

thấy rằng nhóm sử dụng Pregabalin kết hợp miếng dán Lidocain 5% có hiệu quả giảm đau nhiều hơn so với nhóm sử dụng lidocain đơn thuần. Kết quả này tương đồng với Wolff RF và cộng sự năm 201.⁵

Khô miệng là tác dụng phụ gặp nhiều nhất ở cả hai nhóm nghiên cứu và đối chứng với tỷ lệ lần lượt là 96,7% và 93,3%. Tác dụng phụ thường gặp thứ hai là chóng mặt chiếm tỷ lệ 55% trong nhóm nghiên cứu và 51,7% nhóm chứng.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Cả hai nhóm dùng Pregabalin đơn thuần và Pregabalin kết hợp miếng dán Lidocain 5% đều có hiệu quả giảm đau, tuy nhiên nhóm dùng Pregabalin kết hợp miếng dán Lidocain 5% có hiệu quả giảm đau tốt hơn sau 2 tuần và 8 tuần điều trị. Khuyến nghị sử dụng kết hợp Pregabalin cùng miếng dán Lidocain 5% để đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Johnson RW, Dworkin RH. Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. *Bmj*. 2003;326(7392):748-750.
2. Yawn BP, Saddier P, Wollan PC, Sauver JLS, Kurland MJ, Sy LS. A population-based study of the incidence and complication rates of herpes zoster before zoster vaccine introduction. *Elsevier*; 2007:1341-1349.
3. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. *BMJ open*. 2014;4(6):e004833.
4. Marra F, Parhar K, Huang B, Vadlamudi N. Risk factors for herpes zoster infection: a meta-analysis. *Oxford University Press US*; 2020:ofaa005.
5. Wolff RF, Bala M, Westwood M, Kessels A, Kleijnen J. 5% lidocaine-medicated plaster vs other relevant interventions and placebo for post-herpetic neuralgia (PHN): a systematic review. *Acta neurologica Scandinavica*. 2011;123(5):295-309.

ĐÁNH GIÁ MỐI TƯƠNG QUAN BỘ BA AFP, AFP-L3%, PIVKA-II VỚI CÁC YẾU TỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM GAN C

Phạm Cẩm Phương¹, Phạm Văn Thái¹, Nguyễn Thuận Lợi¹,
Nguyễn Văn Dũng², Lê Thị Hồng Linh², Võ Thị Thúy Quỳnh¹,
Lê Thị Bích Ngọc¹, Vũ Bình Thu¹, Vũ Thị Thu Hiền¹ và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân viêm gan C; đánh giá mối tương quan của bộ ba AFP, AFP - L3 với PIVKA-II với các đặc điểm bệnh nhân viêm gan C. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 33 đối tượng viêm gan C. **Kết quả:** Bệnh nhân nam giới chiếm đa số, tỷ lệ nam/nữ là 2/1, tuổi trung bình cả nam và nữ là 53,7 tuổi. Trong số các bệnh nhân viêm gan C, nghiện rượu là đặc điểm có tỷ lệ cao nhất 39,4%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là chán ăn, mệt mỏi, chướng bụng. Các chỉ số cao hơn giá trị người bình thường là AST 173,5 ± 449 U/L, ALT 121,8 ± 258,4 U/L. Nhóm bệnh nhân có u, một trong ba chỉ số AFP, AFP-L3, PIVKA-II vượt ngưỡng có tỷ lệ là 87,5%, trong nhóm bệnh nhân không có u, cả ba chỉ số dưới ngưỡng là 22,2%. **Kết luận:** Giá trị AFP, AFP-L3% và PIVKA-II tăng cao trong đa số bệnh nhân viêm gan C có xuất hiện khối u.

