNA < 300 copies/mL còn lại tất cả bệnh nhân khác đều có tải lượng HBV DNA cao trên 300 copies/mL, biểu hiện tình trạng sao chép của vi rút đang diễn ra.

3. Môi tương quan giữa tải lượng HBV DNA với tuổi, giới và hoạt độ enzym ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính

Bảng 5: Môi liên quan giữa tải lượng HBV DNA với tuổi, giới và hoạt độ enzym ALT ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

	Tải lượng HBV DNA (Copies/mL)		p
	<300	≥ 300	
Nam (n=36)	1	35	>0,05
Nữ (n=3)	0	3	
Tuổi (n=39)	32	39,63 ± 12,69	<0,05
ALT(n=39)	150	572,78 ± 180,9	<0,05

Ở nhóm bệnh nhân có HBV DNA ≥ 300 cp/mL, tuổi trung bình và hoạt độ trung bình ALT đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có HBV DNA < 300 cp/mL. Điều này cũng phù hợp với diễn tiến tự nhiên của nhiễm HBV. Với nhóm bệnh nhân có HBV DNA ≥ 300 copies/mL, hoạt động sao chép của vi rút đang diễn ra, trong giai đoạn thải trừ miễn dịch có tổn thương phá hủy tế bào gan gây tăng enzym gan. Còn với nhóm bệnh nhân có tải lượng HBV DNA < 300 copies/mL, hoạt động sao chép của vi rút không diễn ra, tổn thương mô bệnh học gan và enzym gan giảm.

Bảng 6: Hoạt độ ALT huyết thanh theo kết quả HBV DNA huyết thanh ở bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm				p
	HBeAg(+)/ antiHBe (+)	HBeAg(+)/ antiHBe (-)	HBeAg(-)/ antiHBe (+)	HBeAg(-)/ antiHBe (-)	
n	I	II	III	IV	
Giới (Nam/ Nữ)	5/0	13/0	16/3	2/0	
Tuổi (min-max)	29,20 ± 5,16 (25-37)	35,76 ± 9,55 (22 - 60)	44,89 ± 14,07 (21- 73)	37,5 ± 0,7 (37-38)	p _{I,II} = 0,16 p_{I,III} = 0,02 p _{I,IV} = 0,08 p _{II,III} = 0,051 p _{II,IV} = 0,8 p _{III,IV} = 0,47
HBV DNA (X ± SD) (min-max)	3,6 x 10 ⁷ ± 0,7 x 10 ⁷	3,1 x 10 ⁸ ± 1,2 x 10 ⁸	2,9 x 10 ⁷ ± 0,4 x 10 ⁷	6,7 x 10 ⁶ ± 4,5 x 10 ⁶	p _{I,II} = 0,18 p _{I,III} = 0,76 p _{I,IV} = 0,62 p_{II,III} = 0,03 p _{II,IV} = 0,34 p _{III,IV} = 0,45
ALT	X ± SD (min-max) 1070,66 ± 920,70 (293,3 – 2547)	456,5 ± 274,78 (104,8 – 1640,81)	494,84 ± 273,86 (55,4 – 1851,15)	612,95 ± 465,34 (283,9 – 942)	p _{I,II} = 0,25 p _{I,III} = 0,28 p _{I,IV} = 0,58 p _{II,III} = 0,82 p _{II,IV} = 0,67 p _{III,IV} = 0,74
Tương quan giữa ALT và HBV DNA	r = -0,6 p = 0,28	r = -0,04 p = 0,87	r = 0,18 p = 0,43	r = -1 p = 0,31	r = -0,12, p = 0,46

