

- 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 Tuấn¹, Phạm Diệu Trang¹, Đông Vũ Kiên¹,
Vũ Thị Hương Giang¹, Tạ Thị Diệu Ngân^{1,2,3}

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

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh 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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh lý phổ biến, gia tăng ở nhiều quốc gia trên thế giới, là nguyên nhân gây tử vong cao do suy chức năng gan, tăng áp tĩnh mạch cửa, xuất huyết tiêu hóa và hội chứng não gan được cho là yếu tố liên quan đến dự báo tử vong gần.¹

Việc đánh giá tiên lượng sớm có ý nghĩa quan trọng để chỉ định ghép gan hoặc các biện pháp điều trị mới trong giai đoạn xơ gan mất bù.² Tại Việt Nam, nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tử vong trong vòng 7 ngày sau nhập viện ở bệnh nhân xơ gan giãn vỡ tĩnh mạch thực quản là 28,9%,³ xơ gan có hội chứng gan thận là 48,6%,⁴ xơ gan Child Pugh C là 26,9%,⁵ và xơ gan mất bù có nhiễm khuẩn huyết là 25% (8/32 bệnh nhân).⁶ Nababan (2021) nghiên cứu trên 241 bệnh nhân xơ gan mất bù ghi nhận tỉ lệ tử vong nội viện là 12,03%.⁷ Nghiên cứu của Vicco và cộng sự (2015) trên 180 bệnh nhân xơ gan rượu có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tỉ lệ này là 10,5%.⁸

Mặc dù có nhiều nghiên cứu về xơ gan do viêm gan B, song dữ liệu về xơ gan mất bù và tử vong sớm sau nhập viện còn hạn chế. Do đó, việc khảo sát thay đổi ở bệnh nhân xơ gan mất bù sẽ giúp ích cho quá trình theo dõi, lập kế hoạch điều trị, tiên lượng kết cục và phòng ngừa biến chứng. Nghiên cứu này nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan đến tử vong sớm trong tuần đầu ở bệnh nhân xơ gan mất bù điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2020-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong giai đoạn từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2023, thoả mãn các tiêu chí sau:

➢ Được chẩn đoán xơ gan mất bù theo tiêu chuẩn của Hội Gan mật Châu Âu năm 2018 khi có một trong các biểu hiện sau:⁹ (1) Cổ chướng; (2) Hoàng đả; (3) Bệnh não gan cấp tính; (4) Xuất huyết tiêu hóa cấp do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản; (5) Hội chứng gan thận.

➢ Được chẩn đoán nhiễm HBV mạn trước đó theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virus B của Bộ Y tế năm 2019:¹⁰ (1) HBsAg và/hoặc HBV-DNA dương tính \geq 6 tháng, hoặc (2) HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có đồng nhiễm các virus viêm gan khác hoặc có viêm gan tự miễn; (2) Bệnh nhân có tiền sử uống rượu nhiều hoặc đã được chẩn đoán viêm gan do rượu; (3) Bệnh nhân có tiền sử suy thận,

suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian: 8/2022 - 7/2023

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu. Bệnh nhân được theo dõi trong suốt thời gian điều trị nội trú.

- Đánh giá kết cục tại thời điểm xuất viện, đánh giá tình trạng tử vong trong vòng 7 ngày sau khi nhập viện. Thang điểm MELD, MELD-Na¹¹ được đánh giá dựa vào các thông số lâm sàng và xét nghiệm lúc nhập viện để so sánh.

- Xác định tử vong; qua hồ sơ bệnh án hoặc liên hệ thân nhân

- Giá trị tiên lượng của thang điểm MELD-Na được tính toán dựa vào diện tích dưới đường cong AUROC: Nếu AUROC $>$ 0,9: Giá trị tiên lượng tốt; Nếu AUROC $>$ 0,8 – 0,9: Giá trị tiên lượng khá; Nếu AUROC $>$ 0,7 – 0,8: Giá trị tiên lượng trung bình; Nếu AUROC \leq 0,7: Giá trị tiên lượng yếu.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn (SD), T-Student test để so sánh sự khác nhau giữa hai trung bình, kiểm định χ^2 để so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương phê duyệt theo quyết định số 27/HĐĐĐ-NĐTƯ, ngày 19 tháng 09 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 149 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia. Trung vị tuổi là 56 (IQR 48-64), 119 bệnh nhân nam (80%). Đa số bệnh nhân đã biết về tình trạng viêm gan virus B trước đó (77,9%), tuy nhiên chỉ có 85 bệnh nhân (57%) đã được điều trị kháng virus viêm gan B. Có 32,2% đã được chẩn đoán xơ gan trước đó. Trung vị thời gian mới được phát hiện nhiễm virus viêm gan B là 36 tháng (IQR 1-119). Có 11 bệnh nhân tử vong sớm trong vòng 7 ngày đầu sau nhập viện chiếm 7,4%.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm nhập viện (n=149)

