

- with other non-conservative treatments for anal fissures", *Updates in Surgery*, 76(6), pp. 2205–2210. DOI: 10.1007/s13304-024-01943-y
6. **Mapel D. W., Schum M., Von Worley A.** (2014), "The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort", *BMC Gastroenterology*, 14, p. 129. DOI: 10.1186/1471-230X-14-129
 7. **Milito G., Cadeddu F.** (2009), "Tips and tricks: haemorrhoidectomy with LigaSure", *Techniques in Coloproctology*, 13(4), pp. 317–320. doi.org/10.1007/s10151-009-0530-2
 8. **M. S. A.** (2017), "Chronic anal fissures: Open lateral internal sphincterotomy result; a case series study", *Annals of Medicine and Surgery* (2012), 15, pp. 56–58. DOI: 10.1016/j.amsu. 2017.02.005
 9. **Poh A., Tan K. Y., Seow-Choen F.** (2010), "Innovations in chronic anal fissure treatment: A systematic review", *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2(7), pp. 231–241. doi: 10.4240/wjgs.v2.i7.231
 10. **Şengül N., Arısoy Ö., Yiğit D.** (2022), "Anal Fissure Patients: Before Treatment, First Consider Irritable Bowel Syndrome, Defecation Disorder and Psychopathology", *Turkish Journal of Colorectal Disease*, 32(4), pp. 238–244. DOI: 10.4274/tjcd.galenos.2022.2022-1-2

THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ SINH HÓA, HUYẾT HỌC VÀ NỒNG ĐỘ HBV-DNA Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN, XƠ GAN VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ HBsAg (+)

Phạm Xuân Huy¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹, Thirumalaisamy P. Velavan²,
Trần Thị Thu Hiền², Đào Thị Huyền², Nguyễn Linh Toàn^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm một số chỉ số sinh hóa, huyết học và nồng độ HBV-DNA ở bệnh nhân viêm gan B (VGB) mạn, xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG), các bệnh nhân đều nhiễm vi rút viêm gan B (Hepatitis B virus - HBV). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 429 đối tượng có HBsAg (+) gồm 102 bệnh nhân VGB mạn, 96 bệnh nhân xơ gan và 231 bệnh nhân UTBMTBG. Các đối tượng là bệnh nhân được chẩn đoán xác định và điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân xơ gan có hoạt độ enzym AST tăng là 85,4%, cao hơn so với 73,0% ở nhóm UTBMTBG và 64,7% ở nhóm VGB mạn. Bệnh nhân UTBMTBG có tỷ lệ tăng bilirubin TP (24,6%) và giảm %Prothrombin (11,0%) thấp hơn so với 2 nhóm còn lại, $p < 0,05$. Nhóm VGB mạn có tỷ lệ giảm số lượng hồng cầu và tiểu cầu thấp nhất, lần lượt là 12,2% và 21,4%, tiếp đến là nhóm UTBMTBG (27,7% và 34,2%) và tăng cao nhất ở nhóm xơ gan (36,2% và 53,2%). Ngoài ra, nồng độ HBV-DNA $> 10^4$ bản sao/ml ở nhóm UTBMTBG, VGB mạn và xơ gan chiếm tỷ lệ lần lượt là 42,6, 61,8% và 76%. Không có sự khác biệt về đặc điểm chỉ số urê, creatinin và glucose máu giữa các nhóm đối tượng. **Kết luận:** Bệnh nhân bệnh lý gan có HBsAg (+) biểu hiện thay đổi đáng kể về chỉ số sinh hóa và huyết học, nổi bật với sự tăng hoạt độ enzyme gan (AST) và giảm số lượng các tế bào máu (hồng cầu, tiểu cầu) ở nhóm xơ gan và UTBMTBG. Trong khi, nồng độ HBV-DNA ở mức cao, cùng với sự suy giảm

chức năng gan (Bilirubin TP và %Prothrombin) đáng kể được quan sát thấy ở nhóm xơ gan và VGB mạn.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan; Xơ gan; Viêm gan B mạn; HBV; Sinh hóa; Huyết học, HBV-DNA.

