

nhân thường đến muộn và bệnh tiến triển nặng hơn, mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p=0,08$), vì vậy cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định. Như vậy, dermoscopy giúp phát hiện các bất thường mạch máu ngoại vi và giai đoạn tổn thương tương đối rõ ràng, đặc biệt trong nhận diện giai đoạn hoạt động và muộn. Việc kết hợp lâm sàng và soi mao mạch nền móng bằng dermoscopy là cần thiết trong chẩn đoán, theo dõi và quản lý bệnh nhân XCBHT hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống có bất thường mạch máu trên da, trong đó hiện tượng Raynaud chiếm tỷ lệ gần như tuyệt đối. Các tổn thương mạch máu mạn tính như loét ngón, sẹo rỗ đầu ngón và giãn mao mạch xuất hiện với tỷ lệ cao, phản ánh gánh nặng vi mạch tích lũy, đặc biệt ở thể lan tỏa. Soi mao mạch nền móng bằng dermoscopy phát hiện bất thường ở gần như toàn bộ bệnh nhân, với các hình thái điển hình là mao mạch giãn rộng, xuất huyết và giảm số lượng mao mạch; giảm số lượng mao mạch gặp nhiều hơn ở thể lan tỏa. Nghiên cứu này góp phần bổ sung dữ liệu về đặc điểm tổn thương mạch máu trên da của bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tại Việt Nam, đồng thời nhấn mạnh vai trò của dermoscopy trong phát hiện sớm và theo dõi tiến triển bệnh. Các kết quả này có thể hỗ trợ cải thiện thực hành lâm sàng và là cơ sở cho những nghiên cứu sâu hơn về mối liên quan giữa tổn thương vi mạch da và biến chứng nội tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kao L, Weyand C. Vasculitis in Systemic Sclerosis. *Int J Rheumatol*. 2010;2010:38 5938. doi:10.1155/2010/385938
2. Ko J, Noviani M, Chellamuthu VR, Albani S, Low AHL. The Pathogenesis of Systemic Sclerosis: The Origin of Fibrosis and Interlink with Vasculopathy and Autoimmunity. *Int J Mol Sci*. 2023;24(18):14287. doi:10.3390/ijms241814287
3. Jinnin M. "Narrow-sense" and "broad-sense" vascular abnormalities of systemic sclerosis. *Immunol Med*. 2020;43(3):107-114. doi:10.1080/25785826.2020.1754692
4. Vũ Nguyệt Minh. Nghiên cứu sự biến đổi một số cytokin ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2018.
5. Trịnh Ngọc Phát, Vũ Huy Lượng, Vũ Nguyệt Minh, et al. Lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan của các tổn thương mạch máu ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2023; 152(4): 54-61. doi:10.52852/tcncyh.v152i4.685
6. **Systemic Sclerosis (Scleroderma) and Related Disorders** | Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical. Accessed August 25, 2025. <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookId=2129§ionId=159214725>
7. Cutolo M, Sulli A, Smith V. How to perform and interpret capillaroscopy. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(2): 237-248. doi:10.1016/j.berh.2013.03.001
8. Jouvray M, Launay D, Dubucquoi S, Sobanski V, Podevin C, Lambert M, Morell-Dubois S, Maillard H, Hatron PY, Hachulla E, Giovannelli J. Whole-Body Distribution and Clinical Association of Telangiectases in Systemic Sclerosis. *JAMA Dermatol*. 2018 Jul 1;154(7):796-805. doi: 10.1001/jamadermatol.2018.0916. PMID: 29799952; PMCID: PMC6128493.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU VÀ LIÊN QUAN CHILD-PUGH Ở NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN MẠN TÍNH VÀ XƠ GAN DO HBV

