



NGUYÊN NHÂN BỎ TRỊ, ĐẶC ĐIỂM BÙNG PHÁT VI RÚT VÀ KẾT QUẢ SAU ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN BỎ TRỊ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG (2018 - 2023)

Trần Văn Giang¹, Nguyễn Văn Duyệt¹

Mục tiêu: Mô tả nguyên nhân bỏ trị, đặc điểm bùng phát vi rút và kết quả sau điều trị của bệnh nhân viêm gan B sau bỏ trị.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 336 bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính đã uống thuốc Nucleos(t)ide analogue (NA), bệnh nhân không tuân thủ hướng dẫn điều trị, ngừng thuốc NA.

Kết quả và kết luận: Thuốc kháng vi rút đã dùng trước khi bỏ trị: 54,2% là TDF, 14,9% là ETV, 4,5% là TAF, không rõ là 26,1%. Thời gian điều trị trung vị là 24 tháng. Nguyên nhân ngừng thuốc là: Chức năng gan tốt lên 7,1%, có thai 1,2%, không mua được thuốc do COVID-19 là 3%, không hiểu về liệu trình điều trị là 21,7%, dùng thuốc nam 1,2%, không khai thác được nguyên nhân là 64,9%. Bệnh nhân dùng thuốc trên 12 tháng chiếm 32,8%. Tải lượng vi rút HBV DNA tăng trên 10^6 copies/ml ở bệnh nhân dùng < 6 tháng chiếm 55,2%, ở bệnh nhân dùng trên 12 tháng chiếm 32,2%, ở bệnh nhân dùng từ 6 - 12 tháng chiếm 12,6%. Điều trị: Số bệnh nhân được lọc huyết tương là 11 bệnh nhân (3,3%), diễn biến điều trị nặng lên chiếm 3,6%.

Từ khóa: Viêm gan B, bỏ trị, kháng vi rút.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B (HBV) đang là một thách thức lớn trong lĩnh vực y tế toàn cầu, đặc biệt là tại những khu vực có tỷ lệ lây nhiễm cao. Mặc dù đã có những bước tiến lớn trong việc phát triển phương pháp điều trị hiệu quả, nhưng vẫn còn những bệnh nhân quyết định bỏ trị, đặt ra những thách thức đáng kể trong quản lý và kiểm soát dịch bệnh.

Dù có sẵn nhiều lựa chọn điều trị chống viêm gan B, một số người bệnh vẫn chọn bỏ trị mà không tuân thủ đầy đủ^{1,2,3}. Những quyết định này có thể phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm mặt địa lý, văn hóa, kinh tế, kiến thức về bệnh. Việc hiểu rõ hơn về nguyên nhân này sẽ giúp tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống của những người bị ảnh hưởng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Nguyên nhân bỏ trị, đặc điểm bùng phát vi rút và kết quả sau điều trị của bệnh nhân viêm gan B sau bỏ trị”

⁽¹⁾ Trường Đại học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 03/01/2024

Ngày phản biện xong: 15/01/2024

Người chịu trách nhiệm nội dung khoa học: Trần Văn Giang

Điện thoại: 0912832279. Email: giangminh08@gmail.com

nằm mục tiêu: Mô tả nguyên nhân bỏ trị, đặc điểm bùng phát vi rút và kết quả sau điều trị của bệnh nhân viêm gan B sau bỏ trị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 336 bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính đã uống thuốc Nucleos(t)ide analogue (NA), bệnh nhân không tuân thủ hướng dẫn điều trị, ngừng thuốc NA.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn được theo dõi, điều trị tự ngừng thuốc NA.
- Bệnh nhân đến khám hoặc điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tổn thương gan đã được xác định do nghiện rượu. Bệnh nhân hồi cứu có hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ.

Công cụ thu thập số liệu: Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mục tiêu và biến số nghiên cứu.

Cách thức thu thập thông tin: Thông tin bệnh nhân được thu thập theo một mẫu bệnh án.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ năm 2018 - 2023.

