

phần trước, phần giữa và phần sau của xương dưới cuốn mũi. Qua nghiên cứu này ghi nhận trên cơ sở thống kê đã tính toán giá trị 'p' là có ý nghĩa, tức là nó < 0,05 trong nhóm quá phát có nghĩa là chắc chắn có sự khác biệt về độ dày của cuốn mũi đối chứng và cuốn mũi quá phát bù trừ và cho thấy rằng cuốn mũi bên đối diện bị quá phát bù trừ đối diện với bên lệch vách ngăn trước. Bên cạnh đó, nghiên cứu này cũng cho thấy rằng xương quá phát phía trước nhiều hơn phía sau. Các độ dày xương ở nhóm quá phát đạt tối đa ở phần trước của cuốn mũi dưới tức là 1,81 mm so với 1,80 và 1,72 ở giữa và sau một phần của cuốn mũi dưới.

V. KẾT LUẬN

1. Niêm mạc phía trong phì đại tối đa so với xương và niêm mạc bên.
2. Chụp cắt lớp vi tính là một kỹ thuật không xâm lấn trong đánh giá thành phần giải phẫu của con vẹo cuốn mũi dưới và giúp quyết định loại phẫu thuật tạo hình cuốn mũi tùy thuộc vào loại quá phát.
3. Nên bổ sung phẫu thuật thu gọn cuốn mũi vào phẫu thuật tạo hình vách ngăn ở những trường hợp điều kiện làm giảm nghẹt mũi không đạt được như ý muốn của cả phẫu thuật viên và bệnh nhân hay đúng hơn là giảm nghẹt mũi sau phẫu thuật tạo hình vách ngăn thông thường do di chuyển vách ngăn về đường giữa.
4. Không chỉ thành phần niêm mạc tác động

phì đại mà cả xương cũng trải qua phì đại và làm tăng thêm sức cản của mũi ở phần trước của mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berger, G.; Hammel** (2000), I.; Berger, R.; Avraham, S. & Ophir, D. "Histopathology of the inferior nasal concha with compensatory hypertrophy in patients with deviated nasal septum". *Laryngoscope*, 111(12):2100--5, 2000. Casserius, J. Pentaesthesion. Venice, Italy, N. Misserinuon, 1609. pp.112-5
2. **Carlos Chiesa Estomba** (2015), "Compensatory hypertrophy of the contralateral inferior turbinate in patients with unilateral nasal septal deviation. A computed tomography study", *Otolaryngol Pol* ; 69 (2): 14-20
3. **Fairbanks, D. N**, "Snoring: surgical vs. nonsurgical management", *Laryngoscope*, 94(9):1188-92
4. **Haight** (1983), J. S. & Cole, P, "The site and function of the nasal valve". *Laryngoscope*, 93(1):49-55
5. **Lai, V. W. & Corey, J. P**, "The objective assessment of nasal patency", *Ear Nose Throat J.*, 72(6):395-400
6. **Li, K. K.** (1998), "Radiofrequency volumetric tissue reduction for treatment of turbinate hypertrophy: a pilot study" *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 119(6):569-73,
7. **Pratt, J. A** (2015), "Conservation of turbinates," *Trans. Am. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol.*, 20:136
8. **Seeger, J.; Zenev** (2003), "Bipolar radiofrequency- induced thermotherapy of turbinate hypertrophy. Pilot study and 20 months'follow up," *Laryngoscope*, 113(1):130-5

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY GAN CẤP TRÊN NỀN BỆNH GAN MẠN TÍNH (ACLF) Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2,3}, Lê Thị Lan⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính (ACLF) ở các bệnh nhân xơ gan mất bù sau viêm gan virus B điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 124 bệnh nhân xơ gan mất bù sau viêm