Đặc điểm	Kết quả
Triệu chứng cơ năng, n (%)	
Mệt mỏi	144 (96,6)
Chán ăn	136 (91,3)
Buồn nôn nôn	21 (14,1)
Đau bụng	11 (7,4)
Tiểu ít	51 (34,2)

Triệu chứng thực thể, n (%)	
Hôn mê gan	21 (15,1)
Thiếu máu	34 (22,8)
Phù	65 (43,6)
Cổ trướng	84 (56,4)
Tuần hoàn bàng hệ	42 (28,2)
Sao mạch	32 (21,5)
Hoàng đám	132 (88,6)
Gan to	11 (7,4)
Lách to	35 (23,5)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân khi nhập viện có cảm giác mệt mỏi, chán ăn, gần một nửa số bệnh nhân có biểu hiện phù chi rõ. Có 15,1% bệnh nhân có hôn mê gan.

Bảng 3.2. Các mức thay đổi về sinh hoá máu tại thời điểm nhập viện (n=149)

	Đặc điểm	Kết quả
Men gan và Bilirubin	Giá trị AST (UI/L), trung vị (IQR)	181 (103-508)
	Bình thường, n (%)	2 (1,3)
	Tăng <5 lần, n (%)	76 (51,1)
	Tăng 5-10 lần, n (%)	27 (18,1)
	Tăng >10 lần, n (%)	44 (29,5)
	Giá trị ALT (UI/L), trung vị (IQR)	140,3 (52-410)
	Bình thường, n (%)	23 (15,4)
	Tăng <5 lần, n (%)	67 (44,9)
	Tăng 5-10 lần, n (%)	22 (14,8)
	Tăng >10 lần, n (%)	37 (24,8)
	Bilirubin toàn phần (µmol/l), trung vị (IQR)	222 (59-435)
	Bình thường, n (%)	9 (6)
	Tăng <5 lần, n (%)	37 (24,9)
	Tăng 5-10 lần, n (%)	24 (16,1)
	Tăng >10 lần, n (%)	79 (53)
	HBV-DNA, trung vị (IQR), n=94	1 (0-16)
	Dưới ngưỡng phát hiện, n (%)	20 (21,3)
	< 10 ⁶ copies/ml, n (%)	35 (37,2)
	≥ 10 ⁶ copies/ml, n (%)	36 (38,3)
Vượt ngưỡng phát hiện, n (%)	3 (3,2)	
Glucose (mmol/L), X±SD	8,10±4,40	

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tử vong trong vòng 7 ngày sau nhập viện

Đặc điểm tại thời điểm nhập viện	Chung	Tử vong 7 ngày		p
		Không, n=138	Có, n=11	
Hôn mê gan, n (%)	21 (14,1%)	19 (13,8%)	2 (18,2%)	0,7
Xuất huyết tiêu hoá, n (%)	132 (88,6%)	122 (88,4%)	10 (90,9%)	>0,9
Cổ trướng, n (%)	84 (56,4%)	78 (56,5%)	6 (54,5%)	>0,9
Hemoglobin, X±SD	119,4 ± 19,1	119,7 ± 19,3	116,1 ± 17,9	0,5
Số lượng bạch cầu, X±SD	7,8 ± 5,1	7,6 ± 5,1	10,0 ± 4,6	0,050
Số lượng tiểu cầu, X±SD	112,8 ± 63,6	113,7 ± 63,9	102,1 ± 61,0	0,5
PT-INR, X±SD	2,2 ± 1,0	2,2 ± 1,0	2,6 ± 1,1	0,090
PR%, X±SD	43,2 ± 20,2	43,9 ± 20,4	33,4 ± 15,4	0,085
Albumin (g/L), X±SD	28,4 ± 5,4	28,5 ± 5,4	27,7 ± 5,1	0,7
AST (U/L), trung vị (IQR)	181,0 (391,0)	187,5 (394,2)	178,9 (685,5)	0,2