SUMMARY

ALTERATIONS IN BIOCHEMICAL, HEMATOLOGICAL PARAMETERS AND HBV-DNA LEVELS IN PATIENTS WITH HBV-ASSOCIATED CHRONIC HEPATITIS, CIRRHOSIS, AND HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: To describe the biochemical and hematological parameters and HBV-DNA levels in patients with chronic hepatitis B (CHB), liver cirrhosis (LC), and hepatocellular carcinoma (HCC), all of whom were infected with the HBV. **Methods:** A descriptive, cross-sectional study was conducted on 429 HBsAg-positive patients, including 102 CHB patients, 96 LC patients, and 231 HCC patients. The participants were definitively diagnosed and received inpatient treatment at 103 Military Hospital and 108 Military Central Hospital. **Results:** The percentage of LC patients with high level of AST was 85.4% (higher than 73.0% in the HCC group and 73.8% in the CHB group). The percentages of HCC patients with elevated total bilirubin and decreased %Prothrombin were 24.6% and 11.0% respectively, which were significantly lower than those in the CHB and LC groups ($p < 0.05$). A decrease in red blood cell and platelet counts was observed in 12.2% and 21.4% of chronic hepatitis B patients, respectively; these proportions were lower than those in the cirrhosis group (36.2% and 53.2%) and the HCC group (27.7% and 34.2%). Furthermore, the HBV-DNA levels $> 10^4$ copies/ml in patients with HCC, CHB and LC groups, accounting for 42.6%, 61.8% and 76.0% respectively. There were no differences in urea, creatinine, and blood glucose levels among the groups. **Conclusion:** Patients with HBV-Associated liver diseases exhibit

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Linh Toàn

Email: toannl@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025

significant alterations in biochemical and hematological parameters, highlighted by increased AST and decreased blood cell counts (red blood cells and platelets) in the cirrhosis and HCC groups. Meanwhile, high HBV-DNA levels, along with a significant decline in liver function (%Prothrombin and Total Bilirubin), were observed in CHB and LC groups.

Keywords: Hepatocellular carcinoma; Liver Cirrhosis; Chronic Hepatitis B; HBV; Biochemistry; Hematology; HBV-DNA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HBV hiện là gánh nặng y tế toàn cầu, ảnh hưởng đến gần 300 triệu người trên toàn Thế giới [1]. Sự tồn tại dai dẳng của HBV và tình trạng viêm mạn tính kéo dài tạo ra môi trường thuận lợi cho sự phát triển các tổn thương nghiêm trọng hơn. Quá trình diễn biến tự nhiên của bệnh thường tiến triển âm thầm, bắt đầu từ VGB mạn, sau đó dẫn đến xơ hóa gan và UTBMTBG. Việt Nam là quốc gia nằm trong vùng dịch tễ lưu hành cao của HBV, đồng thời tình trạng bệnh lý gan liên quan đến HBV cũng phổ biến trong cộng đồng. Bộ y tế Việt Nam nhận định "Chương trình tiêm chủng mở rộng đã làm giảm tình trạng nhiễm HBV, nhưng vẫn đang có tình trạng bùng phát bệnh gan liên quan đến HBV" [2]. Hiện nay, các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh lý gan và HBV liên tục thay đổi, kéo theo những thay đổi tiềm ẩn trong nhóm bệnh lý này. Vì vậy, việc theo dõi, phân tích một cách có hệ thống và thường xuyên các xét nghiệm cung cấp những dữ liệu tổng quan về những thay đổi này. Trong thực hành lâm sàng, các xét nghiệm sinh hóa và huyết học, là những chỉ định thường quy, cung cấp các thông tin quan trọng trong đánh giá chức năng gan cũng như các cơ quan khác. Bên cạnh đó, nồng độ HBV-DNA phản ánh mức độ sao chép của HBV, gián tiếp đánh giá, hỗ trợ trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm một số chỉ số sinh hóa, huyết học và nồng độ HBV-DNA ở bệnh VGB mạn, xơ gan và UTBMTBG có HBsAg (+) làm cơ sở cho các phân tích sâu hơn sau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 429 bệnh nhân có HBsAg (+) được chia thành 03 nhóm, gồm 231 bệnh nhân UTBMTBG, 96 bệnh nhân xơ gan và 102 bệnh nhân VGB mạn.

Các bệnh nhân được khám, làm các xét nghiệm cần thiết và chẩn đoán xác định tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian từ 01/2021 đến 2/2025.

