

V. KẾT LUẬN

Với bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm, dấu hiệu đau khớp, tiếng kêu khớp và đau cơ là các triệu chứng cơ năng hay gặp. Có một tỷ lệ lớn bệnh nhân có đường há ngậm miệng lệch hoặc zíc zắc và há miệng hạn chế. Nhổ răng và nhai thuận một bên là các yếu tố nguy cơ chiếm đa số. Cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác hơn tỷ lệ và các dấu hiệu lâm sàng trên nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Romero Reyes M, Bassiur P** (2024). Temporomandibular Disorders, Bruxism and Headaches, *Neurol Clin*; 42(2), 573-584.
2. **Lê Nguyễn Lâm, Nguyễn Phúc Vinh** (2023). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, *Vietnam Journal of Community Medicine*, 64(5), 223-231.
3. **Dion Tik Shun Li, Yiu Yan Leung** (2021). Temporomandibular Disorders: Current concepts and controversies in diagnosis and management, *Diagnosis J* (Basel), 11(3), 459-465.
4. **Zhe Li et al** (2022). Evaluation of the effect of T-Scan™ as an adjunct to stabilization splint in the treatment of temporomandibular joint disorders, *Cranio J*, 12, 1-10.
5. **Phạm Thu Trang, Phạm Thị Hồng Thuý, Trịnh Vũ Hải** (2023). Đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 529(1), 164-168.
6. **Nguyễn Hữu Nhân, Nguyễn Hữu Ân, Trần Ngọc Quảng Phi** (2022). Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(1), 284-289.
7. **Nguyễn Phúc Vinh, Trần Thị Phương Đan** (2022). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp chùm tia hình nón và đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, 52, 192-198.
8. **Okeson JP et al** (2020). Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Mosby Elsevier, 8th Edition.
9. **Emma Beecroft et al** (2019). Temporomandibular Disorder for the General Dental Practitioner, *Prim Dent J*, 7(4), 62-70.

MỘT SỐ DẤU ẤN HBeAg, ANTI-HBe, HBcAg, HBV-DNA Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Thị Diễm Trang¹, Trần Ngọc Dung¹, Dương Thị Loan¹,
Trương Đan Kha², Huỳnh Thị Huỳnh Mai², Đoàn Phù Tường Vy²,
Trần Hoàng Tráng², Võ Thành Trí³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Một số dấu ấn huyết thanh đã được đánh giá có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh và có ý nghĩa trong chẩn đoán, theo dõi điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số dấu ấn huyết thanh HBeAg, anti-HBe, nồng độ HBcAg, HBV-DNA và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ năm 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gan siêu vi B mạn chưa điều trị đến khám tại Phòng khám tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 07/2024-02/2025. Bệnh nhân được tiến hành xét nghiệm định tính HBeAg, anti-HBe, định lượng HBcAg, đo tải lượng vi rút HBV-DNA, thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân có

HBeAg(+) là 26,0%, anti-HBe(+) là 74,0%, HBcAg(+) là 80,0% và HBV-DNA(+) là 97,0%. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 48,44 ±13,1 tuổi, nam chiếm ưu thế hơn (51,0%) so với nữ (49,0%) và phân bố chủ yếu ở vùng nông thôn (76,0%). Ở nhóm HBeAg(+) có giá trị trung bình của hoạt độ ALT là 83,5±115,7 U/L, AST là 62,9±63,5 U/L, nồng độ trung bình của HBcAg và HBV-DNA lần lượt là 7,45±1,45 logU/mL và 5,89±2,47 log₁₀IU/mL. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B mạn thể HBeAg(+) là 26,0%, HBeAg (-) là 74,0%. Nhóm bệnh nhân HBeAg(+) có độ tuổi thấp hơn so với HBeAg(-) với OR=3,37 (p=0,01), chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng HBeAg với giới tính, nơi cư trú và hoạt độ AST, ALT. Nồng độ trung bình của HBcAg và HBV-DNA ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg(+) lần lượt là 7,45±1,45 logU/mL; 5,89±2,47 log₁₀IU/mL cao hơn ở nhóm bệnh nhân có HBeAg(-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