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi của bệnh nhân VGVRBMT có HBeAg (+) nhìn chung thấp hơn độ tuổi của bệnh nhân có HBeAg (-). Trong đó độ tuổi của nhóm bệnh nhân có HBeAg (+)/antiHBe(-) thấp hơn độ tuổi của nhóm bệnh nhân có HbeAg(-) /antiHBe (+) có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Tải lượng HBV DNA cao nhất ở nhóm bệnh nhân HBeAg(+)/ antiHBe(-) (nhóm II) (3,1. 10⁸ ± 1,2.10⁸). Tải lượng HBV DNA ở nhóm bệnh nhân HBeAg(-)/ antiHBe(+) thấp hơn so với nhóm bệnh nhân HBeAg(+)/ antiHBe(-), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế. Nghiên cứu của Đình Văn Huy (2012) ghi nhận tải lượng HBV DNA huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhân VG BMT, HBeAg (+) (8,06 ± 0,85 log 10 copies/mL) cao hơn so với tải lượng HBV DNA huyết thanh trung bình (6,27 ± 1,26 log 10 copies/mL) ở nhóm bệnh nhân có HBeAg (-). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05 [4]. Tác giả Nguyễn Hữu Quyền (2015) nghiên cứu trên bệnh nhân VG BMT cũng ghi nhận tải lượng HBV DNA huyết thanh ở bệnh nhân có HBeAg (+) cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân có HBeAg (-) (8,7 ± 8,7

log 10 copies/mL so với 7,2 ± 7,5 log 10 copies/mL, p<0,05) [7]. Hoạt độ ALT thấp nhất ở nhóm bệnh nhân HBeAg(+)/ antiHBe(-), cao nhất ở nhóm bệnh nhân HBeAg(+)/ antiHBe(+)(1070,66 ± 920,7), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Chưa có mối tương quan có ý nghĩa thống kê nào giữa tải lượng HBV DNA huyết thanh với hoạt độ ALT huyết thanh ở các bệnh nhân VG BMT nói chung (r= -0,12; p= 0,46) cũng như từng nhóm bệnh nhân nói riêng. Nguyên nhân của hiện tượng không có sự tương quan giữa tải lượng HBV DNA huyết thanh với hoạt độ ALT huyết thanh ở bệnh nhân VG BMT nói chung có thể do cơ chế bệnh sinh của nhiễm HBV mạn tính, trong giai đoạn thanh thải miễn dịch (do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân trong đợt bùng phát của VG BMT), có sự ức chế một phần quá trình nhân lên của vi rút, tuy nhiên tế bào gan lại bị hủy hoại do có sự tham gia của cơ chế miễn dịch với sự tham gia của tế bào giết tự nhiên, CD4+ hay CD8+ hoạt hóa bài tiết interferon gama và TNF alpha làm giảm sự nhân lên của HBV và trực tiếp ly giải tế bào gan bị nhiễm HBV do đó làm tăng hoạt độ ALT.

V. KẾT LUẬN**1. Tải lượng HBV DNA và hoạt độ ALT huyết thanh ở bệnh nhân VGBMT**

- Tải lượng HBV DNA trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $1,2 \times 10^8 \pm 0,7 \times 10^7$ copies/mL (cao nhất là $1,5 \times 10^9$ copies/mL và thấp nhất là 140 copies/mL). Trong đó tải lượng HBV DNA ở những bệnh nhân có HBeAg(+)/AntiHBe(-) là $3,1 \times 10^8 \pm 1,2 \times 10^8$ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân HBeAg(-)/AntiHBe(+) là $2,9 \times 10^7 \pm 0,4 \times 10^7$ (với $p < 0,05$)

- Hoạt độ ALT huyết thanh trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là $561,94 \pm 207,19$ U/L. Khi so sánh hoạt độ ALT huyết thanh trung bình của hai nhóm bệnh nhân có HBV DNA ≥ 300 và < 300 copies/mL, chúng tôi nhận thấy rằng hoạt độ ALT ở nhóm bệnh nhân HBV DNA ≥ 300 copies/mL là $572,78 \pm 180,9$ U/L cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm bệnh nhân có HBV DNA < 300 copies/mL là 150 U/L.

