

# NỒNG ĐỘ IL-6 HUYẾT THANH THEO PHÂN NHÓM BMI VÀ ALT HUYẾT TƯƠNG Ở NGƯỜI MẮC BỆNH GAN NHIỄM MỠ KHÔNG DO RƯỢU

Đặng Thị Thanh Thảo<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Hà<sup>2,3</sup>, Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** nồng độ Interleukin-6 (IL-6) tăng ở người bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) có cơ chế từ hiện tượng viêm tại gan, từ đó cho thấy tiềm năng sử dụng IL-6 như một dấu ấn hỗ trợ chẩn đoán tình trạng viêm gan không do rượu. **Mục tiêu:** Xác định nồng độ IL-6 huyết thanh ở người mắc NAFLD và so sánh sự khác biệt nồng độ IL-6 huyết thanh theo phân nhóm BMI và theo nồng độ ALT ở đối tượng này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 144 bệnh nhân được chẩn đoán gan nhiễm mỡ qua siêu âm bụng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, từ 03/2023 đến 06/2023. Xét nghiệm định lượng IL-6 và ALT huyết thanh được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm của bệnh viện. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Sử dụng các test kiểm định MannWhitney và KruskalWallis với sự khác biệt có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ , sử dụng tương quan Spearman để đánh giá mối tương quan. **Kết quả:** Trung vị nồng độ IL-6 trong quần thể nghiên cứu là 51,08 pg/mL (30,82 – 87,17). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ IL-6 huyết thanh theo phân nhóm BMI và phân nhóm ALT. Có sự tương quan thuận vừa phải có ý nghĩa thống kê ( $r=0.33$ ,  $p=0,012$ ) giữa nồng độ IL-6 trong huyết tương với BMI ở nhóm bệnh NAFLD béo phì. **Kết luận:** Đã xác định được nồng độ IL-6 huyết thanh ở đối tượng nghiên cứu. Bước đầu xác định được có tương quan giữa nồng độ IL-6 huyết thanh với BMI ở nhóm NAFLD béo phì.

**Từ khóa:** Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, Interleukin-6, béo phì.

## SUMMARY

### SERUM IL-6 LEVELS CATEGORIZED BY BMI AND SERUM ALT IN INDIVIDUALS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

**Introduction:** Elevated Interleukin-6 (IL-6) levels in patients with non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) may originate from hepatic inflammation, suggesting the potential of IL-6 as a biomarker to support the diagnosis of non-alcoholic hepatitis. **Objectives:** To determine serum IL-6 levels in individuals with NAFLD and compare the differences in serum IL-6 levels according to BMI groups and ALT levels in this population. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 144 patients diagnosed with fatty liver through abdominal

ultrasound at Nguyen Tri Phuong Hospital from March to June 2023. Serum IL-6 and ALT levels were measured at the hospital's laboratory. Data was analyzed using Stata 14.0 software. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used to assess differences with significance at  $p < 0.05$ , and Spearman correlation was used to evaluate the correlation. **Results:** The median serum IL-6 level in the study population was 51.08 pg/mL (30.82 – 87.17). There were no statistically significant differences in serum IL-6 levels according to BMI and ALT groups. There was a moderate and statistically significant positive correlation ( $r = 0.33$ ,  $p = 0.012$ ) between serum IL-6 levels and BMI in the obese NAFLD group. **Conclusion:** Serum IL-6 levels were determined in the study subjects. Preliminary findings indicated a correlation between serum IL-6 levels and BMI in the obese NAFLD group. **Keywords:** Non-alcoholic fatty liver disease, Interleukin-6, obesity.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Non-alcoholic fatty liver disease-NAFLD) là một bệnh gan có khả năng ảnh hưởng đến khoảng 30% dân số trưởng thành toàn cầu, gây ra gánh nặng đáng kể về sức khỏe với những tác động kinh tế và xã hội trên phạm vi rộng.<sup>1</sup> NAFLD được xác định bởi sự hiện diện của nhiễm mỡ ở hơn 5% tế bào gan, liên quan với các yếu tố nguy cơ chuyển hóa (đặc biệt là béo phì và đái tháo đường típ 2) và không uống quá nhiều rượu ( $\geq 30$  g mỗi ngày đối với nam và  $\geq 20$  g mỗi ngày đối với nữ) hoặc các bệnh gan mạn tính khác. NAFLD bao gồm gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFL) và viêm gan nhiễm mỡ không do rượu (NASH); NASH có thể tiến triển thành xơ hóa, xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (HCC).<sup>2</sup> Cần chẩn đoán phân biệt hai tình trạng này để phân tầng nguy cơ và can thiệp. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán NAFL và NASH vẫn là sinh thiết gan, đây là một thủ thuật xâm lấn. Do đó, việc xác định dấu ấn sinh học không xâm lấn để hỗ trợ chẩn đoán NASH là rất cần thiết.