gan virus B. Thang điểm CLIF-C OFs của Hiệp hội gan mật châu Âu được sử dụng để phân độ ACLF. **Kết quả:** 22 bệnh nhân (17,7%) có ACLF lúc nhập viện và 24 bệnh nhân (19,4%) xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị. Tỷ lệ xuất hiện ACLF độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 1,6%; 19,4% và 16,1%. Kết quả phân tích đơn biến cho thấy hội chứng não gan, INR>2, nồng độ AST>80UI/L, ALT>80 UI/L, bilirubin TP > 102,5 µmol/L, cứ mỗi 1 điểm MELD-Na tăng thêm là các yếu tố liên quan đến xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị (p<0,05). Phân tích đa biến cho thấy, INR>2 (OR=5,018; p=0,036) là yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị. **Kết luận:** INR là yếu tố nguy cơ liên quan đến xuất hiện ACLF ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Cần có các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để tìm ra các yếu tố độc lập liên quan đến xuất hiện ACLF. **Từ khóa:** suy gan cấp trên nền bệnh gan mạn tính, ACLF, xơ gan mất bù, INR.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

⁴Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

SUMMARY**FACTORS RELATED TO ACUTE ON CHRONIC LIVER FAILURE (ACLF) IN DECOMPENSATED CIRRHOSIS PATIENTS TREATED AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES**

Objective: To assess the rate and the factors related to acute-on-chronic liver failure (ACLF) in patients with decompensated cirrhosis treated at National Hospital for Tropical Diseases. **Methods:** Cross-sectional, descriptive study in 124 patients diagnosed with decompensated cirrhosis due to chronic HBV infection. The EASL CLIF-C OFs score was used to signify ACLF grades. **Result:** 22 patients (17.7%) demonstrated ACLF at the time of admission and 24 patients (19.4%) developed ACLF during the follow-up period of their hospitalization. The prevalence of ACLF grade 1, grade 2 and grade 3 was 1.6%, 19.4%, and 16.1%, respectively. Univariate regression analysis showed that, hepatic encephalopathy, INR>2, AST>80UI/L, ALT>80 UI/L, total bilirubin > 102.5 $\mu\text{mol/L}$, MELD-Na 1 point increment were associated with the development of ACLF in cirrhosis patients during hospitalization ($p<0.05$). The result of multivariate regression analysis found that INR > 2 (OR = 5.018; $p = 0.036$) was an independent factor associated with the occurrence of ACLF during hospitalization. **Conclusion:** INR was the risk factor related to ACLF in decompensated cirrhosis patients. Further research with larger sample sizes is needed for determining the independent factors associated with ACLF.

Keywords: acute-on-chronic liver failure, ACLF, decompensated cirrhosis, INR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV) mạn vẫn là gánh nặng sức khỏe toàn cầu, ảnh hưởng đến 257 triệu người và dẫn đến 900 nghìn ca tử vong trên toàn thế giới vào năm 2015. Hầu hết các trường hợp tử vong do HBV đều liên quan đến các biến chứng của xơ gan.¹ Ở Việt Nam, ước tính có 7,8 triệu người nhiễm HBV, trong số đó có 10% được chẩn đoán và 30% số đã chẩn đoán được tiếp cận điều trị.²

Suy gan cấp trên nền viêm gan B mạn tính (ACLF, Acute on chronic liver failure) là bệnh gan giai đoạn cuối thường gặp trong thực hành lâm sàng, xảy ra ở bệnh nhân viêm gan B mạn hoặc xơ gan do viêm gan B.³ Theo hiệp hội nghiên cứu bệnh gan Hoa Kỳ (AASLD), ACLF được định nghĩa là sự suy giảm cấp tính của bệnh gan đã có từ trước sau một yếu tố thúc đẩy và liên quan đến tăng tỉ lệ tử vong ngắn hạn vì suy đa tạng.⁴ ACLF có thể phát triển ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh, từ xơ gan còn bù đến xơ gan mất bù và có thể liên quan đến các yếu tố khởi phát trong hoặc ngoài gan.⁵ Tỉ lệ ACLF khác nhau tùy từng khu vực, chiếm khoảng 20-

35% bệnh nhân xơ gan mất bù nhập viện.

