

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Ngọc Thành, Trương Quang Huy và Võ Văn Khoa, Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng bệnh lý tiền sản giật - sản giật bằng aspirin ở những thai phụ có nguy cơ cao, Tạp chí Phụ Sản. 2015; 13(3), tr. 47-53.
2. Poon, L.C., et al., The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, May 2019; 145 Supply 1: p. 1-33.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstetrics & Gynecology, 2020. 135(6): p. e237-e260.
4. The National Institute for Health and Care Excellence guideline, Hypertension in pregnancy: diagnosis and management, NICE, 2019.
5. Magee, L.A., et al., Guideline No. 426: Hypertensive Disorders of Pregnancy: Diagnosis, Prediction, Prevention, and Management. Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada, 2022. 44(5): p. 547-571 e1.
6. Trần Mạnh Linh, Nghiên cứu kết quả sàng lọc bệnh lý tiền sản giật - sản giật bằng xét nghiệm PAPP-A, siêu âm Doppler động mạch tử cung và hiệu quả điều trị dự phòng, Luận văn tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Huế, 2020.
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists, "Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy", Obstetrics & Gynecology. 2018 132(1), pp. e44-e52.
8. Bộ Y tế, Hướng dẫn sàng lọc và điều trị dự phòng tiền sản giật, chủ biên, 2021. Bộ Y tế.
9. Scazzocchio, E., et al., Impact of aspirin on trophoblastic invasion in women with abnormal uterine artery Doppler at 11-14 weeks: a randomized controlled study. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2017. 49(4): p. 435-441.
10. Li, L.L.J.H.B., A randomized controlled trial of low-dose aspirin for the prevention of preeclampsia in women at high risk in China. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2022. 226(251): p. e1-12.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH ĐOẠN TẬN ỐNG NGỰC TRÊN SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN - TĂNG ÁP LỰC TĨNH MẠCH CỬA

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh đoạn tận ống ngực (ĐTTON) trên siêu âm ở bệnh nhân xơ gan - tăng áp lực tĩnh mạch cửa (ALTMC) và đánh giá mối tương quan giữa mức độ giãn của ĐTTON với một số biểu hiện của xơ gan. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2023 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** 30 bệnh nhân (BN) xơ gan, (27 nam, 3 nữ; tuổi trung bình $60,3 \pm 9,7$); có 08 BN Child Pugh A (26,7%), 16 BN Child Pugh B (53,3%) và 06 BN Child Pugh C (20%), đường kính trung bình ĐTTON là $3,89 \pm 0,94$ mm. 16 BN (53,3%) có giãn TMC với đường kính trung bình là $12,7 \pm 3$ mm và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) trung bình độ II. 21 BN (70%) có cổ chướng, chủ yếu ở nhóm 2 (66,67%). Đường kính ĐTTON trong khoảng 3 đến <5 mm (nhóm 2) chiếm tỷ lệ (77,4%) cao hơn nhóm 3 (16,1%) và nhóm 1 (6,4%). Mức độ giãn của ĐTTON có mối tương quan với mức độ xơ gan ($r = 0,54$; $p = 0,02 < 0,05$) và tăng ALTMC, được đánh giá qua tình trạng cổ chướng ($r = 0,39$; $p = 0,03$), giãn TMC ($r = 0,37$; $p = 0,04$) và giãn TMTQ ($r = 0,39$; $p = 0,03$). **Kết luận:** Đường kính đoạn

Trịnh Hùng Khởi¹, Nguyễn Ngọc Cương^{1,2}

tận ống ngực tăng ở BN xơ gan và có mối tương quan với mức độ xơ gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Từ khóa: Can thiệp bạch mạch, đoạn tận ống ngực, xơ gan.

