

- at End of Life: A Systematic Review. *J Palliat Med.* 2023;26(5). doi:10.1089/jpm.2022.0311
- Hui D, Maddocks M, Johnson MJ, et al.** Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open.* 2020;5(6): e001038. doi:10.1136/esmoopen-2020-001038
 - Bộ Y tế.** Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ (Ban hành kèm theo Quyết định số 183/QĐ-BYT ban hành ngày 25/01/2022). Published online 2022.
 - Nguyễn Thị Mỹ Ngân.** Đánh giá hiệu quả của Morphine trong điều trị khó thở ở bệnh nhân ung thư tại khoa chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện ung bướu TP.HCM, 2021. Luận Văn Tốt Nghiệp Bác Sĩ Nội Trú Trường Đại Học Khoa Phạm Ngọc Thạch.
 - Lại Phú Thái Sơn.** Đánh giá hiệu quả của Morphine liều nhỏ trong điều trị khó thở cho bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối. Luận Văn Thạc Sĩ Học Trường Đại Học Hà Nội. Published online 2013.
 - Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Broadley K.** Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD002066. doi:10.1002/14651858.CD002066
 - Ekström MP, Abernethy AP, Currow DC.** The management of chronic breathlessness in patients with advanced and terminal illness. *BMJ.* 2015;350:g7617. doi:10.1136/bmj.g7617
 - Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R.** Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, ed. Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2019(7). doi:10.1002/14651858.CD011008.pub2
 - Takagi Y, Sato J, Yamamoto Y, et al.** Opioids for the management of dyspnea in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Oncol.* 2023;28(8):999. doi:10.1007/s10147-023-02362-6

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KIỂU GEN VI RÚT CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C MẠN TÍNH NĂM 2021-2024

Phạm Minh Trung¹, Trịnh Văn Sơn², Đỗ Thị Lệ Quyên¹, Nguyễn Hoàng Thành¹, Nguyễn Thị Huyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kiểu gen đối tượng người bệnh viêm gan vi rút C. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 40 đối tượng người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính, đa trung tâm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân Y 103 từ tháng 1/2021-3/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh đạt $57,5 \pm 13,3$ tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số (77,5%). 80% người đi khám vì mệt mỏi. Ung thư, tăng huyết áp là hai bệnh kèm theo thường gặp nhất (30% và 17,5%). Kết quả men gan ALT 162,0 IQR (81,0-852,0) U/l, AST 105,0 IQR (47,0-432,0) U/l, GGT 193,0 IQR (120,0-373,0) U/l. Chỉ số Billirubin TP 18,0 IQR (11,0-96,0) $\mu\text{mol/l}$, billirubin TT 6,0 IQR (4,0-63,0) $\mu\text{mol/l}$. Tải lượng vi rút viêm gan C 1.150.000 copies/ml, IQR (221.000-7.342.500) copies/ml. Đa số kiểu gen vi rút viêm gan C là kiểu gen 6 (47,1%), kiểu gen 1 (35,3%). **Kết luận:** Người bệnh chủ yếu là nam giới, trong đó đa số trong nhóm độ tuổi từ 46-75 tuổi. Các chỉ số enzym gan (AST, ALT, GGT) và chỉ số Billirubin TP/TT đều vượt quá ngưỡng bình thường. Kiểu gen Vi rút viêm gan C thường gặp là gen 1 và gen 6. **Từ khóa:** Viêm gan, Vi rút viêm gan C, mạn tính, kiểu gen.

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Trung

Email: minhtrungbv121@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS, VIRUS GENOTYPES OF PEOPLE WITH CHRONIC HEPATITIS C VIRUS IN 2021-2024