SUMMARY

SOME MARKERS OF HBeAg, ANTI-HBe, HBcAg, HBV-DNA IN UNTREATED CHRONIC HEPATITIS B PATIENTS AND RELATED FACTORS

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

³Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Diễm Trang

Email: diemtrang71@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

Background: Several serological markers have been evaluated for their association with disease severity and have significance in the diagnosis and monitoring of treatment in patients with chronic hepatitis B. **Objective:** To investigate certain serological markers HBeAg, anti-HBe, HBcrAg levels, HBV-DNA and related factors in untreated patients with chronic hepatitis B at S.I.S Can Tho International General Hospital from 2023 to 2025. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional descriptive study with analytical components conducted on 100 patients with confirmed diagnoses of untreated chronic hepatitis B who visited the Gastroenterology Clinic at S.I.S Can Tho International General Hospital from July 2024 to February 2025. The patients underwent qualitative testing for HBeAg and anti-HBe, quantitative measurement of HBcrAg, and assessment of HBV-DNA viral load. Data were collected and analyzed using SPSS version 25.0. **Results:** The proportion of patients who HBeAg(+) was 26,0%, anti-HBe(+) was 74,0%, HBcrAg(+) was 80,0%, and HBV-DNA(+) was 97,0%. The mean age of the study population was $48,44 \pm 13,1$ years, Males were slightly more predominant (51,0%) compared to females (49,0%), and the majority of participants resided in rural areas (76,0%). Among patients with HBeAg(+), the mean ALT activity was $83,5 \pm 115,7$ U/L, AST was $62,9 \pm 63,5$ U/L, and the mean concentrations of HBcrAg and HBV-DNA were $7,45 \pm 1,45$ logU/mL and $5,89 \pm 2,47$ log₁₀ IU/mL. **Conclusion:** The proportion of chronic hepatitis B patients with HBeAg(+) was 26,0%, while those with HBeAg(-) made up 74,0%. Patients in the HBeAg(+) group were younger than those in the HBeAg(-) group, with an OR=3,37 ($p=0,01$). No statistically significant association were found in HBeAg status regarding gender, residence, AST and ALT levels. The mean concentrations of HBcrAg and HBV-DNA were significantly higher in the HBeAg(+) group than in the HBeAg(-) group ($p<0,001$). **Keywords:** Chronic hepatitis B, HBV-DNA, HBcrAg, HBeAg.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê từ WHO vào năm 2019, trên toàn cầu có khoảng 295,9 triệu người (3,8%) nhiễm HBV. Ước tính số người chết do viêm gan B là khoảng 820.000 người/năm [1]. Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm vi rút viêm gan B cao (>8% dân số có HBsAg dương tính và đã phải chịu những hậu quả khá nặng nề do bệnh viêm gan B mạn tính gây ra. Viêm gan B mạn là một bệnh lý khá phức tạp, diễn biến thầm lặng, các triệu chứng không tương xứng với mức độ trầm trọng của tổn thương gan. Diễn biến tự nhiên bao gồm 4 giai đoạn, được đặc trưng bởi các thông số sinh hóa gan và các dấu ấn miễn dịch huyết thanh. Hiện nay, một số xét nghiệm dấu ấn huyết thanh nhiễm HBV đang được sử dụng trong thực hành lâm sàng như xét nghiệm định tính HBsAg, HBeAg, anti-HBe; định lượng HBcrAg và đo tải lượng vi rút HBV-DNA

trong huyết thanh bệnh nhân. Kháng nguyên liên quan đến lõi vi rút viêm gan B (HBcrAg) được mã hóa bởi gen tiền lõi/lõi cho HBeAg, HBcAg và protein tiền lõi bị cắt ngắn 22-KDa (p22cr). HBcrAg đã được chứng minh là có mối liên hệ chặt chẽ với diễn biến tự nhiên nhiễm viêm gan vi rút B. Việc theo dõi và định lượng các dấu ấn huyết thanh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân viêm gan B mạn. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành: "*Khảo sát một số dấu ấn huyết thanh HBeAg, anti-HBe, nồng độ HBcrAg, HBV-DNA ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị và một số yếu tố liên quan*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân viêm gan B mạn, đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có HBsAg dương tính ≥ 6 tháng. Những đối tượng mới xét nghiệm lần đầu có HBsAg(+), sẽ được thực hiện lại xét nghiệm HBsAg lần 2 sau 6 tháng, nếu kết quả HBsAg vẫn còn dương tính, sẽ được tiếp tục đưa vào nghiên cứu, nếu kết quả HBsAg trở nên âm tính, sẽ được loại ra khỏi nghiên cứu; Bệnh nhân chưa được điều trị thuốc kháng vi rút và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có dấu hiệu suy giảm miễn dịch (bị sốt, viêm phổi, nhiễm trùng... tái phát nhiều lần), đã hoặc đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, đã hoặc đang hóa trị, xạ trị, dùng thuốc corticoid kéo dài trên 3 tháng; Bệnh nhân không thể nghe và trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang phân tích.