SUMMARY

EVALUATION THE CORRELATION OF THE APE, AFP-L3, PIVKA-II WITH CLINICAL AND SUBCLINICAL FACTORS OF HEPATITIS C PATIENTS

Aims: To describe some clinical and subclinical characteristics of hepatitis C patients; evaluated the correlation of AFP, AFP - L3 and PIVKA-II with the characteristics of hepatitis C patients. **Patients and methods:** A prospective descriptive study on 33 hepatitis C patients. **Results:** Male patients accounted for the majority, the male/female ratio was 2/1, the average age of both men and women was 53.7 years old. Among hepatitis C patients, alcoholism was the highest rate of 39.4%. Common clinical symptoms were anorexia, fatigue, and abdominal distension. Indicators higher than normal values were AST 173.5 ± 449 U/L, ALT 121.8 ± 258.4 U/L. In the group of patients with tumor, one of the three markers AFP, AFP-L3, PIVKA-II exceeded the threshold rate was 87.5%, in the group of patients without tumor, all three indexes below the threshold was 22.2%. **Conclusions:** AFP, AFP-L3 and PIVKA-II values were elevated in the majority of hepatitis C patients with tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm gan C đã được xác định trong thời gian dài vừa qua và cho đến nay virus viêm gan

¹Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai

²Trung tâm Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương

Email: phamcamphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2021

Ngày duyệt bài: 14.10.2021

C vẫn đang là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây viêm gan mạn tính, xơ gan và dẫn đến ung thư tế bào gan. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), trên toàn cầu có khoảng 130 - 170 triệu người nhiễm virus viêm gan C (HCV) và theo ước tính khoảng 80% các trường hợp nhiễm HCV sẽ tiến triển thành viêm gan mạn tính. Tại Việt Nam, gần một triệu người đang sống chung với viêm gan C [1]. Một nghiên cứu cho thấy gần 90% người ung thư gan đã hoặc đang nhiễm virus viêm gan B, C hoặc cả hai loại. Trong quá trình tiến triển của bệnh viêm gan C mạn tính dẫn đến tình trạng xơ hóa gan là một trong những yếu tố nguy hiểm gây bệnh ung thư gan. Cho đến nay sinh thiết gan vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá tình trạng xơ hóa gan, ung thư gan [2], [3]. Tuy nhiên, đây là một thủ thuật xâm lấn nên có một số hạn chế như gây đau, có một số tai biến như chảy máu.

Trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan thì alpha feto protein (AFP) được coi là một chất chỉ dấu ung thư và được ứng dụng trong lâm sàng nhiều nhất. Ở người lớn khỏe mạnh (phụ nữ không mang thai), mức độ AFP huyết thanh chỉ từ 0-10ng/ml. Tuy nhiên, ở bệnh nhân xơ gan nồng độ AFP có thể tăng lên đến 40%. Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có thể có nồng độ AFP dao động từ ngưỡng bình thường cho đến > 100000 ng/mL [4]. AFP-L3 là dạng đồng phân của AFP có đặc tính ái lực cao với Lens culinaris agglutinin (LCA). AFP-L3 tăng trong huyết thanh đặc hiệu cao cho ung thư biểu mô tế bào gan. PIVKA-II là một dạng bất thường được tạo ra bởi sự thiếu Vitamin K của prothrombin, một yếu tố đông máu được sản xuất bởi gan, nồng độ PIVKA-II bình thường thấp hơn 40 mAU/mL. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy PIVKA-II có độ nhạy cao hơn và có giá trị chẩn đoán độc lập so với chỉ điểm AFP trong việc chẩn đoán sớm ung thư biểu mô tế bào gan. Khi kết hợp 3 chất chỉ điểm PIVKA-II với AFP và AFP-L3 sẽ làm tăng tỷ lệ phát hiện ung thư biểu mô tế bào gan [5]. Ung thư gan có tỷ lệ sống sót sau 5 năm trên 70% nếu bệnh

nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, tuy nhiên để chẩn đoán sớm ung thư biểu mô tế bào gan là phức tạp bởi sự cùng tồn tại của viêm gan mạn hoặc xơ gan [6]. Do vậy, việc bổ sung thêm các dấu ấn sinh học để chẩn đoán, phát hiện sớm viêm gan virus rất quan trọng cho việc phòng ngừa, ngăn chặn tiến triển ung thư gan.

Do đó nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân viêm gan C; đánh giá mối tương quan của bộ ba AFP, AFP-L3 và PIVKA-II với các đặc điểm bệnh nhân viêm gan C.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là viêm gan C có HCV RNA dương tính tại Bệnh viện Bạch Mai và một số bệnh viện trong khu vực Hà Nội từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2021 được làm các xét nghiệm bộ ba AFP, AFP-L3, PIVKA-II.