Objective: The study aims to evaluate the clinical, paraclinical characteristics, and genotypes of patients with hepatitis C virus. **Research design:** Cross-sectional descriptive study combining retrospective and prospective on 40 patients with hepatitis C virus, multicenter at Central Military Hospital 108 and Military Hospital 103 from January/2021-3/2024. **Results:** The average age of patients was 57.5 ± 13.3 years old, of which men accounted for the majority (77.5%). 80% of people go to the doctor because of fatigue. Cancer with hypertension being the two most common comorbidities (30% and 17.5%). Liver enzyme results ALT 162.0 IQR (81.0-852.0) U/l, AST 105.0 IQR (47.0-432.0) U/l, GGT 193.0 IQR (120.0- 373.0) U/l. Billirubin TP index 18.0 IQR (11.0-96.0) $\mu\text{mol/l}$, billirubin TT 6.0 IQR (4.0-63.0) $\mu\text{mol/l}$. Hepatitis C virus load 1,150,000 copies/ml, IQR (221,000-7,342,500) copies/ml. The majority of hepatitis C virus genotypes are genotype 6 (47.1%), genotype 1 (35.3%). **Conclusion:** Mainly men, with the majority in the age group of 46-75 years old. Liver enzyme indexes (AST, ALT, GGT) and Billirubin TP/TT index all exceeded the normal threshold. The most common hepatitis C virus genotypes are gene 1 and gene 6.

Keywords: Hepatitis, Hepatitis C virus, chronic, genotype

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan vi rút C là bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan C (HCV-Hepatitis C virus) gây nên, lây truyền qua đường máu và là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến xơ gan, ung thư biểu mô tế bào gan và tử vong. Năm 2019, trên toàn thế giới ước tính có 71 triệu người nhiễm vi rút viêm gan C mạn. Tại Việt Nam tỉ lệ từ 1 - 4% (tương đương 1 triệu người nhiễm virus viêm gan C mạn) [6]. Diễn biến tự nhiên của bệnh khoảng 50 đến 85% trường hợp viêm gan C cấp chuyển thành viêm gan C mạn. Khoảng 5 đến 30% những người viêm gan C mạn phát triển thành xơ gan và tử vong sau khoảng 20 đến 30 năm [8]. Viêm gan vi rút C mạn như kẻ giết người thầm lặng, do phần lớn người nhiễm HCV không có triệu chứng lâm sàng cho đến khi có biểu hiện xơ gan hoặc có biểu hiện thường không đặc hiệu như mệt mỏi, chán ăn, đầy bụng, rối loạn tiêu hóa. Thay đổi về chức năng gan cũng không đặc hiệu với bệnh viêm gan vi rút C, enzym transaminase có thể bình thường hoặc tăng nhẹ, thay đổi tùy vào đợt tiến triển hoặc tình trạng xơ gan. Việc phát hiện bệnh giai đoạn muộn dẫn tới khó khăn trong điều trị do các biến chứng và mức độ tổn thương tế bào gan gây ra. Việc xác định kiểu gen của vi rút viêm gan C đang dần được ứng dụng rộng rãi trong đề xuất phác đồ điều trị. Nhằm mô tả đặc điểm người bệnh và bước đầu đánh giá kiểu gen vi rút viêm gan C, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kiểu gen vi rút viêm gan C tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và bệnh viện Quân Y 103 năm 2021-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên những người bệnh được chẩn đoán viêm gan vi rút C mạn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế. Người bệnh từ 18 tuổi, phát hiện viêm gan vi rút C trên 6 tháng; có xét nghiệm Anti-HCV dương tính và PCR (HCV-RNA) dương tính hoặc tải lượng HCV-RNA trên ngưỡng phát hiện. Những đối tượng người bệnh ghi nhận bỏ điều trị hoặc mất theo dõi trong quá trình điều trị, đã xơ gan mất bù hoặc tiến triển xơ gan mất bù, đồng nhiễm HIV, bệnh gan giai đoạn cuối hoặc thời gian sống còn ngắn, phụ nữ có thai và cho con bú được loại ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu
Nghiên cứu đa trung tâm, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân Y 103, từ tháng 1/2021-3/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô

tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu, đa trung tâm.

Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu toàn bộ, lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế nghiên cứu thu thập được 40 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

2.4. Biện số, chỉ số nghiên cứu

Nhóm biến số đặc điểm chung người bệnh: Tuổi, giới tính.

Nhóm biến số đặc điểm lâm sàng người bệnh: Lý do vào viện, bệnh lý kèm theo, triệu chứng cơ năng (mệt mỏi, khó tiêu, buồn nôn, nôn, sốt, đau tức hạ sườn phải, mất ngủ), triệu chứng thực thể (vàng da, sụt cân, tuần hoàn bàng hệ).