Interleukin 6 (IL-6) là một cytokine đa chức năng điều chỉnh phản ứng miễn dịch, tạo máu, phản ứng giai đoạn cấp tính và viêm. Một số nghiên cứu cho thấy IL-6 huyết thanh tăng ở người bệnh NAFLD, đặc biệt liên quan đến hiện tượng viêm tại gan. Tuy nhiên, IL-6 cũng tăng ở người bệnh béo phì<sup>3</sup> và nhiều người bệnh NAFLD có kèm theo béo phì trong bệnh cảnh hội chứng chuyển hoá. Như vậy, sự tăng IL-6 là do bản thân sự nhiễm mỡ tại gan, hay do béo phì, hay

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>3</sup>Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn

Email: nhntuan@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024

bị kích thích bởi tình trạng NASH? Sự tăng IL-6 ở người châu Á mắc NAFLD chưa được khảo sát rõ, cũng như chưa có dữ liệu về nồng độ IL-6 trên dân số Việt Nam mắc NAFLD. Để góp một phần dữ liệu làm sáng tỏ nguyên nhân làm tăng IL-6 ở người bệnh NAFLD, từ đó xem xét tiềm năng dùng IL-6 như một dấu ấn sinh học trong bệnh NAFLD, chúng tôi muốn tìm hiểu: liệu có sự khác biệt về nồng độ IL-6 trong huyết thanh theo phân nhóm BMI ở người bị gan nhiễm mỡ hay không, thông qua việc tiến hành nghiên cứu: "Khảo sát nồng độ IL-6 huyết thanh theo phân nhóm BMI ở người bị gan nhiễm mỡ không do rượu qua siêu âm bụng".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang, thu mẫu hồi cứu, thuận tiện, thực hiện trên 144 người trưởng thành được chẩn đoán gan nhiễm mỡ qua siêu âm bụng, tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, từ 12/2023 đến 06/2024. Các nguyên nhân gây gan nhiễm mỡ khác (viêm gan siêu vi, viêm gan tự miễn,... và uống rượu) được loại trừ dựa vào thông tin tiền căn và các kết quả xét nghiệm. Các biến số được khảo sát gồm: tuổi, giới, BMI, hoạt độ ALT, nồng độ IL-6 huyết thanh.

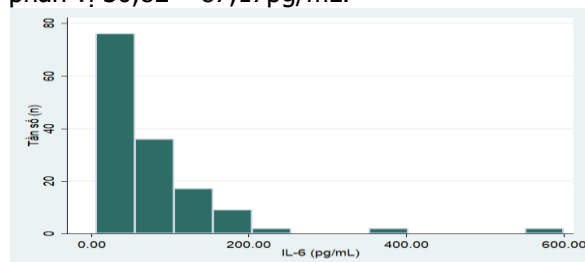
Đối tượng nghiên cứu được phân thành các phân nhóm Gầy và bình thường: có BMI <23 kg/m<sup>2</sup>, Thừa cân: có BMI từ 23 – 24,9 kg/m<sup>2</sup>, Béo phì: có BMI ≥25 kg/m<sup>2</sup>; nhóm có ALT tăng (khi ALT ≥ 33 IU/L đối với nam và ≥ 25 IU/L đối với nữ theo Hướng dẫn năm 2017 Hiệp hội Tiêu Hóa Hoa Kỳ)<sup>4</sup> và nhóm có ALT bình thường. Xét nghiệm định lượng IL-6 huyết thanh được thực hiện bằng phương pháp xét nghiệm enzym miễn dịch (Access 2, Beckman Coulter), tại Khoa Xét nghiệm của bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 14.0. Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng cùng các test kiểm định MannWhitney và KruskalWallis với sự khác biệt có ý nghĩa khi p<0,05, tương quan Spearman.

