

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thubasni Kunasegaran, et al.** Gestational Diabetes Mellitus in Southeast Asia: A scoping Review Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18 (3), 1272
2. **Maha Bamehrez, Front Pediatr.** 2023, Hypoglycemia and associated comorbidities among newborns of mothers with diabetes in an academic tertiary care center
3. **Mai P.T., et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh có mẹ mắc đái tháo đường từ năm 2022 – 2023 tại Trung tâm nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y Học Dự phòng, 33 (7), 72-77.
4. **Bùi Thị Kim Thảo, et al.** (2023), kết cục thai kỳ của thai phụ đái tháo đường thai kỳ điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – cơ sở 2. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 532, tháng 11 – số chuyên đề 2023 (18-26)
5. **Lê Thị Tường Vi, Võ Minh Tuấn** (2021), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan của thai phụ đến khám tại Bệnh viện Quận 1”. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 25 (1), 108-113.
6. **Hà Mạnh Tuấn.** Hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh. Bệnh học lâm sàng Nhi sơ sinh 2023. Nhà xuất bản Y học 2023:266 - 273

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM BỆNH NHI SUY TỦY XƯƠNG VÔ CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ HATG KẾT HỢP CYCLOSPORIN A TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TW GIAI ĐOẠN 2020-2025

Lê Thị Nguyệt<sup>1</sup>, Hoàng Thị Hồng<sup>1</sup>,  
Đặng Hoàng Hải<sup>1</sup>, Mai Lan<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Điều trị suy tủy xương (STX) vô căn ở trẻ nhi bằng phác đồ ATG ngựa phối hợp cyclosporin A (CSA) mang lại hiệu quả cao và là lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhi không thể ghép tế bào gốc đồng loài. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh nhi STX vô căn bằng phác đồ hATG kết hợp cyclosporin A tại Viện Huyết Học-Truyền Máu TW giai đoạn 2020-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 27 bệnh nhi STX được điều trị hàng đầu bằng phương pháp ức chế miễn dịch hATG phối hợp CSA, tại khoa bệnh máu trẻ em, Viện Huyết Học- Truyền máu Trung Ương, giai đoạn 1/2020 đến 3/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung sau 3 tháng là 37%, 6 tháng là 66,7%, xác suất sống thêm toàn bộ trên 2 năm là 95,8%, tỉ lệ đáp ứng tích lũy ở 9 và 12 tháng là 75%. **Kết luận:** Phác đồ ATG ngựa phối hợp cyclosporin A là lựa chọn hàng đầu mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhi STX vô căn không thể ghép tế bào gốc đồng loài. **Từ khóa:** Bệnh nhi, suy tủy xương, điều trị suy tủy xương, ATG ngựa, cyclosporine A.

## SUMMARY

**EARLY TREATMENT OUTCOMES OF PEDIATRIC PATIENTS WITH IDIOPATHIC APLASTIC ANEMIA USING THE hATG COMBINED WITH CYCLOSPORIN A REGIMENT AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING THE 2020–2025 PERIOD**

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Nguyệt

Email: bsnguyetnihbt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Treatment of Idiopathic Aplastic Anemia in Pediatric Patients Using Horse ATG Combined with Cyclosporin A: A Primary Therapeutic Option for Patients Ineligible for Allogeneic Stem Cell Transplantation. **Background:** Immunosuppressive therapy (IST) using horse anti-thymocyte globulin (hATG) in combination with cyclosporin A (CSA) has proven to be highly effective and is considered the first-line treatment for pediatric patients with idiopathic aplastic anemia (AA) who are not eligible for allogeneic stem cell transplantation. **Objective:** To evaluate early treatment outcomes of pediatric patients with idiopathic aplastic anemia receiving hATG plus CSA at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) during the period from 2020 to 2025. **Subjects and Methods:** This is a descriptive case series study involving 27 pediatric patients diagnosed with idiopathic aplastic anemia who received first-line treatment with immunosuppressive therapy using hATG in combination with CSA. The study was conducted at the Pediatric Hematology Department, NIHBT, from January 2020 to March 2025. **Results:** The overall response rate was 37% at 3 months and 66.7% at 6 months. The probability of overall survival beyond 2 years was 95.8%, and the cumulative response rate at 9 and 12 months was 75%. **Conclusion:** Horse ATG combined with cyclosporin A is an effective and first-line therapeutic option for pediatric patients with idiopathic aplastic anemia who are not candidates for allogeneic stem cell transplantation. **Keywords:** Pediatric patient, aplastic anemia, treatment of aplastic anemia, horse ATG, cyclosporine A.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tủy xương (STX) là bệnh của cơ quan tạo máu, bệnh được đặc trưng bởi sự giảm sản các tế bào tủy xương do cơ quan sinh máu bình thường bị thay thế hoặc bị lấn át bởi tổ chức mỡ