Chẩn đoán xác định:

- UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 [2]:

+ Hình ảnh điển hình trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có cản quang hoặc cộng hưởng từ ổ bụng có cản từ + AFP $\geq$ 20 ng/mL hoặc

+ Có bằng chứng UTBMTBG trên mô bệnh học hoặc tế bào học.

- Xơ gan: Có đủ 2 hội chứng suy chức năng gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Trường hợp không đủ 2 hội chứng, chẩn đoán xơ gan dựa trên kết quả siêu âm Fibroscan đánh giá xơ hóa gan ở mức xơ hóa F4 kết hợp chỉ số APRI (AST-to-Platelet Ratio Index) $>$ 2.

- VGB mạn:

+ HBsAg (+) và/hoặc HBV-DNA (+) kéo dài $\geq$ 6 tháng hoặc HBsAg (+) và anti-HBc IgM (-).

+ Kết quả sinh thiết gan cho thấy viêm gan mạn tính hoặc siêu âm Fibroscan có mức độ xơ hóa gan từ F1 đến F3.

Các bệnh nhân có những đặc điểm sau được loại trừ khỏi nghiên cứu: nhiễm HCV, HIV, lạm dụng rượu; bệnh nhân viêm gan do thuốc, do hóa chất, viêm gan tự miễn, bệnh nhân đang có biến chứng nặng như hôn mê gan, xuất huyết tiêu hóa, vỡ khối u gan...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, có nhóm so sánh đối chứng. Các đối tượng được lựa chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân theo một mẫu nghiên cứu thống nhất.

- Định lượng DNA của virus viêm gan B (HBV) bằng kỹ thuật real-time PCR trên máy LightCycler480-II, sử dụng bộ kit QuantiTect Multiplex PCR NoROX với đầu dò đặc hiệu HBV TM-05 (5'-FAM-TGTTGACAARAATCCTCACAATACCRCAAGA/3BHQ 1/-3') cùng với các mồi (5'-GGACCCCTGCTCGTGTACA-3') và (5'-GAGAGAAGTCCACCACGAGTCTAGA-3'). Chu trình nhiệt của phản ứng gồm 95°C trong 15 phút, 45 chu kỳ (95°C, 10 giây và 60°C, 60 giây).

- Các chỉ số trong nghiên cứu được xác định là "Tăng" hoặc "Giảm" khi có giá trị trên hoặc dưới giới hạn sau:

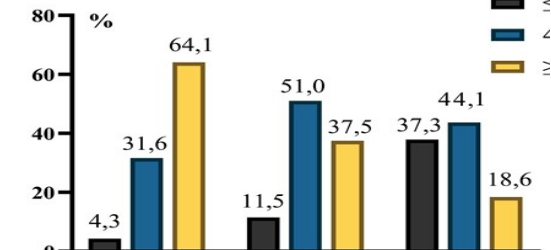
Chỉ số	Giới hạn	Chỉ số	Giới hạn
Hồng cầu (T/L)	Nam 4,3 - 5,8 Nữ 3,9 - 4,2	AST (U/L)	< 40
Bạch cầu (G/L)	4,0 - 12,0	ALT (U/L)	< 37
Tiểu cầu (G/L)	150 - 400	GGT (U/L)	< 40
Urê (mmol/L)	2,5-7,5	Bilirubin TP (μ mol/L)	$\leq$ 21
Creatinin (μ mol/L)	Nam 53,0-106,0 Nữ 44,0-97,0	Tỷ lệ (%) Prothrombin	70-140
		Glucose (mmol/l)	3,9-11,1

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và

phân tích bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và SPSS 26.0. Kiểm định Chi-bình phương (Chi-Square) hoặc Fisher's exact được sử dụng để kiểm định các biến phù hợp.