Nhóm biến số đặc điểm cận lâm sàng người bệnh: huyết học (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu), sinh hóa máu (GOT, GPT, GGT, ure, creatinin, protein, albumin, bilirubin), tải lượng vi rút viêm gan C (HCV RNA), kiểu Gen vi rút viêm gan C.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhân được thu thập dữ liệu bằng một bệnh án nghiên cứu thống nhất và đầy đủ thông tin chung, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các thông tin hồi cứu trên hồ sơ bệnh án lưu tại phòng Kế hoạch tổng hợp bệnh viện, nhóm người bệnh thu thập tiền cứu kết hợp phỏng vấn trực tiếp và khai thác hồ sơ bệnh án. Định lượng HCV RNA dựa trên nguyên lý sự phiên mã ngược bộ gen RNA của HCV thành cDNA bằng mỗi ngẫu nhiên, sau đó sử dụng PCR cặp mồi đặc hiệu để khuếch đại 1 đoạn khoảng 240 bp trên vùng 5' NC của HCV-cDNA. Định lượng HCV RNA được thực hiện trên máy PCR CFX 96 của hãng Bio-Rad. Giải trình tự gen theo nguyên lý Sanger: dựa trên sự phối hợp giữa phương pháp PCR và phương pháp sử dụng các dideoxynucleotide (ddNTP). Đặc trưng của phương pháp này là ngoài bốn loại nucleotide thông thường còn sử dụng thêm bốn loại dideoxynucleotide là những deoxynucleotide trong đó nhóm 3'OH được thay bằng H. Điều này khiến các dideoxynucleotide không còn khả năng hình thành các nối phosphodiester nên sẽ làm ngưng quá trình tổng hợp. Nhóm 3'-OH đóng vai trò cho phép gắn thêm một nucleotide mới vào chuỗi. Khi một ddNTP được thêm vào chuỗi, vì không có nhóm 3'-OH nên một nucleotide không được thêm vào, phản ứng tổng hợp sẽ dừng lại. Enzyme polymerase xúc tác phản ứng gắn các dNTP vào mạch đơn của DNA để kéo dài mạch ở vị trí 3'-OH và dừng lại nếu gắn các ddNTP vào

chuỗi. Trong một phản ứng chứa cả dNTP và ddNTP nên sau phản ứng tổng hợp, hình thành các đoạn DNA có độ dài khác nhau do ddNTP gắn ngẫu nhiên làm dừng phản ứng. Dựa vào sự sai khác về độ dài các đoạn DNA hiển thị trên bản gel sau điện di để xác định trình tự trong gene.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu định lượng (giá trị trung bình, độ lệch chuẩn $X \pm SD$ với các kết quả phân phối chuẩn, giá trị nhỏ nhất, lớn nhất, trung vị, tứ phân vị IQR 25-75 với các kết quả không phân phối chuẩn), xử lý số liệu định tính (tỷ lệ %), so sánh tỷ lệ, giá trị trung bình kiểm định test thống kê t-test, kết quả có ý nghĩa thống kê với p-value <0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo các nguyên tắc nghiên cứu y sinh học, được thông qua hội đồng đạo đức nghiên cứu khoa học Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân Y 103 theo quyết định số 2030/HĐĐĐ ngày 23/6/2023 của Hội đồng Đạo đức cấp cơ sở Bệnh viện QY103.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới đối tượng nghiên cứu (n=40)

Giới tính Nhóm tuổi	Nam giới		Nữ giới		Tổng		p
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
18-30	1	3,2	0	0	1	2,5	0,467
31-45	3	9,7	2	22,2	5	12,5	
46-60	13	41,9	2	22,2	15	37,5	
61-75	10	32,3	5	55,6	15	37,5	
≥76	4	12,9	0	0	4	10,0	
$X \pm SD$	58,2±13,5		54,8±13,4		57,5±13,3		0,084

Sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm giới tính không có ý nghĩa thống kê với p>0,05, tuổi trung bình nam giới là 58,2 ± 13,5 tuổi, nữ giới là 54,8 ± 13,4 tuổi, nhóm 46-75 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất với 75%. Nam giới chiếm tỷ lệ đa số (31/40 đối tượng nghiên cứu).