Cỡ mẫu: Số lượng mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ ước lượng

$$n = z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2} \quad (1)$$

Với:

α : sai lầm loại 1, chọn $\alpha = 0,05$

Hệ số tin cậy $1-\alpha=95\% \Rightarrow z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$

p: là tỷ lệ HBcrAg(+) ở bệnh nhân mắc viêm gan B mạn. Theo tác giả Lê Đình Vinh Phúc và cộng sự (2020), nghiên cứu tại Trung tâm MEDIC Thành phố Hồ Chí Minh, cho tỷ lệ HBcrAg(+) là 71,7% ($n=106$ bệnh nhân) [2]. Do đó, chúng tôi chọn $p=0,717$.

$d=0,09$: là sai số cho phép.

Thay thế các giá trị vào công thức (1). Vậy cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 100 bệnh nhân. Trên thực tế nhóm nghiên cứu thu thập được 100 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: Xác định tỷ lệ các dấu ấn huyết thanh, phân tích mối liên quan giữa tình trạng HBeAg và đặc điểm chung, HBcrAg, HBV-DNA ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

- Xét nghiệm định tính HBeAg, anti-HBe được xác định bằng kỹ thuật miễn dịch vi hạt hóa phát quang CMIA (Chemiluminescent microparticle immunoassay) với bộ thuốc thử của Abbott và đọc kết quả trên máy miễn dịch tự động Alinity I. Kết quả thu được là chỉ số được tính bằng tỷ lệ giữa hai giá trị đo được bằng quang học của mẫu thử (Sample Relative light units-RUL) và giá trị ngưỡng (cut-off RLU). Đọc kết quả định tính HBeAg: HBeAg(+): ≥ 1 S/Co, anti-HBe (+): ≤ 1 S/Co.

- HBcrAg định lượng được đo bằng kỹ thuật miễn dịch enzyme hóa phát quang (CLEIA), bằng phương pháp xét nghiệm miễn dịch kiểu Sandwich hai bước, được tiến hành trên máy miễn dịch tự động Lumipulse G600 II với bộ thuốc thử của Fujirebio. Kết quả xác định bằng cách sử dụng đường chuẩn đã được xây dựng trước đó. Giá trị tham chiếu $<3,0$ LogU/mL.

- Tải lượng HBV-DNA được đo trên hệ thống Real-TM Quant Dx system của hãng Sacace Biotechnologies (Ý), sử dụng bộ kit HBV Real time TM Quant của hãng Sacace (Ý) với ngưỡng phát hiện là 7 IU/mL.

Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 25.0. Phép kiểm định Chi bình phương, T-test được sử dụng để so sánh các tỷ lệ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Liên quan giữa tỷ lệ HBeAg(+) với đặc điểm chung, tỷ lệ HBcrAg(+), HBV-DNA(+) trên toàn bộ mẫu nghiên cứu (n=100).

Đặc điểm		HBeAg		OR (KTC 95%)	p
		Dương tính n(%)	Âm tính n(%)		
Tuổi	≤ 40	12 (44,4)	15 (55,6)	3,37	0,01
	> 40	14 (19,2)	59 (80,8)		
Giới tính	Nữ	14 (28,6)	35 (71,4)	1,30	0,56
	Nam	12 (23,5)	39 (76,5)		
Nơi cư trú	Nông thôn	17 (22,4)	59 (77,6)	0,48	0,14
	Thành thị	9 (37,5)	15 (62,5)		
AST	Tăng ≥ 2 ULN	5 (55,6)	4 (44,4)	4,17	0,05*
	Tăng < 2 ULN	21 (23,1)	70 (76,9)		
ALT	Tăng ≥ 2 ULN	5 (45,5)	6 (54,5)	2,70	0,15*

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Phân bố đặc điểm chung (nhóm tuổi, giới tính, nơi cư trú) của bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan B mạn chưa điều trị (n=100)

Trong tổng số 100 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì độ tuổi trung bình là $48,44 \pm 13,1$ tuổi, trong đó nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm 73,0%. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế hơn (51,0%) so với nữ giới (49,0%). Đa phần bệnh nhân cư trú tại khu vực nông thôn (76,0%) nhiều hơn là khu vực thành thị (24,0%).