Phương pháp nghiên cứu: Đề tài được tiến hành theo phương pháp mô tả tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
≤ 40 tuổi	6	18,2
41 – 70 tuổi	22	66,7
> 70 tuổi	5	15,1
Tổng	33	100
Tuổi trung bình: 53,7±13,6		

Nhận xét: Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm 41-70 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng xơ gan là 53,7, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 30 tuổi, già nhất là 90 tuổi.

Bảng 2. Đặc điểm giới của đối tượng nghiên cứu

	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	22	66,7
Nữ	11	33,3
Tổng	33	100

Nhận xét: Viêm gan C gặp thường gặp ở bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhân viêm gan C

	Viêm gan B (n,%)	Rượu (n,%)	Rượu + VGB (n,%)	Xơ gan (n,%)	Xơ gan+VGB (n,%)
Có	7 (21,2%)	13 (39,4%)	4 (12,1%)	5 (15,2%)	2 (6,1%)
Không	26 (78,8%)	20 (60,6%)	29 (87,9%)	28 (84,8%)	31 (93,9%)
Tổng	33 (100%)	33 (100%)	33 (100%)	33 (100%)	33 (100%)

Nhận xét: Trong số 33 bệnh nhân viêm gan C, nghiên cứu rượu là đặc điểm có tỷ lệ cao nhất 39,4%, xơ gan kết hợp viêm gan B có tỷ lệ thấp nhất 6,1%.

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Chán ăn	9	27,3
Mệt mỏi	12	36,4
Buồn nôn	1	3
Gầy sút cân	3	9,1
Đau bụng hạ sườn phải	5	15,2
Chướng bụng	7	21,2
Vàng da, vàng mắt	5	15,2
Ngứa	2	6,1
Rối loạn tiêu hoá	4	12,1
Gan to	0	0
Tuần hoàn bàng hệ	6	6,1
Phù	2	18,2
HC vàng da	2	6,1
Lách to	1	3
Cổ trướng	3	9,1

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là chán ăn, mệt mỏi, chướng bụng. Các triệu chứng lâm sàng ít gặp là buồn nôn, gan to, lách to.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm huyết đồ	Giá trị trung bình
Hồng cầu (T/L)	4,5 ± 0,9
Huyết sắc tố (g/L)	134,1 ± 24,5
Bạch cầu (G/L)	12,8 ± 39,2
Tiểu cầu (G/L)	183,6 ± 89,6
Chỉ số đông máu	Giá trị trung bình
PT (%)	87,2 ± 24,8
INR	1,1 ± 0,2
Fibrinogen (g/l)	3,1 ± 0,8
APTT (s)	30,6 ± 8,3
Chỉ số sinh hoá	Giá trị trung bình
Glucose (mmol/L)	8,2 ± 13,2
Ure (mmol/L)	4,8 ± 1,3
Creatinin (µmol/L)	73,6 ± 18,7
AST (U/L)	173,5 ± 449,1
ALT (U/L)	121,8 ± 258,4
Bilirubin toàn phần (µmol/L)	46,6 ± 75,2
Albumin (g/L)	34,4 ± 10,7
HCV-RNA (cp/mL)	2x10 ⁶ ± 2,4x10 ⁶

Nhận xét: Các chỉ số cao hơn giá trị người bình thường là AST: 173,5 ± 449 U/L, ALT: 121,8 ± 258,4 U/L, tải lượng HCV-RNA là 2x10⁶ ± 2,4x10⁶ cp/mL.

Bảng 6. Đặc điểm AFP, AFP-L3%, PIVKA-II theo kết quả siêu âm

	Siêu âm có u	Siêu âm không có u	Tổng
Bộ ba (+)	21(87,5%)	3(12,5%)	24(100%)
Bộ ba (-)	7(77,8%)	2(22,2%)	9(100%)
Tổng	28	5	33