Cho đến nay vẫn chưa có đồng thuận quốc tế chính thức về chẩn đoán ACLF, do đó các dữ liệu về dịch tễ học, các yếu tố thúc đẩy, yếu tố tiên lượng tử vong của ACLF ở những bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính và xơ gan còn hạn chế. Trong hai nghiên cứu hồi cứu, ACLF xảy ra ở khoảng 30% bệnh nhân xơ gan do viêm gan virus B có mất bù cấp.^{6,7} Một nghiên cứu khác được thực hiện tại thành phố phía Đông Trung Quốc ước tính tỉ lệ mắc ACLF trong vòng 10 năm là 2,53/100.000 dân mỗi năm.⁸ Tỉ lệ tử vong trong vòng 28 ngày của ACLF sau viêm gan virus B mạn tính khá cao, từ 40-50% tùy thuộc vào tiêu chí chẩn đoán.^{6,7}

Tại Việt Nam vẫn còn ít các nghiên cứu về ACLF. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ ACLF và một số yếu tố liên quan đến xuất hiện ACLF ở người bệnh xơ gan mất bù điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán xơ gan mất bù, điều trị nội trú tại bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương từ tháng 06/2020 đến tháng 05/2021.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân có đủ 2 tiêu chuẩn sau đây:

(1) Được chẩn đoán nhiễm HBV mạn trước đó theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virus B của Bộ y tế năm 2019⁹

(2) Được chẩn đoán xơ gan mất bù theo tiêu chuẩn của Hội gan mật châu Âu năm 2018¹⁰ khi có một trong các biểu hiện sau: Bụng có dịch ổ chướng; Bệnh não gan cấp tính; Xuất huyết tiêu hóa cấp tính; Tiền sử đã từng bị xơ gan mất bù.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Đồng nhiễm HBV với HIV và/hoặc HCV; (2) Có bệnh mạn tính đã được chẩn đoán trước đó và đang dùng thuốc điều trị suy thận, suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bạch cầu cấp; (3) Có ung thư gan; (4) Có tiền sử nghiện rượu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu:

- Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng lúc nhập viện và trong quá trình điều trị, được theo dõi trong vòng 28 ngày sau nhập viện.

- ACLF được phân thành các mức độ theo thang điểm CLIF-C OFs của Hội Gan mật châu Âu:

+ Không có ACLF: không suy tạng hoặc suy 1 tạng có kèm theo creatinin <132,6 $\mu\text{mol/L}$ và

không có hội chứng não gan, hoặc hội chứng não gan giai đoạn 3,4 kèm theo creatinine <132,6 μmol/L;

+ ACLF mức độ 1: bệnh nhân có 1 trong các tiêu chí suy thận hoặc suy 1 tạng ngoài thận (gan, hô hấp, tuần hoàn, rối loạn đông máu) có kèm theo creatinine 132,6- <176 μmol/L và/hoặc hội chứng não gan giai đoạn 1, 2 hoặc hội chứng não gan giai đoạn 3, 4 có kèm theo creatinine 132,6- <176 μmol/L.

+ ACLF mức độ 2: có 2 tạng suy

+ ACLF mức độ 3: suy ≥ 3 tạng.

- Theo thang điểm CLIF-C OFs, suy tạng được định nghĩa như sau:

Điểm	1	2	3
Bilirubin toàn phần (μmol/L)	<102,5	102,5-205	>205*
Creatinine (μmol/L)	<176	176-306*	>306 hoặc điều trị thay thế thận*
	132,6- <176**		
Phân độ West Haven	0	I-II**	III-IV*
INR	<2	2-<2,5	≥2.5*
HATB mmHg	≥70	<70	Vận mạch*
PaO ₂ /FiO ₂ hoặc SpO ₂ / FiO ₂	>300	200-300	≤200*
	>357	214-357	≤214*

*tạng bị suy, **tạng bị rối loạn chức năng

- Tiến triển trong quá trình điều trị

+ Đỡ giảm: bệnh cải thiện nhưng chưa khỏi hoàn toàn về mặt lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng

+ Nặng xin về: bệnh nhân diễn biến xấu đi, xin về do tình trạng bệnh quá nặng

+ Không thay đổi: các triệu chứng lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng không thay đổi giữa lúc vào và lúc ra viện

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Sử dụng phép hồi quy logistic đơn biến và đa biến so sánh các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện của nhóm bệnh nhân xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị với nhóm không có ACLF để tìm ra yếu tố liên quan đến xuất hiện ACLF.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương phê duyệt theo quyết định số 20A/HĐĐĐ-NĐTU, ngày 06 tháng 10 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 124 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 54,5 ± 11,4 tuổi (22 đến 77 tuổi), 89 nam

(71,8%) và 35 nữ (28,2%).

Bảng 3.1: Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=124)	Tỉ lệ (%)
Tiền sử		
Có dùng thuốc nam trước khi nhập viện	46	37,1
Có dùng hoá chất hoặc thuốc ức chế miễn dịch	7	5,6
Thời gian phát hiện nhiễm HBV		
Dưới 1 năm	47	37,9
1-2 năm	7	5,6
2-5 năm	24	19,4
Trên 5 năm	46	37,1
Điều trị kháng virus		
Chưa từng điều trị	66	53,2
Điều trị ≥ 6 tháng	19	15,4
Điều trị < 6 tháng	4	3,2
Đã điều trị và bỏ thuốc	35	28,2
Kết quả điều trị		
Đỡ, giảm	75	60,5
Nặng xin về	38	30,6
Không thay đổi	11	8,9

Nhận xét: - Có 53,2% bệnh nhân chưa từng điều trị thuốc kháng virus viêm gan B và 28,2% ngừng thuốc kháng virus.

- Sau quá trình điều trị có 30,6% bệnh nhân nặng xin về.

Bảng 3.2: Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khi nhập viện

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=124)	Tỉ lệ (%)
Sốt		
	33	26,6
Các biểu hiện lâm sàng chính		
Xuất huyết tiêu hoá	3	2,4
Cổ trướng	79	63,7
Hội chứng não gan	26	21,0
Nhiễm khuẩn	33	26,6
Hoàng đả	93	75,0
Phù chi	69	55,6
Bạch cầu máu (G/L)		
Bình thường (4-10)	80	64,5
Tăng (> 10)	27	21,8
Giảm (< 4)	17	13,7
Tiểu cầu máu (G/L)		
Bình thường (> 150)	19	15,3
Giảm (< 150)	105	84,7
INR		
Bình thường (< 1,23)	12	9,7
Tăng nhẹ (1,23-<2)	66	53,2
Tăng vừa (2-<2,5)	21	16,9
Tăng cao (≥ 2,5)	25	20,2
Tải lượng HBV DNA (copies/ml)		
< 10 ³	25	20,2

10 ³ – 10 ⁸	76	61,3
> 10 ⁸	23	18,5
Nồng độ AST		
Bình thường (≤ 40)	3	2,4
Từ >40 đến 200	72	58,1
Tăng >200	49	39,5
Nồng độ ALT		
Bình thường (≤ 40)	26	21,0
Từ >40 đến 200	58	46,7
Tăng >200	40	32,3
Nồng độ Bilirubin		
Bình thường (≤ 17)	7	5,6
Tăng nhẹ (>17-102,5)	50	40,4
Tăng vừa (>102,5-205)	20	16,1
Tăng cao (> 205)	47	37,9
Natri máu		
Bình thường (135-145)	60	48,8
Giảm nhẹ (130-< 135)	31	25,2
Giảm vừa (120-<130)	29	23,6
Giảm nặng (≤120)	3	2,4

Nhận xét: - Có 83,1% bệnh nhân giảm tiểu cầu; 21,8% có bạch cầu tăng cao khi nhập viện.

- Hầu hết có tăng bilirubin toàn phần, trong đó 54% có Bilirubin > 102,5 μmol/L. Có 97,6% bệnh nhân có tăng AST và 79% có tăng ALT.

- Có 51,2% bệnh nhân có nồng độ Natri trong máu giảm và 79,8% bệnh nhân có HBV DNA > 10³copies/ml.