Đề tài được thông qua xét duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, chứng nhận chấp thuận số 2572/NTP-HĐĐĐ ngày 21/11/2023.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

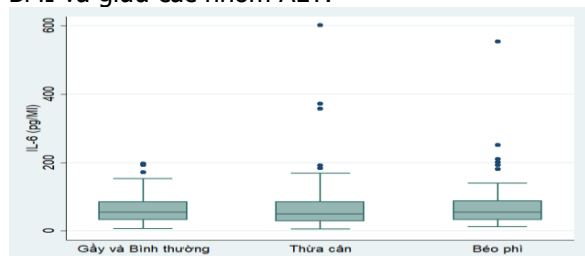
144 đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 25 đến 64 tuổi, tuổi trung vị là 39 (khoảng tứ phân vị là 34 – 47). Trong đó, nhóm tuổi 35 – 44 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,97%). Tỷ lệ nam (47,92%) thấp hơn so với nữ (52,08%). Nhóm béo phì (BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) chiếm nhiều nhất 40,28% so với nhóm gầy và bình thường

(25,69%), nhóm thừa cân (34,03%). Hoạt độ ALT có trung vị là 27,52 U/L (khoảng tứ phân vị 15,88 – 43 U/L). Tỷ lệ nhóm có hoạt độ ALT bình thường (56,25%) cao hơn so với nhóm có hoạt độ ALT tăng (43,75%). Nồng độ IL-6 (pg/mL) của đối tượng nghiên cứu có phân phối phân bố không đồng đều và lệch phải, phân phối không chuẩn theo kiểm định Skewness và Kurtosis với p<0,05 kết hợp với biểu đồ histogram của IL-6 (Hình 1). Trung vị là 51,08 pg/mL, khoảng tứ phân vị 30,82 – 87,17pg/mL.

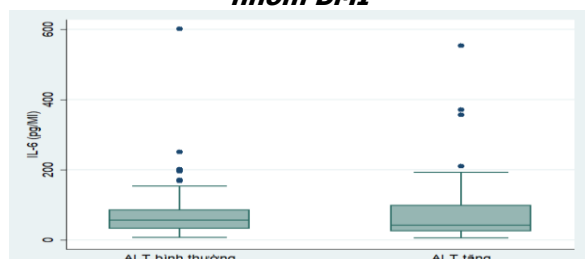


**Hình 1. Sự phân bố nồng độ IL-6 huyết thanh của quần thể nghiên cứu (n=144)**

Nồng độ IL-6 huyết thanh theo phân nhóm BMI và phân nhóm ALT được thể hiện qua hình 2 và hình 3. Trung vị nồng độ IL-6 cao nhất là ở nhóm béo phì (BMI ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) 55,41 pg/mL. Sử dụng kiểm định KruskalWallis và MannWhitney cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ IL-6 trong huyết thanh giữa các nhóm BMI và giữa các nhóm ALT.



**Hình 2. Sự phân bố nồng độ IL-6 theo phân nhóm BMI**



**Hình 3. Sự phân bố nồng độ IL-6 theo phân nhóm ALT**

Chưa tìm thấy sự khác biệt về giá trị trung vị (và khoảng tứ phân vị) của nồng độ IL-6 theo các phân nhóm của các đối tượng tham gia nghiên cứu (Bảng 1). Mỗi tương quan giữa nồng

độ IL-6 huyết thanh với BMI và hoạt độ ALT trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu và từng phân nhóm được thể hiện trong Bảng 2. Đã tìm thấy

mối tương quan thuận, vừa phải, có ý nghĩa thống kê ( $r=0,33$ ,  $p=0,012$ ) giữa BMI và nồng độ IL-6 trong nhóm NAFLD béo phì.