Nguyễn Thị Hiền Hạnh¹, Tạ Việt Hưng¹, Bùi Khắc Cường²,
Dương Quang Huy¹, Nguyễn Thị Mai Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng thiếu máu ở người bệnh (NB) viêm gan mạn tính (VGB) và xơ gan (XGB) có nhiễm virus viêm gan B (HBV). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên ba

nhóm: VGB ($n = 25$), XGB ($n = 25$), nhóm chứng (KM) ($n=50$), không phát hiện bất thường về lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm nghiên cứu. **Kết quả:** Các chỉ số số lượng hồng cầu (HC), hemoglobin (HBG) và hematocrite (HCT) giảm ở NB XGB so với nhóm VGB và KM, $p < 0,0001$. Không có sự khác biệt của các chỉ số trên ở nhóm VGB so với nhóm KM. Tỷ lệ thiếu máu ở nhóm XGB là 72,0%. Các chỉ số MCV và MCH ở nhóm XGB cao hơn so với nhóm KM, trong khi chỉ số MCHC tương đồng giữa các nhóm nghiên cứu, gợi ý đặc điểm thiếu máu hồng cầu to ở NB XGB. Nghiên cứu cũng chỉ ra sự giảm dần của các chỉ số số lượng HC, HBG và HCT theo phân độ Child - Pugh, từ A-C, $p < 0,05$. **Kết luận:** Thiếu máu xảy ra ở 72% NB XGB, nhưng hiếm gặp ở nhóm VGB mạn tính. Thiếu máu

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Ly

Email: dr.nguyenmaily@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 19.11.2025

liên quan thuận với phân độ Child-Pugh. Thiếu máu trong XGB là thiếu máu hồng cầu to với sự tăng MCV và MCH. **Từ khóa:** Thiếu máu, viêm gan, xơ gan, HBV, thiếu máu hồng cầu to

SUMMARY

ASSESSMENT OF ANEMIA AND RELATION TO CHILD-PUGH IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS AND CIRRHOSIS INFECTED WITH HEPATITIS B VIRUS

Objective: To assess anemia among patients with hepatitis B virus (HBV)-related hepatitis and HBV-related cirrhosis. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted, comparing three groups: chronic HBV-related hepatitis (CHB, n = 25), patients with HBV-related cirrhosis (HBC, n = 25), and a control group (HC) of 50 healthy individuals without clinical or subclinical abnormalities at the time of study. **Results:** Red blood cell count (RBC), hemoglobin (HGB), and hematocrit (HCT) levels were significantly reduced in the HBC group compared to the CHB and HC groups ($p < 0.0001$). No significant differences were observed between the CHB and HC groups in these parameters. The prevalence of anemia in the HBC group was 72.0%. The mean corpuscular volume (MCV) and mean corpuscular hemoglobin (MCH) were significantly higher in the HBC group than in controls, while the mean corpuscular hemoglobin concentration (MCHC) remained comparable across all groups, suggesting a macrocytic anemia pattern in patients with HBC. Moreover, a progressive decrease in RBC, HGB, and HCT values was observed across Child - Pugh classifications from A to C ($p < 0.05$). **Conclusion:** Anemia is frequently observed in HBC patients, with a prevalence of 72.0%, but is uncommon in those with CHB. Anemia correlates positively with increasing Child - Pugh class severity. The anemia observed in HBC is characterized as macrocytic, as indicated by elevated MCV and MCH values. **Keywords:** Anemia, hepatitis, cirrhosis, HBV, macrocytic anemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm virus viêm gan B (HBV) là một trong ba nguyên nhân phổ biến nhất của các bệnh gan mạn tính trên toàn cầu. Có hai tỉ người nhiễm HBV và khoảng 250 triệu người nhiễm HBV mạn tính trên thế giới [1]. Việt Nam có tỷ lệ lưu hành HBV cao, chiếm khoảng 10 - 20% toàn dân số, cao gấp 2 - 3 lần so với tỷ lệ ước tính của toàn cầu [2]. Số ca tử vong liên quan đến HBV tăng lên 5,9% trong giai đoạn 1990 - 2019, và 2,9% trong giai đoạn 2015 - 2019 [3]. Tỷ lệ tiến triển thành xơ gan và ung thư gan ở những người nhiễm HBV mạn tính là khoảng 15% - 40% [1]. Mặc dù, vaccine phòng HBV và nhiều biện pháp phòng ngừa lây nhiễm HBV đã được tuyên truyền và thực hiện rộng rãi, nhưng nhiễm HBV và hệ quả của nó vẫn là quan ngại y tế trên toàn thế giới. Sự nhân lên kéo dài của virus làm tăng gánh nặng cho tế bào gan và gây ra tình trạng

viêm và xơ hóa gan [4]. Sự tổn thương tế bào tiến triển dẫn đến sự phát triển và xâm lấn của tổ chức xơ, và cùng tác động ảnh hưởng đến chức năng gan [4].