3.2. Tỷ lệ các dấu ấn huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị

Bảng 1. Tỷ lệ dương tính của dấu ấn HBeAg, anti-HBe, HBcrAg và HBV-DNA ở bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan B mạn chưa điều trị (n=100)

Dấu ấn huyết thanh	Tần số	Tỷ lệ (%)
HBeAg	Âm tính	74
	Dương tính	26
Anti-HBe	Âm tính	26
	Dương tính	74
HBcrAg	Âm tính	20
	Dương tính	80
HBV-DNA	Âm tính	3
	Dương tính	97

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có tỷ lệ HBeAg(+) là 26,0%, anti-HBe(+) là 74,0%, HBcrAg(+) là 80,0% và HBV-DNA(+) là 97,0%.

3.3. Mối liên quan giữa tình trạng HBeAg và một số yếu tố liên quan

	Tăng < 2ULN	21 (23,6)	68 (76,4)		
HBcrAg	Dương tính	25 (31,3)	55 (61,8)	8,64	0,02*
	Âm tính	1 (5,0)	19 (95,0)		
HBV-DNA	Dương tính	26 (26,8)	71 (73,2)	-	0,57*
	Âm tính	0 (0,0)	3 (100,0)		

Nhận xét: Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,01$) giữa HBeAg(+) với nhóm tuổi ≤ 40 tuổi (tỷ lệ HBeAg(+) ở bệnh nhân ≤ 40 tuổi cao gấp 3,37 lần so với bệnh nhân > 40 tuổi) với $OR=3,37$. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa HBeAg(+) với tỷ lệ HBcrAg dương tính (tỷ lệ HBeAg(+) ở bệnh nhân HBcrAg dương tính cao gấp 8,64 lần so với bệnh nhân có HBcrAg âm tính) với $OR=8,64$ ($p=0,02$). Tất cả bệnh nhân HBeAg(+) đều có HBV-DNA dương tính (26,8%). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa HBeAg(+) với giới tính, nơi cư trú, mức tăng hoạt độ ALT, AST và tỷ lệ HBV-DNA ($p>0,05$).

Bảng 3. Liên quan giữa tình trạng HBeAg với hoạt độ trung bình của ALT, AST (U/L) ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị (n=100).

Nhóm bệnh	HBeAg(+) (n=26)	HBeAg(-) (n=74)	p (T-test)
Chỉ số			
ALT (Mean $\pm$ SD)	83,5 $\pm$ 115,7	38,2 $\pm$ 28,3	0,06
AST (Mean $\pm$ SD)	62,9 $\pm$ 63,5	35,7 $\pm$ 32,7	0,05

Nhận xét: Hoạt độ trung bình ALT nhóm bệnh nhân HBeAg(+) là 83,5 $\pm$ 115,7 U/L, AST là 62,9 $\pm$ 63,5 U/L. Ở nhóm HBeAg(-) có hoạt độ trung bình ALT và AST lần lượt là 38,2 $\pm$ 28,3 U/L; 35,7 $\pm$ 32,7 U/L. Tuy nhiên chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hoạt độ ALT, AST với tình trạng HBeAg ($p=0,06$ và $p=0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng HBeAg với nồng độ trung bình của HBcrAg, HBV-DNA ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị (n=100)

Nhóm bệnh	HBeAg(+) (n=26)	HBeAg(-) (n=74)	p (T-test)
Đặc điểm			
HBcrAg (LogU/mL)	7,45 $\pm$ 1,45	3,49 $\pm$ 1,22	<0,001
HBV-DNA (Log10IU/mL)	5,89 $\pm$ 2,47	3,37 $\pm$ 1,47	<0,001

