

chính xác trong chỉnh trục cao hơn 35%, giảm thời gian phẫu thuật trung bình 27 phút và ít biến chứng mô mềm hơn. Điều này khẳng định vai trò không thể thay thế của công nghệ in 3D trong các ca dị tật xương phức tạp.(4)

Trên bình diện giải phẫu động, Miyake et al. (2012) đã phân tích các đặc điểm vận động khớp quay trụ thông qua mô hình 3D động. Tác giả nhận thấy rằng trong các trường hợp trật dài quay, có sự sai lệch rõ rệt về trục xoay giữa xương quay và xương trụ, dẫn đến rối loạn tương tác giữa chỏm quay - chỏm con và dây chằng vòng. Phát hiện này gợi mở rằng việc điều chỉnh chỉ trên mặt phẳng 2D là chưa đủ; phẫu thuật viên cần đánh giá và can thiệp trên cả ba mặt phẳng không gian, điều mà công nghệ mô phỏng 3D làm rất hiệu quả. (10)

Tuy đạt thành công về việc chỉnh sửa chính xác biến dạng, nhưng chúng tôi cũng chưa thể giải quyết triệt để tình trạng thiếu sản đầu dưới xương trụ. Hiện tại, chúng tôi vẫn đang trong quá trình theo dõi lâm sàng và x-quang định kì 6 tháng một lần cho tới khi hệ thống xương khớp của trẻ trưởng thành.

IV. KẾT LUẬN

Trường hợp của chúng tôi minh chứng rằng việc ứng dụng công nghệ in 3D trong điều trị CRHD không chỉ mang tính đột phá mà còn là xu hướng tất yếu trong điều trị các dị tật phức tạp ở trẻ nhỏ. Độ chính xác trong lập kế hoạch và phẫu thuật, khả năng mô phỏng ba chiều và sự an toàn cao hơn chính là những ưu điểm vượt trội mà công nghệ này mang lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaas L, Struijs PAA.** Congenital radial head dislocation with a progressive cubitus valgus: a case report. *Strategies Trauma Limb Reconstr.* 2012 Apr;7(1):39–44.
2. **Miura T.** Congenital dislocation of the radial head. *J Hand Surg Br.* 1990 Nov;15(4):477–81.
3. **Mardam-Bey T, Ger E.** Congenital radial head dislocation. *J Hand Surg Am.* 1979 Jul;4(4):316–20.
4. **Jie Q, Liang X, Wang X, Wu Y, Wu G, Wang B.** Double ulnar osteotomy for the treatment of congenital radial head dislocation. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica.* 2019 Nov 1;53(6):442–7.
5. **Bengard MJ, Calfee RP, Steffen JA, Goldfarb CA.** Intermediate-term to long-term outcome of surgically and nonsurgically treated congenital, isolated radial head dislocation. *J Hand Surg Am.* 2012 Dec;37(12):2495–501.
6. **Al-Qattan MM, Abou Al-Shaar H, Alkattan WM.** The pathogenesis of congenital radial head dislocation/subluxation. *Gene.* 2016 Jul 15;586(1):69–76.
7. **Kim HT, Conjares JNV, Suh JT, Yoo CI.** Chronic radial head dislocation in children, Part 1: pathologic changes preventing stable reduction and surgical correction. *J Pediatr Orthop.* 2002;22(5):583–90.
8. **Hecker A, Tax L, Giese B, Schellnegger M, Pignet AL, Reinbacher P, et al.** Clinical Applications of Three-Dimensional Printing in Upper Extremity Surgery: A Systematic Review. *J Pers Med.* 2023 Feb 6;13(2):294.
9. **Karuppal R, Marthya A, Raman RV, Somasundaran S.** Case report: congenital dislocation of the radial head –a two-in-one approach. *F1000Res.* 2014 Jan 22;3:22.
10. **Miyake J, Moritomo H, Kataoka T, Murase T, Sugamoto K.** In Vivo Three-dimensional Motion Analysis of Chronic Radial Head Dislocations. *Clin Orthop Relat Res.* 2012 Oct;470(10):2746–55.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2024