3.2. Triệu chứng lâm sàng đối tượng người bệnh viêm gan vi rút C

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng đối tượng nghiên cứu (n=40)

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ
Lý do vào viện	Mệt mỏi	32	80,0
	Ngứa	1	2,5
	Khám định kỳ	5	12,5
	Đau tức hạ sườn phải	1	2,5
	Khác	1	2,5
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	7	17,5
	Đái tháo đường	3	7,5
	Ung thư (cơ quan ngoài gan)	12	30,0

Triệu chứng cơ năng	Suy thận lọc máu chu kỳ	4	10,0
	Mệt mỏi	32	80,0
	Khó tiêu	16	40,0
	Ngứa	2	5,0
	Mất ngủ	1	2,5
	Đau tức hạ sườn phải	7	17,5
	Buồn nôn, nôn	4	10,0
Triệu chứng thực thể	Sốt	2	5,0
	Vàng da	5	10,0
	Sút cân	2	5,0
	Tuần hoàn bàng hệ	1	2,5

Chủ yếu người bệnh vào viện vì lý do mệt mỏi (chiếm 80%), bệnh lý kèm theo thường gặp nhất là ung thư (chiếm 30%) và tăng huyết áp (17,5%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp là mệt mỏi (80,0%), khó tiêu (40,0%), đau tức hạ sườn phải (17,5%).

Bảng 3. Kết quả huyết học đối tượng nghiên cứu (n=40)

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
HC	Bình thường	29	72,5
	Thấp	11	27,5
	$X \pm SD$ (T/l)	4,6 ± 0,7	
HGB	Bình thường	29	72,5
	Thấp	11	27,5
	$X \pm SD$ (g/l)	137,8 ± 18,2	
HCT	Bình thường	35	87,5
	Thấp	5	12,5
	$X \pm SD$ (%)	41,8 ± 5,3	
WBC	Bình thường	37	92,5
	Thấp	2	5,0
	Cao	1	2,5
	$X \pm SD$ (G/l)	6,9 ± 1,9	
TC	Bình thường	30	75,0
	Thấp	7	17,5
	Cao	3	7,5
	$X \pm SD$ (G/l)	210,1 ± 84,0	

Có 27,5% chỉ số hồng cầu, huyết sắc tố thấp hơn bình thường, 12,5% chỉ số hematocrit thấp hơn mức bình thường và 7,5% chỉ số tiểu cầu thấp hơn mức bình thường. 2,5% chỉ số bạch cầu cao hơn mức bình thường.

Bảng 4. Kết quả sinh hóa đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Glucose (n=39)	Bình thường	31	79,5
	Cao	8	20,5
	$X \pm SD$ (mmol/l)	6,4 ± 2,6	
Ure (n=34)	Bình thường	28	82,4
	Thấp	3	8,8
	Cao	3	8,8
	$X \pm SD$ (mmol/l)	6,7 ± 5,7	
Creatinin	Bình thường	30	75,0

(n=40)	Thấp	7	17,5
	Cao	3	7,5
	X ± SD (µmol/l)	96,1 ± 79,0	
Protein (n=25)	Bình thường	20	80,0
	Thấp	3	12,0
	Cao	2	8,0
	X ± SD (g/l)	71,6 ± 10,2	
Albumin (n=32)	Bình thường	26	81,3
	Thấp	5	15,6

	Cao	1	3,1
	X ± SD (g/l)	40,7 ± 6,9	
INR (n=22)	Bình thường	22	100,0
	X ± SD	1,0 ± 0,08	

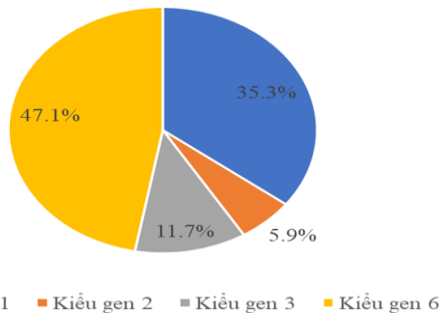
Có 20,5% người bệnh được xét nghiệm glucose máu cao hơn mức bình thường, 8,8% ure cao hơn mức bình thường, 7,5% creatinin cao hơn mức bình thường và 15,6% albumin thấp hơn mức bình thường.

