

thường quy phù hợp để chẩn đoán theo chiều ngang, sử dụng phân tích ngang Yonsei để đảm bảo xác định kích thước ngang xương hàm trên và xương hàm dưới một cách phù hợp, từ đó lập kế hoạch điều trị chính xác hơn và mang lại kết quả chính xác và có đồng thuận cao hơn.

Dữ liệu của chúng tôi gợi ý các giá trị trung bình trong chẩn đoán kích thước ngang khi có sẵn CBCT. Ngoài ra, chúng tôi chỉ cung cấp dữ liệu cho người lớn và cần thêm nhiều nghiên cứu về tiêu chuẩn cỡ mẫu lớn hơn và cho cả trẻ em ở các độ tuổi, giai đoạn phát triển khác nhau.

V. KẾT LUẬN

- Tất cả kích thước ngang XHT phía ngoài và phía trong có sự khác biệt nam nữ có ý nghĩa thống kê và ở nam giới rộng hơn ở nữ giới.

- Ở mức chênh lệch của RHL1. Trung bình kích thước ngang xương hàm trên nổi 2 điểm chênh lệch RHL1 là $46,5 \pm 3,1\text{mm}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Khắc Thắm, Hoàng Tử Hùng** (2000), Khảo Sát Tình Trạng Khớp Cắn Của Người Việt Nam Độ Tuổi 17 – 27, Luận Văn Thạc Sĩ Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh, Tuyển Tập Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học Răng Hàm Mặt.
2. **Quách thị thủy Lan** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và đánh giá kết quả điều

trị lệch lạc khớp cắn loại III Angle bằng hệ thống mắc cài MBT. Luận văn tiến sĩ y học Đại Học Y Hà Nội.

3. **Maxillary advancement.** Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 1991;6:71-80.
4. **Uysal T, Usumez S, Memili B, Sari Z.** Dental and Alveolar Arch Widths in Normal Occlusion and Class III Malocclusion. Angle Orthod 2005;75:809-13.
5. **Ricketts, R.M.; Grummons, D.** Frontal cephalometrics: Practical applications, part 1. World J. Orthod. 2003, 4, 297–316.
6. **McNamara, J.A.; Brudon, W.L.** Orthodontic and Orthopedic Treatment in the Mixed Dentition; Needham Press: Ann Arbor, MI, USA, 1993.
7. **Major, P.W.; Johnson, D.E.; Hesse, K.L.; Glover, K.E.** Landmark Identification Error in Posterior Anterior Cephalometrics. Angle Orthod. 1994, 64, 447–454.
8. **Thurrow, R.C.** Cephalometric methods in research and private practice. Angle Orthod. 1951, 21, 104–116.
9. **Major, P.W.; Johnson, D.E.; Hesse, K.L.; Glover, K.E.** Effect of head orientation on posterior anterior cephalometric landmark identification. Angle Orthod. 1996, 66, 51–60.
10. **Koo YJ, Choi SH, Keum BT, et al.** Maxillomandibular arch width differences at estimated centers of resistance: Comparison between normal occlusion and skeletal Class III malocclusion. Korean J Orthod. 2017;47(3):167. doi:10.4041/kjod.2017.47.3.167

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG THẬN Ở BỆNH NHÂN SUY GAN CẤP DO LEPTOSPIRA

Hồ Ngọc Lợi¹, Lê Quốc Tuấn¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Leptospirosis là bệnh lây nhiễm từ động vật, khi nhiễm sẽ gây kích hoạt phản ứng miễn dịch dẫn đến tổn thương đa cơ quan, trong đó có thận. Tuy nhiên, việc đánh giá chính xác chức năng thận ở những bệnh nhân này gặp khó khăn do các chỉ số như creatinine và cystatin C có thể bị ảnh hưởng bởi tình trạng viêm hoặc suy gan. Mục tiêu bài báo này là đánh giá chức năng thận của bệnh nhân đã có tiền sử suy gan cấp do nhiễm Leptospira, nhằm làm rõ sự ảnh hưởng của các yếu tố viêm và suy gan đến các chỉ số xét nghiệm thận. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng và hồi cứu y văn. **Kết quả:** Bệnh nhân nam 53 tuổi tái khám sau 3 tháng vì suy gan cấp do Leptospira được chẩn đoán suy thận mạn. Cystatin C huyết tương tăng, eGFR-cys giảm, nhưng không có