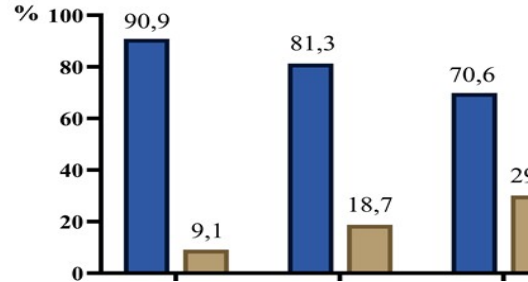
2.4. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Học viện Quân y số QĐ số 24/2023/CNChT ngày 20/01/2023. Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Đa số bệnh nhân UTBMTBG là người cao tuổi (≥60 tuổi), chiếm tỷ lệ 64,1%. Ngược lại, phần lớn bệnh nhân VGB mạn có độ tuổi dưới 60 tuổi (81,4%). Ở bệnh nhân xơ gan, nhóm tuổi từ 41 đến 59 chiếm tỷ lệ cao nhất (51,0%), tiếp đến là nhóm ≥60 tuổi (37,5%) và nhóm ≤40 tuổi (11,5%).



Nam giới chiếm đa số ở tất cả các nhóm bệnh nhân, tỷ lệ nam giới cao nhất ở nhóm UTBMTBG (90,9%), tiếp đến là nhóm xơ gan và VGB mạn với tỷ lệ lần lượt là 81,3% và 70,6%.

Bảng 1. Đặc điểm enzym gan và chức năng gan

Chỉ số	UTBMTBG ¹ n (%)	Xơ gan ² n (%)	VGB mạn ³ n (%)	Tổng	p
AST (U/L)	< 40	62 (27,0)	14 (14,6)	36 (35,3)	p ₁₂ = 0,016 p ₁₃ =0,124 p ₂₃ = 0,001
	≥ 40	168 (73,0)	82 (85,4)	66 (64,7)	
	Tổng	230 (100)	96 (100)	102 (100)	
ALT (U/L)	< 37	69 (30,0)	20 (20,8)	27 (26,5)	0,234
	≥ 37	161 (70,0)	76 (79,2)	75 (73,5)	
	Tổng	230 (100)	96 (100)	102 (100)	
GGT (U/L)	< 50	28 (18,4)	13 (20,3)	26 (29,9)	0,112
	≥ 50	124 (81,6)	51 (79,7)	61 (70,1)	
	Tổng	152 (100)	96 (100)	102 (100)	
Bilirubin TP (μmol/L)	< 21	169 (75,4)	49 (59,8)	47 (52,2)	p ₁₂ = 0,007 p ₁₃ < 0,001 p ₂₃ =0,08
	≥ 21	55 (24,6)	33 (40,2)	43 (47,8)	
	Tổng	224 (100)	82 (100)	90 (100)	
% Prothrombin	< 70	24 (11,0)	27 (51,9)	17 (28,3)	p ₁₂ ; p ₁₃ < 0,001 p ₂₃ = 0,011
	≥ 70	195 (89,0)	25 (48,1)	43 (71,7)	
	Tổng	230 (100)	96 (100)	102 (100)	

^a Kiểm định chi bình phương;

Tỷ lệ tăng AST ở nhóm xơ gan là 85,4%, cao hơn nhóm UTBMTBG (73,0%) và nhóm VGB mạn (64,7%), p<0,05. Nhóm UTBMTBG có tỷ lệ tăng bilirubin TP (24,6%) và giảm %prothrombin (11,0%) đều thấp hơn so 2 nhóm còn lại (p < 0,05). Không có sự khác biệt về phân loại ALT và GGT giữa các nhóm bệnh.

Bảng 2. Đặc điểm một số chỉ số huyết học

Chỉ số	UTBMTBG ¹ n (%)	Xơ gan ² n (%)	VGB ³ mạn n (%)	Tổng n (%)	p
Bạch cầu (G/L)	Giảm	12 (5,2)	9 (9,6)	7 (7,2)	0,556 ^a
	Bình thường	200 (86,6)	78 (83,0)	85 (87,6)	
	Tăng	19 (8,2)	7 (7,4)	5 (5,2)	
	Tổng	231 (100)	94 (100)	97 (100)	
Hồng cầu (T/L)	Giảm	64 (27,7)	34 (36,2)	12 (12,2)	p ₁₂ =0,106 p ₁₃ < 0,001 p ₂₃ < 0,001
	Bình thường	147 (63,6)	48 (51,1)	57 (58,2)	
	Tăng	20 (8,7)	12 (12,8)	29 (29,6)	

