

**SỞ Y TẾ BẮC NINH**  
**TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT BẮC NINH**

**NGUYỄN THỊ NGỌC**

**THỰC TRẠNG ĐỒNG NHIỄM HBV, HCV VÀ MỘT  
SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐANG  
ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT  
BỆNH TẬT BẮC NINH NĂM 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**BẮC NINH - 2026**

**SỞ Y TẾ BẮC NINH  
TRUNG TÂM KIỂM SOÁT BỆNH TẬT BẮC NINH**

**THỰC TRẠNG ĐỒNG NHIỄM HBV, HCV VÀ MỘT  
SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐANG  
ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS TẠI TRUNG TÂM KIỂM SOÁT  
BỆNH TẬT BẮC NINH NĂM 2026**

**ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ**

**Người thực hiện: Nguyễn Thị Ngọc**

**Cộng sự: Mạc Thị Thu Hằng**

**BẮC NINH – 2026**

## MỤC LỤC

STT	Nội dung	Trang
	<b>Đặt vấn đề</b>	1
	<b>Chương 1: Tổng quan tài liệu</b>	4
1.1	Một số khái niệm cơ bản	4
1.2	Đặc điểm của bệnh nhân nhiễm HIV, HBV, HCV	9
1.3	Tình hình nhiễm HIV, HBV, HCV	12
1.4	Một số yếu tố liên quan đồng nhiễm HIV, HBV, HCV	16
1.5	Khung lý thuyết	20
1.6	Giới thiệu địa bàn nghiên cứu	21
	<b>Chương 2: Đối tượng, phương pháp nghiên cứu</b>	22
2.1	Đối tượng nghiên cứu	22
2.2	Thời gian và địa điểm nghiên cứu	22
2.3	Phương pháp nghiên cứu	22
2.4	Biến số nghiên cứu	23
2.5	Tiêu chuẩn đánh giá	26
2.6	Phương pháp phân tích số liệu	27
2.7	Vấn đề đạo đức nghiên cứu	27
	<b>Chương 3: Dự kiến kết quả nghiên cứu</b>	28
3.1	Thông tin chung	28
3.2	Xác định tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026. Phân tích một số yếu tố liên quan đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.	28
3.3	nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.	29
	<b>Dự kiến bàn luận</b>	35
	<b>Dự kiến kết luận</b>	36
	<b>Dự kiến khuyến nghị</b>	37

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
ADN	Acid Deoxyribonucleic	
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrom	Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải
AFP	Alpha- fetoprotein	
ARN	Acid Ribonucleic	
ARV	Antiretroviral	Thuốc điều trị kháng vi rút
BCS		Bao cao su
BHYT	Bảo hiểm y tế	
BYT	Bộ Y tế	
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	Trung tâm kiểm soát bệnh tật
CSYT	Cơ sở y tế	
DAA	Direct Acting Antivirals	Nhóm thuốc kháng vi rút tác động trực tiếp
ĐTNC		Đối tượng nguy cơ
HBV	Hepatitis B virus	Vi rút viêm gan B
HCV	Hepatitis C virus	Vi rút viêm gan C
HIV	Human Immuno- Deficiency virus	Vi rút gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
MSM	Men who have sex with men or males who have sex with males	Nam quan hệ tình dục đồng giới hoặc nam quan hệ tình dục đồng giới
NCMT		Nghiện chích ma túy
NĐ-CP		Nghị định- Chính phủ
OPC	Outpatient Pharmacotherapy Clinic	Phòng khám điều trị ngoại trú
PEP	Post- Exposure prophylaxis	Dự phòng sau phơi nhiễm

PHCR	Public health response to cluster	Đáp ứng y tế công cộng với chùm ca nhiễm
PNBD		Phụ nữ bán dâm
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis	Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm
PXN		Phòng xét nghiệm
QĐ		Quyết định
QHTD		Quan hệ tình dục
VGVR		Viêm gan vi rút
VSDTU		Vệ sinh dịch tễ Trung ương
TCMT		Tiêm chích ma túy
TTKSBT		Trung tâm kiểm soát bệnh tật
TTYT	Trung tâm Y tế	
WHO	World Health Organization	Tổ chức y tế thế giới

**DANH MỤC HÌNH ẢNH**

Hình 1.1: Sự nhân lên của vi rút HIV-1.....4  
Hình 1.2: Hình thái vi rút viêm gan B.....5  
Hình 1.3: Cấu trúc hạt vi rút viêm gan C.....5

**DANH MỤC CÁC BẢNG**

Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu.....	23
Bảng 3.1. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HIV với một số yếu tố cá nhân...29	
Bảng 3.2. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HCV/HIV với một số yếu tố cá nhân...30	
Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HCV/HIV với một số yếu tố cá nhân.....	31
Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HIV với một số yếu tố hành vi...32	
Bảng 3.5. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HCV/HIV với một số yếu tố hành vi....33	
Bảng 3.6. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HCV/HIV với một số yếu tố hành vi.....	33
Bảng 3.7. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HIV với tiêm phòng vắc xin viêm gan B.....	34

**DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ đồng nhiễm HBV/HCV/HIV tại TTKSBT Bắc Ninh năm 2026.....	28
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đồng nhiễm HBV/HCV/HIV ở các nhóm đối tượng nguy cơ cao.....	28

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm HIV, viêm gan B (HBV), viêm gan C (HCV) là ba bệnh truyền nhiễm của con người. Bệnh gan mãn tính là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở những người nhiễm HIV trên toàn thế giới [28].

Trên thế giới, khoảng 1% số người nhiễm HBV (2,7 triệu người) cũng nhiễm HIV. Ngược lại, tỷ lệ nhiễm HBV ở người nhiễm HIV trên toàn cầu là 7,4%. Từ năm 2015, WHO đã khuyến nghị điều trị cho tất cả những người được chẩn đoán nhiễm HIV, bất kể giai đoạn bệnh [27]. Nhiễm vi rút viêm gan C xảy ra ở tất cả các khu vực của WHO. Gánh nặng bệnh tật cao nhất là ở khu vực Đông Địa Trung Hải với 12 triệu người bị nhiễm bệnh mãn tính. Khoảng 2,3 triệu người trong số 39 triệu người nhiễm HIV trên toàn cầu có bằng chứng huyết thanh học về việc đã từng hoặc đang nhiễm HCV [28].

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và vi rút viêm gan C cao trên toàn cầu và đứng thứ năm trong số 10 quốc gia có tỷ lệ bị ung thư gan cao nhất thế giới. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C mạn tính trên toàn bộ dân số là 1%, trên người nhiễm HIV khoảng 34,4% (dao động từ 26%- 44%) , theo kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật do vi rút viêm gan B và C được Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới thực hiện năm 2017, ước tính có khoảng 7,8 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B mãn tính và khoảng gần 1 triệu người nhiễm vi rút viêm gan C mãn tính. Trong số này có khoảng 86.000 người nhiễm HIV có đồng nhiễm viêm gan vi rút C. Đây là nguyên nhân dẫn đến khoảng 80.000 trường hợp xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan và khoảng 40.000 trường hợp tử vong hàng năm và có xu hướng tiếp tục gia tăng [6].

Nhận thức được các tác động của bệnh viêm gan vi rút đối với tình trạng sức khỏe của người nhiễm HIV cũng như xác định việc mắc các bệnh viêm gan vi rút B, C là vấn đề sức khỏe cộng đồng, ngày 14/8/2020, Thủ tướng Chính phủ ban hành Quyết định số 1246/QĐ-TTg phê duyệt Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch bệnh

AIDS vào năm 2030. Theo đó, Chiến lược quốc gia đề ra mục tiêu tỷ lệ người bệnh đồng nhiễm HIV/viêm gan vi rút C được điều trị đồng thời ARV và viêm gan đạt 50% trở lên vào năm 2025 và 75% trở lên vào năm 2030 [18].

Tại tỉnh Bắc Ninh, hoạt động chăm sóc, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS tiếp tục được duy trì triển khai với đa dạng dịch vụ như: dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện; dịch vụ chăm sóc, điều trị nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV). Lũy tích người nhiễm HIV đến 30/11/2025 là 6197 trường hợp, lũy tích số tử vong là 2568 người. Số người nhiễm HIV còn sống quản lý trên địa bàn là 2747 người. Tỷ lệ nhiễm HIV tại cộng đồng là 0,08%. Công tác điều trị HIV/AIDS của 10 cơ sở điều trị HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh, tính đến 30/11/2025 đang điều trị cho 2609 BN (trong đó có 270 BN là người ngoại tỉnh, 2339 người có hộ khẩu tại tỉnh Bắc Ninh) [19]. Trung tâm KSBT Bắc Ninh hiện có 2 cơ sở điều trị ngoại trú điều trị ARV và điều trị cho 990 bệnh nhân nhiễm HIV. Cho đến thời điểm hiện tại chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân HIV trên địa bàn tỉnh.

Câu hỏi đặt ra là tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân điều trị HIV/AIDS là bao nhiêu và một số yếu tố liên quan đến đồng nhiễm HBV, HCV, HIV? Nhằm nâng cao chất lượng sức khỏe và tăng cường hiệu quả điều trị cho bệnh nhân HIV/AIDS, đáp ứng thực hiện mục tiêu Chiến lược Quốc gia, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “ ***Thực trạng đồng nhiễm HBV, HCV và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026***”.

**Mục tiêu nghiên cứu**

1. Xác định tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.

## Chương 1: Tổng quan tài liệu

### 1.1. Một số khái niệm

*Bệnh truyền nhiễm*, là bệnh lây truyền trực tiếp hoặc gián tiếp từ người hoặc từ động vật sang người do tác nhân gây bệnh truyền nhiễm [15].

*Tác nhân gây bệnh truyền nhiễm*, là vi rút, vi khuẩn, ký sinh trùng và nấm có khả năng gây bệnh truyền nhiễm [15].

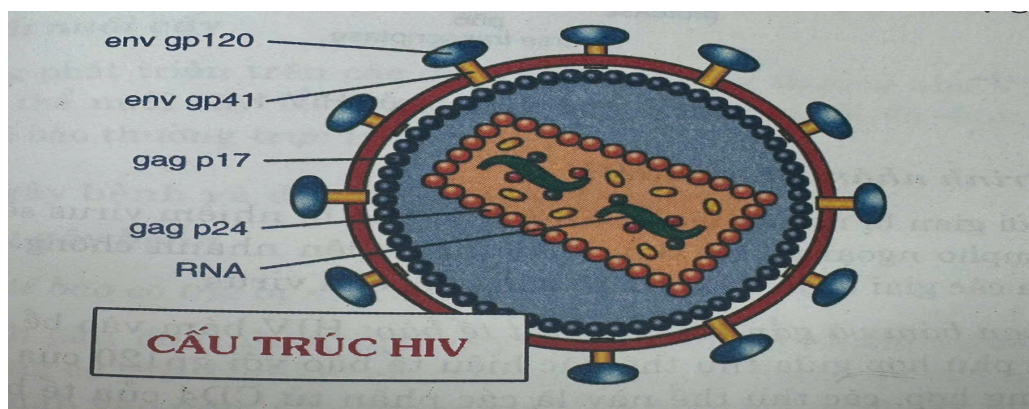
*Dịch*, là sự xuất hiện bệnh truyền nhiễm với số người mắc bệnh vượt quá số người mắc bệnh dự tính bình thường trong một khoảng thời gian xác định tại một khu vực nhất định [15].