triệu chứng lâm sàng suy thận rõ ràng. Creatinine huyết tương và eGFR-cre trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ microalbumin/creatinine trong nước tiểu bình thường. Chức năng gan tăng nhẹ, bilirubin toàn phần, albumin bình thường. **Kết luận:** Cystatin C tăng trong trường hợp viêm gan cấp có thể không phản ánh chính xác tình trạng suy thận mà chỉ là hậu quả của viêm hệ thống. Ngoài ra, suy gan có thể giảm tổng hợp creatinine, dẫn đến eGFR theo creatinine cao giả tạo. Vì vậy, khi gặp các trường hợp viêm gan cấp, nhất là do Leptospira, bác sĩ cần thận trọng khi chỉ dựa vào eGFR-cys để kết luận suy thận. Việc phối hợp nhiều chỉ số hoặc sử dụng công thức eGFR hỗn hợp là bước quan trọng để tránh điều trị quá mức hoặc chẩn đoán sai lệch.

SUMMARY

CASE REPORT: EVALUATION OF RENAL FUNCTION IN A PATIENT WITH ACUTE LIVER FAILURE DUE TO LEPTOSPIRA INFECTION

Introduction: Leptospirosis is a zoonotic infection that, upon transmission, activates an immune response which results in multi-organ dysfunction,

¹Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: dr.lequocluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025

including renal involvement. However, the accurate assessment of renal function in these patients is complicated when utilizing markers such as plasma creatinine and Cystatin C, as these parameters may be affected by inflammation or hepatic dysfunction. The objective of this study is to evaluate renal function in patients with a history of acute liver failure due to *Leptospira* infection, with a focus on the impact of inflammatory responses and hepatic dysfunction on renal biomarkers. **Methods:** Case report and retrospective literature review. **Results:** A 53-year-old male patient presented for follow-up 3 months after being diagnosed with acute liver failure due to *Leptospira* infection. The patient was subsequently diagnosed with chronic kidney disease. Plasma Cystatin C levels were elevated, and eGFR-cys was reduced; however, the patient did not exhibit overt clinical signs of renal failure. Plasma creatinine and eGFR-cre were within normal limits. The urinary microalbumin/creatinine ratio was also normal. Liver function tests showed mild elevation in liver enzymes, with total bilirubin and albumin levels remaining within normal ranges. **Conclusion:** Elevated cystatin C levels in the context of acute hepatitis may not accurately reflect renal impairment but may rather be a consequence of systemic inflammation. Furthermore, hepatic dysfunction may lead to a reduction in creatinine synthesis, resulting in a falsely elevated eGFR-cre. herefore, when encountering cases of acute hepatitis, particularly those caused by *Leptospira*, clinicians must exercise caution when relying solely on eGFR-cys to conclude renal failure. The integration of multiple indices or the use of a mixed eGFR formula is a crucial step to prevent overtreatment or misdiagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Leptospirosis là bệnh lây nhiễm từ động vật, khi nhiễm sẽ gây kích hoạt phản ứng miễn dịch dẫn đến tổn thương đa cơ quan, trong đó có gan và thận (1). Việc quản lý về mặt lâm sàng của *Leptospira* luôn là một thách thức đối với bác sĩ do nhiều biểu hiện khác nhau của bệnh, cũng như ảnh hưởng của nó lên các hệ cơ quan. Khi các hệ cơ quan có tổn thương, việc nhận định chính xác đâu là tình trạng thực tại của bệnh nhân và việc cần xác định nhanh chóng và chính xác. Trong đó, cystatin C được cho là có nhiều ưu điểm hơn creatinine huyết tương khi đánh giá chức năng thận trên bệnh nhân suy gan cấp (2). Tuy nhiên, đánh giá chính xác chức năng thận ở những bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính, nhiễm trùng, cũng như có tình trạng viêm sẽ gặp khó khăn khi sử dụng các chỉ số như creatinine huyết tương và cystatin C, vì chúng có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố (3). Do đó, chúng tôi báo cáo ca lâm sàng này để trình bày một trường hợp bệnh nhân viêm gan cấp do nhiễm *Leptospirosis* được chẩn đoán suy thận. Mục tiêu của báo cáo này là đánh giá chức năng thận thực sự của bệnh nhân đã có tiền sử suy gan cấp do nhiễm

Leptospira, nhằm làm rõ sự ảnh hưởng của các yếu tố viêm và suy gan đến các chỉ số xét nghiệm thận.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 52 tuổi, có tiền sử nhập viện do suy gan cấp do nhiễm *Leptospira* vào 3 tháng trước đó tại Bình Dương. Bệnh nhân đã đã được điều trị và xuất viện sau khi tình trạng gan ổn định. Sau khi xuất viện, bệnh nhân tái khám được chẩn đoán suy thận mạn và tuân thủ điều trị không rõ thuốc. Ngoài ra, bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng nào bất thường đáng kể trong thời gian này.

