

- Sepsis or Septic Shock. PLoS One, 10 (3), e0119437.
6. **Mangalesh S, Dudani S, Malik A** (2021). Platelet Indices and Their Kinetics Predict Mortality in Patients of Sepsis. Indian J Hematol Blood Transfus, 37 (4), 600-608.
 7. **Wang J, Wang Z, Zhang M, Lou Z, Deng J, Li Q** (2020). Diagnostic value of mean platelet volume for neonatal sepsis: A systematic review and meta-analysis. Medicine, 99 (32), e21649.
 8. **Oh GH, Chung SP, Park YS, et al** (2017). Mean Platelet Volume to Platelet Count Ratio as a Promising Predictor of Early Mortality in Severe Sepsis. Shock, 47 (3), 323-330.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI KHUẨN HỌC KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM THÀNH NGỰC TẠI VIỆN BỎNG QUỐC GIA VIỆT NAM

Nguyễn Trung Hiếu¹, Phạm Trịnh Quốc Khanh², Huỳnh Minh Trí³,
Bùi Xuân Dân⁴, Hoàng Minh Tú^{2*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị tổn khuyết thành ngực phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó đặc điểm tổn thương, vi khuẩn học góp phần quan trọng vào chiến lược điều trị. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học của khuyết hồng phần mềm thành ngực. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 18 bệnh nhân các bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm thành ngực được phẫu thuật điều trị sử dụng vật da cơ lưng rộng cuồng liền thảng tại Viện Bỏng quốc gia Việt Nam từ tháng 01/2008 đến tháng 09/2014. **Kết quả:** Trong đó, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 56 -78 tuổi chiếm tỷ lệ 66,67% (10/18). Nguyên nhân khuyết hồng phần mềm thành ngực chiếm đa số là do di chứng từ xạ trị chiếm tỷ lệ 88,89%. Hầu hết các khuyết đều mất lớp da và tổ chức dưới da. Diện tích trung bình của tổn khuyết là $67,03 \pm 7,72 \text{ cm}^2$. Vi khuẩn trong khuyết hồng chiếm đa số là *P.aeruginosa* (44,45%) và *S.aureus* (22,22%). **Kết luận:** Nguyên nhân chiếm đa số là do di chứng từ xạ trị. Đặc điểm lâm sàng khuyết hồng thành ngực tương đối đa dạng về mức độ tổn thương, kích thước và diện tích. Vi khuẩn chiếm đa số là *P.aeruginosa* và *S.aureus* giúp định hướng lựa chọn loại kháng sinh sớm cho bệnh nhân khi chưa có kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn.

Từ khóa: khuyết hồng thành ngực, vi khuẩn học

SUMMARY

CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHEST WALL SOFT TISSUE DEFECTS AT THE VIETNAM NATIONAL BURN HOSPITAL

Introduction: The treatment of chest wall defects depends on various factors, among which the

characteristics of the lesion and microbiological findings play a crucial role in formulating an effective therapeutic strategy. **Objective:** To describe the clinical and microbiological characteristics of soft tissue defects of the chest wall. **Subjects and Methods:** This was a cross-sectional descriptive study conducted on 18 patients with soft tissue defects of the chest wall who underwent surgical treatment using a pedicled latissimus dorsi musculocutaneous flap at the Vietnam National Burn Hospital from January 2008 to September 2014. **Results:** The most affected age group was 56–78 years, accounting for 66.67% (10/18) of cases. The predominant cause of chest wall soft tissue defects was sequelae of radiation therapy, representing 88.89% of cases. Most defects involved the loss of both skin and subcutaneous tissue. The average defect area was $67.03 \pm 7.72 \text{ cm}^2$. The most commonly isolated microorganisms from the defect sites were *Pseudomonas aeruginosa* (44.45%) and *Staphylococcus aureus* (22.22%). **Conclusion:** Radiation therapy sequelae were the leading cause of chest wall defects. Clinically, the defects varied in terms of severity, size, and surface area. The predominance of *P. aeruginosa* and *S. aureus* provides an important basis for early empirical antibiotic selection prior to definitive culture and sensitivity results.