Bảng 3.3. Tỷ lệ xuất hiện và phân mức độ ACLF trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xuất hiện ACLF	ACLF lúc nhập viện	22	17,7
	ACLF trong quá trình điều trị	24	19,4
	Không có ACLF	78	62,9
Mức độ ACLF	Độ 1	2	1,6
	Độ 2	24	19,4
	Độ 3	20	16,1

Nhận xét: Tỷ lệ ACLF chung của nhóm nghiên cứu là 37,1%. Tỷ lệ xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị là 19,4%. Phần lớn bệnh nhân có ACLF là độ 2 và 3.

Bảng 3.4. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện ACLF trong quá trình điều trị (phân tích hồi quy logistic đơn biến)

Biến	OR	95% CI	p
Giới nam	2,8	0,87-9,01	0,084
Tuổi >50	0,52	0,199-1,388	0,173
Có nhiễm khuẩn	2,39	0,937-6,101	0,068
Cổ trướng	0,23	0,082-0,645	0,005
Hội chứng não gan	8,53	3,04-23,93	0,000
Xuất huyết tiêu hóa	5,43	0,85-34,64	0,074
Creatinine >132,6 μmol/L	3,35	0,201-55,644	0,399

Bạch cầu (+ 1 G/L)	1,24	1,075-1,421	0,003
Tiểu cầu < 50 G/L	2,63	0,31-22,15	0,374
INR >2	12,18	4,21-35,21	0,000
AST>80 UI/L	10,22	1,3-80,13	0,027
ALT>80 UI/L	11,2	3,07-40,8	0,000
Bilirubin TP >102,5 μmol/L	11,83	3,24-43,14	0,000
Natri < 125 mmol/L	1,14	0,113-11,477	0,914
MELD-Na (+ 1 điểm)	1,34	1,14-1,477	0,000

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy hội chứng não gan, INR>2, nồng độ AST>80UI/L, ALT>80 UI/L, bilirubin TP > 102,5 μmol/L, cứ mỗi 1 điểm MELD-Na tăng thêm là các yếu tố có liên quan đến sự xuất hiện ACLF ở bệnh nhân xơ gan mất bù.

Bảng 3.5. Các yếu tố liên quan đến xuất hiện ACLF (phân tích hồi quy logistic đa biến)

Biến số	OR	95% CI	p
Cổ trướng	1,103	0,212-5,379	0,907
INR>2	5,018	1,112-22,635	0,036
MELD-Na (+ 1 điểm)	1,183	0,966-1,450	0,104
Bạch cầu (+ 1 G/L)	1,083	0,892-1,316	0,42
Bilirubin TP >102,5 μmol/L	0,418	0,042-4,177	0,46
AST>80 UI/L	3,122	0,21-46,336	0,41
ALT>80 UI/L	4,684	0,88-24,937	0,07
Hội chứng não gan	4,065	0,804-20,546	0,09

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến cho thấy giá trị INR > 2 là yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến sự xuất hiện ACLF.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ xuất hiện ACLF. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi thu nhận được 124 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, trong số đó có 22 bệnh nhân (17,7%) xơ gan mất bù có biểu hiện ACLF ngay tại thời điểm nhập viện. Trong số 102 bệnh nhân xơ gan mất bù còn lại được theo dõi quá trình điều trị có thêm 24 bệnh nhân (19,4%) tiến triển ACLF. Các biểu hiện ACLF đều xuất hiện trong vòng 28 ngày sau khi nhập viện. Như vậy, tính chung trong nghiên cứu này, tỷ lệ mắc ACLF là 37,1% trong số các bệnh nhân xơ gan mất bù, tỷ lệ xuất hiện mới ACLF trong quá trình nằm viện là 19,4%. Nghiên cứu của Hai Li và cộng sự⁷ trên 890 bệnh nhân xơ gan do HBV có mất bù cấp nhập viện cho thấy, tỷ lệ mắc ACLF là 33,7%, trong đó 27,4% bệnh nhân có ACLF ngay tại thời điểm nhập viện và 6,3% bệnh nhân tiến triển ACLF trong vòng 28 ngày sau nhập viện. Nghiên cứu của Tianzhou Wu và cộng sự¹¹ trên 1202 bệnh nhân viêm gan B mạn có tổn thương gan nặng và 120 bệnh nhân xơ gan mất bù cấp không do HBV thì tỷ lệ ACLF ở nhóm

bệnh nhân viêm gan B mạn là 30,2% và ở nhóm xơ gan mất bù cấp là 23,3%.