**Bảng 1. Nồng độ IL-6 của đối tượng nghiên cứu theo các phân nhóm**

Phân nhóm		Tần số n (%)	Nồng độ IL-6 (pg/mL) (Trung vị, KTPV)	p
BMI	Gầy và bình thường	37 (25,69)	55,25 (32,16 – 85,91)	0,783*
	Thừa cân	49 (34,03)	49,23 (28,80 – 85,50)	
	Béo phì	58 (40,28)	55,41 (32,07 – 88,43)	
Hoạt độ ALT huyết tương	Bình thường	81 (56,25)	56,71 (32,16 – 85,50)	0,329**
	Tăng	63 (43,75)	42,25 (24,53 – 98,40)	

\* Kiểm định Kruskal Wallis; \*\*Kiểm định MannWhitney; KTPV: khoảng tứ phân vị,

**Bảng 2. Môi tương quan giữa nồng độ IL-6 với các thông số**

Thông số		Nồng độ IL-6 (pg/mL)	
		Hệ số tương quan Spearman (r)	p
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Chung (n=144)	0,05	0,529
	Nhóm Gầy và bình thường (n=37)	-0,09	0,595
	Nhóm Thừa cân (n=49)	-0,05	0,724
	Nhóm Béo phì (n=58)	0,33	0,012
	Nhóm ALT bình thường (n=81)	0,08	0,461
	Nhóm ALT tăng (n=63)	0,04	0,711
Hoạt độ ALT huyết tương (U/L)	Chung (n=144)	-0,09	0,272
	Nhóm Gầy và bình thường (n=37)	-0,19	0,250
	Nhóm Thừa cân (n=49)	0,09	0,538
	Nhóm Béo phì (n=58)	-0,16	0,240
	Nhóm ALT bình thường (n=81)	-0,06	0,592
	Nhóm ALT tăng (n=63)	-0,04	0,728

**IV. BÀN LUẬN**

Giá trị trung vị nồng độ IL-6 trong quần thể nghiên cứu là 51,08 pg/mL, khoảng tứ phân vị 30,82 – 87,17 pg/mL. Hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều có nồng độ IL-6 cao hơn khoảng tham chiếu theo khuyến cáo của hãng Beckman Coulter là < 6,4 pg/mL và phân bố chủ yếu trong khoảng từ 0 đến 200 pg/mL. Nồng độ IL-6 ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với nghiên cứu Ahmed Abdel-Razik<sup>5</sup> là 63,3±27,65 pg/mL ở bệnh nhân NAFLD. Giá trị nồng độ IL-6 có thể thay đổi qua nhiều nghiên cứu khác nhau do nhiều yếu tố: sự khác biệt về phương pháp đo, biến thiên sinh học ở bệnh nhân, đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Trước hết, để tránh xảy ra những kết quả không mong muốn do quá trình lấy mẫu, xử lý mẫu và lưu trữ mẫu, nghiên cứu đã đề ra những quy định cần tuân thủ như mẫu bị tán huyết, tăng bilirubin hoặc huyết thanh đục đánh giá cảm quan bằng mắt thường sẽ loại bỏ khi từ 2+ trở lên; cùng với việc bảo quản mẫu nghiêm ngặt ở -20°C và mẫu chỉ rã đông một lần, vì IL-6 có bản chất là protein rất dễ bị biến tính, gây sai lệch kết quả. Về kỹ thuật xét nghiệm, nghiên cứu này sử dụng phương pháp là enzym miễn dịch một bước đồng thời ("sandwich"). Kỹ thuật được đảm bảo đường

chuẩn phù hợp và nội kiểm đầy đủ trước khi phân tích mẫu.

Kết quả nghiên cứu chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ IL-6 huyết thanh ở hầu hết các phân nhóm BMI và hoạt độ ALT huyết tương được khảo sát. Nguyên nhân có thể do số mẫu chưa đủ lớn và phương pháp thu thập mẫu thuận tiện để có thể tìm thấy được sự khác biệt. Mức trung vị nồng độ IL-6 ở những bệnh nhân NAFLD béo phì cao hơn nhóm gầy và bình thường và nhóm thừa cân, đồng thời chúng tôi tìm thấy mối tương quan giữa nồng độ IL-6 và BMI trong nhóm NAFLD béo phì. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy IL-6 góp phần vào sự tiến triển của NAFLD ở người béo phì. Nghiên cứu của Jorge<sup>6</sup> (2018) phân tích biểu hiện mRNA của IL-6 trong mô mỡ nội tạng và gan của các đối tượng bị béo phì độ III (BMI ≥ 40 kg/m<sup>2</sup>) với NAFLD. Kết quả cho thấy những người bị NASH có biểu hiện IL-6 cao hơn trong mô mỡ nội tạng so với những người chỉ có NAFL ( $p=0,01$ ). NAFLD có liên quan chặt chẽ với bệnh béo phì, kháng insulin, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, cho thấy NAFLD có thể được coi là biểu hiện ở gan của hội chứng chuyển hóa. Một trong những đặc điểm chính của hội chứng này là béo phì. Béo phì, thường liên quan đến kháng