Keywords: chest wall defect, microbiology.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng thành ngực có nhiều mức độ khác nhau, từ hoại tử da đơn thuần đến các lớp cơ nông sâu, có thể hoại tử các thành phần sâu hơn như xương sụn thậm chí phế mạc [1]. Tính chất của khuyết hồng cũng đa dạng, tùy theo nguyên nhân, trong các trường hợp loét sau xạ trị thì vết loét sẽ đi theo chu trình nhiễm khuẩn và hoại tử sẽ làm vết thương ngày càng rộng và sâu hơn hoặc trong các trường hợp loét trên nền sẹo bỏng, ổ loét sẽ tái phát với tỷ lệ rất cao vì rối loạn về dinh dưỡng và tổn thương do chịu các lực tác động kém [2], [3]. Việc điều trị tổn khuyết thành ngực phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó đặc điểm và tính chất của khuyết hồng góp phần quan trọng vào chiến lược điều trị. Do đó

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

⁴Bệnh viện đa khoa Thủ Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

Email: hmtu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học của khuyết hồng phần mềm thành ngực tại Viện bỏng quốc gia Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân có khuyết hồng phần mềm thành ngực được phẫu thuật điều trị sử dụng vật da cơ lưng rộng cuống liền tại Viện Bỏng quốc gia Việt Nam từ tháng 01/2008 đến tháng 09/2014.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được đưa vào nhóm nghiên cứu thỏa các điều kiện sau:

+ Bệnh nhân có tổn khuyết thành ngực đến tổ chức dưới da, cơ, xương hoặc tổ chức trong lồng ngực.

+ Bệnh nhân còn da lành ở vùng cơ lưng rộng.

+ Bệnh không có bệnh lý nội khoa nặng, có đủ sức khỏe có thể chịu đựng được phẫu thuật dưới gây mê toàn thân

+ Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo như: lao tiến triển, giang mai, rối loạn đông máu...

+ Bệnh nhân có trạng thái tâm lý bất thường.

+ Bệnh nhân có nhiễm khuẩn tại vùng dự kiến phẫu thuật.

+ Các trường hợp sẹo ung thư hóa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 18 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Các bước tiến hành:

- Thu thập thông tin hành chánh gồm tên, tuổi, giới tính.

- Dựa trên hồ sơ bệnh án, khám và thăm khám bệnh nhân ghi nhận các thông tin về đặc điểm khuyết hồng phần mềm: nguyên nhân, vị trí, mức độ, kích thước, diện tích, tình trạng ổ loét, kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn tại vị trí khuyết hồng.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel và phần mềm SPSS 23.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Khoa Phẫu thuật tạo hình – Thẩm mỹ Viện Bỏng Quốc gia Việt Nam. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được bảo mật. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân, phục vụ cộng đồng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo nhóm tuổi, giới. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $56,16 \pm 2,31$ tuổi, tuổi thấp nhất là 43 và tuổi cao nhất là 78. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 56 - 78 tuổi chiếm tỷ lệ 66,67% (10/18). 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là nữ giới.

3.1.2. Phân bố theo nguyên nhân



Biểu đồ 1. Phân bố khuyết hồng theo nguyên nhân

Nhận xét: Nguyên nhân khuyết hồng phần mềm thành ngực chiếm đa số là do di chứng từ xạ trị chiếm tỷ lệ 88,89% (16/18).

3.2. Đặc điểm tổn thương khuyết hồng thành ngực

3.2.1. Vị trí. Khuyết hồng ở thành ngực bên trái chiếm tỷ lệ 72,22%, bên phải chiếm tỷ lệ 27,22%. Trong số bệnh nhân này có 5 trường hợp khuyết rộng phối hợp với vùng kế cận. Khuyết thành ngực trước rộng tới thành ngực bên phải 2/18 bệnh nhân. Khuyết thành ngực bên rộng tới nền nách gặp 2/18 trường hợp. Các trường hợp khuyết được tạo hình phủ bằng vật da cơ lưng rộng cùng bên với tổn thương.

3.2.2. Đặc điểm kích thước, diện tích và mức độ tổn thương

Bảng 1. Đặc điểm mức độ tổn thương thành ngực

Mức độ tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Da và tổ chức dưới da	14	77,78
Da và cơ xương	4	22,22
Tổng số	18	100

Nhận xét: Hầu hết các khuyết đều mất lớp da và tổ chức dưới da có 14/18 bệnh nhân chiếm 77,78%. Trường hợp còn lại 4/18 bệnh nhân chiếm 22,22% tổn thương mất da, tổ chức dưới da và cơ. Không có trường hợp khuyết hồng xuyên thấu khoang ngực hoặc khuyết da đơn thuần.