Nguyễn Thế Sáng¹, Bùi Thị Thu Hương², Trần Thế Hoàng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm gan virus B (VGB) là bệnh truyền nhiễm phổ biến; việc phát hiện và điều trị sớm VGB để phòng ngừa biến chứng nguy hiểm là rất cần thiết. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm

sàng bệnh nhân viêm gan B mạn tính điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 268 bệnh nhân VGB mạn tính điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,34±13,14; giới nam 68,3%. Tỷ lệ bệnh nhân chán ăn là 88,8%; mệt mỏi 86,6% và đau hạ sườn phải 51,9%. Tỷ lệ vàng da 89,9%; củng mạc mắt vàng 82,5% và nước tiểu sẫm màu 80,6%. Hồng cầu trung bình là 4,79±0,74 T/l; tiểu cầu trung bình 192,25±66,40 G/l và Fibrinogen trung bình 2,77±0,79 g/l. ALT trung bình là 492,92±557,01 (U/l); AST trung bình 409,45±477,71 (U/l) và Albumine trung bình 38,70±5,55 (g/l). Tải lượng HBV PCR trung bình là

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Sáng

Email: drsangngoai1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

$1,65 \times 10^7 \pm 3,12$ (copies/ml). **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân VGB mạn tính có xét nghiệm rối loạn chức năng gan và có triệu chứng lâm sàng điển hình kèm theo. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, viêm gan B, mạn tính.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHRONIC HEPATITIS B PATIENTS TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL IN 2024

Background: Hepatitis B is a common infectious disease; early detection and treatment of hepatitis B to prevent dangerous complications is very necessary. **Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of chronic hepatitis B patients treated at Thai Nguyen National Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 268 chronic hepatitis B patients which are treated at Thai Nguyen National Hospital. Results: The average age of patients was 46.34 ± 13.14 ; male 68.3%. The proportion of patients with anorexia was 88.8%; fatigue 86.6% and right hypochondrium pain 51.9%. The proportion of jaundice was 89.9%; yellow sclera 82.5% and dark urine 80.6%. The mean red blood cell was 4.79 ± 0.74 T/l; mean platelet 192.25 ± 66.40 G/l and mean Fibrinogen 2.77 ± 0.79 g/l. The mean ALT was 492.92 ± 557.01 (U/l); mean AST 409.45 ± 477.71 (U/l) and mean Albumin 38.70 ± 5.55 (g/l). The mean HBV PCR load was $1.65 \times 10^7 \pm 3.12$ (copies/ml). **Conclusions:** Most chronic HBV patients had abnormal liver function tests and typical clinical symptoms. **Keywords:** clinical, paraclinical, hepatitis B, chronic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus B (VGB) là bệnh truyền nhiễm rất phổ biến trên thế giới, nhất là ở các nước đang phát triển, bệnh do virus viêm gan B (HBV) gây nên. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), ước tính có khoảng 1,5 tỷ người đã nhiễm HBV, với hơn 296 triệu người đang sống chung với bệnh VGB mạn tính vào năm 2019 và 1,5 triệu ca nhiễm mới HBV mỗi năm [7]. Việt Nam là một trong những nước thuộc vùng dịch tễ lưu hành cao của nhiễm HBV (tỉ lệ nhiễm HBV dao động 10,0-20,0% dân số) [1]. Nhiễm HBV không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể gây viêm gan tối cấp, viêm gan mạn, tiến triển thành xơ gan và ung thư gan nguyên phát. Năm 2019, VGB đã gây ra khoảng 820.000 ca tử vong trên toàn thế giới, chủ yếu là do xơ gan và ung thư gan nguyên phát [8]. Phát hiện sớm VGB để từ đó giúp phòng ngừa biến chứng nguy hiểm và nâng cao hiệu quả điều trị là rất cần thiết. Việc phát hiện và chẩn đoán VGB dựa vào sự biến đổi các triệu chứng lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng như AST, ALT, HbeAg hay tải lượng của HBV... sẽ giúp đánh giá tình trạng bệnh, tiên lượng diễn biến và lựa chọn phương