Sau đó, bệnh nhân đến Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 2 để đánh giá lại chức năng gan thận. Các xét nghiệm bao gồm:

- Chức năng gan với AST, ALT, bilirubin, albumin

- Chức năng thận với creatinine huyết tương, eGFR theo creatinine, cystatin C huyết tương, microalbumin/creatinine trong nước tiểu

Dữ liệu xét nghiệm đã được thu thập và phân tích để đánh giá mức độ tổn thương thận, đặc biệt là sự ảnh hưởng của tình trạng viêm hệ thống và suy gan.

Tổng trạng lâm sàng: Bệnh nhân không có biểu hiện mệt mỏi, ăn uống tốt.

Khám: da niêm hồng, tim đều rõ, phổi trong không ran, bụng mềm không phù và không vàng da. Các dấu hiệu sinh tồn ổn định gồm: Mạch 78 lần/phút, nhiệt độ 37°C, huyết áp 120/80, nhịp thở 18 lần/phút. Chiều cao 167cm, cân nặng 51kg, BMI=18,29 kg/m²

Các cận lâm sàng hiện tại

• Chức năng gan:

- AST: 78 U/L tăng vừa. (Bình thường <40 U/L)
- ALT: 86 U/L tăng vừa. (Bình thường <40 U/L)
- Bilirubin toàn phần: 0.9 mg/dL. (Bình thường <1,2 mg/dL)

- Albumin: 4.5 g/dL. (Bình thường 3,6-5,2 g/dL)

- Không có dấu hiệu rối loạn đông máu hay suy gan tiến triển.

• Chức năng thận:

- Creatinine huyết tương: 0,92 mg/dL. (Bình thường 0,6-1,3 mg/dL)

- eGFR theo Creatinine: 91,82 ml/ph/1.73m² (bình thường)

- Cystatin C huyết tương: 1,77 mg/L (tăng)
- Ước tính eGFR theo cystatin C: giảm so với eGFR theo creatinine

- Tỷ lệ microalbumin/creatinine NT: 4,4 mg/g (bình thường)

III. BÀN LUẬN

Về vấn đề đã được chẩn đoán suy thận mạn của bệnh nhân. Creatinine huyết tương bình thường, eGFR-cre trong giới hạn bình thường. Cystatin C huyết tương tăng, eGFR-cys giảm, nhưng không có triệu chứng lâm sàng của suy thận. Tỷ lệ microalbumin/creatinine trong nước tiểu bình thường, không có tổn thương thận tiến triển.

Lý giải vấn đề trên, có thể thấy quá trình viêm hệ thống làm tăng sản xuất cystatin C. Trong bối cảnh nhiễm *Leptospira* gây viêm hệ thống, nồng độ cystatin C trong huyết tương có thể tăng lên không do suy giảm chức năng thận mà do cơ chế viêm sinh học. Khi cơ thể phản ứng với *Leptospira*, các cytokine tiền viêm như interleukin-6 (IL-6) và TNF- α được giải phóng mạnh mẽ (4). Những cytokine này không chỉ tham gia điều hòa đáp ứng miễn dịch mà còn kích thích gan và các đại thực bào tăng sản xuất cystatin C. Do đó, dù mức lọc cầu thận (GFR) thực sự không thay đổi, nồng độ cystatin C huyết tương vẫn có thể tăng giả tạo. Khi áp dụng công thức ước tính eGFR từ cystatin C trong tình huống này, kết quả sẽ cho thấy eGFR thấp hơn thực tế, dẫn đến đánh giá sai mức độ suy thận. Đây là một hạn chế quan trọng cần lưu ý khi sử dụng cystatin C làm chỉ dấu chức năng thận trong các bệnh cảnh có viêm hệ thống, như leptospirosis.