*Đồng nhiễm*, là tình trạng một cá thể bị nhiễm cùng lúc hai hoặc nhiều tác nhân gây bệnh, tạo ra sự tương tác phức tạp ảnh hưởng đến sức khỏe và điều trị. Hiện tượng này thường gặp ở người có hệ miễn dịch suy giảm và đòi hỏi chiến lược chẩn đoán, điều trị phối hợp để kiểm soát hiệu quả [8].

### 1.2. Đặc điểm của bệnh nhiễm HIV, HBV, HCV

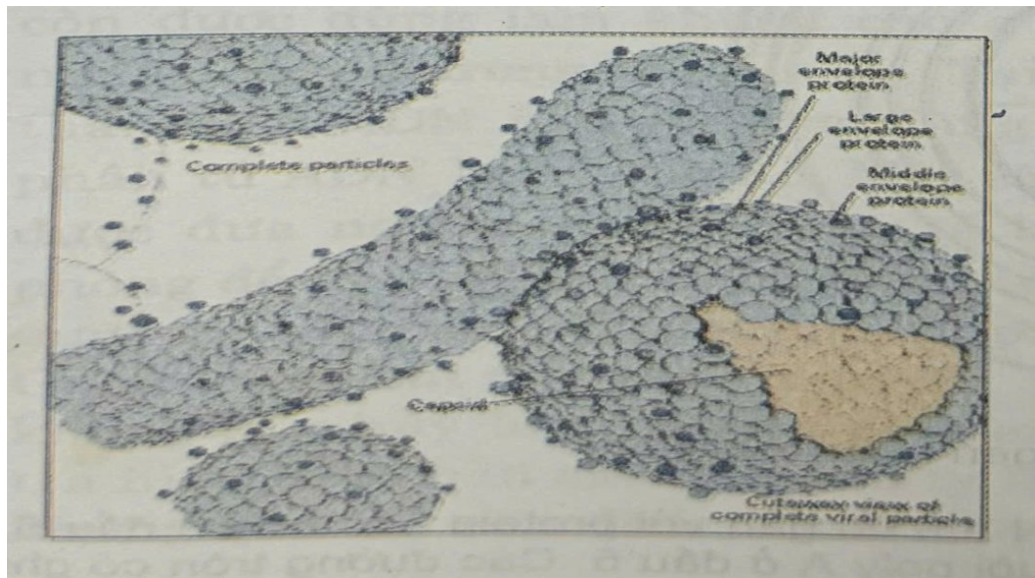
#### 1.2.1. Tác nhân gây bệnh nhiễm HIV, HBV, HCV

HIV là tên của một loại vi rút gây suy giảm hệ thống miễn dịch ở người. Vi rút gây nên bệnh HIV thuộc họ Retroviridae. Genom là 2 phân tử ARN một sợi và có enzym sao chép ngược. Khi xâm nhập vào cơ thể, HIV bám vào các bề mặt cảm thụ nhờ sự phù hợp giữa receptor tế bào với gp120 của nó. Trong đa số các trường hợp, các receptor này là các phân tử CD4 (+) của Lympho T hỗ trợ hoặc một số tế bào khác như bạch cầu đơn nhân lớn, đại thực bào và một số dòng lympho B [12].



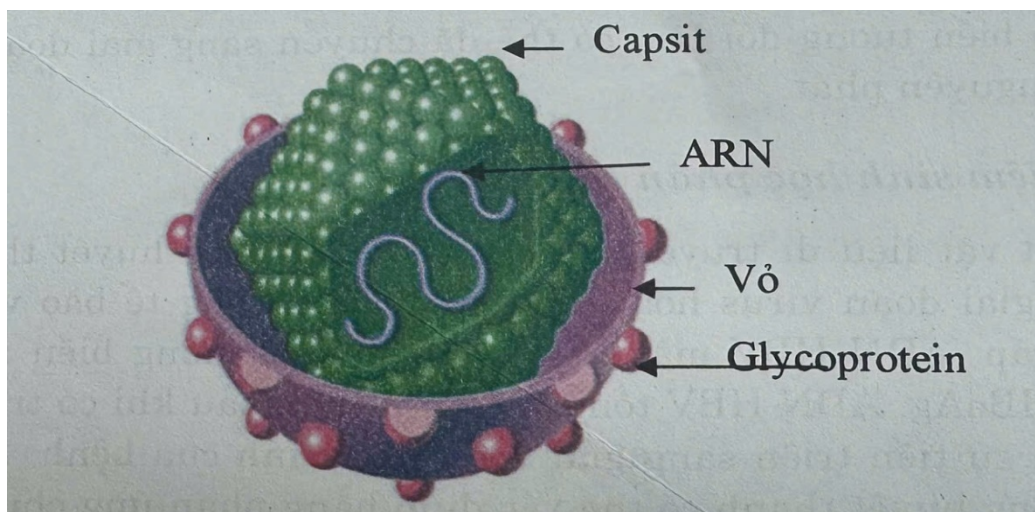
Hình 1.1: Cấu trúc phân tử của HIV [12].

Vi rút viêm gan B (HBV) được xếp trong họ Hepadnaviridae. HBV là vi rút mang hai sợi AND không khép kín. Trên phần capsid có cấu trúc HBcAg và HBeAg. Trên vỏ bao ngoài có kháng nguyên bề mặt HBsAg. Cấu trúc HBsAg có thể thay đổi để tạo thành nhiều thứ typ (subtyp) khác nhau. Sự nhân lên các thành phần cấu trúc của HBV có thể thực hiện trên tế bào người, động vật là khí, vượn và một số động vật mới sinh.



**Hình 1.2: Hình thái vi rút viêm gan B [22].**

Vi rút gây viêm gan C (HCV) thuộc họ *Hepacivirus*, trong họ *Flaviviridae*. Vật liệu di truyền của HCV là ARN sợi đơn, xoắn, dài khoảng 10.000 nucleotid.



**Hình 1.3: Cấu trúc hạt vi rút viêm gan C [22].**

### 1.2.2. Đường lây truyền của HIV, HBV, HCV.

Đường lây truyền HIV và viêm gan vi rút HBV/HCV khá giống nhau, đó là qua đường mẹ truyền sang con, đường máu và đường tình dục. Thậm chí chỉ với các hoạt động như xăm mắt - môi, cạo râu, dùng chung kim cắt móng tay/chân... cũng có nguy cơ lây nhiễm các loại vi rút nêu trên.

Đồng nhiễm HIV với viêm gan B, C là tình trạng thường gặp, đặc biệt ở những người có nguy cơ cao nhiễm vi rút qua đường tiêm (người sử dụng ma túy dạng tiêm), người có nhiều bạn tình...

Nam giới có quan hệ tình dục đồng giới thì nguy cơ đồng nhiễm viêm gan vi rút B, C, giang mai, bệnh lây qua quan hệ tình dục... cao hơn so với các đối tượng khác trong cộng đồng. Bệnh lây qua quan hệ tình dục có thể làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và làm diễn tiến bệnh nặng hơn, ngược lại nhiễm HIV làm diễn tiến bệnh lây qua quan hệ tình dục xấu hơn, trong đó viêm gan B và viêm gan C thường dẫn đến xơ hóa và xơ gan nhanh [1].

### 1.2.3. Triệu chứng lâm sàng của người nhiễm HIV, HBV, HCV

#### *Triệu chứng lâm sàng của người nhiễm HIV:*

Triệu chứng lâm sàng của HIV-2 giống như HIV-1, bao gồm các giai đoạn như giai đoạn sơ nhiễm cấp tính, nhiễm trùng không có triệu chứng, nổi hạch toàn thân kéo dài và nhiễm trùng cơ hội do suy giảm miễn dịch nghiêm trọng và chuyển sang bệnh AIDS. Thuốc điều trị đều giống nhau. Tuy nhiên, nhiễm HIV-2 thường có thời gian nung bệnh kéo dài, lâm sàng tiềm tàng và chuyển sang bệnh AIDS chậm hơn so với HIV-1. Sau khi bị nhiễm HIV khoảng 4 tuần, trong cơ thể vật chủ xuất hiện kháng thể kháng HIV. Mặc dù xuất hiện kháng thể nhưng kháng thể không đủ hiệu lực để diệt vi rút. Dựa vào sự phát hiện kháng thể HIV để chẩn đoán bệnh [13].

Thời gian giữa nhiễm HIV đến AIDS thường kéo dài hơn nhiều khi so sánh với các bệnh thường gặp khác và có sự thay đổi đáng kể giữa các cá thể. Khoảng

50% số người bị nhiễm HIV sẽ biểu hiện AIDS trong 10 năm kể từ khi nhiễm vi rút. Những bằng chứng hiện nay cho rằng những người bị nhiễm HIV cuối cùng sẽ tử vong. Thời gian sống trung bình của những bệnh nhân AIDS thường từ 1 tới 3 năm. Điều này bị ảnh hưởng của nhiễm trùng cơ hội và sự chăm sóc y tế. Việt Nam thời gian từ khi bị nhiễm HIV đến lúc có biểu hiện AIDS trung bình là 7 đến 8 năm.

Một số yếu tố ảnh hưởng tới khoảng thời gian nhiễm HIV đến biểu hiện AIDS. Một số chủng HIV có động lực cao hơn chủng khác. Các yếu tố di truyền và đặc hiệu khác của cơ thể cũng bị ảnh hưởng tới tỷ lệ cá thể tiến triển tới AIDS. Sự nhiễm HIV đồng thời với các nhiễm trùng khác có thể có vai trò. Có những bằng chứng rõ ràng rằng trẻ nhỏ và người trên 40 tuổi thời gian tiến triển tới AIDS sớm hơn những người trẻ.

Việc chẩn đoán và điều trị sớm, cùng với giáo dục là cách để tránh sự nhiễm trùng phối hợp nguy hiểm và ngăn ngừa AIDS [13].

***Triệu chứng lâm sàng của người nhiễm HBV:***

Đa số người bệnh không có bất kỳ triệu chứng nào khi mới bị nhiễm bệnh. Một số người mắc bệnh cấp tính với các triệu chứng kéo dài vài tuần: Hiện tượng da và mắt bị vàng (vàng da), nước tiểu sẫm màu, cảm thấy rất mệt mỏi, buồn nôn, Nôn mửa, đau bụng.