Trong bệnh gan mạn tính, thiếu máu có thể do mất máu cấp tính hoặc mạn tính qua hệ tiêu hóa, thiếu sắt, thiếu dinh dưỡng, tăng phá hủy tế bào hồng cầu do lách to trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, và ức chế tủy xương do nhiễm độc hoặc viêm mạn tính. Ngoài ra, nhiễm HBV còn gây thiếu máu thông qua sự tăng sinh cytokine IL-6, kích hoạt gan sản xuất điều hòa sắt, hepcidin - hormon, từ đó ức chế ferroportin trên ruột và đại thực bào, dẫn đến giảm hấp thu sắt và giữ sắt nội bào [5]. Giảm hemoglobin tương quan thuận với tăng nguy cơ tử vong ngắn hạn và tiến triển bệnh nhanh hơn [6]. Vì vậy, nghiên cứu nhằm đánh giá về thực trạng thiếu máu trên NB mắc bệnh gan mạn tính có nhiễm HBV như VGB và XGB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm ba nhóm. Nhóm chứng (KM) bao gồm 50 người khỏe mạnh, đến Bệnh viện Quân y 103 để kiểm tra sức khỏe định kỳ và không phát hiện bất thường, bệnh lý sau thăm khám. Nhóm VGB (n=25) được chẩn đoán khi có viêm gan mạn tính và nhiễm HBV > 6 tháng. Nhóm XGB (n=25) gồm các BN xơ gan, có nhiễm HBV mạn tính và không phát hiện các nguyên nhân gây xơ gan khác. Đối tượng nghiên cứu > 18 tuổi, và tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Loại trừ những người tham gia có các dấu hiệu của đợt bùng phát, viêm, nhiễm trùng cấp tính như đợt cấp của viêm gan mạn tính, nhiễm trùng cấp tính; hay bệnh lý cấp tính và mạn tính khác; mắc bệnh gan khác như ung thư gan, bệnh gan do nguyên nhân khác. Đối tượng tham gia không mắc các bệnh hay dùng các thuốc tác động đến chỉ số hồng cầu như dùng corticoid, truyền máu trong vòng hai tuần, bệnh lý tủy xương...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có so sánh nhóm chứng.

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Được tiến hành tại Bệnh viện Quân y 103,

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 04/2024 đến 05/2025.

2.2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu tiến cứu, chọn cỡ mẫu thuận tiện và lựa chọn mẫu toàn bộ. Nhóm VGB và XGB là các người bệnh được chẩn đoán và điều trị nội trú tại khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103, trong giai đoạn ổn định của bệnh.

2.2.5. Tiến hành nghiên cứu: Các chỉ số hồng cầu được thu thập từ xét nghiệm công thức máu toàn phần: Máu ngoại vi toàn phần chống đông EDTA được đưa đến phòng xét nghiệm huyết học trong vòng 2 tiếng, và được phân tích trực tiếp trên máy xét nghiệm huyết học tự động SYSMEX XN1000 (Beckman Coulter, Hoa Kỳ). Phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn ISO 15189. Sự chính xác của các chỉ số trên được kiểm soát bằng ngoại kiểm hằng tháng và nội kiểm hằng ngày. So sánh với giá trị tham chiếu của chỉ số nghiên cứu (Bảng 1), phân chia nhóm nghiên cứu thành giảm và không giảm.

Bảng 1: Giá trị tham chiếu của các chỉ số nghiên cứu [7]

Chỉ số	Tên tiếng Việt	Giá trị tham chiếu
Red blood cell (RBC)	Số lượng hồng cầu	Nam: 4,2-5,4 T/L Nữ: 4,0-4,9
Hemoglobin (HBG)	Nồng độ hemoglobin	Nam: $\geq 130,0$ g/L Nữ: $\geq 120,0$ g/L
Hematocrit (HCT)	Huyết cầu tố	Nam: 0,4-0,47 L/L Nữ: 0,37-0,42 L/L

2.2.6. Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích và dựng biểu đồ trên phần mềm xử lý số liệu STATA phiên bản 18.0 và GraphPad Prism phiên bản 8.0. Kiểm định phân phối của các biến định lượng. Kiểm định sự khác biệt giữa ba nhóm nghiên cứu bằng Anova và Kruskal Wallis nếu biến định lượng phân phối chuẩn và không phân phối chuẩn. Sự liên quan giữa hai biến định tính được phân tích bằng Fisher exact. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê tương ứng với $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, và $p < 0,0001$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận và cho phép bởi hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y, QĐ 89/HĐĐĐ ngày 18/08/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu

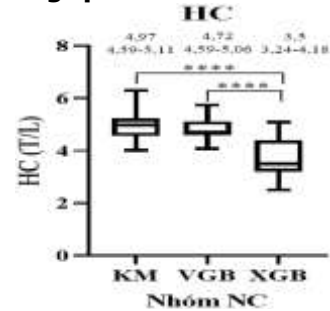
Bảng 2: Đặc điểm phân bố tuổi và giới tính của nhóm nghiên cứu

		KM		VGB		XGB		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	39	78,00	20	80,00	18	72,00	0,776
	Nữ	11	22,00	5	20,00	7	28,00	
Tuổi	Trung vị (Q1-Q3)	50	52 (42-57,5)	25	57 (43-63,5)	25	63 (55-0)	0,0006

Phân tích cho thấy không có sự khác biệt về phân bố giới tính giữa các nhóm nghiên cứu, $p=0,776$. Tuy nhiên, có sự khác biệt về độ tuổi của các nhóm nghiên cứu với trung vị tuổi cao nhất ở nhóm XGB, tiếp đến là nhóm VGB và thấp

nhất ở nhóm KM.

3.2. Đặc điểm giảm số lượng hồng cầu trong máu ngoại vi



Biểu đồ 1: So sánh số lượng RBC giữa các nhóm nghiên cứu

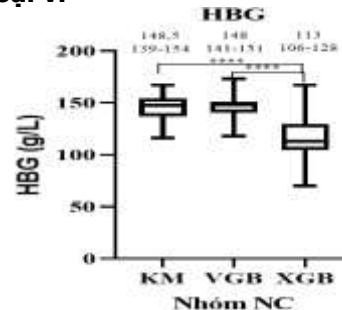
Bảng 3: Tỷ lệ giảm số lượng RBC trong máu ngoại vi

Mức HC		KM	VGB	XGB	p
Giảm	n	0	0	18	<0,0001
	%	0	0	72,0	
Không giảm	n	50	25	7	
	%	100,0	100,0	28,0	

So sánh chỉ số RBC giữa các nhóm nghiên cứu cho thấy xu hướng giảm dần từ nhóm KM đến nhóm VGB, đến nhóm XGB (Biểu đồ 1). Nhóm XGB có chỉ số RBC thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KM và nhóm VGB, (3,5 (3,24-4,18) so với 4,97 (4,59-5,11) và 4,72 (4,59-5,06), $p < 0,0001$). Sự khác biệt của chỉ số RBC không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm VGB và nhóm KM, $p=0,62$.

Bên cạnh đó, dựa vào giá trị tham chiếu (Bảng 1), phân chia đối tượng nghiên cứu thành nhóm giảm và không giảm chỉ số RBC, và so sánh tỷ lệ giảm RBC giữa các nhóm nghiên cứu. Kết quả chỉ ra rằng, có 18/25=72,0% NB XGB có giảm RBC, trong khi tỷ lệ này ở nhóm KM và nhóm VGB là 0,0% (Bảng 3, $p < 0,0001$). Kết quả chỉ ra rằng chỉ số RBC giảm đáng kể ở NB XGB, nhưng không biến đổi đáng kể ở NB VGB.

3.3. Đặc điểm giảm nồng độ HBG trong máu ngoại vi



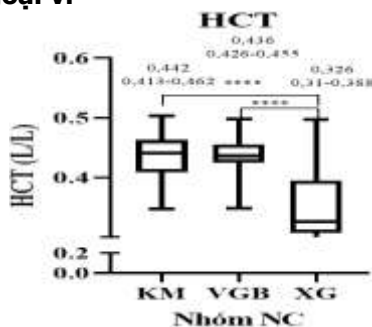
Biểu đồ 2: So sánh nồng độ HBG giữa các nhóm nghiên cứu

Bảng 4: Tỷ lệ giảm HBG trong máu ngoại vi

Mức HBG		KM	VGB	XGB	p
Giảm	n	0	1	18	<0,0001
	%	0	4,0	72,0	
Không giảm	n	50	24	7	
	%	100	96,0	28,0	