Hạ đường huyết (<3,9mmol/L), n(%)	5 (3,4)
Tăng đường huyết (>10mmol/L),n(%)	30 (20,1)
Protein (G/L), X±SD	53,42±17,67
Albumin (G/L), X±SD	28,41±5,35
Hạ Albumin (<28G/L), n (%)	81 (54,4)
Ure (mmol/l), X±SD	6,07±3,62
Creatinin (µmol/L), X±SD	87,40±43,53
< 130 µmol/L, n (%)	136 (91,3)
130-300 µmol/L, n (%)	11 (7,4)
301-500 µmol/L, n (%)	2 (1,3)
>500 µmol/L, n (%)	0
Natri (mmol/l), X±SD	132,45±5,09
Hạ Natri (Na<125mmol/L), n (%)	9 (6,0)
Kali (mmol/l), X±SD	3,87±5,09
Hạ Kali (K<2,5mmol/L), n (%)	1 (0,7)
Tăng Kali (K>5mmol/L), n (%)	3 (2,0)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có tăng men gan và Bilirubin, tỉ lệ tăng men gan > 10 lần giới hạn trên đối với AST, ALT và Bilirubin toàn phần lần lượt là 29,5%; 24,8% và 53%. Có 41,5% bệnh nhân có tải lượng virus với tỉ lệ HBV-DNA ≥ 10⁶ copies/ml.

Hạ albumin (<28g/L) gặp ở 54,4%, tăng đường huyết là 20,1%.

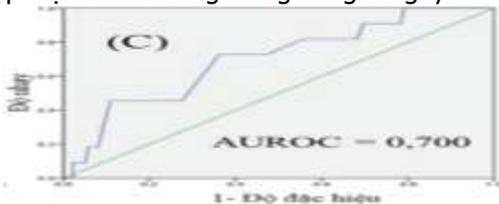
Bảng 3.3. Đặc điểm nội soi thực quản dạ dày (n=108)

Nội soi thực quản dạ dày	Kết quả	
	Số lượng	Tỉ lệ %
Giãn tĩnh mạch thực quản		
Không	42	38,9
Độ I	15	13,9
Độ II	45	41,7
Độ III	6	4,0
Giãn tĩnh mạch dạ dày		
Không	103	95,4
Có	5	4,6

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân được nội soi dạ dày là 72,5%. Đa số các bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản ở các mức độ khác nhau, với tỉ lệ độ I, II, III lần lượt là 13,9%; 41,7% và 4%.

ALT (U/L), trung vị (IQR)	140,3 (332,0)	141,7 (324,0)	135,0 (448,5)	0,5
Bilirubin toàn phần, trung vị (IQR)	222,2 (372,6)	219,9 (362,3)	433,0 (315,4)	0,074
HBV DNA, n (%)				0,9
Dưới ngưỡng phát hiện	55 (36,9%)	51 (37,0%)	4 (36,4%)	
< 10 ⁶ copies/ml	20 (13,4%)	18 (13,0%)	2 (18,2%)	
≥ 10 ⁶ copies/ml	3 (2,0%)	3 (2,2%)	0 (0,0%)	
Vượt ngưỡng phát hiện	71 (47,7%)	66 (47,8%)	5 (45,5%)	
Natri máu (mmol/l), X±SD	132,4 ± 5,1	132,5 ± 5,2	131,3 ± 3,6	0,2
Kali máu (mmol/l), X±SD	3,8 ± 0,7	3,8 ± 0,7	4,1 ± 0,6	0,13
Điểm MELD, X±SD	24,3 ± 8,4	24,0 ± 8,4	28,5 ± 8,2	0,10
Điểm MELD-Na, X±SD	26,3 ± 7,7	26,0 ± 7,7	31,0 ± 6,1	0,028

Nhận xét: Điểm MELD-Na ở nhóm tử vong trong 7 ngày cao hơn so với nhóm không tử vong (31,0 ± 6,1 so với 26,0 ± 7,7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Ngoài ra, không có mối liên quan nào khác giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện với tử vong trong vòng 7 ngày.