Khi nặng, viêm gan cấp tính có thể dẫn đến suy gan gây tử vong. Mặc dù hầu hết mọi người sẽ hồi phục sau bệnh cấp tính, nhưng một số người mắc viêm gan B mạn tính sẽ phát triển bệnh gan tiến triển và các biến chứng như xơ gan và ung thư gan biểu mô tế bào gan (ung thư gan). Những bệnh này có thể gây tử vong [26].

***Triệu chứng lâm sàng của người nhiễm HCV:***

Thời gian ủ bệnh, sau khi nhiễm vi rút, chủ yếu qua đường truyền máu, rất khác nhau. Thời gian từ 14 ngày tới 3 - 4 tháng, dài nhất 21 tuần và ngắn nhất 4, 5 ngày. Sau khi nhiễm vi rút thì 95% số người có triệu chứng lâm sàng không rõ ràng. Chỉ khoảng 5% bệnh nhân có rối loạn tiêu hóa và chủ yếu là mệt mỏi với các tổn thương ở tế bào gan, ở cả bào tương và ở nhân.

Đối tượng bị bệnh ở mọi lứa tuổi và trở thành mạn tính từ 50% đến 70%. Từ khi nhiễm vi rút tới khi có kháng thể kháng HCV khoảng 10 - 15 tuần (50%); có thể sớm hơn hoặc muộn hơn. Hầu hết có tăng men transaminase. Sau khi bị bệnh, thể mạn tính có thể dẫn tới xơ gan hoặc ung thư gan [12].

Người bệnh nhiễm HIV ảnh hưởng bất lợi đến tất cả các giai đoạn nhiễm HBV/HCV. Sau nhiễm viêm gan virus cấp tính, những người nhiễm HIV có nhiều khả năng tiến triển thành nhiễm viêm gan virus mạn tính hơn so với làm sạch virus. Hơn nữa, đồng nhiễm HIV và HBV sẽ có nguy cơ biến chứng cao và rất khó điều trị.

Các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy, tỉ lệ ung thư biểu mô tế bào gan cao hơn so với mức trung bình ở những bệnh nhân đồng nhiễm HBV hoặc HCV có HIV dương tính, đang điều trị kháng retrovirus hoạt tính cao (HAART). Vì vậy, những người đồng nhiễm HIV và HBV có nhiều khả năng tử vong hơn do các nguyên nhân liên quan đến gan so với những người nhiễm HBV đơn độc [1].

#### **1.2.4. Chẩn đoán nhiễm HIV, HBV, HCV**

**Chẩn đoán nhiễm HIV:** Ở các giai đoạn đầu, bệnh nhân thường chỉ xuất hiện những triệu chứng không rõ ràng và dễ nhầm lẫn với các bệnh khác. Vì thế, để có kết quả chẩn đoán HIV chính xác, cần dựa vào các xét nghiệm chẩn đoán HIV. Các xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV được chia thành các phương pháp chính:

Phương pháp xét nghiệm huyết thanh học để phát hiện sự hiện diện của kháng thể kháng HIV và/hoặc kháng nguyên HIV trong máu hoặc các dịch tiết để xác định tình trạng nhiễm HIV ở người lớn và trẻ em trên 18 tháng tuổi. Bao gồm các kỹ thuật sau:

- Xét nghiệm HIV bằng kỹ thuật đơn giản.
- Xét nghiệm HIV bằng kỹ thuật miễn dịch đánh dấu.

Phương pháp dùng xét nghiệm sinh học phân tử để phát hiện sự hiện diện ADN/ARN của HIV trong máu hoặc các dịch tiết.

Chẩn đoán phát hiện mới nhiễm HIV cần được thực hiện ở phòng xét nghiệm khẳng định HIV và tuân thủ chiến lược và phương cách xét nghiệm [2].

### ***Chẩn đoán nhiễm HBV:***

Chẩn đoán viêm gan vi rút B cấp:

- Tiền sử: người bệnh có truyền máu hay các chế phẩm của máu, tiêm chích, quan hệ tình dục không an toàn trong khoảng 4-24 tuần trước khởi bệnh.

- Lâm sàng: Đa số không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng. Trong thể điển hình, có thể xuất hiện các triệu chứng như: sốt (khi chưa vàng da), mệt mỏi, chán ăn, buồn nôn, nôn, vàng da, vàng mắt, tiểu sậm màu, đau tức vùng gan... VGVR B cấp có thể diễn tiến nặng sang suy gan cấp dẫn đến bệnh não gan, tỷ lệ tử vong cao.

- Cận lâm sàng: AST, ALT tăng, thường trên 5 lần giới hạn trên của mức bình thường (ULN, ULN: 35 U/L đối với nam, 25 U/L đối với nữ). Bilirubin có thể tăng. Anti-HBc IgM dương tính, HBsAg dương tính (hoặc âm tính trong giai đoạn cửa sổ).

Chẩn đoán nhiễm HBV mạn: HBsAg và/ hoặc HBV DNA dương tính  $\geq 6$  tháng, hoặc HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính [3].

Tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh áp dụng kỹ thuật xét nghiệm phát hiện kháng nguyên HBsAg trong máu để chẩn đoán nhiễm HBV.

### ***Chẩn đoán nhiễm HCV:***

Viêm gan vi rút C cấp: Thời gian nhiễm HCV dưới 6 tháng có chuyển đảo huyết thanh từ anti-HCV âm tính sang anti-HCV dương tính. Có tiền sử phơi nhiễm với nguồn bệnh. Không có biểu hiện lâm sàng hoặc có biểu hiện của viêm gan cấp: mệt, vàng mắt, vàng da,...AST, ALT thường tăng. HCV RNA và/hoặc HCV core Ag: dương tính sau 2 tuần phơi nhiễm. Anti-HCV có thể âm tính trong vài tuần đầu, xét nghiệm này thường dương tính sau 8 - 12 tuần phơi nhiễm. Chẩn đoán nhiễm HCV cấp khi có chuyển đảo anti-HCV từ âm tính sang

dương tính hoặc anti-HCV âm tính nhưng kháng nguyên HCV (HCV RNA, HCVcAg) dương tính ở người bình thường.

Viêm gan vi rút C mạn: Thời gian nhiễm HCV > 6 tháng tuy nhiên thường khó xác định thời điểm bị nhiễm HCV. Có hoặc không có biểu hiện lâm sàng. Anti-HCV dương tính và HCV RNA dương tính hoặc HCVcAg dương tính. Không có/hoặc có xơ hoá gan, xơ gan. Người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn khi có anti-HCV dương tính và HCV RNA dương tính hoặc tải lượng HCV RNA trên ngưỡng phát hiện hoặc HCVcAg dương tính [5].

Tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh áp dụng kỹ thuật xét nghiệm phát hiện kháng thể anti HCV trong máu để chẩn đoán nhiễm HCV.

#### **1.2.5. Phương pháp điều trị nhiễm HIV, HBV, HCV**

**Đối với đồng nhiễm HIV/viêm gan B:** Mục tiêu của trị liệu kháng vi rút ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV là ức chế sự sao chép của HBV để ngăn chặn sự phát triển bệnh gan giai đoạn cuối.

Chế độ điều trị thuốc phải cân nhắc rất kỹ và phức tạp, bởi kể cả những thuốc có hiệu quả chống lại cả HIV và HBV đều có thể thúc đẩy sự kháng thuốc, nếu một trong hai vi rút bị ức chế không đầy đủ. Do đó quá trình điều trị bệnh nhân cần được kiểm tra, đánh giá định kỳ một cách rất chặt chẽ. Điều quan trọng là phải theo dõi cả nhiễm HIV và HBV trong quá trình điều trị, nên cần theo dõi mỗi 3 tháng/lần để phát hiện sự xuất hiện của virus kháng thuốc.

Những bệnh nhân có HbeAg dương tính cần được theo dõi mỗi 6 tháng/lần về sự mất HbeAg và sự chuyển đổi huyết thanh sang kháng thể kháng HBe. Những bệnh nhân không đáp ứng với các tiêu chuẩn cho điều trị HIV và những người có tải lượng HBV thấp không có viêm hoặc viêm tối thiểu và không có xơ hóa khi sinh thiết thì không cần điều trị. Tuy nhiên, vẫn cần được theo dõi về nồng độ HBV DNA và ALT mỗi 6 tháng.

**Đối với đồng nhiễm HIV/viêm gan C:** Việc điều trị đồng nhiễm HIV ở bệnh nhân viêm gan vi rút C cần chỉ định điều trị cho tất cả các trường hợp viêm gan C mạn đồng nhiễm HIV. Ưu tiên điều trị viêm gan C mạn để giảm mắc và tử vong do xơ gan, ung thư gan. Điều trị tương tự như bệnh nhân viêm gan C không nhiễm HIV, ưu tiên sử dụng phác đồ có DAAs.

Cần điều trị cho bệnh nhân HIV với các thuốc ARV trước cho đến khi số lượng CD4 > 200 tế bào/mm<sup>3</sup> hoặc tải lượng HIV RNA đạt dưới ngưỡng ức chế (<1000 bản sao/ml) thì có thể bắt đầu chỉ định cho bệnh nhân điều trị viêm gan C mạn tính. Khi điều trị HIV đồng thời với viêm gan B, viêm gan C cần lưu ý các tương tác thuốc có thể xảy ra giữa các thuốc DAAs và thuốc ARV [1].

#### **1.2.6. Dự phòng nhiễm HIV, HBV, HCV**

Tư vấn phòng lây nhiễm, các biến chứng và khả năng tái nhiễm mới, lối sống, phác đồ cho bệnh nhân HIV, áp dụng các biện pháp dự phòng để tránh lây nhiễm HBV, HCV ra cộng đồng và dự phòng tái nhiễm, đặc biệt tái nhiễm HCV sau khi đã điều trị khỏi.

- Tiêm phòng vắc xin ngừa viêm gan B.

- Xét nghiệm sàng lọc HBsAg, anti HCV cho tất cả bệnh nhân HIV. Có thể xét nghiệm 1 năm/lần nếu xét nghiệm HBsAg, anti HCV âm tính trước đó và bệnh nhân HIV có nguy cơ nhiễm HBV, HCV.

- Khi điều trị viêm gan B, viêm gan C, bệnh nhân HIV cần được theo dõi chức năng gan thường xuyên, đánh giá biến chứng cơ gan, ung thư gan.

- Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục. Đặc biệt nam giới có quan hệ tình dục đồng giới có nguy cơ đồng nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục cao hơn so với các đối tượng khác trong cộng đồng.