So sánh giá trị HBG giữa các nhóm nghiên cứu cho thấy sự giảm đáng kể nồng độ hemoglobin (HBG) ở nhóm XGB (113 (106-128)), so với nhóm VGB (148 (141-151)) và nhóm KM (148 (139-154)), $p < 0,0001$ (Biểu đồ 2). Tiếp theo, căn cứ giá trị tham chiếu bảng 1, đối tượng nghiên cứu được chia ra nhóm giảm và không giảm chỉ số HBG, và phân tích sự liên quan giữa giảm HBG và bệnh gan mạn tính do HBV (Bảng 4). Kết quả chỉ ra rằng, tỷ lệ giảm HBG ở NB VGB và NB XGB tương ứng là $1/25=4\%$ và $18/25=72,0\%$. Phân tích chỉ ra sự liên quan của giảm HBG và bệnh lý gan mạn tính do HBV, $p < 0,0001$. Như vậy, giảm HBG phổ biến (chiếm 72,0%) ở NB XGB, trong khi chỉ số này không giảm đáng kể ở NB VGB.

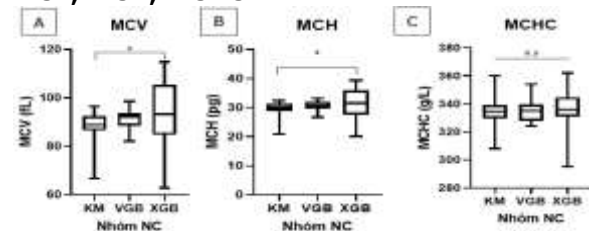
3.4. Đặc điểm giảm chỉ số HCT trong máu ngoại vi

**Biểu đồ 3: So sánh chỉ số HCT giữa các nhóm nghiên cứu****Bảng 5: Tỷ lệ giảm HCT trong máu ngoại vi**

Mức HCT		Khỏe mạnh	VGB	XGB	p
Giảm	n	0	1	18	<0,0001
	%	0,00	4,00	72,00	
Không giảm	n	50	24	7	
	%	100,00	96,00	28,00	

Tiếp theo, chúng tôi phân tích sự biến đổi của chỉ số HCT giữa các nhóm nghiên cứu. Kết quả chỉ ra rằng, HCT giảm đáng kể ở nhóm XGB, so với nhóm VGB và nhóm KM, $p < 0,0001$ (Biểu đồ 3). Có sự liên quan giữa giảm HCT và bệnh gan mạn tính, $p < 0,0001$ (Bảng 5). Nhóm XGB có 72,0% có giảm HCT, trong khi tỷ lệ này là 4,00% và 0,00% ở nhóm VGB và nhóm KM. Như vậy, HCT giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm XGB, với tỷ lệ giảm HCT chiếm đến 72,0%.

3.5. Đặc điểm thay đổi chỉ số HC như MCV, MCH, MCHC

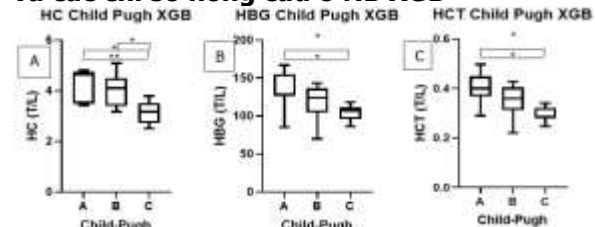


Trung vị (Q1-Q3)	KM	VGB	XGB
MCV	89,15 (87,4-92,3)	92,3 (88,6-93,3)	93,3 (85,2-105,1)
MCH	29,95 (29,0-31,1)	30,6 (29,9-31,9)	31,3 (28,3-35,5)
MCHC	335 (330-339)	335 (329-339)	336 (332-344)

Biểu đồ 4: Đặc điểm giảm HBG trong máu ngoại vi

Tiếp theo, chúng tôi phân tích sự khác biệt của các chỉ số MCV, MCH và MCHC của HC giữa các nhóm nghiên cứu. Phân tích chỉ ra xu hướng tăng của chỉ số MCV và MCH từ nhóm KM đến nhóm VGB và nhóm XGB. Các chỉ số MCV và MCH của nhóm XGB cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KM, $p < 0,05$ (Biểu đồ 4A, B). Trong khi đó, chỉ số MCHC không có khác biệt giữa ba nhóm nghiên cứu (Biểu đồ 4C, $p > 0,05$). Như vậy, NB XGB có tăng MCH và MCHC so với nhóm KM.