Trong trường hợp bệnh nhân này, sự chênh lệch giữa các phương pháp tính toán eGFR có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố sinh lý và bệnh lý. eGFR theo creatinine (eGFR-cre) phản ánh mức lọc cầu thận dựa trên nồng độ creatinine huyết thanh, một chất chuyển hóa sản sinh chủ yếu từ cơ thể và bài tiết qua thận. Tuy nhiên, khi bệnh nhân có suy gan cấp, quá trình tổng hợp creatine bị suy giảm, dẫn đến mức creatinine huyết thanh thấp một cách giả tạo, khiến cho eGFR-cre có thể bị đánh giá cao hơn mức thực tế. Ngược lại, eGFR theo cystatin C (eGFR-cys) không bị ảnh hưởng bởi khối lượng cơ, nhưng lại dễ bị tăng lên trong tình trạng viêm hệ thống, như khi nhiễm *Leptospira*, do phản ứng viêm kích thích sản xuất cystatin C từ gan và các đại thực bào. Điều này dẫn đến một mức eGFR-cys giả thấp, làm giảm khả năng phát hiện chính xác chức năng thận thực tế. Do đó, khi đánh giá chức năng thận ở bệnh nhân có tình trạng viêm cấp tính và suy gan, cần phải xem xét cả hai chỉ số eGFR-cre và eGFR-cys đồng thời để tránh sự sai lệch trong việc đánh giá mức lọc cầu thận. Việc sử dụng công thức eGFR kết hợp giữa creatinine và cystatin C có thể giúp giảm

thiểu các yếu tố ngoài thận làm sai lệch kết quả, từ đó cung cấp một cái nhìn chính xác hơn về tình trạng chức năng thận của bệnh nhân.

Trong điều kiện sinh lý bình thường, creatinine là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa creatine, một chất được tổng hợp chủ yếu tại gan từ arginine và glycine, sau đó methyl hóa để tạo creatine (5). Quá trình này phụ thuộc phần lớn vào chức năng gan. Khi gan bị suy, khả năng tổng hợp arginine và creatine giảm sút, dẫn đến giảm sản xuất creatinine nội sinh. Do đó, ở bệnh nhân suy gan, nồng độ creatinine huyết tương có thể thấp một cách giả tạo, không phản ánh đúng mức lọc cầu thận thực tế (6). Hậu quả là các công thức ước tính eGFR dựa trên creatinine như MDRD hoặc CKD-EPI sẽ cho kết quả cao hơn thực tế, từ đó đánh giá sai chức năng thận, thậm chí bỏ sót tổn thương thận đang tiến triển. Đây là một trong những thách thức lâm sàng quan trọng trong theo dõi và điều trị bệnh nhân xơ gan hoặc suy gan cấp hay mạn.

Trong trường hợp này, cả eGFR-cre và eGFR-cys đều có thể bị sai lệch, nhưng theo hướng khác nhau: eGFR-cre có thể cao giả tạo do bệnh nhân bị suy gan, làm giảm tổng hợp creatinine dù chức năng thận thực sự có thể không tốt như vậy; eGFR-cys có thể thấp giả tạo do tình trạng viêm cấp tính, làm tăng sản xuất cystatin C độc lập với mức lọc cầu thận thực tế. Nếu bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng của suy thận (ví dụ: tiểu ít, phù, tăng ure máu...), thì eGFR-cys có thể đáng tin cậy hơn trong việc phát hiện suy thận tiềm ẩn (2).

Trong trường hợp bệnh nhân chỉ có viêm gan cấp mà không có triệu chứng suy thận rõ ràng, eGFR tính theo creatinine có thể gần với mức lọc cầu thận thực tế hơn so với eGFR tính theo cystatin C. Điều này bởi vì creatinine là sản phẩm chuyển hóa của creatine, được tổng hợp chủ yếu tại gan. Khi chức năng gan bị suy giảm trong viêm gan cấp, quá trình tổng hợp creatine bị ảnh hưởng, nhưng mức creatinine huyết thanh vẫn có thể phản ánh chính xác mức độ lọc của thận nếu không có suy thận nặng. Tuy nhiên, trong trường hợp có viêm nền, cystatin C có thể tăng cao do phản ứng viêm kích thích gan và các đại thực bào sản xuất nhiều cystatin C hơn, dẫn đến eGFR tính theo cystatin C có thể đánh giá thấp giả tạo chức năng thận. Do đó, phương pháp tính eGFR kết hợp (cystatin C + creatinine) là lựa chọn tối ưu, bởi nó giúp giảm thiểu các sai lệch khi sử dụng từng chỉ số đơn lẻ, từ đó mang lại kết quả chính xác hơn, đặc biệt đối với bệnh nhân có rối loạn chức năng gan, thận cấp hay

mạn tính (7).

Dựa vào dữ kiện này, nếu không có dấu hiệu suy thận nặng, có thể eGFR-cre (91.82 ml/phút/1.73m²) gần đúng hơn so với eGFR-cys. Vì vậy, hiện tại không đủ bằng chứng để kết luận bệnh nhân bị suy thận mạn tiến triển. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân có dấu hiệu lâm sàng của suy thận, cần xem xét khả năng eGFR-cys đang phản ánh suy giảm thực sự.