insulin, đại diện cho trạng thái viêm mãn tính cấp độ thấp, đặc trưng bởi mức độ cytokine lưu thông cao và kích hoạt các con đường truyền tín hiệu viêm. Trên thực tế, hiện nay đã rõ ràng rằng mô mỡ trắng có khả năng tiết ra hormone cũng như cytokine. Thật vậy, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng các tế bào mỡ có các đặc tính giống tế bào miễn dịch như sản xuất và tiết ra các cytokine tiền viêm trong đó có IL-6. Các hormone và cytokine do tế bào mỡ tiết ra có khả năng điều chỉnh tình trạng viêm cũng như cân bằng chuyển hóa glucose và lipid. Mô mỡ trắng không chỉ giải phóng acid béo tự do có thể tích tụ trong các cơ quan ngoại vi như gan, dẫn đến NAFLD và tình trạng kháng insulin ở gan, mà còn tiết ra các phân tử gây viêm, cytokine, có thể tăng thêm tình trạng kháng insulin.<sup>7</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm người bệnh NAFLD gây và bình thường, chiếm 25,69%, vẫn có tình trạng tăng nồng độ IL-6 với trung vị là 55,25 (32,16 – 85,91) pg/mL. Từ đó có thể thấy tình trạng gan nhiễm mỡ có thể gây tăng IL-6 cả ở những người không béo phì. Điều này có thể do người châu Á có nhiều khả năng bị tích tụ mỡ ở trung tâm hơn mặc dù có chỉ số khối cơ thể (BMI) thấp hơn nên NAFLD thường có thể được chẩn đoán ở những người không béo phì. Trong một nghiên cứu gần đây, mặc dù có chỉ số BMI thấp hơn các nhóm khác, nhưng người châu Á lại bị nhiễm mỡ nặng hơn và viêm tiểu thùy cũng như mức độ bong bóng cao hơn so với các dân tộc khác.<sup>8</sup> Gợi ý khả năng sử dụng IL-6 như một dấu ấn sinh học trong NAFLD. Nghiên cứu này không tìm thấy sự liên quan giữa nồng độ IL-6 huyết thanh và hoạt độ ALT. Một số nghiên cứu cho rằng ALT không phải là một dấu ấn sinh học lý tưởng cho chẩn đoán NAFLD hoặc phân biệt gan nhiễm mỡ đơn giản với NASH. Trong một nghiên cứu cắt ngang, kiểm tra gan nhiễm mỡ bằng phương pháp quang phổ cộng hưởng từ, gần 1/3 (31%) đối tượng bị gan nhiễm mỡ, hầu hết các đối tượng bị nhiễm mỡ (79%) có ALT huyết thanh bình thường.<sup>9</sup> Giá trị hoạt độ ALT bình thường không đảm bảo loại trừ NASH và xơ hóa tiến triển. Giá trị ALT bất thường có thể gợi ý tầm soát NASH, nhưng không thể xác định, loại trừ hay phân loại NASH.

Đây là nghiên cứu mang tính tiên phong trong khảo sát nồng độ IL-6 huyết thanh và mối liên quan giữa nồng độ IL-6 với các đặc điểm của người bệnh NAFLD ở một bệnh viện tại Việt Nam, đóng góp một phần dữ liệu ban đầu về chủ đề này trong dân số Việt Nam, có thể được áp dụng làm cơ sở cho các nghiên cứu mở rộng trong tương lai. Dù vậy, các kết quả còn nhiều

hạn chế do phương pháp chẩn đoán siêu âm có thể không nhạy ở những bệnh nhân nhiễm mỡ mức độ thấp đồng thời chúng tôi cũng không phân loại mức độ nhiễm mỡ.