3.6. Liên quan giữa phân độ Child-Pugh và các chỉ số hồng cầu ở NB XGB



Trung vị (Q1-Q3)	Child-Pugh		
	A (n=7)	B (n=9)	C (n=9)
RBC	4,63 (3,48-4,74)	4,1 (3,46-4,18)	3,16 (2,74-3,48)
HBG	128 (126-155)	124 (106-131)	107 (96-110)
HCT	0,4 (0,368-0,449)	0,36 (0,321-0,388)	0,317 (0,296-0,322)

Biểu đồ 5: Thay đổi các chỉ số hồng cầu theo phân độ Child – Pugh

Tiếp theo chúng tôi phân tích sự thay đổi các chỉ số HC ở NB XGB, theo phân độ Child-Pugh. Kết quả chỉ ra xu hướng giảm dần số lượng HC, HBG và HCT từ nhóm Child-Pugh A đến nhóm Child-Pugh B và thấp nhất ở nhóm Child-Pugh C (Biểu đồ 5). Trong đó, sự giảm các chỉ số HC ở

nhóm Child-Pugh C thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Child-Pugh A. Như vậy, thiếu máu ở NB XGB có liên quan đến phân độ Child-Pugh.

IV. BÀN LUẬN

Nhiễm HBV mạn tính và tiến triển VGB mạn tính, XGB là quan ngại sức khỏe toàn cầu. Thiếu máu ở NB nhiễm HBV mạn tính liên quan đến nhiều cơ chế như mất máu, nhiễm độc, thiếu dưỡng, viêm mạn tính kích hoạt yếu tố hoại tử khối u dẫn đến giảm tạo hồng cầu, tác dụng của thuốc kháng virus như interferon, và ở giai đoạn xơ gan, gan suy giảm sản xuất yếu tố tạo máu. Thiếu máu gây ra biểu hiện lâm sàng của giảm tuổi máu các cơ quan. Trong XGB, thiếu máu không chỉ là triệu chứng, mà còn là yếu tố tiên lượng nặng độc lập [6]. Các báo cáo cho thấy tỷ lệ có thiếu máu tương đối cao, chiếm 50 - 75% ở các NB xơ gan tiến triển, trong đó thiếu máu do thiếu sắt chiếm khoảng 22% [5]. Phân tích so sánh cho thấy, tỷ lệ thiếu máu ở NB xơ gan do rượu cao hơn so với tỷ lệ thiếu máu ở NB XGB (80,7% vs. 65,8%) [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp về sự giảm các chỉ số HC (số lượng HC, HGB và HCT) ở NB XGB và VGB. Cả ba chỉ số HC ở NB XGB thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm KM và nhóm VGB. Nghiên cứu cho thấy các chỉ số HC tương đương giữa nhóm VGB và KM, xác định thiếu máu không phải là quan ngại ở NB VGB mạn tính. Hơn nữa, tỷ lệ giảm các chỉ số HC ở NB XGB trong nghiên cứu của chúng tôi là 72,0%, tương đồng với các báo cáo trước đây. Tỷ lệ giảm HGB ở nhóm VGB là 4,0%, so với nhóm KM là 0,0%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi khẳng định thiếu máu là một biến chứng/triệu chứng thường gặp ở NB XGB, nhưng không phải là quan ngại ở NB VGB mạn tính. Mặt khác, thiếu máu nặng ở NB xơ gan liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong trong 90 ngày và 1 năm [6]. Thiếu máu được chứng minh là một yếu tố dự báo độc lập tiên lượng xấu ở bệnh gan do HBV [8]. Cụ thể, NB XGB mất bù có HGB thấp có tỷ lệ tử vong trong 28 ngày cao hơn đáng kể so với nhóm có HGB cao hơn [8]. Vì vậy, cần phát hiện và xử trí tốt thiếu máu ở NB XGB nhằm góp phần cải thiện tiên lượng bệnh.