Bảng 5. Kết quả chỉ số men gan, bilirubin, tải lượng vi rút

Chỉ số	n	Trung vị	Tứ phân vị	Min-Max
ALT (U/l)	23	162,0	81,0-852,0	23,0-2357,0
AST (U/l)	23	105,0	47,0-432,0	20,0-1350,0
GGT (U/l)	23	193,0	120,0-373,0	30,0-1040,0
Billirubin TT (µmol/l)	23	6,0	4,0-63,0	2,0-155,0
Billirubin TP (µmol/l)	23	18,0	11,0-96,0	3,0-275,0
Tải lượng vi rút (copies/ml)	40	1.150.000	221.000-7.342.500	25-54.000.000

Kết quả men gan ALT trung vị 162 IQR (81,0-852,0) U/l, AST trung vị 105,0 IQR (47,0-432,0) U/l, GGT trung vị 193,0 IQR (120,0-373,0) U/l. Chỉ số Billirubin TP trung vị 18,0 IQR (11,0-96,0) µmol/l, billirubin TT trung vị 6,0 IQR (4,0-63,0) µmol/l.

Tải lượng vi rút viêm gan C kết quả trung vị 1.150.000 copies/ml, IQR (221.000-7.342.500) copies/ml.



Biểu đồ 1. Đặc điểm kiểu gen vi rút viêm gan C (n=17)

Đa số kiểu gen vi rút viêm gan C là kiểu gen khác gồm kiểu gen 6 (47,1%), kiểu gen 1 (35,3%), kiểu gen 3 (11,7%) và kiểu gen 2 (5,9%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả đặc điểm về nhóm tuổi và giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm đa số với 77,5%, tuổi trung bình người bệnh đạt 57,5 ± 13,3 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ chủ yếu ở 2 giới là 46-60 tuổi và 61-75 tuổi. Sự chênh lệch về tỷ lệ giới tính trong bệnh viêm gan vi rút C cũng được báo cáo ở các nghiên cứu khác. Với tỷ lệ giao động nam giới chiếm 67,4%-90,4% [2],[1]. Với độ tuổi trung bình ở các nghiên cứu chủ yếu thuộc nhóm 31-60 tuổi [2]. Với kết quả độ tuổi trung bình đạt

57,5 ± 13,3 tuổi, tương đồng với các nghiên cứu khác của tác giả Phạm Thế Anh (trung bình 56,09±12,11 tuổi) [1]. Như vậy nhiều nghiên cứu cho thấy nhóm người bệnh viêm gan vi rút C có độ tuổi trung bình khá cao so với các bệnh viêm gan vi rút khác.

Chủ yếu người bệnh vào viện vì lý do mệt mỏi (chiếm 80%), bệnh lý kèm theo thường gặp nhất là ung thư (chiếm 30%) và tăng huyết áp (17,5%). Các triệu chứng cơ năng thường gặp là mệt mỏi (80,0%), khó tiêu (40,0%), đau tức hạ sườn phải (17,5%). Còn theo báo cáo của tác giả Nguyễn Xuân Lâm có 100% người bệnh chán ăn, mệt mỏi, ngủ kém, vàng da, 24,3% phù và 18,6% xuất huyết dưới da [4]. Các tỷ lệ triệu chứng lâm sàng có xu hướng nặng hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân trên đối tượng người bệnh nghiên cứu có tình trạng suy gan cấp. Trên thực tế người bệnh mắc viêm gan C giai đoạn sớm thường không có triệu chứng hoặc các triệu chứng mờ nhạt không điển hình như mệt mỏi, chán ăn khiến người bệnh không đi khám, đi khám không phát hiện ra bệnh lý.