Hình 1. Khuyết hồng thành ngực ngực

trước bên trái lộ xương sườn
(Nguồn: Bệnh nhân Nguyễn Thị T.)
Bảng 2. Đặc điểm kích thước, diện tích khuyết hồng

Tổn khuyết	Chiều dài (cm)	Chiều rộng (cm)	Diện tích tương đối (cm ²)
1	9	8	56,52
2	10	10	78,5
3	13	12	122,46
4	16	6	75,36
5	11	8	69,08
6	10	5	39,25
7	6	7	32,97
8	13	14	142,87
9	14	9	98,91
10	13	9	91,845
11	8	9	56,52
12	5	9	35,325
13	7	6	32,97
14	7	8	43,96
15	6	8	37,68
16	7	9	49,45
17	7	8	43,96
18	14	9	98,91
Trung bình ± SD	9,78 ± 0,79	8,56 ± 0,49	67,03 ± 7,72
Nhỏ nhất	5	5	32,97
Lớn nhất	16	14	148,87

Nhận xét: chiều dài tổn khuyết lớn nhất là 16 cm, chiều rộng tổn khuyết lớn nhất là 14 cm, diện tích trung bình của tổn khuyết là 67,03 ± 7,72 cm², diện tích tổn khuyết nhỏ nhất 32,97 cm², diện tích tổn khuyết lớn nhất là 142,87 cm².

3.2.3. Đặc điểm vi khuẩn học trước điều trị

Bảng 3. Đặc điểm vi khuẩn học tại khuyết hồng trước điều trị (n=9)

Loại vi khuẩn	Số lượng	Tỉ lệ (%)
P.aeruginosa	4	44,45
S.aureus	2	22,22
E.choli	1	11,11
Không mọc	2	22,22
Tổng	9	100

Nhận xét: Trong 9 bệnh nhân, cấy khuẩn tỷ lệ mọc vi khuẩn là 7/9 (77,78%). Trong đó đa số là trực khuẩn mủ xanh (P.aeruginosa) với tỷ lệ 44,45%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi được ứng dụng trên 18 bệnh nhân có tổn khuyết thành ngực, tất cả đều là nữ. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 56,16 ± 2,31, trong đó nhóm tuổi trên 56 là chiếm đa số với tỷ lệ 66,67%, đây là nhóm tuổi

đã về hưu, mất sức lao động, đề kháng của cơ thể bắt đầu suy giảm, đây là yếu tố thuận lợi cho việc xuất hiện ổ loét trên nền tổn thương cũ. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nhóm nghiên cứu của Nguyễn Roãn Tuất (2011) [4], Tô ngọc Hiếu (2022) [5]. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ: 2/6 tuy nhiên độ tuổi nhỏ nhất và độ tuổi lớn nhất nhóm nghiên cứu của chúng tôi thì lớn hơn với 41 và 78, do những bệnh nhân của nhóm nghiên cứu đa phần là những bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn muộn được chỉ định cắt vú kết hợp nạo hạch nách với xạ trị và những bệnh nhân bị sẹo bỏng đã điều trị bằng các phương pháp nội khoa nhưng tái phát nhiều lần mới đến với chúng tôi. Vấn đề điều trị là một thực tiễn không chỉ giải quyết những khó chịu về thể xác của người bệnh mà còn những chịu đựng về tinh thần khi mà trên người luôn có một vết loét kéo dài.

Nguyên nhân gặp trong nghiên cứu của chúng tôi thường chủ yếu là những bệnh nhân loét thành ngực do xạ trị chiếm tỷ lệ cao 16/18. Đây là những tổn thương xuất hiện ngay khi xạ nhưng lâm sàng chủ yếu gặp ở giai đoạn mạn tính, dẫn đến những biến chứng loét thành ngực tổn thương rất phức tạp như: tổn thương da, tổ chức dưới da, cơ thành ngực chiếm 12/16 và tổn thương hoại tử xương dạng tinh bột 4/16 đây là những tổn thương tiến triển, tỷ lệ nhiễm khuẩn cao và không tự hồi phục [4]... thời gian càng kéo dài thì những tổn thương da cơ sẽ tiến triển tổn thương màng xương, xương do đặc điểm xạ trị, và những tổn thương này tiến triển nặng hơn xâm lấn gây thủng, lộ hở các tạng trong lồng ngực, do đó việc lựa chọn phương pháp điều trị sử dụng vật da cơ lưng rộng là lựa chọn phù hợp. Ngoài ra chúng tôi còn có những bệnh nhân loét sẹo mãn tính vùng ngực do bệnh nhân có di chứng bỏng vùng thành ngực, ổ loét dai dẳng kéo dài, bội nhiễm, mùi hôi gây khó chịu cho bệnh nhân sau nhiều lần điều trị bằng các phương pháp khác như: ghép da mỏng, đắp thuốc... không mang lại hiệu quả, lâu ngày loét sẹo trở thành mãn tính, gây tổn thương sâu hơn mà chúng ta sử dụng các biện pháp thông thường thường không hiệu quả chiếm 1/18, khác với nhiều tác giả khác đều không gặp bệnh lý này. Có 1 trường hợp sử dụng vật để che phủ khuyết hồng sau phẫu thuật tạo hình vú bằng phương pháp khác.