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

KẾT QUẢ

Chúng tôi đã thu thập được 336 người bệnh (261 người bệnh hồi cứu và 75 người bệnh tiến cứu) từ năm 2018 - 2023 đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu và có các kết quả nghiên cứu như sau:

Thuốc kháng vi rút đã từng điều trị

Bảng 1. Thuốc kháng vi rút đã từng điều trị (n = 336)

Thuốc kháng vi rút virus đã dùng	n	%
TDF	182	54,2
ETV	50	14,9
TAF	15	4,5
TDF và ETV	1	0,3
Không rõ	88	26,1
Tổng	336	100

Nhận xét: Nhóm thuốc kháng vi rút người bệnh hay sử dụng là TDF, bên cạnh đó vẫn có khoảng 26,1 % người bệnh chưa thu thập được loại thuốc kháng vi rút đã sử dụng.

Thời gian điều trị thuốc kháng vi rút

Bảng 2. Thời gian điều trị thuốc kháng vi rút (n = 309)

Thời gian điều trị thuốc kháng vi rút	Min	Max	Median	Mode
	1	156	24	24

Nhận xét: Thời gian điều trị thuốc kháng vi rút của người bệnh nhiều nhất là 156 tháng, trong đó thời gian sử dụng thuốc kháng vi rút thường gặp nhất của người bệnh là 24 tháng.

Phân bố nguyên nhân và thời gian người bệnh ngừng thuốc

Bảng 3. Phân bố nguyên nhân và thời gian người bệnh ngừng thuốc

Nguyên nhân ngừng thuốc (n = 336)	n	%
BN thấy chức năng gan tốt	24	7,1
Bn có thai	4	1,2
BN không mua được thuốc do COVID-19	10	3,0
BN không đủ điều kiện kinh tế	3	0,9
BN không hiểu về liệu trình điều trị	73	21,7
BN dùng sang thuốc nam	4	1,2
Không khai thác được nguyên nhân	218	64,9
Phân loại thời gian ngừng thuốc (n = 314)	n	%
< 1 tháng	8	2,5
1 tháng - < 3 tháng	95	30,3
3 tháng - < 6 tháng	70	22,3
6 tháng - < 12 tháng	38	12,1
> 12 tháng	103	32,8

Nhận xét: Trong nhóm nguyên nhân ngừng thuốc thì khoảng 64,9% chưa khai thác được nguyên nhân. Nhóm khai thác được nguyên nhân thì người bệnh ngừng thuốc do không hiểu về liệu trình điều trị chiếm 21,7%. Bệnh nhân thấy chức năng gan tốt 7,1% hoặc bệnh nhân do dịch COVID-19 không mua được thuốc 3,0%.

Thời gian người bệnh ngừng thuốc cho đến khi bùng phát ở nhóm người bệnh nghiên cứu hay gặp ở nhóm 1 - <3 tháng (30,3%), 3 - 6 tháng (22,3%), và > 12 tháng (32,8%).



Liên quan giữa thời gian ngừng thuốc và tải lượng vi rút

Bảng 4. Liên quan giữa thời gian ngừng thuốc và tải lượng vi rút

Thời gian ngừng thuốc	< 6 tháng	6 tháng - < 12 tháng	≥ 12 tháng	Tổng
HBVDNA < 10 ⁴	23 (63,9%)	2 (5,6%)	11 (30,6%)	36 (100%)
10 ⁴ ≤ HBVDNA < 10 ⁶	29 (60,4%)	5 (10,4%)	14 (29,2%)	48 (100%)
HBVDNA ≥ 10 ⁶	80 (51,6%)	23 (14,8%)	52 (33,5%)	155 (100%)
Tổng	132 (55,2%)	30 (12,6%)	77 (32,2%)	239 (100%)
p (Chi-Square Tests)	0,468			

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có HBV DNA tăng cao thường gặp ở nhóm dừng thuốc dưới 6 tháng so với các nhóm người bệnh dừng thuốc từ 6 - 12 tháng và trên 12 tháng, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