Đối với chỉ số hồng cầu, số lượng hồng cầu trung bình 40 người bệnh nghiên cứu đạt 4,6 ± 0,7 T/l, trong đó 27,5% người bệnh thiếu hồng cầu, huyết sắc tố trung bình 137,8 ± 18,2 g/l với 27,5% thiếu huyết sắc tố. Có 17,5% người bệnh tiểu cầu thấp hơn mức bình thường. Tương tự ở các nghiên cứu khác cũng cho thấy tình trạng thiếu máu (hồng cầu, huyết sắc tố), tác giả Đinh Văn Huy (2023) báo cáo có 10,5% người bệnh thiếu huyết sắc tố, 30% người bệnh thiếu tiểu cầu [3], còn tác giả Trần Thị Ngọc Anh (2023) báo cáo có 16,7% người bệnh thiếu tiểu cầu, tác giả Nguyễn Xuân Lâm (2022) báo cáo kết quả số lượng hồng cầu trung bình 4,5 ± 0,8 T/l ở nhóm

viêm gan và $4,3 \pm 0,8$ T/l ở nhóm xơ gan, số lượng tiểu cầu trung bình $175,9 \pm 62,8$ ở nhóm viêm gan mạn và $122,9 \pm 58,9$ G/l ở nhóm xơ gan [4]. Chỉ số Protein và Albumin tương ứng ở người bệnh nghiên cứu trung bình là $71,6 \pm 10,2$ và $40,7 \pm 6,9$ g/l, tuy nhiên có 12% người bệnh chỉ số Protein máu thấp hơn mức bình thường và có 15,6% người bệnh chỉ số Albumin thấp hơn mức bình thường. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự với tỷ lệ giảm Protein máu từ 6,3%-18,7% và tỷ lệ giảm Albumin máu từ 5,7%-31,7% [5]. Albumin máu được tổng hợp duy nhất tại gan, đóng vai trò quan trọng trong duy trì áp lực thẩm thấu điều hòa cân bằng dịch giữa máu và các tổ chức xung quanh, Albumin huyết thanh giảm trong bệnh viêm gan cấp, bệnh gan mạn tính và xơ gan. Việc điều chỉnh chế độ dinh dưỡng, bổ sung albumin qua đường tĩnh mạch nhằm duy trì áp lực cân bằng nội môi, đồng thời đảm bảo chất mang trong việc đưa các phân tử thuốc điều trị.

Đối với các chỉ số chức năng gan đa số vượt quá ngưỡng bình thường. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ số ALT AST và GGT đều tăng cao hơn nhiều lần so với ngưỡng bình thường (≤ 40 U/l), kết quả giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị của cả ba chỉ số tương ứng lần lượt 162 (81,0-852,0) U/l, 105,0 (47,0-432,0) U/l, 193,0 (120,0-373,0) U/l. Kết quả của tác giả Nguyễn Xuân Lâm ở chỉ số AST và ALT lần lượt $1026,9 \pm 911,7$ U/l và $1461,1 \pm 1150,5$ U/l [4]. Đối với chỉ số Billirubin, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kết quả billirubin TT/TP tương ứng lần lượt trung vị 18,0 và 6,0 $\mu\text{mol/l}$, với đa số các trường hợp nằm trong khoảng 11,0-96,0 và 4,0-63,0 $\mu\text{mol/l}$, ghi nhận trường hợp người bệnh chỉ số billirubin TP cao nhất đạt 275 $\mu\text{mol/l}$ tương ứng với trường hợp triệu chứng vàng da trên lâm sàng. Theo dõi chỉ số men gan nhằm đánh giá mức độ phá hủy tế bào gan, đối với các nghiên cứu ở nhóm người bệnh xơ gan, viêm gan đợt cấp thường có chỉ số men gan cao hơn nhiều lần so với đối tượng người bệnh viêm gan mạn giai đoạn không bùng phát đợt viêm.