pháp điều trị. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là bệnh viện hạng đặc biệt trực thuộc trung ương với số lượng lớn bệnh nhân VGB đến điều trị hàng năm. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm gan B mạn tính điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 268 bệnh nhân được chẩn đoán VGB mạn và điều trị tại khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ≥ 15 tuổi;
- Được chẩn đoán VGB mạn: HBsAg và/ hoặc HBV DNA dương tính ≥ 6 tháng, hoặc HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính) [1];
- Điều trị tại khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đồng nhiễm với HIV, viêm gan do virus C và bệnh nhân chuyển viện.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 01/2024–12/2024 tại khoa Bệnh nhiệt đới, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: Số lượng bệnh nhân tối thiểu cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị điểm Z tại mức ý nghĩa α , với $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: Độ chính xác mong muốn, chọn $d = 0,10$.

$p = 0,784$. Theo nghiên cứu của Đoàn Công Du (2019) cho tỉ lệ bệnh nhân VGB có triệu chứng mệt mỏi là 78,4% [3]. Thay số $n = 261$; thực tế lấy được 268 bệnh nhân.

2.3.3. Chọn mẫu: Sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Bệnh nhiệt đới - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được tư vấn và lựa chọn liên tục để tham gia nghiên cứu tới khi đủ 268 bệnh nhân cần thu thập.

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

- Tỉ lệ triệu chứng cơ năng của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

- Tỉ lệ triệu chứng thực thể của bệnh nhân tham gia nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm kết quả xét nghiệm huyết học của bệnh nhân nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm kết quả xét nghiệm sinh hóa của bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ kết quả xét nghiệm vi sinh và di truyền phân tử của bệnh nhân nghiên cứu.

2.5. Tiêu chuẩn đánh giá và phương pháp thu thập. Bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm và ghi vào bệnh án thống nhất.

* Khám lâm sàng: Hỏi bệnh khai thác các triệu chứng cơ năng như: mệt mỏi, chán ăn... khám triệu chứng thực thể như vàng da, vàng mắt, thiếu máu...

* Xét nghiệm: được thực hiện tại các Khoa/ trung tâm xét nghiệm của Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

- Kỹ thuật lấy máu: lấy 2 ml máu tĩnh mạch khuỷu tay chống đông bằng EDTA, 2ml máu tĩnh mạch chống đông bằng heparin bảo quản lạnh, vận chuyển về cơ sở xét nghiệm trong vòng 24 giờ.

- Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi được làm bằng máy phân tích tự động 18 thông số tại Trung tâm Huyết học-Truyền máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trên máy Celta F và hóa chất của hãng Nihon Koden – Nhật Bản.

+ Số lượng hồng cầu: chia thành 2 nhóm là <4 T/l và ≥4 T/l.

+ Số lượng bạch cầu: chia thành 2 nhóm là <10 G/l và ≥10 G/l.

+ Số lượng tiểu cầu chia thành 3 nhóm dựa trên giá trị bình thường từ 150-380 G/l: <150 G/l; 150-380 G/l và >380 G/l.

+ Tỷ lệ prothrombin chia thành 2 nhóm: <70% và ≥70%.

+ Nồng độ fibrinogen: chia thành 2 nhóm dựa trên giá trị bình thường là ≥2g/L: <2g/L và ≥2 g/L.

- Xét nghiệm sinh hóa máu được thực hiện trên máy AU5800-Olympus, Nhật Bản. Hóa chất của Beckman Coulter, Mỹ. Đo hoạt độ enzym ALT, AST và GGT được thực hiện bằng phương pháp động học enzym.

+ Giá trị bình thường ALT: Nam: <41 U/L; Nữ: <31 U/L.