Trong số các bệnh nhân có ACLF, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các bệnh nhân có biểu hiện ACLF độ 2 và độ 3. Nghiên cứu của Hai Li và cộng sự cũng cho kết quả đa số bệnh nhân là ACLF độ 2 chiếm ưu thế (49%), ACLF độ 1 chiếm tỉ lệ thấp nhất 18,3%⁷. Trong khi đó, nghiên cứu CANONIC¹² trên 1343 bệnh nhân xơ gan do các nguyên nhân khác nhau (viêm gan C, rượu...) lại cho thấy ACLF độ 1 chiếm ưu thế với tỉ lệ 48,8%, tiếp theo là ACLF độ 2 chiếm 35,7%, chỉ có 15,5% bệnh nhân ACLF độ 3; có 81,8% bệnh nhân ACLF độ 1 trong nghiên cứu này có tổn thương thận (gồm 41,8% bệnh nhân suy thận, 40,7% bệnh nhân rối loạn chức năng thận). Các bệnh nhân trong nghiên cứu CANONIC chủ yếu là xơ gan do rượu (48,6%) có yếu tố thúc đẩy chính ACLF là nhiễm khuẩn, do đó tỉ lệ tổn thương thận ở xơ gan rượu có thể cao hơn so với các nhóm ACLF do nguyên nhân khác. Nghiên cứu của Hai Li cũng cho nhận xét tương tự, trên những bệnh nhân có yếu tố thúc đẩy là nhiễm trùng hoặc lạm dụng rượu thì tỉ lệ suy thận cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở bệnh nhân ACLF do các yếu tố thúc đẩy khác với $p < 0,001$ ⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh các bệnh nhân có ACLF và không ACLF chúng tôi bước đầu nhận thấy các bệnh nhân HBV-ACLF tỉ lệ bệnh nhân có tái hoạt động của virus viêm gan B do bỏ thuốc kháng virus viêm gan B ở nhóm ACLF cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có ACLF, có thể gợi ý đây là yếu tố thúc đẩy ACLF.

4.2. Các yếu tố liên quan đến sự xuất hiện ACLF ở bệnh nhân xơ gan. Kết quả phân tích đơn biến trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hội chứng não gan, $INR > 2$, nồng độ $AST > 80 \text{ UI/L}$, $ALT > 80 \text{ UI/L}$, bilirubin $TP > 102,5 \mu\text{mol/L}$, cứ mỗi 1 điểm MELD-Na tăng thêm là các yếu tố có liên quan đến sự xuất hiện ACLF, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau khi đưa vào mô hình phân tích hồi quy đa biến các yếu tố khác biệt trên, kết quả nghiên cứu chỉ ra chỉ số $INR > 2$ ($OR = 5,018$, $p = 0,036$), là yếu tố độc lập liên quan đến sự xuất hiện ACLF ở các bệnh nhân xơ gan mất bù. Nghiên cứu của Shan YIN và cộng sự cho thấy các yếu tố liên quan đến ACLF ở bệnh nhân xơ gan có đợt mất bù cấp do HBV là nhiễm khuẩn ($OR=3,61$), xuất huyết tiêu hóa ($OR=0,36$). Trong khi đó nghiên cứu của Zhujun Cao và cộng sự cho thấy nồng độ Natri và điểm MELD ở thời điểm nhập viện là hai yếu tố nguy cơ độc