3.2. Đặc điểm tổn thương khuyết hồng thành ngực. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu thì có 1/12 bệnh nhân có tổn khuyết từ thành ngực bên lan đến thành ngực trước và vùng da tạo cầu da xơ cứng vì vậy chúng tôi

phải sử dụng vật có cường bán đảo để đảm bảo đủ phần da che phủ tổn khuyết và sự chèn ép lên cuống vật của cầu da.

Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp các bệnh nhân nữ với những kích thước tổn thương thành ngực khác nhau, đều được phẫu thuật cắt bỏ tổn thương rộng hết vùng thâm nhiễm. Do đa số bệnh nhân đều có tiền sử xạ trị nên ngoài diện tích ổ loét thì diện tích thâm nhiễm đóng một vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy loét tiến triển xấu, đây là vùng da teo, tăng hoặc giảm sắc tố, mất tuyến mồ hôi và bã nhờn, đàn hồi kém. Nên chúng tôi phải cắt rộng hơn so với tổn khuyết trong giới hạn có thể che phủ được, nhằm tăng nhanh quá trình liền vết thương của vật và dự phòng sớm loét tái phát trên nền thâm nhiễm. Trong các tài liệu các tác giả khác không nhắc đến những yếu tố này, nhưng chúng tôi thấy đây là kinh nghiệm lâm sàng cho hầu hết các phẫu thuật viên nên quan tâm, giúp cho quá trình điều trị thành công hơn và sử dụng cắt bỏ phần này trong giới hạn cho phép đảm bảo kích thước vật da cơ lưng rộng che phủ được. Sau khi cắt triệt để hoại tử và tương đối vùng thâm nhiễm thì kích thước trung bình của tổn khuyết có chiều dài trung bình: $9,78 \pm 0,79$ cm, chiều rộng trung bình $8,56 \pm 0,49$ cm. Kích thước tổn khuyết nhỏ nhất của nhóm nghiên cứu là 7×6 cm, lớn hơn so với nghiên cứu của Phan Ngọc Khóa [6] là 4×3 cm, có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Roãn Tuất [7] là 8×7 cm, do phụ thuộc vào việc lựa chọn bệnh nhân nên có sự chênh lệch tương đối nhưng chiều dài trung bình và chiều rộng trung bình của nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Roãn Tuất. Kích thước tổn khuyết lớn nhất của nhóm nghiên cứu lại lớn hơn so với cả 2 nghiên cứu. Sự khác biệt và chênh lệch này là do số lượng nghiên cứu và chọn lựa nhóm bệnh khác nhau, nhưng nhìn chung thì tổn thương dù to hay nhỏ thì kinh nghiệm cắt bỏ rộng tổn thương phải đảm bảo che phủ được và giúp cho sau phẫu thuật liền được vết thương.

Với 4 trường hợp có tổn thương xương, với tính chất tổn thương hoại tử xương dạng tinh bột, đây là loại tổn thương không thể làm sạch triệt để vì dưới nền xương là các tạng trong khoang lồng ngực vì vậy chỉ có thể làm sạch tương đối, đây là một trong những nguyên nhân quan trọng cần phải có một vật che phủ có nguồn nuôi phong phú để các hoại tử còn sót lại không ảnh hưởng đến sự sống của vật. Đây cũng là nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng đến thời gian liền sẹo của vật do sự tăng tiết để đào thải các hoại tử còn sót lại.