Biểu đồ 3.1. Giá trị tiên lượng tử vong trong 7 ngày thang điểm MELD-Na

Nhận xét: MELD-Na có giá trị yếu trong tiên lượng tử vong trong vòng 7 ngày đối với bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, với diện tích dưới đường cong AUROC là 0,7. Điểm cắt MELD-Na có giá trị chẩn đoán tốt nhất trong tiên lượng nguy cơ tử vong 7 ngày là 29 điểm, với độ nhạy/độ đặc hiệu là 72,7%/63,8%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có mệt mỏi (96,6%), chán ăn (91,3%) và có biểu hiện phù (43,6%), lách to (23,5%), tuần hoàn bàng hệ (28,2%). Như vậy, bệnh cảnh lâm sàng khá rầm rộ, chủ yếu biểu hiện suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, phù hợp với kết quả của Lê Thị Lan năm 2021.¹²

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả nồng độ men gan GOT, GPT, nồng độ bilirubin toàn phần và trực tiếp trong máu đều tăng cao. Tỷ lệ tăng men gan > 5 lần với AST, ALT lần lượt là 47,6% và 39,6%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Lan (39,5%; 32,3%)¹², và Nguyễn Tuấn Thành (40,6% và 21,9%)⁶ cho thấy mức độ viêm và hoại tử tế bào gan nặng hơn rất nhiều ở các bệnh nhân trong nghiên cứu này. Có đến 88% bệnh nhân nhập viện có vàng da, gần 80% có tải lượng HBV DNA tăng cao, cho thấy viêm gan B tiến triển. Tình trạng ứ mật nặng,

kéo dài gây rối loạn đông máu, liên quan đến biến chứng nặng và tử vong như hôn mê gan, hội chứng gan – thận, xuất huyết tiêu hóa.^{4,13}

Tỷ lệ tử vong trong vòng 7 ngày đầu sau nhập viện ở các bệnh nhân trong nghiên cứu này là 7,4% (11/149 bệnh nhân), thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hạnh (26,9%)⁵ Nguyễn Quang Huy (48,6%)⁴. Khi tìm hiểu các yếu tố có thể liên quan đến tình trạng tử vong sớm trong 7 ngày đầu sau nhập viện chúng tôi thấy điểm trung bình của MELD-Na lúc nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tử vong trong 7 ngày đầu (31 điểm) so với nhóm còn sống (26 điểm). Tuy nhiên khi phân tích kỹ hơn giá trị tiên lượng tử vong của MELD-Na, chúng tôi nhận thấy MELD-Na khi nhập viện có giá trị yếu trong tiên lượng tử vong với diện tích dưới đường cong ROC là 0,7, ngưỡng cut off có giá trị tốt nhất tiên lượng tử vong là 29 điểm với độ nhạy/độ đặc hiệu là 72,7%/63,8%. Nghiên cứu của Puentes JCP cho thấy các bệnh nhân có điểm MELD-Na từ 30-39 điểm tỷ lệ tử vong là 52,6%, MELD-Na trên 40 điểm tỷ lệ tử vong là 71,3%. Trần Thị Hạnh⁵ nghiên cứu trên 108 bệnh nhân xơ gan Child Pugh C cho thấy ngưỡng cut-off MELD-Na trong tiên lượng tử vong 7 ngày là 31,5 với độ nhạy 51,7% và độ đặc hiệu 92,4%. Sự khác biệt về ngưỡng cut off của MELD-Na có thể do tiêu chí lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau. Trong một bài báo xuất bản trước đây, chúng tôi cũng đã so sánh giá trị thang điểm MELD-Na trong tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày sau nhập viện và so sánh với các thang điểm khác là Child Pugh và MELD. Chúng tôi cũng nhận thấy thang điểm MELD-Na có giá trị trung bình trong tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày, với AUROC 0,732 với điểm cut off là 25 điểm, MELD-Na có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày tốt hơn so với thang điểm Child-Pugh và MELD.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu này là chỉ tính điểm MELD-Na tại thời điểm nhập viện mà chưa tính đến sự thay đổi của các thang điểm này theo thời gian trong quá trình nhập

viện, mặt khác số lượng bệnh nhân trong nhóm tử vong 7 ngày đầu còn ít nên cần có những nghiên cứu tiếp theo đánh giá toàn diện hơn và trên số lượng mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 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. Cần có những nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn và đánh giá ở nhiều thời điểm khác nhau tại bệnh viện để giúp tiên lượng bệnh nhân tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bernardi M, Moreau R, Angeli P, Schnabl B, Arroyo V.** Mechanisms of decompensation and organ failure in cirrhosis: From peripheral arterial vasodilation to systemic inflammation hypothesis. *Journal of Hepatology*. 2015;63(5):1272-1284. doi:10.1016/j.jhep.2015.07.004
2. **Schepke M, Appenrodt B, Heller J, Zielinski J, Sauerbruch T.** Prognostic factors for patients with cirrhosis and kidney dysfunction in the era of MELD: results of a prospective study. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2006;26(7):834-839.
3. **Nguyễn Thị Linh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và truyền dịch ở bệnh nhân shock mất máu do xơ gan giãn vỡ tĩnh mạch thực