lập dẫn đến sự xuất hiện ACLF. Kết quả của một bài báo của chúng tôi phân tích trên cùng nhóm bệnh nhân này cho thấy, nhóm ACLF có tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện nhiễm khuẩn đồng thời và tỉ lệ bệnh nhân bỏ thuốc kháng virus cao hơn đáng kể so với nhóm không có ACLF. Tuy nhiên khi đưa vào mô hình phân tích hồi quy trong nghiên cứu này chúng tôi chưa thấy rõ vai trò tiên lượng độc lập của các yếu tố này, có lẽ do số lượng mẫu nghiên cứu còn nhỏ. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu rõ hơn về các yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến ACLF ở bệnh nhân xơ gan mất bù sau nhiễm virus viêm gan B.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ ACLF là 37,1% và $INR > 2$ là yếu tố độc lập liên quan đến ACLF ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Cần có các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để tìm ra các yếu tố độc lập liên quan đến sự xuất hiện ACLF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nayagam S, Thursz M, Sicuri E, et al.** Requirements for global elimination of hepatitis B: a modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(12):1399-1408. doi:10.1016/S1473-3099(16)30204-3
- Đầu tư để loại trừ viêm gan là một hành động thông minh.** Accessed March 16, 2021. <https://www.who.int/vietnam/vi/about/head-of-who-office/actions-to-eliminate-hepatitis-are-a-smart-investment>.
- Zhao RH, Shi Y, Zhao H, Wu W, Sheng JF.** Acute-on-chronic liver failure in chronic hepatitis B: an update. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2018;12(4):341-350. doi:10.1080/17474124.2018.1426459
- Olson JC, Wendon JA, Kramer DJ, et al.** Intensive care of the patient with cirrhosis. *Hepatology.* 2011;54(5):1864-1872. doi:10.1002/hep.24622
- Arroyo V, Moreau R, Kamath PS, et al.** Acute-on-chronic liver failure in cirrhosis. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16041. doi:10.1038/nrdp.2016.41
- Shi Y, Yang Y, Hu Y, et al.** Acute-on-chronic liver failure precipitated by hepatic injury is distinct from that precipitated by extrahepatic insults. *Hepatology.* 2015;62(1):232-242. doi:10.1002/hep.27795
- Li H, Chen LY, Zhang NN, et al.** Characteristics, Diagnosis and Prognosis of Acute-on-Chronic Liver Failure in Cirrhosis Associated to Hepatitis B. *Sci Rep.* 2016;6:25487. doi:10.1038/srep25487
- Qin G, Shao JG, Zhu YC, et al.** Population-representative Incidence of Acute-On-Chronic Liver Failure: A Prospective Cross-Sectional Study. *J Clin Gastroenterol.* 2016;50(8):670-675. doi:10.1097/MCG.0000000000000538.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ ARV CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ THỊ XÃ MƯỜNG LAY, TỈNH ĐIỆN BIÊN NĂM 2022

Nguyễn Văn Cao¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú thị xã Mường Lay, tỉnh Điện Biên năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 194 người bệnh HIV/AIDS đang điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú Trung tâm y tế thị xã Mường Lay tỉnh Điện Biên từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh tuân thủ điều trị ARV ở mức tốt là 47,9%; trong đó 99% uống đúng thuốc, 96,4% uống đúng số lần trong ngày và 95,4% uống đúng thời điểm quy định. **Kết luận:** Thực trạng tuân thủ tốt điều trị ARV của người nhiễm HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú thị xã Mường Lay, tỉnh Điện Biên năm 2022 ở mức trung bình. **Từ khóa:** tuân thủ điều trị ARV, người bệnh nhiễm HIV/AIDS, ngoại trú

SUMMARY

CURRENT STATUS OF ARV TREATMENT ADHERENCE AMONG PEOPLE WITH HIV/AIDS AT THE OUTPATIENT CLINIC IN MUONG LAY TOWN, DIEN PROVINCE IN 2022

Objectives: Assessing adherence to ARV treatment of people with HIV/AIDS at the outpatient clinic of Muong Lay town, Dien Bien province in 2022. **Methods:** Cross-sectional descriptive study on 194 people with HIV/AIDS receiving ARV treatment at the outpatient clinic of Muong Lay Town Medical Center, Dien Bien province from January 2022 to December 2022. **Results:** The rate of patients with good adherence to ARV treatment was 47.9%. Among subjects with good treatment compliance, 99% took the correct medication, 96.4% took the medication the correct number of times a day and 95.4% took it at the prescribed time. **Conclusion:** The status of good adherence to ARV treatment among people with HIV/AIDS at the outpatient clinic in Muong Lay town, Dien Bien province in 2022 was at an average level.