## V. KẾT LUẬN

Giá trị trung vị nồng độ IL-6 huyết thanh trong quần thể nghiên cứu là 51,08 pg/mL, khoảng tứ phân vị 30,82 – 87,17 pg/mL. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ IL-6 huyết thanh ở các phân nhóm theo BMI và hoạt độ ALT huyết tương. Tìm thấy mối tương quan thuận, vừa phải, có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ IL-6 và BMI trong phân nhóm NAFLD béo phì.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Younossi ZM, Golabi P, Paik JM, et al.** The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review. *Hepatology*. Apr 1 2023;77(4): 1335-1347. doi:10.1097/hep.0000000000000004
2. **Calzadilla Bertot L, Adams LA.** The Natural Course of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Int J Mol Sci*. May 20 2016;17(5)doi: 10.3390/ijms17050774
3. **Hoene M, Weigert C.** The role of interleukin-6 in insulin resistance, body fat distribution and energy balance. *Obes Rev*. Jan 2008;9(1):20-9. doi:10.1111/j.1467-789X.2007.00410.x
4. **Kwo PY, Cohen SM, Lim JK.** ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. *Am J Gastroenterol*. Jan 2017; 112(1):18-35. doi:10.1038/ajg.2016.517
5. **Abdel-Razik A, Mousa N, Shabana W, et al.** A novel model using mean platelet volume and neutrophil to lymphocyte ratio as a marker of nonalcoholic steatohepatitis in NAFLD patients: multicentric study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. Jan 2016; 28(1):e1-9. doi: 10.1097/meg.0000000000000486
6. **Jorge ASB, Andrade JMO, Paraíso AF, et al.** Body mass index and the visceral adipose tissue expression of IL-6 and TNF-alpha are associated with the morphological severity of non-alcoholic fatty liver disease in individuals with class III obesity. *Obes Res Clin Pract*. Jan-Feb 2018;12 (Suppl 2):1-8. doi:10.1016/j.orcp.2016.03.009
7. **Asrih M, Jornayvaz FR.** Inflammation as a potential link between nonalcoholic fatty liver disease and insulin resistance. *J Endocrinol*. Sep 2013;218(3):R25-36. doi:10.1530/joe-13-0201
8. **Mohanty SR, Troy TN, Huo D, et al.** Influence of ethnicity on histological differences in non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol*. Apr 2009;50(4): 797-804. doi:10.1016/j.jhep.2008.11.017
9. **Browning JD, Szczepaniak LS, Dobbins R, et al.** Prevalence of hepatic steatosis in an urban population in the United States: impact of ethnicity. *Hepatology*. Dec 2004;40(6):1387-95. doi:10.1002/hep.20466

# KIẾN THỨC VÀ HÀNH VI TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 NĂM 2023

Nguyễn Thị Kim Phượng<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Long<sup>1</sup>,  
Đặng Thị Thu Hiền<sup>1</sup>, Phan Thị Thu Hằng<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả và phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức và hành vi tự chăm sóc của người bệnh ung thư điều trị hoá chất tại Bệnh viện TWQĐ 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 151 bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện TWQĐ 108, sử dụng thang đánh giá kiến thức hoá trị và hành vi tự chăm sóc L-PaKC và L-PaSC. **Kết quả:** Trung vị độ tuổi trong nghiên cứu là 58 (19 - 76). Trong đó số lượng bệnh nhân ung thư đường tiêu hoá chiếm tỷ lệ nhiều nhất 62,9%, tiếp theo là ung thư vú 14,6%, ung thư tuyến tiền liệt 4,0% và 18,5% bệnh nhân có ung thư khác bao gồm: ung thư đường mật, tuyến ức, xương, vòm mũi họng, phổi, bàng quang, buồng trứng, cổ tử cung. Dựa trên thang điểm L-PaKC, điểm kiến thức hóa trị của mẫu nghiên cứu là: 66,6±27,1; trong đó kiến thức về nguồn thông tin có điểm cao nhất: 92,7±16,3; thấp nhất là kiến thức về tác dụng không mong muốn: 46,3±17,9. Điểm hành vi tự chăm sóc theo thang điểm L-PaSC của mẫu nghiên cứu là: 74,2±16,2; trong đó điểm trung bình tuân thủ khuyến cáo về điều trị là: 77,0±16,3; điểm trung bình quản lý triệu chứng là: 61,9±33,7. **Kết luận:** Hành vi tự chăm sóc giữa các nhóm ung thư là khác nhau, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,044. Ba lĩnh vực ảnh hưởng đến hành vi tự chăm sóc của người bệnh ung thư: kiến thức chung về hoá trị (p<0,001), kiến thức về tác dụng không mong muốn (p=0,014), kiến thức nguồn thông tin (p=0,007). **Từ khóa:** Kiến thức hoá trị, hành vi tự chăm sóc, L-PaKC, L-PaSC