IV. KẾT LUẬN

Cystatin C tăng trong viêm gan cấp có thể không phản ánh đúng suy giảm chức năng thận mà là hậu quả của viêm hệ thống còn tồn dư dai dẳng sau nhiễm *Leptospira*. Điều này nhấn mạnh rằng, khi viêm gan nặng, cần thận trọng khi sử dụng cystatin C để ước tính GFR, eGFR theo creatinine đáng tin cậy hơn trong bối cảnh này. Cùng với đó, Creatinine không tăng trong viêm gan cấp có thể do suy gan làm giảm sản xuất hơn là thận bình thường nên khi đánh giá chức năng thận ở bệnh nhân suy gan cấp do *Leptospira*, cả creatinine và cystatin C cần được xem xét đồng thời để tránh đánh giá sai mức lọc cầu thận.

Khi gặp các trường hợp viêm gan cấp, nhất là do *Leptospira*, bác sĩ cần thận trọng khi chỉ dựa vào eGFR-cys để kết luận suy thận. Việc phối hợp nhiều chỉ số hoặc sử dụng công thức eGFR hỗn hợp là bước quan trọng để tránh điều trị quá mức hoặc chẩn đoán sai lệch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chou LF, Yang HY, Hung CC, Tian YC, Hsu SH, Yang CW.** Leptospirosis kidney disease: Evolution from acute to chronic kidney disease. *Biomed J.* 2023;46(4):100595.
2. **Jha P, Jha AK, Dayal VM, Jha SK, Kumar A.** Baseline serum cystatin C as a marker of acute kidney injury in patients with acute-on-chronic liver failure. *Indian Journal of Gastroenterology.* 2021;40(6):563-71.
3. **Knight EL, Verhave JC, Spiegelman D, Hillege HL, de Zeeuw D, Curhan GC, et al.** Factors influencing serum cystatin C levels other than renal function and the impact on renal function measurement. *Kidney Int.* 2004;65(4):1416-21.
4. **Senavirathna I, Rathish D, Agampodi S.** Cytokine response in human leptospirosis with different clinical outcomes: a systematic review. *BMC Infectious Diseases.* 2020;20(1):268.
5. **Bonilla DA, Kreider RB, Stout JR, Forero DA, Kerksick CM, Roberts MD, et al.** Metabolic Basis of Creatine in Health and Disease: A Bioinformatics-Assisted Review. *Nutrients [Internet].* 2021; 13(4).
6. **Cullaro G, Kanduri SR, Velez JCQ.** Acute Kidney Injury in Patients with Liver Disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology.* 2022;17(11).
7. **Singapura P, Ma Tw Fau - Sarmast N, Sarmast N Fau - Gonzalez SA, Gonzalez Sa Fau - Durand F, Durand F Fau - Maiwall R, Maiwall R Fau - Nadim MK, et al.** Estimating Glomerular Filtration Rate in Cirrhosis Using Creatinine-Based and Cystatin C-Based Equations: Systematic Review and Meta-Analysis. (1527-6473 (Electronic)).

THỰC TRẠNG LO ÂU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH UNG BƯỚU ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY NĂM 2025

Nguyễn Thị Nga^{1,3}, Nguyễn Trung Nghĩa¹, Huỳnh Thanh Tân¹,
Nguyễn Văn Giáp¹, Đỗ Văn Đức¹, Bạch Thị Thu Phương¹,
Đoàn Thị Thu Hà¹, Nguyễn Thị Cẩm Vân¹,
Trịnh Thị Bích Huyền², Lê Bạch Mai³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng lo âu của người bệnh ung bướu điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga

Email: nguyenthinga93@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

khoa quốc tế Vinmec Times City năm 2025 và xác định một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được triển khai từ tháng 1/2025 đến tháng 7/2025 với 150 người bệnh ung bướu điều trị ngoại trú, sử dụng thang đo DASS-21 để đánh giá tình trạng lo âu. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh gặp các vấn đề về lo âu là 31,33%. Kết quả hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố làm tăng khả năng lo âu gồm: người bệnh nữ (OR=2,91); sống ở thành thị (OR=2,79); trình độ học vấn từ trung cấp trở lên (OR=2,84); đang làm việc toàn thời gian (OR=2,52); không được tư vấn tâm lý đầy đủ sau khi được điều trị và về nhà (OR=2,94); có bệnh kèm theo (OR=3,05); điều trị