2. Môi trường quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ ALT huyết thanh ở bệnh nhân VGBMT. Trong nghiên cứu bước đầu của chúng tôi, chưa có mối tương quan có ý nghĩa thống kê nào giữa giữa tải lượng HBV DNA huyết thanh với hoạt độ ALT huyết thanh ở các bệnh nhân VGBMT nói chung ($r = -0,12$; $p = 0,46$) cũng như từng nhóm bệnh nhân nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Tuấn Anh** (2012), "Nghiên cứu mối liên quan giữa tải lượng vi rút với một số biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm chức năng gan ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính", Y học thực hành. 843, 62-65.
- Nguyễn Đức Cường và Đỗ Quốc Tiệp** (2017), "Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B trong cộng đồng dân cư tỉnh Quảng Bình năm 2017", Tạp chí thông tin khoa học và công nghệ Quảng Bình. 4, 76-82.
- Nguyễn Văn Dũng** (2015), Đặc điểm dịch tễ, sinh học phân tử, lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố ảnh hưởng điều trị đến hiệu quả điều trị viêm gan vi rút B mạn bằng thuốc kháng vi rút, Luận án Tiến sĩ, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội.
- Đinh Văn Huy** (2012), Đánh giá kết quả điều trị của tenofovir trên bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
- Ngô Việt Lộc** (2012), Nghiên cứu tình hình nhiễm vi rút viêm gan B và đánh giá kết quả can thiệp cộng đồng tại một số xã, phường tỉnh Thừa Thiên Huế, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y - Dược Huế.
- Đỗ Thị Lệ Quyên** (2015), Đánh giá đáp ứng điều trị với Entecavir ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính hoạt động có HBeAg dương tính và âm tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
- Nguyễn Hữu Quyên** (2015), Nghiên cứu nồng độ HBsAg, tải lượng vi rút và hoạt độ ALT huyết thanh ở các thể lâm sàng nhiễm vi rút viêm
- World Health Organization (WHO)** (2012), Prevention and control of viral hepatitis infection: framework for global action., WHO, Geneva.

YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI SỰ TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Đào Văn Cường¹, Nguyễn Ngọc Tâm^{2,3},
Đặng Thị Xuân⁴, Nguyễn Trung Anh^{2,3}

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: sự tuân thủ điều trị quyết định sự thành công của việc điều trị bệnh tăng huyết áp. **Mục tiêu:** tìm hiểu một số yếu tố liên quan với tình trạng tuân thủ điều trị ở người bệnh tăng huyết áp ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám ngoại trú tuyến cơ sở. Các yếu tố liên quan được đánh giá bao gồm tuổi, giới, trình độ học vấn, số thuốc sử dụng, bệnh

mắc kèm. Mối liên quan với đạt huyết áp mục tiêu được đánh giá. **Kết quả:** Các nhóm tuổi trên có sự đồng đều về tuân thủ thuốc: nhóm tuổi từ 40-60 tuổi là 72,6%, nhóm tuổi 61-75 tuổi là 71,3%, nhóm tuổi ≥ 75 tuổi là 69,2%. Tuân thủ tốt ở nhóm điều trị THA đơn độc là 71,4%, tuân thủ tốt ở nhóm mắc kèm thêm 01 bệnh là 72,5%, tuân thủ tốt ở nhóm mắc kèm thêm 02 bệnh là 66,7%. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ tốt đạt mục tiêu huyết áp là 53,5%, tuân thủ tốt không đạt mục tiêu 18,1%. **Kết luận:** Một số yếu tố liên quan tới sự tuân thủ thuốc là số thuốc huyết áp phải sử dụng, số bệnh mắc kèm theo. Tuân thủ thuốc tốt liên quan tới đạt mục tiêu điều trị tốt hơn.

Từ khóa: tăng huyết áp, tuân thủ, yếu tố liên quan.

SUMMARY

RELATED FACTORS WITH MEDICATION ADHERENCE OF HYPERTENSIVE OUTPATIENTS

Background: The medication adherence decide the effect on hypertensive treatment. **Objectives:** To

¹Trung tâm Y tế - Môi trường lao động Công thương

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trung tâm Chống độc - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Anh

Email: trunganhvlk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2021

Ngày duyệt bài: 12.3.2021