	Tổng	231 (100)	94 (100)	97 (100)	422 (100)	
Tiểu cầu (G/L)	Giảm	79 (34,2)	50 (53,2)	21 (21,4)	150 (35,5)	$p_{12}=0,003^b$ $p_{13}=0,071^b$ $p_{23}<0,001^b$
	Bình thường	146 (63,2)	44 (46,8)	74 (75,5)	264 (62,4)	
	Tăng	6 (2,6)	0 (0,0)	3 (3,1)	9 (2,1)	
	Tổng	231 (100)	94 (100)	97 (100)	422 (100)	

^a Kiểm định chi bình phương; ^b Kiểm định Fisher's exact

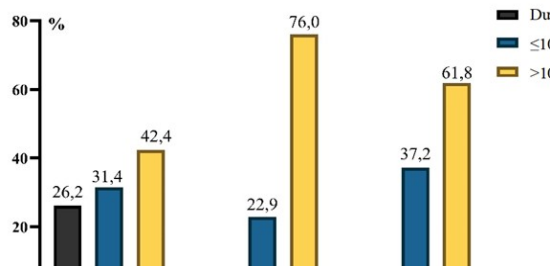
Giảm số lượng hồng cầu, tiểu cầu chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm xơ gan (36,2% và 53,2%), tiếp đến là nhóm UTBMTBG (27,7% và 34,2) và cuối cùng là nhóm VGB mạn (12,2% và 21,4%), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh, $p<0,05$.

Bảng 3. Đặc điểm một số chỉ số sinh hóa máu khác (urê, creatinin và glucose)

	Chỉ số	UTBMTBG¹ n (%)	Xơ gan² n (%)	VGB³ mạn n (%)	Tổng n (%)	p
Urê (mmol/L)	Giảm	7 (3,1)	1 (1,1)	2 (2,4)	10 (2,5)	0,268 ^b
	Bình thường	186 (82,7)	70 (79,5)	75 (89,3)	331 (83,4)	
	Tăng	32 (14,2)	17 (19,3)	7 (8,3)	56 (14,1)	
	Tổng	225 (100)	88 (100)	84 (100)	397 (100)	
Creatinin (μmol/L)	Giảm	15 (6,6)	3 (3,2)	3 (3,0)	21 (5,0)	0,312 ^b
	Bình thường	197 (87,2)	84 (89,4)	93 (93,9)	374 (89,3)	
	Tăng	14 (6,2)	7 (7,4)	3 (3,0)	24 (5,7)	
	Tổng	226 (100)	94 (100)	99 (100)	419 (100)	
Glucose (mmol/L)	Giảm	4 (1,8)	2 (2,2)	3 (3,3)	9 (2,2)	0,471 ^a
	Bình thường	206 (91,6)	84 (90,3)	86 (94,5)	376 (91,9)	
	Tăng	15 (6,7)	7 (7,5)	2 (2,2)	24 (5,9)	
	Tổng	225 (100)	93 (100)	91 (100)	409 (100)	

^a Kiểm định chi bình phương; ^b Kiểm định Fisher's exact

Tỷ lệ đối tượng có tăng urê và creatinin cao nhất ở nhóm xơ gan lần lượt là 19,3% và 7,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm các chỉ số urê, creatinin và glucose giữa các nhóm bệnh.



Biểu đồ 3. Đặc điểm nồng độ HBV-DNA

Phần lớn bệnh nhân xơ gan và VGB có nồng độ HBV-DNA $>10^4$ bản sao/ml, với tỷ lệ lần lượt là 61,8% và 76,0%, đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm UTBMTBG (42,4%), $p<0,05$. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm xơ gan và VGB mạn.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả và so sánh đặc điểm một số chỉ số cận lâm sàng quan trọng trên 429 đối tượng nhiễm HBV mắc 3 nhóm bệnh lý điển hình là VGB mạn, xơ gan và UTBMTBG. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu phản ánh rõ quá

trình tiến triển tự nhiên của bệnh lý gan liên quan đến HBV. Trong đó, bệnh nhân UTBMTBG phần lớn từ 60 tuổi trở lên (64,1%). Ngược lại, nhóm VGB mạn có 81,4% bệnh nhân dưới 60 tuổi. Bên cạnh đó, tỷ lệ nam giới chiếm đa số trong cả ba nhóm bệnh, đặc biệt ở nhóm UTBMTBG chiếm tới 90,9%, một lần nữa khẳng định giới tính nam vẫn là một yếu tố nguy cơ quan trọng đã được ghi nhận trong các bệnh lý gan.