Bệnh lây qua quan hệ tình dục có thể làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và làm diễn tiến bệnh nặng hơn, ngược lại nhiễm HIV làm diễn tiến bệnh lây qua quan hệ

tình dục xấu hơn, trong đó viêm gan B và viêm gan C thường dẫn đến xơ hóa và xơ gan nhanh. Do đó cần sử dụng bao cao su 100% mỗi lần quan hệ tình dục [1].

### **1.3. Tình hình nhiễm HIV, viêm gan B, viêm gan C**

#### **1.3.1. Tình hình nhiễm HIV, HBV, HCV trên thế giới**

Khoảng 1% số người nhiễm HBV (2,7 triệu người) cũng nhiễm HIV. Ngược lại, tỷ lệ nhiễm HBV ở người nhiễm HIV trên toàn cầu là 7,4%. Từ năm 2015, WHO đã khuyến nghị điều trị cho tất cả những người được chẩn đoán nhiễm HIV, bất kể giai đoạn bệnh. Tenofovir, một trong những thuốc được khuyến nghị là liệu pháp điều trị đầu tay cho nhiễm HIV, cũng có tác dụng chống lại HBV [27].

Trên toàn cầu, ước tính có khoảng 50 triệu người mắc bệnh nhiễm vi rút viêm gan C mãn tính, với khoảng 1 triệu ca nhiễm mới mỗi năm. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính rằng vào năm 2022, khoảng 242.000 người đã chết vì viêm gan C, chủ yếu là do xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (ung thư gan nguyên phát). Thuốc kháng virus tác dụng trực tiếp (DAA) có thể chữa khỏi hơn 95% người nhiễm viêm gan C, nhưng khả năng tiếp cận chẩn đoán và điều trị lại thấp [28].

Nhiễm vi rút viêm gan C xảy ra ở tất cả các khu vực của WHO. Gánh nặng bệnh tật cao nhất là ở khu vực Đông Địa Trung Hải với 12 triệu người bị nhiễm bệnh mãn tính. Ở khu vực Đông Nam Á (9 triệu), khu vực châu Âu (9 triệu) và khu vực Tây Thái Bình Dương (7 triệu) cũng có người bị nhiễm bệnh mãn tính. Tám triệu người bị nhiễm bệnh mãn tính ở khu vực châu Phi và 5 triệu người ở khu vực châu Mỹ. Khoảng 2,3 triệu người trong số 39 triệu người nhiễm HIV trên toàn cầu có bằng chứng huyết thanh học về việc đã từng hoặc đang nhiễm HCV. Bệnh gan mãn tính là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở những người nhiễm HIV trên toàn thế giới [28].

Nghiên cứu cắt ngang về tình trạng đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C ở những người nhiễm HIV/AIDS tại một bệnh viện tuyến ba ở miền Trung Ấn Độ của Riddhi Pradhan và cộng sự cho thấy, trong số 357 bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS

(PLHA), 15/357 (4,20%) bị đồng nhiễm HBV, 3/357 (0,84%) bị đồng nhiễm HCV. Tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan (HBV+HCV) ở bệnh nhân PLHA là 5,04% (18/357). Số lượng tế bào lympho T CD4+ <200 tế bào/ $\mu$ L được ghi nhận ở 66/339 (19,4%), 4/15 (26,6%) và 3/3 (100%) bệnh nhân lần lượt thuộc nhóm chỉ nhiễm HIV, đồng nhiễm HBV và đồng nhiễm HCV. Nồng độ vi rút HIV  $\leq$ 1000 bản sao/mL được ghi nhận ở 324 bệnh nhân chỉ nhiễm HIV và 15 bệnh nhân thuộc nhóm đồng nhiễm HIV-viêm gan. Trong số các bệnh nhân nhiễm HIV có kết quả xét nghiệm HBsAg dương tính; 46,7% (n=7) bệnh nhân có tải lượng vi rút HBV >2000 IU/mL. Tất cả các bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan B đều có kết quả xét nghiệm HBcAb dương tính; HBeAg dương tính ở 40% (n=6). Tất cả các bệnh nhân dương tính với HBeAg đều có tải lượng vi rút >2000 IU/mL [24].

Nghiên cứu về Kết quả điều trị bệnh nhân đồng nhiễm vi rút viêm gan B và C ở Tây nam Trung Quốc của tác giả Jingya Jia và cộng sự cho thấy tỷ lệ mắc HBV (11,5%), HCV (6,6%) và đồng nhiễm HBV-HCV (1,5%) cao. Tỷ lệ tử vong chung và tỷ lệ bỏ điều trị lần lượt là 2,95 [khoảng tin cậy 95% (CI) 2,88-3,02] và 5,92 (95% CI 5,82-6,01) trên 100 người-năm. So với bệnh nhân chỉ nhiễm HIV, bệnh nhân đồng nhiễm HBV có tỷ lệ tử vong cao hơn 42% [tỷ lệ nguy cơ điều chỉnh (aHR) = 1,42; [Khoảng tin cậy 95% 1,32-1,54], bệnh nhân đồng nhiễm HCV có tỷ lệ tử vong cao hơn 65% (aHR = 1,65; khoảng tin cậy 95% 1,47-1,86), và bệnh nhân đồng nhiễm cả HCV và HBV có tỷ lệ tử vong cao hơn 123% (aHR = 2,23; khoảng tin cậy 95% 1,87-2,66). Nhiễm đồng thời HBV và HCV có thể có tác động cộng hưởng làm tăng nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân ở người nhiễm HIV đang điều trị bằng thuốc kháng retrovirus. Điều này cho thấy cần thiết phải có các biện pháp phòng ngừa ban đầu và tiếp cận với phương pháp điều trị viêm gan hiệu quả cho người nhiễm HIV [23].

### **1.3.2. Tình hình nhiễm HIV, HBV, HCV tại Việt Nam**

Việt Nam là một trong những quốc gia có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B và vi rút viêm gan C cao trên toàn cầu và đứng thứ năm trong số 10 quốc gia có tỷ lệ bị

ung thư gan cao nhất thế giới. Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan C mạn tính trên toàn bộ dân số là 1%, trên người nhiễm HIV khoảng 34,4% (dao động từ 26%- 44%) , theo kết quả mô hình ước tính gánh nặng bệnh tật do vi rút viêm gan B và C được Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới thực hiện năm 2017, ước tính có khoảng 7,8 triệu người nhiễm vi rút viêm gan B mạn tính và khoảng gần 1 triệu người nhiễm vi rút viêm gan C mạn tính. Trong số này có khoảng 86.000 người nhiễm HIV có đồng nhiễm viêm gan vi rút C. Đây là nguyên nhân dẫn đến khoảng 80.000 trường hợp xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan và khoảng 40.000 trường hợp tử vong hàng năm và có xu hướng tiếp tục gia tăng [6].

Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV và đồng nhiễm HBV, HCV trên các đối tượng được xét nghiệm HIV tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 01/2017 đến 12/2023 cuat nhóm tác giả Nguyễn Hùng Cường và cộng sự cho thấy, tỷ lệ nhiễm HIV trên bệnh nhân được xét nghiệm HIV tại Bệnh viện Quân y 103 trung bình trong thời gian nghiên cứu là 0,21%. Nhiễm HIV hay gặp nhất ở lứa tuổi 30 - 39 với tỷ lệ 35,38%; ít gặp nhất ở tuổi  $\leq 19$  (3,59%); tỷ lệ nhiễm HIV ở nam giới trên nữ giới là 2,8/1. Bệnh nhân nhiễm HIV đồng nhiễm HBV và/hoặc HCV là 38,21% trong đó đồng nhiễm HCV là 25,13%; đồng nhiễm HBV là 11,03%; đồng nhiễm cả HBV và HCV là 2,05% [10].

Nghiên cứu Đồng nhiễm viêm gan vi rút C và mối liên quan tới kết quả điều trị phác đồ bậc 2 tại Hà Nội của nhóm tác giả Đoàn Thu Trà và cộng sự trên các bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương cho thấy tỷ lệ đồng mắc HCV/HIV chung trong nghiên cứu là 48,3% [17].

Nghiên cứu Đặc điểm dịch tễ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số địa phương ở thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Quách Kim Ưng và cộng sự ở 69 bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, tuổi mắc bệnh  $31,2 \pm 8,9$  tuổi; bệnh nhân nam chiếm 95,7%, nữ là 4,3%; bệnh nhân có quan hệ đồng giới nam chiếm 50,7%; có 81,2% bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV không có biểu hiện lâm sàng [17].

### **1.3.3. Tình hình nhiễm HIV, HBV, HCV tại Bắc Ninh**

Tỉnh Bắc Ninh được sát nhập từ tỉnh Bắc Giang và tỉnh Bắc Ninh theo Nghị quyết 1658/NQ-UBTVQH15 được Ủy ban thường vụ Quốc hội thông qua ngày 16/6/2025.

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh được thành lập theo Đề án số 572/ĐA-UBND ngày 29/12/2025 về việc sắp xếp, tổ chức lại các đơn vị sự nghiệp công lập và đầu mối bên trong các cơ quan, tổ chức hành chính trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh, trên cơ sở hợp nhất Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh số 1, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh số 2 và Trung tâm Kiểm nghiệm Bắc Ninh [10]. Tổ chức bộ máy có 17 khoa/phòng. Trụ sở làm việc: Cơ sở 1 đường Thân Nhân Trung, phường Đa Mai và cơ sở 2 đường Nguyễn Quyền, phường Võ Cường, tỉnh Bắc Ninh.

Theo Báo cáo tổng kết công tác y tế dự phòng năm 2025, dự kiến chỉ tiêu kế hoạch năm 2026 trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh, hoạt động chăm sóc, điều trị bệnh nhân HIV/AIDS tiếp tục được duy trì triển khai với đa dạng dịch vụ như: dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện; dịch vụ chăm sóc, điều trị nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV). Lũy tích người nhiễm HIV đến 30/11/2025 là 6197 trường hợp, lũy tích số tử vong là 2568 người. Số người nhiễm HIV còn sống quản lý trên địa bàn là 2747 người. Tỷ lệ nhiễm HIV tại cộng đồng là 0,08%. Công tác điều trị HIV/AIDS của 10 cơ sở điều trị HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh, tính đến 30/11/2025 đang điều trị cho 2609 bệnh nhân (trong đó có 270 bệnh nhân là người ngoại tỉnh, 2339 người có hộ khẩu tại tỉnh Bắc Ninh) [19].

Bệnh gan mãn tính là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong ở những người nhiễm HIV trên toàn thế giới [28]. Chính vì vậy đồng nhiễm viêm gan B, C ở người nhiễm HIV sẽ ảnh hưởng đến quá trình điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm nâng cao sức khỏe và chất lượng điều trị của bệnh nhân nhiễm HIV, đáp ứng thực hiện mục tiêu của chiến lược Quốc gia, sẽ chấm dứt dịch AIDS và 75% bệnh nhân nhiễm HIV được điều trị viêm gan C đến năm 2030.