và gây nên giảm một, hai hoặc cả ba dòng tế bào máu ngoại vi<sup>1</sup>. Ghép tế bào gốc tạo máu đồng loài là phương pháp điều trị lựa chọn đầu tiên và tốt nhất cho bệnh nhân STX, có thể chữa khỏi bệnh, nhưng gặp nhiều khó khăn về nguồn người hiến hòa hợp Kháng nguyên bạch cầu người (Human Leukocyte Antigen – HLA) cũng như yêu cầu nguồn lực kinh tế, cơ sở vật chất. Trong khi đó, điều trị thuốc ức chế miễn dịch là phương pháp đơn giản, dễ áp dụng và mang lại hiệu quả cao. Phác đồ Anti - Thymocyte globuline (globulin kháng tế bào tuyến ức - ATG) kết hợp với cyclosporin A (CSA) đã trở thành phác đồ điều trị hàng đầu cho bệnh nhân suy tủy xương không đủ điều kiện ghép tế bào gốc. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh nhi STX vô căn bằng phác đồ hATG kết hợp cyclosporin A tại Viện Huyết Học - Truyền Máu TW giai đoạn 2020-2025.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 27 bệnh nhi từ 1 đến 16 tuổi chẩn đoán STX vô căn được điều trị hàng đầu bằng phương pháp ức chế miễn dịch sử dụng ATG ngựa phối hợp CSA, tại khoa bệnh máu trẻ em, Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ 1/2020 đến 3/2025.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả loạt ca bệnh.

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

- 27 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: những bệnh nhi chẩn đoán suy tủy xương vô căn thể nặng, rất nặng và thể trung bình phụ thuộc truyền máu từ 1 đến 16 tuổi, không có chỉ định ghép tế bào gốc, điều trị lần đầu bằng phác đồ hATG phối hợp CSA.

**2.2.3. Phác đồ áp dụng:** Phác đồ: ATG ngựa liều 40mg/kg/ ngày trong 4 ngày. CSA liều 10mg/ kg/ ngày chia 2 lần cách nhau 12h, trong 6 tháng đầu sau đó giảm dần 25% liều mỗi 3 tháng, duy trì thêm tối thiểu 6-12 tháng. Methylprednisolone 1mg/ kg/ ngày trong 14 ngày.

**2.2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá:**

*a. Mức độ bệnh:*

+ Thể nặng: theo tác giả Cammitta 1975<sup>2</sup>: Mật độ tế bào tủy còn dưới 25% hoặc từ 25 đến 50% nhưng thấp hơn 30% so với mật độ tủy tế bào người bình thường và có hai trong ba chỉ số sau:

- Số lượng hồng cầu lưới <20 G/L
- Số lượng bạch cầu trung tính < 0.5 G/L

- Số lượng tiểu cầu < 20 G/L
- + Suy tủy xương thể rất nặng: theo tác giả Baccigalupo 1988<sup>3</sup>: tiêu chuẩn giống thể nặng nhưng số lượng bạch cầu trung tính <0.2 G/L.

+ Thể trung bình: không đủ các tiêu chuẩn trên.

*b. Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị:*

• Đối với suy tủy xương thể nặng và rất nặng: Theo tiêu chuẩn của viện sức khỏe Hoa Kỳ 2009<sup>4</sup>

+ Đáp ứng hoàn toàn: Đạt đủ ba tiêu chí sau:

- Số lượng bạch cầu trung tính >1 G/L
- Nồng độ Hemoglobin > 100 g/L.
- Số lượng tiểu cầu > 100 G/L.

+ Đáp ứng một phần : các chỉ số máu không đủ tiêu chuẩn đáp ứng hoàn toàn nhưng không còn các tiêu chuẩn STX thể nặng.

+ Không đáp ứng: đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy tủy xương thể nặng.