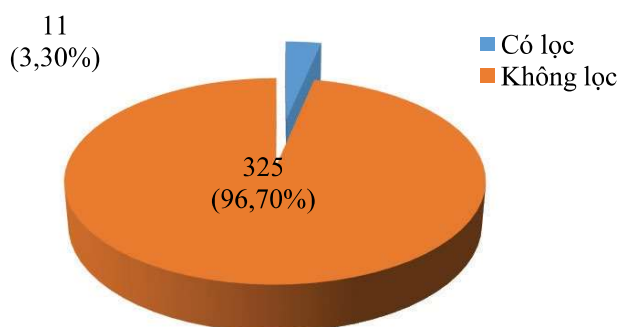
Liên quan giữa can thiệp lọc thay thế huyết tương và diễn biến điều trị của người bệnh

Bảng 5. Liên quan giữa can thiệp lọc thay thế huyết tương và diễn biến điều trị của người bệnh

Kết quả điều trị	Có lọc huyết tương	Không lọc huyết tương	Tổng	p (Fisher's Exact Test)
Đỡ	5 (45,5 %)	274 (84,3%)	279 (83%)	0,0001
Nặng hơn	5 (45,5%)	7 (2,2%)	12 (3,6%)	
Không thay đổi	1 (9,0%)	44 (13,5%)	45 (13,4%)	
Tổng	11 (100%)	325 (100%)	336 (100%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt về kết quả điều trị ở nhóm người bệnh có lọc huyết tương và nhóm người bệnh không lọc huyết tương.

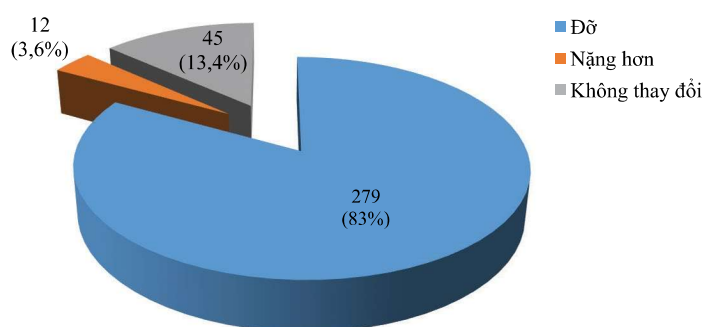
Can thiệp lọc thay thế huyết tương của người bệnh



Biểu đồ 1. Can thiệp lọc thay thế huyết tương của người bệnh

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có can thiệp lọc thay thế huyết tương trong nghiên cứu là 3,3%.

Diễn biến điều trị của người bệnh



Biểu đồ 2. Diễn biến điều trị của người bệnh

Nhận xét: Diễn biến điều trị đỡ trong nghiên cứu là 83,0%, tỷ lệ không thay đổi là 13,4%, tỷ lệ nặng hơn là 3,6%.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người bệnh nam trong nghiên cứu nhiều hơn nhóm người bệnh nữ, nam chiếm 244 (72,6%), nữ 92 (27,4%), tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $46,77 \pm 13,82$ tuổi.

Nhóm thuốc kháng vi rút người bệnh hay sử dụng là TDF (54,2%), ETV (14,9%), TAF (4,5%), bên cạnh đó vẫn có khoảng 26,1% người bệnh chưa thu thập được loại thuốc kháng vi rút đã sử dụng. So với nghiên cứu của nhóm tác giả Hirode và cộng sự thì hầu hết người bệnh được điều trị bằng entecavir (ETV 63,2%) hoặc tenofovir disoproxil fumarat (TDF 27,1%) trước khi ngừng thuốc. Về tái phát vi rút, kết quả của Hirode và cộng sự có người bệnh được điều trị bằng TDF có tỷ lệ tái phát sớm hơn và cao hơn so với người bệnh được điều trị bằng ETV². So với nghiên cứu của nhóm tác giả Hirode và cộng sự thì đó là nghiên cứu thuần tập, khi người bệnh đủ tiêu chuẩn ngừng thuốc thì theo dõi các diễn biến sau khi ngừng thuốc về lâm sàng và xét nghiệm. Còn nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có thể chưa đạt được các tiêu chuẩn ngừng thuốc, hoặc vì các lý do dịch bệnh COVID-19 nên không mua được thuốc, hoặc các lý do chủ quan và khách quan nên không duy trì thuốc NA nên người bệnh dễ bị bùng phát khi ngưng thuốc.