Pearson Chi-square	0,488
--------------------	-------

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có u tỷ lệ bộ ba AFP, AFP-L3% và PIVKA-II (+) là 87,5%, trong nhóm bệnh nhân không có u, bộ ba AFP, AFP-L3% và PIVKA-II (-) 22,2%. (trong đó Bộ ba AFP, AFP-L3% và PIVKA-II (+) là một trong các giá trị của chúng vượt quá ngưỡng giá trị bình thường).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm đa số là 66,7%, nữ giới chiếm tỷ lệ là 33,3%, tỷ lệ nữ/nam là 2/1, tuổi trung bình cả nam và nữ là 56 tuổi, trẻ nhất là 26 tuổi, già nhất là 83 tuổi. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của đây có thể là tỷ lệ tuổi mắc các bệnh nền và việc sử dụng rượu là phổ biến ở người Việt Nam đặc biệt là nam giới có thói quen uống rượu. Trong số 33 bệnh nhân viêm gan C, nghiện rượu là đặc điểm có tỷ lệ cao nhất 39,4%. Ngoài ra cũng phải kể đến tỷ lệ mắc viêm gan B ở Việt nam, đặc biệt ở các tỉnh miền núi phía Bắc, vì vậy viêm gan B kết hợp cùng với viêm gan C cũng là một nhóm đối tượng có tỷ trọng lớn trong nghiên cứu này của chúng tôi.

Các biểu hiện được ghi nhận trong nghiên cứu này, hay gặp gồm mệt mỏi (36,4%), chán ăn (27,3%), chướng bụng (21,2%) cũng khá tương đồng với các đặc điểm lâm sàng của người bệnh viêm gan C virus đã được mô tả trên thế giới. Tuy nhiên, một số kết quả nghiên cứu cũng ghi nhận bệnh này khó phát hiện trên lâm sàng, việc phát hiện chủ yếu thông qua việc khám sức khỏe định kỳ hoặc do các trường hợp ngẫu nhiên.

Về cận lâm sàng, giá trị trung bình của các chỉ số huyết học không có sự khác biệt với các chỉ số của người bình thường, chỉ riêng AST và ALT có thay đổi bất thường với AST 173,5 ± 449 U/L, và ALT 121,8 ± 258,4 U/L. Đây cũng có thể là một trong các chính khiến bệnh nhân đi khám bệnh và tầm soát nguyên nhân gây bệnh. Tải lượng HCV-RNA là 2x10⁶ ± 2,4x10⁶ cp/mL

Trong nghiên cứu của Ngô Thị Thanh Quyết, AST và ALT thay đổi, lần lượt là 68,9 ± 50,2 và 59,4 ± 44,7 [7]. Trong nghiên cứu của Lâm Hoàng Cát Tiên, AST tăng cũng là rối loạn cận lâm sàng thường gặp, chiếm tỷ lệ 75% [8]. So sánh kết quả nghiên cứu này và các nghiên cứu khác đều cho thấy sự thay đổi giá trị AST và ALT là biểu hiện cận lâm sàng thường gặp sớm trong nhóm bệnh nhân viêm gan C virus.

Nồng độ trung bình AFP, AFP-L3% và PIVKA-II đã cho thấy rằng sẽ tăng cao trong các trường hợp kích thước khối u lớn, bệnh nhân ung thư

giai đoạn muộn, tuy nhiên với viêm gan C thì chưa có nhiều nghiên cứu trong nước. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ trung bình của một trong ba chỉ số AFP, AFP-L3% và PIVKA-II có giá trị tăng cao vượt ngưỡng cut off ở nhóm bệnh nhân có khối u là 87,5%, và ngược lại trong nhóm bệnh nhân không có u thì cả ba chỉ số này đều dưới ngưỡng cut off là 22%. Kết quả này tương tự như nghiên cứu trên thế giới, khi họ xem bộ ba AFP, AFP-L3% và PIVKA-II là chỉ dấu chẩn đoán sớm ung thư ở các bệnh nhân viêm gan C virus [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 33 bệnh nhân viêm gan C tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2019 đến tháng 3/2021. Cho thấy:

- Bệnh nhân nam giới chiếm đa số là 66,7%, nữ giới chiếm tỷ lệ là 33,3%, tỷ lệ nữ/nam là 2/1, tuổi trung bình cả nam và nữ là 53,7 tuổi, trẻ nhất là 26 tuổi, già nhất là 83 tuổi.

- Nghiện rượu là đặc điểm có tỷ lệ cao nhất 39,4%, xơ gan kết hợp viêm gan B có tỷ lệ thấp nhất 6,1%.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là chán ăn, mệt mỏi, chướng bụng. Các triệu chứng lâm sàng ít gặp là buồn nôn, gan to, lách to.

- Các chỉ số cao hơn giá trị người bình thường là AST $173,5 \pm 449$ U/L, ALT $121,8 \pm 258,4$ U/L, tải lượng HCV-RNA là $2 \times 10^6 \pm 2,4 \times 10^6$ cp/mL.