+ Tái phát: giảm các tế bào máu sau khi đã có đáp ứng ban đầu hoặc phải tăng liều CsA hoặc phải điều trị lại bằng một đợt ATG khác.

• Đối với suy tủy xương thể trung bình: Theo tiêu chuẩn guideline của hội huyết học Anh 2024<sup>5</sup>

+ Đáp ứng hoàn toàn: giống suy tủy xương thể nặng và rất nặng

+ Đáp ứng một phần: không phụ thuộc truyền máu hoặc có cải thiện chỉ số máu so với ban đầu:

- Nồng độ Hemoglobin tăng 30 g/L ( nếu ban đầu < 60 g/L)
- Số lượng bạch cầu trung tính > 0.5 G/L.
- Số lượng tiểu cầu > 20 G/L.

+ Không đáp ứng: Không đạt tiêu chuẩn của đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần.

**2.2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:-** Thu thập các chỉ số theo mẫu nghiên cứu trước điều trị

- Các số liệu được nhập, lưu trữ bằng phần mềm Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhi nghiên cứu**

	Đặc điểm	N (%)	Trung vị (Min-Max)
Giới tính	Nam	16 (59,3)	-
	Nữ	11 (40,7)	-
Tuổi	1 ≤ - 5 tuổi	0	-
	5 - ≤ 10 tuổi	14 (51,9)	-
	11 - < 16 tuổi	13( 48,1)	-
Tỉ lệ %	Nặng	14 ( 51,9)	-

mức độ bệnh	Rất nặng	5 (18,5)	-
	Trung bình	8 (29,6)	-
	Tổng	27 (100)	-
Số ngày nằm viện đợt điều trị		-	18 (10-26)

**Nhận xét:** Không có bệnh nhi nào dưới 5 tuổi, độ tuổi từ 5 đến 10 và từ 11 đến 16 gần tương đương nhau (chiếm 51,9% và 48,1%). Bệnh nhi có mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất 51,9%. Trung vị số ngày nằm viện đợt điều trị ATG là 18, trong đó số ngày nằm viện ít nhất là 10 và bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 26 ngày.

### 3.2. Kết quả điều trị

**Bảng 3.2. Đáp ứng điều trị theo thời gian**

Thời gian	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Đáp ứng HT	3	11,1	5	18,5
Đáp ứng MP	7	25,9	13	48,2
Không ĐƯ	17	63	9	33,3
Tổng số	27	100	27	100

**Nhận xét:** Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị chỉ có 37% bệnh nhân có đáp ứng trong đó chủ yếu đáp ứng một phần chiếm 25,9%. Tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng tăng lên đáng kể chiếm 66,7% trong đó chủ yếu đáp ứng một phần chiếm 48,2%.

**Nhận xét:** Biểu đồ cho thấy xác suất sống thêm toàn bộ ở bệnh nhi nghiên cứu tại thời điểm 24 tháng khoảng 95,8%. Có 1 bệnh nhi tử vong tại thời điểm 6 tháng chiếm 3,7%.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng theo thể bệnh và tuổi bệnh nhi tại thời điểm 3 tháng**

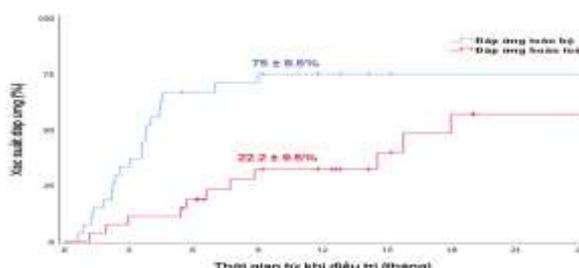
Sau 3 tháng	Đáp ứng chung	Có đáp ứng	Không có đáp ứng	p	OR 95% CI
<b>Theo thể bệnh</b>					
SAA và VSAA (n=19)		6 (31,6%)	13 (68,4%)	0,41	2,16 (0,4 – 11,7)
N-SAA (n=8)		4 (50%)	4 (50%)		
<b>Theo nhóm tuổi</b>					
≥10 tuổi (n=13)		6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,44	0,46 (0,09 – 2,29)
<10 tuổi (n=14)		4 (28,6%)	10 (71,4%)		