Điều trị lâu dài bằng các chất tương tự nucleos(t)ide (NA) là phương pháp điều trị đầu tiên hiện nay dành cho người bệnh viêm gan B mạn tính (CHB), được khuyến nghị trong hầu hết các hướng dẫn hiện nay. NA ngăn ngừa sự tiến triển của bệnh, ngăn ngừa suy gan, giảm nguy cơ ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) và có đặc điểm an toàn thuận lợi. Tuy nhiên, tỷ lệ khỏi bệnh chức năng (mất kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HBsAg), được coi là kết điểm điều trị tối ưu) khi điều trị thấp khiến nhiều người bệnh ngừng điều trị NA hoặc phải điều trị suốt đời. Các khuyến nghị về kết điểm điều trị cho phép ngừng điều trị NA một cách an toàn khác nhau giữa các hướng dẫn quốc tế³. Trong khi ở những người bệnh có HBsAg dương tính, chuyển đổi huyết thanh HBsAg với ít nhất một năm điều trị cũng có là tiêu chí điều trị cuối cùng có thể chấp nhận được thì các khuyến nghị đối với những người bệnh có HBsAg âm tính lại khác nhau. Một số hướng dẫn đề xuất HBV DNA không bị phát hiện trong vòng ≥ 3 năm để ngừng NA trong khi những hướng dẫn khác coi mất HBsAg là điểm cuối

duy nhất được chấp nhận. Việc dừng NA có thể dẫn đến tỷ lệ tái phát vi rút đáng kể và hậu quả là bùng phát ALT trong một số trường hợp. Hơn nữa, cho đến nay, chưa có các yếu tố dự đoán đáng tin cậy nào về tái phát sau khi ngừng NA được xác định⁴.

Trong nhóm nguyên nhân ngừng thuốc thì khoảng 64,9% người bệnh chưa khai thác được nguyên nhân, có một số người bệnh ngừng thuốc do thấy chức năng gan tốt hoặc do dịch COVID-19 không mua được thuốc, hoặc không hiểu về liệu trình điều trị. Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới hiện có hai cơ sở, người bệnh khi đến khám hoặc nhập viện có thể có nhiều mức độ lâm sàng khác nhau, có thể được điều trị theo đơn ngoại trú hoặc nằm ở nhiều khoa lâm sàng khác nhau, do vậy có thể có những người bệnh đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu mà quá trình sàng lọc, thu tuyển có thể bị muộn. Các bác sĩ khi tiếp nhận bệnh nhân có những bệnh án bác sĩ không hỏi hoặc không ghi lý do ngừng thuốc cụ thể của bệnh nhân, và có nhiều bệnh án hồi cứu nên phần khai thác lý do cụ thể của việc ngừng thuốc chưa được rõ ở nhiều bệnh nhân. Một số người bệnh chưa hiểu được liệu trình điều trị thuốc NA khá dài và phải tuân thủ tái khám. Trong nghiên cứu cũng có những người bệnh điều trị thuốc NA khá dài, hơn 10 năm, có những người bệnh khi không phát hiện vi rút nhiều lần, người bệnh tưởng đã khỏi bệnh nên không duy trì tái khám theo hẹn nên xảy ra bùng phát. Một số người bệnh thì khi phát hiện những bệnh kèm theo khác như u phổi, u vú, hoặc bệnh lý khác, người bệnh sợ khi dùng cùng thuốc điều trị thì ảnh hưởng nên đã tự ý ngừng thuốc. Một số người bệnh khi có tình trạng tổn thương gan được các bác sĩ kê đơn thuốc thì chưa hiểu về liệu trình, người bệnh nghĩ rằng uống hết đơn thuốc bác sĩ cho là khỏi nên không khám lại nên có những người bệnh ngừng thuốc sau 1 tháng điều trị. Các bác sĩ cũng có thể do giới hạn về thời gian được kê đơn nên chỉ có thể kê đơn được 1 tháng - 3 tháng, có những giai đoạn các bác sĩ chỉ được kê đơn thuốc 1 tháng theo hướng dẫn kê đơn của Bộ Y tế nên khi hết thuốc người bệnh cần đi khám lại để lấy đơn mua thuốc mới. Với những người bệnh có điều kiện về thời gian, kinh tế thì việc tái khám để lấy thuốc dễ dàng hơn. Nhưng cũng có những người bệnh ở vùng xa, miền núi, đường sá khó khăn, hoặc do ảnh hưởng của thời tiết, thiên tai nên việc đi tái khám khá dày khi chức năng gan của người bệnh đã cải thiện hoặc ổn định cũng là một rào cản để người bệnh tuân thủ thuốc. Một trong những khó khăn của