Trong 40 đối tượng nghiên cứu có 17 trường hợp được đánh giá xác định kiểu gen, trong đó kiểu gen 6 chiếm tỷ lệ lớn nhất với 47,1%, kiểu gen 1 (35,3%), kiểu gen 3 (11,7%) và kiểu gen 2 (5,9%). Kết quả này tương đồng với báo cáo đặc điểm phân bố kiểu gen chung ở khu vực châu Á [7]. Sự khác biệt có thể do lượng cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, tuy nhiên đặc điểm chung cho thấy kiểu gen 1 và kiểu gen 6 là 2 kiểu gen phổ biến của vi rút viêm

gan C ở nước ta hiện nay. Việc xác định kiểu gen là quan trọng trong xây dựng phác đồ điều trị cụ thể đối với từng người bệnh, phù hợp với điều trị cá thể hóa người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 40 đối tượng người bệnh viêm gan vi rút C cho thấy chủ yếu là nam giới (77,5%), tuổi trung bình người bệnh đạt $57,5 \pm 13,3$ tuổi, trong nhóm độ tuổi từ 46-75 tuổi chiếm đa số (75%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp là mệt mỏi (80%), khó tiêu (40%). Đa số người bệnh đều có chỉ số AST, ALT, GGT, Billirubin TT/TP cao hơn mức bình thường. Kiểu gen vi rút viêm gan C thường gặp là gen 1 và gen 6.

VI. LỜI CẢM ƠN

Trân trọng cảm ơn Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Quân Y 103 đã tạo điều kiện thuận lợi cho nhóm nghiên cứu thu thập dữ liệu, nghiên cứu và báo cáo kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thế Anh và Trịnh Huy Phương** (2024), "Một số đặc điểm nhiễm viêm gan vi rút B, C trên bệnh nhân cắt gan do HCC tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam. 534 (1), tr. 186-194.
2. **Trần Thị Ngọc Anh, Nguyễn Thị Yên và Trần Thị Hằng** (2023), "Khảo sát đặc điểm mẫu anti HCV có phản ứng tại phòng xét nghiệm yêu cầu - bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam 529 (2), tr. 160-167.
3. **Đình Văn Huy và Phạm Ngọc Thạch** (2023), "Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Sofosbuvir/Velpatasvir/Ribavirin trên bệnh nhân viêm gan C mạn có xơ gan tại bệnh viện Nhiệt đới trung ương 01/2020-06/2022", Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam. 01(41), tr. 21-30.
4. **Nguyễn Xuân Lâm, Trinh Văn Sơn, Tô Thị Như Huế** (2022), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân suy gan cấp trên nền bệnh lý gan mạn do vi rút viêm gan B được điều trị lọc thay thế huyết tương", Tạp chí Y dược Lâm sàng 108. 17(7), tr. 37-45.
5. **Trần Tú Oanh** (2018), Đánh giá đáp ứng điều trị của thuốc Sofosbuvir kết hợp Ledipasvir trong điều trị viêm gan vi rút C mạn tính, Luận văn thạc sĩ, đại học Y Hà Nội.
6. **S. H. Do, H. Yamada, M. Fujimoto et al** (2015), "High prevalences of hepatitis B and C virus infections among adults living in Binh Thuan province, Vietnam", Hepatol Res. 45(3), tr. 259-68.
7. **A. Petruzzello, S. Marigliano, G. Loquercio et al** (2016), "Global epidemiology of hepatitis C virus infection: An up-date of the distribution and circulation of hepatitis C virus genotypes", World J Gastroenterol. 22(34), tr. 7824-40.
8. **MD Sanjiv Chopra, MACP** (2023), "Clinical manifestations and natural history of chronic hepatitis C virus infection".

KẾT QUẢ CAN THIỆP NÚT DẠNG THÔNG ĐỘNG TĨNH MẠCH THẬN BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Nguyễn Xuân Toàn², Trần Quốc Hoà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp nút dị dạng động tĩnh mạch bẩm sinh (Arteriovenous malformation - AVMs) ở thận tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 11 bệnh nhân (BN) mắc AVMs thận bẩm sinh được can thiệp nút mạch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2 năm 2020 đến tháng 5 năm 2024. **Kết quả:** 11 BN (Tuổi trung bình là 50,6 với tỉ lệ nam:nữ là 6:5) mắc AVMs thận. 8/11 BN có đái máu đại thể, 4/11 đau hông lưng. Trong 11 BN, có 8/11 BN có AVMs với luồng thông lớn, 3/11 BN có luồng thông nhỏ. Có 3/11 BN nút mạch bằng histoacryl, 7/11 BN nút bằng VXKL kết hợp histoacryl và 1/11 BN nút bằng VXKL. Tỉ lệ thành công là 91% (10/11 BN) về mặt kỹ thuật và 100% (11/11 BN) thành công về mặt lâm sàng. Phần trăm diện tích nhu mô thận bị thiếu máu ngay sau nút mạch là 2,1% - 20,4% (trung bình 9,8%). Không có trường hợp nào gặp tai biến sau can thiệp. Chức năng thận của tất cả các BN đều được bảo tồn. **Kết luận:** Can thiệp nút mạch điều trị AMVs thận bằng vật liệu nút mạch histoacryl và/hoặc VXKL là an toàn, hiệu quả và mang lại kết quả điều trị tốt.