Tình trạng nhiễm khuẩn ổ loét là một trong những đặc trưng cơ bản của ổ loét mạn tính do xạ trị. Trong số 9 bệnh nhân có chúng tôi thực hiện nuôi cấy định danh vi khuẩn có 77,78% (7/9) bệnh nhân có sự hiện diện của vi khuẩn. Do quá trình chiếu xạ, tổn thương mạch máu, hạn chế sự phân chia của tế bào dẫn đến các tế bào có nhiệm vụ bảo vệ cũng bị hạn chế, thay vào đó là các tổ chức xơ và các tế bào viêm mạn tính. Mạch máu bị bít tắc làm hạn chế các đại thực bào và kháng sinh cũng như sự nuôi dưỡng tế bào tại ổ loét, hơn nữa trong quá trình chiếu xạ ít nhiều cũng ảnh hưởng đến quá trình phát triển của tủy xương, tất cả các yếu tố trên dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn luôn thường trực. Kết quả về vi khuẩn học trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chiếm đa số là *P.aeruginosa* (44,45%) và *S.aureus* (22,22%). Kết quả này cũng tương đối phù hợp với kết quả thu được từ nghiên cứu của John D. Bauer (2007) [8] và Hoàng Thanh Tuấn (2011) [1]. Điều này giúp định hướng lựa chọn loại kháng sinh sớm cho bệnh nhân khi chưa có kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn. Có thể ứng dụng kết quả này để định hướng lựa chọn kháng sinh điều trị tại các cơ sở y tế còn hạn chế hoặc không thực hiện được việc thực hiện nuôi cấy định danh vi khuẩn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng khuyết hồng thành ngực tương đối đa dạng. Trong đó, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 56 -78 tuổi chiếm tỷ lệ 66,67% (10/18). Nguyên nhân khuyết hồng phần mềm thành ngực chiếm đa số là do di chứng từ xạ trị chiếm tỷ lệ 88,89%. Hầu hết các khuyết đều mất lớp da và tổ chức dưới da. Diện tích trung bình của tổn khuyết là $67,03 \pm 7,72$ cm². Vi khuẩn trong khuyết hồng chiếm đa số là *P.aeruginosa* (44,45%) và *S.aureus* (22,22%), giúp định hướng lựa chọn loại kháng sinh sớm cho bệnh nhân khi chưa có kết quả nuôi cấy định danh vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thanh Tuấn, Vũ Quang Vinh (2011), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương da do tia xạ thực nghiệm và lâm sàng". Tạp chí ung thư học Việt Nam. 77(6): p. 655 - 660.
2. Lê Thế Trung (2003), Bông do các tia và các hạt vật lý. Bông những kiến thức chuyên ngành. p. 588 - 601.
3. Stone, H.B., et al. (2003), "Effects of radiation on normal tissue: consequences and mechanisms" Lancet Oncol. 4(9), pp. 529-36. DOI: 10.1016/s1470-2045(03)01191-4
4. Nguyễn Roãn Tuất và Lê Gia Vinh (2011), "Kết quả sử dụng vật da cơ lưng rộng trong che phủ tổn khuyết phần mềm thành ngực", Tạp Chí Y Học Thực Hành. 751(2): p. 27-28.

5. Tô Ngọc Hiếu, Vũ Quang Vinh, Nguyễn Minh Tâm, Hoàng Thanh Tuấn (2022), "Kết quả bước đầu ứng dụng vật cơ lưng rộng trong phẫu thuật tạo hình điều trị loét mạn tính rộng thành ngực", Tạp chí Y học Thăm hỏi và Bông, 4, pp. 52-60. DOI: <https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2022.160>
6. Phan Ngọc Khóa (2011), Bước đầu đánh giá kết quả loét thành ngực do xạ trị bằng vật da cơ lưng rộng cuốn liền. Luận án thạc sĩ y học, Đại học Y

Hà Nội.

7. Nguyễn Roãn Tuất (2011), Nghiên cứu giải phẫu cuống mạch ngực lưng và ứng dụng vật da cơ lưng rộng cuốn liền trong tạo hình khuyết phần mềm thành ngực. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
8. John D.Bauer, John S. Mancoll and Linda G.Phillips (2007), Pressure Sore. Grabb & Smith's Plastic Surgery, Lippincott William & Wilkins p. 722 - 729.