+ Giá trị bình thường AST: Nam: ≤37 U/L; Nữ: ≤31 U/L.

+ Giá trị bình thường GGT: Nam: ≤50 U/L; Nữ: ≤32 U/L.

+ Nồng độ albumin huyết tương được xác định bằng phương pháp so màu sử dụng bromocresol green. Trị số bình thường: 34–48 g/l.

+ Nồng độ protein toàn phần huyết tương được định lượng bằng phương pháp so màu dựa trên nguyên tắc phản ứng biuret. Trị số bình thường: 66–87 g/l.

+ Nồng độ αFP máu chia thành 2 nhóm dựa trên giá trị bình thường là 7 ng/ml: <7 ng/ml và ≥7 ng/ml.

+ Nồng độ Bilirubin máu toàn phần chia thành 2 nhóm dựa trên giá trị bình thường là 17 mmol/L: <17 g/L và ≥17 g/L.

- Xét nghiệm HBeAg và Anti-Hbe: sử dụng kỹ thuật ELISA; xét nghiệm đo tải lượng virus viêm gan B (HBV DNA) bằng kỹ thuật real time PCR.

2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập liệu và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0: số liệu định tính mô tả bằng số lượng (SL) và tỷ lệ (%); số liệu định lượng mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (TB±ĐLC).

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

	Chỉ số	SL	%
Tuổi	<40	90	33,6
	40-59	118	44,0
	≥60	60	22,4
	TB±ĐLC	46,34±13,14	
Giới	Nam	183	68,3
	Nữ	85	31,5
Dân tộc	Kinh	191	71,3
	Dân tộc khác	77	28,7
	Tổng	268	100,0

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 46,34±13,14; tỷ lệ nam giới 68,3%; người dân tộc Kinh 71,3%.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng của bệnh nhân tham gia nghiên cứu (n=268)

Đặc điểm	SL	%
Đau đầu	72	26,9
Mất ngủ	103	38,4
Mệt mỏi	232	86,6
Đau hạ sườn phải	139	51,9
Chán ăn	238	88,8

Tỷ lệ bệnh nhân chán ăn là 88,8%; mệt mỏi 86,6%; đau hạ sườn phải 51,9% và mất ngủ chiếm 38,4%.

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng thực thể của bệnh nhân tham gia nghiên cứu (n=268)

	SL	%
Sốt	27	10,1
Vàng da	129	89,9
Cứng mạc mắt vàng	221	82,5

Rối loạn tiêu hóa	161	60,1
Nước tiểu sẫm màu	216	80,6
Gan to	13	4,9
Lách to	9	3,4
Tuần hoàn bàng hệ	3	1,1
Cổ chướng	15	5,6

Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng sốt là 10,1%, vàng da 89,9%, củng mạc mắt vàng 82,5%, rối loạn tiêu hóa 60,1% và nước tiểu sẫm màu 80,6%.

Bảng 4. Đặc điểm kết quả xét nghiệm huyết học của bệnh nhân nghiên cứu (n=268)

Đặc điểm	SL	%
Hồng cầu (T/l)	≥4 T/l	243
	<4 T/l	25
	TB±ĐLC	4,79±0,74
Bạch cầu (G/l)	≥10 G/l	6
	<10 G/l	262
	TB±ĐLC	6,62±1,62
Tiểu cầu (G/l)	<150 G/l	73
	150-380 G/l	195
	TB±ĐLC	192,25±66,40
Prothrombin (%)	≥70 %	239
	<70 %	29
	TB±ĐLC	86,87±15,68
Fibrinogen (g/l)	≥2 g/l	240
	<2 g/l	28
	TB±ĐLC	2,77±0,79

Hồng cầu trung bình là 4,79±0,74 T/l; tiểu cầu trung bình là 192,25±66,40 G/l; Prothrombin trung bình 86,87±15,68% và Fibrinogen trung bình 2,77±0,79 g/l.