SUMMARY

ULTRASOUND IMAGING OF THE TERMINAL THORACIC DUCT IN PATIENTS WITH CIRRHOSIS AND PORTAL HYPERTENSION

Objective: Describe the characteristics of the terminal thoracic duct (TTD) in patients with cirrhosis - portal hypertension by ultrasound and evaluate the correlation between the degree of dilatation of the TTD with some manifestations of cirrhosis. **Materials and Methods:** Cross-sectional descriptive study, 30 patients were diagnosed and treated for cirrhosis at Hanoi Medical University Hospital from December 2023 to July 2024. **Results:** 30 cirrhosis patients (27 men: 3 women; mean age $60,3 \pm 9,7$ years); 08 Child Pugh A patients (26,7%), 16 Child Pugh B patients (53,3%), and 06 Child Pugh C patients (20%) with mean diameter TTD is $3,89 \pm 0,94$ mm. The average level of esophageal varices is grade II. The dilation of portal veins occurs in 16 patients (53,3%) with the average diameter of the portal vein is $12,7 \pm 3$ mm by sonography. Ascites occurs in 21 patients (70%) and mainly in group 2 (66,67%). TTD is dilated in the range of 3 to <5 mm (group 2) accounts for a higher rate (77,4%) than group 3 (16,1%) and group 1 (6,4%). The degree of dilatation of TTD is closely correlated with the degree of cirrhosis ($r = 0,54$; $p = 0,02 < 0,05$) and the degree of portal hypertension - assessed indirectly by ascites ($r = 0,39$; $p = 0,03$),

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: cuongcdha@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

portal varix ($r=0,37$; $p=0,04$) and esophageal varices with ($r=0,39$; $p=0,03$). **Conclusions:** Diameter of TTD increases in patients with cirrhosis and correlates with the severity of cirrhosis and portal hypertension.

Keywords: Lymphatic intervention, terminal thoracic duct, cirrhosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đoạn tận ống ngực (ĐTTON) là đoạn cuối cùng của ống ngực, giúp vận chuyển dịch dưỡng chấp đổ vào tuần hoàn tĩnh mạch ở cổ. Hiện nay, cùng với sự phát triển trong chẩn đoán và can thiệp bạch mạch, đặc điểm hình ảnh ống ngực ngày càng được quan tâm do một số tắc nghẽn tại ĐTTON có liên quan đến các bệnh lý rò dưỡng chấp.^{1,2} Trong can thiệp, một số nghiên cứu đã đề cập đến việc chọc đường vào ống ngực đoạn cổ dưới siêu âm.³ Trong bệnh lý xơ gan, lưu lượng dòng chảy trong ống ngực tăng cao bất thường và khi vượt quá khả năng đáp ứng của ống ngực, tình trạng cổ chướng xảy ra.^{4,5} Trên thực tế, ống ngực giãn rõ rệt đã được quan sát thấy ở những bệnh nhân bị xơ gan giai đoạn nặng và cổ trướng kháng trị.⁶ Nghiên cứu của Seeger (2009) cho thấy đường kính ĐTTON tăng lên ở bệnh nhân xơ gan.⁷ Cho đến nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm ĐTTON trên siêu âm và cũng như mối liên quan giữa biến đổi của đoạn tận ống ngực với bệnh lý xơ gan. Tuy nhiên, ở Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu về vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được lựa chọn là những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định và được phân độ Child Pugh (A, B, C) dựa trên các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh và xét nghiệm.

Chẩn đoán xơ gan dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và đặc điểm hình ảnh và các xét nghiệm chức năng. Mức độ nặng xơ gan được đánh giá qua thang điểm Child – Pugh (Child – Pugh A, Child – Pugh B, Child – Pugh C) dựa vào mức độ cổ chướng, bệnh lý não gan, nồng độ Bilirubin máu toàn phần, nồng độ Albumin máu, thời gian Prothrombin hoặc INR.⁸

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Các bệnh nhân có các tổn thương vùng cổ gây ảnh hưởng đến đánh giá kết quả trên siêu âm: vết mổ sau phẫu thuật vùng cổ, sưng nề vùng cổ, rò dưỡng chấp vùng cổ sau phẫu thuật hoặc nghi ngờ có dị dạng bạch huyết vùng cổ...

- Các bệnh nhân có tiền sử can thiệp ống ngực trước đó

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 30 bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị xơ gan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thời gian từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

Các biến số nghiên cứu

- Đường kính ngang lớn nhất của đoạn tận ống ngực được chia làm 3 nhóm: nhóm 1 (ĐTTON < 3mm), nhóm 2 (ĐTTON từ 3 đến < 5mm), nhóm 3 (ĐTTON ≥ 5mm).

- Mức độ xơ gan được chia thành 3 mức: Child Pugh A, Child Pugh B, Child Pugh C.