Các chỉ số sinh hóa cung cấp thông tin quan trọng, phản ánh mức độ tổn thương tế bào và suy giảm chức năng gan. Thông thường các tổn thương nhẹ gây tăng tính thấm màng tế bào gan, dẫn đến giải phóng ALT (enzyme được tìm thấy chủ yếu trong tế bào chất). Trong khi, các tổn thương nghiêm trọng hơn gây hoại tử tế bào và tổn thương ty thể dẫn đến sự tăng không đối xứng nồng độ AST (tồn tại chủ yếu trong ty thể). Kết quả của chúng tôi cho thấy, 85,4% đối tượng mắc xơ gan nhiễm HBV có tăng AST, tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa so với nhóm UTBMTBG (73,0%) và VGB mạn (64,7%). Không có sự khác biệt về đặc điểm chỉ số ALT ở các nhóm bệnh. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Thị Lệ Quyên và cộng sự với tỷ lệ bệnh nhân xơ gan nhiễm HBV có hoạt độ AST ≥ 200 U/L là 40,0%, cao hơn so với nhóm VGB mạn (12,6%) với $p<0,05$, trong khi hoạt độ ALT ở 2 nhóm là tương đương [3]. Điều này gợi ý, AST có thể là một dấu ấn trong việc phân biệt mức độ nặng

của bệnh gan liên quan đến HBV ở các giai đoạn tiến triển. Tương tự, khi xem xét các chỉ số đánh giá chức năng gan, chúng tôi thấy có sự suy giảm đáng kể chức năng gan ở nhóm xơ gan với tỷ lệ tăng bilirubin TP là 40,2% và tỷ lệ giảm %Prothrombin là 51,9%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm UTBMTBG lần lượt là 24,6% và 11,0%. Kết quả về %Prothrombin của chúng tôi tương tự với kết quả của Tạ Thị Diệu Ngân và cộng sự trên bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG do VGB mạn [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG nói chung (với tỷ lệ nhiễm VGB là 75,8%) của Lê Thị Hồng Hương và cs, lại không ghi nhận sự khác biệt ở các chỉ số hoạt độ enzyme gan và chức năng gan giữa 2 nhóm bệnh [5]. Những khác biệt này nhấn mạnh tầm quan trọng việc đánh giá các chỉ số liên quan đến tổn thương gan và chức năng gan ở các nhóm bệnh cụ thể.

Thay đổi huyết học là dấu hiệu dễ nhận biết của bệnh gan tiến triển. Chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ giảm số lượng tiểu cầu cao nhất ở nhóm xơ gan (53,2%), tiếp đến là nhóm UTBMTBG (34,2%) và cuối cùng là nhóm VGB mạn (21,4%), $p < 0,05$. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Lệ Quyên và cộng sự với tỷ lệ giảm tiểu cầu là 40% ở nhóm xơ gan do HBV và 12,6% ở nhóm VGB mạn [3]. Bên cạnh đó, Tạ Thị Diệu Ngân và cs, cũng ghi nhận số lượng tiểu cầu ở nhóm xơ gan do VGB mạn thấp hơn đáng kể so với nhóm UTBMTBG do VGB mạn [4]. Ở bệnh nhân xơ gan, nhiều yếu tố được báo cáo ảnh hưởng đến cơ chế bệnh sinh của giảm tiểu cầu, bao gồm tăng lách, giảm nồng độ thrombopoietin và ức chế sản xuất tiểu cầu trong tủy xương... Tuy nhiên, theo tác giả Manami Yoshida và cs, nguy cơ và xu hướng giảm tiểu cầu cao hơn ở nhóm xơ gan do HBV so với xơ gan do rượu cũng có thể được giải thích bởi các cơ chế đặc hiệu của vi-rút viêm gan [6]. Hơn nữa, tương tự với tiểu cầu, chúng tôi cũng quan sát thấy tỷ lệ giảm hồng cầu tăng dần từ nhóm VGB mạn, UTBMTBG và cao nhất ở nhóm xơ gan. Điều này, gợi mở cho các nghiên cứu sâu hơn về vai trò sinh học của virus HBV trong rối loạn huyết học, cũng như trong bệnh lý gan liên quan HBV nói chung.