Bảng 5. Đặc điểm kết quả xét nghiệm sinh hóa của bệnh nhân nghiên cứu (n=268)

Đặc điểm	TB±ĐLC
ALT (U/l)	Bình thường
	Tăng
	TB±ĐLC
AST (U/l)	Bình thường
	Tăng
	TB±ĐLC
GGT (U/l)	Bình thường
	Tăng
	TB±ĐLC
Albumine (g/l)	<34 g/l
	34-48 g/l
	>48 g/l
	TB±ĐLC
Protein (g/l)	<66 g/l
	66-87 g/l
	>87 g/l
	TB±ĐLC

Nồng độ αFP (ng/ml)	<7 ng/ml	203
	≥7 ng/ml	65
	TB±ĐLC	17,72±49,40
Bilirubine TP máu (g/l)	<17 ng/ml	64
	≥17 ng/ml	204
	TB±ĐLC	44,41±59,21

ALT trung bình là 492,92±557,01 (U/l); AST trung bình là 409,45±477,71 (U/l); Albumine trung bình 38,70±5,55 (g/l); nồng độ αFP trung bình 17,72±49,40 (ng/ml).

Bảng 6. Kết quả xét nghiệm vi sinh và di truyền phân tử của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	SL	%
HBeAg	(+)	46
	(-)	222
HAV	(+)	0
	(-)	2680
HBV PCR (copies/ml)	Dưới ngưỡng phát hiện	0
	<10 ⁴	31
	≥10 ⁴	237
	TB±ĐLC	1,65 x 10 ⁷ ± 3,12
Tổng	268	100,0

Tỉ lệ bệnh nhân có HbeAg (+) là 17,2% và tải lượng HBV PCR trung bình là 1,65 x 10⁷ ± 3,12 (copies/ml).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy: tỉ lệ bệnh nhân <40 tuổi là 33,6%; 40-59 tuổi 44,0% và ≥60 tuổi 22,4%; tỉ lệ nam giới 68,3%; người dân tộc Kinh 71,3%. So sánh với nghiên cứu của Lê Thị Hằng (2019) cho tuổi trung bình là 39,0±12,71; nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 31-40 chiếm 34,0%, ≤30 tuổi chiếm 29,8%, >60 tuổi chiếm 6,4%; tỉ lệ nam giới 63,8% [5]. Nghiên cứu của Đoàn Công Du (2019) với tỉ lệ bệnh nhân từ 15-30 tuổi là 15,7%, 31-45 tuổi là 42,2%, 46-60 tuổi là 30,4% và >60 tuổi là 11,8%; tỉ lệ nam giới 52,0% [3]. Như vậy, phần lớn bệnh nhân VGB mạn tính tiến triển chủ yếu ở độ tuổi 30-45; điều này phù hợp với tiến triển tự nhiên của nhiễm HBV ở khu vực Châu Á- Thái Bình Dương. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu trước khi thấy tỉ lệ mắc bệnh của nam nhiều hơn so với nữ.

Đối với các triệu chứng cơ năng: tỉ lệ bệnh nhân chán ăn là 88,8%; mệt mỏi 86,6%; đau hạ sườn phải 51,9% và mất ngủ chiếm 38,4%. Theo y văn, chán ăn là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm 60,0-80,0 các trường hợp VGB mạn tính. Kết quả của chúng tôi cũng tương đối phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Công Du (2019) với tỉ lệ chán ăn, mệt mỏi và đau hạ sườn phải là

75,5%; 78,4% và 61,8% (theo thứ tự) [3].

Đối với các triệu chứng thực thể: tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng củng mạc mắt vàng 82,5%; sốt là 10,1%; gan to 4,9%; lách to 3,4%; cổ chướng 5,6%; vàng da 89,9% và nước tiểu sẫm màu 80,6%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Đoàn Công Du (2019): tỉ lệ vàng da 26,5% và nước tiểu sẫm màu 31,4% [3]. Đây là sự khác biệt của đặc điểm mẫu nghiên cứu. Bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân VGB mạn tính tiến triển, nhập viện nên các triệu chứng lâm sàng rõ ràng hơn so với nghiên cứu trước.