## SUMMARY

### KNOWLEDGE AND SELF – CARE BEHAVIOR OF CANCER PATIENTS UNDERGOING CHEMOTHERAPY AT 108 MILITARY CENTRAL HOPITAL IN 2023

**Objective:** To describe and analyze some factors related to the knowledge and self-care behavior of cancer patients undergoing chemotherapy at the 108 Military Central Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study on 151 cancer patients at the 108 Military Central Hospital, using the L-PaKC knowledge assessment scale and the L-PaSC self-care behavior scale. **Results:** The median age in the study was 58 (19 - 76). Of which, the

proportion of patients with gastrointestinal cancer was the highest at 62.9%, followed by breast cancer at 14.6%, prostate cancer at 4.0%, and 18.5% of patients had other types of cancer including bile duct, thymus, bone, nasopharyngeal, lung, bladder, ovarian, and cervical cancer. Based on the L-PaKC scale, the chemotherapy knowledge score of the study sample was 66.6±27.1; in which the knowledge about information sources had the highest score of 92.7±16.3; the lowest was knowledge about adverse effects at 46.3±17.9. The self-care behavior score according to the L-PaSC scale of the study sample was 74.2±16.2; in which the average score for adherence to treatment recommendations was 77.0±16.3; the average score for symptom management was 61.9±33.7. **Conclusion:** Self-care behavior differed between cancer groups, with a statistically significant difference (p=0.044). Three areas affecting the self-care behavior of cancer patients: general knowledge about chemotherapy (p<0.001), knowledge about adverse effects (p=0.014), and knowledge about information sources (p=0.007).

**Keywords:** Chemotherapy knowledge, self-care behaviors, L-PaKC, L-PaSC.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOCOBAN 2020 Ung thư là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới, chiếm gần 10 triệu ca tử vong vào năm 2020 [10]. Số ca bệnh mới không ngừng gia tăng, vào năm 2020 có khoảng 19 triệu ca mắc mới, phổ biến là ung thư vú (2,26 triệu ca); phổi (2,21 triệu ca); đại trực tràng (1,93 triệu ca); tuyến tiền liệt (1,41 triệu ca); và dạ dày (1,09 triệu ca) [10]. Tại Việt Nam, theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO – World Health Organization), năm 2020 có khoảng 183 ngàn ca ung thư mới, và khoảng 123 ngàn ca tử vong do ung thư. Tỷ lệ tử vong do ung thư hiệu chỉnh theo độ tuổi tại Việt Nam là 106/100000 dân [10].

Hiện nay có nhiều biện pháp điều trị bệnh ung thư nhưng hóa trị vẫn là phương pháp phổ biến, đóng vai trò quan trọng trong điều trị cho người bệnh ung thư. Việc sử dụng hóa chất mang lại đáp ứng lâm sàng, kéo dài thời gian sống thêm và sống thêm không bệnh [7]. Tuy nhiên, hóa trị lại tiềm tàng rất nhiều các tác dụng không mong muốn do hóa chất tiêu diệt tế bào ung thư nhưng cũng đồng thời hủy hoại tế bào lành, đồng thời có khoảng điều trị hẹp nên gây ra tác dụng không mong muốn toàn thân

<sup>1</sup>Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Phượng

Email: kimphuong286c12@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024