Nghiên cứu Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B, C và HIV ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2020 của tác giả Đinh Mai Vân và cộng sự cho thấy, tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu: 40 tuổi. Thời gian trung bình bệnh nhân sử dụng heroin: 14,7 năm; thời gian tiêm chích đã lâu: 11,7 năm; 77,4% đối tượng nghiên cứu là nghiện chích ma túy. Tỷ lệ nhiễm HIV trong nghiên cứu này là 7,4%; tỷ lệ nhiễm viêm gan B là 7,9%; tỷ lệ nhiễm viêm gan C rất cao (54,2%); tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV (5,8%); đồng nhiễm HIV/HBV/HCV chiếm 4,7%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng lây nhiễm viêm gan B, viêm gan C và HIV trên bệnh nhân đang điều trị methadone tại Bắc Ninh năm 2020 như sau: Có mối liên quan giữa thời gian tiêm chích và tỷ lệ nhiễm viêm gan B và C. Thời gian tiêm chích càng lâu năm thì tỷ lệ nhiễm HBV và HCV càng cao (với mức  $p < 0,05$ ). Có mối liên quan giữa việc sử dụng bao cao su thường xuyên trong quan hệ tình dục và tình trạng nhiễm viêm gan C của đối tượng nghiên cứu. Không sử dụng bao cao su thường xuyên thì tỷ lệ nhiễm viêm gan C cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với mức  $p < 0,05$ ; OR = 2,88 [21].

Đến thời điểm hiện tại, trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh chưa có nghiên cứu nào về đồng nhiễm vi rút viêm gan B, C ở bệnh nhân nhiễm HIV, chính vì vậy, nghiên cứu này nhằm tìm hiểu về thực trạng đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân HIV, nâng cao công tác chăm sóc và điều trị cho người nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh.

#### **1.4. Một số yếu tố liên quan lây truyền HIV, HBV, HCV**

##### **1.4.1. Yếu tố thuộc về cá nhân**

###### ***Giới tính***

Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV và đồng nhiễm HBV, HCV trên các đối tượng được xét nghiệm HIV tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 01/2017 đến 12/2023 của nhóm tác giả Nguyễn Hùng Cường và cộng sự cho thấy tỷ lệ nam và nữ giới nhiễm HIV lần lượt là 73,85% và 26,15%. [10].

Nghiên cứu Đặc điểm dịch tễ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số địa phương ở thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Quách Kim Ưng và cộng sự ở 69

bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, bệnh nhân nam chiếm 95,7%, nữ là 4,3%; bệnh nhân có quan hệ đồng giới nam chiếm 50,7% [17].

Nghiên cứu Đồng nhiễm viêm gan vi rút C và mối liên quan tới kết quả điều trị phác đồ bậc 2 tại Hà Nội của nhóm tác giả Đoàn Thu Trà và cộng sự trên các bệnh nhân HIV/AIDS tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn trong nhóm HCV dương tính với gần 90% so với 41,9% ở nhóm HCV âm tính [20].

### ***Nhóm tuổi***

Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV và đồng nhiễm HBV, HCV trên các đối tượng được xét nghiệm HIV tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 01/2017 đến 12/2023 của nhóm tác giả Nguyễn Hùng Cường và cộng sự cho thấy, nhiễm HIV hay gặp nhất ở lứa tuổi 30 - 39 với tỷ lệ 35,38%; ít gặp nhất ở tuổi  $\leq 19$  (3,59%) [10].

Nghiên cứu Đặc điểm dịch tễ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số địa phương ở thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Quách Kim Ưng và cộng sự ở 69 bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, tuổi mắc bệnh  $31,2 \pm 8,9$  tuổi [17].

Nghiên cứu Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010 của tác giả Nguyễn Tiến Hòa cho thấy, NCMT nhiễm HIV, HCV cao nhất ở tuổi 30-39. PNBD nhiễm HIV cao nhất ở tuổi 20-29, nhiễm HCV cao nhất ở tuổi 30-39 [14].

### ***Nghề nghiệp***

Nghiên cứu Đặc điểm dịch tễ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số địa phương ở thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Quách Kim Ưng và cộng sự ở 69 bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, đa số bệnh nhân là lao động tự do, thất nghiệp chiếm 59,4% [17].

### ***Tình trạng hôn nhân***

Nghiên cứu Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010 của tác giả Nguyễn Tiến Hòa cho thấy NCMT và PNBD nhiễm HIV, HCV đều cao nhất ở đối tượng có hoàn cảnh hôn nhân đặc biệt ly thân, ly dị, góa [14].

#### **1.4.2. Yếu tố thuộc về hành vi**

##### ***Tiêm chích ma túy***

Nghiên cứu cắt ngang ở bệnh viên tuyến ba ở miền đông Nepal về nhiễm trùng đồng thời viêm gan B và viêm gan C ở bệnh nhân nhiễm HIV của tác giả Lok Bahadur Shresth và cộng sự cho thấy, trong số 474 bệnh nhân dương tính với HIV, tỷ lệ đồng nhiễm HIV-HBV, HIV-HCV và HIV-HBV-HCV lần lượt là 2,95% (14/474), 18,14% (86/474) và 2,53% (12/474). Đường lây nhiễm chính là sử dụng ma túy đường tĩnh mạch (IVDU) ở những người đồng nhiễm HBV đơn thuần (8 người, 57,14%), HCV đơn thuần (46 người, 53,49%) và cả HBV lẫn HCV (8 người, 66,67%). Bệnh nhân HIV nhiễm HIV qua đường tiêm tĩnh mạch có nguy cơ đồng nhiễm HIV-HCV cao gấp 2,40 lần so với những người nhiễm qua đường tình dục (AOR 2,40, 95% CI: 1,49, 3,86) [25].

##### ***Thời gian tiêm chích ma túy và dùng chung bơm kim tiêm***

Nghiên cứu Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010 của tác giả Nguyễn Tiến Hòa cho thấy, nguy cơ lây nhiễm HIV, HBV và HCV ở đối tượng NCMT và PNBD là tiêm chích ma túy. Thời gian tiêm chích ma túy càng dài thì tỷ lệ nhiễm HIV và HCV càng cao. Nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ dùng chung bơm kim tiêm của NCMT tương đối cao nhưng đang có xu hướng giảm dần qua 3 năm nghiên cứu tạo ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) [14].

Nghiên cứu Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B,C và HIV ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2020 của tác giả

Đinh Mai Vân và cộng sự cho thấy, có mối liên quan giữa thời gian tiêm chích và tỷ lệ nhiễm viêm gan B và C. Thời gian tiêm chích càng lâu năm thì tỷ lệ nhiễm HBV và HCV càng cao (với mức  $p < 0,05$ ) [21].

### ***Quan hệ tình dục***

Nghiên cứu Đặc điểm dịch tễ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số địa phương ở thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Quách Kim Ưng và cộng sự ở 69 bệnh nhân HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên có đồng nhiễm với HBV, đang điều trị tại một số phòng khám ngoại trú (OPC) ở 4 quận thuộc Thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, bệnh nhân có quan hệ đồng giới nam chiếm 50,7% [17].

Nghiên cứu Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010 của tác giả Nguyễn Tiến Hòa cho thấy, tỷ lệ người NCMT có quan hệ tình dục với trên một bạn tình cao và có xu hướng giảm nhưng sự khác biệt chưa đủ bằng chứng thống kê ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ nhiễm HIV, HCV ở nhóm luôn sử dụng BCS cao hơn nhóm không hoặc ít sử dụng BCS có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Còn tỷ lệ nhiễm HBV không có sự khác nhau giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ sử dụng bao cao su không thường xuyên là 31,5% [14].

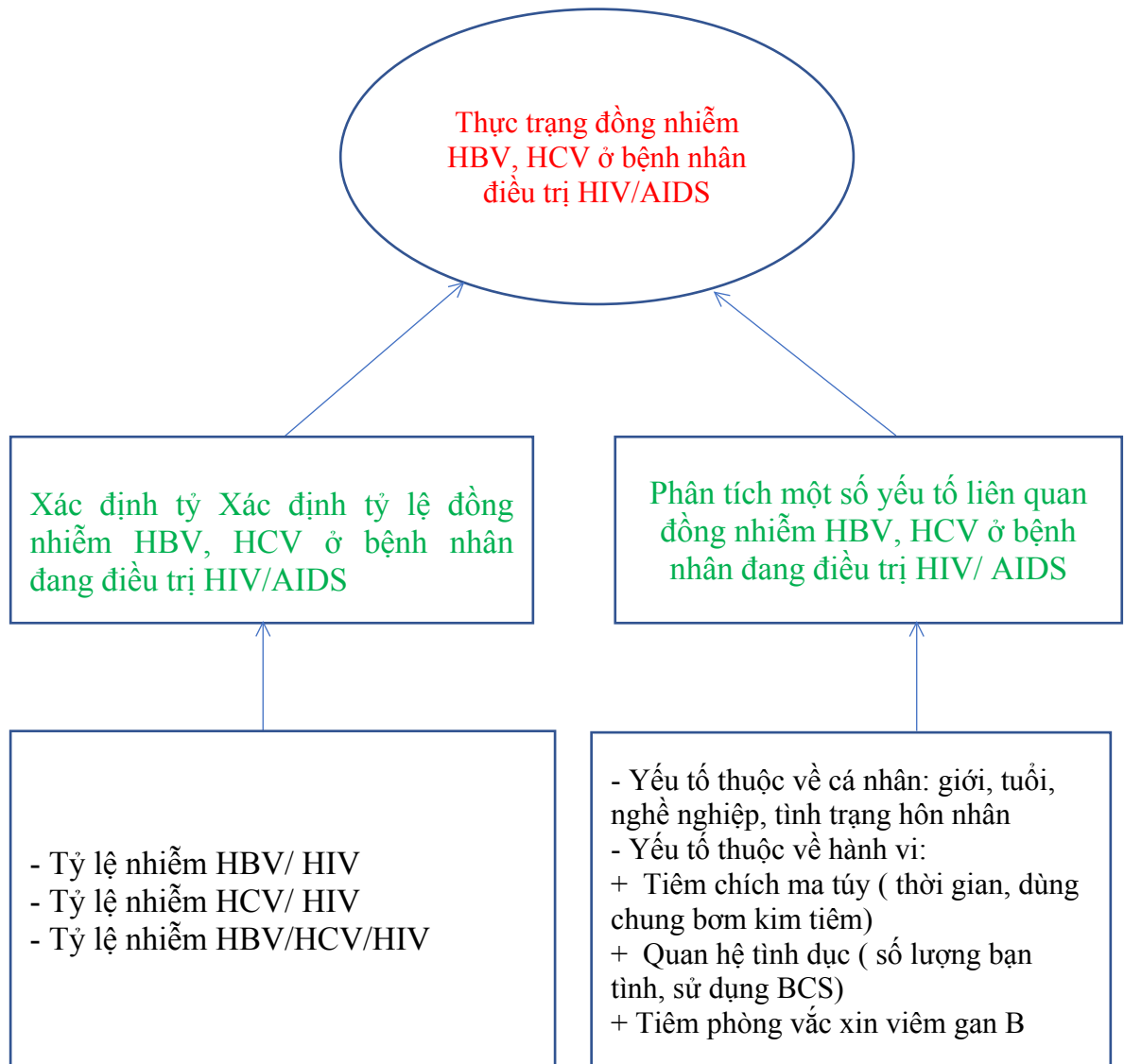
Nghiên cứu Thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B,C và HIV ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2020 của tác giả Đinh Mai Vân và cộng sự cho thấy, có mối liên quan giữa việc sử dụng bao cao su thường xuyên trong quan hệ tình dục và tình trạng nhiễm viêm gan C của đối tượng nghiên cứu. Không sử dụng bao cao su thường xuyên thì tỷ lệ nhiễm viêm gan C cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với mức  $p < 0,05$ ; OR = 2,88 [21].