Về kết quả xét nghiệm huyết học: tỉ lệ bệnh nhân có số lượng hồng cầu <4 T/l là 9,3%; giảm tiểu cầu là 27,2%; giảm Prothrombin là 10,8% và giảm nồng độ Fibrinogen là 10,4%; nồng độ tiểu cầu trung bình là $192,25 \pm 66,40$ G/l; Prothrombin trung bình $86,87 \pm 15,68\%$; Fibrinogen trung bình $2,77 \pm 0,79$ g/l. Các kết quả này của chúng tôi gần như tương đương với kết quả của các nghiên cứu trước: Lê Thị Hằng và cs (2023): tiểu cầu trung bình là $207,8 \pm 55,6$ [6]; Nguyễn Văn Dũng (2015) với Prothrombin trung bình $81,3 \pm 16,0\%$, Fibrinogen trung bình $2,68 \pm 0,84$ (g/l) [4]. Tỉ lệ thay đổi một số kết quả xét nghiệm huyết học cũng phù hợp với ý kiến do bệnh nhân bị VGB nên sẽ tổn thương chức năng gan như sinh hồng cầu, đông cầm máu...

Về kết quả xét nghiệm sinh hóa: nồng độ ALT trung bình là $492,92 \pm 557,01$ (U/l), AST trung bình là $409,45 \pm 477,71$ (U/l), Albumin trung bình là $38,70 \pm 5,55$ (g/l) và Bilirubin TP máu trung bình là $44,41 \pm 59,21$ (g/l). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2015): ALT trung bình là $144,3 \pm 115,4$ (U/l), AST trung bình là $111 \pm 117,9$ (U/l), Albumin trung bình là $41,4 \pm 5,0$ (g/l) và Bilirubin TP máu trung bình là $17,3 \pm 13,9$ (g/l) [4]. Như vậy nồng độ men gan và Bilirubin TP của chúng tôi cao hơn. Lý giải sự khác biệt này theo chúng tôi là do đặc điểm bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi cao hơn và bệnh nhân mắc bệnh mức độ nặng hơn.

Tỉ lệ bệnh nhân có HBeAg (+) là 17,2% và tải lượng HBV PCR trung bình là $1,65 \times 10^7 \pm 3,12$ (copies/ml). HBeAg được xem như là dấu ấn biểu thị sự nhận lên của HBV và liên quan đến tình trạng nhiễm và mức độ nặng của bệnh. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hằng (2019): bệnh nhân mang HBeAg (+) chiếm tỉ lệ 55,3% [5]. Tuy nhiên tải lượng HBV PCR trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn so với nghiên cứu của Lê