Từ khóa: dị dạng thông động tĩnh mạch thận, can thiệp nút mạch.

SUMMARY

TRANSARTERIAL EMBOLIZATION CONGENITAL RENAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of transarterial embolization (TAE) of congenital renal arteriovenous malformations (AVMs) using histoacryl and/or VXKL. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 11 patients with congenital renal AVMs were treated using histoacryl and/or VXKL via transarterial access was investigated for clinical presentation, imagine features, treatment methods and complications in Hanoi Medical University Hospital between February 2020 and May 2024. **Results:** 11 patients (5 women and 6 men; mean age, 50.6 y) with 8/11 gross hematuria, and 4/11 flank pain. Among the 11 patients, 8/11 AVMs had high-flow lesions. TAE was performed with histoacryl in 3 patients, VXKL with histoacryl in 7 patients, and VXKL in 1 patient. Technical success rate was 91% (10/11), and clinical success rate was 100% (11/11).

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthainhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

Of the 11 patients treated, the infarcted renal areas were 2.1%–20.4% (mean, 9.8%). No complications were observed post-intervention. Renal function was normal in all patients pre - embolization and post - embolization. **Conclusions:** Embolization of congenital renal AVMs via transarterial approaches using histoacryl and/or VXKL was safe and effective and elicited good outcomes. **Keywords:** renal arteriovenous malformation, embolization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng thông động tĩnh mạch (AVMs) thận bẩm sinh là bất thường mạch máu hiếm gặp do sự nối thông giữa ĐM (ĐM) thận và tĩnh mạch (TM) thận không qua giường mao mạch, mà thay vào đó là đám mạch máu giãn ngoằn ngoèo được gọi là nidus. AVMs thận là một bệnh lý hiếm với tỉ lệ gặp <0.04%.¹ Triệu chứng lâm sàng có thể gặp đái máu, đau thắt lưng, tăng huyết áp, suy tim.² Trong đó đái máu đại thể hoặc vi thể là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm khoảng 75% các trường hợp¹. Điều trị AVMs thận đã phát triển từ việc phải cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ thận đến can thiệp xâm lấn tối thiểu bằng phương pháp nút mạch.^{3,4} Với sự phát triển của hệ thống vi ống thông cho phép việc nút chọn lọc AVMs thận và bảo tồn được tối đa nhu mô lành, đã làm giảm đáng kể biến chứng như hội chứng sau nút mạch.⁵

Mục tiêu của việc can thiệp nút AVMs thận là nút tắc vĩnh viễn nidus AVMs. Có nhiều vật liệu nút mạch được sử dụng để điều trị AVMs thận, bao gồm spongel, cotton tuyệt đối, polyvinyl alcohol (PVA), vòng xoắn kim loại (VXKL), N-butyl cyanoacrylate (NBCA), và ethylene vinyl alcohol copolymer (Onyx).¹ Việc lựa chọn vật liệu nút mạch dựa vào nhiều yếu tố của AMVs như kích thước nidus, số cuống mạch nuôi, tốc độ luồng thông ĐM và tĩnh mạch dẫn lưu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả can thiệp nút dị dạng thông động tĩnh mạch thận bẩm sinh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội" với mục đích đánh giá mức độ hiệu quả và an toàn của can thiệp nút AVMs thận bằng VXKL và/hoặc histoacryl dựa trên đặc điểm lưu lượng luồng thông của AVMs thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 11 bệnh nhân (BN) mắc AVMs thận bẩm sinh được can thiệp nút mạch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2 năm 2020 đến tháng 5 năm 2024.