Trong nghiên cứu này, các chỉ số MCV và MCH tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở NB XGB, so với nhóm KM. Trong khi, chỉ số MCHC không có khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu. MCHC không thay đổi phản ánh rằng mật độ hemoglobin trong từng hồng cầu vẫn được bảo tồn, là đặc điểm khác biệt với thiếu máu thiếu sắt thường thấy (giảm cả MCV và MCHC). Đây là

đặc điểm của thiếu máu hồng cầu to, thường liên quan đến tổn thương gan mạn tính. Thiếu máu hồng cầu to liên quan tới mức độ nghiêm trọng của tổn thương gan và có thể là yếu tố dự báo tử vong ngắn hạn ở những NB bị xơ gan mất bù liên quan đến HBV [6]. Trong tổn thương gan mạn tính, thiếu máu hồng cầu to được cho là hệ quả của sự thiếu hụt vitamin B12 và/hoặc folate do giảm hấp thu ở ruột và giảm dự trữ gan, rối loạn tổng hợp DNA trong tủy xương, và hiện tượng tăng hồng cầu non kích thước lớn do đáp ứng với phá hủy hồng cầu ngoại vi [9]. Nghiên cứu trước đây của chúng tôi đã chỉ ra sự thiếu hụt acid folic ở NB xơ gan [10]. Kết quả nghiên cứu này chỉ ra đặc điểm thiếu máu hồng cầu to ở những NB XGB, gợi ý sự cần thiết tầm soát nồng độ acid folic ở nhóm NB này.

Phân tích của chúng tôi chỉ ra sự giảm chỉ số số lượng HC, HGB và HCT theo phân độ Child - Pugh từ A → B → C ở NB XGB. Kết quả này đồng thuận với báo cáo trước đây về sự tăng tỷ lệ thiếu máu từ 26,5% ở nhóm Child - Pugh A lên 59,2% ở nhóm B và 69% ở nhóm C [5]. Điều này phù hợp với nhiều cơ chế gây thiếu máu thường gặp trong XGB và nặng hơn theo phân độ Child - Pugh như (1) tăng áp lực tại lách gây cường lách làm tăng phá hủy hồng cầu; (2) giảm tổng hợp các kích tố tạo máu như erythropoietin ở trong gan tổn thương; (3) mất máu mạn tính qua giãn tĩnh mạch thực quản - dạ dày; và (4) thiếu vi chất thiết yếu (sắt, B12, folate) do suy giảm chức năng gan và ức chế tủy xương. Sự tích hợp của các yếu tố trên không chỉ tăng tần suất thiếu máu theo giai đoạn suy gan (Child-Pugh B, C), mà còn góp vào cơ chế "vòng xoáy bệnh lý" làm xấu đi tiên lượng bệnh lý gan.

V. KẾT LUẬN

Thiếu máu là vấn đề thường gặp ở NB XGB với tỷ lệ lên đến 72,0%, nhưng không phổ biến ở NB VGB mạn tính. Thiếu máu có xu hướng tăng nặng theo phân độ Child - Pugh. Thiếu máu trong XGB là thiếu máu hồng cầu to với sự tăng MCV, MCH và chỉ số MCHC ít biến đổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patel, A., et al., The Epidemiology, Transmission, Genotypes, Replication, Serologic and Nucleic Acid Testing, Immunotolerance, and Reactivation of Hepatitis B Virus. *Gastro Hep Advances*, 2024. 3(2): p. 139-150.
2. Nguyen, V., Hepatitis B Infection in Vietnam: Current Issues and Future Challenges. *Asia-Pacific journal of public health/Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*, 2010. 24: p. 361-73.
3. Lu, H., et al., Effects of hepatitis B virus infection and strategies for preventing mother-to-child transmission on maternal and fetal T-cell

- immunity. Front Immunol, 2023. 14: p. 1122048.
4. **Cheng, J.Y., et al.**, Hepatitis B virus-induced cirrhosis: Mechanisms, global variations, and treatment advances. World J Hepatol, 2024. 16(12): p. 1515-1523.
5. **Manrai, M., et al.**, Anemia in cirrhosis: An underestimated entity. World J Clin Cases, 2022. 10(3): p. 777-789.
6. **Ren, H., et al.**, Severe anemia is associated with increased short-term and long-term mortality in patients hospitalized with cirrhosis. Annals of Hepatology, 2023. 28(6): p. 101147.
7. **Vinh, P.Q.**, Huyết học-Truyền máu cơ bản. 2013: NXB Y học. 84 - 91.
8. **Cai, M., et al.**, Anemia Predicts Poor Outcomes in Patients with HBV-Related Decompensated Cirrhosis. Clin Lab, 2021. 67(3).
9. **Killeen, R.B. and A. Adil**, Macrocytic Anemia, in StatPearls. 2025: Treasure Island (FL).
10. **Việt Nam, H.H.s.Y.h.**, Tạp chí Y học Việt Nam TẬP 519 - Tháng 10 - Số chuyên đề - 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 519(Chuyên đề).