Thị Hằng (2019) trên 47 bệnh nhân cho thấy tải lượng HBV-DNA trung bình của bệnh nhân là $7,58 \pm 1,36$ log (copies/ml) [5]; nghiên cứu của Hoàng Minh Công và cs (2023) với HBV DNA có giá trị trung bình là $5,82 \pm 1,84$ log₁₀ IU/ml [2].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $46,34 \pm 13,14$; giới nam 68,3%. Tỉ lệ bệnh nhân chán ăn là 88,8%; mệt mỏi 86,6% và đau hạ sườn phải 51,9%. Tỉ lệ vàng da 89,9%; củng mạc mắt vàng 82,5% và nước tiểu sẫm màu 80,6%. Hồng cầu trung bình là $4,79 \pm 0,74$ T/l; tiểu cầu trung bình $192,25 \pm 66,40$ G/l và Fibrinogen trung bình $2,77 \pm 0,79$ g/l. ALT trung bình là $492,92 \pm 557,01$ (U/l); AST trung bình $409,45 \pm 477,71$ (U/l) và Albumine trung bình $38,70 \pm 5,55$ (g/l). Tải lượng HBV PCR trung bình là $1,65 \times 10^7 \pm 3,12$ (copies/ml).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B", Ban hành kèm theo Quyết định số: 3310/QĐ-BYT ngày 29 tháng 7 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế", Bộ Y tế.
2. **Hoàng Minh Công, Lê Văn Thu, Ngô Văn Lăng, và cs.** (2023), "Đặc điểm dịch tễ và cận lâm sàng ở người bệnh viêm gan virus B khám bệnh tại Trung tâm Y tế huyện Yên Phong năm 2023", Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 43 (3), tr. 39-45.
3. **Đoàn Công Du** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị sớm Tenofovir và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm gan siêu vi B mạn tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang, Luận văn Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. **Nguyễn Văn Dũng** (2015), Đặc điểm dịch tễ, sinh học phân tử, lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị viêm gan virus B mạn bằng thuốc kháng virus, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ trung ương, Hà Nội.
5. **Lê Thị Hằng** (2019), Đánh giá kết quả điều trị của Tenofovir Alafenamide trên bệnh nhân viêm gan B mạn tính, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Lê Thị Hằng, Tạ Thị Diệu Ngân** (2023), "So sánh kết quả điều trị của Tenofovir Alafenamide ở bệnh nhân viêm gan virus B mạn tính có HBeAg (+) và HBeAg (-)", Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, 41 (1), tr. 8-14.
7. **GBD 2019 Hepatitis B Collaborators** (2022), "Global, regional, and national burden of hepatitis B, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", Lancet Gastroenterol Hepatol, 7 (9), pp. 796-829.
8. **World Health Organization** (2023), "Hepatitis B: key facts (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>); accessed 03/9/2023", World Health Organization.

KỸ THUẬT MỚI TRONG PHẪU THUẬT THU GỌN VÚ THỂ TÍCH LỚN: SỬ DỤNG VẬT TRỰC MẠCH MANG PHỨC HỢP QUẲNG NÚM VÚ

Tạ Thị Hồng Thuý^{1,2}, Trần Thiết Sơn^{1,2}, Phạm Thị Việt Dung^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phì đại tuyến vú mức độ rất lớn và khổng lồ luôn là sự thách thức đối với các phẫu thuật viên tạo hình, đặt biệt trong việc bảo tồn phức hợp quầng núm vú (QNV). Nghiên cứu này nhằm giới thiệu kỹ thuật mới sử dụng vật trực mạch mang QNV nhằm giảm nguy cơ biến chứng hoại tử, biến dạng và mất đi chức năng QNV. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân nữ phẫu thuật thu gọn tuyến vú mức độ rất nhiều và khổng lồ từ năm 2021 tới 2024, sử dụng vật trực mạch mang QNV với nguồn cấp máu từ động mạch dựa trên chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT). Xác định mạch xuyên cho QNV ưu thế và thực hiện kỹ thuật thu gọn vú với đường sẹo chữ T. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo một số tiêu chí chung của phẫu thuật thu gọn vú. **Kết quả:** 30 bệnh nhân nữ với mức độ sa trễ nhiều, thể tích vú thấp nhất là 1005ml và lớn nhất 2412ml. Chụp MSCT vú xác định nguồn cấp máu cho QNV với các nhánh mạch xuyên từ động mạch vú trong ưu thế trội 60/60 vú (100%). Dựa trên kết quả chụp MSCT thiết kế vật trực mạch mang phức hợp QNV mang nhánh mạch ưu thế hoàn toàn từ động mạch vú trong với tỉ lệ chiều dài/chiều rộng 100% >2/1: cuống trên trong 48/60 (80%), cuống trên 11/60 vú (18,33%), cuống dưới trong 1/60 vú (1,67%). Có 02 vú bị hoại tử một phần QNV đều thuộc cuống trên nằm trong nhóm phì đại khổng lồ. Cảm giác QNV tốt được phục hồi (96,55%), mức độ hài lòng 93,1%. **Kết luận:** Tiến bộ ứng dụng chụp MSCT vú xác định nhánh mạch xuyên cấp máu cho QNV độ chính xác cao và xác định được vật trực mạch mang QNV trong phẫu thuật thu gọn vú phì đại mức độ rất nhiều và khổng lồ. Áp dụng kỹ thuật tiên tiến này giúp giảm thiểu nguy cơ hoại tử, nguy cơ biến dạng và mất chức năng QNV trong phẫu thuật thu gọn vú phì đại đặc biệt đối với nhóm mức độ khổng lồ. **Từ khóa:** Phì đại vú khổng lồ, Thu gọn vú, Vật trực mạch mang phức hợp QNV.