quản. Khóa Luận Tốt Nghiệp Bác Sĩ Y Khoa - Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Quang Huy.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có hội chứng gan thận. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2014.
5. **Trần Thị Hạnh.** Nghiên cứu giá trị của chỉ số MELDNa trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2013.
6. **Nguyễn Tuấn Thành.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2012.
7. **Nababan SHH, Mansjoer A, Fauzi A, Gani RA.** Predictive scoring systems for in-hospital mortality due to acutely decompensated liver cirrhosis in Indonesia. *BMC Gastroenterol*. 2021;21(1):392.
8. **Vicco MH, Rodeles L, Ferini F, Long AK, Musacchio HM.** In-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. *Rev Assoc Médica Bras*. 2015;61(1):35-39.
9. **European Association for the Study of the Liver.** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2018;69(2):406-460.
10. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B (Ban hành kèm quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/07/2019 của Bộ Y tế. Published online 2019.

TÁC ĐỘNG CỦA THỜI GIAN THIẾU MÁU LẠNH ĐẾN BIỂU HIỆN CỦA DẤU ẤN HER2 TRONG UNG THƯ VÚ

Đoàn Thị Phương Thảo¹, Hà Phạm Yến Vy¹,
Luu Đức Tùng², Dương Ngọc Thiên Hương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: HER2 (ERBB2) là thụ thể tyrosine-kinase trên màng tế bào u, đích của nhiều thuốc kháng HER2. Vì là kháng nguyên màng, cường độ/kiểu bắt màu HER2 rất nhạy với các yếu tố tiền phân tích, đặc biệt thời gian thiếu máu lạnh (cold ischemia time - CIT). CIT kéo dài gây tổn thương màng, thoái hóa protein, che khuất epitope, làm mất tính liên tục màng, giảm cường độ, dẫn đến kiểu biểu hiện không chính xác khi thực hiện đánh giá trên tiểu bản hóa mô miễn dịch, ảnh hưởng trực tiếp chỉ định điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá tác động của CIT đến biểu hiện HER2 trên mô ung thư vú nhuộm HMMD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thăm dò, chọn mẫu có chủ đích. Mô u được xẻ lát ~3 mm và

thời điểm cho vào formalin 10% đậm trung tính (pH 7.0) tại 6 mốc CIT: <1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ. Thời gian mẫu trong dung dịch cố định từ 8-32 giờ, mô được xử lý, cắt 3-4 μ m, nhuộm HMMD HER2 và đánh giá theo tiêu chuẩn ASCO/CAP (0/1+/2+/3+). Chỉ số đánh giá: cường độ, tỉ lệ tế bào dương, tỉ lệ màng vỡ/không liên tục/khó xác định. **Kết quả:** Ở nhóm HER2 3+, không ghi nhận suy giảm cường độ giữa mốc đầu-cuối CIT. Ở nhóm HER2 2+, có trường hợp thành 1+ khi CIT kéo dài; không ghi nhận trường hợp mất hoàn toàn biểu hiện. Tỉ lệ dương và tỉ lệ "màng vỡ/không liên tục" dao động nhẹ, không theo xu hướng tuyến tính trong dải <1-8 giờ. **Kết luận:** Trong điều kiện khảo sát, HER2 (3+) tương đối ổn định trước CIT kéo dài, nhưng nhóm HER2 (2+) dễ bị giảm mức bắt màu màng, tăng nguy cơ đánh giá biểu hiện HER2 thấp hơn bản chất sinh học. Do đó, cần tuân thủ ASCO/CAP: CIT \leq 1 giờ, kích thước mẫu đại thể dày 2-3 mm và cố định chuẩn để bảo toàn epitope màng và độ tin cậy khi đánh giá HER2 trên HMMD, đặc biệt khi cần nhắc HER2-low/chỉ định thuốc. **Từ khóa:** Thụ thể tăng trưởng của biểu bì ở người 2 (HER2), thời gian thiếu máu lạnh, ung thư vú, hóa mô miễn dịch.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

²Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Phạm Yến Vy

Email: vy.hpy@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025