người bệnh ở trong giai đoạn này là ảnh hưởng của dịch COVID-19, do các chính sách chống dịch được áp dụng như cách ly, phong tỏa, khoanh vùng, dập dịch. Các giai đoạn giãn cách xã hội được thực hiện ở giai đoạn dịch COVID-19 đang bùng phát, cách ly nhà với nhà, mọi người được yêu cầu ở trong nhà, cách ly với mọi người xung quanh để giảm lây nhiễm nên người bệnh không thể tiếp cận được thuốc. Sau giai đoạn thực hiện giãn cách xã hội thì vấn đề việc làm, thu nhập của nhiều người bệnh bị ảnh hưởng nên chi phí khám bệnh và thuốc điều trị cũng là một vấn đề khó khăn của người bệnh.

Nhược điểm của phác đồ NA là điều trị kéo dài nên một số người bệnh không tuân thủ điều trị do phải mất thời gian đi lại để thăm khám và mua thuốc uống. Các bệnh viện thường khám chữa bệnh trong ngày hành chính nên nếu người bệnh đi tái khám thì có thể phải xin nghỉ làm. Hoặc do đường sá xa xôi, không thuận tiện cho người bệnh đi lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh trên 60 tuổi là 18,5%, những người bệnh này có thể gặp khó khăn do sức khỏe suy yếu, do không có thu nhập nên khi đi tái khám có thể cần sự hỗ trợ của người nhà người bệnh. Bên cạnh đó, thuốc NA khi điều trị kéo dài cũng là một gánh nặng về chi phí điều trị đối với người bệnh, nhất là những người bệnh ở vùng nông thôn, miền núi không có bảo hiểm y tế hoặc mức chi phí điều trị cao so với thu nhập của người bệnh cũng có thể dẫn đến nguyên nhân người bệnh không tuân thủ điều trị. Trong nghiên cứu của Lê Thị Lan về các yếu tố liên quan đến suy gan cấp ở người bệnh xơ gan mất bù do viêm gan vi rút B tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương năm 2021, trong 124 người bệnh được tuyển vào nghiên cứu thì có 35 người bệnh chiếm 28,2% bỏ thuốc⁵. Do nhận thức của người dân về bệnh còn hạn chế, việc điều trị viêm gan B phải tuân thủ kéo dài trong nhiều năm, tái khám định kỳ gây tốn kém và có thể do lo ngại tác dụng không mong muốn của thuốc NA mà nhiều người đã tự ý bỏ thuốc dẫn đến bùng phát, khi nhập viện thì bệnh đã ở giai đoạn rất nặng. Vì vậy, cần có các chính sách truyền thông và hỗ trợ người bệnh được tiếp cận điều trị sớm, điều trị đúng để giảm thiểu tác hại của bệnh. Như nghiên cứu ước tính và dự báo gánh nặng bệnh tật và phân tích kinh tế đối với bệnh viêm gan B ở Việt Nam chỉ ra rằng: Mở rộng quy mô phòng ngừa, xét nghiệm và điều trị HBV có thể ngăn chặn 75.000 ca nhiễm mới, 32.500 HCC và cứu sống 225.230 người, 2,88 triệu DALYs⁶.