- Cổ chướng, giãn tĩnh mạch thực quản: có hoặc không

- Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản được đánh giá qua nội soi và phân loại theo Hội Nội Soi Nhật Bản gồm 3 độ: I, II, III

- Đường kính thân chung tĩnh mạch cửa được phân loại: đường kính ≥ 13mm và < 13mm

- Số lượng dịch ổ bụng.

Quy trình nghiên cứu

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan dựa trên triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm, đồng thời phân loại theo Child Pugh.

- Siêu âm đoạn tận ống ngực được thực hiện bằng máy siêu âm có đầu dò Linear hãng GE, sử dụng chế độ B, Doppler màu và Doppler năng lượng. Đánh giá đoạn tận ống ngực được thực hiện bởi 02 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có chuyên môn về bạch mạch.

- Đo đường kính ngang ĐTTON, ghi nhận kết quả siêu âm.

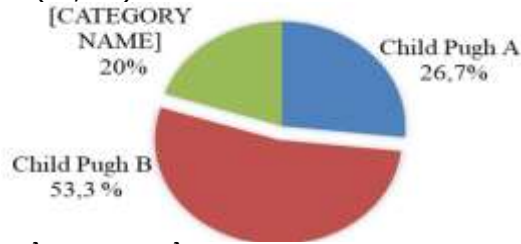
- **Xử lý số liệu thu thập** các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác biệt bằng test Chi-square, (hoặc Fisher's exact test). Tính hệ số tương quan (r) Pearson. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024 có 30 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân nam chiếm đa số (90%), tỷ lệ nam/nữ là 9/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,3 \pm 9,7$ tuổi (thấp nhất là 41 tuổi và cao nhất là 79 tuổi), nhóm tuổi từ 51 đến 70 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều

nhất (66,7%).



phân độ theo Child Pugh

Trong tổng số 30 bệnh nhân xơ gan, nhóm Child Pugh B chiếm đa số, có 16 trường hợp (53,3%). Số lượng bệnh nhân xơ gan Child Pugh A và Child Pugh C gần tương đương nhau, lần lượt là 8 trường hợp (26,7 %) và 6 trường hợp (20%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh đoạn tận ống ngực ở bệnh nhân xơ gan

Biểu đồ 1. Biểu đồ tỷ lệ bệnh nhân xơ gan

Bảng 1. Đường kính trung bình ĐTON ở bệnh nhân xơ gan

Đặc điểm	Child Pugh A	Child Pugh B	Child Pugh C	Trung bình	Giá trị P
Đường kính trung bình ĐTON (mm)	3,51 ± 0,61	3,63 ± 0,79	5,1 ± 0,76	3,89 ± 0,94	0,02

Đường kính ngang ống ngực trung bình là 3,89 ± 0,94mm, với đường kính nhỏ nhất là 2,1mm, lớn nhất là 6,1mm. Đường kính trung bình của ĐTON tăng dần theo mức độ nặng của xơ gan (p=0,02), lớn nhất ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child Pugh C (5,1 ± 0,76mm).

Bảng 2. Đường kính trung bình ĐTON ở bệnh nhân xơ gan có và không có tăng ALTMC

Đặc điểm	Giãn TMC	Giãn tĩnh mạch thực quản	Cổ chướng	Không có tăng áp lực tĩnh mạch cửa	Giá trị P
Đường kính trung bình ĐTON (mm)	4,23±0,96	4,08±0,93	4,13 ± 1,01	3,33±0,32	<0,01

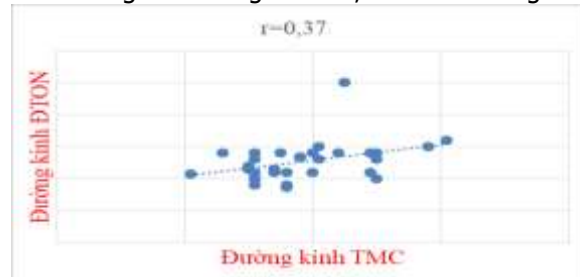
Đường kính trung bình ĐTON ở bệnh nhân xơ gan có giãn TMC, giãn TM thực quản, cổ chướng tăng cao đáng kể so với nhóm xơ gan mà không có các biểu hiện này (p<0,01).