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân HBeAg(+) có nồng độ trung bình HBcrAg là 7,45 $\pm$ 1,45 logU/mL và HBV-DNA là 5,89 $\pm$ 2,47 log₁₀IU/mL. Ở nhóm HBeAg(-) có nồng độ trung bình HBcrAg và HBV-DNA lần lượt là 3,49 $\pm$ 1,22 logU/mL và 3,37 $\pm$ 1,47 log₁₀IU/mL. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ HBcrAg và HBV-DNA với tình trạng HBeAg ($p<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng

nghiên cứu. Phần lớn người bệnh đến khám viêm gan B tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ trung bình 48,44 $\pm$ 13,1 tuổi, trong đó nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm 73,0%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Cẩm Hồng (2022) với tỷ lệ viêm gan B mạn tập trung ở nhóm tuổi 35-50 tuổi chiếm 42,1% [3], khác biệt với kết quả của tác giả Lê Văn Nam (2021) với độ tuổi từ 30-39 tuổi chiếm 48,74% [4], lý giải cho sự khác biệt này do địa điểm nghiên cứu của tác giả Lê Văn Nam tại Bệnh viện Quân Y 103 các bệnh nhân đến khám tại đây chủ yếu dưới 40 tuổi. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế hơn (51,0%) so với nữ giới (49,0%), kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu khác, trong đó nghiên cứu của tác giả Lê Đình Vĩnh phúc có tỷ lệ nam giới 66,0%, nữ giới 34,0% [2]. Đa phần bệnh nhân cư trú tại khu vực nông thôn (76,0%) nhiều hơn là khu vực thành thị (24,0%), kết quả này cho thấy tỷ lệ mắc bệnh viêm gan B mạn có thể liên quan đến khả năng đáp ứng miễn dịch, điều kiện sống và tình trạng chăm sóc sức khỏe.

4.2. Tỷ lệ các dấu ấn huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị.

Dấu ấn kháng nguyên HBeAg(+) chiếm 26,0%, HBeAg(-) 74,0%, tỷ lệ dấu ấn anti-HBe(+) chiếm 74,0%, tỷ lệ HBcrAg(+) và HBV-DNA(+) lần lượt là 80,0% và 97,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Cẩm Hồng có 27,4% bệnh nhân viêm gan B có HBeAg(+) [3]. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả HBeAg(+) và HBV-DNA(+) (97,0%) tương đồng với nghiên cứu của Lê Đình Vĩnh Phúc với tỷ lệ HBeAg(+) và HBV-DNA(+) lần lượt là 27,4% và 59,4% [2].

4.3. Mối liên quan giữa tình trạng HBeAg và đặc điểm chung, HBcrAg, HBV-DNA.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng HBeAg(+) ở nhóm bệnh nhân ≤ 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm bệnh nhân > 40 tuổi với $OR=3,37$. Về đặc điểm HBeAg liên quan đến giới tính và nơi cư trú trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Hồng [3]. Chưa tìm thấy sự liên quan giữa hoạt độ AST, ALT với tỷ lệ HBeAg, kết quả của chúng tôi không tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Hồng [3] và

nghiên cứu của Liu D. và cộng sự (2020) [5], sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân tham gia nghiên cứu của tác giả khác so với nghiên cứu của chúng tôi.

Nồng độ trung bình HBcrAg và HBV-DNA ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg(+) cao hơn ở nhóm bệnh nhân HBeAg(-), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($7,45 \pm 1,45 \log U/mL$; $5,89 \pm 2,47 \log_{10} IU/mL$ so với $3,49 \pm 1,22 \log U/mL$; $3,37 \pm 1,47 \log_{10} IU/mL$, $p < 0,001$). Kết quả HBV-DNA trung bình ở nhóm HBeAg(+) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Yang N. và cộng sự (2018) ($5,16 \log_{10} IU/mL$) [6] và nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Hồng ($6,86 \pm 1,08 \log_{10} IU/mL$) [3]. Nồng độ HBcrAg trung bình ở nhóm HBeAg(+) trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Đình Vĩnh Phúc với kết quả HBcrAg trung bình ở nhóm bệnh nhân có HBeAg(+) và HBeAg(-) lần lượt là $6,0 \pm 1,15 \log U/mL$; $3,46 \pm 1,18 \log U/mL$ [2], tương đồng với nghiên cứu của Mai Thị Bích Chi (2023) với nồng độ HBcrAg trung bình ở nhóm HBeAg(+) và HBeAg(-) lần lượt là $5,5 \log U/mL$ và $3,2 \log U/mL$ [7]. Nồng độ HBcrAg và HBV-DNA ở nhóm HBeAg(+) cao hơn nhóm HBeAg(-), điều này lý giải là do sự giảm hoạt động và giảm sản xuất HBeAg của vi rút viêm gan siêu vi B sau khi xảy ra phản ứng chuyển đổi huyết thanh.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B mạn thể HBeAg(+) là 26,0%, HBeAg(-) là 74,0%. Nhóm bệnh nhân HBeAg(+) có độ tuổi thấp hơn so với HBeAg(-) với $OR = 3,37$ ($p = 0,01$), chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình

trạng HBeAg theo giới tính, nơi cư trú và hoạt độ AST, ALT ($p > 0,05$). Nồng độ trung bình của HBcrAg và HBV-DNA ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg(+) lần lượt là $7,45 \pm 1,45 \log U/mL$; $5,89 \pm 2,47 \log_{10} IU/mL$ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có HBeAg(-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cui F, Blach S, Manzengo Mingiedi C, Gonzalez M. A, Sabry Alaama A, Mozalevskis A, et al (2023), "Global reporting of progress towards elimination of hepatitis B and hepatitis C", *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 8(4), pp.332-342.
2. Lê Đình Vĩnh Phúc (2020), "Nghiên cứu một số đặc điểm kháng nguyên liên quan đến lỗi vi rút viêm gan B tại trung tâm MEDIC thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, 4(32), tr.80-85.
3. Nguyễn Thị Cẩm Hồng, Đỗ Hoàng Long, Lê Thị Hoàng Mỹ, Trịnh Thị Hồng Cua & Phan Hoàng Đạt (2022), "Nghiên cứu các dấu ấn huyết thanh nhiễm HBV, mối tương quan giữa nồng độ HBsAg và tải lượng vi rút ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 51, 205-212.
4. Lê Văn Nam (2021), "Nghiên cứu mối tương quan giữa tải lượng HBV DNA và hoạt độ enzym ALT ở bệnh nhân viêm gan vi rút B mạn tính", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2(500), tr.95-99.
5. Liu D, Xu T, Shi B, Lu W, et al (2020). "Clinical relevance of the in situ assay for HBV DNA: a cross-sectional study in patients with chronic hepatitis B", *J Clin Pathol*, 73(12), pp.813-818.
6. Yang N, Feng T, Zhou T, Li Z, et al (2018), "Relationship between serum quantitative HBsAg and HBV DNA levels in chronic hepatitis B patients", *J Med Virol*, 90(7), pp.1240-1245.
7. Mai Thị Bích Chi (2022), "Khảo sát nồng độ HBcrAg huyết thanh ở bệnh nhân viêm gan B mạn tại bệnh viện đại học y dược TPHCM", *Trường Đại học Y Dược TP.HCM*, tr.350-381.

GIẢI PHẪU MẠCH MÁU CHI DƯỚI TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH: CÁC BIẾN THỂ VÀ ỨNG DỤNG TRONG TẠO HÌNH BẰNG VẬT XƯƠNG MÁC

Lê Ngọc Tuyền¹, Lại Bình Nguyên¹,
Phạm Nhật Quang¹, Nguyễn Quang Rực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, vật xương mắ tự do đã trở thành một trong những chất liệu thường được sử dụng nhất trong tạo hình các tổn khuyết xương và

phần mềm. Vật xương mắ được nuôi dưỡng dựa trên động mạch mắ, nên sự hiểu biết kỹ lưỡng về giải phẫu mạch máu cũng như các biến đổi của nó là rất cần thiết. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu này được thực hiện trên 40 bệnh nhân được tạo hình vùng hàm mặt bằng vật xương mắ tự do từ tháng 5/2023 – 8/2024. Tuổi của bệnh nhân thay đổi từ 13 đến 72 tuổi, nam giới chiếm 55% và nữ giới chiếm 55%. Các thông số được ghi nhận trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch máu chi dưới trước mổ, bao gồm chiều dài xương mắ, các bất thường xương và mạch máu, chiều dài thân chày mắ, khẩu kính của thân

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Rực

Email: rucnguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 13.5.2025