Bên cạnh đó, xét nghiệm nồng độ HBV-DNA là công cụ hữu hiệu trong đánh giá, theo dõi các yếu tố liên quan đến việc kiểm soát sự nhân lên của HBV như mức độ tuân thủ và hiệu quả của điều trị, giai đoạn tiến triển của bệnh... Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân xơ gan có nồng độ HBV-DNA $>10^4$ bản sao/ml chiếm tỷ lệ 61,8%, tỷ lệ này trong nghiên cứu

của Trần Văn Huy và nghiên cứu Nguyễn Thị Thuận lần lượt là 68% và 63,3% [7]. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt đặc điểm nồng độ HBV-DNA giữa nhóm VGB mạn và xơ gan, đồng thời có sự khác biệt rõ rệt giữa 2 nhóm này với nhóm UTBMTBG (với tỷ lệ bệnh nhân có HBV-DNA $>10^4$ bản sao/ml chiếm 42,4%). Kết luận này tương đồng với nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân tương tự tại bệnh viện Quân đội 103 của Đỗ Thị Lệ Quyên và nghiên cứu của Phạm Quang Trung tại bệnh viện Trung ương quân đội 108 [3], [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân trên bệnh nhân xơ gan và UTBMTBG sau nhiễm VGB mạn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội không thấy sự khác biệt về nồng độ HBV-DNA giữa 2 nhóm [4]. Các kết quả trên cho thấy, việc kiểm soát nồng độ HBV-DNA ở bệnh nhân vẫn còn đối mặt với nhiều thách thức và phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố phức tạp.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân VGB mạn và xơ gan nhiễm HBV thể hiện những thay đổi đặc trưng về các chỉ số đánh giá chức năng gan (bilirubin TP, % Prothrombin), cho thấy mức độ trầm trọng hơn so với nhóm UTBMTBG. Trong khi, các yếu tố như hoạt độ enzyme gan (AST), chỉ số huyết học (hồng cầu, tiểu cầu) và nồng độ HBV-DNA biến đổi tương ứng với từng giai đoạn tiến triển bệnh. Việc nắm rõ sự thay đổi các chỉ số xét nghiệm trong các nhóm bệnh lý gan liên quan đến HBV sẽ hỗ trợ tối ưu cho công tác điều trị, tiên lượng và quản lý bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hsu, Y. C., Huang, D. Q., & Nguyen, M. H.** Global burden of hepatitis B virus: current status, missed opportunities and a call for action. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, 2023, 20(8), 524-537.
2. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, 2020.
3. **Đỗ Thị Lệ Quyên, Hoàng Tiến Tuyền và cộng sự**, Mối liên quan giữa HBVpRNA và HBV DNA huyết tương ở bệnh nhân viêm gan B mạn tính và xơ gan do HBV, *Tạp chí y học Việt Nam*, 2023, 531(2).
4. **Tạ Thị Diệu Ngân và Nguyễn Thị Ngọc Lan**, Khảo sát nồng độ HBCRAG ở bệnh nhân xơ gan và ung thư gan do viêm gan virus B mạn tính điều trị tại bệnh viện đại học y Hà Nội, *Tạp chí y học Việt Nam*, 2024, 542 (2).
5. **Lê Thị Hồng Hương, Đào Việt Hằng và cộng sự**, Đánh giá nồng độ M2BPGI ở bệnh nhân xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan, *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2024, 543 (3).
6. **Yoshida M., Tateishi R., Hiroi S. et al.**, Changes in platelet counts and thrombocytopenia risk in patients with chronic liver disease with different etiologies using real-world Japanese data, *Advances in therapy*, 2022, 39(2), pp. 992-1003.

7. **Trần Văn Huy, Nguyễn Thị Thuận và cộng sự**, Nghiên cứu HBV-DNA định lượng và HbeAg ở bệnh nhân xơ gan do virus viêm gan B, Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 2012, 10.

8. **Phạm Quang Trung, Nguyễn Thị Tuấn, và cộng sự**, Nghiên cứu giá trị dấu ấn DKK1 huyết tương trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan ở bệnh nhân nhiễm vi rút viêm gan B, Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2019, 14 (2).