### ***Tiêm phòng vắc xin viêm gan B***

Nghiên cứu Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010 của tác giả Nguyễn Tiến Hòa cho thấy, tỷ lệ nhiễm HBV ở nhóm NCMT có tiêm vắc xin viêm gan B ( 8,7%) thấp hơn so với nhóm không tiêm vắc xin viêm gan B (16,6%) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [14].

### 1.5. Khung lý thuyết

Khung lý thuyết được xây dựng dựa trên tổng quan tài liệu và mục tiêu nghiên cứu của đề tài



## **1.6. Giới thiệu về địa bàn nghiên cứu**

Tỉnh Bắc Ninh được sát nhập từ tỉnh Bắc Giang và tỉnh Bắc Ninh theo Nghị quyết 1658/NQ-UBTVQH15 được Ủy ban thường vụ Quốc hội thông qua ngày 16/6/2025.

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh được thành lập theo Đề án số 572/ĐA-UBND ngày 29/12/2025 về việc sắp xếp, tổ chức lại các đơn vị sự nghiệp công lập và đầu mối bên trong các cơ quan, tổ chức hành chính trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh, trên cơ sở hợp nhất Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh số 1, Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh số 2 và Trung tâm Kiểm nghiệm Bắc Ninh [10]. Tổ chức bộ máy có 17 khoa/phòng. Trụ sở làm việc: Cơ sở 1 đường Thân Nhân Trung, phường Đa Mai và cơ sở 2 đường Nguyễn Quyền, phường Võ Cường, tỉnh Bắc Ninh.

Theo Báo cáo tổng kết công tác y tế dự phòng năm 2025, dự kiến chỉ tiêu kế hoạch năm 2026 trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh, công tác điều trị HIV/AIDS của 10 cơ sở điều trị HIV/AIDS trên địa bàn tỉnh, tính đến 30/11/2025, đang điều trị cho 2609 bệnh nhân (trong đó có 270 bệnh nhân là người ngoại tỉnh, 2339 người có hộ khẩu tại tỉnh Bắc Ninh) [16]. Trung tâm KSBT Bắc Ninh hiện có 2 cơ sở điều trị ngoại trú điều trị ARV và điều trị cho 990 bệnh nhân nhiễm HIV (Cơ sở 1 là 862 bệnh nhân, cơ sở 2 là 128 bệnh nhân).

Nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh, là cơ sở có số lượng bệnh nhân điều trị HIV lớn nhất trên địa bàn ( 990 bệnh nhân).

## **Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Các bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.

#### **2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

Các bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.

#### **2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

Các bệnh nhân điều trị HIV/AIDS dưới 18 tuổi hoặc bệnh nhân không điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 đến 8/2026, trong đó thời gian thu thập số liệu từ tháng 3/2026 đến tháng 7/2026

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang có hồi cứu lại kết quả xét nghiệm Dương tính HBsAg và anti HCV của các bệnh nhân nhiễm HIV đang điều trị tại Trung tâm trước tháng 3/ 2026 ở hồ sơ bệnh án lưu và tiến cứu xét nghiệm HBsAg và anti HCV cho các trường hợp chưa nhiễm HBV, HCV đang điều trị nhiễm HIV tại Trung tâm từ tháng 3/2026.

#### **2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

##### **2.3.2.1. Cỡ mẫu**

Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu biết quy mô tổng thể (công thức Slovin)

$$n = \frac{N}{1 + N * e^2}$$

+ n: kích thước cỡ mẫu cần xác định.

+ N: quy mô tổng thể ( N= 990, số bệnh nhân điều trị nhiễm HIV theo báo cáo thống kê tại Trung tâm KSBT Bắc Ninh số 1 năm 2025)

+ e: sai số cho phép ( $e = 0,05$ )

Dựa vào công thức tính được cỡ mẫu là  $n = 285$  người. Ước tính thêm 10%, cỡ mẫu dự kiến là 314 người. Do số lượng bệnh nhân điều trị có thể thay đổi, nhóm nghiên cứu lấy tròn 350 người.

Cơ sở 1 của Trung tâm hiện có 862 bệnh nhân, cơ sở 2 có 128 bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân cơ sở 1/ cơ sở 2 là  $862/128 \approx 7/1$ . Vậy cỡ mẫu sẽ chọn ở cơ sở 1 là 300 người, ở cơ sở 2 là 50 người.

#### *2.3.2.2. Phương pháp chọn mẫu*

Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Lập danh sách toàn bộ bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm theo từng cơ sở, sắp xếp theo thứ tự bảng chữ cái theo tên.

Hệ số  $k = 990/350 = 2,8$ .

Chọn ngẫu nhiên điểm bắt đầu. Bắt đầu từ số ngẫu nhiên đã chọn, cứ cách 3 đơn vị lại chọn một đơn vị cho đến khi đủ 300 đơn vị ở cơ sở 1, 50 đơn vị ở cơ sở 2.

#### *2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu*

Công cụ thu thập số liệu: phiếu thu thập và phỏng vấn được thiết kế sẵn (Chi tiết tại Phụ lục). Quy trình thu thập số liệu được thực hiện như sau:

- Thống kê kết quả xét nghiệm HBsAg và anti HCV ở hồ sơ bệnh án lưu của các bệnh nhân đang điều trị nhiễm HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh.

- Phương pháp phỏng vấn trực tiếp hoặc gọi điện thoại cho các trường hợp bệnh nhân nghiên cứu dựa trên phiếu phỏng vấn nghiên cứu đã được thiết kế sẵn (Phụ lục 1).

- Điều tra viên là cán bộ Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh, giám sát viên là chủ nhiệm đề tài nghiên cứu.

Phiếu sau khi thu về được kiểm tra thông tin, đảm bảo phiếu hợp lệ và thu về đủ cỡ mẫu tối thiểu.

### **2.4. Biến số nghiên cứu**

**Bảng 2.1. Các biến số nghiên cứu**

<b>TT</b>	<b>Tên biến số</b>	<b>Định nghĩa biến</b>	<b>Phân loại biến</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
<b>A</b>	<b><i>Xác định tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân đang điều trị nhiễm HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.</i></b>			
A1	Tổng số bệnh nhân điều trị nhiễm HIV	Số bệnh nhân nhiễm HIV điều trị thuốc kháng vi rút ARV	Biến nhị phân	Thống kê
A2	Tổng số bệnh nhân đồng nhiễm HBV/ HIV	Số bệnh nhân được xét nghiệm HBsAg dương tính và chẩn đoán nhiễm HIV	Biến nhị phân	Thống kê
A3	Tổng số bệnh nhân đồng nhiễm HCV/ HIV	Số bệnh nhân được xét nghiệm anti HCV dương tính và chẩn đoán nhiễm HIV	Biến nhị phân	Thống kê
A4	Tổng số bệnh nhân đồng nhiễm HBV/ HCV/ HIV	Số bệnh nhân được xét nghiệm HbsAg, anti HCV dương tính và chẩn đoán nhiễm HIV	Biến nhị phân	Thống kê
<b>B</b>	<b><i>Phân tích một số yếu tố liên quan đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân đang điều trị nhiễm HIV tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.</i></b>			
B1	Tuổi	Tuổi được tính theo năm sinh dương lịch tại thời điểm nghiên cứu	Biến liên tục	Phỏng vấn
B2	Giới tính	Đặc điểm sinh học tạo nên sự khác biệt giữa	Biến nhị phân	Quan sát

TT	Tên biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
		nam giới và nữ giới		
B3	Tình trạng hôn nhân	<p>+ Đã kết hôn là tình trạng người đã có giấy đăng kí kết hôn và sống cùng nhau theo quy định của Nhà nước.</p> <p>+ Độc thân là tình trạng người chưa có giấy đăng kí kết hôn theo quy định của Nhà nước.</p> <p>+ Ly hôn là tình trạng người đã từng kết hôn và đã làm thủ tục ly hôn theo quy định của Nhà nước.</p> <p>Góa là tình trạng người đã từng kết hôn nhưng một trong hai vợ hoặc chồng đã chết</p>	Biến danh mục	Phỏng vấn
B4	Nghề nghiệp	Là công việc mà một người làm để kiếm sống hoặc đóng góp vào xã hội thông qua việc áp dụng và phát triển các kỹ năng, kiến thức của mình	Biến danh mục	Phỏng vấn

<b>TT</b>	<b>Tên biến số</b>	<b>Định nghĩa biến</b>	<b>Phân loại biến</b>	<b>Phương pháp thu thập</b>
B5	Đối tượng	Nhóm đối tượng nguy cơ cao nhiễm như nghiện chích ma túy, phụ nữ bán dâm, MSM, vợ chồng bạn tình, bạn nhiễm	Biến danh mục	Phỏng vấn
B6	Đường lây truyền	Đường lây nhiễm như quan hệ tình dục, tiêm chích ma túy, mẹ truyền sang con	Biến danh mục	Phỏng vấn
B7	Tình trạng tiêm phòng vắc xin viêm gan B	Tình trạng đã tiêm/ chưa tiêm phòng vắc xin phòng vi rút HBV	Biến nhị phân	Phỏng vấn

### **2.5. Tiêu chuẩn đánh giá**

Để đánh giá đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh, các bệnh nhân điều trị HIV/AIDS được xét nghiệm kháng nguyên HBsAg bằng kỹ thuật xét nghiệm tét nhanh để chẩn đoán nhiễm HBV, xét nghiệm anti-HCV bằng kỹ thuật xét nghiệm tét nhanh để chẩn đoán nhiễm HCV theo Quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh viêm gan vi rút B [3] và Quyết định số 2855/QĐ-BYT ngày 25/9/2024 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan vi rút C [5].