- Nhóm bệnh nhân có u, một trong ba chỉ số AFP, AFP-L3% và PIVKA-II vượt ngưỡng có tỷ lệ là 87,5%, trong nhóm bệnh nhân không có u, cả ba chỉ số dưới ngưỡng là 22,2%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The Washington manual** of medical therapeutics 33rd edition. Hyuna Sung PhD Jacques Ferlay MSc, M.R.L.S.M.M.L.M.I.S.M., et al (2021) Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. UHO
2. **Lefkowitz, J.H. (2007).** Liver Biopsy Assessment in Chronic Hepatitis. Archives of Medical Research. 38(6), 634-643.
3. **Rockey, D.C., Caldwell S.H., Goodman Z.D., et al. (2009).** Liver biopsy. Hepatology. 49(3), 1017-44
4. **Ricco G et al. (2018).** Impact of etiology of chronic liver disease on hepatocellular carcinoma biomarkers. Cancer Biomark; 21(3):603-612
5. **Lim T.S., D.Y. Kim, K.-H. Han, et al (2016).** Combined use of AFP, PIVKA-II, and AFP-L3 as tumor markers enhances diagnostic accuracy for hepatocellular carcinoma in cirrhotic patients. Scandinavian journal of gastroenterology, 51(3), 344-353.
6. **Hann H.-W., D. Li, H. Yamada, et al (2014).** Usefulness of highly sensitive AFP-L3 and DCP in surveillance for hepatocellular carcinoma in patients with a normal Alpha-Fetoprotein. J Med Microb Diagn, 3(1), 1-6.
7. **Ngô Thị Thanh Quyết, Nguyễn Phương, Lê Thành Lý, Bùi Hữu Hoàng (2010),** "Chẩn đoán mức độ xơ hóa gan bằng phương pháp đo độ đàn hồi gan trên bệnh nhân bệnh gan mạn", Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 14(1), tr.161-166.
8. **Lâm Hoàng Cát Tiên (2005),** Khảo sát giá trị của phương pháp chẩn đoán không xâm lấn trong xơ gan còn bù, Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
9. **Ivan G, Antonio B, Riccardo S. Diagnostic Accuracy of PIVKA-II, Alpha-Fetoprotein and a Combination of both in Diagnosis of Hepatocellular Carcinoma in Patients Affected by Chronic HCV Infection. In Vivo July 2017, 31 (4) 695-700**

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ ĐẶC ĐIỂM THÀNH PHẦN CƠ THỂ CỦA PHỤ NỮ 15 - 35 TUỔI TẠI HUYỆN MƯỜNG LA, TỈNH SƠN LA NĂM 2018

Nguyễn Thúy Anh¹, Nguyễn Song Tú¹,
Nguyễn Hồng Trường¹, Hoàng Nguyễn Phương Linh¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và đặc điểm thành phần cơ thể của phụ nữ từ 15 đến 35 tuổi tại 5 xã nghèo của huyện Mường La, tỉnh Sơn La. Kết quả nghiên cứu cho

thấy cân nặng trung bình là $48,5 \pm 6,5$ kg, chiều cao trung bình là $151,8 \pm 5,3$ cm và chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $21,0 \pm 2,4$ kg/m². Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED) nhóm 20-35 tuổi là 8,9% trong đó tỷ lệ SDD thấp còi và gầy còm ở nhóm 15-19 tuổi lần lượt là 40% và 5,6%. Cân nặng, chiều cao và BMI trung bình giữa 4 nhóm tuổi của ĐTN có sự khác biệt có YNTK ($p < 0,001$). Phần trăm mỡ cơ thể (%BF) và khối lượng mỡ (FM) ở ĐTN có sự thay đổi tăng dần theo lớp tuổi tăng dần, chỉ số %BF và FM ở ĐTN giữa các nhóm 15-19 và 30-35 khác biệt có YNTK với các nhóm tuổi còn lại ($p < 0,05$). Khối lượng cơ ước tính (PMM), khối lượng không mỡ (FFM) ở ĐTN cũng

¹Viện Dinh dưỡng Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thúy Anh

Email: nguyenthuyanh@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 6.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.10.2021

Ngày duyệt bài: 11.10.2021