3.3. Môi liên quan giữa mức độ giãn của đoạn tận ống ngực với một số biểu hiện của xơ gan có biểu hiện tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

Bảng 3. Môi liên quan giữa mức độ giãn của ĐTON với một số biểu hiện của tăng áp lực tĩnh mạch cửa

Đặc điểm	Nhóm 1 (n=2)	Nhóm 2 (n=23)	Nhóm 3 (n=5)	Tổng/Trung bình	Giá trị P
Có giãn tĩnh mạch thực quản, n (%)	1 (4,2)	18 (75)	5 (20,8)	24 (80)	<0,01
Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản, n (%)					
Độ I	0	2 (8,4)	0	2 (8,4)	0,03
Độ II	0	7 (29,2)	2 (8,4)	9 (37,5)	
Độ III	1 (4,2)	9 (37,5)	3 (12,5)	13(54,16)	
Có giãn TMC n (%)	0	12 (75)	4 (25)	16 (53,3)	<0,01
Đường kính trung bình thân TMC (mm)	12,4±2,3	12,56±3,3	13,6±2,3	12,7±3,0	0,04
Có cổ chướng, n (%)	2 (6,7)	14 (46,7)	5 (16,7)	21 (70)	<0,01
Số lượng dịch cổ chướng trung bình (mm)	88,5±37,5	41±38,0	73,8±23,0	49,6±39,1	0,06*

* **Mối liên quan giữa mức độ giãn của ĐTON với đường kính tĩnh mạch cửa.** Đường kính thân chung TMC trung bình 12,7±3mm. TMC giãn lớn nhất ở bệnh nhân có giãn ĐTON thuộc nhóm 3.



Biểu đồ 2: Sự tương quan giữa mức độ

giãn của ĐTON với giãn tĩnh mạch cửa

Biểu đồ 2 cho thấy giữa mức độ giãn của ĐTON và mức độ giãn của TMC có mối tương quan tuyến tính đồng biến với r=0.37 và p<0,05.

***Mối liên quan giữa mức độ giãn của ĐTON với giãn tĩnh mạch thực quản.**

Trong nghiên cứu, có 24 bệnh nhân (80%) bị giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó, 18 BN (75%) có đường kính ngang ống ngực thuộc nhóm 2. Trong số bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực

quản, 13 BN (54,16%) có giãn tĩnh mạch thực quản độ III, phần lớn thuộc nhóm 2. Mức độ giãn của ĐTON có mối tương quan thuận với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản ($r=0,39$; $p=0,03$).

***Mối liên quan giữa mức độ giãn của ĐTON với cổ chướng.** 21 bệnh nhân (70%) có cổ chướng, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan tuyến tính giữa mức độ giãn của ĐTON với sự có mặt của cổ chướng ($r=0,39$; $p=0,03$). Tuy nhiên, không có sự khác biệt đáng kể về mức độ giãn của đoạn tận ống ngực với số lượng trung bình dịch tự do ổ bụng ($r=0,35$; $p=0,06>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đường kính trung bình ĐTON $3,89 \pm 0,94\text{mm}$ và tăng tỷ lệ thuận với từng giai đoạn xơ gan Child Pugh A, B, C với đường kính trung bình lần lượt là $3,51 \pm 0,61\text{mm}$, $3,63 \pm 0,79\text{mm}$, $5,1 \pm 0,76\text{mm}$ (Bảng 1). Nghiên cứu của Seeger (2009), cũng cho thấy đường kính ống ngực tăng đáng kể ở bệnh nhân xơ gan và thay đổi theo từng giai đoạn của bệnh.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khá tương đồng với nghiên cứu trên ($p=0,02$). Hơn nữa, Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy mức độ giãn của ống ngực phản ánh mức độ nặng của bệnh xơ gan, có thể do xơ gan gây tăng áp suất thủy tĩnh trong các mao mạch và xoang gan, ảnh hưởng đến sản xuất và vận chuyển bạch huyết.^{6,9-10}



Hình 1: BN nam, 64 Tuổi, Xơ gan, đường kính ĐTON 4,9mm

Nguồn: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Đường kính trung bình của ĐTON tăng đáng kể giữa các bệnh nhân xơ gan có các dấu hiệu tăng áp lực tĩnh mạch cửa so với nhóm bệnh nhân xơ gan mà không có các dấu này (Bảng 2). Nghiên cứu của Seung Woon Park (2020) và cộng sự, khi nghiên cứu đường kính ống ngực ở 179 bệnh nhân có bệnh gan mạn tính, tác giả nhận thấy đường kính ống ngực lớn hơn ở bệnh nhân xơ gan có cổ chướng so với các nhóm có bệnh gan khác.¹² Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu này ($p<0,01$).