SUMMARY

A NEW TECHNIQUE IN LARGE-VOLUME BREAST REDUCTION SURGERY: USING AN AXIAL FLAP CARRYING THE NIPPLE- AREOLA COMPLEX

Objective: Severe and gigantomastic breast hypertrophy remains a challenge for plastic surgeons, particularly in preserving the nipple-areola complex (NAC). This study presents a novel technique using an

axial flap carrying the NAC based on the dominant perforator, aiming to reduce the risks of necrosis, deformity, and loss of NAC function. **Methods:** Thirty female patients with severe or gigantomastic breast hypertrophy underwent breast reduction between 2021 and 2024, using an axial flap carrying the NAC supplied by the lateral thoracic artery or internal mammary artery, preoperatively identified through multislice computed tomography (MSCT). Determining the dominant perforator supplying the NAC and perform T-scar breast reduction technique. Outcomes were assessed using standard breast reduction surgery criteria. **Results:** All 30 patients presented with severe ptosis, with breast volumes ranging from 1005 mL to 2412 mL. MSCT identified a dominant perforator from the IMA supplying the NAC in all 60 breasts (100%). Based on MSCT findings, the axial NAC flap was designed with a length-to-width ratio greater than 2:1: superomedial pedicle in 48 breasts (80%), superior pedicle in 11 breasts (18.33%), and medial pedicle in 1 breast (1.67%). Partial NAC necrosis occurred in 2 breasts (3.33%), both belonging to the superior pedicle group in gigantomastia patients. Good NAC sensation was restored 96.55%, with a satisfaction rate of 93.1%. **Conclusion:** Preoperative MSCT to identify the perforator supplying the NAC allows for precise selection of the axial NAC flap in large-volume and gigantomastic breast reductions. This advanced approach minimizes the risk of necrosis, deformity, and loss of NAC function, particularly in gigantomastia cases. **Keywords:** Gigantomastia, Breast reduction, Customized NAC flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phì đại tuyến vú là tình trạng tăng thể tích tuyến vú, gặp ở các độ tuổi khác nhau, gây ra nhiều vấn đề ảnh hưởng tới sức khỏe, thậm chí gây căng thẳng tâm lý. Đặc biệt hơn đối với những bệnh nhân có mức độ phì đại quá lớn kèm sa trễ nhiều thì vấn đề ảnh hưởng này càng nghiêm trọng hơn^{1,2}. Với mức độ vú phì đại quá lớn đặc biệt là khổng lồ, rất nhiều kỹ thuật sử dụng. Thực tế, nhiều tác giả vẫn dùng kỹ thuật thu gọn ngực và ghép tự do QNV (kỹ thuật Thorek) trong nhóm phì đại vú khổng lồ³. Cho tới nay, kỹ thuật thu gọn vú đã được phát triển nhằm tối ưu hoá về kết quả thẩm mỹ và cả chức năng. Đối với nhóm phì đại vú mức độ rất nhiều hay khổng lồ vấn đề tồn tại với các kỹ thuật thu gọn vú là tìm được nguồn cấp máu cho phức hợp quầng núm vú, bảo tồn được sự toàn vẹn của phức hợp quầng núm vú⁴. Ngày nay, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu sử dụng các trực mạch nuôi mang phức hợp quầng núm vú trong

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hồng Thuý

Email: tahongthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 28.8.2025