Keywords: adherence to ARV treatment, patients with HIV/AIDS, outpatients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu báo cáo của tổ chức UNAIDS từ khi bắt đầu dịch bệnh đến năm 2022 có 85,6 triệu người đã bị nhiễm virus HIV và khoảng 40,4 triệu người đã chết vì HIV [1]. Trên toàn cầu đến cuối năm 2022 có 39,0 triệu người đang sống chung với HIV, có 630.000 người chết vì

các bệnh có liên quan đến HIV. Ước tính có khoảng 0,7% người trưởng thành trong độ tuổi 15–49 trên toàn thế giới đang sống chung với HIV, mặc dù gánh nặng của dịch bệnh vẫn có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia và khu vực [1]. Tại Việt Nam tính đến tháng 10-2022 cả nước có 220.580 người nhiễm HIV hiện đang còn sống và 112.368 người nhiễm HIV đã tử vong [2].

Hiện nay mặc dù y học chưa thể chữa khỏi bệnh HIV/AIDS hoàn toàn nhưng có thể kiểm soát lượng virus, ngăn ngừa lây truyền và kéo dài cuộc sống cho những người nhiễm HIV bằng việc sử dụng thuốc kháng virus (ARV). Trên thế giới, có hơn 17 triệu người sống chung với HIV đã được điều trị bằng ARV [3]. Theo báo cáo của Cục Phòng chống HIV/AIDS tính đến năm 2022 về công tác điều trị HIV/AIDS: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị bằng thuốc ARV có tải lượng vi rút dưới ngưỡng ức chế đạt tới 96% và Việt Nam là một trong số ít các quốc gia đạt được tỷ lệ này [3]. Bắt đầu điều trị ARV sớm nên được cung cấp cho những người sống chung với HIV sau khi được chẩn đoán nhiễm HIV và đánh giá lâm sàng và bắt đầu điều trị ARV nên được cung cấp ngay trong ngày cho những người sẵn sàng bắt đầu [1]. Để cải thiện sức khỏe cho người nhiễm HIV thì cần phải dùng thuốc điều trị suốt đời tuy nhiên nếu người bệnh sử dụng thuốc không liên tục, không đúng quy định hướng dẫn, không đúng cách thì điều trị có thể thất bại do virus kháng lại thuốc. Do đó việc tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS có vai trò quan trọng quyết định bởi sẽ ngăn chặn tối đa và lâu dài quá trình nhân lên của HIV trong cơ thể, phục hồi chức năng miễn dịch. Vì vậy để đạt được mục đích, tuân thủ điều trị ARV theo hướng dẫn của Cán bộ y tế phòng khám là điều cần thiết với $\geq 95\%$ mức độ tuân thủ ARV được yêu cầu [2].

Điện Biên là một tỉnh miền núi biên giới thuộc vùng Tây Bắc của Tổ quốc, tính đến 31/12/2021 lũy tích các trường hợp nhiễm HIV là 7610 trường hợp. Thị xã Mường Lay số lượng lũy tích có 565 người, lũy tích tử vong 353 người, 3/3 xã, phường có người nhiễm HIV, tuy nhiên công tác phòng chống HIV/AIDS ở thị xã Mường Lay còn gặp nhiều khó khăn, kiến thức của người dân về phòng, chống HIV/AIDS rất hạn chế; nguy cơ lây nhiễm HIV ở người dân là rất lớn. Với những lý do này, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá tuân thủ điều trị ARV của*

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Cao
Email: caorang1985@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.4.2024
Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024
Ngày duyệt bài: 3.7.2024