Khi đánh giá mối tương quan giữa mức độ giãn của đường kính ĐTON với một số biểu hiện của tăng áp lực TMC, chúng tôi nhận thấy các biểu hiện cổ chướng, giãn tĩnh mạch cửa và giãn tĩnh mạch thực quản có mối tương quan tuyến tính với sự giãn ra của ống ngực (Bảng 3) với hệ số tương quan r lần lượt 0,39, 0,37 và 0,39, $p<0,05$. Mặc dù vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương quan giữa mức độ giãn của đường kính ĐTON với số lượng dịch ổ bụng không có ý nghĩa thống kê ($r=0,35$; $p=0,06>0,05$).

Nghiên cứu này là một trong số rất ít các nghiên cứu về mối liên quan giữa ĐTON với mức độ tiến triển của xơ gan - tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn có những hạn chế nhất định. Chúng tôi không thể so sánh một cách trực tiếp mức độ giãn của ống ngực và mức độ tăng áp lực tĩnh mạch cửa (do đo áp lực tĩnh mạch cửa trực tiếp là một thủ thuật xâm lấn). Thay vào đó, chúng tôi sử dụng các biểu hiện gián tiếp của tăng áp lực tĩnh mạch cửa như giãn TMC, cổ trướng, giãn TMTQ. Hạn chế khác của nghiên cứu là cỡ mẫu còn ít, thời gian nghiên cứu chưa đủ dài và đồng thời là nghiên cứu đơn trung tâm. Những yếu tố trên có thể ảnh hưởng một phần tới kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, đường kính ngang ĐTON tăng theo mức độ xơ gan và liên quan đến các biểu hiện của tăng áp lực tĩnh mạch cửa, phản ánh tình trạng tiến triển của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Riley LE, Ataya A. Clinical approach and review of causes of a chylothorax. *Respir Med.* 2019; 157:7-13. doi:10.1016/j.rmed.2019.08.014
2. Cuong NN, Linh LT, My TTT, et al. Management of chyluria using percutaneous thoracic duct stenting. *CVIR Endovasc.* 2022;5:54. doi:10.1186/s42155-022-00333-y
3. Guevara C, Rialon K, Ramaswamy R, Kim S, Darcy M. US-Guided, Direct Puncture Retrograde Thoracic Duct Access, Lymphangiography, and Embolization: Feasibility and Efficacy. *J Vasc Interv Radiol.* 2016;27. doi:10.1016/j.jvir.2016.06.030
4. Dumont AE, Mulholland JH. Alterations in Thoracic Duct Lymph Flow in Hepatic Cirrhosis: Significance in Portal Hypertension. *Ann Surg.* 1962;156(4): 668-675. doi:10.1097/0000658-196210000-00013
5. Witte MH, Dumont AE, Cole WR, Witte CL, Kintner K. Lymph circulation in hepatic cirrhosis: effect of portacaval shunt. *Ann Intern Med.* 1969; 70(2):303-310. doi:10.7326/0003-4819-70-2-303
6. Witte MH, Witte CL, Dumont AE. Progress in liver disease: physiological factors involved in the causation of cirrhotic ascites. *Gastroenterology.* 1971;61(5):742-750.