**Nhận xét:** Tại thời điểm 3 tháng tỉ lệ đáp ứng nhóm suy tủy xương thể trung bình cao hơn thể nặng (50% so với 31,6%), trẻ lớn hơn 10 tuổi có tỉ lệ đáp ứng cao hơn trẻ dưới 10 tuổi (46,2% so với 28,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng theo thể bệnh và tuổi bệnh nhi tại thời điểm 6 tháng**

Sau 6 tháng	Đáp ứng chung	Có đáp ứng	Không có đáp ứng	p	OR 95% CI
<b>Theo thể bệnh</b>					
SAA và VSAA (n=19)		14 (73,7%)	5 (26,3%)	0,37	0,35 (0,06 – 1,99)
N-SAA (n=8)		4 (50%)	4 (50%)		
<b>Theo nhóm tuổi</b>					
≥10 tuổi (n=13)		9 (69,2%)	4 (30,8%)	1	0,8 (0,16 – 3,99)
<10 tuổi (n=14)		9 (64,3%)	5 (35,7%)		

**Nhận xét:** Tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng nhóm suy tủy xương thể nặng và rất nặng cao hơn thể trung bình (73,7% so với 50%), ngược với thời điểm 3 tháng, tỉ lệ đáp ứng của



**Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ đáp ứng tích lũy ở bệnh nhi nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tỉ lệ đáp ứng tích lũy toàn bộ ở 9 và 12 tháng bệnh nhi nghiên cứu là 75% trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 22,2%. Tỉ lệ này cao hơn so với thời điểm 6 tháng cả về tỉ lệ đáp ứng và đáp ứng hoàn toàn.



**Biểu đồ 3.2. Xác suất sống thêm toàn bộ ở bệnh nhi nghiên cứu**

trẻ dưới 10 tuổi và trên 10 tuổi gần tương đương nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

❖ Đặc điểm chung của bệnh nhi nghiên cứu: ở nghiên cứu chúng tôi nghiên cứu trẻ dưới 16 tuổi, với % tuổi dưới 10 tuổi và trên 10 tuổi tương đương nhau, tỉ lệ nam nhiều hơn nữ (59,3% so với 40,7%). Yếu tố tuổi là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị ức chế miễn dịch. Theo dữ liệu của Nhóm Châu Âu về huyết học và Ghép Tủy (EBMT-European Group for Blood and Marrow Transplantation), tỷ lệ đáp ứng phác đồ hATG+CSA ở bệnh nhân trẻ tuổi có kết quả tốt hơn bệnh nhân lớn tuổi với tỉ lệ đáp ứng là 82% ở bệnh nhân dưới 20 tuổi và 58% ở bệnh nhân trên 40 tuổi<sup>6</sup>. Về mức độ bệnh ở nhóm nghiên cứu chúng tôi mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (51,9%), mức độ trung bình chiếm 29,6% và mức độ rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất 18,5%. Không có bệnh nhi nào thiếu hụt CD 55/59. Số ngày trung vị nằm viện đợt điều trị phác đồ là 18 ngày.

❖ Về kết quả đáp ứng điều trị: tỉ lệ đáp ứng sau 3 tháng là 37% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 11,1%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần là 25,9%, không đáp ứng là 63%. Tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng tăng lên rõ rệt với tỉ lệ đáp ứng là 66,7% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 18,5%, tỉ lệ đáp ứng một phần là 48,2%, không đáp ứng là 33,3%. Tỉ lệ đáp ứng tích lũy toàn bộ ở 9 và 12 tháng bệnh nhi nghiên cứu là 75% trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 22,2%. Tỉ lệ này cao hơn so với thời điểm 3 tháng và 6 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương với các kết quả nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu 314 trẻ em STX mắc phải thể nặng, điều trị hATG+CSA từ 2002-2014, nghiên cứu đa trung tâm Bắc Mỹ NAPACC (North American Pediatric Aplastic Anemia Consortium) cho kết quả 71,2% bệnh nhân đạt đáp ứng<sup>7</sup>, tỉ lệ sống toàn bộ sau 5 năm là 93%. Tỉ lệ sống toàn bộ sau 2 năm ở nghiên cứu chúng tôi là 95,8%. Tỉ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong tại thời điểm 6 tháng với biến chứng tăng bilirubin, có 2 bệnh nhân tái phát: 1 bệnh nhân đạt đáp ứng 1 phần tại thời điểm 6 tháng và tái phát tại thời điểm 12 tháng, 1 bệnh nhân tái phát tại thời điểm 21 tháng và được điều trị ATG thỏ đợt 2, sau đó ổn định. Không có bệnh nhân nào tiến triển thành đái huyết sắc tố hoặc rối loạn sinh tủy, lơ xê mi cấp.