ĐẶC ĐIỂM VI SINH CỦA VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nông Thị Hương Nhài^{1,2}, Phạm Kim Liên², Quãn Thanh Nga³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm vi sinh của viêm phổi cộng đồng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 117 bệnh nhân viêm phổi cộng đồng có tiền sử điều trị đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú từ tháng 07/2024 – 07/2025 tại Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Trong nghiên cứu có 35,9% trường hợp nuôi cấy vi khuẩn có kết quả dương tính. Trong 42 trường hợp cấy dương tính có 90,48% trường hợp là Gram âm và 4,76% là Gram dương. Có 40,9% trường hợp là K.pneumoniae; 21,4% là A.baumannii; 4,5% là P.aeruginosa. Vi khuẩn gram dương có 2 trường hợp là S.pneumonia và S.aureus chiếm 1,5%. Có 4,5% là nấm C.albicans. Cấy khuẩn âm tính có tỷ lệ cao hơn ở nhóm ĐTĐ kiểm soát tốt, cấy khuẩn dương tính ở nhóm ĐTĐ không kiểm soát tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế rõ rệt, đặc biệt Klebsiella pneumoniae và Acinetobacter baumannii. Tỷ lệ cấy dương tính cao hơn ở nhóm kiểm soát glucose máu kém, cho thấy kiểm soát đường huyết có vai trò quan trọng trong hạn chế nhiễm khuẩn. Cần chú ý lựa chọn kháng sinh ban đầu có phổ tác dụng trên Gram âm, theo dõi sát kháng sinh đồ và kiểm soát đường huyết chặt chẽ. Đồng thời, nên tăng cường tầm soát, dự phòng và quản lý yếu tố nguy cơ để cải thiện tiên lượng bệnh nhân. **Từ khóa:** Đái tháo đường, viêm phổi cộng đồng, vi sinh, Klebsiella pneumoniae.

SUMMARY

MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACCURED PNEUMONIA IN

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Kạn

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Quãn Thanh Nga

Email: ngaquan108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the microbiological characteristics of community - acquired pneumonia (CAP) in patients with type 2 diabetes mellitus treated at Thai Nguyen National Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 117 inpatients with CAP and a history of type 2 diabetes mellitus, admitted from July 2024 to July 2025 at Thai Nguyen National Hospital. **Results:** Positive bacterial cultures were obtained in 35.9% of cases. Among the 42 culture-positive cases, Gram-negative bacteria accounted for 90.48%, while Gram-positive bacteria represented 4.76%. Specifically, Klebsiella pneumoniae was isolated in 40.9% of cases, Acinetobacter baumannii in 21.4%, and Pseudomonas aeruginosa in 4.5%. Gram-positive bacteria included Streptococcus pneumoniae and Staphylococcus aureus (1.5%). Fungal isolates of Candida albicans were detected in 4.5%. Negative cultures were more frequent in patients with well-controlled diabetes, whereas positive cultures predominated in poorly controlled diabetes. The difference was statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** The findings demonstrate a clear predominance of Gram-negative bacteria, particularly Klebsiella pneumoniae and Acinetobacter baumannii. Higher rates of positive cultures were observed in patients with poor glycemic control, underscoring the importance of blood glucose management in reducing infection risk. Empirical antibiotic selection should prioritize coverage against Gram-negative pathogens, with close monitoring of antibiotic susceptibility testing and strict glycemic control. Enhanced screening, preventive measures, and risk factor management are essential to improve patient outcomes. **Keywords:** Diabetes mellitus, community-acquired pneumonia, microbiology, Klebsiella pneumonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) là một trong những bệnh nhiễm khuẩn hô hấp thường gặp nhất, có tỷ lệ nhập viện và tử vong cao, đặc biệt ở người cao tuổi và bệnh nhân có bệnh mạn