Kết quả điều trị đỡ trong nghiên cứu là 83,0%, tỷ lệ không thay đổi là 13,4%, tỷ lệ nặng hơn là 3,6%. Không có sự khác biệt về diễn biến điều trị ở nhóm dùng thuốc dưới 6 tháng, từ 6 tháng - 12 tháng và nhóm trên 12 tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 02 người bệnh được hỗ trợ ghép gan do chức năng gan không hồi phục, 01 người bệnh xuất hiện nhiễm trùng sau khi ghép 10 ngày, sau đó đã tử vong, 01 người bệnh diễn biến lâm sàng tốt.

So sánh với nhóm nghiên cứu của Hirode và cộng sự, tỷ lệ mắc bệnh gan mất bù và ung thư biểu mô tế bào gan lần lượt là 0,48 trên 1000 người/năm và 0,29 trên 1000 người/năm. Tử vong xảy ra ở 7/19 người bệnh gan mất bù và 2/14 người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan. Có 14 người bệnh phát triển HCC ít nhất 6 tháng sau khi ngừng NA 4/184 (2,2%) người bệnh bị xơ gan so với 10/1368 (0,7%) người bệnh không bị xơ gan. Tử vong xảy ra ở 2 (14,3%) trong số 14 người bệnh bị HCC, trong đó 1 người chết sau khi bắt đầu điều trị lại. Có 19 người bệnh bị mất bù gan sau khi ngừng NA 8/184 (4,3%) người bệnh bị xơ gan so với 11/1368 (0,8%) người bệnh không bị xơ gan. Không có biến cố mất bù nào xảy ra sau 48 tháng theo dõi. Trong số những người bệnh bị gan mất bù, 1/19 (5,3%) mất HBsAg sau đó và 16/19 (84,2%) bắt đầu điều trị lại. Tử vong xảy ra ở 7 (36,8%) trong số 19 người bệnh mất bù, trong đó 6 người bệnh tử vong sau khi bắt đầu điều trị lại. Có 4/7 (57,1%), tử vong được báo cáo là có liên quan đến đợt bùng phát liên quan đến viêm gan B².

Trong nghiên cứu, có 11 người bệnh có can thiệp lọc thay thế huyết tương, chiếm tỷ lệ là 3,3%. Có sự khác biệt về diễn biến điều trị ở nhóm người bệnh có lọc huyết tương và nhóm người bệnh không lọc huyết tương. Như vậy, biện pháp lọc thay thế huyết tương có thể giúp các bác sĩ lâm sàng cải thiện tiên lượng của người bệnh. Trong nghiên cứu của Dương Văn Thanh, hiệu quả điều trị lọc thay thế huyết tương có làm giảm nồng độ bilirubin, AST, ALT trong huyết thanh của người bệnh. Tuy nhiên, liệu pháp thay thế huyết tương chỉ giúp làm giảm bilirubin tạm thời không giải quyết được nguyên nhân tăng bilirubin, nồng độ bilirubin toàn phần tăng lên nhanh chóng sau thay huyết tương có ý nghĩa thống kê⁷. Như vậy, biện pháp lọc thay thế huyết tương giúp giải quyết tạm thời tình trạng người bệnh. Biện pháp lọc thay thế huyết tương không giải quyết nguyên nhân gây ra tổn

thương gan mà chỉ hỗ trợ chức năng. Do vậy, các bác sĩ cần đánh giá nguyên nhân và điều trị để tiên lượng người bệnh được cải thiện.

KẾT LUẬN

- Thuốc kháng vi rút đã dùng trước khi bỏ trị: 54,2% là TDF, 14,9% là ETV, 4,5% là TAF, không rõ là 26,1%. Thời gian điều trị trung vị là 24 tháng.