❖ Về mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng với

tuổi và thể bệnh: Tại thời điểm 3 tháng, tỉ lệ đáp ứng suy tủy xương thể trung bình là 50% cao hơn so với suy tủy xương thể nặng và rất nặng là 31,6%, trong khi tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng của nhóm suy tủy xương thể nặng và rất nặng là 73,7 % cao hơn thể trung bình là 50%. Tuy nhiên do số lượng bệnh nhân nghiên cứu ít, mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Về mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỉ lệ đáp ứng tại thời điểm 3 tháng tỉ lệ nhóm dưới 10 tuổi đáp ứng 28,6% thấp hơn nhóm trên 10 tuổi với đáp ứng 46,2%, tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng bệnh nhân dưới 10 tuổi là 64,3% thấp hơn nhóm bệnh nhân trên 10 tuổi là 69,2%. Tỉ lệ này ngược với các nghiên cứu trước đó là tuổi càng cao tỉ lệ đáp ứng càng thấp. Điều này có thể lí giải do cỡ mẫu bé và mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 27 bệnh nhi điều trị phác đồ ức chế miễn dịch ATG ngựa kết hợp CSA cho thấy hiệu quả đáp ứng cao với 67% tại thời điểm 6 tháng và tỉ lệ sống toàn bộ trên 2 năm là 95,8%. Điều này cho thấy việc lựa chọn phác đồ điều trị ức chế miễn dịch ATG kết hợp CSA là lựa chọn ưu tiên đối với bệnh nhi không đủ điều kiện ghép tủy.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bacigalupo, A.** Aplastic Anemia: Pathogenesis and Treatment. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2007, 23–28. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2007.1.23>.
2. **Camitta, B. M.; Rapoport, J. M.; Parkman, R.; Nathan, D. G.** Selection of Patients for Bone Marrow Transplantation in Severe Aplastic Anemia. *Blood* 1975, 45 (3), 355–363.
3. **Bacigalupo, A.; Hows, J.; Gluckman, E.; Nissen, C.; Marsh, J.; Van Lint, M. T.; Congiu, M.; De Planque, M. M.; Ernst, P.; McCann, S.; Ragavashar, A.; Frickhofen, N.; Wursch, A.; Marmont, A. M.; Gordon-Smith, E. C.** Bone Marrow Transplantation (BMT) versus Immunosuppression for the Treatment of Severe Aplastic Anaemia (SAA): A Report of the EBMT\* SAA Working Party. *British Journal of Haematology* 1988, 70 (2), 177–182. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.1988.tb02460.x>.
4. **Scheinberg, P.; Wu, C. O.; Nunez, O.; Scheinberg, P.; Boss, C.; Sloand, E. M.; Young, N. S.** Treatment of Severe Aplastic Anemia with a Combination of Horse Antithymocyte Globulin and Cyclosporine, with or without Sirolimus: A Prospective Randomized Study. *Haematologica* 2009, 94 (3), 348–354. <https://doi.org/10.3324/haematol.13829>.
5. **Kulasekararaj, A.; Cavenagh, J.; Dokal, I.; Foukaneli, T.; Gandhi, S.; Garg, M.; Griffin, M.; Hillmen, P.; Ireland, R.; Killick, S.; Mansour, S.; Mufti, G.; Potter, V.; Snowden, J.; Stanworth,**