THỰC TRẠNG VIÊM GAN B, VIÊM GAN C CỦA NGƯỜI HIẾN MÁU TÌNH NGUYÊN TẠI TỈNH THÁI BÌNH GIAI ĐOẠN 2021 - 2024

Hoàng Thị Huyền¹, Phùng Gia Chiến¹, Hà Phương Thảo¹,
Nguyễn Thị Hiền Lương¹, Vũ Thị Hương¹, Trịnh Công Đức Anh¹,
Tô Thị Thu Thủy¹, Khemthip Mangnormek¹

TÓM TẮT

Truyền máu là một trong những phương pháp điều trị quan trọng. Tại Thái Bình, công tác hiến máu tình nguyện phát triển rất mạnh, vì vậy quy trình tuyển chọn người hiến và sàng lọc các chế phẩm máu cần được kiểm soát nghiêm ngặt đặc biệt là với các bệnh truyền nhiễm trong đó có viêm gan B, viêm gan C. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm, tỷ lệ nhiễm HBV, HCV và xác định một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm HBV, HCV ở người hiến máu tình nguyện tại tỉnh Thái Bình giai đoạn 2021 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu hồ sơ lưu trữ kết quả xét nghiệm sàng lọc HBV, HCV bằng phương pháp huyết thanh học và xét nghiệm NAT của 28.806 người hiến máu tình nguyện tại tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian 2021 - 2024. **Kết quả và kết luận:** 1) Tỷ lệ dương tính với HBsAg bằng phương pháp ECLIA là 1,0%, tỷ lệ dương tính với Anti-HCV bằng phương pháp ECLIA là 0,7%. Nhóm tuổi 41-50 và 51-60 có tỷ lệ dương tính với HBsAg cao nhất, đều chiếm 1,5%, tương tự với HCV ở nhóm tuổi này chiếm 1,0%. NHM nhắc lại có tỷ lệ dương tính với HBsAg và Anti-HCV lần lượt là 0,7% và 1,1% cao hơn so với NHM lần đầu, lần lượt là 0,5% và 0,4%. 2) Xét nghiệm NAT: Tỷ lệ HBV-DNA dương tính ở 28.506 mẫu máu là 0,07%, không có mẫu nào dương tính với HCV-RNA. **Từ khóa:** Hiến máu tình nguyện, HBV, HCV, viêm gan B, viêm gan C

SUMMARY

THE HEPATITIS B AND HEPATITIS C STATUS OF VOLUNTEERS AT THAI BINH PROVINCE IN 2021 - 2024 PERIOD

Blood transfusion is one of the essential

therapeutic methods. In Thai Binh, the voluntary blood donation program has developed significantly. Therefore, the process of selecting blood donors and screening blood products must be rigorously controlled, especially with regard to infectious diseases, including Hepatitis B and Hepatitis C. **Objective:** Describe the characteristics and prevalence of HBV and HCV infections, and to identify some factors associated with the prevalence of HBV and HCV infections among voluntary blood donors in Thai Binh province during the period 2021-2024. **Subjects and Methods:** A cross-sectional, retrospective descriptive study was conducted, analyzing stored records of HBV and HCV screening test results using serological methods and NAT assays from 28,806 voluntary blood donors who participated in voluntary blood donation programs across Thai Binh province between 2021 and 2024. **Results and Conclusion:** 1) The positivity rate for HBsAg using the ECLIA method was 1.0%, and the positivity rate for anti-HCV using the ECLIA method was 0.7%. The age groups 41-50 and 51-60 exhibited the highest HBsAg positivity rates, both at 1.5%. Similarly, these age groups showed an HCV positivity rate of 1.0%. Repeat blood donors had higher positivity rates for HBsAg and anti-HCV at 0.7% and 1.1%, respectively, compared to first-time blood donors, whose rates were 0.5% and 0.4%, respectively. 2) NAT Testing: The HBV-DNA positivity rate in 28,506 blood samples was 0.07%; no samples tested positive for HCV-RNA.

Keywords: Blood donation, HBV, HCV, Hepatitis B, Hepatitis C

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu là một trong những phương pháp điều trị quan trọng. Phong trào hiến máu tình nguyện tại Việt Nam phát triển lan rộng toàn quốc từ 1993. Tại Thái Bình, công tác hiến máu tình nguyện phát triển rất mạnh, vì vậy quy trình tuyển chọn người hiến và sàng lọc các chế phẩm máu cần được kiểm soát nghiêm ngặt đặc biệt là với các bệnh truyền nhiễm trong đó có viêm gan

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Huyền

Email: hoangthihuyen.ydtb@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 25.6.2025