- Nguyên nhân ngừng thuốc là: Chức năng gan tốt lên 7,1%, có thai 1,2%, không mua được thuốc do COVID-19 là 3%, không hiểu về liệu trình điều trị

là 21,7%, dùng thuốc nam là 1,2%, không khai thác được nguyên nhân là 64,9%. Bệnh nhân dùng thuốc trên 12 tháng chiếm 32,8%.

- Tải lượng vi rút HBV DNA tăng trên 10^6 copies/ml ở bệnh nhân dùng < 6 tháng chiếm 55,2%, ở bệnh nhân dùng trên 12 tháng chiếm 32,2%, ở bệnh nhân dùng từ 6 -12 tháng chiếm 12,6%.

- Kết quả điều trị: Số bệnh nhân được lọc huyết tương là 11 bệnh nhân (3,3%), diễn biến điều trị nặng lên chiếm 3,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút B. Quyết định số 3310/QĐ-BYT, ký ngày 29 tháng 07 năm 2019.
2. Hirode G, Choi HSJ, Chen CH, et al. (2022). Off-Therapy Response After Nucleos(t)ide Analogue Withdrawal in Patients With Chronic Hepatitis B: An International, Multicenter, Multiethnic Cohort (RETRACT-B Study). *Gastroenterology*. 2022;162(3):757-771.e4. doi:10.1053/j.gastro.2021.11.002.
3. AASLD. (2022). Treatment of Chronic Hepatitis B Guideline Summary. Guideline Central. Accessed July 2, 2022. <https://www.guidelinecentral.com/guideline/10618>.
4. Tout I, Lampertico P, Berg T, Asselah T. (2021). Perspectives on stopping nucleos(t)ide analogues therapy in patients with chronic hepatitis B. *Antiviral Res*. 2021;185:104992. doi:10.1016/j.antiviral.2020.104992.
5. Lê Thị Lan. (2021). Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến suy gan cấp ở bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan vi rút B tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Van Thi Thuy Nguyen, Tran Dai, et al. (2018). "Estimates and projection of disease burden and economic analysis for hepatitis B in Viet Nam." *Journal of Viral Hepatitis*.
7. Dương Văn Thanh. (2014). Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh viêm gan vi rút B thể ứ mật bằng kỹ thuật thay huyết tương tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương từ năm 2009 đến 2014. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2. Trường Đại học Y Hà Nội.



CAUSES FOR ABANDONING TREATMENT, CHARACTERISTICS OF VIRUS OUTBREAKS AND POST-TREATMENT OUTCOMES OF HEPATITIS B PATIENTS AFTER TREATMENT WITHDRAWAL AT THE NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES (2018 - 2023)

Objectives: Describe the causes of treatment withdrawal, characteristics of viral outbreaks and post-treatment outcomes of hepatitis B patients after treatment withdrawal.

Subjects and methods: Retrospective and prospective descriptive study on 336 patients with chronic hepatitis B who took Nucleos(t)ide analogue (NA). The patient did not comply with treatment instructions and stopped NA medicine.

Results and conclusions: Antiviral drugs used before stopping treatment: 54.2% were TDF, 14.9% were ETV, 4.5% were TAF, 26.1% were unknown. Median duration of treatment was 24 months.

Reasons for discontinuing medication are: 7.1% improved liver function, 1.2% pregnancy, 3% not being able to buy medication due to COVID-19, 21.7% not understanding the treatment course, taking medication 1.2% of traditional medicines, 64.9% of reasons cannot be exploited. Patients who stopped taking medication for more than 12 months accounted for 32.8%.

HBV DNA viral load increased above 10^6 copies/ml in patients who stopped for <6 months accounted for 55.2%, in patients who stopped for more than 12 months accounted for 32.2%, in patients who stopped for 6 - 12 months accounted for 55.2%. 12.6%.

Treatment: The number of patients receiving plasma exchange was 11 (3.3%), treatment worsened in 3.6%.

Key words: Hepatitis B, treatment abandonment, antiviral.