Các kết quả xét nghiệm được lưu giữ tại Hồ sơ bệnh án lưu tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh.

## **2.6. Phương pháp phân tích số liệu**

Số liệu được nhập trên phần mềm EpiData 3.1.

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

Thống kê mô tả: các biến số được mô tả theo tần suất (n) và tỷ lệ (%) hoặc trung bình và độ lệch chuẩn.

Thống kê phân tích: Sử dụng các phép kiểm định trung bình, kiểm chi bình phương để đo lường mối liên quan giữa các yếu tố liên quan đồng nhiễm HBV/HCV/HIV.

## **2.7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành sau khi đã thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh.

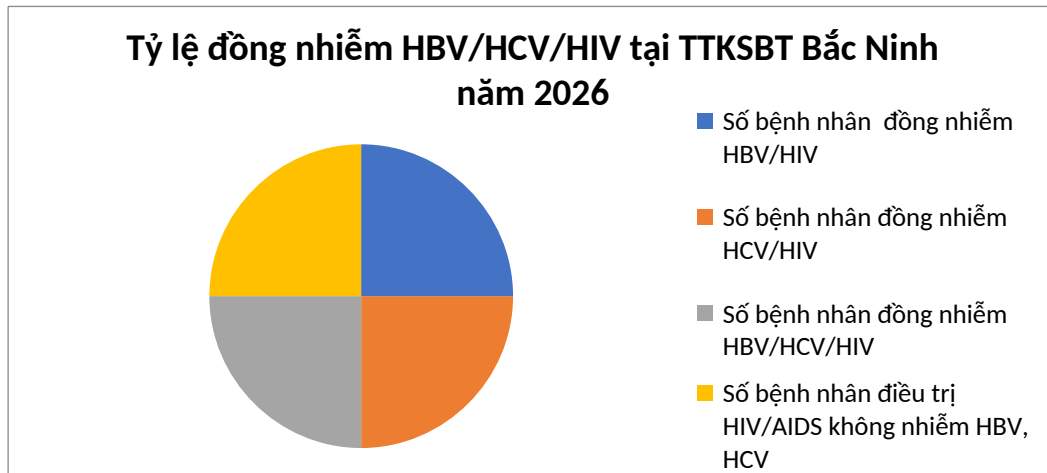
- Các thông tin đối tượng được giữ bí mật theo đúng quy định.
- Thông tin nghiên cứu được sự đồng thuận của các cá nhân, đơn vị được nghiên cứu.
- Nghiên cứu hoàn toàn vì lợi ích của cộng đồng, đảm bảo tốt cho công tác khám, điều trị, phòng chống dịch.
- Nghiên cứu là cơ sở, là bằng chứng khoa học cho các lãnh đạo, các cán bộ phòng chống HIV/AIDS biết được thực trạng đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị nhiễm HIV/AIDS, từ đó có những giải pháp can thiệp kịp thời cho công tác phòng chống dịch trên địa bàn tỉnh.

### Chương 3: Dự kiến kết quả nghiên cứu

#### 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

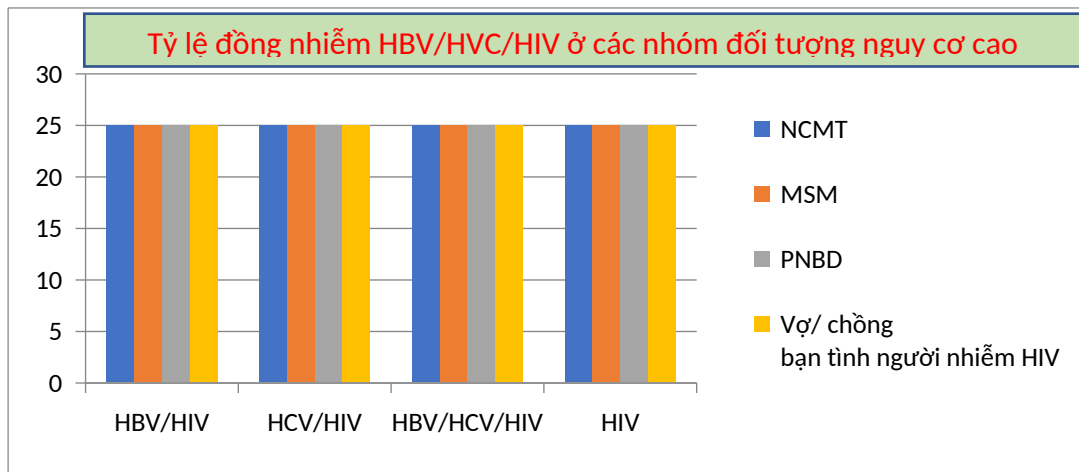
- Số bệnh nhân lũy tích nhiễm HIV trên địa bàn tỉnh.
- Số bệnh nhân lý tích tử vong trên địa bàn tỉnh.
- Số bệnh nhân nhiễm HIV hiện sống trên địa bàn tỉnh.

#### 3.2. Xác định tình trạng đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.



**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ đồng nhiễm HBV/HCV/HIV tại TTKSBT Bắc Ninh năm 2026.**

Nhận xét:



**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ đồng nhiễm HBV/HCV/HIV ở các nhóm đối tượng nguy cơ cao**

Nhận xét:

**3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.**

**Bảng 3.1. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HIV với một số yếu tố cá nhân**

Nội dung		Đồng nhiễm HBV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Giới tính	Nam							
	Nữ							
Nhóm tuổi	Dưới 19 tuổi							
	20-29 tuổi							
	30-39 tuổi							
	40-49 tuổi							
	Trên 50 tuổi							
Nghề nghiệp	Cán bộ							
	Công nhân							
	Học sinh, sinh viên							
	Làm ruộng							
	Tự do							
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn							
	Độc thân							
	Ly thân, góa							

Nhận xét:

**Bảng 3.2. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HCV/HIV với một số yếu tố cá nhân**

Nội dung		Đồng nhiễm HCV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Giới tính	Nam							
	Nữ							
Nhóm tuổi	Dưới 19 tuổi							
	20-29 tuổi							
	30-39 tuổi							
	40-49 tuổi							
	Trên 50 tuổi							
Nghề nghiệp	Cán bộ							
	Công nhân							
	Học sinh, sinh viên							
	Làm ruộng							
	Tự do							
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn							
	Độc thân							
	Ly thân, góa							

Nhận xét:

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HCV/HIV với một số yếu tố cá nhân**

Nội dung		Đồng nhiễm HBV/HCV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Giới tính	Nam							
	Nữ							
Nhóm tuổi	Dưới 19 tuổi							
	20-29 tuổi							
	30-39 tuổi							
	40-49 tuổi							
	Trên 50 tuổi							
Nghề nghiệp	Cán bộ							
	Công nhân							
	Học sinh, sinh viên							
	Làm ruộng							
	Tự do							
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn							
	Độc thân							
	Ly thân, góa							

Nhận xét:

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HIV với một số yếu tố hành vi**

Nội dung		Đồng nhiễm HBV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Thời gian tiêm chích	≤ 2 năm							
	2-5 năm							
	>5 năm							
Dùng chung BKT	Có dùng chung							
	Không dùng chung							
Số lượng bạn tình trong 12 tháng	1 bạn tình							
	Không có bạn tình							
	>1 bạn tình							
Sử dụng BCS	Có dùng thường xuyên							
	Không dùng thường xuyên							

Nhận xét:

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HCV/HIV với một số yếu tố hành vi**

Nội dung		Đồng nhiễm HCV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Thời gian tiêm chích	≤ 2 năm							
	2-5 năm							
	>5 năm							
Dùng chung BKT	Có dùng chung							
	Không dùng chung							
Số lượng bạn tình trong 12 tháng	1 bạn tình							
	Không có bạn tình							
	>1 bạn tình							
Sử dụng BCS	Có dùng thường xuyên							
	Không dùng thường xuyên							

Nhận xét:

**Bảng 3.6. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HCV/HIV với một số yếu tố hành vi**

Nội dung		Đồng nhiễm HBV/HCV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Thời gian tiêm chích	≤ 2 năm							
	2-5 năm							
	>5 năm							

Dùng chung BKT	Có dùng chung							
	Không dùng chung							
Số lượng bạn tình trong 12 tháng	1 bạn tình							
	Không có bạn tình							
	>1 bạn tình							
Sử dụng BCS	Có dùng thường xuyên							
	Không dùng thường xuyên							

Nhận xét:

**Bảng 3.7. Mối liên quan giữa đồng nhiễm HBV/HIV với tiêm phòng vắc xin viêm gan B**

Nội dung		Đồng nhiễm HBV/HIV				Tổng	p	OR
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Tiêm phòng vắc xin viêm gan B	Đã tiêm							
	Chưa tiêm							
	Không nhớ							

Nhận xét:

### **Dự kiến bàn luận**

Bàn luận theo kết quả và mục tiêu nghiên cứu

**4.1. Xác định tình trạng đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.**

**4.2. Phân tích một số yếu tố liên quan đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.**

### **Dự kiến kết luận**

Dựa trên kết quả nghiên cứu

- 1. Xác định tình trạng đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.**
- 2. Phân tích một số yếu tố liên quan đồng nhiễm viêm gan B, C ở bệnh nhân đang điều trị HIV/AIDS tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh năm 2026.**