GIÁ TRỊ CỦA LDL-CHOLESTEROL VÀ HbA1C TRONG DỰ ĐOÁN BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH SAU HỘI CHỨNG VÀNH CẤP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC

Nguyễn Sĩ Phương Thảo*, Phan Thái Hảo*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: LDL-cholesterol đóng vai trò quan trọng trong bệnh sinh động mạch vành. Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, bệnh tiến triển sớm và nặng hơn, làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tác động của LDL-cholesterol và đường huyết lên biến cố tim mạch chính sau hội chứng vành cấp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ, thu mẫu hồi cứu trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Tim Tâm Đức thành phố Hồ Chí Minh, từ 01/01/2021 đến 31/12/2021. **Kết quả:** Tổng cộng 177 bệnh nhân được phân tích. Sau một năm, 10 bệnh nhân (5,6%) có biến cố tim mạch chính. Có 24,9% đạt mục tiêu LDL-cholesterol và 20,3% đạt mục tiêu HbA1C. Nhóm có biến cố tim mạch có HbA1C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không biến cố ($p = 0,013$). Tuy tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-C và HbA1C không khác biệt giữa nhóm có và không có biến cố, tỷ lệ BN có HbA1C trên 8% cao hơn có ý nghĩa ở nhóm BN có biến cố tim mạch ($p = 0,041$). Phân tích hồi quy Cox cho thấy tuổi và HbA1C trên 8% (HR 4,657; khoảng tin cậy 95%: 1,195–18,147; $p = 0,027$) là yếu tố độc lập dự đoán biến cố tim mạch sau hội chứng vành cấp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Kết luận:** Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-cholesterol và HbA1C còn thấp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 sau hội chứng vành cấp. HbA1C trên 8% liên quan rõ rệt đến nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch. Tuổi và HbA1C cao là yếu tố dự báo độc lập các biến cố này trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, hội chứng vành cấp, biến cố tim mạch chính

SUMMARY

THE VALUE OF LDL-CHOLESTEROL AND HbA1C IN PREDICTING MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT TAM DUC

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sĩ Phương Thảo
Email: thaonsp@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 26.5.2025
Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025
Ngày duyệt bài: 30.7.2025

HEART HOSPITAL

Background: LDL-cholesterol (LDL-C) plays a key role in the pathogenesis of coronary artery disease. In type 2 diabetes (T2D) patients, the disease tends to progress earlier and more severely, increasing the risk of major adverse cardiovascular events (MACEs). **Objective:** To evaluate the impact of LDL-C and glycemic control on MACEs after acute coronary syndrome (ACS) in patients with T2D. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted on T2D patients hospitalized with ACS at Tam Duc Heart Hospital, Ho Chi Minh City, from January 1, 2021, to December 31, 2021. **Results:** A total of 177 patients were analyzed. After one year, 10 patients (5.6%) experienced MACEs. Only 24.9% achieved the LDL-cholesterol target and 20.3% achieved the HbA1C target. Patients who experienced MACEs had significantly higher HbA1C levels than event-free patients ($p = 0.013$). Although target attainment for LDL-C and HbA1C did not differ significantly between groups, the proportion with HbA1C > 8% was higher among those with MACEs ($p = 0.041$). Cox regression identified age and HbA1C > 8% as independent predictors of MACE (HR 4.657; 95% CI: 1.195–18.147; $p = 0.027$). **Conclusion:** Among T2D patients post-ACS, target attainment for LDL-C and HbA1C remained low. Age and HbA1C > 8% independently predicted MACEs, whereas LDL-C target attainment was not significantly associated with outcomes. **Keywords:** type 2 diabetes, acute coronary syndrome, major adverse cardiovascular events

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là nguyên nhân tử vong hàng đầu, đặc biệt ở Việt Nam, và là gánh nặng y tế cộng đồng. Mảng xơ vữa, yếu tố chính trong bệnh sinh ĐMV, liên quan mật thiết đến LDL-C¹. Ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2, tổn thương ĐMV xuất hiện sớm và nặng hơn so với người không bị ĐTĐ¹. Dù kiểm soát đường huyết, các biến cố tim mạch (BCTM) lớn vẫn không giảm rõ rệt. Nghiên cứu này nhằm mô tả các BCTM sau hội chứng vành cấp (HVCV) trong năm đầu ở BN ĐTĐ típ 2, đánh giá tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C và HbA1C, từ đó phân tích mối liên quan với nguy cơ BCTM.