7. Seeger M, Bewig B, Günther R, et al. Terminal Part of Thoracic Duct: High-Resolution US Imaging. *Radiology*. 2009;252(3):897-904. doi:10.1148/radiol.2531082036
8. **Child-Pugh classification - UpToDate.** Accessed June 18, 2024. <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST/78401>
9. Verma SK, Mitchell DG, Bergin D, et al. Dilated cisternae chyli: a sign of uncompensated cirrhosis at MR imaging. *Abdom Imaging*. 2009;34(2): 211-216. doi:10.1007/s00261-008-9369-7
10. Hwang SH, Oh YW, Ham SY, Kang EY, Lee KY, Yong HS. Evaluation of the left neck distal thoracic duct in cirrhosis with computed tomography. *Clin Imaging*. 2016;40(3):465-469. doi:10.1016/j.clinimag.2016.01.005

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ BETA2 MICROGLOBULIN HUYẾT TƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP MIỄN DỊCH ĐO ĐỘ ĐỤC TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Chí Thanh¹, Lê Thị Kim Cương², Nguyễn Thị Kim Tiên², Cao Thị Vân², Lê Thị Thúy³, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nồng độ Beta2 microglobulin (β 2-M) huyết tương ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục. Tìm hiểu mối liên quan của β 2-M với yếu tố viêm CRP, albumin, thời gian lọc máu để đánh giá tình trạng viêm, yếu tố dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 207 bệnh nhân chạy thận nhân tạo từ tháng 11/2023- 5/2024 tại bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Theo nghiên cứu của tác giả nồng độ β 2-M trung bình $22,01 \pm 3,25$ (mg/L). nồng độ CRP tăng chiếm 44%, nồng độ β 2-M tương quan thuận với CRP, $r = 0,48$, $p < 0,001$, tỷ lệ albumin bị giảm chiếm 39,1%, β 2-M tương quan nghịch với albumin $r = -0,51$, $p < 0,0001$. Thời gian lọc máu dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao 57,5%, trên 5 năm chiếm 22,7%, trên 10 năm chiếm 20,3%, thời gian lọc máu trung bình $4,26 \pm 5,67$ (năm), β 2-M tương quan thuận với thời gian lọc máu $r = 0,4029$, $p < 0,0001$. **Kết luận:** Nồng độ β 2-M tăng cao gấp 10 lần ở bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo. β 2-M tương quan thuận với CRP, tương quan nghịch với albumin, tương quan thuận với thời gian lọc máu. **Từ khóa:** β 2-M, suy thận mạn, CRP, Albumin, thời gian lọc máu.

SUMMARY

STUDY ON BETA2 MICROGLOBULIN PLASMA LEVELS USING IMMUNONEPHELOMETRIC METHOD IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS AT THONG NHAT HOSPITAL

¹Trường Đại học Quốc Tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Thống Nhất

³Trường Đại học Kỹ thuật Y Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kim Cương

Email: kimcuonglee1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

Objective: To study the plasma beta2 microglobulin (β 2-M) concentration in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis using turbidimetric immunoassay. To explore the relationship of β 2-M with the inflammatory factor CRP, albumin, and dialysis duration to assess inflammation and nutritional status in patients at Thong Nhat Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 207 hemodialysis patients from November 2023 to May 2024 at Thong Nhat Hospital. **Results:** The average β 2-M concentration was $22,01 \pm 3,25$ (mg/l). The prevalence of elevated CRP levels was 44%. β 2-M concentration showed a positive correlation with CRP ($r = 0,48$, $p < 0,001$). The rate of decreased albumin was 39,1%, with β 2-M showing a negative correlation with albumin ($r = -0,51$, $p < 0,0001$). Dialysis duration: Under 5 years 57,5%, Over 5 years 22,7%, over 10 years 20,3%, the average dialysis duration was $4,26 \pm 5,67$ (years), with β 2-M showing a positive correlation with dialysis duration ($r = 0,4029$, $p < 0,0001$). **Conclusion:** The β 2-M concentration is elevated by 10 times in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. β 2-M correlates positively with CRP, negatively with albumin, and positively with dialysis duration.

Keywords: β 2-M, chronic kidney disease, CRP, albumin, dialysis duration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận là một cơ quan quan trọng trong cơ thể, khi thận bị tổn thương thì ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống rất nhiều. Ngày nay nhờ vào sự tiến bộ của y học hiện đại, đời sống của người dân được cải thiện và nâng cao. Để hiểu rõ hơn về sự lắng đọng beta2 microglobulin (β 2-M) ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối đang chạy thận nhân tạo và đánh giá được tình trạng viêm ảnh hưởng lên tình trạng dinh dưỡng, cũng như ý nghĩa của của β 2-M trong bệnh thận theo thời gian chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu nồng độ β 2-M huyết tương bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục trên bệnh nhân suy thận mạn chạy