**Dự kiến khuyến nghị**  
Dựa trên kết quả nghiên cứu

**Tài liệu tham khảo**

## Tiếng Việt

1. Báo sức khỏe và đời sống (2024), *Điều trị đồng nhiễm HIV và viêm gan B,C cần lưu ý gì?*, link truy cập <https://suckhoedoisong.vn/dieu-tri-dong-nhiem-hiv-va-viem-gan-b-c-can-luu-y-gi-169241127211017584.htm>, ngày truy cập 19/01/2026;
2. Bộ Y tế (2018), *Quyết định 2674/QĐ-BYT ngày 27/4/2018 về ban hành Hướng dẫn Quốc gia xét nghiệm HIV*;
3. Bộ Y tế (2019), *Quyết định 3310/QĐ-BYT ngày 29/7/2019 về việc Ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị viêm gan vi rút B*;
4. Bộ Y tế (2021), *Quyết định 5968/QĐ-BYT ngày 31/12/2021 về việc Ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS*;
5. Bộ Y tế (2021), *Quyết định 2855/QĐ-BYT ngày 25/09/2024 về việc Ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C*;
6. Bộ Y tế (2024), *Quyết định 3286/QĐ-BYT ngày 05/11/2024 về việc Ban hành kế hoạch điều trị viêm gan vi rút C ở người nhiễm HIV và người coshanhf vi nguy cơ cao giai đoạn 2024-2026*;
7. Bộ Y tế, *Hội nghị tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2024 và định hướng kế hoạch năm 2025*, link truy cập [https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset\\_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/hoi-nghi-tong-ket-hoat-ong-phong-chong-hiv-aids-nam-2024-va-inh-huong-ke-hoach-nam-2025](https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/hoi-nghi-tong-ket-hoat-ong-phong-chong-hiv-aids-nam-2024-va-inh-huong-ke-hoach-nam-2025), ngày truy cập 04/9/2025;
8. Công cụ hỗ trợ trích dẫn và phân tích khoa học Việt Nam ScholarHub, đồng nhiễm là gì? Các nghiên cứu khoa học về đồng nhiễm, link truy cập <https://scholarhub.vn/topic/%C4%91%E1%BB%93ng%20nh%E1%BB%85m>, ngày truy cập 30/12/2025;
9. Cục phòng chống HIV/AIDS, *Cục Phòng, chống HIV/AIDS tổ chức Hội nghị tổng kết công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2023*, link truy cập <https://vaac.gov.vn/cuc-phong-chong-hiv-aids-to-chuc-hoi-nghi-tong-ket-cong-tac-phong-chong-hiv-nam-2023.html>, ngày truy cập 04/09/2025;
10. Nguyễn Hùng Cường và cộng sự, “Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm HIV và đồng nhiễm HBV, HCV trên các đối tượng được xét nghiệm HIV tại Bệnh viện Quân Y

103 từ 01/2017 đến 12/2023”. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, 66(1).  
<https://doi.org/10.52163/yhc.v66i1.1923>;

11. Đại học Y Hà Nội (2006), *Miễn dịch học*, Nhà xuất bản Y học, trang 15-17;

12. Đại học Y Hà Nội (2007), *Vi sinh Y học*, Nhà xuất bản Y học; trang 313-319, 353- 373;

13. Lê Đăng Hà, Đại học Y Hà Nội (2017), *Bệnh học truyền nhiễm và nhiệt đới*, Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật, trang 152-158;

14. Nguyễn Tiến Hòa (2013), “ Nghiên cứu tình trạng nhiễm Hiv,HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010”, Thư viện Quốc gia Việt Nam, trang 4-16.

15. Quốc hội (2007), *Luật số 03/QH12 ngày 21/11/2007 Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm*;

16. Quốc hội (2025), *Luật số 114/QH15 ngày 10/12/2025 Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm*;

17. Quách Kim Ứng và cộng sự (2020), “ Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ các bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HBV tại một số địa phương ở thành phố Hồ Chí Minh”. *Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam*, số 01 (37)- 2022, trang 20-26;

18. Thủ tướng chính phủ (2020), *Quyết định số 1246/QĐ - TTg ngày 14/8/2020 phê duyệt Chiến lược quốc gia chấm dứt dịch AIDS vào năm 2030*;

19. Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Bắc Ninh số 1 (2025), *Báo cáo tổng kết công tác y tế dự phòng năm 2025, dự kiến chỉ tiêu kế hoạch năm 2026 trên địa bàn tỉnh Bắc Ninh*;

20. Đoàn Thu Trà và cộng sự (2016), “Nghiên cứu đồng nhiễm viêm gan vi rút C và mối liên quan tới kết quả điều trị HIV phác đồ bậc 2 tại Hà Nội. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v530i1.6612>;

21. Đinh Mai Vân và cộng sự (2020), “ Nghiên cứu thực trạng nhiễm vi rút viêm gan B,C và HIV ở bệnh nhân điều trị Methadone tại Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Ninh. *Tạp chí truyền nhiễm Việt Nam số 01 (45)- 2024*, trang 75-80;

22. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2010), Virus Y học, Nhà xuất bản Y học, trang 205- 221;

### **Tiếng Anh**

23. Jia Jingya, Zhu Q, Deng L, et al ( 2018). “Treatment outcomes of HIV patients with hepatitis B and C virus co-infections in Southwest China: an observational cohort study”. *Infect Dis Poverty*. 2022;11(1):7. Doi: 10.1186/s40249-021-00921-5;

24. Riddhi Pradhan, Kirti Hemwani, Vidit Khandelwal, et.al. (2023), “A cross-sectional study on co-infection of hepatitis B and hepatitis C among people living with HIV/AIDS from a tertiary care hospital of Central India”, *Asian Journal of Medical Sciences*, vol. 14, no. 4, pp. 61-67;

25.L. B. Shrestha (2022), “ Co-infection of Hepatitis B and Hepatitis C among HIV-infected patients: A cross-sectional study from tertiary care hospital of eastern Nepal”, *PLOS ONE*, vol. 17, no. 3. Doi: [10.1371/journal.pone.0264791](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264791);

26. World Health Organization (2022), *Global health sector strategies 2022-2030*. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health-sector-strategies>, ngày truy cập 29/8/2025;

27. World Health Organization (2025), Hepatitis B. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>, ngày truy cập 23/7/2025;

28. World Health Organization (2025), Hepatitis c. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>, ngày truy cập 25/7/2025.

**MÃ SỐ :**

### **Phụ lục 1**

## **PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU**

**GIỚI THIỆU:** Tên tôi là.....Tôi làm việc tại.....  
Chúng tôi đang tiến hành nghiên cứu tình hình nhiễm viêm gan B, C. Tôi sẽ hỏi anh/chị một vài câu hỏi rất riêng tư. Các câu trả lời của anh/chị hoàn toàn được giữ bí

mật. Tên của anh/chị không được ghi vào trong bộ câu hỏi này, và sẽ không bao giờ được sử dụng để truy cứu bất kỳ thông tin nào mà anh/chị nói cho tôi biết. Anh/chị không phải trả lời bất kỳ câu hỏi nào mà anh/chị không muốn trả lời, và anh/chị có thể dừng cuộc phỏng vấn bất kỳ lúc nào. Tuy nhiên, các câu trả lời trung thực của anh/chị cho các câu hỏi này sẽ giúp chúng tôi hiểu rõ được tình hình nhiễm viêm gan B, C. Chúng tôi đánh giá cao sự giúp đỡ của anh/chị trong việc hưởng ứng nghiên cứu này. Cuộc phỏng vấn sẽ mất khoảng 15 phút để hỏi và trả lời các câu hỏi. Anh/chị có muốn biết thêm thông tin gì nữa không?"

Anh có đồng ý tham gia không?

Có → Tiếp tục hỏi phần sau

Không → **Cảm ơn và kết thúc**

01 Tên phỏng vấn viên: \_\_\_\_\_ *Chữ ký:*

02 Ngày phỏng vấn: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ 2026

03 Tên giám sát viên: \_\_\_\_\_ *Chữ ký:*

*Chữ ký của giám sát viên khẳng định đã kiểm tra phiếu phỏng vấn.*

### A. Phần phỏng vấn

TT	Câu hỏi	Mã	Nội dung	Ghi chú
A1	Tuổi của anh/chị?		Ghi rõ số tuổi:.....	Phỏng vấn
A2	Giới tính	1 2	Nam Nữ	Quan sát, nghe, xem hồ sơ
A3	Tình trạng hôn nhân của anh/ chị?	1 2 3	Đã kết hôn Chưa kết hôn Ly thân, góa.....	Phỏng vấn

A4	Nghề nghiệp hiện tại của anh/chị?	1 2 3 4 5	Cán bộ công chức, viên chức Công nhân Học sinh, sinh viên Làm ruộng Tự do	Phỏng vấn
A5	Nguy cơ nhiễm của anh/chị?	1 2 3 4	Đường máu:..... QHTD :..... Mẹ truyền sang con:.... Không rõ	Phỏng vấn
A6	Nhóm đối tượng nguy cơ cao	1 2 3 4 5 6	NCMT MSM PNBD Vợ/ chồng bạn tình người nhiễm Mẹ truyền sang con Không rõ	Phỏng vấn
A7	Thời gian tiêm chích ma túy của anh/ chị	1 2 3 4	Không tiêm < 2 năm 2-5 năm >5 năm	Phỏng vấn
A8	Anh/ chị có dùng chung bơm kim tiêm khi tiêm chích không?	1 2	Có Không	Phỏng vấn

A9	Anh/ chị có bao nhiêu bạn tình trong vòng 12 tháng?	1	Không	Phỏng vấn
		2	1	
		3	>1	
A10	Anh/ chị dùng bao cao su hoặc chất bôi trơn khi QHTD không	1	Có thường xuyên	Phỏng vấn
		2	Không thường xuyên	
A11	Anh/ chị có tiêm phòng vắc xin viêm gan B không	1	Có	Phỏng vấn
		2	Không	
		3	Không biết	

*Cuộc phỏng vấn đến đây là kết thúc – Xin cảm ơn anh/chị đã dành thời gian trả lời các câu hỏi. Anh/chị có điều gì muốn nói thêm với chúng tôi không?*

#### **B. Phần thu thập dữ liệu tại Hồ sơ bệnh án**

<b>TT</b>	<b>Câu hỏi</b>	<b>Mã</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Ghi chú</b>
B1	Tình trạng nhiễm HBV của anh/ chị	1	HBsAg dương tính	Thống kê tại hồ sơ lưu
		2	HBsAg âm tính	
B2	Tình trạng nhiễm HCV của anh/ chị	1	Anti- HCV dương tính	Thống kê tại hồ sơ lưu
		2	Anti-HCV âm tính	

### **KẾ HOẠCH TIẾN ĐỘ NGHIÊN CỨU**

<b>STT</b>	<b>Thời gian dự kiến</b>	<b>Nội dung công việc</b>
1	Tháng 1	Đăng kí và xây dựng đề cương nghiên cứu
2	Tháng 1-2	Bảo vệ Đề cương nghiên cứu
3	Tháng 3-7	Triển khai đánh giá thực tế tại cơ sở
4	Tháng 8-9	Hoàn thiện nghiên cứu và báo cáo

### **DỰ TRÙ KINH PHÍ NGHIÊN CỨU**

<b>STT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Diễn giải</b>	<b>Thành tiền</b>
------------	-----------------	------------------	-------------------

			<b>(VNĐ)</b>
1	Thu thập thông tin ban đầu	30.000đ/người/ngày x 1 người x 15 ngày	450.000
2	Chi phí đi lại	100.000đ/người/ngày x 1 người x 5 ngày	500.000
3	Điều tra thu thập số liệu	5000đ/phiếu x 350 phiếu	1750.000
4	In ấn	1000đ/trang x (50 tr đề cương + 70 tr báo cáo) x 5 quyển x 4 lần chỉnh sửa	2.400.000
5	<b>Tổng cộng</b>		<b>5.100.000</b>

*(Bằng chữ: Năm triệu một trăm nghìn đồng)*