- S.; Zuha, R.; Marsh, J.; the BSH Committee. Guidelines for the Diagnosis and Management of Adult Aplastic Anaemia: A British Society for Haematology Guideline. *Br J Haematol* 2024, 204 (3), 784–804. <https://doi.org/10.1111/bjh.19236>.
6. Bacigalupo, A. How I Treat Acquired Aplastic Anemia. *Blood* 2017, 129 (11), 1428–1436. <https://doi.org/10.1182/blood-2016-08-693481>.
7. Rogers, Z. R.; Nakano, T. A.; Olson, T. S.; Bertuch, A. A.; Wang, W.; Gillio, A.; Coates, T. D.; Chawla, A.; Castillo, P.; Kurre, P.; Gamper, C.; Bennett, C. M.; Joshi, S.; Geddis, A. E.; Boklan, J.; Nalepa, G.; Rothman, J. A.; Huang, J. N.; Kupfer, G. M.; Cada, M.; Glader, B.; Walkovich, K. J.; Thompson, A. A.; Hanna, R.; Vlachos, A.; Malsch, M.; Weller, E. A.; Williams, D. A.; Shimamura, A. Immunosuppressive Therapy for Pediatric Aplastic Anemia: A North American Pediatric Aplastic Anemia Consortium Study. *Haematologica* 2019, 104 (10), 1974–1983. <https://doi.org/10.3324/haematol.2018.206540>.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG TRONG TUẦN ĐẦU NHẬP VIỆN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ DO VIÊM GAN VIRUS B ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>, Phạm Diệu Trang<sup>1</sup>, Đông Vũ Kiên<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Hương Giang<sup>1</sup>, Tạ Thị Diệu Ngân<sup>1,2,3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 149 bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2020-2023 nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong sớm trong tuần đầu sau nhập viện. **Kết quả:** Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là mệt mỏi (96,6%), chán ăn (91,3%), hoàng đả (88,6%), cổ trướng (56,4%), phù chi (43,6%). Có 15,1% bệnh nhân có hôn mê gan. Các thay đổi cận lâm sàng chính gồm HBV-DNA  $\geq 10^6$  copies/ml (41,5%), albumin máu <28g/l (54,4%), tỷ lệ bệnh nhân có tăng AST, ALT và Bilirubin toàn phần trên 10 lần giá trị bình thường lần lượt là 29,5%; 24,8% và 53%. Điểm trung bình MELD-Na tại thời điểm nhập viện ở nhóm tử vong trong vòng 7 ngày đầu sau nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống. Điểm cắt có giá trị chẩn đoán tốt nhất trong tiên lượng tử vong sớm trong vòng 7 ngày của MELD Na là 29 điểm, với diện tích dưới đường cong AUROC là 0,70; độ nhạy và độ đặc hiệu là 72,7% và 63,8%. **Kết luận:** Điểm MELD-Na cao có liên quan đến tử vong trong 7 ngày đầu sau nhập viện đối với bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, tuy nhiên giá trị tiên lượng tử vong của MELD-Na còn yếu, vì vậy cần có các nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn để có thể kết luận về vai trò của MELD-Na. **Từ khóa:** xơ gan mất bù, viêm gan virus B, tiên lượng, tử vong, MELD-Na

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL MANIFESTATION AND FACTORS RELATED TO MORTALITY IN THE FIRST WEEK AFTER HOSPITALIZATION IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED HEPATITIS B CIRRHOSIS TREATED AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

A cross-sectional descriptive study on 149 patients with decompensated cirrhosis due to hepatitis B treated at the National Hospital of Tropical Diseases in the period 2020-2023 to describe the clinical and paraclinical manifestations and to evaluate some factors related to mortality in the first week after hospitalization of these patients. **Results:** The main clinical symptoms were fatigue (96.6%), anorexia (91.3%), jaundice (88.6%), ascites (56.4%), edema (43.6%). There are 15.1% of patients with hepatic coma. Main paraclinical changes include HBV-DNA  $\geq 10^6$  copies/ml (41.5%), blood albumin <28g/l (54.4%), the rate of increase in AST, ALT and total Bilirubin more than 10 times compared to normal values are 29.5%; 24.8% and 53%, respectively. The average MELD-Na score at the time of hospitalization in the group that died within the first 7 days after admission was statistically significantly higher than in the group that survived. The cutoff point with the best diagnostic value in predicting early death within 7 days of MELD Na is 29 points, with an area under the curve of 0.7; sensitivity and specificity was 72.7% and 63.8%. **Conclusion:** High MELD-Na score is associated with mortality in the first 7 days after hospitalization for patients with decompensated cirrhosis due to hepatitis B virus, however the mortality prognostic value of MELD-Na is weak, so studies with larger sample sizes are needed to conduct for concluding the role of MELD-Na. **Keywords:** Decompensated cirrhosis, hepatitis B, mortality, MELD-Na

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025